

- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes* (vol. 1). Paris: Alcan.
- Janet, P. (1911). *Etat mental des hystériques*. Paris: Alcan. (Der Geisteszustand der Hysterischen: Die psychischen Stigmata. Leipzig: Deuticke, 1894; franz. Orig. 1893)
- Janet, P. (1925). *Les médications psychologiques* (2 Vols.). Paris: Félix Alcan. (English: Psychological healing. New York: MacMillan, 1975)
- Kapfhammer, H. P. & Möller, H. J. (1995). MPD: Klinische Entität oder soziokulturelles Phänomen. *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 137, 323-325.
- Mitscherlich, A. & Mitscherlich, M. (1967). *Die Unfähigkeit zu trauern*. München: Piper.
- Pfeifer, S., Brenner, L. & Spengler, W. (1994). Störung mit multipler Persönlichkeit. *Nervenarzt*, 65, 623-627.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Sachs, R. G. & Peterson, J. A. (1994). *Processing memories retrieved by trauma victims and survivors: A primer for therapists*. Tyler, TX: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Schneider, P. (1994). *Ich bin Wir. Die multiple Persönlichkeit*. Neuried: ars una.
- Steinberg, M. (1993a). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1993b). *Interviewer's guide to the Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1995). *Hypnose bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie*. München: Quintessenz.

Keywords: Multiple Personality Disorder, Dissociative Identity Disorder, Holocaust, history, Germany

Abstract: After one of few documented cases of "exchanged personality" (MPD/DID), described by Gmelin in the year 1791, there was silence in the German MPD-literature for almost 200 years. Multiple personalities had to learn about their not being "mad" (psychotic etc.) through (auto-) biographies like "When Rabbit Howls" or "The Flock". The reason why Germany is/was so far back in the research and treatment of trauma-induced personality disorders, are explored: After World-War II there never had been a coping with fascist history in individual and family life. Having lost an unjust and devastating war they had encouraged their leader to initiate, German men and women were not able to work on their experiences of war traumatization. This "inability to mourn" (Mitscherlich) led to the inability to confront oneself with the "victim within as well as the persecutor within". It was not until the 70s, when the feminist movement arose, that the topic of violence against women and children as well as the psychological consequences of traumata, e.g. sexual abuse, became a political issue. In the 80s and 90s some German clinicians began to learn from their Dutch and American colleagues how to treat dissociative disorders. After the inspiring Amsterdam conference of the ISS(MP & D) in 1992 there were many activities, study groups, publications, supervision, so that by now there are several hundred trained MPD-therapist and social workers in Germany. When the first congress on MPD/DID in Germany took place in 1994 in Bielefeld, it was at the same time the most numerous reunion of women in the health care services since 1945, stressing MPD as an important therapeutic, social and political issue. The congress in 1995 in Amsterdam brought about the founding of a German ISSD-study group. The need for further training and research on MPD/DD in Germany is stressed.

Michaela Huber, Dipl.-Psych.
Harleshäuser Str. 74
34130 Kassel

Zur Anwendung hypnotischer Interventionen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen

Richard P. Kluff¹

In den letzten 15 Jahren wurde in Nord-Amerika die Diagnose "Dissoziative Identitätsstörung" (früher "Multiple Persönlichkeitsstörung") und "nicht näher spezifizierte dissoziative Störung" immer häufiger gestellt, und seit kurzem zeichnet sich in Europa eine ähnliche Tendenz ab. Dieses zunehmende Gewahrwerden von dissoziativen Störungen geht mit einem wachsenden Interesse an hypnotischen Techniken zur Behandlung solcher Fälle einher. Obwohl die Verwendung hypnotischer Verfahren in zahlreichen Publikationen erwähnt wird, findet man doch wenig grundlegende Beschreibungen oder gar wörtliche Therapieprotokolle, die dem Leser Aufschluß darüber geben könnten, was bei der praktischen Anwendung dieser Techniken genau gesagt oder getan wird. Dieser Artikel soll einige hypnotische Interventionen bei der Behandlung einer Patientin mit Dissoziativer Identitätsstörung illustrieren und dem Leser die Überlegungen des Autors für ihren Einsatz verdeutlichen. Damit soll Hypnose als Methode zur Förderung des Therapieprozesses demonstriert werden.

Einführung

Im Jahre 1943 hatte man die Dissoziative Identitätsstörung (DIS, vormals *Multiple Persönlichkeitsstörung*, MPD) als nicht mehr existent erklärt (Stengel, 1943); ihre moderne Wiederaufstehung in Diagnose und Behandlung zeigt aber, daß der wissenschaftliche Nachruf dieser Störung zu früh geschrieben worden ist. Zwar wurden Anstrengungen unternommen, sie als eine kulturspezifische, nordamerikanische Erscheinung abzustempeln (Fahy, 1988); ihre zunehmende Diagnostizierung in Europa (Coons, Brown, Kluff & Milstein, 1992; van der Hart, 1993), in der Karibik (Martinez-Tabosa, 1989), im Mittleren Osten (Somer, 1989), in Neu-Seeland (Altrocchi, 1992) und in Asien (Kluff, unveröffentlicht) zeigt aber, daß es sich hierbei um ein durchaus weitverbreitetes klinisches Syndrom handelt, welches am ehesten dort anzutreffen ist, wo einheimische Besessenheitssyndrome ihren Wert als Ausdrucksmöglichkeiten und Bedeutungsträger von emotionalem Streß verloren haben.

Traditionellerweise hatte man DIS als eine außergewöhnliche und seltene Störungsform angesehen; dennoch wurde ein häufiges Vorkommen berichtet (Putnam, Guroff, Silberman, Balban & Post, 1986; Coons, Bowman & Milstein, 1988; Ross, Norton & Wozney, 1989; Schultz, Braun & Kluff, 1989; siehe auch Kluff, 1991), und drei neuere Untersuchungen konnten zeigen, daß diese Störungsform bei weitem nicht ungewöhnlich ist. Als

¹ Die englische Version dieses Artikels ist in *Hypnos*, 21(4), 1994 veröffentlicht. Übersetzung von Burkhard Peter.

nützlich hat es sich erwiesen, hospitalisierte psychiatrische PatientInnen mit Hilfe der *Dissociative Experiences Scale* (Bernstein & Putnam, 1986) zu untersuchen und dann jene Patienten oberhalb eines bestimmten Kriteriums mit Hilfe valider und reliabler strukturierter klinischer Interviews genauer zu untersuchen, wie z.B. der *Dissociative Disorders Interview Schedule* (Ross, 1989a) oder dem *Structured Clinical Interview for the Diagnosis of DSM-IV Dissociative Disorder* (Steinberg, 1993a, b). Ross, Anderson, Fleisher und Norton (1991) fanden, daß man unter den jährlichen Zugängen eines kanadischen Allgemeinen Krankenhauses 3,3% der PatientInnen als DIS-PatientInnen diagnostizieren konnte. Saxe und Kollegen (1993) fanden heraus, daß 4% der psychiatrischen Betten eines Krankenhauses der Harvard Medical School mit zuvor undiagnostizierten DIS-PatientInnen belegt waren. Und Boon und Draijer (1993) berichteten, daß 5% der psychiatrischen Patienten eines holländischen Krankenhauses als DIS-Fälle hätten diagnostiziert werden müssen. Ein größerer Prozentsatz an PatientInnen in jeder Studie hatte zudem andere, vorher nicht diagnostizierte dissoziative Störungen.

Viele Forscher und Kliniker glauben immer noch, daß einige oder alle DIS-Fälle als iatrogen anzu sehen seien. Der definitive Nachweis für diese Behauptung steht aber immer noch aus. Es ist nämlich nicht schwer, jemanden dazu zu bringen, vorübergehend viele Symptome einer DIS zu zeigen (Kluft, 1982); wohingegen viele Fälle, die als iatrogen bzw. künstlich erzeugt hingestellt wurden, nicht jene klinischen Symptome der eigentlichen Störung aufweisen und somit als in der Tat fehlidiagnostiziert anzusehen sind. Wenn man solchmaßen fehlidiagnostizierte Fälle aussondert, bleiben keine "iatrogenen" Fallberichte mehr übrig.

Ferner wurde behauptet, daß Hypnose das klinische Erscheinungsbild der DIS erzeugt oder zumindest deutlich beeinflusst. Obwohl diese Meinung häufig anzutreffen ist und obwohl berichtet wurde, daß DIS-PatientInnen sich verschlechtert hätten nach Behandlungen, welche Hypnose einschlossen (Kluft, 1982), zeigen Vergleiche von hypnotisch mit nicht-hypnotisch diagnostizierten und/oder behandelten DIS-Fällen kaum Unterschiede in ihrem klinischen Erscheinungsbild (Ross, 1989b). Ferner wurde immer wieder behauptet, daß allein schon das Interesse eines Therapeuten an DIS entweder zur Kreation dieser Störung führe oder einen erheblichen Einfluß auf ihr Erscheinungsbild ausübe; dennoch zeigen sich keine Unterschiede in der Symptomatologie von DIS, wenn man die Beschreibungen von besonders an DIS interessierten TherapeutInnen vergleicht mit denen ohne dieses Interesse und die DIS-Fälle nur gelegentlich zu Gesicht bekommen (Ross, Norton & Fraser, 1989).

Für diejenigen Leser, die sich für das Thema Hypnose bei DIS interessieren, mag es wichtig sein zu erfahren, daß DIS-PatientInnen sich anhand standardisierter Hypnotisierbarkeitsskalen als hoch-hypnotisierbar erweisen (Bliss, 1984; Frischholz, 1985). Bliss (1986) hat deshalb die Entstehung von DIS in Zusammenhang mit dem unbeabsichtigten Mißbrauch von Autohypnose gebracht. In der klinischen Praxis jedoch ist es nicht ungewöhnlich, daß DIS-PatientInnen den formalen Gebrauch von Hypnose sowohl zur Diagnose als auch zur Behandlung ablehnen. Manche Forscher anerkennen zwar auch die Rolle der Hypnotisierbarkeit in der Psychopathologie von DIS, messen den Konstrukten Dissoziation oder "Dissoziativität" (Putnam, 1991) aber größere Bedeutung zu. Dies ist zwar ein sehr interessantes Thema; seine Untersuchung wird aber dadurch erschwert, daß diese Phänomene nur schwer auseinandergehalten werden können, wenn sie in einem

massiven Ausprägungsgrad vorkommen (Frankel, 1990). Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist es nicht überraschend, daß viele Therapeuten mögliche Anwendungsformen von Hypnose bei DIS erkundet haben, was andernorts schon ausführlich diskutiert worden ist (vgl. Braun, 1984; Kluft, 1982, 1992a, b). Putnam und Loewenstein (1993) fanden, daß ca 70% der von ihnen befragten 305 TherapeutInnen formelle Hypnose anwandten, und faßten zusammen: "Durch Hypnose unterstützte Einzeltherapie wurde von allen Behandlergruppen einhellig als die Behandlung der Wahl angegeben" (p. 1048).

Es ist ohnehin fraglich, ob die Behandlung irgendeiner DIS-Patientin oder eines DIS-Patienten ohne jegliche Hypnose erfolgen kann. Ausgehend von der Feststellung von Spiegel und Spiegel (1978), daß Hypnose als Heterohypnose, als Selbst- bzw. Autohypnose und als spontaner Trancezustand vorkommen kann, habe ich (Kluft, 1987, 1991, 1992a, b) die These vertreten, daß es bei solchen hoch-hypnotisierbaren PatientInnen, die dissoziative/hypnotische Phänomene spontan zeigen und in ihre Abwehr inkorporiert haben, unmöglich ist, DIS ohne Beimischung von Hypnose zu behandeln, ganz unabhängig davon, was man als Therapeut hinsichtlich des Gebrauchs von Hypnose entschieden haben mag.

Überblick über die Anwendung von hypnotischen Interventionen in der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen

Der mit Hypnose vertraute Therapeut wird in der Behandlung von DIS-PatientInnen genügend Möglichkeiten finden, eine ganze Reihe von hypnotischen Interventionen anzuwenden. Tabelle 1 zeigt die erweiterte und modifizierte Liste von 22 Interventionsklassen, welche in meiner jüngsten Übersicht (Kluft, 1992a, b) aufgeführt wurde.

Tab. 1: Klassifikation hypnotischer Interventionen, welche bei DIS-PatientInnen nützlich sind

1. Mit den Alternativpersönlichkeiten in Kontakt kommen
2. Eine Alternativpersönlichkeit durch eine andere substituieren
3. Rekonfigurationen
4. Ideomotorisches Signalisieren
5. Zuflucht zur Verfügung stellen
6. Einen starken Affekt umgehen oder vermindern
7. Technik des langsamen Durchsickerns
8. Die Abreaktion verkürzen
9. Fraktionierte Abreaktion
10. Die Abreaktion erleichtern
11. Veränderung des Zeitempfindens
12. Biographische Daten sammeln
13. Distanzierungsmanöver
14. Die Integration erleichtern
15. Zeitweises Verschmelzen von Alternativpersönlichkeiten
16. Integrationsrituale
17. Überprüfungsprotokolle
18. Symptomerleichterung und -substitution
19. Autohypnose erlernen
20. Unterdrückende Maßnahmen
21. Ratifizierung von Trance
22. Rückfallverhütung

Die meisten Interventionen in Tabelle 1 sind allein schon aufgrund ihrer Bezeichnung leicht zu verstehen, aber einige sollen doch etwas ausführlicher dargestellt werden für jene Leser, die mit der Literatur über DIS und Hypnose nicht so vertraut sind.

Eine Alternativpersönlichkeit durch eine andere substituieren (2.) bedeutet, daß man eine solche Alternativpersönlichkeit erscheinen läßt, die eine andere ersetzen kann. Dies ist üblicherweise bei zwei Gelegenheiten sinnvoll: Die PatientInnen zeigen eine Alternativpersönlichkeit, welche für die gegenwärtigen Umstände ungeeignet ist, und welcher ein spontaner noch ein erbetener Wechsel zu einer anderen Alternativpersönlichkeit bringt das gewünschte Ergebnis. Eine DIS-Patientin verhartete beispielsweise gegen Ende der Sitzung in einer Alternativpersönlichkeit, welche sich mit der Vergangenheit beschäftigte und nicht auf die Gegenwart reorientiert war; sie kannte weder die Adresse der Patientin noch konnte sie Auto fahren. Nachdem die Aufforderung zum Wechsel in eine andere Alternativpersönlichkeit unbeantwortet geblieben war, wurde Hypnose angewandt, um eine andere geeignete Alternativpersönlichkeit anzusprechen. In einem anderen Fall ist die Alternativpersönlichkeit, die im Alltag eine wichtige Rolle spielt, am Rande des Zusammenbruchs. Wenn es nun erlaubt wäre zu kollabieren, so würde die Patientin dekomensieren, und die kollabierte Alternativpersönlichkeit wäre demoralisiert und/oder stünde für eine bestimmte Zeit nicht mehr zur Verfügung. Bei solchen Konsequenzen ist es sinnvoll vorzusorgen, daß eine andere Alternativpersönlichkeit eine Weile die Stelle der einen einnimmt und für Aufschub sorgt.

Rekonfigurieren (3.) bedeutet, Kontakt zu vielen Alternativpersönlichkeiten aufzunehmen und ihnen dabei behilflich zu sein, daß sie einander unterstützen und/oder daß sie davon Abstand nehmen, unangemessenen Einfluß oder Druck aufeinander auszuüben. Dies meint üblicherweise, daß man auch Symptomerleichterung und Schutztechniken (Kluft, 1989) anbietet.

Einen starken Affekt umgehen oder vermindern (6.) soll die PatientInnen davor schützen, von starken Gefühlen überwältigt zu werden und diese einer Alternativpersönlichkeit aufzubürden. Solche Gefühle können zwischen den Sitzungen beispielsweise in einem imaginären Tresor eingesperrt werden, oder man kann die PatientInnen lehren, einen geistigen Regelwiderstand zu entwickeln, um zu kontrollieren, wieviel von der mit einer bestimmten Situation verbundenen Emotion subjektiv erlebt wird.

Fraktionierte Abreaktion (9.) beinhaltet eine Reihe von Schritten, welche die PatientInnen in Abreaktionen so hinein- und wieder herausbringen, daß sich kurze und ertragbare Portionen ergeben (Kluft, 1988a, im Druck a; Fine, 1991), um das schmerzvolle Material stückweise durcharbeiten zu können; damit wird eine wirkliche Desensibilisierung erzielt, ohne daß die PatientInnen dekomensieren. Die Fraktionierung des schwierigen Materials kann dadurch geschehen, daß (1) immer nur kurze Intervalle der traumatischen Situation abreaktiv bewältigt werden, daß (2) die Intensität des traumatischen Materials selbst fraktioniert wird, daß (3) die Intensität der Abreaktion von Ereignissen, welche mehr als eine Alternativpersönlichkeiten einschließen, dadurch begrenzt wird, daß man jeweils nur mit einer Alternativpersönlichkeit arbeitet, und daß man (4) das durczuarbeitende Material entsprechend der von Braun (1988a, b) beschriebenen BASK-Dimensionen (behavior, affect, sensation, knowledge) aufteilt und nur eine Dimension auf einmal durcharbeitet.

Die Integration erleichtern (14.) beinhaltet Bemühungen, verschiedene oder alle Alternativpersönlichkeiten zu bitten, dem zuzuhören, was gesagt wird, miteinander zu reden, miteinander dazwischen und gemeinsame Zusammenkünfte oder innere Gruppentherapiesitzungen abzuhalten (Caul, 1984). Das zeitweise Verschmelzen von Alternativpersönlichkeiten (15.) (Fine, 1991, 1993) meint, daß den Alternativpersönlichkeiten vorgeschlagen wird, ihre Talente zeitweilig so miteinander zu teilen, daß sie voneinander lernen oder gemeinsam bestimmte Aufgaben übernehmen können, die die Behandlung voranbringen bzw. die Integration fördern. Eine Kind- und eine Erwachsenen-Alternativpersönlichkeit können beispielsweise zusammengebracht werden, um die Arbeit am Material des Kindes zu erleichtern. Die von mir (Kluft, 1985b) vorgeschlagenen Überprüfungsprotokolle (17.) sollen es dem Therapeuten ermöglichen, in Abständen bei jenen Alternativpersönlichkeiten, die in der Behandlung keine so große Rolle spielen, um stärkere Beteiligung nachzufragen, oder einfach sicherzustellen, daß nicht wesentliche Aspekte übersehen werden. Ferner dienen sie zur Überprüfung der Stabilität der erreichten Integration.

Unterdrückende Maßnahmen (20.) beziehen sich auf quasi-exorzistische Techniken, wie sie Allison (1974) vertreten hat. Sie finden heute kaum noch Anwendung und seien nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Ratifizierung der Trance (21.) ist sehr hilfreich, um die PatientInnen davon zu überzeugen, daß auch andere Anwendungen erfolgreich sein werden (Hammond, 1990). Ein Patient bzw. eine Patientin, der/die beispielsweise eine Handschuhanästhesie erfahren hat, wird eher darauf vertrauen, daß Hypnose auch jene körperlichen Schmerzen lindern kann, die so häufig mit dem Wiedererleben vergangener Traumata auftreten. Von mir (Kluft, 1988b) wurden auch sog. Rückfallverhütungstechniken (22.) beschrieben; das heißt, daß DIS-PatientInnen in Zeiten großer Belastung, die einen Rückfall in die Spaltung befürchten lassen, beispielsweise Autohypnose zur Stärkung ihrer Integration benutzen.

Die 22 in Tabelle 1 aufgeführten Möglichkeiten werden natürlich nicht in allen Phasen oder bei allen Aspekten einer DIS-Behandlung angewandt.

Tab. 2: Stufen der Behandlung von DIS (Kluft, 1991)

1. Etablierung der Behandlung
2. Erste Interventionen
3. Anamnese und Exploration und "eine Landkarte erstellen"²
4. Veränderung des Traumas
5. Erste Ansätze zur Integration
6. Integration
7. Neues Coping lernen
8. Festigung des Erreichten und Durcharbeiten
9. Durcharbeiten

Schon verschiedentlich wurde versucht, die verschiedenen Stufen einer DIS-Behandlung zu beschreiben (Braun, 1986; Putnam, 1989; Ross, 1989a; Kluft, 1991); in Tabelle 2 sind diese Stufen aufgeführt, wie sie von mir (Kluft, 1991) beschrieben worden sind. Verkürzt dargestellt, besteht die Behandlung aller traumatisierter Patientengruppen aus drei Phasen

² Damit ist gemeint, daß bei PatientInnen mit wiederholten Mißbrauchserfahrungen und vielen Alternativpersönlichkeiten der Therapeut buchstäblich eine Karte der einzelnen Ereignisse und Persönlichkeiten anlegt, um die komplizierten Zusammenhänge noch überblicken zu können (Anm. B. P.).

(Herman, 1992), wenn man die Protokolle solcher Therapien von Janet bis in die Gegenwart betrachtet; Herman fand heraus, daß alle Traumatherapeuten mit einer Phase der *Sicherheit* beginnen, damit die PatientInnen sich sicher und unterstützt fühlen können und so erstarren. Nur so gestärkte und unterstützte PatientInnen können sich dann in einer guten therapeutischen Beziehung dem vergangenen Trauma in einer Phase der *Erinnerung und Trauer* stellen. Erst danach, in einer Phase des *Wiederzusammenführens*, werden die PatientInnen darin unterstützt, zu einer Reintegration mit sich selbst, mit anderen und mit der Gesellschaft zu finden. Meine Stufen 1 - 3 in der Tabelle 2 korrespondieren mit Hermans Phase der Sicherheit; meine Stufe 4 ist gleichbedeutend mit Hermans Phase der Erinnerung und Trauer; und meine Stufen 5 - 9 decken das gleiche ab wie Hermans Phase der Reintegration.

Hypnotische Interventionen werden schon sehr früh in der Behandlung zur Stärkung von PatientInnen und zum Aufbau von Sicherheiten angewandt. Wenn die PatientInnen erst einmal den Umgang mit diesen Techniken gelernt und diese Ziele erreicht haben, werden sie in einer viel stärkeren Position sein, um mit dem schmerzhaften Material umzugehen (Kluft, 1993b). Hypnotische Techniken werden verwandt, um die PatientInnen davor zu schützen, von all den Schwierigkeiten und Schmerzen überwältigt zu werden. Wenn das schmerzhaft Material abreagiert und durchgearbeitet worden ist, wird sich die Integration im Verlauf der Behandlung von selbst einstellen; sie kann durch Hypnose aber auch beschleunigt werden.

Zu der Kontroverse über die Verwendung von Hypnose bei DIS-PatientInnen

Katamnese-Studien bei DIS-PatientInnen zeigen, daß auch solche PatientInnen auf Dauer Integration und Erfolg erzielen konnten, deren Psychotherapien durch Hypnose unterstützt worden waren (Kluft, 1982, 1984, 1986a, 1993a). Wie oben schon erwähnt, ist es bei DIS-Patienten aufgrund der Eigenart ihrer Störung buchstäblich unmöglich, die Behandlung ganz frei von Hypnose zu halten. Dennoch bleibt die Verwendung von Hypnose bei DIS-PatientInnen ein kontroverses Thema. Es ist nicht ungewöhnlich, daß Kritiker fast die gesamte moderne Literatur über DIS unberücksichtigt lassen und insistieren, daß Hypnose die Latrogenese fördern würde. Gegen solche Angriffe kann man wenig aussprechen. Die Geschichte der Wissenschaften ist voll von Beispielen, die zeigen, daß wissenschaftliche Meinungen im vorherrschenden Paradigma verhaftet sind trotz neuer Informationen, welche dieses Paradigma in Frage stellen (Kuhn, 1970). Die Tatsache, daß die Kliniker trotz Warnungen von Skeptikern mit überwältigender Mehrheit Hypnose bei der DIS-Behandlung gebilligt haben (Putnam & Loewenstein, 1993), zeigt deutlich, wie sinnvoll Hypnose von denen eingeschätzt wird, welche konkrete Erfahrungen mit DIS-PatientInnen haben.

Vor kurzem kamen zunehmend Bedenken auf hinsichtlich der Risiken, die auftreten können, wenn man Hypnose zum Zwecke der biographischen Anamnese bei solchen PatientInnen einsetzt, die angeblich Kindheits Traumata erlitten zu haben. Diejenigen, die solche Bedenken äußern, verweisen auf eine ganze Reihe von Studien, welche nachweisen, daß hypnotisierte PatientInnen Konfabulationen produzieren, die dann von genuinen biographischen Informationen subjektiv nicht mehr zu unterscheiden seien. Dies kann dazu führen, daß mit Hypnose behandelte PatientInnen objektiv falsche aber subjektiv stim-

mige Berichte abgeben, welche zu Mißbrauchsanklagen gegen unschuldige Personen führen, mit schlimmen Folgen für alle Beteiligten.

Die komplexe und vielgestaltige Beziehung zwischen Hypnose und Gedächtnis war ein wichtiges Thema der Hypnoseforschung und es gibt verschiedene ausgezeichnete und kritische Beiträge hierzu (Pettinati, 1988; Laurence & Perry, 1988; Schefflin & Shapiro, 1989). Hier genügt es darauf hinzuweisen, daß McConkeys (1992) meisterhafte Zusammenfassung dieses Themas zu dem Ergebnis kommt, daß die wesentlichen Faktoren zur Beeinflussung des Gedächtnisses im Zusammenhang mit Hypnose der Aufforderungscharakter der Befragung und die Hypnotisierbarkeit der PatientInnen sind, nicht aber der formale Akt der Hypnoseinduktion per se. Das heißt, daß die PatientInnen, die für fehlleitende Suggestionen empfänglich sind, diese Empfänglichkeit gewissermaßen als eine ständige Eigenschaft oder Disposition besitzen. Dies kann unter einer ganzen Reihe von Umständen, die relevante Stimuli enthalten, zum Tragen kommen. In Nord-Amerika beispielsweise beschäftigen sich die Medien sehr häufig mit dem Thema des Mißbrauchs in der Kindheit; und eine Patientin, bei der der Therapeut noch so sehr darauf achtet, nicht zu Erinnerungen eines bestimmten Typus zu verleiten, wird dennoch von Stunde zu Stunde anderweitig beeinflusst und für solche Themen sensibilisiert.

Geht man davon aus, daß es unmöglich ist, die Behandlung von äußeren Einflüssen frei zu halten, und berücksichtigt man, daß Hypnose ganz unweigerlich in der Behandlung von DIS-PatientInnen eine Rolle spielt, so erscheint es klug anzuerkennen, daß man jene ideale Situation einfach nicht erzeugen kann, die den legitimen Bedenken jener entspricht, welche die genannten Befürchtungen äußern; und es wird sich als umsichtig erweisen, die Behandlung in einer Art und Weise durchzuführen, die davon ausgeht, daß das mit oder ohne Hypnose erinnerte oder wiedererlangte Material bestenfalls eine Rekonstruktion und Annäherung an die historische Wahrheit darstellen kann.

In meiner klinischen Arbeit vermeide ich nicht nur Suggestivfragen sondern auch alle verdeckten Hinweise, die dahingehend aufgefaßt werden könnten, daß ich eine Mißbrauchsgeschichte erwarten könnte. Ich folge zudem einem Prinzip der "Informierten Ungewißheit", welches ich der Arbeit von Applebaum und Gutheil (1991) hinsichtlich der Information von Patienten über Vorteile und Nebenwirkungen von Medikamenten entlehnt habe. Ich betrachte jede Technik, einschließlich der Hypnose, als eine Möglichkeit, die erwünschte und unerwünschte Ergebnisse zeitigen kann; so informiere ich auch meine PatientInnen. Ich bestärke sie darin, alles wiedererinnerte Material als vorläufig zu betrachten, was ausführlich und lange bedacht werden muß, bevor irgendwelche Aktionen unternommen werden können. Ich weise darauf hin, daß auch solches Material, welches zu einer Verbesserung der Symptomatik führt, nicht notwendigerweise in einem historischen Sinne wahr ist, auch wenn es klinisch nützlich ist. Ich bin mir dessen aber auch bewußt, daß es Umstände gibt, unter denen die besten Vorsätze und Anstrengungen zur Vermeidung von Konfabulationen durch Umstände zunichte gemacht werden, auf die die TherapeutInnen keinen Einfluß haben, wie z.B. dann, wenn PatientInnen schon mit der festen Überzeugung zur Therapie kommen, daß sie mißbraucht worden seien, sich daran aber nicht mehr erinnern könnten.

Wenn überzeugende objektive Nachweise für das, was geschehen ist, fehlen (wobei das Leugnen einer des Mißbrauchs beschuldigten Person sicherlich nicht als überzeugender objektiver Nachweis in diesem Sinne zu verstehen ist), dann obliegt es der jeweiligen Per-

son, nicht aber dem Therapeuten, zu entscheiden, ob es sich um die historische Wahrheit handelt oder nicht. Oft werden PatientInnen versuchen, diese Wahrheitsfindung über projektive Identifikationen dem Therapeuten aufzubürden. Es ist daher absolut notwendig, eine solche Rollenzuweisung abzulehnen, aber auch objektiv auf die Faktoren hinzuweisen, die in Betracht gezogen werden müssen. Ich habe an anderen Orten dieses Thema behandelt und mögliche Verbalisierungen von Bedenken angeboten (Kluft, in Druck b).

Obwohl es bislang nur um formale Hypnose und den Einsatz von Autohypnose und von spontanen Trancephänomenen zur Stabilisierung, zum Schutz und zur Heilung von DIS-PatientInnen ging, nicht aber um deren Einsatz zur Exploration und zur Gedächtnisaufreinigung per se, mag es in der Arbeit mit solchen DIS-PatientInnen, bei denen eine juristische Aufarbeitung abzusehen ist, angebracht sein, auf jeglichen Gebrauch hypnotischer Phänomene in der Behandlung ganz und deutlich zu verzichten. Das Risiko für den Patienten bzw. die Patientin, dadurch als Zeuge bzw. Zeugin für sich nicht mehr aussagen zu können, ist nicht akzeptabel.³ Da unterschiedliche Gerichte aber zu unterschiedlichen Auffassungen über den Wert von Hypnose und hypnotischer Gedächtnisaufreinigung gekommen sind, ist es wichtig, daß sich der/die LeserIn genau informiert, welche Gesetze in seinem/ihrer Gesetzesbezirk gelten.

Bei der Behandlung der Patientin, um die es in der folgenden Fallbeschreibung geht, spielten juristische Fragen keine Rolle. Sie hatte bislang bei erfahrenen Therapeuten, die weder die DIS-Diagnose akzeptierten noch Hypnose anwandten, nur Mißerfolge.

Jennifer - eine Fallbeschreibung mit wörtlicher Wiedergabe verschiedener hypnotischer Interventionen

Das folgende klinische Material wird mit dem Einverständnis der Patientin wiedergegeben, die im Pseudonym Jennifer heißt. Die wörtlichen Protokolle entstammen den Aufzeichnungen aus verschiedenen Sitzungen und Jennifer erlaubte es, sie für Workshops und Veröffentlichungen zum Zwecke der Ausbildung von KollegInnen in der Behandlung von DIS zu nutzen.

Jennifer war eine 38jährige übergewichtige Frau von durchschnittlicher Größe, deren üblicherweise nichtssagender Gesichtsausdruck oft abrupt in nackten Horror umschlug. Dann stotterte sie erheblich und konnte buchstäblich dumm erscheinen. Jennifer war das sechste von neun Kindern eines tyrannischen und mißbrauchenden Vaters und einer passiv-inadäquaten Mutter, welche abends immer zur Arbeit ging. Sowohl ihre Mutter wie auch ihre sechs Schwestern bestätigten Jennifers Angaben über die physische Brutalität des Vaters gegenüber seiner Frau und allen Kindern. Außer Jennifer litten noch vier andere Schwestern unter dem inzestuösen Mißbrauch und konnten sich an Gelegenheiten erinnern, wo sie andere Geschwister einschließlich Jennifer zugeesehen hatten, wie diese vom Vater mißbraucht worden sind.

Als Jennifer 19 war, ging ihr Auto in einer ländlichen Gegend kaputt. Dort wurde sie von einer Motorbande verschleppt und dann fünf Tage lang von 19 Männern vergewaltigt

3 In einigen US-amerikanischen Staaten wird unter Hypnose erhobenes Material vor Gericht grundsätzlich nicht anerkannt. Wenn beispielsweise eine Patientin also erstmals unter Hypnose erhört, daß sie mißbraucht worden war, so kann sie diesbezüglich nicht für sich aussagen und damit in vielen Fällen auch nicht klagen. Dies hat schon zu der Situation geführt, daß PatientInnen dann ihre Therapeuten verklagt haben, weil diese nicht verhindert haben, daß dieses Erinnern unter Hypnose geschah bzw. sie zuvor nicht über diesen rechtlichen Umstand aufgeklärt haben (Anm. B.P.).

und mißhandelt; mit durchschnittlicher Kehle wurde sie schließlich für tot gehalten und liegen gelassen. Dem Tode nahe wurde sie von einem Paar entdeckt, das auf dem abgelegenen Weg fuhr, an dem sie lag. Die Unterlagen der Polizei und des Krankenhauses dokumentieren ihre Wunden und die Schwere ihrer Verletzungen. Mehrere Monate lang war sie stumm und katon. Nachdem ihre körperlichen Verletzungen behandelt worden waren, versorgte sie ihre Mutter zu Hause.

Jennifer berichtete auch von Schlägen ihres Ehemannes und davon, daß ihr Vater sie zu Perversionen mit Urin und Fäkalien gezwungen habe. Es gibt keinen unabhängigen Nachweis für die Schläge in der Ehe, und Jennifer schämte sich zu sehr, um zu bestätigen, daß Jennifers Erinnerungen in jedem Detail stimmen; verglichen mit den Erfahrungen anderer PatientInnen und gegründet auf vorhandene Dokumentationen habe ich aber den Eindruck, daß sie mit ganz wenigen Ausnahmen die historische Wahrheit über ihre Erfahrungen berichtet hat.

Eine erste Intervention mit Signalisieren von Kompetenz

DIS-PatientInnen haben oft schon Jahre unproduktiver Therapien hinter sich und sind zynisch und demoralisiert, was die Aussichten betrifft, daß ihnen geholfen werden kann. Braun (1986) wies zuerst darauf hin, daß es notwendig ist, Kompetenz zu signalisieren und den PatientInnen zu verdeutlichen, daß sie mit jemandem zusammenarbeiten, der/die etwas von dissoziativen Störungen versteht und fähig ist, Linderung von solchen Symptomen zu verschaffen, die zuvor hartnäckig und unüberwindbar erschienen sind. Für den Anfänger ist es unsinnig, etwas anderes als Empathie demonstrieren zu wollen, denn ein erfolgloser früher Interventionsversuch kann sich auf die therapeutische Beziehung verheerend auswirken. Ein versierter Therapeut dagegen, mit Erfahrung in Hypnose, ist oft in der Lage, DIS-PatientInnen zu demonstrieren, daß sie nicht länger das hilflose Opfer ihrer Symptome sein müssen.

Ich lernte Jennifer im Aufnahmezimmer unseres Krankenhauses kennen. Während ich einige erste Informationen von ihr erhob, beobachtete ich sie auch auf Zeichen spezifischer hypnotischer Fähigkeiten hin. Als Kliniker und Forscher weiß ich, daß hypnotisches Talent nichts monolithisches bzw. kein Alles-oder-nichts-Ereignis ist. Ein Patient oder eine Versuchsperson, der/die nach standardisiertem Hypnotisierbarkeitstest als hypnotisierbar gilt, kann gewisse Aufgaben dieser Tests erfüllen, andere aber nicht (Orne & Dingers, 1989). Obwohl Jennifer in meine Richtung schaute, benahm sie sich gelegentlich so, als nehme sie mich nicht wahr. Sie erschien verwirrt, sogar überrascht, wenn ich meine Stimme lauter werden ließ, um ihre Aufmerksamkeit wiederzuerlangen. Es wurde mir klar, daß sie fähig war, etwas anzublicken ohne es zu sehen; das heißt, sie hatte ein Talent für negative visuelle Halluzination. Ich entdeckte auch, daß sie entsetzt darüber war, mit einem Mann allein in einem Zimmer zu sein, unabhängig von der Sicherheit, die die Situation bot, wurde ich möglicherweise als Bedrohung wahrgenommen. Aus ihrem Verhalten schloß ich, daß ihr grundlegender Abwehrmechanismus die Depersonalisation war zusammen mit der Derealisation meiner Person und möglicherweise der gesamten Situation. In Zeiten zunehmender Belastung ging sie dazu über, mich als nicht wirklich wahrzunehmen, einfach alle Wahrnehmungen mich betreffend auszublenden.

Ungefähr nach 10minütigem Gespräch hatte sie einen Flashback bezüglich ihrer Vergewaltigung durch die Rocker. Sie startete wie gebannt in eine leere Ecke des Zimmers, so als würde sie dort von jemandem bedroht; sie duckte sich und hielt ihre Hände schützend über sich. Der Ausdruck der Panik verstärkte sich noch in dem Maße, wie sie von dem Flashback-Erlebnis überwältigt wurde; sie begann zu weinen und sich in offensichtlichem Schmerz zu krümmen; auf meine Fragen reagierte sie mit kaum mehr als einem kurzen Blick in meine Richtung. In der Vergangenheit waren solche Episoden gefolgt von selbstzerstörerischem Verhalten, was dazu führte, daß sie mit Gewalt ruhiggestellt werden mußte, oder in lang andauernde katatonie Zuständen verfiel.

Kluft (K): Es scheint, daß Sie in etwas sehr Schlimmem stecken. Was passiert mit Ihnen?

Jennifer (J): (Zitternd) Tony!

K: Tony. Das ist der Name des Anführers jener Männer, die Sie entführt haben.

J: (Nickt)

K: Ich weiß, daß wir uns gerade erst kennengelernt haben, aber ich frage mich, ob Sie mir erlauben, Ihnen dabei zu helfen zu lernen, wie Sie solche Episoden beenden können.

J: Bisher hat nichts gewirkt. Es wird nur immer schlimmer und dauert dann tagelang an.

K: (Ich habe nun die Hypothese, daß diese schlimmen Episoden nicht die Symptome einer schizophren Psychose sind, wie zuvor angenommen, sondern die Wiederbelebung eines erlittenen Traumas.) Sie wurden von diesen Männern mehrere Tage lang mißhandelt. Wollen Sie mir sagen, daß, wenn es erst einmal anfängt, Sie die ganze Entführung und alles, was folgte, wiedererleben?

J: (Nickt, weint, und beginnt zu schluchzen.)

K: Das klingt, als ob es ganz unnötigerweise schlimm wäre. Lassen Sie uns versuchen, Ihnen etwas Erleichterung zu verschaffen.

J: Das schaffen Sie nicht.

K: Richtig, *ich* schaff das nicht. Zusammen aber, glaube ich, können wir es schaffen.

J: (Schüttelt den Kopf.)

K: Nun, wenn Sie sagen, Sie seien gezwungen, mehrere Tage lang sehr schmerzhaft Dinge wiederzuerleben, so frage ich mich doch, was wir verlieren können, wenn wir es versuchen. Sollen wir es versuchen?

J: (Nickt)

K: Gut. Können Sie sich bitte anschauen, was auf dieser Wand *dort* geschieht. Können Sie es sehen?

J: Ja, es ist schrecklich.

K: (Dadurch, daß die Halluzination auf eine andere Stelle bewegt werden konnte, weiß ich nun, daß das Symptom "gefangen" ist; es sollte deshalb auch formbar sein.) Folgen Sie nun meinem Finger, meinem rechten Zeigefinger. Ich werde an der oberen linken Ecke der Szene, die Sie sehen, beginnen und, wenn mein Finger darüber gleitet, wird diese Szene verschwinden. Folgen Sie meinem Finger. (Der Finger wird nun von oben links nach rechts bewegt und dann langsam nach unten, so daß die gesamte Szene "ausgelöscht" wird.)

J: (Mit großer Erleichterung.) Das ist unglaublich. Sie haben es gestoppt. Das geschah niemals zuvor. Ich weiß jetzt, daß Sie fähig sind mir zu helfen.

K: Ja, ich bin froh, daß wir allen Grund haben anzunehmen, daß Sie nicht mehr dieser Art von Erfahrung ausgeliefert sind; es reicht aber nicht, daß ich diese Technik beherrsche. Ich bin nicht immer da, um es zu tun. Es ist solange nicht gut, bis Sie es nicht selbst können, wann immer Sie es nötig haben.

J: Das könnte ich nie.

K: Nun, interessanterweise haben Sie es ja schon gemacht; da Sie aber nicht verstanden, was geschah, haben Sie es fälschlicherweise mir zugeschrieben. Ich habe Ihnen einfach gezeigt, daß Sie etwas tun können, von dem Sie nicht wußten, daß Sie es können. Lassen Sie uns Ihnen nun zeigen, wie das geht. Schauen Sie auf die Wand und rufen Sie sich den Flashback zurück.

J: Nein. (Sie wurde nur unter Schwierigkeiten dazu gebracht.)

K: Gut, schauen Sie auf die Wand und visualisieren Sie die Szene erneut.

J: (Schüttelt sich und zittert.) Ich sehe es.

K: Lassen Sie es so lebendig werden, daß Sie es sehen und fühlen können.

J: Es tut weh.

K: Nun lassen Sie es uns zum Verschwinden bringen. Nehmen Sie Ihren rechten Zeigefinger und beginnen Sie oben links. Es ist wichtig, daß Sie in der oberen linken Ecke beginnen. Gut so. Nun, ganz langsam, löschen Sie es aus.

J: Es ... es verschwindet.

K: Richtig. Bitte, bewahren Sie diese gute Arbeit gut auf und lassen Sie es mich wissen, wenn Sie irgendwelche Hinweise oder Beratung bezüglich der Technik brauchen. (Peinlichst vermied ich Worte, die sie dahingehend hätte interpretieren können, daß sie mich zu Interventionen oder als Hilfe brauchen mußte; stattdessen half ich ihr nur, daß sie sich selbst helfen konnte.)

J: Nun ist es vorbei. (Wendet sich an mich.) Zum ersten Mal denke ich, daß ich vielleicht doch noch gesund werden kann.

K: Das ist ein guter Beginn.

Den Flashback utilisieren, um den Behandlungsprozeß voranzubringen, entspricht vielen Formen Ericksonianischer Intervention. Unter anderem verfolgte ich folgende Ziele: (1) Sowohl das Symptom zu stoppen als auch die Regression, die gefolgt wäre, wenn das Symptom fortbestanden hätte; (2) gleich zu Beginn die Notwendigkeit zu demonstrieren, daß die Patientin eine aktive Partnerin in der Therapie ist; (3) der Patientin zu zeigen, daß sie Ressourcen und Stärken hat, die sie in die Behandlung miteinbringen muß; (4) ihr die Erfahrung von Kompetenz sehr früh in der Behandlung zu vermitteln; (5) eine deutliche Aussage zu treffen, daß ich nicht den Übertragungsreaktionen entspreche, denen ich wahrscheinlich noch ausgesetzt sein werde; (6) gleich zu Beginn die regressiven Tendenzen der Patientin zu frustrieren, in mir den Magier zu sehen, dessen Hilfe bei allen zukünftigen Schwierigkeiten zu suchen ist; (7) die Motivation der Patientin dafür zu beobachten, die eigentliche therapeutische Arbeit selbst zu erledigen.

Kurz danach verstand Jennifer, daß ich willens war, mit all ihren Alternativpersönlichkeiten zu arbeiten, und sie begann mich zu bitten, nicht Jennifer B. hervorzurufen, denn die sei schwierig und gewalttätig: "Bitte, versprechen Sie mir, daß Sie nicht mit Jennifer B. sprechen werden. Sie ist sehr ärgerlich, niemand mag sie, und sie bringt mich immer in Schwierigkeiten." Da ich nun wußte, daß alle meine therapeutischen Vorgänger versucht hatten, die Alternativpersönlichkeiten daran zu hindern, zu erscheinen, indem sie sich weigerten, mit ihnen zu arbeiten, antwortete ich: "Natürlich werde ich mit ihr arbeiten wollen. Vielleicht hat sie solche Probleme, weil sie bislang keine Gelegenheit hatte, über ihre eigenen Themen zu reden und an ihrer eigenen Sache zu arbeiten." Die Patientin wechselte zu Jennifer B., schaute mich lauernd an und fragte, ob ich in der Tat vorhätte, mit ihr zu reden. Ich sagte, daß ich das wolle, daß es heute aber zu früh sei, und daß die Sitzung am nächsten Tag dazu benötigt würde, sich mit Jennifers erster Reaktion auf die Klinik zu befassen. Ich fragte, ob es möglich sei, daß wir uns am dritten Tag des Kli-

nikaufenthaltes unterhalten könnten, allerdings nur für 15 Minuten. Jennifer B. lächelte und sagte: "In Ordnung." Es gab überhaupt keine Schwierigkeiten mit Jennifer B., denn sie wurde meine Verbündete.

Dies war eine relativ einfache Intervention eines "Fachmannes". Konfrontiert mit einer Patientin, bei der es sich als Fehler erwiesen hatte, die Alternativpersönlichkeiten nicht zu beachten, und in dem Wissen, daß PatientInnen allgemein keine Fortschritte machen, wenn sie so behandelt werden (Kluft, 1985a, 1993a), war alles, was ich zu tun hatte, zu versichern, daß ich mich um die Bedürfnisse der Patientin kümmere, wolle, um eine empathische Zustimmung zu erhalten und mich als glaubhaften Heiler zu etablieren.

Interventionen zum Etablieren von Schutz und Sicherheit

Sehr bald mußte ich feststellen, daß Jennifer nur selten zur Therapie kam, ohne sich über spontane Abreaktionen und/oder sie überwältigende Angstträume zwischen den Sitzungen zu beklagen. Von Jennifer B., die bald eine wichtige Verbündete geworden war, erfuhr ich, daß die vielen Alternativpersönlichkeiten, welche die einzelnen traumatischen Erinnerungen repräsentierten, Jennifer Nacht für Nacht zwangen, das zu akzeptieren, was ihnen zugestoßen war, und ihren Schmerz mitzutragen. Sie nahmen ihr sowohl das Opfer übel, das sie für sie gebracht hatten, als auch ihre Weigerung anzuerkennen, was sie für sie ertragen hatten. So benahmen sie sich Jennifer gegenüber feindselig und quälten sie entsetzlich. Jennifer wiederum versuchte, sie zu unterdrücken und zu leugnen, daß die Erfahrungen und Erinnerungen der Alternativpersönlichkeiten mit ihr etwas zu tun hatten.

Über eine Reihe von Sitzungen konnte ich Jennifer überzeugen, auf ihre unterdrückten Alternativpersönlichkeiten zu hören und diese dazubringen, mit dem sadistischen Erzwingen von Erinnerungen aufzuhören. Jennifer lernte, die traumatischen Erinnerungen in den Sitzungen mit mir zu tolerieren, nicht aber, wenn sie allein war. Die verschiedenen Alternativpersönlichkeiten, die sich einander offenbarten, waren überwältigt und reagierten suizidal, als sie von ihren jeweiligen Erlebnissen erfuhren; und selten konnten sie ihre Berichte auf eine einzige Sitzung begrenzen. Fortschritte führten häufig zu Anzeichen von Dekompensierung und selbstzerstörerischem Verhalten. Wir mußten das Erinnern der Vergangenheit auf die Sitzungen selbst begrenzt. Nach einer Diskussion mit allen beteiligten Alternativpersönlichkeiten wurde im Anschluß an eine *rapid eye-roll* Induktion (Spiegel & Spiegel, 1978) folgende Intervention durchgeführt.

Kluft (K): Und nun erlauben Sie sich, bei drei tiefer zu gehen. Eins, zwei, drei. Und jetzt immer noch tiefer und tiefer, weiter und weiter, mehr und mehr. Immer noch tiefer bei vier, fünf, sechs, sieben, acht, neun und zehn. Lassen Sie uns nun diesen Fahrstuhl nehmen, der uns tiefer und tiefer in den Geist bringt und genau dort in der Tiefe anhält, die für Sie richtig ist und auf der Sie bereit sind, das zu tun, was Sie tun müssen. Wir müssen bis zehn zählen, um dort anzukommen. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 und 10. Und nun werden Sie gleich einen großen und starken, wasserdichten Tresor sehen, den wir so oft schon erfolgreich benutzt haben. (Jennifer nickt.) Und nun, alle zusammen, steckt in diesen Tresor all Eure Gefühle, die Ihr während der Sitzungen nicht haben könnt, weil sie zu schrecklich sind. Plaziert sie genau so, wie es nötig ist, und laßt es mich wissen, wenn Ihr fertig seid. (Jennifer nickt.) Und nun, laßt uns den Tresor verschießen. Auf eins werdet Ihr den Tresor schließen und verriegeln; auf zwei werdet Ihr auch eine Zahlenkombination einstellen, auf drei werdet Ihr zusätzlich noch eine Zeituhr am Schloß so einstellen, daß der Tresor erst 5 Minuten nach Beginn unserer nächsten Stunde geöffnet wird, aber auch nur dann, wenn ich wirklich anwesend bin. (Eine Vorsichtsmaßnahme gegen vorzeitigen Kontrollverlust, gegen Zuspätkommen und in Bezug auf meine eventuelle Abwesenheit.) Nun schließt und verriegelt den Tresor bei

eins. Bei zwei stellt nun die Zahlenkombination ein und sperrt ab. Und nun laßt uns die Zeituhr (beispielsweise) auf 11.35 Uhr am Donnerstag so einstellen, daß der Tresor nur dann geöffnet wird, wenn wir einander wirklich gegenüber sitzen; setzt nun den Zeit- und Wiedererkennungscode bei drei. Wie geht es Ihnen?

Jennifer (J): Viel besser.

K: Und nun, Melissa, wäre es nicht eine gute Idee, Dich von all dem zu befreien, woran Du zwischen heute und Donnerstag arbeiten müßtest.

J: (als Melissa) Ja, ich hasse solche Männer und was sie getan haben.

K: Ja, eine gute Idee. In Ordnung, Melissa, geh zu Deinem sicheren Platz, zu jener schönen Hütte im Wald, ganz weit weg von aller Gefahr. Mach es Dir dort bequem und nicke, wenn Du soweit bist. (Jennifer nickt.) Gut. Nun bei eins werden Deine Augen ganz schwer. Bei zwei wirst Du Dich fertigmachen zu schlafen. Bei drei werden sich Deine Augen schließen und Du wirst in einen angenehmen, heilenden und traumlosen Schlaf versinken und nicht vorher erwachen, als bis Du am Donnerstag hier wieder in meinem Büro sitzt und ich Dich bitte, aufzuwachen. Nun, Augen schwer bei eins, alles vorbereiten bei zwei, und nun bei drei Deine Augen schließen und in einen angenehmen, heilenden und traumlosen Schlaf versinken und nicht eher erwachen, als bis ich Dich am Donnerstag zu unserer nächsten Sitzung aufwecke. Und nun, Jennifer und Jennifer B., schaut nach, ob Melissa sicher schläft. Wenn nicht, laßt es mich wissen.

J: Jennifer B. sagt, daß Melissa mit einem Lächeln auf den Lippen schläft.

K: Gut.

Mithilfe solcher Interventionen wurde von Jennifer, die ja eine lange Geschichte von regressivem und destruktivem Verhalten hinter sich hatte, die Bürde genommen, dieses traumatische Material allein zu tragen, ohne dafür stark genug zu sein, und so hatte sie von nun an zwischen den Sitzungen ein relativ unbeschwertes Leben. Es dauerte über ein Jahr, bis Jennifer fähig wurde, dieses Material und die dazugehörigen Affekte ohne negative Auswirkungen in ihrem Bewußtsein zu halten. In der Zwischenzeit blieb sie von größerem regressivem, suizidalem und para-suizidalem Verhalten verschont und mußte nie mehr mit Gewalt ruhigestellt werden.

Eine fraktionierte Abreaktion vorbereiten und durchführen

Traditionelle hypnotische und hypnoanalytische Ansätze zum Abreaktieren sind in dem jüngsten Buch von Watkins (1991) gut beschrieben. Obwohl von nachgewiesener Wirksamkeit, können diese Techniken sehr kraftvoll und anstrengend sein und können Dis-PatientInnen fehlt aber die nötige Stärke und Robustheit, sich einer klassischen Abreaktion zu unterziehen, ohne daß sie ihre dissoziativen Abwehrmechanismen benutzen, entweder um sich zu schützen, oder weil sie diese dissoziative Abwehr schon in der originalen traumatischen Situation benutzt hatten, um damit fertig werden zu können; in letzterem Fall wird die dissoziative Abwehr in dem Maße wiedererweckt, wie die Vergangenheit in der Therapie wiedererlebt wird. Einige Dis-PatientInnen sind zudem in einem körperlich so geschwächten Zustand, daß ein kraftvolles Beenden einer Abreaktion ihre Gesundheit u. U. gefährlich belasten würde.

Dieses bedenkend begann ich, Techniken zu entwickeln, die es Dis-PatientInnen erlauben sollten, die abreaktive Arbeit auf eine sichere Art und Weise durchzuführen. Eine allgemeine Beschreibung ist bereits oben gegeben worden. In Jennifers Fall wurde mir bewußt,

daß einige ihrer Traumata, wie z.B. die Entführung und Vergewaltigung durch die Roker, so lange andauert hatten und so schlimm waren, daß nur eine große Anzahl neu gebildeter Persönlichkeiten dies durchstehen konnte.

Andere Alternativpersönlichkeiten waren nur kurzfristig und sporadisch vorhanden, beispielsweise während der Mißhandlungen in der Ehe oder bei bestimmten Perversionen ihres Vaters; dies führte zu einer großen Anzahl grundsätzlich ähnlichlicher Alternativpersönlichkeiten, von denen jede nur eine sehr begrenzte Lebenserfahrung besaß. Braun (1986) bezeichnet solche begrenzten Alternativpersönlichkeiten als Gedächtnisspur-Fragmente. Beim Durcharbeiten der Zeit mit den Rockern geschah es zunächst, daß alle beteiligten Alternativpersönlichkeiten angingen, ihre Erfahrungen auf einmal wiederzuerleben; so mußte ich etwas unternehmen, um alle Alternativpersönlichkeiten abzulenken oder einschlafen zu lassen, mit Ausnahme der jeweiligen, mit der ich gerade arbeitete. Als es Zeit war, sich mit Jennifers Behauptung zu befassen, daß ihr Vater in perverter Weise menschliche Fäkalien benutzte und sie zwang, während der meisten sexuellen Übergriffe diese zu konsumieren, stellte ich schnell fest, daß die Arbeit mit der einen Persönlichkeit, die dies behauptete, alle anderen mit ähnlichen Erfahrungen dazu brachte, diese Erfahrungen gleichzeitig wiederzuerleben. Regelmäßig isolierte ich deshalb die therapeutische Arbeit mit jenen Alternativpersönlichkeiten, die nicht unmittelbar betroffen waren, von der, die gerade anstand. Jennifer war nun auch schon stark genug, die Abreaktionen der einzelnen Alternativpersönlichkeiten mitzubekommen und deren Erfahrungen in ihrem Bewußtsein zu halten. Nachdem sie von den Erfahrungen einer bestimmten Alternativpersönlichkeit erfahren hatte, reagierte sie diese in der Sitzung am darauffolgenden Tag ab.

K: (Nach Tranceinduktion und -vertiefung.) Und nun werden wir uns heute mit Jills Erfahrungen beschäftigen. Deshalb treten nun alle anderen außer Jill und Jennifer zurück. Ihr werdet sehen, daß sich in ein paar Sekunden eine Nebelwand zwischen Euch und Jill und Jennifer schiebt. Innerhalb kürzester Zeit wird dieser Nebel unglaublich dicht und undurchdringlich. Zunächst werdet Ihr feststellen, daß er so dick ist, daß Ihr Jill und Jennifer nicht mehr sehen könnt. Es ist so, als seien sie ganz weit weg. Dann werdet Ihr feststellen, daß durch diesen dichten Nebel auch kein Laut mehr dringt, und kein Geruch. Ihr seid ruhig, sicher und geborgen, und so weit weg von Jill und Jennifer, daß Ihr sie nicht mehr sehen, hören und riechen könnt, daß Ihr überhaupt nicht mehr an sie denkt. Gleich wird Eure Aufmerksamkeit sich auf Orte und auf Dinge richten, die von diesem Büro ganz weit entfernt sind und nichts mit ihm zu tun haben, solange bis ich Euch am Ende der Sitzung wieder zurückrufe. (Fraktionierung dadurch, daß die Anzahl der beteiligten Alternativpersönlichkeiten minimiert wird.) Und nun, Jennifer, werden Sie sich dessen gewahr, was Jill erfahren hat; es wird aber nicht nötig sein, das zu fühlen, was sie empfunden hat, weder in Ihren Gefühlen noch in Ihrem Körper. Es wird die Zeit kommen, daß diese Situation Ihnen schon vertraut ist. (Fraktionierung durch Aufteilung des Inputs; um den Einfluß zu minimieren, sind die BASK-Dimensionen lediglich auf das Wissen reduziert.)

Nachdem Jill ihre Erfahrung abreagiert hatte, wurde sie geträstet (siehe unten) und an einem sicheren Ort schlafen gelegt, und ich wandte mich Jennifer zu, um deren Reaktionen durcharbeiten. Erst dann suggerierte ich, daß die Sonne immer höher und höher steige und den Nebel auflöse, was die anderen Alternativpersönlichkeiten in ein gemeinsames Bewußtsein im Hier und Jetzt zurückholte.

Auf diese Weise brachten Jennifer und ich es zustande, die Abreaktionen durcharbeiten und verschiedene Episoden erzwungener Koprophagie durcharbeiten, obwohl ihre Scham so intensiv war, daß sie sich häufig so erbärmlich und verachtenswert fühlte, daß sie sich umbringen wollte. Das Wissen, daß ihr Elend in Schach gehalten werden und sie

nicht mehr jeden Augenblick überfluten konnte, gab ihr aber Hoffnung und hielt ihre Aussicht auf Erleichterung aufrecht. Die Verwendung von Hypnose, um ihr Trost zu spenden, war von unschätzbarem Wert. Als beispielsweise Jill ihre Erfahrungen abreagiert hatte und hypnotisch geträstet worden war, war sie so glücklich, daß Jennifer - die nach der Abreaktion und dem Geträstetwerden einer jeden Alternativpersönlichkeiten etwas mehr Erleichterung erfuhr - überzeugt war, daß auch sie fähig würde, glücklich zu werden und voll zu genesen, nachdem auch sie alles abreagiert haben werde, was zu ihrem Trauma gehörte.

Die Anwendung von Hypnose, um den traumatisierten DIS-PatientInnen Trost zu spenden

Trösten bedeutet, Symptome zu lindern und Zuflucht zur Verfügung zu stellen. Dies kann die Form von Heilungsritualen haben, die den idiosynkratischen Bedürfnissen der einzelnen entsprechen. Für Jennifer war die Schönheit der Natur eine heilende Kraft. Sie hatte einen spirituellen und beinahe mystischen Glauben in die Heilkraft der Natur. Wir gingen daran, eine Reihe von Bildern zu entwickeln, die sie sowohl als sicher wie als heilend erleben konnte. Ich habe auf eine detaillierte Wiedergabe ihrer Mißbrauchserfahrungen verzichtet; aber einige Aspekte der folgenden hypnotischen Anwendung beziehen sich natürlich darauf und manche Leser mögen sich vielleicht betroffen fühlen.

Nachdem Jill ihre Erfahrungen abreagiert hatte, fühlte sie sich zwar von Druck befreit, aber schmutzig und dreckig. Das Erleben ihrer Scham war zerstörerisch. Zum Verständnis des folgenden sollte man wissen, daß Jill während des Mißbrauchs unbekleidet war.

K: Jill, Du warst sehr tapfer und hast all die Arbeit auf Dich genommen, das mitzuteilen, was Dir widerfahren ist. Du hast eine Menge harter Arbeit geleistet. Nun ist es an der Zeit, daß es Dir besser geht.

J: (Als Jill.) Das möchte ich gerne. Ich fühle mich so schmutzig, als könnte ich nie mehr sauber werden.

K: Nun, ich bin sicher, Du erinnerst Dich, daß viele der anderen sich ebenfalls so gefühlt haben, und daß es ihnen nun besser geht.

J: (Als Jill.) Ich höre Betsy drinnen. Sie lacht und ruft mir zu, daß ich mich beeilen und zum Fluß gehen soll, damit ich zu ihr kommen und mit ihr spielen kann.

K: Gut, schließ einfach Deine Augen und geh so tief in Trance, daß es Dir gut geht und Du tun kannst, was wir tun müssen.

J: Ich bin dort.

K: Nun gehst Du zu dem Bergfluß, der strömt klar und rein. Wenn Du hochschaust, siehst Du die schneebedeckten Kappen der Berge, aus denen dieser Fluß entspringt, wenn der klare weiße Schnee schmilzt. Indem Du nun in diesen Bergfluß soweit hineinsteigst, daß Dir das Wasser bis zum Hals steht, merkst Du, daß das Wasser kalt, sehr kalt ist. Du fühlst, wie Du selber kalt wirst, sehr kalt, unangenehm kalt, dann ganz kurz sogar schmerzvoll kalt, und schließlich wirst Du ganz unempfindlich. Völlig unempfindlich und taub. Nun wendest Du Dich der Strömung zu und läßt Dein Gesicht und Deinen Kopf unter Wasser gleiten. Bemerke, während Du den Kopf schüttelst, wie die Strömung Dein Gesicht und Deine Haare reinwäscht. (Jennifer bewegt sich so, als würde sie ihr Haar und ihr Gesicht waschen.) So ist es gut. Völlig sauber. Ganz rein waschen. Und nun schau dorthin, wo sich das Sonnenlicht auf dem Wasser spiegelt. Nimm Deine Hände und halte sie genau dort unter Wasser, wo das Sonnenlicht sie trifft. Spüre, obwohl das Wasser sonst sehr kalt ist, ist es dort unter dem Sonnenlicht sehr warm. Fasse mit Deinen Händen etwas Wasser und bringe es zu Deinen Lippen und bemerke, wie das Sonnenlicht auf dem Wasser bleibt, das Du an Deinen Mund führst, und wie warm es ist, wenn Du es nun trinkst. Spüre auch, wie es Dich wärmt und reinigt, wenn Du es runterschluckst und es durch Deinen Körper strömt und Dir hilft, Dich stark, rein, wiederhergestellt und erneuert zu fühlen. Du willst vielleicht noch mehr von diesem

heilenden, reinigenden Wasser trinken und noch mehr von seiner Heilkraft spüren. (Jennifer führt ihre Hände zum Mund und tut so, als würde sie trinken.) Nun ist es Zeit, den Bergfluß zu verlassen. Wenn Du nun den Fluß verläßt, wirst Du Dich zu einem Abfallhaufen hinter den Büschen zurückziehen. Dort gehst Du in die Hocke, und während ich von eins bis drei zähle, wird alles, was nicht in Dich hineingeht, schnell und schmerzlos herausfließen. Dann trittst Du schnell hinter den Büschen hervor und gehst wieder zu dem Fluß. Und während Du das tust, hörst Du hinter Dir einen leicht zischenden Laut, wie wenn Dampf aus einem Ventil austritt. Du schaust Dich um und siehst ein kleines Rauchwölkchen dort, wo Du das gelassen hast, was Du losgelassen hast. Es ist, als ob es einfach spurlos verschwunden wäre. Wenn Du nun an das Ufer des Flusses kommst, siehst Du ein reines, flauschiges Handtuch. Du trockenst Dich damit ab und fühlst Dich durch und durch rein und sauber. Daneben liegen einige neue Kleider. Sie sind für Dich. Du kannst Dich nun anziehen und Dich sehr angenehm fühlen.

J: (Als Jill.) Mir geht es jetzt viel besser. Schau her, ich lächle. Nun kann ich mit Betsy spielen.

K: Willst Du das wirklich oder willst Du nicht lieber eine Weile schlafen?

J: Ich möchte mit Betsy spielen. Ich habe mich noch nie zuvor so gut gefühlt und möchte deshalb spielen und glücklich sein.

K: Gut. Nach dem Spielen wirst Du eine Weile an einem sicheren Platz schlafen wollen. Ich werde Dich und Betsy bitten, im Geiste irgendwohin zu gehen, wo es gut ist für Euch, und ich werde Jennifer zurückbringen. Wenn ich nun von eins bis drei zähle, treten Jill und Betsy zurück, und Jennifer, bitte, komm hervor, eins, zwei, drei.

Auf ähnliche Art wurden die Abreaktionen aller anderen Alternativpersönlichkeiten durchgeführt. Das Ergebnis war eine Runde von Alternativpersönlichkeiten, die sich von ihrer Last befreit fühlten, auf die Integration warteten und dem erfolgreichen Ende der Therapie freudig entgegen sahen. Die anderen Alternativpersönlichkeiten ließen sich durch diese Beispiele anregen und warteten darauf, ihre Traumata abreaktieren zu können und ein ähnliches Ausmaß an Wohlergehen zu erreichen. Jennifer begrüßte es mit zunehmender Intensität, daß sie von ihrer Qual erlöst werden würde, und ihre Engagement für die Behandlung vertiefte sich.

Obwohl die oben beschriebene Imagination ganz deutliche Verbindungen zu der Symbolik der Wiedergeburt, des rituellen Bades, der Taufe etc. hat, ist sie kein außergewöhnliches Beispiel für jene Imaginationen, die für DIS-PatientInnen von ganz spezieller Bedeutung sind. Hypnose besitzt dabei ungeheure Möglichkeiten, die Pein zu lindern, die in der Behandlung jedes/r Traumatisierten ganz unvermeidlich ist (Kluft, 1988a, 1989, 1992a, b). Das ganze Durcheinander, das so häufig das Thema "Hypnose bei DIS" bestimmt, hat oft genug diese Möglichkeiten verdeckt, tief verwundeten Patienten zu helfen, das durchzustehen und zu bewältigen, was vorher nicht tragbar und nicht überwindbar erschien.

Die Integration der Alternativpersönlichkeiten

Obwohl sich viele Alternativpersönlichkeiten entweder spontan oder auch mithilfe vieler anderer Techniken integrieren, ist es nicht ungewöhnlich, daß manche solange unintegriert bleiben, bis ihnen mit hypnotischen Suggestionen auf die Sprünge geholfen worden ist (Kluft, 1993c). Bis heute ist unklar, ob diese Alternativpersönlichkeiten, die nur auf hypnotische Ansätze reagieren, sich von anderen durch spezielle dissoziative Grenzen oder andere Charakteristika unterscheiden, ob dies mit Erwartungen zusammenhängt oder mit dem Wunsch, auf spezielle Weise therapiert zu werden, oder mit ganz anderen Faktoren.

Auf jeden Fall weisen unveröffentlichte Daten von Behandlungsergebnissen bei DIS-PatientInnen darauf hin, daß hypnotisch erleichterte Integrationen genauso stabil sind wie jene, welche auf andere Art erzielt worden sind (Kluft, 1982, 1984, 1986). Der Akt, einen hypnotischen Fusionsprozeß durchzuführen, ist aber solange vergeblich, bis nicht jene Arbeit vollendet ist, welche vor jeder Form von Integration durchgeführt sein muß. Auch energische Anstrengungen zur hypnotischen Integrationen sind zum Scheitern verurteilt, wenn sie in der Therapie zu früh durchgeführt werden.

Nachdem ihre erste Integration mit Hilfe von Hypnose erleichtert worden war, erfolgten alle nachfolgenden Integrationen von Jennifer spontan. Ihre erste Integration kam sowohl für sie wie auch für mich ganz überraschend. Wir hatten gerade nur ein paar Monate zusammen gearbeitet, als sie sich spontan in Jennifer L. verwandelte, die nur ganz wenig autobiographische Erinnerungen hatte, welche sie in ein paar Minuten spontan abregiert hatte. Als ich sie fragte, ob es noch mehr zu sagen gäbe, verneinte sie und meinte, sie möchte mit Jennifer vereint sein. Diese war geschockt, glaubte aber, das ertragen zu können, was Jennifer L. aufgedeckt hatte. Ich bat andere Alternativpersönlichkeiten um irgendwelche Ratschläge; aber alles, was ich erfuhr, war, daß sie eine Integration nie für möglich gehalten hätten, und daß sie keine Ideen hatten, was diesbezüglich zu tun sei. Diese Situation dauerte über eine Woche lang an.

An diesem Punkt nun war Jennifer meiner klinischen Einschätzung nach an der Kippe, hinsichtlich Integration entmutigt zu werden und ihren Fall als Fehlschlag einzuschätzen. Eine Gelegenheit zum therapeutischen Durchbruch beschwor die Gefahr herauf, ein Debakel zu werden und den ganzen Verlauf der Behandlung zu gefährden. Von früherer Arbeit mit Jennifer wußte ich, wie sehr sie die Vorstellung von heilendem goldenem Licht liebte, die ich schon verschiedentlich angewandt hatte, und sie stimmte sofort zu, als ich dies für einen Versuch der Integration vorschlug.

K: Nun, laß uns daran gehen und diesen Prozeß unterstützen. Ich glaube wirklich, daß das eigentliche Problem darin besteht, daß diese Möglichkeit der Integration so unerwartet über Sie kam, und daß Sie so wenig Zeit hatten, diese Angelegenheit richtig durchzudenken. Lassen Sie es uns versuchen, dann werden wir schon sehen. Sie können nichts falsch machen. Schlimmstenfalls werden Sie entdecken, daß Jennifer L. noch weiteres Material zum Durcharbeiten hat, oder daß Sie ängstlicher sind, als Ihnen lieb ist. Wenn wir nun weitermachen und Sie irgendetwas bemerken, was unangenehm oder beängstigend ist, oder auch nur hinderlich in irgendeiner Weise, sprechen Sie es aus oder geben Sie einen Fingerzeig. In Ordnung?

J: Ja.

K: Lassen Sie Ihre Augen nach oben rollen und Ihre Lider anfangen zu flattern und sich zu schließen. Gehen Sie bei drei tief: 1, 2, 3, und nun tiefer bei 4, 5, 6, 7, 8, 9, und zehn. Nun seid Ihr alle auf einer wunder-vollen Lichtung im Wald und nichts in der Nähe, daß Euch wehtun könnte. Reht Euch in einen Kreis ein und nehmt Jennifer und Jennifer L. in die Mitte. Jennifer und Jennifer L., umarmt Euch und haltet Euch aneinander fest. Das fühlt sich gut an und so soll es auch sein. Nun, über Jennifer und Jennifer L. ist ein Lichtpunkt, wie ein Stern am helllichten Tage. Von diesem Lichtpunkt geht nun eine Lichtdusche aus, dann ein Wasserfall von Licht, goldenes strahlendes Licht, das Euch wärmt und es Euch angenehm macht, ohne daß Ihr Euch zu warm oder unangenehm fühlt. Dieses goldene Licht strömt weiter über Euch, und bald wird es Euch so umhüllen, daß es kein Zeichen des Getrenntseins mehr gibt; wohin Ihr auch schaut, nur noch wundervolles goldenes Licht. Gleichgültig wohin Ihr auch blickt, nach oben oder unten, rechts oder links, nach vorne oder zurück, da ist nichts anderes als wunderschönes goldenes Licht. Und nun scheint das Licht Jennifer und Jennifer L. zu durchdringen, durch Euch beide hindurchzugehen und wie ein Strom des Heilens, der Stärke und der Erneuerung zwischen Euch beiden hin und her zu fließen. Während es sich nun zwischen Euch beiden hin und her bewegt, beginnt es, alles von Jennifer zu

Jennifer L. zu tragen und alles von Jennifer L. zu Jennifer. Alle Gefühle, alle Erinnerungen und alles Wissen wird nun von der einen der anderen mitgeteilt und umgekehrt. Hin und her und her und hin. Alles von Jennifer zu Jennifer L. und alles von Jennifer L. zu Jennifer. Nichts zurückhalten, nichts auslassen. Nichts ist zu klein, als daß es als unbedeutend oder zu trivial angesehen werden dürfte. Alles geht in das Fließen ein. Nichts wird als zu groß oder zu riesig angesehen. Alles reißt sich in das Fließen ein. Und nun, da alles geteilt wurde, von der einen zur anderen und von der anderen zur einen, erscheint es so töricht und so unnötig, weiterhin getrennt zu bleiben. Deshalb, bei drei fallen die Grenzen zwischen Euch, werden weggeschwungen und verschwinden. Ihr fließt ganz leicht und vollkommen ineinander, vermischt Euch leicht und sanft, denn Ihr seid schon eins geworden. Leicht, zärtlich und sanft sich vereinen. Eine neue Einheit begründen, die andauern wird, fest und stark, bis sie sich mit anderen zu wieder einer neuen Einheit vereint. Diese Einheit ist erreicht bei zwei. Und nun sinkt das Licht in Euch hinein und bleibt dort als eine Quelle der Heilung, der Stärke und der Erneuerung, und Du kannst Dich über Dich freuen und über Dich stolz sein bei der Zahl eins. (Pause)

J: Es ist merkwürdig aber gut. Ich bin in Ordnung. Es ist schön zu sehen, daß dies wirklich geschehen kann.

K: Horch nach innen. Kann irgendwer irgendeine Spur davon finden, daß Jennifer L. noch getrennt ist?

J: Ich höre nichts. Oh, nun sagt Jennifer B., daß sie (Jennifer L.) in mir ist. Und ich fühle mich anders, stärker, aber auch trauriger.

Wie oben angeführt, hatte Jennifer nach dieser durch Hypnose erleichterten Integration viele spontane Integrationen von Alternativpersönlichkeiten, die das Trauma, um das sie organisiert waren, abregiert hatten. Vielleicht hat diese hypnotisch ermöglichte Integration einige vormals starre dissoziative Barrieren durchbrochen und Jennifer mit einer Erfahrung versehen, die ihre Erwartung hinsichtlich Integration veränderte; vielleicht hat sie nun eine Fertigkeit gelernt, die sie entweder absichtlich oder unwillkürlich in Selbsthypnose angewendet hat. Diese Gedanken sind nichts weiter als Spekulationen, denn unser heutiges klinisches Wissen und wissenschaftliches Verständnis von dem Prozeß der Integration ist bestenfalls anekdotisch und metaphorisch (Kluft, 1993a, c).

Diskussion

Hypnose bietet vielfache Anwendungsmöglichkeiten für die Psychotherapie von DIS-PatientInnen. Ihre Fähigkeit, die Behandlung dieses klinisch herausfordernden Klientels zu erleichtern, hat Therapeuten dazu gebracht, sie trotz der wiederholten, wenn auch unsubstanzierten Warnungen von Kollegen anzuwenden, und ungeachtet der Möglichkeit, daß es mit den in Hypnose erhobenen Erinnerungen tatsächlich zu Komplikationen kommen kann.

Heutige nordamerikanische Therapeuten nutzen Hypnose nicht zur Gedächtnisauffrischung, sondern zunehmend um eine schmerzvolle und beschwerliche therapeutische Erfahrung für DIS-PatientInnen ertragbar zu machen. Die meisten nordamerikanischen DIS-PatientInnen, die zu einer Integration kamen, haben dies in Therapien erreicht, die auch Hypnose benutzt haben. In der klinischen Praxis führt der umsichtige und kluge Gebrauch von Hypnose zu weniger Krisen und Dekompensierungen, da der Therapeut eine große Anzahl von Techniken (Kluft, 1989) zur Verfügung hat, die es erlauben, den Verlauf der Behandlung zu modulieren und zu kontrollieren und damit die DIS-PatientInnen vor Belastungen zu bewahren, welche ihre adaptiven Fähigkeiten übersteigen könnten.

Indem dieser Artikel sowohl einen Überblick über die möglichen Anwendungen von Hypnose zur Behandlung von DIS-PatientInnen gibt als auch anhand von Transkripten zeigt, wie diese Techniken in der klinischen Praxis angewandt werden können, vermittelt er dem Kliniker vielleicht ein realistisches Bild davon, was Hypnose zur Heilung dieses schwierigen und herausfordernden Klientels beitragen kann. Für die nachdenklichen PsychotherapeutenInnen kann dies zu einer informierten und aufgeklärteren Entscheidung darüber führen, ob sie Hypnose in ihrer Arbeit mit DIS-PatientInnen benutzen wollen.

Literatur

- Adityanjee, R. G. S. & Kandewal, S. S. (1989). Current status for multiple personality in India. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1607-1610.
- Allison, R. B. (1974). A new treatment approach for multiple personalities. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 1-32.
- Altrocchi, J. (1992). "We don't have that problem here": MPD in New Zealand. *Dissociation*, 5, 101-111.
- Applebaum, P. S. & Guthrie, T. G. (1991). *Clinical handbook of psychiatry and the law* (2nd). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bliss, E. L. (1984). Spontaneous self-hypnosis in multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 135-148.
- Bliss, E. L. (1986). *Multiple personalities, allied disorders and hypnosis*. New York: Oxford University Press.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Braun, B. G. (1984). Uses of hypnosis with multiple personalities. *Psychiatric Annals*, 14, 34-40.
- Braun, B. G. (1986). Issues in psychotherapy of multiple personality disorder. In B. G. Braun (Eds.), *Treatment of multiple personality disorder* (S. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Braun, B. G. (1988a). The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation*, 1, 4-23.
- Braun, B. G. (1988b). The BASK model of dissociation: Clinical application. *Dissociation*, 1, 16-23.
- Caul, D. (1984). Group and videotape techniques for multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 43-50.
- Coons, P. M., Bowman, E. S., Kluft, R. P. & Milstein, V. (1991). The cross-cultural occurrence of MPD: Additional cases from a recent survey. *Dissociation*, 4, 124-129.
- Coons, P. M., Bowman, E. S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 519-531.
- Fahy, T. A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder: A critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.
- Fine, C. G. (1991). Treatment stabilisation and crisis prevention: Pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 661-675.
- Fine, C. G. (1993). A tactical integrationalist perspective on the treatment of multiple personality disorder. In R. P. Kluft, & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives in multiple personality disorder* (pp. 135-153). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Frankel, F. H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 823-829.
- Frischholz, E. J. (1985). The relationship among dissociation, hypnosis, and childhood abuse in the development of multiple personality disorder. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 99-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hammond, D. C. (1990). Formulation of hypnotic and posthypnotic suggestions. In D. C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestion and metaphor* (pp. 11-44). New York: Norton.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Kluft, R. P. (1982). Varieties of hypnotic interventions in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 230-240.
- Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9-29.
- Kluft, R. P. (1985a). The natural history of multiple personality disorder. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 197-238). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Kluft, R. P. (1985b). Using hypnotic inquiry protocols to monitor treatment progress and stability in multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 63-75.
- Kluft, R. P. (1986a). Personality unification in multiple personality disorder: A follow-up study. In B. G. Braun (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 29-60). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1986b). Preliminary observations on age regression in multiple personality disorder patients before and after integration. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 147-156.
- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363-373.
- Kluft, R. P. (1988a). On treating the older patient with multiple personality disorder: "Race against time" or "make haste slowly"? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 257-266.
- Kluft, R. P. (1988b). Autohypnotic resolution of an incipient relapse in an integrated multiple personality disorder: A clinical note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 91-96.
- Kluft, R. P. (1989). Playing for time: Temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90-98.
- Kluft, R. P. (1989). Multiple personality disorder. In A. Tasman, & S. M. Goldfinger (Eds.), *The American psychiatric press annual review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 161-188). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1992a). Hypnosis with multiple personality disorder. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology*, 3, 19-27.
- Kluft, R. P. (1992b). The use of hypnosis with dissociative disorders. *Psychiatric Medicine*, 10, 31-46.
- Kluft, R. P. (1993a). The treatment of dissociative disorder patients: An overview of discoveries, successes, and failures. *Dissociation*, 6, 87-101.
- Kluft, R. P. (1993b). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 145-161.
- Kluft, R. P. (1993c). Clinical approaches to the integration of personalities. In R. P. Kluft, & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives in multiple personality disorder* (pp. 101-133). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (in Druck). An overview of the treatment of patients alleging they have suffered ritualized or sadistic abuse. In G. A. Fraser (Ed.), *The phenomenon of ritualized abuse*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (in Druck). The management of abreacons. In B. M. Cohen, & J. A. Turkus (Eds.), *Multiple personality disorder: Continuum of care*. New York: Jason Aronson.
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laurence, J. R. & Perry, C. (1988). *Hypnosis, will, and memory: A psycho-legal history*. New York: The Guilford Press.
- Martinez-Tabosa, A. (1989). Preliminary observations on multiple personality disorder in Puerto Rico. *Dissociation*, 2, 128-134.
- McConkey, K. M. (1992). The effects of hypnotic procedures on remembering: The experimental findings and their implications for forensic hypnosis. In E. Fromm, & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (S. 405-426). New York: Guilford.
- Ome, M. T. & Dinges, D. F. (1989). Hypnosis. In H. L. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive text-book of psychiatry* (V. S. 1501-1516). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Petinati, H. M. (Ed.). (1988). *Hypnosis and memory*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative phenomena. In A. Tasman, & S. M. Goldfinger (Eds.), *The American psychiatric press annual review of psychiatry* (Band 10, S. 145-160). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W., Guroff, J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Putnam, F. W. & Loewenstein, R. (1993). Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.
- Ross, C. A. (1989a). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Norton.
- Ross, C. A. (1989b). Effects of hypnosis on multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 99-106.
- Ross, C. A., Anderson, G. A., Fleisher, W. P. & Norton, G. R. (1989). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1717-1720.
- Ross, C. A., Norton, G. R. & Fraser, G. A. (1989). Evidence against the iatrogenesis of multiple personality disorder. *Dissociation*, 2, 61-65.
- Ross, C. A., Norton, G. R. & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorder patients in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037-1042.
- Shelfin, A. W. & Shapiro, J. L. (1989). *Trance on trial*. New York: Guilford.
- Shultz, R., Braun, B. G. & Kluft, R. P. (1989). Multiple personality disorder: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression. *Dissociation*, 2, 45-51.
- Somer, E. (1989). Multiple personality disorder: Comments on diagnosis, treatment, and the therapist's feelings. *Sihot - Israel Journal of Psychotherapy*, 3, 101-106.
- Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Steinberg, M. (1993a). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (1993b). *Interviewer's guide to the Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stengel, E. (1943). Further studies on pathological wandering (fugues with the impulse to wander). *Journal of Mental Science*, 89, 224-241.
- Van der Hart, O. (1993). Multiple personality disorder in Europe: Impressions. *Dissociation*, 6, 102-118.
- Watkins, J. G. (1992). *The practice of clinical hypnosis, Vol. I: Hypnotic techniques*. New York: Irvington.

Abstract: Over the last decade and a half Dissociative Identity Disorder (formerly Multiple Personality Disorder) and closely related forms of Dissociative Disorder Not Otherwise Specified have been diagnosed with increasing frequency in North American populations, and recently these conditions have been recognized in great numbers by European clinicians as well. This rising awareness of the dissociative disorders has been accompanied by an upsurge of interest in the application of hypnotic interventions in their treatment and management. Although such techniques are often mentioned briefly in contemporary publications, relatively few contain sufficient substantial descriptions or transcripts to allow the reader to reconstruct what is actually said and done by a clinician applying these interventions in practice. This article will illustrate a series of hypnotic interventions used in the treatment of a patient with Dissociative Identity Disorder, and provide as well some insight into the author's rationale for their use. In this manner the use of hypnosis to facilitate the process of the therapy can be demonstrated, and communicated with greater clarity.

Abstract: Dissociative Identity Disorder, Multiple Personality Disorder, hypnosis, psychotherapy

Prof. Dr. med. Richard P. Kluft
The Institute of Pennsylvania Hospital
111 North 49th Street
Philadelphia, PA 9139
USA