

Amnesie für traumatische Erfahrungen

Onno van der Hart und Ellert Nijenhuis¹

Zur Zeit findet im klinischen, juristischen und öffentlichen Bereich eine sehr hitzige Diskussion über "wiedergewonnene Erinnerungen" hinsichtlich sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit statt: Handelt es sich dabei um richtige oder falsche Erinnerungen? Die Anhänger der Theorie der "falschen Erinnerungen" gebrauchen oft das Argument, daß es eine totale Amnesie für traumatische Erlebnisse im Sinne einer verdrängten Erinnerung gar nicht gibt. Auf der Grundlage eines Überblicks über die relevante Forschung und klinische Literatur kommen die Autoren zu dem Schluß, daß dieses Argument unhaltbar ist. Sie kritisieren den Gebrauch von Begriffen wie "Verdrängung" und "Unterdrückung" in diesem Themenbereich und schlagen stattdessen das Konzept der Dissoziation vor. Sie betonen den reproduktiven Charakter traumatischer Erinnerungen im Gegensatz zu semantischen Erinnerungen, die eher rekonstruktiver Art sind. Abschließend werden klinische Richtlinien vorgeschlagen, um die Produktion falscher Überzeugungen in der Psychotherapie zu verhindern.

Seit Beginn der 90er Jahre erscheint eine ständig wachsende Anzahl von Veröffentlichungen sowohl in Massenmedien als auch in der wissenschaftlichen Literatur, die die Stichhaltigkeit der Aussagen von Psychotherapie-PatientInnen in Bezug auf sexuellen Mißbrauch durch Verwandte in Frage stellen. Die Zweifel und Angriffe sind besonders heftig, wenn sich die Aussagen auf traumatische Erinnerungen an sexuellen Mißbrauch in der Kindheit beziehen, die erst im Rahmen einer Therapie "aufgedeckt" wurden. Eines der Hauptargumente der Kritiker ist, daß es so etwas wie eine psychogene Amnesie gar nicht gibt, und daß aufgedeckte traumatische Erinnerungen entweder "falsche", d.h. vom Therapeuten suggerierte, verzerrte oder Pseudoerinnerungen sind. Wie stichhaltig sind solche Argumente?

Wir wollen in diesem Artikel zeigen, daß die Behauptung unhaltbar ist, es gäbe die psychogene Amnesie überhaupt nicht. Hierbei werden wir uns auf bislang vorliegende empirische Daten stützen, die darauf hinweisen, daß in der Mehrzahl der Fälle wirkliche traumatische Erlebnisse zutage treten, wenn eine dissoziative Amnesie erst einmal überwunden ist. Demgegenüber gibt es natürlich auch nachweisbare Negativbeispiele, in denen durch eine unsachgemäß oder falsch durchgeführte Psychotherapie bei PatientInnen falsche Überzeugungen induziert wurden. Um dem entgegenzuwirken werden wir abschließend einige Richtlinien präsentieren, die helfen sollen, die Mängel von unzulänglichen Therapieformen oder -auffassungen zu minimieren, bei denen zu schnell und unre-

flektiert kausale Schlüsse zwischen gegenwärtigen Beschwerden und Störungen und früheren Ereignissen bei amnestischen PatientInnen hergestellt werden.

Dissoziative Amnesie

Gemäß der vierten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* ist die dissoziative Amnesie ein nicht physiologisch bedingtes Unvermögen, sich an wichtige persönliche Daten - gewöhnlich traumatischer oder streßhafter Natur - zu erinnern, das zu weitreichend ist, um mit normalem Vergessen erklärt werden zu können. Diese Diagnose schließt reversible Beeinträchtigungen des Gedächtnisses ein, bei der Erinnerung an persönliche Erfahrungen nicht in verbaler Form wiederhergestellt werden können, oder, bei vorübergehender Erinnerung, nicht vollständig im Bewußtsein gehalten werden können. Als charakteristische Symptome werden die *dissoziative Fugue* (dissoziative Lücke), die *nicht näher spezifizierte dissoziative Störung* (NNSDS; Ross et al., 1992; Coons & Milstein, 1992) und vor allem die *dissoziative Identitätsstörung* (DIS; Putnam et al., 1986; Boon & Draijer, 1993; Steinberg et al., 1993) genannt. Trotz dieser genauen Beschreibung der dissoziativen Amnesie als psychiatrische Störung mit relativ spezifischen psychiatrischen Symptomen und ihrer Einbettung in eines der wichtigsten Klassifikationssysteme behaupten einige Autoren weiterhin, daß eine ungewollte Amnesie nicht existiert, sondern lediglich eine Art intendierte Unterdrückung beunruhigender Erinnerungen (Lofthus, 1993; Ofshe & Watters, 1993). Die Kritiker argumentieren gewöhnlich damit, daß man den ungewollten Gedächtnisverlust bislang experimentell nicht nachweisen konnte, daß ein einzelnes Trauma keine Amnesie produzieren würde, sondern ganz im Gegenteil zu scharfen Erinnerungen an "zentrale" Details des traumatischen Ereignisses und zu einem Verlust "peripherer" Eindrücke führt. Die Folgen dieser Betrachtung liegen auf der Hand: Wenn jemand nicht glaubt, daß traumatische Erinnerungen einer unbeabsichtigten Amnesie zum Opfer fallen können, fällt es ihm auch nicht schwer - scheinbar wissenschaftlich abgesichert, da das Gegenteil bislang nur unzureichend bestätigt wurde - den Wahrheitsgehalt von traumatischen Erinnerungen betreffs sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit anzuzweifeln, besonders dann, wenn diese traumatische Erinnerungen erst im Rahmen einer Psychotherapie aufgedeckt wurden. Insgesamt wird in dieser Kritik eine feindselige Haltung gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung deutlich, umso mehr wenn die traumatischen Erinnerungen unter Hypnose aufgedeckt worden sind.

Totale Amnesie für traumatische Ereignisse, die nicht den sexuellen Mißbrauch betreffen

Bislang gab es viele klinische Untersuchungen, die totale Amnesie bei einer Vielzahl von verschiedenartigen traumatischen Vorfällen feststellten, z.B. bei *Kriegstraumata* (vgl. Archibald & Tuddenham, 1965; Fisher, 1945; Grinker & Spiegel, 1945; Hendin et al., 1984; Myers, 1940; Sonnenberg et al., 1985), bei *extremen Erfahrungen in den Konzentrationslagern der Nazis* (Jaffe, 1968; Niederland, 1968), bei *Traumata durch Folter* (Goldfield et al., 1988), bei *traumatischen Verlusten* (Janet, 1904; Coons & Milstein, 1992; Van der Hart & Van der Velden, 1995) und *Raubüberfällen* (Senguta et al., 1993). Weitere Studien werden von Kihlstrom und KollegInnen (1993) zitiert. Coons und Milstein (1992) berichten von dissoziativen Amnesien, die durch physischen Mißbrauch, eheliche

¹ Die englische Version wurde in *Hypnosis*, 22(2), 1995 veröffentlicht. Übersetzung von Ulrike Joksich & Thomas Wolf.

Meinungsverschiedenheiten, begangene Verbrechen und Suizidversuche (vgl. Takahashi, 1988) induziert wurden. Insgesamt bestätigen diese Untersuchungen einhellig die Existenz akuter oder chronischer totaler Amnesie für wirkliche traumatische Erlebnisse.

Natürlich ließe sich einwenden, daß die meisten dieser Studien methodische Schwächen aufweisen, besonders wenn man sie von einem experimentellen Blickwinkel aus betrachtet. Umstrittene Phänomene sind jedoch nicht nur von experimenteller Replikation abhängig. Für Janets klassisches Beispiel einer totalen Amnesie für traumatisches Leid, das in phänomenologischer Hinsicht mehreren anderen berichteten Fällen entspricht, gab es eine einfache externe Bestätigung (Janet, 1904, 1919; vgl. auch Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Die Rede ist von *Irene*, einer jungen Frau, die den tragischen Tod ihrer Mutter als extrem traumatisch erlebte. Sie pflegte ihre Mutter sehr aufopferungsvoll, bis diese ihrer tödlich verlaufenden Krankheit erlag. So war Irene auch beim Tod ihrer Mutter zugegen und besuchte nachweislich auch das Begräbnis: Erlebnisse, denen eine völlige Amnesie folgte. Solche Ereignisse sind aufgrund des quasi offiziellen Geschehens extern viel einfacher nachzuweisen als der heimliche, unter dem Diktat gesellschaftlicher Tabus stattfindende sexuelle Mißbrauch in der Kindheit. Irences dissoziative Störung, die sich einige Monate nach dem Tod ihrer Mutter manifestierte, zeichnete sich durch einen Wechsel von Episoden aus, in denen mal die Amnesie dominierte und dann wieder der Tod der Mutter minutiös wiedererlebt wurde - gewöhnlich reaktiviert durch die Wahrnehmung eines Bettes. Während der amnestischen Episoden konnte Irene nicht realisieren, daß ihre Mutter gestorben war: "Wenn Mutter wirklich tot wäre, dann hätte sie an einem bestimmten Tag tot in ihrem Zimmer sein müssen. Wenn sie tot wäre, dann hätte man sie beerdigt und mich mit zu der Beerdigung genommen. Also, es gab keine Beerdigung. Warum möchte ich Ihr, daß sie tot ist?" Dieser Widerstand gegen die Anerkennung der traumatischen Tatsachen, diese subjektive Unfähigkeit, von kürzerer oder längerer Dauer, charakterisiert alle PatientInnen mit traumainduzierten Amnesien, einschließlich Opfer sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit. Das ist zumindest der Eindruck der TherapeutInnen, die solche PatientInnen behandeln (Janet, 1919; Van der Hart et al., 1993).

Die Ergebnisse einiger systematischer Studien unterstützen diese klinischen Beobachtungen. Bei Verwendung des SCID-D (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders*; Steinberg et al., 1993), fanden Bremner und KollegInnen (1993b) heraus, daß die Amnesie dasjenige Symptom war, anhand dessen 40 Vietnam Veteranen mit PTSD von 15 ohne PTSD am besten unterschieden werden konnten. Der Grad der Amnesie bei den Veteranen mit PTSD war schwerwiegend und schloß Gedächtnislücken von Stunden bis Tagen ein; ferner das Vergessen persönlicher Daten wie Namen oder Adressen und das Sich-Wiederfinden an irgendwelchen unbekannten Orten, ohne zu wissen, wer sie waren und wie sie dorthin gekommen waren. In anderen Studien wurden mit Hilfe standardisierter Tests Defizite im Kurzzeitgedächtnis bei Kriegsgefangenen aus dem Koreakrieg 30 Jahre nach dem Trauma festgestellt, ebenso bei Vietnam Veteranen mit PTSD im Vergleich zu Veteranen ohne PTSD (Suker et al., 1991; Bremner et al., 1992, 1993a). Fazit: Nicht-sexuelle traumatische Erlebnisse induzieren offensichtlich weitreichende Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, die nicht nur das traumatische Ereignis selbst betreffen, sondern sich auch auf allgemeines oder spezifisches autobiographisches Wissen beziehen, sowohl auf die Vergangenheit als auch auf jüngere Ereignisse.

Layton und Wardi-Zonna (1995) berichteten interessanterweise von zwei PTSD-Patienten, deren *explizite Erinnerung (reflektives Wissen)* an Verkehrsunfälle durch Kopfverletzungen ausgelöscht worden waren, und die trotzdem auf mit dem Trauma zusammenhängende Stimuli reagierten. Die invasiven Bilder der Unfälle und andere PTSD-Symptome, die durch bestimmte Stimuli bei den Patienten ausgelöst werden konnten, zeigten aber, daß die traumatischen Erlebnisse in einem *impliziten Gedächtnis (nicht-reflektives Wissen)* gespeichert wurden, vermutlich als Folge klassischen Konditionierens. Der Verlust des expliziten Gedächtnisses schließt somatosensorische Reaktionen auf (implizite) Rest-Erinnerungen also nicht aus, die mit dem Trauma verbunden sind (vgl. auch Van der Kolk, 1994). McCaffrey und KollegInnen (1993) stellten z.B. fest, daß Gerüche, die mit dem Trauma in Verbindung standen, das EEG, den Selbstbericht und PTSD-ähnliche Reaktionen von Vietnam-Veteranen mit PTSD ganz spezifisch beeinflussten, im Gegensatz zu Veteranen ohne PTSD, welche lediglich unter Anpassungsproblemen litten. Diese Ergebnisse legen die Möglichkeit nahe, mit einer gewissen Genauigkeit zwischen wahren und falschen traumatischen Erinnerungen unterscheiden zu können, indem man (1) die EEG- und andere ZNS-Reaktionen auf besondere, mit dem Trauma verbundene Reize (sogenannte Trigger) noch gründlicher untersucht, ebens (2) die Effekte unterschwelliger, unbewußter Wahrnehmung, die sich einstellen, wenn man das implizite Gedächtnis auf seine Reaktionen auf relevante Stimuli hin testet.

Amnesie für frühe Traumata

Aus einer Anzahl klinischer Untersuchungen und Beobachtungen schloß Terr (1991), daß *einzelne Traumata* im allgemeinen sehr klar erinnert werden, daß lang andauernde, wiederholte oder *kumulative Traumata* (einschließlich Inzest) hingegen mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einer Amnesie für die traumatischen Erlebnisse führen. Obwohl auch andernorts festgestellt wurde, daß es generell keine Amnesien für ein einzelnes Trauma gibt (Christianson, 1992), liegen verschiedene Berichte vor, in denen eine totale Amnesie für traumatische Erfahrungen beobachtet wurde (z.B. Christianson & Nilson, 1984; Janet 1904, 1928; Nijenhuis, 1994; Van der Hart & Van der Velden, 1995). Sexueller Mißbrauch von Kindern durch Verwandte ist relativ selten auf einen einzelnen Vorfall beschränkt. Der Großteil der Inzest-Opfer, die in Psychotherapie kommen, berichtet von einem lang andauernden Mißbrauch, der meist über Jahre hinweg immer wieder stattfand. Die von 102 DIS-PatientInnen berichtete Dauer sexuellen Mißbrauchs lag bei durchschnittlich 11,7 Jahren, die Dauer körperlichen Mißbrauchs sogar bei 14 Jahren (Ross et al., 1991). Was sagt nun die Forschung über den Grad der Amnesie für so schwerwiegenden und chronischen Mißbrauch?

Retrospektive Studien

Herman und Schatzow (1987) berichteten, daß von 53 PatientInnen, die an einer Inzest-Therapiegruppe teilnahmen, 28% unter schweren Gedächtnislücken bezüglich des sexuellen Mißbrauchs litten; 64% berichteten von einer teilweisen Amnesie. Die AutorInnen fanden auch einen Zusammenhang zwischen Amnesie und Alter zu Beginn des Mißbrauchs, seiner Dauer und dem Ausmaß der damit einhergehenden Gewalt. 74% der PatientInnen der Gesamtgruppe konnten den Mißbrauch nachträglich erfolgreich belegen, indem sie Täter, andere Familienmitglieder und Tagebücher als Quellen benutzten. In

9% der Fälle wurde es als sehr wahrscheinlich angesehen, daß ein Mißbrauch stattgefunden hat, ohne daß eine unabhängige Bestätigung gefunden werden konnte.

Draijer (1990) verzeichnete bei einer großen, repräsentativen Stichprobe der weiblichen Bevölkerung der Niederlande nur wenige Berichte über schweren Mißbrauch unter den Inzest-Opfern und konnte nachweisen, daß dieses Verschweigen sowohl mit Amnesie als auch mit bewußter Vermeidung aufgrund des mit dem Thema verbundenen emotionalen Stresses verbunden war (Donaldson & Gardner, 1985; Olio, 1989). Briere und Conte (1993) befragten 450 Männer und Frauen, die wegen sexuellen Mißbrauchs behandelt wurden; 59% berichteten, daß sie vor ihrem 18. Lebensjahr für unterschiedlich lange Zeit für diesen Mißbrauch amnestisch gewesen seien.

In einer Studie mit 100 weiblichen Inzest-Opfern stellte Albach (1993) fest, daß 29% von ihnen den Mißbrauch für einige Zeit völlig vergessen hatten. Das galt vor allem für diejenigen Frauen, die hohe Werte auf der DES (*Dissociative Experience Scale*; Bernheim & Putnam, 1986) erreichten. Die durchschnittliche Dauer der Amnesien für Inzest betrug 15 Jahre. 59% der Gruppe hatten Schwierigkeiten, Details des Mißbrauchs zu erinnern. Albach erwähnt folgende Reaktivierungs-Situationen, die die Wiederkehr der Inzest-Erinnerungen ermöglicht haben: Anschauen einer Fernsehsendung über Inzest, Erkennen, daß das eigene Kind mißbraucht wurde, und Besuch des Ortes, an dem der Mißbrauch stattgefunden hatte; psychotherapeutische Interventionen haben Albach zufolge dabei nur eine relativ untergeordnete Rolle gespielt.

Feldman-Summers und Pope (1994) befragten 79 US-amerikanische PsychologInnen, ob sie als Kinder sexuell belästigt worden waren, und falls ja, ob sie dies jemals teilweise oder völlig vergessen hatten. Von den 23,9% der Befragten, die von einem solchen Mißbrauch berichtet hatten, gaben 40% an, daß sie den Mißbrauch für eine gewisse Zeit völlig oder teilweise vergessen hatten. 46,9% der Befragten, die für eine gewisse Zeit vergessen hatten, berichteten, daß sie eine externe Quelle zur Validierung des Mißbrauchs angeben können.

Lofus und KollegInnen (1994) untersuchten Frauen, die wegen körperlichen Mißbrauchs in ambulanter Behandlung waren, und fragten vorrangig nach den Erinnerungen an sexuellen Mißbrauch in der Kindheit. Von den 105 Frauen, die davon berichteten, gaben 19% an, daß sie ihn ebenfalls für eine gewisse Zeitspanne vergessen hatten. Hinsichtlich der Fragen nach dem Ausmaß der Gewalt beim Mißbrauch und danach, ob der Mißbrauch inzestuös war, gab es keinen Unterschied zwischen den Frauen, die den Mißbrauch ihr ganzes bisheriges Leben erinnern konnten, und den temporär amnestischen Frauen.

Obwohl die referierten Studien sich hinsichtlich des Prozentsatzes der Personen unterscheiden, die von einer Amnesie für den Mißbrauch berichteten, unterstützen sie doch alle die klinische Beobachtung, daß ein Großteil der Befragten die Erinnerungen an sexuellen Mißbrauch in der Kindheit für lange Zeit vergessen hatte. Der Zusammenhang zwischen der Dauer des Mißbrauchs und der berichteten (temporären) Amnesie ist allerdings nur ungenügend dokumentiert.

Amnesien bei dissoziativen Störungen

Die psychogene Amnesie ist per definitionem das zentrale Symptom bei *dissoziativen Amnesien* (Coon & Milstein, 1992), ebenso bei *dissoziativer Fugue*, nicht näher spezifi-

zierten *dissoziativen Störungen* (NNSDS; Ross, 1992) und bei *dissoziativen Identitätsstörungen* (DIS, ehemals *multiple Persönlichkeitsstörung*). Was die DIS betrifft, so wurden in 94,9% von 236 Fällen (Ross et al., 1989), in 98% von 100 (Putnam et al., 1986), in 100% von 102 (Ross et al., 1990) und in 100% von 100 Fällen mit DIS (Boon & Draijer, 1993) schwere dissoziative Amnesien festgestellt. Die psychogene Amnesie kann darüberhinaus auch als Symptom einer somatisierten Störung auftreten. Allgemein anerkannt ist, daß die dissoziativen Symptome hoch mit der Schwere, der Dauer und der Wiederholungshäufigkeit sowie mit dem Alter der Betroffenen zu Beginn der Traumata korrelieren (die zudem häufig sexuellen Mißbrauch in der Kindheit betreffen; vgl. z.B. Boon & Draijer, 1993). Im Vergleich mit anderen traumatisierten PatientInnen konnten solche, die von sexuellem Mißbrauch berichteten, am besten durch ihre hohen Werte in der Amnesie-Subskala des DIS-Q (Vanderlinden, 1993) unterschieden werden.

An dieser Stelle sollte noch erwähnt werden, daß die amnestischen Episoden von DIS/NNSDS-PatientInnen auch angenehme Ereignisse, gut erledigte Aufgaben und neutrale Erfahrungen betreffen können; ein Phänomen, das sich auch schon bei Kindern mit DIS (Hohnstein & Putnam, 1992) gezeigt hat. Wie bei PatientInnen mit dissoziativer Amnesie und PTSD beziehen sich die Amnesien von schwer-dissoziativen PatientInnen auf vergangene und kurz zurückliegende Ereignisse.

Es gibt experimentelle Nachweise expliziter und bis zu einem gewissen Grade auch impliziter Gedächtnis-Dissoziationen bei PatientInnen mit DIS (Nissen et al., 1988; Weingartner, 1991). Das *explizite Gedächtnis* beinhaltet u.a. das autobiographische Gedächtnis und Faktenwissen (semantisches Gedächtnis). Das *implizite Gedächtnis* wird mit nicht-reflektivem Wissen in Zusammenhang gebracht, wie z.B. mit Fertigkeiten und Effekten klassischer Konditionierung oder mit priming. Diese Daten unterstützen klinische Beobachtungen, die den fehlenden Transfer von expliziten und gelegentlich von impliziten Gedächtnisinhalten zwischen den dissoziativen Zuständen betreffen. Eine Dissoziation impliziter Gedächtnisinhalte konnte nicht festgestellt werden bei Personen mit Amnesie aufgrund eines Korsakow-Syndroms, eines durch Medikamente induzierten oder unter Hypnose hervorgerufenen amnestischen Zustandes (Weingartner, 1991); letzteres stellt die Hypothese in Frage, daß eine Amnesie bei DIS-PatientInnen auto- oder hetero-suggestiv entstanden sein könnte.

Validierung des berichteten Mißbrauchs bei Kindern und Jugendlichen mit dissoziativen Störungen

Der Mangel an Forschung und offensichtliche Validierungsprobleme bezüglich der Erinnerungen an "geheime" traumatische Ereignisse, die jahrelang einer Amnesie unterlagen, schließen einfache Aussagen zu ihrem Wahrheitsgehalt aus. Die zur Verfügung stehenden Nachweise legen jedoch nahe, daß die Wahrscheinlichkeit, daß die von dissoziativen PatientInnen berichteten Traumata auf Tatsachen beruhen, größer ist als die Wahrscheinlichkeit, daß diese sich auf eine völlig verzerrte Wahrnehmung der Wirklichkeit oder auf bloße Phantasien beziehen. Viele PatientInnen, die mit traumatischen Erinnerungen konfrontiert sind, wünschen sich verzweifelt, daß es sich dabei um verzerrte Erinnerungen oder Phantasien handeln möge. Einige dieser PatientInnen verneinen sogar bereits bestätigte Tatsachen. Coons und Milstein (1986) stellten fest, daß von 20 DIS-PatientInnen 85% die traumatischen Erinnerungen durch Dokumente und durch Erklärungen Dritter nachweisen

konnten. Zwei Validitätsstudien schlossen Kinder und Jugendliche mit dissoziativen Störungen mit ein. Diese Einbeziehung jüngerer Personen ist wegen der zeitlichen Nähe zum berichteten Mißbrauch in der Kindheit wichtig. Hornstein und Putnam (1992) untersuchten 44 Kinder mit DIS und 20 mit NNSDS. In 93,5% dieser Fälle konnte sexueller und körperlicher Mißbrauch, emotionale Vernachlässigung, Alleingelassen sein und häusliche Gewalt nachgewiesen werden. Amnesie war eines der hauptsächlichsten dissoziativen und posttraumatischen Symptome. Coons (1994) untersuchte retrospektiv die Berichte und Darstellungen von neun DIS- und zwölf NNSDS-PatientInnen. Mit nur einer Ausnahme konnte er in allen Fällen anhand offizieller Dokumente und Zeugenaussagen Nachweise für den berichteten Mißbrauch sammeln. Die PatientInnen hatten den Mißbrauch entweder dritten Personen, der Polizei oder Kinderschutzinstitutionen berichtet. Interessanterweise wurde Hypnose als Hilfe zur Wiedererlangung der Erinnerungen nur in einem Fall angewandt. Alle bislang zitierten Studien haben allerdings den Nachteil, daß sie retrospektiv sind.

Prospektive Studien

Bis heute wurden nur wenige prospektive Studien durchgeführt. Zwei Drittel bezogen sich zudem auf körperlichen, nicht auf sexuellen Mißbrauch in Kindheit und Jugend. Robins (1966) wie auch Della Femina, Yeager und Lewis (1990) stellten neun Jahre nach der Dokumentation von schwerem *körperlichem Mißbrauch* fest, daß 18 von 69 Jugendliche die früheren Ereignisse verleugnet oder bewußt verharmlost hatten. Acht andere Jugendliche erwähnten einen anderen als den dokumentierten Mißbrauch. Dieses Nicht-Berichten schien bei weiterführender Untersuchung allerdings kein Ergebnis einer Amnesie zu sein, sondern ein freiwilliger, bewußter Widerstand, entweder um einer Diskussion schmerzhafter Erinnerungen vorzubeugen, oder aus dem Wunsch heraus, die Eltern zu schützen; andere Gründe waren die Überzeugung, den Mißbrauch verdient zu haben, ein Mangel an Sympathie für die InterviewerInnen oder der explizite Wunsch, die Vergangenheit zu vergessen.

Im Gegensatz zu dem Nicht-Berichten von körperlichem Mißbrauch scheint die Tatsache der wenigen Berichte über *sexuellen Mißbrauch* in der Kindheit zumindest teilweise mit Amnesie zusammenzuhängen. Williams (1992, 1994) führte Katamnese-Studien an 129 Frauen durch, deren Mißbrauch 17 Jahre zuvor unter anderem durch medizinische Untersuchungen in einem bestimmten Krankenhaus bestätigt worden war. Den Frauen wurde gesagt, sie nähmen an einer wichtigen Untersuchung teil, die die Lebensqualität und Gesundheit von Frauen bestimmen soll, die irgendetwas einmal medizinische Versorgung in diesem Krankenhaus erhalten hatten; sie wurden also nicht explizit auf die Dokumentation des Mißbrauchs hingewiesen. Aber alle wurden nach ihren Erfahrungen mit Sexualität in Kindheit und Jugend und nach einem möglichen sexuellen Mißbrauch befragt. Einige brachten ihren Krankenhausaufenthalt spontan mit dem früheren sexuellen Trauma in Zusammenhang, andere nicht. Von diesen hatten sich, Williams zufolge, einige entschlossen, nicht über den Mißbrauch zu reden. Es gab aber klare Hinweise, daß die Mehrzahl dieser Untergruppe von 38% sich überhaupt nicht daran erinnerte. 16% der Frauen, die von dem Mißbrauch berichtet hatten, gaben an, daß sie sich zeitweise nicht daran erinnern konnten.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Williams-Studie ist, daß das Nicht-Berichten nicht als eine Folge der Kindheits-Amnesie angesehen werden kann, denn 55% der Frauen, die zur Zeit des Mißbrauchs jünger als vier Jahre waren, berichteten nichts von dem Mißbrauch, im Gegensatz zu 62% der Befragten, die zur Zeit des Mißbrauchs zwischen 4 und 6 Jahre alt waren. Fünf von 11 Frauen hingegen, die zum besagten Zeitpunkt jünger als 4 Jahre waren, konnten sich daran erinnern. Diese Daten machen deutlich, daß andere Faktoren als kognitive Reife und Sprachentwicklungsprozesse mit einem kindlichen amnesiegeleiteten Vergessen zusammenhängen müssen. Williams (1994) erwähnte das Beispiel einer Frau, die im Alter von zwei Jahren und neun Monaten mißbraucht worden war, und die sich immer noch deutlich an den "kratzigen Bart" erinnerte. Sie fühle sich von dieser Erinnerung verfolgt, da ihre sexuellen Kontakte zu schlecht rasierten Männern beeinträchtigt waren. Williams schloß daraus, daß der Mißbrauch sehr junger Kinder durch Personen, mit denen sie eine enge Beziehung haben, mit hoher Wahrscheinlichkeit in Retrospektiv-Studien nicht aufgedeckt werden kann. Ihre Daten weisen darauf hin, daß das Nicht-Erinnern des sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit ein häufiges Phänomen ist, das aber nicht nur als eine Funktion des Alters zur Zeit des Ereignisses angesehen werden darf.

Die beiden angeführten prospektiven Studien weisen darauf hin, daß körperlicher und sexueller Mißbrauch eher selten berichtet wird. Das Nicht-Berichten über körperlichen Mißbrauch scheint aber mit anderen Faktoren als Amnesie zusammenzuhängen, z.B. mit Widerwillen, darüber zu berichten. Williams Studie über Berichte sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit hingegen deutet darauf hin, daß Personen ihre diesbezüglichen Erinnerungen verlieren. Diese Studie läßt jedoch einen möglichen Zusammenhang zwischen Amnesie und Dauer sowie Wiederholung des Mißbrauchs offen.

Andere Studien

In einer bisher einzigartigen Studie untersuchte Vardi (1994) die Gedächtnisleistungen sexuell traumatisierter und nicht-traumatisierter Personen. 40 Inzest- und 40 Vergewaltigungsopfer zeigten akute PTSD-Symptome, die Inzest-Opfer hatten zudem chronische PTSD-Symptome. Nur die Personen der Inzest-Gruppe jedoch zeigten eine Beeinträchtigung des autobiographischen Gedächtnisses, gemessen anhand standardisierter Tests. Darüberhinaus bezogen sich diese Erinnerungsdefizite, die nicht spezifisch mit dem Inzest zusammenhängen, besonders auf die Zeitspanne, in der der Inzest geschehen war.

Bei einer großen Stichprobe ($n = 446$) von bis dahin klinisch nicht auffälligen Personen aus der Allgemeinbevölkerung, von denen 23% von sexuellem Mißbrauch berichteten, stellten Elliott und Briere (1995) fest, daß eine Wiederherstellung ehemals verlорener (22%) oder reduzierter (21%) traumatischer Erinnerungen von deutlichen PTSD-Symptomen begleitet war. Wenn sich die aufgedeckten Erinnerungen nur auf Phantasien beziehen würden, wäre nicht nachvollziehbar, was die damit verbundenen PTSD-Symptome verursacht hätte.

Es scheint nur wenig veröffentlichte Fälle falscher Beschuldigungen über sexuellen Mißbrauch an Kindern (Bernet, 1993) und Erinnerungen an Kindheits Traumata zu geben, die sich als Phantasie oder als falsche Überzeugung herausstellten (Good, 1992). Bisher stehen unseres Wissens keine empirischen Studien zur Verfügung, die die Überzeugung von Loftus (1993), Ofshe und Watters (1993) und anderen erhärten, daß "aufgedeckte" Erin-

nerung an Inzest per definitionem "falsche" oder unkorrekte Erinnerungen sind: also selbstkreierte Phantasien von PatientInnen, die von leichtgläubigen TherapeutInnen kritiklos akzeptiert werden, oder auf Suggestionen zurückgehen, die von TherapeutInnen vorsätzlich oder unbeabsichtigt in die Köpfe besonders suggestibler PatientInnen eingepflanzt worden sind. Eine detaillierte Untersuchung dessen, was als Beweis dafür angeboten wird, zeigt eher unvollständig dokumentierte und selektive Beobachtungen von ein paar wenigen Einzelfällen, die zudem nachweislich keine suggestiven Beeinflussungen seitens der TherapeutInnen aufweisen (Van der Hart, 1994). Außerdem erklärt diese Beeinflussungs-Hypothese noch lange nicht die Tatsache, daß diese PatientInnen, selbst wenn sie sehr suggestibel sind, gewöhnlich eine hohe Selektivität bezüglich ihrer Antwortbereitschaft auf Suggestion zeigen. So widerstehen sie z.B. häufigen und eindringlich wiederholten positiven therapeutischen Suggestionen.

Nach Brown (1995) gründet sich die Debatte über falsche Erinnerungen bis jetzt weitgehend auf Hypothesen, die bezüglich der Population, auf die sie sich eigentlich bezieht, überhaupt nicht überprüft worden sind. Die verfügbaren kontrollierten Untersuchungen zeigen, daß lediglich eine Minderheit gesunder Kinder und Erwachsener dazu neigt, falsche Erinnerungen zu produzieren. Darüberhinaus betreffen diese falschen Erinnerungen im allgemeinen nur Details trivialer Ereignisse, die für erinnerbare persönliche Erlebnisse oder Erinnerungen von Traumata von nur peripherer Bedeutung sind. Im übrigen sind falsche Überzeugungen von relativ kurzer Dauer (Brown, 1995). Die Entwicklung falscher Erinnerungen für einzelne, nicht-chronische und nur wenig aufregende Erfahrungen wurde bislang allerdings nur an Kindern demonstriert (Brown, 1995). Vorschulkinder lassen sich demnach noch am ehesten von Erwachsenen überzeugen, Suggestiv-Aussagen als Tatsachen hinzunehmen; meist aber auch nur unter starkem Druck. Ob sie aber tatsächlich ihre Wahrnehmung der Realität verzerren oder einfach nur das Vorgeschlagene berichten, bleibt offen. Solche Ergebnisse beweisen für sich genommen noch nicht, daß eine in der Psychotherapie aufgehobene dissoziative Amnesie mit großer Wahrscheinlichkeit das Produkt von Phantasien oder starken Verzerrungen der Tatsachen oder der zentralen Punkte eines Ereignisses ist. Genauso wenig beweist die Suggestibilität von PatientInnen mit dissoziativen Störungen, daß ihre psychiatrischen Symptome (unter anderem die dissoziative Amnesie) und die wiedererlangten Erinnerungen tatsächlich das Ergebnis von Suggestionen sind. Lindsay und Read (1994) stellen nach einer Zusammenfassung der Literatur fest, daß "es wenig Grund gibt zu befürchten, daß Personen nur als Reaktion auf einige suggestive Fragen verzerrte Erinnerungen und falsche Gewißheiten in Bezug auf Traumata in der Kindheit entwickeln; es gibt aber stichhaltige Gründe für die Annahme, daß langanhaltende und vielfältige suggestive Einflüsse in der Tat bei bestimmten Personen dazu führen können, daß sie illusorische Erinnerungen und Überzeugungen entwickeln" (S. 4). Auch Brown (1995) ist der Meinung, daß es bislang keine wissenschaftlichen Daten über den Einfluß suggestiver Fragen in der Psychotherapie gibt, daß man aber wohl davon ausgehen muß, daß extensive und wiederholte suggestive Befragung auch in der Psychotherapie falsche Überzeugungen hervorrufen kann.

Unterdrückung, Verdrängung, Dissoziation und die Art traumatischer Erinnerungen

Zur Erklärung psychogener Amnesie gibt es verschiedene Theorien. Wir sind der Meinung, daß einige unzulänglich sind und Verwirrung stiften, andere wiederum finden wir vielversprechend. Darüber hinaus kommt es in der Diskussion über "aufgedeckte" Erinnerungen zu Irritationen, weil nicht zwischen narrativen und traumatischen Erinnerungen unterschieden wird. Wir wollen diese einzelnen Punkte hier kurz diskutieren:

Unterdrückung: Merckelbach und Van den Hout (1993) vertreten die Hypothese, daß der Von-Restorf-Effekt (das extensive Enkodieren einschneidender Ereignisse bei gleichzeitigem Gedächtnisverlust für vorausgehende und nachfolgende, weniger einschneidende Ereignisse) in Verbindung mit bewußter Unterdrückung aversiver Gedanken und Bilder zu diesen Ereignissen eine psychogene Amnesie erklären kann. Damit kann aber weder die Amnesie für zentrale Details eines Ereignisses bzw. für neutrale oder positive Ereignisse (z.B. Informationen zur Identität) erklärt werden, noch die Gedächtnisdefizite traumatisierter Personen bei standardisierten Tests, noch ihre Reaktionen auf traumabezogene Stimuli, etc. Zudem unterscheiden PTSD- und DIS-PatientInnen subjektiv sehr genau zwischen absichtlichen verhaltensmäßigen und kognitiven Vermeidungsstrategien in Bezug auf Reize, die traumatische Erinnerungen stimulieren, und dem unbeabsichtigten Verlust ihrer Erinnerungen.

Verdrängung: Die Verwendung des Konzepts der Verdrängung stiftet ebenfalls hauptsächlich Verwirrung. Nach der klassischen psychoanalytischen Theorie ist Verdrängung eine aktive aber unbewußte Unterdrückung bedrohlicher, konflikthafter (sexueller oder aggressiver) Impulse ins Unbewußte. In diesem Modell geht man davon aus, daß die verdrängten unbewußten seelischen Inhalte einer Revision unterworfen sind, wodurch sie höchstens noch in modifizierter Form in das Bewußtsein eintreten können. Im Gegensatz zu dieser Definition spricht Terr (1994) auch dann von verdrängten - anstatt von dissoziativen - traumatischen Erinnerungen, wenn diese intakt wieder aufgedeckt werden. Der Begriff Verdrängung wurde aber so häufig und so unterschiedlich benutzt, daß er letztlich zu einem unklaren Begriff geworden ist, der selbst in den Augen einiger psychoanalytischer Autoren (Giora, 1989; Shapiro, 1965) kaum noch tragbar ist. Das Interessante ist nun, daß vor allem die Skeptiker hinsichtlich aufgedeckter traumatischer Erinnerungen ihre Angriffe genau auf dieses Konzept der Verdrängung richten (z.B. Loftus, 1993) und dabei die riesige Literatur über totale Amnesie für traumatische Ereignisse ignorieren.

Dissoziation: Traumatische Ereignisse gehören zu den überwältigenden Erfahrungen, die die (normalen) Bewältigungskapazitäten eines Menschen überschreiten (Van der Kolk, 1994; Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Nach Janet (1909, S. 1558) entwickeln Traumata ihren desintegrativen Effekt abhängig von ihrer Intensität, ihrer Dauer und Wiederholung (vgl. Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Diese traumatische Desintegration drückt sich in einer Dissoziation der Persönlichkeit aus; begleitet von einem eigenen Sinn für das Selbst beginnenden Vorstellungs- und Funktionssysteme wie beispielsweise traumatische Erinnerungszustände eine Art Eigenleben zu führen, außerhalb der Kontrolle bzw. in extremeren Fällen jenseits des Bewußtseins der üblichen Persönlichkeit (Janet, 1907; Kihlstrom et al., 1993; Van der Hart & Op den Velde, 1991; Van der Kolk, 1994). Diese *primäre Dissoziation*, die mehr oder weniger bei allen Fällen posttraumatischen Stresses auftritt, wird komplexer, wenn es der betroffenen Person gelingt, der invasiven

Erfahrung mental zu entkommen. Diese mentale Flucht bezeichnen wir als *sekundäre Dissoziation*. Andere Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von *peritraumatischer Dissoziation* (Marmar et al., 1994). Die Berichte traumatisierter PatientInnen lassen darauf schließen, daß diese sekundäre Dissoziation zwei Formen annehmen kann: den Körper verlassen oder einfach ganz verschwinden. Im ersten Fall betrachten die PatientInnen sich während des Traumas oder direkt danach aus einer gewissen Distanz. In dieser partiellen Dissoziation distanzieren sie sich mental von ihren schmerzhaften körperlichen Empfindungen und emotionalen Reaktionen. Zur gleichen Zeit gibt es jedoch mindestens einen anderen Teil der Persönlichkeit, der dem traumatischen Erlebnis ausgesetzt ist. Fromm (1965) sprach von einer Dissoziation zwischen beobachtendem und erlebendem Selbst. Dieses Phänomen wurde unter anderem von Verkehrsoptern (Noyes et al., 1977) und Inzestopfern (Gelinas, 1983) berichtet. Der Fall des "Verschwindens" während eines Traumas beinhaltet eine völlige Dissoziation. Es gibt dann mindestens einen dissoziierten Teil der Persönlichkeit, ein verschwundenes Selbst, das während des Traumas vollständig abwesend ist, während ein oder mehrere weitere Teile der Persönlichkeit das traumatische Ereignis durchleben. Die "Amnesie", die der abwesende Teil später für das Trauma hat, bezieht sich auf das zustandsabhängige Gedächtnis (vgl. Putnam, 1988). Da dieser Teil der Persönlichkeit das Trauma nicht durchlebt hat, kann er das Ereignis auch nicht vergessen haben. "Die Erfahrung eines zweiten Selbst ist dem eigentlichen, primären Selbst bzw. dem normalen Bewußtsein nicht zugänglich und ist es auch nie gewesen. Und da man nicht vergessen kann, was man niemals wußte, gibt es bei Dissoziationen dieses Typs kein Vergessen" (Crabtree, 1992, S. 15).

Eine Zwischen- oder Mischform dissoziativer Amnesie betrifft die Amnesie für bestimmte Aspekte einer traumatischen Erfahrung, häufiger für den bedrohlichsten Teil dieser Erfahrung; diese bedrohlichsten Aspekte werden dann völlig dissoziiert. Nach Janet (1889, 1907) führt jede Traumatisierung tendenziell zu einer Einschränkung des Bewußtseinsfeldes, was die Grundlage für die Inangestaltung des dissoziativen Prozesses bildet. Klinische und experimentelle Studien traumatischer und anderer belastender Ereignisse haben gezeigt, daß Übererregung gewöhnlich zu Einschränkungen der Aufmerksamkeit führt, wobei Informationen, die bezüglich der Bedrohung von primärer Relevanz sind, kaum verarbeitet werden (Christianson, 1992). Demzufolge kann auch Amnesie für periphere Information auftreten.

Die feste aber unbegründete Überzeugung, daß nur periphere Details eines traumatischen Erlebnisses Inhalt einer Amnesie sein können, verführt zu einer zirkulären Argumentation (Wessel et al., 1995). Klinische Untersuchungen weisen aber darauf hin, daß (1) traumatisierte und amnestische Personen eine Amnesie für zentrale Details (oft die bedrohlichsten Aspekte) der traumatisierenden Erlebnisse zeigen, ohne daß die periphere Information dadurch gestört wird, und daß (2) PatientInnen mit dissoziativen Störungen Persönlichkeitszustände haben, in denen die zentrale Details von Traumata erinnert werden, nicht aber periphere Information; in anderen Persönlichkeitszuständen bei denselben PatientInnen können zwar periphere Informationen bezüglich der Traumata ins Gedächtnis gerufen werden, dies muß aber nicht der Fall sein. Van der Hart und Op den Velde (1991) bezeichnen die bedrohlichsten Aspekte traumatischer Erinnerungen, für die Amnesie bestehen kann, als *pathogene Kerne*. Dies bezieht sich auf die Tatsache, daß die völlige Heilung posttraumatischen Stresses verhindert wird, falls diese Aspekte in der Behandlung traumatischer Erinnerungen nicht angemessen verarbeitet werden.

Es muß an dieser Stelle angemerkt werden, daß das Konzept der Dissoziation primär deskriptiver Natur ist. Auf welche Art und Weise klinisch beobachtete Dissoziationen aufgebaut werden und welche Variablen ihre verschiedenen, voneinander abweichenden Formen definieren, bedarf weiterer Untersuchungen.

Flashbacks und verwandte Phänomene

Reaktivierte traumatische Erinnerungen oder Teile davon manifestieren sich als eindringliche Bilder, die als *flashbacks* bezeichnet werden. Das sind vollständige dissoziative Episoden, in denen sich das Trauma nochmals abspielt oder durchlebt wird (gefolgt von Amnesie). Flashbacks können auch als somatoforme "Erinnerungen" in Erscheinung treten, wie z.B. als Schmerzen oder dissoziative Störungen der Motorik oder Sensorik, die auf andere Weise bislang nicht erklärt werden konnten.

Traumatische Erinnerungen (die aus ethischen Gründen nicht experimentell hervorgerufen werden können) sollten von einfachen, *narrativen Erinnerungen* unterschieden werden (Van der Kolk & Van der Hart, 1991), eine Unterscheidung, die gewöhnlich von Skeptikern wiederhergestellter Erinnerungen nicht getroffen wird (vgl. z.B. Loftus, 1993). Traumatische Erinnerungen sind keine Erinnerungen im üblichen Sinne, sondern - einmal reaktiviert - emotional hoch belastende Erfahrungszustände, die furchterregende Repräsentationen des Ereignisses umfassen, das durch einige oder alle Wahrnehmungsmodalitäten und emotionale, kognitive und verhaltensmäßige Reaktionen reproduziert wird (Brett & Ostroff, 1985; Janet, 1904, 1907; Van der Hart et al., 1993; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Verhaltenstherapeuten beschreiben solche Erinnerungen als "Gedächtnisstruktur der Angst" (Lang, 1979; Nijenhuis, 1992).

Traumatische Erinnerungen treten als wiederholtes Wiedererleben der traumatischen Erlebnisse oder von Teilen davon auf. Wie zuvor erwähnt, kann das erneute Durchleben des Traumas eine vollständig dissoziierte Episode betreffen (wie das bei Janets Patientin Irene der Fall war) oder auch nur eine teilweise dissoziierte Episode. Bei letzterer bleibt sich die Patientin oder der Patient bis zu einem gewissen Grade der gegenwärtigen Situation bewußt, während er/sie das Trauma oder Teile davon nochmals durchlebt. Diese doppelte Erfahrung kann bei einigen traumatisierten Personen die Vorstellung hervorrufen, daß sie verrückt werden. Teilweises Wieder-Durchleben eines Traumas kann auch auf wenige Wahrnehmungsmodalitäten beschränkt bleiben, während die anderen Komponenten der Erfahrung implizit bleiben, z.B. nur auf unterbewußtem Niveau "wiedererlebt" werden. Beispiele dafür wären auditive Pseudohalluzinationen, wie das Hören von Schreien oder einer Stimme, die befiehlt "Halt den Mund!", oder vehemente Emotionen, wie intensive Wut oder Furcht, die es dem Patienten unmöglich machen, die eigentliche Bedeutung zu verstehen.

Traumatische Erinnerungen lassen sich als rigide, automatisch immer wiederkehrende, identische Ereignisse charakterisieren, die historisch korrekte Informationen enthalten (Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Sie können aber auch falsche Wahrnehmungen enthalten, sowohl Gedanken als auch Phantasien. Während des Durchlebens dieser wiederkehrenden Ereignisse befinden sich die PatientInnen in einem Zustand extremer Erregung, was derzeit Gegenstand moderner psychophysiologischer Forschung ist (vgl. Shalev & Rigel-Fuchs, 1993; Van der Kolk, 1994).

Rekonstruktives versus reproduktives Gedächtnis

Auch wenn traumatische Erinnerungen natürlicherweise reproduktiv sind, können Verzerrungen auftreten. Die Verarbeitung dieser traumatischen Erinnerungen, z.B. im Rahmen der Psychotherapie, enthält grundsätzlich die Transformation traumatischer Erinnerungen in narrative Erinnerungen (Janet 1904, 1919, 1928; Van der Hart et al., 1993). Während dieses Verarbeitungsprozesses können scheinbar unzusammenhängende "Stückchen" traumatischer Erinnerungen zum Vorschein kommen. Das kann zur Folge haben, daß PatientIn und TherapeutIn die fehlenden Stücke einfügen und so eine Geschichte konstruieren, die mit der historischen Wahrheit kaum noch korrespondiert. Diese Verzerrung muß nicht per se ein Problem sein, sie kann aber katastrophale Folgen haben, wenn z.B. eine Inzestgeschichte konstruiert wird, die gar nicht stattgefunden hat.

Es ist überaus wichtig zu erkennen, daß das narrative Gedächtnis rekonstruktiver Natur ist, wie Gedächtnisexperten seit Janet (1919, 1928) gezeigt haben. Das narrative Gedächtnis bezieht Zusammenfassungen und Rekonstruktionen von Ereignissen mit ein, die wir, angepaßt an Zuhörer und Umstände, immer wieder in leicht veränderten Versionen nach erzählen. Mit anderen Worten, das narrative Gedächtnis hat eine soziale Funktion. Das traumatische Gedächtnis unterscheidet sich verständlicherweise in hohem Maße vom narrativen. Es hat keine soziale Komponente; seine Reaktivierung ist im Wesentlichen eine sehr "einsame" Aktivität, auch wenn eine andere Person den Reaktivierungsreiz verkörpert kann (Janet, 1928; Van der Kolk & Van der Hart, 1991).²

Klinische Richtlinien

Die Konstruktion falscher Überzeugungen (oder falscher Berichte) in zwischenmenschlichen Situationen scheint möglich, wenn eine solche Interaktion von fünf primären Risikofaktoren begleitet wird (Brown, 1995; Lindsay & Read, 1994). Diese sind: (1) Hypnotisierbarkeit, (2) Unsicherheit bezüglich vergangener Ereignisse, (3) hinausgezögerte und facettenreiche Formen suggestiver Befragung, (4) außertherapeutische soziale Einflüsse und vorhandene soziokulturelle Überzeugungen, sowie (5) stark belastende Bedingungen während der Befragung.

Um die Produktion von falschen Überzeugungen im Rahmen der Psychotherapie zu verhindern, wurden verschiedene Richtlinien für eine einwandfreie klinische Praxis formuliert (Brown, 1995; Spiegel & Schefflin, 1994; Van der Hart & Van der Velden, 1995); die wichtigsten davon sind:

- 1) Eine vorsichtige und sorgfältige diagnostische Bewertung ist obligatorisch; diese sollte insbesondere eine Bewertung der dissoziativen Phänomene enthalten. Konstellationen von Beschwerden und Symptomen sollten sehr sorgfältig zusammengestellt werden; so sollte aus der Komplexität der Symptome nicht ein einzelner Aspekt herausgezogen werden, um eine Traumatisierung, geschweige denn eine spezifische Traumatisierung zu postulieren. Eventuell davon auszuschließen sind gegenwärtige, auffällige und nachweisbare dissoziative Amnesien. Das Auftreten von nur einem oder einigen wenigen Symptomen zeigt einen Mißbrauch der PatientInnen nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit an.

2 Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, weiter auf die Rolle des impliziten Gedächtnisses bei traumatischen Erinnerungen einzugehen (vgl. hierzu Kihlstrom, 1994; Kihlstrom et al., 1993.)

- 2) TherapeutInnen sollten nur diejenigen Störungen behandeln, die sie auch festgestellt haben, und nicht solche, die sie nur vermuten.
- 3) In der klinischen Praxis soll man die Theorie der traumatischen Dissoziation als nützliches Hilfsmittel heranziehen, um Hypothesen zu den beobachteten Symptomen und Beschwerden zu bilden.
- 4) TherapeutInnen sollten sich der Rolle der Suggestion in der Psychotherapie bewußt sein (vgl. Lynn & Nash, 1994). Es ist nicht so sehr die hypnotische Vorgehensweise an sich, als vielmehr die Beeinflussung stark suggestibler Personen (vgl. Brown, 1995), was zur Entwicklung falscher oder wahrer Erinnerungen führen kann und die Unterscheidung zwischen beiden erschwert. Deshalb sollten bei stark suggestiblen PatientInnen keine suggestiven oder persuasiven hypnotischen oder nicht-hypnotischen Techniken zur Aufdeckung irgendeiner vermuteten "verborgenen" Wahrheit verwandt werden. Es gibt Hinweise, daß die interrogative Suggestibilität von der hypnotischen Suggestibilität unterschieden werden muß (Gudjonsson, 1984), wobei die erstgenannte eher Gefahr läuft, zu falschen Berichten zu führen. Es scheint angebracht, beide Suggestibilitätsarten unter diesem Aspekt zu bewerten.
- 5) TherapeutInnen sollten bei amnestischen PatientInnen bestärkende Aussagen über einen stattgefundenen oder nicht stattgefundenen früheren Mißbrauch vermeiden. Diese Richtlinie mag schwer zu befolgen sein, wenn sich die TherapeutInnen dessen nicht bewußt sind, daß sie solche Bestätigungen unbewußt und auf nonverbale Art geben.
- 6) PatientInnen sollten darüber informiert werden, daß Erinnerungen, die während einer Therapie aufgedeckt werden, wahr oder falsch sein können, und daß TherapeutInnen und/oder andere Personen nicht in der Lage sind, den Wahrheitsgehalt solcher Erinnerungen ohne unabhängige Prüfung zu beurteilen (Spiegel & Schefflin, 1994). Das sollte den Therapeuten bzw. die Therapeutin allerdings nicht davon abhalten, eine Atmosphäre der Unterstützung, des Vertrauens und des Glaubens an die eigenen Fähigkeiten der PatientInnen herzustellen, gleichzeitig aber auch eine kritische Haltung gegenüber der Trennung von Fakten und Phantasien einzunehmen.
- 7) TherapeutInnen sollten gut über Gedächtnisforschung informiert sein. Spiegel und Schefflin (1994) beispielsweise geben eine gute Zusammenfassung und zeigen auf, daß weder die Menge und Ausführlichkeit von Details, noch deren Klarheit und Lebendigkeit, noch die emotionale Beteiligung, noch die zeitliche Konsistenz, noch das Vertrauen in die Genauigkeit und die bekannte Verlässlichkeit des bekanntermaßen guten Gedächtnisses der/des Erzählenden eine Garantie für die Richtigkeit des Erzählten darstellt. Sie weisen aber auch darauf hin, daß es unlogisch wäre, aus der Tatsache, daß eine Erinnerung auch unkorrekte Details beinhaltet kann, zu schließen - wie es einige Autoren tun, z.B. Ofshe (1992) und Wright (1993) -, daß es keine realen Vorfälle gibt, von denen diese falschen Erinnerungen stammen.
- 8) TherapeutInnen, die PatientInnen mit posttraumatischen und dissoziativen Störungen behandeln, sollten dem phasenorientierten Behandlungsmodell folgen (Janet, 1919; Brown & Fromm, 1986; Herman, 1992; Horevitz & Loewenstein, 1994; Kluft, 1993;

3 Für eine deutsche Zusammenfassung dieser Brown & Frommschen Arbeit siehe Peter, B. (1992). Hypnoanalyse. Der Betrag von Erika Fromm. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 58 - 84; [Ann. Hrsg.]

Van der Hart et al., 1989). Dieses Modell besteht aus den folgenden drei Phasen: (1) Stabilisierung und Symptomreduzierung, (2) Behandlung traumatischer Erinnerungen und (3) Reintegration und Rehabilitation. Die Erforschung und Behandlung traumatischer Erinnerungen sollte sich, wenn sie überhaupt angezeigt ist, erst an eine ausreichende Stabilisierung anschließen.

- 9) Therapeuten sollten sich darüber im Klaren sein, daß es unter therapeutischem Niveau ist, sowohl die Feststellung kritisch zu akzeptieren, daß ein Trauma nicht stattgefunden habe, als auch umgekehrt allen Berichten über Traumata leichtfertig Glauben zu schenken. Es gab immer wieder das Elend jener fehldiagnostizierten Fälle, von denen man heute weiß, daß ihr Leid mit posttraumatischer Belastung zusammenhing; daher sollte man PatientInnen zunächst glauben, wenn sie von ihren traumatischen Erfahrungen erzählen bzw. immer wieder über diese stolpern, und eher die Verneinung eines Traumas durch die PatientInnen oder auch durch vermeintliche TäterInnen infrage stellen.

Zusammenfassung

Obwohl die dargestellten klinischen Beobachtungen und Untersuchungen vom methodischen Standpunkt aus kritisiert werden können, zeigen sie klar, daß es eine totale Amnesie für traumatische Ereignisse gibt. Untersuchungsergebnisse, die zeigen, daß DIS- und PTSD-PatientInnen an Erinnerungsstörungen leiden, unterstützen diese Schlußfolgerung. Es gibt Nachweise, daß traumatische Erinnerungen dissoziativer PatientInnen in vielen Fällen mit wirklichen lebensgeschichtlichen Ereignissen in Verbindung stehen, obwohl es dabei natürlich auch zu Verzerrungen kommen kann. Bis jetzt gibt es keine systematischen Studien, die das Ausmaß zeigen, in dem psychiatrische und vor allem dissoziative PatientInnen von selbst- oder fremdinduzierten Pseudo-Erinnerungen berichten.

Literatur

- Albach, F. (1993). *Freud's verleidingstheorie: Incest, trauma en hysterie*. Middelburg: Petra.
- Archibald, H. C. & Tuddenham, R. D. (1965). Persistent stress reaction after combat. *Archives of General Psychiatry*, 12, 475-48.
- Bernet, W. (1993). False statements and the differential diagnosis of abuse allegations. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 903-910.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Breit, E. A. & Ostroff, R. (1985). Imagery and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 417-424.
- Bremner, J. D., Scott, T. M., Delaney, R. C. & et al. (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1015-1019.
- Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E. A. & et al. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.
- Bremner, J. D., Steinberg, M., Southwick, S. M. & et al. (1993). Use of the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1011-1014.
- Briere, J. & Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-32.
- Brown, D. P. (1995). Pseudomemories: The standard of science and the standard of care in trauma treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 1-24.

- Brown, D. P. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Christianson, A. A. (1992). Emotional stress and eyewitness memory: A critical review. *Psychiatric Bulletin*, 112, 284-309.
- Christianson, A. A. & Nilsson, L. G. (1984). Functional amnesia as induced by psychological trauma. *Memory and Cognition*, 12, 142-155.
- Coons, P. M. (1992). Psychogenic amnesia: A clinical investigation of 25 cases. *Dissociation*, 5, 73-79.
- Coons, P. M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461-464.
- Coons, P. M. & Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personality: Characteristics, etiology, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106-110.
- Crabtree, A. (1992). Dissociation and memory: A two-hundred-year perspective. *Dissociation*, 5, 150-154.
- Della Femina, D., Yaeger, C. & Lewis, D. O. (1990). Child abuse: Adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse and Neglect*, 14, 227-231.
- Donaldson, M. & Gardner, R. (1985). Diagnosis and treatment of traumatic stress among women after childhood incest. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (Vol. 1, pp. 356-377). New York: Brunner/Mazel.
- Drajer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd: Gefolgen op lange termijn van seksuele misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: SUA.
- Elliott, D. M. & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study [submitted for publication].
- Feldman-Summers, S. & Pope, K. S. (1994). The experience of "forgetting" childhood abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 636-639.
- Fisher, C. (1945). Amnesic states in war neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 14, 437-458.
- Fromm, E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2, 127-133.
- Gelinas, D. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, 46, 312-332.
- Giora, Z. (1989). *The unconscious and the theory of psychoneuroses*. New York: York University Press.
- Goldfield, A. E., Mollica, R. F., Pesavento, B. H. & et al. (1988). The psychical and psychological sequelae of torture: Symptomatology and diagnosis. *JAMA*, 259, 2725-2729.
- Good, M. I. (1992). The reconstruction of early childhood trauma: Fantasy, reality, and verification. *JAPA*, 42, 79-101.
- Griener, R. & Spiegel, J. P. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Hendin, H., Haas, A. P., Singer, P. & et al. (1985). The reliving experience in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. In W. E. Kelly (Ed.), *Post-traumatic stress disorder and the war veteran patient* (pp. 72-84). New York: Brunner/Mazel.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
- Horevitz, R. & Loewenstein, R. J. (1994). The rational treatment of multiple personality disorder. In S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 289-316). New York: Guilford.
- Hornstein, N. L. & Putnam, F. W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- Jaffe, R. (1968). Dissociative phenomena in former concentration camp inmates. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 310-312.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. 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. (1909). Problèmes psychologiques (de l'émotion). *Revue Neurologique*, 17, 1551-1672.
- Janet, P. (1925). *Les médicaments 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.
- Kihlstrom, J. F., Tataryn, D. J. & Hoyt, I. (1993). Dissociative disorders. In P. B. Sutker, & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 203-234). New York: Plenum.
- Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 145-161.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.

- Terr, L. C. (1994). *Unchained memories: True stories of traumatic experiences, lost and found*. New York: Basic Books.
- Van der Hart, O. (1994). Totale amnesie voor traumatische herinneringen. *De Psycholoog*, 29.
- 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., & 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., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation*, 6(2/2), 162-180.
- Van der Hart, O., & Van der Velde, K. (1995). Over het waarheidsgehalte van traumatische herinneringen. In O. Van der Hart (Hrsg.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (3. Aufl.). Amsterdam/Lisse: Swets and Zeitlinger.
- 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., & 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 Dyck, R. (1990). Dissociatieve stoornissen. In W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp (Hrsg.), *Handboek psychopathologie* (Band 1, S. 240-255). Houten: Bohn Stafleu.
- Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences. Trauma and hypnosis*. Delft: Eburon.
- Vardi, D. J. (1994). *Memory in women who were raped as adults or sexually abused as children*. Doctoral Dissertation, School of Education, New York University, New York.
- Weingartner, H. (1991). *Dissociations in remembering our past experience* (Paper presented at the 8th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, November, 15-17).
- Wessel, I., Van Rijnsoort, M., Merckelbach, H., & et al. (1995). Verklaringsmodellen voor psychogene amnesie bij posttraumatische stress-stoornis. *Directieve therapie*, 15, 52-66.
- Williams, L. M. (1992). Adult memories of childhood abuse: Preliminary findings from a longitudinal study. *The Advisor*, 5, 19-21.
- Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.
- Wright, L. (1993). Remembering Satan [Parts 1 and 2]. *The Yorker*, May 17 and 24.
- Keywords:** Dissociative Identity Disorder, traumatic memories, recovered memories, childhood sexual abuse, amnesia, dissociation
- Abstract:** There is a heated clinical, legal and public discussion going on "recovered memories" of childhood sexual abuse: are these memories false or accurate ones? One of the arguments made by some false memory advocates is that total amnesia for traumatic events, often started in terms of "repressed memories" does not exist. Based on a review of the research and clinical literature on the matter, the authors conclude that this argument is untenable. They criticize the use of terms such as repression and suppression in this regard, and propose the use of the concept of dissociation instead. They describe the reproductive qualities of traumatic memory, as opposed to narrative memory which is reconstructive in nature. Finally, they present some clinical guidelines for the prevention of inducing false beliefs in psychotherapy.
- Prof. Dr. phil. O. van der Hart
Riagg Z/NW
P.O. Box 75902
NL-1070 AX Amsterdam 5

- Layton, B. S., & Ward-Zonna, K. (1995). Posttraumatic stress disorder with neurogenic amnesia for the traumatic event. *The Clinical Neuropsychologist*, 9, 2-10.
- Lindsay, D. S., & Read, J. D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 8, 281-338.
- Lofthus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- Lofthus, E. F., Polonsky, S., & Thompson-Fullilove, M. T. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 67-84.
- Lynn, S. J., & Nash, M. R. (1994). Truth in memory: Ramifications for psychotherapy and hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 194-208.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., & et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam Theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- McCaffrey, R. J., Lorig, T. S., Pendry, D. L., & et al. (1993). Odor-induced EEG changes in PTSD Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 213-244.
- Merckelbach, H., & van der Hout, M. A. (1993). Trauma, herinnering en amnesie: Een notitie over de experimentele analyse van psychogene amnesie. *Gedragstherapie*, 26, 3-19.
- Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the "survivor syndrome". *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 313-315.
- Nijenhuis, E. R. S. (1992). Leertheorie als kader en hypnose als hulpmiddel bij de behandeling van ernstige dissociatieve stoornissen, deel 1. *Trans*, 8, 2-31.
- Nijenhuis, E. R. S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nissen, M. J., Ross, J. L., Willingham, D. B., & et al. (1988). Memory and awareness in a patient with multiple personality disorder. *Brain and Cognition*, 8, 117-134.
- 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.
- Ofshe, R. J. (1992). Inadvertent hypnosis during interrogation: False confession due to dissociative state; mis-identified multiple personality and the satanic cult hypothesis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 125-156.
- Ofshe, R. J., & Watters, E. (1993). Making monsters. *Society*, March/April, 4-16.
- Putnam, F. W. (1988). The switch process in multiple personalities. *Dissociation*, 1, 24-33.
- 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.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grow up*. Baltimore: Wilkins.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fraser, G. A., & et al. (1992). Differentiating multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Dissociation*, 5, 87-91.
- Ross, C. A., Miller, D. S., Reagor, P., & et al. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Senguta, S. N., Jena, S., & Shekhar Saxena. (1993). Generalised dissociative amnesia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 699-700.
- Shalev, A. Y., & Rigel-Fuchs, R. (1993). Psychophysiology of the posttraumatic stress disorder: From sulfur fumes to behavioral genetics. *Psychosomatic Medicine*, 55, 413-423.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
- Sonnenberg, S. M., Blank, A. S., & Talbot, J. A. (1985). *The trauma of war: Stress and recovery in Vietnam veterans*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D., & Schefflin, A. W. (1994). Dissociated or fabricated? Psychiatric aspects of repressed memory in criminal and civil cases. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 411-432.
- Steinberg, M., Cichetti, D., Buchanan, B. S., & et al. (1993). Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: The structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *Dissociation*, 6, 3-16.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., & Cichetti, D. (1991). Detection of dissociative disorder in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1050-1054.
- Sutker, P. B., Winstead, D. K., Galina, Z. H., & et al. (1991). Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict. *American Journal of Psychiatry*, 148, 67-72.
- Takahashi, Y. (1988). Aokigaharajukai: Suicide and amnesia in Mt. Fugui's Black Forest. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18, 164.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 145-159.