

Hypnose und Kognition
Band 12, Heft 2, Oktober 1995

Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration

Onno van der Hart, Kathy Steele, Suzette Boon und Paul Brown¹

Dieser Artikel beruht auf Pierre Janet's Dissoziations-theorie und seinem Konzept von der Nicht-Bewußtwerdung eines traumatischen Ereignisses. Skizziert wird ein Behandlungsmodell, das Janet's Dissoziations-Integrations-Theorie mit zeitgenössischen trauma-orientierten Therapieansätzen verbindet. Das Wesen traumatischer Erinnerungen wird beschrieben, und ein Stufenmodell für ihre Behandlung bei PatientInnen mit multipler Persönlichkeitsstörung (MPS) wird vorgestellt. Idealerweise eine eigenständige Stufe innerhalb der Gesamtbehandlung von MPS, kann diese Phase ihrerseits in die folgenden Stadien unterteilt werden: (1) Vorbereitung, (2) Synthese und (3) Bewußtwerdung/Integration. Auch wenn einige Behandlungsvorschläge gemacht werden, liegt der Schwerpunkt in diesem Artikel nicht auf der Beschreibung von Techniken, sondern auf der Klärung von Konzepten.

Die Multiple Persönlichkeitsstörung (MPS, bzw. Dissoziative Identitätsstörung, DIS) entsteht normalerweise durch massive und wiederholte Traumatisierung in der Kindheit (Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986; Ross, Norton & Wozney, 1989; Schultz, Braun & Kluff 1989). Das pathogene Kernproblem, d.h. die Existenz und zerstörerische Wirkung dissoziierter traumatischer Erinnerungen, ist oft unabhängig von der jeweiligen Erscheinungsform der MPS. Erfahrene Therapeuten sagen, daß diese Störung ohne erfolgreiche Verarbeitung dieser Erinnerungen nicht geheilt werden kann. Dafür wurden moderne Behandlungsstrategien entwickelt (z.B. Fine, 1991; Putnam, 1989, 1992; Ross, 1989; Steele & Colrain, 1990); allerdings läßt nach unserer Auffassung die dort entwickelte Begrifflichkeit einiges zu wünschen übrig. Insbesondere wandten wir uns gegen die unkritische Verwendung des Begriffes "abreagieren", und darüberhinaus bevorzugten wir den Begriff Dissoziation anstelle von Verdrängung bei der Beschreibung und Erklärung des Ursprunges und der Persistenz traumatischer Erinnerungen (van der Hart & Brown, 1992; van der Hart, Steele & Brown, in Vorber.). Unlängst forderte auch Peterson, das Wort "abreagieren" durch einen angemesseneren Begriff zu ersetzen (Peterson, 1993). In ihrem Therapiemanual zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen verwenden Sachs und Peterson (1994) daher die Formulierung "spontanes Abreagieren" nur noch als Synonym für Flashbacks, ansonsten sprechen sie bei der Behandlung einer traumatischen Erinnerung von Erinnerungsarbeit.

¹ Die englische Version wurde in *Dissociation*, 6(2/3) 1993 veröffentlicht. Übersetzt von Bettina Overkamp und Christoph Kraiker. Die Autoren danken Barbara Friedman für ihre hilfreichen Kommentare zu einer früheren Version dieses Artikels.

Unser Ziel ist die Entwicklung eines Therapie-Stufenmodells, das auf Janet's Konzeption der Dissoziation und der "Nicht-Bewußtwerdung" traumatischer Erinnerungen basiert und in das einige bestehende Therapietechniken integriert werden können. Da hervorragende praktische Richtlinien bereits andernorts veröffentlicht wurden, insbesondere bei Steele und Colrain (1990), wollen wir uns hier auf die begrifflichen Aspekte des Behandlungsmodells konzentrieren.

Wir, die Autoren beschreiben zunächst - in Janet's Terminologie - die MPS als eine "Störung der Nicht-Bewußtwerdung". Wir erkunden daraufhin das Wesen traumatischer Erinnerungen und schildern ihre verschiedenen Erscheinungsformen sowie die dadurch möglicherweise ausgelösten dissoziativen Reaktionen. Die Behandlung traumatischer Erinnerungen bildet in unserem Vorgehen eine separate und zentrale Phase innerhalb der Gesamtbehandlung von MPS. Diese Phase kann theoretisch und klinisch in folgende drei Stadien eingeteilt werden: (1) Vorbereitung, (2) Synthese, und (3) Bewußtwerdung/Integration. Des weiteren diskutieren wir die "Synthese" traumatischer Erinnerungen im Gegensatz zum Ausdruck von Emotionen; das Ersetzen von traumatischen Erinnerungen durch positive Vorstellungsbilder und im Abschluß die "Bewußtwerdung" als sozialen Akt, als fortdauernde seelische Aktivität und als Beginn der Integration.

MPS als Störung der Nicht-Bewußtwerdung²

Janet (1904, 1919, 1925) hatte den Eindruck gewonnen, bei traumatisierten Individuen sei die Lebensentwicklung zum Stillstand gekommen. Sie "kleben" an einem Hindernis fest, das sie nicht überwinden können. Das traumatische Ereignis hat eine Situation erzeugt, auf die das Individuum reagieren sollte. Ein Akt der Anpassung ist erforderlich, und Anpassung geschieht durch Veränderung der äußeren Welt oder der eigenen Person. Diese Personen aber können die belastende Situation nicht bewältigen.

Janet (1935, 1945) fügte hinzu, für diese traumatisierten Individuen sei das traumatische Ereignis nicht "bewußt geworden". Bewußtwerdung bedeutet, das Ereignis in Worte zu fassen, es als Begebenheit zu erzählen, die Erfahrung innerhalb der eigenen Person zu versöhnen und dadurch die Kontinuität der eigenen Geschichte wiederherzustellen. Ein Trauma kann in unterschiedlichem Ausmaß nicht bewußt bleiben. Viele traumatisierte Personen sind sich ihrer Traumatisierung zwar unterschwellig gewahr, können aber nicht darüber sprechen und vermeiden alle Anspielungen auf das Ereignis. Wenn sie damit konfrontiert werden, geraten sie in starke Angst, eine Erscheinung, die Janet (1904) Phobie für die (*traumatische*) Erinnerung nannte, und die van der Kolk (1988) auf die Unfähigkeit zurückführte, die mit dem Trauma assoziierten Gefühle zu ertragen. Ihre Angst dient dazu, sie von der traumatischen Erinnerung zu trennen, sie fliehen den Akt der Bewußtwerdung (Janet 1945). Vollständige Nicht-Bewußtwerdung findet man "bei jenen PatientInnen, die weder sprachliche Formulierungen verwenden, die mit dem verdrängten Ereignis assoziiert sind, noch die Angst ausdrücken, die eben das verhindert. Für sie scheint das Ereignis [...] niemals stattgefunden zu haben" (Janet 1905, S. 184).

Janet nannte dies die hysterische Form der Nicht-Bewußtwerdung; sie ließ sich am deutlichsten bei MPS-PatientInnen demonstrieren (Janet, 1910). Auf ähnliche Weise schreibt

² Wir, die Übersetzer, haben "realisation" als "Bewußtwerdung" übersetzt, obwohl dieser Begriff das Gemeinte nicht ganz trifft, das Wort "Realisierung" trifft es aber noch weniger.

Ross (1989, S. 59), daß MPS bei einem mißbrauchten kleinen Mädchen entsteht, das sich vorstellt, dies alles würde einer anderen zustoßen. Als Anpassungsleistung an einen anhaltenden Mißbrauch erschafft sie Alternativpersönlichkeiten und denen allein widerfährt der Mißbrauch. Die Nicht-Bewußtwerdung bei diesem Mädchen ist insoweit für sie vollständig, als der Mißbrauch gar nicht zu existieren scheint. Für ihre traumatisierten Alternativpersönlichkeiten lebt die Erfahrung der traumatischen Ereignisse als "dissoziierte traumatische Erinnerungen" weiter, und als solche sind sie ebenfalls nicht bewußt verarbeitet.

Ein zentraler Focus in der Behandlung traumatisierter PatientInnen liegt auf der Bearbeitung ihrer traumatischen Erinnerungen, die es ihnen ermöglicht, ihre Angst und die Vermeidung dieser traumatischen Erinnerungen zu überwinden, die Dissoziation dieser Erinnerungen wieder aufzuheben, die stresshafte Erfahrung bewußt zu machen und sie in die Gesamtheit ihrer Persönlichkeit zu integrieren. Der therapeutische Gesamtprozeß, der sich unausweichlich auf die Integration hinbewegt, kann in diesem Sinne als zunehmende Bewußtwerdung verstanden werden.

Das Wesen traumatischer Erinnerungen

Eine zentrale Eigenart traumatisierter PatientInnen, wie z.B. solcher mit MPS, liegt darin, daß ihre traumatischen Erinnerungen als sehr stresshafte, dissoziierte psychophysiologische Zustände bestehenbleiben und ein teilweises oder vollständiges Wiedererleben dieser traumatischen Erinnerungen verursachen. In der klinischen Literatur zu PTSD finden sie sich als Formen "invasiver Erinnerung" (z.B. Blank, 1985), während sie in der MPS-Literatur häufig als "spontane Abreaktionen" bezeichnet werden. An diesem Ausdruck wurde kürzlich kritisiert (van der Hart & Brown, 1992), daß er auf dem Freudianischen Dampfkochtopf-Modell aufgestauter Emotionen beruhe.

Traumatische Erinnerungen sind Teil eines erfahrungsbezogenen Gedächtnisses und müssen vom normalen oder narrativen Gedächtnis unterschieden werden (van der Kolk & van der Hart, 1991). Die traumatische Erinnerung ist durch eine Art Zeitlosigkeit und Unveränderlichkeit gekennzeichnet, sie hat keine soziale Funktion und wird durch auslösende Stimuli reaktiviert. Sie folgt dem Prinzip der "restitutio ad integrum", d.h. der Tendenz zur Wiederbelebung aller Elemente des Traumas, sobald auch nur eines davon aktiviert wurde (Janet, 1907, 1928).

Der Terminus "traumatische Erinnerungen" sollte auch in die klinische Literatur zu MPS eingeführt werden, um die Zustände zu bezeichnen, die einem teilweisen oder vollständigen Wieder-Erleben des Traumas entsprechen. Wegen seines Mangels an Spezifität erscheint den Autoren Jungs (1921/2) alternativer Ausdruck "Komplex" weniger geeignet.

Wenn sich traumatische Erinnerungen in ihrem dispositionellen oder "schlafenden" Zustand befinden, stellen sie normalerweise kein Problem dar. Erst wenn sie aktiviert werden, üben sie ihren schädlichen Einfluß aus. Wie "Parasiten in der Seele" überwuchern sie das Bewußtsein (Charcot, 1887; Janet, 1894). Traumatische Erinnerungen existieren niemals als vollständig isolierte Zustände, sie sind immer "Teil einer Persönlichkeit" (McDougall, 1926, S. 543). In einer Beschreibung akut traumatisierter Soldaten bezeichnete Myer (1940) ihren traumatisierten Zustand als ihre "emotionale Persönlichkeit". Er beobachtete, daß sich dieser Zustand mit einer "scheinbar normalen Persönlichkeit" ab-

wechselte. Er nannte sie "scheinbar normal", da sich die traumatischen Erinnerungen auch indirekt manifestieren konnten, z.B. in Form unkontrollierbarer somatischer dissoziativer Phänomene wie einer motorischen Lähmung.

In MPS ist diese Verdoppelung der Persönlichkeit komplexer. Während des aktuellen Traumas können durch den Prozeß der Dissoziation verschiedene Alternativpersönlichkeiten nacheinander unterschiedliche Aspekte des Traumas erleben. Wir, die Autoren bezeichnen diesen Vorgang lieber als *lineare Dissoziation* (wie es von B. Friedman im November 1993 in einer persönlichen Mitteilung vorgeschlagen worden war). Alternativpersönlichkeiten können auch eine Anzahl verschiedener (nicht zusammenhängender) Dimensionen des traumatischen Ereignisses bewahren; in diesem Fall sprechen wir von *situationaler Dissoziation*. Janet (1907) unterschied u.a. die visuelle, auditive und kinästhetische Dimension. Braun (1988a, b) systematisierte diese Dimensionen in seinem BASK-Modell. BASK ist die Abkürzung für Behavior (Verhalten), Affect (Gefühl), Sensation (Wahrnehmung) und Knowledge (Wissen; darunter fallen auch die Kognitionen der Person zum Zeitpunkt der Traumatisierung). Für viele MPS-PatientInnen sind traumatische Erinnerungen sowohl in einer linearen als auch in einer simultanen Weise manifestiert.

In Übereinstimmung mit Janet ist es heutzutage unter ForscherInnen und KlinikerInnen im Bereich der Posttraumatischen Belastungsreaktion weitgehend anerkannt, daß traumatische Erinnerungen unter bestimmten Bedingungen reaktiviert werden, insbesondere in Situationen, die Ähnlichkeiten zu der ursprünglichen traumatischen Situation aufweisen (Courtois, 1988; Gelinas, 1983; Steele & Colrain, 1990; Solomon, Garb, Bleich & Grupper, 1987; van der Hart & Friedman, 1992; van der Kolk, 1994). Diese Situationen werden Auslöser oder reaktivierende Stimuli genannt (van der Hart, Boon, Friedman & Mirop, 1992). Aus praktischen Gründen lassen sich folgende Arten reaktivierender Stimuli unterscheiden: 1) Sensorische Daten; 2) zeit-bezogene Stimuli; 3) Ereignisse des täglichen Lebens; 4) Ereignisse während einer therapeutischen Sitzung; 5) emotionale Zustände; 6) physiologische Zustände; 7) Stimuli, die Erinnerungen an Einschüchterungen durch den Täter wachrufen; und 8) aktuelles Trauma (van der Hart & Friedman, 1992; van der Hart et al., 1992).

Blank (1985) unterschied vier verschiedene Formen aktivierter traumatischer Erinnerungen bei Vietnam-Veteranen mit PTSD: 1) lebhaft Träume und Alpträume des traumatischen Ereignisses; 2) Träume, durch die der Träumer erwacht und im Anschluß Schwierigkeiten hat, das Gefühl des erinnerten Traumas abzuschütteln, wobei er möglicherweise motorisches Verhalten zeigt, das mit dem Trauma-Inhalt in Zusammenhang steht; 3) bewußte Flashbacks, in denen das Subjekt lebhaft Bilder des traumatischen Ereignisses erlebt und 4) unbewußte Flashbacks, in denen das Subjekt eine plötzliche, abgetrennte Erfahrung macht, die es zu Handlungen veranlaßt, und deren manifeste psychischer Inhalt nur in indirektem Zusammenhang mit dem Trauma steht. Ferner haben in einem unbewußten Flashback die Überlebenden weder zum Zeitpunkt der Erfahrung noch später ein Bewußtsein dafür, traumatische Ereignisse wiederzuerleben. Amnesien können sowohl nach bewußten als auch nach unbewußten Erinnerungen auftreten.

In MPS kann das Wiedererleben eines Traumas durch eine Alternativpersönlichkeit in einigen Fällen einen kompletten Verlust des Kontaktes zur gegenwärtigen Realität einschließen, ebenso eine Amnesie sowohl für das Auftreten wie auch für den Inhalt. Deshalb schlagen wir folgende Unterscheidung zwischen zwei Formen reaktivierter traumati-

scher Erinnerung vor: 1) partielles Wiedererleben und 2) vollständiges Wiedererleben. Ersteres beschreibt ein Reaktivieren und Wiedererleben des Traumas, in dem die exekutive Persönlichkeit und ihr "normales" Bewußtsein bis zu einem gewissen Grade in Kontakt mit der aktuellen Situation bleibt. Im Gegensatz dazu wird das Trauma in einem vollständigen Wiedererleben zur absoluten gegenwärtigen Realität für die dominierende Persönlichkeit.

Partielles Wiedererleben ist reflexiv, unvollständig und fragmentarisch, wobei sich ein Großteil des Inhaltes außerhalb des Bewußtseins der exekutiven Persönlichkeit abspielt (Steele & Colrain, 1990; Loewenstein, 1991). Jede einzelne Dimension des Traumas kann reaktiviert und "wiederbelebt" werden. Während eines Flashbacks ist sich der Überlebende des Traumas normalerweise der aktuellen Umgebung und Situation einigermassen bewußt. Es kommt zu einer Art Verdoppelung des Bewußtseins in dem Sinne, daß die Vergangenheit wiedererlebt wird (auf die die Person ebenfalls zu reagieren beginnt), während die Person zur gleichen Zeit in der Gegenwart präsent ist. Die Dissonanz, die durch diese parallelen Erfahrungen hervorgerufen wird, kann Überlebenden das Gefühl vermitteln, "verrückt" zu sein.

In der Literatur wird eine wichtige Unterscheidung zwischen bewußten und unbewußten Flashbacks gemacht (Blank, 1985). Während eines bewußten Flashbacks dominiert eine stark visuelle Komponente der traumatischen Erinnerung, die impliziert, daß auch eine kognitive Dimension des wiedererlebten Traumas besteht. Überlebende von Traumata sind sich teilweise ihrer gegenwärtigen Umstände bewußt und können sich normalerweise anschließend an den Inhalt ihres Flashbacks erinnern. Dieses aus Trauma und gegenwärtiger Situation zusammengesetzte Bewußtsein kann zu Verzerrungen in der Zeitwahrnehmung führen. Obgleich sowohl das Trauma wie auch die gegenwärtige Situation in der Gegenwart erlebt werden, können die gegenwärtigen Umstände in einer depersonalisierten Weise wahrgenommen werden.

Es kann auch vorkommen, daß sich die exekutive Persönlichkeit eher anderer sensorischer Dimensionen bewußt ist als der visuellen. Schon Janet (1898) beschrieb ausführlich einige Fälle, in denen nur das Hören bestimmter Geräusche wie z.B. eines Schreies, körperliche Wahrnehmungen wie Schmerzen oder Emotionen wie Ärger oder Angst vorkamen. Diese Elemente waren vom Rest der traumatischen Erinnerung dissoziiert und wurden auf einer unterbewußten Ebene von Alternativpersönlichkeiten wiedererlebt. Die exekutive Persönlichkeit versteht dabei vielleicht nicht, was sie gerade erlebt.

In dem bereits früher von Blank (1985) abgegrenzten sogenannten unbewußten Flashback überkommt den Trauma-Überlebenden ein plötzlich, eingegrenztes, ihn zu einer Handlung veranlassendes Gefühl, dessen manifestester psychischer Inhalt nur in einem indirekten Zusammenhang mit dem ursprünglichen Trauma steht. Der Überlebende hat kein Bewußtsein dafür, ein Trauma wiederzuerleben, und zwar weder zum Zeitpunkt des Flashbacks noch später (Blank, 1985, S. 297). Wir führen dieses Phänomen darauf zurück, daß die Verhaltensdimension des Traumas dominiert und andere Dimensionen (wie z.B. die kognitive) von der exekutiven Persönlichkeit dissoziiert sind.

Vollständiges oder fast vollständiges Wiedererleben wurde in der psychologischen Literatur als hysterischer Anfall oder als somnambulistische Krise beschrieben (Briquet, 1859; Charcot, 1887; Janet 1889, 1907). Kürzlich sprach Loewenstein (1991, 1993) von domi-

nierend dissoziativen Neuaufführungen, während derer die exekutive Persönlichkeit vollkommen desorientiert ist und sich selbst ohne jegliche Verbindung zur gegenwärtigen Realität in der ursprünglichen traumatischen Situation glaubt. Wenn die Verhaltensdimension mitbetroffen ist, spricht man normalerweise von einer "aktionalen Neuaufführung" (van der Kolk, 1987b). PatientInnen können dabei die gegenwärtige Situation bzw. die Umstände vollständig vergessen, wie z.B. die Anwesenheit anderer Personen im selben Raum. Es ist auch möglich, daß diese Personen zwar wahrgenommen werden, aber nur im traumatischen Kontext. Wenn z.B. in der Therapiestunde eine Vergewaltigung wiedererlebt wird, kann die Therapeutin bzw. der Therapeut in diesem Fall als der Vergewaltiger erscheinen. Bei einem vollständigen Wiedererleben haben die PatientInnen im nachhinein eine komplette Amnesie nicht nur über den Inhalt der Erfahrung, sondern auch dafür, daß überhaupt etwas Ungewöhnliches vorgefallen ist. Stattdessen erlebt sie einen diffusen Zeitverlust oder eine "Amnesie für die Amnesie" (Kluft, 1987).

Die Partner einiger MPS-PatientInnen berichteten, daß sie diese bei schweren Alpträumen beobachtet hätten, in denen offensichtlich ein Trauma wiedererlebt wurde. In solchen Fällen übernehmen Alternativpersönlichkeiten die exekutive Kontrolle und wiedererleben vollständig die Traumatisierung, was manchmal mit einem intensiven körperlichen Ausagieren verbunden ist.

Dissoziative Reaktionen auf reaktivierte traumatische Erinnerungen

Das Wiedererleben eines Traumas kann selbst eine traumatische Erfahrung sein. Genau wie im ursprünglichen akuten Trauma können dadurch weitere dissoziative Reaktionen veranlaßt werden. So kann es z.B. nicht nur direkt nach schweren Verkehrsunfällen zu einer Depersonalisation kommen (Noyes, Hoenck & Kupperman, 1977), sondern auch nach der aktivierten traumatischen Erinnerung daran. Wir unterscheiden hierbei grob zwei Typen von dissoziativen Antworten auf traumatische Erinnerungen:

1. *Kurzzeitige reaktive dissoziative Störung:* Manchmal ist die dissoziative Reaktion so stark, daß sie mit einer akuten Belastungsstörung verglichen werden kann, einer Kategorie, die in das DSM-IV aufgenommen wurde. Sie tritt während oder direkt nach einem stresshaften Ereignis auf und ist durch eine oder mehrere der folgenden intensiven und oftmals länger andauernden Symptome gekennzeichnet: (1) Stupor, (2) Depersonalisation, (3) Depersonalisation, (4) Wahrnehmungsverzerrungen, (5) subjektives Gefühl der Empfindungslosigkeit, (6) Amnesie für das Ereignis und die Zeit danach und (7) plötzliches Auftreten von Entsetzen oder anderen Anzeichen physiologischer Erregung.

2. *Der Wechsel zu Alternativpersönlichkeiten:* Bei MPS-PatientInnen wurde das stresshafte Ereignis meist von mehreren verschiedenen Alternativpersönlichkeiten durchlebt. Auch während einer reaktivierten traumatischen Erinnerung kann es wiederum zu einem Wechsel kommen. Dabei kann sowohl zu Alternativpersönlichkeiten gewechselt werden, die von dem Trauma wissen, als auch zu solchen, die davon keine Ahnung haben. Dieser Wechsel kann sich sehr schnell vollziehen. Viele aufgeregte Alternativpersönlichkeiten, ganz besonders Kinder-Persönlichkeiten, folgen rasch aufeinander, ohne in der Lage zu sein, den auftretenden Schrecken zu verringern. Da die primäre psychologische Funktion der Dissoziation darin liegt, das Wiedererleben traumatischer

Erinnerungen zu vermeiden, könnte es so aussehen, als ob häufiges Wechseln dem ursprünglich abwehrenden Zweck widerspricht. Stattdessen erzeugt es aber intensive Verstimmungen und Funktionsbeeinträchtigungen, so daß es zu einer weiteren Dissoziation als Reaktion auf den unangenehmen, schnellen Wechselprozeß selbst kommt.

Zusammenfassend betrachtet handelt es sich bei traumatischen Erinnerungen um sensorische Zustände, die von einem Individuum teilweise oder vollständig wiedererlebt werden und bewußt oder unbewußt ablaufen können. Sie können vorübergehend in einem "Ruhestadium" verbleiben, werden aber häufig durch Stimuli reaktiviert, die symbolisch oder wörtlich Aspekten des Traumas ähneln. Wird auch nur eine Dimension der dissoziierten Erinnerung hervorgerufen, tendiert sie dazu, alle dissoziierten Komponenten wachzurufen, und derart reaktivierte traumatische Erinnerungen können die PatientInnen zum zweiten Mal traumatisieren.

Ein Stufenmodell für die Behandlung traumatischer Erinnerungen

Die Einführung von phasenorientierten Behandlungsmodellen für durch Traumatisierungen entstandene dissoziative und nicht-dissoziative Störungen ist weit verbreitet, und üblicherweise wird die Behandlung traumatischer Erinnerungen per se als eine eigenständige Phase betrachtet. Janet unterschied in seinem ursprünglichen Behandlungsansatz von posttraumatischem Streß drei Phasen (van der Hart, Brown & van der Kolk, 1989): (1) Eindämmung, Stabilisierung und Symptombreduktion, (2) Modifikation traumatischer Erinnerungen und (3) Integration der Persönlichkeiten und Rehabilitation. Janets Phasenmodell gleicht heutigen Behandlungsmodellen der Posttraumatischen Belastungsreaktion und der dissoziativen Störungen wie MPS (Boon & van der Hart, 1991; Braun, 1986; Brende, 1984; Brown & Fromm, 1986; Herman, 1992; Horowitz, 1986; Parson, 1984; Kluft, 1987; Putnam, 1989; Ross, 1989; Sachs, Frischholz & Wood, 1988; Sakheim, Hess & Chivas, 1988). So identifizierten z.B. Sachs et al. (1988) fünf Phasen in der Behandlung von MPS: (1) Erstellen und Mitteilen der Diagnose, (2) Identifizieren der unterschiedlichen Persönlichkeitszustände unter Feststellung ihrer Funktionen, (3) Mitteilen der speziellen Traumatisierung, die mit einem jeden Persönlichkeitszustand verbunden ist, und zwar sowohl dem Therapeuten als auch allen anderen Persönlichkeitszuständen, (4) Integration der unterschiedlichen Persönlichkeitszustände in ein einheitliches, funktionierendes Ganzes, und (5) Erlernen neuer Bewältigungsstrategien, die das Funktionieren als integrierte Persönlichkeit gewährleisten und zukünftiges Abspalten verhindern sollen.

In diesem Artikel liegt der Schwerpunkt auf Janets zweiter Stufe (der Modifikation traumatischer Erinnerungen), die der dritten Phase des MPS-Behandlungsmodells von Sachs et al. (1988) entspricht. Deren Definition dieser Phase als Offenlegung spezifischer Traumata sowohl gegenüber dem Therapeuten wie auch anderen Persönlichkeitszuständen gegenüber ist gut getroffen. Die erfolgreiche Behandlung traumatischer Erinnerungen beinhaltet das Loslassen zusammenhängender Dissoziationen. Das heißt, daß die Alternativpersönlichkeiten ihre jeweiligen post-traumatischen Dissoziationen zusammen bearbeiten müssen, unabhängig davon, ob sie direkt das Trauma erlebt haben oder nicht. Wir bezeichnen diesen Kommunikationsprozeß als *Synthese* traumatischer Erinnerungen. In der älteren Literatur wurde dafür der Begriff der Re-Synthese verwandt (vgl. Brown, 1920/1; Myers, 1920/1), der aber unkorrekterweise impliziert, daß die traumatische Erinnerung

nicht dissoziiert worden war. Diese Annahme steht im Gegensatz zu unserer Meinung, die wir Dissoziation als eine sofort einsetzende Abwehrreaktion auf ein Trauma sehen.

Das Ziel der Synthese liegt darin, Dissoziation dadurch aufzuweichen, daß Alternativpersönlichkeiten ihre wechselseitigen traumatischen Erfahrungen miteinander und mit dem Therapeuten teilen. Dadurch unterscheidet sich dieser Ansatz mindestens schon semantisch von solchen, die eine alleinige Abreaktion und Katharsis von Emotionen fördern. Wir gehen davon aus, daß "Abreaktion" ein falsches Erklärungsprinzip und eine unangemessene Behandlungsmethode darstellt (vgl. van der Hart & Brown, 1992). Allerdings soll der Ausdruck von Gefühlen in diesem Ansatz nicht verhindert werden, im Gegenteil. Wenn die Patientin den Schrei, den sie während des aktuellen Mißbrauchs unterdrückte, ausdrücken will, ermutigen wir sie, dies hier in einem sicheren Rahmen zu tun. Diese Art Ausdruck von Gefühlen führt zu Bewußtwerdung und zu einem gewissen Abschluß.

Die therapeutische Synthese traumatischer Erinnerungen ist eine absichtsvolle mentale/geistige Handlung, die auf einer bewußten Entscheidung entweder der gesamten Persönlichkeit oder derjenigen Alternativpersönlichkeiten beruht, die in das Trauma verwickelt waren. Damit diese Anstrengung, dieses Bemühen gelingen kann, brauchen die Patientin bzw. der Patient oder die betroffenen Alternativpersönlichkeiten die gesamte Unterstützung der Therapeuten, nicht nur, damit ihnen die traumatische Situation mitgeteilt werden kann (wie es Sachs et al., 1988, betonen), sondern auch zur aktiven Ermutigung und Führung.

Indem die Synthese eines Traumas vollzogen wird, wird die Erinnerung nicht mehr in traumatischer Weise wiedererlebt. Das Trauma wird zu einer "neutralen" historischen Tatsache. Dafür unterzieht sich die Patientin bzw. der Patient oder die Gruppe der betroffenen Alternativpersönlichkeiten einem Prozeß der Bewußtwerdung des persönlichen Disasters, das stattgefunden hat. Die Patientin bzw. der Patient setzt an die Stelle der erlebten traumatischen Reminiszenz (Janet, 1919, 1925) eine narrative Erinnerung an das Geschehen und integriert es so in ihre bzw. seine Lebensgeschichte oder Autobiographie, in die gesamte Persönlichkeit.

Die Behandlungsphase der traumatischen Erinnerungen kann in die folgenden drei Stufen eingeteilt werden, die alle ausführlich weiter unten beschrieben werden: (1) Vorbereitungs-Stufe, (2) Synthese-Stufe und (3) Bewußtwerdungs/Integrations-Stufe.

Stufe 1: Vorbereitung

Die Behandlung traumatischer Erinnerungen kann ein stürmischer Prozeß sein und muß deswegen sorgfältig geplant werden. Die vorbereitende Fundamentierung folgt den allgemeinen Richtlinien zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung eines sicheren therapeutischen Rahmens, wobei Grenzen, Konsistenz und Vorhersagbarkeit besonders berücksichtigt werden sollten (Kluft, 1991, 1993; Courtois, 1991; Fine, 1991, 1993; Putnam, 1992; Steele, 1989; Steele & Colrain, 1990). Zusätzlich bieten sich folgende Strategien für die Arbeit mit Opfern von Kindheits-Traumata und dissoziativen Störungen an: (1) Identifikation der Alternativpersönlichkeiten und ihrer wechselseitigen Konflikte, (2) Entwicklung eines ausreichenden Maßes an innerer Kommunikation und Kooperation unter den Alternativpersönlichkeiten, (3) Eindämmung traumatischer invasiver Phänomene, (4) Entwicklung von Ich-Stärke sowohl in der Gastgeber-Persönlichkeit als auch in den ver-

schiedenen Alternativpersönlichkeiten, (5) Entwicklung von Selbst-Fürsorge-Fähigkeiten, i.S. der Fähigkeit, Affekte und Alleinsein zu ertragen, sich selbst zu beruhigen und Selbstabwertung zu regulieren (McCann & Pearlman, 1990), und (6) Einführung und Anwendung von Hypnose. Letztere dient der Entwicklung von Kontrolle über die Dissoziation, der Eindämmung und Modulation von Affekt, dem Schaffen eines sicheren psychologischen Ortes, einer inneren Kommunikation, einer Symptomerleichterung und/oder -verwandlung und dem Management anderer dissoziativer Krisen.

Es bestehen zwei wichtige Aspekte, die beim Einsatz von Hypnose bedacht werden müssen: (1) Sie muß in den Rahmen einer sorgfältig durchgeführten Psychotherapie eingebettet sein und sollte deswegen nur von speziell trainierten Therapeuten angewandt werden, und (2) besonders in einer späteren Behandlungsphase muß darauf geachtet werden, daß Trance nicht defensiv zum Schutz vor schmerzhaften Themen eingesetzt wird. Während der frühen Synthesephase ist der Einsatz von Hypnose jedoch besonders sinnvoll.

Sobald mit der Behandlung traumatischer Erinnerungen begonnen wird, ist der Punkt erreicht, die Synthese und die Bewußtwerdung/Integration vorzubereiten. Die Vorbereitungsphase behandelt dabei: (1) Sicherheits-Faktoren, (2) Themen der Kontrolle und der Eindämmung reaktivierten traumatischen Materials, (3) die Erforschung traumatischer Erinnerungen, (4) die Korrektur kognitiver Fehler und Verzerrungen und (5) die sorgfältige Erklärung und Planung der Synthesephase (Steele & Colrain, 1990).

Thema Sicherheit

Steele & Colrain (1990) stellten einen ausgezeichneten Überblick über die Vorbereitungen zusammen, die nötig sind, um in der Synthese und auch zwischen den Therapie-Sitzungen einen sicheren Rahmen zu schaffen. Die Vorbereitung bezieht sich auf (1) intrapsychische Sicherheit, (2) zwischenmenschliche Sicherheit, sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten und (3) einen sicheren therapeutischen Rahmen. Letzterer ist bei manchen Fällen am besten durch einen kurzfristigen Klinikaufenthalt gewährleistet. Weitere sorgfältig zu berücksichtigende Sicherheits-Themen liegen in (1) dem Ausmaß an Kooperation und Kommunikation unter den Alternativpersönlichkeiten, (2) dem allgemeinen Niveau der Übererregbarkeit und Überempfindlichkeit gegenüber affektiver Stimulation, ebenso wie dem Niveau der affektiven Reife, (3) dem Ausmaß an Suizidalität und Selbstschädigung, (4) dem allgemeinen Funktionsniveau des Individuums und der Alternativpersönlichkeiten (wird z.B. diese Alternativpersönlichkeit ein Teil der integrativen Erinnerungsarbeit sein, und welche Auswirkungen wird das auf das tägliche Funktionieren haben?), (5) dem Ausmaß an vorhandenen Unterstützungssystemen und verfügbaren Ressourcen und (6) dem Ausmaß an Motivation, traumatische Erinnerungen durchzuarbeiten.

Kontrolle oder Eindämmung reaktiver traumatischer Erinnerungen

Traumatische Erinnerungen tauchen normalerweise in ungeplanter und unkontrollierter Art und Weise auf. Wenn die Zeit für eine Synthese nicht reif ist, entweder ganz allgemein im Behandlungsverlauf oder weil es in dieser bestimmten therapeutischen Sitzung schon zu spät dafür ist, sollten die Wiedererlebens-Phänomene mit einer der folgenden Techniken kontrolliert werden: (1) Identifikation des reaktivierenden Stimulus und, wenn angezeigt, seine Verbindung mit dem ursprünglichen Trauma, (2) Entfernen des reaktive-

renden Stimulus, (3) Neutralisierung des reaktivierenden Stimulus (indem man den Patienten beibringt, daß der Auslöser zu zwei unterschiedlichen Kontexten gehört, einem neutralen in der Gegenwart und einem traumatischen in der Vergangenheit; und indem den PatientInnen dabei geholfen wird zu erkennen, daß das Objekt selbst keine emotionale Ladung enthält), (4) Betonung und Förderung der sicheren Gegenwart, (5) Vorschlagen einer zeitweiligen Amnesie oder Schaffen einer größeren emotionalen Distanz zur traumatischen Erinnerung (z.B. über hypnotherapeutische Interventionen wie die Leinwand-Technik, dem Einsatz von erwachsenen Beobachtern und die Nutzung affektiver Regulationstechniken, wie sie bei Fine (1991) und Kluft (1989) beschrieben werden), (6) Konditionierung von Hinweisreizen, die den PatientInnen dabei helfen sollen, in die sichere Gegenwart zurückzukommen (die Patientin bzw. der Patient kann sich darin üben, als Reaktion auf einen bestimmten Auslöser/Hinweis sofort in die Gegenwart zurückzukehren, wenn er/sie sich in traumatischen Erinnerungen verloren hat), (7) Beschützen traumatisierter Alternativpersönlichkeiten vor der äußeren Welt, (8) Einführung eines Ko- oder stellvertretenden Therapeuten und (9) Medikation und Hospitalisierung als Krisenintervention (van der Hart & Friedman, 1992; van der Hart et al., 1992).

Exploration der traumatischen Erinnerung

Entweder parallel oder im Anschluß an die Sicherheitsvorbereitungen beginnt die Therapeutin bzw. der Therapeut damit, Informationen über den Inhalt des Traumas zu sammeln.

1. *Exploration des Trauma-Kontextes:* Wir empfehlen, als erstes den historischen Kontext zu erkunden, einschließlich der persönlichen Geschichte (Entwicklung, Schullaufbahn, Ausbildungen und Beschäftigungen, unterstützende Bezugspersonen, Tiere, Gegenstände und andere Bindungs- und Übergangsobjekte etc.), ferner die familiären Umstände (soziale, kulturelle, ökonomische Faktoren) und heimischen Faktoren (z.B. wer alles lebte zuhause, wer hatte gemeinsame Schlafzimmer, die Familienregeln und -disziplin; vgl. Steele & Colrain, 1990).

2. *Die Geschichte des Traumas vervollständigen:* Auch wenn die meisten betroffenen Alternativpersönlichkeiten schon per definitionem keine narrative Geschichte mit dem unassimilierten Trauma verbinden können, gibt es doch häufig einige, die ein kognitives Wissen ohne jeden Affekt davon haben und die in der Lage sind zu erzählen, was vorgefallen ist. Meistens handelt es sich um eine Beobachter-Persönlichkeit, die das Ereignis aus der Ferne betrachtet hatte. Bei der Vervollständigung der Geschichte ist es wichtig, Informationen über die gesamte Sequenz zu sammeln, einschließlich der Zeit direkt vor der Traumatisierung, während des Traumas und direkt danach. Dieses Vorgehen erschafft nicht nur den Kontext des Traumas, sondern stellt gleichzeitig eine zeitliche Kontinuität sicher. Wenn eine Beobachter-Persönlichkeit aufgefordert wird zu erzählen, was passiert ist, muß man allerdings die traumatisierte(n) Persönlichkeit(en) davor bewahren, die Geschichte zu hören. Auf diese Weise kann eine vorzeitige Reaktivierung des gesamten Traumas verhindert werden.

3. *Identifikation der Alternativpersönlichkeiten und ihrer Rolle im Trauma:* Es ist sinnvoll, bereits vor der aktuellen Synthese zu wissen, welche Alternativpersönlichkeiten beteiligt sind und welche Rolle sie in der traumatischen Erfahrung gespielt haben (Sachs, Braun & Shepp, 1988). Unwissenheit darüber, welche Alternativpersönlichkeiten betrof-

fen waren und deshalb teilnehmen sollten, erleichtert es einigen Alternativpersönlichkeiten, sich zurückzuziehen und ihre Erfahrungen für sich zu behalten. Es würden weiterhin dissoziierte Aspekte des Traumas bestehen bleiben und diese können unter Umständen reaktiviert werden. Brauns (1988a, b) BASK-Modell kann als Checkliste dafür gelten, ob alle relevanten Dimensionen des Traumas durch dem Therapeuten bekannte Alternativpersönlichkeiten abgedeckt sind.

Das Ziel dieser Aufstellung liegt also nicht in der Erfassung der Details um ihrer selbst willen, sondern darin, sich aller dissoziierten Elemente oder "pathogener Kerne" (van der Hart & Op den Velde, 1991) bewußt zu werden, die synthetisiert werden müssen, um die traumatische Erinnerung zu neutralisieren. Häufig ist die persönliche Bedeutung dieser "pathogenen Kerne" wichtiger als die objektiven faktischen Details. Die persönliche oder subjektive Bedeutung des Traumas kommt häufig in existentiellen Krisen zum Ausdruck. Pathogene Kerne entstehen oftmals als Antwort auf eine intensive, im Zusammenhang mit dem Trauma stehende, existentielle Krise und bleiben in einer unveränderten und unassimilierten Form erhalten. Existentielle Krisen bringen die persönliche oder subjektive Bedeutung dieser Kerne zum Vorschein. Solche Krisen stehen in einem teilweisen Zusammenhang mit "stuck points", die durch Diskrepanzen zwischen dem früheren Glaubenssystem und dem neuen, durch die Traumatisierung generierten Schema entstehen (Resick & Schnicke, 1992). Die existentiellen Krisen werden weiter unten noch ausführlich diskutiert werden, ebenso wie spezifische Ansätze zur Synthese und Integration von pathogenen Kernen.

Neben dem Wissen darum, welche Alternativpersönlichkeiten in das Trauma involviert waren und welche demzufolge zu einer Synthese-Sitzung gehören, sollte die Therapeutin bzw. der Therapeut herausfinden, welche anderen Alternativpersönlichkeiten an der Sitzung teilnehmen können und welche davon ferngehalten werden sollten, z.B. indem sie ermutigt werden, sich hinter eine innere dissoziative Mauer zurückzuziehen. Es ist auch wichtig festzustellen, ob und welche Persönlichkeiten noch Einwände gegen die Erinnerungs-Arbeit haben. Diese sollten in eine Verhandlungen eingebunden werden, um einer internen Bestrafung der vorzeitigen Aufdeckung von trauma-bezogenen "Geheimnissen" vorzubeugen.

Korrektur kognitiver Verzerrungen

Diese Therapiephase befähigt den Patienten zu einer Konfrontation und Neuorganisation derjenigen kognitiven Verzerrungen, die zu Dysfunktionalität oder zu einer fehlerhaften Selbst- und Fremdwahrnehmung führen (Fine, 1988, 1990, 1991, 1993; Fish-Murray, Kolb & van der Kolk, 1987; Janoff-Bulman, 1992; McCann & Pearlman, 1990; Orzek, 1985; Ross, 1989; Ross & Graham, 1988). In einem Umfeld von chronischem Mißbrauch oder Vernachlässigung entwickelte kognitive Schemata sind unausweichlich negativ, wenig flexibel, und mit einem geringen adaptiven Funktionsniveau der Persönlichkeit verbunden. Sie bleiben fixiert auf die traumatischen Erinnerungen und werden dann durch einen intensiven posttraumatischen Affekt noch verstärkt. Die negativen Kognitionen jedoch sind einer therapeutischen Exploration und Veränderung zugänglich.

Das Trauma wird in einem speziellen kognitiven Schema gedeutet und wird auch weiterhin solange in diesem Kontext gesehen, bis mit Hilfe des Therapeuten neue Überzeugun-

gen, Annahmen und Erwartungen über sich selbst und andere entwickelt werden. Kognitive Verzerrung stellt oftmals ein Hindernis dar, um mit der Erinnerungsarbeit zu beginnen, und es kann für den Therapeuten günstig sein, vor der eigentlichen Synthese mit den betroffenen Alternativpersönlichkeiten Kontakt aufzunehmen, um sie für die intensive und schmerzliche Arbeit zu motivieren. Widerstand entsteht häufig aufgrund tief eingebetteter Grundüberzeugungen hinsichtlich des Traumas, z.B. "es dauerte ewig", über den Täter, z.B. "Er wird es erfahren, wenn ich es jemals erzählen sollte" und über das Selbst, z.B. "Es ist alles meine Schuld" oder "Es ist nicht mir passiert".

Im Fall eines sadistischen sexuellen Mißbrauchs durch den Vater mußte die "Vater-Alternativpersönlichkeit" einer weiblichen Patientin als erstes anerkennen, daß es sich bei ihm um den Teil ihrer Persönlichkeit handelt, der ihr geholfen hat, das Trauma zu überleben, indem er sich mit dem Täter identifiziert hatte. Zu diesem Zeitpunkt half ihr die abwehrende Dissoziation zu glauben, daß den unerträglichen Mißbrauch nicht sie, sondern eine andere Person erlitten habe. Eine andere Alternativpersönlichkeit in der gleichen Person mußte im Verlauf der Behandlung akzeptieren, daß sie nicht wirklich verrückt war. Sie glaubte, daß ihr Vater sie sogar noch mehr mißbraucht hätte, wenn sie ihre Wut ihm gegenüber direkt ausgedrückt hätte.

Den PatientInnen und den Alternativpersönlichkeiten dabei zu helfen, unangemessene und verzerrte Kognitionen zu verändern, kann im gesamten Therapieverlauf immer wieder erforderlich werden (Fine, 1988, 1990, 1991; Ross & Gahan, 1988; McCann & Pearlman, 1990). Fine hat die Notwendigkeit der kognitiven Arbeit in der MPS-Behandlung ausführlich herausgearbeitet und beruft sich dabei auf Aaron Becks (1979) kognitiven Therapieansatz (Fine, 1990, 1991, 1993). Viele kognitive Fehler und Verzerrungen lassen sich schon vor der Synthese aufspüren, aber die meisten tauchen erst im Prozeß der Auflösung der posttraumatischen Dissoziation auf. Diese Verzerrungen müssen im Anschluß an die Synthese identifiziert und durchgearbeitet werden. Wiederum andere tauchen erst nach der Synthese in der Integrationsphase auf.

Man muß beachten, daß solche kognitiven Verzerrungen ein Schema erschaffen haben, das die gesamte Weltsicht des Individuus umfaßt, eine Sichtweise, an der ein Leben lang festgehalten worden war. Die Abwehr des/der Überlebenden basiert auf diesen Kognitionen, und normalerweise haben sie sich fest in die Charakterstruktur verwoben. Veränderungen einer solchen Größenordnung gehen nur langsam voran, obwohl diese Veränderungen nötig sind, damit der/die Überlebende "heil" werden kann. Neue, adaptive Kognitionen müssen im Laufe der Therapie wieder und wieder aufgebaut und unterstützt werden, damit sie alte, negative Bewertungen vollständig ersetzen können (Steele & Colrain, 1990).

Erklärung und Planung der Synthese-Phase

Während der Vorbereitungs-Phase ist es nötig, die verschiedenen zu durchlaufenden Studien und Prozeduren genau zu erklären und einen kognitiven Rahmen für die Assimilation traumatischer Erinnerungen bereitzustellen.

Eine allgemeine Erklärung des Ablaufs sollte schon in einer früheren Therapiephase gegeben worden sein. Hier geht es um die Erläuterung in einer detaillierten Art und Weise. Sie muß mehrmals wiederholt werden, erst der Gastgeber-Persönlichkeit (oder der am ak-

tivsten an der Therapie beteiligten Alternativpersönlichkeit), dann den beobachtenden Alternativpersönlichkeiten, die Informationen über das Trauma beibringen können, und schließlich gegenüber den Alternativpersönlichkeiten, die in die traumatischen Erinnerungen verwickelt sind. Manchmal sind es gerade die beobachtenden Persönlichkeiten, welche letztere informieren.

Vor der Synthese sollte die Möglichkeit eines Einsatzes von Kunsttherapie oder anderer nicht-verbaler therapeutischer Verfahren erkundet werden. Langandauernder schwerer Mißbrauch, beherrscht von intensiven körperlichen Schmerzen, zerstört z.B. die sprachlichen Fähigkeiten und verhindert eine verbale Kommunikation (Scaary, 1985). So kann der anfängliche Einsatz nicht-verbaler Methoden bei schwerstraumatisierten Individuen die verbale Kommunikation erleichtern. Symbolische Bilder können möglicherweise zum allerersten Mal als Rahmen oder als Behältnis für die traumatische Erfahrung aller Alternativpersönlichkeiten zugleich dienen.

Die Begründung dieses Behandlungsansatzes liegt darin, daß reaktivierte traumatische Erinnerungen ihren invasiven und störenden Einfluß aufgrund ihrer dissoziativen Natur auch weiterhin geltend machen. Sie müssen Teil aller betroffenen Alternativpersönlichkeiten und der Gesamtpersönlichkeit werden, indem die betroffenen Alternativpersönlichkeiten einander die jeweiligen Bruchstücke des Traumas erzählen und sie so zu einem Ganzen zusammenfügen, das eventuell den übrigen Alternativpersönlichkeiten mitgeteilt werden kann. Die Therapeutin bzw. der Therapeut betont dabei, daß der Erfolg des Prozesses von der Vollständigkeit der Synthese abhängt, was impliziert, daß alle pathogenen Kerne in die Synthese eingeschlossen werden müssen. Um das Trauma miteinander teilen zu können, müssen die Alternativpersönlichkeiten es noch einmal bewußt erleben, während sie in der sicheren Gegenwart und im Kontakt mit dem Therapeuten verbleiben.

In vielen Fällen erfahren alle beteiligten Persönlichkeiten die Erleichterung der Aufhebung der Dissoziation und die Synthese der traumatischen Erinnerungen in einer einzigen Sitzung. Dies nennt man *parallele Synthese*. Mit zunehmender Schwere und Dauer kann die Lösung des Traumas einige Sitzungen dauern, was man dann als *serielle Synthese* bezeichnet. Gleichgültig ob die Synthese in einer oder mehreren Sitzungen erreicht wird, es ist wichtig für die PatientInnen, im jeweils eigenem Tempo vorangehen zu können. Wenn es zweier oder mehrerer Stunden bedarf, muß sehr sorgfältig darauf geachtet werden, daß die traumatischen Erinnerungen in der Zwischenzeit sicher aufbewahrt und eingedämmt sind.

Stufe 2: Synthese

Die Synthese traumatischer Erinnerungen erfordert ihre kontrollierte Reaktivierung in einer gemeinschaftlichen Anstrengung von TherapeutIn und PatientIn, um die bestehende Dissoziation aufzuheben. Die betroffenen Alternativpersönlichkeiten erleben ihre jeweiligen Teilbereiche des Traumas wieder und teilen sie miteinander und mit den übrigen Persönlichkeiten. Auf diese Art wird die bestehende Dissoziation aufgehoben.

Vor 100 Jahren hatte Delboeuf diese Reaktivierung folgendermaßen beschrieben: Durch die Anwendung von Hypnose bringt die Therapeutin bzw. der Therapeut "das Subjekt zurück in den Zustand, in dem sein Ärger entstanden war und bekämpft diesen Ärger mit gesprochenen Worten, aber in einem Zustand der Wiedergeburt" (1889; vgl. Macmillan,

1991, S. 82). Die "Worte des Therapeuten" helfen den PatientInnen dabei, in Kontakt mit der Gegenwart und mit ihren TherapeutInnen zu bleiben, während sie und die betroffenen Alternativpersönlichkeiten zu dem traumatischen Erlebnis zurückgehen. Alle dissoziierten Aspekte dieser Erfahrung müssen wiedererlebt werden. Die Erinnerung muß unter Umständen mit allen Teilen der Persönlichkeit geteilt werden. Daß die Gegenwart des Therapeuten bzw. der Therapeutin einen entscheidenden Faktor in diesem Prozeß darstellt, wurde von Jung (1921/2) treffend formuliert: "Die Unterstützung und das Verständnis des Therapeuten erhöhen das Bewußtsein des Patienten und befähigen ihn, bewußt die autonome traumatische Erinnerung unter die Kontrolle seines Willens zu bringen (S. 15)".

Während sie/er das Trauma wiedererlebt, gelangt die Patientin bzw. der Patient in einen veränderten Bewußtseinszustand und verliert das chronologische Zeitgefühl. In Bezug auf das Trauma gibt es keine Vergangenheit oder Gegenwart und so erscheint das Trauma zeitlos. Die Synthese muß dem entgegenwirken und einen Sinn für Kontinuität und Begrenztheit hinzufügen (Steele & Colrain, 1990). Indem die Therapeutin bzw. der Therapeut die in der Vorbereitungsphase gesammelten Details verwendet, hilft er den PatientInnen, sich durch die Phase direkt vor dem Trauma, durch das Trauma selbst und durch die Periode direkt im Anschluß daran durchzuarbeiten. Die Patientin bzw. der Patient erlebt dabei einen Anfang und ein Ende des Traumas (Putnam, 1989).

Zusätzlich zum Bereitstellen des historischen Kontextes ist es wichtig, den PatientInnen dabei zu helfen, die subjektive Erfahrung des Traumas wiederherzustellen, die oftmals in verschiedenen Alternativpersönlichkeiten gespeichert ist. Diese subjektive Erfahrung beinhaltet unterschiedliche Dimensionen: die verschiedenen Bedeutungen, die das Trauma erhalten hat (z.B. "so etwas kann nicht passieren", "das ist noch nie jemand anderem passiert", "das ist zu schrecklich, um jemals erzählt werden zu können" usw.); implizite oder verbalisierte internalisierte Anweisungen wie "wenn du etwas sagst, bringe ich dich um" oder "du weißt, daß es dir gefällt", die einzelnen BASK-Dimensionen, inklusive der Kognitionen und anderer existentieller Krisen (Steele & Colrain, 1990).

Existentielle Krisen

Yalom (1980) definierte eine existentielle Krise als "einen Konflikt, der aus der Konfrontation mit den Gegebenheiten der Existenz entsteht" (S. 8). Zur Krise kommt es in dem Moment, in dem das Thema die Abstraktion verläßt und in die Erlebensebene eintritt, also am wahrscheinlichsten dann, wenn eine Form der Bewußtwerdung geschieht. Existentielle Krisen werden so real und unerträglich, daß es zu einer desintegrativ wirkenden Angst kommt (Steele & Colrain, 1990). Lifton (1980) nennt den Moment der existentiellen Krise in einer traumatischen Erinnerung treffenderweise "ultimativen Horror". Es kommt genau dann zur Dissoziation in Alternativpersönlichkeiten; und ganz bestimmte Alternativpersönlichkeiten können zu Trägern unterschiedlicher Aspekte der Krise werden. Die sechs wichtigsten Aspekte beziehen sich auf: (1) Tod oder psychische Vernichtung, (2) Isolation, (3) Bedeutungslosigkeit, (4) Freiheit und Verantwortung, (5) Identität und (6) unerträglichen Schmerz.

Janoff-Bulman (1985, 1992) diskutierte ausführlich den Einfluß von Traumata auf grundlegende ontologische Annahmen (wie z.B. das Vertrauen in eine sinnvolle und wohlwollende Welt, persönliche Unverletzbarkeit und positiver Selbstwert). Diese An-

nahmen werden durch das Trauma zerschlagen oder im Fall von frühem und lang anhaltendem Mißbrauch gar nicht entwickelt. In beiden Fällen kommt es zu einer Anfälligkeit für existentielle Krisen. Der Moment dieser Krise ist unerträglich und wird in der traumatischen Erinnerung ohne Zeit- oder Bedeutungsbezug fixiert. Sie wird von disintegrierender Angst und diffusum, intensivem, nicht-verbalen Schrecken begleitet, wie es sich z.B. in dem klassischen Zustand der Übererregung bei überwältigendem Trauma zeigt (van der Kolk, 1987a, 1988, 1994; Krystal, 1988). Es kann für jedes Trauma nur eine einzige oder eine ganze Serie von existentiellen Krisen geben. Weil diese Momente mit so viel Affekt geladen sind, ist es wichtig, sie in der Synthese-Sitzung zu erkennen, damit sie im Prozeß der Bewußtwerdung bearbeitet werden können.

Man kann grundsätzlich zwei Wege zur Synthese traumatischer Erinnerungen in MPS-PatientInnen unterscheiden: eine *serielle* und eine *parallele Synthese*. In der ersten geht man in mehreren Sitzungen zu der ursprünglichen Sequenz des Traumas zurück. In der zweiten bemüht man sich in einer einzigen konzentrierten Sitzung um die Beteiligung der größtmöglichen Anzahl von betroffenen Alternativpersönlichkeiten.

Serielle Synthese

Die grundlegende Regel in der klassischen seriellen Synthese traumatischer Erinnerungen lautet, die PatientInnen zu begleiten und da zu bleiben, wo sie gerade sind (Putnam, 1989, 1992). Wenn ein Kliniker diesen Ansatz verfolgt, riskiert er damit allerdings, nicht zu wissen, welche Alternativpersönlichkeiten beteiligt sind und welche zu welchem Zeitpunkt in der aktuellen Synthese-Sitzung von der Teilnahme ausgeschlossen werden sollten.

Die Essenz serieller Synthese liegt darin, die PatientInnen nach der nötigen Vorbereitung zu dem Zeitpunkt vor dem traumatischen Ereignis zurückzubringen. Dann werden sie chronologisch durch die Erfahrung geführt, wobei sie permanent an den Therapeuten und an der Gegenwart orientiert bleiben (z.B. durch die Frage "Und danach - was passierte als nächstes?"). Anhand des BASK-Modells (Braun, 1988a & b) kann die Therapeutin bzw. der Therapeut versuchen, verschiedene dissoziierte traumatische Reaktionen hervorzurufen und fehlende Aspekte in den Prozeß einzufügen.

Manchmal muß der gesamte Prozeß mehrmals wiederholt werden, so daß alle durch das ursprüngliche Trauma betroffenen Alternativpersönlichkeiten ihren jeweiligen Beitrag leisten können. Sollte die Synthese in einer Sitzung nicht vollendet werden, kann es zu einer Reaktivierung derselben traumatischen Erinnerung in der folgenden Stunde kommen. Zu den daraus resultierenden Widersprüchen und Glaubwürdigkeitsproblemen meinte Putnam: "Die Patientin bzw. der Patient kann sehr unterschiedliche Versionen desselben Ereignisses berichten und weit voneinander abweichende Emotionen ausdrücken. Bei MPS-PatientInnen tragen oft verschiedene Alternativpersönlichkeiten diese widersprüchlichen Wahrnehmungen. In einigen Fällen können spezifische Ereignisse oder spezifische Versionen eines Ereignisses ganz eindeutig phantasierte Bestandteile haben; in vielen anderen Fällen werden Therapeutin und PatientIn niemals ganz sicher sein, was wirklich geschah und was Phantasie ist. Ich kenne in diesen Fällen keinen Weg, Phantasie von Wirklichkeit zu unterscheiden" (Putnam, 1989, S. 245).

Erstens ist es wichtig zu berücksichtigen, daß verschiedene Alternativpersönlichkeiten tatsächlich ganz unterschiedliche Aspekte des Traumas erlebt haben können. Eine Persönlichkeit, die sich mit dem mißbrauchenden Täter identifiziert hat, wird eine ganz andere Version erzählen als die, die den Schmerz und die Angst während des Mißbrauchs gespürt hat; eine vom Schmerz und der Angst völlig dissoziierte Alternativpersönlichkeit kann dabei sogar sexuelle Erregung gespürt haben.

Zweitens ist häufig beobachtet worden, daß einige Alternativpersönlichkeiten während eines traumatischen Ereignisses ganz eigenen Phantasien nachgingen, welche auch syntheisiert werden sollten. Charcot (1887) beschrieb einen klassischen Fall einer Traumatisierung im Erwachsenenalter, bei der die Phantasien eine zentrale Rolle in der posttraumatischen Symptomatologie gespielt haben. Sein Patient *Lélog* hatte nach einem Verkehrsunfall mit einem Pferdewagen gelähmte Beine. Obwohl er auf den Boden aufgeschlagen und bewußtlos war, gab es keine neurologischen Anzeichen für eine somatische Ursache der Lähmung. Stattdessen kam heraus, daß er in dem Moment, als er stürzte und das Bewußtsein verlor, die Räder des Wagens auf sich zukommen sah und überzeugt war, überfahren zu werden. Diese Phantasie wurde dissoziiert und verursachte die Lähmung.

Hypnotische Techniken: Um einen sicheren und erfolgreichen Verlauf der Synthese zu gewährleisten, kann die Therapeutin bzw. der Therapeut spezielle hypnotische Techniken einbauen. Einige davon, wie das Erschaffen eines sicheren imaginierten Ortes für die Alternativpersönlichkeiten, die noch nicht bereit sind, an der Synthese teilzunehmen, waren schon in einer früheren Phase der Therapie und spätestens in der Vorbereitungsphase eingeführt worden. Andere hypnotische Techniken können eingesetzt werden, um eine graduelle Synthese über einige Sitzungen hinweg aufrechtzuerhalten. Dahin gehört der Einsatz einer imaginierten Filmleinwand, auf der Elemente des Traumas abgespielt werden können. Die Patientin bzw. der Patient kann assoziierte Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen berichten. Eine andere Technik beinhaltet die Plazierung der unvollständigen traumatischen Erinnerung in eine "Sicherheitszone" (z.B. in eine imaginierte Stahlkammer oder einen ähnlichen Raum). Ausführlichere Beschreibungen dieser und anderer relevanter hypnotischer Techniken finden sich bei Brown und Fromm (1986), Hammond (1990), Kluft (1988, 1989), Petersen (1991; 1993), Putnam (1989), Ross (1989), Spiegel (1981), Sachs und Peterson (1994), Steele und Colrain (1990) und van der Hart, Boon und Everdingen (1990) [vgl. auch den entsprechenden Beitrag von Kluft in diesem Heft].

Parallele Synthese

Die parallele Synthese ist ein erheblich strukturierteres Vorgehen. Die Entstehung der Idee einer parallelen Synthese entstammt aus verschiedenen Quellen, desgleichen die einzelnen Techniken, die bei ihrer Durchführung eine Rolle spielen, und viele andere Ideen und Techniken aus dem Bereich MPS. Wir haben uns darum bemüht, die Urheberschaft so genau wie möglich anzugeben, wobei es zuzeiten schwierig wenn nicht gar unmöglich war, in einem Feld, das so stark an Workshops und mündlicher Weitergabe ausgerichtet ist, die Originalquelle zu finden. So haben in den 80er Jahren z.B. sowohl Kluft, Comstock und Sachs Varianten der parallelen Synthese in Workshops und Konferenz-Vorträgen gelehrt als auch Judith Peterson in den frühen 90ern (Peterson, 1991). Die nachfolgende Variante konnte bis zu Stephen Ray zurückverfolgt werden, der uns über Barbara Friedman (persönliche Mitteilung, Sept. 1990) und Pamela Reager (persönliche Mittei-

lung, Nov. 1990) persönlich bekannt ist. In der Literatur haben Kluft (1988, 1989), Fine (1991, 1993) sowie Sachs und Peterson (1994) bedeutsame Beiträge zu dem Konzept und den damit verbundenen Techniken geliefert.

Die parallele Synthese basiert auf einer detaillierten, gleichzeitigen Bestandsaufnahme des traumatischen Ereignisses. Es wird entlang der Dimensionen des BASK-Modells gefragt, was tatsächlich passiert ist, welche Alternativpersönlichkeiten in welcher Weise beteiligt waren etc. Ebenfalls gehört dazu, gemeinsam mit den PatientInnen oder noch besser mit einer Alternativpersönlichkeit, die Überblick hat, zu bestimmen, welche Persönlichkeiten bei der Synthese dabei sein sollen und welche kurzzeitig vor diesem Wissen und der Teilnahme geschützt werden müssen.

Die aktuelle Synthese beginnt damit, nochmals die einzelnen Schritte des Vorgehens zu beschreiben und zu begründen. Die Therapeutin bzw. der Therapeut betont dabei, daß der Erfolg der Technik von der Vollständigkeit abhängt, mit der die Synthese durchgeführt wird. Am Anfang der Synthese-Sitzung wird die Patientin bzw. der Patient in einen Zustand intensiver Konzentration geführt (z.B. Hypnose). Die für die Synthese benötigten Alternativpersönlichkeiten werden herbeigerufen, zusammen mit einer Einladung an diejenigen, denen es erlaubt ist, zuzusehen. Im Gegensatz dazu werden diejenigen, die sich zurückziehen sollen, instruiert, an ihren sicheren Ort hinter einer bereits vorher etablierten Barriere zu gehen.

Eine schriftliche Beschreibung des traumatischen Ereignisses ist vorher in 10 Segmente eingeteilt worden. Die Therapeutin bzw. der Therapeut zählt von 1 bis 10, z.B. indem "1" den Anfang des Traumas und "10" dessen Ende symbolisiert. Jedem einzelnen der aufeinanderfolgend genannten Abschnitte geht die dazugehörige Zahl voraus. Dieses Zählen gibt der Therapiestunde eine klare Struktur, indem es die PatientInnen an die im Prozeß erreichte Stufe erinnert und ihnen sagt, was noch kommen wird. Während der Synthese werden alle beteiligten Alternativpersönlichkeiten dazu ermutigt, ihr wechselseitiges Wissen miteinander zu teilen, so daß sie zu einem einzigen Ganzen zusammenwachsen und sich von einer bestehenden Dissoziation befreien können.

Nach der letzten Zahl bietet die Therapeutin bzw. der Therapeut allen beteiligten Persönlichkeiten zusätzliche, angemessene Unterstützung an und fragt nach, wieviel Prozent des gesamten traumatischen Ereignisses zusammengefügt worden sind. Häufig verbleibt ein beachtlicher Prozentsatz offen, dazu gehören v.a. die schlimmsten Schmerzen und Ängste; dieser Teil muß in der nächsten Runde explizit miteinbezogen werden. In einer Therapiestunde wird die gesamte Prozedur maximal dreimal durchlaufen. Das ist oftmals mehr als ausreichend.

Es ist sinnvoll, in dieses "titrierte" Wiedererleben hypnotische Ruhepausen einzubauen, in denen die PatientInnen in tiefe Entspannung geführt werden und die Suggestion für eine hypnotische Zeitverzerrung erhalten, und vor dem nächsten Synthese-Modul solange wie nötig ausruhen dürfen. Solche Suggestionen können lauten: "Sekunden erscheinen wie Minuten, und Minuten erscheinen wie Stunden;" "Du wirst dich in einer kurzen Weile entspannt, erfrischt und erholt fühlen, so als ob du für eine lange Zeit geruht hättest."

Wenn es nur noch wenig (bis zu ca. 5%) nicht-integriertes dissoziiertes Material gibt, kann es in einigen Fällen von den PatientInnen selbst bearbeitet werden. Trotzdem muß deren Versicherung, dieses bißchen jetzt alleine machen zu können, durch die klinische

Beurteilung der TherapeutInnen relativiert werden. Bei einer Patientin waren die letzten fünf Prozent "zum Schluß" für die Aktivierung starker suizidaler Tendenzen verantwortlich. Sie bezogen sich auf einen früheren Selbstmordversuch, den sie nach einer Vergewaltigung durch ihren Vater mit neun Jahren unternommen hatte. Sie hatte in der nachfolgenden Zeit durchgehend geglaubt, schwanger zu sein und scheiterte in dem Versuch, eine Abtreibung einzuleiten. Deshalb ist es wichtig sicherzustellen, daß in den verbleibenden dissoziierten Anteilen kein überwältigendes Material enthalten ist, und daß keine Verbindungen zu anderen Traumata bestehen, die für eine Synthese noch nicht reif sind.

Eine parallele Synthese kann in vielen Variationen ablaufen. Eine hält es für wichtig, zuerst mit Gruppen von ähnlichen Persönlichkeiten zu arbeiten, so daß Emotion und Wissen zunächst von affektiv oder kognitiv verwandten Alternativpersönlichkeiten miteinander geteilt werden. Auf diese Weise wird der Affekt bearbeitet und moduliert, bevor er mit anderen Persönlichkeiten in anderen Gruppen geteilt wird (Fine, 1991, 1993). Eine befürwortet auch eine fraktionierte Synthese, um eine Retraumatisierung des Patienten zu vermeiden. Comstock (1986) schlägt verschiedene Ansätze zur Behandlung traumatischer Erinnerungen vor, die sich auf eine Modulierung von Affekt und Inhalt beziehen. Wie bereits in Workshops Anfang der 80er Jahre vorgestellt, hat Kluft (1988, 1989) spezielle Ansätze zur Fraktionierung traumatischen Materials entwickelt, in denen den PatientInnen und den Alternativpersönlichkeiten vorgeschlagen wird, ihren Teil im Trauma nicht im ganzen Ausmaß wiedererleben zu müssen, sondern z.B. nur auf der 4. Stufe einer Skala von 1 bis 5. Sie werden ferner darüber unterrichtet, daß sie "nur das wiedererleben müssen, was wichtig ist, um zu wissen, zu verstehen und zu heilen". Eine andere Variante liegt in der Anleitung, daß eine bestimmte Alternativpersönlichkeit oder eine bestimmte Dimension des Traumas, wenn nötig, im ersten Durchgang ausgelassen und erst später hinzugefügt werden kann. Ein solches Vorgehen wandelt eine parallele Synthese in eine hochstrukturierte serielle Synthese um. Dies ist auch dann der Fall, wenn in aufeinanderfolgenden Therapiestunden systematisch der Schwerpunkt auf die Synthese sukzessiver Episoden eines komplexen traumatischen Ereignisses gelegt wird.

Während das parallele Vorgehen anfangs eine aktive Beteiligung der TherapeutInnen erfordert, führt die Nutzung detaillierter Trauma-Informationen und das Mitteilen dieser Erfahrungen selbst zu einer relativ selbstständigen Arbeit der PatientInnen. Einige PatientInnen werden mit dieser Anwendung so vertraut, daß sie mit bestimmten traumatischen Erinnerungen arbeiten können, ohne daß die Therapeutin bzw. der Therapeut über alle nötigen Details informiert werden muß. Anfangs wird das Zählen als sehr hilfreich erlebt, aber nach einiger Zeit zeigen die PatientInnen, daß sie es nicht mehr brauchen. Dies impliziert, daß sie Dissoziation nicht mehr so häufig wie früher anwenden und daß sie nun besser in der Lage sind, die auf die traumatische Erinnerung bezogenen Affekte zu ertragen und zu modulieren.

Eine wichtige Frage ist die Beteiligung der Gastgeber-Persönlichkeit (sofern eine existiert) an der Synthese der traumatischen Erinnerungen. Wenn diese während des Traumas anwesend war, so soll sie selbstverständlich einbezogen werden. In anderen Fällen hängt es u.a. von ihrer Ich-Stärke - oder, in Janets Worten, von ihrer "psychologischen Spannung" (vgl. van der Hart & Friedman, 1989) - und ihrer Motivation ab. Im allgemeinen ist es wichtig, die Synthese auf die Bedürfnisse der PatientInnen maßzuschneidern.

Das Beenden der Synthese-Sitzung

Gegen Ende der Synthese-Sitzung und während sich die Patientin bzw. der Patient noch in einem veränderten Bewußtseinszustand befindet, stellt die Therapeutin bzw. der Therapeut sicher, daß alle beteiligten Alternativpersönlichkeiten die nötige Unterstützung haben und suggeriert ein angenehmes Gefühl von Vollendung und Einheit. Nachdem sie ihre furchtbaren Erlebnisse miteinander geteilt haben, können sie nun ihre Wärme und ihr Wohlbefinden nicht nur miteinander, sondern mit allen Alternativpersönlichkeiten teilen. Die Therapeutin bzw. der Therapeut kann zusätzlich eine die Heilung fördernde Imagination einsetzen wie z.B. ein weißes, heilendes Licht, das sie alle einhüllt und einander nähert [vgl. den entspr. Artikel von Kluft in diesem Heft]. Wir glauben, daß eine solche Erfahrung einen kraftvollen Rahmen für die weitere Integration und Vereinigung schafft. Abschließend wird die Patientin bzw. der Patient in einen Zustand voller Bewußtheit und Orientiertheit im Hier und Jetzt zurückgebracht (Putnam, 1992).

Nachsorge

Die gute Vorbereitung einer Synthese-Sitzung erfordert auch zu wissen, wie (und in welchen Fällen mit wem) die Patientin bzw. der Patient im Anschluß nach Hause zurückkehren wird, und welche Art von Unterstützung vorhanden ist, falls sie benötigt wird (Putnam, 1992). Manchmal ist es sinnvoll, daß die Patientin bzw. der Patient zu einer vorher festgelegten Zeit am Ende des Tages oder am nächsten Morgen mit dem Therapeuten bzw. der Therapeutin Kontakt aufnimmt und daß eine Nachfolge-Sitzung auch kurzfristig möglich ist.

Stufe 3: Bewußtwerdung und Integration

Nach einer erfolgreichen Synthese wirkt die traumatische Erinnerung nicht mehr auf einem sensorisch-motorischem Niveau. McDougall (1920/1) formulierte dies folgendermaßen: "Sobald die Dissoziation überwunden ist, und obwohl derselbe Gedankenfluß ablaufen kann, ist seine stresshafte Macht dadurch abgeschwächt, daß die Patientin bzw. der Patient sich gleichzeitig seiner Umgebung bewußt ist und weiß, daß diese Erfahrung der Vergangenheit angehört. Der Prozeß der Neueinstellung einer emotionalen Haltung kann dann beginnen oder, in anderen Worten, sie/er macht Fortschritte in 'Autognosis' (1920/1, S. 27; 1926, S. 457).

Das, was McDougall den "Prozeß der Neueinstellung" nennt, erfordert ein Akzeptieren der Erinnerung als echt sowie eine Versöhnung zwischen der narrativen Erinnerung und der Persönlichkeit des Patienten. Die traumatische Erinnerung wurde von einem unkontrollierbaren Wiedererleben in eine zwar traumabezogene, aber ins allgemeine Bewußtsein integrierte Geschichte verwandelt. Zu diesem Zeitpunkt verlagert sich die Therapie darauf, die Auswirkungen des Traumas auf das Selbst und auf die Beziehung zu anderen zu lindern. Herman (1992, S. 197) meinte, die Haupterfahrungen auf dieser Stufe seien das Gewinnen von Kraft und Rückverbindung.

Janet (1935, 1945) nannte diese Aussöhnung "Bewußtwerdung" des Ereignisses und seiner Konsequenzen. Bewußtwerdung ist die Formulierung eines Wissens darüber, was passiert ist (das Trauma), wann es passiert ist (in der Vergangenheit), und wem es passiert ist (der eigenen Person). Das Trauma wird personalisiert, in die Vergangenheit verwiesen,

und nimmt einen eher symbolischen als sensorischen Charakter an. Um eine existentielle Krise lösen zu können, muß neben der Bewußtwerdung ein neues kognitives Schema entwickelt werden, in dem das Ereignis akzeptiert und auf sich selbst bezogen wird, die Einstellung zu dem Ereignis, zum Täter und zu sich selbst verändert und das ganze Verhaltensrepertoire neu organisiert wird (Janet, 1945). Und dabei handelt es sich um mehr als nur um einen kognitiven Prozeß; Bewußtwerdung beinhaltet das Erfahren der persönlichen Geschichte als der ureigenen. Sie schafft den Rahmen für den Übergang aus dem dissoziierten Reich nichtverbaler traumatischer Einbrüche zum Sekundärvorgang, in welchem Worte Bedeutung und Form geben können und dadurch die Verwandlung einer traumatischen Erinnerung in eine erzählbare erleichtern. Integration oder Assimilation beinhaltet Veränderungen in vielen Lebensbereichen. Die Bewußtwerdung wird zur gelebten Erfahrung. In den Worten einer Patientin: "Nachdem sie mir bekannt ist, muß ich meine alte Geschichte nicht immer wieder ausleben. Ich schaffe mir Tag für Tag eine neue. Ich klebe nicht mehr nur an einem einzigen Skript!"

Bewußtwerdung entwickelt sich im Laufe der Zeit, indem mehr und mehr Ereignisse und ihre Bedeutungen verdaut werden, sich im gesamten Bewußtsein ausbreiten, und indem die verschiedenen dissoziierten Schichten aufgedeckt und integriert werden können. So wird das Trauma schrittweise von der Persönlichkeit des Patienten assimiliert oder in diese integriert; es wird in das narrative Gedächtnis oder die Autobiographie eingebettet. Die Patientin bzw. der Patient soll nicht nur in der Lage sein, die Geschichte ihres/seines Mißbrauchs zu erzählen, ohne ihn dabei gleichzeitig wiederzuerleben, sondern: "sie/er muß wissen, in welchem Zusammenhang das Ereignis mit anderen Ereignissen seines Lebens steht, wie er ihm seinen Platz in dieser Lebensgeschichte geben kann, die sich jeder von uns konstruiert hat und die für jeden einen essentiellen Bestandteil der Persönlichkeit bildet. Eine Situation ist solange nicht genügend aufgelöst, nicht vollständig assimiliert worden, bis wir nicht nur eine äußere Reaktion in unseren Bewegungen erreicht haben, sondern auch eine innere durch die an uns selbst gerichteten Worte, durch die Organisation des Ereignisberichts für andere und uns selbst und durch das Einbinden dieses Berichts in ein Kapitel unserer persönlichen Lebensgeschichte" (Janet, 1925, S. 662).

Die klinische Erfahrung lehrt uns, daß diese Bewußtwerdung für einige Patienten eine sehr schwierige, wenn nicht gar unmögliche Herausforderung darstellt. Manchmal ist dies auf die Tatsache zurückzuführen, daß "überlebende", dissoziierte Traumaelemente reaktiviert worden sind. Aber selbst wenn die Synthese der traumatischen Erinnerung vollständig gelungen ist, können sich PatientInnen unfähig fühlen, diese narrative Erzählung mit ihrem Selbstbild in Einklang zu bringen. Die Bewußtwerdung z.B., daß man von der eigenen Mutter gehaßt und vom eigenen Vater sadistisch mißbraucht wurde oder selber schreckenregende Dinge getan hat, ist überwältigend und spottet jeglicher Kategorisierung oder Sinngebung.

Integration und Bewußtwerdung heißt Konfrontation mit einem ungeheuren Verlust. Trauer und Kummer zeigen einen entscheidenden Übergang zu Integration und Bewußtwerdung an. Die Patientin bzw. der Patient muß lernen, seine verlorene und nicht ersetzbare Kindheit aus tiefster Seele zu betrauern; die dort erlebte Einsamkeit und der Schmerz müssen auch heute noch ertragen werden; die verlorene Zeit, das Geld, die Ausbildung, die Arbeit, die Beziehungen und die Energie, die aufgewandt wurden, um die Nachwirkungen des Traumas zu vermeiden oder sich damit auseinanderzusetzen; und schließlich

die schreckliche Wahrheit, die bis ans Lebensende mitgetragen werden muß. Die Trauer mit all ihrem Schmerz und Ärger ist letztendlich heilsam. Sie befähigt die Überlebenden, unrealistische Erwartungen loszulassen, anzuerkennen, was ist, und dadurch mit einer neuen Klarheit und Richtung ganz in die Gegenwart zu kommen - mit Trauer, aber auch mit einer neu gefundenen Weisheit.

Die vorrangige Aufgabe für die Therapeuten auf dieser Stufe liegt darin, empathisch der Erzählung der Geschichte zuzuhören, wenn nötig mehrmals; das Erzählen macht die Geschichte realer und persönlicher und hebt das Trauma gleichzeitig von der Ebene eines autistischen Wiedererlebens auf die Ebene, es in einer therapeutischen Beziehung miteinander zu teilen. Die Überlebenden sind mit dem Trauma nicht länger allein. Endlich gefundene Worte erlauben den PatientInnen, neue semantische Strukturen zu formulieren, die ihnen dabei helfen, das Trauma im Laufe der Zeit zu assimilieren. Ager und Jensen (1990) stellen fest, daß das Erzählen so zu einem "Bezeugen" wird, zu einem heilenden und wiederherstellenden Ritual, das der Geschichte nicht nur eine persönliche, sondern auch eine interpersonelle und soziale Dimension eröffnet, die sie in einen größeren Kontext stellt.

Auch auf dieser Stufe sollte an den Kognitionen gearbeitet werden (Ross, 1989). Die Patientin bzw. der Patient entwickelt eine tiefere Einsicht in die Ursprünge ihrer/seiner kognitiven Verzerrungen, wenn Affekt und Verhalten miteinander verbunden werden. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge wird eingeübt und daraus entsteht ein Neubegründetes Vertrauen und Selbstwertgefühl. Persönliche psychologische Bedürfnisse werden anerkannt und der Überlebende übernimmt eine immer aktivere Rolle in der Erschaffung einer Umgebung, in der Vertrauen, gesunde Abhängigkeit, Autonomie, Macht, Wertschätzung und Intimität erblühen können (McCann & Pearlman, 1990). Kurzgesagt lernt die Patientin bzw. der Patient (erneut) zu lieben, zu arbeiten und zu spielen.

Substitution

Manchmal erfordert die Bewußtwerdung eines traumatischen Ereignisses, das ursprüngliche Trauma akzeptabler zu machen (Janet, 1935). Dies kann auf zwei grundsätzliche Arten geschehen: entweder verändert man den Inhalt der traumatischen Erinnerung selbst oder einige Aspekte der bereits transformierten narrativen Darstellung.

Der erste Ansatz wird als Substitutionstechnik bezeichnet und wurde ursprünglich von Janet (1889, 1898; vgl. van der Hart, Brown & van der Kolk, 1989; van der Hart, Brown & Turco, 1990) entwickelt. Dabei suggerierte Janet einen vollständig anderen Verlauf des traumatischen Ereignisses. Bei seiner Patientin Marie, die ihre unerwartete erste Menstruation als traumatisch erlebte, setzte er Hypnose ein, ließ sie auf eine Zeit vor diesem Ereignis regredieren und gab ihr eine angemessene, vorbereitende Instruktion. Er schlug ihr dann vor, sie solle sich an ihre erste Menstruation so erinnern, als ob sie normal und schmerzlos verlaufen sei.

Viele Therapeuten haben in der letzten Zeit diese Technik wieder eingeführt (Lamb, 1985; Miller, 1986). Bei traumatischen Ereignissen mit einem Täter (wie bei einem sexuellen Mißbrauch in der Kindheit) sind Kliniker mit dem Einsatz der Substitutionstechnik sehr vorsichtig, da sie den PatientInnen als eine Verniedlichung des Verbrechens erscheinen mag, die sie bereits häufig von Tätern oder Mitwissern kennen. Trotzdem können ge-

ringfügige Veränderungen auch bei Mißbrauchs-Überlebenden vorgenommen werden. So wird z.B. die Patientin bzw. der Patient nach der Synthese ermutigt, ihren/seinen Ärger auszudrücken und dem Täter symbolisch das anzutun, was sie/er ihm während oder nach dem aktuellen Trauma gewünscht hatte. Als Watkins (1949) diese Technik in der Behandlung traumatisierter Kriegsveteranen einsetzte, stellte er fest, daß sie den Patienten dabei hilft, die ursprünglich frustrierende Situation zu einem befriedigenden Abschluß zu bringen.

Damit es zu einer wirklichen Bewußtwerdung kommen kann, muß parallel zu der Substitution die aktuelle traumatische Situation bestehen bleiben. Was tatsächlich passiert ist und was man sich gewünscht hätte, muß nebeneinander existieren, damit Substitution nicht zu Verdrängung führt.

Der zweite Weg besteht darin, narrative und semantische Aspekte des traumatischen Ereignisses zu verändern. Dies beinhaltet oftmals Techniken, die bereits weiter oben vorgestellt worden sind, wie z.B. ein Umdeuten der Interpretationen der PatientInnen (z.B. wenn sie sich selbst für den Mißbrauch verantwortlich halten, der ihnen als Kind vom Vater angetan wurde), das Erforschen unterschiedlicher Bedeutungen und die Korrektur kognitiver Verzerrungen.

Welchen Ansatz auch immer man wählt, das Ziel dabei liegt immer in der "Auflösung des Geschehens" (Janet 1919/25, S. 681). In einer Zeit allerdings, in der der Wahrheitsgehalt von Mißbrauchserinnerungen angezweifelt und die Möglichkeit in Betracht gezogen wird, daß Erinnerungen von den Therapeuten suggeriert wurden, ist es klug, im voraus mögliche Implikationen einer Erinnerungs-Substitution zu berücksichtigen. Die Technik bietet die Möglichkeit einer Lösung und einer Erleichterung, bei hoch hypnotisierbaren und hoch suggestiblen PatientInnen kann sie auch zu Verwirrung führen und sollte deshalb nur mit Vorsicht eingesetzt werden.

Lösung existentieller Krisen

Die Lösung existentieller Krisen, ganz besonders solcher, die mit einem Gefühl der Sinnlosigkeit verbunden sind, ist zentral für den Prozeß der Bewußtwerdung und Integration. Ständig wiederholte existentielle Krisen dominieren häufig die Gegenwart der/des Überlebenden. Diese Krisen gelten als gelöst, wenn sie zusammen mit den assoziierten Erinnerungen in die Persönlichkeitsstruktur integriert sind. Die Patientin bzw. der Patient akzeptiert dann, daß der Zeitpunkt der Krise in der Vergangenheit liegt, und die entsprechenden Reaktionen können in angemessener Kognitionen, Affekte und Verhaltensweisen verwandelt werden.

Als erstes muß die Patientin bzw. der Patient dabei akzeptieren, daß sie/er tatsächlich überlebt hat. Eine Todeskrise zeigt sich in der Gegenwart kontinuierlich als Suizidalität, Selbstzerstörungstendenzen, interne Alternativpersönlichkeiten, die andere töten oder mit Mord bedrohen, in toten oder sterbenden Alternativpersönlichkeiten, oder im Gefühl einer verkürzten Zukunft. Eine Patientin beschrieb die Synthese und Bewußtwerdung der existentiellen Todeskrise folgenderweise: Ich konnte mich sehr lange nicht daran erinnern; ich konnte es nicht ertragen, daß ich dem Tod so oft so nahe war. Als ich schließlich an den Punkt kam, mich zu erinnern, wurde eines plötzlich kristallklar: Ich war nicht tot und ich lag auch nicht im Sterben. Ich merkte, daß der Grund für meine Selbstmordneigung in

dem Wunsch nach Todesnähe lag. Irgendwie bin ich an dem Punkt steckengeblieben, an dem ich dachte, ich würde sterben. Angst und Schrecken sind wie Klebstoff, sie verbinden dich wie Leim mit den Dingen, die gerade passieren, und zwar genau mit dem Teil, der dich daran am meisten erschreckt. Sobald ich mich davon gelöst hatte, mußte ich nicht mehr sterben. Jetzt kann ich mich aufs Leben konzentrieren, und ich habe eine Menge nachzuholen.

Die psychologische Vernichtung wird wiedererlebt und assoziiert mit einem Ansturm überwältigender und primitiver Zustände von Übererregung, die "affektive Stürme" genannt werden. Wenn die Person nicht die Fähigkeit zur Selbstberuhigung oder zur Toleranz und Modulation von Affekten hat, können diese in einer erschreckenden Regelmäßigkeit vorkommen. Schweres Trauma ist oftmals verbunden mit dem Verlust aller Grenzen des Selbst: "Mein Körper fühlte sich an als würde er auseinanderfliegen, und dann zerfiel mein Inneres in eine Million Teile und es gab kein 'Ich' mehr." Auch wenn man die Dissoziation während eines Traumas normalerweise für eine natürliche Abwehrreaktion hält, wird der Prozeß selbst oftmals als extrem unangenehm und erschreckend beschrieben: "Ich verschmolz mit der Wand, und obwohl es wehtat und ich wußte, daß dies das Ende ist, machte ich mich selbst so klein, daß ich unsichtbar wurde"; "Ich schrumpfte mich, bis ich wie ein schwarzes Loch im Raum war, und es zog mich in sich hinein und ich war das schwarze Loch"; "Ich wurde niemand, und ich ging ins Nichts, in ein schwarzes Nichts."

Sobald der Prozeß der Dissoziation mehr der zentralen Kontrolle der Überlebenden unterliegt, nimmt die unangenehme und vernichtende Erfahrung schrittweise ab. Die bereits früh in der Therapie begonnene und anhaltende Arbeit am zentralen Selbst sollte zu diesem Zeitpunkt erheblich dazu beigetragen haben, daß die Patientin bzw. der Patient in der Lage ist, Affekte zu ertragen, ohne davon überwältigt zu werden. Es kommt zu der zunehmenden Bewußtwerdung, daß Gefühle nicht unbedingt lebensbedrohlich sind. Durch die Synthese hört die dissoziative Neuinszenierung der Vernichtung durch das Trauma auf. Die Überlebenden verstehen, daß es Erfahrungen gibt, die niemand ertragen könnte. Da sie sie in der Vergangenheit trotzdem mit Hilfe der Dissoziation ertragen hatten, lernen sie schrittweise, in der Gegenwart Distanz dazu zu schaffen, ohne sie abzuspalten oder als Person auseinanderzufallen.

Die Erfahrung unerträglicher physischer oder emotionaler Schmerzen bildet die Grundlage für weitere existentielle Krisen, die einer Heilung entgegenstehen. Wiederholtes Eindringen überwältigender, auf den Mißbrauch bezogener Affekte und Wahrnehmungen überzeugt die PatientInnen davon, daß sie das Leben nicht ertragen können. Die Angst ist nicht die zu sterben, sondern die, mit einem solch unermeßlichen Schmerz leben zu müssen. Dieser Prozeß führt häufig zu Suizidgedanken seitens der Überlebenden, weil der Tod zu einer Erlösung von den Schmerzen führen würde.

Starker Schmerz ist somit eine zerstörende und fragmentierende Erfahrung (Scarry, 1985). Er zerstört das Selbst, vernichtet die internen Kontrollüberzeugungen und löst die eigene Sichtweise der Welt auf. Bei vielen Opfern frühkindlichen Mißbrauchs entwickeln sich die emotionalen Selbstfürsorge-Funktionen nicht angemessen. Da sie nicht in der Lage sind, Affekte oder den übererregten, durch Schmerz entstandenen Zustand zu ertragen oder zu regulieren, werden sie davon überwältigt. Die Schmerztoleranz variiert und Mißbrauchüberlebende mit einer niedrigen Schwelle kommen schnell in einen Zustand

überwältigender Übererregung. Sobald einmal dissoziierte Affekte und Wahrnehmungen wieder integriert sind, kommt es zu einer bedeutenden Erleichterung und die Schmerz tragenden Alternativpersönlichkeiten beginnen zu heilen.

Dabei ist Trauer ein wichtiger Bestandteil des emotionalen Schmerzes, der durchgearbeitet werden muß. Im Verlauf der Zeit nehmen die Trauerepisoden schrittweise an Intensität und Dauer ab. Mißbrauchüberlebende verstehen und akzeptieren es, daß Verlust einen unvermeidbaren Bestandteil des Traumas darstellt, und daß es sich um eine lebenslange Aufgabe handelt, das Auf und Ab wiedererlebter Trauer mit Gleichmut zu ertragen.

Sinngebung und Informationsverarbeitung

Sobald die/der Mißbrauchüberlebende akzeptiert, daß sie/er weder sterben noch vernichtet wird, und sie/er den Schmerz erfolgreich bewältigt, geht es mit der schwierigen Aufgabe der Sinngebung weiter. Ein Gefühl von Bedeutungslosigkeit charakterisiert den zwanghaften "Annäherungs-Vermeidungs"-Prozeß, der die Versuche begleitet, herauszufinden, was passiert ist: "Das ist wirklich passiert" im Gegensatz zu "Das habe ich erfunden"; "Das ist wirklich mir passiert" im Gegensatz zu "Es ist nicht mir passiert". Bei fortschreitender Bewußtwerdung wird den Überlebenden dabei geholfen, aus dem, was sinnlos erschien, einen Sinn herauszufiltern. Herman (1992) beschrieb sehr eindringlich die Mühe, dem Trauma einen Sinn zu geben: Die/der Überlebende "steht stumm vor der Leere des Bösen, dem Gefühl, daß kein bekanntes System ausreicht, dies zu erklären. Überlebende jeglicher Grausamkeiten jeden Alters und aus jeder Kultur kommen in ihrem Zeugnis zu einem Punkt, an dem alle ausgesprochenen und nichtausgesprochenen Fragen sich auf eine einzige reduzieren, die eher in Ratlosigkeit als in Wut gestellt wird: Warum? Die Antwort liegt außerhalb des menschlichen Verstehens" (S. 178).

Das Finden von Sinn ist ein grundlegendes Bedürfnis, das den Ausdruck aller Kognitionen und Affekte untermauert. Die intrapsychische Bedeutung schafft den Rahmen für die Organisation des Selbstkonzeptes und aller anderen kognitiven Schemata (Frankl, 1963; Janoff-Bulman, 1992; Ulman & Brothers, 1988; Yalom, 1980). Das Trauma zerstört nicht nur die bisher existierenden Bedeutungen, sondern verhindert es auch, für das Trauma selbst einen neuen Sinn zu finden. Das Ausmaß, in dem eine kognitive Transformation erforderlich ist, hängt von der Schwere und der Chronizität des Traumas ab. Ein einzelnes Trauma erfordert hauptsächlich einen Fokus auf die Integration der traumatischen Erinnerungen, während ein lang andauerndes und wiederholtes Trauma eine Veränderung des gesamten Denksystems erfordern kann. Für Menschen mit chronischen Traumaerfahrungen in der Kindheit sind frühe Bedeutungsstrukturen und kognitive Schemata fehlerhaft, und es müssen völlig neue konstruiert werden. Das ist ein anstrengender und langandauernder Prozeß, aber das Trauma kann ohne eine solche Rekonstruktion nicht integriert werden.

Die Behandlung traumatischer Erinnerungen ist beschrieben worden als Aufweichen der Dissoziation, Bewußtwerdung, Synthese und Integration. In Janets Worten handelt es sich um einen Prozeß, der auf "die Versöhnung zwischen zwei Polen abzielt: Auf der einen Seite steht die Erzählung des Traumas und auf der anderen die Persönlichkeit des Erzählenden" (Janet, 1935, S. 357). Die Integration traumatischer Erinnerungen in bestehende Gedankengebäude, wie z.B. bei einem einzelnen Trauma, wird von Janet als "Integration

des ersten Poles" und von Piaget und seinen Nachfolgern als "Assimilation" bezeichnet (Janoff-Bulman, 1992; Kleber & Brom, 1992). Die erheblich radikalere Rekonstruktion existierender Denksysteme, die im Falle eines chronischen Traumas wie bei MPS notwendig ist, wird von Janet als "Veränderung des zweiten Poles" und von Piaget als "Akkommodation" beschrieben.

Solche Denksysteme wurden erstmals von Sir Henry Head 1920 als "Kognitive Schemata" bezeichnet. Das Konzept wurde von Bartlett (1932) ausgearbeitet und von Forschern über traumatische Neurosen (wie Horowitz, 1976, 1986) in den 70er Jahren wiederaufgegriffen. Mandler (1979) definierte, daß "ein Schema sich auf der Grundlage früherer Erfahrungen mit Objekten, Szenen oder Ereignissen bildet und aus einer Klasse von (normalerweise unbewußten) Erwartungen darüber besteht, wie Dinge aussehen und in welcher Reihenfolge sie auftreten" (S. 263). In Übereinstimmung mit Janets zwei Polen der Versöhnung stellten Holler und Garber (1988) fest, daß schema-abweichende Informationen wie z.B. ein entweder Trauma in bestehende Schemata assimiliert werden können ("Das ist niemals passiert"; "Ich bin schuld, daß es passiert ist") oder daß ein Schema so verändert werden kann, daß es die neue Information akkomodiert ("Es gibt auf dieser Welt keinen sicheren Ort"; "Dies passierte, weil die anderen mich verletzen wollten, es war nicht meine Schuld").

Ein als Folge eines Traumas gebildetes Schema tendiert dazu, eingeschränkt und fixiert zu sein, und "zu bestimmen, in welchem Ausmaß neue Informationen aufgenommen und verarbeitet werden" (van der Kolk & van der Hart, 1991, S. 440). Sehr häufig interpretieren Überlebende die Bedeutung gegenwärtiger Erfahrungen fälschlicherweise als gefährlich und feindselig (in der Bedeutung, die der Interaktion im Trauma entspricht): Überlebende sprechen häufig über ihr Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, mit dem sie eine "zufällige und chaotische" Welt wahrnehmen, in der nichts sicher oder vorhersehbar ist. Zusätzlich hadern viele mit Themen der Spiritualität, weisen ihren Glauben zurück und fragen: "Warum hat Gott es zugelassen, daß so etwas passiert?" Das Konzept von Gott erhält unausweichlich eine negative Konnotation und eine negative Übertragung: die des sadistischen Täters oder die des passiven, nicht-tätlichen Elternteils, der davon wußte, aber keinen Schutz gab.

Ohne ontologische, psychologische oder spirituelle Bedeutungsstrukturen, die Sicherheit, Hoffnung, Kontrolle, Vertrauen und Wert verleihen, befindet sich die/der Überlebende in einer scheinbar zufälligen, chaotischen und grausamen inneren und äußeren Welt. Dieses anhaltende traumatische Erleben setzt einen Teufelskreis in Gang, der die dissoziativen und damit verbundenen Abwehrmechanismen aufrechterhält und letztendlich das Individuum davon abhält, das Trauma aufzulösen und sich in Richtung Gesundheit zu bewegen. Während der Bewußtwerdungs-/Integrations-Stufe der Behandlung werden deshalb neue Bedeutungsstrukturen entwickelt und interne Kontrollüberzeugungen schrittweise wiederhergestellt. Die Welt wird dadurch allmählich ein weniger feindseliger und furchtbarer Ort.

Wenn neue Bedeutungen, Kognitionen und Erwartungen erst einmal vorhanden sind, steigt die Wahrscheinlichkeit einer besseren Beziehung zu anderen; in Liftons (1988) Worten ausgedrückt, "sucht die/der Überlebende Lebenskraft sowohl in den unmittelbaren Beziehungen als auch im letzten Sinn; eines ist ohne das andere unmöglich" (S. 26).

Überlebende mit schweren PTSD und dissoziativen Störungen sind von Dissoziation und Verleugnung abhängig, um ihre vor-traumatisierte Identität und ihre Grundannahmen aufrechtzuerhalten: "Das ist niemals passiert" (zeitweilige Dissoziation oder Amnesie) oder "Es ist diesem anderen Mädchen passiert" (parallele Dissoziation und die Entwicklung von Alternativpersönlichkeiten). Die aus einem Selbstgefühl heraus geleugnete Opfer-Identität ist unerträglich, und die/der Überlebende tut alles, um eine neue Identität zu entwickeln: "In Wirklichkeit ist gar nichts passiert; ich habe es bloß erfunden, weil ich verückt bin ... weil ich schlecht bin ... weil ich böse bin." Im Gegensatz dazu hängen einige Überlebende zäh an ihrer Opfer-Identität, weil das Trauma alle anderen Identitäten überschattet oder zerstört hat: sie werden zu dem, was ihnen geschehen ist.

Überlebende können auch aufgrund der Fragmentierung oder dem Mangel an Bewußtwerdung unfähig sein, eine Nach-Trauma-Identität zu entwickeln. Sie haben ein merkwürdiges und erschreckendes Gefühl, nicht "ganz" oder "wirklich" zu sein (vgl. Putnam, 1990). MPS-PatientInnen haben viele verschiedene Identitäten, die miteinander im Konflikt liegen. Die Wechsel multipler Identitäten in einem Körper sind sowohl in der Fachliteratur als auch in der Populär-Literatur dokumentiert. Überlebende drücken den Horror davor aus, einem völligen Verlust an Identität oder an Selbstgefühl zu erleben: "Ich weiß nicht, wer ich bin, bis mich jemand auffordert, etwas zu tun"; "Vielleicht bin ich ein Niemand, nachdem alle Teile integriert worden sind, vielleicht gibt es kein wirkliches Ich hier drinnen, vielleicht bin ich ja leer und nichts." Bei dissoziativ gestörten PatientInnen muß die Selbst-Bewußtwerdung mit der Bewußtwerdung des Traumas einhergehen.

Während die intrapsychische Struktur der Überlebenden im Verlauf der gesamten Behandlung stabilisiert und verstärkt wird, fangen sie an, sich ihrer Selbst sicherer zu fühlen. Viele sprechen aus, daß sie es zum ersten Mal verdienen, zu leben oder überhaupt zu existieren. Ein Grundgefühl von Scham löst sich auf, indem die Therapeutin bzw. der Therapeut im Rahmen einer therapeutischen Zusammenarbeit eine positive Identifikationsmöglichkeit bietet. Überlebende werden gedrängt einzusehen, daß sie ein Recht auf ihr Selbst haben, und können beginnen, darauf aufzubauen.

Bewußtwerdung als sozialer Akt

Die existentielle Krise der Isolation wird dann erlebt, wenn den PatientInnen klar wird, daß sie mit dem Erleben des Traumas vollständig alleine gewesen waren, und daß es in ihrer Kindheit oft keine konsistent hilfreiche Bezugsperson gegeben hat. Die Isolation wird in dem intensiven Kampf wiederaufgeführt, eine Verbindung zu sich selbst und zu anderen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Häufig ist das verbunden mit Fehlschlägen und mit narzißtischen Verletzungen, mit einem konstanten Gefühl von Verlassensein und erschreckender Einsamkeit, der gänzlichen Gewißheit und Scham, die mit dem Gefühl zusammenhängen, es letztendlich nicht wert zu sein, geliebt zu werden (z.B. "Wenn du mich wirklich kennen würdest, wärest du angeekelt") und schließlich mit dem Verbergen eines Geheimnisses nicht nur vor anderen, sondern auch vor sich selbst (Schultz, 1990). Chronische Dissoziation und Depersonalisation macht es dem Individuum unmöglich, ausreichend mit der Gegenwart verbunden zu sein. Unterbrochene interne Objektbeziehungen schließen wechselseitig befriedigende und interdependente externe Beziehungen aus.

Bewußtwerdung ist nicht nur ein innerpsychischer Prozeß sondern auch ein soziales Geschehen. Janet (1935) beschreibt Bewußtwerdung als einen Weg, die gesamte Lebensführung zusammenzufügen, die Vergangenheit mit der Gegenwart und der Zukunft zu verbinden. In Bezug auf traumatische Erinnerungen erfordert dies die Fähigkeit, eine Geschichte zu erzählen, nicht nur sich selbst, sondern auch anderen. Ein Zeugnis muß aber nicht nur abgelegt, es muß auch gehört werden.

Dies führt zur Betrachtung derjenigen sozialen Vorgänge, die Nicht-Bewußtwerdung und eine anhaltende Isolierung des traumatisierten Individuums sogar fördern: die kollektive Verleugnung. Bewußtwerdung steht üblicherweise in Zusammenhang mit sozialen Erwartungen. So erwarten z.B. im Fall des Verlustes eines Familienmitgliedes die Angehörigen und die ganze Gesellschaft von uns, den Verlust wahrzunehmen und ihn in unseren sozialen Aktivitäten und in unserem Glaubenssystem zu berücksichtigen (Janet, 1937). Es stehen uns sogar persönliche, soziale und religiöse Rituale zur Verfügung, die uns bei der Wahrnehmung und Integration helfen sollen. Im Fall des sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit zeigt sich die Gesellschaft einschließlich des Gesundheitssystems allerdings extrem unwillig, dessen Vorkommen und Auswirkungen wahrzunehmen und anzuerkennen (Goodwin, 1985).

Es gibt keinerlei soziale Erwartung oder Forderung an Erwachsene, ihre hoch traumatische Kindheit wahrzunehmen. Tatsächlich sieht es so aus, daß von den Tätern und den Familien ein enormer Druck ausgeht, die Dissoziation und Verleugnung, die für eine kollektive Wahrnehmungsstörung typisch sind, aufrechtzuerhalten (Herman, 1992). Das Gesundheitssystem erwartet von den Überlebenden v.a. symptomfrei zu werden, und wenn überhaupt irgendeine Art von Anerkennung geleistet wird, dann lautet sie eher: "Das gehört der Vergangenheit an, vergiß es und mach dich frei davon." Goodwin (1985) formulierte den sozialen Anspruch auf Verleugnung von Mißbrauch folgendermaßen: "Wir beobachten in der Interaktion von MPS-PatientInnen und mißbrauchten Kindern mit ihren Familien eine gemeinsam geteilte negative Halluzination. [...] Die MPS-PatientInnen und ihre ÄrztInnen hängen einer Reihe falscher Symptome und falscher Diagnosen an aufgrund ihres gemeinsamen Bedürfnisses, die Wirklichkeit der Multiplizität und die untrügliche Erfahrung von realem Schmerz, die sie verursacht haben, auszublenden" (S. 14).

Bewußtwerdung als sozialer Akt wird also weniger dadurch verhindert, daß sich das Individuum weigert einzugestehen, was passiert ist, sondern durch die Unfähigkeit der Gesellschaft, die Wahrheit über den Mißbrauch zu akzeptieren. Die/der Überlebende bleibt in einer Art dissoziiertem "Niemandland" zwischen Wahrheit und Verleugnung isoliert. Es bleibt zu hoffen, daß sich dies ändern wird, wenn sich die Gesellschaft mehr und mehr des Mißbrauchs und seiner dramatischen negativen persönlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen bewußt wird. Bis dahin wird weiterhin die therapeutische Beziehung der wichtigste Weg sein, durch den die/der Überlebende den furchterregenden Abgrund der Isolation erforschen und in den sozialen Akt der Bewußtwerdung eintreten kann. Vielleicht zum ersten Mal kann die/der Überlebende das Trauma in Gegenwart eines empathischen Zuhörers wiedererleben, die Isolation durchbrechen und aus der Krise auftauchen, nicht länger allein oder vergessen.

Die sicheren Grenzen der therapeutischen Beziehung, die Ehrlichkeit, die Klarheit und die Konsistenz der TherapeutInnen erlauben es den PatientInnen, die Unmöglichkeit einer ersehnten "perfekten" Beziehung zu akzeptieren, wobei sie spüren können, daß die Thera-

peutin bzw. der Therapeut den Schmerz des wahrgenommenen Verlustes versteht. Die/der Überlebende erlernt das Aushandeln einer Balance zwischen Nähe und Distanz, das konstruktive Nutzen der allein verbrachten Zeit, das Aufrechterhalten von Kontakt mit anderen, auch wenn sie/er allein ist, sowie ein Verständnis für die Auswirkungen der im Trauma erlebten Grenzverletzungen. Die Therapeutin bzw. der Therapeut zielt darauf ab, die Fähigkeit des Überlebenden sowohl in Bezug auf das Bewußtsein zur Unterscheidung und Aufrechterhaltung interpersoneller und intrapsychischer Grenzen zu stärken als auch in Bezug auf eine integrierte Sichtweise anderer, das "Gute" mit dem "Bösen".

Während die therapeutische Beziehung die vorrangig heilende Kraft ist, muß die Therapeutin bzw. der Therapeut der Patientin bzw. dem Patienten dabei helfen, zusätzliche Unterstützungssysteme aufzubauen. Partner oder andere unterstützende Familienmitglieder können in eine Familientherapie mit dem Überlebenden einbezogen werden (Sachs, Frischholz & Wood, 1988). Dieser Bereich wird in der Behandlung Überlebender oftmals vernachlässigt. Intensive Einzeltherapie kann häufig das sensible Gleichgewicht der heilenden Beziehung aufbrechen, was berücksichtigt werden muß, damit die/der Überlebende nicht noch einen weiteren Verlust erleidet. In vielen Fällen kann das durch eine frühe Intervention verhindert werden. Unterstützungsguppen für die Partner werden in dem Maße wichtiger, wie die TherapeutInnen sich der aktuellen Familienbedürfnisse der/des Überlebenden bewußt werden.

Überlebende müssen auch Wege finden, sich der Gesamtgemeinschaft wieder anzuschließen. Dies könnte z.B. eine Unterstützungs- oder Therapiegruppe sein. Überlebende beginnen häufig damit, ihre Zukunftswünsche und -träume auszudrücken, z.B. als Plan für ein Studium, einen Arbeitsplatzwechsel oder die Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit. Die Therapeutin bzw. der Therapeut sollte jeden noch so kleinen Wunsch unterstützen, Teil der "Welt" zu sein.

Erwachsene Überlebende glauben oftmals von sich selbst, keine Wahl, keine Kontrolle oder nicht die Fähigkeit zu haben, den Verlauf ihres Lebens zu bestimmen, so daß sie passiv auf das nächste Desaster warten, weil sie davon überzeugt sind, ohnehin nichts dagegen unternehmen zu können. Bei einigen Überlebenden kann allein ein Entscheidungsprozeß zu Übererregung führen, und sie werden ängstlich und entscheidungsunfähig (van der Kolk & Greenberg, 1987).

Die Wurzeln dieses Kontrollverlustes liegen in der Kindheit (Summit, 1983). Kinder sind per definitionem machtlos, abhängig und verletzlich. Aufgrund entwicklungsmäßiger Beschränkungen sind sie nicht in der Lage, eine angemessene Verantwortung für sich selbst oder andere zu übernehmen. Dennoch wird ein mißbrauchtes Kind oftmals parentifiziert, indem es zur Bezugsperson oder zum Ersatzpartner eines Elternteils wird. Das Kind entwickelt daraus den egozentrischen Glaubenssatz, daß es für den Mißbrauch selbst verantwortlich ist. Gleichzeitig lebt es in einer inkonsistenten Umgebung mit willkürlichen Regeln und unvorhersehbarer Gewalt. Es lebt in den Fängen permanenter Doppelbindungen, wobei seine Reaktionen das eine Mal bestraft, das andere Mal belohnt werden (Bateson, 1972; Spiegel, 1986; Fine, 1990, 1991, 1993). Es ist unfähig, den Mißbrauch zu kontrollieren oder zu beenden und normalerweise unternehmen auch keine anderen Erwachsenen den Versuch, ihn zu stoppen. Das Kind lernt daraus, daß jede Handlung zu den gleichen Konsequenzen führt wie gar keine Handlung: nichts wirkt oder hilft. Darin liegt der Ursprung der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975; Garber & Seligman, 1980).

In einem Fall hatte eine Frau in ihrer Kindheit Mißbrauch und schwere Vernachlässigung erlebt und später dann einen bösartigen Sadisten geheiratet. Die Doppelbindungen bei erzwungenen Entscheidungen waren so massiv geworden, daß sie schon bei dem Gedanken an die kleinste Entscheidung in einen katonischen Zustand geriet. Indem wir zu den Wurzeln dieser extremen Reaktion zurückgegangen sind, fanden wir heraus, daß ihr Ehemann sie wiederholt dazu gezwungen hatte zu entscheiden, welches ihrer Kinder er foltern sollte oder welche Foltermethode sie "bevorzugen" würde. Er erzählte ihr permanent, daß er sie töten würde, wenn sie ihn verlasse, und daß es ihre Schuld sei, daß er sie und die Kinder quälen müsse. Diese Patientin war so fragmentiert und auch in ihrer Entscheidungsfähigkeit so erheblich beeinträchtigt, daß sie nicht die kleinste Entscheidung treffen konnte und andere auf geschickteste Art und Weise dazu brachte, Entscheidungen für sie zu treffen. Dies machte sie außerordentlich anfällig für Ausbeutung und hielt sie in einer Opferposition fest.

Im Verlauf einer langen und mühsamen Behandlung berichtete die Patientin eines Tages triumphierend, sie sei ohne fremde Hilfe Lebensmittel einkaufen gegangen, die erste Wahl, die sie seit über einem Jahrzehnt getroffen habe. Auch wenn es sich hierbei um ein extremes Beispiel handelt, zeigt es die Schwierigkeiten, die Überlebende beim Erlernen verantwortlich und erfolgreich getroffener Entscheidungen haben.

Zusätzlich zu einer beeinträchtigten Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit fühlt die/der Überlebende ein Grundgefühl von Schuld, Scham und Verantwortlichkeit für den Mißbrauch. In dem oben genannten Fall glaubte die Patientin aus tiefster Seele, sowohl dafür verantwortlich zu sein, was ihr in ihrer Kindheit passiert war, als auch dafür, daß ihre eigenen Kinder gequält wurden. Alle drei Kinder hatten MPS, und sowohl für sie selbst als auch für ihre Kinder existierten gut dokumentierte medizinische Belege der Mißhandlungen. Dies brachte sie auf den Gedanken, daß sie für ihre Sünden bestraft werden müsse, und daß sie kein Recht auf Wiederherstellung oder auf ein gutes Leben habe, solange ihre Kinder noch leiden. Erst nach einer Reihe von Jahren in Therapie konnte sie damit anfangen, ihre frühere Hilflosigkeit und ihren Mangel an Wahlmöglichkeiten einzusehen und anzuerkennen, und so konnte sie langsam die Kontrolle über ihr eigenes Leben in der Gegenwart zurückgewinnen.

Schlußfolgerungen

Dieser Artikel und weitere Literatur zum Thema Trauma beschreiben die Behandlung traumatischer Erinnerungen als einen eigenen Schritt in einer phasenorientierten Therapie von MPS. In der aktuellen Praxis ist es wichtig zu erkennen, daß sich diese spezifische Phase mehrmals mit anderen Behandlungsphasen abwechseln kann. Traumatische Erinnerungen zeigen sich häufig schichtweise. Eine gewisse Anzahl von Fusionen zwischen Alternativenpersönlichkeiten, wie sie normalerweise erst in späterer Therapiephase auftreten, können stattgefunden haben, bevor alle traumatischen Erinnerungen angemessen behandelt worden sind.

Unter diesem Blickwinkel sollte auch die Bewußtwerdung und Integration vergangener Traumata als fortlaufender psychischer Prozeß gesehen werden. Traumatische Ereignisse und andere bedeutsame Aspekte aus der Vergangenheit werden mit immer mehr Alternativenpersönlichkeiten geteilt, deren Fusion eine weitere Reorganisation der Autobiogra-

phie und Persönlichkeit notwendig macht. Erst einige Zeit nach der letzten Fusion kann diese Reorganisation als abgeschlossen angesehen werden, wenn auch nur für den Moment. Je mehr es den PatientInnen gelingt, ihre Vergangenheit mit der Gegenwart zu verbinden, desto mehr sind sie in der Lage, ein vollständig freies Leben zu führen. Aber genau wie für jeden von uns ist Integration auch bei ihnen ein lebenslang andauernder Prozeß.

Die Psychologie der Bewußtwerdung und Integration chronischer Traumata steckt noch in den Kinderschuhen. Es muß noch viel Forschungsarbeit geleistet werden in Bezug auf die Verarbeitung einzelner traumatischer Ereignisse oder Ereignisseries, die im Erwachsenenalter passiert sind. Vieles davon ist nicht direkt auf MPS-PatientInnen anzuwenden, weil deren Abwehrmechanismen Jahre Zeit hatten, sich zu verfestigen und sich in der Persönlichkeitsstruktur zu verankern. Das ist ganz besonders zutreffend für die dissoziative Abwehr, die oftmals zur bevorzugten Bewältigungsstrategie wird und auch schon bei der geringsten Unannehmlichkeit eingesetzt wird. Viele MPS-PatientInnen waren niemals in der Lage, das zu entwickeln, was man als grundlegende adaptive Annahmen über sich selbst und andere bezeichnet. Ihre kognitiven Schemata und Bedeutungsstrukturen sind verzerrt und verschänzt und oftmals existieren keine vor-traumatischen Strukturen, auf die man ein neues Fundament aufbauen könnte.

Das verleiht der therapeutischen Arbeit eine Komplexität, der die Literatur zu Traumata bei Erwachsenen nicht gerecht wird. Die Bewußtwerdung und Integration einer Lebensspanne oder im besten Falle einer ganzen traumatisierten Kindheit ist eine gewaltige Aufgabe, die aller Fertigkeiten der TherapeutInnen, aller Energie und Motivation der PatientInnen und einer sehr starken therapeutischen Verbindung bedarf. Die Arbeit ist langwierig, zermürbend, mit zeitweise weitschweifigen Wiederholungen und muß immer und immer wieder die alte Sichtweise der Welt mit einer neuen konfrontieren.

Über den Prozeß ist immer noch viel zu lernen und vieles in diesem Artikel bedarf der Untersuchung und Ausarbeitung. In diesem Artikel sollte der Versuch unternommen werden, erstmals aktuelle Konzepte über traumatische Erinnerungen zu verdeutlichen und die Arbeiten Pierre Janet's mit heutigen trauma-orientierten Therapiemodellen zu verbinden, sowie ein fundiertes konzeptuelles Rahmenmodell für die Lösung traumatischer Erinnerungen bei erwachsenen Überlebenden chronischen Mißbrauchs in der Kindheit zu beschreiben.

Literatur

- Ager, I. & Jensen, S. B. (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 115-130.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Blank, A. S. (1985). The unconscious flashback to the war in Viet Nam veterans: Clinical mystery, legal defense, and community problem. In S. M. Sonnenberg, A. S. Blank & J. A. Talbot (Eds.), *The trauma of war: Stress and recovery in Viet Nam veterans* (pp. 293-308). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Bliss, E. L. (1986). *Multiple personalities, allied disorders and hypnosis*. New York: Oxford University Press.
- Boon, S. & Van der Hart, O. (1991). De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In O. Van der Hart (Hrsg.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (S. 159-187). Amsterdam/Lisse: Swets und Zeitlinger.

- Braun, B. G. (1986). Issues in psychotherapy of multiple personality disorder. In B. G. Braun (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Braun, B. G. (1988a). The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation*, 1, 4-15.
- Braun, B. G. (1988b). The BASK model of dissociation: Clinical application. *Dissociation*, 1, 16-23.
- Brendle, J. O. (1984). An educational-therapeutic group for drugs and alcohol abusing combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14, 122-136.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (2 vols.). Paris: Baillière.
- Brown, D. P. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Brown, W. (1920/1). The revival of emotional memories and its therapeutic value (I). *British Journal of Medical Psychology*, 1, 16-19.
- Charcot, J. M. (1887). *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière* (Tome III). Paris: Progrès Medical; A. Delahaye & E. Lecrosnier.
- Comstock, C. (1986). The therapeutic utilization of abreactive experiences in the treatment of multiple personality disorder. In B. G. Braun (Hrsg.), *Dissociative disorders* 1986. Chicago: Rush.
- Courtois, C. A. (1991). Theory, sequencing, and strategy in treating adult survivors. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 47-60.
- Delboeuf, J. (1889). *Le magnétisme animal à propos d'une visite à l'école de Nancy*. Paris.
- Fine, C. G. (1988). Thoughts on the cognitive perceptual substrates of multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 5-10.
- Fine, C. G. (1990). The cognitive sequelae of incest. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest related syndromes of adult psychopathology* (pp. 161-182). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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.
- Fish-Murray, C. C., Koby, E. V. & van der Kolk, B. A. (1987). Evolving ideas: The effect of abuse on children's thought. In B. A. Van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 89-110). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Bantam Books.
- Fromm, E. (1965). *Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2, 127-133.
- Garber, J. & Seligman, M. (Eds.). (1980). *Human helplessness: Theory and application*. New York: Academic Press.
- Gelinas, D. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, 46, 312-332.
- Goodwin, J. (1985). Credibility problems in multiple personality disorder patients and abused children. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 2-19). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hammond, D. C. (Ed.). (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books (deutsch: *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler, 1993)
- Hollon, S. D. & Garber, J. (1988). Cognitive therapy. In L. Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 204-253). New York: Guilford.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1894). Histoire d'une idée fixe. *Revue Philosophique*, 37, 121-16.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes* (vol. 1). Paris: Alcan.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie* (2 vols.). Paris: Alcan.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York: MacMillan.
- Janet, P. (1910). Une Félicité artificielle. *Revue Philosophique*, 69 (1), 329-357; 483-529.
- 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)
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et la notion du temps*. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la personnalité*. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93 (II), 329-366.
- Janet, P. (1937). Les troubles de la personnalité sociale. *Annales Médico-Psychologiques*, 95, 421-468.
- Janet, P. (1945). La croyance délirante. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 4, 173-187.
- Janet, P. (1975). *Psychological healing* (2 Vols.). New York: MacMillan. (Original: Les médications psychologiques. Paris: Félix Alcan, 1925)
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jung, C. G. (1921/2). The question of the therapeutic value of abreaction. *Britis Journal of Medical Psychology*, 2, 13-22.
- Kleber, R. J., Brom, D. & Defares, P. B. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention, and treatment*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363-373.
- Kluft, R. P. (1988). 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. (1989). Playing for time: Temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90-98.
- Kluft, R. P. (1991). 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. (1993). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. In R. P. Kluft, & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives in multiple personality disorder* (pp. 19-50). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, alexithymia, and trauma*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lamb, C. S. (1985). Hypnotically-induced deconditioning: Reconstruction of memories in the treatment of phobias. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 56-62.
- Lifton, R. J. (1980). The concept of the survivors. In J. E. Dimsdale (Ed.), *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the Nazi holocaust* (pp. 113-126). New York: Hemisphere Publishers.
- Lifton, R. J. (1988). Understanding the traumatized self: Imagery, symbolization, and transformation. In J. P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press.
- Loewenstein, R. J. (1991). An official mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America* (Specia Issue on Multiple Personality Disorder, ed. by R.J. Loewenstein), 14, 567-604.
- Loewenstein, R. J. (1993). Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorders. In Kluft, R. P. & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 51-85). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Macmillan, M. (1991). Freud evaluated: The completed arc. In G. E. Steelmach, & P. A. Vroom (Eds.), *Advances in Psychology* (Vol. 75). Amsterdam: North Holland.
- Mandler, J. M. (1979). Categorical and schematic organization of memory. In C. R. Puff (Ed.), *Memory organization and structure*. New York: Academic Press.
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York: Brunner/Mazel.
- McDougall, W. (1920/1). The revival of emotional memories and its therapeutic value [III]. *British Journal of Medical psychology*, 1, 23-29.
- McDougall, W. (1926). *An outline of abnormal psychology*. London: Methuen.
- Miller, A. (1986). Brief reconstructive hypnotherapy for anxiety reactions: Tree case reports. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 138-146.
- Myers, C. S. (1920/1). The revival of emotional memories and its therapeutic value [II]. *British Journal of Medical Hypnosis*, 1, 20-22.
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France 1914-18*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Noyes, R., Hoenck, P. R. & Kupperman, B. A. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 401-407.
- Orzek, A. M. (1985). The child's cognitive processing of sexual abuse. *Child and Adolescent Psychotherapy*, 2, 110-114.

- Parson, E. R. (1984). The reparation of self: Clinical and theoretical dimension in the treatment of Vietnam combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 14, 4-56.
- Peterson, J. A. (1991). *Hypnotic techniques recommended to assist in associating the dissociation: Abreaction*. Paper presented at the 8th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, IL.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, F. W. (1990). Disturbances of "self" in victims of childhood sexual abuse. In R. P. Kluft (Ed.), *Inter-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 113-131). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W. (1992). Using hypnosis for therapeutic abreaction. *Psychiatric Medicine*, 10, 51-65.
- 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.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Norton.
- Ross, C. A., & Gahan, P. (1988). Cognitive analysis of multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 229-239.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Sachs, R. G., Braun, B. G., & Shepp, E. (1988). Techniques for planned abreaction with MPD patients. In B. G. Braun (Ed.), *Dissociative Disorders 1988* (p. 85). Chicago: Rush.
- Sachs, R. G., Frischholz, E., & Wood, J. I. (1988). Marital and family therapy in the treatment of multiple personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 249-259.
- 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.
- Sakheim, D. K., Hess, E. P., & Chivas, A. (1988). General principles for short-term inpatient work with multiple personality disorder patients. *Psychotherapy*, 25, 117-124.
- Scarry, E. (1985). *The body in pain: the making and unmaking of the world*. New York: Oxford University Press.
- Schultz, R. (1990). Secrets of adolescence: Incest and developmental issues. In R. P. Kluft (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (pp. 133-159). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schultz, R., Braun, B. G., & Kluft, R. P. (1989). Multiple personality disorder: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression. *Dissociation*, 2, 45-51.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman Press.
- Solomon, Z., Garb, R., Bleich, A., & Grupper, D. (1987). Reactivation of combat-related post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 51-55.
- Spiegel, D. (1981). Vietnam grief work using hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 289-294.
- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds, and post-traumatic stress in multiple personality disorder. In B. G. Braun (Ed.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 61-77). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociation disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
- Steele, K. (1989). A model for abreaction with MPD and other dissociative disorder. *Dissociation*, 2, 151-159.
- Steele, K., & Colrain, J. (1990). Abreactive work with sexual abuse survivors: Concepts and techniques. In M. A. Hunter (Ed.), *The sexually abused male* (2, Applications of treatment strategies, pp. 1-55). Lexington, MA: Lexington Books.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 145-159.
- Ullman, R. B., & Brothers, D. (1988). *The shattered self: A psychoanalytic study of trauma*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Van der Hart, O., Boon, S., Friedman, B., & Mirop, V. (1992). De reactivating van traumatische herinneringen. *Directie Therapie*, 12, 12-55.
- Van der Hart, O., Boon, S., & van Everdingen, G. B. (1990). Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories. In M. L. Fass, & D. Brown (Hrsg.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (S. 231-254). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Van der Hart, O., & Brown, P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127-138.
- Van der Hart, O., Brown, P., & Turco, R. N. (1991). Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 263-271.
- Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-395.
- Van der Hart, O., & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected heritage. *Dissociation*, 2, 3-16.
- Van der Hart, O., & Friedman, B. (1992). Trauma, dissociation and triggers: Their role in treatment and emergency psychiatry. In J. B. van Luyn, & et al (Eds.), *Emergency psychiatry today* (pp. 137-142). Amsterdam: Elsevier.
- Van der Hart, O., & Op den Velde, W. (1991). Traumatische herinneringen. In O. Van der Hart (Hrsg.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (S. 71-90). Amsterdam/Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Van der Hart, O., Steele, K., & Brown, P. (in Druck). Traumatic memories: Repression and dissociation re-evaluated.
- Van der Kolk, B. A. (Ed.). (1987). *Psychological Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A. (1988). The biological response to psychic trauma. In F. M. Ochberg (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence* (pp. 25-38). New York: Brunner/Mazel.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: The evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Van der Kolk, B. A., & Greenberg, M. (1987). The psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction, and addition to traumatic reexposure. In B. A. Van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 63-88). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1330-1342.
- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- Van Putten, T., & Emory, W. H. (1973). Traumatic neurosis in Vietnam returnees: A forgotten diagnosis? *Archives of General Psychiatry*, 29, 695-698.
- Watkins, J. G. (1949). *Hypnotherapy of war neuroses*. New York: Ronald Press.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Keywords:** Multiple personality disorder, traumatic memories, dissociation, psychotherapy, Pierre Janet
- Abstract:** This paper is based on Pierre Janet's dissociation theory and his concept of the non-realization of a traumatic event. A model of treatment that integrates Janet's dissociation-integration theory with contemporary trauma-based models of therapy is delineated. The nature of traumatic memories is described, and a stage-oriented model for their treatment in patients with multiple personality disorder (MPD) is presented. Ideally a discrete phase in the overall treatment of MPD, this phase can itself be subdivided into the following stages: (1) preparation; (2) synthesis; and (3) realization/integration. Although a number of treatment recommendations are offered, the emphasis here is more on clarifying concepts than on the description of techniques.

Prof. Dr.phil. Onno van der Hart

Riagg Z/NW

P.O.Box 75902

NL-1070 AX Amsterdam