

# Trauma und Dissoziation

## Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen



Lydia Hantke

**Trauma und Dissoziation**  
**Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen**

Wissenschaftlicher Verlag Berlin  
Berlin  
Olaf Gaudig & Peter Veit GbR

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Hantke, Lydia:**

Trauma und Dissoziation : Modelle der Verarbeitung traumatischer  
Erfahrungen / Lydia Hantke. – Berlin : Wiss. Verl. Berlin, 1999

ISBN 3-932089-21-9

ISBN 3-932089-21-9

© 1999 Wissenschaftlicher Verlag Berlin  
Olaf Gaudig & Peter Veit GbR  
[www.wvberlin.de](http://www.wvberlin.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung, auch einzelner Teile, ist ohne  
Zustimmung des Verlages unzulässig. Dies gilt  
insbesondere für fotomechanische Vervielfältigung  
sowie Übernahme und Verarbeitung in EDV-Systemen.

Druck: Eigendruck/Gerhard Weinert GmbH, Berlin  
Printed in Germany

Für Gabriel  
und Ingeborg

**Danke:**

Janina, meiner Tochter und ‚Hauptleidtragenden‘<sup>1</sup>, zuallererst.  
Für das Verdauen von Tiefkühlpizzen und Mißmut,  
für ihr Lachen, Wäschewaschen, Erzählen und Ablenkungen  
– fürs Dasein

Katharina, der Lieben, für Diplomarbeitsessen,  
sehnsuchtsvolle Videoabende,  
die Überarbeitung der fremdsprachigen Abschnitte  
– und überhaupt

Claudius für endlose Rettungen der Hard- und Software,  
unendliche Nerven,  
endliche Moratorien  
– und das perfekte Timing

V. für die einzig not-wendigen Strukturhilfen

Ines und Ramona fürs Lesen der Arbeit  
in unleserlichen Fassungen

Ax für die Grundlagen, immer wieder

---

1 Hantke, J. 1997 (persönliche Mitteilung).

## Vorbemerkung

Diese Arbeit trug ursprünglich den sperrigen Titel „*Missing Link – Die historische Einordnung des Modells Dissoziation als Grundlage diagnostischer Kategorien und einer Konzeptualisierung der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*“. Unter diesem Namen habe ich sie im Dezember 1997 an der FU Berlin als Diplomarbeit im Fach Psychologie eingereicht, die Gutachter waren Prof. Dr. Jarg Bergold und Dr. Ingeborg Schürmann.

Ich habe bis auf den Titel und ein paar Kleinigkeiten keine Veränderungen vorgenommen, auch wenn ich heute einiges anders schreiben würde. Das bleibt mir für ein andermal.

Berlin, Dezember 1998

## Inhalt

1. Problemzusammenhang und Aufgabenstellung .....	11
Problemzusammenhang .....	11
Aufgabenstellung .....	15
Aufbau der Arbeit .....	17
2. Die Entwicklung der Diagnosen .....	22
2.1 Besessenheit, multiple Persönlichkeit und Hysterie:	
Die Klassifikationen bis zur Jahrhundertwende .....	22
2.1.1 Besessenheit, magnetische Krankheiten und Multiple Persönlichkeit	23
Besessenheit .....	23
Die magnetischen Krankheiten .....	25
Von <i>double consciousness</i> zur Multiplen Persönlichkeit .....	27
2.1.2 Hysterie .....	28
Abriß der Geschichte bis Ende des 19.Jhdts. ....	28
Die Diagnosen der Jahrhundertwende .....	30
2.2 Die Klassifikationen der Diagnosemanuale des 20. Jahrhunderts .....	36
2.2.1 Konversion, dissoziative Störungen und PTSD im Verlauf der	
Angleichung der Klassifikationen auf internationaler Ebene .....	36
2.2.2 Prävalenz/Epidemiologie und Differentialdiagnose .....	40
2.3 Zusammenfassung .....	43
3. Vorläufer des Modells: Die ‚erste dynamische Psychiatrie‘ .....	47
3.1 Hypnose .....	48
3.1.1 Der Mesmerismus .....	49
3.1.2 Die Schule von Nancy .....	53
3.1.3 Die Schule der Salpêtrière .....	54
3.2 Das Unbewußte .....	55
3.3 Das Dissoziationskonzept vor Janet .....	57
3.4 Zusammenfassung .....	59
4. Das Modell Dissoziation .....	61
4.1 Janet .....	61
4.1.1 Leben und Werk .....	61
4.1.2 Janets Ausgangsüberlegungen und Forschungsansatz .....	63
4.1.3 Der psychologische Automatismus .....	66
4.1.4 Bewußtsein, Unterbewußtes .....	68
4.1.5 Die Verengung des Bewußtseinsfeldes .....	71
4.1.6 Dissoziation/Désagrégation .....	72
4.1.7 Fixe Ideen .....	73

4.1.8	Emotion véhémante .....	74
4.1.9	Erinnerung und Amnesie .....	77
	Vermeidungsverhalten und Somnambulismus als Formen der Amnesie .....	78
	Double personnalités .....	79
4.2	Freud .....	80
4.2.1	Dissoziation, Abwehr, Verdrängung und Spaltung .....	80
4.2.2	Die topischen Modelle .....	88
4.2.3	Erinnerungen und Phantasie .....	91
4.2.4	Traumatische Neurose des Friedens und Kriegsneurose .....	98
4.2.5	Angst, Schreck und Furcht .....	101
4.3	Freud – Janet: ein Vergleich im Hinblick auf die Theorie der Dissoziation als Modell der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen .....	102
4.3.1	Ätiologische Faktoren .....	102
	Konstitution und Vererbung .....	102
	Das Ereignis und seine Übersetzung ins Individuum .....	103
4.3.2	Vorannahmen über das Bewußtsein und davon Getrenntes .....	105
	Bewußtsein/Unbewußtes/Unterbewußtes .....	105
	Erinnerung und Phantasie .....	107
	Dissoziation und Verdrängung .....	107
4.4	Prince .....	108
4.4.1	Unbewußtes, Mitbewußtes und Unterbewußtes .....	109
4.4.2	Dissoziation .....	110
4.5	Zusammenfassung .....	111
5.	Schattendasein und Neuaufnahme .....	113
5.1	Die Verdrängung der Dissoziation .....	114
5.1.1	Verdrängung und Schizophrenie .....	114
5.1.2	Gründe innerhalb der Forschungen zu Dissoziation: <i>Non-Interference</i> .....	115
5.2	Die Wiederaufnahme des Modells der Dissoziation .....	117
5.2.1	Hintergründe .....	117
5.2.2	Traumaforschung und Kognitive Psychologie .....	118
5.3	Hypnose .....	121
5.3.1	Hypnotische (Untersuchungs-)bedingungen .....	122
5.3.2	Hypnotische Phänomene .....	124
5.3.3	Auseinandersetzungen .....	127
5.4	Die Neodissoziationstheorie Hilgards .....	129
5.4.1	Der versteckte Beobachter: Parallelverarbeitung von Informationen .....	129
5.4.2	Die Neodissoziationstheorie .....	131
	Das Modell .....	133
5.4.3	Verdrängung und Dissoziation .....	135
5.4.4	Hilgards Janet-Rezeption .....	136



5.5 Zusammenfassung .....	138
6. Die neuen Ansätze zur Dissoziation .....	140
6.1 Psychoanalytische Weiterentwicklungen und Integrationsversuche .....	142
6.1.1 Spaltung im Extremtrauma .....	143
6.1.2 Primäre Verdrängung .....	145
6.1.3 Einkapselung .....	148
6.1.4 Integrationsversuche .....	150
Gruenewald .....	150
Nemiah .....	152
6.2 Die Diskussion des Mechanismus	
Dissoziation und ein Modell: Dissoziation als Autohypnose .....	157
6.3 Die Funktion des Mechanismus	
Dissoziation in der Verarbeitung von Traumata .....	168
6.3.1 Was wird als Trauma bezeichnet? .....	168
6.3.2 Was passiert im Erleben des Traumas? .....	170
6.3.3 Welche Einflüsse sind entscheidend? .....	171
6.3.4 Was sind die Auswirkungen der traumatischen Erfahrung? .....	173
6.3.5 Zwei psychopathologische	
Einteilungen der Auswirkungen: PTSD und DID .....	175
PTSD .....	175
DID (vorher: MPD) .....	177
6.4 Zusammenfassung .....	181
7. Fazit .....	182
Literatur .....	186



# 1. Problemzusammenhang und Aufgabenstellung

„Although this wide clinical dependence on the term dissociation conveys a sense of understanding or even certainty, we soon get insight into the unsettled characterisation of the mechanism when we turn to the theoretical debate.“ (Frankel 1994)<sup>1</sup>

## Problemzusammenhang

Der Traumabegriff hat in den letzten Jahren der Auseinandersetzung mit Kindesmißhandlungen, Vergewaltigungen und den Auswirkungen von Krieg und Folter eine merkliche Veränderung erfahren. Über ca. 70 Jahre hinweg war er durch das Freudsche Modell bestimmt, das sich im Vergleich zu den neueren Konzeptionen auf die *Unlösbarkeit eines inneren Konflikts* reduzieren läßt. In den letzten 20 Jahren der Traumaforschung hat sich die Begriffsbestimmung dahingehend verändert, vornehmlich die Auswirkungen der Konfrontation mit einem *äußeren, überwältigenden* und *nicht in normaler Weise zu integrierenden Erlebnis* darstellen zu wollen. Auf der Suche nach Möglichkeiten, die Auswirkungen von Erfahrungen zu verstehen und zu behandeln, in denen sich der Mensch als absolut hilflos und handlungsunfähig erlebt, griff man auf ein Modell zurück, das gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts vor allem von Pierre Janet in Frankreich entwickelt wurde: Dissoziation als Modell für die Verarbeitung überwältigender Emotionen wurde zum Modell für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen.

In den letzten zehn Jahren ist ein fast schon explosionsartiges Anwachsen des Interesses an und der Untersuchungen über Dissoziation, dissoziative Zustände und deren Entstehungsbedingungen zu verzeichnen.

Goettman et al. haben 1992<sup>2</sup> die gesamte Literatur zu Dissoziation in einer überarbeiteten Auflage zusammengestellt: In der Dekade von 1980 bis 1990 waren 72% aller Schriften entstanden, über 1.000 Publikationen. In den Jahren nach 1992 dürften sich die Publikationen an Zahl weiter vervielfacht haben.

1984 wurde die *International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation* gegründet<sup>3</sup> und später umbenannt in *International Society for the Study of Dissociation*<sup>4</sup>, seit 1988 erscheint ihre Zeitschrift *Dissociation*.

---

1 **Frankel** 1994, 87; etwa: „Obwohl diese große klinische Abhängigkeit von dem Terminus Dissoziation einen Eindruck von Verständnis oder sogar Gewißheit vermittelt, bekommen wir, sobald wir uns der theoretischen Debatte zuwenden, einen Einblick, wie wenig bestimmt der Mechanismus ist.“

2 **Goettman, C./Greaves, G.B./Coons, P.** 1992: Multiple personality and dissociation 1791-1990: A complete bibliography, Atlanta GA: Greaves; zitiert nach **Michelson/Ray** 1996, xiii.

3 **Ross** 1989, 50.

4 Persönliche Mitteilung von **Jill Smith, RossInstitute**, Richardson, USA, vom 6.8.1997: „The term changed from MPD to DID with the 1994 Diagnostic and Sta-

Unzählige Artikel werden in den darauf folgenden Jahren in Fachzeitschriften wie dem *American Journal of Psychiatry* veröffentlicht, Sondernummern zum Thema erscheinen, es bilden sich Arbeitsgruppen auf Fachkongressen und Interessengruppen in der *American Psychological Association* und der *American Psychiatric Association*<sup>5</sup>.

Monografien zum Thema Dissoziation und Multiple Persönlichkeitsstörung werden von der *American Psychiatric Association*, der einflußreichsten Standesorganisation der USA, herausgegeben<sup>6</sup>. Die Festschrift zur Verabschiedung des langjährigen Herausgebers des *American Journal of Psychiatry*, John C. Nemiah, im Juli 1996, beschäftigt sich auf über 70 Seiten mit dem Thema aus der Sicht verschiedener Forschungsansätze.

Vor diesem Hintergrund haben *dissoziative Störungen* als Kategorie und *dissoziative Symptome* als Bestimmungskriterien posttraumatischer Störungen Aufnahme in die Diagnosemanuale gefunden.

Als *dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)* sind im Internationalen Diagnosehandbuch ICD-10<sup>7</sup> unter der Rubrik der neurotischen Störungen die *dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, der dissoziative Stupor, Trance- und Besessenheitszustände, dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung, dissoziative Bewegungsstörungen, dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, gemischte dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), Ganser Syndrom, multiple Persönlichkeitsstörung, vorübergehende dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend, sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen* und *nicht näher bezeichnete dissoziative Störung* aufgenommen.

Nach der Einordnung des DSM-IV, herausgegeben 1994 von der *American Psychiatric Association* werden fünf Formen dissoziativer Störungen unterschieden: Die dissoziative Gedächtnisstörung (*dissociative amnesia disorder*), die dissoziative Fugue (*dissociative fugue disorder*), die Depersonalisierungsstörung (*depersonalization disorder*), die dissoziative Identitätsstörung (*dissociative identity disorder*, früher und im ICD-10 noch *Multiple Persönlichkeitsstörung* genannt) und die nicht anderweitig spezifizierte Dissoziationsstörung (*dissociative disorder not otherwise specified*).<sup>8</sup>

Im ICD-10 wird dazu ausgeführt:

„Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an

---

tistic Manual for Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), published by the American Psychiatric Association. ISSMP&D is the same as ISSD, in response to this change in diagnostic label.“

5 Aus den Informationen der Web-Site des **ISSD** (August 1997) und **Ross** 1989.

6 Z.B. **van der Kolk** 1987, **Kluft** 1990 und **Spiegel** 1994.

7 **Dilling et al.** 1993, S.173-182 (*International Classification of Diseases*).

8 **APA** 1994.

die Vergangenheit, des Identitätsbewußtseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. ... Diese Störungen wurden früher als verschiedene Formen der Konversionsneurose oder Hysterie klassifiziert. ... Die hier beschriebenen dissoziativen Störungen werden als psychogen angesehen. Das heißt, es besteht eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. ... Der Begriff Konversion wird für einige dieser Störungen in einer weiter gefaßten Bedeutung verwendet und bedeutet, daß sich der durch die unlösbaren Schwierigkeiten und Konflikte hervorgerufene unangenehme Affekt in irgendeiner Weise in Symptome umsetzt ... Depersonalisation und Derealisation sind hier nicht mit eingeschlossen ...“<sup>9</sup>

Fragen über Fragen, die in der Erläuterung des ICD-10 nicht beantwortet werden: Was bedeutet „normale Integration“, wodurch entsteht der *Verlust*? Warum wurden die Störungen „früher“ als „Hysterie“ eingeordnet, wie ordnen sich die „traumatisierenden Ereignisse“ in die Entstehung ein? Was bedeutet, „daß sich der durch die unlösbaren Schwierigkeiten und Konflikte hervorgerufene unangenehme Affekt in irgendeiner Weise in Symptome umsetzt“?

Die *posttraumatische Belastungsstörung* ist im ICD 10 eingeordnet unter *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* und bildet ebenfalls eine Unterkategorie der neurotischen Störungen, im DSM IV wird sie als *Anxiety Disorder* eingestuft und ausgeführt, manchmal erlebe „...die Person *dissoziative Zustände*, die von einigen Sekunden bis zu mehreren Stunden oder gar Tagen andauern könnten, während derer Teile des Ereignisses wiedererlebt würden und die Person sich verhielte, als erlebe sie die Situation in eben diesem Moment.“<sup>10</sup>

Eine zentrale These der Traumaforschung der letzten 15 Jahre ist, das Konzept der *Dissoziation*, von **Janet** zunächst im Zusammenhang seiner Forschungen an HysterikerInnen erarbeitet, ermögliche es, Traumatisierung und ihre Auswirkungen in veränderten Traumakonzeptionen zu fassen, die weder einseitig innerpsychische Konflikte betonen noch eine objektive Qualität von Ereignissen für Traumatisierung verantwortlich machen, sondern den Versuch einer Vermittlung beider Komponenten darstellen. **Putnam** faßt 1989<sup>11</sup> in einer der ersten Monografien über *Multiple Persönlichkeitsstörung* zusammen, worum es in der Forschung zu Dissoziation gehen kann, auf welchen Ebenen das Konzept verstanden und angewandt wird:

- in der akuten Reaktion auf traumatische Erfahrungen,
- als Mechanismus, der den Langzeitfolgen traumatischer Erfahrungen unterliegt,

---

9 **Dilling et al.** 1993, 173 f.

10 **APA** 1994, 424: „In rare instances the person experiences dissociative states that last from a few seconds to several hours, or even days, during which components of the event are relived and the person behaves as though experiencing the event at that moment.“

11 **Putnam** 1989 b, 1.

- als Versuch, die psychophysiologische Grundlage psychosomatischer Phänomene zu fassen und
- als Möglichkeit, die Auswirkungen von Traumata auf die Entwicklung der Selbstwahrnehmung zu konzeptualisieren

Vornehmlich die US-amerikanische, kanadische und niederländische Traumaforschung bemüht sich vor dem Hintergrund des Modells Dissoziation in den letzten zwanzig und verstärkt den letzten zehn Jahren um eine genauere Bestimmung der Art und Weise der Speicherung von Erinnerungen an traumatische Erlebnisse, der damit zusammenhängenden Informationsverarbeitungsprozesse, ihrer neurophysiologischen Korrelate, entwicklungspsychologischen Implikationen und der Frage nach dem Zusammenhang mit Somatisierungssymptomen. Neue Therapieansätze haben sich entwickelt, historische Studien wurden unternommen und das Modell der Dissoziation als Grundlage eines in der psychopathologischen Forschung und Therapie stattfindenden Paradigmenwechsels beschrieben.<sup>12</sup>

Herman faßt die Ergebnisse der letzten Jahre wie folgt zusammen<sup>13</sup>:

„Menschen in Todesangst befinden sich nicht in einem normalen Bewußtseinszustand. Sie erleben extreme Veränderungen des Erregungsniveaus, der Aufmerksamkeit und der Wahrnehmung. Alle diese Veränderungen können die Speicherung und das Wiederauffinden von Erinnerungen beeinflussen. ... Wenn Menschen in Todesangst sind, ist die Aufmerksamkeit eingeengt und die Wahrnehmungen sind verändert. Periphere Details, der Kontext und das Zeitgefühl entfallen, während die Aufmerksamkeit stark auf ein zentrales Detail der momentanen Gegenwart konzentriert ist. Wenn der Aufmerksamkeitsfokus extrem verengt ist, können Menschen tiefgreifende Wahrnehmungsstörungen erfahren, einschließlich Schmerzunempfindlichkeit, Depersonalisation, Derealisation, Verlangsamung der Zeit und Gedächtnisverlust. *Diesen Zustand nennen wir Dissoziation.*<sup>14</sup> Ähnliche Zustände können willentlich durch hypnotische Induktionstechniken hervorgerufen werden oder auf pharmakologischem Weg durch Ketamin, einen Glutamaterezeptor-Antagonisten. Normale Menschen unterscheiden sich in ihrer Fähigkeit, in diese Bewußtseinszustände zu gelangen.

Traumatische Ereignisse haben enorme Kräfte, dissoziative Reaktionen auszulösen. Manche Menschen reagieren auf Terror, indem sie spontan dissoziieren. Andere mögen lernen, diesen Zustand willentlich herbeizuführen, vor allem dann, wenn sie immer wieder traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind.<sup>15</sup>

---

12 **Ross** 1996, 9 f.

13 Die Übertragung des Zitats und die Hervorhebung stammen von mir, L. H. Alle weiteren Zitate im Text werde ich, wo nicht anders angemerkt, sinngemäß übertragen und in indirekter Rede anführen. Die in die Kapitel einführenden Zitate belasse ich im Original.

14 An dieser Stelle sei ein formaler Hinweis eingefügt: *Kursive Textstellen* sind, wenn nicht anders vermerkt, immer Hervorhebungen von mir, L. H.

15 **Herman** 1994, 8: „People in a state of terror are not in a normal state of consciousness. They experience extreme alterations in arousal, attention, and perception. All of these alterations potentially affect the storage and retrieval of memory. (...) When

## Aufgabenstellung

Auf der Suche danach, worauf rekurriert wird, wenn von der diagnostischen Kategorie der *dissoziativen Störungen* die Rede ist, was KlinikerInnen darunter verstehen, wenn – inzwischen – immer wieder einmal von *Dissoziation* der traumatisierten KlientInnen die Rede ist, taten sich eine Vielzahl von Fragen auf, von denen ich einige in dieser Arbeit untersuchen möchte.

Aus der Vielfalt von Artikeln aus dem kanadischen und US-amerikanischen Raum, die ich wegen fehlender anderer Kriterien zunächst danach ausgesucht hatte, ob der Begriff Dissoziation im Titel erschien – der sich mir zunächst als relativ eng gefasstes Suchkriterium darstellte –, konfrontierte mich bereits mit einer breiten Auswahl höchst unterschiedlicher Fragestellungen zum Thema, die von Informationsverarbeitungsmodellen über neuropsychologische Arbeiten bis hin zu klinischen oder epidemiologischen Untersuchungen und historischen Rückblicken reichte.

Die spannende Lektüre entfernte mich aber, je mehr ich über das Forschungsfeld erfuhr, immer weiter von meinem Ziel zu verstehen, was sich hinter dem Begriff Dissoziation verbirgt, auf welche wesentlichen Merkmale er zu reduzieren ist, oder auch nur, worin sich die ausgesprochen unterschiedlichen Definitionen unterscheiden. Ich fand keinen Ansatzpunkt dafür, die verschiedenen Modelle, Teildefinitionen und in den Studien implizierten Gedankenmodelle miteinander integrieren zu können. Ganz offensichtlich traten hier Forschungslücken zutage, deren Ursachen mich bei der weiteren Lektüre immer wieder beschäftigten.

Gemeinsam war allen Arbeiten nur der Bezug auf Pierre Janet, den sie durchgängig als denjenigen benannten, der die Grundlagen bereitgestellt hatte. Sigmund Freud, in meinem bisherigen Verständnis von Psychodynamik zentraler Bezugspunkt, wurde – wenn überhaupt – dann nur am Rande oder in Abgrenzung vom bzw. Ergänzung zum Janetschen Modell genannt.

Warum hatten die VertreterInnen der Dissoziationstheorie sich auf Janet bezogen und von Freud abgegrenzt oder es als notwendig erachtet, seine Theorie zumindest durch einen wichtigen Faktor zu ergänzen – eine Ergänzung, die sich immer eigenartig sperrig ausnahm? Lag hier der Schlüssel für die Gemeinsamkeit hinter den verschiedenen Ansätzen?

---

people are in a state of terror, attention is narrowed and perceptions are altered. Peripheral detail, context and time sense fall away, while attention is strongly focused on central detail in the immediate present. When the focus of attention is extremely narrow, people may experience profound perceptual distortions including insensitivity to pain, depersonalization, derealization, time slowing and amnesia. This is the state we call dissociation. Similar states can be induced voluntarily through hypnotic induction techniques, or pharmacologically, with ketamine, a glutamate receptor antagonist. Normal people vary in their capacity to enter these altered states of consciousness. Traumatic events have great power to elicit dissociative reactions. Some people dissociate spontaneously in response to terror. Others may learn to induce this state voluntarily, especially if they are exposed to traumatic events over and over.“

Die These, deren Stichhaltigkeit ich mit dieser Arbeit untersuchen will, ist, daß Janets Modell gegenüber dem Freudschen eine angemessenere Fassung der Wirkweise und Konsequenzen von traumatischen Erfahrungen bereithält, die das Konzept der Dissoziation zur Grundlage breitgestreuter Forschungen und einer diagnostischen Kategorie gemacht hat.

Warum sich diese ‚Gemeinsamkeit in der Grundlage‘ aber in so schwer ineinander übersetzbaren Definitionen äußert – ohne zu großen Abgrenzungen der verschiedenen Ansätze zu führen, denn im Bemühen um integrative Ansätze zum Verständnis der Auswirkungen von Traumata ist eher das Gegenteil der Fall – deutete sich erst in der historisch vertiefenden Lektüre an: Janets Modell scheint nicht nur andere Ansätze für die Betrachtung der Traumaverarbeitung einzuführen, sondern er unterscheidet sich in der dem Modell impliziten Grundlage der Konzeption des Bewußtseins wesentlich von dem Freuds.

Die Neuaufnahme des Modells der Dissoziation – in den 70er Jahren zunächst in den USA und Kanada – vollzog sich aber nicht nur im zeitlichen Abstand, sondern auch in ideengeschichtlicher Distanz zur Vorlage Janets – und zwar vermittelt über den *Denkstil*<sup>16</sup> der Psychoanalyse. Daß zentrale Parameter nicht übereinstimmen und damit eine Nutzung des Modells nur oberflächlich ermöglichen, ist daher vielleicht erst aus dem zeitlichen Abstand zur Wiedereinführung des Modells und damit einer zumindest impliziten Überformung der Denkstile verständlich.

Eine weitere These lautet also: In der neueren Forschung zu Dissoziation haben sich (weitgehend unreflektiert) zwei Denkstile integriert, die in wesentlichen Parametern, von denen einer die Auffassung von Bewußtsein ist, nicht kompatibel sind. Ein Integrationsversuch, der dies nicht mitreflektiert, birgt die Gefahr, dem einen wie dem anderen Ansatz die ihm innewohnenden Potentiale zu nehmen. Für eine Ausschöpfung der Möglichkeiten des Janetschen Modells in der Beschreibung von Traumaverarbeitung ist ein Rückbezug und ein Abgleich der Definitionen mit diesem Bezugspunkt notwendig. Eine solche historische Einordnung muß daher die Hintergründe der Entstehung des Modells in Bezug auf ein Verständnis der zentralen Parameter des ‚Modells Dissoziation‘ – Bewußtsein, Automatismen, fixe Ideen und Somnambulismus – lesbar machen. Auch diesem Ansinnen dient die vorgelegte Arbeit.

In der deutschen psychologischen Fachliteratur ist Dissoziation fast ausschließlich durch den Niederschlag in den diagnostischen Kategorien bekannt. Die Fachdiskussion um dissoziative Symptomatik in posttraumatischen Störungen und dissoziative Störungen als Störungseinheit (dort vor allem die *Multiple Persönlichkeitsstörung*) hat erst begonnen.<sup>17</sup> Eine Rezeption der englischsprachigen Literatur fand bisher nur sehr eingeschränkt statt und beschränkte sich auch hier vor-

---

16 Fleck 1935/1994.

17 Vgl. z.B Spitzer et al. 1996.



nehmlich auf die Extremform der dissoziativen Störungen, die *Multiple Persönlichkeitsstörung*.<sup>18</sup> Eine Herleitung des Begriffes aus dem Zusammenhang seiner zeitgeschichtlichen Verankerung im ausgehenden 19. Jahrhundert ist bislang nur in einigen Arbeiten US-amerikanischer Autoren geleistet.

Ausgehend von einer Darstellung der Entwicklung der diagnostischen Kategorien soll die historische Entwicklung des Konzepts im Zusammenhang mit den ersten psychodynamischen Ansätzen aufgezeigt werden. Die Hypnose (damals: *Mesmerismus*<sup>19</sup>), Hauptforschungs- und Therapiemethode dieser Zeit, bildet den Hintergrund für erste Konzepte des Nicht-Bewußten. Die Einflüsse von Methode und Theorie spiegeln sich im frühen Freudschen Ideengebäude ebenso wider wie in Janets Konzeption. Auch in den neuen Konzeptualisierungen des Janetschen Modells hat die Hypnose einen wesentlichen Stellenwert behalten. Nach zunächst ähnlichen Formulierungen bei Janet und Breuer/Freud trennen sich die Vorstellungen; Freuds Konzepte des *Unbewußten* und der *Verdrängung* bestimmen über lange Jahre hinweg die Debatte. Erst nach gesellschaftlichen Umbrüchen der 60er Jahre und der daraus resultierenden Notwendigkeit zur Reformulierung des Traumabegriffs wird Janets Konzept von Hilgard wiederaufgenommen. In den letzten Jahren haben sich in den USA in unterschiedlichen psychologischen Disziplinen zahllose Ansätze zu Dissoziation im Zusammenhang mit Therapieformen verschiedener Art, Störungskonzepten, Informationsverarbeitungsprozessen, neuropsychologischen Ansätzen, entwicklungspsychologischen Erklärungsmodellen und Parallelisierungen zu Prozessen in der Hypnose entwickelt. Theoretischer Hintergrund ist durchgehend erklärtermaßen das Janetsche Dissoziationsmodell, die Möglichkeit einer Integration psychoanalytischer Ansätze wird kontrovers diskutiert, die Zusammenhänge dieser Kontroverse bleiben unbestimmt. Ich will versuchen, einige Ansätze in ihrer Konzeptualisierung des Dissoziationsmodells als psychischem Mechanismus in der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen darzustellen, um durch diese Differenzierung ihre jeweilige Verwendung in der neueren Traumaforschung und die Notwendigkeit einer Rückbesinnung auf den gemeinsamen Bezugspunkt verständlich zu machen.

## Aufbau der Arbeit

*Diagnostische Kategorien* entwickeln sich aus den zur jeweiligen Zeit bestimmenden Entstehungs- und Therapiemodellen bestimmter Krankheits- oder Störungsbilder<sup>20</sup>, und diese sind verknüpft mit den jeweiligen Vorstellungen des physiologischen oder psychologischen Mechanismus, mittels dessen das Individuum

---

18 Z.B. **Erkwoh/Saß** 1993, **Huber** 1995, **Pfeifer et al.** 1994.

19 Vgl. Kap.3.1.

20 *Krankheit* und *Störung* verwende ich in dieser Arbeit analog zur je herrschenden Begriffsbelegung für die Kategorien, nach denen Individuen oder Gruppen – aus welchem Grund auch immer – ausgesondert, verwahrt, verwaltet oder rehabilitiert werden. Zur Diskussion der Begrifflichkeiten und ihrer geschichtlichen Entwicklung vgl. z.B. **Foucault** 1973 und 1977.

Erfahrungen integriert. Im Falle der Beschreibung von *Krankheits-* oder *Störungsmodellen* wird dieser Mechanismus zum *Pathomechanismus*, dem Mechanismus also, der sich auf die (Entstehung der) Krankheit bezieht.<sup>21</sup> Auch der bemüht „theoriefreie“ Ansatz der DSM-Diagnostik, aus dem dissoziative Symptomatik und Störungen auch in das Internationale Diagnosemanual übernommen wurden, greift auf Theoriemodelle zurück<sup>22</sup>, im Falle der o.g. Symptomatologien ist es das Modell der Dissoziation. So werde ich im **zweiten Kapitel** die Geschichte der Diagnosen, die im Störungsbild dissoziativer Störungen mündeten, darstellen, um mittels der Logik der Kategorisierung einen Zugang zur Entstehungsgeschichte des Modells Dissoziation als Pathomechanismus aufzuzeigen:

Bis gegen Ende des 18. Jahrhunderts wird eine Phänomenologie, die man heute als *dissoziative Störungen* kategorisieren würde, als **Besessenheit** und **Hysterie** beschrieben. Ab dem letzten Viertel des 18. Jahrhunderts findet eine Verschiebung statt: Therapie und ätiologische Modelle verändern sich vor dem Hintergrund einer veränderten Konzeption des Pathomechanismus: Wo Gott und Teufel in der beginnenden Aufklärung nicht länger verantwortlich sein sollen, muß ein neues Ursachenkonzept erstellt werden. Bis zur Jahrhundertwende des 19. zum 20. Jahrhundert bilden sich erste psychodynamische Konzepte heraus, Konzepte also, die Ätiologie und Heilung dieser Krankheiten aus der Interaktion der Psyche des Menschen mit den sie beeinflussenden menschlichen Bedingungen herzuleiten versuchen. (Kap. 2.1.1)

In den letzten Jahren des vergangenen Jahrhunderts entstehen die Konzeptionen, die sich in der Diagnostik der westlichen und westlich hegemonisierten Welt durchsetzen werden (Kap.2.1.2): der *neurologische* Ansatz, mit dem am ehesten wohl **Charcot** verbunden wird, der *Konversionsansatz* von Sigmund **Freud** und der *Dissoziationsansatz* von Pierre **Janet**. Mit ersterem mich ausgiebiger zu beschäftigen, ist nicht Ziel meiner Aufgabenstellung; der Ansatz Freuds sei im Zusammenhang des Diagnostikkapitels ebenso wie der von Janet nur kurz angerissen, sie werden als psychodynamische Modelle im 4. Kap. eingehender behandelt. Im Zuge der Internationalisierung der Diagnoseschemata der im Völkerbund und später in der WHO zusammengeschlossenen Länder kommt es zu **Angleichungsversuchen** der verschiedenen Ätiologiemodelle. Es treten aber auch Unvereinbarkeiten in den Zuordnungen der Störungen zu bestimmten ätiologischen Modellen auf. Ein kurzer Abschnitt über Prävalenzen, Diagnoseinstrumente und Diskussionsansätze zur Differentialdiagnostik folgt als Ergänzung zur Illustrierung eines Anwendungsfeldes der diagnostischen Kriterien und der Schwierigkeiten, die durch die unklare Fassung der Kategorien entstehen. (Kap. 2.2)

---

21 Womit an dieser Stelle noch nichts darüber ausgesagt sein soll, inwiefern mit *Pathomechanismus* die situationsbedingte Ausprägung eines als normal und allgemeingültigen Mechanismus konzipierten Verarbeitungsprozesses gemeint oder ein nur für krankhafte, krankmachende Bedingungen veranschlagter Prozeß benannt ist.

22 Zur Diskussion um die *Theoriefreiheit* des DSM vgl. z.B. **Stroemgren** 1994.

Der Abriß der Geschichte der Diagnosekriterien mag als Hintergrund dienen, um im *dritten Kapitel* genauer auf den von Ellenberger die *erste dynamische Psychiatrie* genannten<sup>23</sup> Abschnitt psychologisch-therapeutischer Geschichte einzugehen, der die methodischen und konzeptuellen Grundlagen des Dissoziationsmodells herausgearbeitet hat.

Die Anfänge dieser Auseinandersetzung finden wir im 18. Jahrhundert mit der Wiedereinführung der **Hypnose** als Therapiemethode in Frankreich, England, Deutschland und den USA<sup>24</sup> (Kap.3.1). Als säkulares Modell der Heilung der *Besessenheit* eingeführt, war sie zunächst ebenso Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen und Erklärungsansätze wie das Krankheitsbild, auf das sie angewandt wurde, unterlag aber bald auch einer ähnlichen Dynamik von Faszination und Zurückweisung.

Mittels des Mesmerismus wurden in der Zeit zwischen 1775 und dem ausgehenden 19. Jahrhundert Vorstellungen des **Unbewußten** entwickelt, die den Hintergrund der nachfolgenden Ansätze bilden und deshalb in Kapitel 3.2 kurz dargestellt werden, die Ansätze des Dissoziationsmodells vor Janet folgen in Kap.3.3.

**Pierre Janet** wird in der Dissoziationsforschung uneingeschränkt als Vater des Konzepts der Dissoziation verstanden, das in seiner Fassung als Mechanismus der Verarbeitung überwältigender Emotionen die Grundlage eines wesentlichen Teiles der neueren Traumaforschung bildet. Janet entwickelt das Modell im Zusammenhang mit seiner Darstellung der Theorie psychologischer Automatismen, die ein Eigenleben beginnen, sobald die Integrationsfähigkeit von Gefühlen und Handlungen durch überwältigende Emotionen behindert wird und diese Erfahrungen und damit verbundenen Handlungs- und Bewußtseinsformen vom *Bewußtseinsfeld* ausgeschlossen werden. In Kapitel 4.1 wird seine Theorie der *Automa-*

---

23 Nach **Ellenberger** 1970/1996, 399, wurde der Begriff in den Jahren zwischen 1880 und 1900 herausgearbeitet; Ellenberger verwendet ihn zur Bezeichnung der psychodynamischen Theorien und Behandlungsansätze, die sich mit Mesmer 1775 herausbildeten und nach seiner Einteilung mit der Schule von Nancy und der der Salpêtrière endeten.

24 Darüber hinaus gehende Verallgemeinerungen oder Differenzierungen kann ich aufgrund der Quellenlage und Aufgabenstellung nicht machen, festzuhalten ist aber, daß sich die Ausbildung und Rezeption des Dissoziationsmodells bis in die 80er Jahre unseres Jahrhundert hinein auf diese vier Staaten und Kanada zu beschränken scheint. Wie die Phänomene, die im historischen Zusammenhang hier *Besessenheit* oder *Hysterie* genannt werden, in anderen kulturellen Zusammenhängen auftreten und dort beschrieben werden, und wie ihre Heilung konzeptualisiert ist, dafür möchte ich verweisen auf: **Ross** 1989, **Peltzer** 1996, **APA** 1994, Appendix I: *Outline for Cultural Formulation and Glossary of Culture-Bound Syndromes*, 843-849, und *Ethnic and Cultural Considerations*, xxiv f., **Kirmayer** 1994, **Lewis-Fernandez** 1994, **Pfeiffer** 1992 und 1995, **Spiegel** 1994, **Ronquillo** 1991, **Steinberg** 1990, **Wenzel** 1995, **Ross** 1991; vgl. aber auch **Wulff** 1969/1978. Die Liste kann nicht mehr sein als der Hinweis auf ein spannendes Thema, das ich hier nicht miteinbeziehen kann.

*tismen, fixen Ideen* und der *Dissoziation* vorgestellt. Die Frage, wie und wo die abgespaltenen<sup>25</sup> Erlebnisse in seinem Modell gespeichert werden, soll im Hinblick auf die spätere Neuformulierung der Traumatheorien beantwortet werden.

Auch **Freud** und **Breuer** sind in ihren Ätiologiemodellen der Hysterie anfangs von einer Dissoziation des Erlebten ausgegangen; **Freud** veränderte das Konzept in den ersten Jahren und Jahrzehnten dieses Jahrhunderts. Diese Differenz spiegelt sich in den neueren Konzeptionen der Dissoziation bzw. der dissoziativen Störungen; einiges an Unverständlichkeit der Abgrenzung zwischen *Verdrängung* und *Dissoziation*, aber auch der neuen Konzeptualisierungen des Dissoziationsmodells selbst, ist auf eine ungenaue Rückführung auf und Einordnung der Begrifflichkeiten in die dahinterstehenden Modelle zurückzuführen. Kapitel 4.2 vollzieht deshalb die Veränderungen des Breuer/Freudschen Abwehrmodells, im Weiteren die des Freudschen Konzepts der *Verdrängung* nach, erörtert aber auch die Veränderung des Freudschen Traumakonzepts. In Kapitel 4.3 versuche ich einen *Vergleich* der Ansätze von Janet und Freud.

Das Modell des **Mit-Bewußtseins** (*co-consciousness*) von Morton **Prince** wird – als Möglichkeit der Konzeptualisierung dissoziierter Gefühls-, Handlungs-, und Gedankensysteme – in der neueren Literatur immer wieder erwähnt. In Kap 4.4 wird diese Theorie kurz vorgestellt.

Über einige Jahrzehnte hinweg gerät das Dissoziationsmodell angesichts der konzeptuellen Vorherrschaft der Psychoanalyse, der Einführung der Bleulerschen Formulierung der Schizophrenie und behavioristischer Modelle in Vergessenheit. In einigen wenigen Erörterungen und ohne Einfluß auf vorherrschende psychopathologische Systeme führt es allenfalls ein **Schattendasein** (Kap. 5).

Im Kontext der Frauenbewegung und anderer neuer sozialer Bewegungen in den USA in den **60er und 70er Jahren** beginnt die Suche nach Theorien, die eine Behandlung und, dazu vorgängig, ein Verständnis der Auswirkungen von Traumatisierung ermöglichen, die – wie in Kindesmißhandlung und Krieg – primär als gesellschaftlich vermittelte externe Einwirkungen verstanden werden. Janets Modell wird wieder aufgegriffen. (Kap. 5.2)

Auch die Wiederentdeckung des Modells geht von der **Hypnoseforschung** aus. Da sie zudem den Hintergrund zentraler Thesen über den Pathomechanismus Dissoziation bildet und wesentlicher Bestandteil neuerer Forschungs- und Therapieansätze ist, werde ich einige der Grundannahmen in Kap. 5.3 darstellen.

Nachdem Hilgard 1977 das Dissoziationsmodelle Janets in sein **Neodissoziationsmodell** wiederaufgenommen hat, das ich in Kap. 5.4 vorstelle, beginnt eine neue Auseinandersetzung mit einem alten Modell, werden Forschungen zu Hintergründen, Ätiologiemodellen und Therapieansätzen aufgenommen.

---

25 Ich verwende ‚*abgespalten*‘ oder ‚*Abspaltung*‘ mitunter analog zu ‚*dissoziiert*‘ oder ‚*Dissoziation*‘; die Begriffe ‚*Spaltung*‘ und ‚*spalten*‘ sind zwar durch Freuds Definition belegt, in Ermangelung eines anderen entsprechenden deutschen Wortes scheint mir eine allgemeinere Verwendung aber unumgänglich.

Je nach ideologischer Orientierung, ideengeschichtlicher Konzeption und psychologischem Forschungsansatz entwickelt sich die Suche in unterschiedlichen Zusammenhängen und Begrifflichkeiten, finden unterschiedlichste Forschungen zum Konzept der Dissoziation statt. Ich werde im 6. Kapitel versuchen, die Vielzahl der Ansätze, Auseinandersetzungen und Annäherungen an drei theoretischen Schwerpunkten, den psychoanalytischen Integrationsmodellen (6.1), der Forschung zu Dissoziation als Autohypnose (6.2) und der klinischen Forschung zu Dissoziation in der Traumaverarbeitung (6.3) darzustellen. Damit möchte ich einerseits verdeutlichen, in welchen Bereichen das Modell zu Forschungen und zu detaillierten Ergebnissen und Auseinandersetzungen Anlaß gegeben hat, andererseits aber auch aufzuzeigen, weshalb die Verständigungsmöglichkeiten und eine Integration der Ansätze über oberflächliche Betrachtungen hinweg schwierig bleiben wird, solange der gemeinsame Bezugspunkt einer Rückorientierung auf das ursprüngliche Modell zur definitorischen Klärung der Vorannahmen nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Im Fazit fasse ich die Ergebnisse zusammen.

## 2. Die Entwicklung der Diagnosen

„Man muß aufhören, die Wirkungen der Macht immer negativ zu beschreiben, als ob sie nur ‚ausschließen‘, ‚unterdrücken‘, ‚verdrängen‘, ‚zensieren‘, ‚abstrahieren‘, ‚maskieren‘, ‚verschleiern‘ würde. In Wirklichkeit ist die Macht produktiv; und sie produziert Wirkliches.“ (Foucault 1977)<sup>1</sup>

Foucaults Zitat beschäftigt sich mit dem funktionalen Hintergrund der Einordnungsversuche. Es ist eines der provokativsten, die ich mir zu diesem Thema vorstellen kann und soll für die Spannbreite einer Diskussion stehen, die ich hier nicht führen kann: die über Sinn, Unsinn und Funktion von Diagnostik. Mein Versuch in diesem Kapitel wird sein, die Kriterien hinter der Diagnostik dessen, was inzwischen *dissoziative Störungen* heißt, anzureißen, darzulegen und in ihren Verknüpfungen anschaulicher zu machen. Denn jenseits jeder Diskussion wird diagnostiziert. Ob die Kriterien nach dem Hexenhammer oder dem DSM-IV festgelegt werden, hängt von den herrschenden und revoltierenden Maßstäben ab, den gesellschaftlichen Auseinandersetzungen zu Ausgrenzung und Integration und dazu, wen man zum Objekt dieser Handlungen bestimmt. *Dissoziative Störungen* und *posttraumatische Belastungsstörung* sind Diagnosen, die denselben Kriterien für Diagnostik unterliegen wie die Diagnosen des *Malleus Maleficarum* oder des ICD-8. Die Gesellschaft dahinter hat sich verändert und andere Kriterien für die Beschreibung von Symptomatik und Herleitung der Entstehungshintergründe gesucht. Um diese Suche nach anderen Bestimmungskriterien für die Diagnose einer Störung geht es im Konzept der Dissoziation.

### 2.1 Besessenheit, multiple Persönlichkeit und Hysterie: Die Klassifikationen bis zur Jahrhundertwende

„Was sagst Du übrigens zu der Bemerkung, daß meine ganze neue Hysterie-Urgeschichte bereits bekannt und hundertfach publiziert ist, allerdings vor mehreren Jahrhunderten? Erinnerst Du Dich, daß ich immer gesagt, die Theorie des Mittelalters und der geistlichen Gerichte von der Besessenheit sei identisch mit unserer Fremdkörpertheorie und Spaltung des Bewußtseins? Warum aber hat der Teufel, der die Armen in Besitz genommen, regelmäßig Unzucht mit ihnen getrieben und auf ekelhafte Weise? Warum sind die Geständnisse auf der Folter so ähnlich den Mitteilungen meiner Patienten in der psychischen Behandlung?“ (Freud 1897)<sup>2</sup>

„In früheren Zeiten ... hätte man sie vielleicht als Hexe verbrannt. Zu Freuds Zeiten hätte sie als klassische Hysterikerin gegolten. Heute würde man bei ihr eine multiple Persönlichkeitsstörung diagnostizieren. Sie schildert zahlreiche

---

1 **Foucault** 1977, 250.

2 **Freud**: *Brief an Wilhelm Fließ vom 17. Januar 1897*, in **Freud**, S. 1985: *Briefe an Wilhelm Fließ 1887-1904*, Frankfurt: Fischer, S. 237 f., zitiert nach **Herman** 1993 a, 136.

psychiatrische Symptome: hysterische Anfälle und psychogene Amnesie seit der Kindheit, Anorexie und Promiskuität in der Adoleszenz, sexuelle Funktionsstörungen, Störung intimer Beziehungen, Depressionen und hochgradige Suizidgefährdung im Erwachsenenleben.“ (Herman 1993)<sup>3</sup>

Die Geschichte der *dissoziativen Störungen*, einer seit 1980 im US-amerikanischen Diagnosemanual DSM eingeführten Kategorie, ist die Geschichte der *Besessenheiten* und der *Hysterie*. Die Phänomene, die mit den letztgenannten Krankheitsbildern beschrieben werden sollten, gehen in die der *dissoziativen Störungen* und *dissoziativen Symptome* ein.

*Dissoziation* ist das dahinterstehende Konzept, das beschreiben soll, wie die Phänomene und Symptomatiken entstehen, für die wir heute im klinischen Zusammenhang die Kategorien *dissoziativer Störungen* mit ihrer extremen Ausprägung der *dissoziativen Identitätsstörung* (DID) anlegen oder deren Symptomatik wir im klinischen Bild der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (PTSD) antreffen.

*Hysterie* und *Besessenheit* sind aber nicht nur die Vorläufer der *dissoziativen Störungen*; in der Art v.a. der Beschreibung der Besessenheit finden wir die historischen Vorläufer des Dissoziationsmodells in Konzeptualisierungen, die auf der *Beobachtung von Bewußtseinsveränderungen* fußen.

Die Geschichte der Krankheitsbilder *Besessenheit* und *Hysterie* in ihrem Zusammenhang muß noch geschrieben werden, und dies ist nicht der Ort, das zu tun. Im ausgehenden 19. Jahrhundert werden jedoch über das (wieder)eingeführte<sup>4</sup> Therapeutikum der Hypnose Parallelen und Überschneidungen zwischen beiden Bildern auftauchen, die es mir in der weiteren Argumentation erlauben, das Konzept der Dissoziation als Endpunkt der Zusammenführung der verschiedenen geschichtlich-sozial geprägten Ätiologiemodelle zu betrachten.

Bis dahin werde ich gehalten sein, die Entwicklungen unabhängig voneinander darzustellen, d.h. auf der einen Seite zu versuchen, einen kurzen Abriß der Geschichte der *Besessenheit* bis zur *Multiplen Persönlichkeit* darzustellen und andererseits einen kursorischen Überblick der Geschichte der *Hysterie* zu geben.

Die Geschichte der neueren Diagnosen zu verfolgen und sie in ihren verworrenen Zusammenhängen mit *Konversion* und *Somatisierungsstörungen* zu betrachten, ist Ziel des dritten Abschnitts dieses Kapitels.

### 2.1.1 Besessenheit, magnetische Krankheiten und Multiple Persönlichkeit

#### Besessenheit

„Exorzismus war um das ganze Mittelmeer herum eine der wichtigsten Heilmethoden und ist heute noch in mehreren Ländern in Gebrauch; er ist für uns von besonderem Interesse, da er, historisch gesehen, eine der Wurzeln ist, aus der die moderne dynamische Psychiatrie hervorgegangen ist.“ (Ellenberger 1970)<sup>5</sup>

3 **Herman** 1993 a, 137, mit Verweis auf Fraser 1991.

4 Vgl. **Ellenberger** 1970/1996, 67 f.

5 **Ellenberger** 1970/1996, 36. In der Beschreibung der Geschichte der *Besessenheit*

**Braude** sieht die Geschichte des Modells der Dissoziation in der reichen Tradition früher Medizin und den zahlreichen Formen von Besessenheit durch Geister<sup>6</sup>, **Ross** führt sie bis zu prähistorischen ekstatischen Erlebnissen der Schamanen zurück<sup>7</sup>. Auch **Ellenberger** macht einen Gang durch die Geschichte, bevor er resümiert, Besessenheit sei weit verbreitet (gewesen), als Krankheitsbegriff, aber auch als Teil von Ritualen und Zeremonien. Die Heilungsmethoden im ausgehenden Mittelalter der als Krankheit verstandenen Besessenheit gibt er an mit:

- physischer Austreibung (durch Schlagen oder Lärm),
- Übertragung auf andere (vor allem Tiere) und
- Exorzismus, den er als „Austreibung des bösen Geistes durch Beschwörung oder andere psychische Mittel“ beschreibt.<sup>8</sup>

Für **Oesterreich** (1916/1921) sind die Grundzüge der *Besessenheit* (nach Ellenbergers Zusammenfassung)<sup>9</sup> der scheinbare Identitätsverlust und die Übernahme einer anderen Persönlichkeit, die Veränderung der Physiognomie, eine veränderte Stimme und erstaunliche Bewegungen sowie ungewöhnliche Kraft. Die Zustände wechseln in Dauer und Intensität.

Die Besessenheiten teilt Oesterreich ein in:

- 1) *luzide* vs. *somnambul*
- 2) *spontan* vs. *künstlich*
- 3) *manifest* vs. *latent*

Zu 1) Als *luzide* werden jene Zustände bezeichnet, in denen der Betroffene im Zustand der Besessenheit um seinen Normalzustand weiß und den Besessenheitszustand quasi als „intrapyschischen Parasitismus“<sup>10</sup> erlebt. *Somnambul* ist die Bezeichnung für den Umstand, daß der Betreffende während des Besessenheitszustandes kein Bewußtsein seines normalen Selbst zeigt, sich im nachfolgenden Normalzustand aber auch nicht an das vorher Geschehene erinnert.

Zu 2) *Spontane* Besessenheiten erfolgen gegen den Willen des Betreffenden und ohne sein Zutun, *künstliche* Besessenheit bezeichnet eine freiwillig angewandte Technik (z.B. in rituellen Zusammenhängen).

Zu 3) Die Unterscheidung zwischen *manifest* und *latent* ist die zwischen dem offensichtlichen, sich *manifestierenden* Besessensein und dem Vorhandensein der

---

werde ich mich im folgenden, wo nicht anders angegeben, beziehen auf: **Ross** 1989, 9-36; **Ellenberger** 1970/1996, 35-49 und **Oesterreich** 1916; zur Geschichte der *double consciousness* vgl. **Hacking** 1991, *double personnalité* und **Ellenberger** 1970/1996, 178-208, zur *Multiplen Persönlichkeit* **Hacking** 1991 und **Ellenberger** ibd.

6 **Braude** 1991, 8: „... in the rich tradition of early medicine and shamanism, as well as in numerous forms of apparent spirit possession“.

7 **Ross** 1996, 4.

8 **Ellenberger** 1970/1996, 36.

9 **Ellenberger** bezieht sich auf Oesterreich, T.K. 1921: *Die Besessenheit*. Langensalza: Wendt und Klauwell.

10 **Ellenberger** 1970/1996, 37, auch im folgenden.



Krankheit ohne das Wissen der Person. Das hat therapeutische Implikationen: Ist die Krankheit *latent*, so muß der Geist erst dazu gebracht werden, sich zu manifestieren, bevor er ausgetrieben werden kann.

Die katholisch-theologische Diagnostik verwandte nur für die somnambule Form den Begriff *Besessenheit*, die luzide Form wurde mit dem Ausdruck *Obsession* belegt.

Zwei Wege<sup>11</sup> – die nicht mit den oben genannten Ausprägungen korrespondieren – in die Besessenheitszustände werden angegeben. Im einen Fall durchläuft die Person in einer Art (Selbst)Hypnose – *Kristallisation*, wie es Oesterreich nennt – zunächst einen Zustand der Zwangsvorstellung, der sie eine immer stärkere innere Spaltung erfahren läßt, die schließlich im Erlebnis einer luziden Besessenheit mündet. Aus einer Steigerung dieses Zustandes resultieren fakultativ drei Ergebnisse: entweder eine amnestische (*somnambule*) Besessenheit, der psychologische Verfall der Person oder eine Integration der verschiedenen Bewußtseinszustände. Die andere Ausgangssituation beschreibt Oesterreich als das Vorliegen zweier unvereinbarer Gefühlszustände, deren einer als moralisch schlecht bewertet wird. Die Ausprägung der Besessenheit sei abhängig von den Erwartungen der Kultur und der Hypnotisierbarkeit des Individuums.<sup>12</sup>

Der Exorzist – und das soll uns hier nur kurz beschäftigen, weil der Übergang zur frühen Therapie mit Hypnose genau hier ansetzen wird – spricht den Besessenen *im Namen eines höheren Wesens* an, sein *Glaube* an die Existenz dieses Wesens und die Ätiologie der Krankheit ist unabdingbar für den Heilerfolg. Die Besessene wird *ermutigt*, der Geist *bedroht*, was möglicherweise erst nach Jahren zum Erfolg führt. Der Heiler sollte die Prozedur, wenn möglich, an einem heiligen Ort ausführen; er selbst ist immer in der Gefahr, von dem Geist, den er austreiben will, besessen zu werden<sup>13</sup>.

## Die magnetischen Krankheiten

Zu Beginn des 19. Jahrhundert hatten sich mit der Einführung des *Magnetismus*<sup>14</sup> neue Krankheitskategorien gebildet: *Somnambulismus*, *Lethargie* und *Katalepsie*. Der *Somnambulismus*, so **Bertrand** (1827), schaffe wahrlich ein neues Leben, das in unregelmäßigen Abständen wiederkehre, die durch eine neue Art von Erinne-

11 Im folgenden beziehe ich mich hauptsächlich auf **Ross** 1989.

12 Vgl. auch **Oesterreich** 1916, 13: „Entweder handelt es sich von vornherein um zwei parallele, gleichzeitig miteinander bestehende, getrennte Gemütslagen, die dann sofort den Eindruck einer inneren Teilung der Seele erzeugen. Oder aber es liegen zunächst einfach Zwangsprozesse vor, die den Kristallisationsmittelpunkt der Besessenheit bilden. Diese Zwangsprozesse werden, sobald ihre besondere psychologische Natur erkannt ist, sogleich und zwar wesentlich unter dem Druck der der Zeit oder Umgebung eigentümlichen allgemeinen Anschauungen über Besessenheit unmittelbar als einer zweiten Individualität angehörig aufgefaßt. ...“

13 **Ellenberger** 1970/1996, 37 f.

14 Vgl. Kap.3.1.

rungen miteinander verbunden seien.<sup>15</sup> Dieser Gedanke der Kreation eines neuen Lebens wurde auf Schlafwandeln, Reden im Schlaf, Trancezustände und *tierischen Magnetismus*, eine Vorform der Hypnose<sup>16</sup> angewandt. Nach Bertrand waren alle somnambulen Zustände, ob spontaner oder künstlicher Natur, dadurch gekennzeichnet, daß der Besessene mit einem zusätzlichen Sinn, der *Clairvoyance* – der *Hellsichtigkeit* – begabt ist.<sup>17</sup>

Die *Lethargie*<sup>18</sup> beschrieb einen langen, tiefen Schlaf, in dem der/die Erkrankte wie tot war, und der manchmal auch Resultat der Versuche der Magnetiseure (der ersten Hypnotiseure) sein konnte. Diese Symptomatik wurde mitunter als eigene Krankheit beschrieben, aber auch als Unterform der *Hysterie* bezeichnet.

Mit *Katalepsie* wurde ein Zustand bezeichnet, in dem die betreffende Person keine Bewegung mehr willentlich ausführen konnte und sich gegenüber Einwirkungen von außen vollkommen passiv verhielt. Bei in diesem Zustand künstlich hergestellten Positionen aber konnte sie Stellungen einnehmen und über lange Zeit aufrechterhalten, die sie normalerweise nicht hätte ausführen können. Auch diese Bedingung war mitunter durch Magnetisieren aufgetreten; sie wurde einerseits mit dem *Somnambulismus* und andererseits mit der *Hysterie* in Verbindung gebracht.

Allen drei genannten Formen war gemein, daß sie unklar von der *Hysterie* abgegrenzt waren, manchmal bei den gleichen PatientInnen auftauchten und durch Magnetismus herstellbar waren.

Weitere neue Krankheitsbilder waren die *manische Ekstase* und die *ekstatische Vision*.

Die *manische Ekstase* war gekennzeichnet durch Gedankenverwirrung und Halluzinationen. Auch sie trat oft unter Hypnose auf.

Die *ekstatische Vision* war die Bezeichnung für eine Art Tagtraum eines äußerlich scheinbar normal lebenden Menschen, in dem sich aber Phantasie und Realität auf eine Art verbanden, die für den Betreffenden mitunter schwer auflösbar war und nach dem Erlebnis ein Gefühl starker Erregung hinterließ.

*Ambulatorische Automatismen* schließlich galten als Beispiele vorübergehender Persönlichkeitsspaltung und beschrieben komplexe Handlungen, die ein Mensch ausgeführt hatte, ohne sich im Nachhinein in irgendeiner Art damit identifizieren zu können. **Feuerbach** beschrieb einige dieser Vorfälle in seiner *Aktenmäßige(n) Darstellung merkwürdiger Verbrechen*<sup>19</sup> und **Charcot** klassifizierte sie als „trau-

---

15 **Bertrand**, A.-J.-F. 1827: *Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente*. Paris: Dentu, S. 3: „Somnambulism constitutes really a new life, returning at unequal intervals, connected together by a new species of memory.“ Zitiert nach **Hacking** 1991, 137.

16 Vgl. Kap. 3.1.

17 Vgl. **Hacking** 1991.

18 Im folgenden beziehe ich mich wieder auf **Ellenberger** 1970/1996, 179 ff.

19 **Feuerbach**, A. 1828: *Aktenmäßige Darstellung merkwürdiger Verbrechen*, Gießen: o.O.; nach **Ellenberger** 1970/1996, 182.

matische, epileptische und hysterische Formen des ambulatorischen Automatismus“.<sup>20</sup>

### Von *double consciousness* zur Multiplen Persönlichkeit

Der Begriff *double consciousness* wurde erstmals 1817 in der Beschreibung der *Mary Reynolds* durch Mitchell<sup>21</sup> genannt. Er war eng mit dem Somnambulismus verbunden, ebenso wie mit der Annahme der *Clairvoyance*, der Hellseherei oder Luzidität im magnetisierten Zustand. Die Einführung des Begriffs *double consciousness* führt Hacking darauf zurück, daß durch ein Ersetzen des Begriffs *Somnambulismus* auch eine Konnotation wegfallen sollte, die *Somnambulismus* lange in sich getragen habe: Die schlafende Person habe kein Bewußtsein.<sup>22</sup>

Bis in die 70er Jahre desselben Jahrhunderts hielt sich der Begriff trotz diverser anderer Vorschläge wie *divided consciousness* oder *double personality*. Zu der Zeit wurde der Begriff *dédoublement de la vie*<sup>23</sup> und etwas später von Dufay<sup>24</sup> und Janet<sup>25</sup> *dédoublement de la personnalité* eingeführt, was als *double personnalité* zum französischen Standard wurde. In England führten die beiden Myers<sup>26</sup> 1886 den Begriff *Multiple Personality* ein.

Das klinische Bild der *double consciousness* beschreibt Hacking als:

- Amnesie, zumindest eines Zustandes für den anderen,
- starke Stimmungsschwankungen und
- somatoforme Störungen.

Harte Übergänge zwischen den verschiedenen Bewußtseinszuständen seien bezeichnend.

Die Beschreibung von tranceartigen Zuständen oder eine häufigere Verbindung zu Schlaf führt Hacking auf die Nähe des Konzepts zum Somnambulismus zurück.

---

20 **Ellenberger** 1970/1996, 183; vgl auch Kap.3.1.

21 **Mitchell**, S. L. 1817: *A double consciousness, or a duality of person in the same individual*, in: *The Medical Repository of Original Essays and Intelligence Relative to Physic, Surgery, Chemistral, and Natural History*, New Series 3, 185-186; nach **Hacking** 1991, 136.

22 **Hacking** 1991, 136 Dies ist die einzige Stelle, an der diese Verbindung hergestellt wird – aus dem oben dargestellten Material ist das m. E. nicht abzuleiten.

23 **Azam** 1876: *Amnésie périodique, ou doublement de la vie*, in: *Revue scientifique*, IIe série (o.N), 481-487 und **Anon** 1876: *Le doublement de la vie*, in: *République française*, Nov. 1876, 1.

24 **Dufay**, R. 1876: *La Notion de la Personnalité*, *Revue Scientifique*, IIe série 5, 69-74.

25 **Janet**, P. 1876: *La Notion de la Personnalité*, *Revue Scientifique*, IIe série 5, 574.

26 **Myers**, A.T.1886-1887: *The life history of a case of multiple personality*, in: *Journal of Mental Science* 31, 596-605, und **Myers**, F.W.H. 1886: *Multiplex Personality*, in: *Proceedings of the Society for Psychical Research* 1886/4,496-514; Angaben der letzten 4 Fußnoten nach **Hacking** 1991.

### 2.1.2 Hysterie

„Die Konversionsneurotiker sind ... meist intellektuell einfache und emotional wenig differenzierte Menschen, die stark zur Verdrängung bis zur kompletten Abspaltung ... des Erlebens vom Bewußtsein neigen. (...) Die Kranken sprechen und handeln, bevor sie denken. Sie neigen zur Unfähigkeit, vernünftig abzuwägen und Verzichte zu leisten oder gar zu Primitiv- und Panikreaktionen. ... Sie leben ... nach fremden Lebenszielen, spielen wechselnde Rollen, wirken unecht, theatralisch und anspruchlich auf die Mitmenschen. Ein Hauptmerkmal ist die gesteigerte sexuelle Erregung und zugleich fehlende Möglichkeit zur Befriedigung dieses Bedürfnisses ... Der Hauptkonflikt dieser Patienten liegt im Bereich der Liebe und Sexualität, kreist somit um die mangelnde sexuelle Erfüllung, die nicht gelungene Ablösung ödipaler Bindungen und die Unsicherheit in der eigenen Geschlechtsrolle ... Symptome pathologischer Angstverarbeitung, Konversions-symptome einschließlich Schmerzzustände, Bewußtseins- und sexuelle Funktionsstörungen.“ (Studt 1995)<sup>27</sup>

„Unter allen Opfern der medizinischen Ignoranz, die sich hinter Autorität versteckten, hatten die armen Hysterikerinnen bislang am meisten zu leiden. Ihre allmähliche Rehabilitierung und Rettung wird zu den großen philanthropischen Leistungen unserer Generation zählen.“ (James 1894)<sup>28</sup>

### Abriß der Geschichte bis Ende des 19.Jhdts

Die Geschichte der Hysterie ist mindestens 4000 Jahre alt<sup>29</sup>: Bereits altägyptische Papiere weisen auf eine Auseinandersetzung um die Behandlung einer Krankheit hin, die später durch **Hippokrates** ihren Namen erhielt und von ihm mit dem ätiologischen Moment einer auf der Suche nach Feuchtigkeit durch den Körper wandernden Gebärmutter (*Hystera*) verbunden wurde. Zur Behandlung der dadurch ausgelösten Erstickungen empfahl er Eheschließung und Schwangerschaft in schweren Fällen.<sup>30</sup> **Platon** fügte die Krankheit in ein weiblich-männlich dichotomisierendes Weltbild der Zuordnung von Erdverbundenheit/Vagheit einerseits und Rationalität und präziser Fassung von Prinzipien andererseits ein, die patriarchal definierte Rolle der Frau<sup>31</sup> wurde somit ätiologisches Moment der Hysterie.<sup>32</sup> **Galen von Pergamon** erweiterte das Krankheitsbild um die *satyriasis*, die Hypochondrie<sup>33</sup>, ein Moment, dem man in der Erörterung der klinischen Klas-

---

27 **Studt** 1995, 207.

28 **James**, William 1894: *Review of Janet's essay 'L'état mentale des hystériques' und 'L'amnésie continue'*, in: *Psychological Review*, 1894/1, 195, zitiert nach **Herman** 1993 a, 29.

29 **Kihlstrom** 1994, 365.

30 Vgl. **Bliss** 1980, **Mentzos** 1991, **Zapotoczky/Herzog** 1994.

31 Vgl. auch **Utrio** 1987.

32 **Schaps** 1992, **Lloyd** 1985, vgl. aber auch **v. Braun** 1990.

33 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 329.

sifikationen *Dissoziative Störungen* und *Dissoziative Identitätsstörung* in Form der *Simulation* wiederbegegnen kann.<sup>34</sup>

Im Mystizismus des Mittelalters wurde die Krankheit einerseits als Folge von außen einwirkender Kräfte beschrieben<sup>35</sup>, andererseits aber auch das Moment der Schuld des willigen Opfers eingeführt.<sup>36</sup> Nemiah beschreibt den *Malleus Maleficarum*, den *Hexenhammer*, der als wissenschaftliche Grundlage der Inquisition diente, als „eines der größten Lehrbücher der Psychopathologie der damaligen Zeit“<sup>37</sup>, Zapotoczky/Herzog bemerken 1994: „liest sich wie ein Lehrbuch der Psychiatrie“. Das „Hysterische wurde mit dem Bösen gleichgesetzt; Hysteriker wurden zu Dämonen, Hexen, Teufeln“.<sup>38</sup>

**Paracelsus** bezeichnete die Krankheit im 16. Jahrhundert als Anfallsleiden, im 17. Jahrhundert fand sich die erste Konzeption einer neurotischen Erkrankung, die durch aus der Gebärmutter emporsteigende Dämpfe ausgelöst wird. Edward **Jordan**, der dieses Konzept vertrat und als Auslöser der Krankheit emotionale und interpersonelle Ursachen annahm<sup>39</sup>, nahm auch die Möglichkeit einer Therapie wieder auf.<sup>40</sup> **Sydenham** nahm eine Rückverlagerung der ätiologischen Ursache in die Seele vor und rückte die hysterischen Symptome wieder näher an die Hypochondrie, William **Cullen** betrachtete Hysterie als reine Nervenerkrankung, sein Schüler Benjamin **Rush** trat Ende des 18. Jahrhunderts für eine Verbindung psychischer und somatischer Elemente ein.<sup>41</sup>

**Briquet** versuchte 1859 in seinem *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*<sup>42</sup> eine erste systematische Ordnung der Symptomatiken, sein Ziel war es, die vorherrschend theoriegeleitete Betrachtung der Krankheit durch eine Systematik der Phänomene zu durchbrechen.<sup>43</sup> Gegenüber der Konzeptualisierung, die Hysterie sei die Genitalneurose der Frau und die Hypochondrie das männliche Gegenstück, wie **Pinel** sie vertrat, sprach Briquet von „einer Nervenkrankheit derjenigen Gehirnteile, die den Gemütsempfindungen und Leidenschaften dienen“.<sup>44</sup>

Zusammenfassend läßt sich für das ausgehende 19. Jahrhundert wohl sagen, daß Hysterie ein weitverbreiteter, aber wenig definierter Begriff ohne systematische Krankheitslehre war, der in Einzelfällen zur Diagnostik im medizinischen und sich etablierenden psychiatrischen System verwandt wurde<sup>45</sup>, bis auf wenige Aus-

---

34 Vgl. auch Kap.2.3.

35 **Nemiah** 1988 a, 64.

36 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 329.

37 **Nemiah** 1988 a, 64.

38 Auch für das folgende: **Zapotoczky/Herzog** 1994, 329.

39 **Paley** 1988, 75.

40 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 329.

41 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 329, **Paley** 1988, 75.

42 **Briquet**, P. 1859: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris: Baillièrre et Fils, nach **Nemiah** 1988 a, 60.

43 **Nemiah** 1988 a, 60, **Spitzer et al.** 1996, 63.

44 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 330.

45 **Herman** 1993 a, 21, **Kihlstrom** 1994, 366.

nahmen aber wohl als „anschauliche medizinische Metapher für alles diente, was Männern am anderen Geschlecht rätselhaft und unkontrollierbar erschien“.<sup>46</sup>

## Die Diagnosen der Jahrhundertwende

### Charcot

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts hatte sich die Hypnose als Behandlungstechnik in der Medizin reetabliert, und wurde vermehrt auch zu Forschungszwecken über jene seltsamen Zustände angewandt, die sich unter ihrem Einfluß mitunter offenbarten und Ähnlichkeiten zum Erscheinungsbild der *Hysterie* hatten.<sup>47</sup> Im Zusammenhang des sozialpolitischen und ideologischen Konflikts zwischen aufklärerischem Laizismus und überlieferten religiösen Ätiologie- und Therapiemodellen in der Dritten Republik Frankreichs diente die Erforschung der *Hysterie* mit wissenschaftlichen Mitteln einer Stärkung der säkularen Position.<sup>48</sup>

**Charcot**, als bekannter Neurologe herausragendes Mitglied der neuen bürgerlichen Elite<sup>49</sup> und bald Chefarzt des Krankenhauses Salpêtrière in Paris,<sup>50</sup> versuchte, neben einer Klassifizierung der *Hysterie* als neurologisches Leiden<sup>51</sup>, auch Formen religiöser Erlebnisse wie Stigmata und Wunderheilungen als Ausformungen hysterischer Symptome zu erklären.<sup>52</sup>

Charcot teilte die *Grande Hysterie* schematisch in vier große Phasen ein, die Breuer/Freud wie folgt beschreiben:

„Wir besitzen, wie bekannt, eine von Charcot gegebene schematische Beschreibung des ‚großen‘ hysterischen Anfalles, welcher zufolge ein vollständiger Anfall vier Phasen erkennen läßt: 1. epileptoide, 2. die der großen Bewegungen, 3. die der attitudes passionelles (die halluzinatorische Phase), 4. die des abschließenden Deliriums. Aus der Verkürzung und Verlängerung, dem Ausfall und der Isolierung der einzelnen Phasen läßt Charcot alle jene Formen des hysterischen Anfalles hervorgehen, die man tatsächlich häufiger als die vollständige grande attaque beobachtet.“<sup>53</sup>

Bereits 1880 hatte Charcot somit die kirchlichen Lehren ‚widerlegt‘, indem er ‚bewies‘, daß *Hysterie* eine Erkrankung ist, die durch Hypnose hervorgerufen und

---

46 **Michale**, M. 1989: *Hysteria and Its Histeriography. A Review of Past and Present Writings*, in: *History of Science*, 1989/27, 319, zitiert nach **Herman** 1993 a, 21.

47 Vgl. Kap. 3.1.

48 **Herman** 1993 a, 28 ff.

49 **Herman** ibd.

50 **Ellenberger** 1970/1996, 144.

51 **Richer**, P. 1881: *Etudes clinique sur l'hystéro-épilepsie ou Grande Hystérie*, Paris: Delahaye et Lecrosnier; nach **Ellenberger** 1970/1996, 144.

52 **Charcot**, J. M./**Richer**, P. 1881: *Les démoniaques dans l'art*, Paris 1984, nach **Herman** 1993 a, 28.

53 **Breuer/Freud** 1895, 37.

zum Verschwinden gebracht werden konnte.<sup>54</sup> Hypnotisierbarkeit war für ihn streng pathologisch und zum Krankheitsbild der Hysterie gehörig<sup>55</sup>, die er wiederum als neurologisch-organische Erkrankung betrachtete, die mit einer hereditären Übererregbarkeit neuromuskulärer Strukturen einherging.<sup>56</sup>

Kihlstrom führt aus, Charcots Studien zur Hysterie könnten als der offizielle Beginn einer psychogenetischen Perspektive in der Psychopathologie bezeichnet werden<sup>57</sup>, weil Charcot das Moment des *Traumas* betonte, das in Verbindung mit einer ererbten körperlichen Schwäche hysterische Symptomatik auslösen kann.<sup>58</sup> Traumatische Umstände könnten von außen nicht immer wahrgenommen werden, die Wichtigkeit liege in der subjektiven Wertung.

So wichtig dieser Hinweis für die Geschichte der Konzeption ätiologischer Modelle der Hysterie ist, so wesentlich bleibt festzuhalten, von welchem Traumabegriff Charcot ausgegangen sein muß: Eine der großen Debatten der Zeit war die um die *traumatischen Neurose*, eine Erkrankung, die mit dem Aufkommen der Eisenbahn erstmals diagnostiziert wurde. Im Englischen zunächst als *Railway-Spine* diskutiert, handelte es sich um unterschiedlichste somatische Symptome, die vom Rücken auszugehen schienen und allesamt nach einem Eisenbahnunglück, aber mit teilweise langer Latenzzeit, aufgetreten waren. Organisch schienen sie den diskutierenden Medizinern nicht erklärbar, die Behauptung der Simulation wurde aufgestellt. Der Streit wurde vor allem auch deshalb so heftig geführt, weil die Geschädigten Ersatzforderungen an die – sich damals ausbreitenden – Versicherungen der Eisenbahngesellschaften stellten.<sup>59</sup>

Auch Freud betont, „(e)inen großen Eindruck machten die Versuche von Charcot, der vermutet hatte, daß gewisse Lähmungen, die nach Trauma (Unfall) aufgetreten waren, hysterischer Natur seien, und nun durch die Suggestion eines Traumas in der Hypnose Lähmungen von den nämlichen Charakteren künstlich hervorrufen konnte. Es verblieb seitdem die Erwartung, daß traumatische Einflüsse ganz allgemein an der Entstehung der hysterischen Symptome beteiligt sein konnten.“<sup>60</sup>

---

54 **Herman** 1993 a, 22; vergleiche auch die neuerliche Debatte um die Iatrogenese der Multiplen Persönlichkeitsstörung.

55 **Nemiah** 1988 a, 67; vgl. auch Kap. 3.1.

56 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 330; **Spitzer et al.** 1996, 63.

57 **Kihlstrom** 1994, 367: „...may be defined as the official beginning of the psychogenic perspective in psychopathology ...“

58 **Kihlstrom** 1994, 367: „Charcot’s theory of hysteria is one of diathesis and stress: a hereditary constitutional weakness combines with a more or less traumatic stress to precipitate ‚dynamic or functional lesions‘.“

59 Vgl. **Fischer-Homberger** 1975; in der Diskussion um das Simulantentum der Traumatisierten klingt ein Hintergrund des Konzepts des *sekundären Krankheitsgewinns* an.

60 **Freud** 1940 b, 407. Dieser *medizinische* Traumabegriff hat nur bedingte Verwandtschaft mit dem von **Freud** später entwickelten Modell des *innerpsychischen Traumas*, klingt aber in seiner Erörterung der *Kriegsneurosen* wieder an, die er als verwirrend bezeichnet, weil ihr Krankheitsbild auch ohne mechanische Einwirkung zustandekommen kann (**Freud** 1920, 9). Vgl. auch Kapitel 4.2.

## Janet

Pierre **Janet**, Philosophielehrer in Le Havre<sup>61</sup>, veröffentlichte 1886 und 1888 verschiedene Artikel in der *Revue Philosophique*<sup>62</sup> über seine Studien an einem Krankenhaus in Le Havre, die er, zusammengefaßt und erweitert, 1889 zur Erlangung des Dokortitels in Philosophie an der Sorbonne einreichte. Die Studie trägt den Titel *L'Automatisme Psychologique* und bildet den Ausgangspunkt von Janets Studien über Hysterie.<sup>63</sup> Freud schrieb 1940:

„Charcot selbst bemühte sich weiter nicht um ein psychologisches Verständnis der hysterischen Neurose, aber sein Schüler P. Janet nahm diese Studien auf und konnte mit Hilfe der Hypnose zeigen, daß die Krankheitsäußerungen der Hysterie in fester Abhängigkeit von gewissen unbewußten Gedanken (*idées fixes*) stehen. Janet charakterisierte die Hysterie durch eine von ihm angenommene konstitutionelle Unfähigkeit, die seelischen Vorgänge zusammenzuhalten, aus der ein Zerfall (Dissoziation) des Seelenlebens hervorgehe.“<sup>64</sup>

Der Streit um die zeitliche Abfolge und die Originalität der verschiedenen Ansätze zur Ätiologie und psychischen Funktionsweise der Hysterie spiegelt sich in dieser leicht verzerrten Darstellung.<sup>65</sup>

Nach Kihlstrom wollte Janet für die Neurosen das leisten, was **Kraepelin** für die Psychosen erarbeitet hatte: ein in sich kohärentes nosologisches System. Die Hauptkategorien waren Neurasthenie und Psychasthenie, wobei Janet unter Psychasthenie Zwangsvorstellungen (*Obsessionen*)<sup>66</sup>, Angstzustände, Depression und Hypochondrie verstand, die alle durch ein Wissen des/der Kranken um sein/ihr Handeln<sup>67</sup> und seinen/ihren Zustand und die Besorgnis darum gekennzeichnet seien. Der Unterschied zur Hysterie, die die Hauptgruppe der Neurasthenien bildete, lag für Janet darin, daß der Kranke hier von Funktionen oder Funktionsgruppen seines Handelns und seiner Wahrnehmung abgetrennt ist. Diese Abtrennung, die Janet als *désagrégation* oder *Dissoziation* beschrieb, sei bedingt durch eine Verengung des Bewußtseinsfeldes<sup>68</sup>; die abgespaltenen Gruppen psychischer *Automatismen* bezeichnete er als *idées fixes*.<sup>69</sup>

61 **Perry/Lawrence** 1984, vgl. auch **Ellenberger** 1970/1996, 458 ff.

62 **Janet** 1893, xvi.

63 **Janet** 1988, 8; zu *L'Automatisme* vgl. Kap. 4.1.

64 **Freud 1940 b**, 407.

65 Zu einer genaueren Betrachtung des manchmal offenen, manchmal versteckten Streits zwischen Janet und Freud vgl. **Perry/Lawrence** 1984 und **Ellenberger** 1970/1996, z.B. S. 668 und 672; der Irrtum, Janets Studien als Ergebnis einer Lehre bei Charcot zu betrachten, durchzieht die Literatur aber mitunter immer noch, vgl. z.B. **Nemiah** 1988 a, 60; vgl. Kap. 4.1.

66 Vgl. zum Wandel der Bedeutung des Begriffes seit der theologischen Einordnung Kap.2.1.

67 *Handeln* und *Verhalten* benutzte ich analog der Verwendung in den Quellen.

68 **Kihlstrom** 1994, 368: „Psychasthenia comprised obsession, anxiety, depression and hypochondriasis ... with each of these, the patient knows precisely what is wrong, and is distressed about it. With hysteria, however, there is a constriction of aware-



Janet definierte diese Dissoziation, die

„Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewußtsein als entscheidenden Pathomechanismus. Die dissoziierten Vorstellungs- und Funktionssysteme entziehen sich nach Janet dem persönlichen Bewußtsein, bleiben jedoch weiterhin aktiv und sind so für die dissoziativen Phänomene verantwortlich.“<sup>70</sup>

Die verschiedenen hysterischen Krankheitsbilder waren für ihn durch eben diesen Mechanismus und die damit einhergehenden Wahrnehmungs- und Bewußtseinsveränderungen verbunden<sup>71</sup>, was sich im Phänomen der Amnesien unterschiedlichster Art und Ausprägung äußert.

Zur Unterscheidung verschiedener Formen hysterischer Phänomene teilte er „die psychogenen Amnesien nach ihrer Ausdehnung ein. ... beschrieb sie als Ergebnis einer Spaltung und der Einwirkung des gespaltenen Ganzen“.<sup>72</sup>

Breuer/Freud und Freud

**Freud** hielt sich von Ende 1885 bis Anfang 1886 für ca. vier Monate in Paris auf, wo er den Vorführungen und Studien Charcots an der Salpêtrière beiwohnte<sup>73</sup>, 1886 veröffentlichte er eine Übersetzung eines Werkes von Charcot über Hysterie<sup>74</sup>, die er mit einem Vorwort versah.<sup>75</sup> 1889 besuchte er Nancy, um die Arbeiten

ness: the hysterically amnesic does not know what he or she remembers, the hysterically blind and deaf do not know, what they see or hear; and ... they do not care that they cannot remember, or see, or hear. Thus, Janet ... defined anesthesia and amnesia as the primary stigmata of hysteria.“

Für eine genauere Erläuterung der Janetschen Herleitung siehe Kap. 3.1.2 und 4.1.2.

69 Vgl. Kap. 4.1.

70 **Spitzer et al.** 1996, 63; vgl. auch **Herman** 1993 a, 55.

71 **Butler et al.** 1996, 42: „Janet gathered these seemingly disparate conditions under a single rubric because he believed, based on defatigable observation and experimentation with hypnosis during treatment, that they shared a fundamental pathogenic mechanism - dissociation.“

72 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 330 f.

73 **Ellenberger** 1970/1996, 593 f.

74 **Charcot**, J. M 1886: *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere der Hysterie*. Übers. von S. **Freud**, Leipzig/Wien: Toeplitz und Deuticke, nach **Ellenberger** 1970/1996, 594.

75 **Ellenberger** 1970/1996, 594; Freuds Autorschaft eines Artikels über Hysterie in Villarets ‚Handwörterbuch‘ ist umstritten (Editoriale Vorbemerkung in **Freud** S. 1987 *Gesammelte Werke*. Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938, FFM: Fischer, S. 69-71); der Beitrag ist dort ebenfalls veröffentlicht (**Freud** 1888). Interessant ist auch hier wieder die Abgrenzung (der Editoren) gegenüber Janet: „Der Hinweis auf die kathartische Methode mag überdies dazu dienen, eine noch immer kursierende Legende zu zerstören, nämlich daß die kathartische Methode von Pierre Janet stamme, dessen ähnliche Vorstellungen enthaltendes Buch 1889 veröffentlicht wurde und ihm deshalb behandlingstechnische Priorität zu sichern scheint. Der vorliegende, aus dem Jahre 1888 stammende Verweis auf die kathartische Methode, der

**Bernheims**<sup>76</sup> zu studieren, der – anders als Charcot – hauptsächlich an einer *Therapie* der Hysterie durch Hypnose interessiert war.<sup>77</sup> Schon während seines Medizinstudiums hatte Freud Josef **Breuer** kennengelernt, der zu dieser Zeit eine hysterische Patientin behandelte<sup>78</sup>, 1892 verfaßten Breuer und Freud – bezugnehmend auf Charcot – einen ersten gemeinsamen Artikel *Zur Theorie des hysterischen Anfalls*<sup>79</sup>, der wesentliche Inhalte der ein Jahr später erscheinenden *Vorläufige(n) Mitteilung*<sup>80</sup> über ihre bisherigen Studien vorwegnahm:

„Konstanter und wesentlicher Inhalt eines (wiederkehrenden) hysterischen Anfalles ist die Wiederkehr eines psychischen Zustandes, den der Kranke bereits früher einmal erlebt hat, mit anderen Worten, die Wiederkehr einer Erinnerung. Wir behaupten also, daß das wesentliche Stück des hysterischen Anfalles in der Charcot'schen Phase der attitudes passionelles enthalten ist.“<sup>81</sup>

Zentrales Bestimmungsmerkmal der Breuer/Freudschen Hysterietheorie ist, neben der Aussage, „der Hysterische leide größtenteils an Reminiszenzen“<sup>82</sup>, der Hinweis auf die Bedeutung hypnoider Zustände, d.h. darauf, daß „die Erinnerung an das wirksame psychische Trauma nicht im normalen Gedächtnisse des Kranken, sondern im Gedächtnisse des Hypnotisierten zu finden ist.“<sup>83</sup>

1895 erscheinen die *Studien über Hysterie*<sup>84</sup>, die zugleich den Schlußpunkt der gemeinsamen Arbeit bilden.

Zentrale Kategorie in der Entstehung hysterischer Symptome ist für Freud<sup>85</sup> in der Folge die *Konversion*, die er schon in seiner 1896 erschienenen *Ätiologie* beschreibt<sup>86</sup> (und im *Abriß* zusammenfaßt)<sup>87</sup>:

„Diese sagte aus, das hysterische Symptom entstehe, wenn der Affekt eines stark affektiv besetzten seelischen Vorganges von der normalen bewußten Verarbeitung abgedrängt und somit auf eine falsche Bahn gewiesen wäre. Er gehe dann im Falle der Hysterie in ungewöhnliche Körperinnervation über (Konversion),

---

seltsamerweise gewöhnlich übersehen wird, widerlegt endgültig diesen Anspruch.“ (ibd., S. 70)

76 Vgl. Kap. 3.1.

77 **Ellenberger** 1970/1996, 605; vgl. Kap. 3.1.

78 **Ellenberger** 1970/1996, 586 und **Freud** 1940 b, 407. Hier findet sich übrigens eine weitere Abgrenzung gegenüber **Janet**: „Die Psychoanalyse knüpfte aber keineswegs an diese Forschungen Janets an.“ (ibd.)

79 **Breuer/Freud** 1892.

80 **Breuer/Freud** 1893.

81 **Breuer/Freud** 1892, 10.

82 **Breuer/Freud** 1893, 31.

83 **Breuer/Freud** 1893, 35.

84 **Breuer/Freud** 1895.

85 Zur Veränderung seiner Fassung dessen, was konvertiert wird, was Hintergrund des Traumas ist, vgl. Kap. 4.2.

86 **Freud** 1896.

87 **Freud** 1940 b, 409.

könne aber durch Auffrischung des Erlebnisses in der Hypnose anders gelenkt und erledigt werden (Abreagieren).“

In der Formulierung seiner *Ätiologie der Hysterie* 1896 legte Freud den Schwerpunkt noch auf den Hintergrund der *Reminiszenzen*; zentrales Moment seines Hysteriekonzepts und ausschlaggebend für den Einfluß auf Klassifikationsschemata auch nach seiner Abkehr von der *Verführungstheorie* 1905<sup>88</sup> blieb die Konzeptualisierung der *Konversion* als zentralem psychischen Wirkmechanismus in der Hysterie. Vor dem Hintergrund von Freuds Beschreibung der *Konversion* wurde aus der Hysterie die *Konversionshysterie*.<sup>89</sup>

Neben dem neurologischen Modell Charcots stehen sich also hier zwei Ansätze der Interpretation der Genese hysterischer Symptome gegenüber: Der *Dissoziationsansatz* Janets<sup>90</sup> versteht die Symptome als abgespaltene Gruppen von (Körper-)Vorstellungen, Gefühlen, Wahrnehmung und Handlungen, zentrales Bestimmungsmoment der Dissoziation ist die Amnesie für die abgespaltenen realen Erfahrungen.

Freuds Ansatz hingegen konzeptualisiert die *Konversion*, d.h. die *Übersetzung* des unerträglichen Affekts in körperliche Symptomatik im Fall der *Hysterie*. Dieser Affekt, der anfänglich ebenfalls aus der Konfrontation mit äußeren Erfahrungen resultiert, ist – in der Konversionstheorie später bestimmend – Ergebnis eines innerpsychischen unlösbaren Konflikts.<sup>91</sup>

Was wir im Allgemeinen als Freuds Hysterietheorie bezeichnen, ist nur ein Teil: Freud hatte neben Modellen der *gemeinen weiblichen Hysterie*<sup>92</sup> zumindest in seinen Anfängen auch solche über Herkunft und Umsetzung *männlicher* Hysterie ausgearbeitet und vorgestellt.<sup>93</sup> Sie waren vor dem Hintergrund von Charcots Forschungen zu Eisenbahnunglücken entstanden, der Terminus *männliche Hysterie* bezeichnete die Gruppe derer, die einen solchen Unfall erlitten hatten. Nach der Formulierung seiner Theorie zur *gemeinen weiblichen Hysterie* wurde aus der *männlichen Hysterie* wieder die *traumatische Neurose*, ein Begriff, der schon einige Zeit vor Freud in medizinischer Diskussion stand.<sup>94</sup>

---

88 Vgl. Kap. 4.2.

89 **Nemiah** 1988 a, 65.

90 Vgl. Kap. 4.1.

91 Zu einer genaueren Beschreibung der damit verknüpften unterschiedlichen Fassungen von Trauma und Realität versus Phantasie vgl. Kap.4.2.

92 **Breuer/Freud** 1892, 11.

93 So hatte **Freud** am 15. Oktober 1886 einen Vortrag vor der Wiener Ärzteschaft zum Thema männliche Hysterie gehalten, nachdem er von seinem Studienaufenthalt in Frankreich zurückgekehrt war. Vgl. **Ellenberger** 1970/1996, 595.

94 Vgl. den Absatz zu Charcot in diesem Kapitel und Kap.3.1.3 bzw. 4.2.

## 2.2 Die Klassifikationen der Diagnosemanuale des 20. Jahrhunderts

### 2.2.1 Konversion, dissoziative Störungen und PTSD im Verlauf der Angleichung der Klassifikationen auf internationaler Ebene

„Die neue diagnostische Kategorie der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) in der ICD-10, dem DSM-III-R und dem DSM-IV läßt sich nur vor dem Hintergrund der Veränderungen im Hysterie-Verständnis erklären. Dabei ist die ‚klassische Hysterie‘ wahrscheinlich diejenige psychische Störung, die den fundamentalsten Konzeptwandel in den vergangenen 10-15 Jahren erfahren hat.“ (Spitzer et al. 1996)<sup>95</sup>

Die Auseinandersetzung um die konkurrierenden Ansätze zur Interpretation des Mechanismus, der „hysterischer“ Symptomatik zugrundeliegt, spiegelt sich in den immer wieder veränderten Diagnosekriterien unseres Jahrhunderts wider. Der Terminus Hysterie selbst wurde durch die neuen Begrifflichkeiten erweitert oder ersetzt. Die Entwicklung in den international immer weiter angeglichenen Diagnosekategorien möchte ich darstellen, um zweierlei zu veranschaulichen:

1) Die Konnotation der Dissoziation ausschließlich mit Prozessen *bewußter Wahrnehmung* in der neueren Dissoziationstheorie<sup>96</sup> wird im Zuge der Aufteilung zwischen Konversions- und Dissoziationsansatz zum fast ausschließlichen Kriterium der *diagnostischen Kategorie* dissoziativer Störungen (und damit auch der dissoziativer Symptome). Die *Konversion* wird dort, wo die Dissoziationstheorie einen konzeptuellen Hintergrund der Klassifizierung bildet (im US-amerikanischen Manual) vorübergehend auf körperliche Symptomatik beschränkt und entfällt später ganz.

Im stärker psychoanalytisch orientierten Klassifizierungszusammenhang der ICD erfolgt zwar unter dem Druck zur Aufnahme der Kategorien der einflußreichen US-amerikanischen Psychiatrie eine Übernahme der *dissoziativen Störungen*; da die *Konversion* aber das hier anerkannte Modell des Pathomechanismus ist, steht sie unvermittelt neben der Dissoziation („*dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)*“), einige körperliche Symptomatiken bleiben der gemeinsamen Gruppe erhalten (*Bewegungsstörungen* und *Krampfanfälle*), alle anderen werden unter die *Somatisierungsstörungen* eingereiht.

2) Die Neuaufnahme der *dissoziativen Störungen* in die jeweilige Ausgabe des DSM geht regelmäßig mit traumatischen Erfahrungen großer und zum jeweiligen Zeitpunkt einflußreicher Bevölkerungsgruppen einher, die für die Gesellschaft (der USA) relevant werden. Diese Entwicklung ist der Tatsache geschuldet, daß im Dissoziationsmodell äußere Faktoren für die Ausbildung der Symptomatik entscheidend sind und spiegelt in der Veränderung der Diagnoseinstrumente ver-

95 Spitzer et al. 1996, 67.

96 Für eine Klärung dieses Zusammenhangs muß ich an dieser Stelle auf den weiteren Verlauf der Arbeit verweisen.

änderte gesellschaftliche Machtverhältnisse und Konzeptualisierungen von Traumatisierung wider.

1952 werden in den Vereinigten Staaten das DSM I erstellt und die bisher vorliegenden Klassifikationen psychischer Störungen unter dem Einfluß der Erfahrungen mit Opfern des Zweiten Weltkrieges umfassend revidiert: Die *Konversionsreaktion* wird auf lokalisierte Körperfunktionsstörungen beschränkt und die von ihr getrennte Einheit der *Dissoziationsreaktionen*, die *Amnesie* und *Fugue*<sup>97</sup> umfassen, eingeführt.<sup>98</sup>

Zwar war Freud schon 1920 auf die *Kriegsneurose* in Abgrenzung zu *Hysterie* einerseits und *traumatischer Neurose* andererseits<sup>99</sup> eingegangen – was die klinische Praxis und v.a. die Klassifikationen anging, hatte man sich aber augenscheinlich mit seinem Schluß beschieden: „Ein volles Verständnis ist bisher weder für die Kriegsneurosen noch für die traumatischen Neurosen des Friedens erzielt worden“ und die Diagnose eines „der Hysterie durch seinen Reichtum an ähnlichen motorischen Symptomen“ sich nähernden „Zustandsbildes“<sup>100</sup> vermieden.

Erst im Zuge der Beschreibungen von **Kardiner**<sup>101</sup> und **Grinker/Spiegel**<sup>102</sup> während und nach dem Zweiten Weltkrieg schien dieser Ausschluß der Kriegsneurosen nicht mehr möglich, und man griff auf das Janetsche Konzept der biologisch enkodierten (oder: in die Körper eingeschriebenen) posttraumatischen Reaktionen<sup>103</sup> zurück.

Die Vereinheitlichungstendenzen der Weltgesundheitsorganisation veranlassen 1968 die Schöpfer des US-amerikanischen Pendantes, sich in der Ausarbeitung des

97 Mit *Fugue* kann ganz allgemein die vorübergehende, aber mitunter längere Zeit andauernde Amnesie für die (vorherige) Identität bezeichnet werden, die oft mit einem abrupten Wechsel aller Lebenszusammenhänge einhergeht. Für die jeweilige Fassung dieser allgemeinen Beschreibung siehe z.B. **Dilling et al.** 1993 und **APA** 1989 und 1994.

98 **Nemiah** 1988 a, 65.

99 Vgl. Kap. 2.1 und 4.1, aber auch **Fischer-Homberger** 1975 und **Ellenberger** 1970/1996.

100 Beide Zitate: **Freud** 1920, 9.

101 **Kardiner** 1941.

102 **Grinker/Spiegel** 1945.

103 Kardiner beschreibt die Triade *Hyperaktivität*, *Hyperreaktivität* und *Wiedererleben* der traumatischen Erfahrungen als posttraumatische Reaktionen und bezeichnet die Kriegsneurose als *Physioneurose* (nach **Wenzel** 1995, 428; **van der Kolk et al.** 1989, 1536). **Grinker** und **Spiegel** nennen ein Spektrum von fünf verschiedenen, miteinander verbundenen Symptomgruppen als Reaktionen auf Kampfhandlungsstreß:

- generalisierte Angstzustände
- phobische Reaktionen
- Konversionszustände
- psychosomatische Reaktionen
- depressive Zustände (nach **van der Kolk et al.** 1996, 85).

DSM-II um eine größere Übereinstimmung ihres Manuals mit dem internationalen zu bemühen.<sup>104</sup> So wird die *Hysterie* als diagnostische Kategorie wiederaufgenommen und in die Untergruppen *konversiv* und *dissoziativ* aufgeteilt. Der *Konversionstyp* umfaßt die körperliche Symptomatik, die dissoziativen Typen beziehen sich auf Störungen des Bewußtseins und der Identität in den Formen *Amnesie*, *Fugue*, *Somnambulismus*<sup>105</sup> und *multiple Persönlichkeit*.

In der 3. Ausgabe des DSM 1980 (DSM-III) wird die im DSM-II vollzogene Angleichung wieder aufgehoben, weil der Hysteriebegriff als zu unspezifisch betrachtet wird<sup>106</sup>: Der *Konversionstyp* der *Hysterie* wird zum *Konversionsyndrom* herabgestuft und damit zu einer Untergruppe der *somatoformen Störungen*<sup>107</sup>, getrennt davon werden die *dissoziativen Störungen* beschrieben als „eine plötzliche, zeitlich begrenzte Änderung der normalen integrativen Funktionen des Bewußtseins, der Identität oder des motorischen Verhaltens ..., so daß ein oder mehr Teile dieser Funktionen verlorengehen.“<sup>108</sup>

Gleichzeitig findet eine neue Diagnose Aufnahme in den Katalog des US-amerikanischen Manuals: Die *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD).<sup>109</sup>

Die neuerliche Abwendung vom Hysteriebegriff mag in ähnlicher Herleitung wie die vorhergehende nach dem Zweiten Weltkrieg verstanden werden: (Erst) in den späten 70er Jahren wurden die Auswirkungen der Erfahrungen tausender aus Vietnam heimgekehrter Soldaten auf die US-amerikanische Gesellschaft deutlicher, und man begann intensive Forschungen zum Thema.<sup>110</sup> Gleichzeitig hatte die Frauenbewegung in den Vereinigten Staaten häusliche Gewalt (*domestic violence*) und Kindesmißbrauch (im Amerikanischen oft in allgemeiner Aussage: *childhood abuse*, vorangestellte Adjektive verdeutlichen die Spezifik: *sexual, physical ...childhood abuse*) und deren Auswirkungen zum Thema gemacht.<sup>111</sup>

Die Klassifizierung der *Konversionsstörung* als einen Untertypus der *somatoformen Störungen* (s.o.) und eine getrennte Einordnung der *dissoziativen Störungen*<sup>112</sup> wurde in den letzten beiden Ausarbeitungen des DSM (dem DSM-III-R

104 Auch für das folgende: **Nemiah** 1988 a, 65.

105 Vgl. Kap. 3.1 und 4.1.

106 **Nemiah** 1988 a, 65 f., auch im folgenden, vgl. aber auch **Spitzer et al.** 1996, 65.

107 Körperliche Symptome, für die kein organischer Nachweis erbracht werden kann.

108 **Nemiah** 1988 a, 66.

109 Für die neueren Auseinandersetzungen um Dissoziation als zugrundeliegendem psychischen Mechanismus sowohl in PTSD, Somatisierungs- wie dissoziativen Störungen sei hier stellvertretend **van der Kolk et al.** 1996, 90 angeführt: „However, we propose, that in patients with histories of trauma, the array of psychiatric symptoms captured in PTSD, dissociation, somatization, and problems with regulation of affective states are not likely to constitute separate ‚double diagnosis‘ but represent the complex somatic, cognitive, affective, and behavioral effects of psychological trauma, particularly trauma that occurs early in the life-cycle.“ Vgl. auch Kap. 6.

110 Vgl. z.B. **van der Kolk/van der Hart** 1989.

111 Vgl. z.B. **Herman** 1993 a.

112 Zur besseren Übersicht seien die Angaben aus Kap. 1.1 wiederholt: Nach der Ein-

und DSM-IV) beibehalten.

Im ICD-10 wurden 1993 erstmals die *dissoziativen Störungen*<sup>113</sup> aufgenommen und den *Konversionsstörungen* quasi gleichgesetzt. *Somatisierung* und *somatoforme Schmerzstörung* sind auch hier unter die *somatoformen Störungen* geordnet.<sup>114</sup> Die *Posttraumatische Belastungsstörung* ist im ICD-10 Teil der *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* und bildet wie die *dissoziativen Störungen* eine Unterkategorie der *neurotischen Störungen*, im DSM-IV wird sie als *Anxiety Disorder* eingestuft, und dissoziative Symptome werden zur Beschreibung aufgeführt.<sup>115</sup>

Zusammenfassend läßt sich m.E. festhalten, daß das diagnostische Chaos, das – durch den weit gefaßten Hysteriebegriff verursacht – schon im 19. Jahrhundert moniert wurde, sich in den neuzeitlichen Manualen nur eingeschränkt geordnet hat: Die *Konversion*, wie Freud sie verstanden hatte, ist im US-amerikanischen System erhalten und entsprechend dem beschreibenden Ansatz unter die somatoformen Störungen eingereiht worden, die *Dissoziationsstörungen* wurden aus Gründen, die ich in der Folge noch erläutern werde, auf die Bewußtseins- und Kognitionsebene beschränkt und so „*die wichtigste Rolle, die der Dissoziationsmechanismus in beiden klinischen Störungen spielt*“<sup>116</sup>, außer acht gelassen.<sup>117</sup> Im ICD-10, das einen Ansatz verfolgt, der eher nach den Störungsbildern zugrundeliegenden psychischen Mechanismen klassifizieren will<sup>118</sup>, steht die *Konversion* als Synonym für *Dissoziation*, die somatoformen Störungen haben ihren kontext-

---

ordnung des DSM-IV (APA 1994) werden fünf Formen dissoziativer Störungen unterschieden: Die dissoziative Gedächtnisstörung (*dissociative amnesia disorder*), die dissoziative Fugue (*dissociative fugue disorder*), die Depersonalisierungsstörung (*depersonalization disorder*), die dissoziative Identitätsstörung (*dissociative identity disorder*, früher und im ICD-10 noch als *Multiple Persönlichkeitsstörung* benannt) und die nicht anderweitig spezifizierte Dissoziationsstörung (*dissociative disorder not otherwise specified*).

113 Als *dissoziative Störungen* (*Konversionsstörungen*) sind im Internationalen Diagnosehandbuch ICD-10 unter der Rubrik der neurotischen Störungen die *dissoziative Amnesie*, *dissoziative Fugue*, der *dissoziative Stupor*, *Trance- und Besessenheitszustände*, *dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung*, *dissoziative Bewegungsstörungen*, *dissoziative Krampfanfälle*, *dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen*, *gemischte dissoziative Störungen* (*Konversionsstörungen*), *Ganser Syndrom*, *multiple Persönlichkeitsstörung*, *vorübergehende dissoziative Störungen in Kindheit und Jugend*, *sonstige näher bezeichnete dissoziative Störungen* und *nicht näher bezeichnete dissoziative Störung* aufgenommen.

114 Spitzer et al. 1996, 65.

115 Vgl. Kap. 1.1.

116 Nemiah 1988 a, 66.

117 Zur Diskussion um die Konzepte der Dissoziation und Konversion im ICD-10 vgl. auch Orenco Garcia 1990 und Spiegel 1990 b.

118 Spitzer et al. 1996, 65.

tuellen Bezug zur *Konversion* ebenso wie den zur *Dissoziation* verloren. Die Diagnosekategorie PTSD steht unvermittelt daneben.

### 2.2.2 Prävalenz/Epidemiologie und Differentialdiagnose

„Trotz der Operationalisierung und der intentional rein deskriptiven Verwendung der Begriffe Dissoziation und dissoziative Störung fordern die heterogenen traditionellen Theorien ihr Recht in aktuellen Diskussionen und Forschungsansätzen. So verbinden sich z.B. klassische Hysterie- und Hypnosemodelle mit ich-psychologischen Ansätzen in der Fragestellung, ob multiple Persönlichkeit Borderline-Patienten seien (*sic*). Für eine derartige Annahme sprechen Befunde über häufige kindliche, u.a. sexuelle Mißbrauchserlebnisse beider Patientengruppen. Ähnliches gilt für die Assoziation von Schizophrenie und dissoziativen Störungen: Schneidersche Symptome ersten Ranges gelten auch als diagnostischer Hinweis auf die multiple Persönlichkeit.“ (Spitzer et al. 1996)<sup>119</sup>

Die Begriffsverwirrung bzw. die Zuordnung unterschiedlicher Symptomatiken zu den Konzepten *Konversion*, *Dissoziation* und *Somatisierungsstörungen* setzen sich in Forschungsergebnissen zu Prävalenz und Epidemiologie der Störungen fort. Vor einer genaueren Verortung der Begriffe in ihrer Geschichte möchte ich einige Ergebnisse aus diesem Bereich anführen, um die Auswirkungen der unklar voneinander abgegrenzten Konzeptualisierungen durch einen Blick auf dieses Anwendungsfeld der Diagnostik abzurunden; mit einem Überblick der Forschungsansätze zur Differentialdiagnostik bzw. Komorbidität schließe ich das Kapitel.

*Konversionsstörungen* haben nach Nemiah erheblich abgenommen, was er als Konsequenz der veränderten Konzeptualisierung begreift: Im Ersten Weltkrieg beispielsweise seien vorrangig Gehstörungen, Zittern oder Krämpfe diagnostiziert worden, im Zweiten Weltkrieg vor allem psychophysiologische Störungen. Das Konzept der psychophysiologischen Störungen habe sich aber erst in der Zwischenzeit durchgesetzt: was im Ersten Weltkrieg z.B. als *Herzstörung* verstanden wurde, habe so im Zweiten Weltkrieg die Diagnose *Angststörung* erhalten.<sup>120</sup> Auf der anderen Seite steht die Aussage, insgesamt sei ein Wandel hin zu psychosomatischen Symptomen festzustellen<sup>121</sup>, an die Stelle der Ausdruckssprache sei die Organsprache getreten.<sup>122</sup> Diese unterschiedliche Einschätzung mag auf die oben besprochene unterschiedliche Zuordnung der *Konversionsstörung* in US-amerikanischen und internationalen Manualen zurückzuführen sein – im deutschen Gebrauch bzw. dem hierzulande verwendeten internationalen Diagnosemanual ist eine Zuordnung der o.a. psychophysiologischen Störungen zu den Kon-

---

119 Spitzer et al. 1996, 67.

120 Nemiah 1988 a, 66.

121 Studt 1995, 206.

122 Zapotoczky/Herzog 1994, 337.



versions-/Dissoziationsstörungen ja weiterhin möglich –, macht die Diskussion aber nicht unbedingt einfacher.<sup>123</sup>

*Hysterie* ist lange als Frauenkrankheit verhandelt worden, über die Prävalenzen der Konversionsstörungen bei den beiden Geschlechtern, bzw. verschiedenen Personengruppen wird angeführt,

*Konversionsstörungen* würden wesentlich häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert<sup>124</sup>, zudem ließe sich eine Kulturabhängigkeit der Störung annehmen, da sie derzeit häufiger in Entwicklungsländern diagnostiziert würde<sup>125</sup>: Die Störung wird häufig bei Frauen und Soldaten berichtet.<sup>126</sup>

Was die *dissoziativen Störungen* angeht (es muß unklar bleiben, inwiefern die oben angeführten Daten sich auch auf als dissoziativ konzeptualisierte Störungsbilder im Sinne des ICD-10 beziehen), so geht **Loewenstein** von einer Prävalenz von 10% in der Gesamtbevölkerung aus.<sup>127</sup> **Ross** präzisiert vor dem Hintergrund eigener Studien in Kanada und den USA und denen Anderer aus den Niederlanden und Japan, häufigstes Symptom in der Gesamtbevölkerung sei die *Absorption (imaginative involvement)*<sup>128</sup>, die neben der *Amnesie* und den *Depersonalisations-/Derealisationserfahrungen*<sup>129</sup> einen der drei mit der *Dissociation Experiences Scale* DES gemessenen Symptomkreise bildet. Dieses Moment allein wird nicht als pathologisch eingestuft, sondern im Rahmen epidemiologischer Studien ebenso wie die verwendete Skala als Screeninginstrument verstanden.<sup>130</sup>

---

123 Ich möchte an dieser Stelle unnötige zusätzliche Komplikationen vermeiden, indem ich für Vorstellungen von *Konversion* und *Hysterie*, die sich von denen der (verschiedenen) Manuale erheblich unterscheiden, auf **Studt** 1995, **Tölle** 1994 und **Schuster** 1992 verweise.

124 Z.B. **Studt** 1995, 206 und **Zapotoczky/Herzog** 1994, 337.

125 **Zapotoczky/Herzog** 1994, 339.

126 Vgl. Kap. 4.3.2 und 7.3.2.

127 **Loewenstein** 1993, 582.

128 Vgl. Kap. 5.3 und 6.2.

129 *Depersonalisations-* bzw. *Derealisationserfahrungen* seien hier allgemein als das Erleben der eigenen Person/des eigenen Körpers als fremd, unzugehörig, abgelöst, bzw. die Wahrnehmung der Umwelt (Personen wie Gegenstände) als unreal beschrieben; vgl. auch Kap. 5.3 bzw. **Dilling et al.** 1993 und **APA** 1989 und 1994.

130 **Ross** 1996, 10 ff. und 18, siehe aber auch **Rossinstitute** 1997 a. – An dieser Stelle sei auf die Screening- und Diagnoseinstrumente hingewiesen, die zu den dissoziativen Symptomkreisen in den letzten Jahren entwickelt wurden: Die *Dissociative Experience Scale* (DES) (**Bernstein C.E.M./Putnam F.W.** 1986: *Development, reliability and validity of a dissociation scale*, in: *Journal of Nervous and Mental Disease* 1974, 727-735) teilt dissoziative Erlebnisse in drei Dimensionen ein: die dissoziativen *Amnesien*, *Absorption (imaginative involvement)* und *Depersonalisierungs-* bzw. *Derealisationserlebnissen* (für eine genauere Definition siehe DSM-IV, **APA** 1994 und ICD-10, **Dilling et al.** 1993). „Zusammenhänge zwischen dissoziativen Symptomen, früheren Mißbrauchserlebnissen, posttraumatischen Belastungsstörungen und der ‚Hypnotisierbarkeit‘ konnten im amerikanischen Raum mit der DES empirisch nachgewiesen werden.“ (**Spitzer et al.** 1996, 66; vgl. aber auch z.B. **Ross** 1996, **Vanderlinden** 1996)

In den Niederlanden, neben Kanada und den Vereinigten Staaten seit den 80er Jahren Forschungsschwerpunkt zu *dissoziativen Störungen*<sup>131</sup> wurden nach Schätzung von **van der Hart** im Jahr 1993 ca. 400 DID (*Dissociative Identity-Disorder*)<sup>132</sup>-PatientInnen ambulant und stationär behandelt.<sup>133</sup> Loewenstein geht von einem Anteil von 1% der Gesamtbevölkerung in den USA aus.<sup>134</sup>

Zur Komorbidität bzw. der Differentialdiagnostik sei angemerkt, daß seit der Einführung der Diagnose *Multiple Persönlichkeitsstörung* und intensiver Forschung zu Dissoziation im Allgemeinen immer wieder auch Auseinandersetzungen (und Studien) zur Abgrenzung der MPD/DID von der *Borderline-Persönlichkeitsstörung*<sup>135</sup> und der *Schizophrenie* (durch)geführt wurden und werden.<sup>136</sup> Die Ansätze reichen von grundsätzlicher Kritik am cartesianischen Charakter des DSM-Manuals<sup>137</sup> bis zu Komorbiditätsstudien an PTSD und MPD-PatientInnen.<sup>138</sup>

---

Die DES wurde ins Deutsche übersetzt, autorisiert und um einige Fragen erweitert, die pseudoneurologische *Konversionssyndrome* erfassen (**Freyberger, H.J./Spitzer, C./Kuhn G./Magdeburg, N.** 1993: *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen* (FDS) Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck). (**Spitzer et al.** 1996)

Neben der DES (der bei weitem am häufigsten untersuchten und angewandten Skala) existieren das *Dissociative Disorder Interview Schedule* DDIS (**Ross/Heber, C.A.S./Norton, G.R./Anderson, D./Anderson, G./Barchet, P.** 1989: *The dissociative disorder interview schedule: a structured interview*, NY: Wiley and Sons), das *Structured Clinical Interview for DSM III-R Dissociative Disorders* SCID-D (**Steinberg, M./Ronsaville, B./Cicchetti, D.V.** 1990: *The structural clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument*, in: *American Journal of Psychiatry* 1990/36, 76-82 und **Steinberg, M.** 1993: *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D), Washington DC: APA). Die beiden letztgenannten Diagnoseinstrumente sind nicht ins Deutsche übersetzt und an den DSM-III-Kriterien orientiert; nach **Spitzer et al.** (ibd.) haben sie befriedigende Realibilitäts- und Validitätsparameter.

Der *Questionnaire of Experiences of Dissociation* QuED (**Riley K.C.** 1988: *Measurement of Dissociation*, in: *Journal of Nervous and Mental Disease* 1988/176, 449-450) findet wenig Anwendung (**Spitzer et al.** 1996). Für den *Dissociation Questionnaire* DIS-Q siehe **Vanderlinden et al.** 1996, 41 ff.

131 **Vanderlinden et al.** 1996, 25 ff.

132 Zu diesem Störungsbild vgl. Kap. 6.3.

133 **Vanderlinden et al.** 1996, 25 ff.

134 **Loewenstein** 1993, 582. Zu Studien über die Verteilung der anderen dissoziativen Störungen vgl. *Review of Psychiatry* 1993/10; NY: American Psychiatric Press mit Beiträgen von **Putnam, Loewenstein, Steinberg, Nemiah** und **Spiegel**; zu Forschungsschwerpunkten im europäischen Raum siehe v.a. **Vanderlinden et al.** 1996.

135 Vgl. **Foa/Hearst-Ikeda** 1996, 213.

136 Vgl. für eine der ersten Studien **Bliss** 1980; für eine Übersicht über verschiedene Studien zum Zusammenhang unterschiedlicher diagnostischer Kategorien mit Traumata, vor allem Kindesmißhandlungen, vgl. u.a. **Irwin** 1994.

137 **Ross** 1989, 141: „In them psychiatric disorders, or at least groups of disorders, are

Einen Überblick über die Veränderungen in der Diagnostik des frühen zwanzigsten Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten nach Einführung des Konzepts der Schizophrenie durch Eugen Bleuler 1911<sup>139</sup> gibt **Rosenbaum**.<sup>140</sup>

**Ross** 1989 stellt die Diagnostik bis 1980 in den Zusammenhang machtpolitischer Aufteilungen psychiatrischer Störungsgruppen zwischen psychoanalytischer und biologisch orientierter Psychiatrie<sup>141</sup>, und Loewenstein<sup>142</sup> verweist auf ‚Fehldiagnosen‘ im Zusammenhang mit den unbekanntenen neuen diagnostischen Ansätzen.

### 2.3 Zusammenfassung

„Die Hysterie ist die Kriegsneurose des Geschlechterkampfes.“ (Herman 1993)<sup>143</sup>

Die Geschichte des Konzepts Dissoziation hat ihren Ursprung in den frühen Auseinandersetzungen der westlichen Wissenschaften mit scheinbar sehr unterschiedlichen Phänomenen: Der Möglichkeit der immateriellen Einwirkung auf andere Menschen<sup>144</sup> und der Manifestation extrem verschiedener und als voneinander getrennt wahrgenommener Gefühls-, Bewußtseins- und Handlungsformen in einem Individuum. Die Konzeptualisierung dieser Phänomene im Verlauf des vergangenen Jahrhundert, ihre Einordnung in unterschiedliche Erklärungszusammenhänge religiöser und säkularer Natur war Inhalt dieses Kapitels. Es sollte aufzeigen, vor welchem Hintergrund die heute gebräuchlichen Kategorien der disso-

related like the billiard balls in the 19th-century physic metaphors.“

138 So führt z.B. **Loewenstein** 1993, 590 eine Studie an MPD und DDNOS-PatientInnen an, die zu 80% PTSD-Kriterien entsprechen.

139 **Bleuler**, E. 1911: *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig/Wien: Deuticke; vgl. auch Kap. 5.1.

140 **Rosenbaum** 1980 b, 1385: „...the acceptance of the term `schizophrenia´ as a replacement for `dementia praecox´ was one of the factors related to the decrease in reports of, as well as in interest and recognition of, the multiple personality syndrome. Undoubtedly many other `syndromes´ were (and unfortunately still are) caught in the ‚schizophrenic net‘, especially those previously diagnosed as ‚hysteria´ and ‚acute mania´.“

Vgl. aber auch **Ross** 1996, 6 und für die Differentialdiagnose der PTSD **van der Kolk et al.** 1996, 85, die sich auf Kardiner beziehen: „He noted that these patients´ ‚interest in the world generally shrinks: (they) undergo a kind of deterioration that is not dissimilar to what happens in schizophrenia. This diminution in interest in the world is generally the result of a long and unsuccessful battle to maintain meaningful contact with the world““. (**Kardiner**, A. 1941: *Traumatic Neuroses of War*, NY: Hoeber, 249)

141 **Ross** 1989, 139.

142 **Loewenstein** 1993, 592: „Because the phenomenology of posttraumatic and dissociative states is new to most clinicians, the only diagnosis that are usually entertained for patients with these symptoms are those of *borderline or psychotic disorders*.“

Vgl. auch **Ross** 1989, **Ross** 1996, **Putnam** 1989 b (u.a.).

143 **Herman** 1993 a, 50.

144 Vgl. Kap.3.1.

ziativen Störungen, dissoziativen Symptome, der Konversion und der PTSD verstanden werden können.

Es ist die Geschichte der Besessenheiten, die sich über den Somnambulismus zur Multiplen Persönlichkeit oder Dissoziativen Identitätsstörung hin entwickelt hat und die der Hysterie, die lange ausschließlich als Frauenkrankheit und dann als die der weiblichen und männlichen Hysterie darstellt wird. Bis sie schließlich – mit der als weiblich definierten Hysterie auf der einen Seite und den ersten Konzepten der traumatischen Neurose und Kriegsneurose andererseits – die Grundlage für die Trennung in dissoziative Störungen/Konversionsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörung bietet.

Die dissoziative Störung ist nicht als ‚Frauenkrankheit‘ beschrieben und die PTSD-Diagnose nicht auf Männer eingegrenzt, die Hintergründe scheinen mir aber die oben beschriebenen und im letzten Kapitel herausgearbeiteten zu sein.

In der Einführung der *dissoziativen Störungen* wird so immer noch nur sehr eingeschränkt der Einfluß externer traumatisierender Faktoren anerkannt:

„Die hier beschriebenen dissoziativen Störungen werden als psychogen angesehen. Das heißt, es besteht eine nahe zeitliche Verbindung zu *traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen*.“<sup>145</sup>

Auch die Möglichkeit der Simulation und der Iatrogenesis (Entstehung durch therapeutische Beeinflussung) werden (weiter) angeführt, was bei keinem anderen Krankheitsbild der Fall ist.<sup>146</sup>

Zu den *Belastungsstörungen*, zu denen auch die PTSD zählt, heißt es demgegenüber:

„Im Gegensatz dazu (zu multifaktoriellen Erkrankungen; L.H.) entstehen die hier aufgeführten Störungen *immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas*. Das belastende Ereignis oder die andauernde, unangenehme Situation sind der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor, und die Störung wäre ohne seine Einwirkung nicht entstanden.“<sup>147</sup>

Die beiden Beschreibungen mögen deutlich machen, wie sich die Konzepte, die ich in diesem Kapitel beschrieben habe, noch immer auf die Diagnostik auswirken: Privatheit und Öffentlichkeit, die klassischen Sphären von Frau und Mann, bleiben in der Verursachung der Krankheit erhalten.

---

145 **Dilling et al.** 1993, 173.

146 Vgl. z.B. **Ross** 1989, 58: „Lack of an MPD ‚Xray‘ does not, however, explain why MPD is singled out among all psychiatric disorders for the charge of iatrogenic artifact. Why not borderline personality disorder or panic disorder? Because of ideology and bias, not because of data or science.“; und S. 61: „I think that MPD is singled out for the accusation of iatrogenic artifact primarily because of the link between MPD and childhood physical and sexual abuse.“

147 **Dilling et al.** 1993, 167.

Die Notwendigkeit, dissoziative Symptome (oft allerdings, wie oben herausgearbeitet, *ausschließlich* als Wahrnehmungs- und Identitätsproblematik verstanden) neben der Konversionssymptomatik in eine Beschreibung der Auswirkungen von – wie auch immer verstandenen – Traumata einzubeziehen, scheint inzwischen allgemein anerkannt. Auch der Kritikpunkt, daß die Aufteilung zusammenhängender Störungsbilder mit einem tieferen Verständnis der Mechanismen nicht vereinbar sei<sup>148</sup>, ist den verschiedenen Ansätzen gemein. Die Schlußfolgerungen daraus unterscheiden sich allerdings.

Im diagnostischen Rahmen dürften sich die Einschätzungen der Konsequenzen zwischen folgenden Polen bewegen: Auf der einen Seite stehen jene, die *dissoziative Symptomatik* als akzessorisch, als Zutat also zur *Konversionssymptomatik* verstehen, und dabei das der Dissoziation zugrundeliegende Modell unberücksichtigt lassen müssen.<sup>149</sup> Auf der anderen Seite finden wir eine Position, die vor dem Hintergrund des Konzepts der Dissoziation einen Paradigmenwechsel in den Kategorien der Diagnostik postuliert<sup>150</sup>, der die *Dissoziation* im Sinne eines „Trauma-Modells der Psychopathologie“<sup>151</sup> zum symptomverbindenden Mechanismus erklärt.

In diesem Spannungsfeld werden wir uns auch in den nächsten Kapiteln bewegen, und ich will versuchen, einige Parameter seiner Bestimmung ausfindig zu ma-

---

148 **Nemiah, J.C.:** *Early concepts of trauma, dissociation, and the unconscious: their history and current implications*, in: **Bremner, D/Marmar C.R.:** *Trauma, Memory and Dissociation*, Washington DC: American Psychiatric Press, erscheint laut *Global Books in Print* im September 1997, zitiert nach **van der Kolk et al.** 1996, 83: „The traditional concept of hysteria as a disorder with both sensorimotor and mental manifestations has been split apart by assigning the mental symptoms of hysteria to the ‚dissociative Disorders‘, and by allocating the sensorimotor symptoms to the different category of ‚somatoform Disorder‘ ... – a diagnostical dissociation that the observations of our clinical predecessors demonstrate to be unwarranted. Indeed, what we now put asunder, perhaps Mother Nature meant to be together.“ Vgl. auch **Spiegel** 1990 a.

149 **Spitzer et al.** 1996, 64: „...neuere Komorbiditätsstörungen bei Patienten mit klinisch führenden dissoziativen Störungen belegen, daß diese mit einer Reihe weiterer relevanter psychischer Störungen vergesellschaftet sind, so daß die dissoziative Symptomatik als akzessorisches Symptom im Rahmen komplexerer Störungen zu werten ist.“

150 **van der Kolk et al.** 1996, 85: „Initially, there was no explicit recognition of a relation between traumatic stress reactions, somatization, dissociation, and affect dysregulation. However, these relationships gradually have made their way back into the DSM system of classifying mental disorders; for example, in DSM-IV, dissociative symptoms are included in the criteria for acute stress disorder, PTSD, somatization disorder, and the dissociative disorders themselves“; und: **dies.** 1996, 90: „The concept of comorbidity does not capture the complexity of adaption to traumatic life experiences; complex biological and psychodynamic relations cannot be captured in a simple list of symptoms, even though it is possible to discriminate meaningfully between various symptom clusters.“

151 **Ross** 1996, 9: „trauma model of psychopathology“.

chen. Der kurze Überblick über die diagnostische Entwicklung v.a. der letzten hundert Jahre mag einen ersten Eindruck verschafft haben, weshalb mir zur Klärung der Begriffsverwirrung und der Hintergründe aktueller diagnostischer Diskussion eine nähere Bestimmung dessen, was von Janet unter Dissoziation verstanden wurde und heute gemeint wird, notwendig erscheint.

### 3. Vorläufer des Modells: Die ‚erste dynamische Psychiatrie‘

„Was man bewußt heißen soll, brauchen wir nicht zu erörtern, es ist jedem Zweifel entzogen.“ (Freud 1932)<sup>1</sup>

Einer der wesentlichen Gründe für die wechselnden Diagnosekategorien, wie ich sie im vorigen Kapitel zu beschreiben versucht habe, scheint auf den ersten Blick die Schwierigkeit der Definition von *Dissoziation* zu sein. Sie wechselt zwar des öfteren<sup>2</sup>, wird aber in den meisten Texten auch bestimmt, der einzige Unterschied scheint sich auf die Frage des Einbezugs von *Verhalten* als dissoziierter Kategorie zu beziehen. So spricht das ICD-10 von einem „teilweise(n) oder völlige(n) Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewußtseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen“<sup>3</sup>, andere beschreiben Dissoziation als Trennung der geistigen Prozesse Wahrnehmung, Wille, Gefühle, Erinnerungen und Identität.<sup>4</sup> Die Positionen treffen sich aber bislang meist<sup>5</sup> in dem Punkt, wo sie eine bestimmte Art der *Veränderung von Bewußtseinsprozessen* beschreiben, die eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der Identität zur Folge haben.<sup>6</sup>

Woraus resultieren dann also die diagnostischen Verschiebungen, die ja nicht nur graduell erfolgt sind, sondern den gesamten Komplex somatisierender Symptomatik entweder ein- oder ausschließen? Worauf bezieht sich Nemiah, wenn er vom Dissoziationsmechanismus spricht, „der die Grundlage für das Verständnis der Entwicklung beider Symptomkategorien bildet“<sup>7</sup>

Grundlage der *Mißverständnisse* scheint mir zu sein, daß in den zeitgenössischen Konzeptualisierungen des Modells Dissoziation der historische Hintergrund nicht mitreflektiert wird, der die verschiedenen Vorstellungen dessen, was Bewußtsein im gewohnten psychodynamischen Denkmodell der Psychoanalyse in Unterscheidung zu dem des Modells Dissoziation bestimmt hat. Die Hintergründe der Methodik Janets, die eng mit seinem Ätiologiemodell verknüpft sind, sind mit der Abkehr Freuds von der Hypnose als Behandlungstechnik in Vergessenheit geraten und unserem psychoanalytisch geprägten Denken in Begriffen des *Unbewuß-*

---

1 **Freud** 1932, 76.

2 Vgl. Kap. 2 und 6.

3 **Dilling et al.** 1993, 173.

4 Z.B. **Butler et al.** 1996, 43: „Dissociation can be described as a structured separation of mental processes (e.g. perceptions, conation, emotions, memories, and identity) that are ordinarily integrated in and accessible to conscious awareness. The experience of dissociation may take many forms depending on the psychological domains that are affected.“

5 Zu den wenigen Ausnahmen von dieser ‚Regel‘ und neuen Ansätzen integrierender Modelle vgl. 6.3 und **van der Kolk et al.** 1996.

6 Z.B. **Green** 1993, 578: „an alteration in consciousness resulting in an impairment of memory or identity“.

7 **Nemiah** 1988 a, 65.

ten und der *Sprechtherapie* nicht mehr ohne weiteres zugänglich.

Daher werde ich in diesem Zusammenhang zunächst die Methode einführen, aus deren Anwendung und Entwicklung sich die erste dynamische Psychiatrie und die auf ihr aufbauenden Schulen entwickelt haben: die *Hypnose*, zu Anfang noch *tierischer Magnetismus* oder *Mesmerismus* geheißen. Ohne ein rudimentäres Verständnis der Geschichte ihrer Anwendung und Entwicklung, ihres Anteils an der Entstehung der neuen Krankheitskonzepte<sup>8</sup> und Bewußtseinsmodelle bleibt das Janetsche Dissoziationsmodell unverständlich.<sup>9</sup>

Daran anschließend will ich mich, sicher nur sehr kursorisch und vereinfachend, auf den psychophilosophischen Hintergrund der Entstehung des *Dissoziationskonzeptes*, aber auch des ‚konkurrierenden Ansatzes‘, der *Konversion* und *Verdrängung* beziehen. Zentrale Ungereimtheiten in der geschichtlichen Darstellung und der Konzeption der Ansätze beziehen sich einerseits auf unterschiedliche Auffassungen vom *Unbewußten* bzw. *Unterbewußten*, vor allem aber auf dessen Konzeptualisierung innerhalb einer Identität bzw. Dualität von Psyche und Körper. Der Begriff *Dissoziation* wurde bereits vor Janet im Verlauf des 19. Jahrhunderts in der psychopathologischen und Bewußtseinsforschung verwendet. Ein kurzer Überblick bildet den Abschluß der Beschreibung von Grundlagen des neuen Konzepts und leitet zu Janets Konzeption über.

### 3.1 Hypnose

„Die erste dynamische Psychiatrie hat sich um einen bestimmten Zustand, den spontanen Somnambulismus, und sein Gegenstück, die künstlich induzierte Hypnose, entfaltet.“ (Ellenberger 1970)<sup>10</sup>

„...all those experiments on hypnosis pointed to the fact that the limits of introspection are not those of consciousness, and that where we have not consciousness, there is not necessarily unconsciousness“ (Binet 1889/1890)<sup>11</sup>

Der Hauptzugang der *ersten dynamischen Psychiatrie* zur Erforschung menschlichen Verhaltens war die Hypnose<sup>12</sup>, hinzu kamen mit dem Mitte des 19. Jahrhunderts aufkommenden Spiritismus das automatische Schreiben, angewandt z.B. von Myers, James und später Janet, und die Untersuchung von ‚Medien‘, die z.B. Flournoy systematisch betrieb.<sup>13</sup> Besondere Aufmerksamkeit galt den Krankheiten

---

8 Vgl. Kap. 2.1.

9 Vgl. auch **Haule** 1986.

10 **Ellenberger** 1970/1996, 178 f.; für die Definition des Somnambulismus vgl. weiter unten.

11 **Binet**, A. 1905: *On double consciousness*, Chicago: Open Court (Original von 1889/1890; Neuauflage 1896), S. 43; etwa: : All jene Experimente mit Hypnose deuteten darauf hin, daß die Grenzen der Selbsterkenntnis (*introspection*) nicht die des Bewußtseins sind, und daß dort, wo wir kein Bewußtsein haben, nicht notwendigerweise Unbewußtes ist. Zitiert nach **Perry/Lawrence** 1984, 19.

12 Vgl. Kap. 6.3.

13 **Ellenberger** 1970/1996, 177.



*Somnambulismus, Lethargie, Katalepsie, Multiple Persönlichkeit* und später der *Hysterie*.<sup>14</sup> In dieser Periode kann eine Wende in der Betrachtung der Ätiologie der in Kap. 2.1 beschriebenen Krankheiten angesetzt werden: der Übergang von entweder als rein organisch bestimmten oder durch außermenschliche Kräfte verursacht gedachten Krankheitsbildern zur Annahme anderer Bewußtseinszustände oder *Wahrnehmungszentren*<sup>15</sup> im Menschen selbst.

### 3.1.1 Der Mesmerismus

Hypnotische Praktiken waren in allen großen Kulturen des Altertums bekannt. „Überlieferte Dokumente, die ca. 4000 Jahre bis auf die Sumerer zurückgehen, zeigen, daß bereits damals *Heilsuggestionen*<sup>16</sup> im Schlaf angewendet und drei Trance-Tiefestadien – ähnlich den heute z.T. noch verwendeten – unterschieden wurden“.<sup>17</sup>

Die Anfänge der wissenschaftlichen Hypnose<sup>18</sup> und der Beginn der *ersten dynamischen Psychiatrie* werden zumeist bei Franz Anton **Mesmer** (1734-1815) angesetzt, der mit seiner Behandlungsmethode, dem *tierischen Magnetismus*, ähnlich spektakuläre Heilerfolge der Besessenheit erzielte wie sein Zeitgenosse Johann Joseph **Gassner** (1717-1799) auf dem Gebiet des Exorzismus.<sup>19</sup>

Mesmers theoretischer Hintergrund war die Lehre der Heilkraft von Magneten (*mineralischer Magnetismus*). Mesmer erklärte sie so: Das Universum und die Körper seien mit einem magnetischen Fluidum durchsetzt, das in manchen Menschen konzentriert und ausgewogen sei, sich bei kranken Personen aber im Ungleichgewicht befinde. Eine magnetisch ausgewogene Person (z.B. er selbst oder Gassner, dessen Wirkung er auf die selbe Art erklärte) könne durch den Kontakt zwischen PatientIn und Behandler, den er als quasi-elektrischen, als physikalische Verbindung betrachtete, das Gleichgewicht in einer kranken Person wiederherstellen.<sup>20</sup> Vorbedingung sei aber, daß die heilende Person um diese Wirkkraft wisse.<sup>21</sup>

---

14 **Ellenberger** 1970/1996, 163; vgl. Kap. 2.1.

15 **Braude** 1991.

16 *Suggestion* ist ein weitgefaßter und vieldeutiger Begriff: **Van der Hart/Horst** 1989 beschreiben ihn für die Zeit vor Janet als Methode, mit der das persönliche Bewußtsein und die Urteilskraft des Individuums zurückgedrängt wird, um Phantasie, Vorstellungen und Gefühlen den Raum zu überlassen. Bernheim sagt, sie sei der Akt der Induktion von Ideen (s.u.) und wir werden sehen, daß Janet diesen weitläufigen Begriff für seine Zwecke auf einen bestimmten krankhaften Zustand der Aufnahmebereitschaft einschränkt (Kap. 4.1).

17 **Hadzsega** 1986, 10.

18 Vgl. für das gesamte Kapitel, wo nicht anders angegeben: **Braude** 1991, 8-19 und **Ellenberger** 1970/1996, 89-161.

19 **Hadzsega** 1986, 10.

20 Er selbst hängte sich zur Erhaltung dieser Fähigkeit Magneten um bzw. an sein Bett, die die Kraft bündeln sollten.

21 Da die von Mesmer eingerichteten Kliniken einschlägige Erfolge in der Behandlung

Der **Marquis de Puységur** (1751-1825), ein Schüler von Mesmer, arbeitete weiter mit dem *Mesmerismus*, verneinte aber die Notwendigkeit des Wissens um die physikalische Wirkweise, sah die Ursache der Wirkung im *immateriellen Willen* des Behandlers, durch den eine Einheit zwischen PatientIn und Physiker hergestellt werde, die die magnetischen Flüssigkeiten ausgleiche. Wichtig war der *gute Wille* des Behandlers, auch die therapeutische Nützlichkeit eines Zugangs zu Gefühlen und Gedanken, die dem Individuum im Wachzustand verborgen blieben, wurde beschrieben.<sup>22</sup> Bei einem seiner ersten Patienten, Victor Race, stellte Puységur eine eigenartige Form der *Krise*, wie die mesmerisierten Zustände zunächst genannt wurden, fest: Der Patient fiel in eine Art Schlaf, in dem er aber genauer als im Wachzustand um seine Krankheit und deren Behandlungsnotwendigkeiten wußte. Hinterher wußte er von alledem nichts mehr, war *amnestisch* für den Zustand der ‚Krise‘. Machte Puységur dem Kranken während des mesmerisierten Zustandes Vorschläge für ein Verhalten im Normalzustand, so zeigte sich, daß der Patient sie ausführte, ohne sich ihrer Quelle bewußt zu sein.<sup>23</sup>

Puységur nannte diese Art der *Krise* die *vollkommene Krise* und den Zustand *magnetischen Schlaf*, wegen seiner Ähnlichkeit zum Schlafwandeln dann auch *magnetischen* oder *künstlichen Somnambulismus*. Puységurs Patienten sprachen sehr distanziert von sich selbst, sie nahmen eine andere Perspektive zu Problemen ein, zeigten Charakteristika wie z.B. eine gegenüber dem Normalzustand veränderte Erinnerungsfähigkeit. Im Trancezustand konnten sie sich an den Wachzustand, vice versa aber nicht erinnern. Puységur schloß daraus, daß die Menschen vielleicht eine *Doppelnatur* besäßen: einen *inneren* und einen *äußeren Menschen* und stellte zudem fest, daß er unter Hypnose Phänomene erzeugen konnte, die einem krankhaften Zustand ähnelten.

1789 wurden die Forschungen durch die Französische Revolution unterbrochen. Die von Mesmer gegründete *Société de l'Harmonie* und ihre Dependancen verschwanden, viele der aristokratischen Schüler Mesmers emigrierten oder starben auf dem Schaffott. Puységur nahm die Studien ca.1805 nach seiner zweiten Inhaftierung mit der These, „Geisteskrankheit könne eine Art somnambuler Deformierung sein“, wieder auf und „nahm so spätere Versuche einer Psychotherapie schwerer Psychosen vorweg.“<sup>24</sup>

Der portugiesische Priester **Abbé Farias** (1755-1819), der 1813 in Paris öffentliche Lehrveranstaltungen über den *luziden Schlaf* abhielt<sup>25</sup>, stellte fest, daß Men-

---

vorzuweisen hatten, setzte der König von Frankreich 1784 zwei Untersuchungskommissionen ein, die zu dem Ergebnis kamen, daß es eine magnetische Flüssigkeit im Körper des Menschen nicht gebe (mit den Heilungserfolgen setzte sie sich nicht auseinander). Mesmer, dessen Ansehen durch die Studien schwer in Mitleidenschaft geraten war, zog sich daraufhin zurück.

22 **Ross** 1989.

23 **Ellenberger** 1970/1996, 113-118. Diese Bedingung wird als *posthypnotische Suggestion* in der Geschichte der Hypnose weiterhin von Bedeutung sein (vgl. 5.3).

24 **Ellenberger** 1970/1996, 119 und 121.

25 **Ellenberger** 1970/1996, 121 ff., und **Ross** 1989.

schen unterschiedlich leicht und auch ohne den Versuch der Magnetisierung auf Suggestion reagierten und stellte den *luziden Schlaf*, in dem die Menschen seiner Ansicht nach empfänglicher auf Suggestionen reagierten, als erster dadurch her, daß er einen Gegenstand visuell fixieren ließ, was er mit dem verbalen Kommando zu schlafen, verband. Diesen Vorgang nannte er *Faszination*. Janet zufolge ist Farias der eigentliche Vater der Schule von Nancy, von der weiter unten die Rede sein wird.<sup>26</sup>

Alexandre **Bertrand** (1795-1831) war nach ihrer anfänglichen Verteidigung von der Unhaltbarkeit der Flüssigkeitstheorie überzeugt und erklärte die Wirkung des Magnetisierens mit den Erwartungen und Vorannahmen von KlientIn und Behandler<sup>27</sup>; Janet hielt Bertrand für den „Initiator der wissenschaftlichen Erforschung der Hypnose“.<sup>28</sup> „Sowohl Bertrand als auch Noizet betonten die Tatsache, daß die menschliche Psyche Gedanken und Schlüsse enthält, deren wir uns nicht bewußt sind, und die man nur an den Wirkungen erkennen kann, die sie hervorbringen.“<sup>29</sup>

James **Braid** (1795-1860) schließlich machte den Magnetismus in England bekannt und wird gemeinhin als der Schöpfer des Terminus *Hypnose*<sup>30</sup> benannt, ein Begriff, den er dem griechischen Wort für Schlaf entlehnte. Deren Resultat beschrieb er als *nervous sleep*; beide Begriffe gebrauchte er, um die konzeptuelle Verbindung mit der Flüssigkeitstheorie zu erschweren. Die Phänomene erklärte er mit einer rapiden Schwächung des sensorischen und nervösen Systems und betonte später – vor allem für die Aktivierung des Heilungsprozesses – stärker die Rolle der *Suggestion*. Er beobachtete auch, daß die visuelle Fixierung durch die PatientInnen für die Trance-Induktion nicht notwendig ist, verschiedene Menschen aber unterschiedlich stark auf Hypnose ansprechen und Trancezustände auch selbst-induziert sein können.<sup>31</sup>

---

26 Nach **Ellenberger** 1970/1996, 122 f.

27 **Braude** 1991, 16.

28 **Ellenberger** 1970/1996, 122.

29 **Ellenberger** 1970/1996, 123, mit Verweis auf: **Général Noizet** 1854: *Memoire sur le somnambulisme et le Magnétisme Animal*, Paris: Plon; und **Bertrand**, A. 1823: *Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente*, Paris: Dentu.

30 **Wagstaff** 1994 weist allerdings daraufhin, daß der Terminus „hypnotisme“ schon einige Jahrzehnte vor Braids erster Publikation in französischen Nachschlagewerken auftauchte.

31 Neben diesen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen entwickelte sich aber auch eine pragmatischere Anwendung hypnotisch erzeugter Phänomene wie die der *hypnotischen Anästhesie* (vgl. auch Kap. 5.3), mit Hilfe derer seit den dreißiger Jahren des vergangenen Jahrhunderts Operationen durchgeführt wurden. Vor allem John **Elliotson** (1791-1868) und James **Esdaile** (1808-1859) – beide Anhänger der Flüssigkeitstheorie – wandten *Mesmerismus* serienmäßig zur Anästhesie in der Chirurgie an (vgl. **Braude** 1991).

Alle wesentlichen Forschungen zur Hypnose seien im 18. Jahrhundert schon gemacht worden, resümiert Janet<sup>32</sup>, während des 19. Jahrhunderts sei nichts Wesentliches hinzugefügt worden. Zentrale Einsicht der Magnetiseurs, die eine Grundlage der späteren Modelle bildet, war, daß – anders als im Glauben an übernatürliche Kräfte – die Beziehung zwischen Behandler und Kranken zentrale Größe im Heilungsprozeß war. Die Möglichkeit der Selbstinduktion des anderen Zustandes wurde von Farias und Braid beschrieben. Zentrale Fragen waren die nach der *Vermittlung* zwischen den beiden beteiligten Personen und der Erklärung des (Verhaltens im) anderen Zustand(s), die Ätiologie wurde von ausschließlich biologischer Bestimmtheit oder der durch außermenschlichen Kräfte abgelöst.

„Der Einfluß des Geistes und der Seele auf den Körper und die Möglichkeit, viele organische Krankheiten durch Magnetismus zu heilen, waren ... eine Selbstverständlichkeit.“<sup>33</sup>

In Deutschland setzte die Regierung 1812 eine Untersuchungskommission ein, die 1818 Berichte zugunsten der Heilmethode veröffentlichten, woraufhin in Bonn und Berlin Lehrstühle für Magnetismus eingerichtet wurden.<sup>34</sup>

Die deutschen Romantiker hingegen ersetzten, so Ellenberger, das Konzept des *Fluidums* von Mesmers durch die *Seele des Universums* und hofften, die schon von Mesmer und seinem Schüler Puységur festgestellte *Luzidität*, die Übersteigerung der Empfindsamkeit hypnotisierter Personen, „werde den menschlichen Geist befähigen, mit der ‚Weltseele‘ in Verbindung zu treten.“<sup>35</sup>

Neben der deutschen Romantik war in den Vereinigten Staaten ein anderer Einfluß auf die Erforschungen des Bewußtseins und des Unbewußten in Form des *Spiritismus* entstanden: Seit 1847 hatte sich eine „psychische Epidemie unerwarteten Umfangs“<sup>36</sup> ausgebreitet, in der neben Seancen mit Geistern ein Code-System für die Verständigung mit ihnen ausgearbeitet und zahllose spiritistische Gesellschaften gegründet wurden, zu deren ersten Mitgliedern auch viele Mesmerianer gehörten. Die Modewelle schwappte 1852/1853 nach Deutschland, England und Frankreich über. Während auf der einen Seite bald materialisierte Geister fotografiert und Handabdrücke genommen wurden, wurde die Hypnose als wissenschaftliche Technik diskreditiert.

---

32 Nach **Ellenberger** 1970/1996, 123, wo er sich auch auf weitere französische Forscher des Magnetismus bezieht, die hier zumindest einmal genannt sein sollen: Carignon, Teste, Gauthier, Lafontaine, Despine, DuPontet und Durand (de Gros).

33 **Ellenberger** 1970/1996, 124.

34 **Ellenberger** 1970/1996, 124; zu den deutschen Mesmerianern zählten Gmelin, Kluge, die Brüder Hufeland, Kieser, Nasse, Passavant und Wolfart.

35 **Ellenberger** 1970/1996, 126; vgl. auch **Janet** 1929 a, 462 f.

36 **Ellenberger** 1970/1996, 134; für den Abschnitt über Spiritismus insgesamt vgl. **ibd.**, 134 ff.

### 3.1.2 Die Schule von Nancy

„In der Zeit von 1860 bis 1880 waren Magnetismus und Hypnotismus so sehr in Verruf geraten, daß ein Arzt, der sich dieser Methoden bedient hätte, unweigerlich seine wissenschaftliche Laufbahn aufs Spiel gesetzt und seine Arztpraxis verloren hätte.“<sup>37</sup>

Ambroise **Liébault** (1823-1901), ein französischer Provinzarzt, war einer derjenigen, die es wagten. Er war durch die Arbeiten von Braid auf die Hypnose aufmerksam gemacht worden und untersuchte sie innerhalb kostenloser Behandlungen, die er zu diesem Zweck anbot.<sup>38</sup> Nach Ellenberger waren Noizets Schriften, in denen er sich auf Farias bezieht, die Grundlage der Arbeiten von Liébault.<sup>39</sup> Liébault selbst hatte konzeptuell nicht viel zur Forschung beigetragen: Der hypnotische Schlaf war für ihn bis auf den Bezug zwischen PatientIn und Behandler identisch mit dem natürlichen Schlaf.

Hippolyte **Bernheim** (1840-1919), Professor für Medizin in Nancy, wurde 1882 auf Liébault aufmerksam, als der einen Patienten geheilt entließ, an dem Bernheim sechs Jahre lang sein Können erfolglos erprobt hatte. Bernheim holte Liébault an sein Krankenhaus in Nancy, und die beiden Kollegen zogen durch ihre Arbeit eine Reihe jüngerer Anhänger der Suggestionstheorie an, die als die *Ecole de Nancy* bekannt wurde und europaweiten Einfluß gewann.<sup>40</sup>

Bernheim machte die Arbeit Liébaults bekannt, kurz nachdem Charcot seinen berühmten Vortrag über die Phasen der *Grande Hysterie* vor der *Académie des Science* gehalten hatte, in dem er seine Theorie der Hypnose als hysterisches Symptom vertrat (s.u.). „Das war der Beginn eines erbitterten Kampfes zwischen den beiden Männern“<sup>41</sup> und deren Schulen.

Bernheim behandelte mit Hilfe der Hypnose eine Vielzahl körperlicher Leiden wie Darmstörungen, Rheuma, Nervenleiden und Menstruationsbeschwerden und argumentierte im Gegensatz zur Schule der Salpêtrière, Hypnose sei keine mit der Hysterie verwandte pathologische Bedingung, sondern Resultat der *Suggestion*<sup>42</sup>, die er 1886 als die Handlung definierte, durch die ein Gedanke in ein Gehirn geleitet und von ihm akzeptiert werde.<sup>43</sup> Suggestibilität, zitiert Ellenberger aus demselben Werk Bernheims, sei „die Eignung, einen Gedanken in eine Handlung

---

37 **Ellenberger** 1970/1996, 137.

38 **Braude** 1991, 17.

39 **Ellenberger** 1970/1996, 123.

40 Anhänger der Schule von Nancy waren in Deutschland v.a. Schrenck-Notzing und Albert Moll, in Rußland Vladimir Bechterev, Bramwell in Großbritannien und Boris Sidis sowie Morton **Prince** in den USA (**Braude** 1991, 18).

41 **Ellenberger** 1970/1996, 140.

42 **Braude** 1991, 18: „...that hypnosis is not a pathological condition akin to hysteria, but that it is rather the result of suggestion“.

43 **Bernheim**, H. 1886: *De la suggestion et des applications à la thérapeutique*, Paris, o.S.: „I will define suggestion as the action by which an idea is introduced into the brain and accepted by it.“; zitiert nach **van der Hart/Horst** 1989, 405.

umzuwandeln“<sup>44</sup>, eine Eigenschaft, die jeder zu einem gewissen Grad besäße. Hypnose war für ihn ein Zustand erzwungener Suggestibilität.

„Um 1900 wurde Bernheim von vielen Menschen als der hervorragendste Psychotherapeut Europas angesehen; aber nach kaum zehn Jahren war er fast vergessen.“<sup>45</sup>

### 3.1.3 Die Schule der Salpêtrière

Jean Martin **Charcot** (1825-1893) „wurde zwischen 1870 und 1893 als der größte Neurologe seiner Zeit angesehen. Er war Leibarzt von Königen und Fürsten, und PatientInnen kamen zu ihm bis aus ‚Samarkand und Westindien‘“.<sup>46</sup> 1862 wurde er Chefarzt einer der größten Abteilungen des Krankenhauses Salpêtrière in Paris und ab 1870 Leiter einer Station mit Patientinnen, die an ‚Krämpfen‘ litten. Um hysterische von epileptischen Krämpfen unterscheiden zu lernen, begann er Untersuchungen der Hysterie mit neurologischen Methoden, wie er sie auch auf Nervenleiden angewandt hatte.

Ab 1878 unternahm er erste Experimente mit Hypnose an hysterischen Frauen, die von Assistenten vorbereitet wurden.<sup>47</sup> Charcot hatte bereits organische und hysterische Lähmungen experimentell unterschieden und post-traumatische Lähmungen<sup>48</sup> als ähnlich denen der Hysterie identifiziert. Der nächste Schritt war nun, solche Lähmungen unter Hypnose herzustellen: Das Ergebnis waren Symptome, die den hysterischen und den post-traumatischen ähnelten. Im nächsten Schritt suggerierte Charcot einen Zusammenhang zwischen einem Schlag auf die Wirbelsäule (dem Trauma) und einer posttraumatischen Lähmung. Sobald man die Versuchspersonen nach dem ‚Erwachen‘ aus der Hypnose auf den Rücken schlug, zeigten sie Lähmungserscheinungen. Bei bestimmten Menschen, die ohnehin in einem Zustand andauernden Somnambulismus lebten, sei nicht einmal die Suggestion notwendig, die Lähmung träte auch ohne sie auf, lautete Charcots Behauptung. Die dahinterstehende Annahme war die, der Unfall versetze die PatientInnen in eine Art hypnoiden Zustand, der eine Auto-Suggestion ermögliche. Wie für diese Lähmungen, die er als *dynamische* Lähmungen von den *organischen* unterschied, führte er ähnliche Experimentierreihen für verschiedene hysterische Symptome wie die hysterische Stummheit durch. So unterschied er auch die *dynamische Amnesie* von der *organischen*: Bei der dynamischen Amnesie ist ein Hervorrufen der Erinnerung unter Hypnose möglich.<sup>49</sup>

Charcots Herleitung des Phänomens war dann folgende: wenn man unter Hypnose

---

44 **Ellenberger** 1970/1996, 140.

45 **Ellenberger** 1970/1996, 142.

46 **Ellenberger** 1970/1996, 143, Zitat im Zitat o.O., **Ellenberger** ibd. auch im folgenden.

47 **Braude** 1991, 18: „...who ... trained them to exhibit the hypnotic behavior Charcot expected ...“

48 Vgl. Kap. 2.1.2.2.

49 **Ellenberger** 1970/1996, 145 f.

hysterische Phänomene reproduzieren könne, so sei die Hypnose eine künstliche Neurose und wie die Hysterie gänzlich in physiologischen Prozessen erklärbar. Eine weitere Verquickung zwischen Bewußtseinszustand und Krankheit entstand dadurch, daß Charcot die Krankheitsbilder Lethargie, Katalepsie und Somnambulismus als aufeinanderfolgende Phasen der Hypnose definierte.

1882 stellte er seine Ergebnisse der *Académie des Sciences* vor, derselben Institution, die den *Magnetismus* zuvor zweimal als wissenschaftliche Methode abgelehnt hatte, sein Modell gewann nicht nur Anhänger, sondern führte auch zu einer ersten Anerkennung der Hypnose durch die französische Akademie der Wissenschaften.<sup>50</sup> Die magnetischen Krankheiten<sup>51</sup> waren somit offiziell zum Bestandteil der Hypnose erklärt worden, die Hypnose allerdings auch zur Krankheit geworden.

### 3.2 Das Unbewußte

Erste Vorstellungen vom Unbewußten existierten, wie aus dem vorangehenden Kapitel deutlich wurde, also lange vor Ende des 19. Jahrhunderts, die Unterscheidung zwischen Seelenleben und bewußtem Wissen durchzieht die Geschichte der Menschheit.<sup>52</sup> Im 17. und 18. Jahrhundert wurde ihr zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt, im 19. Jahrhundert entwickelte sich die Diskussion dieser Unterscheidung zum Eckstein der neuen dynamischen Psychiatrie.<sup>53</sup>

Die Aspekte des Nicht-Bewußten, die bis 1900 benannt worden waren, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die *konservierende* Funktion (Erinnerungen, gespeicherte unbewußte Wahrnehmung, Träume als Erinnerungen, *Hypermnesie* – Erinnerungen an normalerweise unerreichbare Einzelheiten in der Hypnose),
- die *abtrennende* Funktion (automatisierte Gewohnheiten, abgespaltene Persönlichkeitsanteile, die das normale Bewußtsein beeinflussen). Die Annahme, Störendes würde ins Unbewußte verdrängt, war nach Ellenberger im ausgehenden 19. Jahrhundert eine selbstverständliche.
- die *kreative* Funktion in der bewußten Schaffung neuer Zusammenhänge und
- die *mythopoietische* Funktion, das Hervorbringen innerer Dichtungen.<sup>54</sup>

Die ätiologischen Modelle der o.g. Krankheiten waren im Verlauf der Forschungen mit Mesmerismus und Hypnose von der Fluidumtheorie Mesmers zu einer Konzeptualisierung geistig-seelischer Energie bzw. einem Modell der autonomen Aktivität von Teilfunktionen oder Funktionskomplexen, „Bruchteilen der Person“ übergegangen.<sup>55</sup>

---

50 **Ellenberger** 1970/1996, 145; **Braude** 1991.

51 Vgl. Kap. 2.1.1.

52 Vgl. **Nemiah** 1988 a, **Ellenberger** 1970/1996, **Hadzsega** 1986.

53 **Ellenberger** 1970/1996, 434 ff., auch im folgenden.

54 **Ellenberger** 1970/1996, 443.

55 *Ibd.*

Ellenberger<sup>56</sup> unterscheidet die Modelle der menschlichen Psyche innerhalb der ersten dynamischen Psychiatrie wie folgt: als Dualität der menschlichen Seele (*Dipsychismus*) und Konzeptualisierung des Menschen als Bündel von Unterpersönlichkeiten (*Polypsychismus*).

Die Theorie des *Dipsychismus* wurde vor allem von Max Dessoir dargelegt<sup>57</sup>, der auf assoziations-theoretischer Grundlage zwei verschiedene Ich-Formen, das *Ober-* und das *Unterbewußtsein* annahm.<sup>58</sup> Ellenberger unterscheidet den *Dipsychismus geschlossener* vom *Dipsychismus offener* Art: Ersterer nehme zwei Ebenen innerhalb des Menschen an, letzterer sehe die Ebene des Unbewußten als offen für Einflüsse von außen (Gott, Weltseele etc.). Durand (de Gros)<sup>59</sup> hatte dem entgegen 1868 die Meinung vertreten, der menschliche Organismus bestehe aus verschiedenen Segmenten, deren jedes ein Ich besitze, die dem Haupt-Ich, dem gewöhnlichen Bewußtsein, untergeordnet seien, in der Hypnose begegne man den verschiedenen ‚Unter-Ich-en‘.

„Man kann nicht zu sehr betonen, welchen Einfluß diese beiden Strukturmodelle der Seele ... auf die Systeme der neuen dynamischen Psychiatrie ausgeübt haben. Der *Dipsychismus geschlossener* Art war das Modell, nach dem Janet sein Konzept des Unbewußten und Freud seine Konzeption vom Unbewußten als der Gesamtheit der verdrängten Erinnerungen und Tendenzen formten.“<sup>60</sup>

Freud sei zu einem polypsychischen Modell übergegangen, „als er sein früheres Modell bewußt-unbewußt durch sein späteres dreigeteiltes Modell Ich-Es-Überich ersetze“.<sup>61</sup>

Ellenberger kommt das Verdienst zu, nach mehr als einem halben Jahrhundert des Schweigens dem Janetschen Beitrag zur Entwicklung psychodynamischer Theorien den gebührenden Stellenwert eingeräumt zu haben, und mir ist kaum ein Artikel aus der Dissoziationsforschung bekannt, der sich nicht auf Ellenberger beziehe. In seiner Einschätzung, Janets Modell sei als *dipsychisch* konzipiert, vernachlässigt er m.E. aber ein wesentliches Moment Janetscher Theorie, nämlich die Konzeptualisierung eines unauflöselichen Zusammenhangs zwischen Psyche und Körper, Gedanke und Handlung, die auf den Arbeiten der Hypnoseforscher des davorliegenden Jahrhunderts fußt.<sup>62</sup>

---

56 **Ellenberger** 1970/1996, 213 ff.

57 **Dessoir**, M. 1890: *Das Doppel-Ich*, Leipzig: Günther, vgl. auch **Hilgard** 1977, 4, der auf Herbart und v. Hartmann verweist.

58 Um nicht zu späteren Verwirrungen beizutragen: Die Begriffe *Unterbewußtsein* und *unterbewußt* wurden, auch nach **Ellenberger** (1970/1996, 489, 555) zum ersten Mal von **Janet** gebraucht. Vgl. das folgende Kapitel.

59 **Durand (de Gros)**, J.P. 1868: *Polyzoisme ou pluralité animale chez l'homme*, Paris: Imprimerie Hennuyer.

60 **Ellenberger** 1970/1996, 217.

61 **Ellenberger** 1970/1996, 217.

62 Vielleicht ist es diesem Umstand zuzuschreiben, daß *Dissoziation*, ein inzwischen als zentral begriffenes psychodynamisches Modell in Janets Gedankengebäude, in



Nur durch eine Wahrnehmung dieses Zusammenhangs aber wird Janets Modell in seiner Unterscheidung von der Freudschen Theorie verständlich und erschließen sich dessen Möglichkeiten. Die Darstellung dieser Thematik wird Inhalt des folgenden Kapitels sein, zuvor sei ein Überblick über die Verwendung des Begriffes *Dissoziation* vor Janet gegeben.

### 3.3 Das Dissoziationskonzept vor Janet

Nach **Carlson**<sup>63</sup> war Benjamin **Rush** 1812 vermutlich der erste, der den Begriff Dissoziation im psychopathologischen Zusammenhang benutzte. Er wandte ihn auf PatientInnen an, die seinerzeit in den USA als *flighty*, *hair-brained* oder *a little cracked* bezeichnet wurden; van der Hart/Horst vermuten eine Ähnlichkeit zum heutigen Störungsbild manischer Attacken oder der Schizophrenie.<sup>64</sup>

In Frankreich war die Hysterie- mit der Hypnoseforschung verbunden worden; die Fragen nach einer Erklärung der unterschiedlichen Gefühls- und Erlebnisqualitäten, den Überlappungen zwischen Wahrnehmungsfähigkeit und –behinderung mögen entscheidende Ausgangspunkte für Janets Studien gewesen sein.<sup>65</sup>

Janet selbst führt die Anfänge des Konzepts der *Dissoziation* auf Moreau de Tour zurück, der 1845 eine Abhandlung über Haschisch und Geisteskrankheiten schrieb.<sup>66</sup> Er machte experimentelle Studien mit Haschisch, weil die Substanz seiner Meinung nach den Willen schwächte und Erinnerungen und Imaginationen zur Dominanz ver helfe. Die Gegenwart trete hinter Vergangenheit und Zukunft zurück. Das wesentliche Moment der *Dissoziation* war für Moreau die Abspaltung von Ideen.<sup>67</sup>

Braude macht eine weiter zurückreichende Wurzel der Konzeption bei den Assoziationstheorien britischer Empiriker des 18. Jahrhunderts aus. Janet wie seine Nachfolger seien von der Voraussetzung ausgegangen, daß Ideen oder Geisteszustände assoziative Verbindungen untereinander hätten; zerbrächen diese Verbindungen, so würden die – z.B. in der Amnesie – voneinander getrennten Ideen als

---

Ellenbergers Werk nur im Zusammenhang mit *Dissozialisation* verschlagwortet ist und ganze fünf Eintragungen umfaßt. Die einzige Bemerkung Ellenbergers zur *Dissoziation* in Janets *Automatisme* lautet: „Das schwierige Problem der ‚Simultanexistenzen‘ wird mit Hilfe der allgemeinen Theorie Janets von den *desagrégations psychologiques* erklärt, eines Konzepts, das nicht sehr verschieden ist von dem der ‚psychischen Auflösung‘, das zuerst von Moreau (de Tours) und später von Hughlings Jackson vorgetragen wurde.“ (**Ellenberger** 1970/1996, 491)

63 **Carlson**, E.T. 1986: *The history of Dissociation until 1880*, in: **Queen**, J.M. (Hrsg.): *Split minds/Split brains*, NY: University Press, nach **van der Hart/Horst** 1989, 398.

64 **van der Hart/Horst** 1989, 398.

65 **van der Hart/Horst** 1989, 398: „How is a person to imagine a feeling that he does not feel, or a sensation that he does not perceive? What is the matter with the individual that can feel or sense something without having any notion of it? These questions became the point of departure for **Janet**’s dissociation theory.“

66 Nach **Braude** 1991, 93.

67 **van der Hart/Horst** 1989, 399.

abgespalten oder dissoziiert bezeichnet.<sup>68</sup> Janet schreibt dazu auf einen gleichlautenden Anwurf Binets, Dissoziation stelle keinen Gegenbegriff zur Assoziation dar, sondern beziehe sich auf die fehlende Integration durch einen Gedanken des Ego oder der Persönlichkeit, also auf die Synthese, die dadurch nicht vollzogen werden könne.<sup>69</sup>

**Taine** hatte 1878 in Bezug auf seine Studien zum automatischen Schreiben von einer Verdoppelung (*dédoublement*) des Ego gesprochen. Er bezeichnet damit die gleichzeitige Existenz von zwei Gedanken, zwei Willen, zwei verschiedenen Handlungen in einem Individuum, deren eine dem Menschen bekannt, deren andere es nicht ist, und die er unsichtbaren Mächten zuschreibt.<sup>70</sup>

Auch Charles **Richet** beschrieb 1884 *Dissoziation*, hier im Zusammenhang mit den drei Faktoren, die für ihn die intellektuelle Existenz des Menschen ausmachten:

- 1) Die Persönlichkeit, i.e. die bewußte Erinnerung an sich selbst, das Alter, das Geschlecht etc.
- 2) Die Wahrnehmung von Ereignissen, die außerhalb des Individuums stattfinden und
- 3) das Ego (*le moi*), die Vorstellung eines Wesens, das gleichzeitig beobachtet, fühlt, denkt und handelt. Richet merkte an, daß bei Personen, die unter Hypnose stehen, diese Elemente voneinander getrennt werden.<sup>71</sup>

Frederic **Myers** verwendet den Begriff 1887 zum ersten Mal in England, ebenso wie **Charcot**, **Gilles de la Tourette** und **Janet** in Frankreich.

Charcot konstatierte, daß durch die Dissoziation der Einheit des Geistes, die ja ohne weiteres eintreten könne, bestimmte Zentren in Aktion gebracht werden können, ohne daß die anderen Bereiche diesen Vorgang wahrnehmen oder in den Prozeß miteinbezogen würden.<sup>72</sup>

---

68 **Braude** 1991, 93: „Its foundations, however, reach back into the eighteenth century to the associationist theories of the british empiricists. Janet and his successors accepted the widely held view that ideas (i.e., mental states) have associative links to one another, and that when these links are broken (e.g., in amnesia), certain ideas may be said to be split-off or dissociated from the rest.“

69 **Binet**, A. 1889: *Recherches sur les altérations de la conscience chez les hystériques*, in: *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, 1889/27, 135-170: „Mr. Pierre Janet ... tells me that by dissociation he did not intend to designate a phenomenon contrary to the association of ideas. For him a dissociated state is a state that is not reappropriated by the idea of the ego and of the personality thereby escaping this superior synthesis.“ Übersetzt von und zitiert nach **Perry/Lawrence** 1984,30. Auch **Hilgard** 1977, 5, geht davon aus, der Begriff Dissoziation müsse von **Janet** als Umkehrung der Assoziation gemeint gewesen sein.

70 **van der Hart/Horst** 1989, 399.

71 **van der Hart/Horst** 1989, 399.

72 **Charcot**, J.-M. 1887: „by reason of the easy dissociation of mental unity, certain centers may be put into play without the other regions of the psychic organ being made aware of it and called upon to take part in the processes“, in: *Leçons sur les*

Gilles de la Tourette gebrauchte den Terminus 1887, um Ausfälle verschiedener Sinneswahrnehmungen bei hysterischen PatientInnen zu beschreiben. Janet benutzte *Dissoziation* also, oberflächlich betrachtet, im selben Sinn wie Charcot und de la Tourette, nämlich um Symptome zu beschreiben, die auch unter Hypnose herzustellen waren. Das Konzept war kein völlig neues, aber Janet war der erste, der es zum Ausgangspunkt der Beschreibung einer *psychischen Dynamik* machte, die in enger Beziehung mit dem Erleben überwältigender Emotionen stand.<sup>73</sup>

### 3.4 Zusammenfassung

Die Lehre von der Dissoziation entstand aus dem Zusammenbruch einer immer wieder genährten Illusion der Einheit des Bewußtseins<sup>74</sup>, die u.a. mittels Scheiterhaufen und Exorzismus wiederhergestellt werden sollte. Dieser Zusammenbruch war den Forschungen mit Hypnose im 18. Jahrhundert zu verdanken. Sie bildet den methodischen Hintergrund aller nachfolgenden westlichen psychodynamischen Konzepte, was Freud für seine Theorie wie folgt ausführt:

„Man kann die Bedeutung des Hypnotismus für die Entstehungsgeschichte der Psychoanalyse nicht leicht überschätzen. In theoretischer wie therapeutischer Hinsicht verwaltet die Psychoanalyse ein Erbe, das sie vom Hypnotismus übernommen hat.“<sup>75</sup>

Entscheidend an der erstmals von Puységur versuchten Konzipierung des Geschehens im *magnetischen Schlaf* war der Ansatz eines vollkommen neuen Verständnisses der Natur der Psyche und somit auch der psychischer Störungen. Lange vor einer endgültigen Abkehr vom Konzept der Besessenheit, das neben dem einer funktionellen Ursache der Krankheit dominierte, hatte Puységur die Grundlagen für zwei Entwicklungslinien der psychodynamischen Ansätze gelegt: Er hatte die Existenz eines zweiten Bewußtseins zur Debatte gestellt und auf künstliche Art und Weise einen pathologischen Zustand hervorgerufen<sup>76</sup> – ein neuer Zugang zu ‚geistigen Krankheiten‘ war geschaffen.

Aber man interessierte sich vorübergehend wenig für den psychopathologischen Ansatz Puységurs, das Hauptinteresse lag Ende des 18. Jahrhunderts im Studium und der Produktion luzider Zustände. Selbst in den akademischen Auseinandersetzungen, schreibt Janet, sei festzustellen, daß kaum ein Wissenschaftler sich für die theoretische Auseinandersetzung mit Suggestion und der Beeinflussung des Willens interessierte.<sup>77</sup>

---

*maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, Paris: Delahaye et Lecrosnie, S. 455; zitiert nach **van der Hart/Horst** 1989, 399.

73 **van der Hart/Horst** 1989, 397; vgl. weiter unten.

74 **Erdelyi** 1994, 4.

75 **Freud** 1940 b, 407.

76 **Janet** 1929 a, 464: „C’est la provocation d’un état pathologique d’une manière artificielle.“

77 **Janet** 1929 a, 465.

Das wesentliche Argument gegen die Hypnose im akademischen Zusammenhang war immer wieder der Vorwurf der Simulation: Der dargestellte Zustand sollte weder studiert noch ernstgenommen werden, weil er auf einfachste Weise durch eine/n SimulantIn nachgeahmt werden könne.<sup>78</sup> So führte man jahrzehntelang Diskussionen darüber, wie tief man eine Nadel in den Arm stechen könne, bis sie auf jeden Fall zu spüren sein müsse, um die Realität des Phänomens zu überprüfen.<sup>79</sup>

Charcot umging diese Bedenken, indem er die Hysterie und in ihrem Gefolge die Hypnose mit neurologischen Mitteln untersuchte, die Bewußtseinszustände als Teil der Krankheit beschrieb, und die Untersuchung auf quasi-anatomische Veränderungen der Reflexe, Lähmungen und Krämpfe beschränkte oder im Erscheinungsbild verwandte Phänomene mit Begriffen belegte, die die körperliche Analogie betonten.<sup>80</sup>

Die Krankheitskonzepte, die in ihrer Beschreibung auf Bewußtseinszustände rekurrten – der *Somnambulismus* (Schlafwandeln), die *Lethargie* (Schlafsucht, Trägheit) oder die *Katalepsie* (Totenstarre) – wurden zu Teilerscheinungen des (pathologisierten) Bildes der Hypnose, der nicht primär medizinisch-neurologische Zusammenhang der Krankheitsbilder *aus dem Bewußtsein gedrängt*. Die historische Anbindung der psychodynamischen Konzepte des 20. Jahrhunderts an die Forschungen des davorliegenden Jahrhunderts scheint gleichzeitig damit verschüttet worden zu sein. Die Konzeptionen des Unbewußten aber waren Produkt der Forschung an und mit Hypnose und Ergebnis der Auseinandersetzungen um deren Resultate. Viele der Diskussionen zu den unterschiedlichen Vorstellungen vom Unbewußten werden heute, hundert Jahre später, in sehr ähnlicher Weise und mit nicht sehr divergierenden Ergebnissen geführt. Die Auseinandersetzung zwischen dem, was Ellenberger *Dipsychismus* nennt, und dem Modell des *Polypsychismus* spiegelt sich in der neueren Diskussion um *Unbewußtes* und *Multiple Persönlichkeiten* in der Dissoziationstheorie, vernachlässigt aber in weiten Teilen ebenso wie die Einteilung nach Psychismen eine andere Körper-Geist-Konzeptualisierung im Modell Janet.

---

78 **Janet** 1929 a, 466: „Le fait qu'on présente ne doit pas être étudié, ni pris au sérieux, parce qu'il pourrait être facilement reproduit par un simulateur.“

79 **Janet** 1929 a, 466.

80 **Janet** 1929 a, 467.

## 4. Das Modell Dissoziation

Vor diesem Hintergrund will ich Janets Theorie der Automatismen und der darauf aufbauenden Theorie der Dissoziation von Erfahrungen im Zusammenhang überwältigender Gefühle vorstellen. Sie bildet die Grundlage des Dissoziationsansatzes in der neueren Traumaforschung. Freuds Konzeption der Dissoziation und die Veränderung seiner Abwehrtheorie, aber auch der Zusammenhang mit einer Konzeptualisierung des Traumas als reales Ereignis bzw. innerer Konflikt werden im Anschluß dargestellt. Das erscheint mir nicht nur im psychoanalytisch dominierten deutschen Sprachraum zur Einordnung des Janetschen Dissoziationsmodells notwendig, sondern auch als Grundlage für die Unterscheidung verschiedener Konzeptualisierungen der genannten Zusammenhänge im Rahmen der neueren Diskussion unabdingbar. Morton **Prince**, der neben Unbewußtem und Unterbewußtem ein Mit-Bewußtes (*Coconscious*) konzipiert, wird im Anschluß vorgestellt. Sein Modell wird in der neueren Dissoziationsforschung, vor allem der *Dissoziativen Identitätsstörung*, als zusätzlicher Versuch verstanden, die Vorstellung voneinander getrennter Handlungs- und Bewußtseinsgruppen verständlicher zu gestalten.

### 4.1 Janet

„La tendance à la synthèse et à la personnalité reste le caractère générale des phénomènes psychologiques.“ (Janet 1893)<sup>1</sup>

Janet sei das „Bindeglied zwischen der ersten dynamischen Psychiatrie und den neueren Systemen“, schreibt Ellenberger.<sup>2</sup> Keiner der anderen späteren Vertreter der neuen psychodynamischen Schulen habe die Geschichte der ersten dynamischen Psychiatrie so genau gekannt wie Janet; Freud, Adler und Jung benutzten Janets Werk als Quelle. In den Auseinandersetzungen des beginnenden 20. Jahrhunderts sieht Ellenberger „späte Manifestationen des Gegensatzes zwischen dem Geist der Aufklärung und dem der Romantik.“<sup>3</sup>

#### 4.1.1 Leben und Werk

Da keine deutschen Übertragungen von Janets Arbeiten vorliegen, und die Rezeption seines Werkes sich auf Andeutungen in Freuds Werk<sup>4</sup> und einigen neueren Artikeln beschränkt, will ich Janet, dessen Bedeutung für die Entwicklung des Dissoziationskonzepts unstrittig ist, ausführlicher darstellen. Er ist entscheidender Bezugspunkt in der heutigen Forschung und Therapie zu Dissoziation, war aber

---

1 **Janet** 1893, ix; etwa: „Psychologische Phänomene tendieren letztlich immer zu Integration und Formung der Persönlichkeit“, oder: „Die Tendenz zu Synthese und Persönlichkeit bleibt grundlegender Charakter psychologischer Phänomene.“

2 **Ellenberger** 1970/1996, 449.

3 **Ellenberger** 1970/1996, 449, im folgenden **ders.**, a.a.O.: 449-559.

4 Vgl. **Perry/Lawrence** 1984 und **Ellenberger** 1970/1996.

auch schon zu Lebzeiten ein einflußreicher Psychopathologe. Deshalb sollen einige Anmerkungen zu seinem Leben vorausgeschickt werden<sup>5</sup>:

Schon 1885, nach seinen ersten Studien am Krankenhaus in Le Havre, wo er an einer Schule als Philosophielehrer tätig ist, zieht Janet das Interesse der Fachkollegen auf sich; nach einem Vortrag vor der *Société de Psychologie philosophique* über Léonie, eine der Patientinnen, die er später auch im *Automatisme*<sup>6</sup> beschreibt, besuchen zwei Abordnungen aus Frankreich und England die Stadt Le Havre, um Janets Arbeit zu begutachten. Unter ihnen ist Charles **Richet**, ein Mitarbeiter von Charcot.

Nach der Vorlage des *Automatisme Psychologique* 1889, seiner Doktorarbeit, die auf der Basis der erstmals zwischen 1886 und 1889 der *Revue Philosophique* veröffentlichten Artikel entstandenen war, geht Janet nach Paris, um Medizin zu studieren, was Voraussetzung für eine Fortsetzung seiner psychopathologischen Studien ist.

1889 findet der *Erste internationale Kongreß für experimentelle und therapeutische Hypnose* in Paris statt, zusammen mit **Liébault**, **Bernheim**, **Déjérine** und **Forel** ist Janet Mitglied des Komitees. Auch **Freud**, **James**, **Myers** und **Dessoir** sind Teilnehmer dieses Kongresses.

Ab 1890 nimmt Janet seine Studien am Krankenhaus Salpêtrière auf und reicht 1893 seine Doktorarbeit der Medizin ein, die unter dem Vorsitz von Charcot begutachtet und mit Auszeichnung angenommen wird.

1892 hält er auf dem *Internationalen Kongreß für Experimentelle Psychologie* eine Abhandlung zu *Amnesie und Fixe Ideen*<sup>7</sup>, und Charcot eröffnet, aus dem Wunsch heraus, die Experimentalpsychologie an sein Krankenhaus zu holen, ein psychologisches Labor, dessen Leitung er Janet überträgt. Janet arbeitet bis 1902 an der Salpêtrière, hat aber schon ab 1898 Lehrverpflichtungen für experimentelle Psychologie an der Sorbonne übernommen.

1894 veröffentlicht er ein Lehrbuch der Philosophie, bis in die 30er Jahre erscheinen zahlreiche Veröffentlichungen im Bereich der Psychopathologie.<sup>8</sup>

---

5 Für eine gründlichere Einführung auch in das philosophische und weitere psychopathologische Werk Janets siehe **Ellenberger** 1970/1996.

6 **Janet** 1889.

7 **Janet** 1898: *Névroses et Idées Fixes*, s.u.

8 Im Zusammenhang mit dem hier angeschnittenen Themenbereich nennen **van der Kolk et al.** 1989, 377:

– 1889: *L'Automatisme Psychologique* (vgl. **Janet** 1889)

– 1893/94: *Etat mental des hystériques*, Bibliothèque médical Charcot-Debove, Paris, Rueff et Cie, 2 vol. I : *Les stigmates mentaux* (Préface de Charcot), 1893 und II: *Les accidents mentaux*, 1894

– 1894: *Histoire d'une idée fixe*, in: *Revue Philosophique* 1894/37, 121-168

– 1897: *L'insomnie par idée fixe subconsciente*, in: *Presse Médicale* 1897/5, 41-44

– 1898: *Névroses et idées fixes* (2 vol.), Paris: Alcan

– 1903: *Les Obsessions et la Psychasthénie* (2 vol.), Paris: Alcan

– 1904: *L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion*, in: *Journal Psychologique* 1904/4, 417-453

Der Fokus seiner klinischen Forschung liegt auf den Krankheitsformen der Hysterie und Neurasthenie, Mitte der 90er Jahre hat sich Janet nicht nur in Frankreich einen Namen als hervorragender Neurosenspezialist gemacht. 1902 wird er als Nachfolger von **Ribot** ans *Collège de France* berufen.

Ab Mitte der 90er Jahre bis 1936 wird er als Redner zu verschiedensten Kongressen in den USA, in Lateinamerika und Europa eingeladen, in Harvard hält er 1906 15 Vorlesungen über Hysterie und erhält 1936 anlässlich der 300-Jahrfeier der Universität die Ehrendoktorwürde.

Zu seinem achtzigsten Geburtstag, der mit dem 50jährigen Erscheinen des *Automatisme* und der 100-Jahr-Feier für Ribot zusammenfällt, halten **Piaget** und **Minowski** Reden zu Janets Ehren. Er stirbt 1947.<sup>9</sup>

#### 4.1.2 Janets Ausgangsüberlegungen und Forschungsansatz

Perry/Lawrence beschreiben als einen empirischen Hintergrund für Janets Studien – und sicher gilt das allgemein für die Theorie von den *Automatismen* – die Entdeckung und Erklärung der Ideomotorik durch **Chevreul**, der 1825 durch einen neuen experimentellen Zugang demonstrierte, daß Pendelschwingungen durch Gedanken ausgelöst werden können, die in nicht wahrgenommene und nicht bewußt intendierte Muskelbewegungen übersetzt werden.<sup>10</sup>

Janet war von diesem Beweis des Einflusses des Gedankens auf Handlungen beeindruckt. Er war überzeugt, daß jeder Gedanke zu allererst in eine Bewegung übersetzt würde, und das Studium von psychopathologischen Formen, in denen die Bewegung eingeschränkt ist, die beste Möglichkeit sei, zu verstehen, wie Gedanken gebildet und organisiert werden.<sup>11</sup>

Einen zweiten Hintergrund für Janets Forschungen sehen Perry/Lawrence in den

– 1907: *The Major Symptoms of Hysteria*, London/New York: Macmillan; *Second edition with new matter*: 1920. Faksimile der Auflage von 1920: New York: Hafner 1965

– 1909: *Les Névroses*, Paris: Flammarion

– 1909: *Problèmes psychologiques de l'émotion*, in: *Revue Neurologique* 1909/17, 1551-1687

– 1911: *L'Etat mentale des Hystériques*, Edition seconde, Paris: Alcan; Neuauflage: Marseille: Lafitte 1983

– 1919: *Les Médications Psychologiques* (3vol.), Paris: Alcan

– 1930: *Autobiography*, in: **Murchison**: *A History of Psychology in Autobiography*, Worcester/Mass: Clark University Press, Vol.1, 123-133

– 1935: *Les Débuts de L'Intelligence*, Paris: Flammarion; weitere siehe **Ellenberger** 1970/1996.

9 **Ellenberger** 1970/1996, 559.

10 **Perry/Lawrence** 1984, 28.

11 **Perry/Lawrence** 1984, 28: „...he became convinced that any thought is first of all translated into movements and that the study of psychopathological conditions where movements are inhibited (e.g., catalepsy) would be the best way to understand how thoughts are formed and organized.“

Studien zur posthypnotischen Suggestion<sup>12</sup>, die Janet damit erklärte, daß die unter Hypnose gegebene Suggestion auf unterbewußter Ebene fort dauerte.<sup>13</sup>

1889 reicht Janet die Zusammenfassung seiner Studien in Le Havre unter dem Titel *L'Automatisme Psychologique* als Doktorarbeit ein. Sie trägt die Untertitelung: *Essai de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine* (etwa: Experimentalpsychologischer Versuch über die niederen Formen menschlicher Aktivität).

Seine Untersuchungsgruppe bilden 14 Hysterikerinnen, fünf Hysteriker und acht Menschen mit ‚Geisteskrankheiten‘ oder Epilepsie.<sup>14</sup> Janet begründet die Auswahl von Kranken für seine Studie allgemein-menschlicher Automatismen einerseits damit, daß sie leichter beobachtbar, weil ja im Krankenhaus untergebracht seien. Andererseits unterschieden sich die Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens bei Kranken wie Gesunden nicht voneinander<sup>15</sup>, sie zeigten allenfalls die extremen Pole auf. Man kenne den Menschen nur zur Hälfte, studiere man ihn nicht auch im kranken Zustand, zitiert er Broussais.<sup>16</sup>

Die hysterischen PatientInnen hält er aufgrund der Tatsache, daß sie sehr instabile Bewußtseinszustände haben, für besonders geeignet für psychologische Studien und die der psychologischen Automatismen. Einerseits verursachten sie durch ihre Krankheit selbst Anfälle, andererseits seien sie leicht hypnotisierbar.<sup>17</sup>

Janets Ziel ist eine möglichst wenig theoriebeladene Sammlung von Fakten, aus denen Hypothesen aufgestellt werden können, die dann geprüft werden sollen. Da psychologische Phänomene aber sehr komplex seien, könnten sie nicht allein durch subjektive Ableitung erschlossen werden, weil man in seinen Assoziationen immer wieder mit neuen unbewußten Repräsentationen konfrontiert sei.<sup>18</sup> In der Anwendung von Hypnose sah Janet die Möglichkeit, eine für ihn wesentliche Bedingung wissenschaftlicher Studien, die der Veränderung der Experimentalbedin-

---

12 Vgl. Kap. 3.1.

13 **Perry/Lawrence** 1984, 28.

14 **Janet** 1888, 8: „...quatorze femmes hystériques et hypnotisables, sur cinq hommes atteints de la même maladie, sur huit autres individus atteints d'aliénation mentale ou d'épilepsie ...“

15 **Janet** 1888, 5 f.: „...les lois de la maladie sont les mêmes que celles de la santé et qu'il n'y a dans celle-là que l'exagération ou la diminution de certains phénomènes qui se trouve déjà dans celle-ci.“

16 **Broussais**: *De l'irritation et de la folie*, o.J., S. 26: „L'homme n'est connu qu'à moitié, qu'il n'est bien observé que dans l'état sain; l'état de maladie fait aussi bien partie de son existence morale que de son existence physique.“ Zitiert nach **Janet** *ibid.*

17 **Janet** 1888, 8: „Ces névroses, ayant comme caractère principale une grande instabilité mentale, nous offrent, et par les accidents naturels qu'elles occasionnent et par la prédisposition au somnambulisme qu'elles engendrent, le champ le plus favorable aux études expérimentales de psychologie et surtout aux études sur l'automatisme.“

18 **Janet** 1888, 4: Er zitiert aus einer Übersetzung Langes: „... c'est que dans la série des associations, à chaque instant on se heurte aux représentations inconscientes“. (**Lange**: *Histoire du matérialisme*, Traducion, 1877, II, 427)



gungen, einzulösen. Da man in psychologischen Experimenten ja den Bewußtseinszustand erforschen wolle, müsse man ihn verändern können, was mittels der Hypnose möglich sei. Einwänden gegen die Hypnose setzte er mit Despina entgegen, es sei ein bequemes Mittel, das Studium jener Phänomene zu verweigern, die man nicht verstehe, indem man sie als betrügerisch bezeichnet.<sup>19</sup> Allerdings setze das Experimentieren mit Hypnose große Vorsicht voraus.

Die methodische Ergänzung bildet eine minutiöse *Beobachtung* der Patientinnen: Wenn man auch von den psychologischen Phänomenen anderer Menschen nicht wissen könne, so könne man doch aus Äußerungsformen wie Gesten, Handlungen und Sprache auf sie schließen.

Janet stellte feste Regeln für seine Studien auf, eine Praxis, die damals ungewöhnlich war<sup>20</sup>:

Er forderte eine lange Zeit der Beobachtung, des Kontaktes und anamnestischer Erhebung vor dem Beginn experimenteller Studien mit Hypnose. Da HysterikerInnen sehr beeinflussbar seien, und ihre Symptomatik sich je nach Einfluß rasch verändere, bestand er darauf, nur mit PatientInnen zu arbeiten, die vorher noch nicht (hypnotisch) behandelt worden waren.<sup>21</sup> Eine Behandlung in der Öffentlichkeit oder gar Ankündigung der erwarteten Resultate (eine Anspielung auf Charcot) hielt er wegen der Beeinflussbarkeit der PatientInnen für vollends unangezeigt<sup>22</sup>, er selbst experimentierte – zu dieser Zeit sah er sich nicht als Behandler – nur dann mit einer zusätzlich anwesenden Person, wenn diese erfahren und ihre Anwesenheit für die Studie notwendig war. Janet kritisierte an den zeitgenössischen Studien – auch denen Charcots –, daß sie die Hysterie mit den gleichen Mitteln wie jede andere organische Krankheit erforschten und die Gedanken und Gefühle der PatientInnen außer acht ließen.<sup>23</sup> Folglich war ein weiteres Kriterium für seine Studien die intensive und möglichst umfassende Erhebung der Äußerungen des Verhaltens, der Gedanken und Gefühle der Untersuchten.<sup>24</sup>

---

19 **Despine** 1880: *Du Somnambulisme étudié au point de vue scientifique*, S. 332: „Considerer facilement les chose comme frauduleuses, c’est une opinion commode pour se dispenser d’étudier ce qu’on ne comprend pas.“ Zitiert nach **Janet** 1888, 7.

20 **Ellenberger** 1970/1996, 460.

21 **Janet** 1888, 8, auch im folgenden.

22 Léonie, eine seiner ersten Patientinnen, hatte als Einzige in tadelloser Manier die Charcotschen Phasen der *Grande Hysterie* dargestellt. Nach anfänglicher Verblüffung stellte Janet Nachforschungen an und fand heraus, daß sie zuvor an der Salpêtrière behandelt worden war (nach **Perry/Lawrence** 1984, 27). Ellenberger hingegen gibt an, Léonie sei zuvor von Magnetisierenden der alten Schule behandelt worden. (**Ellenberger** 1970/1996, 458)

23 **Janet** 1909: *Les Névroses*, Paris: Flammarion, o. S.; nach einer Übersetzung von **Mayo** 1952/1972, 28: „They studied hysteria exactly as they studied these other ills and without adequate precaution. And they did not bother to examine closely the ideas and sentiments of the patient.“

24 **Perry/Lawrence** 1984, 27, vgl. **Janet** 1888.

### 4.1.3 Der psychologische Automatismus

Der Begriff der *Automatismen* war, wie wir in Kap. 2.1 gesehen haben, keine Neuschöpfung von Janet. Janet ist sich dessen bewußt, und verweist darauf<sup>25</sup>, daß unter dem Begriff gewöhnlich zweierlei verstanden werde. Zum einen solle diese Aktivität zum mindesten dem Anschein nach etwas Spontanes haben und aus der Person selber, nicht durch äußeren Anstoß entstehen<sup>26</sup>: Demnach wäre etwa eine von selbst laufende Puppe ein Automat. Die Bewegungen sollten darüber hinaus sehr regelmäßig sein, ohne Variationen einem rigiden Determinismus unterworfen. Die ersten Ansätze menschlicher Aktivität zeigten genau diese beiden Eigenschaften: sie würden durch äußere Einflüsse *hervorgerufen*, aber nicht durch sie *geschaffen*; sie kämen aus dem Subjekt selbst, und bei all dem seien sie derart gleichmäßig, daß man für sie den freien Willen, den die höheren Fähigkeiten erfordern, nicht veranschlagen könne.<sup>27</sup>

Eine andere Bedeutung, die dem Begriff *automatisch* normalerweise beigeordnet wird, akzeptiert Janet nicht: rein mechanisch und ohne Bewußtsein erfolgend.<sup>28</sup> Eben diese Konzeption der Automatismen sei irreführend.

Wollte man andererseits argumentieren, so Janet weiter, die Grundlage menschlichen Handelns sei ausschließlich in der Einheit des Willens und des Bewußtseins abgebildet, ohne die Existenz von Automatismen anzunehmen, so schlosse man viele Phänomene menschlicher Aktivität aus der Beschreibung aus. Die Einheit und die Systematisierung scheinen Janet das Ziel und nicht der Ausgangspunkt menschlichen Denkens.<sup>29</sup> So gebe es z.B. menschliche Aktivitäten, die sich in anormalen Formen äußerten, und selbst für den unbewußt seien, der sie ausführt;

---

25 **Janet** 1888, 2-4.

26 **Janet** 1888, 2: „... prendre sa source dans l'objet même qui se meut et ne pas provenir d'une impulsion extérieure“.

27 **Janet** 1888, 2: „Or, les premiers efforts de l'activité humaine ont précisément ces deux caractères: ils sont provoqués et non pas créés par les impulsions extérieures; ils sortent du sujet lui-même, et cependant ils sont si réguliers qu'il ne peut être question à leurs propos du libre arbitre réclamé par les facultés supérieures.“

28 So hatte vor allem **Despine** – auf den **Janet** sich des öfteren bezieht – den Begriff gebraucht, um „sehr komplexe und intelligente Handlungen (zu bezeichnen, L.H.), die zu einem Ziel gelangen, das vollkommen spezifisch und den Umständen angemessen ist; Handlungen, die genau jenen gleichen, die bei anderen Gelegenheiten das Ich dem gleichen Apparat befiehlt.“ Für Despine allerdings war der Automatismus das Produkt einer lebendigen Maschine *ohne Bewußtsein*. **Despine**, P. 1868: *Psychologie naturelle*, Paris: Savy, Bd. I, S. 490 f., zitiert nach **Ellenberger** 1970/1996, 489.

29 **Janet** 1888, 3: „Un autre caractère toujours attribué à l'activité supérieure, c'est le caractère de l'unité: la puissance volontaire semble une et indivisible comme la personne elle-même dont elle est la manifestation. Il est impossible de comprendre les actions humaines si l'on veut se représenter toutes les activités sur ce modèle. L'unité et la systématisation nous semble être le terme et non le point de départ de la pensée“...

impulsive Wünsche, die dem Willen zuwiderlaufen, denen sich das Subjekt aber nicht widersetzen könne. Diese Unregelmäßigkeiten seien mit der Theorie des freien und einen Willens allein nicht erklärbar.<sup>30</sup>

Wir glauben, argumentiert Janet, daß wir die gleichzeitige Existenz von Automatismus und Bewußtsein einräumen können. Seiner Ansicht nach könne in einem Lebewesen die von außen feststellbare Aktivität in keiner Weise von der sich in ihr gleichzeitig manifestierenden Intelligenz oder dem entsprechenden Bewußtsein getrennt werden. Sein Ziel sei nicht nur zu beweisen, daß es eine menschliche Aktivität gibt, die den Namen Automatismus verdient, sondern daß es zulässig ist, sie *psychologischen* Automatismus zu nennen.<sup>31</sup> Seine Studien elementarer Formen von Aktivität sind für Janet somit zugleich Studien der elementaren Formen der Sensibilität und des Bewußtseins.<sup>32</sup>

Die Synthese von Information sei ein komplexer, aber bei weitem nicht immer bewußter Vorgang, nur ein kleiner Teil des Austauschs zwischen Umwelt und Individuum erfolge bewußt. Information werde normalerweise automatisch dadurch integriert, daß eine adäquate Handlung erfolgt. *Automatismen sind Handlungen, die durch eine Idee veranlaßt und von Gefühlen begleitet werden.* Sie schließen rudimentäre Elemente von Bewußtsein ein und vereinen in sich Wahrnehmung, Wille und Gefühl mit Handlung; sie reichen von einfachen Aktivitäten wie dem Greifreflex bis zu komplexen Fähigkeiten.

Automatismen können *partiell* oder *total* sein, je nachdem, ob sie den Geist und das Denken des Menschen vollständig oder nur teilweise besetzen.<sup>33</sup> Elementare Aktivitäten können sich miteinander verknüpfen und zu einem ausgeprägteren Automatismus entwickeln.

Die Automatismen selbst schufen aber keine neue Synthese, faßt Janet in einem späteren Vorwort zum *Automatisme* zusammen: sie seien schlicht die Manifestation von Synthesen, die zu einem anderen Zeitpunkt, als der Geist noch mächtiger war, organisiert wurden.<sup>34</sup>

30 **Janet** 1888, 4: „Enfin l’activité humaine se présente quelquefois sous des formes anormales, mouvements incohérents et convulsifs, actes inconscients ignorés par celui-là même qui les accomplit, désirs impulsifs contraires à la volonté et auxquels le sujet ne peut résister. Ces irrégularités sont inexplicables si on ne connaît que la théorie de la volonté libre et une.“

31 **Janet** 1888, 2 f.: „Nous croyons que l’on peut admettre simultanément et l’automatisme et la conscience ... En d’autres termes, il ne nous semble pas que, dans un être vivant, l’activité qui se manifeste au dehors par le mouvement puisse être séparée d’une certaine forme d’intelligence et de conscience qui l’accompagne au dedans, et notre but est de démontrer non seulement qu’il y a une activité humaine méritant le nom d’automatique, mais encore qu’il est légitime de l’appeler un automatisme psychologique.“ (Hervorhebung des Autors)

32 **Janet** 1888, 3: „..... études des formes élémentaire de l’activité sera pour nous en même temps l’études des formes élémentaires de la sensibilité et de la conscience“ (Hervorhebung des Autors).

33 Vgl. auch **Ellenberger** 1970/1996, 489.

34 **Janet** 1893, x: „L’automatisme ne crée pas de synthèses nouvelles, il n’est que la

Die verschiedenen Qualitäten der Automatismen sind also:

- 1) Der Begriff beschreibt einen Zusammenhang von Gefühlen, Willen, Bewußtsein und Handlungen auf wie rudimentärer oder ausgeprägter Ebene auch immer: „Janet behauptete, selbst auf den niedrigsten Ebenen des psychischen Lebens gebe es keine Empfindung und kein Gefühl ohne Bewegung.“<sup>35</sup> Jede Emotion veranlaßt eine Bewegung, ohne Motilität existiert kein Bewußtsein. In ihrer einfachen Form haben die Automatismen zwar rudimentäres Bewußtsein, aber kein Bewußtsein eigener Identität und erfahren ohne Stimulierung von außen keine Änderung.<sup>36</sup>
- 2) Sie sind Resultat der größtenteils automatischen Integration von Umwelt- und Körperinformationen durch Handlungen, sozusagen Speicher der vergangenen Integrationsleistungen.
- 3) Automatismen sind so lange vom Willen der zentralen Persönlichkeit (des dominanten Bewußtseinszustandes) beeinflussbar, als neue Informationen in Abgleich und ständiger Überarbeitung der alten Automatismen synthetisiert werden können. Im gesunden Menschen sind die Automatismen miteinander verbunden und zumindest potentiell durch Wahrnehmung und Willenskontrolle erreichbar.<sup>37</sup>
- 4) Wird diese Kraft der Synthese geschwächt, so verliert die zentrale Persönlichkeit (die eigentlich auch nur ein sehr ausgeformter Automatismus ist) die Kontrolle, denn die Kontrolle *ist* die Synthese neuer und alter Information: Andere Automatismen übernehmen die Exekutive und so zunehmend auch die Tätigkeit der Integration neuer mit alten Informationen, sie wachsen zu weiteren Persönlichkeitszentren heran.

Janets Argumentation ist also, daß das Bewußtsein mit allen anderen Prozessen im Menschen verbunden ist, und bei einer Abtrennung irgendeines Prozesses auch diesem eine zumindest rudimentäre Form von Bewußtsein innewohnt.

#### 4.1.4 Bewußtsein, Unterbewußtes

Bewußtsein ist für Janet ein Kontinuum, das von grundlegenden physiologischen Prozessen, die auf Bewußtheit schließen lassen, bis zu höchsten Formen der

---

manifestation des synthèses qui ont déjà été organisées à un moment où l'esprit était plus puissant.“

35 **Ellenberger** 1970/1996, 492.

36 Vgl. **Ellenberger** 1970/1996, 489.

37 **Kihlstrom** 1994, 368: „**Janet** (1889) analyzed mental life into elements known as psychological automatism, each consisting of a complex act responsive to the details of the stimulus situation, and each including an idea and an emotion. In normal individuals, the entire set of psychological automatism is bound together and accessible to phenomenal awareness and voluntary control.“

Selbstbewußtheit reicht<sup>38</sup>, es bezieht sich auch auf die inneren propriozeptiven Aktivitäten.<sup>39</sup>

Nach Janets Vorstellung sind Wahrnehmung, Bewußtsein von Gefühlen, Gedanken und Handlungen, die mit vorheriger Erfahrung verbunden sind, normalerweise in einem einzigen Bewußtsein(szentrum) vereint und unter willentlicher Kontrolle.<sup>40</sup>

Janet „trennt das Bewußtsein nie von Aktivität“<sup>41</sup>, er besteht auf einer engen Beziehung zwischen Gedanken und Gefühlen<sup>42</sup>, alle Bilder oder Vorstellungen sind seiner Meinung nach von einer Bewegung begleitet, eine Unterdrückung der Vorstellungen resultiere in einem parallelen Verschwinden der Bewegung. Diese Parallele ist für ihn derart zwingend, daß er verschiedene Formen der Lähmung als *Amnesie* bezeichnet.<sup>43</sup>

Der Integrationsprozeß, durch den neu eintreffende mit alten Informationen (immer im Sinn einer Einheit von Gedanken, Gefühlen und Handeln) synthetisiert werden, ist dem Bewußtsein nicht per se zugänglich. Sein Resultat ist ein Individuum, das als Ansammlung von Erinnerungen bezeichnet werden kann, die durch einen Syntheseprozess verändert werden.<sup>44</sup>

Diese Synthese und ständige Überarbeitung ist notwendig, um das Individuum seiner stets sich verändernden Umgebung anzupassen. Um eine Information zu integrieren, ist eine adäquate Handlung erforderlich. Die beiden Aktivitäten der *Aufbewahrung* der in der *Vergangenheit* vorgenommenen Organisation und der *Synthese*, der Organisation des *gegenwärtigen* Materials, gehen Hand in Hand. Einzig die Verringerung der Aktualsynthese, eine Schwächung, die sich in verschiedensten Formen manifestiert, erlaubt ein Überhandnehmen der Entwicklung alter Automatismen.<sup>45</sup>

---

38 **Perry/Lawrence** 1984, 1.

39 **van der Hart/Horst** 1989, 402.

40 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1532.

41 **Ellenberger** 1970/1996, 487.

42 **Janet** 1893, x: „Il n’y a pas, disions-nous, deux facultés, l’une celle de la pensée, l’autre celle de l’activité, il n’y a à chaque moment qu’un seul et même phénomène se manifestant toujours de deux manières différentes.“ (mit Verweis auf S. 482 des *Automatisme*, 1889)

43 **Janet** 1893, ix: „Nous avons insisté sur le rapport étroit qui semble exister entre les phénomènes psychologiques, et en particulier entre les pensées et les mouvements. Nous avons essayé de montrer que les sensations et les images étaient accompagnées par des mouvements des membres et que, d’autre part, les disparitions de la sensation ou de l’image provoquaient une suppression parallèle dans les mouvements, si bien que certaines paralyses pouvaient être considérées comme des amnésies.“ (mit Verweis auf die Seiten 350 und 362 des *Automatisme*, 1889)

44 **Perry/Lawrence** 1984, 30: „aggregation of memories that had been altered by a synthesis process“.

45 **Janet** 1893, x, xi: „L’automatisme ne crée pas de synthèses nouvelles, il n’est que la manifestation des synthèses qui ont déjà été organisées à un moment où l’esprit était plus puissant ... Non seulement ces deux activités, l’une qui conserve les

Die Gesamtheit der psychologischen Energie nennt Janet die *psychologische Kraft*. *Psychologische Spannung* ist der Terminus für das Organisationsniveau dieser Energie, d.h. die Kapazität reflektiven, kreativen und angemessenen Handelns.<sup>46</sup> Die adäquate Handlung nennt Janet *Realisation* und versteht sie primär sprachlich: es ist die Fähigkeit, die persönliche Erzählung – die *Narration* – den Realitäten der aktuellen Erfahrungen anzupassen.<sup>47</sup> In Wille oder Aufmerksamkeit scheint sich eine zumindest relative Einheit des Geistes herzustellen.<sup>48</sup>

Durch die *Aufmerksamkeit* rücken bestimmte Elemente in das Bewußtseinsfeld und andere werden in den Hintergrund geschoben. Deren Wahrnehmung vollzieht sich so außerhalb des Bewußtseins. Je nach Bewußtseinszustand verändert sich auch die Beschaffenheit des Bewußtseinsfeldes<sup>49</sup> und damit die Fähigkeit der Integration von Information. Den Begriff *Bewußtseinsfeld* leitet Janet aus dem des Gesichtsfeldes ab: Es war aus Untersuchungen zu visueller Wahrnehmung bekannt, daß Menschen auch auf nicht bewußt Wahrgenommenes reagieren.<sup>50</sup>

In diesem Sinne verwendet Janet auch den Begriff *unbewußt* nur für eine momentane Erscheinung, die vom Fehlen der Aufmerksamkeit abhängig ist<sup>51</sup> – vergleichbar also wohl am ehesten dem Freudschen *Vorbewußten* – allerdings ohne dessen psychodynamische Implikationen.

Bewußtsein wird – wie die einzelnen Automatismen auch – psychologisch und biologisch enkodiert; *Unterbewußtsein* meint die Gesamtheit der auf diese Weise gespeicherten Erinnerungen<sup>52</sup>, die dem Bewußtsein zum gegebenen Moment nicht verfügbar sind.

Zu diesem Hintergrund von Automatismen, der von Janet *Unterbewußtsein*<sup>53</sup> genannt wird, um sich gegen metaphysische Konzepte des *Unbewußten* abzugren-

organisations du passé, l'autre qui synthétise, qui organise les phénomènes du présent, dépendent l'une de l'autre, mais elles se limitent et se règlent réciproquement et ce n'est que la diminution de l'activité de synthèse actuelle, affaiblissement manifesté par toutes sortes de symptômes, qui permet le développement exagéré de l'automatisme ancien.“

46 Vgl auch **Janet** 1928, 101-107.

47 **van der Kolk et al.** 1989, 370: „Psychological force referred to the total amount of psychological energy expressed, while psychological tension reflected the level of organization of this energy and the capacity for reflective, creative and competent action. ... Effective ‚realization‘ requires a continuous adjustment of one's preconceived ideas to the reality of current experience.“

48 **Janet** 1893, xvii: „L'unité au moins relative de l'esprit nous semble au contraire réalisée plus au moins complètement dans les phénomènes de la volonté et de l'attention.“

49 **Perry/Lawrence** 1984, 31.

50 **van der Hart/Horst** 1989, 403 f.

51 **Perry/Lawrence** 1984, 32.

52 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1531.

53 **Hilgard** 1977, 5: „Janet was the first to introduce the term subconscious to refer to a level of cognitive functioning out of awareness that could on occasion become conscious.“

zen<sup>54</sup>, gehören auch Erwartungen, Ideale, Gewohnheiten, Erinnerungen und angeborene oder erworbene Fähigkeiten. Das *Unterbewußtsein* hat für Janet eher die Bedeutung eines Stauraumes. Psychodynamisch von Interesse sind für Janet die mit Bewußtsein versehenen und im Falle einer Schwächung sich verselbständigenden Automatismen selbst, wie z.B. im Falle der HysterikerInnen: Bestimmte Automatismen sind hier weitgehend unabhängig von der zentralen Persönlichkeit, weil die Kraft der Integration fehlt.

#### 4.1.5 Die Verengung des Bewußtseinsfeldes

Eine Verengung des Bewußtseinsfeldes tritt nun zum einen durch gewöhnliche Ablenkung oder Zerstreutheit (*distraction ordinaire*) auf<sup>55</sup>, also durch konzentrierte Aufmerksamkeit auf ein anderes Objekt. Die *pathologische* Verengung des Bewußtseinsfeldes aber hat schwerwiegende Konsequenzen: die psychologischen Phänomene werden nicht mehr in einer gleichen persönlichen Wahrnehmung miteinander verknüpft, sondern ein Teil von ihnen bleibt isoliert.<sup>56</sup> Die Integrationsfähigkeit wird auf wenige Gefühle, Erinnerungen und Bewegungsbilder beschränkt.

Dieser Zustand weise alle Merkmale normaler Zerstreutheit auf, ein entscheidendes fehle ihm aber: Er sei nicht Produkt gesteigerter Aufmerksamkeit auf ein anderes Objekt, sondern grundlose, unmotivierte Zerstreutheit; eben deshalb sei er pathologisch.<sup>57</sup>

Den Begriff der Suggestion<sup>58</sup> behält sich Janet für eben diese pathologische Veränderung bzw. Einengung des Bewußtseinsfeldes vor: Er soll den *Zustand* psychischer Schwäche, der Reduzierung des Willens und der Aufmerksamkeit beschreiben, der die Grundlage der Verengung des Bewußtseinsfeldes bildet.<sup>59</sup> We-

---

54 **Ellenberger** 1970/1996, 489.

55 **Janet** 1893, xiii.

56 **Janet** 1893, xv: „Le rétrécissement du champs de la conscience amène à sa suite une grave conséquence, c’est que tous les phénomènes psychologiques ne sont plus synthétisés dans une même perception personnelle et qu’un certain nombre d’entre eux reste isolés et non perçus.“ Vgl. auch **van der Hart/Horst** 1989, 403 f.: „Janet ... described the narrowing of the field of consciousness as the reduction of the number of psychological phenomena that can be simultaneously united or integrated in one and the same personal consciousness.“

57 **Janet** 1893, xiii: „... qu’il n’est pas produit, entretenu par une attention fortement dirigée dans un autre sens; c’est une distraction perpétuelle sans motif, sans excuse, et c’est justement à cause de cela qu’elle est pathologique. Dans un état de ce genre, l’esprit ne peut synthétiser qu’un petit nombre de phénomènes à la fois; il est forcé de laisser de côté des sensations, des souvenirs, des images motrices qu’il est incapable de percevoir. Nous avons tenté d’exprimer l’ensemble de ces phénomènes par un terme qui a eu quelques succès, le *rétrécissement du champs de la conscience*.“

58 Vgl. Kap. 3.1.

59 **Janet** 1893, xiii: „La suggestion proprement dite semble dépendre d’une altération de l’esprit que l’on peut constater cliniquement ... état primordiale de faiblesse psy-

sentliche Charakteristika der Hysterie sind eben diese Verengung des Bewußtseinsfeldes und die daraus folgende Dissoziation.

#### 4.1.6 Dissoziation/Désagrégation

Normalerweise also bilden Vorstellungen und psychische Funktionen ein integriertes Ganzes, nämlich die *Persönlichkeit*, die aber immer als Prozeß verstanden werden muß.<sup>60</sup>

Als *Dissoziation* bezeichnet Janet den Prozeß, in dem eine Idee, ein Teilsystem von Gedanken sich emanzipiert, selbständig wird und sich alleine weiterentwickelt.<sup>61</sup> Verantwortlich für die Dissoziation ist seiner Meinung nach ein Mißlingen des synthetisierenden Prozesses, der Integration von und Anpassung an neue Informationen.<sup>62</sup>

Janet anerkannte die Untersuchungen von Binet und Richet, die dargelegt hatten, daß Dissoziation ein Potential des bewußten Systems sei. Sie könne bei bestimmten Individuen, die sonst ‚normal‘ seien, zu besonderen Zeiten in ihrem Leben auftreten. Er ging aber nie so weit zu behaupten, sie sei integrativer Bestandteil des psychischen Systems.<sup>63</sup> Normalität und Pathologie waren für Janet aber, wie er auch im überarbeiteten Vorwort des *Automatisme* ausführt, keine klar voneinander abzugrenzenden Bedingungen: die klinischen Phänomene der Automatismen und der Persönlichkeitsspaltungen schlossen sich, wie alle pathologischen Phänomene durch unzählige Übergangsformen an die normale Psychologie an.<sup>64</sup> Unter emotional belastenden Bedingungen werde die Person eines Teils ihrer psychischen Energie, vor allem der *psychologischen Spannung* beraubt, die bewußte Wahrnehmung werde zum Zwecke des Überlebens bzw. Funktionierens von bestimmten Gefühlen, Eindrücken und Erinnerungen abgezogen.<sup>65</sup> Die psychologischen Automatismen würden voneinander getrennt und von der übrigen Person dissoziiert, wodurch sie über Wahrnehmung und willentliche Kontrolle

---

chique ... faiblesse mentale.... cette réduction des phénomènes de volonté et d'attention“.

60 Vgl. **Nemiah** 1988 a, 67, aber auch **Nemiah** 1988 b, 93.

61 **Janet** 1907/1965: *The mayor symptoms of hysteria*, New York: Hafner, S. 42: „an idea, a partial system of thoughts, emancipated itself, became independent and developed itself on its own account“; zitiert nach **Bowers** 1984, 239.

62 **Perry/Lawrence** 1984, 30.

63 Vgl auch: **Perry/Lawrence** 1984, 31 f.: „... he perceived dissociation as a potentiality of the conscious apparatus that could occur in certain individuals, otherwise normal, at particular times in their lives. Janet did not see those dissociative phenomena as being an actual part of the psychic apparatus.“

64 **Janet** 1893, xix: „Les phénomènes automatiques, les faits de division de la personnalité se rattachent, comme tous les syntômes pathologique, par des transitions innombrables aux phénomènes de la psychologie normale“.

65 **Perry/Lawrence** 1984, 33.



nicht mehr erreichbar seien.<sup>66</sup> Die so dissoziierten Zustände könnten unterschiedliche Komplexität erreichen.<sup>67</sup>

Janet führte aus, Dissoziation resultiere in der Schaffung neuer Hemisphären von Bewußtsein, die sich um Erinnerungen von stark erregenden Ereignissen bildeten und die er *idées fixes* nannte. In ihnen würden kognitive, affektive und viscerale Elemente der nicht ins zentrale Bewußtsein integrierten Erfahrung organisiert und somit gleichzeitig aus dem Bewußtsein ferngehalten. Diese *fixen Ideen* beeinflussten aber, auch unterbewußt, weiter die Wahrnehmung, die Gefühle und das Verhalten. Sie entstünden aus einem Mißlingen des Versuchs, der vergangenen Erfahrung einen Sinn zu geben und hätten keine in der Gegenwart nützliche Funktion und keinen weiteren Anpassungswert.<sup>68</sup> Janet hat allerdings nie behauptet, die verschiedenen Teile seien vollkommen unabhängig voneinander.<sup>69</sup> Zentrales Kriterium für das Vorliegen einer Dissoziation, bzw. eines zweiten Bewußtseinszustandes, war für Janet die Amnesie.<sup>70</sup>

#### 4.1.7 Fixe Ideen

Für Janet war die Entstehung der *unterbewußt fixierten Ideen*, wie oben beschrieben, auf eine Einengung des Bewußtseinsfeldes zurückzuführen. Nach Janets Meinung blieben die Erinnerungen in einem anderen Bewußtsein erhalten; es handele sich dabei oft traumatische Erfahrungen, die unterbewußt fixiert würden und sich in automatischem Schreiben, Halluzinationen, Zwangshandlungen und anderen hysterischen Symptomen ausdrückten.<sup>71</sup>

Eine *fixe Idee* ist ein Bild, ein Gedanke mit den ihn begleitenden Gefühlen, der entsprechenden Körperhaltung und –bewegung. Sie ist hoch emotional besetzt, und die Person ist sich ihrer oft nicht bewußt. Sie äußert sich aber in Träumen, hysterischen Anfällen, somnambulen<sup>72</sup> Zuständen oder automatischem Schreiben,

---

66 **Kihlstrom** 1994, 368: „**Janet** (1889) analyzed mental life into elements known as psychological automatism, each consisting of a complex act responsive to the details of the stimulus situation, and each including an idea and an emotion. In normal individuals, the entire set of psychological automatism is bound together and accessible to phenomenal awareness and voluntary control. Under conditions of stress, however, one or more automatism are split off, and dissociated, from the rest, inaccessible to phenomenal awareness and independent of voluntary control.“

67 Vgl. **Janet** 1893, xiii; vgl. aber auch z.B. **van der Hart/Horst** 1989, 404.

68 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1532, aber auch: **van der Kolk et al.** 1989, 369.

69 **Perry/Lawrence** 1984, 33: „Janet never theorized that the disaggregated parts of consciousness were autonomous, that is, completely independent of one another ... Each different part drew from the same perceived sensations even if they were not, later on, synthesized in the same, unique percept.“

70 **Janet** 1888 und 1893, vgl. aber auch z.B. **Putnam** 1989 a, 415.

71 **Braude** 1991, 25.

72 Die Begriffe *somnambul* und *Somnambulismus* leiten sich aus den ersten Definitionen **Puységurs** ab (vgl. Kap. 3.1. **Janet** benutzt die Begriffe allgemein für veränderte Bewußtseinszustände, die im normalen oder dominanten Zustand nicht erinnert werden. Vgl. **Hilgard** 1977, **Ellenberger** 1970/1996, **Janet** 1929 a.

fassen van der Hart/Horst zusammen.<sup>73</sup> Oft realisierten die PatientInnen aber einen Teil der fixen Idee in ihrer bewußten Wahrnehmung: Sie seien z.B. traurig, ohne den Grund zu wissen.<sup>74</sup>

Janet unterscheidet zwischen *primären* und *sekundären fixen Ideen*, erstere sind der Zusammenhang aller Erinnerungen und Körperbezüge während des überwältigenden Ereignisses. Sekundäre fixe Ideen sind fixe Ideen, die entweder von einer primären fixen Idee gelöst oder assoziativ mit ihr in Zusammenhang gebracht wurden.<sup>75</sup> Werde nur die sekundäre fixe Idee behandelt, so bleibe das Kernsymptom bestehen.

#### 4.1.8 Emotion véhémente

„I was forced to recognize in certain cases the role of one or several events in a person's past experience. These events, which had precipitated a violent emotion and a destruction of the psychological system, had left traces. The memory of these events and the mental energy involved in keeping them at bay absorbed a great deal of energy, leading to a continuing deterioration. This notion has been fruitful and has given rise to a theory of neurosis and psychosis by the unconscious persistence of an emotional trauma. (However), I have never claimed that all the neuropathic weaknesses are exclusively the consequence of traumatic reminiscences“. (Janet 1930)<sup>76</sup>

Janet betrachtete die Auflösung der normalen Verbindungen zwischen Gedächtnis, Wissen und Gefühl als eine Folge der intensiven emotionalen Reaktion auf

---

73 **van der Hart/Horst** 1989, 404-407.

74 Vgl. auch **ibid.**: Eine Patientin Janets z.B. sei immer wieder hingefallen und habe dieses Hinfallen als gewaltsames Sich-Stürzen erlebt, unter Hypnose wurde deutlich, daß es sich bei den Erinnerungsfetzen um die Reinszenierung eines Selbstmordversuchs handelte, bei dem die Frau sich in die Seine gestürzt hatte.

75 **van der Hart/Horst** 1989, 407: „A primary fixed idea is the total system or complex of images – visual, auditory, kinesthetic, etc. – of a particular traumatic event together with the corresponding emotions and behaviors ... Secondary fixed ideas are additional fixed ideas that have the same characteristics as primary fixed ideas. They are elements or fragments that have either detached themselves from a primary fixed idea, or have become linked to it by association.“

76 **Janet** 1930: *Autobiography*, in: **Murchison**: *A History of Psychology in Autobiography*, Worcester/Mass: Clark University Press, Vol. 1, 128; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 376; etwa: „Ich war gezwungen, in bestimmten Fällen die Rolle eines oder mehrerer Ereignisse im Erfahrungshintergrund der Person anzuerkennen. Diese Ereignisse, die ein gewaltsames Gefühl und eine Zerstörung des psychologischen Systems forcierten, hatten Spuren hinterlassen. Die Erinnerung an diese Ereignisse und die geistige Energie, die dazu benötigt wurde, sie in Schach zu halten, absorbierte eine Unmenge an Energie und führte zu einer weiteren Verschlechterung. Diese Erkenntnis war fruchtbar und gab den Anstoß zu einer Theorie der Neurosen und Psychosen, die durch die unbewußte Fortdauer eines emotionalen Traumas hervorgerufen werden. (Jedoch) habe ich nie behauptet, alle neuropathischen Schwächen seien ausschließlich Konsequenz traumatischer Reminiszenzen.“

traumatische Ereignisse. Die ‚auflösende‘ Wirkung intensiver Gefühle, so Janet, verhindere das ‚verschmelzende‘ Funktionieren des Verstandes.<sup>77</sup>

Ein wichtiger Auslöser für den Verlust der Synthesefähigkeit ist in Janets energischem Verständnis die extreme Überreizung (*excitation*).<sup>78</sup> Die komplexe Aufgabe der Anpassung an sich verändernde Lebensbedingungen durch ständigen Abgleich der neu eintreffenden Informationen mit schon vorliegenden und ihre Integration durch adäquates Handeln wird unter extremen Reizbedingungen durch Verminderung der psychologischen Spannung erschwert und im Extremfall verunmöglicht.

Die psychischen Kräfte seien in ihrem Gleichgewicht sehr beeinflussbar, auf welche Art diese Beeinflussung genau erfolge, darüber wüßten wir sehr wenig, meint Janet.<sup>79</sup> Die wesentliche Rolle – und Grundlage für die Übernahme des Konzepts in der neuen Traumaforschung – spielt dabei das überwältigende Gefühl (*émotion véhémente*). Janet unterschied sorgfältig zwischen Empfindungen (*sensations*), die für ihn zur Regulierung von Handlungen notwendig sind und Gefühlen wie extremer Angst oder Wut, die zustandekommen, wenn das Individuum keine adäquate Handlung ausführen kann. Statt dessen wird Energie in eine Vielzahl unkoordinierter Handlungen minderer Qualität überführt.<sup>80</sup> Unkontrollierbare, überwältigende Gefühle führen vor dem Hintergrund einer Vielzahl genetischer, akzidenteller und sozialisatorischer Gründe zu einer Schwächung der integrierenden Kapazität des Bewußtseins, der psychologischen Spannung, die wiederum in einer Verengung des Bewußtseinsfeldes resultiert.<sup>81</sup> Die gesamten Erinnerungen an die Situation des überwältigenden Gefühls werden dissoziiert<sup>82</sup>, die Erinnerungsgruppen bleiben in fixen Ideen getrennt vom Hauptbewußtsein erhalten und drücken sich in unterschiedlicher Symptomatik aus.<sup>83</sup> Wenn die Synthese durch die vehemente Emotion geschwächt bleibt und die Person weiteren überwältigenden Gefühlen ausgesetzt ist, führt dies zur Erschöpfung und Abnahme der Willenskraft.<sup>84</sup> Weitere Dissoziationen erfolgen und andere Erlebnisgruppen werden in bereits vorliegende (aufgrund von Ähnlichkeit) integriert. So verbinden sich sekundäre fixe Ideen mit primären, und diese abgespaltenen Einheiten können zu eigenen

77 **Herman** 1993 a, 55, mit Bezug auf *Automatisme Psychologique*.

78 **Janet** 1929 b, 505: „... les forces de l’esprit ... sont éminemment variables. Elles montent et elles baissent sous une quantités d’influences que nous connaissons très mal. Il y a un phénomène important, c’est le phénomène de l’excitation ... Ces excitations nous transforment modérément.“

79 Vgl. voranstehende Fußnote.

80 **van der Hart/Horst** 1989, 408.

81 **Perry/Lawrence** 1984, 33.

82 Auch ererbte Faktoren, Vergiftungen und Infektionen etc. können zu Dissoziation führen: **Janet** 1893, xxi: „Nous avons fait remarquer que la désagrégation de l’esprit peut avoir les mêmes caractères cliniques, tous en dependant de causes différentes: l’hérédité, les intoxications, des auto-infections, etc.“; mit Verweis auf Seite 457 des *Automatisme*.

83 **van der Kolk et al.** 1989, 368.

84 **van der Hart/Horst** 1989, 408.

Bewußtseinszentren heranwachsen.<sup>85</sup> Der desintegrierende Effekt wird hauptsächlich auf neuere, noch instabile Entwicklungen der Persönlichkeit ausgeübt, die Person scheint durch ein traumatisches Erlebnis auf ein Niveau früherer Synthese zurückzufallen.<sup>86</sup>

Adäquates Handeln – das Janet primär als Sprachhandeln begreift – ist für ihn der Kern der Integrationsleistung.<sup>87</sup> Zentral ist dabei das Zusammenspiel zwischen Handlung und Erinnerung: Erinnern selbst sei Handeln, führt er aus, nämlich die Handlung, eine Geschichte zu erzählen.<sup>88</sup> Es ist seiner Meinung nach also notwendig, eine verbale Repräsentation für die Erfahrung zu finden. Die Bewußtheit der Erinnerung allein reiche nicht aus, die persönliche Wahrnehmung müsse um dieses Bild ‚wissen‘ und es mit anderen Erinnerungen verbinden.<sup>89</sup> Um mit einer unerwarteten Herausforderung umgehen und ein subjektives Gefühl von Ruhe und Kontrolle herstellen zu können, müsse man der Erfahrung Sinn verleihen können.<sup>90</sup> Ist die Situation aber mit überwältigenden Gefühlen verbunden, so ist der Mensch unfähig, die Geschichte zu erzählen, die wir narratives Gedächtnis nennen, und bleibt mit der schwierigen Situation konfrontiert.<sup>91</sup>

Traumatische Erfahrungen zeitigten ihre Auswirkungen in Abhängigkeit von ihrer Intensität, Dauer und Wiederholung<sup>92</sup>; eine traumatische Erfahrung ließe sich aber nicht allein aus dem Ereignis beschreiben<sup>93</sup>, sondern sei abhängig von der Intensität der emotionalen Reaktion, die sich aus dem emotionalen Zustand des Sub-

---

85 Vgl. **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1532 ff.; **van der Kolk et al.** 1996, 84.

86 **van der Hart/Horst** 1989, 408: „The personality, Janet observed, seems to fall back to an earlier level, prior to the now eliminated synthesis.“

87 **Janet** 1909: *Problèmes psychologiques de l'émotion*, in: *Revue Neurologique* 17, 1557: „...the healthy response to stress is mobilization of adaptive reaction“; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 368.

88 **Janet** 1919: *Les Médications Psychologiques* (3 volumes), Paris: Alcan, S. 661: „... memory is an action: essentially it is the action of telling a story“; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 368.

89 **Janet** 1911/1983: *L'Etat mentale des Hystériques*, Edition seconde, Paris: Alcan; Neuauflage: Lafitte/Marseille, S. 538: „It is not enough to just be aware of a memory. It is also necessary that the personal perception ‚knows‘ this image and attaches it to other memories.“ Zitiert nach: **van der Kolk et al.** 1989, 368.

90 **Janet** 1935: *Les Débuts de l'Intelligence*, Paris: Flammarion, 409: „Making intellectual sense of an unexpected challenge leads to proper adaption and a subjective sense of calm and control“. Zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 371.

91 **Janet** 1911/1983: *L'Etat mentale des Hystériques*, Edition seconde, Paris: Alcan; Neuauflage: Lafitte/Marseille, 660: „unable to make the recital which we call narrative memory, and yet remains confronted by (the) difficult situation“; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 372; vgl. auch **van der Kolk et al.** 1996, 84.

92 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1532: „Traumas produce their disintegrating effects in proportion to their intensity, duration and repetition“, mit Bezug auf die o.g. Autobiografie Janets.

93 **van der Kolk et al.** 1989, 375: „Janet noted that the traumatic event itself need not be a dramatic one: it is the intensity of the emotional reaction that determines whether an event precipitates post traumatic psychopathology.“

jekts, seiner Einschätzung der Situation und seinem Handlungsspielraum erbe.<sup>94</sup> Die Latenzzeit bis zur Äußerung traumatischer Erinnerungen auf den verschiedenen Ebenen des Handelns, der Gefühle und der Ideen werde bestimmt von der Zeit, die benötigt wird, um die unausweichliche Realität des Ereignisses anzuerkennen, für unnütze Kämpfe gegen das Unausweichliche sowie durch etwaige weitere belastende Ereignisse, die die letzten Reserven des Individuums aufzehren.<sup>95</sup>

#### 4.1.9 Erinnerung und Amnesie

Das Gedächtnis erhält die Kohärenz der mentalen Funktionen aufrecht und verbindet die Gegenwart mit der Vergangenheit, indem es neu eintreffende Information ständig reorganisiert und neu kategorisiert. Grundlage der Erinnerung sind Eindrücke, die der Organismus mit anpassenden (Sprach-)Handlungen beantwortet.

Die beiden Basisfunktionen des Gedächtnisses sind:

- 1) Alle neuen Eindrücke von der Geburt bis zum Tod zu verarbeiten und zu speichern und
- 2) die eintreffende Information im Licht der zuvor gespeicherten Informationen zu organisieren und zu kategorisieren.

Unzählige Erinnerungen an visuelle, auditorische, gustatorische und taktile Eindrücke werden in ein Wahrnehmungssystem synthetisiert, das die Matrix für die richtige Kategorisierung und Integration nachfolgender externer oder interner Information bietet. Wird ein Eindruck durch das Gedächtnissystem adäquat verarbeitet – harmonisieren die verschiedenen Funktionen also –, so stellen sie zusammen her, was das Individuum als Persönlichkeit oder Selbst wahrnimmt.<sup>96</sup> Die Rolle der Erinnerung besteht darin, dem Individuum neben einer körperlichen und der sozialen Einheit eine zeitliche Einheit zu geben.<sup>97</sup>

Jede Art fehlender Integration wahrgenommener Informationen aufgrund eines Abfallens der psychologischen Spannung bezeichnet Janet, wie wir gesehen ha-

---

94 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1533: „The severity of ‚vehement emotion‘, which depends on both the emotional state of the victim at the time of the event and on the cognitive appraisal of the situation, determines the lasting impact of the trauma. ... The intensity of the emotional reaction, rather than the events themselves, precipitates psychopathology“.

95 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1532: „The latency of expression is determined by the time required to perceive the inescapable reality of the event, the time necessary for the individual to expend useless efforts to fight the inescapable, and the occurrence of other stressful events that deplete the individual’s last reserves“, fassen die Autoren **Janets** Äußerungen in der o.g. Autobiografie zusammen.

96 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1531 und **Perry/Lawrence** 1984, 28 f.

97 **Janet** 1929 b, 506: „Ce rôle de la mémoire ... c’est de donner une nouvelle unité à l’individu. A côté de l’unité corporelle, de l’unité sociale, la mémoire doit donner à l’individu une unité temporelle.“

ben, als *Amnesie*. Diese Informationen sind, wenn auch für das bestimmende Bewußtsein unerreichbar, im Unterbewußtsein ‚abgelegt‘.

Eine Bedingung der Verminderung psychologischer Spannung und der darauffolgenden Verengung des Bewußtseinsfeldes mit der Konsequenz der Dissoziation ist die *vehemente Emotion*. Im extrem erregten Zustand kann die Information nicht durch (Sprach-)Handeln integriert werden, sondern bleibt – wie beschrieben – in einer *fixen Idee* in einem anderen Bewußtseinszustand erhalten. Erfahrungen, die aufgrund zu starker Gefühle während der Informationsaufnahme nicht in die vorliegenden Schemata integriert werden können, werden vom (Haupt-)Bewußtsein abgespalten. Dadurch unterliegen sie aber auch nicht mehr der willentlichen Kontrolle und verselbständigen sich.

Eine generelle Verwirrung der Erinnerungen sei allen extremen Gefühlszuständen gemein, so Janet; wenn ein Ereignis vergessen wird, liege oft eine intensive emotionale Reaktion zusammen mit einer retrograden oder auch kontinuierlichen Amnesie vor.<sup>98</sup>

Aus dieser Verknüpfung kann eine Erinnerungsphobie entstehen, die wiederum zu weiterer Dissoziation und schließlich zu einer chronischen Einengung des Bewußtseinsfeldes führt<sup>99</sup>: Die Fähigkeit, unterschiedliche Gefühls-, Handlungs-, Gedankenzusammenhänge in ein(en) Bewußtsein(szustand) zu integrieren, wird extrem herabgesetzt.

### Vermeidungsverhalten und Somnambulismus als Formen der Amnesie

Bestimmte sogenannte Konversionssymptome<sup>100</sup> bezeichnen van der Hart/Horst mit Janet<sup>101</sup> als amnestische Lücken, die Wahrnehmungen oder Bewegungsmuster betreffen können; diese Störungen träten selten direkt während des Ereignisses auf, sagt Janet.<sup>102</sup> Das nachfolgende Verhalten aber sei durch Vermeiden bestimmt, analog der erwähnten Erinnerungsphobie werde jede Anspielung auf ge-

---

98 **Janet** 1930: *Autobiography*, in: **Murchison**: *A History of Psychology in Autobiography*, Worcester/Mass: Clark University Press, Vol. 1, 1607: „Forgetting the event which precipitated the emotion ... has frequently been found to accompany intense emotional experiences in the form of continuous and retrograde amnesia ... They are an exaggerated form of a general disturbance of memory which is characteristic of all emotions.“ Zitiert nach **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1533.

99 **Janet** 1919: *Les Médications Psychologiques* (3vol), Paris: Alcan, 661; nach **van der Kolk et al.** 1989, 369.

100 Vgl. Kap. 2.

101 **van der Hart/Horst** 1989, 405: „Amnesia is the loss of memory for simple sensory perceptions or more complex products of consciousness such as traumatic memories. Certain so-called conversion symptoms can be seen as amnesic lacunae. These lacunae concern sensory perceptions or certain patterns of movement. For example, an arm that is not felt falls outside of personal consciousness and is forgotten.“

102 **Janet** 1909: *Les Névroses*, Paris: Flammarion, 155: „Rarely do the principal disturbances of the emotion appear exactly at the moment of the provoking event“; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 374.

fühlsbesetzte Objekte oder die mit ihnen verknüpfte Angst umgangen, als habe der Zusammenhang nie existiert.<sup>103</sup>

Wird die isolierte Erfahrung zu einer fixen Idee, die in einem anderen Bewußtseinszustand, der vom normalen durch eine amnestische Barriere getrennt ist, ein Eigenleben beginnt, so nennt Janet diesen Zustand *Somnambulismus*.

In seiner Begrifflichkeit<sup>104</sup> ist dieser Zustand gekennzeichnet durch die vollständige Besetzung einer Person durch eine (*monodéique*) oder mehrere sich abwechselnde (*polyidéique*) fixe Ideen. Werde die Wirkung der fixen Idee aus irgendeinem Grund beendet, so breche der somnambule Zustand ab.<sup>105</sup>

Als Kriterium der Unterscheidung der verschiedenen Formen des Somnambulismus führt Janet entgegen dem vorherrschenden Kriterium der *Intelligenz* die Unterscheidung nach der *Erinnerungsfähigkeit* ein. Im Normalfall könnten die amnestischen Zustände leicht durch einen Wechsel des Bewußtseinszustandes außer Kraft gesetzt werden.<sup>106</sup> Die einzigen, bei denen die Erinnerung unauffindbar bliebe, seien die epileptischen Somnambulen.<sup>107</sup> Wesentliches Kennzeichen der erstgenannten somnambulen Zustände sei die Tatsache, daß die Person sich *nach* dieser Periode nicht daran erinnern kann, was geschehen ist.<sup>108</sup>

### Double personnalités

Wenn somnambule Zustände sich häufen und das Bewußtseinsfeld – durch weitere traumatisierende Ereignisse – eingengt bleibt, Dissoziation sich also ständig wiederholt, so entwickelt sich das Bewußtsein der miteinander verknüpften anderen Bewußtseinszustände zu einer immer komplexeren eigenständigen Einheit heran. Über die Zeit entwickelt dieses abgespaltene Bewußtsein durch die Integration von Informationen als Erinnerungen ein Gefühl des Selbst und der Persönlichkeit, hat aber keinen Bezug zu der Persönlichkeit des ‚Wachzustandes‘.<sup>109</sup>

---

103 **Janet** 1935: *Les Débuts de L'Intelligence*, Paris: Flammarion, 352: „complete avoidance is characterized by complete absence of allusion to sensitive objects or the anxiety associated with them. It is as if the ‚functions‘ never existed.“; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 374. Vgl. das Rückzugsverhalten in der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (Kap. 6.3) und die Diskussion der Rolle der Dissoziation in der PTSD z.B. bei **Braun** 1993.

104 Die er m.W. nicht explizit von den Definitionen der ersten dynamischen Psychiatrie (Kap. 2.1.1) oder von Charcot (Kap. 3.1.3) abgrenzt.

105 **Janet** 1929 a, 477 f.

106 **Janet** 1929 a, 479: „Je crois cependant que l'on serait plus près de la vérité en donnant comme caractère distinctif des phénomènes de mémoire.... En général, on surmonte facilement l'oubli en changeant l'état d'esprit du sujet.“

107 Vgl. auch Charcots Einteilung Kap. 3.1.3.

108 **Janet** 1929 a, 479: „Ce qui reste essentiel pour tous les somnambulismes, c'est que, après cette période anormale, le sujet est incapable de raconter ce qui s'est passé.“ Diese Art der Amnesie sei umstritten, seiner Meinung nach spräche aber alles für ihre Existenz, die Erinnerung tauche meist nach einigen Monaten wieder auf.

109 **Janet** 1893, xi, xii: „Le sujet en état somnambuliques ne se souvient que des somnambulismes précédents, il relie entre elles toutes ces périodes anormales pour en

Diese eigenartigen Erscheinungen seien nicht durch grundlegende Veränderungen des Gehirns oder der Seele, sondern durch *Veränderungen der Erinnerung* gekennzeichnet. Für Janet werfen sie die Frage nach der Rolle des Gedächtnisses für die Persönlichkeit auf.<sup>110</sup> Die Persönlichkeit stelle sich immer aus zwei Perspektiven dar, der externen und der internen<sup>111</sup>: Über die Wahrnehmung z.B. von physischem Eindruck, Sprache und Verhalten, wird der Begriff der Persönlichkeit zunächst am Anderen definiert. Sodann wenden wir dieses Verfahren auf uns selbst an. Es gebe aber in beiden Bildern Einbrüche: So sprächen wir z.B. davon, wir seien *besessen von einer Idee* oder betrachteten einen Anderen als *gespalten*.

Was uns die *Doppelpersönlichkeiten*<sup>112</sup> eigenartig erscheinen lasse, seien deren Erinnerungslücken über ganze Abschnitte ihres Lebens, unvollständige und scheinbar irreversible Erinnerungslücken. Beidseitige Amnesien seien eher selten; die häufigste Form die, daß *eine* der Persönlichkeiten um die andere wisse.<sup>113</sup> Dazwischen existierten unzählige andere Formen von Überschneidungsmöglichkeiten und Anzahl von Persönlichkeiten.<sup>114</sup>

## 4.2 Freud

### 4.2.1 Dissoziation, Abwehr, Verdrängung und Spaltung

„...against this backdrop of persuasive postulating about levels and compartments of consciousness, Freud developed his psychoanalytic explanation that hysteria represented an active defense against conflict, which he labeled repression ... This conceptualization came to eclipse Janet's passive defense theory.“ (Frankel 1994)<sup>115</sup>

---

former une existence continue, mais il n'a aucune memoire de l'état de veille.“

110 **Janet** 1929 b, 505 f.: „Nous ne nous trouvons pas devant des métamorphoses profondes du cerveau ou de l'âme humaine. Nous nous trouvons en présence d'activités particulières plus ou moins grandes qui ont comme caractère essentiel de porter sur la mémoire, et ces doubles existences nous mettent en présence du problème: quel est le rôle de la mémoire dans la personnalité.“

111 **Janet** 1929 b, 486 f.: „Il s'agit, si je ne me trompe, d'une question relative à l'appréciation de la personne d'autrui ... la personnalité se présente toujours à deux points de vue: le point de vue externe et le point de vue interne.“

112 **Janet** hat durchaus auch von Personen mit mehr als zwei Persönlichkeiten gesprochen, aber auch sie unter dem Begriff *double personnalité* verhandelt; s.u.

113 **Janet** 1929 b, 495: „Cette forme de personnalité alternante avec périodes de lucidité complète est de beaucoup la plus fréquente.“

114 **Janet** 1929 b, 486-496.

115 **Frankel** 1994, 85, etwa: ... vor diesem Hintergrund überzeugender Postulate von Ebenen und Bereichen des Bewußtseins entwickelte Freud seine psychoanalytische Erklärung, die Hysterie stelle eine aktive Abwehr gegen einen Konflikt dar, was er Verdrängung nannte ... Diese Konzeptualisierung begann, Janet passive Abwehrtheorie in den Schatten zu stellen.



In einem Brief an Josef **Breuer** zur Vorbereitung der Herausgabe der gemeinsamen Forschungsergebnisse über Hysterie listete **Freud** 1892 knapp und deutlich die zu verarbeitenden Ergebnisse auf:

„1.) Unsere Theorien:

- a) Der Satz der Konstanz der Erregungssumme
- b) Die Theorie der Erinnerung
- c) Der Satz, dass der Inhalt verschiedener Bewusstseinszustände nicht miteinander assoziiert wird

2.) Die Entstehung der hysterischen Dauersymptome: Traum, Autohypnose, Affekt und Wirkung des absoluten Traumas. Die ersten Momente auf Disposition, das letzte auf Ätiologie bezüglich. Die Dauersymptome ... sind Verschiebungen von Erregungs-(Nebenthema)summen ..., welche nicht gelöst werden. Grund der Verschiebung: Versuch der Reaktion, Grund des Verbleibens: Satz c) von der Isolierung für die Assoziation. – Vergleich mit Hypnose“.<sup>116</sup>

Wir wollen uns zunächst auf Satz c) und seine Begründung konzentrieren. Im selben Brief führt Freud dazu aus, es sei

„unmöglich, die Bedingung für das Zustandekommen hysterischer Phänomene zu erörtern, ohne auf diejenige Annahme einzugehen, welche eine Charakteristik der hysterischen Disposition versucht, nämlich dass es bei der Hysterie leicht zur *zeitweiligen Dissoziation des Bewusstseinsinhaltes und zur Abspaltung einzelner nicht im assoziativen Verkehr stehenden Vorstellungskomplexe* kommt.“<sup>117</sup>

Auch einige Monate später bemerken Breuer und Freud in einem Papier zur Theorie des hysterischen Anfalls, sie wollten „die Bemerkung vorausschicken, dass wir die Annahme einer Dissoziation – Spaltung des Bewusstseinsinhaltes – für unentbehrlich zur Erklärung hysterischer Phänomene erachten.“<sup>118</sup>

Zwei Bedingungen dafür, „dass ein Erlebnis (Vorstellung, Vorsatz etc.) anstatt ins normale ins zweite Bewußtsein aufgenommen wird“, beschreiben sie als „mit Sicherheit erkannt“:

„Wenn der Hysterische ein Erlebnis mit Absicht vergessen will, einen Vorsatz, eine Vorstellung gewaltsam von sich weist, hemmt und unterdrückt, so geraten dadurch diese psychischen Akte in den zweiten Bewusstseinszustand, äussern von dort aus ihre permanenten Wirkungen, und die Erinnerung an sie kommt als hysterischer Anfall wieder... .

In den zweiten Bewusstseinszustand geraten auch jene Eindrücke, welche während eines ungewöhnlichen psychischen Zustandes (Affekt, Ekstase, Autohypnose) empfangen worden sind.“<sup>119</sup>

---

116 **Freud** 1892, 5.

117 **Freud** 1892, 17; zur Erinnerung: *Kursive Textstellen* sind, wenn nicht anders vermerkt, immer Hervorhebungen von mir, L.H.

118 **Breuer/Freud** 1892, 9.

119 **Breuer/Freud** 1892, 12, im Anschluß an das Zitat: „Wir fügen hinzu, dass diese bei-

Ein Jahr später, in der endgültigen Ausarbeitung des ersten gemeinsam veröffentlichten Papieres zur Hysterie heißt es:

„Je mehr wir uns mit diesen Phänomenen beschäftigten, desto sicherer wurde unsere Überzeugung, jene Spaltung des Bewußtseins, die bei den bekannten klassischen Fällen als *double conscience* so auffällig ist, bestehe in rudimentärer Weise bei jeder Hysterie, die Neigung zu dieser Dissoziation und damit zum Auftreten abnormer Bewußtseinszustände, die wir als ‚hypnoide‘ zusammenfassen wollen, sei das Grundphänomen dieser Neurose.“<sup>120</sup>

Diese „*condition seconde*“, das „mehr oder minder hoch organisierte ... Rudiment eines zweiten Bewußtseins“, wird beschrieben als „bei der Hysterie in hypnoiden Zuständen entstandene Vorstellungsgruppen ..., die vom assoziativen Verkehre mit den übrigen ausgeschlossen, aber untereinander assoziierbar“<sup>121</sup> sind.

Bis hierhin scheinen sich die Vorstellungen von Janet und Breuer/Freud zu decken<sup>122</sup>, bei genauerer Betrachtung fällt aber eine kaum merkliche Verschiebung in der Konzeption auf, am offensichtlichsten vielleicht in der *Absicht*, dem aktiven Moment, angedeutet:

Dissoziation wird zu Anfang der Theorie als passiv beschrieben, es gibt keinen Handelnden, Dissoziation ist aber auch kein Zustand. Die beiden Bedingungen für das Auftreten hysterischer Phänomene – hypnoide Zustände und Dissoziation – aus Freuds Papier von 1892 sind im gemeinsamen Papier aus demselben Jahr noch erhalten, haben nun aber andere Ausformungen: Der *Grund der Verschiebung* ist nicht mehr der *Versuch der Reaktion*, sondern die *Absicht des Vergessens*. Bedingung zwei, der *ungewöhnliche psychische Zustand*, ist nicht mehr *unabdingbar* wie im Brief aus dem Jahr 1892, sondern die andere *Möglichkeit*, unter der Erlebnisse in den zweiten Zustand geraten.

In der *Vorläufigen Mitteilung* schon ist aus der Nebenordnung eine Abfolge geworden: Der abnorme Bewußtseinszustand *kommt* durch die Dissoziation *zustande* und führt seinerseits zur *condition seconde*.

Freud beginnt die Existenz hypnoider Zustände in der Entstehung der Hysterie zu bezweifeln.<sup>123</sup>

„Der Ausbruch der Hysterie“, beschreibt Freud 1896 die Position, die er zwei Jahre zuvor in den *Abwehr-Neurosen* vertreten hatte, ließe sich „fast regelmäßig auf einen *psychischen Konflikt* zurückführen ..., in dem eine unverträgliche Vor-

---

den Bedingungen sich häufig durch inneren Zusammenhang kombinieren und dass außer ihnen noch andere anzunehmen sind.“

120 **Breuer/Freud** 1893, 35.

121 **Breuer/Freud** 1893, 39 f.

122 Es sei aber auf das mechanistische Verständnis der Assoziation als Gegensatz der Dissoziation bei Freud/Breuer verwiesen.

123 **Freud** 1896, 56 f.: „Allein ich finde, dass zur Voraussetzung solcher hypnoider Zustände oftmals jeder Anhalt fehlt. Entscheidend bleibt, daß die Lehre von den hypnoiden Zuständen nichts zur Lösung der anderen Schwierigkeiten leistet, daß nämlich den traumatischen Szenen so häufig die determinierende Eignung abgeht.“

stellung die *Abwehr* des Ichs rege mache und zur Verdrängung auffordere.“ Die Bedingungen, unter denen das geschehe, habe er damals nicht angeben können: „Ich ergänze sie heute: *Die Abwehr erreicht dann ihre Absicht, die unverträgliche Vorstellung aus dem Bewußtsein zu drängen, wenn bei der betreffenden, bis dahin gesunden Person infantile Sexualszenen als unbewußte Erinnerungen vorhanden sind und wenn die zu verdrängende Vorstellung in logischen oder assoziativen Zusammenhang mit einem solchen infantilen Erlebnis gebracht werden kann.*“<sup>124</sup>

In welchem Bewußtseinszustand das Verdrängte vorliegt, wird nicht mehr beschrieben: von einem *hypnoiden* ebensowenig wie vom *zweiten Bewußtseinszustand* ist die Rede. Das Schwergewicht hat sich vom *Zustand* (der Rezeption und des späteren Vorliegens der Erinnerungen) auf die andere Seite der vormals zwei Bedingungen verschoben: zu den Erinnerungen selbst und dem zugrundeliegendem Ereignis.

Es scheint, als beginne Freud an dem zuerst angedachten psychodynamischen Modell zu zweifeln und wende sich deshalb vorübergehend von der Suche nach einer Erklärung des *Wie* der des *Was* zu – den Reminiszenzen, den gemachten Erfahrungen selbst. *Wie* die „Erinnerung an ein seinerzeit harmloses Erlebnis“<sup>125</sup> posthum die abnorme Wirkung äußert ... sei ein rein psychologisches Problem, dessen Lösung vielleicht bestimmte Annahmen über die normalen psychischen Vorgänge und über die Rolle des Bewußtseins dabei notwendig macht, das aber einstweilen ungelöst bleiben kann.“<sup>126</sup>

Er rätselt zwar, verwirft die Beschäftigung aber vorerst:

„Es scheint, als ob die Schwierigkeit der Erledigung, die Unmöglichkeit, einen aktuellen Eindruck in eine machtlose Erinnerung zu verwandeln, gerade an dem Charakter des psychisch Unbewußten hinge. Sie sehen, der Rest des Problems ist wiederum Psychologie, und zwar Psychologie von einer Art, für welche uns die Philosophen wenig Vorarbeit geleistet haben.“<sup>127</sup>

Auf der Suche nach den Mechanismen der Verarbeitung von Erinnerungen wendet Freud sich vorerst den Träumen zu und nimmt hier, zumindest am Rande, auch wieder die Auseinandersetzung mit der alten Theorie auf.<sup>128</sup> Er wirft Morton

---

124 **Freud** 1896, 71 (Hervorhebung des Autors).

125 Legt die *Ätiologie* auch in ihren Grundzügen klar dar, um welche Erinnerungen es sich bei den Reminiszenzen der HysterikerInnen handelt (vgl. Kap. 4), so fließt doch schon hier Widersprüchlichkeit in die Argumentation.

126 **Freud** 1896, 74.

127 **Freud** 1896, 78 f.

128 **Freud** 1900, 525 f.: „Wenn Morton **Prince** gegen meine Erklärung des Traumvergessens einwendet, es sei nur ein Spezialfall der Amnesie für abgespaltene seelische Zustände (*dissociated states*), und die Unmöglichkeit, meine Erklärung für diese spezielle Amnesie auf andere Typen von Amnesie zu übertragen, mache sie auch für ihre nächste Absicht wertlos, so erinnert er den Leser daran, daß er in all seinen Beschreibungen solcher dissoziierter Zustände niemals den Versuch gemacht hat, die dynamische Erklärung für diese Phänomene zu finden.“

Prince, einem der Vertreter der Dissoziationstheorie, vor, er habe die dynamische Erklärung dieses Vorgangs nicht versucht. Was Prince betrifft, so will ich das weiter unten beleuchten; scharf und in fast beleidigtem Ton fügt Freud seiner Kritik hinzu: „Er hätte sonst entdecken müssen, daß die Verdrängung (resp. der durch sie geschaffene Widerstand) ebensowohl Ursache dieser Abspaltungen wie der Amnesie für ihren psychischen Inhalt ist.“<sup>129</sup>

Ohne die Existenz von „Abspaltungen“ zu bestreiten (er verwendet den Begriff in seinen eigenen Erörterungen aber nicht mehr, sondern spricht vom *Unbewußten*), ist Freud auf dem Weg zu einer Neufassung des psychischen Mechanismus: Hatte er 1893 zusammen mit Breuer noch zwei Bedingungen angenommen, die *Dissoziation* und einen *anderen Bewußtseinszustand*, so ist er in seiner Bemerkung gegenüber Prince zu einem neuen Resultat gelangt: die *Verdrängung* sei die Ursache; zum Zwecke der Abspaltung baue sie den *Widerstand* auf. Die Einführung des neuen Begriffs *Verdrängung* scheint den der Dissoziation abzulösen, um auch die hypnoiden Zustände nicht länger mit aufnehmen zu müssen: die Koppelung von Bewußtseinspaltungen an künstlichen und artifiziellen Somnambulismus, Hypnose oder hypnoide Zustände war zu dieser Zeit eine nahezu zwingende.<sup>130</sup> Freud hat in etwa zur selben Zeit auch die Behandlung mit Hypnose aufgegeben, schon im Abschlußkapitel der Studien von 1895 beschreibt er die Technik der *freien Assoziation*.

1905 faßt Freud die Veränderung seines ursprünglichen Konzepts der Abwehr in das der Verdrängung als Konsequenz seiner veränderten Konzeption der Ätiologie der Hysterie zusammen<sup>131</sup>: Das Verdrängungskonzept übernimmt mit dem

---

129 **Freud** 1900, 526.

130 Vgl. Kap. 2.1.1 und 3.1.

131 **Freud** 1905, 153 f.: „Ich überschätzte die Häufigkeit dieser (sonst nicht anzuzweifelnden) Vorkommnisse, da ich überdies zu jener Zeit nicht imstande war, die Erinnerungstäuschungen der Hysterischen über ihre Kindheit von den Spuren der wirklichen Vorgänge sicher zu unterscheiden, während ich seitdem gelernt habe, so manche Verführungsphantasie als Abwehrversuch gegen die Erinnerung der eigenen sexuellen Betätigung (Kindermasturbation) aufzulösen. Mit dieser Erklärung entfiel die Betonung des ‚traumatischen‘ Elementes an den sexuellen Kindererlebnissen ... Dieselbe Aufklärung, die ja den bedeutsamsten meiner anfänglichen Irrtümer korrigierte, mußte auch die Auffassung vom Mechanismus der hysterischen Symptome verändern. Diesselben erschienen nun nicht mehr als direkte Abkömmlinge der verdrängten Erinnerungen an sexuelle Kindheitserlebnisse, sondern zwischen die Symptome und die infantilen Eindrücke schoben sich nun die (meist in den Pubertätsjahren produzierten) Phantasien (Erinnerungsdichtungen) der Kranken ein, die auf der einen Seite sich aus und über den Kindheitserinnerungen aufbauten, auf der anderen sich unmittelbar in die Symptome umsetzten. Erst mit der Einführung des Elements der hysterischen Phantasien wurde das Gefüge der Neurose und deren Beziehung zum Leben der Kranken durchsichtig; auch ergab sich eine wirklich überraschende Analogie zwischen diesen unbewußten Phantasien der Hysteriker und den als Wahn bewußt gewordenen Dichtungen der Paranoia.“ (Mit dem letzten Halbsatz möchte ich noch einmal auf das Kapitel Differentialdiagnostik hinweisen [2.2.2])

Verwerfen der *Verführungstheorie* den Platz von Abwehr und Spaltung, die Phantasie und die Verdrängung der Phantasien wird zum wichtigsten vermittelnden Element in der Symptombildung. Die Entwicklung des Verdrängungskonzepts ist also nicht nur aufs Engste mit der Veränderung der Konzeption der Ätiologie der Hysterie von frühkindlichen Traumatisierungen durch äußere Ereignisse hin zu psychischen Traumata verknüpft, sondern findet *auf der Grundlage* dieser Neufassung statt: Sie steht für das neue ätiologische Modell. So „traten die akzidentellen Einflüsse ... gegen den der Verdrängung ... zurück.“<sup>132</sup>

Freud konzeptualisiert *Verdrängung* topisch als einen Vorgang, der sich „an der Grenze der beiden Systeme *Ubw und Vbw (Bw)* vollzieht“ und durch eine „Entziehung von Besetzung“<sup>133</sup> erfolgt, der psychische Mechanismus ist die *aktive* (meint nicht: bewußte) Verdrängung geworden:

„Das Vergessene ist nicht ausgelöscht, sondern nur ‚verdrängt‘, seine Erinnerungsspuren sind in aller Frische vorhanden, aber durch ‚Gegenbesetzungen‘ isoliert. Sie können nicht in den Verkehr mit den anderen intellektuellen Vorgängen eintreten, sind unbewußt, dem Bewußtsein unzugänglich.“<sup>134</sup>

„(S)ehr starke seelische Vorgänge oder Vorstellungen ... (können) nicht bewußt sein ..., weil eine gewisse Kraft sich dem widersetzt, daß sie sonst bewußt werden könnten und daß man dann sehen würde, wie wenig sie sich von anderen anerkannten psychischen Elementen unterscheiden. ... Den Zustand, in dem diese sich vor der Bewußtmachung befanden, heißen wir Verdrängung, und die Kraft, welche die Verdrängung herbeiführt und aufrecht gehalten hat, behaupten wir während der analytischen Arbeit als Widerstand zu verspüren.“<sup>135</sup>

---

132 **Freud** 1905, 155 f.: „Ich hatte bereits damals (1894-1896, L.H.), und noch ehe die Sexualität in die ihr gebührende Stellung in der Ätiologie eingesetzt war, als Bedingung für die pathogene Wirksamkeit eines Erlebnisses angegeben, daß dieses dem Ich unerträglich erscheinen und ein Bestreben zur Abwehr hervorrufen müsse. Auf diese Abwehr hatte ich die psychische Spaltung – oder wie man damals sagte: die Bewußtseinsspaltung – der Hysterie zurückgeführt. Gelang die Abwehr, so war das unerträgliche Erlebnis mit seinen Affektfolgen aus dem Bewußtsein und der Erinnerung des Ichs vertrieben; unter gewissen Verhältnissen entfaltete aber das Vertriebene als ein nun Unbewußtes seine Wirksamkeit und kehrte mittels der Symptome und der an ihnen haftenden Affekte ins Bewußtsein zurück, so daß die Erkrankung einem Mißglücken der Abwehr entsprach ...

Als nun weitere Erkundigungen bei normal gebliebenen Personen das unerwartete Ergebnis lieferten, daß deren sexuelle Kindergeschichte sich nicht wesentlich von dem Kinderleben der Neurotiker zu unterscheiden brauche, daß speziell die Rolle der Verführung bei ersteren die gleiche sei, traten die akzidentellen Einflüsse noch mehr gegen den der ‚*Verdrängung*‘ (wie ich anstatt ‚*Abwehr*‘ zu sagen begann) zurück.“

133 **Freud** 1913, 279.

134 **Freud** 1937, 201.

135 **Freud** 1923, 240 f.

Später nimmt Freud den Begriff der Abwehr wieder auf, jetzt aber nicht mehr in der ursprünglichen Konzeption als ‚Vorläufer‘ der Verdrängung, sondern als Oberbegriff für die *Abwehrmechanismen*:

„Im Zusammenhange der Erörterungen über das Angstproblem habe ich einen Begriff – oder bescheidener ausgedrückt: einen Terminus – wieder aufgenommen, dessen ich mich zu Anfang meiner Studien vor dreißig Jahren ausschließlich bedient und den ich späterhin fallen gelassen hatte. Ich meine den des Abwehrvorganges. Ich ersetzte ihn in der Folge durch den der Verdrängung, das Verhältnis zwischen beiden blieb aber unbestimmt. Ich meine nun, es bringt einen sicheren Vorteil, auf den alten Begriff der Abwehr zurückzugreifen, wenn man dabei festsetzt, daß er die allgemeine Bezeichnung für die Techniken sein soll, deren sich das Ich in seinen eventuell zur Neurose führenden Konflikten bedient, während Verdrängung der Name einer bestimmten solchen Abwehrmethode bleibt, die uns infolge der Richtungen unserer Untersuchungen zuerst besser bekannt geworden ist“ .<sup>136</sup>

Grund dieser Neufassung ist, daß Freud neben der Verdrängung, die er aus Erfahrungen in der Hysteriebehandlung abgeleitet hatte, *Ungeschehenmachen*<sup>137</sup> und *Isolierung*<sup>138</sup> als weitere Mechanismen des Ausschlusses aus dem Bewußtsein konzeptualisiert hat.<sup>139</sup>

Die *Spaltung* wird von Freud 1938 noch einmal aufgenommen: Er beschreibt den Konflikt eines „jugendlichen Ich“, das zwischen der Anerkennung der realen Gefahr und Triebverzicht oder „sich glauben machen, dass kein Grund zum Fürchten besteht, damit es an der Befriedigung festhalten kann“ wählen muß und „auf den Konflikt mit zwei entgegengesetzten Reaktionen, beide gültig und wirksam“<sup>140</sup>, reagiert.

---

136 **Freud** 1926, 195 f.

137 **Freud** 1926, 149: „... hat ein großes Anwendungsgebiet und reicht weit zurück. Sie ist sozusagen negative Magie, sie will durch motorische Symbolik nicht die Folgen eines Ereignisses (Eindruckes, Erlebnisses), sondern dieses selbst ‚wegblasen‘. Mit der Wahl dieses letzten Ausdruckes ist darauf hingewiesen, welche Rolle diese Technik nicht nur in der Neurose, sondern auch in den Zauberhandlungen, Volksgebräuchen und im religiösen Zeremoniell spielt.“

138 **Freud** 1926, 150: „Es bezieht sich gleichfalls auf die motorische Sphäre, besteht darin, daß nach einem unliebsamen Ereignis, ebenso nach einer im Sinne der Neurose bedeutsamen eigenen Tätigkeit, eine Pause eingeschoben wird, in der sich nichts mehr ereignen darf, keine Wahrnehmung gemacht und keine Aktion ausgeführt wird. ... Der Effekt dieser Isolierung ist dann der nämliche wie bei der Verdrängung mit Amnesie. Diese Technik wird also in den Isolierungen der Zwangsneurose reproduziert, aber dabei auch in magischer Absicht motorisch verstärkt. Was so auseinandergehalten wird, ist gerade das, was assoziativ zusammengehört, die motorische Isolierung kann eine Garantie für die Unterbrechung des Zusammenhanges im Denken geben.“

139 **Freud** 1926, 195.

140 Beide Zit.: **Freud** 1938, 59; die Rechtschreibung ist hier wie in allen anderen Zitaten aus dem Original übernommen.

Da in der psychoanalytisch orientierten Literatur zur Behandlung von Traumatisierungen auf diese Stelle Bezug genommen wird<sup>141</sup>, und immer wieder – zumindest implizit – Gleichsetzungen des Spaltungs- mit dem Dissoziationskonzept vorgenommen werden<sup>142</sup>, möchte ich mich mit diesem Punkt etwas eingehender befassen.

Das Manuskript *Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang* ist Fragment geblieben<sup>143</sup>, und Freud leitet die wenigen Seiten ein mit der Bemerkung, er wisse nicht, ob er hier Altbekanntes kundtue, er neige aber zu der Ansicht, es müsse „als völlig neu und befremdend gewertet werden“.<sup>144</sup>

Es sei ihm „endlich aufgefallen“, daß der spätere Patient der analytischen Praxis sich als Jugendlicher „in bestimmten Situationen der Bedrängnis in merkwürdiger Weise benommen hat.“ „(A)llgemein und eher unbestimmt ... (geschehe das) unter der Einwirkung eines psychischen Traumas“. Er zöge es aber vor, einen – sicher nicht alle Ursachen abdeckenden – Einzelfall heranzuziehen:

„Das Ich des Kindes befinde sich also im Dienste eines mächtigen Triebanspruchs, den zu befriedigen es gewohnt ist, und wird plötzlich durch ein Erlebnis geschreckt, das ihn lehrt (*sic*), die Fortsetzung dieser Befriedigung werde eine schwer erträgliche reale Gefahr zur Folge haben. Es soll sich nun entscheiden: entweder die reale Gefahr anerkennen, sich vor ihr beugen und auf die Triebbefriedigung verzichten, oder die Realität verleugnen, sich glauben machen, dass kein Grund zum Fürchten besteht, damit es an der Befriedigung festhalten kann. Es ist also ein Konflikt zwischen dem Anspruch des Triebes und dem Einspruch der Realität. Das Kind tut aber keines von beiden, oder vielmehr, es tut gleichzeitig beides, was auf dasselbe hinauskommt ... Einerseits weist es mit Hilfe bestimmter Mechanismen die Realität ab und läßt sich nichts verbieten, andererseits anerkennt es im gleichen Atem die Gefahr der Realität, nimmt die Angst vor ihr als Leidenssymptom auf sich und sucht sich später ihrer zu erwehren. ...

Aber umsonst ist bekanntlich nur der Tod. Der Erfolg wurde erreicht auf Kosten eines Einrisses im Ich, der nie wieder verheilen, aber sich mit der Zeit vergrößern wird. Die beiden entgegengesetzten Reaktionen auf den Konflikt bleiben als Kern einer Ichspaltung bestehen. Der ganze Vorgang erscheint uns so sonderbar, weil wir die Synthese der Ichvorgänge für etwas Selbstverständliches halten. Aber wir haben offenbar darin Unrecht. Die so außerordentlich wichtige synthetische Funktion des Ichs hat ihre besonderen Bedingungen und unterliegt einer ganzen Reihe von Störungen.“<sup>145</sup>

Wir haben es hier mit einem Konzept der *Spaltung* zu tun, das scheinbar – und Freud selbst mutmaßt ja, es sei „völlig neu“ – keinen Bezug zur *Abspaltung* der

---

141 Vgl. z.B. **Diaz/Becker** 1995; letzterem sei an dieser Stelle herzlich für die Überlassung des Artikels und seine Ermunterung zur Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Konzepten gedankt!

142 Vgl. weiter unten in diesem Kapitel.

143 Editorische Vorbemerkung in **Freud** 1938.

144 Bis zur nächsten Angabe **Freud** 1938, 59.

145 **Freud** 1938, 60.

frühen Jahre hat. Was gegenüber dem Konzept der Verdrängung verändert dargestellt wird, ist die Natur des Konflikts: Handelt es sich bei ersterem Modell um einen inneren Konflikt, so wird hier „ein Konflikt zwischen dem Anspruch des Triebes und dem Einspruch der Realität“ beschrieben. Ist im ursprünglichen Konzept von *Bewußtseins*spaltung die Rede, so spricht Freud hier von einer *Ich*spaltung, die „nie wieder verheilen, aber sich mit der Zeit vergrößern wird“.<sup>146</sup> Es bleibt unklar, mit Hilfe welcher „bestimmter Mechanismen“ die Realität abgewiesen wird. Verblüffend ist die Konsequenz der Freudschen Überlegungen, die Selbstverständlichkeit der „Synthese der Ichvorgänge“ nicht nur in Frage zu stellen, sondern grundsätzlich zu bezweifeln, beschreibt er doch nicht irgendeinen exotischen Einzelfall, sondern die Vorgänge im „jugendlichen Ich der Person, die man Jahrzehnte später als analytischen Patienten kennenlernt“.<sup>147</sup>

#### 4.2.2 Die topischen Modelle

„...denn schließlich ist die Eigenschaft bewußt oder nicht die einzige Leuchte im Dunkel der Tiefenpsychologie“ (Freud 1923)<sup>148</sup>

„Freud saw the consciousness of an individual as a search-light roving the inner psychic landscape, illuminating now this set of mental events, now that. In this framework of unitary consciousness, there is no satisfactory way to account for multiple mental streams that are *simultaneous* or *concurrent*.“ (Crabtree 1992)<sup>149</sup>

„Unseren Begriff des Unbewußten gewinnen wir also aus der Lehre von der Verdrängung. ... das Verdrängte ist uns das Vorbild des Unbewußten“<sup>150</sup>, schreibt Freud, und so will ich eine kurze Darstellung der topischen Modelle anschließen. Diese Modelle und ihre Veränderungen sind weniger umstritten und häufiger beschrieben als die Implikationen der Freudschen Abkehr von der *Verführungstheorie*, die ich oben versucht habe darzustellen. Daher werde ich die beiden 1900 in der *Traumdeutung* und 1923 in das *Ich und das Es* vorgestellten Modelle kurz nach der Darstellung von Perry und Lawrence abhandeln, die einige für die vergleichende Diskussion interessante Fragen aufwerfen.<sup>151</sup>

Das *erste topische Modell* teilt nach dem Grad der Erreichbarkeit durch das Bewußtsein ein, es umfaßt die Regionen:

---

146 Vgl. weiter unten: topische Modelle.

147 Freud 1938, 59.

148 Freud 1923, 245.

149 Crabtree 1992, 152, etwa: Freud sah das Bewußtsein des Individuums als einen Scheinwerfer, der die innerpsychische Landschaft absucht und, mal hier, mal da, geistige Vorgänge beleuchtet. In diesem Rahmen eines einheitlichen Bewußtseins gibt es keine befriedigende Art, sich vielfältige geistige Strömungen zu erklären, die gleichzeitig oder zusammen wirken.

150 Freud 1923, 241.

151 Perry/Lawrence 1984, 20-26, auch im folgenden.



- *Bewußtsein*: das, was wir – aus welcher Quelle auch immer es kommen mag – wahrnehmen,
- *Vorbewußtes*: Vorstellungen, die bewußt werden können, also *potentiell bewußt* sind. Freud trägt mit diesem Terminus hauptsächlich dem Umstand Rechnung, daß man nicht an Mehreres gleichzeitig denken kann.
- *Unbewußtes*: Vorstellungen und Impulse sexuellen oder aggressiven Charakters und in früher Kindheit Verdrängtes. Der Zugang zum *Unbewußten* ist nur über das *Vorbewußte* möglich, zwischen beiden angesiedelt ist der
- *Zensor*: der Widerstand gegen die Versuche, die Verdrängung abzuschwächen. Dieser Widerstand bzw. Zensor impliziert nach Perry/Lawrence, daß das System *Widerstand* etwas weiß, was dem Bewußtsein unbekannt und von ihm unabhängig bleibt, nämlich das, was im Unbewußten enthalten ist.<sup>152</sup>

Die Unterscheidung zwischen Ich, Es und Über-Ich im *zweiten topischen Modell* charakterisieren Perry/Lawrence als eine nach:

- Instinkt: *Es*,
- Realitätsüberwachung: *Ich* und
- Moral: *Überich*.

In diesem Modell übernimmt nun das *Ich*, das nicht mehr nur bewußte, sondern auch unbewußte Anteile hat, die Funktionen des Zensors: Traumzensur und Verdrängung.<sup>153</sup>

Die Revision des Modells erfolgt aufgrund der Beobachtung in der Analyse, daß die PatientInnen im Assoziationsfluß innehalten, wenn sie an einen Punkt gelangen, an dem sie sich nach Freud nahe am verdrängten Material befänden, dessen aber nicht bewußt sind.<sup>154</sup>

„Da aber dieser Widerstand sicherlich von seinem Ich ausgeht und diesem angehört, so stehen wir vor einer unvorhergesehenen Situation. Wir haben im Ich selbst etwas gefunden, was auch unbewußt ist, sich gerade so *benimmt wie das Verdrängte, das heißt, starke Wirkungen äußert, ohne selbst bewußt zu werden*, und zu dessen Bewußtmachung es einer besonderen Arbeit bedarf. ... Wir müssen

---

152 **Perry/Lawrence** 1984, 23: „It appears to be a knower that knows things about both consciousness and the unconscious, but it remains independent of and unknown to consciousness. The parallel with Richets conceptualization of the unconscious ... is striking“.

153 **Freud** 1923, 243: „Wir haben uns die Vorstellungen von einer zusammenhängenden Organisation der seelischen Vorgänge einer Person gebildet und heißen diese das *I c h* derselben. An diesem Ich hängt das Bewußtsein, es beherrscht die Zugänge zur Motilität, das ist: zur Abfuhr der Erregungen in die Außenwelt; es ist diejenige psychische Instanz, welche eine Kontrolle über all ihre Partialvorgänge ausübt, welche zur Nachtzeit schlafen geht und dann immer noch die Traumzensur handhabt. Von diesem Ich gehen auch die Verdrängungen aus, durch welche gewisse seelische Strebungen nicht nur vom Bewußtsein, sondern auch von den anderen Arten der Geltung und Betätigung ausgeschlossen werden sollen.“

154 **Freud** 1923, 243 f.

für diesen *Gegensatz* aus unserer Einsicht in die strukturellen Verhältnisse des Seelenlebens einen anderen einsetzen: den *zwischen dem zusammenhängenden Ich und dem von ihm abgespaltenen Verdrängten*.“<sup>155</sup>

Die Entstehung der Neurose wird auf diesen Gegensatz im Ich zurückgeführt<sup>156</sup>, und das Unbewußte verliert für Freud vor dem Hintergrund dieser Umstrukturierung an Bedeutung:

„Die Folgen für unsere Auffassung des Unbewußten sind aber noch bedeutsamer. Die dynamische Betrachtung hatte uns die erste Korrektur gebracht, die strukturelle Einsicht bringt uns die zweite. Wir erkennen, daß das *Ubw* nicht mit dem Verdrängten zusammenfällt; es bleibt richtig, daß alles Verdrängte *ubw* ist, aber nicht alles *Ubw* ist auch verdrängt. Auch ein Teil des Ichs, ein Gott weiß wie wichtiger Teil des Ichs, kann *ubw* sein, ist sicherlich *ubw*. Und dieses *Ubw* des Ichs ist nicht latent im Sinne des *Vbw*, sonst dürfte es nicht aktiviert werden, ohne *bw* zu werden, und seine Bewußtmachung dürfte nicht so große Schwierigkeiten bereiten. Wenn wir uns so vor der Nötigung sehen, ein drittes, nicht verdrängtes *Ubw* aufzustellen, so müssen wir zugestehen, daß der Charakter des Unbewußtseins für uns an Bedeutung verliert. Er wird zu einer vieldeutigen Qualität, die nicht die weitgehenden und ausschließenden Forderungen gestattet, für welche wir ihn gerne verwendet hätten. Doch müssen wir uns hüten, ihn zu vernachlässigen, denn schließlich ist die Eigenschaft bewußt oder nicht die einzige Leuchte im Dunkel der Tiefenpsychologie.“<sup>157</sup>

Das Paradox, das jetzt für die Entstehung der Neurose verantwortlich gemacht wird, ist also folgendes: Auf der einen Seite steht das Ich, an dem das Bewußtsein hängt, das die Zugänge zur Motilität beherrscht, das zur Nachtzeit schlafen geht und dann immer noch die Traumzensur handhabt, von dem die Verdrängungen ausgehen, *„durch welche gewisse seelische Strebungen nicht nur vom Bewußtsein, sondern auch von den anderen Arten der Geltung und Betätigung ausgeschlossen werden sollen“*. Und auf der anderen Seite sind wir mit einem Ich konfrontiert, das sich *„benimmt wie das Verdrängte, das heißt, starke Wirkungen äußert, ohne selbst bewußt zu werden.“*<sup>158</sup>

Freud hatte schon 1913 in *Das Unbewußte*<sup>159</sup> ein Problem aufgeworfen, dessen Darstellung den zugrundeliegenden Konflikt veranschaulichen mag:

„Unsere Forschung wird hier offenbar durch ein besonderes Hindernis von der eigenen Person abgelenkt und an deren richtiger Erkenntnis behindert.

Dies trotz inneren Widerstrebens gegen die eigene Person gewendete Schlußverfahren (die Selbstanalyse, L.H.) führt nun nicht zur Aufdeckung eines Unbewußten, sondern korrekterweise zu Annahme eines anderen, zweiten Bewußtseins,

---

155 **Freud** 1923, 244.

156 **Freud** 1923, 244.

157 **Freud** 1923, 244 f.

158 Vgl. obige Zitate **Freud** 1923, 243 f.

159 **Freud** 1913.

welches mit dem mir bekannten in meiner Person vereinigt ist. Allein hier findet die Kritik berechtigten Anlaß, einiges einzuwerfen. Erstens ist ein Bewußtsein, von dem der eigene Träger nichts weiß, noch etwas anderes als ein fremdes Bewußtsein, und es wird fraglich, ob ein solches Bewußtsein, dem der wichtigste Charakter abgeht, überhaupt noch Diskussion verdient. Wer sich gegen die Annahme eines unbewußten Psychischen gesträubt hat, der wird nicht zufrieden sein können, dafür ein *unbewußtes Bewußtsein* einzutauschen. Zweitens weist die Analyse darauf hin, daß die einzelnen latenten Seelenvorgänge, die wir erschließen, sich eines hohen Grades von gegenseitiger Unabhängigkeit erfreuen, so als ob sie miteinander nicht in Verbindung stünden und nichts voneinander wüßten. Wir müssen also bereit sein, nicht nur ein zweites Bewußtsein in uns anzunehmen, sondern auch ein drittes, viertes, vielleicht eine unabschließbare Reihe von Bewußtseinszuständen, die sämtlich uns und miteinander unbekannt sind. Drittens kommt als schwerstes Argument in Betracht, daß wir durch die analytische Untersuchung erfahren, ein Teil dieser latenten Vorgänge besitze Charaktere und Eigentümlichkeiten, welche uns fremd, selbst unglaublich erscheinen und den uns bekannten Eigenschaften des Bewußtseins direkt zuwiderlaufen. Somit werden wir Grund haben, den gegen die eigene Person gewendeten Schluß dahin abzuändern, er beweise uns nicht ein zweites Bewußtsein in uns, sondern die Existenz von psychischen Akten, welche des Bewußtseins entbehren. Wir werden auch die Bezeichnung eines ‚Unterbewußtseins‘ als inkorrekt und irreführend ablehnen dürfen. Die bekannten Fälle von ‚*double conscience*‘ (Bewußtseinsspaltung) beweisen nichts gegen unsere Auffassung. Sie lassen sich am zutreffendsten beschreiben als Fälle von Spaltung der seelischen Tätigkeit in zwei Gruppen, wobei sich dann das nämliche Bewußtsein alternierend (dann gilt aber seine Voraussetzung der Teilmenge des Ich nicht mehr) dem einen oder dem anderen Lager zuwendet. Es bleibt uns in der Psychoanalyse gar nichts anderes übrig, als die seelischen Vorgänge für an sich unbewußt zu erklären und ihre Wahrnehmung durch das Bewußtsein mit der Wahrnehmung der Außenwelt durch die Sinnesorgane zu vergleichen.“<sup>160</sup>

„Zusammengefaßt: Freud hat uns zwei dreiteilige Modelle des Geistes und das Paradox ihrer Beziehung zueinander hinterlassen.“<sup>161</sup>

#### 4.2.3 Erinnerungen und Phantasie

„Ich bin der Meinung, daß man meine Theorie über die ätiologische Bedeutung des sexuellen Momentes für die Neurosen am besten würdigt, wenn man ihrer Entwicklung nachgeht...“ (Freud 1905)<sup>162</sup>

---

160 **Freud** 1913, 268-270 (Hervorhebung des Autors).

161 **Perry/Lawrence** 1984, 26: „In sum, Freud left us with two tripartitive divisions of the mind and a paradox of how they are interrelated.“

162 **Freud** 1905, 149.

Für die unterschiedlichen Konzeptionen des innerpsychischen *Traumata* und der *traumatischen Neurose* sind, v.a. auch in Unterscheidung vom Janetschen Modell die Formulierungen von Erinnerung und Phantasie als Hintergrund der traumatischen Erfahrung entscheidend. Dieser Unterschied in der Konzeption scheint mir neben den voneinander abweichenden Fassungen des Unbewußten und Unterbewußten wesentlicher Grund für die Hinwendung der neueren Traumaforschung zum Dissoziationsmodell und wird deshalb im folgenden Punkt ausgeführt.

In den ersten Fassungen der Theorien zur Genese der Hysterie von Breuer/Freud war der Inhalt des hysterischen Anfalls die Erinnerung an das Trauma, an das Ereignis, das als Ursache der Krankheit verstanden wurde.<sup>163</sup> Freud/Breuer präzisieren 1893, es handele sich um die

„halluzinatorische Reproduktion einer Erinnerung ..., welche für den Ausbruch der Hysterie bedeutsam war, die Erinnerung an das eine große Trauma der ... sogenannten traumatischen Hysterie oder an eine Reihe von zusammengehörigen Partialtraumen, wie sie der gemeinen Hysterie zugrundeliegen. Oder endlich der Anfall bringt jene Geschehnisse wieder, welche durch ihr Zusammentreffen mit einem Momente besonderer Disposition zu Traumen erhoben worden sind.“<sup>164</sup>

Die Erinnerungen sind Reproduktionen realer Ereignisse, die Freud ein Jahr später genauer als „ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung“<sup>165</sup> charakterisiert, von deren Häufigkeit er überzeugt war und für die er Belege anführte.<sup>166</sup> Das „Mißverhältnis zwischen psychisch erregendem Reiz und psychischer Reaktion, das wir bei den Hysterischen antreffen, welches wir durch die Annahme einer allgemeinen abnormen Reizbarkeit zu decken suchen und häufig physiologisch zu erklären bemüht sind“<sup>167</sup> sei nur ein scheinbares. So „...können Sie zwar dem Rätsel mit dem Urteil begegnen, das sei eine abnorme, exzentrisch angelegte, hypersensitive Person; aber Sie werden anders denken, wenn Ihnen die Analyse zeigt, daß jene Berührung an eine andere, ähnliche, erin-

---

163 **Breuer/Freud** 1892, 10: „Konstanter und wesentlicher Inhalt eines (wiederkehrenden) hysterischen Anfalles ist die Wiederkehr eines psychischen Zustandes, den der Kranke bereits früher einmal erlebt hat, die Wiederkehr einer Erinnerung ... Die Erinnerung, welche den Inhalt des hysterischen Anfalles bildet, ist keine beliebige, sondern ist die Wiederkehr jenes Erlebnisses, welches den hysterischen Ausbruch verursacht hat - des psychischen Traumas.“

164 **Freud/Breuer** 1893, 37.

165 **Freud** 1896, 64.

166 **Freud** 1896, 68: „... Es scheint mir sicher, daß unsere Kinder weit häufiger sexuellen Angriffen ausgesetzt sind, als man nach der geringen, von den Eltern hierauf verwendeten Fürsorge erwarten sollte. Bei den ersten Erkundigungen, was über dieses Thema bekannt sei, erfuhr ich von Kollegen, daß mehrere Publikationen von Kinderärzten vorliegen, welche die Häufigkeit sexueller Praktiken selbst an Säuglingen vonseiten der Ammen und Kinderfrauen anklagen, und aus den letzten Wochen ist mir eine von Dr. Stekel in Wien herrührende Studie in die Hand geraten, die sich mit dem ‚Koitus im Kindesalter‘ beschäftigt ...“

167 **Freud** 1896, 76.

nerter, die in sehr früher Jugend vorfiel und die ein Stück aus einem minder harmlosen Ganzen war, so daß eigentlich die Vorwürfe jenem alten Anlaß gelten.“<sup>168</sup> „Die Reaktion der Hysterischen ist eine nur scheinbar übertriebene; sie muß uns so erscheinen, weil wir nur einen kleinen Teil der Motive kennen, aus denen sie erfolgt.“<sup>169</sup> An der hysterischen Reaktion ist also alles „normal und psychologisch verständlich ...“, diese kleine aktuelle Kränkung hat die Erinnerungen so vieler und intensiverer früherer Kränkungen geweckt und zur Wirkung gebracht...“.<sup>170</sup>

Erinnerungen, die sich in hysterischen Anfällen äußern, sind unverändert *frisch*, weil sie abgespalten in einem zweiten Bewußtseinszustand vorliegen und durch das normale Bewußtsein unerreichbar sind<sup>171</sup>, das ist die erste Bedingung ihres Wirkens in hysterischen Ausbrüchen.

Als Grund für die Abspaltung – und damit die fehlende Bearbeitung – war 1892 die „Verschiebung der Erregungs-...summen“ und als deren Ursache der „Versuch der Reaktion“ und die „Isolierung von der Assoziation“ angegeben worden<sup>172</sup>, im gemeinsamen Text führen Breuer/Freud im selben Jahr dazu aus, daß neben dem Vorliegen eines anderen Bewußtseinszustandes die „Furcht vor peinlichen Seelenkämpfen“ Grund der inadäquaten Abfuhr sei, „weil (wie bei sexuellen Eindrücken) Schamhaftigkeit und soziale Verhältnisse sie verbieten.“<sup>173</sup> Die Erinnerungen wirken, oft noch lange Zeit später, „nach Art eines Fremdkörpers“.<sup>174</sup> Die Heilung vom hysterischen Symptom sollte – unter Hypnose – dadurch erfolgen, „die Erinnerung gänzlich ins normale Bewußtsein zu ziehen ..., damit deren Wirksamkeit zur Erzeugung von Anfällen auf(hört)“.<sup>175</sup>

1896, nach seiner Distanzierung von der Theorie der hypnoiden Zustände und somit auch der *condition seconde*, in der die Erinnerungen gespeichert sind, spricht Freud davon, die „Szenen müssen als *unbewußte Erinnerungen* vorhanden

---

168 **Freud** 1896, 77.

169 *Ibd.* (Hervorhebung des Autors).

170 *Ibd.*

171 **Breuer/Freud** 1895, 35: „Man darf also sagen, daß die pathogen gewordenen Vorstellungen sich darum so frisch und affektkräftig erhalten, weil ihnen die normale Usur durch Abreagieren und durch Reproduktion in Zuständen ungehemmter Assoziation versagt ist.“ (Hervorhebung der Autoren); vgl. auch **diess.** 1895, 39, und **Freud** 1892 b, 18.

172 **Freud** 1892, 5 f.; vollständiges Zitat am Anfang des Kap. 4.2.1.

173 **Breuer/Freud** 1892, 13.

174 **Breuer/Freud** 1893, 30 f.: „Wir müssen vielmehr behaupten, daß das psychische Trauma, respektive die Erinnerung an dasselbe, nach Art eines Fremdkörpers wirkt, welcher noch lange nach seinem Eindringen als gegenwärtig wirkendes Agens gelten muß...dürfen wir wohl aus diesen Beobachtungen schließen, der veranlassende Vorgang wirke noch nach Jahren fort ... als auslösende Ursache, wie etwa ein im wachen Bewußtsein erinnerter psychischer Schmerz noch in später Zeit die Tränensekretion hervorruft: der Hysterische leide größtenteils an Reminiszenzen.“

175 **Breuer/Freud** 1892, 11.

sein; nur solange und insofern sie unbewußt sind, können sie hysterische Symptome erzeugen oder unterhalten.“<sup>176</sup> Er hatte zwar die eine Ebene der Argumentation, die Erinnerungen blieben aufgrund der Dissoziation frisch und äußerten sich in hysterischen Symptomen, verlassen, aber noch keine neue Erklärung für den Mechanismus der Umsetzung gefunden.<sup>177</sup>

Der hysterische Anfall entstehe zwar auf der Grundlage von Erinnerungen, sei aber, wie Freud 1894 geschrieben hatte, jetzt „regelmäßig auf einen *psychischen Konflikt* zurück(zu)führen..., in dem eine unverträgliche Vorstellung die *Abwehr* des Ichs rege mach(t) und zur Verdrängung aufforder(t)“.<sup>178</sup>

Die Bedingungen dafür, daß ein Ereignis den Charakter eines Traumas erreicht, benennt Freud nun mit der *determinierenden Eignung* für ein bestimmtes Symptom und der nötigen *traumatischen Kraft* für die Ausprägung der spezifischen Intensität der Erinnerungen und Anfälle.<sup>179</sup>

Der *Schreck* ist hier eine Bedingung des Traumas, die „als nächste Folge des Erlebnisses ... überwog.“<sup>180</sup> Pathogen wirke das Trauma aber erst später, wenn die unbewußten Erinnerungen in der Pubertät geweckt werden<sup>181</sup>, „die eigentlich wirksamen Ereignisse erzeugen zunächst keinen Effekt.“<sup>182</sup>

Eigenartig widersprüchlich mutet hier an, daß auf der einen Seite die „infantilen Sexualszenen“ als „arge Zumutungen“ beschrieben werden, die „alle Ausschreitungen (enthalten), die von Wüstlingen und Impotenten bekannt sind“<sup>183</sup>, Freud andererseits Überlegungen dazu anstellt (und die Antwort schuldig bleibt<sup>184</sup>), wie es sein könne, „daß diese Erinnerung an ein seinerzeit harmloses Erlebnis posthum die abnorme Wirkung äußert“.<sup>185</sup> Wir erinnern uns auch an die oben angeführte Textstelle aus demselben Vortrag: „(d)ie *Reaktion der Hysterischen* ist eine *nur scheinbar übertriebene*“.<sup>186</sup>

Mit seinem Vortrag im April 1896 ist Freud zum letzten Mal mit der *Verfüh-*

---

176 **Freud** 1896, 72.

177 **Freud** 1986, 72: „Wovon es aber abhängt, ob diese Erlebnisse bewußte oder unbewußte Erinnerungen ergeben, ob die Bedingung hierfür im Inhalt der Erlebnisse, in der Zeit, zu der sie vorfallen, oder in späteren Einflüssen liegt, dies ist ein neues Problem, dem wir behutsam aus dem Wege gehen wollen“. Vgl. Kap. 4.2.1.

178 **Freud** 1896, 71; mit Verweis auf „*Die Abwehrneurosen*“ 1894.

179 **Freud** 1896, 55.

180 **Freud** 1896, 68.

181 **Freud** 1896, 72.

182 **Freud** 1896, 73.

183 **Freud** 1896, 75.

184 **Freud** 1896, 74: „Man wird sich aber sagen müssen, dies sei ein rein psychologisches Problem, dessen Lösung vielleicht bestimmte Annahmen über die normalen psychischen Vorgänge und über die Rolle des Bewußtseins dabei notwendig macht, das aber einstweilen ungelöst bleiben kann, ohne unsere bisher gewonnenen Einsicht in die Ätiologie der hysterischen Phänomene zu entwerten.“

185 **Freud** 1896, 74.

186 **Freud** 1896, 77.

ungstheorie in die Öffentlichkeit getreten<sup>187</sup>, in seinen Briefen an Wilhelm Fliess baut er die Theorie aber noch bis in die erste Hälfte des folgenden Jahres aus.<sup>188</sup> Die Hysterie, resümierte Masson den damaligen Standpunkt Freuds, war „eigentlich also nicht abgelehnte Sexualität, sondern *abgelehnte Perversion*“.<sup>189</sup>

Vermutungen über die Gründe Freuds, die *Verführungstheorie* zu verwerfen, sind an unterschiedlichen Stellen ausführlich diskutiert worden; sie sollen hier nur zusammenfassend angeführt werden<sup>190</sup>:

- 1) Freuds Patientinnen und deren beschuldigte Väter, Mütter, Ammen lebten zum Teil in unmittelbarer Nachbarschaft und bildeten Freuds soziales Umfeld.<sup>191</sup>
- 2) Freuds Vortrag hatte bei der versammelten Wiener Ärzteschaft „eisige Aufnahme“ gefunden.<sup>192</sup>
- 3) Freuds Vater, den er in seinen Briefen an Fliess in die Vermutungen der Kindesverführung miteingeschlossen hatte,<sup>193</sup> erkrankte kurz nach dem Vortrag und starb bald darauf.
- 4) Die Privatsphäre der Familie war „allgemein anerkannter gesellschaftlicher Wert“<sup>194</sup> und durfte nicht angetastet werden. Gegen dieses ‚Gesetz‘ hatte Freud verstoßen.
- 5) Freud begann kurz nach dem Vortrag eine Selbstanalyse, die ihn dazu hätte führen müssen, seinen Vater zu beschuldigen.<sup>195</sup>

---

187 **Hirsch** 1987, 29.

188 **Hirsch** 1987, 27.

189 **Masson** J.M. 1984: *Freud: The assault on truth. Freud's suppression of the seduction theory*, London: Faber & Faber; dt: *Was hat man dir, du armes Kind, getan?*, Reinbek: Rowohlt 1984, S. 191, zitiert nach **Hirsch** 1987, 27.

190 Vgl. auch **Rijnaarts** 1991 und **Wirtz** 1989.

191 **Ross** 1989 mit **Jones**, E. 1960: *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*, Bd. I-III, Bern/Stuttgart: Huber.

192 **Freud**: Brief an Fliess vom 26.4.1896: „Ein Vortrag über Ätiologie der Hysterie im Psychiatrischen Verein fand bei den Eseln eine eisige Aufnahme und von Krafft-Ebing die seltsame Beurteilung: Es klingt wie ein wissenschaftliches Märchen. Und dies, nachdem man ihnen die Lösung eines mehrtausendjährigen Problems, ein caput Nili aufgezeigt hat!“; in: **Freud**, S. 1985: *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*, Frankfurt: Fischer, o.S., nach **Hirsch** 1987, 26.

193 **Hirsch** 1987, 32: „In einem wiederum in der Ausgabe von 1950 nicht enthaltenen Brief **Freuds** vom 11.2.1897, den aber Jones (1960, Band I, S. 376) erwähnt, befürchtet **Freud** angesichts der hysterischen Symptome seiner Geschwister (seine eigene Symptomatik betrachtete er als angstneurotisch), „daß sogar sein eigener Vater sich schuldig gemacht haben müßte ...“.

194 **Herman** 1993 a, 45: „Die Privatsphäre als allgemein anerkannter gesellschaftlicher Wert war eine wirksame Barriere dagegen, daß weibliche Lebensrealität ins Bewußtsein drang, machte sie gewissermaßen unsichtbar.“

195 **Krüll**, M. 1979: *Freud und sein Vater. Die Entstehung der Psychoanalyse und Freuds ungelöste Vaterbindung*, München: Beck, S. 76: „Die Verführungstheorie gab er zu einem Zeitpunkt auf, als er im Verlauf seiner Selbstanalyse den eigenen Vater als einen Verführer, als pervers hätte beschuldigen müssen“; zitiert nach **Hirsch** 1987, 32.

6) Freud wollte den Freund Fliess davor schützen, als Verführer entlarvt zu werden.<sup>196</sup>

Die Diskussion um die Gründe der Ablehnung der *Verführungstheorie* durch Freud wird zwar in einigen Ansätzen zur Dissoziationsforschung aufgenommen<sup>197</sup>, ist aber für die Herleitung des Begriffes selbst nicht von zentraler Bedeutung, weshalb ich diesen Aspekt nicht weiter beleuchten, sondern mit dem Kommentar von Hirsch beschließen möchte: „Wenn die westliche Gesellschaft ein bis heute derart wirksames Tabu errichten konnte, über sexuellen Mißbrauch von Kindern, insbesondere durch ihre nächsten Angehörigen zu *denken* und zu *sprechen*, mußte Freud auf weit mehr als ‚eisige‘ Ablehnung gefaßt sein.“<sup>198</sup>

Im Brief Freuds an Fliess vom 2.5.1897 findet sich zum ersten Mal die Aufnahme der *Phantasie* als Schutz, Abwehr und Beruhigung des Kindes, aber „(w)ährend in der damaligen Auffassung die Phantasie noch die Aufgabe hatte, die Realität zu verschleiern, um sie erträglich zu machen, wurde später die Realität (fast) ganz eliminiert, die Phantasie hatte keinen Bezug mehr zur Realität, selbst wenn sie als Erinnerung an diese empfunden wurde.“<sup>199</sup>

Im September 1897 schreibt Freud an Fliess, er „glaube an seine Neurotica nicht mehr“.<sup>200</sup> Als Gründe führt er an, er habe nicht erwartet, die Hysterie mit dieser Bedingung so oft aufzufinden, und vor allem inzwischen „die sichere Einsicht, daß es im Unbewußten ein Realitätszeichen nicht gibt, so daß man die Wahrheit und die mit Affekt besetzte Fiktion nicht unterscheiden kann. (Demnach blieb die Lösung übrig, daß die sexuelle Phantasie sich regelmäßig des Themas der Eltern bemächtigt.)“<sup>201</sup>

1905 faßt Freud die Ergebnisse für die Öffentlichkeit zusammen und betont nun selbst die sozialen Verhältnisse, aber mit anderem Schwerpunkt: „Man mußte aber von vornherein auf ein ähnlich häufiges Vorkommen sexueller Unregelmäßigkeiten unter dem Drucke der sozialen Verhältnisse in unserer Gesellschaft gefaßt sein, und konnte im Zweifel bleiben, welches Maß von Abweichung von der normalen Sexualfunktion als Krankheitsursache betrachtet werden dürfe.“<sup>202</sup> Er habe inzwischen „die Erinnerungstäuschungen der Hysterischen über ihre Kindheit von den Spuren der wirklichen Vorgänge sicher zu unterscheiden“ und „so manche Verführungsphantasie als Abwehrversuch gegen die Erinnerung der eigenen sexuellen Betätigung (Kindermasturbation) aufzulösen“ gelernt. „Mit dieser Erklärung entfiel die Betonung des ‚traumatischen‘ Elementes an den sexuellen

---

196 **Hirsch** 1987, 32: Massons These sei, „daß Freud mit dem Aufgeben der Verführungstheorie seinen Freund Fliß, zu dem er offenbar eine Vater-Übertragung entwickelt hatte, in ähnlicher Weise davor bewahren wollte, als ‚Verführer‘ entlarvt zu werden“; mit Verweis auf **Masson** 1984, a.a.O.

197 Vgl. z.B. **Ross** 1989, **Herman** 1993 a.

198 **Hirsch** 1987, 29; vgl. auch **Herman** 1993 a.

199 **Hirsch** 1987, 28.

200 **Freud**: Brief an Fliess vom 21. September 1897, a.a.O., nach **Hirsch** 1987, 29.

201 *Ibd.*

202 **Freud** 1905, 150.



Kindererlebnissen ...“<sup>203</sup>, „die kompliziertesten Symptome selbst enthüllen sich als die konvertierten Darstellungen von Phantasien, welche eine sexuelle Situation zum Inhalte haben.“<sup>204</sup>

Aus den Erinnerungen, die *frisch* im zweiten, abgespaltenen Bewußtsein vorhanden waren, und eben deshalb sich in der Symptomatik der Hysterie äußerten, waren über den Weg der Ablehnung der Theorie der hypnoiden Zustände erst *unbewußte* Erinnerungen geworden, die Freud jetzt als *Phantasien* entlarvt. Er bindet sie durch die Theorie des Ödipuskomplexes zunächst an die regelmäßigen Phantasien über die Eltern, später auch an phylogenetische Menschheitsereignisse, wie die Erschlagung des Urvaters.<sup>205</sup>

Die Erbeeinflüsse gewinnen wieder an Gewicht. Was Freud schon 1887 Fliess gegenüber angekündigt hatte<sup>206</sup>, führt er 1905 aus: „Mit dem Rücktritt der akzidentellen Einflüsse des Erlebens mußten die Momente der Konstitution und Heredität wieder die Oberhand behaupten“.<sup>207</sup> Überzeugt, „daß die konstitutionelle sexuelle Anlage des Kindes eine ungleich buntere ist, als man erwarten konnte, daß sie ‚polymorph pervers‘ genannt zu werden verdient“<sup>208</sup>, kam er zu dem Ergebnis, „(d)ie Erkrankung ist das Ergebnis einer Summation, und das Maß der ätiologischen Bedingungen kann von irgendeiner Seite her voll gemacht werden.“<sup>209</sup>

Sehen wir uns den ‚Aufbewahrungsort‘ der Erinnerungen an: Während sie sich anfangs im *zweiten Bewußtsein* befinden, werden sie 1906 ins *Unbewußte* – das nach Freuds Aussage von 1913 zeitlos ist, „durch die verlaufende Zeit nicht abgeändert“ wird<sup>210</sup>– verlagert. Die *Phantasien* sind dem hingegen nicht veränderte Erinnerungen, sondern haben einen anderen Charakter:

„Die andere Gruppe von psychischen Vorgängen, die man als rein interne Akte den Eindrücken und Erlebnissen entgegenstellen kann, Phantasien, Beziehungsvorgänge, Gefühlsregungen, Zusammenhänge, muß in ihrem Verhältnis zum Vergessen und Erinnern gesondert betrachtet werden. Hier ereignet es sich besonders häufig, daß etwas ‚erinnert‘ wird, was nie ‚vergessen‘ werden konnte, weil es zu keiner Zeit gemerkt wurde, niemals bewußt war, und es scheint überdies völlig gleichgültig für den psychischen Ablauf, ob ein solcher „Zusammen-

---

203 **Freud** 1905, 153.

204 **Freud** 1905, 155.

205 **Freud** 1937, 208.

206 **Freud**: *Brief an Fliess vom 21. September 1897*, a.a.O: „Nun weiß ich überhaupt nicht, woran ich bin, denn das theoretische Verständnis der Verdrängung und ihres Kräftespiels ist mir nicht gelungen. Es scheint wieder diskutierbar, daß erst spätere Erlebnisse den Anstoß zu Phantasien geben, die auf die Kindheit zurückgreifen, und damit gewinnt der Faktor einer hereditären Disposition einen Machtbereich zurück, aus dem ihn zu verdrängen ich mir zur Aufgabe gestellt hatte – im Interesse der Durchleuchtung der Neurose.“ Zitiert nach **Hirsch** 1987, 29.

207 **Freud** 1905, 154.

208 **Freud** 1905, 155.

209 *Ibid.*

210 **Freud** 1913, 286.

hang“ bewußt war und dann vergessen wurde, oder ob er es niemals zum Bewußtsein gebracht hat.“<sup>211</sup>

Fassen wir also zusammen:

Phantasien und Erinnerungen sind unterschiedliche psychologische Phänomene, die zunächst im Unbewußten aufbewahrt werden. Als Ort der Erinnerungen benennt Freud später das Vorbewußte<sup>212</sup>, wohingegen „(d)ie Eindrücke der frühen Traumen, von denen wir ausgegangen sind, entweder nicht ins Vorbewußte übersetzt ... oder bald durch die Verdrängung in den Eszustand zurückversetzt (werden). Ihre Erinnerungsreste sind dann unbewußt und wirken von Es aus.“<sup>213</sup> Was nicht gewußt wurde, nicht bewußt war, wird nicht als Erinnerung, sondern als Phantasie definiert. Die Symptome der HysterikerInnen beruhen auf Nicht-Wahrgenommenem, den Phantasien.

*Erinnerungen*, nicht Phantasien, kehren in den Träumen der *Unfallsneurotiker* wieder. Freud nimmt 1920 in der Untersuchung der Alpträume der traumatischen Neurose eine andere Kategorie von „Erregungsvorgänge(n)“ an, die „nichts mit dem Bewußtwerden zu tun haben.“ Sie hinterlassen „in den anderen Systemen Dauerspuren als Grundlage des Gedächtnisses in diesen ..., Erinnerungsreste also ... Sie sind oft am stärksten und haltbarsten, wenn der sie zurücklassende Vorgang niemals zum Bewußtsein gekommen ist.“<sup>214</sup> Das führt Freud zu der „Behauptung, ...das *Bewußtsein* entstehe anstelle der *Erinnerungsspur*“<sup>215</sup>, andererseits aber auch zu der Annahme<sup>216</sup>, die Träume der traumatischen Neurose bildeten ebenso wie die Träume in der Analyse, „die uns die Erinnerung der psychischen Traumen der Kindheit wiederbringen“<sup>217</sup>, „eine Ausnahme von dem Satze, der Traum ist eine Wunscherfüllung“.<sup>218</sup>

„Die Angstträume sind keine solche Ausnahme ... auch die Strafträume nicht, denn diese setzen nur an die Stelle der verpönten Wunscherfüllung die dafür gebührende Strafe.“

#### 4.2.4 Traumatische Neurose des Friedens und Kriegsneurose

Zu Beginn ihrer gemeinsamen Überlegungen hatten Breuer/Freud im Anschluß an die Charcotschen Studien zu posttraumatischen Lähmungen<sup>219</sup> eine Parallele zwi-

---

211 **Freud** 1914, 128.

212 **Freud** 1923, 247 f.: „Die Erinnerungsreste denken wir uns in Systemen erhalten, welche unmittelbar an das Bewußtsein *W-Bw* anstoßen, so daß ihre Besetzungen sich leicht auf die Elemente dieses Systems von innen her fortsetzen können.“

213 **Freud** 1937, 204.

214 **Freud** 1920, 24 f.

215 **Freud** 1920, 24.

216 **Freud** 1920, 32 f.

217 **Freud** 1920, 33.

218 **Freud** 1920, 32, auch folgendes Zitat.

219 Vgl. Kap. 2.1.2.

schen der Genese der hysterischen Symptome nach Eisenbahnunfällen und denen der *gemeinen weiblichen Hysterie* gezogen:

„Hier bildet der Inhalt des Anfalles die halluzinatorische Reproduktion jenes mit Lebensgefahr verbundenen Ereignisses, etwa nebst den Gedankengängen und Sinneseindrücken, die das Individuum damals angesponnen. Aber diese Fälle verhalten sich nicht abweichend von der gemeinen weiblichen Hysterie, sondern sind geradezu vorbildlich für dieselbe. Erforscht man bei letzterer den Inhalt der Anfälle auf dem angegebenen Wege, so stößt man auf Erlebnisse, welche gleichfalls ihrer Natur nach geeignet sind, als Trauma zu wirken (Schreck, Kränkung, Enttäuschung).“<sup>220</sup>

Mit der Neudefinition der traumatischen Umstände als innerem Konflikt der HysterikerInnen mußte es Freud nach den Erfahrungen des Ersten Weltkrieges schwerer fallen, die Auswirkungen der Kriegsneurose zu erklären. So hält er zwar fest, „das Zustandsbild der traumatischen Neurose nähert sich der Hysterie durch seinen Reichtum an ähnlichen motorischen Symptomen, übertrifft diese aber in der Regel durch die stark ausgeprägten Anzeichen subjektiven Leidens, .. und durch die Beweise einer weit umfassenderen allgemeinen Schwächung und Zerrüttung der seelischen Leistungen“<sup>221</sup>, vollzieht damit aber lediglich eine Argumentation nach, gegen die er mit seinen ersten Formulierungen zur weiblichen und männlichen Hysterie – welcher Ausformung auch immer – angetreten war.

Um Freuds Überlegungen, Zögern und Abbrechen des Theoretisierens über Kriegsneurosen ansatzweise einordnen zu können, ist etwas Einsicht in die Diskussion um *traumatische Neurose*, *klassische* (männliche) und weibliche *Hysterie* und *post-traumatische Hysterie* in der 80er und 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts vonnöten.

Mit der *Railway-Spine*<sup>222</sup> hatte ein neues Kapitel der Pathologie begonnen<sup>223</sup>: die Krankheit sei nicht auf eine wirkliche Verletzung der Nerven zurückzuführen, war eine – vornehmlich in England und Frankreich vertretene – Position, sondern die Folge funktioneller Störungen, die in dieser Argumentation als *hysterisch* bezeichnet wurden. Bei den Patienten traten zudem Schmerzunempfindlichkeiten oder vermindertes Schmerzempfinden auf, wie es auch bei der weiblichen Hysterie festgestellt worden war. Die Frage, ob die Verletzungen organische seien, und in welchem Zusammenhang sie zur Hysterie stünden, wurde sehr kontrovers diskutiert.

Freud hatte in der zweiten Hälfte der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts die Position Charcots vertreten, der beiden Formen dasselbe ätiologische Modell zugrunde-

---

220 **Breuer/Freud** 1892, 10 f.

221 **Freud** 1920, 9.

222 Aus der mit den Eisenbahnunglücken entstandenen *traumatischen Neurose*, vgl. Kap. 2.1.2.

223 Vgl. für das folgende: **Ellenberger** 1970/1996, 595 ff., und **Fischer-Homberger** 1975.

legte.<sup>224</sup> „Da viele der Unfallopfer Männer waren, wurde die Diagnose ‚männliche Hysterie‘, die man früher nur auf Männer mit klassischen Hysterie-symptomen angewendet hatte, nun auf Männer mit posttraumatischen funktionellen Störungen ausgedehnt.“<sup>225</sup> In Frankreich werden in der Folge also zwei Formen der Hysterie bei Männern klassifiziert: die *klassische Hysterie*, als deren wichtigster ätiologischer Faktor die Vererbung beschrieben wird, und die durch einen Unfall ausgelöste *post-traumatische Hysterie*.

Das Vorkommen der klassischen Form der Hysterie auch bei Männern war unumstritten, die Analogie der posttraumatischen Störung zur klassischen Form aber wurde, trotz von Charcot zugestandener Eigenheiten der traumatischen Lähmungen, in Deutschland und Wien abgelehnt.

In Deutschland wandten sich zwei führende Neurologen – **Thomsen** und **Oppenheim** – gegen die Parallele zur Hysterie: *Hemianästhesie* (die Empfindungslosigkeit einer Körperhälfte) trete auch bei anderen Patienten auf, „und bei einigen Fällen von traumatischer Lähmung hätten sie festgestellt, die Hemianästhesie sei viel schlimmer als bei hysterischen Patienten, die Depression sei tiefer“.<sup>226</sup> Thomsen und Oppenheim bezeichneten nicht-organische Fälle der Eisenbahnneurose als spezifische traumatische Neurose, die von der Hysterie unterschieden sei.

In der Diskussion der traumatischen Neurose 1920 scheint Freud eher das alte deutsche Modell der Trennung der funktionalen Störungen nach Unfällen von den hysterischen Symptomen zu vertreten. Die Unterscheidung zwischen gemeiner weiblicher Hysterie und traumatischer Neurose trifft Freud vage nach der Schwere der Auswirkungen und der impliziten Unterscheidung der o.g. Funktionen der Träume als (Straf- und Angst-) Wünsche einerseits und „der Auskunft, bei diesem Zustand (der traumatischen Neurose, L.H.) sei wie so vieles andere auch die Traumfunktion erschüttert und von ihren Absichten abgelenkt worden“.<sup>227</sup>

Die *traumatische Neurose* erklärt Freud mit dem „Durchbrechen des Reizschutzes“<sup>228</sup> durch „Schreck“ und „Lebensbedrohung“ und versetzt damit nach eigener Auskunft „die alte naive Lehre vom Schock in ihre Rechte“, verbindet sie aber mit dem Schreck und der Lebensbedrohung als ätiologischem Moment. Der Schock wird nicht als „Schädigung der molekularen Struktur“ verstanden, was eine der medizinischen Varianten der Schocktheorie war, sondern konzipiert als die Durchbrechung des Reizschutzes für das Seelenorgan im Moment des Schrecks.

Die *Kriegsneurose* ist von der *traumatischen Neurose des Friedens* nur durch den Umstand unterschieden, daß sie – was Freud verwirrt – auch ohne mechanische Erschütterung zustandekommt, eine Bedingung, der man die (wie auch immer neurologisch oder psychologisch vermittelte) Verursachung der traumatischen

---

224 Vgl. Kap. 2.1 und 3.1.

225 **Ellenberger** 1970/1996, 598.

226 **Ellenberger** 1970/1996, 597.

227 **Freud** 1920, 11.

228 **Freud** 1920, 32; auch im folgenden.

Neurose (der Eisenbahnunglücke) zugeschrieben hatte. Vielleicht, räsontiert Freud, könne die Kriegsneurose eine „traumatische Neurose(n) sein ..., die durch einen Ichkonflikt erleichtert worden“<sup>229</sup> ist. „(E)ine gleichzeitige grobe Verletzung durch das Trauma (verringere) die Chance für die Entstehung einer Neurose...(, weil) mechanische Verletzung als eine der Quellen der Sexualerregung anerkannt werden muß (vgl. die Bemerkungen über die Wirkung des Schaukelns und Eisenbahnfahrens in „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ Ges. Werke, Bd. V), und zweitens, daß dem schmerzhaften und fieberhaften Kranksein während seiner Dauer ein mächtiger Einfluß auf die Verteilung der Libido zukommt.“<sup>230</sup>

#### 4.2.5 Angst, Schreck und Furcht

Freud hatte den Schreck schon in den Anfängen seiner Überlegungen zur Ätiologie der Hysterie als zentrales Moment in der Entstehung bezeichnet<sup>231</sup>, auch in „der gemeinen traumatischen Neurose ... (liegt) das Hauptgewicht der Verursachung in der Überraschung, im Schreck“.<sup>232</sup> Hier differenziert er: „Ich glaube nicht, daß die Angst eine traumatische Neurose erzeugen kann; an der Angst ist etwas, was gegen den Schreck und also auch gegen die Schreckneurose schützt.“<sup>233</sup> Die Durchbrechung des Reizschutzes erfolgt eben durch die mangelnde Angstbereitschaft.

Die Angst nämlich ist die Erwartung der Gefahr und damit eine Vorbereitung auf dieselbe, die Furcht verlangt ein bestimmtes Objekt, vor dem man sich fürchtet und der Schreck ist der Zustand, in den man gerät, wenn man einer Gefahr begegnet, auf die man nicht vorbereitet ist.<sup>234</sup>

Realangst, unterscheidet Freud später genauer, sei die Angst vor einer Realgefahr, einer „Gefahr, die wir kennen“. „Die neurotische Angst ist Angst vor einer Gefahr, die wir nicht kennen ... die Analyse hat uns gelehrt, es ist die Triebgefahr.“<sup>235</sup>

Die „Gefahrsituation ist die erkannte, erinnerte, erwartete Situation der Hilflosigkeit“, in der ein Angstsignal erfolgt und Angst in Erwartung des Traumas auftritt. Diese Angst hat zweierlei Formen, nämlich die der „ursprüngliche(n) Reaktion auf die Hilflosigkeit im Trauma“ (gerichtete Angst) und die einer abgemilderten Wiederholung des Traumas (unbestimmte Angst vor und aus Hilflosigkeit). Angst kann also nur angesichts einer in irgendeiner Hinsicht bekannten Situation auftreten. Ihr Grund ist der Wunsch des Ich, das das ursprüngliche Trauma passiv

---

229 **Freud** 1920, 33 mit Verweis auf *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. Einleitung*. Internationale Psychoanalytische Bibliothek, Nr. 1, 1919 (Ges. Werke, Bd. XII).

230 **Freud** 1920, 33 f.

231 Vgl. **Breuer/Freud** 1892, 11, und **Freud** 1896, 68.

232 **Freud** 1920, 9 f.

233 **Freud** 1920, 10.

234 **Freud** 1920, 10.

235 **Freud** 1929, 198.

erlebt hat, dieses Mal die Kontrolle zu übernehmen.<sup>236</sup> „Für eine ganze Anzahl von Traumata mag der Unterschied zwischen den unvorbereiteten Systemen das für den Ausgang entscheidende Moment sein; von einer gewissen Stärke des Traumas an wird er wohl nicht mehr ins Gewicht fallen.“<sup>237</sup>

### 4.3 Freud – Janet: ein Vergleich im Hinblick auf die Theorie der Dissoziation als Modell der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen

Ich möchte im Folgenden die Theorien von Freud und Janet in Bezug auf Dissoziation und die damit verknüpften Begriffe von Amnesie und Erinnerung einerseits, der Definition des Traumas andererseits vergleichen.<sup>238</sup> Die Gründe für die Übernahme des Janetschen Modells in der neueren Traumaforschung sollten eben hier zu finden sein.<sup>239</sup> Im Vergleich mit dem Freudschen Ansatz sind die Grundlagen für die vermutete Unvereinbarkeit der Grundannahmen der Modelle herauszuarbeiten, deren trotz allem versuchte Integration zum defintorischen Chaos in Diagnostik und Forschungsfeld einerseits, zu einer nur eingeschränkten Nutzung der Kapazitäten des Janetschen Ansatzes andererseits geführt haben.

Zentrale Unterscheidungsmöglichkeiten des dargestellten Materials sind – wie oben angedeutet – im Hinblick auf die Konzeptualisierung des Dissoziationsansatzes als Modell der Verarbeitung traumatischer Erinnerungen:

#### 1. Ätiologische Faktoren

- Konstitution und Vererbung
- das Ereignis und seine Übersetzung ins Individuum

#### 2. Vorannahmen über Bewußtsein und davon Getrenntes

- Bewußtsein
- Erinnerung und Phantasien
- Mechanismen der Trennung vom/von Bewußtsein

#### 4.3.1 Ätiologische Faktoren

##### Konstitution und Vererbung

Mit Freuds Abkehr von der Verführungstheorie „gewinnt der Faktor einer hereditären Disposition einen Machtbereich zurück, aus dem ihn zu verdrängen ich mir zur Aufgabe gestellt hatte“.<sup>240</sup> „(A)n die Stelle akzidenteller Einflüsse (sind) konstitutionelle Momente (getreten), für die rein psychologisch gemeinte ‚Abwehr‘ ist die organische ‚Sexualverdrängung‘ eingetreten.“ Die Vorgänge beschreibt Freud „in letzter Linie als chemische ..., so daß man in den sogenannten

---

236 **Freud** 1920, 199 f.

237 **Freud** 1920, 32.

238 Für die Quellenangaben vgl. Kap. 4.1 und 4.2.

239 Ihre Rezeption durch die neuere Traumaforschung bleibt den Kapiteln 5 und 6 vorbehalten.

240 **Freud** 1897: *Brief an Fliess vom 21. September 1897*, in: **Freud**, S. 1985: *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*, Frankfurt: Fischer, o.S., nach **Hirsch** 1987, 29.

aktuellen Neurosen die somatischen, in den Psychoneurosen außerdem noch die psychischen Wirkungen der Störungen im Sexualstoffwechsel erkennen dürfte.“ Er sieht die Ätiologie der Neurosen weder „ausschließlich in der Heredität oder in der Konstitution“, noch betrachtet er „einzig die akzidentellen Beeinflussungen der Sexualität im Leben“. Die Erklärung, die sich ihm ergibt, ist, „daß das Wesen dieser Erkrankungen nur in einer Störung der Sexualvorgänge im Organismus gelegen ist.“<sup>241</sup> In der Entstehung der Kriegsneurosen und der traumatischen Neurosen, die aber – wie oben ausgeführt – ungenau erklärt ist, werden Erbfaktoren nicht benannt.

Für Janet war Vererbung *ein* Faktor für die Disposition zur Dissoziation, neben Vergiftungen, Infektionen und dergleichen mehr.<sup>242</sup> Der Zustand der psychologischen Spannung im Individuum könne durch eine ganze Reihe von Faktoren und deren Zusammenspiel beeinflusst werden.

Eine grundlegende Unterscheidung zwischen beiden Ansätzen an diesem Punkt scheint somit ohne Grundlage.

### Das Ereignis und seine Übersetzung ins Individuum

Zentrales ätiologisches Moment für die Dissoziation sind für Janet die überwältigenden Gefühle, die eine Integration der Erfahrung verhindern, weil – bei vorliegender Verengung des Bewußtseinsfeldes – keine Möglichkeit des integrierenden Handelns mehr gegeben ist.

„Ich war gezwungen, in bestimmten Fällen die Rolle eines oder mehrerer Ereignisse im Erfahrungshintergrund der Person anzuerkennen. Diese Ereignisse, die ein gewaltsames Gefühl und eine Zerstörung des psychologischen Systems forcierten, hatten Spuren hinterlassen. Die Erinnerung an diese Ereignisse und die geistige Energie, die dazu benötigt wurde, sie in Schach zu halten, absorbierte eine Unmenge an Energie und führte zu einer weiteren Verschlechterung. Dieses Erkenntnis war fruchtbar und gab den Anstoß zu einer Theorie der Neurosen und Psychosen, die durch die unbewußte Fortdauer eines emotionalen Traumas hervorgerufen werden. (Jedoch) habe ich nie behauptet, alle neuropathischen Schwächen seien ausschließlich Konsequenz traumatischer Reminiszenzen.“<sup>243</sup>

Janet beschreibt im Lauf seines Werks traumatische Erfahrungen unterschiedlicher Art, benennt z.B. starke sexuelle Gefühle (*émotions sexuelles*), die die Ursache einer endlosen Anzahl von Somnambulismen seien und führt den Inhalt dieser Zustände an mit: mehrfache Vergewaltigungsversuche, die Wiederholung ,mehr

---

241 **Freud** 1905, 156.

242 **Janet** 1893, xxi: „Nous avons fait remarquer que la désagrégation de l'esprit peut avoir les mêmes caractères cliniques, tous en dépendant de causes différentes: l'hérédité, les intoxications, des auto-infections, etc.“; mit Verweis auf Seite 457 des *Automatisme*.

243 **Janet** 1930: *Autobiography*, in: **Murchison**: *A History of Psychology in Autobiography*, Worcester/Mass: Clark University Press, Vol. 1, 128; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1989, 376; vgl. auch Kap. 4.1.

oder weniger vollendeter sexueller Handlungen‘; sieht aber als Auslöser auch z.B. den Tod einer geliebten Person, *Angst vor irgend etwas* oder die Tatsache, daß die Eltern die Miete nicht mehr zahlen können.<sup>244</sup> Freuds Erklärung der Ätiologie der Hysterie ausschließlich durch sexuelle Handlungen bzw. Konflikte lehnt Janet ab.<sup>245</sup>

Die Vorstellungen Janets decken sich, abgesehen von der Bestimmung der ‚Natur‘ der Ereignisse, weitgehend mit der frühen Freudschen Einschätzung, „der Anfall bringt jene Geschehnisse wieder, welche durch ihr Zusammentreffen mit einem Momente besonderer Disposition zu Traumen erhoben worden sind“.<sup>246</sup> Die Unfähigkeit zu handeln hat Ähnlichkeit mit der *Hilflosigkeit*, die Freud für die traumatische Situation beschreibt.<sup>247</sup>

Zwischen diesen beiden Äußerungen Freuds liegen aber mehr als zwanzig Jahre: Erinnerungen, die zunächst neben den hypnoiden Zuständen und später als Erinnerungen an sexuelle „Attacken“<sup>248</sup> allein Verursacher der hysterischen Symptome waren, haben zwischenzeitlich jegliche Bedeutung in der Ätiologie der *weiblichen Hysterie* verloren.

Freud teilt mit der Wiederaufnahme der traumatischen Neurose und der Neuaufnahme der Kriegsneurose 1920 die Traumatisierungen in zwei Gruppen ein: die der Traumata, die auf einem inneren Konflikt beruhen – der durch die Inzestphantasie ausgelöst<sup>249</sup> und dann verdrängt wird – und die Gruppe der traumatischen Neurosen (des Friedens und des Kriegs), die in (wenn auch nicht ganz geklärt) Verbindung zu einem realen Ereignis stehen<sup>250</sup>, das aber auf jeden Fall durch sein plötzliches Auftreten (und das Fehlen der Angst) den Reizschutz des Individuums durchbrochen hat. Für diese Traumata gilt, daß ab einer gewissen Stärke des Traumas das Ereignis selbst, ohne Vorbedingung auf seiten des Individuums, den Reizschutz durchbrechen kann.<sup>251</sup>

Der Affekt, der sich in der Hysterie in Körperinnervation umsetzt, entsteht aus dem innerpsychischen Konflikt, in der traumatischen Neurose und der Kriegsneurose ist bis zu einer nicht näher bestimmten „gewissen Stärke des Traumas“ der

244 **Janet** 1929 a, 471 f.: „Somnambulismes déterminé par ... la mort d’une personne aimée, ... une peur de quelque chose“. „Les émotions sexuelles sont l’origine d’infiniment de somnambulismes: répétitions de tentatives de viol, répétitions d’actes sexuels plus ou moins complets“, etc.

245 **Perry/Lawrence** 1984, 38.

246 **Freud/Breuer** 1893, 37.

247 **Freud** 1920, 199 f.

248 Vgl. **Freud** 1896.

249 Vgl. **Hirsch** 1987, 24: „Inzest wird dabei jedoch nicht als reale sexuelle Beziehung zwischen Familienmitgliedern, sondern als Phantasietätigkeit des Kindes und als sein Wunsch, in der Regel mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil sexuell zu verkehren, verstanden. In der Frustration dieser Wünsche vollzieht sich Ich- und Persönlichkeitsentwicklung.“

250 **Freud** 1920, 9: „Ein volles Verständnis ist bisher weder für die Kriegsneurosen noch für die traumatischen Neurosen des Friedens erzielt worden.“

251 **Freud** 1920, 32; was leider über diesen einen Satz hinaus nicht expliziert wird.



Schreck Bedingung für die Traumatisierung. Angst hingegen ist Teil des Reizschutzes, bewahrt vor Traumatisierung.

Die ‚traumatische Situation‘ Janets bestimmt sich zentral aus dem Element der vehementen Emotion, die als Übersetzung des Ereignisses in das persönliche Erleben verstanden werden kann. Die auslösenden äußeren Ereignisse sind Bedingung, aber nicht im einzelnen bestimmt. Die emotionale Wertung des Ereignisses ist abhängig von einer Vielzahl individuell unterschiedlicher Bedingungen (z.B. Alter, Krankheit, Übermüdung...), die die psychologische Spannung und damit die Verarbeitungsmöglichkeit beeinflussen. Hieraus ergibt sich die für die Dissoziation entscheidende Bedingung der Handlungsunfähigkeit des Individuums.

Freud nennt klarer festgelegte Bedingungen für die Traumatisierung: Im Falle des psychischen Traumas ist es eine sehr allgemeine – die frühkindlicher innerpsychischer Konflikte –, die jede/r erfüllt; diese Traumatisierung ist somit allgemeine Entwicklungsbedingung, im Falle einer Erkrankung liegt eine „Störung im Sexualstoffwechsel“ vor. Bedingung für die Entwicklung einer traumatischen Neurose bzw. einer Kriegsneurose ist allgemein die mechanische Erschütterung, die aber wegfallen kann, wenn ein Ich-Konflikt vorliegt. Bis zu einer „gewissen Stärke des Traumas“ ist der Schreck und das Fehlen der Angst notwendig für die Traumatisierung. Die Ich-Spaltung setzt einen unauflösbaren Konflikt zwischen Realitäts- und Triebanspruch voraus, der in seinen Charakteristika ebensowenig wie in seiner Vermittlung ins Individuum genauer bestimmt ist.

Hier scheint ein zentraler Unterschied beider Konzeptionen beschrieben, der die Grundlage einer Aufnahme des Janetschen Modells in den 70er Jahren darstellen könnte. Eine genauere Diskussion dieser Frage werde ich folgenden Kapitel im Zusammenhang mit der Neuaufnahme führen.

#### 4.3.2 Vorannahmen über das Bewußtsein und davon Getrenntes

##### Bewußtsein/Unbewußtes/Unterbewußtes

Unbewußtes ist für Janet immer nur das momentan nicht Bewußte, alles dem (jeweiligen) Hauptbewußtsein nicht Zugängliche nennt er *Unterbewußtsein*, was aber keine dynamische Beziehung benennt. Dynamik liegt nicht im *Verhältnis* der verschiedenen Bewußtseinszustände *zueinander*, sondern in der Aktivität verschiedener Bewußtseinszustände und deren Inhalte. Schwierigkeiten entstehen, wenn Bewußtseinsinhalte voneinander getrennt bleiben, nicht primär durch deren Relation, sondern durch die ungenügende Erfüllung der – gesellschaftlich vermittelten – Aufgabe der Integration über die Zeit mittels der Erinnerung.

Die Psychodynamik bezieht sich auf die Integration von Erfahrungen durch die Erinnerung über verschiedene Bewußtseinszustände hinweg, Folgefragen sind die nach der Verursachung von Integrationsfehlern.

Integration geschieht durch die erfolgreiche Vermittlung zwischen Handlung, Gedanke, Gefühl und Wahrnehmung. Das Bewußtsein als Selbst-Bewußtsein ist die Erinnerung an die in einem Bewußtseinszustand miteinander verbundenen Erfah-

rungen. Wird die integrierende (Sprach-)Handlung durch eine überwältigende Emotion behindert und dadurch das Bewußtseinsfeld eingeengt, so werden die kombinierten Prozesse aus dem Hauptbewußtseinsstrom abgespalten, dissoziiert. Sie bilden sich zu mehr oder weniger komplexen fixen Ideen heran, die aber nicht als abstrakte Denk- und Wahrnehmungsvorgänge, sondern als Zusammenhang aus Gefühl, Wahrnehmung, Gedanke und Handlungsansätzen begriffen werden. Wird eine solche fixe Idee durch fortwährende neue Dissoziation mit anderen fixen Ideen in einem (anderen) Bewußtseinszustand integriert, so bildet sie in diesem anderen, *somnambulen* Bewußtseinszustand durch die Integration von Erinnerung den Kern eines neuen Selbst-Bewußtseins.

Breuer/Freud machen zu Anfang ihrer Studien ähnliche Ausführungen: Der Affect kann nicht integriert werden und wird deshalb dissoziiert; in der Folge bestimmt Freud die Ursache der nicht erfolgenden Integration mit der aktiven Zurückweisung des nicht akzeptablen Inhalts durch das unbewußte Ich mittels der Verdrängung. Bewußtsein wird unter der Prämisse, „(d)ie Unterscheidung des Psychischen in Bewußtes und Unbewußtes ist die Grundvoraussetzung der Psychoanalyse“<sup>252</sup> als einheitlich verstanden. Weil ein *unbewußtes Bewußtsein* nicht akzeptabel wäre, müssen die Beobachtungen an der eigenen Person und die „bekannten Fälle von ‚*double conscience*‘ (Bewußtseinsspaltung)... als Fälle von Spaltung der seelischen Tätigkeit in zwei Gruppen (beschrieben werden, L.H.), wobei sich dann das nämliche Bewußtsein alternierend ... dem einen oder dem anderen Lager zuwendet.“<sup>253</sup>

Die Dynamik bezieht sich hier zunächst auf die Beziehung der beiden Systeme *W-Bw* und *Ubw* zueinander, später auf das Verhältnis zwischen dem (als teils bewußt, teils unbewußt definierten) *Ich* und dem *Es*.

Die unterschiedlichen Grundannahmen über das Bewußtsein stehen in Zusammenhang mit der unterschiedlichen Konzeption von *Wahrnehmung*. Wo Janet schon in den Anfängen seiner Studien von unterschwelliger Wahrnehmung ausgeht<sup>254</sup>, setzt Freud die als *bewußt* definierte Wahrnehmung in direkte Beziehung zum Bewußtsein. Sie bilden zusammen ein System: *W-Bw*.<sup>255</sup>

---

252 **Freud** 1923, 239; vgl. auch **Freud** 1913, 267: „Es bleibt uns in der Psychoanalyse gar nichts anderes übrig, als die seelischen Vorgänge für an sich unbewußt zu erklären und ihre Wahrnehmung durch das Bewußtsein mit der Wahrnehmung der Außenwelt durch die Sinnesorgane zu vergleichen.“

253 **Freud** 1913, 269.

254 Vgl. **Janet** 1893, xx und Kap. 4.1.

255 Das **Freud** 1923, 249, zwar in Frage stellt, aber nicht grundsätzlich revidiert. Der grundlegende Unterschied zu Janet auf der Ebene unterschwelliger Wahrnehmung äußerer Ereignisse bleibt erhalten: „Während die Beziehung der äußeren Wahrnehmung zum Ich ganz offenkundig ist, fordert die der inneren Wahrnehmung zum Ich eine besondere Untersuchung heraus. Sie läßt noch einmal den Zweifel auftauchen, ob man wirklich Recht daran tut, alles Bewußtsein auf das eine oberflächliche System *W-Bw* zu beziehen.“

## Erinnerung und Phantasie

Die *Erinnerungen* verlagern sich bei Freud aus dem zweiten Bewußtseinszustand ins Unbewußte, sodann ins Vorbewußte; dem Bewußtsein spricht Freud 1920 Erinnerungen ab, „das Bewußtsein entstehe anstelle einer Erinnerungsspur.“<sup>256</sup>

Für Janet ist Erinnerung aktiver Bestandteil des Bewußtseins in der Integration von Informationen – Persönlichkeit und Selbstbewußtsein stellen sich nur über die bewußte Erinnerung her.<sup>257</sup> Erinnerung ist definiert durch Bewußtheit, und als solche alles andere als pathologisch, sondern Grundlage der Anpassung des Menschen an seine Umwelt. Werden Erfahrungen zwar wahrgenommen, aber nicht durch eine persönliche Erzählung – eine Erinnerung, die Handlung ist – integriert, sondern dissoziiert, so sind sie das Gegenteil von Erinnerung, nämlich Amnesie: der Verlust des Zusammenhangs.

Wahrnehmung ist für Janet nicht an *Bewußtheit* gebunden; sein Terminus des Bewußtseinsfeldes leitet sich ja aus dem des Gesichtsfeldes ab. Die Verengung des Bewußtseinsfeldes will mit der Analogie darauf hinweisen, daß wir sehr wohl Dinge und Ereignisse wahrnehmen, die sich außerhalb unseres Gesichts- bzw. Bewußtseinsfeldes bewegen.

In krassem Gegensatz dazu steht Freuds Behauptung einer „anderen Gruppe von psychischen Vorgängen, ... Phantasien, Beziehungsvorgänge ... (die man) in ihrem Verhältnis zum Vergessen und Erinnern gesondert betrachte(n muß). Hier ereignet es sich besonders häufig, daß etwas ‚erinnert‘ wird, was nie ‚vergessen‘ werden konnte, weil es zu keiner Zeit gemerkt wurde, niemals bewußt war.“<sup>258</sup>

Erinnerungen wären also Gruppen von Vorstellungen, die sich – sagen wir, im Vorbewußten – aufhalten, und definiert sind darüber, daß sie einmal bewußt waren. Phantasien, Gefühlsregungen etc. demhingegen halten sich im Unbewußten auf und waren niemals bewußt. Waren sie aber das Resultat von Eindrücken? Sind sie gespeicherte Information, die nur nicht bewußt aufgenommen wurde? „(E)s scheint überdies völlig gleichgültig für den psychischen Ablauf, ob ein solcher ‚Zusammenhang‘ bewußt war und dann vergessen wurde, oder ob er es niemals zum Bewußtsein gebracht hat.“<sup>259</sup>

## Dissoziation und Verdrängung

Janet beschreibt den somnambulen Zustand als Folge der Verengung des Bewußtseinsfeldes, die Dissoziation von Erfahrungen erfolgt somit *gleichzeitig* zur Herstellung eines anderen Bewußtseinszustandes, sie ist die Trennung beider Zustände und damit auch ihrer Inhalte. Janets theoretische Bemühungen drehen sich in einem wesentlichen Punkt um die Frage, *warum* diese Abspaltung in einen anderen Bewußtseinszustand stattfindet: die Frage nach Grund und Ausformung der

---

256 **Freud** 1920, 25.

257 Vgl. z.B **Janet** 1889 und **Janet** 1929 b.

258 **Freud** 1914, 128.

259 *Ibd.*

Verengung des Bewußtseinsfeldes in Reduzierung der psychologischen Spannung zur Integration von Erfahrungen. Verdrängung war für Janet *einer* der Mechanismen, die zu geistiger Dissoziation führen können, ein vorübergehender Zustand, der aus der Verengung des Bewußtseinsfeldes hervorging und seiner Meinung nach beim gesunden Individuum keinerlei Spuren hinterließ.<sup>260</sup>

Für Breuer/Freud sind die hypnoiden Zustände eine Voraussetzung der hysterischen Anfälle, sie beschreiben aber lediglich, was nach der Abspaltung in den anderen Bewußtseinszustand passiert; die Frage des *Wie* beschäftigt sie vorerst wenig, noch 1896 bescheidet Freud diese Frage mit Aufschub. Eine Erklärung des Vorganges, der psychischen Mechanismen, beginnt erst mit der Herausbildung der *Verdrängung* und des Konzepts des *Unbewußten*. Die hypnoiden Zustände spielen dort keine Rolle mehr, das zweite Bewußtsein wird auf verworrenen Wegen in den abgespaltenen, unbewußten Teil des Ich überführt. Die Verdrängung ist eine Kraft des Ich, die dem Ich nicht bewußt ist, aber als *aktiver Mechanismus* den Inhalt fortwährend vom Bewußtsein fernhalten muß („(w)enn der Hysterische ein Ereignis aktiv vergessen will“<sup>261</sup>); die verdrängten Inhalte sind in diesem Zusammenhang vor allem innerpsychische Konflikte.

Dissoziation dagegen ist die *erzwungene Konsequenz* der überwältigenden Emotion, eine physiologisch-psychologische Reaktion auf emotionale Überlastung und die Unmöglichkeit der Integration in Handlungsunfähigkeit.

#### 4.4 Prince

Zur Zeit der Jahrhundertwende und in den ersten beiden Jahrzehnten danach sei das Modell der Dissoziation scheinbar derart gebräuchlich gewesen zu sein, daß niemand daran dachte, den Ursprung darzulegen, meint **Hilgard**<sup>262</sup>, und räumt Morton **Prince**, einem US-amerikanischen Neurologen, den Hauptverdienst darin ein, Janets Idee wachgehalten zu haben.

Ich möchte an dieser Stelle eine kurze Beschreibung seiner Einordnung von *Co-consciousness* einfügen, die in der Betrachtung dissoziativer Symptomatik immer wieder Erwähnung findet, grundlegend aber wohl eher eine definitorische Verschiebung, weniger ein von Janet unterschiedenes Modell darstellt.<sup>263</sup>

---

260 **Perry/Lawrence** 1984, 39: „For Janet repression was one of the possible mechanisms leading to the development of subconscious mental disintegration ... a transient state ... In a normal, healthy individual, repression did not leave any trace; ...Repression was not a normal defense mechanism, but ... a consequence of mental weakness (shrinking of the field of consciousness)“.

261 **Breuer/Freud** 1892, 12.

262 **Hilgard** 1977, 5: „At the time, the concept of dissociation was apparently so familiar that it had become anonymous“; vgl aber auch **Ellenberger** 1970/1996, der ähnliches zu anderen Neuschöpfungen Janets, wie z.B. der fixen Idee, vermerkt.

263 Vgl. auch **Prince** 1885, eine faszinierende, frühe Konzeption des Geist-Körper-Zusammenhangs.

Morton **Prince** Studie *The Dissociation of a Personality* erschien erstmals 1905<sup>264</sup> und gilt auch heute noch als eine der grundlegenden Studien zur Pathologie der Dissoziation. Der Bericht über *Miss Beauchamp* ist eine der ersten und umfangreichsten Monografien zum Thema *Multiple Persönlichkeiten*.

Eine Reihe von Vorlesungen aus den zwanziger Jahren faßt die Theorie von Prince komprimierter zusammen. Hier soll eine Darstellung seiner Unterscheidung von Unbewußtem, Unterbewußtem und Mitbewußtem (*coconscious*) einen letzten Teil des definitorischen Hintergrundes der Diskussion um das Modell der Dissoziation bilden.

#### 4.4.1 Unbewußtes, Mitbewußtes und Unterbewußtes

Für den Begriff *Unbewußtes* existierten mehrere Definitionen, die entweder im psychologischen oder allgemeinen Sprachgebrauch verankert seien, führt Prince aus, was einerseits eine genauere Abgrenzung und Definition des Begriffs erschwere, weshalb er andererseits aber auch nicht einfach durch einen anderen ersetzt werden könne.<sup>265</sup> Die erste Begriffsfestlegung ist nach Prince die der psychologischen *Dispositionen* oder *Neurogramme* des Speicherplatzes Gehirn, in dem die Lebenserfahrungen konserviert werden<sup>266</sup>, und dessen Tätigkeit – ohne korrespondierende psychologische Prozesse im Bewußtsein, also außerhalb der bewußten Wahrnehmung – sich in Veränderungen des Bewußtseinsstroms (*stream of consciousness*) oder körperlichen Störungen äußern. Die andere Bedeutung sei die allgemeingebräuchliche Bezeichnung für die Abwesenheit der Attribute des Bewußtseins.

Unglücklicherweise werde der Begriff aber noch in anderer Bedeutung, nämlich für *mit-* oder *unterbewußte* Ideen gebraucht, bestimmte *Mit-Bewußtseinszustände* nämlich, Zustände koexistierender voneinander dissoziierter Bewußtseinszustände, von denen der Hauptbewußtseinszustand nicht weiß, die für ihn *unbewußt* sind.<sup>267</sup> Die Bezeichnung *mitbewußt* steht bei Prince aber auch für Zustände, derer wir uns nur deshalb nicht bewußt sind, weil wir sie nicht beachten. Der Begriff beschreibe also jede Art der Trennung von verschiedenen Bewußtseinsströmen: Zustände, die füreinander amnestisch sind, wie die somnambulen Zustände Janets oder die von Prince selbst angeführten HysterikerInnen und *double personalities*<sup>268</sup>, andererseits aber auch eine dem Freudschen *Vorbewußten* und dem Janetischen *Unbewußten* ähnliche Verfassung.<sup>269</sup> Das Wort mitbewußt machte klar,

---

264 **Prince** 1905/1978: *The Dissociation of a Personality*, NY: Oxford University Press.

265 **Prince** 1921 c; auch im folgenden.

266 **Prince** 1921 c, 280: „... brain residua, physiological ‚dispositions‘ or neurograms in which the experiences of life are conserved“; auch im folgenden.

267 **Prince** 1921 c, 281: „... definite states of consciousness – a coexisting dissociated consciousness or coconsciousness of which the personal consciousness is not aware; i.e., of which it is ‚unconscious‘.“

268 **Prince** 1921 c, 281.

269 Vgl. Kap. 4.1.5.

schreibt Hilgard, daß die Ideen, derer sich das Subjekt nicht bewußt ist, weiterhin aktiv sind; daß unterbewußte geistige Aktivitäten parallel stattfänden, wie z.B. im automatischen Schreiben gezeigt werden könne.<sup>270</sup>

*Unterbewußtsein* ist für Prince – um das Ganze vollends kompliziert zu machen – ein Sammelbegriff für *Unbewußtes* und *Mitbewußtes*; zur Erläuterung sei ein Diagramm angeführt<sup>271</sup>:

#### Unterbewußtsein

Mitbewußtes	Unbewußtes
(als Synonym: unterbewußte Ideen); durch Koaktivität gekennzeichnet	(als Synonym: unbewußte Prozesse); aufgeteilt in aktivierte und inaktive Neurogramme oder neurologische Prozesse
	Das Unbewußte umfaßt alle Zusammenhänge von Gedanken, Handlungen etc., unabhängig vom Zustand der Aufnahme. Sie bilden Teil unseres Selbst.

#### 4.4.2 Dissoziation

Normalerweise sei kein unterbewußtes Selbst vorhanden, mein Prince.<sup>272</sup> In künstlichen und pathologischen Situationen könnten, wie oft demonstriert worden sei, Spaltungen des Bewußtseins und die Integration von komplexen Gedankensystemen<sup>273</sup> mit allen Zügen der Persönlichkeit in ein zweites Bewußtsein beobachtet werden. Diese zweite Persönlichkeit könne eigene Erinnerungen, Gefühle, Wahrnehmungen und Gedanken besitzen. Es gebe aber keine Beweise dafür, daß ein solches System auch im Normalfall vorläge. Das Bewußtsein jedes Menschen

270 **Hilgard** 1977, 6: „The word coconscious made clear that the ideas of which the subject is unaware are still active, and that subconscious cerebration is going on concurrently, as revealed, say, in automatic writing.“ Vgl. auch **Behrs** 1983.

271 Dieses Diagramm ist ähnlich bei **Prince** 1921 c, 283, zu finden.

272 **Prince** 1921 c, 286 f.: „... there is, normally, no distinct ‚subconscious self‘, or ‚subliminal self‘, or ‚secondary self‘, or ‚hidden self‘. In artificial and pathological conditions there may be, as has been frequently shown, a splitting of consciousness and the aggregation into a secondary coconscious system of large systems of ideas which have all characteristics of personality. This secondary personality ... may have its own memories, feelings, perceptions, and thoughts. ... But there is no evidence that, normally, such systems exist. ... Every individual’s consciousness may include ideas of which he is not aware ... but they do not constitute a ‚self‘ or hidden self ...“

273 Womit er, gleichbedeutend den *Ideensystemen* und ähnlich den *Komplexen*, ein unterschiedlich stark strukturiertes und ausgeprägtes Gefüge von Gedanken, Handlungen und Gefühlen meint, die biologisch in Neurogrammen enkodiert dargestellt werden können. Vgl. dazu einerseits Kap. 3.3, aber auch **Prince** 1921 a, für die *Komplexe* auch **McDougall** 1911 a und 1911 b sowie 1929.

schließe wohl Gedanken ein, derer wir nicht gewahr sind, diese konstituierten aber kein Selbst oder „verstecktes Selbst“.<sup>274</sup>

Für Prince haben pathologische Phänomene wie *Amnesien* und *Multiple Persönlichkeiten* – ebenso wie die künstlich hergestellte Hypnose – klar aufgezeigt, daß die beschriebenen Erfahrungen echt und die Reproduktionen dieser Erfahrungen vertrauenswürdige Erinnerungen sind.<sup>275</sup> Man könne daraus die Vermutung ableiten, daß alle Erinnerungen, wenn auch jenseits jeder Möglichkeit eines willentlichen Abrufs, in Neurogrammen erhalten sind.<sup>276</sup>

#### 4.5 Zusammenfassung

Die Ableitungen für Bewußtseinsformen, die Freud und Janet aus ihren Studien der Hypnose („und des Traumes“)<sup>277</sup> für das Bewußtsein machen, sind unterschiedlicher Art: Wo Janet andere Bewußtseinszustände als das Vorliegen mehrerer unterschiedlicher *Bewußtseinsinhalte* interpretiert, macht Freud die Unterscheidung in *Bewußtsein* und *Unbewußtes*. Die Auffassung von Morton Prince stimmt im Wesentlichen mit der Janets überein; er führt für die alternierenden oder parallel vorliegenden Bewußtseinszustände den Begriff des *Mitbewußten* ein.

Wahrnehmung ist für Freud an Bewußtsein gekoppelt, aus dieser Verbindung folgt, daß es unbewußte Prozesse geben kann, die nicht auf Wahrnehmung beruhen, die Phantasien. Erinnerungen hingegen haben die Wahrnehmung als Hintergrund, können aber explizit nicht Teil des Bewußtseins sein, weil „Bewußtwerden und Hinterlassen einer Gedächtnisspur für dasselbe System miteinander unverträglich sind.“<sup>278</sup>

Für Janet ist eine Trennung zwischen Phantasie und Erinnerung offensichtlich nicht vonnöten: Er definiert Erinnerung als durch Integrationsprozesse überformte Erfahrungen, die durch Bewußtsein definiert sind und in ihrem Zusammenhang das Selbst ausmachen. Nur abgespaltene Erinnerungen können, wenn sie nicht ein anderes Selbst-Bewußtsein und Grundlage von dessen Integrationsprozessen bilden, unverändert vorliegen, weil sie in keinen Syntheseprozess einbezogen sind.

Diese Unterscheidung hat weitreichende Konsequenzen für die (Re)Konstruktion des Ereignisses in der traumatischen Erfahrung. Während sich bei Freud der Schwerpunkt auf die Betrachtung des innerpsychischen Traumas verlagert, beziehen sich die Entwicklungen der von Janet beobachteten HysterikerInnen immer (auch) auf externe Ereignisse.

Wie die Erinnerungen gespeichert sind, ist entscheidend für die Beziehung des/der Behandelnden zu PatientInnen und hat Konsequenzen für die Behandlung

---

274 Vgl. **Hilgard** 1977 in Kap. 5.4.

275 **Prince** 1921 c, 286: „... to show, that the reproductions of these experiences were in principle truthful memories.“

276 Vgl. **Prince** 1885.

277 Vgl. **Freud** 1923, 239.

278 **Freud** 1920, 24.

selbst: Unbewußte Phantasien *müssen* per definitionem *gedeutet* werden, dissoziiert im Originalzustand abgelagerte Erinnerungen können im besten Fall durch die Ermöglichung der Synthese der Informationen in einen Hauptbewußtseinszustand integriert werden.

Die möglichen Gründe für die Wiederaufnahme des Janetschen Modells verdeutlichen sich: Sein Begriff der *vehementen Emotion* ist im Gegensatz zu Freuds unterschiedlichen Traumafassungen eindeutig als *extern veranlaßt* beschrieben, Dissoziation ist das Modell der Verarbeitung von – angesichts überwältigender Gefühle und damit einhergehender Handlungsunfähigkeit – nicht-integrierbaren Erfahrungen. Unterschiedliche Charakteristika des Ereignisses ebenso wie der persönlichen Verfassung können konzeptualisiert werden. Das gilt ebenso für die Vermittlung zwischen Handlung, Gedanke, Gefühl und Wahrnehmung, sowohl im Moment der Traumatisierung als auch in den Auswirkungen. Das Bewußtsein stellt sich in zunehmender Komplexität durch einen Integrationsprozeß dieser Faktoren her, auch abgespaltene Erfahrungen/Zustände können folglich zu Zentren neuer Integration werden. Veränderungen der Wahrnehmung, des Selbst- und Fremdbezugs in Folge traumatisierender Erfahrungen oder das ‚Wiedererleben‘ oder Vermeiden von Situationen und Handlungsbezügen, die in Bezug zur traumatischen Situation stehen, werden innerhalb *eines* Konzepts beschreibbar und anschaulich. Der erzwungene Charakter der Dissoziation schließlich bildet die Unausweichlichkeit, Hilflosigkeit und Gewalt der traumatischen Erfahrung ab.

Die sozialpolitischen Implikationen der unterschiedlichen Konzepte – die je unterschiedlich implizierte Notwendigkeit des Handelns gegenüber den verursachenden Bedingungen – sind Grundlage sowohl des Niedergangs als auch der Wiederaufnahme des Dissoziationskonzepts in den folgenden Jahrzehnten. Mit ihnen will ich mich im nächsten Kapitel befassen.



## 5. Schattendasein und Neuaufnahme

„Die systematische Erforschung psychischer Traumata braucht die Unterstützung einer politischen Bewegung. ... Verleugnung, Verdrängung und Dissoziation gibt es im gesellschaftlichen Bewußtsein genauso wie im individuellen Bewußtsein.“  
(Herman 1993)<sup>1</sup>

Janet war um die Jahrhundertwende ein anerkannter Psychopathologe und sein Konzept der Erklärung psychischer Störungen weit über die Grenzen Frankreichs hinaus bekannt. So widmete z.B. William **James** ihm einen großen Teil seiner 1896 gehaltenen Vorlesungen *Lowell Lectures* und faßte die Theorie mit dem Ausspruch zusammen, der Geist scheine ein Bündnis von psychischen Einheiten zu umarmen.<sup>2</sup>

Zu den anfänglich von unterschiedlichen Autoren vertretenen Ergebnissen beschrieb er 1902, durch die Forschungen von Binet, Janet, Breuer, Freud, Mason und Prince hätten sich ganze Systeme untergründigen Lebens offenbart, die in Gestalt schmerzhafter Erinnerungen eine parasitäre Existenz fristeten. Begraben außerhalb des primären Bewußtseinsfeldes äußerten sie sich in den unterschiedlichsten körperlichen und seelischen Symptomen für die HysterikerInnen.<sup>3</sup>

Aber die Studien zur Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen nach dieser Konzeption wurden nicht lange weitergeführt, „(d)ie Erforschung psychischer Traumata hat eine eigenartige Geschichte – immer wieder gibt es Phasen der Amnesie.“<sup>4</sup> Sie unterliege immer wieder einer „periodischen Tabuisierung“, meint Herman und beschreibt die Widerstände, mit denen die junge Psychologie und Ansätze der Psychopathologie beim Aufkommen neuer Erklärungsmuster konfrontiert gewesen sein mögen: Der Zeuge gerate zwangsläufig in den Konflikt zwischen Opfer und Täter, wenn er über Traumata berichten soll, die durch Menschenhand verübt werden. Die Versuchung, sich der Täterseite zuzuschlagen, sei groß, „(d)er Täter erwartet vom Zuschauer lediglich Untätigkeit“, und fördert, „(u)m sich der Verantwortung für sein Verbrechen zu entziehen, ... auf jede ihm mögliche Weise das Vergessen.“<sup>5</sup> Die ersten Taktiken, die dazu angewandt wür-

---

1 **Herman** 1993 a, 20.

2 „The mind seems to embrace a confederation of psychic entities“ in: **Taylor**, E. 1982: *William James on Exceptional Mental States: The 1896 Lowell Lectures*, New York: Scribner's Sons; zitiert nach: **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1530.

3 **James**, W. 1902: *The Varieties of Religious experience*, NY: Modern Library, S. 230: „In the wonderful explorations by Binet, Janet, Breuer/Freud, Mason, Prince and others of the subliminal consciousness of patients with hysteria we (sic) have revealed to us whole systems of underground life, in the shape of memories of a painful sort which lead a parasitic existence, buried outside the primary field of consciousness, and making irruptions thereunto, with hallucinations, pains, convulsions, paralyse of feeling and of motion, and the whole procession of symptoms of hysteric disease of body and mind“; zitiert nach **van der Kolk et al.** 1996, 84.

4 **Herman** 1993 a, 17; auch im folgenden.

5 **Herman** 1993 a, 18.

den, seien Geheimhaltung, Schweigen und das Unglaubwürdig-Machen des Opfers.

## 5.1 Die Verdrängung der Dissoziation

### 5.1.1 Verdrängung und Schizophrenie

Die Veränderung des Freudschen Abwehrkonzepts und der Konzeption dessen, *was* abgewehrt wird, ist für die meisten VertreterInnen des Dissoziationsansatzes ein Grund dafür, daß das Modell Janets für einige Jahrzehnte aus der Diskussion verdrängt wurde.<sup>6</sup>

Nach seiner Abkehr von der Verführungstheorie war durch Freud ein neues ätiologisches Modell der Hysterie eingeführt worden, das den Schwerpunkt auf die frühkindlichen Inzestwünsche und deren *Verdrängung* legte. Gleichzeitig hatte Freud sich von der Hypnose als Behandlungsmethode abgewandt, und die Phänomene des gespaltenen Bewußtseins wurden – wieder einmal – als Artefakte dieser Technik betrachtet.<sup>7</sup>

Durch die Verleugnung des Kindesmißbrauchs sei für Freud die Behandlung der dissoziativen Symptome innerhalb eines Traumamodells nicht mehr möglich gewesen. Das endemische Auftreten von Kindesmißbrauch und seine Folgen mußte von der Gesellschaft weiterhin ignoriert werden können, schreibt Ross.<sup>8</sup> Freud habe damit de facto einen großen Bereich psychischer Realität aus der seriösen Forschung ausgeschlossen.<sup>9</sup>

Herman stellt die Abwendung Freuds von seiner Verführungstheorie in den Zusammenhang gesellschaftlicher Normen und des daraus resultierenden Drucks bzw. Denkverbots, wenn sie schreibt, „(e)s war nicht leicht zu erkennen, daß neben der im öffentlichen Leben fest verankerten Demokratie im privaten Leben Verhältnisse wie in einer primitiven Autokratie oder einer modernen Diktatur herrschen konnten.“<sup>10</sup>

Auch Diagnose und Studien der *Multiplen Persönlichkeit*, der pathologischen Kategorie, die am eindeutigsten ausschließlich dem Dissoziationsansatz zugeordnet werden kann, gingen ab 1910 zurück.<sup>11</sup> Noch zwischen 1914 und 1926 wurden aber in den Vereinigten Staaten mehr Fälle von Multipler Persönlichkeit als Schizophrenie diagnostiziert.<sup>12</sup> In den ersten 10 Jahren der *Psychological Abstracts* – einem Verzeichnis der zusammenfassenden Beschreibungen aller Artikel

---

6 Vgl. u.a. **Ross** 1989, **Ross** 1996, **Hilgard** 1977, **Herman** 1993 a.

7 Vgl. z.B. **Ross** 1989, 37, **Hilgard** 1977, 10 und **Braude** 1991, 38; siehe auch Kap. 4.5.

8 **Ross** 1996, 5.

9 **Ross** 1989, 37: „Freud effectively banned a large area of psychic reality from serious study.“

10 **Herman** 1993 a, 45.

11 **Ross** 1989, **Ellenberger** 1970/1996, **Rosenbaum** 1980.

12 **Rosenbaum** 1980, 1385.

aus wissenschaftlichen psychologischen Zeitschriften –, den Jahren von 1927-1936, finden sich ganze zwanzig Artikel unter dem Stichwort eingereiht, in den darauffolgenden 30 Jahren insgesamt nur noch dreizehn.<sup>13</sup>

1908 hatte Eugen **Bleuler** die Kategorie der *Schizophrenie* als neue Beschreibung des bisher als *Dementia Praecox* bezeichneten Störungsbildes eingeführt.

Bleuler führte dazu aus, nicht nur in der Hysterie finde man das Auftreten verschiedener Persönlichkeiten, die einander abwechselten – die Schizophrenie erzeuge sie durch ähnliche Mechanismen, zudem könnten sie durch Hypnose hergestellt werden.<sup>14</sup>

Zu dem Mechanismus, von dem Bleuler spricht, schreiben Spitzer et al.:

„Bleuler hob den Mechanismus der Spaltung oder Dissoziation hervor. Er verband ihn jedoch mit Kernsymptomen schizophrener Patienten, bei denen er eine Desintegration u.a. in den Bereichen des Denkens, der Affektivität und des Willens beschrieb. Bei der Schizophrenie hielt Bleuler eine Fragmentierung des Assoziationsgefüges, die den Gedankenablauf bestimmen (sic), für primär; eine Spaltung des Denkens in verschiedene, unverbundene oder dissoziierte Gruppen folgt sekundär. Diese Konzeption impliziert ein Funktionsmodell seelischer Prozesse, das eine gewisse Analogie zu Janets Dissoziationsbegriff aufweist.“<sup>15</sup>

Einen weiteren Grund dafür, daß das Modell der Dissoziation auch in der Folge vorerst nicht wieder aufgenommen wurde, sehen Ross und Hilgard<sup>16</sup> in der *Ausbreitung behavioristischer Ansätze* innerhalb der Psychologie, die Hilgard mit der Bemerkung quittiert, mangelndes Interesse am Bewußtsein reflektierte sich so auch in mangelndem Interesse am Unterbewußtsein.<sup>17</sup>

### 5.1.2 Gründe innerhalb der Forschungen zu Dissoziation: *Non-Interference*

Aber auch in den weiteren Forschungen zum Dissoziationsansatz selbst gab es Entwicklungen, die ihn zu einem umstrittenen und zwischenzeitlich als widerlegt betrachteten Konzept werden ließen:

Das *Non-Interference-Prinzip*, das Postulat einer absoluten Trennung der verschiedenen Bewußtseinszustände bzw. Persönlichkeiten ohne gegenseitige Beein-

---

13 **Hilgard** 1977, 10.

14 **Bleuler**, E. 1924: Textbook of psychiatry, NY: Macmillan, S. 138: „It is not alone in hysteria that one finds an arrangement of different personalities one succeeding the other. Through similar mechanisms schizophrenia produces different personalities existing side by side. As a matter of fact there is no need delving into those rare though most demonstrable hysterical cases, we can produce the very same through hypnosis.“ Zitiert nach **Rosenbaum** 1980, 1384; es sei, ohne das hier vertiefen zu können, angemerkt, daß Rosenbaum annimmt, auch der Terminus der *hysterischen Psychose* sei durch den der Schizophrenie ersetzt worden.

15 **Spitzer et al.** 1996, 64.

16 **Ross** 1989 und **Hilgard** 1977.

17 **Hilgard** 1977, 10: „the lack of interest in consciousness would be reflected also in a lack of interest in subconscious“.

flussung, hatte sich nach der Jahrhundertwende in den (verbliebenen) Forschungen zu Hypnose und Dissoziation als eine Grundbedingung der Dissoziation durchgesetzt.

Um die Jahrhundertwende, meint so z.B. Braude, sei die vorherrschende Meinung gewesen, daß eine dissoziierte Idee funktional *isoliert* würde; d.h. die dissoziierte Idee sollte weder ihrerseits den normalen psychischen Ablauf stören, noch von bewußten Gedanken und Verhalten verändert werden können. Viele betrachteten daraufhin die völlige Getrenntheit (*non-interference*) nicht nur als empirischen Test für das Vorliegen dissoziativer Phänomene, sondern zudem als notwendige Bedingung für Dissoziation.<sup>18</sup>

Diese Annahme geht nach Hilgard auf Experimente von **Burnett** zurück, die dieser 1925 unter dem Titel „*Splitting the mind*“ veröffentlichte.<sup>19</sup> Burnett hatte Versuchspersonen unter Hypnose den Auftrag erteilt, im Wachzustand hinterher zwei Aufgaben gleichzeitig auszuführen, von denen eine der Person bewußt sein würde, die andere nicht. Nach Kontrollversuchen, in denen derselbe Auftrag ohne hypnotische Suggestion gegeben wurde – also bei vollem Bewußtsein der Versuchspersonen – war Burnett zu dem Schluß gekommen, die gegenseitige Störung der Aufgaben sei geringer, wenn eine posthypnotische Suggestion ausgeführt würde. Diese Aussage führte dazu, die gegenseitige Nicht-Beeinflussung zum Kriterium für Dissoziation zu erheben, trotz früherer Aussagen von Janet und Prince, daß eine Dissoziation vom Bewußtsein auch mit gegenseitiger Beeinflussung der ausgeführten Tätigkeiten einhergehen könne.<sup>20</sup>

Die Untersuchung dieser Bedingung führte in den 40er und 50er Jahren zu Auseinandersetzungen um die *totale Dissoziation* in der Hypnoseforschung<sup>21</sup> und schließlich zur Widerlegung des Prinzips der *Non-Interference* und einer grundsätzlichen Infragestellung der Dissoziationstheorie.<sup>22</sup>

---

18 **Braude** 1991, 104: „Eventually, many came to regard non-interference, not just as an empirical test for the existence of dissociative phenomena, but also as a necessary condition of dissociation.“

19 **Burnett**, C.T. 1925: *Splitting the mind*, in: Psychological Monographs 1925/34/2, o.S., nach **Hilgard** 1977, 8.

20 **Hilgard** 1977, 8: „This rather faulty interpretation led others to accept noninterference as a criterion of dissociation, despite the earlier indications by both Janet and Prince that there might be genuine dissociation from awareness, though some interference might be detected.“ Und **Hilgard** 1977, 10: „The attack on dissociation as functional independence has permitted the primary conclusions to be largely overlooked. Those who originated the concept of dissociation did not require such total functional independence.“ Vgl. auch Kap. 4.

21 **Hilgard** 1977, 32.

22 **Hilgard** 1977, 8 ff.

## 5.2 Die Wiederaufnahme des Modells der Dissoziation

### 5.2.1 Hintergründe

Die Gründe, die zur Wiederaufnahme des Modells Dissoziation führten, dürften so vielfältig gewesen sein wie die der vorherigen Verdrängung.

Ein historischer Eckpunkt für den Bereich der Traumaforschung waren die Erlebnisse des Zweiten Weltkrieges und des Nationalsozialismus in Deutschland. „Die von Freud entwickelte Traumatheorie erfuhr in der Folgezeit relevante Weiterentwicklungen. Aber erst nach dem nationalsozialistischen Völkermord begann man, Traumata in ihrem sozialpolitischen Kontext zu begreifen.“<sup>23</sup>

Grinker und Spiegel sowie Kardiner<sup>24</sup> hatten ihre bahnbrechenden Ergebnisse zu den Kriegsneurosen der Soldaten vorgestellt<sup>25</sup>, die Forschungen von Bettelheim, Keilson und Krystal<sup>26</sup> sind nur einige derjenigen, die sich mit den Erfahrungen von NS-Überlebenden auseinandersetzten. Bettelheim prägte den Begriff der Extremsituation, der für das *Extremtrauma* mancher psychoanalytischen Konzeptionen Pate stehen wird<sup>27</sup>:

„Am bezeichnendsten an dieser Situation war ihre Unausweichlichkeit, ihre ungewisse Dauer (mit der Aussicht, ein ganzes Leben lang zu dauern), die Tatsache, daß nichts an ihr vorhersagbar war, daß das Leben des Betroffenen in jedem Augenblick bedroht war, und daß dieser nichts dagegen unternehmen konnte. Diese Erfahrung war so ungewöhnlich, daß ich einen neuen Begriff brauchte, um sie zu beschreiben. Ich wählte den Begriff ‚Extremsituation‘.“<sup>28</sup>

Als die zentrale Ursache für eine veränderte Herangehensweise in der US-amerikanischen Forschung in den 60er Jahren der USA benennen Ross (1996) und Herman (1993) die Thematisierung des Kindesmißbrauchs durch die entstehende *Frauenbewegung* – die erste Studie über Inzest in der Familie in den Vereinigten Staaten entstand 1955<sup>29</sup>–, die häusliche Gewalt nicht länger als Kavaliersdelikt behandelt sehen wollte und sexuellen Mißbrauch und Vergewaltigung im privaten Bereich öffentlich machte.<sup>30</sup>

In den 70er Jahren trafen sich diese Forschungen mit den neuen sozialen Bewegungen in den USA; gesellschaftlich artikulierte Interessen außerhalb der Fach-

---

23 **Becker** 1992, 142.

24 **Kardiner**, A. 1941: *The Traumatic Neuroses of War*, NY: Hoeber; und **Grinker**, R.R./**Spiegel**, J.P. 1945: *Men under Stress*, Philadelphia: Blakiston.

25 *Ibd.*

26 Z.B. **Bettelheim**, B. 1943: *Individual and Mass Behavior in Extreme Situations*, in: *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1943/38, 417-512; **Keilson**, H. 1979: *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*, Stuttgart; beide nach **Becker** 1992; ebenfalls **Krystal** 1968; vgl. auch **Adler** 1995.

27 Vgl. Kap. 6.1.

28 **Bettelheim** 1943, a.a.O.

29 **Ross** 1996, 7.

30 **Herman** 1993 a, 45 ff.

welt von Psychologie und Psychiatrie sorgten auch dafür, daß die zurückkehrenden Soldaten nicht wie die Heimkehrer aus Korea oder den beiden Weltkriegen in Vergessenheit gerieten. Die gesamte Gesellschaft wurde mit der Tatsache konfrontiert, daß schwere Traumata langanhaltende und schwerwiegende psychopathologische Folgen haben können.<sup>31</sup> Nachdem dies einmal anerkannt war, schien es ein kleiner Schritt dahin, einzuräumen, daß auch Kindheitstraumata schwerwiegende Folgen haben können, die im Erwachsenenalter andauern.<sup>32</sup> All diese Ansätze waren Anlaß für die Erforschung der Auswirkungen von Traumatisierungen, für die eine theoretische Grundlage in der Freudschen Traumatheorie nur bedingt gefunden werden konnte.<sup>33</sup>

1980 schließlich erschien das DSM-III, in dem die dissoziativen Störungen eine eigene Kategorie bildeten und MPD und PTSD zum ersten Mal als Störungskategorien aufgenommen wurden.

Auch die Veränderungen innerhalb der kognitiven Psychologie führt Hilgard auf die gesamtgesellschaftlichen Umbrüche zurück: Was als antiautoritäre Bewegung in der Gegenkultur begonnen habe, zeigte langsam auch Auswirkungen auf die akademische und wissenschaftliche Kultur.<sup>34</sup> In der Psychologie fand die kognitive Wende statt, man war auf der Suche nach „*Strategien des Handelns*“.<sup>35</sup>

### 5.2.2 Traumaforschung und Kognitive Psychologie

Die Geschichte der Neuaufnahme des Konzepts und eine Einordnung der verschiedenen Ansätze oder Schulen darin ist noch nicht geschrieben, ich leite aus dem mir vorliegenden Material im Folgenden eigene Schlüsse ab.<sup>36</sup>

Janet war (beinahe) zur historischen Kuriosität verkommen und kaum beachtet worden, bis **Ellenberger** 1970 mit seinem Buch über *Die Entdeckung des Unbewußten* das Interesse an dessen Werk neu weckte.<sup>37</sup> Nur einzelne Arbeiten wie ein innerhalb der Hypnoseforschung vielbeachteter Aufsatz von **Sutcliffe** und **Jones**

---

31 **Ross** 1996, 7.

32 Vgl. **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1531: „Starting about 10 years ago, studies of Vietnam veterans, victims of physical and sexual abuse, and other traumatized persons once again drew attention to the potentially devastating impact of actually overwhelming experiences.“ Vgl. **Ross** 1996 und **Herman** 1993 a, **Braun** 1990, **Chu/Dill** 1990, **Chu** 1996, **Cole et al.** 1996, **Goodwin/Sachs** 1996, **Green** 1993, **Herman** 1990, **Irvin** 1994, **Kluft** 1990, **Loewenstein** 1990, **Putnam** 1990, **Ernst** 1995.

33 Vgl. z.B. **Herman** 1993 a, **Braude** 1991 und **Hilgard** 1977.

34 **Hilgard** 1977, 3: „What began as an anti-intellectual movement in the counterculture gradually shifted the center of gravity in the academic and scientific culture as well.“

35 Vgl. das gleichnamige Buch von **Miller/Galanter/Pribram** 1973.

36 Vgl. für einige Ansätze aber **Ross** 1989 und **Hilgard** 1977.

37 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1531: „Janet became a mere historical curiosity, until **Ellenberger**, in *The Discovery of the Unconscious* ... revived interest in his work.“

über *Multiple Persönlichkeit, Hypnose und Identität*<sup>38</sup>, oder der Beitrag von **West** über *Dissoziative Reaktionen*<sup>39</sup> hielten die Beschäftigung mit Janets Ideen im kleinen Rahmen aufrecht.

In den 70er Jahren war auch die Forschung zum *automatischen Schreiben* (s.u.) in der Hypnoseforschung wiederaufgenommen worden<sup>40</sup>, 1977 stellte **Hilgard** in seinem Buch „*Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*“ Janets Theorie der Dissoziation in seinem Modell als *Neodissoziations-theorie*<sup>41</sup> vor und offerierte damit einen neuen Forschungsansatz innerhalb der kognitiven Psychologie.<sup>42</sup> Der Ansatz bot die Möglichkeit einer Integration verschiedener Informationsverarbeitungs- und Gedächtnistheorien, State-Dependency-Ansätze und der Neuropsychologie<sup>43</sup>, das Bewußtsein war seiner quasi-religiösen Unantastbarkeit<sup>44</sup> enthoben worden. So konnte auch das Unbewußte neu überdacht werden.<sup>45</sup>

Auf der Suche nach neuen Ansätzen für die Erforschung und das Verständnis der Auswirkungen von Traumata stieß man auf Janets Ansatz der Verarbeitung von *vehementen Emotionen* und des darin wirkenden Mechanismus der Dissoziation. Die ersten Forschungen zum Thema Dissoziation – in den achtziger Jahren – entwickelten sich hauptsächlich aus der Arbeit mit mißhandelten und vergewaltigten Frauen und Kindern.<sup>46</sup>

„Erst nach 1980, nachdem infolge der Bemühungen der Kriegsveteranen der Begriff des posttraumatischen Syndroms fest etabliert war, wurde deutlich, daß die psychischen Syndrome, an denen die Opfer von Vergewaltigungen, häuslicher Gewalt und Inzest litten, im wesentlichen den Syndromen der Kriegsoffer entsprachen.“<sup>47</sup>

---

38 Vgl. z.B. **Ross** 1989.

39 **West** L.J. 1967: *Dissociative Reaction*, in: **Freedman/Kaplan** (Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins, nach **Ludwig** 1983.

40 **Hilgard** 1977, 33.

41 Vgl. Kap. 5.4.

42 Vgl. **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1531.

43 **Putnam** 1989 a, 414; **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1530.

44 **van der Hart/Horst** 1989, 402: „Janet’s studies of his patient’s behavior led him to break with traditional, quasi-religious notions of consciousness and mind; notions that were based upon metaphysical attributes such as unity and identity.“

45 Vgl. **Bowers/Meichenbaum**: „*The Unconscious reconsidered*“ 1984, darin: **Bowers** 1984, **Kihlstrom** 1984, **Meichenbaum/Gilmore** 1984; aber auch **van der Hart/Horst** 1989, 403: „Psychological observations have shattered belief in the unity and indivisibility of consciousness. Introspection alone shows us at any given moment that we are aware of only a selected part of all possible sensory perceptions, thoughts, memory elements, feelings, and expectations. Conscious activities are but the vanguard of interactions between the living organism and its environment.“

46 Für sie mögen hier **Kluft** 1989, **Putnam** 1989 b und **Ross** 1989 stehen.

47 **Herman** 1993 a, 50; vgl. z.B. auch **Eth et al.** 1989.

Mißbrauchserlebnisse und Vergewaltigungserfahrungen mußten nicht länger als eine Abweichung von der Norm frühkindlicher Inzestphantasien verstanden werden, die im Einzelfall als *realer Inzest* (Hirsch) anerkannt wurde. Mit der Janet'schen Theorie stand ein Modell zur Verfügung, das die Auswirkungen langjähriger Gewalterfahrung konzeptualisierte und Behandlungsansätze außerhalb psychoanalytischer Orientierung in den Zusammenhang eines ätiologischen Modells stellte, das keine ‚entwickelte Form der Schuldzuweisung an das Opfer‘<sup>48</sup> enthielt, sondern die Auswirkungen sexuell konnotierter Gewalt gegen Kinder und Frauen in ihrer gesellschaftlichen Dimension beschreibbar machte.

Die extremen Stimmungsschwankungen, die spontan auftauchenden oder abklingenden Beschwerden ohne feststellbare physiologische Ursache, der emotionale Rückzug, das Einigeln und die offensichtlichen und verblüffenden Amnesien mancher KlientInnen und PatientInnen in Psychiatrie oder Frauenhaus mußten nicht mehr als nicht-nachvollziehbare Exotika behandelt werden. Wenn auch in der weit überwiegenden Zahl der Rezeptionen die besondere Fassung des Bewußtseins von Janet nicht mitkonzipiert wurde, so offerierte doch schon allein die Vorstellung, *Bewußtsein* als zunehmend komplexere Integration von *Bewußtseinszuständen* über die Zeit – analog anderer Entwicklungsprozesse – zu verstehen, neue Wege für ein Verständnis der Entwicklung verschiedener *Wahrnehmungszentren* bei schwer traumatisierten Menschen.

Das Janet'sche Konzept bot die Möglichkeit einer Konzeptualisierung von Traumata auf verschiedenen Ebenen: Die zunächst von Kardiner geleistete Beschreibung der Auswirkungen von Traumatisierungen im Krieg in der Triade *Hyperaktivität, Hyperreaktivität* und *Wiedererleben* der traumatischen Erfahrungen und seine Bezeichnung der Störung als *Physioneurose*<sup>49</sup> konnte mit einem theoretischen Modell verbunden werden, das den Weg der Entstehung der Symptomatik in einer Verknüpfung mit den *Entstehungsbedingungen* vorstellbar machte.

Traumaverarbeitung wurde in ihrer individuellen Komplexität theoretisch faßbarer. Durch die Möglichkeit der Konzeptualisierung verschiedenster Faktoren in ihrem Zusammenwirken im Individuum war eine Matrix für ein Verständnis der Auswirkungen so unterschiedlicher Bedingungen wie frühkindlicher Mißhandlung, Folter oder Flugzeugentführungen gegeben, ohne Gefahr zu laufen, einer Simplifizierung und Undifferenziertheit das Wort zu reden. *Quantifizierung* steht hier nicht gegen *Qualifizierung* von Ereignissen und Auswirkungen, einziges zentrales Kriterium für die Traumatisierung ist die *Nicht-Integrierbarkeit durch angemessenes Handeln*. Das Wiederauftauchen, das *Überleben* der Erfahrung im abgespaltenen Zustand – in allen seinen Konnotationen – kann durch die Konzipierung der *anderen Bewußtseinszustände und -zentren* verständlich und dem Außenstehenden (ob KlinikerIn oder betroffene Person) begreifbar werden.

In der Forschungen zu Auswirkungen von Traumatisierungen, die als PTSD diagnostiziert wurden, hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Schwerpunkt der

---

48 Ross 1989, 37: „an elaborate form of blaming the victim“.

49 Nach Wenzel 1995, 428; van der Kolk et al. 1989, 1536; vgl. auch Kap. 2.2.



Dissoziationsforschung gebildet, die Tendenz geht hin zu einer zunehmenden konzeptionellen Verknüpfung der verschiedenen Störungsbilder mit dissoziativen Symptomen.<sup>50</sup> Inzwischen stehen zunehmend psychobiologische neben kognitiven Ansätzen und Ergebnissen aus Klinik und Hypnose.<sup>51</sup> Im Zusammenhang mit (Hypno-)therapieansätzen zur Behandlung dissoziativer Störungen oder der PTSD werden immer öfter integrierte Ansätze vorgestellt.<sup>52</sup>

### 5.3 Hypnose

„(T)he state of hypnosis is one of felt changes from normal in that the usual orientation to reality has been disturbed, and familiar reality testing does not go on. Memory is interfered with, so that, even if all memory is not lost, it's critical role in specific instances is weakened. Under such circumstances, response to the stimulation provided by the hypnotist takes precedence over planned or self-initiated action, and the voice of the hypnotist becomes unusually persuasive.“  
(Hilgard 1977)<sup>53</sup>

„Der Begriff Hypnose ... (aus dem Griechischen: Schlaf; L.H.) bezeichnet einerseits einen *Zustand*, nämlich den des Hypnotisiertseins, und andererseits eine *Tätigkeit*, und zwar die des Hypnotisierens.“<sup>54</sup>

Die wissenschaftliche Erklärung der Hypnose ist auch hundert Jahre nach den in Kap. 3.1 angeführten Forschungen nicht allzu weit vorangeschritten, was der Faszination und der Anwendung dieser Technik in Medizin und Psychotherapie keinen (oder doch nur immer wieder periodischen) Abbruch tut.<sup>55</sup> In den letzten fünfzehn Jahren wurde sie einerseits verstärkt wieder in der Psychopathologie und -therapie<sup>56</sup>, andererseits zur Untersuchung von Wahrnehmungsprozessen in der kognitiven Psychologie angewandt.<sup>57</sup>

Die Entwicklung der Hypnose in den letzten anderthalb Jahrzehnten ist vom Modell der Dissoziation, v.a. der Neodissoziationstheorie Hilgards<sup>58</sup> nicht mehr zu

---

50 Vgl. die Veröffentlichungen im *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes 1993*, darin: **Braun 1993**, **Green 1993**, **Herman 1993 a**, **Horowitz 1993**.

51 Vgl. z.B. das *Handbook of Dissociation 1996*; darin z.B. **Foa/Hearst-Ikeda 1996**, **Goodwin/Sachs 1996**, **Ray 1996**, **Main/Morgan 1996**, **Krystal 1996**, **Ross 1996**.

52 Vgl. z.B. **Spiegel 1994**.

53 **Hilgard 1977**, 227; etwa: „Hypnose ist ein Zustand, in dem die gewöhnliche Orientierung an der Realität fühlbar verändert ist, der vertraute Abgleich mit der Realität setzt sich darin nicht fort. Das Erinnerungsvermögen ist gestört, und wenn es auch nicht vollständig verloren ist, ist seine kritische Rolle in bestimmten Momenten doch geschwächt. Unter solchen Umständen erhält die Reaktion auf eine vom Hypnotiseur dargebotene Stimulation Vorrang gegenüber geplanten oder selbst-initiierten Handlungen, und die Stimme des Hypnotiseurs wird ungewöhnlich überzeugend.“

54 **Peter 1992**, 307.

55 Vgl. **Peter 1992**.

56 Vgl. z.B. **Hadzsega 1986**, **Spiegel 1989**.

57 Vgl. z.B. **Erdelyi 1994**, **Sanders 1986** und **Bowers 1984** und Kap. 6.2.

58 Vgl. nachfolgende Kapitel.

trennen<sup>59</sup>, als experimentelle Bedingung der Dissoziation soll sie einen Hintergrund für verschiedene Ansätze der Traumaforschung vermitteln, die ich im nächsten Kapitel vorstellen werde. Die Parameter der Hypnose seien zuvor angeführt, weil auch Hilgards Theorie ohne eine rudimentäre Kenntnis hypnotischer Prozesse unverständlich bleibt.

Hypnose ist in der Sichtweise dieses Konzepts eine Form der Aufmerksamkeit: ein Zustand wacher, fokussierter Konzentration, die mit einem relativ weitgehenden Wegfallen peripherer Wahrnehmung einhergeht<sup>60</sup>, ein Zustand, der nach David **Spiegel**, einem der renommiertesten Dissoziationsforscher und -theoretiker, durch *Absorption* in eine bestimmte Tätigkeit, *Dissoziation* und *Suggestion* gekennzeichnet ist.<sup>61</sup>

### 5.3.1 Hypnotische (Untersuchungs-)bedingungen

Das klassische Paradigma dieser Methode, das auf **Bernheim**<sup>62</sup> zurückgeht, lautet: Eine Person wird in Trance fallen, wenn ein Hypnotiseur ihr dies suggeriert und die Person für die Suggestion empfänglich und/oder bereit ist. Weitere Suggestionen erhöhen die Suggestibilität der Person und die Beeinflussbarkeit durch den Hypnotiseur. Die Tiefe der hypnotischen Trance ist also einerseits von der Empfänglichkeit bzw. Bereitschaft der Versuchsperson, andererseits von der Art der Suggestion des Therapeuten oder Hypnotiseurs abhängig.<sup>63</sup>

Der *hypnotische Vertrag* wird als Grundlage hypnotischer Experimente beschrieben: Die Testperson muß sich mit der Hypnose einverstanden erklären, um für Suggestionen empfänglich zu sein, vorausgesetzt (nach Hilgard), sie ist hypnotisierbar.<sup>64</sup>

Die *hypnotische Trance* ist ein in unterschiedlichen, nicht voneinander abgegrenzten Stufen auftretender Entspannungszustand, ein *altered state of consciousness*<sup>65</sup>, der sich vom Wachbewußtseinszustand ebenso wie vom Schlaf un-

---

59 Vgl. z.B. **Wagstaff** 1994, **Spiegel** 1989, **Peter** 1992, **Bartis/Zamansky** 1986, **Bowers** 1994, die – aus verschiedenen Forschungsansätzen zu Hypnose und/oder Psychopathologie kommend – das Dissoziationskonzept zur Erläuterung hypnotischer Phänomene benutzen.

60 **Spiegel** 1989, 321: „Hypnosis is fundamentally a form of attention, a state of aroused, focused attention with a relative suspension of peripheral awareness.“

61 **Spiegel** 1989, 321; vgl. auch **Butler et al.** 1996 und Kap. 6.2.

62 Vgl. Kap. 3.1.

63 Es sei hier nur angemerkt, daß die Hypnotherapie in den meisten Ausprägungen selten mit Tieftrancezuständen arbeitet und die Suggestion eher als Erleichterung autohypnotischer Prozesse einsetzt. Vgl. z.B. **Erickson, M.H./Rossi, E.L.** 1981: *Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen*, München: **Pfeiffer**; nach **Peter** 1992; vgl. auch **ISSD** 1997.

64 **Hilgard** 1977, 224 f.; das Kriterium der Hypnotisierbarkeit als Persönlichkeitsmerkmal ist umstritten, s.u.

65 Vgl. z.B. **Wenzel** 1995, **Scharfetter** 1995<sup>4</sup>, 51: „Die moderne westliche Kultur stellt, im Gegensatz zu manchen indigenen Kulturen, heute kein Integrationsangebot

terscheidet.<sup>66</sup> Die hypnotisierte Person ist nicht ohne Bewußtsein (das EEG unterscheidet sich kaum oder gar nicht vom Wach-EEG), „die Durchführung der verschiedensten hypnotischen Phänomene erfordert rege kognitive Aktivität.“<sup>67</sup> Es wurden keine für den hypnotischen Zustand spezifischen physiologischen Korrelate festgestellt, was Ausdruck der Unterschiedlichkeit hypnotischer Zustände sein mag; allerdings ist ein Unterschied zum *vorhypnotischen* Zustand zu verzeichnen.

Peter beschreibt mit Hilgard (1977) die unterschiedlichen hypnotischen Phänomene mit dem *Konzept der Dissoziation*<sup>68</sup>:

„Die übliche geordnete und mehr oder weniger festgefügte Hierarchie der Kognitionen ist während der Hypnose gelockert und z.T. aufgespalten, und diese dissoziierten Teile können während der Trance und z.T. auch noch für die Zeit danach neu assoziiert werden.“<sup>69</sup>

Ein Kernpunkt der Hypnose ist die *Suggestion*, die klassisch als wiederholt vorgetragene Aufforderungen zu einer konkreten Handlung definiert wird. Sie kann aber auch indirekt durch in Erzählungen oder andere Inhalte eingestreute Sätze vorgenommen werden. **Peter** stellt in Frage, ob Suggestionen wirklich den Kern der Hypnose ausmachen, da sie auch im Wachzustand erfolgen können, „wenn ... eine sozialpsychologisch und aufgabenbezogen stark motivierende Situation vorliegt.“<sup>70</sup> Selbst im Schlaf oder unter Narkose zeitigten Suggestionen Auswirkungen. Peter definiert deshalb Suggestion als einen „kommunikative(n) Akt, dessen Botschaft durch ihre verbale und nonverbale Form innerhalb eines bestimmten Kontextes Bedeutung gewinnt und, abhängig von den Fähigkeiten des Empfängers dieser Botschaft, ausgeführt wird.“<sup>71</sup>

*Suggestibilität*, hier verstanden als *Hypnotisierbarkeit*, scheint bei zwei Personengruppen besonders hoch zu sein: Allgemein handelt es sich dabei um Personen, die eine hohe Bereitschaft haben, unter bestimmten Umständen die Realitätskontrolle auf- bzw. abzugeben, zudem wird eine kleine Gruppe extrem hypnotisierbarer Menschen beschrieben, deren Bestimmung nach anderen gemeinsamen Kriterien noch nicht gelungen zu sein scheint. Sie bewältigen auch die kompliziertesten hypnotischen Aufgaben.<sup>72</sup> Korrelationen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen konnten laut Peter nicht festgestellt werden.<sup>73</sup>

---

für solche Erfahrungen.“; zu Dissoziation in anderen Bewußtseinszuständen vgl. auch **Barrett** 1994 und **Gabel** 1990.

66 **Wagstaff** 1994, 992.

67 **Peter** 1992, 307; auch für das folgende.

68 **Peter** 1992, 308; auch für das folgende Zitat.

69 Vgl. auch Kap. 5.4.

70 **Peter** 1992, 308.

71 **Peter** 1992, 308.

72 **Peter** 1992, 308; vgl. aber auch Kap. 6.2.

73 Vgl. Kap. 6.2.

**Zentrale Mechanismen** in der Hypnose sind unbestritten die *Beziehung* zwischen den beiden beteiligten Personen, eine zentrale Funktion hat in (westlichen) Formen<sup>74</sup> der Suggestion das *Wort*, die Sprache<sup>75</sup> und die Selbstinduktion<sup>76</sup> mittels Vorstellungskraft (die in der formalen Hypnose nicht benötigt, aber von hypnotisierten Individuen beschrieben wird).<sup>77</sup>

Der Begriff der **Autohypnose** beschreibt die Induktion der o.g. Prozesse durch die Übernahme beider Rollen – die des Hypnotiseurs und die des Hypnotisierten – durch eine Person, was an sich schon eine weitgehende Bereitschaft zur Dissoziation voraussetzt.<sup>78</sup> Als (auto)hypnotische Symptome beschreibt Loewenstein<sup>79</sup> u.a.:

- *Spontantrancen* („Abschalten“, „Nicht-Da-Sein“)
- *spontane Altersregression* (sich z.B. plötzlich wie ein kleines Kind zu verhalten und zu empfinden)
- *willentliche Schmerzunempfindlichkeit*
- *negative Halluzinationen* (das Nicht-Sehen von vorhandenen Personen, Gegenständen etc.)
- *Depersonalisierung* (das Gefühl, vom eigenen Körper getrennt zu sein oder Teile als nicht zu sich gehörig, fremd zu empfinden)
- *Out-of-body-Experiences* (eine Sonderform der Depersonalisierung, die z.B. von Menschen beschrieben wird, die kurz davor standen zu sterben, dann aber wiederbelebt wurden: sie sehen den Körper aus einer anderen, „sicheren“ Perspektive<sup>80</sup>)
- *Trance-Logik* (s.u.)

### 5.3.2 Hypnotische Phänomene

Phänomene, die das hypnotische Erleben von Alltagserfahrungen unterscheiden und in der Forschung zu Dissoziation eine wichtige Rolle spielen, seien an dieser Stelle im Überblick dargestellt.

Es handelt sich hierbei um:

1. Hypnotische Veränderungen der Erinnerungsfähigkeit (*Amnesie* und *Hypermnésie*)
2. Veränderungen der Körperwahrnehmung (hier: *Anästhesie*)

---

74 Zu anderen Formen der Suggestion und Berichten über Heilungs- oder religiöse Rituale in anderen Kulturen vgl. z.B. **Ellenberger** 1970/1996, **Peltzer** 1996, **Pfeiffer** 1992 und Fußnote 24 in Kap.1.

75 Vgl. z.B. **Freud** 1923, 250; **Marx/Engels** 1958, 30, **Wygotski** 1934/1993.

76 Vgl. Kap. 6.2.

77 **Hilgard** 1977, 77. Versuchspersonen sagten z.B. aus, sie hätten sich – bei der Suggestion von Schmerzunempfindlichkeit – vorgestellt, der Arm sei aus Holz.

78 **Hilgard** 1977, 227.

79 **Loewenstein** 1993, 590 f.

80 Vgl. **Stumpfe** 1985.

3. Kontrollverlust (über Körperempfindungen, -bewegungen und Umgebungswahrnehmung)
4. Parallelwahrnehmungen (*trance-logic*)<sup>81</sup> und Parallelhandlungen (hier: *automatisches Schreiben*)
5. Posthypnotische Suggestionen

Zu 1) **Amnesie**, als vorübergehender Verlust von Erinnerungen verstanden, die später wiedergefunden werden können, ist der Schlüssel zum Verständnis der Dissoziation<sup>82</sup> und als *posthypnotische Amnesie* eines der zentralen Untersuchungsfelder im Zusammenhang mit Hypnose. *Hypnotische Amnesie* wird als sehr eigenartige Erfahrung beschrieben; die Versuchspersonen äußerten regelmäßig Erstaunen über die Informationen, die ihnen unter der Hypnose nicht zugänglich waren.<sup>83</sup> Die Ausformungen der posthypnotischen Amnesie sind zahlreich und ihre Erklärung noch unvollständig.<sup>84</sup>

**Hilgard** unterscheidet verschiedene **Formen der hypnotischen Amnesie**<sup>85</sup>:

- *posthypnotische Amnesie (posthypnotic recall amnesia)*: Amnesie für die Ereignisse während der Hypnose
- *posthypnotische Amnesie für während der Hypnose Erlerntes*<sup>86</sup>
- *posthypnotische Quellenamnesie (posthypnotic source amnesia)*: Der Inhalt des Erlernten wird erinnert; Ort, Zeit, Zustand und VermittlerIn etc. vergessen.
- *partielle posthypnotische Amnesie (posthypnotic partial amnesia)*: Ein Teil des Materials wird nicht erinnert
- *Amnesie für unter Trance Erlerntes noch im hypnotisierten Zustand*

Posthypnotische Amnesie ist extrem schwer – wenn überhaupt – zu durchbrechen, die zuvor hypnotisierten Personen können sich, so sehr sie es auch versuchen, ohne das (hypnotisch) vereinbarte Aufhebesignal nicht erinnern.<sup>87</sup>

**Hypermnese**, die gesteigerte Erinnerungsfähigkeit unter Hypnose, bezeichnet die Fähigkeit der hypnotisierten Person, sich in diesem Zustand an Details vorherigen Erlebens zu erinnern, die ihr sonst nicht zugänglich sind.<sup>88</sup>

---

81 **Orne**, M.T. 1959: *The Nature of Hypnosis: Artifact and Essence*, in: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1959/58, 277-299, nach **Wagstaff** 1994, 997.

82 **Hilgard** 1977, 62: „Amnesia, as a temporary loss of memories that may later be recovered, is the key to the understanding of dissociation.“

83 **Hilgard** 1977, 238.

84 **Hilgard** 1977, 79: „Hypnotic amnesia is a genuine experience for the subject, but its manifestations are varied, and its explanation remains incomplete.“

85 **Hilgard** 1977, 74.

86 **Wagstaff** 1994, 1000, fügt eine Besonderheit posthypnotischen Erinnerns hinzu: Mitunter erinnerten die Versuchspersonen das unter Hypnose erlernte Material in von anderen Versuchspersonen unterschiedener, desorganisierter Anordnung.

87 **Wagstaff** 1994, 999 f.

88 Die ‚Echtheit‘ der erinnerten Details wurde z.B. durch **Prince** 1885, **Freud** 1896, 67, und und deren Nachforschungen bestätigt.

Zu 2) Veränderungen der Körperwahrnehmung, vor allem die hypnotische *Analgesie* bzw. *Anästhesie* sind vor allem im medizinischen Bereich Hauptanwendungsgebiete der Hypnose.<sup>89</sup>

Das Schmerzempfinden kann durch Suggestion unter Hypnose bis zur Schmerzunempfindlichkeit reduziert werden.<sup>90</sup> Diese kann auf verschiedene Stärkegrade oder Körperregionen eingeschränkt werden; wie in allen anderen hypnotischen Bedingungen gilt auch hier, daß Hypnose kein Alles-oder-Nichts-Zustand ist.

*Non-State*-TheoretikerInnen (s.u.) argumentieren, Schmerzunempfindlichkeit ließe sich durch Entspannung, die Reduzierung von Streß und Angst und den Einsatz von Umdeutungstechniken erklären.<sup>91</sup>

Zu 3) Der (partielle) *Kontrollverlust* ist ein zentraler Parameter<sup>92</sup> und *conditio sine qua non* der Hypnose. Durch die (formale oder informelle) Übereinstimmungserklärung vor Einsetzen der hypnotischen Bedingung wird die Kontrolle delegiert. Auch dies kann graduell geschehen, und schon die Schule von Nancy hatte sich mit den juristischen Auswirkungen und der Frage beschäftigt, ob eine Person im hypnotisierten Zustand auch Aufträge erfüllen würde, die sie im Normalzustand als unmoralisch erachten würde.<sup>93</sup> Die Frage blieb meines Erachtens weitgehend ungeklärt.<sup>94</sup>

Der Kontrollverlust bezieht sich – je nach vereinbarter Reichweite der Bedingung – auf Körperbewegungen, Realitätswahrnehmung, Empfindungen etc. Halluzinationen in allen sensorischen Modalitäten sind keine Seltenheit.<sup>95</sup>

Zu 4) **Orne**<sup>96</sup> bezeichnet mit *trance-logic* den Umstand, daß hypnotisierte Menschen im Gegensatz zu Vergleichsgruppen (z.B. SimulantInnen) wenig Bedarf nach logischer Konsistenz zu haben scheinen und Antworten oder Vorstellungen akzeptieren, die sowohl ihnen als auch anderen Personen normalerweise vollkommen unlogisch erscheinen würden. Das manifestiert sich z.B. in der gleichzeitigen Wahrnehmung halluzinierter und realer Gegenstände und Personen.<sup>97</sup>

---

89 Vgl. **Peter** 1992.

90 Vgl. aber auch die Diskussionen darüber, ob ein anderer Teil der Person den Schmerz weiterhin empfindet: **Watkins/Watkins** 1990, **Barber et al.** 1990.

91 **Wagstaff** 1994, 1000; vgl. die Diskussion dieses Ansatzes weiter unten; die wesentliche Frage wäre hier m.E., *wodurch* und *weshalb* hier die Entspannung so stark ist, daß kein Schmerz empfunden wird.

92 Vgl. z.B. **Bowers** 1994.

93 Vgl. z.B. **Ellenberger** 1970/1996; für die zeitgenössische Diskussion vgl. aber auch **Loftus** 1993, **Loftus/Ketcham** 1995, **Brown** 1996, **Coons/Milstein** 1992, **Herman** 1995, **Crabtree** 1992, **Brown** 1994, aber auch **Yates/Nasby** 1993.

94 Es scheint mir notwendig, an dieser Stelle auf die Bedingung der Freiwilligkeit unter Experimental- (oder Therapie-) bedingungen zu verweisen, die andere Auswirkungen haben mag als (Auto)hypnose unter erzwungenen Bedingungen. Vgl. auch **Rossinstitute** 1997 c.

95 **Loewenstein** 1993, 592.

96 **Orne** 1959, a.a.O.

97 **Wagstaff** 1994, 997.

**Automatisches Schreiben** bezeichnet **Braude**<sup>98</sup> als das Gegenstück zu spontanen Automatismen, es handelt sich dabei um eine Form hypnotisch induzierter paralleler Tätigkeit. Die Person wird z.B. von einem Versuchsleiter in Rechenaufgaben verwickelt, während ein anderer ihr suggeriert, ihre rechte Hand werde auf einem Blatt Papier einen Vorfall niederschreiben, an den sich das Subjekt im Wachzustand nicht erinnern konnte. Das automatische Schreiben war und ist v.a. deshalb eine beliebte Untersuchungsmethode, weil es parallele *Aussagen* zweier Bewußtseinszustände über Befindlichkeiten etc. erlaubt; an ihm wurden auch Fragen der Interferenz zwischen diesen verschiedenen Zuständen und Aufgaben untersucht.

Zu 5) **Posthypnotische Suggestion** bezeichnet, wie in Kap. 3.1 angeführt, daß der hypnotisierten Person unter Hypnose der Auftrag erteilt wird, im Wachzustand (und eventuell bei Auftreten eines bestimmten Signals) eine bestimmte Handlung auszuführen. In der Definition ist eine suggerierte posthypnotische Quellenangabe für die Instruktion oder den gesamten Zustand der Hypnose enthalten.<sup>99</sup> Die posthypnotische Suggestion oder der posthypnotische Auftrag spielt in der neueren Diskussion der Dissoziation nur in Randbereichen der klinischen Debatte eine Rolle. Hier wird sie z.B. im Zusammenhang mit *Programmierungen*<sup>100</sup> multipler Persönlichkeiten durch satanische Sekten angeführt.<sup>101</sup>

### 5.3.3 Auseinandersetzungen

Unter SozialpsychologInnen und HypnoseforscherInnen umstritten ist die Funktion des Rollenspiels und der Simulation, aber auch die der Erwartungshaltung, der Phantasie und die von Versuchsleitereffekten in der Hypnose<sup>102</sup>, was zu einem neueren Ansatz in der Forschung geführt hat, der Hypnose nicht als einen besonderen, von anderen abgegrenzten Zustand betrachtet (*non-state-approach*).<sup>103</sup> Die BefürworterInnen dieses Ansatzes vertreten in unterschiedlicher Konsequenz die Ansicht, Hypnose sei in allgemeineren psychologischen Konzeptionen wie Einstellung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Ablenkung, Einverständnis und Entspannung zu beschreiben und die hypnotische Situation als soziale Interaktion mit klarer Rollenverteilung zu begreifen.<sup>104</sup>

**Wagstaff** erklärt hypnotische Phänomene hauptsächlich mit der Ermittlung der Erwartung durch den Hypnotisierten und einem Einsatz imaginativer Techniken, um diese Erwartung zu erfüllen.<sup>105</sup>

Ich kann die Debatte an dieser Stelle nicht weiter ausführen, sie soll angerissen werden, weil sie auch im Disput um die „Echtheit“ dissoziativer Phänomene eine

---

98 **Braude** 1991, 34 ff.

99 **Nemiah** 1973, 68.

100 **Huber** 1995.

101 Vgl. aber auch **Rossinstitute** 1997 c oder **Vachss** 1955.

102 Vgl. u.a. **Spanos/Burgess** 1994, **Wagstaff** 1994, **Frankel** 1994 und 1996.

103 **Wagstaff** 1994, 993 f.; weitgehend auch im folgenden.

104 Vgl. auch **Frankel** 1994.

105 **Wagstaff** 1994, 994.

zentrale Rolle spielt.<sup>106</sup> Da aber auch diese Diskussion nicht zentrales Thema dieser Arbeit ist<sup>107</sup>, möchte ich hier nur anmerken, daß meines Wissens Hypnose in der neueren Forschung nirgends als Zustand beschrieben wird, der sich in allen Parametern *grundsätzlich* von anderen Bewußtseinszuständen unterscheidet, sondern daß die Bestimmung eines Zustandes als Hypnose sich auf eine *bestimmte Ausprägung* dieser Parameter bezieht.<sup>108</sup>

Anders verhält es sich mit dem Argument, hypnotische Phänomene seien mit *Simulation* herzustellen. Diese Behauptungen waren umstritten<sup>109</sup> und sind m.W. inzwischen weitgehend widerlegt. Es werden zwar Überschneidungen, aber auch grundlegende Unterschiede zwischen den Reaktionen hypnotisierter Personen und denen von SimulantInnen z.B. in der Trancelogik dargestellt.<sup>110</sup> Die Hauptvertreter dieser These wie z.B. **Spanos** waren gezwungen, Faktoren wie Erwartung und Imagination miteinzubeziehen, um zumindest Randphänomene mit ihrer Theorie erklären zu können<sup>111</sup>, womit sie sich in die Nähe der *non-state*-Ansätze begeben haben.<sup>112</sup> Zentraler Streitpunkt in der Debatte um Simulation und „Echtheit“ dissoziativer Symptomatik ist die Frage nach der *willentlichen Änderung* von Bewußtseinszuständen und deren Konsequenzen. Für die *experimentellen* Hypnosebedingungen sei angemerkt, daß auch das Kriterium des Willens sicher abhängig von der Definition seines Geltungsbereichs ist: Wenn als Wille auch noch der Wille zur Aufgabe des Willens und der Durchführung dieses aufgegebenen Willens verstanden wird, verliert der Begriff seine Bedeutung, weil ihm das Pendant der Willenlosigkeit abhanden gekommen ist. Zur Diskussion der Frage nach Willensfreiheit und ihrem Gegensatz, der *Unfreiwilligkeit* in der traumatischen Erfahrung, nach Simulation bzw. Echtheit dissoziativer Symptome fehlt hier der Raum.<sup>113</sup>

---

106 Vgl. z.B. **Spanos/Burgess** 1994; **Ross** 1989, 157; **Braude** 1991; **Horevitz** 1994, **Merskey** 1992; aber auch **Freud** 1896, 65 ff., und **Janet** 1893, xvi und xx, und **Janet** 1929 a und 1929 b.

107 Aber im ‚Symptom‘ der Simulation in den diagnostischen Kategorien der Hysterie-derivaten Störungen oder Freuds Phantasiemodell angesprochen wird.

108 Vergleichbar wäre den Vorschlägen von **Wagstaff** u. a. etwa die Konzeption der frühen Magnetiseure, die hypnotische Zustände mit dem Begriff Somnambulismus belegten, weil sie an Schlafwandeln erinnerten. Diese Zustände, auch wenn in vielem dem Schlafwandeln verwandt, waren aber doch (z. B. durch die Induktion) von ihm abzugrenzen und *eben deshalb* für Forschung und Therapie von Interesse.

109 Vgl. z.B. **Bowers** 1994.

110 **Wagstaff** 1994, **Hilgard** 1977.

111 **Wagstaff** 1994, **Whalen/Nash** 1996.

112 **Bowers** 1994, 21: Spanos anerkennt inzwischen die subjektive Realität der hypnotischen Analgesie und Amnesie, die Streitfrage sei die um die Konzeptualisierung des Phänomens. Mit Verweis auf: **Spanos**, N.P. 1987: *Hypnotic behavior: special processes accounts are still not required*; in: Behavioral and Brain Sciences 1987/10, 776-781.

113 Zu einer Diskussion vgl. aber z.B. **Merskey** 1992, **Ross** 1989, 58-63, **Braude** 1991, 62 ff. und 188 ff., **Freud** 1896, 65, sowie Kap. 6.3 und 7.



## 5.4 Die Neodissoziationstheorie Hilgards

Neben Ellenberger, der durch seine *Entdeckung des Unbewußten* die Aufmerksamkeit auf Janet gelenkt hatte, wird in vielen Publikationen zum Konzept der Dissoziation, vor allem denen der frühen 80er Jahre, Ernest Hilgard als derjenige erwähnt, dem die Wiederentdeckung des Konzepts der Dissoziation zu verdanken sei. Hilgard ist der einzige, der nach Janet – und sicher expliziter – ein eigenes Modell der Dissoziation als Informationsverarbeitungsmechanismus erarbeitet hat. Es kam ihm allerdings eben auf diese Funktion und deren Darstellung im Zusammenhang eines letztlich *beschreibenden*, nicht *erklärenden* Modells der vermittelnden oder überwachenden Ebenen der Informationsverarbeitung im Menschen an. Sein Interesse lag nicht in der Darstellung der Gründe für die Dissoziation oder deren Umstände und einer Anwendbarkeit des Begriffs zur Erläuterung der Verarbeitung von Traumata. Diese Konzentration Hilgards auf *einen* Aspekt des Modells von Janet hat Konsequenzen für die nachfolgende Rezeption, die ich im Anschluß an eine Darstellung des Hilgardschen Modells erörtern werde.

Ernest Hilgards Interesse an der Bedeutung des Dissoziationsmodells für ein Verständnis der Hypnose geht auf die Lektüre von William **James** und William **McDougall** während seines Studiums in den 20er Jahren zurück.<sup>114</sup> Detailliertere Berücksichtigung fand es bei ihm aber erst, als er sich verstärkt der Untersuchung der Hypnose selbst widmete, genauer, als er das Phänomen des versteckten Beobachters (*hidden observer*) ‚entdeckte‘.

### 5.4.1 Der versteckte Beobachter: Parallelverarbeitung von Informationen

Hilgard hatte in einem Seminar über Hypnose einer Versuchsperson suggeriert, daß sie taub sei, als ein Student ihn darauf aufmerksam machte, ein anderer Teil der Versuchsperson könne die Bemerkungen und Geräusche der UntersucherInnen vielleicht doch wahrnehmen. So befragte Hilgard die hypnotisierte Versuchsperson in ruhigem Ton etwa wie folgt:

„Wie Sie wissen, gibt es Teile Ihres Nervensystems, die außerhalb Ihres Bewußtseins in ihren Aktivitäten fortfahren: die Kontrolle des Blutkreislaufs und der Verdauung mögen die bekanntesten sein. Aber es könnten auch intellektuelle Prozesse vonstatten gehen, die wir nicht bemerken. Obwohl Sie hypnotisch taub sind, ist da vielleicht ein Teil in Ihnen, der mich und diese Information hört. Wenn dem so ist, so würde ich gerne sehen, wie ein Finger ihrer linken Hand sich hebt.“

Zu aller Erstaunen wurde der Finger angehoben, und die Versuchsperson forderte, Hilgard möge sofort ihren Gehörsinn wiederherstellen und ihr erzählen, was passiert sei. Sie habe gefühlt (die Versuchsperson war blind), wie ihr Finger sich an hob, und das hätte sich sehr anders als eine spontane Bewegung angefühlt. Hil-

---

<sup>114</sup> **Hilgard** 1994, 32 ff. auch im folgenden; vgl. **James** 1890 und **McDougall** 1911 a und b, 1929 und 1937.

gard müsse also irgend etwas getan haben, was sie nicht wisse.

Hilgard induzierte nun einen Kontakt zu der verborgenen ‚Person‘, und so stellte sich heraus, daß ein Teil der Versuchsperson, dessen sie nicht bewußt war, die Informationen, die außerhalb ihrer bewußten Wahrnehmung gegeben worden waren (Lärm etc.), aufgenommen hatte und wiedergeben konnte. Das war der Beginn einer langen Reihe von Untersuchungen, an deren Ende die *Neodissoziationstheorie* stand.

Der *versteckte Beobachter* ist definiert als eine in der Hypnose abrufbare Instanz, die Sinneseindrücke verarbeitet und wiedergeben kann, für die die hypnotisierte Person aufgrund einer Suggestion unempfindlich ist. Anfänglich hatte Hilgard an die dem *automatischen Schreiben* analoge Bezeichnung ‚automatisches Reden‘ gedacht, diesen Zustand der hypnotisierten Persönlichkeit dann aber aufgrund ihrer Komplexität *versteckter Beobachter* genannt.<sup>115</sup>

Der *versteckte Beobachter* ist der Teil, der alles kennt: die verdeckte *und* die offenliegende Information. Er kann integriert werden und verliert seine Eigenexistenz, wenn die Amnesie aufgehoben wird.<sup>116</sup> Der *versteckte Beobachter* existiert im normalen Bewußtseinszustand nur als ein Set von Erinnerungen.<sup>117</sup> In der Hypnose ist gewöhnlich nur die offensichtliche, teils beobachtbare Erfahrung (des hypnotisierten Subjekts) zugänglich<sup>118</sup>, die des *versteckten Beobachters* nicht. Man kann in diesem Zustand aber einen punktuellen Zugang zu ihm finden und aus dem Wissen des *versteckten Beobachters* schließen, daß seine Erfahrung die Gesamtsituation der Hypnose umfaßt. Wollte man diese Erklärung nicht akzeptieren, so Hilgard, müsse man annehmen, die verdeckte Wahrnehmung finde intermittierend mit der offenen statt und wechsele, induziert durch die Frage in der Hypnose, die Ebene.

Ein wesentliches Problem, das durch die ‚Entdeckung‘ des *versteckten Beobachters* aufgeworfen wird, ist also, ob eine Parallelverarbeitung auf zwei Ebenen stattfindet oder die Erfahrungen des *versteckten Beobachters* sich mit denen der ‚normalen‘ Versuchsperson abwechseln.

Sein Votum für die **Parallelverarbeitung** begründet Hilgard mit folgenden Argumenten<sup>119</sup>:

---

115 **Hilgard** 1994, 36: „... a hypnotized subject who is unaware of sensory information ... may nevertheless be registering and processing it in some manner. Under appropriate circumstances, information that is unknown to the subject while hypnotized can be uncovered and talked about. Instead of using the expression ‚automatic talking‘ ..., the degree to which the information was processed led me to introduce the metaphor of a ‚hidden observer‘.“

116 **Hilgard** 1977, 235.

117 **Hilgard** 1977, 236: „, It exists normally only as a set of memories; through hypnotic suggestion corresponding memories can produce a similar ‚personality‘ at any age.“

118 **Hilgard** 1977, 236 ff.

119 **Hilgard** 1977, 238.

- Die Information kann *nach* der Hypnose komplett abgerufen werden. Die Information muß also aufgenommen worden sein, nur die Erinnerung war verdeckt.
- Reize, die durch stichprobenartige Nachfragen während der Hypnose nicht aufgedeckt wurden, weil sie zu einem anderen Zeitpunkt dargeboten wurden, können im Nachhinein exakt nach Lage und Intensität unterschieden werden (z.B. schwache elektronische Impulse an Ober-, Unterarm, Hand). Dieses Ergebnis spricht für eine Art der Informationsverarbeitung, die einen gewissen Grad an Aufmerksamkeit während der Speicherung erfordert, also auf ein verdecktes kognitives System, das parallel zu dem offenliegenden – während der Hypnose schmerzunempfindlichen – System arbeitet.<sup>120</sup>
- Im Normalbewußtseinszustand werden die Erfahrungen nie als intermittierend erlebt beschrieben, wenn sie nicht im hypnotischen Zustand intermittierend induziert wurden.

#### 5.4.2 Die Neodissoziationstheorie

1973 stellt Hilgard die Neodissoziationstheorie das erste Mal im Zusammenhang mit Schmerzreduktion<sup>121</sup> vor. 1977 bildet sie das Zentrum seines Buches *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*<sup>122</sup>, das breite Aufnahme findet. Hilgards Ausgangspunkt ist die Frage nach einer Erklärung der Phänomene in der Hypnose, mit der er und seine Frau Josephine Hilgard seit Mitte der 60er Jahre verstärkt arbeiten. Er sucht ein Modell, in dem die dramatischen Veränderungen physischer und geistiger Funktionen, die in der hypnotischen Interaktion vor sich gehen, und das ebenso dramatische Wiedereinsetzen der Normalität nach Abschluß der Hypnose beschrieben werden können: Das Dissoziationsmodell komme bei einer Betrachtung der Funktionsweise von Kontrollprozessen im Normalverhalten und deren Abweichungen in der Hypnose notwendigerweise ins Spiel.<sup>123</sup>

Hilgard beabsichtigt mit der Ausarbeitung seiner Neodissoziationstheorie eine Neuformulierung des Modells Dissoziation, unabhängig von einer Verpflichtung auf die alten Konzepte und unter Einbezug neuer psychologischer Ansätze aus verschiedenen Theorien zu Informationsverarbeitung, geteilter Aufmerksamkeit

---

120 **Hilgard** 1977, 238: „This is a convincing illustration of a kind of information processing requiring some degree of attention during its storage, hence of a concealed cognitive system operating in parallel to the overt anesthesia.“

121 **Hilgard** 1973: *A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis*, in: *Psychological Review* 1973/80, 396-411.

122 **Hilgard** 1977.

123 **Hilgard** 1994, 49: „... the dramatic alterations in physical and mental functioning that take place in the hypnotic interaction and the equally dramatic restoration of normality when hypnosis is terminated. The concept of dissociation necessarily comes into play considering how control processes operate in normal behavior and how they differ within hypnosis.“

und Hirnfunktionen<sup>124</sup>: „An Fallstudien und experimentellen Untersuchungen zu einer Vielzahl von Phänomenen aus dem Alltag und der Klinik trägt Hilgard eine Menge sehr unterschiedlichen Materials zusammen, für die sich aus der dissoziativen Sichtweise Perspektiven eines neuen Verständnisses eröffnen.“<sup>125</sup>

Hilgard geht von verschiedenen Grundannahmen aus:

1) Das Gefühl von *Ganzheit und Kontinuität* wird normalerweise *durch die Kontinuität des Gedächtnisses* aufrechterhalten bzw. hergestellt. Man erlebt sich trotz unterschiedlichen Verhaltens, verschiedener Rollen etc. als eine Person. Die für die jeweilige Rolle zuständige Handlungsinstanz nennt Hilgard ein untergeordnetes Kontrollsystem (*subordinate control system*).<sup>126</sup> Gegenstand seiner Untersuchung sind die Momente, in denen diese untergeordneten Systeme die Kommunikation miteinander verlieren. Diesen Zustand nennt er *dissoziiert*.<sup>127</sup>

2) Das *Bewußtsein*, nach langer Zeit der Tabuisierung durch den Behaviorismus wieder Untersuchungsgegenstand verschiedenster psychologischer Disziplinen<sup>128</sup>, teilt er mit **Deickman**<sup>129</sup> in zwei Modalitäten ein: einen rezeptiven – für das verhältnismäßig passive Registrieren von Sinneseindrücken und einen aktiven, planenden Modus.<sup>130</sup>

Die *Einheit des Bewußtseins* sei eine *Illusion*: Die bewußte Repräsentation der gleichzeitigen Handlungen eines Menschen zu einem Zeitpunkt sei *niemals* vollständig. Das Bewußtsein wechsle, selbst in der aktiven Handlung der Entscheidung, von einem Aspekt zum nächsten.<sup>131</sup>

---

124 Vgl. **Hilgard** 1977, 12 f.: „An attempt is made to satisfy the need at the end through a neodissociation interpretation. The name implies that what I propose is historically rooted in early dissociation theory, but that I am uncommitted to the early theories in any precise form. Instead, an effort is made to reformulate the theory in contemporary terms, using what psychologists have since learned about information processing, divided attention, and brain function.“ Vgl. aber auch **Hilgard** 1994.

125 **Hadzsega** 1986, 75.

126 **Hilgard** 1977, 17.

127 **Hilgard** 1977, 17: „What we propose to examine are those instances when these subordinate systems, appropriate to varying roles, lose communication with each other. In such cases it is appropriate to refer to the bifurcated roles as dissociated.“

128 **Hilgard** 1977, 239: „Consciousness is accepted somewhat haltingly after the many years that it suffered under the taboos of behaviorism ... The changes in conceptualization are coming in many fields; including attention, memories, psycholinguistics, problem solving and creativity ...“

129 **Deikman**, A.J. 1971: *Bimodel consciousness*, in: Archives of General Psychiatry 1971/25, 481-489; nach **Hilgard** 1977.

130 **Hilgard** 1977, 13: „Consciousness remains a baffling topic. ... It is useful to account two modes of consciousness, a receptive mode and an active mode (Deikman, 1971). The receptive mode is reflected in the relatively passive registration of events as they impinge on the sense organs ... The second mode of consciousness is the active, planning one ...“

131 **Hilgard** 1977, 1: „The unity of consciousness is illusory. Man does more than one thing at a time – all the time – and the conscious representation of these actions is

Als *dissoziiert* wird der *nicht bewußt weiterlaufende Teil der Handlungen und Planungen einer Person* definiert. Dissoziiert meint: dissoziiert vom *bewußten Erleben*.

Die Hauptkriterien für dissoziiertes Verhalten sind<sup>132</sup>:

1. Dissoziierte Systeme sind relativ kohärente und komplexe Verhaltensmuster.
2. Für die Dauer der Dissoziation (als Aktivum) gibt es gewöhnlich eine amnestische Barriere, die nicht immer beidseitig, also auf Ebene beider (oder aller) beteiligter Systeme vorhanden ist. Die Amnesie ist wesentliches Kriterium für die Unterscheidung zum Rollenspiel.
3. Das Gefühl der Besessenheit ist nicht unbedingt durch beidseitige Amnesie, sondern möglicherweise durch einen Kampf um die Kontrolle über den Körper gekennzeichnet.
4. Es gibt geringfügige Dissoziationen (*minor dissociations*) im Alltag und unter Hypnose, die eher durch eine Veränderung der Kontrolle als durch Amnesie gekennzeichnet sind. Dazu gehören Automatismen wie Zwangsverhalten, fixe Ideen (*obsessive thoughts*) und hysterische Konversionen. Sind diese Prozesse durch Hypnose hervorgerufen, so ist der Verlust oder die Veränderung willentlicher Kontrolle ein Anzeichen für Dissoziation.

*Amnesie*, als vorübergehender Verlust von Erinnerungen verstanden, die später wiedergefunden werden können, sei der Schlüssel zum Verständnis der Dissoziation.<sup>133</sup> Hilgard durchforscht die Geschichte der Psychologie nach verwertbaren Aussagen über Gedächtnisprozesse, kommt aber zu dem Schluß, daß keine der existenten Gedächtnistheorien hinreichend sei.

## Das Modell

Hilgard veranschaulicht die verschiedenen Handlungs- und Planungsinstanzen in einem Modell, das die Möglichkeit von Informationsverarbeitung und Verhaltenskoordination ohne bewußte Repräsentation darzustellen soll<sup>134</sup>:

Über allem steht die **zentrale Kontrollstruktur** (oder das *Ich*)<sup>135</sup>: Sie ist unterteilt in

- 1. Überwachende Funktionen** (*central monitoring functions*) mit den Aufgaben:
  - a) *scanning*: Der Monitor überprüft aus dem Körper oder von außen eintreffende Informationen auf Bekanntheit, identifiziert Unbekanntes und hält die Reaktionsbereitschaft aufrecht.
  - b) *Auswahl* (*selection*): Der Monitor wählt die für eine Ausführung intendierter Handlungen wichtigen Informationen aus.

never complete.“

132 Für die Kriterien des dissoziativen Verhaltens insgesamt: **Hilgard** 1977, 18.

133 **Hilgard** 1977, 62: „Amnesia, as a temporary loss of memories that may later be recovered, is the key to the understanding of dissociation.“

134 **Hilgard** 1977, 216 ff.

135 Vgl. auch **Hilgard** 1994, 38: „... there must be some sort of overarching monitoring and controlling structure.“

c) Leitung (*managing*): Der Monitor überprüft das *Feedback* auf intendierte und aufrechterhaltene Handlungen und soll Kongruenz und Erfolg in der Umsetzung intendierten Handelns herstellen.

**2. ausführende Funktionen** (*central executive functions*): die Ausführung von lang-, mittel- und kurzfristigen Plänen im Hinblick auf Ziele, die sich selbst wieder auf Planungen beziehen oder die Ausführung von Zielen unterstützen.

Das *zentrale Kontrollsystem* verfügt über eine theoretisch unendliche Anzahl von hierarchisch angeordneten **Subsystemen**, die in latente (inaktive) und aktive (aktualisierte)<sup>136</sup> eingeteilt werden. *Auch sie haben überwachende und ausführende Funktionen*. Subsysteme sind sichtbare oder erzählbare Verhaltensweisen in jeglicher Aktivität eines Menschen.<sup>137</sup> Die Aktualisierung erfolgt durch externe oder interne Mechanismen. Untergeordnete Systeme haben einen bestimmten Grad von internem Zusammenhang, Dauer und Unabhängigkeit in der Funktion. Diese Systeme interagieren, können aber unter bestimmten Umständen auf eine Art voneinander isoliert werden.<sup>138</sup>

Ist ein *Subsystem* einmal aktiviert, so hat es ein relatives Maß an Autonomie gegenüber den anderen Subsystemen, je weniger bewußt die Repräsentation dieses Subsystems ist, desto automatisierter läuft es ab. Subsysteme unterscheiden sich im Grad der Autonomie und dem Grad der über sie ausgeübten Kontrolle. Es ist eine Art hierarchischer Kontrolle, die die Interaktion oder den Wettbewerb zwischen den Strukturen regelt.<sup>139</sup>

*Überwachende* und *ausführende Funktionen* sind nur analytisch zu trennen, jede einmal initiierte Handlung wird auch überwacht. Bei nicht vorhandener Ausgewogenheit der Systeme kommt es zu Störungen, z.B. der Unfähigkeit eine Handlung zu beeinflussen, wenn sie gleichzeitig bewußt als unangemessen zur Zielverfolgung eingeschätzt wird. Eine Struktur kann zu einer Zeit dominant sein und dann von der Aktivierung einer anderen abgelöst werden. Die andere Struktur bleibt dabei latent verfügbar.<sup>140</sup>

Unter den *Bedingungen der Hypnose* werden die Bezüge der Systeme zueinander je nach hypnotischer Suggestion verändert, die Monitorfunktionen eingeschränkt oder der *versteckte Beobachter* vorangestellt.

---

136 **Hilgard** 1977, 222 ff.

137 **Hilgard** 1994, 47: „These subsystems are the visible or reportable behaviors that occur when a person is engaged in any activity ...“

138 **Hilgard** 1994, 38: „... subordinate systems exist each of which has some degree of unity, persistence, and autonomy of function. These systems interact, but occasionally, under special circumstances, may become somewhat isolated from each other.“

139 **Hilgard** 1994, 38: „... some sort of hierarchical control exists that manages the interaction or competition between and among the structures.“

140 **Hilgard** 1994, 40: „... one structure can be dominant at any given time, and then succeeded by the activation of another ... still available in latent form ...“

Der *versteckte Beobachter* kann im Modell folgendermaßen charakterisiert werden<sup>141</sup>:

1. Er ist dissoziiert vom normalen Monitor.
2. Die Abspaltung passiert zum gleichen Zeitpunkt, zu dem eine Verleugnung der wahrgenommenen Eindrücke auf bewußter Ebene erfolgt.<sup>142</sup>
3. Der versteckte Teil bleibt nach einer Reintegration durch Beenden der Hypnose als eine Erinnerung an einen Vorgang in der Hypnose erhalten und hat keine unabhängige Existenz als Teil der Persönlichkeit oder des Kontrollsystems.<sup>143</sup> Er kann aber unter angemessenen Bedingungen wiederhergestellt werden.

#### 5.4.3 Verdrängung und Dissoziation

Hilgard vergleicht **Verdrängung** und **Amnesie** auf der Ebene der Voraussetzungen: beide setzen intakte gespeicherte Erinnerungen voraus, die nur unter bestimmten Bedingungen wiedergefunden werden. Amnesie sei der neutralere Begriff, da Verdrängung die Theorie beinhalte, die Erinnerungen würden ausgeschlossen, um lästige Konsequenzen zu vermeiden.<sup>144</sup> Er wirft die Frage auf, ob neben dem Verdrängungsmodell Freuds noch ein anderes Modell der Amnesie, das der Dissoziation, vonnöten sei<sup>145</sup>, und er beantwortet seine Frage positiv, indem er argumentiert, das Konzept der Abwehr trüge, genauer betrachtet, eine Art Realitätsverzerrung durch die Verdrängung in sich: wenn z.B. eine für das Ich akzeptable Erinnerung an die Stelle der realen Erinnerung tritt.

Gegenstand posthypnotischer Amnesie könne hingegen fast alles sein, ohne viel – wenn überhaupt irgend etwas – mit der *Motivation* der hypnotisierten Person zu tun zu haben.<sup>146</sup> Das Vergessen der Informationsquelle z.B. scheine vollkommen unabhängig von der Persönlichkeitsdynamik der hypnotisierten Person.

In der Dissoziationstheorie sei die Schranke zwischen den getrennten Aktivitäten im Wesentlichen eine amnestische. In der Psychoanalyse hingegen bestehe sie

---

141 **Hilgard** 1977, 234.

142 **Hilgard** 1977, 234: „The fractionation occurred at the same time that the pain and hearing were denied conscious expression.“

143 **Hilgard** 1977, 234: „... it has no independant existence as a part of the personality or its control systems ...“

144 **Hilgard** 1977, 62: „Repression and Amnesia are similar in that they imply intact memories that are in storage but are not retrievable except under appropriate circumstances. Amnesia is the more neutral term, for repression implies the theory that memories are excluded by the motivation to avoid troublesome consequences that would ensue were the memories recalled.“

145 **Hilgard** 1977, 80 ff.

146 **Hilgard** 1977, 80: „Defenses, closely examined, have in them some reality distortion through repression, for example in the substitution of an ego-acceptable reason for the real one. Posthypnotic amnesia, however, can have almost any kind of target, with little, if any, to do with the personal motivational system of the hypnotized person.“

primär aus der Verdrängung inakzeptabler Impulse.<sup>147</sup> Ein weiterer Grund, die Unterscheidung zwischen Dissoziation und Verdrängung beizubehalten, sei der Hinweis auf eine wichtige Tatsache, auf die man im Zusammenhang mit *Multiple Persönlichkeiten* aufmerksam geworden sei: die verborgene oder dissoziierte Persönlichkeit sei manchmal normaler oder geistig gesünder<sup>148</sup> als diejenige, die offen zutage tritt. Das passe besser zur Vorstellung einer Spaltung im normalen Bewußtsein (was eine Bestätigung des Princeschen *Mit-Bewußten* sei) als zur Vorstellung eines primitiven Unbewußten, das im Großen und Ganzen von primärprozeßhaftem Denken reguliert werde. Man könne auch sagen, die dissoziative Spaltung sei nicht regressiv, während die Verdrängung immer einen gewissen Grad an Regression impliziere.<sup>149</sup>

Manche Spaltungen des Bewußtseins fielen zudem offensichtlich in Bereiche, in denen Triebkonflikte, ob vorhanden oder nicht, keine Rolle spielten. Die in der Psychoanalyse implizierte Unterscheidung zwischen Primärprozessen (impulsiv, irrational) und Sekundärprozessen (realitätsorientiert, rational) verwische in der Hypnose.<sup>150</sup>

#### 5.4.4 Hilgards Janet-Rezeption

In seiner Konzeption des Dissoziationsmodells und der Art seiner Unterscheidung des psychischen Mechanismus Dissoziation von dem der Verdrängung nimmt Hilgard entscheidende Veränderungen des Dissoziationsmodells von Janet vor, die – in der weiteren Rezeption undiskutiert – den vorläufigen Ausschluß wesentlicher Grundlagen von Janets Theorie in weiten Bereichen der Dissoziationsforschung vorbereiten. Ebenso wenig wie diese Veränderung durch Hilgard in expliziter Bestimmung vollzogen wird, wird der Ausschluß in den nachfolgenden Ansätzen thematisiert. Er wird also nur implizit, vermutlich in Anlehnung an Hilgard, vollzogen.

Hilgard konzentriert die Definition des Begriffs auf das Moment des *Kommunikationsverlusts* untergeordneter Systeme. In seinem Informationsverarbeitungsmodell spielen – für Janet wesentliche – Faktoren wie das überwältigende Gefühl

---

147 **Hilgard** 1977, 80: „... in dissociation interpretation, the barrier between the separated activities is essentially an amnesic barrier, preventing the interchange of memories, whereas, in psychoanalysis, the barrier is based primarily on repression of unacceptable impulses ...“

148 **Hilgard** setzt diese Begriffe leider nicht in Anführungszeichen.

149 **Hilgard** 1977, 83: „One reason for preserving the distinction between dissociation and repression is to call attention to an important finding noted in the cases of multiple personality – that the concealed (or dissociated) personality is sometimes more normal or mentally healthy than the openly displayed one. This accords better to the idea of a split in the normal consciousness (a justification for Prince’s term *coconscious*) rather than with the idea of a primitive unconscious regulated largely by primary process thinking. Another way of stating it is that the dissociative split is not a regressive one, whereas repression commonly implies some regression.“

150 **Hilgard** 1977, 86.



oder die Handlungsunfähigkeit (die Unfreiwilligkeit traumatischen Erlebens) keine Rolle. Das führt dazu, daß Hilgard die *Bedingung der emotionalen Bedeutungslosigkeit* des dissoziierten Inhalts als Argument gegen eine Subsumierung dieser Vorgänge unter die Verdrängung anführen kann. Die Verdrängung wird so zum Mechanismus für das Fernhalten inakzeptabler Impulse, und Dissoziation wird als emotionsbereinigte Spaltung des Bewußtseins konzipiert. Überwältigende Gefühle, die durch ein externes Ereignis vermittelt werden, sind zwar prinzipiell mit dem Modell darstellbar, Hilgards ungenügende Unterscheidung zwischen freiwilliger Bedingung in der Hypnose und unfreiwilliger in der aufgezungenen Situation verschiebt aber den Schwerpunkt des Konzepts.

Die Grundlagen dieser Darstellung finden sich in den wenigen expliziten Bezügen Hilgards auf Janets Modell: Janets Interpretation der Dissoziation sei, so Hilgard, die einer Abspaltung von Vorstellungssystemen (*systems of ideas*) von der Hauptpersönlichkeit, die als untergeordnete Persönlichkeiten weiterexistierten. Sie seien zwar unbewußt, aber durch Hypnose im Bewußtsein repräsentierbar.<sup>151</sup> Diese sehr mißliche Interpretation wird schwerwiegende Auswirkungen auf die Rezeption des Dissoziationsmodells haben. Auch später finden wir immer wieder den Gedanken, *Vorstellungssysteme* oder Systeme von *Ideen* würden in der Dissoziation abgespalten.<sup>152</sup>

Die Fehlinterpretation der *fixen Idee* geht m.E. darauf zurück, daß die Wahrnehmung von Bewußtsein im Sinn von Prince und Janet vor dem Hintergrund psychoanalytisch geprägten Denkens scheinbar verunmöglicht ist: Die *Idee* kann nicht als integrativer Bestandteil eines Komplexes von Gefühlen, Handlungen, Wahrnehmungen und Gedanken verstanden werden. Die Wiedereinführung des Modells in einem kognitiven Ansatz, der gleichzeitig die erste Integration mit dem psychoanalytischen Modell versucht, führt zur ersten klaren Aufteilung der ‚Zuständigkeiten‘: Körper und Emotionen verbleiben der Psychoanalyse, das Bewußtsein fällt dem ‚neuen‘ Ansatz zu.

Diese Aufteilung schafft in ihrer weiteren Rezeption die Grundlage für eine Aufspaltung der hysterischen, dissoziativen oder posttraumatischen Symptome in die Gruppe der somatoformen, dissoziativen und Angststörungen (mit allen Verwirrungen in der Unterscheidung, die ich in Kap. 2.2.1 beschrieben habe).

Die Ausführung, die abgespaltenen Vorstellungssysteme existierten als untergeordnete Persönlichkeiten weiter, schließt einen weiten Bereich der Traumaforschung vorerst von der Anwendung des Janetschen Modells aus. Die anderen (nicht unbedingt untergeordneten) Persönlichkeiten sind nach Janets Vorschlag die Konsequenz einer langen Entwicklung der Symptomatik infolge permanenter Dissoziation, d.h. infolge permanenter Traumatisierung. Davor aber liegt die Abspaltung der *primären fixen Ideen*, die kein eigenes Bewußtsein des Selbst besit-

---

151 **Hilgard** 1977, 5: „Janet’s interpretation is that systems of ideas are split off from the major personality and exist as a subordinate personality, unconscious but capable of becoming represented in consciousness through hypnosis.“

152 Vgl. z.B. **Nemiah** in Kapitel 6.1 und **Butler et al.** in Kap. 6.2.

zen, aber sich in Alpträumen, Wiedererleben und veränderten Bewußtseinszuständen – Somnambulismen – äußern. Vielleicht ist der anfängliche Forschungsschwerpunkt in der Behandlung von Personen, bei denen DID diagnostiziert wurde und die zunächst zögerliche Untersuchung der PTSD-Symptomatik unter diesem Paradigma (auch) auf diese Einschränkung durch Hilgard zurückzuführen. Janets Terminus der Dissoziation, so Hilgard fälschlicherweise weiter, sei aus der vorherrschenden Assoziationstheorie abgeleitet. Wenn man davon ausginge, daß Erinnerungen auf dem Wege der Assoziation von Vorstellungen bewußt gemacht werden, müßten die Erinnerungen, die der Assoziation nicht verfügbar seien, dissoziiert sein.<sup>153</sup>

Daß die nicht verfügbaren Erinnerungen dissoziiert sind, liegt nach Janets Modell aber an einer *Nicht-Integration* des Erlebten, deren Umstände das Modell der Dissoziation zu fassen versucht. Wie Janet Integration oder Synthese verstand und sich gegen die Assoziationstheorie abgrenzte, habe ich in Kap.4.1 beschrieben. Die verkürzte und falsche Darstellung seines Entwurfs führte in vielen Fällen dazu, die Komplexität des Modells der Dissoziation zu unterschätzen oder ihm in den Manualen rein deskriptiven Charakter zuzuschreiben<sup>154</sup>, und es wurde ihm die Marginalisierung psychosozialer und kultureller Einflüsse in der ätiologischen Betrachtung vorgeworfen.<sup>155</sup>

## 5.5 Zusammenfassung

„The importance of real trauma to the development of psychopathology is increasingly recognized.“ (Kluft 1990)<sup>156</sup>

Das Schattendasein des Dissoziationsansatzes in der akademischen Diskussion und Forschung ist verschiedenen Ursachen zugeschrieben worden: Die Freud'sche Psychoanalyse hatte mit ihrem innerpsychischen Ätiologiekonzept zu Hysterie und Trauma und dem Modell der *Verdrängung* als psychischem Mechanismus die Janetschen Ansätze ersetzt. Die *Schizophrenie* übernahm einen Teil des Konzepts in neuer Form und verdrängte die diagnostische Kategorie der *Multiplen Persön-*

---

153 **Hilgard** 1977, 5: „**Janet**'s term dissociation derived from the prevalent doctrine of association. If memories were thought to be brought to consciousness by way of the association of ideas, then those memories that are not available to association must be dissociated.“

154 **Stroemgren** 1994, 12, kritisiert an der DSM-III-Klassifikation vor allem die „pseudo-quantitative(n) Kriterien, die ein Gefühl von wissenschaftlicher Exaktheit“ vermitteln, während **Spitzer et al.** 1996, 64, schlicht den „Vorrang deskriptiver Merkmale vor ätiopathogenetischen Modellen“ in den US-amerikanischen Diagnosesemanualen beschreiben.

155 **Frankel** 1994, 64: „... the descriptive approach ... has also coincided with the marginalizing of psychosocial and cultural influences on the presenting signs and symptoms.“

156 **Kluft** 1990, xiii; etwa: Die Bedeutung realer Traumata für die Entwicklung der Psychopathologie wird zunehmend erkannt.

lichkeit. Die Ausbreitung *behavioristischer Ansätze* in der Psychologie schloß zudem die Beschäftigung mit Bewußtsein oder Unterbewußtsein/Unbewußtem aus weiten Bereichen der Forschung aus.

In der Folge des Nationalsozialismus wurden *neue Ansätze* in der Traumaforschung entwickelt, mit den neuen sozialen Bewegungen der 60er und 70er Jahre in den USA begann die Suche nach Erklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten für die Auswirkungen von Traumatisierungen in Krieg, Vergewaltigung und Kindesmißhandlung.

Der integrative Ansatz Janets wurde nach seiner Wiedereinführung durch Hilgards Neodissoziationstheorie Ausgangspunkt zahlreicher Forschungen zu dissoziativen Mechanismen in Informationsverarbeitung und Gedächtnisprozessen allgemein, im Speziellen in Hypnose und Traumaverarbeitung.

Besonders in der Hypnoseforschung der letzten zehn Jahre hat der Dissoziationsansatz einen zentralen Stellenwert erhalten. Da sie zudem einen wesentlichen Hintergrund für verschiedene Ansätze der Analyse und Behandlung von traumatischer Erfahrung mit dem Dissoziationsansatz bildet, wurden ihre wichtigsten Parameter im vorangegangenen Kapitel vorgestellt.

Hilgards Neodissoziationstheorie ist die Grundlage und wesentlicher Bezugspunkt verschiedenster Untersuchungen zum Dissoziationskonzept in den vergangenen zwanzig Jahren, weshalb Paradigma und Konzeption seines Informationsverarbeitungsmodells ausführlich beschrieben wurden. Er versucht eine Integration mit dem Modell der Verdrängung. Sowohl dieser Versuch als auch andere Implikationen seines Modells und Darstellungen in seiner Arbeit haben aber auch den Boden für Mißverständnisse in der Rezeption des Dissoziationsansatzes von Janet bereitet.

Da Hilgards Modell nicht eine *Erklärung* der Gründe und Umstände, sondern eine formale *Beschreibung* des Vorgangs der Dissoziation auf der Ebene der Informationsverarbeitung vornimmt, entfallen die Faktoren vehemente Emotion, Zwang und Handlungsunfähigkeit. Die Konzentration auf den Stellenwert des *Bewußtseinszustandes* (Hypnose) vernachlässigt in einem psychoanalytisch geprägten *Denkstil* den *Körper- und Emotionsbezug*; die genannten Einschränkungen des Modells werden sich in der Autohypnoseforschung und den Informationsverarbeitungsansätzen wiederfinden.

## 6. Die neuen Ansätze zur Dissoziation

„After a period of famine in which distinct psychoanalytic concepts or simplistic behavioral conceptions dominated the clinical menu, the concept of dissociation has proved nourishing. However, this feast may become bloating indigestion unless we make explicit how we use the concept of dissociation and what assumptions we buy into.“ (Cardena 1994)<sup>1</sup>

Auf der Grundlage der geschilderten historischen Reibungsflächen und der in der Wiederaufnahme anklingenden Mißverständnisse möchte ich im folgenden Kapitel in einem Überblick einige Ansätze der neueren Forschung zu Dissoziation darstellen. Diese Darstellung soll meine These explizieren, daß vor dem Hintergrund der dominanten psychoanalytischen Konzeption des Unbewußten/Bewußten die Abstriche am Janetschen Modell zwar quasi zwangsläufig waren, das Modell dadurch aber – ebenso wie das psychoanalytische Konzept – Einschränkungen erfahren hat, die es verunmöglichen, seine Kapazitäten auszuschöpfen. Zudem haben die Reibungsverluste beim Versuch einer Integration so unterschiedlicher Modelle zu einer Vielzahl von Definitionen des Terminus Dissoziation geführt, die sich oberflächlich scheinbar gleichen, bei genauerer Betrachtung in der Definition dessen, was dissoziiert wird oder dissoziiert vorliegt aber vage bleiben müssen: in der Konzeption des Bewußtseins.

Ich habe mich in der Herausarbeitung des Hintergrundes der neueren Entwicklungen auf die Definition von Dissoziation als psychischem Mechanismus zur Verarbeitung überwältigender Erfahrungen konzentriert und ihn mit Janet als Mechanismus begriffen, der Teile des Erlebens – bestehend aus Gedanken, Gefühlen, Wahrnehmungen und Handlungen – vom (Haupt)bewußtseinsstrom abspaltet und damit dessen Erinnerung und Selbstbild entzieht. Die Dissoziation erfolgt, wenn die Integration dieser Informationen durch Handeln nicht mehr möglich ist, weil das Gefühl zu überwältigend und infolgedessen das Bewußtseinsfeld eingeengt ist. Dieser Ansatz bildet den Hintergrund der neueren Traumaforschung.

Ich werde die Beschreibung der verschiedenen Bereiche, in denen Dissoziation als Prozeß der Trennung untersucht wird – ob in der klinischen Beobachtung, der Hypnoseforschung, in der Konzeption von Gedächtnisprozessen, als Modell der Informationsverarbeitung oder neurophysiologischer Korrelate – in drei Bereiche unterteilen, die sich aus der historischen Einordnung der Dissoziation und der Fragestellung dieser Arbeit herleiten: Ansätze zur Integration des Modells Dissoziation in psychoanalytische Modelle, die Forschungen zum Mechanismus der

---

1 **Cardena** 1994, 27; etwa: „Nach einer Zeit der Hungersnot, in der verschiedene psychoanalytische oder stark vereinfachende behavioristische Konzeptionen den klinischen Speiseplan beherrschten, hat das Konzept der Dissoziation seine Nahrhaftigkeit bewiesen. Doch dieses Festmahl kann zu einer Magenverstimmung mit Blähungen führen, wenn wir nicht deutlich machen, wie wir das Konzept der Dissoziation benutzen und welche Vorannahmen wir hineinlegen.“

Dissoziation als autohypnotischem Phänomen und die Konzeptionen zu seiner vermittelnden (bzw. trennenden) Funktion im traumatischen Erleben.

In der *psychoanalytischen Traumaforschung* existieren parallel verschiedene Konzeptionen des Mechanismus, der in der traumatischen Erfahrung ‚zum Einsatz‘ kommt. Das alte *Spaltungsmodell* hat andere Auswirkungen und Schwerpunkte als der Ansatz, die Phänomene der Aufteilung des Bewußtseins in Begriffen der *primären Verdrängung* zu fassen. Ein nicht explizit psychoanalytischer Ansatz aus systemtheoretischer Sicht sei an dieser Stelle eingefügt, weil er das Freudsche Konzept der *Isolierung* aufnimmt und wie die Dissoziation mit der *encapsulation* ebenfalls die chaotische Antwort auf ein traumatisches Erlebnis beschreiben will, die durch einen Zusammenbruch der Beziehungen zwischen den Elementen charakterisiert ist, die die Struktur ausmachen.<sup>2</sup>

Zwei Ansätze der expliziten *Integration der Dissoziation mit psychoanalytischen Modellen*<sup>3</sup> werden im Anschluß vorgestellt, der Ansatz von **Gruenewald** rangiert wohl eher unter den Mißverständnissen, ist aber nicht vollkommen untypisch für die Diskussion, so sie denn noch geführt wird.<sup>4</sup> **Nemiah**s Übergang von psychoanalytischen Modellen – mit kleinen Randbemerkungen zu anderen Bewußtseinszuständen – zum Dissoziationsansatz innerhalb eines weiterhin psychoanalytischen *Denkstils* werde ich im Anschluß etwas genauer ausführen. Viele nachfolgende Vertreter des Ansatzes übernahmen nicht nur sein Modell, sondern auch konzeptuelle Ungenauigkeiten, die Nemiah einerseits von Hilgard übernommen zu haben scheint, die andererseits aber auch seinem Wunsch entsprochen haben mögen, den Freudschen Ansatz nicht vollends fallenzulassen.

Der *Autohypnose-Ansatz* entspringt einer alten Tradition der Dissoziationstheorie und hat nach Hilgards kognitiver Dissoziations-/Hypnoseparallele eines der ersten neuen Modelle der Dissoziation ausgearbeitet.

Diese Richtung der Studien behauptet eine derart enge Beziehung zwischen Hypnose und Dissoziation, daß sie Dissoziation als *autohypnotischen* Prozeß und die pathologische Entwicklung der Dissoziation als Ergebnis des Zusammentreffens der anlagebedingten Dissoziationsfähigkeit und eines traumatischen Ereignisses versteht. Diese Forschungsrichtung wird vor allem von David **Spiegel** repräsentiert, einem Psychiater, der seit Mitte der achtziger Jahre intensiv in der Erfor-

---

2 **Benyakar et al.** 1989, 440: „A chaotic response is characterized by a breakdown of the relationship of the elements composing the structure. This destructuralization results, by definition, in the lack of relationship among the different components of the structure.“

3 Nicht erklärte Versuche dieser Zusammenschau oder vielleicht eher unbedarftes Stolpern über Begrifflichkeiten, die wahlweise als identisch oder unterschieden in teils sehr beliebigen Merkmalen definiert werden, gibt es zur Genüge, vgl. z.B. **Erdelyi** 1994 und **Cardena** 1994 für den (meiner Ansicht nach gescheiterten) Versuch einer Abhilfe.

4 Vgl. **Cardena** 1994, 26 f., der auf eine zunehmende Undurchsichtigkeit der Diskussion verweist und für eine pragmatische Unterscheidung plädiert; zur genaueren Betrachtung vgl. Kap. 6.2.

schung dissoziativer Symptomatik vor allem im Zusammenhang mit PTSD gearbeitet hat. In einer Konfrontation der Thesen dieses Ansatzes mit einigen Antworten aus dem Forschungsumfeld versuche ich, einen Eindruck der Vielfalt der Diskussion zu vermitteln.

Ein Einblick in Themenbereiche der Forschung zu Dissoziation in der *Verarbeitung traumatischer Erfahrungen* soll im letzten Teilkapitel gegeben werden. Die angerissenen Themen wie die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Stadium im Entwicklungsprozeß und Auswirkung des Traumas, dissoziativer Symptomatik in der *Posttraumatischen Belastungsstörung* und Charakteristika der *Dissoziativen Identitätsstörung* sollen Unterschiedlichkeiten in der Konzeptualisierung von Dissoziation beschreiben, aber auch Interesse an dieser Forschungsrichtung wecken. Ihren konzeptuellen Hintergrund wollte ich mit dieser Arbeit erhellen und gleichzeitig die Notwendigkeit eines Rückbezugs auf die Komplexität ihrer Grundlage beschreiben, um das Janetsche Modell für die Forschungen in diesem Bereich in vollem Umfang nutzbar machen zu können.

## 6.1 Psychoanalytische Weiterentwicklungen und Integrationsversuche

„Es war Ferenczi, der als erster die fast unüberwindliche Trennwand beschrieben hat, die zwischen traumatischer Erfahrung und posttraumatischer Struktur besteht. In seinem klinischen Tagebuch beschreibt er, inwieweit die Fragmentation, die ‚Aufspaltung in zwei Persönlichkeiten‘ dem Überleben einer traumatischen Erfahrung dient. Aber diese Aufspaltung bedeutet auch, daß im Nachhinein der Zugang zum Trauma verschlossen bleibt. Wird der Spaltungsvorgang rekonstruiert, bleibt die Spaltung zwischen einem zerstörten Teil und einem Teil, der diese Zerstörung wahrnimmt, erhalten. ‚Sinkt der Patient bis zur Erlebnisphase hinunter, so fühlt er in dieser Trance die Leiden, weiß aber immer noch nicht, was vorgeht.‘ (...) Was bei Ferenczi zunächst noch als die Beschreibung eines klinisch-technischen Problems verstanden werden könnte, erweist sich in Wirklichkeit als das zentrale Dilemma der Personen, die Traumata überlebt haben. (...) Ferenczi dient als Brücke zum Verständnis des innerpsychischen Erlebens des Traumatisierten.“ (Diaz/Becker 1995)<sup>5</sup>

Die psychoanalytische Diskussion der Spaltung will ich nur dort beleuchten, wo sie eine Beschreibung der Abspaltung traumatischer Erfahrungen bzw. eine Integration des Dissoziationsansatzes versucht, weitergehende Erörterungen der Entwicklung des Spaltungsmodells von Freud bei Ferenczi<sup>6</sup> oder des Integrationsge-

5 **Diaz/Becker** 1995, 122.

6 Vgl. **Ferenczi** 1988, 116: „Trifft ein Trauma die Seele oder den Körper unvorbereitet, d.h. ohne Gegenbesetzung, dann wirkt es auf Körper und Geist zerstörend, d.h. durch Zerlegung zerstörend. Die Macht, die die einzelnen Fragmente und Elemente zusammenhielt, fehlt. Organfragmente, Organelemente, psychische Fragmente und Elemente werden dissoziiert. Körperlich heißt das wohl, die Anarchie von Organen, Organteilen und Organelementen, deren gegenseitiges Zusammenwirken erst die richtige Gesamtfunktion, d.h. Leben ermöglicht; im Seelischen verursacht die eindringende Gewalt bei Abwesenheit festhaltender Gegenbesetzung, eine Art Explo-

dankens, des Konzepts des falschen Selbst oder der Aufsplitterung bei Winnicott<sup>7</sup> etc. kann ich im Zusammenhang dieser Arbeit nicht berücksichtigen. Das oben angeführte Zitat mag aber verdeutlichen, wie weitgehend unbekannt der Dissoziationsansatz in der deutschsprachigen Rezeption noch ist, wie weit die Schere klafft, die z.B. Nemiahs Integrationsansatz zu schließen versucht. Aus seinen Versuchen der Integration des Ansatzes in psychoanalytische Theorien ist ein neues Konzept erwachsen, das Hintergrund eines großen Teils der neueren Traumaforschung bildet. Es geht (implizit) von Freudschen Grundannahmen über das Bewußtsein aus und führt so zu Verwirrungen<sup>8</sup> der Definitionen und einer Einschränkung des Dissoziationsmodells, die ich im anschließenden Teilkapitel betrachten will.

In der psychoanalytischen Diskussion und Suche nach Konzeptionen für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen existieren einige Modelle, die mehr oder weniger unabhängig voneinander die selben Phänomene zu beschreiben versuchen, um deren Erklärung schon Freud und Janet bemüht waren. Die Rezeption des Spaltungsmodells von **Adler** und die Konzeption der primären Verdrängung von **Kinston** und **Cohen** ebenso wie das nachfolgend angeführte Modell der *Ein-kapselung* (*encapsulation*) von **Benyakar et al.** sind Ansätze, die vor dem Hintergrund des Freudschen Modells versuchen, die Phänomene zu beschreiben, die als Auswirkungen von Traumatisierung verstanden werden. Ihre Möglichkeiten und Beschränkungen gegenüber dem Janetschen Modell seien kurz vorgestellt, um damit einen Teil der Rahmenbedingungen aufzuzeigen, in denen die Integrationsversuche erfolgen – und meines Erachtens nicht angemessen erfolgen können. **Gruenewald** und **Nemiah** haben – in sehr unterschiedlicher Art – versucht, das Dissoziationsmodell mit psychoanalytischem Denken zu verbinden, der Ansatz von **Nemiah** hat wesentlichen Einfluß auf die psychiatrische Rezeption des Dissoziationsansatzes in den USA genommen.<sup>9</sup>

### 6.1.1 Spaltung im Extremtrauma

Hildegard **Adler** grenzt 1995 mit **Sandler et al.** das Extremtrauma vom normalen, neurotischen Trauma ab, das jedes Leben kennzeichnet<sup>10</sup> und durch die Dichotomie der psychischen Erfahrung und sozialer und somato-psychischer Determinanten bestimmt ist. Das Extremtrauma hingegen ist dadurch gekennzeichnet, daß „dem überwältigenden Schock eines äußeren Erlebnisses schon in der historischen Situation selbst eine genauso starke, archaische Abwehr entgegengesetzt

---

sion, Zerstörung psychischer Assoziationen zwischen den Systemen und psychischen Inhalten, die bis in die tiefsten Perzeptionselemente reichen können.“

7 **Winnicott** 1965, 72 ff., 160 ff., 170.

8 Vgl. **Erdelyi** 1994.

9 Vgl. Kap. 6.2.

10 **Adler** 1995, 927: „Every human life is marked by traumas.“; mit Verweis auf **Sandler et al.** 1987: *Psychisches Trauma: Materialien aus dem Sigmund-Freud Institut*, Frankfurt.

wird“<sup>11</sup>, und das Prinzip der erst nachträglichen Sinnzuweisung nicht unbedingt anwendbar ist, sondern das Ereignis selbst notwendigerweise – aus dem Ereignis erklärbar – zerstörende Effekte haben kann.<sup>12</sup>

Die Erfahrung des Traumas ist durch die Verbindung zwischen dem zerstörenden Schock und der notwendigen Abwehrreaktion der *Spaltung* definiert.<sup>13</sup> Derart traumatisiert, fehlt es der Person an Symbolisierungskapazität<sup>14</sup>, was zu Somatisierungen und einer bestimmten Art der Übertragung in der Analyse führt. Das Extremtrauma ist oft von extremen Schuldgefühlen begleitet und geht mit einer extremen Identifikation mit dem Aggressor einher.<sup>15</sup> Es kann entgegen den *normalen Traumata* nie vergessen werden, wobei unterschieden werden muß „zwischen der Trauma-Reproduktion, als welche das extreme Trauma unvergessen dem Gedächtnis eintätowiert ist, und dem eigentlichen Erinnern“<sup>16</sup>, das als Integrationsprozeß durch Sinnggebung verstanden wird.

Die Reaktion des/der betroffenen Person wird von Adler – nach **Krystal** und **Becker**<sup>17</sup> – beschrieben als die Regression auf die durch Abhängigkeit gekennzeichnete Entwicklungsstufe eines sehr kleinen Kindes<sup>18</sup>, in welcher der Verfolger zum geliebten und gleichzeitig gehaßten Primärobjekt des Kindes wird, dessen zerstörenden Willen es integriert. Bei Kindern sei dieses Erlebnis noch schwerwiegender, weil sie Ereignisse nicht durch Vorstellungen oder Nachdenken vorwegnehmen könnten. Unter *Spaltung*, genauer einer *sado-masochistischen*

---

11 **Adler** 1995, 941; in der deutschsprachigen Zusammenfassung.

12 **Adler** 1995, 927 f.; auch im folgenden.

13 **Adler** 1995, 941.

14 **Adler** 1995, 938: „lack of capacity for symbolisation“.

15 Vgl. **Ferenczi** 1988, 308 f.: „Doch dieselbe Angst, wenn sie einen Höhepunkt erreicht, zwingt sie (die Kinder, L.H.) automatisch, sich dem Willen des Angreifers unterzuordnen, jede seiner Wunschregungen zu erraten und zu befolgen, sich selbst ganz vergessend sich mit dem Angreifer vollauf zu identifizieren. Durch die Identifizierung, sagen wir Introjektion des Angreifers, verschwindet dieser als äußere Realität und wird intrapsychisch, statt extrapsychisch; das Intrapsychische aber unterliegt einem traumhaften Zustand, wie die traumatische Trance einer ist, dem Primärvorgange, d.h. es kann, entsprechend dem Lustprinzip, gemodelt, positiv- und negativ-halluzinatorisch verwandelt werden. Jedenfalls hört der Angriff als starre äußere Realität zu existieren auf, und in der traumatischen Trance gelingt es dem Kind, die frühere Zärtlichkeitssituation aufrechtzuerhalten.

Doch die bedeutsamste Wandlung, die die ängstliche Identifizierung mit dem erwachsenen Partner im Seelenleben des Kindes hervorruft, ist die Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen, das ein bisher harmloses Spiel als strafwürdige Handlung erscheinen läßt. Erholt sich das Kind nach solcher Attacke, so fühlt es sich ungeheuer konfus, eigentlich schon gespalten, schuldlos und schuldig zugleich, ja mit gebrochenem Vertrauen zur Aussage der eigenen Sinne.“

16 **Adler** 1995, 941; in der deutschsprachigen Zusammenfassung.

17 **Krystal** 1978: *Trauma and Effects*, in: *Psychoanalytic Study of the Child*, 1978/33, 81-116, und **Becker** 1992; nach **Adler** 1995, 938.

18 **Adler** 1995, 938: „... someone who is in extreme danger or in mortal terror regresses to the dependent condition of a very small child“.



*Ich-Spaltung in Opfer und Täter*<sup>19</sup> versteht Adler, daß die Rollen des Opfers und des Verfolgers in einem Akt extremer Gewalt, als Abwehr gegen die ungesunden, unerträglichen Gefühle von Schmerz und Trauer, gleichzeitig übernommen werden.<sup>20</sup> „(D)iese Abspaltungen (können) im Laufe des Lebens, bei entsprechender Hilfestellung, zwar gemildert, aber nicht voll integriert werden.“<sup>21</sup>

Fassen wir diese Positionen zusammen, so lassen sich als zentrale Kriterien für das Ereignis feststellen, daß

- es mit Schock verbunden ist, weil es nicht vorweggenommen werden kann,
- das Trauma aus der Vermittlung zwischen Interpretation und Ereignis entsteht; im Fall des Extremtraumas, entgegen den normalen Traumata, der zerstörende Effekt sich aber aus dem Ereignis selbst herstellen kann,
- die Erinnerung unverändert vorliegt,
- von einer Ich-Spaltung die Rede ist, deren Integration nur partiell, nie aber vollständig erfolgen kann und
- die Symbolisierungsunfähigkeit nach schweren Traumatisierungen mit der Regression auf die frühkindliche Entwicklungsstufe hergeleitet wird.

Hier werden die Freudschen Kriterien aus der Beschreibung der *traumatischen Neurose* (1920), der *Ich-Spaltung* (1938)<sup>22</sup> und Ferenczis *Introjektion des Angreifers*<sup>23</sup> kombiniert. Das Extremtrauma schließt per definitionem die über den Ödipuskomplex konzipierten frühkindlichen sexuellen Traumata aus und ist in seinen Auswirkungen unwiderruflich pathologisierend.

### 6.1.2 Primäre Verdrängung

Ein sehr anderer Ansatz aus psychoanalytischer Sicht, der die Begriffe der *Spaltung* oder *Dissoziation* vollständig vermeidet, soll hier angeführt sein, weil er m.E. genauer als andere psychoanalytische Konzeptionen die Phänomene und Zusammenhänge beschreibt, die im Dissoziationsmodell Janetscher Provenienz als pathologisierend verstanden werden, andererseits aber die Konsequenzen der Traumatisierung, wie die Veränderungen von Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit, nur auf einer sehr allgemeinen Ebene beschreiben kann.

*Trauma* wird von **Kinston** und **Cohen** als Versagen der Umwelt begriffen, den Bedürfnissen eines Menschen zu begegnen. Im Trauma kann ein Bedürfnis nicht in einen Wunsch (seine Repräsentanz) übersetzt werden, was zu einer bleibenden

---

19 **Adler** 1995, 938: „sado-masochistic *ego-split of victim/perpetrator*“.

20 **Adler** 1995, 938: „The roles of victim and perpetrator are assumed simultaneously and uncompromisingly in the experience of an extreme act of violence, as a defense against the insane, unbearable feelings of pain and grief.“

21 **Adler** 1995, 942; in der deutschsprachigen Zusammenfassung.

22 Vgl. Kap. 4.2.

23 Nicht aber seine Forderung, Inzesthandlungen als real wahrzunehmen; vgl. **Ferenczi** 1932/1988, 276 f.

Wunde, einem *Loch in der Psyche* führt,<sup>24</sup> in dem die Vermittlung zwischen Bedürfnis und Repräsentanz fehlt. Statt einer psychischen Struktur, wie sie durch eine Repräsentation des Ereignisses gebildet würde, hinterläßt das Trauma einen Mangel, das Fehlen von emotionalem Verständnis. Diesen Mangel kennzeichnet die *primäre Verdrängung*, sie ist nicht aktiv, denn der Eindruck des Traumas ist keine Repräsentation und bedarf daher keiner spezifischen geistigen Energie, um vom Bewußtsein ferngehalten zu werden.<sup>25</sup> Das nicht-repräsentierte Trauma kann aber auch weder direkt vom Analysanden beobachtet oder erfahren, noch ihm durch Deutung zugänglich gemacht werden.<sup>26</sup>

Das Wiederauftauchen der traumatischen Erinnerung kündigt sich in der Analyse durch prä-repräsentative Erlebniselemente wie Sinneseindrücke, stereotypisierte Verhaltensweisen, physiologische Reaktionen und isolierte Bilder und Gefühle an, die nur lose miteinander verbunden sind und auch beim Analytiker kein ausgeformtes Verständnis auslösen.<sup>27</sup> Diese generalisierte Desorganisation kann mit Angst verbunden sein; wenn die Desorganisation anhält, ist sie mit der psychischen und physischen Existenz unvereinbar<sup>28</sup> und führt zur realen Selbst- oder Fremdgefährdung. Ist das Individuum offen gegenüber sich selbst, kann es seine eigene *primäre Verdrängung* wahrnehmen, wenn es z.B. von einem *Loch im Denken* redet oder davon, es *fehle* ihm etwas.<sup>29</sup>

Primäre Verdrängung ist eher als Zustand denn als Vorgang gefaßt, sie ist ‚ein Teil des Geistes, in dem kein Bewußtsein ist, wir schlagen vor, in naher Verbindung zum nicht-verdrängten Unbewußten‘.<sup>30</sup> Die existierende psychische Struktur ist unfähig, die neue Situation zu assimilieren, weil weder die Wahl noch die Nicht-Wahl möglich erscheint und die Person zudem außergewöhnlich abhängig von der Umwelt und verletzlich ist.<sup>31</sup> Der emotionale Tod, der aus der Unfähigkeit zur Anpassung folgt, sei von Tieren ebenso wie von Menschen bekannt.<sup>32</sup>

---

24 **Kinston/Cohen** 1986, 337: „... failure of the environment to meet needs ... is traumatic and results, metaphorically, in a persistent wound ... or hole in the psyche.“

25 **Kinston/Cohen** 1986, 338: „Because the impression is not a representation, ... it does not require specific mental activity to keep it from consciousness.“

26 Vgl. **Freud** 1913 in Kap. 4.2.2.

27 Vgl. auch **Diaz/Becker** 1995.

28 **Kinston/Cohen** 1986, 338: „These often hang loosely together and do not usually lead to well-formed understanding in the analyst’s mind. ... Generalized disorganization may or may not be associated with intense anxiety or terror, but it is incompatible with psychic or physical existence if persistent.“

29 **Kinston/Cohen** 1986, 341: „When an individual is open to experience and can face himself, he may become aware of his own primal repression. In such cases, he may refer spontaneously to a ‚hole‘ in his mind, or to ‚something missing““.

30 **Kinston/Cohen** 1986, 338: „... primal repression is a part of the mind where consciousness does not exist, we conjecture that it is in close connexion with the unrepressed unconscious.“

31 **Kinston/Cohen** 1986, 340: „... if both choosing and not-choosing feels impossible, then permanent illness or death are likely. Such emotional death based on inability to adapt is recognized in animals, even cockroaches, as well as in humans. ... In all

Die vergangene Erfahrung weise keinen Weg mehr, die existierenden Verstehensmuster würden irrelevant. Daraus folge die Notwendigkeit des verstärkten Kontakts zum *unverdrängten Unbewußten* und damit auch zur *primären Verdrängung*. Kann die *primäre Verdrängung* nicht vor dem Hintergrund einer neuen Primärbeziehung zum Analytiker<sup>33</sup> zur sinngebenden Integrationsarbeit verwendet werden, setzt sich das Trauma z.B. in Form von Krankheiten fort.

In mehreren Punkten sind hier Übereinstimmungen mit dem Dissoziationskonzept zu finden:

- Das Trauma ist nicht unterteilt in *extremes* und *psychisches* Trauma (vgl. Adler), Erinnerungen einerseits und Phantasien auf der anderen Seite.
- Das Trauma ist bestimmt durch ein Versagen der Umwelt – ein Ansatz, der dem Ereignis einen bedeutend höheren Stellenwert zuschreibt als andere psychoanalytische Ansätze und in seiner Bewertung dort entscheidend weiter geht, wo das Ereignis und seine Rezeption durch das Individuum als *Versagen der sozialen Bezüge* interpretiert wird.<sup>34</sup>
- Die fehlende Repräsentation wird als Unmöglichkeit des adäquaten (Sprach-) Handelns begriffen. Entscheidend in der Vermittlung von Ereignis und Individuum ist das emotionale Verständnis, die Integrationsmöglichkeit in bereits vorhandene Erfahrungsstrukturen.
- Die primäre Verdrängung wird als passives Auseinanderhalten (des Wunsches und seiner Repräsentation) beschrieben, eine aktive Verdrängung ist nicht vonnöten.
- Die Inhalte des traumatischen Erlebens äußern sich unzusammenhängend oder nur lose verbunden.

Der entscheidende Unterschied ist auch hier die Konzeptualisierung der traumatischen Erfahrungen als *außer-* bzw. *unbewußt*, eine Folge der psychoanalytischen Formulierung des Unbewußten. Eine einschränkende Bestimmung erfolgt nicht. Im Gegensatz zu den gesellschaftlichen Vermittlungsebenen bleibt die Frage, wann, wodurch und weshalb die Übersetzung eines Bedürfnisses in einen Wunsch verhindert wird, seltsam unklar.

---

these states, the existing psychic structure is incapable of assimilating some new situation and the person is especially dependent on or vulnerable to the environment.“

32 Vgl. auch **Ludwig** 1983.

33 Diese *Primärbeziehung* verstehen die Autoren – z.B. im Gegensatz zu **Adler** 1995 – mit **Balint** als gekennzeichnet durch soziale Variablen wie Beziehungen, Arbeit, Status, Besitz, Glaube etc., nicht als internalisierte Struktur (ibd.: 342).

34 Dieser Ansatz ist wohl auch deshalb eine Grundlage des therapeutischen Konzepts des *vinculo prometido*, das u.a. **Becker** 1992 vorgestellt hat. Vgl. zum Versagen der sozialen Bezüge aus dissoziationstheoretischer Sicht u.a. **Kluft/Fine** 1989 und Kap. 6.3.

### 6.1.3 Einkapselung

Ein anderer, relativ unbeachteter Ansatz ist der von **Benyakar et al.**, israelischen Psychiatern, die in der Arbeit mit Überlebenden des Holocaust, aber auch denen von Kriegen, an denen Israel beteiligt war, ihre Traumatheorie entwickelt haben.<sup>35</sup> Sie sind einige der wenigen, die eine genaue Bestimmung der Strukturen versuchen, die durch die Traumatisierung betroffen werden, um die unterschiedlichen Auswirkungen auf den Menschen in seiner auch gesellschaftlich vermittelten Gesamtheit erfassen zu können. Die Theorie sei hier vorgestellt, weil sie versucht, die Erfahrung abgespaltener Erlebnisqualitäten mit einem eigenen Ansatz zu beschreiben, der allerdings auf die Freudsche *Isolierung* rekurriert und somit einen anderen Abwehrmechanismus in die Konzeption der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen aufnimmt.

Psychisches Trauma oder einfach nur: Trauma als Konzept, sei im Verschwinden begriffen, meinen die Autoren. *Traumatisch* sei inzwischen gleichbedeutend mit *traumatisches Ereignis* und von der im griechischen Ursprung spürbaren Konnotation mit Unterbrechung und Diskontinuität sei nichts mehr wahrzunehmen.<sup>36</sup> Trauma sollte, um seine spezifischen Auswirkungen fassen zu können, diesen originalen metaphorischen Sinn behalten: den der Verwundung und Diskontinuität, die mit dem Gefühl eines irreparablen Risses in Selbst und Realität einhergehen.<sup>37</sup>

Benyakar et al. definieren Trauma als den Zusammenbruch der Struktur des Selbst auf allen Ebenen. Diese Ebenen werden bestimmt als die *psychostrukturelle Ebene* (der individuellen Psyche), die *psychofunktionelle Ebene* (der Gefühle, die das Produkt spezifischer Vermittlungen zwischen Innen und Außen sind: Wut, Angst...), die *soziokulturelle Ebene* (die Beziehungen in einer gegebenen sozialen Einheit bezeichnet, deren Teil das Individuum ist) und die *soziofunktionale Ebene* (über die Art und Weise des Miteinanders in der bestimmten sozialen Einheit definiert sind).<sup>38</sup>

Das Trauma werde als Autonomieverlust erlebt und resultiere aus dem spezifischen überwältigenden Zusammentreffen einer katastrophischen Bedrohung und einer chaotischen Antwort zu einer bestimmten Zeit.<sup>39</sup>

Die posttraumatische Situation wird als reorganisierendes Übergangsstadium mit

---

35 **Benyakar et al.** 1989.

36 **Benyakar et al.** 1989, 431 ff.

37 **Benyakar et al.** 1989, 432: „If trauma is to be used, not just as a vague historical rudiment, but as a viable, meaningful clinical concept, it must convey its original metaphorical essence; the notion of injury and discontinuity, which, in its psychological context should capture the sense of irreparable tear of self and reality.“

38 **Benyakar et al.** 1989; vgl. auch **Becker** 1992.

39 **Benyakar et al.** 1989, 446: „Trauma is defined as: *the collapse of a structure of self along all its referential planes, experienced as the loss of autonomy, and resulting from a specific intrusive encounter, in a specific time, of a catastrophic threat and a chaotic response.*“ (Hervorhebung der Autoren)

dem Ziel einer Wiedererlangung der Autonomie beschrieben, die nur durch Einkapselung (*encapsulation*)<sup>40</sup> vonstatten gehen kann.

Kriterien für die *traumatogene Bedrohung* sind:

- Verlust (*loss*) von Personen oder Glauben
- Unvorhersagbarkeit (*impredictability*) bedroht die Anpassungs-/Integrationsfähigkeit
- Nähe (*proximity*) zur Selbststruktur, die aus dem Individuum und seinen Kontext bestimmt wird
- Plötzlichkeit (*suddenness*) unterbricht die Anpassungsfähigkeit des Erlebens, das Zeit braucht

Die *Reaktion* auf eine solche Erfahrung, die alle Ebenen des Selbst- und Weltbezugs betrifft, ist nach Benyakar et al. *durch den Zusammenbruch der Beziehung der Elemente* gekennzeichnet, aus denen sich die Struktur zusammensetzt. Diese Destrukturierung resultiert definitionsgemäß in einem Mangel an Beziehung zwischen den verschiedenen Komponenten der Struktur. Dieser Prozeß, dessen Konsequenz eine völlige Destrukturierung sein kann, ist gekennzeichnet durch erfolglose Versuche einer Reorganisierung, oder gar einer absoluten Unfähigkeit, die Beziehungen wiederherzustellen. Die Strukturebenen haben ihre innere Ordnung und Hierarchie verloren, während die funktionalen Ebenen nun bedrohlich sind.<sup>41</sup>

Die Reorganisation der Struktur vollzieht sich durch Isolierung<sup>42</sup> und gleichzeitige Repräsentierung (vgl. folgende Anm.) der unstrukturierten Erfahrung, ohne daß diese Erfahrung je Teil des übrigen Systems hätte werden können. *„Die kombinierte Wirkung von Isolierung und Verdrängung bezeichnen wir als Einkapselung (encapsulation) der traumatischen Erfahrung.“*<sup>43</sup>

---

40 **Becker** 1992 übersetzt *encapsulation* mit *Verkapselung*, mir scheint die *Einkapselung* eindrücklicher.

41 **Benyakar et al.** 1989, 440: „A chaotic response is characterized by a breakdown of the relationship of the elements composing the structure. This destructuralization results, by definition, in the lack of relationship among the different components of the structure. The process that eventually culminates in destructuralization is characterized by unsuccessful attempts at reorganization, or even by total inability to reorganize the inter-relationship .... The structural planes have lost their internal order and hierarchy, while the functional planes are now threatening ...“

42 Vgl. **Freud** 1926, 150: „Es bezieht sich gleichfalls auf die motorische Sphäre, besteht darin, daß nach einem unliebsamen Ereignis, ebenso nach einer im Sinne der Neurose bedeutsamen eigenen Tätigkeit, eine Pause eingeschoben wird, in der sich nichts mehr ereignen darf, keine Wahrnehmung gemacht und keine Aktion ausgeführt wird. ... Der Effekt dieser Isolierung ist dann der nämliche wie bei der Verdrängung mit Amnesie. Diese Technik wird also in den Isolierungen der Zwangsneurose reproduziert, aber dabei auch in magischer Absicht motorisch verstärkt. Was so auseinandergehalten wird, ist gerade das, was assoziativ zusammengehört, die motorische Isolierung kann eine Garantie für die Unterbrechung des Zusammenhanges im Denken geben.“

43 **Benyakar et al.** 1989, 443: „... reorganization occurs by isolating and representing

Diese Einkapselung wird zum Beispiel darin deutlich, daß die Betroffenen immer wieder die gleiche Geschichte erzählen, die aber nur ein schwacher Widerschein der eingekapselten Erfahrung ist, die selbst nie berührt wird.

Die hier beschriebene Position scheint in der Beschreibung des posttraumatischen Zustandes ähnlich dem Modell der Dissoziation von Erfahrungen. Auch hier ist in der traumatischen Erfahrung der Bezug der verschiedenen Komponenten der psychischen Struktur zueinander verlorengegangen; ebenso wie in Kinston/Cohens Ansatz ist aber der Verlust des Selbst im Trauma *absolut* gesetzt, die weitere Entwicklung des Eingekapselten ist nicht konzipiert, eine andere handelnde Instanz ebensowenig. Auch die Bedingungen für die Traumatisierung sind nur vage beschrieben: woraus die chaotische Antwort resultiert und welche Form sie annimmt, wird nicht hergeleitet. Ein Rekurs auf Freuds Bedingung des Schrecks im Trauma stellt keine Möglichkeit bereit, langanhaltende, in Angst erwartete Übergriffe (z.B. in Folter, Kindesmißhandlung oder dem Umstand, daß eine Person die Qualen einer anderen beobachten muß) in die so verstandene Traumatisierung einzubeziehen.

#### 6.1.4 Integrationsversuche

##### Gruenewald

**Gruenewald** versucht 1986, die Begriffe Dissoziation und Verdrängung vergleichend voneinander abzugrenzen.<sup>44</sup> Grundlegend und gemeinsam sei beiden das Verständnis der Trennbarkeit von Bewußtseinsprozessen, die Möglichkeit der Abspaltung vom Hauptstrom des Bewußtseins.<sup>45</sup>

**Dissoziation** versteht sie als deskriptiven Begriff für pathologische Phänomene, die nicht direkt beobachtbar, sondern nur aus dem Verhalten ableitbar seien. Sie manifestierten sich in scheinbarem Verlust der Erinnerung und einem weiten Spektrum von Verhaltensänderungen. Dissoziative Phänomene sind nach Gruenewald Teil von Alltagserfahrungen, sie möchte davon aber die eigentliche Dissoziation (*dissociation proper*) abgrenzen, die sie in der Verwendung als diagnostische Kategorie für leicht unterscheidbare Phänomene wie *Amnesien*, *Fugues* und *Multiple Persönlichkeitsstörung* sieht. Zentrales Unterscheidungskriterium zwischen normaler und pathologischer Dissoziation ist für sie die Aufrechterhaltung der Selbstwahrnehmung<sup>46</sup> in normalen dissoziativen Phänomenen, während die eigentliche Dissoziation allgemein und durch Konsens im Bereich der Psy-

---

this unstructured experience, without ever having the experience become an integral part of the rest of the system. The combined effect of isolation and repression is what we refer to as ‚encapsulation‘ of the traumatic experience.“ Ich mutmaße, daß im ersten Halbsatz eine typografische Vertauschung von ‚representing, und ‚repressing‘ im Orginaltext vorliegt, habe aber analog der Vorlage ins Deutsche übertragen.

44 **Gruenewald** 1986, 117 ff., auch im folgenden.

45 **Gruenewald** 1986, 117: „... part of that person’s mental content has become split off, or dissociated, from the mainstream of his or her consciuosness.“

46 **Gruenewald** 1986, 119: „retention of awareness of self“; vgl. auch **Nemiah** 1988.

chopathologie und in den o.g. spezifischen Störungsbildern angesiedelt sei.<sup>47</sup> Auf diese Störungsbilder angewandt, sei Dissoziation auch als Mechanismus zu verstehen, der dazu diene, starke Angst fernzuhalten. Er müsse allerdings nicht, wie die Spaltung, regressive Anteile enthalten, sondern beschreibe Parallelprozesse, die in vertikaler Spaltung, also ohne die Behinderung von Entwicklungsprozessen oder Fixierungen auf bestimmte Altersstufen vonstatten gingen.<sup>48</sup>

*Spaltung* ist nach Gruenewald im Gegensatz zur störungsspezifischen Dissoziation hauptsächlich als Abwehrmechanismus konzipiert, dessen Auswirkungen in unterschiedlichen klinischen Störungsbildern festzustellen seien, so z.B. in der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder neurotischen Störungen. Entwicklungspsychologisch betrachtet handele es sich um einen Abwehrbegriff (Gruenewald erwähnt die Objektbeziehungstheorie nach Klein und Mahler), wobei sie moniert, daß seine Verwendung das Auseinanderfallen von etwas bereits Integrierten nahelege.<sup>49</sup>

Im Erwachsenenalter diene der Abwehrmechanismus dazu, widersprüchliche Wahrnehmungen und Gefühle im Zusammenhang mit extremer Angst aus der Erfahrung fernzuhalten. Wird die normale Entwicklung durch die Spaltung unterbrochen, so werde Spaltung zu einem altersinadäquaten Abwehrmechanismus; Gruenewald bezieht sich hier in einer längeren Passage auf Freuds *Ich-Spaltung*.<sup>50</sup> Eine letztendliche Unterscheidung von Dissoziation und Spaltung sei schwierig, am wahrscheinlichsten liege wohl immer eine Mischung aus beiden in unterschiedlichen Abstufungen vor.

Diese Position nimmt – in ihrer Klarheit aber eher einzigartig – Unterscheidungen vor, die in der weiteren Diskussion oder schlicht der Verwendung der Konzepte wiederholt werden:

- Dissoziation wird auf pathologische Phänomene beschränkt<sup>51</sup>, Dissoziation ist das klinische *Resultat*, nicht (oder nur eingeschränkt – und seltsam undefiniert) ein psychologischer *Mechanismus* im Umgang mit Gefühlen zu Ereignissen.
- Der Zusammenhang mit dem Ereignis und die Konzeptualisierung seiner Umsetzung ins Individuum entfallen in dieser Definition vollständig.
- Der Zusammenhang zwischen neurotischen Störungen und dissoziativen Störungen wird nicht Konzeptualisiert.<sup>52</sup>

Eine der größten Schwierigkeiten in dieser Konzeption wirft die Gleichsetzung der *Dissoziation* mit der *dissoziativen Störung* auf. Das Modell Dissoziation wird zur Störungskategorie und die konzeptuellen Schwierigkeiten so eher vergrößert

---

47 **Gruenewald** 1986, 117: „... dissociation proper, generally and by consent placed in the realm of psychopathology and indicating specific disturbances.“

48 **Gruenewald** 1986, 118; vgl. auch **Hilgard** 1977 und Kap. 5.4.

49 **Gruenewald** 1986, 117 f.; auch im folgenden; vgl. auch Kap. 5.4.

50 **Freud** 1938; vgl. Kap. 4.2.

51 Vgl. Kap. 6.2.

52 Vgl. Kap. 2.

als – wie wohl intendiert – beseitigt: Womit beschrieben werden könnte, was den Hintergrund der dissoziativen Störungen als diagnostischer Kategorie bildet, verliert seine eigenständige Qualität und somit letztlich ebenso seinen Sinn wie die Neufassung der Störungsbilder.

Zudem wird *dissoziative Symptomatik* von Adler durchgängig als auch im Alltag existent beschrieben, *Dissoziation* aber soll für die Pathologie reserviert werden, und die Begriffsverwirrung nimmt kein Ende.

Die kindliche Entwicklung wird in die Fassung der *Spaltung* durch Gruenewald aufgenommen, ihre Konzeptualisierung entbehrt aber jeder theoretischen Grundlage.<sup>53</sup> Der Integrationsversuch von Gruenewald repräsentiert so in extremer Form das Mißlingen einer Kombination der beiden Ausgangsmodelle *Spaltung* und *Dissoziation*.

## Nemiah

„Wenn sich aber herausstellt, daß Konversion kein besonderer Mechanismus ist, der für hysterische Symptome kennzeichnend ist, wird man sich aufs Neue der Dissoziation als dem grundlegenden psychopathologischen Mechanismus zuwenden und sie als Basis ansehen, nicht nur für das Konversionssyndrom, sondern auch als grundlegend für dissoziative Störungen oder sogar alle neurotischen Syndrome. Das Problem der Symptomwahl wird zum Gegenstand von Erklärungen, die sich nicht darauf beziehen, warum ein dissoziierter Impuls oder Affekt sich im körperlichen Bereich manifestiert – was für nichtblockierte, unkontrollierte Affekte normal ist –, sondern vielmehr das Problem lösen, warum diese psychischen Vorgänge keine körperlichen Korrelate zeigen, sondern sich in Form von Phobien und Wahnvorstellungen auf andere psychische Phänomene verschieben.“ (Nemiah 1988)<sup>54</sup>

Im folgenden Absatz sei die Entwicklung der Integration des Dissoziationskonzepts in psychoanalytische Denkansätze am Beispiel eines der führenden Vertreter der US-amerikanischen Psychiatrie der letzten 15 Jahre veranschaulicht, der Entwicklung des Konzeptes bei John Case **Nemiah**. Der Versuch, seine Argumentationslinie im Lauf der letzten fünfzehn Jahre an einigen Eckpunkten nachzuvollziehen, soll einerseits exemplarisch verdeutlichen, wie das Dissoziationskonzept mehr und mehr in psychiatrisches Denken integriert wurde, andererseits aber auch, welche Veränderungen sich dadurch für das Modell der Dissoziation ergaben und welche Schwierigkeiten m. E. aus beidem entstehen. Nemiah ist nicht nur ein hervorragendes Beispiel dieser Entwicklung, sondern – als langjähriger Herausgeber des *American Journal of Psychiatry* – auch eine der einflußreichsten Stimmen der Psychiatrie in den Vereinigten Staaten, viele Dissoziations-theoretikerInnen haben sich an seiner Konzeptualisierung orientiert.<sup>55</sup>

---

53 Vgl. Kap. 4.2.

54 **Nemiah** 1988 a, 72.

55 Vgl. Kap. 6.2.



In seinen *Foundations of Psychopathology*, die 1973 erscheinen, bestimmt Nemiah das *Unbewußte* als dynamisches Konzept für psychische Inhalte, die nicht durch einen willentlichen Akt ins Bewußtsein gelangen können, ein Konzept, das impliziert, geistige Kräfte hielten *aktiv* bestimmte andere geistige Vorgänge vom Bewußtsein fern.<sup>56</sup>

Der Name dieser Kräfte ist *Verdrängung*, sie ist der grundlegende Abwehrmechanismus des Ich. Unzureichendes Verdrängen führt dazu, daß verdrängtes Material Denken und Handeln beeinflusst.<sup>57</sup>

Im Bereich des Unbewußten herrscht Zeitlosigkeit, ganz im Unterschied zur ständigen Überarbeitung von bewußten Erinnerungen. Die unbewußt vorliegenden Erinnerungen sind frisch und unverändert, und können oft auch nicht im Nachhinein als eigene erkannt werden. Dafür führt Nemiah unterschiedliche Beispiele aus Träumen, aber auch hypnotischen Bedingungen an – Fälle, die er einem Buch von Morton Prince entnimmt. Es sind Beispiele von *Hypermnesie* unter Hypnose, einer Erinnerungsfähigkeit, wie sie im Wachzustand nicht vorliegt, sie seien eine dieser eigenartigen, aber wohlbekanntesten Formen dessen, was man *geistige Dissoziation* nennt.<sup>58</sup> Sein Schluß ist, in bestimmten anderen Bewußtseinszuständen wie Träumen und Hypnose seien die Grenzen des Gedächtnisses weiter gesetzt als in unseren normalen Wachzuständen.<sup>59</sup>

Im Folgenden berichtet Nemiah von posthypnotischen Suggestionen und den hilflosen Versuchen der Hypnotisierten, sich im Nachhinein Erklärungen für ihr eigenartiges Tun zu geben. Dieser Zwang zum Handeln ohne ein Wissen um das *Warum* dient Nemiah zur Erklärung von hysterischer Symptombildung. Er schließt mit einer Ausführung zum Verdienst Freuds und Breuers, diesen Mechanismus aufgedeckt zu haben.

So wird *Dissoziation* 1973 noch in einem Nebensatz abgehandelt, die Formulierung der *Symptombildung* wird Freud und Breuer zugeschrieben, und auch sonst vollzieht Nemiah in seiner Argumentation die frühe Linie der beiden nach, indem er die Erinnerungen als frisch und unverändert vorliegend beschreibt, die spätere Trennung zwischen Erinnerung und Bewußtsein bei Freud aber nicht übernimmt.<sup>60</sup>

1984 wird Nemiahs Präsentation von *Unbewußtem und Psychopathologie*<sup>61</sup> durch ein Kapitel zu *Janet und Dissoziation* eingeleitet, in dem er Janets erste Studien

---

56 **Nemiah** 1973, 62: „unconscious‘ ... cannot be brought into conscious awareness by a voluntary act of recall ... is a dynamic concept, it implies that mental forces are actively countering the entrance of certain mental events into consciousness.“

57 **Nemiah** 1973, 63 ff.; auch im folgenden, wenn nicht genauer bestimmt.

58 **Nemiah** 1984, 66: „a peculiar well-known form of what is called mental dissociation“.

59 **Nemiah** 1973, 68: „In certain states of altered consciousness such as dreams and hypnosis the boundaries of memory are enlarged over those of our normal, conscious waking mental life.“

60 Vgl. Kap. 4.2.

61 **Nemiah** 1984, auch im folgenden.

mit Hypnose und der Auflösung pathologischer Symptome abschließend *als beachtliche Ausarbeitung der psychologischen Konzeption der Symptombildung* beschreibt.<sup>62</sup> Für Janet sei die Ursache dieser Symptombildung im wesentlichen eine genetische gewesen, und Emotionen hätten, außer in ihrer Verursachung der Verminderung geistiger Energie keine vorrangige Rolle in der Symptombildung gespielt. Entscheidender ätiologischer Faktor sei in Janets Konzept die dissoziierte *Idee*, die Erklärung also vor allem auf den kognitiven Aspekt der geistigen Prozesse ausgerichtet: auf die *formale* Übereinstimmung von dissoziierten Ideen und Symptomen.<sup>63</sup>

Freud und Breuer sei vorbehalten geblieben, den Affekt als entscheidendes Moment einzuführen. Weshalb die Dissoziation stattfinde, sei zunächst unerklärt geblieben. Die anschließende Darstellung des Modells vom psychischen Konflikt – bestimmte Ideen, Phantasien, Erinnerungen, Impulse und Gefühle seien für das Selbst derart inakzeptabel, angsterregend, traurig machend, schmerzhaft oder ekelhaft, daß sie mit Gewalt aus dem Bewußtsein ausgeschlossen werden – beschließt Nemiah mit dem Bescheid, sie wären also ‚abgespalten‘ vom Bewußtsein oder ‚dissoziiert‘ und produzierten Ich-fremde Symptome.<sup>64</sup>

Hier finden sich einige Ideen, die in der nachfolgenden Diskussion (zeitlich wie innerhalb dieser Arbeit) immer wieder aufgenommen werden<sup>65</sup>: Die wesentliche Grundlage der Symptombildung sei für Janet eine genetische, Emotionen spielten nur eine Nebenrolle und seien kein wesentlicher Faktor, Dissoziation sei als Dissoziation von *Ideen* zu verstehen.<sup>66</sup> Zudem ist in einer eigenartigen Kombination von Verdrängung und Dissoziation die Figur entstanden, unbewußte innere Konflikte würden *aktiv* dissoziiert und *dadurch* unbewußt, dem Bewußtsein unzugänglich. Das Konzept der Verengung des Bewußtseinsfeldes als zentrale Grundlage der Dissoziation und seine Grundlage, die *vehemente Emotion* angesichts eines Ereignisses, das nicht durch Handeln integriert werden kann, bleibt unbenannt.

---

62 **Nemiah** 1984, 50: „In this clinical account ... one finds observations and a psychological conception of symptom formation of considerable sophistication.“

63 **Nemiah** 1984, 51 und 52: „For Janet the answer was basically a genetical one.“ Und „It should be noted that for Janet, except insofar as they might lead to a diminution of mental energy, emotions were not a primary element in the psychogenesis of symptoms. The essential etiological factor was the dissociated idea ... His explanation was focused primarily on the cognitive aspect of mental processes (i.e. on the formal congruence of dissociated ideas and symptoms). Emotions played only a small role in his theoretical explanation of symptom formation.“

64 **Nemiah** 1984, 54: „Certain ideas, fantasies, memories, impulses, and feelings are so unacceptable to the self, so frightening, saddening, painful, or disgusting that they are forcefully excluded from conscious awareness. Though thus rendered unconscious and beyond voluntary recall (i.e. ‚split-off‘ from consciousness or ‚dissociated‘), they are nonetheless capable ... of producing derivative, ego-alien symptoms.“

65 Vgl. z.B. Kap. 6.2.

66 Vgl. z.B. **Braun** 1993.

1988, in einer ausführlichen Beschreibung der historischen Grundlagen und (aktuellen) Kategorien der klinischen Störungsbilder *somatoforme Störungen* und *dissoziative Störungen*<sup>67</sup> spielt der Dissoziationsmechanismus in beiden klinischen Störungen für Nemiah „die wichtigste Rolle“.<sup>68</sup> Janet wird als derjenige benannt, der das Konzept eingeführt habe, und Nemiah beschreibt die Aufteilung zwischen körperlicher und kognitiver Symptomatik im DSM. Als Grundlage der Dissoziation bei Janet wird weiterhin die erbliche Veranlagung beschrieben:

Janet „führte das Konzept der Dissoziation ein, wonach bestimmte Verknüpfungen von Vorstellungen sich der bewußten Aufmerksamkeit und dem Willen des Betroffenen entziehen, aber fortfahren, die sensorischen und motorischen Phänomene zu verursachen, die dann als Symptome der Hysterie erscheinen.

Bis hierher war Janets Theorie der Symptombildung völlig psychisch orientiert. Erst als er versuchte, den eigentlichen Dissoziationsprozeß zu erklären, griff er auf somatische Konzepte zurück. ... Die Verringerung der psychischen Energie ist laut Janet (1907) auf eine hereditäre Degeneration des Nervensystems zurückzuführen.“<sup>69</sup>

Freuds Konzept hingegen bleiben weiterhin die Emotionen vorbehalten, er sei davon ausgegangen, daß aufgrund der moralischen und ethischen Unannehmbarkeit der Affekte diese „regelrecht aktiv vom Bewußtsein abgespalten (würden), damit ihm die schmerzhafteste Erkenntnis der eigenen negativen Neigungen erspart bliebe.“<sup>70</sup>

Völlig neu gegenüber den Vorjahren sind Nemiahs Überlegungen zur Einschätzung des Mechanismus *hinter* den diagnostischen Kategorien, in der eigentlichen *Symptombildung*: Man solle sich fragen, ob Konversion tatsächlich ein *geheimnisvoller Sprung vom Psychischen ins Physische* sei (Freud), der ausschließlich für die Konversion charakteristisch ist, „ob er tatsächlich geheimnisvoller oder andersartiger ist als jede beliebige Umsetzung von Vorstellungen in willkürliche motorische Bewegungen“.<sup>71</sup>

„(D)er Unterschied liegt vielmehr darin, daß der Prozeß ... in einer Art dissoziiertem Zustand außerhalb des Bewußtseins stattfindet“, das sei eine Äußerung des „Rätsels der Verknüpfung des psychischen Phänomens des Willens mit damit verbundenen Körperbewegungen“.

„Möglicherweise ist die Dissoziation der Grundmechanismus, der sich hinter allen klinischen Phänomenen verbirgt, die man heute als Konversionssyndrom oder als dissoziative Störungen bezeichnet, die eigentlich aber nur Manifestationen des

---

67 **Nemiah** 1988 a und b; Man bemerke, daß die folgenden Ausführungen alle aus dem – im Buch an erster Stelle angeordneten – Kapitel über die *Somatoformen Störungen* entnommen sind!

68 **Nemiah** 1988 a, 66.

69 **Nemiah** 1988 a, 67.

70 **Nemiah** 1988 a, 68.

71 Alle drei Zitate aus **Nemiah** 1988 a, 72.

gleichen Grundprozesses sind. Der Dissoziationsprozeß selbst führt zu klinischen Symptomen wie Amnesie; die Wirkung der dissoziierten psychischen Inhalte zeigt sich in somatischen Prozessen, die von hochkomplizierten Verhaltensmustern – wie bei der multiplen Persönlichkeit – bis zu fragmentierten, symbolischen, partiellen Repräsentationen der dissoziierten Inhalte reicht, z.B. den motorischen Phänomenen, die man inzwischen auf den Konversionsprozeß zurückführt.“<sup>72</sup>

In diesen Zeilen klingen die Ausgangsüberlegungen Janets bei der Konfrontation mit den Arbeiten Chevreuils über die unterbewußt beeinflussten Pendelbewegungen an<sup>73</sup>, die Überlegungen der Psychopathologen der Jahrhundertwende nach einer Beeinflussung durch die Forschungen und Therapien an und mit Hypnose, die in den USA in den letzten zwanzig Jahren verstärkt wiederaufgenommen wurden. Die Konzeption des *einen* Bewußtseins aber ist nicht in Frage gestellt.

Nemiah stellt hier mittlerweile das Modell der Konversion in Frage und das der Dissoziation in den Mittelpunkt: sie sei möglicherweise der Grundmechanismus der verschiedenen Symptomgruppen dessen, was vormals als Hysterie gefaßt wurde. Erst bei genauerer Betrachtung wird der Eindruck, es handle sich bei dieser Einschätzung um eine vollkommene Übereinstimmung mit dem Janetschen Modell, relativiert: der Dissoziationsmechanismus, so wie Nemiah ihn versteht, ist nahezu aller Kriterien entblößt, die Janet für ihn veranschlagt hatte:

Wo Janet ein externes Ereignis – in Zusammenhang mit vielen anderen, und so auch: erblichen Faktoren – für eine Verengung des Bewußtseinsfeldes verantwortlich gemacht hatte, steht die ererbte Degeneration des Nervensystems. Die abgespaltenen Inhalte sind bei Nemiah nicht Erfahrungen, die nicht integriert werden konnten, sondern – mit Freud – moralisch und ethisch unannehmbare Affekte. Der Grund der Dissoziation ist hier nicht die Handlungsunfähigkeit angesichts eines unerträglichen Ereignisses, an seiner Stelle steht der Zweck, dem Bewußtsein „die schmerzhafteste Erkenntnis der eigenen negativen Neigungen“ (s.o.) zu ersparen. Das Abgetrennte ist nur mehr die Verknüpfung von Gedanke und Körperbewegung – außerhalb des Bewußtseins, das für Janet unauflösbar mit beidem verbunden war. Dieses ‚Außerhalb‘ selbst heißt hier unbewußt, nicht: potentiell in einem anderen Bewußtsein.

Die Konzeption des Dissoziationsmodells durch Nemiah ist die eines seiner Ursachen, Auswirkungen und Zusammenhänge beraubten psychischen Mechanismus, der sich als ein neuer *Abwehrmechanismus* scheinbar problemlos in den psychoanalytischen Denkstil einpaßt. Mit ihm wird der rätselhafte Sprung vom Psychischen ins Physische erklärbar – mit dem Janetschen Modell hat er nicht einmal soviel gemein wie die ursprüngliche Konzeption von Breuer und Freud: Sie waren noch von einem zweiten Bewußtsein ausgegangen. Die Entwicklung unterschiedlicher Bewußtseinszustände zu neuen *Wahrnehmungszentren* kann nicht be-

---

72 **Nemiah** 1988 a, 72.

73 Vgl. Kap. 4.1.

schrieben werden, weil ein anderes Bewußtsein mit diesem Denkstil nicht vereinbar ist.<sup>74</sup>

## 6.2 Die Diskussion des Mechanismus Dissoziation und ein Modell: Dissoziation als Autohypnose

„Grundlage und Bedingung der Hysterie ist die Existenz von hypnoiden Zuständen. Diese hypnoiden Zustände stimmen, bei aller Verschiedenheit, untereinander und mit der Hypnose in dem einen Punkte überein, daß die in ihnen auftauchenden Vorstellungen sehr intensiv, aber von dem Assoziativverkehre mit dem übrigen Bewußtsein abgesperrt sind. ... Bestehen solche hypnoiden Zustände schon vor der manifesten Erkrankung, so geben sie den Boden ab, auf welchem der Affekt die pathogene Erinnerung mit ihren somatischen Folgeerscheinungen ansiedelt. ...

Wir wissen nichts Neues darüber zu sagen, worin die disponierenden hypnoiden Zustände begründet sind. Sie entwickeln sich oft, sollten wir meinen, aus den auch bei Gesunden so häufigen ‚Tagträumen‘, zu dem z. B. die weiblichen Handarbeiten soviel Anlaß bieten. Die Frage, weshalb die ‚pathologischen Assoziationen‘, die sich in solchen Zuständen bilden, so feste sind und die somatischen Vorgänge so viel stärker beeinflussen, als wir es sonst von Vorstellungen gewohnt sind, fällt zusammen mit dem Probleme der Wirksamkeit hypnotischer Suggestionen überhaupt.“ (Breuer/Freud 1895)<sup>75</sup>

Der Ansatz, Dissoziation als Autohypnose zu betrachten, ist einer der ältesten, einflußreichsten und inzwischen auch umstrittensten der neueren Theorien zur Dissoziation. Wie in der Hypnoseforschung selbst finden die Untersuchungen aus den unterschiedlichsten Ansätzen heraus und mit den verschiedensten Methoden statt: Neuropsychologie der Hypnose, epidemiologische Forschungen zu Hypnotisierbarkeit, Informationsverarbeitungsmodelle und klinische Studien stehen nebeneinander. Am Beispiel dieses Ansatzes will ich versuchen, einen Überblick über die Bandbreite der Diskussion und der Definitionen von Dissoziation in einem Teilbereich der Forschungen zu geben.

Der Ansatz zur Untersuchung der Beziehung zwischen Hypnose und Dissoziation entspringt in den neuen Forschungen zwei verschiedenen Quellen: Die KlinikerInnen, die in den frühen achtziger Jahren Menschen mit schweren dissoziativen Störungen behandelten, führten extreme Ausformungen der Dissoziation (zum Beispiel in der *Multiplen Persönlichkeitsstörung*) darauf zurück, daß durch wiederholte frühe Traumata Dissoziation zum Mechanismus nicht nur der Verarbeitung der Traumata selbst, sondern auch als genereller Copingmechanismus zum Einsatz kommt und eine Integration der Erfahrungen frühzeitig in verschiedene

---

74 Die weiter oben erwähnte Neuerscheinung von Nemiah, geplant für Herbst dieses Jahres, war mir leider noch nicht zugänglich.

75 **Breuer//Freud** 1895, 36.

*Wahrnehmungszentren*<sup>76</sup> stattgefunden hat.<sup>77</sup> Da die Gruppe der MPD-PatientInnen zudem hoch hypnotisierbar war und Hypnotherapie gute Erfolge in der Behandlung erzielte, schien Hypnotisierbarkeit als Indikator für dissoziative Erlebnisse erfolgversprechend.<sup>78</sup>

Eine andere Verbindung hatte Hilgard mit seiner Neodissoziationstheorie geschaffen: Die Parallelen in den Phänomenen der Absorption, Amnesie, Automatisierung von Verhalten, Depersonalisationserfahrungen und kognitiver Inkonsistenz (Trancelogik) führten ihn dazu, das Dissoziationsmodell mit Hilfe der Hypnose zu veranschaulichen.<sup>79</sup>

So wurden aus folgenden Gründen Zusammenhänge zwischen beiden Kategorien vermutet<sup>80</sup>:

- *Ähnlichkeiten im Erscheinungsbild*: Pathologische Symptome wie Halluzinationen, Anästhesie, Amnesien, Depersonalisation, Wut- und Angstausschübe, Impulsivität und automatisches Schreiben können unter Laborbedingungen bei Menschen ausgelöst werden, die diese Symptome sonst nicht zeigen oder kennen.
- *Hypnose ist erfolgreiche Behandlungsmethode dissoziativer Störungen*: Nach zweihundert Jahren erfolgreicher Behandlung mit Hypnose lag die Vermutung nahe, daß die Methode, die so ähnliche Erscheinungen hervorrufen konnte und hilfreich gegen pathologische war, irgendeine Art von Verbindung zum klinischen Bild der Dissoziation haben müsse.
- *Ähnlichkeiten in den Aussagen über subjektive Erfahrungen*: Beschreibungen wie: „Alles passiert automatisch“, „ich hatte damit nichts zu tun“, „die Zeit stand still“ sind in den Beschreibungen hypnotisierter Personen ebenso zu finden wie bei denen mit dissoziativen Erlebnissen (und bilden Einheiten der Untersuchungsskalen, aus denen diese Zitate entnommen sind.)<sup>81</sup> Die Theorie, die sich aus diesen Überschneidungen entwickelte, war die Annahme, spontane autohypnotische Episoden seien die Grundlage der pathologischen Entwicklung.<sup>82</sup>
- *Vermutung einer gemeinsamen Ätiologie in traumatischen Erfahrungen*: Aufgrund der Parallele zwischen Aussagen über Traumatisierungen in der Kindheit bei stark dissoziierenden PatientInnen und deren Hypnotisierbarkeit war man

---

76 **Braude** 1991.

77 **Whalen/Nash** 1996, 194; vgl. Kap. 6.3.

78 Und für Forschungen relevant: Jede Möglichkeit, die Skepsis gegenüber dem Störungsbild durch fundierte Forschungen auf breitester Ebene zu mindern, wurde wahrgenommen; vgl. **Putnam, Ross, Kluft**, alle 1989.

79 **Hilgard** 1977.

80 **Whalen/Nash** 1996, 191 f.

81 Der erste standardisierte Test zur Ermittlung der Hypnotisierbarkeit (durch hypnotische Suggestionen) wurde 1950 von Hilgard ausgearbeitet: Die *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale Form A,B und C*; nach **Whalen/Nash** 1996, 195.

82 Vgl. **Breuer/Freud** 1893, 1895; aber auch **Janet** 1893.

zu der Annahme gelangt, beide Faktoren seien auf die Traumatisierung zurückzuführen.<sup>83</sup>

**Butler et al.** fassen 1996 in der Festschrift für J.C. **Nemiah** die Resultate des Forschungsansatzes zusammen, der die Dissoziation als autohypnotischen Vorgang beschreibt.<sup>84</sup> Heute bildet er einen der wesentlichen Forschungsschwerpunkte im nicht ausschließlich klinischen Bereich. Die Ergebnisse des aktuellsten Arbeitsauftrages: „Finden Sie heraus, wie Hypnose Warzen heilt!“<sup>85</sup> liegen noch nicht vor. Es ist ein Programm der *MacArthur Foundation* mit der Aufgabenstellung, den Zusammenhang zwischen Dissoziation, Hypnose und somatischen Phänomenen herauszuarbeiten.<sup>86</sup>

Nach Hilgard (1977) und Kihlstrom (1984) unterscheiden Butler et al. das *Bewußtsein* als wesentlich durch *Wahrnehmung* und *willentliche Beeinflußbarkeit* erlebt und bestimmt.

*Dissoziation* wird definiert als:<sup>87</sup>

eine strukturierte Trennung von *geistigen Prozessen* (z.B. Wahrnehmung, Wille, Gefühle, Erinnerungen und Identität), die normalerweise in eine bewußte Wahrnehmung integriert und von ihr erreichbar sind. Die Erfahrung der Dissoziation kann je nach betroffener Ebene unterschiedlichste Formen annehmen.<sup>88</sup>

*Hypnose* ist definiert durch<sup>89</sup>

- kontrollierte und strukturierte Dissoziation
- Absorption, die als Zustand fokussierter Aufmerksamkeit mit Suspendierung der Wahrnehmung in Randbereichen beschrieben wird.<sup>90</sup> Absorption beschreibt die Beschäftigung mit einer einzigen Dimension der Erfahrung. Diese Einengung der Aufmerksamkeit hat den Ausschluß anderer Erfahrungen zur Folge.<sup>91</sup>

---

83 Vgl. **Ross** 1989, **Putnam** 1989 b.

84 **Butler et al.** 1996, 43: „Dissociation may be understood as an autohypnotic phenomenon.“ Der Artikel behandelt zwar zentral die Frage nach der Parallelität der genannten Prozesse, geht aber darüberhinaus auf Forschungsergebnisse aus verschiedenen Bereichen ein und wird hier sehr verkürzt wiedergegeben.

85 **Spiegel** 1994, x: „The problem posed to us by board member and Nobel Prize-winning physicist Murray Gell-Mann was, ‚Figure out how hypnosis cures warts.‘“

86 Ein Zwischenergebnis ist *Dissociation, Culture, Mind and Body*, eine Sammlung der Vorträge einer Konferenz, die zur Annäherung an das Thema abgehalten wurde und unterschiedlichste Richtungen der Forschung vereint. (**Spiegel** 1994)

87 Auch im folgenden, wo nicht genauer bestimmt: **Butler et al.** 1996, 43 ff.

88 **Butler et al.** 1996, 43: „Dissociation can be described as a structured separation of mental processes (e.g. perceptions, conation, emotions, memories, and identity) that are ordinarily integrated in and accessible to conscious awareness. The experience of dissociation may take many forms depending on the psychological domains that are affected.“

89 Vgl. auch **Spiegel** 1989, 321 und Kap. 5.3.

90 Vgl. auch **Cardena** 1994.

91 **Butler et al.** 1996, 43: „... narrowing of attention results in the exclusion of other

- Suggestibilität wird als die „erhöhte Reaktionsbereitschaft auf soziale Reize“<sup>92</sup> bezeichnet; sie könne aber auch das Ergebnis der Absorption sein, die durch die mangelnde Möglichkeit des Vergleichs mit anderen Daten/Informationen die Kritikfähigkeit gegenüber Umständen und agierenden Personen herabsetze.<sup>93</sup> Der Wille selbst sei unter Hypnose nicht genommen, nur die Fähigkeit, danach zu handeln, extrem herabgesetzt.<sup>94</sup>

Die zentrale These des Ansatzes von Butler, Coopman, Spiegel et al. lautet: *Pathologische Dissoziation ist das Resultat einer Wechselbeziehung zwischen angeborener Hypnotisierbarkeit und einer traumatischen Erfahrungen.*<sup>95</sup>

Zu diesem Zweck wird *kontrollierte Dissoziation* unter hypnotischen Bedingungen auf vier Ebenen mit *pathologischer Dissoziation* verglichen: den Ebenen der Kontrolle und der willentlichen Beeinflußbarkeit der Ebenen von Verhalten, den Ebenen des Gefühls und der Wahrnehmung sowie der Erinnerung und Identität.

Zu den wichtigsten Argumenten des dargestellten Ansatzes werde ich im folgenden verschiedene Gegenstimmen anführen, um die Komplexität der Diskussion um die Konzeptualisierung der Dissoziation am Beispiel der Hypnose/Autohypnose-Debatte anzureißen. Sie wird hier stellvertretend für viele andere Diskussionen, als eine zwar zentrale, sicher aber nicht die einzig wichtige behandelt.

Die *Resultate*, die nach Meinung der AutorInnen ihre These stützen, sind<sup>96</sup>:

1) *Die Hypnose kann das volle Spektrum dissoziativer Symptome in Wahrnehmung und willentlicher Kontrolle produzieren. Es gibt stichhaltige Beweise für die Übereinstimmung der Phänomene unter den kontrollierten Bedingungen der Hypnose und unkontrollierten, pathologischen Bedingungen*

Die Ergebnisse von **Woody** und **Bowers** (1994) deuten dagegen auf Unterstützung für eine andere sehr alte Position hin: Die Hypnose erzeugt keine den dissoziativen oder hysterischen Störungen ähnlichen Symptome, sondern ‚entdeckt‘ nur hinter dem Wachbewußtsein Liegendes. Woody und Bowers erklären, der momentane Forschungsstand deute darauf hin, daß in der Hypnose nichts eigent-

experience.“ Die AutorInnen vergleichen an dieser Stelle ihre Ausführung mit Janets Verengung des Bewußtseinsfeldes.

92 **Butler et al.** 1996, 43: „increased responsiveness to social cues“; nach **Orne** a.a.O.

93 **Hilgard** hatte den Zusammenhang zwischen Erinnerung und veränderter Kritikfähigkeit in 1977, 227, beschrieben: „If the memory context recedes, criticism also recedes.“

94 Vgl. aber auch die Diskussion der Willensfreiheit in Kap. 5.3; unklar erscheint mir an dieser Stelle, ob davon geredet werden kann, daß das Subjekt nicht nach seinem Willen handeln könne, wenn es vorher willentlich diese Möglichkeit ausgeschlossen hat.

95 **Butler et al.** 1996, 42: „... propose a diathesis-stress model to describe how pathological dissociation may arise from an interaction between innate hypnotizability and traumatic experiences.“

96 **Butler et al.** 1996, 60.



lich Neues demonstriert, sondern nur schon Erlerntes dargestellt werden könne. Wenn (nach Hilgard und dem von Kihlstrom weiterentwickelten Informationsverarbeitungsmodell<sup>97</sup>) eine höhere Kontrollfunktion ausgeschaltet wird, könne man nur davon ausgehen, daß die Persönlichkeitsintegration gelockert werde, nicht davon, daß eine zweite Persönlichkeit entstehe. Das hieße aber auch, daß möglicherweise schon vorher zwei Kontrollsysteme parallel vorlagen, von denen eines die Kontrolle abgibt, die das andere übernimmt.<sup>98</sup>

Wo die Theorie von Butler et al. annimmt, Dissoziation sei als autohypnotischer Prozeß zu verstehen, da Hypnose, eine künstliche Bedingung, die dissoziativen Phänomene produzieren könne, legt die Position von Woody und Bowers eine andere Folgerung nahe: Nicht die dissoziativen Zustände (Hypnose oder Autohypnose) produzieren die Symptome, sondern Hypnose ist (ebenso wie Autohypnose) eine Bedingung, unter der (zuvor) dissoziierte Zustände zugänglich werden. In dem einen Modell kann Hypnose also als Entstehungsbedingung, im anderen als Zugangsmöglichkeit (zu) dissoziativer Symptomatik begriffen werden.

### ***2) Auch in den Phänomenen der dissoziativen Pathologie sind Dissoziation, Absorption und Suggestibilität zu beobachten***

**Ross** moniert schon 1989, das Autohypnosemodell sei grundlegend tautologisch, d.h. die Argumentation drehe sich quasi im Kreis und entspreche folgender Struktur:<sup>99</sup> Die PatientInnen sind a) leicht hypnotisierbar und zeigen b) hypnotische Phänomene auch ohne Hypnose. Daraus folgt, daß c) alle Phänomene autohypnotisch sind, woraus wiederum geschlossen wird, daß d) die Ätiologie autohypnotisch sein muß. Dieses Modell entspreche einer in der Psychopathologie häufig verwendeten Figur, meint Ross, nämlich der, die Ätiologie aus den Phänomenen zu bestimmen. Entsprechend gälte die Feststellung, daß Lungenentzündung durch Fieber hervorgerufen werde.

Ross läßt unentschieden, ob Kinder mit späterer dissoziativer Symptomatik wie DID mit erhöhter Hypnosefähigkeit zur Welt gekommen sind, oder ob die Hypnotisierbarkeit durch die Lebensumstände verstärkt werde. Wahrscheinlich sei eine je individuell unterschiedliche Kombination der Bedingungen.

### ***3) Immer zahlreichere Untersuchungen ergeben, daß bei allen Gruppen mit dissoziativer Symptombildung auch hohe Werte in Hypnotisierbarkeit gemessen werden***

Im Gegensatz zu den Angaben bei Butler et al., aber auch den Aussagen von Spitzer et al. (1996) und **Frischholz et al.** (1992)<sup>100</sup> ist Hypnotisierbarkeit nach **Whalen/Nash**<sup>101</sup> in der Gesamtbevölkerung bis zu einem gewissen Grad der Tiefe der Hypnose normalverteilt, relativ unabhängig von der benutzten Technik, dem

97 **Hilgard** 1977; **Kihlstrom** 1984; vgl. auch **Kihlstrom** 1994.

98 **Woody/Bowers** 1994, 74 f.

99 **Ross** 1989, 65; auch im folgenden.

100 Vgl. auch **Pekala et al** 1995.

101 **Whalen/Nash** 1996, 195; vgl. auch **Peter** 1992 und Kap. 5.3.

Hypnotiseur und den Untersuchungsbedingungen.<sup>102</sup> Sie verändert sich über die Zeit hinweg (Längsschnittstudien) kaum. Kinder sind ab dem Alter von vier Jahren hypnotisierbar; die Hypnotisierbarkeit nimmt bis in die frühe Adoleszenz zu, danach sinkt sie eventuell leicht wieder ab oder hält das Niveau.

**4) *Der weitverbreitete und erfolgreiche Einsatz von hypnotherapeutischen Techniken unterstützt die Annahme, daß in Hypnose und Dissoziation dieselben Prozesse wirksam sind***

Hypnotische Verfahren können einen kontrollierten Zugang zu den traumatischen Erinnerungen vermitteln. Dieser vermittelte und vermittelnde Zugang gibt den PatientInnen ein Gefühl der Kontrolle über die anderweitig nur unvermittelt und überwältigend auftauchenden Erinnerungen und kann so den Integrationsprozeß erleichtern. Es gebe aber, so Whalen und Nash weiter, außer zwei Studien von Putnam und Ross, die zu dem Resultat kamen, Hypnose sei nicht sinnvoller als andere Therapietechniken, keine Studien über die Wirkung von Hypnose als Therapiemethode bei dissoziativen Störungen.<sup>103</sup>

Nemiah habe festgestellt, schließen Butler et al. ihre Betrachtungen zu Dissoziation als Autohypnose, daß hysterische PatientInnen eine übersteigerte, vielleicht angeborene Tendenz zur geistigen Dissoziation besitzen, die sie für schmerzliche Ereignisse mit einem fertigen Abwehrmechanismus ausrüstet. Dies stelle eine Veranlagung zur Dissoziation dar.<sup>104</sup> Weder Streß noch Veranlagung allein seien hinreichend, um pathologische Dissoziation auszulösen. Die AutorInnen schließen die Relevanz anderer Faktoren in der Entstehung der dissoziativen Symptomatik nicht aus (z.B. die Vier Faktoren von Kluft)<sup>105</sup>, die Wechselwirkung von Hypnotisierbarkeit und traumatischer Erfahrung ist ihrem Vorschlag zufolge aber notwendige und manchmal hinreichende Bedingung des Entstehens dieser Psychopathologie.<sup>106</sup>

Dissoziation ist in dieser Ausformung des Modells also nicht nur mit Hypnotisierbarkeit parallelisiert, sondern erfüllt weitere Kriterien:

**5) *Dissoziation/Hypnotisierbarkeit ist auf geistige Prozesse beschränkt***

Wie ich in den letzten beiden Kapiteln dargestellt habe, hat sich diese Konzeptualisierung v.a. durch Hilgard und im weiteren Nemiah in weiten Teilen der Dis-

102 Vgl. auch **Peter** 1992.

103 **Whalen/Nash** 1996, 201.

104 **Butler et al.** 1996, 60: „Nemiah has stated that hysterical patients ‚have an exaggerated, perhaps inborn, tendency towards mental dissociation that provides them with a ready-made mechanism of defense for dealing with emotionally painful events‘ and that this represents a ‚diathesis for dissociation‘.“ Mit Verweis auf **Nemiah** 1997, 1033, a.a.O. (im Druck).

105 Vgl. Kap. 6.3.

106 **Butler et al.** 1996, 60: „Rather, we are proposing that the interaction of hypnotizability and traumatic experience is, in most cases, a necessary and sometimes sufficient condition for such psychopathology.“

soziationsforschung durchgesetzt und spiegelt sich auch in der diagnostischen Einteilung der DSM-III bis -IV.

Ross (1994) versucht den Zusammenhang zwischen den dissoziativen Phänomenen, die zwischen Konversions- und dissoziativen Störungen aufgeteilt wurden<sup>107</sup>, wiederherzustellen.<sup>108</sup> PatientInnen mit dissoziativen Störungen zeigten eine weite Palette an körperlichen Symptomen<sup>109</sup>, in diesem Bereich sei bislang aber nur sehr wenig systematische Forschung geleistet worden. So schlägt er z.B. vor, Forschungen zu den Zusammenhängen zwischen Traumatisierung, körperlichen Erkrankungen und dissoziativen Störungen aufzunehmen oder das Phänomen zu untersuchen, wie bei manchen Personen mit *Dissoziativer Identitätsstörung* bei einem Wechsel einer Persönlichkeit zur anderen spontan z.B. Wunden verheilen, um die dissoziative Kapazität als positiven Faktor für andere Heilungsprozesse nutzen zu können. Auch in einer interdisziplinären ForscherInnengruppe um Bessel van der Kolk und Judith Herman scheint sich über die Beschäftigung mit den unterschiedlichen Symptombildern bei Menschen mit PTSD-Symptomatik eine Wiederannäherung an einen integrierten Ansatz abzuzeichnen; van der Kolk und MitarbeiterInnen geben 1996 an, dissoziative, somatoforme und Affektstörungen bei der von ihnen untersuchten Klientel bildeten die komplexen Auswirkungen psychologischer Traumata auf somatischer, kognitiver, Gefühls- und Verhaltensebene ab, vor allem die jener Traumata, die im frühen Lebensalter erlitten würden. Hier liege nicht Komorbidität vor, sondern die komplexe Anpassung an traumatische Lebenserfahrungen.<sup>110</sup> In der Erörterung des Janetschen Modells wird aber nicht einmal in diesem Artikel Bezug auf ein Bewußtseinsmodell genommen, das die verschiedenen angesprochenen Ebenen als zusammengehörig betrachtet.<sup>111</sup>

**6) *Der implizierte Begriff von Bewußtsein beinhaltet eine Trennung in bewußt und unbewußt; die dissoziative und hypnotische Symptomatik wird als Präsentation unbewußter Prozesse verstanden***

Der im Modell verwendete Hypnose/Autohypnosebegriff bezieht sich auf ein implizites *Verständnis von Bewußtsein als Einheit*, die getrennt vom Unbewußten ist, nicht auf ein Modell verschiedener unter- und übergeordneter Kontrollsysteme, fixer Ideen etc. Daraus folgt eine gegenüber dem Janetschen Modell verän-

---

107 Vgl. Kap. 2.2.1.

108 Ross 1994, 171 ff.

109 Vgl. z.B. auch Loewenstein 1993.

110 van der Kolk et al. 1996: „However, we propose that in patients with histories of trauma, the array of psychiatric symptoms captured in PTSD, dissociation, somatization and problems with regulation of affective states are not likely to constitute separate ‚double diagnoses‘ but represent the complex somatic, cognitive, affective, and behavioral effects of psychological trauma, particularly trauma that occurs early in the life-cycle. The concept of comorbidity does not capture the complexity of adaptations to traumatic life experiences; complex biological and psychodynamic relations cannot be captured in a simple list of symptoms, even though it is possible to discriminate meaningfully between various symptom clusters.“

111 Ibid., 84.

derte Konzeption der Vorgänge. Die Beschreibungen beziehen sich auf ein einzelnes, als Gesamtheit gedachtes Bewußtsein, ganz im Gegensatz zu Janet, der Suggestion als Akt verstand, sich an das *Unterbewußte* zu richten. Um suggestive Effekte zu erreichen, müsse das persönliche Bewußtsein zuerst zurückgedrängt werden. Bei hysterischen PatientInnen sei es gewöhnlich wegen ihres verengten Bewußtseinsfeldes nicht schwierig, sie *abzulenken*, um das Unterbewußte ansprechen zu können. Statt auf *Konzentration* beharrt Janet folglich auf *distraction*, Ablenkung. Auch Bowers spricht von einer mehr oder weniger direkten Aktivierung von Subsystemen unter Hypnose.<sup>112</sup>

**7) Dissoziation/Hypnotisierbarkeit ist eine möglicherweise angeborene Veranlagung und besondere Form der Reaktion hysterischer PatientInnen**

**Ludwig**<sup>113</sup> versteht Dissoziation als grundlegenden Mechanismus in der Hypnose und einer Reihe von Phänomenen wie Hysterie, MPD, Besessenheiten und *Highway-Hypnose*.<sup>114</sup> Mit **West**<sup>115</sup> definiert er Dissoziation als psycho-physiologischen Mechanismus, mittels dessen jede Art von Information aktiv von der Integration mit den üblichen oder erwarteten Assoziationen abgehalten wird, was bedeutende Veränderungen im Denken, Fühlen oder Handeln der Person bewirkt. Ludwig vergleicht diesen Vorgang mit dem Totstellreflex bzw. panischen Reaktionen von Tieren in lebensbedrohlichen Situationen.

Die meisten KlinikerInnen, so Ross, betrachten Dissoziation als Kontinuum, das sich von der normalen Dissoziation (z.B. Tagträume oder Versunkenheit in ein Buch) neben pathologischeren Formen (z.B. der *Highway-Hypnose*) über leichte dissoziative Störungen (z.B. Amnesien) bis hin zur *Dissoziativen Identitätsstörung* erstreckt<sup>116</sup>, also als normalen Mechanismus mit – im Falle von traumati-

---

112 **Bowers** 1994, 34: „Dissociated control of experience and action occurs when relatively lower-level subsystems of control are more or less directly activated by hypnotic suggestion.“

113 **Ludwig** 1983, 93.

114 Eine im US-Amerikanischen immer häufiger beschriebene Freizeitbeschäftigung mit Suchtcharakter: Man setzt sich in's Auto und fährt stundenlang vor sich hin ...; vgl. aber schon **Bradbury** 1953.

115 **West** 1967, 890, a.a.O., nach **Ludwig** 1983 f.: „Dissociation is defined as ‚a psycho-physiological process whereby information – incoming, stored, or outgoing – is actively deflected from integration with its usual or expected associations ... (This) produces a discernible alteration in a person's thoughts, feelings, or actions, so that for a period of time certain information is not associated or integrated with other information as it normally or logically would be. Such an experience may or may not be considered psychopathological.“ Vgl. auch **Putnam** 1989 b, 6.

116 **Ross** 1996, 12: „The idea that the dissociative disorders lie on a continuum of increasing complexity, chronicity, and severity related to more extreme trauma was initially proposed by Ross (1985) and Braun (1986); but this conceptualization is general to the field and was likely arrived at independently by a large number of clinicians working with the dissociative disorders. At the left-hand of the continuum is normal dissociation, as represented by day-dreaming, trancing out for a few blocks while driving a car, absorption in a book or movie, and normal childhood imagina-

schem Erleben – möglicherweise pathologischer Ausprägung.<sup>117</sup> Putnam beschreibt die Entwicklung von Dissoziationsfähigkeit als einen Begleitprozeß der normalen Phantasie- und Vorstellungstätigkeit des Kindes.<sup>118</sup>

**Ray**<sup>119</sup> wertet unterschiedliche Befragungen zu dissoziativen Erlebnissen aus und kommt zu dem Schluß, daß fast alle Menschen dissoziative Erfahrungen hatten und haben. Seine Sichtweise der Dissoziation als ein Mechanismus, der dem Organismus durch die Geburt und die Trennung aus der Synthese mit der Mutter eingeprägt ist, mag zwar weiter gehen als die Überlegungen anderer Theoretiker wie Bernstein, Putnam, Spiegel, Ross und Braun, trifft aber im Kern die selbe Grundannahme: *Der Mensch integriert seine verschiedenen (Bewußtseins)zustände durch eine zunehmende Verknüpfung der verschiedenen Erfahrungen miteinander. Dissoziation im Trauma wird als Einbruch in diese Synthese verstanden.*

Dieser Ansatz weicht von Janets Modell insofern ab, als er Dissoziation als normale psychische Fähigkeit begreift, wohingegen Janet Dissoziation nur im pathologischen Zusammenhang beschrieben hatte. Pathologie und Normalität waren für ihn aber nur graduell zu unterscheiden, eine unterschiedliche Grundlage hat er – im Gegensatz zu manchen Rezeptionen seiner Theorie – nie postuliert. Der angeführte Ansatz kann somit als Ausweitung des Janetschen Modells auf seine entwicklungspsychologischen Implikationen verstanden werden.<sup>120</sup>

#### 8) *Pathologische Dissoziation entsteht durch das Zusammentreffen von Dissoziation/Hypnotisierbarkeit mit einem traumatischen Ereignis*

Nemiah hatte als Charakteristikum (und Unterscheidungskriterium) der von ihm als pathologisch verstandenen Dissoziation die Störung von Identität und Erinnerung bezeichnet.<sup>121</sup> Nach Loewenstein und Ross induzieren traumatische Erfahrungen einen veränderten Bewußtseinszustand, in dem mit dem Trauma verbundene Erinnerungen und Gefühle enkodiert werden. Wenn die Person wieder den Ausgangs(bewußtseins)zustand erreicht, liegt oft psychogene Amnesie für diese Ereignisse vor. Dissoziierte Erinnerungen und Affekte zeigen sich in nicht-verbaler Form: in Alpträumen, Reinszenierungen, sich aufdrängenden Bildern und

---

tive play. Next come more pathological forms of dissociative and trance-state phenomena, such as highway hypnosis, which are not freestanding psychiatric disorders. Further to the right are simple dissociative disorders such as dissociative amnesia disorder. These are followed by more complex and chronic forms of dissociative disorder not otherwise specified (DDNOS), with DID at the far right-hand end of the continuum.“ **Braun** 1993, 39, konzipiert das Kontinuum in der selben Weise, benennt aber zusätzlich die PTSD.

117 **Foa/Hearst-Ikeda** 1996, **Hilgard** 1977, **Spiegel** 1986, **Ross** 1989 und 1996, vgl. auch **Classen et al.** 1993.

118 **Putnam** 1989 b, 52; vgl. auch **Irwin** 1994.

119 **Ray** 1996, 52 ff.

120 Vgl. zu weiteren Ausführungen hierzu Kap. 6.3.

121 Vgl. z.B. **Nemiah** 1988 a und **Putnam** 1989 b, 6 f.

somatoformen Symptomen.<sup>122</sup>

Ebenso wie Loewenstein und Ross sieht Spiegel hierin aber den *pathologischen* Charakter der Dissoziation, die Kehrseite der bewahrenden Funktion: Einerseits schütze sich das Individuum gegen die Erfahrung der Erniedrigung und des Schmerzes, andererseits habe dieser scheinbare Triumph über die körperliche Hilflosigkeit im Trauma zur Folge, daß sich die dissoziierten Inhalte immer wieder aufdrängen und die Person psychologisch hilflos machen.<sup>123</sup>

In der vorgängigen Diskussion und vor allem in der Argumentation der VertreterInnen des Autohypnose-Ansatzes wird bei genauer Betrachtung ein grundlegendes Manko in den Auseinandersetzungen deutlich:

*Der Begriff der Dissoziation ist unklar gefaßt: Zum einen ist er ein **Element des autohypnotischen Zustand**, andererseits beschreibt er im Begriff der pathologischen Dissoziation das **Resultat eines Zusammentreffens von Autohypnose und traumatischem Erlebnis**. Und drittens bezeichnet er den **Vorgang der Trennung geistiger Prozesse**.*

Die Unklarheit der Trennung wird auch von Loewenstein (1993) beschrieben und von Cardaña (1994) moniert.<sup>124</sup> Loewenstein nennt drei verschiedene Arten der Verwendung: als *Pathologie*, als *psychobiologischer Prozeß* in Verbindung mit Hypnotisierbarkeit und fokussierter Aufmerksamkeit und als *intrapsychische Abwehr*.

Cardaña beschreibt ein weites Feld<sup>125</sup> unterschiedlicher Definitionen und Anwendungsgebiete des Begriffs.<sup>126</sup> Dissoziation werde einerseits als Beschreibung verwendet von *nicht-bewußten oder nicht-integrierten geistigen Modulen oder Systemen* wie der Abwesenheit bewußter Wahrnehmung in *subliminaler Wahrnehmung* oder *automatisierten Handlungen*, als Bezeichnung der *Koexistenz voneinander getrennter geistiger Systeme*, die in Bewußtsein, Erinnerung oder Identität integriert sein sollten und als *Verhalten oder Wahrnehmung, die nicht mit dem introspektiven Selbstbericht der Person übereinstimmen* (z.B. die Beschreibung von innerer Ruhe bei gleichzeitig geäußertem schreckhaften Verhalten oder physiologischen Reaktionen, die auf Stress hindeuten). Auf einer anderen Ebene werde mit Dissoziation eine *Bewußtseinsveränderung* beschrieben, die mit dem Erleben einer *Abgelöstheit oder des Nicht-Bezugs* zu Selbst oder Umgebung ein-

---

122 **Loewenstein, R. J./Ross, D.** 1992: *Multiple Personality and Psychoanalysis: An Introduction*, in: *Psychoanalytic Inq.* 1992/12, 3-48: „... traumatic experiences induce an altered state in which the memories and affects relating to the trauma are incoded. When the person returns to the baseline state, there is frequently a psychogenic posttraumatic amnesia for these events. ... dissociated memories and affects manifest themselves in non-verbal forms: ... nightmares, re-enactments, intrusive imagery, somatoform symptoms ...“; zitiert nach **Loewenstein** 1993, 584.

123 **Spiegel** 1988, vgl. auch **Spiegel** 1986, 124.

124 **Loewenstein** 1993, **Cardaña** 1994.

125 Vergleiche, auch im folgenden, **Cardaña** 1994.

126 **Loewenstein** 1993, 582.

hergeht. Und schließlich gäbe es da noch die Debatte um Dissoziation als *Abwehrmechanismus*.

Cardeña schlägt – ohne Bezugnahme auf die auslösende traumatische Situation oder Hypnose – vor, es könne sinnvoll sein, aktive und passive Konzeption des Mechanismus zu integrieren, um die Bandbreite dissoziativer Erfahrungen zu beschreiben. Zum einen reagiere ein Mensch z.B. spontan und (unabsichtlich) vermeidend auf einen Reiz, der für ihn mit einem traumatischen Ereignis in Verbindung steht, andererseits habe er auch die Möglichkeit, dissoziierte Zustände durch autohypnotische Techniken wie die Konzentration auf eine Vorstellung zu erreichen. Dissoziation müsse auch nicht unbedingt als Abwehr verstanden werden. Dissoziative Erfahrungen könnten statt dessen als eine geistige Modalität verstanden werden, für die manche Personen mehr als andere veranlagt seien, und die durch verschiedene Prozesse, einschließlich des bewußten Vorsatzes, hervorgerufen werden. So, wie z.B. Humor absichtlich oder automatisch verwendet werden kann, um mit Angst umzugehen oder einfach nur dem eigenen Vergnügen dient.<sup>127</sup> Wie aus dem Anpassungsmechanismus ein pathologischer Mechanismus werden kann, sei noch in wenigen Studien untersucht worden.<sup>128</sup>

Es fehlt in Butlers et al. Argumentation ebenso wie in allen anderen mir bekannten Konzeptionen eine Dimension, die mir zur Unterscheidung wesentlich erscheint: Die Überprüfung der Ergebnisse des Autohypnoseansatzes auf den Zusammenhang zwischen den Faktoren der *Freiwilligkeit* und *Entspannung* (der hypnotischen Situation) und der *Unfreiwilligkeit* und *maximalen Anspannung* in der traumatischen Erfahrung. Ohne den Einbezug dieser ausschließlich in ihren Polen vorliegenden Dimension des ‚Zugangs‘ Hypnose oder Trauma bleibt die Debatte um die Ähnlichkeiten des erreichten Zustands m.E. fruchtlos.

Das hiermit sicher inzwischen auch in der Wahrnehmung und Integrationsfähigkeit der LeserIn entstandene Chaos der Einordnungen des Begriffs Dissoziation ist meiner Ansicht nach nicht durch den Vorschlag von Cardeña zu beseitigen, sich auf den beschreibenden Charakter des Begriffs Dissoziation zurückzuziehen und jenseits der theoretischen Grabenkriege nach einem fruchtbaren Ansatz für ein Verständnis der Dissoziation zu suchen.<sup>129</sup> Zu einer Klärung der Begrifflich-

---

127 **Cardeña** 1994, 25: „Dissociative experiences can be viewed, instead, as a general mental modality to which some individuals are more predisposed than others, and is elicited by different processes, including the person’s deliberate intention. In the same way, humour can be intentionally or automatically used to avoid dealing with anxiety, or it can be experienced for it’s own pleasure sake.“

128 **Cardeña** 1994, 26.

129 **Cardeña** 1994, 26 f.: „At this point, it is beneficial to reiterate that the first two conceptualizations of dissociation discussed in this chapter were mostly descriptive in nature and did not imply any particular theoretical orientation. Going beyond theoretical turf wars, a more fruitful approach to advancing our understanding of dissociation would be to clearly conceptualize what we mean by the term, and to investigate the specific personality and environmental characteristics and the mediating biological and cognitive processes that give rise to and maintain it.“

keiten und einem Versuch der Integration der Ergebnisse unterschiedlicher Studien oder Therapieansätze bedarf es eines gemeinsamen Referenzpunktes. Das Janetsche Modell ist dieser gemeinsame Bezugspunkt. Die vergleichende Rezeption des Modells in seinen Implikationen bietet – jenseits aller Grabenkämpfe – die Möglichkeit, den je eigenen Standpunkt herauszuarbeiten und die Forschungen konsequent aufeinander zu beziehen.

### 6.3 Die Funktion des Mechanismus Dissoziation in der Verarbeitung von Traumata

„We learn from MPD patients that the ‚unconscious‘ is not unconscious. One can converse directly with the alter personalities who hold the memories.“ (Ross 1989)<sup>130</sup>

Dissoziation ist ein Modell für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Diese Arbeit hatte sich zur Aufgabe gestellt, herauszufinden, weshalb das Janetsche Modell Grundlage eines wesentlichen Teils der neueren Traumaforschung geworden ist und zu seiner – meiner Ansicht nach notwendigen – Erläuterung den Hintergrund zu beschreiben, vor dem es entstanden ist, von Janet entwickelt wurde und in der neuen Diskussion verstanden werden könnte. Ein Anliegen dieser Arbeit ist es, durch einen Rückbezug auf Janets Ansatz die unterschiedlichen Forschungen zu Dissoziation für ein umfassenderes Verständnis von Dissoziation in der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen nutzbar zu machen.

Im folgenden letzten Abschnitt möchte ich den Bereich der Forschung vorstellen, der sich aus der klinischen Arbeit entwickelt hat: mit PatientInnen konfrontiert, die verschiedene Wahrnehmungsebenen oder -zentren beschreiben oder zeigen, fällt das Beharren auf dem Gegensatz zwischen Bewußtsein und Unbewußtem schwerer. Die Ausführungen basieren vor allem auf klinischen Studien der jeweiligen Autoren, die Ergebnisse der Forschungen aus der kognitiven Psychologie kann ich im Zusammenhang dieser Arbeit nur ganz am Rande berücksichtigen, die der Neuropsychologie mußte ich wegen der Komplexität des Themas gänzlich außenvor lassen.<sup>131</sup> Dieses Kapitel soll nicht mehr sein als ein Ausblick auf eine spannende Diskussion, die ich in dieser Arbeit nicht mehr beleuchten kann.

#### 6.3.1 Was wird als Trauma bezeichnet?

Schon 1988 schrieb Spiegel, der Zusammenhang zwischen Dissoziation und traumatischen Erfahrungen sei immer offensichtlicher, 90% aller Personen mit

---

130 **Ross** 1989, 35; etwa: „Wir lernen von den MPD-PatientInnen, daß das ‚Unbewußte‘ nicht unbewußt ist. Man kann sich direkt mit den anderen Persönlichkeiten unterhalten, die Zugriff auf die Erinnerungen haben.“

131 Vgl. aber z.B. **Bremner et al.** 1996, **Krystal et al.** 1996, **Brown** 1994, **Li/Spiegel** 1992, **Loewenstein** 1993, **Ludwig** 1983, **Robinson** 1984.



DID (damals noch MPD) hätten in der Vergangenheit Erfahrungen mit Prügeln, Folter und Inzest gemacht.<sup>132</sup>

Eine für die klinische Forschung an Dissoziation wesentliche frühe Definition des Traumas hat Spiegel 1986 unter der Überschrift *Traumatheorie und Dissoziation* gegeben:

„Trauma kann als die Erfahrung verstanden werden, zum Objekt gemacht zu werden, das Opfer der Wut eines anderen, der Gleichgültigkeit der Natur, seiner eigenen körperlichen oder geistigen Grenzen zu sein. Zu dem Schmerz und der Angst, die mit Vergewaltigung, Kriegstrauma oder Naturkatastrophen einhergehen, kommt ein überwältigendes und kaum zu ertragendes Gefühl der Hilflosigkeit, die Erkenntnis, daß eigenes Wollen und Wünschen für den Verlauf der Ereignisse bedeutungslos werden. Das hinterläßt ein Bild des Selbst, das entweder beschädigt ist, verseucht von der Erniedrigung, dem Schmerz und der Angst, oder ein fragmentiertes Selbstgefühl. Die Persönlichkeit, die vorher existierte, wird bewahrt, und sie versucht weiterzumachen, als sei nichts geschehen. Die Notwendigkeit der Dissoziation impliziert jedoch eine Assoziation: daß tatsächlich Schmerz und Erniedrigung zugefügt wurden; und die Person sich mit einem Gefühl der Fragmentierung wieder stärkt. Real und wahr ist das dissoziierte und abgewehrte Selbst, das erniedrigt und verletzt wurde.“ (Spiegel 1986)<sup>133</sup>

**Foa und Hearst-Ikeda**<sup>134</sup> führen als einige der in den Studien untersuchten Hintergründe für Traumatisierungen Krieg, Mißbrauch, Inhaftierung, Entführung, Unfälle, Naturkatastrophen und Zeugenschaft an. „Traumatische Reaktionen treten auf, wenn Handeln keinen Sinn hat. Ist weder Widerstand noch Flucht möglich, ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überfordert und bricht im Chaos zusammen. Immer – das ist das herausragende Charakteristikum – sind traumatische Ereignisse so überwältigend, daß sie Hilflosigkeit und Angst auslösen.“<sup>135</sup>

---

132 **Spiegel** 1988, 22: „There is increasing evidence of the connection between the experience of trauma and the use of dissociation. ... prevalence of severe physical trauma including beating, torture, and incest is well above 90% among patients with multiple personality disorder.“

133 **Spiegel** 1986, 124: „Trauma can be understood as the experience of being made into an object, the victim of someone else’s rage, of nature’s indifference, of one’s own physical or psychological limitations. Along with the pain and fear that are associated with rape, combat trauma, or natural disaster comes an overwhelming and marginally bearable sense of helplessness, a realization that one’s own will and wishes become irrelevant to the course of events, leaving a view of the self which is either damaged, contaminated by the humiliation, pain and fear that the event imposed, or a fragmented sense of self. The preexisting personality is preserved and attempts to carry on as though nothing at all had happened. However, the need for the dissociation implies an association: that pain and humiliation were in fact inflicted, and the person reconsolidates with a sense of fragmentation, that the real truth is the dissociated and warded-off self that was humiliated and damaged.“

134 **Foa/Hearst-Ikeda 1996**, 208.

135 **Herman** 1993 a, 54.

Der Unterschied zwischen Trauma und Streß, von Benyakar et al. eingeklagt<sup>136</sup> wird in der Forschung mitunter verwischt. So spricht **Horowitz** vom Streß-Syndrom<sup>137</sup> und auch Spiegel trifft an manchen Stellen keine klare Unterscheidung.<sup>138</sup> Die Verwendung des Begriffes *Streß* mag aber auch durch die im US-amerikanischen gebräuchliche Bezeichnung *traumatic stress* begründet sein.<sup>139</sup>

### 6.3.2 Was passiert im Erleben des Traumas?

Unter traumatisierenden Bedingungen wird Erfahrung dissoziiert, um aus der unaushaltbaren Realität zu entfliehen, um eine Erfahrung, die aktuell nicht verarbeitet werden kann, zu isolieren. Extreme Ausweglosigkeit verlangt extreme Abwehr: Die unerträglichen Qualen (oder Teilaspekte davon) werden dissoziiert, abgespalten und so auf Abstand gehalten – in ungewollten Erinnerungen und wiederholtem Erleben der gelebten Situation in Träumen oder *Flashbacks* melden sie sich zurück. Oder wie Kihlstrom, der das Modell von Hilgard unter Einbezug der Gedächtnismodelle der kognitiven Psychologie weiterentwickelt hat, sagt: Dissoziation wird durch die Unterbrechung der Verbindungen zwischen semantischer Repräsentation und ihren Kontextcharakteristika vermittelt: die entscheidende Information-Kontext-Verbindung kann nicht ausgeführt werden.<sup>140</sup>

Ob der Mechanismus ausschließlich im traumatischen Erleben ‚zum Einsatz‘ kommt, ist unterschiedlich beschrieben worden<sup>141</sup>, gemeinsam ist in diesem Forschungsbereich wohl allen Konzeptualisierungen, daß es sich bei der *Dissoziation* um eine Abwehr handelt<sup>142</sup>, *mittels derer sich eine Person einem unausweichlichen Angriff entzieht, dem sie nicht durch sinnvolles Handeln oder erfolgreiche Flucht begegnen kann; statt dessen entkommt sie durch eine Veränderung der internen Organisation, also durch eine Flucht nach innen.*<sup>143</sup>

---

136 **Benyakar et al.** 1989, 432: „If trauma is to be used, not just as a vague historical rudiment, but as a viable, meaningful clinical concept, it must convey its original metaphorical essence; the notion of injury and discontinuity, which, in its psychological context should capture the sense of irreparable tear of self and reality.“

137 **Horowitz** 1993.

138 Vgl. z.B. **Spiegel** 1986, 125.

139 Vgl. **Wilson/Raphael** 1993.

140 **Kihlstrom** 1984, 194 f.: „Dissociation is mediated by a disruption in the links between semantic representations and their contextual features: the critical item-to-context link cannot be performed.“

141 Vgl. Kap. 6.2.

142 Obwohl sicher nicht alle wie Kluft den psychoanalytischen Begriff benutzen würden.

143 **Kluft**, R. P. 1992: *Discussion: A specialist's perspective on multiple personality disorder*, in: *Psychanalytic Inq.* 1992/14, 139-171: „I understand dissociation pragmatically as a defense in which an overwhelmed individual cannot escape what assails him or her by taking meaningful action or successful flight, and escapes by altering instead his or her internal organization; i.e., by inward flight.“ Zitiert nach **Loewenstein** 1993, 583; Hervorhebung von mir, L.H.

### 6.3.3 Welche Einflüsse sind entscheidend?

Traumatische Erfahrungen und Reaktionen sind so unterschiedlich und vielfältig wie die Menschen, die sie durchleben. **Braun** (1993)<sup>144</sup> versucht eine Auflistung der Bedingungen, die unterschiedliche Reaktionen hervorrufen können: Die *Dauer* der traumatischen Situation oder Sequenz steht in dieser Aufzählung neben der *Art der traumatischen Erfahrung*, der Frage, ob sich die Person in Todesgefahr befindet/fühlt oder die Anwendung von körperlicher oder psychischer Gewalt ohne diese Verbindung erlebt wird. Auch die Frage nach der *Art des Eintretens* des traumatischen Ereignisses ist für Braun mitentscheidend; die Auswirkungen eines unerwarteten Überfalls oder eines lange und in Angst erwarteten Übergriffs werden aber nicht quantifiziert, sondern nur als unterschiedlich beschrieben. Für die Zeit nach dem traumatischen Erleben benennt Braun als Faktoren, die die Verarbeitung beeinflussen: die *Möglichkeit des Wiedereintretens* der traumatischen Situation, die Frage, ob eine Person als *einzelne/r oder als Teil einer Gruppe* diesen unerträglichen Umständen ausgesetzt war und wer der *Verursacher* des traumatischen Ereignisses ist – eine Naturkatastrophe z.B. oder ein anderer Mensch, der die Zerstörung intendiert. All diese Faktoren sind unterschiedliche Dimensionen der Traumatisierung, in ihrem Verhältnis zueinander aber nicht objektiv bestimmbar.

Sie alle haben Einfluß auf die *Einsamkeitserfahrung* in der traumatisierenden Situation, auf das Ausmaß der *Entwicklung von Symptomen* und auf den *soziokulturellen Widerstand* gegen das Ereignis, einer Möglichkeit, Erfahrungen zu integrieren. Auch die *Art der Erfahrungen*, die *nach dem traumatischen Ereignis* möglich sind, wird durch sie beeinflusst, worunter Braun z.B. die Möglichkeit einer (baldigen) Versorgung der Person zählt: Ein mißhandeltes Kind in einer nach außen hin intakten Familie hat darauf sicher weniger Aussicht als die Überlebenden eines Flugzeugunglücks.

Die desintegrierenden Effekte von traumatischen Erfahrungen hängen also z.B. von ihrer Dauer, Intensität und Wiederholung ab. Nach van der Hart und van der Kolk ist die Intensität der ursprünglichen physiologischen Reaktion – im Zusammenhang mit ihrer Interpretation – vielleicht der wichtigste Indikator für die Ausbildung einer posttraumatischen Symptomatik. Das Ausmaß dieser Symptome wurde mittlerweile in Beziehung gesetzt mit dem Grad der Erregung und der dissoziativen Reaktionen, dem Entwicklungsstand, der Vertrautheit oder Fremdheit gegenüber der Umgebung, der Bedeutung des Verlusts anderer Personen, der Dauer, die eine Person dem Ereignis ausgesetzt war, dem Grad an Bedrohung und persönlicher Verletzung und der eigenen Verwicklung in Gewalttaten.<sup>145</sup>

---

144 **Braun** 1993, 35 f.

145 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1536: „The notion that ‚traumas produce their disintegrating effects in proportion to their intensity, duration and repetition‘ ... is a recurrent theme in contemporary research. The intensity of the initial physiological response (vehement emotion), combined with its cognitive interpretation, is probably indeed the most significant predictor of long-term outcome in PTSD; its severity has

Die Bedeutung der Beziehungen und des Umfeldes betonen vor allem die KlinikerInnen; Richard Kluft hat eine *Theorie der vier Faktoren* aufgestellt, die immer wieder als Bezugspunkt dient.<sup>146</sup>

Die **Vier-Faktoren-Theorie** wurde 1979 für das Störungsbild der *Multiplen Persönlichkeitsstörung* MPD (inzwischen *Dissoziative Identitätsstörung* DID) ausgearbeitet<sup>147</sup>, ist in ihren Grundzügen aber – wo Dissoziation als Kontinuum begriffen wird – auch auf andere pathologische Ausformungen übertragbar.<sup>148</sup>

Faktor 1) Biologische Fähigkeit zum Dissoziieren (*biological capacity to dissociate*):

Faktor 2) Ereignisse, die die nicht-dissoziativen Abwehrmechanismen des kindlichen Ich traumatisch überwältigen (*life events that traumatically overwhelm the non dissociative defenses of the child's ego*):

Eine Reihe von Faktoren kann die Verarbeitungsfähigkeit des Kindes herabsetzen, so daß schon weniger schwerwiegende oder eine Häufung kleinerer Vorfälle die Dissoziation auslösen.<sup>149</sup>

Faktor 3) strukturierende Einflüsse determinieren die Form der dissoziativen Abwehr (*presence of shaping influences and substrates that determine the form of the dissociative defenses*):

Bei jedem Menschen liegt eine einzigartige Konfiguration aus innerpsychischen Strukturen und Umwelteinflüssen vor, die zusammen die Grundlage der Symptomatik bilden.

Faktor 4) inadäquate Versorgung mit Reizschranken und beruhigenden oder regenerierenden Erfahrungen (*inadequate provision of stimulus barriers and soothing restorative experiences*):

Laut Kluft und Fine sind dissoziative Erfahrungen bei überlasteten Kindern nicht selten, dauern aber nicht an, wenn Schutz, Versorgung und Heilungsmöglichkeiten gegeben sind. Fehlen sie aber, so wird die Notwendigkeit der Dissoziation verstärkt.<sup>150</sup>

---

now been correlated with the initial degree of hyperarousal and dissociative reactions ..., developmental maturity ..., unfamiliarity with the environment ..., severity of interpersonal loss ..., length of exposure to the trauma ..., degree of life threat and personal injury ..., and participation in abusive violence ...“ Vgl. auch **Herman** 1993 a, 143.

146 Vgl. z.B. **Loewenstein** 1993.

147 Sie wurde aus der Auswertung von 73 Fällen entwickelt und an 105 weiteren Fällen überprüft und weiterentwickelt.

148 Ich beziehe mich in der Darstellung der Theorie auf **Kluft/Fine** 1989, 190 f.

149 Kluft/Fine definieren diese *weniger schwerwiegenden Vorfälle* an dieser Stelle nicht, es klingt aber eine dem *kumulativen Trauma* vergleichbare Konzeption an; vgl. **Khan** 1990.

150 In Klufts Modell sind psychoanalytische Ansätze abgebildet (Kluft ist Psychoanalytiker), sein Ansatz wird aber selbst von einem erbitterten Gegner der Freudschen Theorie wie Colin Ross akzeptiert, gemeinsamer Bezugspunkt ist die klinische Arbeit mit DID (vgl. **Ross** 1989, 49 f.)

### 6.3.4 Was sind die Auswirkungen der traumatischen Erfahrung?

„Once divided in a powerful way, the experience of unity becomes problematic, since ordinary self-consciousness is no longer synonymous with the entirety of self and personal history. Rather, it becomes associated with the awareness of some warded-off tragedy, the moment of humiliation and fear, the act of cowardice, the sense of having been degraded. The person comes to feel that there is an inauthentic self which carries on the everyday functions of life but with the sense of numbing, the lack of genuine pleasure ..., the sense of vulnerability to the recrudescence of the traumatic situation; hence, the stimulus sensitivity, the avoidance of situations reminiscent of the trauma, the startle responses, and the occasional abreactive relivings of the traumatic event.“ (Spiegel 1986)<sup>151</sup>

„Traumatische Ereignisse bewirken tiefgreifende und langfristige Veränderungen in der physiologischen Erregung, bei Gefühlen, Wahrnehmung und Gedächtnis. Überdies werden diese normalerweise aufeinander abgestimmten Funktionen durch ein traumatisches Ereignis manchmal voneinander getrennt.“<sup>152</sup> Spiegel begreift die dissoziativen Symptome als ein Spiegelbild des völligen Verlusts von physischer Kontrolle während des Traumas. Das Selbst, das das Trauma erlebt hat, wird vom alltäglichen Selbst getrennt.<sup>153</sup> **Paley** erklärt die Funktion der Dissoziation von Gefühlen und Erinnerung als den Versuch, alle verfügbare Aufmerksamkeit auf die Vermeidung weiterer traumatischer Erfahrungen zu richten.<sup>154</sup>

Symptome dieser Trennung sind nach Foa und Hearst-Ikeda Amnesie, emotionaler Rückzug (*detachment*), Depersonalisation, *Out-of-body*-Erfahrungen, traumähnliche Erinnerung (*dreamlike recall*), Entfremdung, *Flashbacks* und *Abreagieren*<sup>155</sup>, die Cardeña und Spiegel zusammenfassen als

---

151 **Spiegel** 1986, 124 f.; etwa: „Wenn sie erst einmal mit Macht gespalten wurde, wird die Erfahrung von Einheit problematisch; denn das übliche Selbstbewußtsein ist nicht mehr gleichbedeutend mit der Gesamtheit des Selbst und der persönlichen Geschichte. Damit wird nun eher die Kenntnis einer abgewehrten Tragödie assoziiert, der Augenblick der Demütigung und Angst, der Akt der Feigheit, das Gefühl, erniedrigt worden zu sein. Die Person beginnt zu fühlen, daß es ein nicht authentisches Selbst gibt, das die alltäglichen Dinge des Lebens fortführt, aber wie betäubt, ohne echte Freude ... mit dem Gefühl der Anfälligkeit für ein erneutes Wiederaufbrechen der traumatischen Situation; folglich der Reizempfindlichkeit, der Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern, der Schreckhaftigkeit und dem sich wiederholenden Durchleben des traumatischen Ereignisses.“

152 **Herman** 1993 a, 55.

153 **Spiegel** 1988, 21: „These dissociative symptoms can be conceptualized as a reflection of the profound loss of physical control experienced during the trauma. The self which experienced the trauma is detached from the everyday self but continues to exert a demoralizing influence upon it. Thus, dissociation can be understood as a fundamental mechanism through which individuals experience and suffer from trauma.“

154 **Paley** 1988.

155 **Foa/Hearst-Ikeda** 1996, 208.

- Rückzug von anderen Menschen und aus dem physischen Umfeld,
- Veränderungen in der Wahrnehmung und
- Einschränkungen der Erinnerung.<sup>156</sup>

Der *Rückzug von anderen Menschen* und *emotional numbing* wird oft gleichbedeutend mit *Vermeidung (avoidance)* und *Verleugnung (denial)* gebraucht.<sup>157</sup> Horowitz beschreibt detailliert die unterschiedlichen Phasen und Ausformungen der für ihn zentralen Kategorien *denial* und *intrusion* (das unfreiwillige Sich-Aufdrängen von Erinnerungen in jedweder Form), die Herman die *Dialektik des Traumas* nennt, „Erstarrung und Wiedererleben des Ereignisses“.<sup>158</sup> Wenn sie nicht (sprachlich) integriert werden kann, wird sie zum Symptom:

„Der Konflikt zwischen dem Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen, und dem Wunsch, sie laut auszusprechen, ist die zentrale Dialektik des psychischen Traumas. Menschen, die ein Trauma überlebt haben, erzählen davon oft so gefühlsbetont, widersprüchlich und bruchstückhaft, daß sie unglaubwürdig wirken. Damit ist ein Ausweg aus dem Dilemma gefunden, einerseits die Wahrheit sagen und andererseits Stillschweigen wahren zu müssen. Erst wenn die Wahrheit anerkannt ist, kann die Genesung des Opfers beginnen. Doch sehr viel häufiger wird das Schweigen aufrechterhalten, und die Geschichte des traumatischen Ereignisses taucht nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom.“

Die informationstheoretischen Ansätze, von denen vor allem Kihlstrom hervorzuheben ist<sup>159</sup>, versuchen, die unterschiedliche Speicherung der Erinnerungen, auf die Janet in seinem Modell hinweist<sup>160</sup>, auf der Ebene der verschiedenen Gedächtnismodelle einzuordnen: Im *somatosensorischen*, *ikonischen* und *symbolischen* bzw. *linguistischen* Gedächtnis. Diese unterschiedlichen Gedächtnisformen sind wiederum mit den Piagetschen Ebenen der Entwicklung des Denkens paralleliert: Die erste Ebene ist die *sensomotorische* Verarbeitung, danach folgt an Komplexität die *präoperationale* Stufe, die höchste Stufe der Verarbeitung von Erfahrungen vollzieht sich im *operationalen* Denken. Ohne dies hier vertiefen zu können, kann die Konzeptualisierung der Auswirkungen von Dissoziation im Trauma innerhalb dieser Forschungsrichtung folgendermaßen verstanden werden: Wenn die Erinnerung wegen der fehlenden Kontextverbindung nicht linguistisch

---

156 **Cardena/Spiegel** 1993: *Dissociative reactions to the Bay Area earthquake*, in: *American Journal of Psychiatry* 1993/150, 474-478: „detachment from others and the physical environment“, „alterations in perceptions“, „impairment in memory“; nach **Foa/Hearst-Ikeda** 1996, 208.

157 **Foa/Hearst-Ikeda** 1996, 209.

158 **Herman** 1993 a, 9; auch für das folgende Zitat.

159 Vgl. für andere Ansätze der kognitiven Psychologie aber z.B. **Meichenbaum/Gilmore** 1984.

160 **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1534: „Janet’s notion that memories can be stored on various levels – as narratives as well as sensory perceptions, visual images (nightmares and hallucinations), and ‚visceral‘ sensations (anxiety reactions and psychosomatic symptoms) – is supported by contemporary research.“

enkodiert werden kann – also auf der Ebene der Integration über Sprache –, wird sie auf ikonischer oder somatosensorischer Ebene gespeichert: als Gefühle, erneutes Durchleben im Verhalten (die sogenannte *Reinszenierung* bzw. *reenactment*), Alpträume oder Flashbacks.<sup>161</sup> So erklären sich aus diesem Modell die posttraumatischen und als dissoziativ verstandenen Symptome aus der Unmöglichkeit der Integration durch Sprachhandlung, einer zentralen Janetschen Kategorie.<sup>162</sup>

### 6.3.5 Zwei psychopathologische Einteilungen der Auswirkungen: PTSD und DID

#### PTSD

„Man kann nur Streß empfinden, solange man existiert. Stress-Disorder setzt also eine Struktur voraus. Überwältigender Streß aber – eine scheinbar rein quantitative Steigerung – produziert etwas Neues. (...) Die Pathologie, die aufgrund von Traumata entsteht, ist eine Pathologie der Gesamtstruktur, nicht eines Teils von ihr; sie bezieht sich nicht auf einen Teil des betroffenen Subjekts, sondern auf seine Essenz, auf das, was es als Subjekt ausmacht.“ (Becker 1992)<sup>163</sup>

Spiegel<sup>164</sup> ordnet die PTSD-Symptomatik entlang der *vier existentiellen Themen* von **Yalom**<sup>165</sup> 1981:

1) **Tod**: das Absterben des Glaubens an sich selbst und andere, das Sterben eines bestimmten Bildes von sich selbst

---

161 Vgl. **Kihlstrom** 1984 und **van der Kolk/van der Hart** 1989, 1534 f.: „As Piaget pointed out, ‚It is precisely because there is no immediate accomodation that there is complete dissociation of the inner activity from the external world. As the external world is solely represented by images, it is assimilated without resistance to the unconscious ego“; mit Verweis auf: **Piaget**, J. 1962: *Play, Dreams and Imitation in Childhood*, NY: WW Norton, o.S. Da ich dieses Thema hier nicht vertiefen kann, sei darauf hingewiesen, daß bei **Foa/Hearst-Ikeda** 1996 eine Sammlung von Ergebnissen zu Informationsverarbeitungstheorien zu finden ist, die Dissoziation als Blockierung emotionaler Verarbeitung im Trauma beschreiben.

162 Zu dissoziativer Symptomatik im klinischen Bild PTSD vergleiche außerdem: **Branscomb** 1991.

163 **Becker** 1992, 140; **Becker** ist kein Vertreter des Dissoziationsansatzes, er argumentiert in der Linie von Benyakar et al. (vgl. Kap. 6.1); seine Kritik an der Einordnung posttraumatischer Störungen wird aber z.B. von **Herman** 1992 geteilt; die Orientierung ist in der klinischen Auseinandersetzung der DissoziationsforscherInnen aber eher eine hin zur Veränderung der Diagnostik durch Aufnahme umfassenderer Kriterien (**Herman** 1992), oder eine pragmatische Behandlung der psychopathologischen Einteilungen, der eigene entgegengesetzt werden (vgl. **Spiegel** 1988 im folgenden).

164 **Spiegel** 1988, 19 ff.

165 **Yalom** 1981, I.D. 1981: *Existential Psychotherapy*, NY: Basic Books; nach **Spiegel** 1988.

2) **Freiheit** (es ist wohl der Verlust gemeint, L.H.): Das Leiden an dem, was Yalom *echte Schuld* nennt, einem schmerzlichen Gefühl der Verantwortung, der man nicht gerecht werden konnte.

3) **Isolation**: eine Verunmöglichung der Aufnahme und Entwicklung intimer Beziehungen: Die Wut wird zu einem ebenso großen Problem wie der erzwungene Objektstatus, die Position des Opfers. Flashbacks setzen bevorzugt in nahen Beziehungen ein (die Ähnlichkeit zu der Nähe und Ausweglosigkeit in der Beziehung zum Täter ist größer), die Angst vor einem Ausagieren der Wut ist ebenso real wie die davor, sich wieder als Opfer zu erleben.

4) **Sinnlosigkeit**: die traumatische Erfahrung wird als zutiefst sinnlos empfunden und die Suche nach einem irgendwie gearteten sinnstiftenden Rahmen für die gemachte Erfahrung setzt ein.

„Die Dialektik gegensätzlicher psychischer Zustände ist das vielleicht eindeutigste Merkmal des posttraumatischen Syndroms. ... (Z)wischen der Sintflut intensiver, überwältigender Gefühle und der Dürre absoluter Gefühllosigkeit; zwischen gereizter impulsiver Aktion und totaler Blockade jeglichen Handelns“, lägen die Reaktionen, schreibt Herman<sup>166</sup> und teilt die zahlreichen Symptome posttraumatischer Störungen in drei Hauptkategorien ein<sup>167</sup>:

- die übersteigerte Erregung (*hyperarousal*)
- das *Überfallen-Werden*<sup>168</sup> – die intrusiven Symptome und Erfahrungen (*intrusion*): ungewollt sich aufdrängende Erinnerungen, Gedanken und Gefühle, die mit dem traumatischen Erleben zu tun haben
- das *Sich-Einigeln*<sup>169</sup>, die ‚Konstriktion‘<sup>170</sup> (*constriction*), die vermeidendes Verhalten jeder Art bezeichnet: psychische Erstarrung (*numbing*), emotionale Unempfindlichkeit (*emotional numbing*): der Verlust des Interesses an Umwelt und anderen Personen; Vermeidung von Situationen und Personen, die an das Ereignis erinnern könnten (*avoidance*), das Gefühl, keine Zukunft zu haben.

Im *Posttraumatischen Belastungssyndrom* sind während der *Flashbacks* die Wahrnehmungen gestört, werden Halluzinationen und Pseudohalluzinationen z.B. visueller oder olfaktorischer Natur und ein Verlust des Kontakts zur Realität der Ist-Zeit berichtet.<sup>171</sup>

Durch die Zusammenfassung auch dissoziativer Phänomene nach extremsten Belastungen als **PTSD** kam es zu einer größeren Akzeptanz „der eher diskriminierend wirkenden Einschätzung vieler posttraumatischer Reaktionen als ‚Hysterie‘ ...“.<sup>172</sup> Trotz zahlreicher Belege für die Verbindung zwischen PTSD und dis-

166 Herman 1993 a, 72.

167 Herman 1993 a, 56.

168 Meine Wortwahl, L.H.

169 Meine Wortwahl, L.H.

170 Die deutsche Übersetzung des Buches von Herman 1993 a übernimmt die Bezeichnung.

171 Loewenstein 1993, 592, vgl. auch van der Kolk et al. 1996, 89.

172 Wenzel 1995, 428; vgl. aber auch die Kritik an der diagnostischen Fassung der Aus-



soziativer Symptomatik<sup>173</sup> wurde die von van der Kolk und anderen geforderte Einordnung der PTSD in die Gruppe der dissoziativen Störungen aber (bisher) nicht vollzogen.<sup>174</sup>

### DID (vorher: MPD)

„It is not possible to understand the dissociative disorders or professional resistance to them without a prior understanding of childhood sexual abuse. Any attempt to debate the validity of DID is premature if there is no agreement that chronic childhood trauma is a major etiologic theme in psychopathology.“ (Ross 1996)<sup>175</sup>

Dissoziative Identitätsstörung ist eine chronische Form von schon in der Kindheit entstandener posttraumatischer Belastungsstörung, die primär mit schwerem, wiederholten Mißbrauch oder anderen Traumatisierungen in Beziehung steht, in der Regel mit Beginn in einem Alter unter 5 Jahren<sup>176</sup> und einer Latenzzeit bis ins 30. – 40. Lebensjahr.<sup>177</sup> Sie bildet sich vor dem Hintergrund des noch nicht genügend integrierten Selbst und einer alters-(und kultur)spezifischen Phantasietätigkeit aus.<sup>178</sup> Die durch das traumatische Erleben ausgelöste Dissoziation erhöht die Schwierigkeit, zwischen ‚Phantasie‘ und ‚Realität‘ zu unterscheiden. Ein tröstendes *Alter Ego* wird so realer als die dissoziierte Erfahrung des vergewaltigenden Vaters, und die Dissoziation wird aufrechterhalten, wenn der vergewaltigende Vater zur Phantasie erklärt wird. Die Entwicklung der Verarbeitungs- und Integrationsmechanismen wird dahingehend beeinflußt, Dissoziation als Haupt-Co-

wirkungen von Traumata bei **Becker** 1992, **Benyakar et al.** 1989, **Herman** 1992.

173 Überblicke über einige der Studien geben **Foa/Hearst-Ikeda** 1996, 211 ff.; **Braun** 1993; **Herman** 1992, **Krystal et al.** 1996, **Spiegel** 1988, **Loewenstein** 1993, **van der Kolk/van der Hart** 1989.

174 **Wenzel** 1995, 428.

175 **Ross** 1996, 7: „Es ist nicht möglich, die dissoziativen Störungen oder den professionellen Widerstand gegen sie ohne ein vorheriges Verständnis des sexuellen Kindesmißbrauchs zu verstehen. Jeder Versuch, die Validität der Dissoziativen Identitätsstörung zu diskutieren ist übereilt, solange keine Übereinkunft darin besteht, daß chronischer Kindesmißbrauch ein wesentliches ätiologisches Moment in der Psychopathologie ist.“

176 **Loewenstein** 1993, 585: „complex, chronic form of developmental posttraumatic dissociative disorder, primarily related to severe, repetitive childhood abuse or trauma, usually beginning before the age of five ... to protect the child from the full psychological impact of severe trauma ... under pressure of variety of developmental factors secondary structuring and personification by the child of the traumatically induced dissociated states of consciousness leads to development of multiple ‚personalities‘.“

177 **Braun** 1993, 42; vgl. auch Janet: Kap. 4.1.

178 Vgl. auch **Ross** 1989, 60: „The ability to create alters, as I see it, is a specialized development of the normal ability to become intensely involved in childhood play, books, or movies. Creating imaginary identities is a normal aspect of child development, as any parent knows.“

ping-Mechanismus zu benutzen, das Opfer bleibt in einem dissoziativen Verarbeitungsmuster gefangen.<sup>179</sup> Unter dem Druck einer ganzen Reihe von Entwicklungsfaktoren<sup>180</sup> werden die traumatisch induzierten dissoziierten Zustände sekundär strukturiert, durch das Kind personifiziert und entwickeln sich zu mehreren ‚Persönlichkeiten‘.<sup>181</sup>

Kern der Phänomenologie der Störung, so Ross (1996)<sup>182</sup>, sei die Existenz verschiedener Persönlichkeitszustände, die zu verschiedenen Zeiten die Kontrolle über den Körper übernehmen und durch unterschiedliche Grade von Amnesie voneinander getrennt sind. Sekundäre Charakteristika sind z.B.

- Erinnerungslücken oder Zeitverlust,
- sich in unbekannter Umgebung wiederzufinden, ohne zu wissen, wie man dorthin gelangt ist,
- Berichte über Ereignisse zu hören, an das man sich nicht erinnert,
- Gegenstände (nicht mehr) vorzufinden und keine Erklärung dafür zu haben,
- Wechsel der Handschriften,
- die unwillkürliche Verwendung von ‚wir‘ oder ‚uns‘ bei Bezeichnung der ‚eigenen Person‘,
- akustische Halluzinationen, einschließlich Stimmen, die die Handlungen der Person kommentieren, miteinander reden, Befehle erteilen und dergleichen mehr

Die sekundären Charakteristika, so Ross weiter, lägen in einem Spektrum vor, das von normalen bis zu schweren, für die DID spezifischeren Formen reicht: So seien z.B. innere Dialoge und Monologe weitverbreitet, es liege aber außerhalb der normalen Erfahrung, über Jahrzehnte hinweg eine vollkommen ich-fremde Stimme im Kopf zu hören, die Selbstmordbefehle schreit.

---

179 **Braun, B.G./Sachs, R.G.** 1985: *The development of multiple personality disorder*, in: **Kluft, R.P.** (Ed.): *Childhood antecedents of multiple personality*, Washington DC: APP, 37-64: „The victim dissociates as a coping mechanism, then becomes trapped in a dissociative pattern ...“; zitiert nach **Braun** 1993, 36.

180 Vgl. Klufts Vier-Faktoren-Theorie weiter oben.

181 **Loewenstein** 1993, 585, s.o.

182 **Ross** 1996, 14: „The core phenomenology of the disorder is the existence of distinct personality states that take turns being in executive control of the body and are separated by varying degrees of amnesia ...The secondary features include such items as blank spells or periods of missing time; coming out of blank spells in unfamiliar surroundings, unsure of how one got there; being told of disremembered events; finding objects present or missing in the environment that cannot be accounted for; distinct changes of handwriting; referring to oneself as ‚we‘ or ‚us‘; and auditory hallucinations, which may include voices commenting, voices conversing with one another, command hallucinations, and other variations of internal voices and conversations. The secondary features each exist on a spectrum from normal to severe forms increasingly specific for DID: For instance, internal dialogues and monologues are part of common experience, but to have a fully ego-alien voice shouting commands for suicide inside one’s head intermittently for decades is outside the range of normal experience.“

Selbstverletzung z.B. der Pulsadern könne in jedem dissoziativen Zustand mit Depersonalisierung vorkommen, in dem die Person sich selbst nicht als Handelnde erlebt. Im Falle der DID kämen aber Kommentare oder Handlungsanweisungen hinzu, oder die Person ist für die Selbstverletzung amnestisch und findet erst später die Wunden vor. Loewenstein nennt zusätzlich somatoforme und autohypnotische Symptome sowie die Symptomatik der PTSD.<sup>183</sup>

Eine Grundannahme aus der klinischer Arbeit und Forschung mit *Dissoziativer Identitätsstörung* ist eine Auffassung der Strukturierung menschlicher Erfahrung, wie sie Janet vertreten hatte: Das Ziel menschlicher Entwicklung (in unserer Kultur) ist die Integration von Erfahrungen als Erinnerung in eine Persönlichkeit. Wir seien alle mit der Möglichkeit geboren, multipel zu werden, schreibt so z.B. **Putnam**, meistens gelänge es uns, im Laufe einer normalen Entwicklung ein mehr oder weniger konsolidiertes Gefühl eines Selbst zu entwickeln. Das hieße aber nicht, daß wir als Multiple zur Welt kämen<sup>184</sup>, sondern daß Persönlichkeit sich erst durch „Integration verschiedener Erlebenszustände entwickle.“<sup>185</sup>

Putnam gibt an<sup>186</sup>, daß schwere, sich ununterbrochen wiederholende Traumata, wie die meisten Opfer sie im frühen bis mittleren Kindesalter erleben, die Entwicklung der MPD durch verschiedene miteinander verbundene Mechanismen

---

183 **Loewenstein** 1993, 585.

184 Einer der zentralen Vorwürfe gegen die mit der Diagnose DID (oder MPD) arbeitenden KlinikerInnen (aber auch schon gegen Prince und Janet) war und ist, sie gingen von einer Art *Homunculi* im Menschen aus. **Braude** 1991, 123 ff., nennt es das *Prinzip der kompositorischen Reversibilität (principle of compositional reversibility)* und arbeitet sich über weite Teile seines – sehr interessanten – Buches meiner Ansicht nach ohne viel Anlaß an diesem Thema ab. Warum ich der Ansicht bin, die Betonung der Synthese impliziere nicht die Annahme von kleinen Menschlein als Rohstoff, hoffe ich im Verlauf dieser Arbeit geklärt zu haben.

185 **Putnam** 1989 b, 51: „I think that the evidence suggests that we are all born with the potential for multiple personalities and over the course of normal development we more or less succeed in consolidating an integrated sense of self. We are not born as multiple personalities, because personality is acquired and manifested over time; rather, at birth, our behavior is organized into a series of discrete states.“

186 **Putnam** 1989 b, 53: „The severe, sustained, and repetitive trauma that occurs during early to middle childhood of most victims is thought to promote the development of MPD through several interconnected mechanisms. The first is disruption of the developmental task of consolidation of self across behavioral states and the acquisition of control over the modulation of states. The recurring trauma (generally child abuse) instead creates a situation in which it is adaptive for the child to heighten the separation between behavioral states, in order to compartmentalize overwhelming affects and memories generated by the trauma. In particular, children may use their enhanced dissociative capacity to escape from the trauma by specifically entering into dissociative states. Dissociative states of consciousness have long been recognized as adaptive responses to acute trauma, because they provide 1) escape from the constraints of reality; 2) containment of traumatic memories and affects outside of normal conscious awareness; 3) alteration or detachment of sense of self (so that the trauma happens to someone else or to a depersonalized self); and 4) analgesia.“

unterstützen. Der erste ist die Unterbrechung der Entwicklungsaufgabe, das Selbst durch verschiedene Verhaltensformen (*behavioral states*) hindurch zu konsolidieren und der Aufgabe, die Kontrolle über deren Modulierung zu erlangen.<sup>187</sup> Das sich wiederholende Trauma (im allgemeinen Kindesmißhandlung<sup>188</sup>) schafft statt dessen eine Situation, in der es für das Kind vorteilhafter ist, die Trennung zwischen den verschiedenen *behavioral states* zu verstärken, um überwältigende Gefühle und Erinnerungen, die durch das Trauma verursacht wurden, auseinanderzuhalten. So können Kinder ihre erhöhte Dissoziationsfähigkeit dazu gebrauchen, dem Trauma zu entfliehen, indem sie sich explizit in einen dissoziativen Zustand begeben. Dissoziative Zustände sind seit langem als Anpassungsreaktionen an akute Traumata anerkannt, weil sie 1) Flucht aus der Beschränkung der Realität ermöglichen, 2) einen Ort für die Aufbewahrung traumatischer Erinnerungen und Gefühle außerhalb der normalen bewußten Wahrnehmung darstellen, 3) eine Veränderung oder Loslösung des Selbstgefühls ermöglichen (so daß das Trauma jemand anderem oder einem depersonalisierten Selbst zugefügt wird) und 4) Schmerzfreiheit verschaffen.

MPD entsteht, so Kluft, wenn durch wiederholte Traumatisierungen dissoziative Abwehr auf eine Art verwendet wird, die das Gedächtnis und damit die Identität angreift.<sup>189</sup> Der Prozeß der Dissoziation wird dann Teil der Identität und angesichts neu auftretender, oder auch nur imaginierter Stressoren wieder mobilisiert.<sup>190</sup>

Die Gemeinsamkeiten beider Störungsbilder sind ihr Ursprung im zerrüttenden psychologischen Trauma – in der Kindheit bei DID, im späteren Leben bei PTSD – und die darausfolgende Notwendigkeit, mit Dissoziation als Copingmechanismus zu leben. Die Dissoziation ist das Konzept, das dazu dienen wird, Ätiologie und Phänomenologie mit Diagnose und Behandlung zu verbinden.<sup>191</sup>

---

187 Vgl. für eine Zusammenfassung der Ergebnisse der neueren Säuglingsforschung auch **Dornes** 1993; zu explizit entwicklungspsychologischen Untersuchungen der Dissoziationsforschung vgl. auch **Main/Morgan** 1996, **van der Kolk** 1987 c.

188 *Childhood abuse* wird, wie an anderer Stelle angemerkt, im Amerikanischen nicht ausschließlich für sexuellen Kindesmißbrauch, sondern auch andere Arten der Kindesmißhandlung verwendet. Aufgrund des Kontextes gehe ich davon aus, daß Putnam hier eine ‚Kombination‘ verschiedenster Mißhandlungen anspricht.

189 **Kluft** 1996, 352: „... repetitive traumatizations will lead to the evoking of dissociated defenses in a manner that affects memory. Furthermore traumatization leads to lesions of identity.“

190 **Spiegel** 1986, 125: „The process of dissociation becomes part of the patients identity, to be remobilized in the face of subsequent stress or even imagined situations reminiscent of this stress.“

191 **Braun** 1993, 35: „... origin in exposure of the victim to shattering psychological trauma – in childhood in the case of MPD, in later life in PTSD – and the subsequent need for the person to dissociate as a coping mechanism ... Dissociation is, however the unifying concept that will be used to link etiology and phenomenology to diagnosis and treatment ... both are psychological stress syndromes and dissociative disorders – disorders of arousal.“

## 6.4 Zusammenfassung

Die neuen Ansätze der Forschung zu Dissoziation haben sich vor verschiedenen Hintergründen entwickelt: der Geschichte der neueren Psychoanalyse mit verschiedenen Traumakonzeptionen, der Hypnoseforschung mit ihren Versuchen der Konzeptualisierung von getrennten Verarbeitungsprozessen in verschiedenen Bewußtseinszuständen und der sozialpolitischen Forderung nach Auseinandersetzung und Aufarbeitung verschiedener Formen von Traumatisierungen im Prozeß der Entwicklung der gesellschaftlichen, politischen und privaten Systeme. Die Strömungen sind so klar nicht mehr voneinander zu trennen: Die psychoanalytischen Hintergründe verweben sich in Ansätzen mit den Forschungen der Dissoziationstheorie (Nemiah), Psychoanalytiker arbeiten in der Forschung und Therapie zu Dissoziativer Identitätsstörung (Kluft), die Hypnoseforschungen sind von den Traumakzepten nur an inhaltlichen Schwerpunkten, aber kaum mehr personell zu trennen (Spiegel).

Man kann versuchen, die psychoanalytischen Modelle vornehmlich als die Konzeptualisierung von Traumatisierung als unaufhebbare Ich-Spaltung in einem Freudschen Sinne zu begreifen (innerhalb der Dissoziationsforschung sind mir keine psychoanalytischen Ansätze bekannt, die die Traumatisierung von Kindern und – hauptsächlich – Frauen im privaten Bereich noch als Phantasie abhandeln). Man kann – in analoger historischer Anlehnung – die Konzeptualisierung von Butler et al. als späte Abkömmlinge eines Charcotschen Modells der Parallelisierung von Hypnose und Hysterie betrachten und die Forschungen von Herman, Spiegel oder Ross zu Dissoziation als Mechanismus in der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen als Derivate des Janetschen Modells. Diese analytischen Trennungen würden den Auseinandersetzungen meiner Ansicht nach aber zunehmend weniger gerecht. Ich habe Tendenzen der Forschungsrichtungen oder –orientierungen beschrieben, mein Hauptanliegen war, in dieser Betrachtung die Divergenz der Definitionen auch innerhalb desselben Forschungsfeldes aufzuzeigen.

Die ‚Fehler‘ der Interpretation des Janetschen Modells der Dissoziation sind nicht die Folge von Sorglosigkeit oder Unachtsamkeit, sondern logische Konsequenz, Konsequenzen der Logik eines *Denkstils*, der den Janetschen Ansatz nicht zu fassen vermag, weil seine Grundlagen vollständig andere sind. Die Ansätze der KlinikerInnen, die mit den konkreten Auswirkungen von Traumatisierungen konfrontiert sind, sind nicht von ungefähr der Konzeption Janets am verwandtesten. Wollten sie annehmen, die Grundlage menschlichen Handelns sei ausschließlich in der Einheit des Willens und des Bewußtseins abgebildet, ohne die Existenz von Automatismen anzunehmen, so schlossen sie viele Phänomene menschlicher Aktivität aus der Beschreibung aus.<sup>192</sup>

---

192 **Janet** 1888, 3: „Un autre caractère toujours attribué à l’activité supérieure, c’est le caractère de l’unité: la puissance volontaire semble une et indivisible comme la personne elle-même dont elle est la manifestation. Il est impossible de comprendre les actions humaines si l’on veut se représenter toutes les activités sur ce modèle.“

## 7. Fazit

Einheit und Systematisierung scheinen mir Ziele, nicht Ausgangspunkte menschlichen Denkens zu sein. (nach Janet 1888)<sup>193</sup>

Ein Anliegen dieser Arbeit war es, herauszufinden, weshalb sich die neuere Traumaforschung in den USA und Kanada, aber zunehmend auch in den Niederlanden, Belgien und anderen europäischen Ländern auf ein Konzept bezieht, das über 70 Jahre lang quasi unerwähnt geblieben war. Dies implizierte die Frage, weshalb Freuds psychodynamische Konzeption als unzureichend erachtet wurde, die Auswirkungen der Traumatisierung zu beschreiben, die nach dem Nationalsozialismus in Deutschland und später in den neuen sozialen Bewegungen – nicht nur in den USA – zunehmend als extern veranlaßt begriffen wurden.

Janets *Dissoziation* stellt das Modell eines unauflöselichen Zusammenhangs zwischen Handeln, Fühlen, Denken und Wahrnehmen in jeder Begegnung mit den eigenen Zuständen, dem eigenen Körper, den Menschen um uns, den gesellschaftlichen wie natürlichen Bedingungen vor.

Vor dem Hintergrund der Forschungen des 18. und 19. Jahrhunderts und auf der Grundlage eigener Untersuchungen war Janet zu dem Schluß gekommen, daß Bewußtsein nicht nur dem normalen Wachzustand, sondern auch allen von ihm getrennten Bewegungs-, Gefühls- und Wahrnehmungsprozessen eigen ist – um so entwickelter, je umfänglicher und über die Zeit komplexer diese Prozesse (geworden) sind.

Die einzelnen, über alle Erlebensqualitäten integrierten Zusammenhänge nannte er *psychologische Automatismen*; sie werden vom gewöhnlich vorherrschenden Bewußtseinszustand dissoziiert, wenn die Aufnahme- und Integrationsfähigkeit durch eine Einengung des Bewußtseinsfeldes behindert wird. Diese Verengung ist durch unterschiedliche Faktoren bedingt. Zu ihnen zählen maßgeblich Ereignisse, die den Menschen mit überwältigenden Emotionen überschwemmen und ihm so die Möglichkeit nehmen, die Erfahrung handelnd zu integrieren. Die dergestalt nicht synthetisierten Erfahrungen sind – abgekoppelt vom Hauptbewußtsein – vorhanden und äußern sich als *Automatismen* in Zuständen, die denen der Hypnose vergleichbar sind und deshalb Somnambulismen genannt wurden. Ihr zentrales Merkmal ist die Abkoppelung vom normalen Bewußtsein.

Bewußtsein ist markiert durch verschiedene Bewußtseinszustände als für uns wahrnehmbare Einheiten, die untereinander verbunden sind, und in denen wir die Verbindung zu – innerpsychischen wie gesellschaftlichen – Bedingungen herstellen. Janet beschreibt deren Integration als Entwicklung über die Zeit. Die Synthese von Erfahrungen ist möglich, sagt er, wenn wir den Bedingungen gegenüber sinnvoll handeln können. Wird diese Handlungsmöglichkeit behindert, so mißlingt die Synthese, die Erfahrungen werden dissoziiert und beeinflussen uns doch.

---

193 **Janet** 1888, 3: „L’unité et la systématisation nous semble être le terme et non le point de départ de la pensée“.

Freud, der anfänglich zusammen mit Breuer ebenfalls ein Modell der Verbindung von Dissoziation und hypnoiden Zuständen vertrat, in denen die abgespaltenen Inhalte *frisch* und *unverändert* vorliegen, verwarf dieses Modell aus verschiedenen Gründen: Zum einen war eine Parallelität verschiedener bewußter Aktivitäten mit seinem Modell des Bewußtseins nicht vereinbar. Seine veränderte Konzeption der Erinnerungen als Phantasien erwünschter Inzesthandlungen erforderte zudem sowohl ein anderes Modell des Bewußtseins als auch des Mechanismus, der die Trennung der Inhalte von der bewußten Wahrnehmung vornahm. Im Unbewußten sei kein *Realitätszeichen* auszumachen; die Auswirkungen der so konzipierten Traumata sind somit auch keine direkten Abbildungen der *Reminiszenzen* mehr, sondern vollziehen durch Konversion einen nun *rätselhaften Sprung vom Psychischen ins Physische*. Die Theorien zu den als extern konzipierten Traumata waren nie mehr als Ansätze. Der Einbruch im Trauma, die *Spaltung*, ist mit Freud denkbar, das *Danach* aber ist weder mit seinem Konzept des Bewußten noch mit dem des Unbewußten zu fassen, denn die Spaltung des Ich ist nicht die Spaltung in bewußt und unbewußt, sondern die Trennung auf einer dritten, im psychoanalytischen Modell nicht benennbaren Ebene:

„Sie lassen sich am zutreffendsten beschreiben als Fälle von Spaltung der seelischen Tätigkeit in zwei Gruppen, wobei sich dann das nämliche Bewußtsein alternierend (dann gilt aber seine Voraussetzung der Teilmenge des Ich nicht mehr) dem einen oder dem anderen Lager zuwendet. Es bleibt uns in der Psychoanalyse gar nichts anderes übrig, als die seelischen Vorgänge für an sich unbewußt zu erklären und ihre Wahrnehmung durch das Bewußtsein mit der Wahrnehmung der Außenwelt durch die Sinnesorgane zu vergleichen.“<sup>194</sup>

Freuds Modell aber hatte sich aus verschiedenen Gründen, deren Beschreibung hier nicht Anliegen war, als bestimmendes Modell der psychodynamischen Ansätze durchgesetzt und zusammen mit einem neuen Ansatz der Psychiatrie, der Diagnose der *Schizophrenie*, das Konzept der Dissoziation aus der Diskussion gedrängt. In den 70er Jahren stießen KlinikerInnen auf der Suche nach neuen Ansätzen für die Behandlung von Traumata auf das Janetsche Modell, das im Zusammenhang eines Wiederauflebens der Hypnoseforschung neu entdeckt worden war.

Für eine Bewegung, die den Auswirkungen von Traumata begegnen wollte, die als extern veranlaßt konzipiert wurden, konnte die Beschreibung innerpsychischer Traumata in ihrer Abgrenzung von den traumatischen Neurosen des Krieges und des Friedens wenig hilfreich sein. Für einen Ansatz, der mit der Traumaforschung auch die gesellschaftlichen Unterdrückungsverhältnisse an den Pranger stellen wollte, bot ein Modell, das massive Mißhandlungen von Kindern als Phantasie konzipierte, keine Orientierung. Den KlinikerInnen, die sich mit ständig wechselnden Wahrnehmungen und Erinnerungen ihrer KlientInnen konfrontiert sahen, half ein Konzept, das neben dem *einen* Bewußtsein nur das schwer erreichbare

---

194 **Freud** 1913, 269 f.

Unbewußte kannte, in ihrer Suche nach Verständnis nicht weiter. TherapeutInnen, denen von jahrelangen Qualen unter durchaus vorhersehbaren Bedingungen wie einem Gefängnis, einem Lager, einer Familie berichtet wurde, konnten den *Schreck* nicht als wesentliches Moment im Trauma und die *Angst* nicht mehr als Reizschutz gegen die Traumatisierung verstehen.

Janets Ansatz dagegen bot die Möglichkeit, extern veranlaßte Traumata in ihren je individuellen Vermittlungen entwicklungspsychologisch einzuordnen und ihre Auswirkungen als Abbild des Erlebens im Trauma zu konzipieren: Die Unterbrechung der Sinn- und Handlungszusammenhänge spiegelt sich in der Dissoziation, und die Symptome wurden als Ausformungen der nicht integrierten Teilstücke des traumatischen Erlebens (zunächst für die KlinikerInnen) sinnvoll. Auch die Entwicklung verschiedener *Wahrnehmungszentren* in einem Körper war – bei einer so verstandenen Entwicklung (-sbehinderung) des Bewußtseins – die logische Folge der Integration von Erfahrungen in verschiedene, erst locker miteinander verknüpfte Bewußtseinszustände: Ein gleichzeitig furchtbarer und faszinierender Beweis für die Anpassungsfähigkeit des Menschen an die ihn umgebenden Bedingungen, für die Entwicklung eines Kindes angesichts besonderer Entwicklungsaufgaben.

Die Integrationsversuche des ‚neuen‘ Modells fanden vor dem Hintergrund eines *Denkstils* statt, der durch die Vorannahmen der Psychoanalyse geprägt ist. Aus dem dominanten Denkstil heraus waren zentrale Parameter des Janetschen Modells nicht wahrnehmbar, die Integration führte so zu unterschiedlichsten Abstrichen. Neben einer Reduzierung auf die kognitive Ebene war in manchen Bereichen eine Einschränkung der Anwendbarkeit des Modells auf pathologische Prozesse die Folge. Die babylonische Verwirrung der Definitionen von Dissoziation ist Konsequenz dieser unklaren Konzeptualisierung.

In Versuchen der Aufnahme von Dissoziation als Abwehrmechanismus in explizit psychoanalytisches Denken soll der zentrale Mangel psychoanalytischer Modelle in der Beschreibung von Traumatisierung behoben werden: Die konkrete psychische Umsetzung der traumatischen Erfahrung und das Fortwirken des vom Bewußtsein Getrennten würden beschreibbar.

In der Forschung zu Dissoziation als autohypnotischem Prozeß ist sowohl der historische Bezug als auch die ‚Definitionsvielfalt‘ am deutlichsten wahrnehmbar: Der Begriff Dissoziation beschreibt hier neben dem Prozeß der Trennung auch einen *Zustand*, außerdem das *dissoziierte Material* oder einen nur als pathologisch verstandenen *Abwehrmechanismus*.

In der Traumaforschung scheint der Bezug am klarsten; das Modell verschiedener Bewußtseinsebenen, die sich in Entwicklung integrieren können, entspricht in diesem Bereich der Forschungen dem Entwicklungsmodell Janets – Bewußtsein wird allerdings nicht explizit als Bestandteil von Handlungen und Gefühlen verstanden. Parallel dazu entstehen Forschungszusammenhänge, die körperliche, kognitive und affektive Symptomatik als Ausdruck der komplexen Veränderungen durch das Trauma beschreiben wollen. Hier hat die Praxis der Arbeit mit Men-



schen, die sich nicht auf eine Dimension des Erlebens beschränken lassen, das Konzept in Richtung einer neuen Integration entwickelt. Eine *Verbindung* der beiden Aspekte – die Entwicklungsaufgabe des Bewußtseins als einen Aspekt körperlichen und affektiven Wachstums – des Janetschen Modell könnte eine fruchtbare Orientierung darstellen. Nur durch eine Rückbesinnung der weitverzweigten Dissoziationsforschung auf den Janetschen Ansatz ist eine Integration der Forschungsbemühungen im Sinne eines zunehmenden Verständnisses für die Auswirkungen von Traumatisierung möglich.

Janets Bewußtseinskonzept ist eines der Entwicklung, gegeben ist ausschließlich die *Möglichkeit*. Das Trauma unterbricht die Entwicklung der ‚Persönlichkeit‘, die nicht integrierbare Erfahrung wird dissoziiert. Die Beziehung ist dem ‚einen‘ Bewußtsein verlorengegangen und besteht doch andernorts fort. Eine wichtige Verbindung konnte nicht hergestellt werden, die Erfahrung aber ist Teil des Körpers, der Sinne, der Wahrnehmung – auf einer anderen Ebene. Die Erfahrung war real, aber sie konnte nicht durch sinnvolles Handeln integriert werden. Sie ist existent und drängt sich auf, immer wieder. Sie ist unfaßbar und bedrohlich, solange sie namenlos bleibt. Die Dissoziation ist die letztmögliche sinnvolle Handlung eines über die Grenzen der Integrationsfähigkeit beanspruchten Körper/Geist/Bewußtseinszusammenhangs, den wir Mensch nennen. Den Abspaltungen, den dissoziiert handelnden, beeinflussenden und ängstigenden Erfahrungen, steht das um ‚Identität‘ bemühte Bewußtsein verständnislos gegenüber. Sie bedrohen seine Struktur und führen seine Integrationsversuche ad absurdum. Sie sind die reale Abbildung des traumatischen Ereignisses, das sich in Körper und Geist eingeschrieben hat. Der Sinn der Dissoziation ist das Überleben der Möglichkeit der Integration.

*Wirklich* zu glauben an die Spaltung (Nicht wissenschaftliche Vorträge zu halten). (Ferenczi 1932)<sup>195</sup>

---

195 Ferenczi 1988, 276 f.

## Literatur

- Adler, H.** 1995: *Recall and Repetition of a Severe Childhood Trauma*, in: International Journal of Psycho-Analysis 1995/76, 927-943
- Agger, I.** 1988: *Die politische Gefangene als Opfer sexueller Folter*, in: Zeitschrift für Sexualforschung 1988/1/3, 231-241
- Allen, J.G.** 1993: *Dissociative Processes: Theoretical Underpinnings of a Working Model for Clinician and Patient*, in: Bulletin of the Menninger Clinic 1993/57/3, 287-308
- Alvarado, C.S.** 1991: *Iatrogenesis and Dissociation: A Historical Note*, in: Dissociation 1991/IV/1, 36-38
- American Psychiatric Association (APA)** 1989: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-III-R*, Washington DC: APA
- American Psychiatric Association (APA)** 1994: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington DC: APA
- Barber, J./Evans, F.J./Kluft, R./Margolis, C.G./Wain, H.J. und Watkins, J.G./Watkins, H.H.** 1990: *Invited Discussion of Watkins and Watkins' paper, „Dissociation and Displacement: Where Goes the ‚Ouch‘?“ und A Reply*, in: American Journal of Clinical Hypnosis 1990/33/1, 11-21
- Barrett, D.L.** 1994: *Dreaming As a Normal Model for Multiple Personality Disorder*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 123-135
- Bartis, S.P./Zamansky, H.S.** 1986: *Dissociation in Posthypnotic Amnesia*, in: American Journal of Clinical Hypnosis 1986/29/2, 103-108
- Behrs, J.O.** 1983: *Co-Consciousness: A Common Denominator in Hypnosis, Multiple Personality, and Normalcy*, in: American Journal of Clinical Hypnosis 1983/26/2, 100-113
- Becker, D.** 1992: *Ohne Haß keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten*, Freiburg: Kore
- Belli, R.F./Loftus, E.F.** 1994: *Recovered Memories of Childhood Abuse: A Source Monitoring Perspective*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 415-433
- Benyakar, M./Kutz, I./Dasberg, H./Stern, M.J.** 1989: *The Collapse of a Structure: A Structural Approach to Trauma*, in: Journal of Traumatic Stress 1989/2/4, 431-449
- Bleuler, E.** 1908: *Die Prognose der Dementia Praecox-Schizophreniegruppe*, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1908/65, 436-464

- Bliss**, Eugene 1980: *Multiple Personalities. A Report of 14 Cases with Implications for Schizophrenia and Hysteria*, in: Archives of General Psychiatry 1980/37, 1388-1397
- Bowers**, K.S. 1984: *On Being Unconsciously Influenced and Informed*, in: **Bowers**, K.S./**Meichenbaum**, D. (Eds.): *The Unconscious Reconsidered*, NY: John Wiley & Sons, 228-270
- Bowers**, K.S. 1994: *Dissociated Control, Imagination, and the Phenomenology of Dissociation*, in: **Spiegel**, D.: *Dissociation: Culture, Mind, and Body*, Washington DC: American Psychiatric Press, 21-40
- Bradbury**, R. 1953: *Fahrenheit 451*, NY: Ballantine
- Branscomb**, L.P. 1991: *Dissociation in Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder*, in: Dissociation 1991/IV/1, 13-20
- Braude**, S.E. 1991: *First Person Plural. Multiple Personality and The Philosophy of Mind*, London/NY: Routledge
- Braun**, B.G. 1990: *Dissociative Disorders as Sequelae to Incest*, in: **Kluft**, R.P. (Ed.): *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington DC: American Psychiatric Press, 227-246
- Braun**, B.G. 1993: *Multiple Personality and Posttraumatic Stress Disorder. Similarities and Differences*, in: **Wilson J.P./Raphael B.** (Eds.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York: Plenum Press, 35-47
- v. Braun**, C.1985: *Nicht ich: Logik, Lüge, Libido*, FFM: Neue Kritik
- Bremner**, J.D./**Krystal**, J.H./**Charney**, D.S./**Southwick**, S.M. 1996: *Neural Mechanisms in Dissociative Amnesia for Childhood Abuse: Relevance to the Current Controversy Surrounding the 'False Memory Syndrome'*, in: American Journal of Psychiatry 1996/53/7, 71-82
- Breuer**, J./**Freud**, S. 1892: *Zur Theorie des hysterischen Anfalls*, in **Freud**, S. 1941: *Gesammelte Werke XVII*, FFM: Fischer, 9-13
- Breuer**, J./**Freud**, S. 1893: *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vorläufige Mitteilung)*, in: **diess.:** 1895/1996: *Studien über Hysterie*, FFM: Fischer, 27-41
- Breuer**, J./**Freud**, S. 1895/1996: *Studien über Hysterie*, FFM: Fischer
- Brown**,L. 1996: *Recovered Memory Questions Continue: An Update*, in: *Traumatic Stresspoints. News For The International Society For Traumatic Stress Studies*, 1996/10/1, 1
- Brown**, P. 1994: *Towards a Psychobiological Model of Dissociation and Post-Traumatic Stress Disorder*, in: **Lynn**, S.J./**Rhue**, J.W. (Eds.): *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford, 94-122
- Butler**, L.D./**Duran**, R.E.F./**Jasiukaitis**, P./**Koopman**,Ch./**Spiegel**, D. 1996: *Hypnotizability and Traumatic Experience: A Diathesis-Stress Model of*

- Dissociative Symptomatology*, in: American Journal of Psychiatry 1996/153/7, Festschrift Supplement, 42-63
- Campbell**, R.J. 1989: *Psychiatric Dictionary*, NY: Oxford University Press
- Cardena**, E. 1994: *The domain of Dissociation*, in: **Lynn**, S.J./**Rhue**, J.W. (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 15-31
- Chu**, J.A./**Dill**, D.L. 1990: *Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical and Sexual Abuse*, in: American Journal of Psychiatry 1990/147/7, 887-892
- Chu**, J.A. 1996: *Posttraumatic Responses to Childhood Abuse and Implications for Treatment*, in: **Michelson**, L.K./**Ray**, W.J. (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 381-400
- Classen**, C./**Koopman**, C./**Spiegel**, D. 1993: *Trauma and Dissociation*, in: Bulletin of the Menninger Clinic 57/2, 178-194
- Cole**, P.M./**Alexander**, P.C./**Anderson**, C.L. 1996: *Dissociation in Typical and Atypical Development: Examples from Father-Daughter Incest Survivors*, in: **Michelson**, L.K./**Ray**, W.J. (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 69-90
- Coons**, P.M./**Milstein**, V. 1992: *Psychogenic Amnesia: A Clinical Investigation of 25 Cases*, in: *Dissociation*, 1992/V/2, 73-79
- Crabtree**, A. 1992: *Dissociation and Memory: A Two-Hundred-Year Perspective*, in: *Dissociation* 1992/V/3, 150-154
- Diaz**, M./**Becker**, D. 1995: *Trauma und sozialer Prozeß*, in: **Hermer**, M. (Hrsg.): *Die Gesellschaft der Patienten. Gesellschaftliche Bedingungen und therapeutische Praxis*, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Dilling/Mombour/Schmidt** (Hrsg.) 1993: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber
- Dornes**, M. 1993: *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*, FFM: Fischer
- Ellenberger**, H.F. 1970/1996: *Die Entdeckung des Unbewußten*, Bern: Diogenes
- Erdelyi**, M.H. 1994: *Dissociation, Defense, and the Unconscious*, in: **Spiegel**, D.: *Dissociation: Culture, Mind, and Body*, Washington DC: American Psychiatric Press, 3-20
- Erkwoh**, R./**Saß**, H. 1993: *Störung mit multipler Persönlichkeit: alte Konzeptionen in neuem Gewande*, in: *Nervenarzt* 1993/64: 169-174
- Ernst**, C. 1995: *Inzest und sexueller Mißbrauch in der Kindheit*, in: **Faust** (Hrsg.): *Psychiatrie. Ein Handbuch für Klinik, Beratung und Praxis*, Stuttgart: G.Fischer, 665-668

- Eth, S./Randolph, E.T./Brown, J.A.** 1989: *Post-Traumatic Stress Disorder*, in: **Howells, J.G.** (Ed.): *Modern Perspectives in the Psychiatry of the Neuroses*, NY: Brunner/Mazel, 210-234
- Ferenczi, S.** 1988: *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*, FFM: Fischer
- Fischer-Homberger, E.** 1975: *Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden*, Bern/Stuttgart: Huber
- Fleck, L.** 1935/1994: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*, FFM: Suhrkamp
- Foa, E.B./Hearst-Ikeda, D.** 1996: *Emotional Dissociation in Response to Trauma: An Information-Processing Approach*, in: **Michelson, L.K./Ray, W.J.** (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 207-226
- Foucault, M.** 1973: *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, FFM: Suhrkamp
- Foucault, M.** 1977: *Überwachen und Strafen*. FFM: Suhrkamp
- Frankel, F.H.** 1994: *Dissociation in Hysteria and Hypnosis: A Concept Aggrandized*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 80-93
- Frankel, F.H.** 1996: *Dissociation: The Clinical Realities*, in: *American Journal of Psychiatry* 1996/153/7, Festschrift Supplement, 64-70
- Fraser, S.** 1991: *Meines Vaters Haus. Geschichte eines Inzests*, FFM: Fischer
- Freud, S.** 1888: *Hysterie*, in: **ders.**: *Gesammelte Werke: Nachtragsband. Texte aus den Jahren 1885-1938*, FFM: Fischer, 69-90
- Freud, S.** 1892: *Brief an Josef Breuer und Notiz III*, in: **ders.** 1941: *Gesammelte Werke XVII*, FFM: Fischer, 5-6, 17-18
- Freud, S.** 1896: *Zur Ätiologie der Hysterie*, in: **ders.** 1982: *Studienausgabe Bd. VI: Hysterie und Angst*, FFM: Fischer, 51-81
- Freud, S.** 1900: *Die Traumdeutung*, in: **ders.** 1942: *Gesammelte Werke II/III*, FFM: Fischer
- Freud, S.** 1905: *Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*, in: **ders.** 1942: *Gesammelte Werke V*, FFM: Fischer, 149-159
- Freud, S.** 1913: *Das Unbewußte*, in: **ders.** 1946: *Gesammelte Werke X*, FFM: Fischer, 264-303
- Freud, S.** 1914: *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*, in: **ders.** 1946: *Gesammelte Werke X*, FFM: Fischer, 126-136
- Freud, S.** 1920: *Jenseits des Lustprinzips*, in: **ders.** 1940: *Gesammelte Werke XIII*, 1-69

- Freud, S.** 1923: *Das Ich und das Es*, in: **ders.** 1969: *Gesammelte Werke XIII*, FFM: Fischer, 237-255
- Freud, S.** 1926: *Hemmung, Symptom und Angst*, in: **ders.** 1948: *Gesammelte Werke XIV*, FFM: Fischer, 111-206
- Freud, S.** 1932: *XXXI. Vorlesung. Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit*, in: **ders.** 1940: *Gesammelte Werke XV*, FFM: Fischer, 62-86
- Freud, S.** 1937: *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*, in: **ders.** 1950: *Gesammelte Werke XVI*, FFM: Fischer, 103-246
- Freud, S.** 1938: *Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang*, in: **ders.** 1941: *Gesammelte Werke XVII*, FFM: Fischer, 57-62
- Freud, S.** 1940a: *Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose*, in: **ders.** 1969: *Gesammelte Werke XIII*, FFM: Fischer, 363-368
- Freud, S.** 1940b: *Kurzer Abriß der Psychoanalyse*, in: **ders.** 1969: *Gesammelte Werke XIII*, FFM: Fischer, 405-427
- Frischholz, E.J./Braun, B.G./Sachs, R.G./Schwartz, D.R./Lewis, J./Shaeffer, D./Westergaard, C./Pasquotto, J.** 1992: *Construct Validity of the Dissociative Experiences Scale: II. It's Relationship to Hypnotizability*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1992/35/2, 145-152
- Gabel, S.** 1990: *Dreams and Dissociation Theory: Speculations on Beneficial Aspects of their Linkage*, in: *Dissociation* 1990/III/1, 38-47
- Goodwin, J.M./Sachs, R.G.** 1996: *Child abuse in the Etiology of Dissociative Disorders*, in: **Michelson, L.K./Ray, W.J.** (Eds.: *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 91-106
- Gottman, C./Greaves, G./Coons, P.** 1992: *Multiple Personality and Dissociation. 1791-1990: A Complete Bibliography*. Atlanta: Greaves
- Graessner, S./Gurris, N./Pross, Ch.** (Hrsg.) 1996: *Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien*, München: Beck
- Green, A.** 1993: *Childhood Sexual and Physical Abuse*, in: **Wilson, J.P./Raphael, B.** (Eds.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, New York: Plenum Press
- Grinker, R.R./Spiegel, J.P.** 1945: *Men under Stress*, Philadelphia: Blakiston
- Gruenewald, D.** 1986: *Dissociation: Appearance and Meaning*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1986/29/2, 116-121
- Hacking, I.** 1991: *Double Consciousness in Britain 1815-1875*, in: *Dissociation* 1991/IV/3, 134-146
- Hadzsega, M.** 1986: *Trance und Traum und therapeutische Veränderung - Das neurolinguistische Programmieren (NLP) im Lichte experimenteller und klinischer Hypnoseforschung*, unveröffentlichte Diplomarbeit an der TU Berlin

- Haule, J.R.** 1986: *Pierre Janet and Dissociation: The First Transference-Theory and its Origins in Hypnosis*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1986/29/2, 86-94
- Herman, J.L.** 1990: *Discussion*, in: **Kluft, R.P.** (Ed.): *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington DC: American Psychiatric Press, 289-294
- Herman, J.L.** 1992: *Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma*, in: *Journal of Traumatic Stress* 1992/5/3, 1992, 377-391
- Herman, J.L.** 1993a: *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler
- Herman, J.L.** 1993b: *Father-Daughter-Incest*, in: **Wilson, J.P./Raphael, B.** (Eds.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, NY: Plenum Press, 593-600
- Herman, J.L.** 1995: *Crime and Memory*, in: *Bull of American Academic Psychiatry Law* 1995/23/1, 5-17
- Hilgard, E.R.** 1977: *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, New York: Wiley & Sons
- Hilgard, E.R.** 1994: *Neodissociation Theory*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 32-51
- Hirsch, M.** 1987: *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie*, Berlin/Heidelberg: Springer
- Holzkamp, Klaus** 1985: *Selbsterfahrung und wissenschaftliche Objektivität: Unaufhebbarer Widerspruch?* in: **Braun/Holzkamp** (Hrsg): *Subjektivität als Problem psychologischer Methodik*, FFM: Campus, 17-37
- Horevitz, R.** 1994: *Dissociation and Multiple Personality: Conflicts and Controversies*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 434-461
- Horowitz, M.J.** 1993: *Stress-Response Syndromes. A Review of Posttraumatic Stress and Adjustment Disorders*, in: **Wilson, J.P./Raphael, B.** (Eds.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, NY: Plenum Press, 49-60
- Huber, M.** 1995: *Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch*. FFM: Fischer
- International Society for the Study of Dissociation ISSD** 1997: *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder*, <http://www.issd.org>.
- Irvin, H.J.** 1994: *Proneness to Dissociation and Traumatic Childhood Events*, in: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1994/182/8, 456-460
- James, W.** 1890/1950: *The Principles of Psychology*, Mineola: Dover Publications

- Janet, P.** 1888: *Introduction*, in: **ders.** 1889/1919: *L'Automatisme Psychologique. Essai de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine*, Paris: Alcan, 1-10
- Janet, P.** 1889/1919: *L'Automatisme Psychologique. Essai de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine*, Paris: Alcan
- Janet, P.** 1893: *Préface*, in: **ders.** 1889/1919: *L'Automatisme Psychologique. Essai de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine*, Paris: Alcan, vii-xxi
- Janet, P.** 1928: *La Dépersonnalisation*, in: **ders.:** *L'Evolution Psychologique de la Personnalité*, Paris: Chahine, 91-108
- Janet, P.** 1929a: *Les Somnambulismes*, in: **ders.:** *L'Evolution Psychologique de la Personnalité*, Paris: Chahine, 459-481
- Janet, P.** 1929b: *Les Doubles Personnalités*, in: **ders.:** *L'Evolution Psychologique de la Personnalité*, Paris: Chahine, 485-506
- Janoff-Bulman, R.** 1992: *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*, NY/Toronto: Free Press
- Kardiner, A.** 1941: *The Traumatic Neuroses of War*, NY: Hoeber
- Katschnig, H.** 1994: *Der multiaxiale Ansatz in der psychiatrischen Diagnostik und die ICD-10*, in: **Dilling/Schulte-Merkwort/Freyberger** (Hrsg.): *Von der ICD-9 zur ICD-10*, Bern: Huber, 49-58
- Khan, M.M.R.** 1990: *Erfahrungen im Möglichkeitsraum. Psychoanalytische Wege zum verborgenen Selbst*, FFM: Suhrkamp
- Kihlstrom, J.F.** 1984: *Conscious, Subconscious, Unconscious: A Cognitive Perspective*, in: **Bowers, K.S./Meichenbaum, D.** (Eds.): *The Unconscious Reconsidered*, NY: John Wiley & Sons, 149-211
- Kihlstrom, J.F.** 1994: *One Hundred Years of Hysteria*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 365-394
- Kinsler, P.K.** 1992: *The Centrality of Relationship: What's not being said*, in: *Dissociation* 1992/V/3, 166-170
- Kinston, W./Cohen, J.** 1986: *Primal Repression: Clinical and Theoretical Aspects*, in: *International Journal of Psycho-Analysis* 1986/67, 337-355
- Kirmayer, L.J.** 1994: *Pacing The Void. Social and Cultural Dimensions of Dissociation*, in: **Spiegel, D.** (Ed.): *Dissociation: Culture, Mind, and Body*, Washington DC: American Psychiatric Press, 91-122
- Kluft, R.P./Fine, C.G.** 1989: *Multiple Personality Disorder*, in: **Howells, J.G.** (Ed.): *Modern Perspectives in the Psychiatry of the Neuroses*, NY: Brunner/Mazel, 187-209
- Kluft, R.P.** (Ed.) 1990: *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington DC: American Psychiatric Press



- Kluft**, R.P. 1996: *Dissociative Identity Disorder*, in: **Michelson**, L.K./**Ray**, W.J. (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 337-366
- Krugman**; S. 1987: *Trauma in the Family: Perspectives on the Intergenerational Transmission of Violence*, in: **van der Kolk**, B.A. (Ed.): *Psychological Trauma*, Washington DC: American Psychiatric Press, 127-152
- Krystal**, H. 1968: *Massive Psychic Trauma*, NY: International Universities Press
- Krystal**, J.H./**Bennett**, A./**Bremner**, J.D./**Southwick**, S.M./**Charney**, D.S. 1996: *Recent Developments in the Neurobiology of Dissociation: Implications for Posttraumatic Stress Disorder*, in: **Michelson**, L.K./**Ray**, W.J. (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 163-190
- Laing**, R.D. 1972: *Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*, Köln: Kiepenheuer und Witsch
- Laing**, R.D. 1961/1977: *Das Selbst und die Anderen*, Reinbek: Rowohlt
- Lewis-Fernandez**, R. 1994: *Culture and Dissociation: A Comparison of 'Ataque de Nervios' Among Puerto Ricans and Possession Syndrome in India*, in: **Spiegel**, D. (Ed.): *Dissociation: Culture, Mind, and Body*, Washington DC: American Psychiatric Press, 123-170
- Li**, D./**Spiegel**, D. 1992: *A Neural Network Model of Dissociative Disorders*, in: *Psychiatric Annals* 1992/22, 144-147
- Lidz**, T 1976: *Der gefährdete Mensch. Ursprung und Behandlung der Schizophrenie*, FFM: Fischer
- Lloyd**, G. 1985: *Das Patriarchat der Vernunft: „männlich“ und „weiblich“ in der westlichen Philosophie*, Bielefeld: Daedalus
- Loewenstein**, R.J. 1990: *Somatiform Disorders in Victims of Incest and Childhood Abuse*, in: **Kluft**, R.P. (Ed.): *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington DC: American Psychiatric Press, 75-112
- Loewenstein**, Richard J. 1993: *Dissociation, Development, and the Psychobiology of Trauma*, in: *Journal of the American Association of Psychoanalysis* 1993/21/4, 581-603
- Loftus**, E. 1993: *The Reality of repressed Memories*, in: *American Psychologist* 1993/48/5, 518-537
- Loftus**, E./**Ketcham**, K. 1995: *Die therapierte Erinnerung. Vom Mythos der Verdrängung bei Anklagen wegen sexuellen Mißbrauchs*. Hamburg: Klein
- Ludwig**, A.M. 1983: *The Psychobiological Functions of Dissociation*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1983/26/2, 93-112
- Lynn**, S.J./**Rhue**, J.W. 1994a: *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press

- Lynn, S.J./Rhue, J.W.** 1994b: *Introduction: Dissociation and Dissociative Disorders in Perspective*, in: **diess.:** *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 1-11
- Main, M./Morgan, H.** 1996: *Disorganization and Disorientation in Infant Strange Situation Behavior: Phenotypic Resemblance to Dissociative States*, in: **Michelson, L.K./Ray, W.J.** (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 107-138
- Marx/Engels:** *Werke*, Bd.3, Berlin 1958, 30
- Mayo, E.** 1952/1972: *The psychology of Pierre Janet*, London: Routledge & Kegan
- McDougall, W.** 1911a : *The Rise of the Mechanistic Physiology*, in **ders.:** *Body and Mind. A History and a Defense of Animism*, London. Methuen & Co, 94-118
- McDougall, W.** 1911b :*The Unity of Consciousness*, in **ders.:** *Body and Mind. A History and a Defense of Animism*, London. Methuen & Co, 281-300
- McDougall, W.** 1929: *Outline of Abnormal Psychology*, NY: Scribner's Sons
- McDougall, W.** 1937: *Amnesie und andere Dissoziationssysteme*, in: **ders.:** *Aufbaukräfte der Seele*, Leipzig: Thieme, 199-205
- Meichenbaum, D./Gilmore, J.B.** 1984: *The Nature of Unconscious Processes: A Cognitive-Behavioral Perspective*, in: **Bowers, K.S./Meichenbaum, D.** (Eds.): *The Unconscious Reconsidered*, NY: John Wiley and Sons, 273-297
- Mentzos, S.** 1991: *Einleitung*, in: **Breuer, J./Freud, S.** 1970/1996: *Studien über Hysterie*, FFM: Fischer, 7-20
- Merskey, H.** 1992: *The Manufacture of Personalities. The Production of Multiple Personality Disorder*, in: *British Journal of Psychiatry* 1992/160, 327-340
- Michelson, L.K./Ray, W.J.** 1996 (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*. New York: Plenum Press
- Miller/Galanter/Pribram** 1973: *Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens*, Stuttgart: Klett
- Mombour, W.** 1995: *Die neueren nosologischen Klassifikationsverfahren DSM-III / DSM-III-R und ICD-8, ICD-9, ICD-10*, in: **Faust** (Hrsg.): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*, Stuttgart: G.Fischer
- Nemiah, J.C.** 1973: *Foundations of Psychopathology*, NY: Jason Aronson
- Nemiah, J.C.** 1984: *The Unconscious and Psychopathology*, in: **Bowers, K.S./Meichenbaum, D.** (Eds.): *The Unconscious Reconsidered*, NY: John Wiley & Sons, 49-87
- Nemiah, J.C.** 1988a: *Somatoforme Störungen*, in: **Freedman, A.M./Kaplan, H.I./Saddock B.J./Peters, U.H.** (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik*, Bd 4: *Psychosomatische Störungen*, NY/Stuttgart: Thieme, 60-88

- Nemiah, J.C.** 1988b. *Dissoziative Störungen (hysterische Neurose, dissoziativer Typ)*, in: Freedman, A.M./Kaplan, H.I./Saddock B.J./Peters, U.H. (Hrsg.): *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Bd 4: Psychosomatische Störungen*, NY/Stuttgart: Thieme, 89-112
- Oesterreich, T.K.** 1916: *Der Besessenheitszustand, seine Natur und seine religions- und völkerpsychologische Bedeutung*, Langensalza: Wendt & Klauwell
- Oesterreich, T.K.** 1928: *Die Probleme der Einheit und der Spaltung des Ich*, Stuttgart: Kohlhammer
- Orengo Garcia, F.** 1990: *The Concept of Dissociation in the New Edition of the International Classification of Diseases (ICD-10)*, in: *Dissociation* 1990/III/4, 204-208
- Paley, A.-M. N.** 1988: *Growing up in Chaos: The Dissociative Response*, in: *The American Journal of Psychoanalysis*, 1988/48/1, 72-83
- Pekala, R.J./Kumar, V.K./Marcano, G.** 1995: *Hypnotic Susceptibility, Dissociation, and Marijuana Use: a Relationship Between High Hypnotic Susceptibility, Marijuana Use and Dissociative Ability*, in: *Dissociation* 1995 VIII/2, 112-118
- Peltzer, K.** 1996: *Counselling and Psychotherapy of Victims of Organised Violence in Sociocultural Context*, FFM: IKO
- Perry, C./Lawrence, J.-R.** 1984: *Mental Processes Outside of Awareness: The Contributions of Freud and Janet*, in: **Bowers, K.S./Meichenbaum, D.** (Eds.): *The Unconscious Reconsidered*, NY: John Wiley & Sons, 9-48
- Peter, B.** 1992. *Hypnose*, in: **Asanger, R./Wenninger, G.:** *Handwörterbuch der Psychologie*, Weinheim: PVU, 307-310
- Pfeifer, S./Brenner, L./Spengler, W.** 1994: *Störung mit multipler Persönlichkeit. Darstellung von zwei Fällen und Entstehungsmodell*, in: *Nervenarzt* 1994/65, 623-627
- Pfeiffer, W.M.** 1992: *Meditation und Trance*, in: **Asanger, R./Wenninger, G.:** *Handwörterbuch der Psychologie*, Weinheim: PVU, 428-435
- Pfeiffer, W.M.** 1995: *Transkulturelle Aspekte der Psychiatrie*, in: **Faust** (Hrsg.): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*, Stuttgart: G. Fischer, 31-37
- Piaget, J.** 1923/1972: *Sprechen und Denken des Kindes*, Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann
- Prince, M.** 1885/1975: *The Nature of Mind and Human Automatism*, London: Lippincott; Faksimile in: *The Origins of Psychology. A Collection of Early Writings*, Vol.1, NY/Amsterdam: Liss 1975, 1-183

- Prince, M** 1921a: *The Structure and Dynamic Elements of Human Personality*, in: **ders.** 1975: *Psychotherapy and Multiple Personality: Selected Essays*, Cambridge/Mass.: Harvard University Press, 177-213
- Prince, M** 1921b: *A Critique of Psychanalysis*, in: **ders.** 1975: *Psychotherapy and Multiple Personality: Selected Essays*, Cambridge/Mass.: Harvard University Press, 610-633
- Prince, M** 1921c: *The Unconscious*, in: **ders.** 1975: *Psychotherapy and Multiple Personality: Selected Essays*, Cambridge/Mass.: Harvard University Press, 269-289
- Putnam, F.W.** 1989a: *Pierre Janet and Modern Views of Dissociation*, in: *Journal of Traumatic Stress* 1989/2/4, 413-429
- Putnam, Frank W.** 1989b: *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*, New York: Guilford Press
- Putnam, F.W.** 1990: *Disturbances of ‚Self‘ in Victims of Childhood Abuse*, in: **Kluft, R.P.** (Ed.): *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington DC: American Psychiatric Press, 113-132
- Ray, W.J.** 1996: *Dissociation in Normal Populations*, in: **Michelson, L.K./Ray, W.J.** (Hrsg.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 51-68
- Rijnaarts, J.** 1991: *Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest*, München: dtv
- Robinson, D.N.** 1984: *Psychobiology and the Unconscious*, in: **Bowers, K.S./Meichenbaum, D.** (Eds.): *The Unconscious Reconsidered*, NY: John Wiley & Sons, 212-226
- Ronquillo, E.B.** 1991: *The Influence of ‚Espiritismo‘ on a Case of Multiple Personality*, in: *Dissociation* 1991/IV/1, 39-45
- Rosenbaum, M.** 1980: *The Role of the Term Schizophrenia in the Decline of the Diagnosis of Multiple Personality*, in: *Archives of General Psychiatry* 1980/37/12, 1383-1385
- Rosenbaum, M. /Weaver, G.M.** 1980: *Dissociated state: Status of a case after 38 years*, in: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980/168, 597-603
- Ross, Colin A.** 1989: *Multiple Personality Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment*, New York: John Wiley & Sons
- Ross, C.A./Norton, R.** 1989: *Effects of Hypnosis on the Features of Multiple Personality Disorder*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1989/32/2, 99-106
- Ross, C.A.** 1991: *The Dissociated Executive Self and the Cultural Dissociation Barrier*, in: *Dissociation* 1991 IV/1, 55-61
- Ross, C.A.** 1996a: *History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation*, in: **Michelson, L.K./Ray, W.J.** (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 3-24

- Ross, C.A.** 1997: *Trauma*, <http://www.rossinst.com/trauma.htm>
- Rossinstitute** 1997a: *Dissociative Experiences Scale*, <http://www.rossinst.com/-des.htm>
- Rossinstitute** 1997b: *Traumatic Memory Statement*, <http://www.rossinst.com/-mem.htm>
- Rossinstitute** 1997c: *Bluebird*, <http://www.rossinst.com/blue.htm>
- Rutschky, K.** 1992: *Erregte Aufklärung: Kindesmißbrauch: Fakten und Fiktionen*, Hamburg: Klein
- Sanders, S.** 1986a: *A Brief History of Dissociation*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1986/29/2, 83-85
- Sanders, S.** 1986b: *The Perceptual Alteration Scale: A Scale Measuring Dissociation*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1986/29/2, 95-102
- Schaps, R.** 1992: *Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau*. FFM: Campus
- Scharfetter, C.** 1995<sup>4</sup>: *Schizophrene Menschen: Diagnostik; Psychopathologie; Forschungsansätze*, Weinheim: Beltz, PVU
- Schuster, P.** 1992: *Neurose*, in: **Asanger, R./Wenninger, G.**: *Handwörterbuch der Psychologie*, Weinheim: PVU, 483-488
- Sidranfoundation** 1997: *About the Sidranfoundation*, <http://www.sidran.org>
- Sigmund, D.** 1994: *Die Phänomenologie der hysterischen Persönlichkeitsstörung*, in: *Nervenarzt* 1994/65, 18-25
- Sonntag, M** 1991: *Klinische Psychologie zwischen Theorie und Praxis*, in: **Hörmann, G./Körner, W.** (Hrsg.): *Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch*, Reinbek: Rowohlt, 15-38
- Spanos, N.P./Burgess, C.** 1994: *Hypnosis and Multiple Personality Disorder*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 136-155
- Spiegel, D.** 1986: *Dissociating Damage*, in: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1986/29/2, 123-131
- Spiegel, D.** 1988: *Dissociation and Hypnosis in Post-traumatic Stress Disorder*, in: *Journal of Traumatic Stress*, 1988/1/1, 17-33
- Spiegel, D.** 1989: *Hypnosis*, in: **Howells, J.G.** (Ed.): *Modern Perspectives in the Psychiatry of the Neuroses*, NY: Brunner/Mazel, 321-331
- Spiegel, D.** 1990a: *Dissociating Dissociation: A Commentary on Dr. Garcia's Article*, in: *Dissociation* 1990/III/4, 214-215
- Spiegel, D.** 1990b: *Trauma, Dissociation, and Hypnosis*, in: **Kluft, R.P.** (Ed.): *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington DC: American Psychiatric Press, 247-262

- Spiegel, D.** 1994: *Dissociation: Culture, Mind, and Body*, Washington DC: American Psychiatric Press
- Spiegel, D./Vermutten, E.** 1994: *Physiological Correlates of Hypnosis and Dissociation*, in: **Spiegel, D.** (Ed.): *Dissociation: Culture, Mind, and Body*, Washington DC: American Psychiatric Press, 185-210
- Spitzer, C./Freyberger, H.J./Kessler, Ch.:** *Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten*, in: *Psychiatrische Praxis* 1996,23/2, 63-68
- Steinberg, M.** 1990: *Transcultural Issues in Psychiatry: The ‚Ataque‘ and Multiple Personality Disorder*, in: *Dissociation* 1990/III/1, 31-33
- Stone, M.H.** 1990: *Incest in the Borderline Patient*, in: **Kluft, R.P.** (Hrsg.): *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington DC: American Psychiatric Press, 183-205
- Stroemgren, E.** 1994: *ICD-9, ICD-10, DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV - Ansätze und Konzepte der modernen psychiatrischen Diagnostik*, in: **Dilling et al.** (Hrsg): *Von der ICD-9 zur ICD-10*, Bern: Huber
- Studt, H.H.** 1995: *Psychosomatische Medizin und Neurosenlehre*, in: **Faust** (Hrsg.): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*, Stuttgart: G. Fischer
- Stumpfe, K.D.** 1985: *Psychosomatische Reaktionen bei einem Erlebnis der Todesnähe. Ein Zustand der affektiven Dissoziation*, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1985/31/3, 215-225
- Sutcliffe, J.P./Jones, J.** 1962: *Personal Identity, Multiple Personality, and Hypnosis*, in: *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1962/X/4, 231-269
- Sutherland, J.D.** 1993: *The Autonomous Self*, in: *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1993/57/1, 3-32
- Tillman, J.G./Nash, M.R./Lerner, P.M.** 1994: *Does Trauma Cause Dissociative Pathology?* in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 395-414
- Tölle, R.** 1994: *Psychiatrie*, Berlin/Heidelberg: Springer
- Utrio, K.** 1987: *Evas Töchter. Die weibliche Seite der Geschichte*, Berlin: Wohlthat's Versand
- Vachss, A.** 1995: *Kult*, FFM/Berlin: Ullstein
- van der Hart, O./Horst, R.** 1989: *The Dissociation Theory of Pierre Janet*, in: *Journal of Traumatic Stress*, 1989/2/4, 397-412
- van der Kolk, B.A.**(Ed.) 1987a: *Psychological Trauma*, Washington DC: American Psychiatric Press

- van der Kolk**, B.A. 1987b: *The Psychological Consequences of Overwhelming Life Experiences*, in: **van der Kolk**, B.A.(Ed.): *Psychological Trauma*, Washington DC: American Psychiatric Press, 1-30
- van der Kolk**, B.A. 1987c: *The Separation Cry and the Trauma Response: Developmental Issues in the Psychobiology of Attachment and Separation*, in: **van der Kolk**, B.A.(Ed.): *Psychological Trauma*, Washington DC: American Psychiatric Press, 31-62
- van der Kolk**, B.A. 1987d: *The Role of the Group in the Origin and Resolution of the Trauma Response*, in: **van der Kolk**, B.A.(Ed.): *Psychological Trauma*, Washington DC: American Psychiatric Press, 153-172
- van der Kolk**, B.A./**Kadish**, W. 1987: *Amnesia, Dissociation and the Return of the Repressed*, in: **van der Kolk**, B.A. (Ed.): *Psychological Trauma*, Washington DC: American Psychiatric Press, 173-190
- van der Kolk**, B.A. 1988: *The Trauma Spectrum: The Interaction of Biological and Social Events in the Genesis of the Trauma Response*, in: *Journal of Traumatic Stress*, 1988/1/3, 273-290
- van der Kolk**, B.A./**van der Hart**, O. 1989: *Pierre Janet and the Breakdown of Adaption in Psychological Trauma*, in: *American Journal of Psychiatry* 1989/146/12, 1530-1540
- van der Kolk**, B.A./**Ducey**, C.P. 1989: *The Psychological Processing of Traumatic Experiences; Rorschach Patterns in PTSD*, in: *Journal of Traumatic Stress* 1989/2/3, 259-274
- van der Kolk**, B.A./**Brown**, P./**van der Hart**, O. 1989: *Pierre Janet on Post-Traumatic Stress*, in: *Journal of Traumatic Stress* 1989/2/4, 365-378
- van der Kolk**, B.A./**Pelcovitz**, D./**Roth**, S./**Mandel**, F.S./**McFarlane**, A./**Herman**, J.L. 1996: *Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaption to Trauma*, in: *American Journal of Psychiatry* 1996/153/7, Festschrift Supplement, 83-93
- Vanderlinden**, J./**Van Dyck**, R./**Vandereycken**, W./**Vertommen**, H. 1991: *Dissociative Experiences in the General Population in the Netherlands and Belgium: A Study With the Dissociative Questionnaire (DIS-Q)*, in: *Dissociation* 1991/IV/4, 180-184
- Vanderlinden**, J./**Van der Hart**, O./**Varga**, K. 1996: *European Studies of Dissociation*, in: **Michelson**, L.K./**Ray**, W.J. (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 25-50
- Wagstaff**, G.F. 1994: *Hypnosis*, in: **Colman**, A.M. (Ed): *Companion Encyclopedia of Psychology*, Vol 1, London/Ney York: Routledge, 991-1006
- Watkins**, J.G./**Watkins**, H.H. 1990: *Dissociation and displacement: Where goes the ,Ouch‘?* In: *American Journal of Clinical Hypnosis* 1990/33/1, 1-10

- Wenzel, T.** 1995: „*Altered states of consciousness*“ als Anpassung an extreme Belastungssituationen, in: *curare* 1995/18/2, 427-431
- Whalen, J.E./Nash, M.R.** 1996: *Hypnosis and Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, in: **Michelson, L.K./Ray, W.J.** (Eds.): *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, New York: Plenum Press, 191-206
- Winnicott, D.W.** 1965/1974: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*, München: Kindler 1974
- Wirtz, U.** 1989: *Seelenmord. Inzest und Therapie*, Zürich: Kreuz
- Woody, E.Z./Bowers, K.S.** 1994: *A Frontal Assault on Dissociated Control*, in: **Lynn, S.J./Rhue, J.W.** (Eds.): *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*, NY: Guilford Press, 52-79
- Wulff, E.** 1969/1978: *Transkulturelle Psychiatrie*, in: *Argument Studienheft* 23/1979, Berlin: Argument
- Wygotski, L.S.** 1934/1993: *Denken und Sprechen*, FFM: Fischer
- Yates, J.L./Nasby, W.** 1993: *Dissociation, Affect, and Network Models of Memory: An Integrative Proposal*, in: *Journal of Traumatic Stress*, 1993/6/3, 305-326
- Zapotoczky, H.G./Herzog, G.** 1994: *Hysterische Störungen*, in: **Reinecker, H.** (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*, Göttingen/Bern: Hogrefe, 327-362
- Zatzick, D./Marmar, Ch./Weiss, D./Metzler, T.** 1994: *Does Trauma-Linked Dissociation Vary Across Ethnic Groups?* in: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1994/182/10, 576-582