

## Editorial

Es gibt unerfüllbare Forderungen. Dazu gehört der Befehl „Sei spontan!“, aber auch die Aufforderung „Definieren Sie mir bitte mal präzise, was genau Dissoziation ist!“. Dissoziationen und Dissoziativität sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich dem Präzisen widersetzen und entziehen. Dissoziative Symptome können effektiv vor aversiven Wahrnehmungen und vor Überforderung schützen. Daher ist es Aufgabe dissoziativer Wahrnehmungs- und Bewusstseins-Veränderungen, die korrekte Realitätswahrnehmung zu beeinträchtigen, die präzise Gedächtnisleistung zu vermindern und die Wahrnehmung der Welt und des Selbst zu trüben. Etwas abstrakt lässt sich Dissoziation mit Pierre Janet als „Störung der integrativen Funktionen des Bewusstseins“ definieren.

Konstrukte von Subtypen wie Derealisation und Depersonalisation sowie dissoziative Amnesie sind noch recht gut abzugrenzen. Die dissoziativen Zustände umfassen aber auch States, die leicht mit Trance zu verwechseln sind, mit epileptiformen Absenzen, mit Intoxikationszuständen oder mit einem bewussten, bockigen Abschalten. Dissoziation ist also ein vielgestaltiges Phänomen. Sicher ist es auch kein Zufall, dass mit dem SKID-D ein besonders umfangreiches Manual zur Diagnostik dieser Störungsgruppe entwickelt wurde. Diese Phänomene und Symptome scheinen nicht einfach abzufragen und abzufragen zu sein, sondern es bedarf einer Annäherung, eines Einkreisens, eines achtsamen Versuches, dieses Nebulöse abzugrenzen und einzugrenzen.

Dabei sind dissoziative Zustände für die Psychotherapie gerade schwerer Persönlichkeitsstörungen sehr relevant. Neueste Forschungen belegen empirisch, dass in dissoziativen Zuständen fast kein Lernen stattfindet. Menschen mit dissoziativen Symptombildungen werden dann auch besonders schwer therapierbar sein, denn therapeutische Veränderungen beinhalten immer auch Lernschritte emotionaler und kognitiver Art. Ein dissoziativer Zustand ist eine Art seelische Auszeit, ein Heraustreten aus dem eigenen Körper und der aktuellen Umwelt, ist ein Stillstand. In diesem zeitlosen Zustand geschehen

keine Veränderungen, gibt es keine Entwicklung, keinen Fortschritt. Dissoziationen scheinen biologisch der Erstarrungsreaktion verbunden zu sein, und es ist klinisch immer wieder wichtig, dissoziative Zustände möglichst genau zu durchleuchten und dann zu beenden, um therapeutische Erstarrungen, therapeutischen Stillstand zu beenden.

Eva Irle, Claudia Lange, Ulrich Sachsse und Godehard Weniger berichten über „Neurale und neuropsychologische Veränderungen bei traumatisierten Patienten mit dissoziativen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Es gehört inzwischen zum psychologischen und psychiatrischen Allgemeinwissen, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und insbesondere einer komorbiden, persistierenden PTBS-Symptomatik sehr oft verkleinerte Volumina von Hippocampus und Amygdala aufweisen. Daraus ist die implizite Gleichsetzung entstanden: Alle Traumatisierten haben verkleinerte Hippocampi und Amygdalae. Die Göttinger Forschungsgruppe kann inzwischen auf Datensätze von über 60 Patientinnen mit gravierenden Traumafolgestörungen zurückgreifen. Dabei erwies sich, dass Patientinnen mit einer ausgeprägt dissoziativen Störung dann, wenn diese suffizient eine intrusive posttraumatische Symptomatik verhindert, bei diesen Hirnkernen normale Volumina aufweisen. Aus diesen Ergebnissen könnte gefolgert werden, dass ein hoch dissoziativer Abwehrstil Stress-bezogene, schädigende Einflüsse auf das Gehirn abmildert. Diese Daten und Ergebnisse können bisher nur als Diskussionsbeitrag gelten, bis weitere neurobiologische Forschungen dieses Ergebnis bestätigen oder relativieren, zumal es auch Hirnforschungsbefunde gibt, die diesem Ergebnis widersprechen.

Patienten, die unter dissoziativen Zuständen leiden, berichten übereinstimmend, dass solchen Zuständen diffuse Spannungszustände und ein unspezifischer „Druck“ vorausgehen. Christian Stiglmayr hat dieses Phänomen beforscht und stellt in seinem Beitrag „Spannung und Dissoziation“ die Ergebnisse dar. Der Beitrag liefert einen aktuellen Überblick zu den Phänomenen aversive Anspannung und Dis-

© 2010 Schattauer GmbH, Stuttgart

soziation, jeweils schwerpunktmäßig bezogen auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es wird auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Spannungszuständen und dissoziativem Erleben eingegangen. Sowohl unerträgliche Spannungszustände als auch dissoziative States werden nicht selten durch selbstverletzendes Verhalten oder andere dysfunktionale Verhaltensweisen wie Suchtmittelabusus beendet. Die Kenntnis dieser Forschungsergebnisse hat erhebliche Auswirkungen auf die Therapie.

„Bewährte und nützliche Strategien in der Behandlung von Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen“ vermitteln Helga Mattheß und Martin Sack in ihrem Beitrag. Anders als bei Menschen, die als Erwachsene und nur in einer Situation traumatisiert wurden, stehen bei dissoziativen Patienten hoch belastende Erfahrungen und Traumatisierungen in der Regel schon in der Kindheit im Vordergrund. Kommt es zu Erfahrungen, welche die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten eines Kindes überfordern, reagiert dieses bis zu einem Alter von etwa 6 Jahren gewöhnlich mit dissoziativen Mechanismen. Eigentlich sollte in den ersten Lebensjahren hinreichend Schutz durch die Eltern oder andere betreuende Erwachsene gewährleistet sein, um Kindern die für ein gesundes Aufwachsen notwendige Sicherheit zu bieten. Jedoch sind oft genau diese Menschen die Quelle der Bedrohung und Gefahr für die Kinder. Somit wird vor allem das Bindungssystem dieser Kinder massiv beeinträchtigt und verstärkt die dissoziativen Schutzmechanismen. Nicht nur die Symptome der Dissoziation führen zu Schwierigkeiten in der Therapie, die therapeutische Beziehung selbst kann ein Problem für Betroffene sein, die schon so früh gelernt haben, gerade den Menschen, denen man nahesteht, nicht vertrauen zu können.

Für die Forschung ist es unabdingbar, mit möglichst präzisen, operationalisierbaren Entitäten arbeiten zu können. Die Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung und der dissoziativen Störungen bereitet immer wieder erhebliche Probleme. Bettina Overkamp und Sandra Helmke-Jaeger stellen den aktuellen Diskussionsstand in ihrem Beitrag „Dissoziative Störungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Traumaätiologie“ dar.

Seit über 30 Jahren werden sowohl die Borderline-Störung als auch die dissoziativen Störungen, insbesondere die Dissoziative Identitätsstörung, selten klar definiert. Klinisch werden die Begriffe entweder oft synonym gebraucht oder aber übertrieben gegeneinander abgegrenzt. Tatsächlich besteht eine deutliche Überschneidung der Symptomatik zwischen den genannten Diagnosen, und es liegen zahlreiche Befunde vor, die auf eine gemeinsame Traumaätiologie hinweisen.

Wie verläuft das Leben von Menschen, die unter komplexen dissoziativen Störungen, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder anderen komplexen Traumafolgestörungen leiden? „Langzeitverläufe stationärer Psychotherapie bei komplexen Traumafolgestörungen“ schildern Stephanie Müller und Ulrich Sachsse. Auf dem Feld der komplexen Traumafolgestörungen wie BPS, chronische PTBS, komplexe PTBS und Dissoziation sind in den vergangenen 15 Jahren umfangreiche Verlaufs- und Behandlungsforschungen möglich gewesen. Mit der Diagnose BPS wird eine in sich heterogene Gruppe von Menschen beschrieben. Am einen Ende des Spektrums sind Adoleszente einzuordnen, die eine Art protrahierter Pubertät durchlaufen und sich rasch und gut bessern. Es folgt die Gruppe der „normalen“ Borderline-Patienten ohne gravierende Komorbidität. Durch die Entwicklung störungsspezifischer Psychotherapieverfahren ist die Prognose dieser Patientengruppe heute doppelt bis dreimal so gut wie noch vor 20 Jahren. BPS ist inzwischen eine State-Diagnose, keine Trait-Diagnose. Drei Untergruppen der BPS haben eine schlechtere Verlaufsprognose und bedürfen einer störungsspezifischen Psychotherapie, die über das inzwischen übliche Behandlungsvorgehen bei BPS hinausgehen: BPS und Sucht, BPS und Dissoziation, BPS und PTBS besonders bei Patienten mit Missbrauchserfahrungen in Kindheit und Jugend. Hier stehen inzwischen Verfahren und Methodenkombinationen zur Verfügung, deren langfristige Wirksamkeit auch empirisch belegt ist.

Die Erforschung und Behandlung dieser Gruppe schwer geschädigter Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen bessert sich von Jahr zu Jahr.

*Martin Sack und Ulrich Sachsse*