

**H. Christ**

## **Dissoziation als Leistung und Störung <sup>1</sup>**

### **Zusammenfassung**

Dissoziative Prozesse der Spannungsregulation können Alltagsphänomene ebenso gut erklären wie Krankheitsphänomene. Ich beginne mit dem vernachlässigten Alltagsbereich salutogenetisch bedeutsamer Dissoziation für Erholungsprozesse, affektive Diskriminierung und die Förderung von kreativen Prozessen und wende mich darauf der Begriffsgeschichte zu um dann den heutigen Stand der Dissoziationsforschung zu skizzieren. Unter Berücksichtigung neurowissenschaftlicher und mentalistischer Konzepte der Psychoanalyse und Bindungsforschung stelle ich ein Aufmerksamkeitsmodell der Dissoziation vor. Komplexitätsreduktion als Prozess der Erregungsabkopplung durch Konstriktion und Selbsterregung verdeutliche ich an Fallmaterial aus der eigenen Praxis als Psychotherapeut und Supervisor. Therapeutische Überlegungen beschließen die vorliegende Arbeit.

Schlüsselwörter: Dissoziation, Aufmerksamkeitsmodell, reflexive Kompetenz, Sinnattraktor, Bindungstheorie, Chaostheorie, Psychotherapie

### **Abstract**

Dissociative processes of stress regulation can explain everyday phenomena just as well as pathological ones. The present paper starts with the usually neglected everyday domain of salutogenetically significant dissociation for processes of regeneration, affective discrimination and support of creative processes. It goes on with the history of the term dissociation and then outlines today's state of the art. Including neuro-scientific and mentalistic concepts of psychoanalysis and attachment theory, I will present an attentional model of dissociation. Reduction of complexity as a process of disconnecting arousal by constriction and self-excitation will be shown in case-studies from my practical experience as a psychotherapist and supervisor. Finally some therapeutical conclusions will be reflected.

Key words: dissociation, attentional model, reflexive competence, sense attractor, attachment theory, chaos theory, psychotherapy

### **Dissoziation als ubiquitäres Phänomen**

Dissoziative Störungen werden hauptsächlich im Zusammenhang mit traumatischen Verarbeitungsprozessen beschrieben. Als Ergebnis massiver Angstbewältigungsversuche führen sie zu so unterschiedlichen Symptomen wie Selbstverletzung, schwere Verhaltensstörungen, Essstörungen, somatosensorischen Überflutungen, wahnartigen Ideen, Phobien oder Zwangsstörungen. Dissoziation ist jedoch auch ein ubiquitäres Phänomen. Im normalen Alltagsgeschehen sind dissoziative Strategien adaptiv und funktional. Man muss sogar davon ausgehen, dass auch das Unvermögen zur dissoziativen Regulation zu schweren Störungen führen kann. So kritisiert Ross (1996), dass Dissoziation nahezu ausschließlich als klinischer Begriff respektive Phänomen gesehen wird statt als ein Kontinuum. Fiedler (1999) geht ebenfalls von einem Kontinuum von normaler zu pathologischer Dissoziation aus, bleibt in seinen Beispielen jedoch stark auf Trancephänomene beschränkt. Seidl (2003) geht darüber hinaus und stellt Dissoziation als Alltagsphänomen in den Mittelpunkt seiner Analyse. Er beschreibt sie als universale und grundlegende Fähigkeit. In einer ersten vorläufigen Definition verstehe ich Dissoziation als einen Vorgang und einen Zustand der Entrückung, des Neben-Sich-Stehens oder

---

<sup>1</sup> H.Christ (2005): Dissoziation als Leistung und Störung. In: Systeme 2/2005, Jg 19, 234-266

des Versunkenseins. Im Unterschied zu den im klinischen Bild ausgeprägten Phänomenen führen dissoziative Auflockerungen im Alltag nicht zur Desintegration. Sie ermöglichen vielmehr die Entstehung kreativer Prozesse, der Neustrukturierung und Reintegration. Sie lösen Blockierungen auf und helfen den Arbeitsabstand zu optimieren. In diesem Zusammenhang spricht Sandler (1967) vom kreativen Trauma.

Wahrnehmung ist ein Prozess der Desomatisierung. Sie verläuft über sensorische Reize zu somatischen Ersteindrücken, über immer komplexere affektive Besetzungen zu bewussten Vorstellungen und Erleben. Interessanterweise neigen wir dazu, selbst komplexe Befindlichkeiten in somatosensorischen Metaphern auszudrücken. So sagen wir beispielsweise, dass uns etwas bedrückt (haptisch), uns etwas stinkt oder man einen guten Riecher hat (olfaktorisch), uns etwas auf der Zunge liegt (gustatorisch), uns etwas in den Fingern juckt (taktile) oder gar auf den Nägeln brennt (Schmerz) oder ganz einfach nur geil ist. Diese Reihe ließe sich weiter fortsetzen. Auf der anderen Seite finden wir fast schon, wie zu erwarten, sprachliche Metaphern, die Wahrnehmungseinschränkungen dissoziativer Art beschreiben. Dann sagen wir beispielsweise, dass jemand auf einem Auge blind ist, dass man ein Auge zudrückt oder auf einem Ohr taub ist. Diese Form der Wahrnehmung folgt dem Prinzip der Konstriktion als einem charakteristischen Merkmal von Dissoziation im Dienste der Spannungsregulation und der Konfliktfreiheit. Von einem anderen Prinzip nämlich dem der sensomotorischen Selbsterregung zeugt eine andere Gruppe von Metaphern, wie sich auf die Zunge beißen, meist benutzt im Zusammenhang von „da beiß ich mir lieber auf die Zunge als dass...“, oder sich kneifen, um sich zu beherrschen oder zu konzentrieren, die Haare raufen, „das ist ja zum Haare ausreißen“, „am Bart zwirbeln“ und Augenbrauenzupfen, als gelinde Formen selbstverletzenden Verhaltens. Aus einem anderen Zusammenhang kennen wir das Prinzip der Schmerzablenkung, wenn die Krankenschwester uns an einer anderen Stelle kneift als dort, wo sie die Spritze setzt, der Zahnarzt, der unsere Backenmuskulatur in rhythmische Bewegung versetzt oder der Trick, sich ins Ohr läppchen zu kneifen um Niesen zu unterdrücken. Ebenso gibt es zahlreiche sexuelle und auch aggressive Formen von Selbsterregung, die mit erstgenannten Phänomenen gemeinsam haben, dass sie als dissoziative Vorgänge gesehen werden können, die der ablenkenden Aufmerksamkeitsbindung dienen. Die komplexen Formen haben immer ein ideationales Format, funktionieren also auf der Vorstellungsebene. Sie dienen ebenfalls der Entlastung des Aufmerksamkeitssystems. Andererseits löst ein entlastetes Aufmerksamkeitssystem auch dissoziative Prozesse aus, wie wir das beim Autofahren kennen. Prozedurale Aufmerksamkeit kann uns in einen tranceartigen Zustand des entspannenden oder kreativen Phantasierens versetzen. Am Ziel angekommen, ist man oft verwundert und kann sich an die Fahrt nicht mehr erinnern. Weitere verwandte Phänomene sind Tagträumereien, das Verfolgen einer Lieblingsidee oder eines „Ohrwurmes“. Beim Vertiefen in ein Musikstück sehen wir ebenfalls eine Form dissoziativer Regulierung, die in zwei Richtungen gehen kann. Entweder dient sie der Konstitution von selektiver Aufmerksamkeit in einem kontemplativen Prozess der Versenkung oder bekommt die gegenteilige Bedeutung von Aufmerksamkeitsteilung unter Beibehaltung einer zu bewältigenden Aufgabe. Auch die Religion ist als Quelle dissoziativer Entlastung zu nennen. Nicht zuletzt funktioniert Hypnose über Aufmerksamkeitsablenkung, deren sich die Magier und Trickdiebe ebenfalls bedienen.

Wir leben heute zunehmend in verschiedenen Systembezügen, die die Übernahme von zahlreichen, zum Teil sehr unterschiedlichen Rollen erfordern. So lernen wir zwischen verschiedenen Zuständen zu pendeln. Seidl (2003) weist darauf hin, dass die Fähigkeit zu einer zumindest partiellen Dissoziation eine notwendige Voraussetzung ist, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Unabhängig davon durchlaufen wir ständig, vergleichbar mit dem Schlaf-Traumgeschehen, Phasen unterschiedlicher Bewusstseinszustände. Dies ist die Regel und nicht die Ausnahme. Weiter oben beschriebene Phänomene wie Dösen, Sinnieren und Musik gehören dazu. Freud (1930) verstand das Phänomen des Lesens als dissoziativen Zustand der

Versunkenheit und der Illusionierung, den er als „milde Narkose“ bezeichnete. Regressionsfördernd dabei ist die stillgelegte Motorik und eine nach innen gerichtete Aufmerksamkeit. In dieser Verfassung kann der Leser seine Vorstellungen als konkrete Realitätswahrnehmung erleben, ohne den Kontakt zu seiner Umgebung tatsächlich zu verlieren, ein Vorgang, der als Ich-Spaltung bezeichnet wird. In einer so genannten „Regression im Dienste des Ichs“ bleibt die Ich-Kontrolle, das Wissen um die Fiktionalität des Erlebten erhalten.

Dissoziation spielt auch und insbesondere in kreativen Prozessen eine Rolle. In der Philosophie forderte Nietzsche eine radikale bewusst angestrebte Auflockerung des Bewusstseins um auch das scheinbar Irrationale und Ekstatische als Mittel zur kreativen Identitätsfindung freizulegen. Künstler und Wissenschaftler bedienen sich Phänomenen dissoziativer Entrückung. Diese verlaufen nicht wie in klinischen Bereichen automatisch, sondern eher strategisch, geplant, kontrolliert, und sie sind vor allem reversibel. Der Psychoanalytiker Ernst Kris (1977) entwickelte ein Kreativitätsmodell, das von einer „Regression im Dienste des Ichs“ ausgeht. Er unterscheidet dabei Phasen von Inspiration und Elaboration. Kontrollierte Regression, zeitweise Aufgabe höherer Ich-Funktionen, dem sich das Ich willentlich überlässt, kennzeichnen die inspirative Phase. In der Elaborationsphase kommt es zur Reintegration und Kontextualisierung. So gesehen ist Kreativität ein Wechselspiel von Dissoziation und Integration.

Als Beispiel kreativer Entlastung soll die Figur des Schriftstellers Quinn aus dem Roman "Stadt aus Glas" von Paul Auster dienen: "Was er am liebsten tat, war Gehen [...] - er ging nie wirklich irgendwohin, sondern ging einfach, wohin ihn seine Beine zufällig trugen [...] Verloren nicht nur in der Stadt, sondern auch in sich selbst. Jedes Mal, wenn er ging, hatte er ein Gefühl, als ließe er sich selbst zurück, und indem er sich der Bewegung der Straßen überließ, sich auf ein sehendes Auge reduzierte, war er imstande, der Verpflichtung zu denken zu entgehen, und das brachte ihm mehr als irgend etwas sonst [...] eine heilsame Leere in seinem Inneren [...] Die Bewegung war entscheidend, die Tätigkeit, einen Fuß vor den anderen zu setzen. [...] Auf seinen besten Gängen vermochte er zu fühlen, dass er nirgends war." (2005, S 5f.)

Seidl (2003) betont, dass es eines gewissen Mutes bedarf, sich auf Entrückungen einzulassen, die Balint (1965) „Mut zur Dummheit“ nannte, die eine ausreichende Ich-Stärke und Konfliktfähigkeit voraussetzt, die es erlaubt, Zweifel, Unsicherheit und Ungewissheit zuzulassen. Von Bion (1970) als „negative capability“ bezeichnet, ist sie eine Voraussetzung für kreative Prozesse, die nicht von der Zensur des Über-Ichs und einem ängstlichen Ich im Keime erstickt werden. Freud (1911) bezeichnete diese Zonen der Unsicherheit als „Übergangsräume“, oder auch „Reservate“, die Lust- und Realitätsprinzip versöhnen können.

### **Dissoziation als pathologisches Phänomen**

Der Begriff Dissoziation geht in seiner heute relevanten Bedeutung auf den Neurologen Janet (1893/94), zurück. Er beschäftigte sich mit dem Krankheitsbild der Hysterie und hatte ebenso wie Freud bei Charcot an der Salpêtrière hospitiert. Charcot verstand die Hysterie mit ihren spezifischen "Stigmata" von Empfindungslosigkeiten, Gesichtsfeldausfällen, Hypersensibilität, erhöhtem Erregungsniveau und Kopfschmerzen als ererbte funktionelle Krankheit des Nervensystems. Er demonstrierte auch, dass hysterische Zustände durch Hypnose hervorrufen werden können. Janet wandte sich von dieser Hypothese ab und entwickelte eine psychologische Traumatheorie der Hysterie, die anfangs auch von Freud geteilt wurde. Danach waren hysterische Symptome ein Ergebnis der Zerstreuung von Erlebnisanteilen und abgespaltener Erinnerungen, die er Dissoziation nannte. Er sah darin eine Art Notfallreaktion, die der Abwehr überwältigender traumatischer Erregung dient und nicht der bewussten Kontrolle unterliegt. Die dissoziierten Anteile verschiedener Sinnesebenen tauchen später wieder als mit „Intrusion“ bezeichnete Empfindungsmuster, Vorstellungsmuster oder Handlungsmuster auf.

Er nahm an, dass Dissoziation durch eine autoregulative Einschränkung des Bewusstseinsfeldes (Absorption) entsteht. Als Folge der Dissoziation misslingt der Versuch, Erregungszustände zu verstehen und vergangenen Erfahrungen einen Sinn zu verleihen. Zwanghafte Vorstellungen und Verhaltensautomatismen, die auf Erinnerungsspuren zerstreuten Traumamaterials zurückführte, verfolgen die Betroffenen. Sie dienen der Neuorganisation dissoziierter kognitiver, affektiver und viszeraler Elemente nicht im Bewußtsein integrierter Erfahrungen.

In den „Studien zur Hysterie“ (1895) schlossen sich Freud und Breuer der Auffassung Janets zunächst an. In der sog. Verführungstheorie gingen sie von einer traumabedingten Überstimulation durch sexuellen Missbrauch als Ursache der Hysterie aus. In seinem ersten Dissoziationsmodell nahm Freud ebenso wie Janet an, dass abgespaltene Inhalte in unveränderter Form persistieren. Therapeutisch praktizierte er in dieser Zeit das wiedererinnernde Reden im Zustand der Trance, wofür er und Breuer die Bezeichnung „kathartische Methode“ einführten. Freud ergänzte und ersetzte jedoch bald die Traumatheorie durch eine Konflikttheorie. Er ging nun davon aus, dass die hysterische Symptomatik keine direkte fragmentierte Abbildung der ursprünglichen traumatischen Situation darstellt, sondern durch Konversion entsteht. Er benutzte dafür den Begriff der Verdrängung. Danach werden unerträgliche Vorstellungen in somatische Phänomene bzw. Symptome umgeleitet. Später ruft die Vorstellung nicht den zugehörigen Affekt, sondern ein körperliches Symptom hervor. Therapeutisch hatte dies die Aufgabe der kathartischen Methode zugunsten der freien Assoziation zur Folge.

Freuds Verdrängungstheorie führte zu einer weitgehenden Abwendung von der Dissoziationstheorie. Konversionssymptome wurden jetzt als Ergebnisse der vom Ich zurückgewiesenen inakzeptablen Vorstellungen und Phantasien gesehen. Während sich Dissoziation auf die Bewältigung der äußeren Realität bezog, richtete sich Verdrängung auf die innere Welt der Vorstellungen und Phantasien. Symptome beschrieben Psychoanalytiker fortan meist als Kompromiss zwischen solchen Vorstellungen und der Abwehr derselben. Verdrängung nahm er als eine Art von Gegenbesetzung an, die inakzeptablen Vorstellungen Bewusstsein entzieht.

Benutzte Freud Dissoziation anfangs noch synonym zu Verdrängung, wurde es später bald still um den Dissoziationsbegriff, er verfiel der Amnesie. Gewissermaßen besiegte die Verdrängung die Dissoziation. Dazu trugen auch die Arbeiten Bleulers bei, der dissoziative Zustände für schizophreniebezogene Vorgänge reservierte. Erst um 1980 kam es zu einer Renaissance des Begriffes im Zusammenhang mit Untersuchungen zum sexuellen Missbrauch und Untersuchungen an traumatisierten Opfern des Vietnamkrieges.

### **Systemische Therapie und Dissoziation**

Interessant ist, dass die Wiederentdeckung der Dissoziation und des Traumas in eine Zeit der Entstehung der familientherapeutischen Bewegung fällt und diese sicher in ihren Anfängen mitgeprägt hat, um dann einige Zeit in den Hintergrund zu treten. Hier wiederholte sich die Geschichte.

In der Familientherapie fanden Traumaaspekte bis Ende der 80er Jahre starke Beachtung. Für Paul (1975) und Pincus (1978) waren blockierte Trauerprozesse für das Verständnis und die Behandlung von Paar- und Familienproblemen von zentraler Bedeutung. Bowen (1978) und Slipp (1988) untersuchten bereits die transgenerationale Weitergabe und Verarbeitung traumatischen Geschehens. Ausgehend von einem gemeinsamen Forschungsprojekt wiesen Christ (1983) und Christ & Klüwer (1985) die Bedeutung von unbearbeiteten Verlusten und daraus resultierenden Abwehrvorgängen für die Entwicklung jugendlicher Dissozialität nach. In deren Familien konnten wir die häufig beobachtbaren zeitlichen Irritierungen bei der Erstellung des Genogramms als Hinweis auf eine traumabedingte Amnesie deuten. Schließlich entstand in dieser Zeit auch das Konzept vom Indexpatienten als Aufregungslieferant das seine Bedeu-

tung bis heute behalten hat. Es basierte auf der impliziten Vorstellung dissoziativer Vorgänge der Aufmerksamkeitsablenkung in überwältigenden Angstsituationen.

So behandelten wir Ende der siebziger Jahre eine Familie mit einer dissozialen Indexpatientin, die ständig Feueralarm in der Stadt auslöste oder heftige körperliche Auseinandersetzungen provozierte, die zu regelmäßigen polizeilichen Festnahmen führten. Wir sahen dies damals so, dass sie als Aufregungslieferant wie ein Antidepressivum für den Vater war, der nach dem Tod seiner Frau, der Mutter der Indexpatientin, suizidal war.

In dieser Zeit war es üblich, wie z.B. Nagy (1973, 1981) die Symptomatik als Verdienst des Indexpatienten anzuerkennen, um anderen Familienmitgliedern zu helfen beziehungsweise die Familiendynamik zu stabilisieren. Heute sehen wir in diesen Vorgängen zusätzlich, wenn nicht gar hauptsächlich einen Vorgang der Selbstregulation des Symptomträgers zur eigenen dissoziativen Spannungsregulation, gehen also von einer zirkulären Kausalität aus. Wenn ein Mensch mit einem anderen in Beziehung tritt, tritt er vor allem mit sich selbst in Beziehung, eine zentrale psychoanalytische Grundannahme, die die erkenntnistheoretische Position einer Kybernetik zweiter Ordnung teilt.

Derzeit ist eine Bewegung auszumachen, die Ergebnisse von Psychotraumatologie, Bindungsforschung und Hirnforschung in die systemische Theorie und Therapie zu integrieren. Dissoziative Prozesse sind zudem kompatibel mit chaostheoretischen Theorien, die bereits adaptiert sind.

### **Dissoziation aus heutiger Sicht**

Ein Aufmerksamkeitskonzept der Dissoziation wird von namhaften Forschern, wie Singer und Sincoff (1990) geteilt, die Dissoziation als Aufmerksamkeitsablenkung verstehen. Auch Spiegel und Cardena (1990) sehen dissoziative Phänomene als Resultat aufmerksamsabsorbierender Fokusbildung auf das traumatische Geschehen. Sie verweisen wie andere Forscher auch auf eine interessante Ähnlichkeit mit der Hypnose. Auch hier kommt es über massive Aufmerksamkeitsfokussierung bei gleichzeitiger Dissoziation peripherer Aspekte zu Trancephänomenen. So könnte man Dissoziation als eine Form von Selbsthypnose beschreiben.

Dissoziation ist nach van der Kolk (1996) ein Stressbewältigungsphänomen, das es erlaubt abzuschalten und nicht nur für klinische Phänomene reserviert ist. Am DSM-III orientiert beschreibt Steinberg (1995) als fünf Hauptsymptome der Dissoziation die Amnesie, die Depersonalisation, die Derealisation, die Identitätsdiffusion und die Identitätsalteration. Die Amnesie nimmt dabei eine besondere Stellung als Kernsymptom ein.

Dissoziative Störungen äußern sich aber nicht nur in einer symptomatischen Veränderung der Selbstwahrnehmung, der Außenweltwahrnehmung oder der Erinnerungsprozesse (Spiegel und Cardena, 1991) sondern auch der Körperwahrnehmung. Auf letzteres wies Nijenhuis (2004) in enger Anlehnung an Janets Konzept in einer ausführlichen Abhandlung über „Somatoforme Dissoziation“ hin. Damit werden die unter dem Hysteriekonzept noch unterschiedlich subsummierten Bereiche vereinheitlichend als Dissoziation definiert. Zusammenfassend führen dissoziative Vorgänge zu Desintegrationsstörungen in den Bereichen

- Gedächtnis/ Wahrnehmung (Amnesie-Hypermnese),
- Sensorik (Anästhesie-Hyperästhesie),
- Motorik (Lähmung, Krampfanfälle, Unruhe, Desintegration),
- Somatik (Hypochondrie und somatoforme Störungen) und
- Impulskontrolle (aggressives, sexuelles, dissoziales Agieren).

Dissoziative Vorgänge in oben aufgezählten Bereichen können sich phänomenologisch extrem unterschiedlich äußern. Daher unterscheidet man meist zwischen einer positiven und einer negativen dissoziativen Symptomatik, ähnlich wie dies auch bei der Schizophrenie üblich ist. Die Positivsymptomatik ist durch extreme physiologische Erregungszustände gekennzeichnet, gefolgt und bedingt durch so genannte Intrusionen und Flashbacks. Dieser Zustand kann von einem entgegengesetzten Zustand abgelöst werden. Wir sprechen dann von einer Negativsymptomatik. Deren zentrales Merkmal ist die Konstriktion mit Rückzugsverhalten, Angst und Erstarrungszuständen. Typisch ist das Oszillieren zwischen Erregungs- und Erstarrungszuständen, in denen Hinckeldey und Fischer (2002) Parallelen zwischen Fight-and-Flight-Reaktionen im Tierbereich sehen.

Ätiologisch gibt es diese Übereinstimmung nicht. Die Diskussion über das Wesen traumatischer Coping-Vorgänge, die Frage, ob Dissoziation oder Verdrängung ursächlich für die Entstehung von Gedächtnisstörungen, sensomotorischen Störungen oder somatoformen Störungen sind, hält bis heute an. Dieser Konflikt lässt sich jedoch lösen, wenn man dem Vorschlag von Fischer und Riedesser (1999) folgend berücksichtigt, an welcher Stelle des Informationsverarbeitungsprozesses zwischen Encoding und Decoding der Abwehrvorgang einsetzt. Bei der Dissoziation kommt es bereits bei der Enkodierung von Informationen zu Beeinträchtigungen, bei der Verdrängung wird erst der Abruf gespeicherter Gedächtnisinhalte gestört. Beide Prozesse können gleichzeitig auftreten. Wird ein traumatisches Geschehen in symbolischer Form verarbeitet und als nicht fragmentierte Vorstellung gespeichert, kann es erst in der Phase des Erinnerns zu einer Abweisung des Vorstellungsbildes über Verdrängung führen. Verdrängung ist also Dissoziation am Ende des Wahrnehmungsvorganges oder anders ausgedrückt: Verdrängung ist dissoziatives Decoding.

Es läge daher nahe, statt von Dissoziation und Verdrängung von primärer oder sekundärer Dissoziation zu sprechen wenn diese Begriffe nicht bereits besetzt wären. Es macht Sinn die ursprünglichen Begriffe beizubehalten. Dissoziation ruft voneinander unabhängige Subsysteme hervor, die der Betroffene nicht bewusst aufeinander beziehen kann. Sie dient der Bewältigung bedrohlicher Ereignisse der Außenwelt. Verdrängung setzt Ich-Stärke voraus, die Kontinuität des Bewusstseins ist intakt, traumatische Erfahrungen wurden adäquat encodiert, deren Abruf jedoch gehemmt. Sie dient der Abwehr bzw. Bewältigung von unerträglichen Vorstellungen der Innenwelt. Diese Unterscheidung erscheint mir von großer Bedeutung zu sein, da sie bei Patienten mit phänomenologisch gleicher Symptomatik zu verschiedene Behandlungstechniken führen muss. Zur Verdeutlichung dienen zwei Fallvignetten.

Eine 28jährige Biologin suchte wegen ihrer starken Unruhezustände, Schlafstörungen und beruflicher Entscheidungsprobleme um eine therapeutische Behandlung nach. Sie berichtete, dass sie während einer vorausgegangenen Psychoanalyse ständig heftige sexuelle Affären hatte. Seit Monaten war sie unglücklich und haderte mit ihrem Schicksal, dass sie ihr langjähriger Freund verlassen hatte, nachdem er es nicht mehr aushielt, dass sie, obwohl sie sich entschieden hatten zusammenzuziehen und sie sich ein Kind herbeisehnte, häufig fremdging. Sie fühlte sich ausgenutzt, liegengelassen wie ein Stück Dreck. Besonders quälte sie zu dieser Zeit, dass sie von Ihren Chefs fallen gelassen würde. Die Forschungsstelle, für die sie geradezu prädestiniert gewesen sei, habe ihre Konkurrentin bekommen. Autoritäten verärgerten sie, sie rivalisierte heftig mit anderen Doktorandinnen des Instituts und arbeitete sich als rechte Hand des Institutsdirektors vor. Ich war erstaunt, als die Patientin in einem anderen Zusammenhang beiläufig erzählte, dass sie ihre Arbeitsergebnisse mit einem leitenden Biochemiker besprach, der in ihrem Institut nicht besonders angesehen war. Dieser schien sich auch persönlich um sie zu bemühen. Sie selbst sah darin kein Problem. Sie ist Älteste von 4 Geschwistern in einer Musikerfamilie. Die Eltern waren viel beschäftigt und auf sich bezogen. Ihr Vater hatte eine warme Seite, die er zur Verfügung stellte, bis er sich in ihrer Pubertät überfordert fühlte und die Patientin dann zur Selbstständigkeit drängte.

Diese Kurzfassung verdeutlicht einerseits die starken Hingabewünsche der Patientin, die jedoch heftige Ängste auszulösen scheinen, zurückgewiesen zu werden. Die Ängste werden stärker, je intensiver die Beziehung zu werden beginnt. Über ihr Agieren stellt sie ein ertrag-

bares Niveau von Unabhängigkeit und Abstand her. Sie verlässt ihren Zielkontext, lenkt sich massiv ab, bzw. fokussiert sich um und tendiert zur Selbsterregung. So betreibt sie eine Art Risikostreuung durch Aufmerksamkeitsteilung, ein zentrales Merkmal dissoziativer Regulation. Da der Kontext der unsicheren Bindung zwar schmerzhaft, aber nicht desorganisiert im Sinne von Unerwartbarkeit war, wurde sie bezüglich der Entwicklung von Abstraktionsfähigkeit und reflexiver Kompetenz nicht behindert.

Im Vergleich dazu ein anderer Patient, der mir im Rahmen einer Fallsupervision in einer Klinik als „tickende Zeitbombe“ vorgestellt wurde.

Der Patient war äußerst unruhig, stand ständig unter Strom. Er schien alles mitkriegen zu wollen. Sein Wahrnehmungsstil war der eines Scanners. Man berichtete, dass er einen Nystagmus habe, einen flackernden Blick. Er wurde von den meisten Mitarbeiterinnen als bedrohlich erlebt, fuhr auch tatsächlich oft aus der Haut, konnte sich aber auch rechtzeitig kontrollieren, indem er sich zurückzog und Kontakt mied. In einer Gruppentherapie ließ er verlauten, dass er sich in die Luft sprengen werde, wenn er hier nicht klar käme. Es fiel auf, dass er jede Art von Eingehen und Vertiefen eines Themas, unabhängig von dessen Inhalt, als Angriff zu werten schien, worauf er heftig aggressiv reagierte. Es reichte die Nachfrage eines Beteiligten, der etwa akustisch nicht verstanden hatte, um eine schroffe Reaktion seinerseits hervorzurufen. Er war als Kleinkind vom Vater und später vom Stiefvater geschlagen und ins Heim gegeben worden.

Der Patient hat eine erniedrigte Wahrnehmungsschwelle und bleibt so ständig erregt und stark beschleunigt. Er ist präalarmiert, d.h. daueraufmerksam. Als Aufmerksamkeitsart dominiert die Aufmerksamkeitsteilung. Er vermeidet aktiv das Zustandekommen selektiver Aufmerksamkeit, weil er jede Art von Konzentration und Interesse bedrohlich erlebt. Selektive Aufmerksamkeit löst bei ihm heftige Angst aus, etwas nicht mitzubekommen, was sich vielleicht als bedrohlich erweisen könnte. Im Unterschied zu der zuvor beschriebenen Patientin setzt die Dissoziation hier schon zu Beginn der Wahrnehmungsverarbeitung ein. Sie richtet sich gegen eine von außen erlebte bedrohliche Gefahr.

## **Überlegungen zur Störungsdynamik reflexiver Systeme**

Auf dem Weg zu einem Aufmerksamkeitsmodell der Dissoziation wende ich mich zunächst den dissoziationstypischen Veränderungen kategorialen und begrifflichen Denkens zu. Ich beziehe mich dabei hauptsächlich auf bindungstheoretische und neurowissenschaftliche Annahmen.

Ziel menschlicher Informationsverarbeitung ist es zu verstehen, d.h. kategoriales Wissen anzuwenden. Genauer verläuft der Weg vom sensorischen Wissen über kategoriales Wissen zum begrifflichen Denken. Letzteres erlaubt uns Informationen auch ohne konkrete bzw. aktuelle sensomotorische Ereignisse zu erzeugen. So können zu bestimmten Zuständen oder zu Personen auch bestimmte Handlungen gedacht werden. Ich kann denken, dass ein Haus Fenster und Türen hat, aber auch, dass ein Haus Beine hat oder ein Käfer sprechen kann. Darüber hinaus kann ich mir auch sensomotorische Konkretisierungen vorstellen, indem ich spüre, dass eine Tasse, in die ich Kaffee hineindenke, sich heiß anfühlt. Das begriffliche Denken als höchste Stufe menschlicher Informationsverarbeitung ermöglicht es Welten zu konstruieren. Es begründet auch die Fähigkeit, über das Denken zu denken und eigenen und fremden Verhaltensweisen Intentionen zuschreiben zu können. Die Ausprägung dieser Fähigkeit nennt der Psychoanalytiker und Bindungsforscher Fonagy (2003) „Reflexive Kompetenz“. Er bezieht sich auf Dennett (1978) und Premack and Woodroffs (1978) „Theorie of Mind“ wonach psychische Systeme vor allem intentionale Systeme sind, die sich in generationsübergreifenden Beziehungserfahrungen entwickeln. Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen:

Ein Kleinkind sitzt auf seinem Stühlchen, vor einem Tisch, auf dem ein Glas Wasser steht. Das Glas blinkt im Licht. Plötzlich beginnt das Kind zu schreien und zeigt auf das Glas. Die Mutter kommt heran, bückt sich und hebt ein kleines Stück Silberfolie auf, die ihm vor einiger Zeit heruntergefallen war und nun außerhalb des Sichtbereichs unter dem Stühlchen lag, und gibt sie dem Kind, das sich beruhigt.

Diese scheinbar merkwürdige Interaktion spiegelt eine sichere Bindung wieder. Die feinfühligere Mutter reagiert nicht auf konkret sichtbare Zeichen und Situationsfaktoren. Sie trifft dagegen zielsicher, was das Kind bewegt. Eine Mutter mit hoher reflexiver Kompetenz legt den Grundstock für eine sicher gebundene Person, die sich der Beweggründe fremden und eigenen Handelns sicher sein wird. Reflexive Kompetenz als Errungenschaft feinfühligster Abstimmung mit den frühen Bindungspersonen kann sich abhängig von der Hirnreifung erst im dritten bis vierten Lebensjahr zeigen. Diese anlagebedingte Entwicklungsleistung erlaubt dem Subjekt, eine multiperspektivische Vielzahl von Vorstellungen und mentalen Repräsentanzen in Bezug auf das Selbst und den Anderen zu entwickeln, hierüber zu reflektieren und daraus sein intentionales begründetes Handeln abzuleiten.

Bowlby (1988, 2001) nahm an, dass die Interaktionserfahrungen des Kindes mit seiner Mutter zur Entwicklung von generalisierten Vorstellungen vom Selbst und den Anderen führen, für die er den Begriff „innere Arbeitsmodelle“ (internal working models) prägte. Diese spiegeln die Gesamterfahrung mütterlicher Feinfühligkeit wieder, die Fonagy als Ausdruck reflexiver Kompetenz definiert.

Traumatische Bindungserfahrung behindert die Entwicklung reflexiver Kompetenz. Zu einer Entwicklungsblockierung kommt es bei einer fehlenden sicheren Bindung und einer Misshandlungserfahrung mit der Bindungsfigur. Damit kommen wir zur Bedeutung des Bindungssystems für die Dissoziationsforschung. Ich bin darauf an anderer Stelle ausführlich eingegangen (Christ, 1993, 2002). Da dies nicht die zentrale Perspektive der vorliegenden Betrachtungen ist, müssen einige Beobachtungen genügen.

Main (1995) und andere Bindungsforscher haben darauf hingewiesen, dass bestimmte Wahrnehmungsstörungen und Verhaltensanomalien Erwachsener mit dem Bindungsverhalten desorganisiert-desorientierter Kinder des D-Typus identisch sind. Sie resultieren aus einem Verlust integrativer Gedächtnisfunktionen, der auch für dissoziative Störungen typisch ist. Auf die therapeutischen Implikationen sind Köhler (1998) und Naumann-Lenzen (2003) eingegangen. Besonders gravierend sind die Folgen so genannter paradoxer Bindung, die von Liotti (1999) ausführlich beschrieben wird. Kinder geraten durch ihr angeborenes Bindungsverhalten in eine fatale Paradoxie, wenn sie von ihrer eigenen Bindungsperson bedroht werden. Entgegen ihrer Fluchtneigung müssen sie sich der Aktivierung ihres Bindungssystems folgend Schutz suchend an den Bedroher wenden, was nicht selten die Brisanz der Situation steigert. In einer traumatischen Spirale kann die gleichzeitige Aktivierung von Flucht- und Annäherungsverhalten kurzfristig zum Kollaps von Verhaltens- und Aufmerksamkeitsstrategien führen, denen das betroffene Kind durch dissoziative Abwehr zu entkommen versucht. Die paradoxe Bindungsreaktion führt zu dissoziativ geteilten Realitätskonstruktionen: einem inneren Bild, das den Bedroher der Bindungsreaktion entsprechend als beschützende, gute Person erscheinen lässt und dem äußeren Bild des Bedrohers, dem es zu entfliehen gilt.

Ein anderer Forschungsfokus sind transgenerationale Untersuchungen, die zu belegen scheinen, dass Bindungspersonen mit unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen ein desorganisiertes Bindungsverhalten bei ihren Kindern auslösen. Die mangelnde Verarbeitung zeigt sich im Erwachsenen-Bindungsinterview interessanterweise an kognitiven Unregelmäßigkeiten und stilistischen Brüchen. Es wird angenommen, dass betroffene Eltern auf kindliche Aufregung mit Angst reagieren, so dass dieses dieselben entweder ängstlich oder Angst erregend wahrnimmt. Die betroffenen Eltern werden getriggert und reagieren unvorhersagbar wodurch ein inkohärentes Arbeitsmodell des Kindes entsteht. Nur die Dissoziation ermöglicht es dann noch, eine emotionale Distanz zur Situation zu bekommen.

Neurowissenschaftler beschäftigen sich mit nahezu identischen Fragestellungen. Kategorisierungsvorgänge dienen der Entlastung des Gehirns und erklären seine immense Leistungsfähigkeit. Unser Gehirn arbeitet mit hocheffizienten Methoden, die geeignet sind, Datenmenge

und Komplexität zu reduzieren. Dies geschieht nach Mainzer (1999) durch den Einsatz von so genannten Ordnungsparametern, die den Sortiervorgängen als Koordinatensystem dienen.

In hochkomplexen Situationen bestehen diese Ordnungsparameter einerseits aus Codes richtungweisender Gefühle und aus Metacodes autobiographisch bedingter Glaubenssysteme. Ungenügende Metacodes reduzieren die Interpretationsfähigkeit von Reizen und fördern damit die Entstehung von Konfusion. Bestimmte Systeme des Gehirns sind hauptsächlich damit befasst, die verwirrende Vielzahl von sensorischen Inputs aufzunehmen und ihnen einen Sinn zu geben. Wenn dies, wie bei den dissoziativen Störungen typisch ist, nicht gelingt, kommt es zu einem *Overload* des Aufmerksamkeitssystems mit Einzeleindrücken, die nicht zugeordnet werden können. Ergebnis ist eine unerträgliche Spannungssteigerung bis zur Konfusion. An dieser Stelle setzen dissoziative Copingprozesse zur Spannungsregulation ein.

In einem Zweiphasenmodell der Affektregulation beschrieb LeDoux (1998) das Zusammenspiel eines rezeptiven und eines reflexiven Affektsystems. Das subkortikale Notfallsystem reguliert die basalen Affekte. Sie sind reflexartig schnell, automatisch und nicht willkürlich kontrollierbar. Sie sind ausschließlich rezeptiv und dienen einer ersten schnellen Orientierung. Das kortikale Signalsystem greift den Zustand des subkortikalen Systems auf. Komplexere Affekte entstehen über Reizabstraktion, Reizintegration und Reizbewertung auf dem Hintergrund derzeitiger vergangener und zukünftiger Reizerfahrung. Sie sind relativ langsam, unterliegen der bewussten Kontrolle und sind willkürlich kontrollierbar. Sie dienen der Überarbeitung beziehungsweise Modulation des subkortikalen Notfallsystems.

Stellen Sie sich vor, dass Sie jemand auf der Strasse anrempelt. Als erstes verspüren Sie einen Schmerz, dann einen Kampf- und Fluchtimpuls, erst einige Zeit später erfassen sie die Situation und bemitleiden dann vielleicht sogar ihr Gegenüber wegen seiner Ungeschicklichkeit. Kampf- und Fluchtimpuls verschwinden allmählich, der Schmerz bleibt noch eine Weile.

Traumata bewirken ein Versagen des reflexiven Systems bei der affektiven Verarbeitung. Die Betroffenen bleiben sozusagen auf ihrer Notregulation sitzen. Das folgende neuroregulative Modell, das auf den Annahmen von LeDoux (1998) und van der Kolk (1996) beruht, von Hinckeldey und Fischer (2002) zusammengefasst und von mir aufgegriffen wurde, soll dies in einen größeren Zusammenhang stellen.

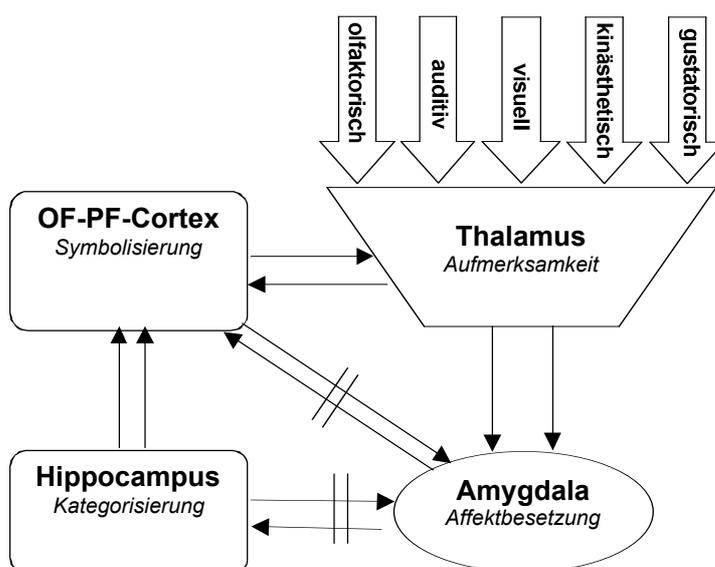


Abb. 1

Neurowissenschaftliches Dissoziationsmodell: Extreme Überaktivierung (oder Unteraktivierung) führt zu einer funktionalen Dyskonnektion zwischen Amygdala und Hippocampus (van der Kolk, 1996) und zwischen Amygdala und präfrontalem Kortex (LeDoux, 1998). Dadurch wird die autobiographische Integration von Erfahrungen blockiert.

Sensorische Inputs bilden die Grundlage von Wahrnehmungsverarbeitung und stehen am Anfang von Kategorisierungsvorgängen von Reizdiskrimination und Reizabstraktion, die sich schließlich zum begrifflichen Denken entwickeln. Symbolisierung ist somit ein Ergebnis fortschreitender Desomatisierung. Traumatisierungen können diesen Prozess verhindern oder rückgängig machen.

Sensorische Informationen erreichen den Thalamus als zentrale Schaltstelle des Aufmerksamkeitssystems, der diese als erste Eigenschaftsinformationen über Farbe, Form und Bewegung von Objekten in das sensorische Rindenfeld projiziert. Die über die thalamische Schaltstelle eintreffenden sensorischen Reize erfahren in der Mandelkernregion eine erste affektive Besetzung, die zu einer schnellen Handlungssteuerung führt. LeDoux, (1998) nimmt, wie oben beschrieben, an, dass die thalamoamygdalen Projektionen subcortikale Notfallprogramme auslösen, denen in Gefahrensituationen lebenswichtige Bedeutung zukommt. Die amygdala-hippocampalen Projektionen ermöglichen auf der nächsten Stufe von Bedeutungsgenerierung eine räumlich-zeitliche Reizkategorisierung, die auf der nächst höheren präfrontalen Verarbeitungsebene um eine komplexe individuell typische Bedeutungszuweisung erweitert wird. Die Ergebnisse dieser langsameren bedeutungsgenerierenden Vorgänge werden der Amygdala zurückgemeldet und führen zur Modulation bzw. Kontextualisierung des ersten Affekteindrucks. Bei extremer Aktivierung infolge einer traumatischen Situation kommt es zu einer funktionalen Diskonnektion zwischen Amygdala und Hippocampus und wahrscheinlich auch zu einer Dyskonnektion zwischen Amygdala und präfrontalem Cortex. So kommt es zur dissoziierten Abspeicherung somatosensorischer und basaler affektiver Erlebniszustände, die nicht symbolisiert werden und daher auch nicht sprachlich zugänglich sind, im Extremfall verbunden mit einer Deaktivierung des Broca-Areals, der Sprachregion. Dann bleiben die Rohentwürfe der Reizverarbeitung verhaltenswirksam. Betroffene bleiben ihren unmodifizierten und unmodifizierbaren Furchtreaktionen ausgesetzt. Diese bleiben kontextunabhängig bestehen und generalisieren.

Die bisher beschriebene dissoziative Entkoppelung von rezeptiven und reflexiven Systemen sind meines Erachtens auf eine bewusste oder autoregulative Veränderung von Aufmerksamkeitsbesetzung zurückzuführen. Diese dient über Aufmerksamkeitsdefokussierung und Aufmerksamkeitsrefokussierung der Spannungsregulation als einem Vorgang, der der Herstellung, Erhaltung oder Wiederherstellung kontrollierbarer Affektverarbeitung dient. Sie reguliert den Intensitäts- und Komplexitätsgrad aller zu verarbeitender Ereignisse.

### **Dissoziation und Aufmerksamkeitsbindung**

Ich wende mich nun einigen grundsätzlichen Überlegungen der Bedeutung von Aufmerksamkeitsregulation für ein Verständnis dissoziativer Prozesse zu. Aufmerksamkeit ist die wohl bedeutsamste Basisleistung des Gehirns, auf deren Verfügbarkeit alle höheren Hirnleistungen von Wahrnehmung, Affektregulation, Motorik, Handlungssteuerung, Gedächtnis und Sprache angewiesen sind. An der Aufmerksamkeitssteuerung sind verschiedene Hirnzentren vom Stammhirn über das limbische System bis zum Neocortex beteiligt, die in Regionen des Thalamus als Schaltstelle sensorischer und gedanklicher Inputs rückkoppeln. Aufmerksamkeit ist die wichtigste Voraussetzung für unsere Orientierungsfähigkeit. Basale Aufmerksamkeitsleistungen beziehen sich auf externe sensorische Inputs, höhere Leistungen lenken den internen Gedankenfluss. Aufmerksamkeit kann impliziter oder expliziter bzw. unbewusster oder be-

wusster Natur sein. Implizite Aufmerksamkeit herrscht beispielsweise bei allen prozeduralen Tätigkeiten wie z.B. beim Autofahren oder Tagträumen, lesen etc. vor. Implizite Aufmerksamkeit ist aber auch an der Balancierung von Vordergrund- und Hintergrundwahrnehmung beteiligt.

Ganz allgemein können wir Aufmerksamkeit als einen Zustand neurophysiologischer Bereitschaft definieren, auf Reize zu reagieren. Im Besonderen unterscheidet man vier *Aufmerksamkeitssysteme*. *Ungerichtete Aufmerksamkeit* (Alertness) sowie *Daueraufmerksamkeit und Vigilanz* dienen der Intensitätsregulation, *selektive Aufmerksamkeit* und *geteilte Aufmerksamkeit* der Spezifitätsregulation. Aufmerksamkeitsprozesse traumatisierter Menschen sind dissoziativ verändert. Ihre ungerichtete Aufmerksamkeit ist stark erhöht, sie sind ständig präalarmiert und haben erniedrigte Wahrnehmungsschwellen. Sie kippen zwischen Beschleunigung und Entschleunigung. Im Vigilanzbereich zeigen sie eine paradoxe Reaktion. Sie reagieren bei schwachen Reizen hypervigilant. Dadurch kommt es zu einer Störung der selektiven Aufmerksamkeit. Hier ist die Fähigkeit, Relevantes von Irrelevantem zu unterscheiden, beeinträchtigt. Ein kontextadäquates Verhältnis von Vordergrund- und Hintergrundwahrnehmung ist gestört und von einem „entweder - oder“ geprägt. Das Entstehen der Basissymptome Depersonalisation und Derealisation lässt sich so möglicherweise erklären. Als zentrale Veränderung allerdings finden wir ein Phänomen von selektiver Aufmerksamkeitsablenkung. Goldstein (2002) wies auf experimentalpsychologische Studien hin, die belegen, dass Reize ohne Aufmerksamkeitsbesetzung selbst dann nicht bewusst wahrgenommen werden, wenn die betreffende Person unmittelbar damit konfrontiert wird. Eine Erklärung liefert eine relativ neue Entdeckung im Bereich der Wahrnehmungsforschung, die von Mack & Rock (1998) als *inattentional blindness*“ benannt wird.

In einem eindrucksvollen Experiment zeigten Simons & Chabris (1999) Versuchspersonen einen Film, in dem schwarz und weiß gekleidete Teams von Basketballspielern mit je einem Ball spielten. Die Versuchspersonen sollten zählen, wie oft sich die Spieler eines jeden Teams den Ball, der vorher den Boden berührt haben musste, zuspielten. Nach 45 Sekunden bewegte sich unerwartet eine Person in einem Gorillakostüm über das Spielfeld. Als die Versuchspersonen anschließend befragt wurden, ob ihnen etwas Besonderes aufgefallen sei, hatten viele den Gorilla nicht wahrgenommen. Die Konzentration auf den Ball hatte eine *„inattentional blindness“* bewirkt.

Drehen wir die Experimentalsituation gedanklich einmal um, so wird sie zum dissoziativen Bewältigungsmuster einer traumatischen Situation. Versuchspersonen werden gezwungen zuzusehen, wie ein gefährliches Tier sich mitten in einer Gruppe von Sportlern bewegt. Einige von Ihnen können nicht mehr hinsehen und fokussieren stattdessen zwanghaft den aufspringenden Ball. Das Tier tritt dadurch in den Hintergrund und verschwindet nach kurzer Zeit ganz aus der bewussten Wahrnehmung.

Aufmerksamkeitsbindende Ziele werden Distraktoren genannt. Als Distraktoren eignen sich sensomotorische Fokussierungen ebenso wie innere Vorstellungen oder aber auch Handlungsabläufe. Distraktoren können dem traumatischen Kontext entlehnt sein oder auch nicht.

Neulich hab ich einen Mafia-Film gesehen, in dem ein eingeschleuster FBI-Mann eine „Feuertaufe“ erhalten sollte: Er musste der sadistischen Hinrichtung eines Verräters zusehen. In seiner Not begann er seine Finger der Reihe nach anzufassen und leise von eins bis zehn vor sich hin zu zählen.

In der Supervision einer psychiatrischen Station hatte ich das Glück, einen seltenen Fall von Halluzinationen vorgestellt zu bekommen. Die Patientin fühlte sich immer wieder von Aliens verfolgt. Diese traten in Gestalt von unecht bunt wirkenden Gesichtern auf. Der behandelnde Therapeut berichtete von einer Blickstarre der Patientin, wenn er mit ihr redete. Wir konnten herausarbeiten, dass sie seine mimischen Signale zu sehr irritierten und sie sich daher einen Tunnelblick „zulegte“, der nur einen Kleinstausschnitt hyperfokussierte. So konnte sie eine Komplexitätsreduktion bewirken. Obwohl das mimische Gesicht so erfolgreich aus der bewussten Wahrnehmung ausgeschlossen werden konnte, tauchte es als Projektion der unbewussten Wahrnehmung z.B. auf einer

weißen Wand als Kippbild in den Komplementärfarben wieder auf. Ich schlug vor, der Patientin die Aliens als Netzhautphänomen zu erklären und sie anzuregen gemeinsam mit dem Therapeuten ein Signal auszumachen, wenn sie zu sehr unter Spannung geriete, um in gemeinsamer Absprache eine Unterbrechung zu überlegen.

Traumata sind per Definitionem affektiv nicht steuerbare Bedrohungssituationen, die das Selbst in einen Zustand von Hilflosigkeit und Ausgeliefertheit stürzen. Das Versagen der Affektregulation führt zu Enthierarchisierung der Wahrnehmungs- und Handlungsorganisation, einhergehend mit einem unerträglichen Erregungszustand. Diesen Vorgang, ebenso wie die dadurch entstehende Verfassung von Verwirrung und Benommenheit, bezeichnen wir klinisch als primäre Dissoziation. Wird ein akutes Trauma nicht bewältigt, entsteht daraus eine psychotraumatische Belastungsreaktion (Fischer, 1999). Jetzt ist eine paradoxe Reaktion zu beobachten. Die entsprechenden Personen sind daueralarmiert. Ihr Aufmerksamkeitssystem nimmt Reize wahr, die sonst subkortikal bzw. im Hintergrund verarbeitet wurden. Allein schon die Erwartung von Gefahr regelt das System auf. Dadurch wird auch Unwichtiges als bedeutsam wahrgenommen. Je geringer die Reizsituation, umso höher die Aktivierung des Aufmerksamkeitssystems. Kleine Ereignisse auf Reiz- oder Vorstellungsebene werden nicht als unbedeutend bewertet, sondern extrem verstärkt, um sie „im Blick“ zu haben. Jede Form von Unterschiedsdiskriminierung geht verloren. Die automatische prozedurale Reizverarbeitung, die der Entlastung unseres Aufmerksamkeitssystems dient, weicht einer nahezu ausschließlich bewussten, expliziten Form von Wahrnehmung. Dadurch wird die Kapazitätsgrenze des Aufmerksamkeitssystems überschritten, weil das System durch das Versagen von Ereigniskategorisierung sozusagen „verstopft“. Neue Reize können nicht weiterverarbeitet werden. Dieser Zustand primärer Dissoziation ist auf einer basalen Ebene durch hohe Beschleunigung (Erregung) und starke Defokussierung gekennzeichnet. In dieser Notsituation entwickeln sich automatische Gegenregulationen, in Form einer sekundären Dissoziation. Diese lenkt die Spannung über eine „künstliche“ Kategorisierung ab, wodurch das Aufmerksamkeitssystem wieder freigestellt und entlastet wird. Der Chemie-Nobelpreisträger Prigogine (1995), ein Vertreter der Chaostheorie, beschreibt in diesem Sinne Systeme, die sich zu weit von ihrem Gleichgewichtszustand entfernt haben und dadurch kurzfristig in einen chaotischen Zustand kippen, um sich dann um einen neuen Attraktor (Distraktor) zu reorganisieren. Kriz (2005) spricht in diesem Zusammenhang von einem Sinnattraktor, um den eine neue Orientierung entsteht. Dissoziation ist ein Prozess von Aufmerksamkeitsbindung an einen Sinnattraktor, der die Reduktion überfordernder Komplexität reduziert. Mit dieser Definition ist es möglich die strittige Frage um den Symbolgehalt traumatischer Erinnerungen zu klären. Nur dann, wenn der Attraktor dem unmittelbaren Kontext der traumatischen Situation selbst entlehnt wurde, symbolisiert die spätere traumatische Erinnerung ebenso wie die damit einhergehende Symptomatik die traumatische Situation, sonst jedoch nicht. Die sekundäre Dissoziation ist also eine Form von Spannungsregulation, die der Reduktion von Komplexität dient. Diese Entlastung hat aber oft einen hohen Preis. Es entstehen Symptome mit hoher destruktiver Eigendynamik.

Zahlreiche Korrelationsstudien weisen zwar auf einen Zusammenhang von der so genannten dissoziativen Kernsymptomatik mit anderen Störungsbildern wie Suchterkrankungen, Essstörungen, Angststörungen, Dissozialität, Depressionen, Zwänge und andere hin. Mit Ausnahme von Selbstverletzung werden diese allerdings meist als zusätzliche Phänomene aus der Perspektive von Komorbidität gesehen. Die Komorbiditätshypothese macht jedoch in vielen Fällen keinen Sinn. Es ist vielmehr einleuchtender, psychische Symptome und Störungsbilder als einen Bestandteil dissoziativer Regulation zu betrachten, die der Komplexitätsreduktion dienen.

Dissoziation möchte ich nun wie folgt definieren: Dissoziation ist sowohl ein Vorgang als auch ein Zustand. Als Vorgang bezeichnet sie eine Form von Wahrnehmungseinengung in-

folge einer veränderten Aufmerksamkeitsbesetzung. Diese entsteht durch eine Erregungsabkoppelung konstruktiver oder selbsterregender Art. Als Zustand bezeichnet Dissoziation einen veränderten Bewusstseinszustand des Neben-sich-Stehens oder der Versenkung, so dass gewöhnlich miteinander verbundene Ereignisse voneinander getrennt sind.

### Dissoziative Organisationsmuster

In den bisherigen Überlegungen habe ich in allgemeiner Form Prozesse von dissoziativer Orientierungsstiftung durch Intensitäts- und Komplexitätsreduktion beschrieben. Dabei bin ich von einem engen Zusammenhang zwischen Dissoziation und Aufmerksamkeitsbindung ausgegangen. In diesem Abschnitt stelle ich die wichtigsten Subsysteme einer dissoziativen Organisation als spezifische Erscheinungsformen dissoziativer Störungen vor.

<b>Physiologische Muster</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschleunigung</li> <li>• Entschleunigung</li> <li>• autonome Zeichen</li> </ul>	<b>Symptomatik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensorische Fokussierung</li> <li>• motorische Fokussierung</li> <li>• somatische Fokussierung</li> <li>• aktionale Fokussierung</li> <li>• ideationale Fokussierung</li> </ul>	<b>Verhaltensmuster</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zwanghafte Gefügigkeit</li> <li>• zwanghafte Autonomie</li> <li>• zwanghafte Fürsorge</li> </ul>
<b>Identifizierungsstil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• strategische Form</li> <li>• ideomotorische Form</li> <li>• Entwertung-Projektion</li> </ul>		<b>Kommunikationsstil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapper</li> <li>• Tracker</li> <li>• Snapper</li> </ul>

Abb. 2: Dissoziative Organisationsmuster

Physiologische Muster beziehen sich auf die Einschätzung des Erregungsgrades der betroffenen Personen, der sich beispielsweise auf einer Skala von 1-10 der Dimension Beschleunigung - Entschleunigung einschätzen lässt. Weitere Parameter sind autonome Reaktionen, motorische Koordination und Sprechgeschwindigkeit. Die genannten Elemente sind auch wichtig, um eine möglicherweise notwendige medikamentöse Unterstützung der Behandlung zu beurteilen.

Als dissoziative Verhaltensmuster beschrieb Christ (2002) die von Bowlby (2001) so genannten Beziehungsstile der zwanghaften Gefügigkeit, der zwanghaften Autonomie und der zwanghaften Fürsorge (passiv unterwürfiger oder aggressiv-dominanter Art), die er als strukturelle Ausprägungen früher Bindungserfahrungen sah. Sie dienen vor allem der allgemeinen Perspektivensicherung unter Umgehung einer konflikthafter Auseinandersetzung.

Patienten mit einer dissoziativen Störung zeigen einen Kommunikationsstil, der durch eine bestimmte Erzählstruktur gekennzeichnet ist. Der „Zapper“ schaltet wie mit einer Fernbedienung ständig zwischen verschiedenen Beschreibungen hin und her, so dass die Inhalte parallel und unverbunden nebeneinander stehen bleiben. „Tracker“ hingegen berichten Ereignisse seriell in exakt zeitlicher Reihenfolge sortiert. Ein „Snapper“ drückt quasi einmal auf den Auslöser und bleibt an einem Ereignis hängen, wie an einem Photo und ist davon nicht mehr abzubringen. Wenn ein Patient berichtet, wie er die letzte Sitzung „verstoffwechselt“ hat, und was er bis heute erlebt hat, weiß er nicht, was wichtig war, er findet kein Vorder-Hintergrundbewertung in seiner Schilderung. Da er Ereignisse nicht genügend in sein autobiografisches Erleben integrieren kann, gelingen ihm keine Schwerpunktsetzungen und bedeutungsorientierte Zusammenfassungen. Wenn die autobiographische „Zuordnungstabelle“ nicht erreichbar ist, behilft er sich mit einfachen Raum-Zeit-Zuordnungen. Ist der Patient schwerer gestört, gelingen auch diese Zuordnungen nicht mehr. Dann orientiert er sich oft an sensorischen und Körpereindrücken und ist kommunikativ nur sehr schwer erreichbar.

Häufig neigen solche Patienten dazu, dem Therapeuten die Entscheidung bei der Themenauswahl zu delegieren. Der folgende Fall handelt von einem „Tracker“.

Nach dem Erstgespräch mit einem zwanghaften Patienten konnte mich dieser sehr bald für sich einnehmen. Umso ratloser war ich, als ich merkte, wie er mich von Stunde zu Stunde mehr anstrengte. Bis mir klar wurde, dass er immer an den Stellen, an denen ich in Dialog mit ihm treten wollte, seine Stimme anhub und sein Sprechtempo leicht beschleunigte, so dass ich an ihm „abglitt“. Die gemeinsame Analyse dieses Stils führte zu einer dialogischeren Situation und ermöglichte dem Patienten, von seinen Befürchtungen etwas falsch zu machen oder manipuliert zu werden zu sprechen.

Ein anderer Fall skizziert einen Zapper.

Ein Manager eines großen Unternehmens hatte wegen Umstrukturierungsmaßnahmen einen Teil seines Einflussbereiches verloren und wurde mir von seiner Frau telefonisch als schwer depressiv beschrieben. Umso mehr wunderte es mich, einen sehr aktiven, beschleunigt wirkenden Mann kennen zu lernen, der die Bilder in der Praxis zum Anlass nahm, über Malerei zu dozieren oder zu den Büchern im Regal Kommentare abgab, die von großem Fachwissen zeugten. Informationen zu seiner persönlichen Situation streute er ebenfalls ein. Er hatte einfach zu allem etwas zu sagen. Ich sagte ihm darauf, dass ich darüber nachgedacht habe, was denn bei ihm „das zu Behandelnde“ sei. Dabei sei ich zur Überzeugung gelangt, dass er eigentlich ein Entscheidungsproblem habe. Normalerweise müsse man sich entscheiden, welcher Sache man nachgeht und welcher nicht. Er habe sich möglicherweise vorgenommen stattdessen einfach schneller zu werden, so dass er alles gleichzeitig machen könne.

Dissoziative Identifizierungen dienen der Überbrückung von Unsicherheit und Angst. Sie schaffen eine konfliktfreie Zone der Übereinstimmungsorientierung mit dem Gegenüber. Verbunden damit ist die Aufgabe der eigenen Position. Identifizierung ist hierarchisch aufgebaut. Auf kortikaler Ebene verläuft sie bewusst eingesetzt. Wenn ein Familienmitglied einem alkoholisierten unberechenbaren anderen Familienmitglied nach dem Mund redet, ist das eine bewusste strategisch sinnvolle Form der Konfliktvermeidung.

Auf subkortikaler Ebene funktioniert sie als primäre Identifikation nach einem ideomotorischen Prinzip der Affektansteckung. Diese kommt automatisch zustande, ohne einen korrespondierenden kognitiven Akt. Es ist eine Tendenz, Bewegungen, Ausdrücke, Haltungen und Stimmgebungen einer anderen Person automatisch nachzuahmen, sie zu synchronisieren und in Folge davon emotional mit der anderen Person zu verschmelzen.

Eine sehr unruhige Patientin wurde mir in Supervision mit einer Borderline-Diagnose vorgestellt. Sie suchte ständigen Kontakt mit dem Pflegepersonal, aber auch mit anderen Patienten. Sie war ungeheuer bemüht, sich auf die momentane Situation ihres Gegenübers einzustellen. Oft sagte Sie schon, bevor man den Mund aufmachen konnte: „Ich weiß schon“, „ich sollte ja...“ und griff damit Aspekte auf, von denen sie dachte, dass sie auf ihr Gegenüber zutrafen. Die Betroffenen kamen sich dabei allerdings vereinnahmt, ja nahezu überwältigt vor. Ganz im Gegensatz zu dieser Übereinstellung bekam Sie nichts so richtig mit. Sie vergaß Gesprächsinhalte und Vereinbarungen etc.

Hier bindet eine subkortikale Identifizierung das Aufmerksamkeitssystem, das nahezu ausschließlich mit dem Herstellen von Nähe beschäftigt ist. Es bleiben keine Valenzen mehr zur begrifflichen Verarbeitung und Speicherung. In einem anderen Fall führte diese Identifizierungsform zu einer passageren Persönlichkeitsveränderung.

Die Mutter mit einer dissoziativen Identitätsstörung (DID) war außerstande, ihrem hyperaktiven Sohn in der Sitzung mitzuteilen, dass er auf Verlangen des Vermieters seine Katze abgeben sollte. Der Sohn wirkte während des Gesprächs unbeteiligt. Während die Mutter unter Spannung versuchte, den Sachverhalt zu erläutern, kippte Ihre Stimme plötzlich um und sie begann zu weinen und wütend zu schreien wie ein Kind.

Hier wirkt die subkortikale Identifizierung ideomotorisch. Unfähig, eine eigene affektive Position einzunehmen, vermeidet die Mutter den nicht bewältigbaren inneren Konflikt und verlässt die Auseinandersetzung mit der Situation, indem sie die erwartete Position des Sohnes übernimmt. Solche Vorgänge des Rollentauschs oder des Persönlichkeitswechsels haben oft die Qualität einer Fotokopie, die die Position der betreffenden Person selbst zum Verschwinden bringt.

Identifizierungsbedingte Veränderungen der Aufmerksamkeitsbindung sind an einen Prozess dissoziativer Spannungsregulation gebunden, der aus konstruktiven und selbsterregenden Elementen besteht. Dissoziative Entwertungsvorgänge führe ich hier nicht näher aus, da sie den dissoziativen Identifizierungen als Negativ entsprechen. Entwertungsbedingte Veränderungen der Aufmerksamkeitsbesetzung dienen dem Wahrnehmungsausschluss irritierender und überfordernder Ereignisse. Auch auf projektionsbedingte Formen der Aufmerksamkeitsbindung gehe ich an dieser Stelle nicht genauer ein, weil sie hinter der Bedeutung von Identifizierungsmechanismen zurückstehen. Das durch defiziente Kategorisierungsfähigkeit gekennzeichnete Aufmerksamkeitssystem ist überlastet, wodurch neue Reize als Bedrohung von außen erlebt werden. Diese Lokalisierung reduziert die Verwirrung. Die sich daraus ergebenden Szenarien werden von den Betroffenen dann oft als „Mobbing“ beschrieben.

### Dissoziative Syndrome

Symptome sind Bestandteile komplexitätsreduzierender Selbstregulation. Sie entstehen unter anderem durch sensorische, motorische, ideationale und aktionale Aufmerksamkeitsbindung nach dem Prinzip der Konstriktion oder der Selbsterregung. Zu den dissoziativen Symptombildungen gehören besonders häufig Selbstverletzung, Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen, Perversionen, Phobien, Hypochondrie, Essstörungen und Dissozialität. Gruppenphänomene wie Abhängigkeit, Paarbildung und Parteienbildung können ebenso als dissoziative Phänomene verstanden werden. Es folgen nun einige Fallbeispiele, in denen verschiedene Formen dissoziativer Erregungsabkopplung und Aufmerksamkeitsbindung beschrieben werden.

Im Rahmen einer familientherapeutischen Anfrage stellte mir eine Mutter ihre 10jährige Tochter vor, die nicht mehr in der Lage war am Schulunterricht teilzunehmen, weil sie bis zu zwanzigmal zur Toilette musste. Auf dem Spielplatz ließ sie sich von anderen Kindern so schnell auf einem Drehrad drehen bis ihr schwindlig wurde und sie erbrach. Als ich erfuhr, dass die Mutter dem Mädchen keinerlei Orientierung gab (sie konnte bis nach Mitternacht fernsehen, durfte rauchen und sogar Alkohol trinken), begann ich mit dieser alleine zu arbeiten. Ich erarbeitete mit ihr pädagogisch angemessenere Umgangsformen, die sie dankbar annahm. Darauf bildete sich die Symptomatik stark zurück. In der Mutter, die ich weiter einzeln behandelte, lernte ich eine Frau kennen, die schwer dissoziiert war und unter Derealisations- und Depersonalisationssymptomen litt. In den Stunden war sie oft geistesabwesend, sie bekam aber dennoch jede Veränderung unterschwellig mit. So reagierte sie darauf, wenn von einer Sitzung zur anderen eine Umstellung im Bücherregal stattgefunden hatte, was sie sehr verwirrte. Regelmäßig war sie zu Beginn der Stunde relativ gut aufgelegt und erreichbar, um dann immer mehr in einen tranceartigen Zustand abzudriften. Zusätzliche Überlegungen schienen sie zu verwirren oder kamen ihr gar bedrohlich vor. In diesen Situationen schien sie durch mich hindurchzusehen. Diese Form der Hintergrundfokussierung erlaubte es, ein Derealisationphänomen zu erklären, das sie während der Sitzungen mitunter entwickelte. Sie berichtete dann ängstlich, dass die Wand hinter mir sich bewege und verzerre.

Wir konnten herausarbeiten, dass es nicht die Wand war, sondern dass ich mich in meinem Sessel bewegt hatte. Um den irritierenden Signalen, die von mir ausgingen und die ihr Aufmerksamkeitssystem im Verlauf der Stunde immer mehr „verstopften“, zu entgehen, hatte sie mich „unscharf“ gestellt und auf die Wand fokussiert. Dadurch entstand ein „Zug-Bahnhof-Phänomen“.

In diesem Beispiel sehen wir die Wirkungsweise von dissoziativer Defokussierung bei der Mutter und den Fokussierungsversuchen ihrer Tochter. Diese bindet ihre Aufmerksamkeit an verschiedene Formen dissoziativer Selbsterregung, um ihrer Orientierungslosigkeit und Angst zu entgehen.

Vor einiger Zeit konnte ich einen Fall mit ideationaler Aufmerksamkeitsbindung beobachten.

Eine ängstlich gehemmte Patientin mit einer Angstsymptomatik wirkte in der Therapiesitzung affektlos, schien nicht richtig mitzugehen und konnte nur wenig aus der vorausgegangenen Sitzung erinnern. Ich sagte ihr, dass ich ein Problem damit habe, dass wir nicht so richtig in Kontakt miteinander kämen und mir daher Rat bei einem Kollegen geholt habe. Dieser habe vermutet, dass sie möglicherweise mit etwas anderem beschäftigt sei, während sie mit mir redete. Sie konnte mir daraufhin erzählen, dass sie heimlich meine „Ne’s“ und „Hmmm’s“ zählte und sich zu Hause darüber eine Liste angelegt hatte.

Ein weiteres Muster ideationaler Aufmerksamkeitsbindung in Form einer Zwangsvorstellung zeigt der folgende Fall eines jungen Chirurgen mit einer Verdachtsdiagnose auf Schizophrenie. Er fühlte sich durch viele Veränderungen in seinem Leben überfordert und begann zu grübeln. Eines Tages stand er vor dem Spiegel und kam sich fremd vor, der Beginn einer Depersonalisationssymptomatik. Seit einiger Zeit verfolgte ihn der Zwangsgedanke, seine Patienten mit dem Skalpell zu verletzen. Mit dieser Vorstellung wurde er panisch, zog sich zurück und wurde arbeitsunfähig. Der intelligente Patient war erleichtert herauszuarbeiten, dass er nicht verrückt war, sondern seine Zwangsgedanken und die Depersonalisationssymptomatik einen Versuch der Komplexitätsreduktion durch Aufmerksamkeitsbindung darstellten.

Dissoziation in Institutionen beleuchten die beiden letzten Fallvignetten. Der erste Fall ist ein Beispiel konstruktive sensorischer Erregungsabkopplung, der zweite ein Fall von beginnenden schweren Teamkonflikten als Folge eines dramatischen Ressourcenmangels.

Hielten sich Organisationen jederzeit korrekt an die eigenen Regeln, würde daraus möglicherweise ein Chaos entstehen. Daher gibt es auch informelle Umgangsformen, denen die Belegschaft folgt und individuell spezifische Wahrnehmungsregulationen, die der Erhaltung von guten Arbeitsbedingungen dienen, obwohl sie gegen die offizielle Unternehmensphilosophie verstoßen. So können Qualitätssicherungsmaßnahmen die Arbeitsergebnisse verschlechtern, wenn die gewachsene Kultur dissoziativer Umgangsformen nicht genügend berücksichtigt wird. In einer Supervision erfuhr ich von einem Fall strategischer Dissoziation.

Die Krankenschwester einer Suchtklinik fand unter einer Patientenwohnung einen glimmenden Zigarettenstummel. Rauchen wurde in ihrer Einrichtung mit Sanktionen belegt, die den weiteren Aufenthalt eines Patienten unter Umständen gefährden konnten. Sie kam schlagartig in einen inneren Konflikt, als sie realisierte, dass die Zigarette von ihrem Bezugspatienten, der sein Zimmer genau über dem „Tatort“ hatte, stammen konnte. Zu diesem hatte sie eine gute Beziehung aufgebaut und er schien sich gut zu entwickeln. Sie trat also die Kippe aus und beschloss, nichts gesehen zu haben. Unglücklicherweise wurde sie von einem Kollegen gesehen, der diese Episode in der Supervision ansprach.

Vor einiger Zeit wurde mir ein Fall von „künstlicher Aufregung“ in einer Institution vorgestellt.

In einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik war seit Monaten eine depressive Stimmung. Im Zuge von Einsparungsmaßnahmen und Schließungen somatischer Krankenhausbereiche des Trägers kam es zu ständig neuen Ansagen und Veränderungen. So wurde allen Mitarbeiterinnen ohne festen Anstellungsvertrag gekündigt. Sie wurden durch nicht kündbare, fachlich nicht ausgebildete Mitarbeiterinnen aus einem geschlossenen somatischen Bereich ersetzt. Diese waren mit der schwierigen Klientel überfordert. Eine Atmosphäre von Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein und ängstlicher Resignation breitete sich aus.

In einer Supervisionssitzung empfing mich eine gereizte Spannung, die sich zwischen den Mitarbeiterinnen der Frühschicht und denen der Spätschicht hochgeschaukelt hatte. Die eine Seite warf der anderen Rigidität und „Korintenkackerei“ und einen Mangel an Flexibilität mit den Patienten vor. Die andere Seite bemängelte die laxen Haltung und eine mangelnde Identifizierung bei der anderen Schicht, die den „Griffel“ am Dienstschluss hinwürfen und einen Sauhaufen hinterließen. Jeder sah den Balken im Auge des Anderen. Bemerkenswert war, dass es die alteingesessenen Mitarbeiterinnen waren, die den Disput austrugen.

In Stresssituationen beginnen sich die Beteiligten stärker voneinander zu unterscheiden, weil sie auf ihre spezifisch unterschiedlichen Regulationsstile zurückgreifen müssen. Dies führt zu Reibungsstellen, die in ruhigen Zeiten nicht zum Tragen kommen. In diesem Fall diente der „Hickhack“ aber auch der Komplexitätsreduktion. Über Aufmerksamkeitsbindung durch Selbsterregung schrumpfte der traumatisierende Arbeitskontext auf ein überschaubares Format.

### **Therapie als Mentalisierung**

Die Grundhaltung des Therapeuten muss Anerkennung und Respekt vor der dissoziativen Lösung ausstrahlen, die ja in der Tat auch eine kreative Leistung ist. Sie sollte zu einer gemeinsamen Suchbewegung verführen können und von großer Enthaltensamkeit vor unzureichend be-

gründbaren symbolischen Annahmen geprägt sein. Die Voraussetzung einer nachreifenden Mentalisierung von Notfallreaktionen als therapeutisches Ziel der Behandlung dissoziativer Störungen ist die Evaluation der patiententypischen Aufmerksamkeitsorganisation.

Aus der für dissoziative Störungen typischen Entkoppelung perzeptiver und rezeptiver Systeme lässt sich eine folgerichtige therapeutische Perspektive ableiten. Da das reflexive System vom perzeptiven System nichts weiß, muss es dieses nachträglich kennen lernen, um es kontrollieren zu können. Daraus leitet sich eine Definition des „zu Behandelnden“ als Mentalisierung der eigenen Bewältigungsorganisation ab. Diese besteht aus den im vorausgegangenen Abschnitt beschriebenen jeweils spezifischen und typischen Mustern der Spannungsregulation, die zwar praktiziert aber unbewusst prozessiert werden. In diesem Sinne setzt eine gelungene Auftragsdefinition die Erarbeitung eines Konsenses über „das zu Behandelnde“ voraus. Der Therapeut hilft dem Patienten in einem dialogischen Prozess die Aktivierung seiner dissoziativen Copings wahrzunehmen. Er regt ihn an, zusammen mit ihm in eine Suchbewegung zu gehen, um möglichst viele Regulationsschemata, die auch in normalen Alltagssituationen auftreten, zu entdecken. Daraus lässt sich eine Bandbreite dissoziativer Regulierungen zum Beispiel auf einer Skala von 1-10 festlegen. Alle eingesetzten Dissoziationen werden dann nach ihrer Wirksamkeit zur Spannungsregulation, aber auch auf ihre sozial unverträglichen und selbstdestruktiven Nebenwirkungen hin untersucht, und der Einsatz alternativer weniger nebenwirkungsbelasteter Dissoziationen erwogen und ausprobiert. Verstärken kann man diesen Vorgang noch durch die Einführung einer virtuellen Ebene. Man denkt gemeinsam darüber nach, in welchen Situationen das Auftreten von dissoziativen Mustern in einem definierten Zeitraum erwartet werden kann.

Während dieser gemeinsamen Arbeit kommen präfrontale Prozesse ins Spiel und beginnen, die basalen affektiven und dissoziativen Notregulationen zu modulieren. Bei zunehmender Wahrnehmungsfähigkeit vormals unbewusster Prozesse kommt der Patient nun in eine bewusste Entscheidungssituation, die Dissoziation diesmal strategisch einzusetzen oder eine Alternative zu wählen.

So kann ein Patient seine Zwangssymptomatik loswerden, indem er entdecken lernt, dass er diese immer dann einsetzt, um einer nicht bewältigbaren Affektlage zu entkommen. Wenn er im therapeutischen Prozess über zahlreiche gemeinsame Mentalisierungen allmählich lernt zu kategorisieren und zu symbolisieren und damit auf eine Konfliktebene von Problemlösungen kommt, werden dissoziative Störungen allmählich überflüssig.

## Literatur

- Armony J L, LeDoux J E (1997) How the brain processes emotional information. In: Yehuda R, McFarlane A C (Hrsg.), *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 821, New York, S. 259-270
- Auster P (2005) Stadt aus Glas. Süddeutsche Zeitung/Bibliothek, Bd. 6
- Balint M (1965) *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett, Stuttgart
- Bion W (1970) *Attention and Interpretation*. Tavistock, London
- Boszormenyi-Nagy I, Spark G M, (1981, 1973). *Unsichtbare Bindungen*. Ernst Klett Verlag, Stuttgart
- Bowen M (1978) *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson, New York, London
- Bowlby J (1988) *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. Routledge, London

- Bowlby J (2001) Das Glück und die Trauer: Herstellung und Lösung affektiver Bindungen. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, Stuttgart
- Christ H (1983) Ein Modell zur Erfassung familialer Systeme. In: Dissozialität-Familie-Institution: Transaktionen (Interaktionsmuster) in Familien mit neurotisch dissozialen Jugendlichen), DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft), Projekt KL 413, 1979-1983, Bonn, Köln, S. 25-70
- Christ H.(1993) Individuelle Entwicklung und Familie: Die Bedeutung früher Bindungsmuster für die Entwicklung epistemischer Systeme. Kontext (23)1: 20-35
- Christ H (2002) Dissoziative Bindung und familiäre Traumatisierung. In: Zenz W M, Bächer K, Blum-Maurice R (Hrsg) Die vergessenen Kinder: Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. PapyRossa Verlag, Köln, S. 88-102
- Christ H, Klüwer C (1985b) Neurotische Dissozialität und Delinquenz. In: Remschmidt H, Schmidt, M H (Hrsg.) Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Praxis. Band 3. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 158-163
- Dennett C D (1986) Wo bin ich? In: Hofstadter D R, Dennett D C (Hrsg.) Einsicht ins Ich. Fantasien und Reflexionen über Selbst und Seele. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, S. 209-222
- Fiedler P (1999, 2001) Dissoziative Störungen und Konversion. Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz, Weinheim
- Fischer G, Riedesser P (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2.Aufl. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel
- Fonagy P, Gergely G, Target M (2003a) Bindung, Mentalisierung und die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Fonagy P, Target M (Hrsg.) Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 219-231
- Fonagy P, Target M (2003b) Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Freud S, Breuer J (1895) Studien über Hysterie. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M., 1970
- Freud S (1911) Formulierungen über zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. Fischer, Frankfurt/M.
- Freud,S /1930) Das Unbehagen in der Kultur. Fischer, Frankfurt/M., 1970, 193-270
- Goldstein E B (2002) Sensation and Perception. (6. Aufl.) Wadsworth, Pacific Grove, CA
- Hinckeldey S, Fischer G (2002) Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. E. Reinhardt, München, Basel
- Janet P (1893/94) Etat mental des hystériques. Alcan, Paris
- Kris E (1977) Die ästhetische Illusion. Phänomene der Kunst in der Sicht der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Kriz J (2005) Schöpferisches Chaos in der Psychotherapie. In: Systeme 19(1): 20-45
- Köhler L (1998) Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. In: Psyche 52(4): 369-397
- LeDoux J (1998) Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. Carl Hanser Verlag, München, Wien

- Liotti G (1999) Disorganization of Attachment as a Model for Understanding Dissociative Psychopathology. In: Solomon J, George C (Hrsg), Attachment Disorganization, New York, S. 291-317
- Mack A, Rock I (1998) Inattentional Blindness. MIT Press, Cambridge, MA
- Mainzer K (1999) Kabel und Nerven. In: CT (Computer Technik), 20: 94-97
- Naumann-Lenzen M (2003) Frühe, wiederholte Taumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52: 595-619
- Nijenhuis E R S (2004) Somatoform Dissociation. W.W. Norton Company, New York, London
- Paul N L, Paul B B (1975) Puzzle einer Ehe. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1977
- Pincus L, Dare C (1978) Geheimnisse in der Familie. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart
- Premack D (1978) Does the Chimpanzee have a Theory of Mind? In: The Behavioral and Brain Sciences, 4, 1978, S. 515-526
- Prigogine I (1992) Vom Sein zum Werden. Piper Verlag, München, Zürich
- Prigogine I (1995) Die Gesetze des Chaos. Campus Verlag, Frankfurt/M., New York
- Ross C A (1996) History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation. In: Michelson L K, Ray W J. (Hrsg.) Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives, Plenum Press, New York, London, S. 3-25
- Sandler J (1967) Trauma, Strain and Development. In: Frust S (Hrsg.) Psychic Trauma. Basic Books, New York, London, S. 154-178
- Seidl O (2003) Dissoziation und Kreativität - Entrückungen im Alltag. In: Forum der Psychoanalyse, 2/3, 2003, S. 149-161
- Shore A N (2003) The Seventh Annual John Bowlby Memorial Lecture. Minds in the Making: Attachment, the Self-organizing Brain, and Developmentally Oriented Psychoanalytic Psychotherapy. In: Corrigan J, Wilkinson H (Hrsg.) Revolutionary Connections: Psychotherapy and Neuroscience. Karnac, London, S. 7-51
- Simons D J, Chabris CF (1999) Gorillas in our Midst: Sustained Inattentional Blindness for Dynamic Events. In: Perception, 28.Jg., S. 1059-1074
- Singer J L, Sincoff J B (1990) Beyond Repression and the Defenses. In: Singer J L (Hrsg.) Repression and Dissociation, University of Chicago Press, Chicago, S. 471-496
- Slipp S M (1988) The Technique and Practice of Object Relations Family Therapy. Karnac Books, London
- Spiegel D, Cardena E (1991) Desintegrated Experience: The Dissociative Disorders Revisited. In: Journal of Abnormal Psychology, 100, S. 366-378
- Steinberg M (1995) Handbook for the Assessment of Dissociation; a Clinical Guide. American Psychiatric Press, Washington, London
- Van der Kolk B A, McFarlane A, Weisaeth L (Hrsg.) (1996) Traumatic Stress. Guilford Press, New York, London

**Autorenvita****Hans Christ**

geb. 1946, Psychoanalytiker, Lehrtherapeut und Supervisor (DPV/IPV), systemischer Psychotherapeut (APF/SG), Lehrtherapeut und Lehrsupervisor. Mehrere Jahre Leiter einer Therapieeinrichtung für dissoziale Jugendliche. Forschungsprojekt (DFG) zur Familiendynamik dissozialer Störungen. Seit 25 Jahren selbstständig tätig im Kölner Institut für angewandte Psychoanalyse und Systemforschung (IPS). Mitbegründer der APF. Veröffentlichung im Bereich Dissozialität, Psychosen, Bindungstheorie, Dissoziation und Supervision.