

Maggie Phillips · Claire Frederick

Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen

Aus dem Amerikanischen von Theo Kierdorf
in Zusammenarbeit mit Hildegard Höhr

Zweite Auflage, 2007

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Dirk Baecker	Dr. Wilhelm Rotthaus
Prof. Dr. Ulrich Clement	Prof. Dr. Arist von Schlippe
Prof. Dr. Jörg Fengler	Dr. Gunther Schmidt
Dr. Barbara Heitger	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp	Jakob R. Schneider
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand	Prof. Dr. Jochen Schweitzer
Prof. Dr. Karl L. Holtz	Prof. Dr. Fritz B. Simon
Prof. Dr. Heiko Kleve	Dr. Therese Steiner
Dr. Roswita Königswieser	Prof. Dr. Helm Stierlin
Prof. Dr. Jürgen Kriz	Karsten Trebesch
Prof. Dr. Friedebert Kröger	Bernhard Trenkle
Dr. Kurt Ludewig	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler
Prof. Dr. Siegfried Mrochen	Prof. Dr. Reinhard Voß
Dr. Burkhard Peter	Dr. Gunthard Weber
Prof. Dr. Bernhard Pörksen	Prof. Dr. Rudi Wimmer
Prof. Dr. Kersten Reich	Prof. Dr. Michael Wirsching
Prof. Dr. Wolf Ritscher	

Aus dem Amerikanischen übersetzt von Theo Kierdorf
Über alle Rechte der deutschen Ausgabe verfügt
Carl-Auer-Systeme Verlag und
Verlagsbuchhandlung GmbH; Heidelberg.
Fotomechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlages
Satz: Josef Hegele, Heiligkreuzsteinach
Umschlaggestaltung: WSP Design, Heidelberg
Umschlagfoto: © Photodisc
Printed in Germany
Druck und Bindung: Druckerei Kösel, Krugzell, www.koeselbuch.de

Zweite Auflage, 2007
ISBN: 978-3-89670-400-9
© 2003, 2007 Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

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.

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

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

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen
und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie
einfach eine leere E-Mail an: carl-auer-info-on@carl-auer.de.

Carl-Auer Verlag
Häusserstraße 14
69115 Heidelberg
Tel. 0 62 21-64 38 0
Fax 0 62 21-64 38 22
E-Mail: info@carl-auer.de

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 zufrieden stellend geklärt ist, wie sie am besten behandelt werden sollten“ ist (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 Bandlers 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, das Auftreten 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 der Selbstberuhigung dienende 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 Purgier-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 auszu-tragen, 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 zur völligen Absetzung 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 war 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 dissoziativen 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 auf eine schwere Depression in Verbindung mit Alkoholmissbrauch und massiver Ausbeutung durch ihren Freund, einen „netten“ Soziopathen, behandelt worden. Sie