

2. Theorien zum Verständnis von Dissoziation

2.1 Einleitung

Als Hauptmerkmal der Dissoziation und der korrespondierenden dissoziativen Störungen beschreibt das DSM-5 »eine Störung und/oder Unterbrechung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis,

Identität, Emotionen, Wahrnehmung, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten«. Die ICD-10 weitet die Disintegration auch auf die neurophysiologischen Systeme der Motorik, Sensibilität und Sensorik aus. Alternative Ansätze konzipieren Dissoziation als Gegenteil von Assozia-

Tab. 1: Übersicht zu den Bedeutungsfeldern der Dissoziation (nach Cardena, 1994)

I.	Dissoziation als nicht bewusste oder nicht integrierte mentale Module oder Systeme
A.	Dissoziation als fehlende bewusste Perzeption von Wahrnehmungsreizen oder von Verhalten <ul style="list-style-type: none">– Registrieren subliminaler Stimuli– automatisierte motorische Handlungen
B.	Dissoziation als Koexistenz getrennter mentaler Systeme, die normalerweise im phänomenalen Bewusstsein integriert sind <ul style="list-style-type: none">– zustandsabhängige Amnesie– zustandsabhängiges Lernen– Existenz des versteckten Beobachters in Hypnoseexperimenten
C.	Dissoziation als Inkonsistenz der Verhaltens- und Wahrnehmungsebene und der Körperkontrolle <ul style="list-style-type: none">– »repressiver« Copingstil mit mangelnder Übereinstimmung zwischen verbalem Bericht und objektivierbarer körperlicher Reaktionslage– Hypnose– Konversionssyndrome
II.	Dissoziation als verändertes Bewusstsein mit einer Entfremdung von Selbst und Umwelt
	<ul style="list-style-type: none">– Depersonalisation und Derealisation– Ekstaseerlebnisse, mystische Erfahrungen– autoskopische Phänomene
III.	Dissoziation als Abwehrmechanismus
	<ul style="list-style-type: none">– funktionale Abwehr oder grundlegender mentaler Rückzugsmodus vor einer überwältigenden physiologischen oder psychologischen Bedrohung

tion und damit als Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten im Alltagsbewusstsein (Ross, 1997). Diese Aufzählung heterogener Definitionen – die problemlos zu erweitern wäre – verdeutlicht, dass sich das Konstrukt der Dissoziation bis heute einer begrifflichen Festlegung verweigert (Spitzer & Freyberger, 2017). Bereits 1994 machte Cardena auf die »semantische Offenheit« des Begriffs aufmerksam und arbeitete die vielfältigen Bedeutungsfelder des Dissoziationsbegriffs heraus, der einerseits deskriptiv, andererseits erklärend verwandt wird. Seine Systematik ist zusammenfassend in Tabelle 1 dargestellt.

Cardena (1994) plädiert dringend dafür, Phänomene, die aufgrund neurophysiologischer Voraussetzungen *per se* nicht bewusst-

seinsfähig sind (Punkt I.A), nicht unter dem Terminus *Dissoziation* zu subsumieren. Mit Blick auf die Phänomenologie können auf der Grundlage der Operationalisierungen des Dissoziationsbegriffs des DSM-5 und der ICD-10 dissoziative Funktionsauffälligkeiten klinisch systematisiert werden (Spitzer et al., 2004; vgl. Tab. 2).

Dabei deckt sich diese klinische Systematik nicht vollkommen mit den als dissoziativ klassifizierten Störungsbildern, wie sie in den aktuellen Diagnosemanualen definiert sind, zumal ICD-10 und DSM-5 in ihrer Einteilung differieren (vgl. dazu auch Kap. C8: Dissoziative Störungen).

Gleichzeitig verdeutlicht diese Systematik, dass sich der beschreibende und erklärende Aspekt des Dissoziationsbegriffs nicht

Tab. 2: Klinische Systematik dissoziativer Phänomene

Dissoziative Funktionsstörungen ¹	
... des Bewusstseins	
– Bewusstseinsverminderung	– Bewusstseinsengung
– Bewusstseinsveränderung	– Bewusstseinsverschiebung
... des Gedächtnisses	
– dissoziative Amnesie	– Déjà-vu-Erleben
– gesteigerte Erinnerung	
... der personalen Identität	
– Besessenheit	– Identitätswechsel
– Identitätsunsicherheit	– Fugue
... der Wahrnehmung von Selbst und Umwelt	
– Depersonalisation	– verändertes Zeiterleben
– Derealisation	– verändertes Raumerleben
... der Körpermotorik	
– Bewegungsstörungen	– Sprachstörungen
– Koordinationsstörungen	– Krampfanfälle
... der Sensibilität und Sensorik	
– Sensibilitätsstörungen	– Riechstörungen
– Sehstörungen	– Geschmacksstörungen
– Hörstörungen	

¹ Der Begriff (*Funktions*-)Störung bezieht sich in diesem Kontext nicht auf hypothetische Krankheitsentitäten, sondern kennzeichnet eine Auffälligkeit im Sinne einer gestörten Funktion auf Symptom- bzw. Syndromebene.

immer eindeutig voneinander trennen lassen. Vergleichsweise gut gelingt dies z. B. bei der dissoziativen Amnesie, denn hier finden sich genügend klinische Merkmale, die auf der phänomenologischen Ebene eine Differenzierung zu organisch begründeten Amnesien erlauben. Hingegen ist bei einer Bewusstseinsseinerkennung klinisch zunächst nicht eindeutig zu unterscheiden, ob diese als dissoziativ oder vor einem anderen ätiopathogenetischen Hintergrund zu werten ist. Kurzum: Die Klassifikation als dissoziativ rekurriert implizit auf ein ätiopathogenetisches Modell, welches in den meisten Fällen jedoch nicht explizit gemacht wird. Gemeinsam ist dabei allen Theorien, dass Dissoziation als Prozess bzw. klinisches Symptom respektive Syndrom von psychosozialen Belastungen im weiteren Sinne bzw. traumatischen Erlebnissen im engeren Sinne bedingt wird. Während jedoch das DSM-5 in seinen diagnostischen Kriterien nur bei der dissoziativen Amnesie einen direkten Bezug zu traumatischen oder belastenden Erlebnissen herstellt, fordert die ICD-10 hingegen für alle dissoziativen Störungen einen zeitlichen Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung – auch wenn diese vom Patienten selbst geleugnet wird.

Insgesamt besteht Konsens darüber, dass die Dissoziation mit psychosozialen Belastungen bzw. traumatischem Stress assoziiert ist (Eckhardt-Henn, 2017; Krause-Utz & Elzinga, 2017). Dies wird nicht zuletzt daran deutlich, dass dissoziative Symptome als wichtige diagnostische Kriterien bei der akuten und Posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die von manchen Autoren als Variante der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung verstanden wird (Lewis &

Grenyer, 2009), aufgeführt werden. Wie der Zusammenhang im Einzelnen zu verstehen ist, wird jedoch in den diversen theoretischen Modellen sehr unterschiedlich konzipiert (Eckhardt-Henn, 2017; Krause-Utz & Elzinga, 2017). Vor einer genaueren Erläuterung dieser Theorien werden zunächst mit Hilfe eines historischen Rückblicks die Grundlagen des Dissoziationsbegriffs dargestellt.

2.2 Historischer Rückblick

Vermutlich war es der französische Psychiater Jacques Joseph Moreau de Tours, der den Begriff Dissoziation erstmals benutzte. Er verstand darunter eine Abspaltung oder Isolation mentaler Prozesse von einem »Ich«. Seine Untersuchungen standen im Zusammenhang mit dem damals weitverbreiteten Interesse an Mesmerismus und künstlichem Somnambulismus, also Momenten der dynamischen Psychiatrie, die letztendlich genauso zentral waren wie das Hysteriekonzept (Ellenberger, 2005). Dabei beobachtete man bei den Patienten veränderte Bewusstseinszustände mit ihren eigenen Gedanken und Erinnerungen, die außerhalb des normalen Wachbewusstseins zu existieren schienen. Zur Beschreibung dieser Beobachtungen wurden dafür sowohl in der französischen als auch in der deutschen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Termini wie *Teilung*, *Spaltung* oder *Verdoppelung* eingeführt.

Die Grundlagen für unser heutiges Dissoziationsverständnis wurden jedoch von Pierre Janet geschaffen, der in seiner Dissertation *L'automatisme psychologique* von 1889 ein elaboriertes Modell vorlegte.

2.2.1 Janets Ausarbeitung des Dissoziationsbegriffs

Während seiner Lehrtätigkeit als Philosophieprofessor arbeitete Pierre Janet auch im Krankenhaus von Le Havre und unternahm selbständig psychiatrische Forschungsarbeiten über Patienten mit Hysterie und Neurasthenie, welche die Grundlage für seine Doktorarbeit bildeten. Später studierte er Medizin und arbeitete auf Jean-Martin Charcots Stationen am Hôpital Salpêtrière. Charcot ließ für Janet ein Forschungslabor für Experimentalpsychologie einrichten, wo er seine Forschungen zur Hysterie und Hypnose fortsetzte (Hantke, 1999).

Ähnlich wie wenig später Freud entwickelte Janet in seiner Auseinandersetzung mit hysterischen Patienten nicht nur ein Erklärungsmodell für diese Erkrankung, sondern vielmehr eine generelle Theorie zur Funktionsweise des psychischen Apparates. Dabei ging er davon aus, dass sich das mentale Leben aus psychischen Elementen, die er als »psychologische Automatismen« bezeichnete, zusammensetze. Jedes dieser Elemente bestehe aus einer komplexen Handlungstendenz, die auf eine definierte Reizsituation gerichtet sei und sowohl eine Vorstellung als auch eine Emotion umfasse. Diese Automatismen seien das Resultat der größtenteils automatischen Integration von Umwelt- und Körperinformation. Die Anpassung an eine sich ständig verändernde Umwelt macht es nach diesem Modell erforderlich, dass neue Informationen in Abgleich und ständiger Überarbeitung der alten Automatismen verarbeitet werden können. Bei gesunden Menschen gelingt diese Synthese, und die Automatismen sind miteinander verbunden, gewissermaßen in einem dominanten Bewusstseinszustand ver-

eint und damit zumindest potentiell der Wahrnehmung und willentlichen Kontrolle zugänglich. Durch eine Einengung des Bewusstseinsfeldes kann es zu einer Schwächung der Syntheseleistung kommen und damit zu einer Emanzipation einzelner Elemente bzw. psychischer Funktionen. Genau diese Verselbständigung nennt Janet Dissoziation. Diese dissoziierten Elemente, in denen kognitive und affektive Informationen gespeichert seien, bezeichnet er als »*idées fixes*«. Weil sie eben nicht angemessen synthetisiert und damit in das Bewusstsein integriert werden können, wirken sie eigendynamisch und unterliegen nicht mehr oder nur noch partiell der willentlichen Kontrolle. Die Ursache für eine geschwächte Syntheseleistung sieht Janet in intensiven emotionalen Reaktionen auf belastende respektive traumatische Erlebnisse. Durch die überwältigenden Affekte kommt es also in Janets Modell zu einem Verlust der integrierenden Kapazität des Bewusstseins, der wiederum zu einer Einengung des Bewusstseinsfeldes als Grundlage für Dissoziation führt. Dabei hängen die Auswirkungen traumatischer Ereignisse jedoch nicht nur von ihrer Intensität und Dauer ab, sondern eben auch von der Intensität der emotionalen Reaktion der Betroffenen. Diese wird ihrerseits von lebens- und lerngeschichtlichen, persönlichkeitspsychologischen, genetischen und situativen Faktoren wesentlich determiniert (Hantke, 1999).

Damit formuliert Janet ein psychotraumatologisch orientiertes Dissoziationskonzept, das letztendlich jedoch auf einem Diathese-Stress-Modell fußt. Der prämorbidem Vulnerabilität kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Keineswegs muss eine Dissoziation immer durch ein intensives äußeres Trauma ausgelöst werden. Vielmehr ist es oft die

persönlichkeitsinhärente Reagibilität einer Person zu überschießenden Emotionen, die traumatogen wirkt und zur Psychopathologie führt.

Trotz seines Differenzierungsgrades und seiner hohen Erklärungskraft konnte sich Janets Dissoziationskonzept nicht durchsetzen. Obwohl um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert Frederic Myers in England und William James, Morton Prince und Boris Sidis in den USA dem Modell eine zentrale Stellung beimaßen, geriet es ab etwa 1910 zunehmend in Vergessenheit. Dazu haben vor allem die Einführung des Schizophreniebegriffs durch Eugen Bleuler, das Aufkommen des Behaviorismus mit seiner Vernachlässigung innerpsychischer Vorgänge und die Dominanz psychoanalytischer Erklärungen für die Hysterie beigetragen (Kihlstrom, 1994). Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass Sigmund Freud gerade zu Beginn seiner Auseinandersetzungen mit hysterischen Patienten durchaus Bezug auf Janets Dissoziationskonzept nahm, wobei er es allerdings vermied, dessen Überlegungen hervorzuheben. In Freuds weiterer Theoriebildung wurde dann die Bedeutung real-traumatischer Erfahrungen zugunsten triebbedingter, konflikthafter intrapsychischer Prozesse relativiert, und Janets Dissoziationsmodell wird in Freuds Metapsychologie durch das Konzept der Verdrängung ersetzt. Dabei handelt es sich jedoch keineswegs um eine bloße Veränderung in der Begrifflichkeit; vielmehr unterscheiden sich Janets und Freuds Vorstellungen über die Funktionsweise des psychischen Apparates fundamental (Hantke, 1999).

Während das Interesse am Dissoziationskonstrukt zwischen 1920 und Mitte der 1960er Jahre regelrecht abebbte, kam es

spätestens seit Anfang der 1970er Jahre zu einer Renaissance. Dazu haben verschiedene Entwicklungen beigetragen:

- die Betonung der epidemiologischen und klinischen Bedeutung von Kindesmisshandlung, vor allem intrafamiliärem Inzest, durch die zweite Welle der Frauenbewegung;
- die zunehmende Anerkennung der klinischen Relevanz von traumatischem Stress für die Psychopathologie von Kriegsveteranen des Vietnamkrieges;
- die Veröffentlichung und Rezeption des epochalen Werkes *Die Entdeckung des Unbewussten* von Henry F. Ellenberger im Jahre 1970, in dem die zentrale Rolle von Pierre Janet bei der Entwicklung der dynamischen Psychiatrie detailliert herausgearbeitet und sein Dissoziationskonzept in Erinnerung gerufen wird;
- die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit experimentellen und therapeutischen Ansätzen zur multiplen Persönlichkeitsstörung;
- die Popularisierung der multiplen Persönlichkeit über die Medien, beispielsweise durch das Buch *The three faces of Eve* von Corbett H. Thigpen und Hervey M. Cleckley (Dt.: *Die 3 Gesichter Evas*, 1957) oder das Buch *Sybil* (Dt.: *Sybil. Persönlichkeitsspaltung einer Frau*, 1974/77) und dessen Verfilmung;
- die Einführung der sogenannten Neodissoziationstheorie durch Ernest R. Hilgard (1974) im Kontext experimenteller Psychopathologie mittels Hypnose.

Diese verschiedenen Strömungen können an dieser Stelle nicht im Detail nachgezeichnet werden. Um aktuelle Modellvorstellungen zur Dissoziation angemessen zu verstehen und einzuordnen, erscheint ein kurzer

Exkurs zu Hilgards Neodissoziationstheorie als sinnvoll.

2.2.2 Neodissoziationstheorie

Hilgard interessierte sich nicht nur für harte Daten, beobachtbares und messbares Verhalten, sondern auch für subjektives Erleben und damit für Bewusstsein, so dass sein Ansatz als subjektiver Behaviorismus bezeichnet wurde. Im Unterschied zu Janet ging er davon aus, dass Dissoziation ein normales kognitives Phänomen darstelle, das sich in Hypnose zeige. Als Arbeitshypothese diente die Annahme, dass unter Hypnose als einem veränderten Bewusstseinszustand eine Inkongruenz zwischen physiologischen Befunden und verbalen Berichten der Versuchspersonen bestehe. Diese konnte experimentell bestätigt werden. So berichteten beispielsweise hypnotisierte Probanden, dass sie keine Schmerzen hätten, obwohl physiologische Messungen das Gegenteil bewiesen. Die Tatsache, dass die Abspaltung der Schmerzempfindungen unter Hypnose besser gelingt als im Wachbewusstsein, wird mit einem bestimmten Kontrollmechanismus erklärt. Hilgard nahm dazu eine Hierarchie kognitiver und somatischer Subsysteme an und postulierte eine Exekutivkontrolle. Diese regle das Zusammenwirken der einzelnen Mechanismen und garantiere so Konsistenz, aber auch Übereinstimmung mit gewissen Kontextnormen und ermögliche letztendlich ein Identitätserleben der Persönlichkeit. Unter Hypnose werde nun diese oberste Kontrollinstanz zurückgedrängt und die einzelnen Subsysteme könnten größere Autonomie entfalten.

Hilgard hat das getrennte Nebeneinander unterschiedlicher autonomer Instanzen durch seine Experimente zu dem sogenann-

ten »heimlichen Beobachter« (*hidden observer*) nachzuweisen versucht. Dabei wird der Hypnotisand instruiert, sich quasi in zwei Personen aufzuspalten, deren Trennung der Hypnotiseur durch eine Berührung signalisiert. Die beiden »Personen« können unterschiedliche Informationen aus der Hypnosesitzung wiedergeben. Der *hidden observer* kann dabei als der Teil verstanden werden, der die übergreifende beobachtbare Perspektive in der Hypnosesituation einnimmt. Hilgard nennt ihn deshalb »hidden«, weil diese Instanz nur durch die spezielle Instruktionstechnik evident wird. Bei hypnotischen Experimenten, in denen den Probanden durch die hypnotische Instruktion Analgesie suggeriert wurde, war es durch den *hidden observer* möglich, die volle subjektive Schmerzstärke, z.B. beim Eiswassertest, zu ermitteln. Ungeachtet der Frage, ob solche Experimente generalisierbar sind, scheint die Annahme einer hierarchischen Struktur von in sich relativ autonomen Subsystemen mit eigenen Kontrollmechanismen innerhalb des kognitiven, aber auch des somatischen Systems durchaus sinnvoll zu sein. Nach der Neodissoziationstheorie gibt es eine Exekutivkontrolle, die ganz oben in der Hierarchie angesiedelt ist und unter Hypnose ihren Einfluss zurücknimmt. Unter dieser Bedingung sind dann Informationen und prozedurale Programme ansprech- und abrufbar, die im normalen Wachbewusstsein nicht zugänglich sind. Dissoziative und hypnotische Zustände sind insofern ähnlich, als in ihnen die Exekutivkontrolle als oberste Stufe der hierarchischen Regulationssysteme weniger Einfluss nimmt als im Wachbewusstsein und so die darunter stehenden Subsysteme in anderer Form zur Geltung kommen.

2.3 Aktuelle Weiterentwicklungen des Dissoziationsmodells

Obwohl Janet in seiner Ausarbeitung des Dissoziationsbegriffs wesentliche Grundlagen geschaffen hat, zeigt seine wechselvolle Geschichte doch auch, dass ganz heterogene Einflüsse der verschiedensten theoretischen Strömungen das Konzept beeinflusst haben. Nicht zuletzt dadurch erklärt sich die eingangs erwähnte »semantische Offenheit«. Der »scientific community« ist diese Problematik in den letzten Jahren zunehmend bewusst geworden, so dass es von diversen Seiten Bemühungen der Präzisierung gegeben hat. Die meistversprechenden Ansätze sind

- die Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Dissoziation;
- die Differenzierung zwischen »detachment« und »compartmentalization«;
- Entwicklungsreihen von Dissoziation und das Modell der peritraumatischen Dissoziation;
- die Theorie der strukturellen Dissoziation.

2.3.1 Normale versus pathologische Dissoziation

Während Janet davon ausging, Dissoziation stelle einen diskontinuierlichen Prozess dar, der nur bei Kranken, insbesondere bei Hysterikern, vorkomme, konzeptualisierten seine Zeitgenossen William James und Morton Prince Dissoziation als dimensional, d. h. dissoziative Phänomene lassen sich auf einem Kontinuum von alltäglichen Erfahrungen wie etwa Tagträumereien bis zu schwersten und klinisch relevanten Formen wie der multiplen Persönlichkeitsstörung anordnen. Diese sogenannte »Kontinuumshypothese«

prägt bis heute den klinischen und wissenschaftlichen Diskurs (Spitzer et al., 2007). In jüngster Zeit ist erneut gefragt worden, ob es nicht doch einen qualitativen Unterschied zwischen »normaler« und »pathologischer« Dissoziation gebe. Aus klinischer Perspektive sind drei Momente hervorgehoben worden, um dissoziative Phänomene als pathologisch zu charakterisieren:

- Dissoziative Symptome von klinischer Relevanz gehen bei den Betroffenen mit einem veränderten Identitätsgefühl einher,
- bei pathologischen Formen der Dissoziation bestehen typischerweise Erinnerungslücken und
- subjektives Leiden bzw. objektivierbare psychosoziale Funktionseinschränkungen treten in der Regel nur bei pathologischer Dissoziation auf.

Auch die empirische Forschung ist dieser Frage nachgegangen, indem die Datensätze der Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein & Putnam, 1986) von je 228 Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung und gesunder Kontrolle mit Hilfe taxometrischer Verfahren reanalysiert wurden (Waller et al., 1996). Die DES ist das international gebräuchlichste und am besten evaluierte Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung dissoziativer Phänomene, welches als *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* (FDS) auch in einer deutschen Fassung vorliegt (Spitzer et al., 2015). Verschiedene taxometrische Ansätze kommen dabei übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine Unterscheidung zwischen einem dimensional, nicht-pathologischen und einem diskontinuierlichen, pathologischen Typus dissoziativer Phänomene empirisch gerechtfertigt ist (Waller et al., 1996). Zudem konnten

acht der ursprünglich 28 Items der DES extrahiert werden, die als Indikatoren für pathologische Dissoziation gelten und als DES-Taxon (DES-T) bezeichnet wurden. In einem weiteren Schritt konnte gezeigt werden, dass die DES-T deutlich besser zwischen verschiedenen diagnostischen Kategorien differenziert als die Originalfassung der DES; insbesondere fand sich pathologische Dissoziation fast ausschließlich bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder dissoziativen Störung. In einer unabhängigen Untersuchung konnte die Unterscheidung zwischen dimensionaler, nicht-pathologischer und diskontinuierlicher, pathologischer Dissoziation an einem DES-Datensatz aus der Allgemeinbevölkerung bestätigt werden (Waller & Ross, 1997).

Interessanterweise wurde in einer nicht-klinischen Stichprobe eine Assoziation zwischen pathologischer Dissoziation und Kindheitstraumata, vor allem körperliche Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, gefunden, die für eine nicht-pathologische Dissoziation nicht bestand (Irwin, 1999). Allerdings waren die berichteten Effektstärken eher niedrig, so dass auch anderen Faktoren eine wichtige Rolle bei der Genese pathologischer Dissoziation zugeschrieben wurde (Irwin, 1999). Der Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und pathologischer Dissoziation wurde auch in anderen Untersuchungen repliziert, so bei delinquenten Jugendlichen und bei Patienten mit einer Depersonalisationsstörung. Hingegen lässt sich kritisch einwenden, dass pathologische Dissoziation zeitlich wenig stabil ist und möglicherweise ein empirisch-statistisches Artefakt darstellt (Übersicht bei Spitzer et al., 2007).

2.3.2 Detachment und compartmentalization

Auch von klinisch-therapeutischer Seite ist die Dissoziation in zwei qualitativ unterschiedliche Formen unterteilt worden. In einer sehr gelungenen Übersicht führen Holmes und Mitarbeiter (2005) die bisherigen Versuche der Differenzierung und Präzisierung sinnvoll und klinisch relevant zusammen. Dabei zeigen sie auf, dass die meisten Autoren sich – mit unterschiedlicher Begrifflichkeit – an der Einteilung der eingangs dargestellten Systematik von Cardena (1994) orientieren und Dissoziation entweder als Desintegration mentaler Subsysteme oder aber als verändertes Bewusstsein verstehen.

Bei der letztgenannten Form, dem sogenannten *detachment*, besteht das zentrale Merkmal in einem veränderten Bewusstseinszustand, der mit einem Gefühl der Entfremdung (oder des Losgelöstseins = *detachment*) einhergeht. Die Entfremdung kann sich dabei auf die eigene Person (Depersonalisation) oder die Umgebung (Derealisation) beziehen; oftmals findet sich in solchen Zuständen auch eine veränderte affektive Beteiligung oder diese fehlt gar völlig, so dass die Betroffenen kein Gefühl der »Meinhaftigkeit« des Erlebten haben. Ähnlichkeiten des *detachment* mit anderen Konzepten aus dem Bereich der Psychotraumatologie wie etwa dem *emotional numbing* oder der *peritraumatischen Dissoziation* sind offensichtlich.

Der zweite Typus der Dissoziation wird als *compartmentalization* bezeichnet; hier resultieren die dissoziativen Phänomene aus einer Störung des Wechselspiels von normalerweise miteinander in übergeordneten Funktionseinheiten interagierenden Systeme.

men und Modulen. Diese Modellvorstellung weist dabei eine große Nähe zu Hilgards Neodissoziationstheorie auf. *Compartmentalization* ist durch die Unfähigkeit charakterisiert, prinzipiell bewusst kontrollierbare oder bewusstseinsfähige mentale Prozesse angemessen zu steuern.

Der heuristische Wert und die klinische Relevanz dieser Zweiteilung lassen sich beispielhaft an der dissoziativen Amnesie aufzeigen. Amnestische Phänomene im Kontext des *detachment* sind – häufig durch traumatische Erlebnisse bedingt – als Störung der Encodierung zu verstehen. Hingegen sind Amnesien im Rahmen des *compartmentalization* als Abrufstörung zu werten. Auf der Ebene klinischer Diagnosen stellt die Depersonalisationsstörung den Prototyp des *detachment* dar, während Konversionsstörungen klassische Beispiele für *compartmentalization* sind; bei der Posttraumatischen Belastungsstörung treten beide Formen der Dissoziation auf (Holmes et al., 2005).

2.3.3 Entwicklungsreihen und peritraumatische Dissoziation

Diese Konzeption hebt weniger auf qualitative Unterschiede als auf den zeitlichen Bezug zur Traumatisierung und die Eigen-dynamik dissoziativer Prozesse ab. Aus dieser Perspektive lässt sich festhalten, dass Dissoziation sowohl unmittelbar während des traumatischen Ereignisses als auch posttraumatisch und gar als eine Langzeit-Konsequenz bei Mehrfachtraumatisierung vorkommen kann. Somit kann Dissoziation als drei unterschiedliche, aber in Beziehung stehende mentale Phänomene verstanden werden (Van der Kolk et al., 2000).

Primäre Dissoziation

Abhängig von der Intensität des Traumas und den persönlichen Voraussetzungen kann angesichts einer überwältigenden Bedrohung die individuelle Reizverarbeitungskapazität überschritten werden. Dann sind die Betroffenen nicht in der Lage, die traumatischen Erfahrungen als Ganzes in ihr Bewusstsein zu integrieren. Sensorische und emotionale Elemente werden als Fragmente und isoliert von den normalen Bewusstseinsinhalten gespeichert und können nicht in ein persönliches Narrativ integriert werden. Diese Fragmentierung wird von Ich-Zuständen begleitet, die sich von normalen Bewusstseinszuständen unterscheiden.

Sekundäre Dissoziation

Befindet sich eine Person einmal in diesem veränderten Bewusstseinszustand, kann eine weitere Desintegration des persönlichen Erlebens auftreten. Eine »Dissoziation zwischen beobachtendem Ich und erlebendem Ich« (Fromm, 1965) wird von traumatisierten Personen vielfach geschildert. Diese Personen berichten beispielsweise, dass sie im Moment der Traumatisierung mental ihren Körper verlassen und das Geschehen aus einer Distanz beobachten. Dieses Distanzierungsmanöver der sekundären Dissoziation erlaubt es den Personen, die traumatische Erfahrung als ein Beobachter zu betrachten und somit den Schmerz oder die Angst zu begrenzen. Während die primäre Dissoziation eine Einschränkung des kognitiv-perzeptiven Bezugs hinsichtlich des Traumas mit sich bringt und somit die Betroffenen in die Lage versetzt, zunächst weiter zu funktionieren, als ob nichts geschehen wäre, trennt die sekundäre Dissoziation die Betroffenen von den aversiven Affekten, die mit der Traumatisierung verknüpft sind,

und fungiert quasi als Anästhetikum. Mittlerweile werden die Begriffe der sekundären und peritraumatischen Dissoziation synonym benutzt.

Neben Derealisation und Depersonalisation zählen Verwirrung, Desorientierung, Veränderungen in der Schmerzwahrnehmung und des Körperbildes, Einengung des Gesichtsfeldes und anderer Sinneskanäle sowie ein verändertes Zeitgefühl zu den typischen peritraumatischen dissoziativen Symptomen (Krause-Utz & Elzinga, 2017). Zur psychometrischen Erfassung genau dieser Merkmale wurde der *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ) entwickelt, der auch in einer autorisierten deutschen Fassung als *Peritraumatische Dissoziative Erfahrungen – Fragebogen* vorliegt (Übersicht bei Spitzer & Wirtz, 2017).

Die Funktionalität dissoziativer Symptome zum Zeitpunkt der akuten Traumatisierung scheint darin zu bestehen, dass über eine De-Kontextualisierung des Gesamtzusammenhangs basale und für das Überleben notwendige psychische Funktionen aufrechterhalten werden können. Trotz dieser initialen Funktionalität legen viele Arbeiten nahe, dass die peritraumatische Dissoziation einen hohen prädiktiven Wert in Bezug auf die spätere Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung hat. Eine Metaanalyse zu dieser Problematik kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass der kausale Zusammenhang zwischen peritraumatischer Dissoziation und Posttraumatischer Belastungsstörung nicht eindeutig positiv zu beurteilen ist (Lensvelt-Mulders et al., 2008).

Tertiäre Dissoziation

Unter *tertiäre Dissoziation* ist die Entwicklung unterschiedlicher Ich-Zustände, die

traumatische Erinnerungen beinhalten, zu verstehen. Diese Ich-Zustände bestehen aus komplexen Identitäten mit unterschiedlichen kognitiven, affektiven und behavioralen Mustern. Einige dieser Ich-Zustände repräsentieren spezifische Aspekte der Traumatisierung, etwa Angst, Schmerz oder Aggression. Hingegen haben andere Ich-Zustände keinen Zugang zu den traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen Affekten; dadurch bleibt die Ausführung routinemäßiger Funktionen des täglichen Lebens unbeeinträchtigt.

2.3.4 Theorie der strukturellen Dissoziation

Eine für die Psychotraumatologie wichtige Konzeption des Dissoziationsbegriffs hat die Arbeitsgruppe um Onno van der Hart und Ellert Nijenhuis vorgelegt, wobei sie zum Teil direkt auf andere Theorien rekurriert (Van der Hart et al., 2008). Mit Bezug auf Janet und Charles Myers entwickeln sie folgendes Modell einer traumabezogenen strukturellen Dissoziation: Misslingt in der Folge akuter Traumatisierungen eine Bewältigung und Integration des Erlebten, kann es zu einer Teilung der Persönlichkeit in verschiedene Anteile mit jeweils eigener psychobiologischer Basis kommen. Diese Aufspaltung kann rudimentär oder deutlicher ausgeprägt sein; auch können die Persönlichkeitsanteile unterschiedlich stark miteinander interagieren, wobei klinisch ein Wechsel zwischen dem Wiedererleben der Traumatisierung und einer Abspaltung bzw. einem relativen Unbewusstsein des Traumas und der damit verbundenen Affekte auffällt. *Dissoziation* beschreibt diesen Wechsel zwischen dem sogenannten *emotionalen Persönlichkeitsanteil (EP)* – fixiert

in der traumatischen Erinnerung und den damit verbundenen Erfahrungen – und dem *anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil (ANP)*, welcher in einer phobischen Vermeidung der traumatischen Erinnerung fixiert ist und sich durch Abspaltung, emotionale Betäubung sowie in einer teilweisen oder kompletten Amnesie des traumatischen Erlebens äußert.

Die traumabezogene strukturelle Dissoziation hat sich im Laufe der Evolution als psychobiologisches Überlebens- oder Aktionssystem mit dem Ziel der Anpassungsregulation entwickelt. Einige Aktionssysteme sind defensiv und beziehen sich auf das Überleben des Einzelnen bei direkter Bedrohung, während andere für das Alltagsleben und für das Überleben der Spezies von Bedeutung sind. Der emotionale Persönlichkeitsanteil (EP) verkörpert das animalische Verteidigungssystem mit festgelegten Reaktionen angesichts tatsächlicher oder vermuteter Bedrohungen, mit korrespondierenden Subsystemen, die z.B. zu Hypervigilanz, Kampf, Flucht oder Unterwerfung führen. Der EP zeigt eine Bewusstseinsengung mit einem Aufmerksamkeitsfokus auf reale oder antizipierte Bedrohungen, die (wieder-)erlebt und als aktuelles Ereignis behandelt werden. Somit kann der EP sowohl einzelne wie kombinierte Reaktionsmuster aufzeigen, die dem Verteidigungsverhalten von Tieren ähneln, als auch komplexe und elaborierte Verhaltens- und Erlebnismuster entwickeln. Im Gegensatz dazu hat der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil (ANP) die Funktion, jene Alltagsaufgaben zu erfüllen, die für das (Über-) Leben der Art notwendig sind, wie beispielsweise Bindung, Regulation des Energiehaushaltes und Fortpflanzung. Dies gelingt jedoch nur, wenn dem ANP die traumati-

schen Erinnerungen des EP nicht zugänglich sind bzw. diese streng vermieden werden. Dieses Vermeidungsverhalten ist insofern angepasst, als dem Betroffenen eine Integration der traumabezogenen Erinnerungen nicht möglich ist. Die Alltagsfunktionen des ANP wären gefährdet, wenn die traumatischen Erinnerungen zugänglich würden.

Bei der ungenügenden Bewältigung eines akuten und einmaligen Traumas kann es zu einer *primären strukturellen Dissoziation* kommen, die durch eine Aufteilung der Persönlichkeit in einen einzelnen ANP und einen einzelnen EP charakterisiert ist. Als klinisches Beispiel sei die »einfache« Posttraumatische Belastungsstörung genannt. Wenn traumatische Ereignisse zunehmend als überwältigend erlebt werden und/oder über einen langen Zeitraum andauern, kann das eine weitere Aufspaltung des EP zur Folge haben, während ein einfacher ANP unversehrt bleibt. Diese *sekundäre strukturelle Dissoziation* findet sich klinisch bei der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung oder bei vielen Fällen mit dissoziativen Störungen, vor allem den nicht näher bezeichneten dissoziativen Störungen. Schließlich kann eine Aufspaltung des ANP geschehen, wenn unvermeidbare Aspekte des Alltagslebens auf spezielle Weise mit dem traumatischen Ereignis verknüpft werden, wenn also beispielsweise Bindungsverhalten mit traumatischen Erinnerungen verbunden ist. Zusätzlich können sich neue ANPs entwickeln, wenn der ANP ein so schlechtes Funktionsniveau hat, dass der normale Alltag nicht bewältigt werden kann. Weitere Dissoziationen des ANP als Reaktion auf fortgesetzte Traumatisierungen können sich zur »normalen« Lebensweise entwickeln. Diese *tertiäre strukturelle*

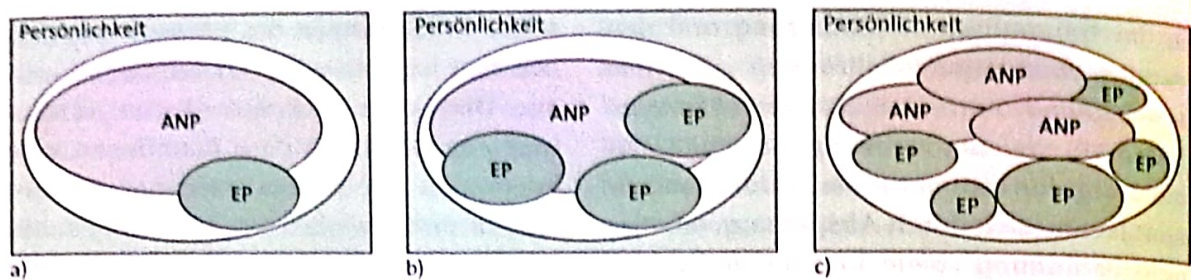


Abb. 1a)–1c): Illustration des Modells zur strukturellen Dissoziation

a) primäre strukturelle Dissoziation (akute oder einfache posttraumatische Belastungssituation)

b) sekundäre strukturelle Dissoziation (komplexe PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung)

c) tertiäre strukturelle Dissoziation (multiple Persönlichkeitsstörung bzw. Dissoziative Identitätsstörung)

ANP: Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil – Funktionen des Alltagslebens

EP: Emotionaler Persönlichkeitsanteil – trauma-assoziierte Verteidigungssysteme (z. B. Flucht)

Dissoziation umfasst also neben der Aufspaltung des EP noch die des ANP und liefert so ein sinnvolles Modell zum Verständnis der multiplen Persönlichkeitsstörung respektive der Dissoziativen Identitätsstörung.

2.4 Neurobiologische Befunde

In vielfältigen Forschungsbemühungen ist den neurobiologischen Korrelaten von dissoziativen Symptomen nachgegangen worden. Dabei sind Auffälligkeiten der Hypothalamas-Hypophysen-Nebennieren-Achse (vgl. auch Kap. A4 in diesem Band), Alterationen im serotonergen, noradrenergen, glutamatergen und im endogenen Opioidsystem sowie strukturelle und funktionelle Auffälligkeiten in zentralnervösen Netzwerken gefunden worden (Winter & Schmahl, 2017; Gebauer & Daniels, 2017). Diese mannigfaltigen, zum Teil inkonsistenten Ergebnisse können hier nicht im Detail referiert werden.

Die Befunde aus funktionellen Bildgebungsstudien sollen kurz dargestellt werden, da diese aus neurobiologischer Perspektive zentrale Annahmen der oben dargestellten

Theorien untermauern. Trotz vieler funktioneller MRT-Untersuchungen, in denen Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung einer Symptomprovokation unterzogen wurden, konnte kein einheitliches Bild der beteiligten Hirnareale gezeichnet werden. Erst mit einer an klinischen Merkmalen orientierten Unterteilung der PTBS-Patienten gelang es, zwei distinkte Verarbeitungsmodi in der Folge eines traumatischen Ereignisses neurobiologisch zu charakterisieren. Das klinisch führende Merkmal der einen Gruppe ist ausgeprägte Dissoziation, weshalb diese auch als dissoziativer Subtypus der PTBS bezeichnet wird (Lanius et al., 2012). Bei der anderen Form stehen Übererregung und Intrusionen im Vordergrund; allerdings können beide Verarbeitungsmodi bei ein und derselben Person gleichzeitig und/oder nacheinander vorkommen. Diese beiden Gruppen zeigen bei Konfrontation mit einem trauma-assoziierten Hinweisreiz genau gegenläufige Muster der Aktivierung in Hirnregionen, die für die Erregungsmodulation und Emotionsregulation verantwortlich sind. Dazu zählen der mediale präfrontale Kortex, das vordere Cingulum und das limbische System.

In verschiedenen Studien zeigten Patienten mit dem dissoziativen Subtypus der PTBS eine außergewöhnliche starke Aktivität des dorsalen vorderen Cingulums und des medialen präfrontalen Kortex, die mit der klinischen Dissoziation eng korrelierte. Gleichzeitig bestand eine negative Korrelation mit der Aktivität der vorderen Inselregion und der Amygdala als wichtige Strukturen des limbischen Systems, insbesondere bei der bewussten Wahrnehmung und Verarbeitung von Angstreizen. Aufgrund dieser Befunde wurde ein Modell der emotionalen Dysregulation als Antwort auf traumabezogene Stimuli entwickelt, wobei der dissoziative Subtypus mit einer Überregulation, der übererregt-intrusive Typus mit einer affektiven Unterregulation einhergeht. Für die Dissoziation wird letztendlich von einer Top-down-Regulation im Sinne einer kortikolimbischen Inhibition ausgegangen: Wird ein bestimmtes Maß an Angst erreicht bzw. überschritten, hemmt der mediale präfrontale Kortex limbische Strukturen, vor allem die Amygdala, und damit die weitere Emotionsverarbeitung. Klinisch manifestiert sich dies als veränderte bis fehlende affektive Beteiligung, die typischerweise mit Derealisation und Depersonalisation vergesellschaftet ist. Dieses neurobiologische Modell liefert zum einen überzeugende Hinweise auf die Mechanismen, die dissoziativen Symptomen zugrunde liegen, zum anderen verweist es auf die eminent wichtige Rolle intensiver aversiver Affekte als potentielle Auslöser für diese Mechanismen (Lanius et al., 2012).

2.5 Resümee und Versuch einer Integration

In der traditionsreichen Begriffsgeschichte hat es vielfältige Bemühungen hinsichtlich einer präziseren Ausdifferenzierung des Dissoziationskonstruktes gegeben. Dennoch werden weiterhin viele Aspekte kontrovers diskutiert und nicht zuletzt der kausale Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und traumatischen Erfahrungen in Frage gestellt (Lynn et al., 2014). Auch wenn alternative Erklärungsmodelle wichtige Erkenntnisse zu weiteren Determinanten geliefert haben, so kann aus psychotraumatologischer Perspektive kein Zweifel an dem Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation bestehen. Allerdings ist auch klar, dass dieser Zusammenhang keineswegs monokausal und insgesamt sehr komplex ist (Eckhardt-Henn, 2017; Krause-Utz & Elzinga, 2017).

Weiterhin offen ist die Frage, ob Bewusstseinsveränderungen im Kontext von Dissoziation ein eigenständiges und von anderen dissoziativen Symptomen distinktes Syndrom darstellen oder ob diese Phänomene letztendlich eng assoziiert sind. Im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Trauma stellen Bewusstseinsveränderungen die typische Konstellation dar, so wie dies im Konzept der peritraumatischen Dissoziation ausformuliert ist.

Für ein Modell, das die verschiedenen Strömungen und Befunde weitestgehend zu integrieren versucht, erscheint zunächst die Unterscheidung zwischen dissoziativen Symptomen und Störungen als akute Zustände (*state*) im Gegensatz zu einer als Dissoziationsneigung zu bezeichnenden Prädisposition als sinnvoll. State- und Trait-Dissoziation interagieren dabei im Sinne eines

Vulnerabilitäts-Stress-Modells: Während es bei einer hohen Dissoziationsneigung für die Symptomauslösung, also die Manifestation von dissoziativen Zuständen respektive Störungen, nur geringer psychosozialer Belastungen bedarf, können massive Traumatisierungen auch bei psychisch Gesunden ohne entsprechende Disposition dissoziative Phänomene hervorrufen. Zur Symptomauslösung kommt es immer dann, wenn die Belastung den individuellen Reizschutz überfordert bzw. die Reizverarbeitungskapazitäten übersteigt. Der bewusst weit gefasste Begriff der Belastung kann ein Realtrauma, aber eben auch einen interpersonellen oder intrapsychischen Konflikt betreffen. Die Dissoziation fungiert dabei – zumindest in der Akutsituation – als Möglichkeit, die mit der Belastung verbundenen aversiven Affekte nicht zu spüren bzw. über eine subjektive Dekontextualisierung die Belastung zu »bewältigen«. Gelingt diese Bewältigungsstrategie, kommt es zu einer kurzfristigen Entlastung. Qua operanter Konditionierung kann in der Folge die Schwelle für dissoziations-

auslösende Hinweisreize sinken, also eine Generalisierung eintreten. Auf diese Weise beeinflusst die State-Dissoziation die Dissoziationsneigung.

Darüber hinaus wird diese Prädisposition von vielen anderen Faktoren wie genetischen Einflüssen, persönlichkeitspsychologischen Merkmalen, der individuellen Lebens- und Lerngeschichte inklusive früheren Realtraumatisierungen oder fortgesetzter emotionaler, psychischer und physischer Deprivation in vulnerablen Phasen der psychosexuellen Entwicklung sowie neurobiologischen Dysregulationen, etwa des Schlaf-Wach-Rhythmus, determiniert. Führen diese Determinanten in einem komplexen Wechselspiel zu einer hohen Dissoziationsneigung, können bereits alltägliche psychosoziale Belastungen, die eindeutig nicht als Trauma zu qualifizieren sind, dissoziative Phänomene oder gar Störungen auslösen. Abbildung 2 versucht, dieses Modell graphisch zu veranschaulichen.

Dieses Modell erlaubt es, die oben dargestellten und partiell widersprüchlichen Be-

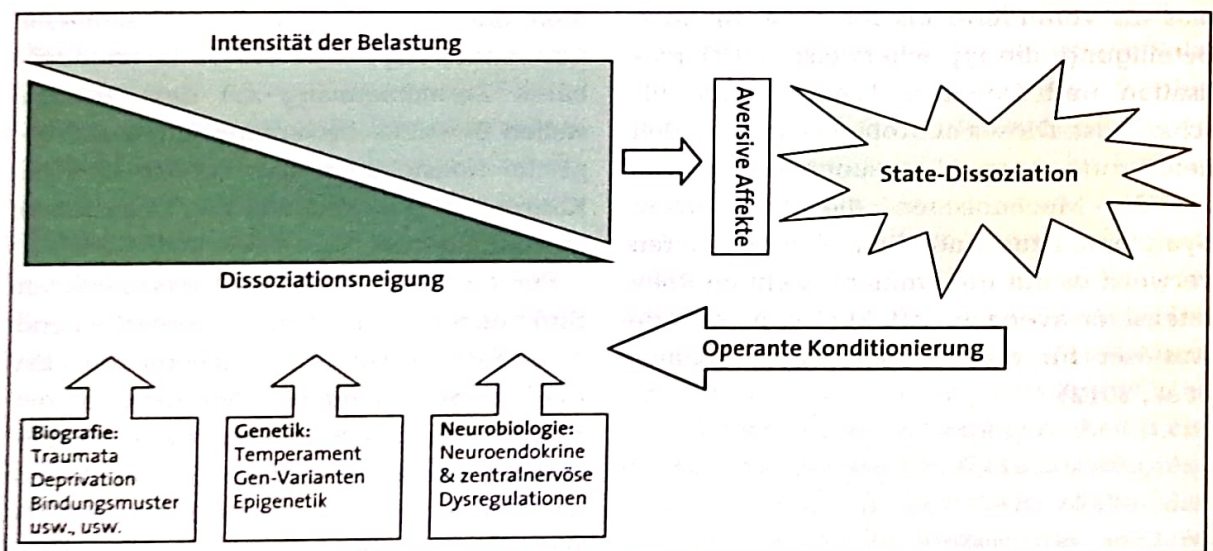


Abb. 2: Integratives Modell zur Erklärung von Trait- und State-Dissoziation

funde sinnvoll zu integrieren. Aus therapeutischer Sicht bietet es überdies den Vorzug, dass die Hauptschulen der Psychotherapie es mit ihrer Begrifflichkeit «füllen» und somit für den klinischen Alltag nutzbar machen können.

2.6 Literatur

- Bernstein E. M. & Putnam F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Cardena E. (1994). The domain of dissociation. In: Lynn S. J. & Rhue R. W. (Hrsg.). *Dissociation: Theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford Press, 15–31.
- Eckhardt-Henn A. (2017). Dissoziation als spezifische Abwehrfunktion schwerer traumatischer Erlebnisse – eine psychoanalytische Perspektive. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 127–143.
- Ellenberger H. F. (2005). *Die Entdeckung des Unbewussten*. Zürich: Diogenes.
- Fromm E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2, 127–133.
- Gebauer C. & Daniels J. (2017). Neurochemische und neuroendokrinologische Befunde. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 116–124.
- Giesbrecht T. & Merckelbach H. (2005). Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. Ein kritischer Überblick. *Nervenarzt*, 76, 20–27.
- Hantke L. (1999). *Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Hilgard E. R. (1974). Towards a neodissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*, 17, 301–316.
- Holmes E. A., Brown R. J., Mansell W., Fearon R. P., Hunter E. C., Frasquilho F. & Oakley D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychological Review*, 25, 1–23.
- Irwin H. J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: The relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology*, 133, 157–164.
- Janet P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Kihlstrom J. F. (1994). One hundred years of hysteria. In: Lynn S. J. & Rhue R. W. (Hrsg.). *Dissociation: Theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford Press, 365–394.
- Krause-Utz A. & Elzinga B. (2017). Peritraumatische Dissoziation und Informationsverarbeitung. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 186–216.
- Lanius R. A., Brand B., Vermetten E., Frewen P. A. & Spiegel D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29, 701–708.
- Lensvelt-Mulders G., Van der Hart O., Van Ochten J. M., Van Son M. J., Steele K. & Bree-man L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1138–1151.
- Lewis K. L. & Grenyer B. F. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 322–328.
- Lynn S. J., Lilienfeld S. O., Merckelbach H., Giesbrecht T., McNally R. J., Loftus E. F., Bruck M., Garry M. & Malaktaris A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberget al. (2012). *Psychological Bulletin*, 140, 896–910.
- Ross C. A. (1997). *Multiple personality disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Spitzer C., Wrede K. H. & Freyberger H. J. (2004). Das AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion (AMDP-DK): Entwicklung

- einer Checkliste und erste Befunde zu ihren psychometrischen Charakteristika. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 72, 404–410.
- Spitzer C., Stieglitz R.D. & Freyberger H.J. (2015). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Testmanual zur Kurz- und Langform (FDS-20 und FDS)*. 3. Aufl. Bern: Huber.
- Spitzer C., Barnow S., Freyberger H. J. & Grabe H.J. (2007). »Pathologische Dissoziation« – ein sinnvolles Konzept? *Trauma & Gewalt*, 1, 34–44.
- Spitzer C. & Freyberger H.J. (2017). Klassifikatorische Ansätze und Epidemiologie. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 219–231.
- Spitzer C. & Wirtz G. (2017). Testpsychologische Diagnostik. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 232–244.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S. & Steele K. (2008). *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk B.A., Van der Hart O. & Marmar C.R. (2000). Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In: Van der Kolk B.A., McFarlane A.C. & Weisaeth L. (Hrsg.). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann, 241–261.
- Waller N.G., Putnam F.W. & Carlson E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types. A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300–321.
- Waller N.G. & Ross C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499–510.
- Winter D. & Schmahl C. (2017). Strukturelle und funktionelle Veränderungen des zentralen Nervensystems bei Dissoziation. In: Eckhardt-Henn A. & Spitzer C. (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 95–109.