

Maggie Phillips · Claire Frederick

Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen

Aus dem Amerikanischen von Theo Kierdorf
in Zusammenarbeit mit Hildegard Höhr

Dritte Auflage, 2015

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alter bei Bonn)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Sigrd Tschöpe-Schefer (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Burkhard Peter (München)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)

Umschlaggestaltung: WSP Design, Heidelberg
Umschlagfoto: © Photodisc
Satz: Verlagsservice Hegele, Heiligkreuzsteinach
Printed in Germany
Druck und Bindung: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm

Dritte Auflage, 2015
ISBN 978-3-89670-400-9
© 2003, 2015 der deutschen Ausgabe: Carl-Auer-Systeme Verlag
und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg
Alle Rechte vorbehalten

Die Originalausgabe dieses Buches erschien unter dem Titel "Healing the Divided Self".
First published by W. W. Norton & Company, New York, London.
All Rights reserved
Copyright © 1995 by Maggie Phillips and Claire Frederick

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren
und zum Verlag finden Sie unter: www.carl-auer.de.

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten
aus der Vangerowstraße haben, können Sie unter
<http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH
Vangerowstraße 14
69115 Heidelberg
Tel. 0 62 21-64 38 0
Fax 0 62 21-64 38 22
info@carl-auer.de

Einleitung

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Bücher über Traumata, Missbrauch und dissoziative Störungen einschließlich der multiplen Persönlichkeitsstörung (MPS) bzw. dissoziativen Identitätsstörung (DIS) veröffentlicht. In den meisten von ihnen befasst sich über die Hälfte des Textes mit der Diagnose und Ätiologie von Symptomen, einige weitere Kapitel beschäftigen sich mit den Besonderheiten der Behandlung solcher Störungen, und die restlichen Seiten gehen auf verschiedenste Aspekte, die den Behandlungsprozess beeinflussen können, ein.

Nur wenige Autoren haben versucht, eine ausführliche praktische Anleitung zu der schwierigen Aufgabe der Erstellung und Umsetzung eines Behandlungsplans zu entwickeln, mit dessen Hilfe es tatsächlich möglich ist, die Auswirkungen dissoziativer Erfahrungen zu heilen und zu integrieren und eine neue Identität über jene der „Überlebenden“ oder Opfer in der Kindheit erlebter Traumata hinaus zu schaffen. Noch weniger Autoren haben sich in die unbekannteren Gewässer der Hypnotherapie als primärer Modalität zur Behandlung dieser Störungen vorgewagt, weil die meisten der verbreiteten Ansicht anhängen, Hypnose könne für Patienten, die bereits in schwerwiegender Weise von ihren inneren und manchmal auch äußeren Wirklichkeiten dissoziiert seien, zu „gefährlich“ sein, oder aufgrund der Überzeugung, dieser Ansatz sei für Menschen, denen nur durch jahrelange methodische Einsichtstherapie geholfen werden könne, ungeeignet. Bestenfalls widmen viele Autoren in ihren Büchern hypnotischen Behandlungsansätzen ein Kapitel, obwohl viele Fachzeitschriften in den letzten Jahren Bestätigungen dafür vorgelegt haben, dass Hypnose bei dissoziativen Problemen die zurzeit beste Behandlungsmöglichkeit ist. Wieder andere bemühen sich, Methoden zu beschreiben, mit deren Hilfe die strategische hypnotherapeutische Auflösung traumabasierter Symptome in wenigen gut geplanten Sitzungen erreichbar sein soll.

Dies ist kein Lehrbuch der Hypnose. Es gibt viele ausgezeichnete Bücher, in denen die Praxis der klinischen und der ericksonschen Hypnose vermittelt wird. Abgesehen davon, vermag natürlich nichts eine praktische Hypnoseausbildung, persönliche Erfahrungen mit der Hypnotherapie und permanentes persönliches Engagement für Studium und Praxis der Hypnose zu ersetzen. Dieses Handbuch wurde für Leser geschrieben, die bereits praktische Erfahrung mit der Hypnosearbeit haben und die ihre Fähigkeiten in der Anwendung hypnotischer Ansätze auf den schwierigen Bereich dissoziativer Symptome ausdehnen wollen, so wie sie sich heutzutage in der klinischen Praxis präsentieren. Wir bemühen uns im gesamten Verlauf unseres Buches, zahlreiche Quellen zugänglich zu machen, um unsere Leser

zu weiteren Studien in vielen Bereichen angewandter Hypnose zu motivieren. Wir hoffen, dass Sie unsere in der Zusammenarbeit mit unseren Patienten gewonnenen Erkenntnisse als nützlich empfinden. Vor allem aber hoffen wir, dass unser Buch Sie dazu inspiriert, die vorgestellten Konzepte so anzuwenden, dass Ihr eigener Stil in einer ebenso sachkundigen wie kreativen Therapie dadurch gewinnt.

Kliniker leben heute in einer schweren Zeit, da die Kontroverse um die „falschen Erinnerungen“ sie der Gefahr aussetzt, in Gerichtsverfahren hineingezogen zu werden. Sie müssen sich unangenehmen Diskussionen stellen und wissen oft nicht, wie sie mit klinischem Material und mit Symptomen, die auf Missbrauch, Überfällen, Vernachlässigung und anderen traumatischen Erfahrungen basieren, effektiv und adäquat umgehen sollen. Wir wissen, dass traumatische Erinnerungen stets Tilgungen, Verformungen, Verzerrungen und andere Arten von Ungenauigkeit beinhalten, denn dies gilt letztendlich für *alle* Erinnerungen. Ebenso klar ist uns, dass in einer Psychotherapie geradezu zwangsläufig einige Arten von falschen Erinnerungen reaktiviert werden, weil *alle* Erinnerungen in einem gewissen Maße fehlerhaft sind (Ross 1994). Noch ungeklärt ist, wie man Kliniker, Patienten und die Öffentlichkeit am besten über diese Probleme in Kenntnis setzt, sodass die Patienten auf der Grundlage der in der klinischen Praxis gewonnenen Erkenntnisse dazu gebracht werden, in der Behandlungssituation wirklich Verantwortung für die „Suche nach ihrer eigenen Wahrheit“ zu übernehmen.

Wir sind der Auffassung, dass jede Patientin anders ist. Wie jeder Mensch unverwechselbare Fingerabdrücke hat, weiß jede Patientin eine einzigartige Geschichte darüber zu berichten, welchen Einfluss ihre in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen auf die Entwicklung ihrer augenblicklichen Stärken und Schwierigkeiten haben. Weil wir eine sehr gute Ausbildung in der Anwendung von Hypnose genossen haben und sich dieser Ansatz für uns als einzigartig nützlich bei der Suche nach fehlenden Details der Lebensgeschichte unserer Patienten erwiesen hat, haben wir dieses Buch geschrieben, um die folgende Frage zumindest teilweise zu beantworten: „Wie kann man verantwortungsvoll und effektiv an bekannten und unbekanntem traumatischen Erlebnissen arbeiten, durch die ein geteiltes Selbst entsteht?“

Die in diesem Buch wiedergegebene klinische Information und die darin beschriebenen Fallgeschichten sind für ausgebildete, in klinischen Zusammenhängen arbeitende Therapeuten bestimmt. Es handelt sich also *nicht* um eine Art Selbsthilfebuch. Wir möchten unsere Leser ausdrücklich darauf hinweisen, dass die vorgestellten Konzepte, Ansätze und Fallbeispiele nur im von uns beschriebenen Kontext verstanden und richtig eingeschätzt werden können. Die meisten Fallbeispiele und Patientenbeschreibungen sind aufgrund der Arbeit mit mehreren Patienten kompliziert worden, um die Privatsphäre der Betroffenen zu schützen.

Dieses Handbuch will Klinikern eine systematische Anleitung für die therapeutische Arbeit mit dem gesamten Spektrum dissoziativer Symptome und Störungen und deren Behandlung mit Hypnose an die Hand geben, wobei sowohl auf Formen der Kurzzeitbehandlung als auch auf längere hypnoanalytische Therapien mit stark

dissoziierten Patienten eingegangen wird. Unser Ansatz beinhaltet eine Synthese klassischer und ericksonischer Hypnosetechniken, wobei wir die effektivsten Aspekte dieser Traditionen zur Entwicklung von Verfahrensweisen zu nutzen versuchen, die bei diesen schwierig zu behandelnden Patienten zum Behandlungserfolg führen. Weil wir selbst in einer Privatpraxis arbeiten, nehmen wir im gesamten Buch auf diese Behandlungssituation Bezug.

So weit wie möglich spiegelt die Stimme dieses Buches die vielen Stimmen unserer Patienten, die durch ihre Therapieerfahrungen auf unterschiedliche Weise die wertvollsten Aspekte der Heilung veranschaulichen. Eine zweite „Stimmspur“ dokumentiert die Erfahrungen von Therapeuten, die im Rahmen von Supervision und Ausbildungszusammenhängen mit uns zusammengearbeitet und wichtige klinische Fragen wie die folgenden aufgeworfen haben:

- Wie mache ich Patienten mit der Hypnose bekannt, mit denen ich bereits auf psychodynamischer (oder einer anderen) Grundlage gearbeitet habe?
- Wie kann ich für Patienten, die sich mit traumatischen Erinnerungen auseinandersetzen wollen, aber starke Angst davor haben, eine Atmosphäre der Sicherheit schaffen?
- Was kann ich tun, wenn hypnotisierte oder nichthypnotisierte Patienten so intensive Gefühlszustände erleben, dass sie mit mir nicht zu kommunizieren vermögen und den Kontakt zur unmittelbaren Realität verlieren?
- Die meisten meiner Patienten scheinen auf ihre Rolle als Überlebende früherer Schrecken fixiert zu sein, als wäre dies ihre einzige Identität. Wie kann ich ihnen helfen, eine neue, integrierte Identität aufzubauen, die nicht auf dem Schmerz früherer Erlebnisse basiert?
- Wie kann ich mit eigenen Gefühlen der Angst, des Leugnens, der Aufgebrachtheit oder des Ekels fertig werden, die auftauchen, während meine Patienten sich mit unter Hypnose wiedergewonnenem Material beschäftigen, das mit extremem sexuellem und rituellem Missbrauch in Zusammenhang steht?
- Wie kann ich Hypnose so benutzen, dass keine „falschen“ Erinnerungen entstehen und ein nachträglich in diese Richtung zielender Vorwurf verhindert wird?

Unser wichtigstes Ziel ist, Möglichkeiten der Einführung und Anwendung hypnotischer Interventionen in jeder Behandlungsphase im Kontext der therapeutischen Beziehung zu beschreiben, die in unseren Augen ohnehin das wichtigste Werkzeug zur Entwicklung und Nutzung hypnotischer Kommunikation ist. Zahlreiche klinische Beispiele, die den gesamten Behandlungsprozess umfassen, und eine Vielzahl transkribierter Ausschnitte aus Therapiesitzungen veranschaulichen spezifische Anwendungen der von uns erörterten Konzepte.

9 Verkappte dissoziative Symptome

Viele Patienten kommen mit Flash-backs, Gedächtnisstörungen und somatischem Wiedererleben zu uns, die auf dissoziative Probleme hindeuten. Andere klagen zunächst über Probleme, die eher für andere Syndrome typisch sind, beispielsweise für Essstörungen, Depression und Zwangsstörungen, und erst später zeigt sich der dissoziative Charakter einiger dieser Symptome. Wir werden in diesem Kapitel Symptome „maskierter Dissoziation“ und einige Behandlungsstrategien für Patienten mit derartigen Störungen beschreiben. Einige der Fälle, die wir beschreiben werden, entsprechen dem Stress-Diathese-Modell; dies bedeutet, dass es bei den Betroffenen möglicherweise genetische Elemente gibt, die sie für bestimmte Arten von Psychopathologie prädisponieren und die deren Erscheinungsform prägen – beispielsweise im Fall von Zwangsstörungen oder Panikstörungen –, dass jedoch Stressoren im aktuellen Lebenszusammenhang der Patienten sowie früh erlebte Traumata zu den genetischen Prädispositionen in eine Wechselbeziehung treten, die wiederum zur Entstehung klinischer Manifestationen führen, welche andernfalls Prädispositionen geblieben wären.

Kliniker sehen sich zuweilen mit einem ziemlich schwierig zu entschlüsselnden Bild konfrontiert, da viele Patienten mit nicht primär dissoziativen Problemen zuweilen auch dissoziative Symptome zeigen. Außerdem gibt es Krankheitsbilder wie die bipolare Störung und die zylothyme Störung, die Dissoziationen begünstigen können, und dies ist möglicherweise deshalb besonders schwer zu erkennen, weil auch die klinischen Symptome jener völlig anderen Störungen zuweilen durch Traumata ausgelöst werden.

Herauszufinden, ob bestimmte klinische Syndrome maskierte dissoziative Störungen sind, ist deshalb wichtig, weil sich viele dissoziative Störungen erfolgreich behandeln lassen. Die von uns beschriebenen Behandlungsmethoden der Ego-State-Therapie sind hypnoanalytische Techniken, die auf einem Energiemodell der Persönlichkeit basieren (siehe Kapitel 4), und eine metaphorische Art, jenes Modell zu nutzen. Wir möchten unsere Leser daran erinnern, dass die Ich-Zustände Persönlichkeitsenergien sind, keine „kleinen Männchen“ in unserem Inneren. Dass der neuere Begriff *dissoziative Identitätsstörung* (DIS) (American Psychiatric Association 1994) dieser Sichtweise besser gerecht wird, hat Behaers (1993) hervorgehoben.

Essstörungen

Die Beziehung zwischen Kindesmissbrauch und dem gesamten Spektrum signifikanter Essstörungen wird allgemein anerkannt (Goodwin a. Attias 1993; Goodwin, Cheeves a. Connell 1988; Herman 2003; Terr 1991; Torem 1986). Das Essen betreffende Verhaltensstörungen wurden häufig mit „klassischen klinischen Beschreibungen der multiplen Persönlichkeitsstörung und mit den Nachwirkungen von Inzest in Verbindung gebracht“ (Goodwin a. Attias 1993, S. 327). Goodwin und Attias berichten, dass ihre unter Essstörungen leidenden Patienten in ihrer Kindheit häufig zu Verhaltensweisen gezwungen wurden, die mit Essverhalten mehr oder minder direkt in Zusammenhang standen – so massiver Nahrungsentzug bis hin zum Hungern, Zwang zur Aufnahme bestimmter Arten von Nahrung oder von Substanzen, die eindeutig keine Nahrung waren, orale Vergewaltigung und Fellatio. Auch unter emotionaler Grausamkeit in Form von abfälligen Äußerungen über ihr Gewicht und ihre äußere Erscheinung haben diese Patienten oft gelitten. Sowohl Herman (2003) als auch Goodwin und Attias (1993) haben darauf hingewiesen, dass Essen und andere Aktivitäten, die mit Mahlzeiten zusammenhängen, in Situationen, die Kindesmissbrauch begleiten, eine Rolle gespielt haben können. Goodwin, Cheeves und Connell (1988) stellten fest, dass viele ihrer unter Essstörungen leidenden Patienten in ihrer Kindheit und Jugend Inzest erlebt hatten.

Wie sich herausgestellt hat, sind viele dieser Patienten sehr gut hypnotisierbar (Bliss 1986; Torem 1986), und Abraham und Beaumont (1982) berichten über dissoziative Symptome bei 75 Prozent einer Gruppe von Bulimie-Patienten. Torem (1984, 1986) hat auch Essstörungen von offenbar dissoziativer Natur beschrieben. Später (Torem 1987) äußerte er, dass ungeachtet des Häufigerwerdens von Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimie und trotz der in neuerer Zeit über sie veröffentlichten zahlreichen Studien „ihre Ätiologie nach wie vor unklar und weiterhin umstritten und keineswegs zufriedenstellend geklärt ist, wie sie am besten behandelt werden sollten“ (Torem 1987, S. 101). Es erschien ihm jedoch wichtig, die Essstörungen mit dissoziativer Ätiologie zu identifizieren (Torem 1984, 1986, 1987), und er beschrieb auch die erfolgreiche Anwendung der Ego-State-Therapie bei Patienten mit dieser Art von Problemen (Torem 1987). Weiterhin wies er auf das häufige Vorkommen von Essstörungen unter MPS/DIS-Patienten hin (Torem 1992, 1993a), so wie Putnam et al. (1986) es bereits getan hatten.

Torem empfiehlt, die Äußerungen von Patienten mit Essstörungen einer Überprüfung auf Anzeichen für das Vorliegen von Dissoziationen und Konflikten zwischen Ich-Zuständen zu unterziehen. Unter den Beispielen, die er anführt, befinden sich Beschreibungen von Patienten hinsichtlich ihrer Gefühle und Empfindungen beim Auftauchen von Symptomen für Anorexie oder Bulimie: Verwirrung, Angst, das Gefühl innerer Gespaltenheit, Trancezustände, Mangel an Ich-Syntonie und das Gefühl, dass etwas anderes in ihrem Inneren das Geschehen bestimmt.

Torem beschreibt verschiedene nichthypnotische und hypnotische Möglichkeiten, zu Persönlichkeitsanteilen in Kontakt zu treten. Für die therapeutische Kommunikation mit Ich-Zuständen nutzt er Benders Reframing-Modell (Bandler 1978). Dieses beinhaltet die Trennung des Musters von der Intention, das Aushandeln neuer Verhaltensweisen, die Bestätigung des neuen Verhaltens und eine „ökologische Revision“ des Systems im Hinblick auf Akzeptanz und Engagement für Veränderung und Handeln.

Wir haben bereits in früheren Publikationen über die Behandlung von Essstörungen dissoziativen Charakters berichtet; Phillips (2003) hat die erfolgreiche Behandlung übermäßigen Essens, das als dissoziatives Symptom einer posttraumatischen Belastungsstörung auftrat, beschrieben. Die Autorin entdeckte bei dieser Arbeit schwer greifbare Ich-Zustände, die sich in Form somatosensorischer Symptome manifestiert hatten. Frederick (1994a) berichtete über die hypnotherapeutische Behandlung von auf bestimmte Ich-Zustände zurückzuführenden Essstörungen bei Patienten mit dissoziativer posttraumatischer Belastungsstörung. Die Essstörungen traten bei ihnen im Wechsel mit anderen Symptomen auf, deren Funktion es ebenfalls war, die Manifestation von posttraumatischen Symptomen und von Erinnerungen sowie das Wiedererleben des ursprünglichen Traumas zu verhindern (Goodwin a. Attias 1993).

Wir empfehlen Therapeuten bei Patienten mit Essstörungen eine besonders gründliche Anamnese und eine sorgfältige Überprüfung auf Zeichen und Symptome hin, die eine Dissoziation vermuten lassen. Eine ideomotorische Exploration ist in solchen Fällen von unschätzbarem Wert. Bei der Behandlung solcher Patienten haben der Ich-Stärkung dienende Interventionen einen besonders hohen Stellenwert. Zwar kann eine Essstörung eine symbolische Wiederholung des ursprünglichen Traumas sein und der Unterdrückung posttraumatischer Symptome dienen, doch muss sie in vielen Fällen auch als eine die Selbstberuhigung fördernde Aktivität angesehen werden (McNeal a. Frederick 1994). Den betroffenen Patienten fällt es oft schwer, ihre Symptome aufzugeben, bis sie auf andere, nichtdestruktive Weisen für sich selbst zu sorgen oder sich zu beruhigen vermögen (Frederick 1994a; McNeal a. Frederick 1994).

Wir können gar nicht nachdrücklich genug auf die Notwendigkeit hinweisen, Patienten mit schweren Essstörungen laufend medizinisch beobachten und nötigenfalls auch medizinisch behandeln zu lassen – Letzteres in Verbindung mit einer Psychotherapie und/oder Hypnotherapie. Essstörungen können leicht lebensgefährlich werden und aufgrund des Auftretens von Symptomen wie Elektrolyt-Ungleichgewicht und Herz-Arrhythmien zum Tode führen. Auf einer medizinischen Behandlung zu bestehen ist eine der wichtigsten stabilisierenden Maßnahmen bei der Behandlung solcher Fälle. Auf eine medizinische Betreuung kann in keinem Fall dieser Art verzichtet werden.

Fallbeispiel: Nancy

Nancy (Frederick a. McNeal 1993) war 38 Jahre alt und zum zweiten Mal verheiratet. Sie hatte sich an eine Psychotherapeutin gewandt, weil sie beim Versuch, das Rauchen aufzugeben, eine Abhängigkeit von dem in nikotinhaltenen Kaugummis enthaltenen Stoff *Polacrilex* entwickelt hatte, der Rauchern eigentlich die Entwöhnung von ihrer Nikotinsucht erleichtern soll. Der Therapeutin fiel auf, dass Nancy depressiv wirkte, und sie schickte Nancy zu mir (C.F.) zur Evaluation und zu einer eventuellen Entscheidung über eine medikamentöse Behandlung.

Im Erstgespräch erklärte die Patientin, sie leide seit langem unter Bulimie mit Purging-Verhalten und selbst induziertem Erbrechen. Die Bulimie hatte sie teilweise durch Rauchen (und später durch die Nikotin-Kaugummis) unter Kontrolle gehalten, doch machte sie sich immer wieder in Form unkontrollierter Fressanfälle bemerkbar. Und aufgrund des Konsums von Nicorette (der Nikotin-Kaugummis) verspürte sie nicht mehr den Zwang, nach den Fressanfällen Erbrechen auszulösen.

Nancy war verfrüht sexuell aktiv und promiskuitiv gewesen und hatte verschiedene Drogen einschließlich Alkohol konsumiert, war allerdings in dieser Hinsicht seit fünf Jahren „trocken“; außerdem berichtete sie über Symptome einer Depression sowie über gelegentliche Selbstmordgedanken, Alpträume, Panikepisoden und eine beunruhigende Stimme in ihrem Kopf, die ihr ständig ankündigte, sie werde die Patientin töten.

Nancy nahm aktiv an Zwölf-Schritte-Programmen teil, sie hatte mit dem sexuellen Ausagieren aufgehört und war seit einigen Jahren neu verheiratet und ihrem Mann treu. Sie war sich in extremem Maße des Tickens ihrer biologischen Uhr bewusst, und ihr war klar, dass sie ihre Symptome würde auflösen und sich den Konsum der Nikotin-Kaugummis zur teilweisen Unterdrückung ihrer Fressanfälle abgewöhnen müssen, bevor sie eine Schwangerschaft riskieren konnte.

Nancys Therapeutin beschloss, mir die Behandlung des Falls zu übergeben, weil sie der Meinung war, dass bestimmte hypnotherapeutische Techniken der Patienten sehr nützlich sein könnten, insbesondere wenn diese mit anderen Arten psychotherapeutischer Behandlung verbunden würden. Nancy erhielt Prozac (*Fluoxetin*) zum Zweck teilweiser symptomatischer Linderung ihrer Depression, da sie beobachtet hatte, dass sich ihre Symptome negativ auf ihre beruflichen Leistungen auswirkten.

Nancy machte in ihrer Behandlung gute Fortschritte. Mithilfe von Ansätzen der Ego-State-Therapie gelang es, einen kommunikationsbereiten Ich-Zustand mit Namen „Teeny Bouncer“ zum Erscheinen zu bewegen, der allerdings nicht sprechen konnte. Über ideomotorische Signale gestattete Teeny der Patientin, sich einiger Erinnerungen an sexuellen Missbrauch in der Kindheit bewusst zu werden; außerdem wies der Ich-Zustand darauf hin, dass es in der Kindheit der Patientin noch andere verheerende Traumata gegeben habe – allerdings hielt er es für gefährlich, nähere Details über diese Vorfälle schon in diesem Stadium

dem Bewusstsein zugänglich zu machen. Ich glaubte, die Patientin und ihre Familie würden ein langfristiges Durcharbeiten frühkindlicher Traumata, die zur Zeit noch sicher hinter amnestischen Barrieren verborgen lagen, nicht zulassen. Doch erschien mir eine Behandlung der Essstörung um des körperlichen Wohls der Patientin willen insbesondere in Anbetracht ihrer Absicht, ein Kind auszutragen, als wichtig.

Im Laufe der Behandlung begann der Ich-Zustand mit Namen Teeny Bouncer, sich verbal mitzuteilen. Es handelte sich um eine Beschützerin, die die Fressanfälle auslöste. Sie war auch für die Nicorette-Sucht verantwortlich, und manchmal drohte sie der Patientin an, sie zu töten. Die Arbeit mit Teeny Bouncer und anderen kindlichen Ich-Zuständen hatte eine Verstärkung ihrer Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft zur Folge. Dies wiederum half der Patientin, eine Reihe von Konflikten aufzulösen. Die ich-stärkende Technik der Förderung *innerer Kraft* (siehe Kapitel 5) wurde auf die Gesamtpersönlichkeit angewandt, um sie während der Exploration und Durcharbeitung traumatischen Materials stabil zu erhalten. Auf diese Weise wurde Nancys Selbstachtung stärker, und die Depression verschwand. Daraufhin konnte die Prozac-Dosis verringert werden, und es wurde ein Plan entwickelt, der letztendlich zum völligen Absetzen des Medikaments führen sollte. Die Bulimie-Episoden blieben praktisch völlig aus. Mit bestimmten Ich-Zuständen wurde ein Kompromiss ausgearbeitet, der vorsah, dass die Patientin einmal pro Woche beim Essen „richtig zulangen“ durfte, allerdings ohne über das für normales Essverhalten noch vertretbare Maß hinauszugehen.

Die Patientin war von ihren Fortschritten sehr angetan, und sie hätte die Therapie gern so lange fortgesetzt, wie dies für erforderlich gehalten wurde; doch weigerte sich ihre Versicherung, die Behandlung weiterzufinanzieren. Ein wichtiges Problem bestand nach wie vor: Sie benutzte weiterhin Nicorette, um ihre Fressanfälle unter Kontrolle zu bringen.

Wir erforschten ihre Übertragungsgefühle, in denen ihre Enttäuschung darüber zum Ausdruck kam, dass es ihr noch nicht gelungen war, ihre Symptome vollständig zu überwinden, und beschäftigten uns mit ihrem Wunsch nach unbegrenzten finanziellen Mitteln, um die Therapie bis zum Erreichen eines wirklichen Abschlusses fortsetzen zu können. Ich gelangte zu der Überzeugung, dass Nancy nicht an ihren Symptomen festhielt, um die Therapie zu verlängern und mich dazu zu bringen, sie ohne Honorar zu behandeln, und ich glaubte auch nicht, dass sie die Symptome aufrechterhielt, um mich zu frustrieren. Vielmehr schien sie eher über sich selbst enttäuscht zu sein. Schon zu Beginn der Behandlung war klar gewesen, dass die Therapie zu einem bestimmten Zeitpunkt enden würde.

Weil die Patientin sich vorwarf, die Auflösung ihrer Symptome nicht erreicht zu haben, fragte ich den Ich-Zustand mit Namen Teeny Bouncer, ob es für ihn nützlich sein könnte, einen stärkeren Teil von Nancys Persönlichkeit direkt

und persönlich kennen zu lernen. Ich erklärte Teeny, dass es der Patientin wahrscheinlich sehr helfen würde, mit dem Nicorette-Problem fertig zu werden, wenn sie zu dieser starken Kraft Kontakt aufnähme. Der Ich-Zustand war an dieser Erfahrung interessiert. Teeny Bouncer hatte einen gewissen Eindruck von der inneren Kraft gewonnen, als dieser Teil mit der Gesamtpersönlichkeit bekannt gemacht worden war, doch hatte er diese Begegnung aus der Perspektive eines Beobachters miterlebt, nicht aus der eines Teilnehmers. Ich erklärte Teeny, dass es in Nancys Persönlichkeit einen starken, der Sicherung des Überlebens verpflichteten Anteil gebe, der sich stets bemüht habe, Nancy und ihren Anteilen zu helfen, mit allem Schrecklichen, das sie in ihrem Leben erlebt hatte, fertig zu werden. Teeny Bouncer begab sich daraufhin ins Zentrum von Nancys Sein und versuchte so, diesen starken Teil direkt zu erfahren.

Ich leitete Teeny Bouncer in Hypnose dazu an, die innere Kraft zu erfahren (siehe Kapitel 5). Dabei erlebte Teeny religiöse Bilder, bei denen Licht eine wichtige Rolle spielte, und sie empfand tiefe Ruhe und Frieden. In der nächsten Sitzung forderte ich die Patientin auf, einen hypnotischen Traum hinsichtlich des aktuellen Stands ihrer Schwierigkeiten zu entwickeln. Sie berichtete:

„Da waren ein Mann und eine Frau ... Sie waren Indianer ... Ich war die Frau ... Sie ritten auf einem Pferd ... Die Frau war stark und ruhig ... Ich wusste, dass sie mit allem fertig werden konnte, was auch immer geschah.“

Als wir die Behandlung beenden mussten, hatte Nancy den Nicorette-Konsum von 20 oder mehr Kaugummis pro Tag auf zwei reduziert, und sie aß nur noch einmal wöchentlich eine größere Menge, die aber noch im Rahmen normalen Essverhaltens akzeptierbar war. Außerdem hatte sie einen definitiven Plan für die völlige Entwöhnung bezüglich des Nicorette-Konsums entwickelt. Wir stellten übereinstimmend fest, dass sie sich Prioritäten gesetzt hatte, die für sie persönlich wichtig waren, und dass sie deren Umsetzung auch tatsächlich verfolgte. Falls sie zu einem späteren Zeitpunkt in ihrem Leben das Bedürfnis verspüren würde, die Therapie fortzusetzen, würde sie dies sicherlich tun.

Als sie ein Jahr später zur Feststellung der längerfristigen Auswirkungen der Therapie angerufen wurde, berichtete sie, sie komme seit zehn Monaten völlig ohne Nicorette aus und habe auch nicht wieder mit dem Rauchen angefangen. Sie genoss nach wie vor einmal wöchentlich die Freuden des Vielessens, und sie glaubte, ihre Essstörung unter Kontrolle zu haben. Sie sagte, es gehe ihr sehr gut, sie sei stolz auf das, was sie erreicht habe, und sie sei im Begriff, die für eine Schwangerschaft notwendigen medizinischen Untersuchungen vornehmen zu lassen.

Ein wichtiger Aspekt der Problematik dieser Patientin war Bulimie mit zugrunde liegender dissoziativer Pathologie; dem für die Symptome verantwortlichen Ich-Zu-

stand war es gelungen, seine Energie auf andere Symptome zu verlagern (Zigarettenrauchen, Nicorette-Sucht). Die projektiv-evokative Technik der Ich-Stärkung – innere Kraft – war bei der Auflösung der Probleme dieser Patientin von Nutzen, und die therapeutische Arbeit mit ihr wurde auf ihre ganz speziellen Bedürfnisse abgestimmt. Nancys Wunsch, Erfüllung in der Mutterschaft zu finden, wurde bei der Planung der Behandlungsziele Rechnung getragen. Die Entscheidung, andere eventuelle Missbrauchserlebnisse nicht zu untersuchen, wurde mit dem wichtigsten Ich-Zustand ausgehandelt, weil die Patientin nicht über genügend finanzielle Reserven verfügte, um die Therapie fortsetzen zu können. Die Unruhe, die durch weiteres Erforschen der Vergangenheit hätte entstehen können, hätte sich auf ihre Fähigkeit, ein Kind bekommen und für es zu sorgen, möglicherweise schädlich ausgewirkt. Die innere Selbst-Familie der Patientin hatte sich bereit erklärt, eine Linderung der Bulimie und anderer Suchtsymptome zuzulassen.

Depression

Von der Depression wird häufig angenommen, sie werde durch biologische Faktoren, Verlusterfahrungen, bestimmte Persönlichkeitsstrukturen und erlernte Bewältigungsmuster verursacht. Zwar sieht das DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) keine Kategorie für dissoziative depressive Störungen vor, doch ist Depression unter Traumaopfern ein sehr verbreitetes Symptom. Sie ist ein wichtiges Merkmal dissoziativer Identitätsstörungen (Braun 1986; Putnam 2003; Ross 1989) und der posttraumatischen Belastungsstörung (Terr 1991).

Newey (1986) hat zuerst über die Behandlung der Depression mithilfe von Techniken der Ego-State-Therapie berichtet. Eine der Autorinnen des hier vorliegenden Buches (Frederick 1993a) hat beschrieben, wie Methoden der Ego-State-Therapie erfolgreich bei zwei Patienten angewandt wurden, die unter rezidivierender Depression litten und auf vorangegangene Behandlungen nicht angesprochen hatten. Die wichtigsten Behandlungsschwerpunkte waren in diesen Fällen die Durchführung von Regressionen und Abreaktionen mit bestimmten Ich-Zuständen sowie Ich-Stärkung und die Mobilisierung innerer Ressourcen. Unter Verweis auf eine Anzahl von Anzeichen und Symptomen für pathologische Tendenzen von Ich-Zuständen wie das Fehlen von Ich-Syntonie, ungewöhnliche Affekte, der Hinweis auf „Teile“ bei Äußerungen der Patienten über sich selbst und die metaphorische Beschreibung von Symptomen riet Frederick Klinikern, auf das Vorhandensein dieser Anzeichen bei depressiven Patienten zu achten.

Fallbeispiel: Felicia

Felicia (Frederick 1993a; Phillips a. Frederick 1991) war erfolgreich aufgrund einer schweren Depression in Verbindung mit Alkoholmissbrauch und massiver Ausbeutung durch ihren Freund, einen „netten“ Soziopathen, behandelt worden. Sie