

Kindheitstrauma, Dissoziation und Wiederholungs- zwang

Gisela Perren-Klingler

Die psychiatrische Rehabilitation einer typischen Borderline-Patientin

Die Patientin kommt mit 32 Jahren als Rentenbezieherin in eine von der Versicherung befohlene Therapie. Im Laufe der Zeit werden frühe traumatische Erfahrungen reaktiviert. Diese können erst therapeutisch effektiv bearbeitet werden, nachdem die Patientin nochmals vergewaltigt worden ist. Dissoziative Phänomene geben eine mögliche Erklärung für den Verlauf der Therapie ab und sind Grundlage für die hypnotherapeutischen Techniken, die zum Wohle der Patientin verwendet wurden. In insgesamt 67 Sitzungen, verteilt über vier Jahre, entwickelte sich die junge Frau von einer „schwer gestörten“, eine vollständige Rente beziehenden Patientin zu einer lebensfrohen, berufstätigen Frau.

Die 32-jährige Patientin wurde 1980 vom Hausarzt mit der Bitte überwiesen, abzuklären, ob sie mindestens halbtags arbeitsfähig werden könne, da sie auf Dauer nicht eine volle Invalidenrente beziehen könne. In der vom Hausarzt übermittelten Anamnese fiel auf, dass die Patientin seit der Pubertät einerseits unter Unterbauchbeschwerden, andererseits unter somnolenten oder krampfartigen Zuständen litt. Die Unterbauchbeschwerden waren, immer wieder ohne Erfolg, chirurgisch angegangen worden: Zwischen dem Alter von 14 und 32 wurde zuerst der Blinddarm, dann ein Ovar, dann der Uterus und dann ein Teil des zweiten Ovars weggenommen. Nach jeder Operation war die Wundheilung schwer gestört, mit Fistelbildungen, Schmerzen, die nie objektiviert werden konnten und deshalb als „hysterisch“ abgetan worden waren. Die gynäkologische Diagnose lautete auf Endometriose, obwohl dies histologisch nie gesichert werden konnte. Die „somnolenten“ Zustände (Schläfrigkeit, im Sinne einer neurologischen Störung der Bewusstseinsklarheit) waren verschiedentlich beobachtet worden: 19-jährig hatte sie nach einem Lawinenunglück, bei dem sie nicht verletzt worden war, somnolente Zustände, die als epileptisch betrachtet wurden. Die damals begonnene Behandlung mit Antiepileptika setzte sie selbst immer wieder ab – ohne dass daraufhin je ein Anfall provoziert wurde. Postoperativ war mehrerer Male beobachtet worden, dass sie nachts „Anfälle“ gehabt habe, mit Zuckungen des rechten Armes und Urinabgang. Unzählige Male war dies in der Neurologie abgeklärt worden, ohne dass in der elektrischen Hirnstrommessung je klare Anhaltspunkte für das Bestehen eines epileptischen Herdes zu sehen waren. Trotzdem wurde die Patientin medika-

Der Fall

mentös auf Epilepsie behandelt. Ein einziges Mal war daran gedacht worden, dass sie „hysterische Anfälle“ haben könnte. 23-jährig brach sie sich bei einem Skiunfall ein Sprunggelenk. Es wurde im lokalen Spital operiert. Doch die Operationswunde schloss sich nicht, und der Chirurg vermutete, sie würde die Vernarbung verhindern, d.h. sich selbst verletzen. Verschiedene Hauttransplantationen missrieten. Dies änderte sich erst, als sie in einem außerkantonalen Spital behandelt wurde, wo die Narbe relativ problemlos heilte.

Einen großen Teil dieser Symptomatik würde man heute als dissoziative Phänomene auffassen, insbesondere Verhaltensweisen, die als „Epilepsie“ bzw. „hysterisch“ diagnostiziert worden waren. Eine Scheidung, ihre „Epilepsie“ und die mangelnde Berufsausbildung hatten der Patientin eine volle IV (Invaliden Versicherungs)-Rente beschert. Die IV verlangte nun aber, dass die Patientin beruflich einzugliedern sei. Nachdem eine Schnell-Lehre als Sekretärin nicht weiter geführt hatte, da die Patientin keine Stelle fand, begann die IV, ihr Stellen zu vermitteln und von ihr zu verlangen, dort zu arbeiten. Dies, ebenso wie eine erste Psychotherapie, war bis jetzt aber gescheitert.

Diese zusammengefasste Anamnese ist erst im Lauf der Therapie entstanden, da die Patientin sowohl in Bezug auf ihre familiäre, wie auch medizinische Anamnese anfänglich äußerst zurückhaltend war. Alles schien den „normalen“ Weg gegangen zu sein. Die Patientin war die Jüngste in einer Familie mit sieben Kindern. Sie hatte mit 20 Jahren geheiratet und dann nach acht Jahren Ehe mit einem gewalttätigen Mann sich scheiden lassen. Sie hatte zu verschiedenen Brüdern ein gespanntes, hingegen zu den Kindern der ältesten Schwester ein sehr nahes Verhältnis.

Später, Jahre nach der abgeschlossenen Therapie, als nach der Mutter auch der Vater starb, erfuhr die Patientin im Testament der Eltern, dass sie nicht die Tochter ihrer Eltern war, sondern der von ihr als älteste Schwester angesehenen Frau. Diese weigerte sich auch 50 Jahre später, über die Herkunft des leiblichen Vaters Auskunft zu geben. Diese Tatsache konnte verschiedene, vorher unverständliche Haltungen der „Schwester“ gegenüber der Patientin erklären. Sie hatte von der „Mutter“ erzieherische Aufgaben gegenüber der 14 Jahre jüngeren „Schwester“ (Patientin) übertragen bekommen und hatte das Kind äußerst streng und sadistisch behandelt: z.B. mit Einschließen im dunklen Keller bei Einnässen. Auch hatte sie das Sauberkeitstraining der Dreijährigen den um sechs Jahre älteren „Brüdern“ überlassen. In der Pubertät war die Patientin von diesen „Brüdern“ und deren Freunden (zum ersten Mal?) vergewaltigt worden; als sie das ihren „Eltern“ mitgeteilt habe, hätten diese gesagt, dass sie ein böses Mädchen und selber dran schuld sei.

In Bezug auf Symptome war die Patientin zuerst zurückhaltend: Sie gab keine Störungen an – verständlich vor dem Hintergrund, dass die Konsultation bei einem Psychiater immer noch bedeutete, dass man „verrückt“ sei, etwas, das sie um jeden Preis verhindern wollte. Sie kam ja nur, weil die Versicherung sie dazu zwang...

Meine Diagnose lautete: Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, nach Kernberg (1) auf einem relativ hohen Funktionsstand. Ihre Beziehungsfähigkeit zu mir schien so gut, dass ein Arbeitsbündnis gewagt werden konnte. Ziel der Therapie war, Veränderungen in Selbstwahrnehmung, Problemlösungsfähigkeit, sozialen Fähigkeiten und Beziehungsfähigkeit zu erreichen. Dies sollte hauptsächlich mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken geschehen – unter Verwendung offizieller und inoffizieller Arbeit mit Hypnose.

Therapiebeginn – Veränderungsarbeit und inoffizielle Verwendung von Trance

Die Patientin kam zwangsweise zu mir, war misstrauisch und feindselig eingestellt. Sie stellte sich als unschuldiges Opfer dar, von allen angegriffen: Niemand, außer ihrem Hausarzt, interessierte sich für sie; es sei ein abgekartetes Spiel; niemand wolle sie anstellen, überhaupt hätte sie keine Chance.

Um dieses Muster zu unterbrechen, stellte ich ihr die Frage, wie sie es anstelle, um überall zu scheitern. Sie hatte keine Antwort auf meine Frage, wie sie sich ihr Scheitern an den verschiedenen Arbeitsplätzen erkläre. Ich sagte, dass ich dachte, sie sei eigentlich eine lebenslustige junge Frau, verstehe es aber aus irgendwelchen Gründen nicht, etwas aus ihrem Leben zu machen und bleibe so auf ihrer Rente sitzen. Es sei eigentlich normal, dass sie Schwierigkeiten mit dem Leben hätte, nachdem sie hier, in einem sehr konservativen und katholischen Teil der Schweiz geschieden sei, auch wenn die Scheidung eine gute Entscheidung gewesen sei. In einer Psychotherapie könne sie vielleicht verstehen, was vor sich gehe und so lernen, was sie tun könnte, um eine interessante Arbeit als Sekretärin zu finden. Da sie wegen ihrer Rente, aber auch wegen ihrer arbeitsmäßigen Integration zu mir kommen müsse, böte ich ihr an, aus diesem Zwang das Beste herauszuholen, etwas für sie selbst. In einer Psychotherapie könne man an dieser Frage arbeiten und ihre Ressourcen so stärken, dass sie eine interessante Arbeit finden werde. Ich schlug ihr fünf Probesitzungen vor, damit sie sich vorstellen könne, wie die Arbeit laufe.

Damit gab ich die Kontrolle an sie zurück, trotz vorgeschriebener Psychotherapie, und machte ihr verständlich, was sie persönlich davon haben könnte. Darauf ging sie ein. Nach den fünf Sitzungen war für sie klar, dass sie bereit war, sich auf einen psychotherapeutischen Prozess einzulassen. Der Patientin gegenüber bezeichnete ich die Therapie als einen Entdeckungs- und Lernprozess. Man könne seine Probleme ansehen, kennen lernen und – wenn man wolle – sie auch verändern.

Die ersten Stunden wurden nun hauptsächlich dazu benützt, bei der Patientin die Bereitschaft zu erhalten, für ihre Eingliederung an einem Arbeitsplatz zu beginnen. Gleichzeitig galt es, im Kontakt mit der Versicherung einen wirklich integrativen Arbeitsplatz zu finden. Nach verschiedenen Versuchen in der Nähe wurde ein Platz

vermittelt, wo sie außerhalb des Kantons geschult und praktisch in die Arbeit einer Sekretärin eingeführt wurde. So musste sie zum ersten Mal in ihrem Leben für längere Zeit weg von „daheim“, außerhalb des Wallis. Heimweh und Gedanken daran, aufzugeben, mussten in den regelmäßigen (alle 14 Tage) stattfindenden Therapiesitzungen bearbeitet werden. Aus dieser Zeit datiert ein Brief, in welchem sie mitteilt, sie wolle nicht mehr zur Therapie kommen, da es ihr nicht besser gehe: „... Die letzten Wochen waren sehr schlimm... Die Träume, das Kopfweh und die Unruhe in mir treiben mich fast zum Wahnsinn... Aber ich hoffe, dass es wieder einmal besser wird...“ Man kann dies als „negative, traumatische Trance“ verstehen. Nachdem im Anschluss an diesen Brief nochmals ihre „Epilepsie“ an einer Universitätsklinik neurologisch abgeklärt worden war (wieder mit unklarem Befund), entschied ich gemeinsam mit ihr, die Antiepileptika abzusetzen. Nach sechs Monaten Integrationstraining an diesem geschützten und pädagogisch geführten Arbeitsplatz fand die Patientin Arbeit als Sekretärin und eine Wohnung in einer größeren Schweizer Stadt. Die Arbeit gefiel ihr nun, doch war sie außerhalb der Arbeit sehr einsam.

Bei der Frage, wie sie an ihrem neuen Wohnort welche Kontakte knüpfen könne, fand sie heraus, dass sie gerne im Kirchenchor mitsingen würde. Es wurde genau definiert, was das heißen würde: Jede Woche an einem Abend die Probe des Kirchenchors besuchen und am Sonntag in der Messe singen. Doch sie traute sich nicht, sich anzumelden und in die erste Probe zu gehen. Es wurden nun – vorgängig zur Trancearbeit – die nötigen Informationen beschafft: Die Chorprobe fand immer am Donnerstag statt. Der Dirigent freute sich am Telefon, dass die Patientin mitmachen will und lud sie für die nächste Chorprobe ein. In der nächsten Sitzung, nachdem alles Praktische geklärt war und nach Vergewisserung, dass das Ziel ihren Wünschen und Werten entsprach, d.h. nachdem ich eine kongruente Ja-Antwort durch sie erhalten hatte, begannen wir die hypnotische Arbeit im engeren Sinn. Ich entschied mich dazu, weil mir schien, dass die Selbstsabotage durch ihre einschränkenden Glaubenssätze so besser umgangen werden könne. Ich war mir sicher, dass mit den in vorhergehenden Sitzungen erarbeiteten und geankerten Ressourcen, die einen guten Körpertonus zeigten, das Verhalten so beeinflusst werden könnte, dass dieser erste Schritt am Ende der Sitzung in die Realität umgesetzt werden konnte.

Offizielle Trancearbeit (als „Übung“ deklariert)

Hypnose

1. Schritt: Als erstes wurde ein Ressourcen-Anker aktiviert, der seit Beginn der Therapie, immer wieder neu intensiviert worden war, wenn die Patientin von Erfolgen sprach. Unter einem Anker versteht man im Neurolinguistischen Programmieren (NLP) die feste Assoziation zweier Wahrnehmungen (z.B. einer Berührung durch den Therapeuten oder vom Patienten selbst und einer aktuellen Befindlichkeit bzw. Selbstwahrnehmung). Er wurde als „Hier-und-Jetzt-Anker“ durch eine Berührung

auf der linken Schulter eingesetzt und gleichzeitig wurde „da vorne“ ein imaginärer Fernseher installiert, in dem die Patientin in leichter Trance das Ziel visualisieren kann (Dissoziation). Die Patientin sieht sich in dieser Übung wie sie im Kirchenchor jeden Sonntag auf der Empore der Pfarreikirche mitsingt.

Die entsprechenden Instruktionen wurden immer, ohne Anker, in Blickkontakt mit der Patientin gegeben. Nur so war ich mir sicher, dass die Patientin die volle Instruktion verstehen und ausführen kann. Sobald dissoziativ gearbeitet wurde, wird der „Hier-und-Jetzt-Anker“ benützt.

Th: (mit Blickkontakt): Nachher werden Sie da vorne einen Fernseher aufstellen (Handbewegung nach vorne – höher, sodass die Patientin das Gesicht etwas heben muss).

Th: (Hier und Jetzt Anker gesetzt): Beobachten sie jetzt, wie die X. (Vorname der Patientin) im Kirchenchor mitsingt...

Th: (ohne Anker): Was würde X. brauchen, um in dieser Aktivität zu ihrer vollen Zufriedenheit zu singen?.

Es werden Nominalisierungen gesucht, z.B. Mut, Entschlossenheit usw. Als erste Ressource wurde Mut erarbeitet:

Th: Wann waren Sie das letzte Mal voll von Mut?

Die Patientin suchte im Gespräch aus ihrer nun bereits erfolgreichen jüngeren Vergangenheit eine Situation, wo sie voll von Mut war.

Th: Nehmen Sie diese Situation und steigen Sie darin ein, wie wenn es jetzt wieder genauso wäre. Sie sind drin, und sehen alles, was es zu sehen gibt. Schauen Sie genau, wie viel Licht und Schatten da sind, wie viele Farben, wie scharf das Ganze ist, sehen Sie links und rechts (Kontrolle, ob sie folgt) usw.; und während Sie alles sehen, was es zu sehen gibt, können Sie auch hören, alles, was es zu hören gibt: Geräusche, Stimmen, Klänge oder auch Stille. Hören Sie genau hin, wie laut alles ist, was da für ein Rhythmus und Klangfarben sind. Hören Sie auch auf ihren inneren Kommentar, der den Mut wahrnimmt und kommentiert: „Gut so, das ist Mut, das kann ich“. Passen Sie auf, woher in ihrem Körper diese Stimme kommt, aus der Mitte, aus einer Seite, in welchem Ohr Sie sie mehr hören, was für einen Rhythmus diese Stimme hat... Spüren Sie auch, mit was für einem Tonus diese Stimme in ihrem Kehlkopf sprechen würde, wenn Sie es laut sagen würden und spüren Sie in ihrem ganzen Körper diesen Tonus von Mut. Sie können riechen und schmecken, was es zu riechen und schmecken gibt – Mut hat manchmal den Geschmack von Glück oder Entschlossenheit – und spüren Sie in ihrem ganzen Körper, wie sich Mut anfühlt, von Kopf bis Fuß, bis in die Spitzen der Haarwurzeln...

Beim Maximum der positiven, gut tonisierten Physiologie wurde der Ressourcenanker wieder am gleichen Ort, auf der linken Schulter, gesetzt und damit verstärkt.

Th: Und nun öffnen Sie ihre Augen und schicken der X. da vorne diesen Mut zu... und lassen Sie sich überraschen, wie sich der Film mit X. da vorne verändert, sobald Mut bei ihr angekommen ist...“

Loslassen des Ankers und Frage im Hier und jetzt:

Th: Was würde X. da vorne noch brauchen, um im Kirchenchor mitzusingen?

Pa: Entschlossenheit.

Es schließt sich das gleiche Vorgehen wie vorher an. So wurden Mut, Entschlossenheit, Neugier und die Lust am Singen je in einer assoziativen Trance erarbeitet, geankert und dann dissoziativ auf den Bildschirm da vorne geschickt, bis die Patientin fand, dass das Bild da vorne wünschenswert und optimal sei.

Th: (mit Ressourcenanker appliziert): „... Nun sehen Sie von außen zu, wie X. im Chor voll von Mut, Entschlossenheit, Neugier und Lust mitsingt und spielen Sie den Film ganz durch. Wenn Sie am Ende der Chorprobe ankommen, wenn die Chormitglieder sich noch kurz für einen Abendtrunk treffen, lassen Sie es mich wissen...“

Die Patientin „kommt zurück“ und sieht mich an.

Th: Braucht X. noch etwas, um dies ganz gut sein zu lassen?

Pa: Nein!

Th: Also spielen Sie diesen Film nun nochmals durch von Anfang bis Ende, d.h. vom Eintreten in die Kirche bis zum Abendtrunk des Chors und sehen mich an, wenn Sie am Ende angekommen sind.

Dies wurde nun fünf- bis sechsmal dissoziativ durchgespielt. Diese Technik der sog. „Fraktionierung“ durch immer wieder Zurückholen führt zu einer Verstärkung bzw. Vertiefung der Trance. Gleichzeitig konnte die Patientin so ein Gefühl von Kontrolle haben, sogar während der Trance.

Th: Nun steigen Sie in den Film ein, wie wenn Sie jetzt im Kirchenchor singen würden, sehen durch ihre Augen, hören mit ihren Ohren, und spüren mit ihrem ganzen Körper, wie Sie mutig, entschlossen, voll von Neugier und Lust singen... Wenn Sie am Ende angekommen sind, sehen Sie mich an...“

Auch diese assoziative Phase wurde – ohne Anker – fünf- bis sechsmal durchgespielt.

Th: Wie gefällt ihnen das Singen im Kirchenchor?

Pa: Super, ... aber ...

Th: (appliziert Ressourcenanker mit der Absicht, ihn als Selbstanker einzuführen): Denken Sie jetzt nochmals an Ihren Mut, Ihre Entschlossenheit, Neugier und Lust am Singen. (Sobald die Physiologie voll sichtbar ist)... Und jetzt nehmen Sie all diese Entschlossenheit, Mut, Neugier und Lust zwischen ihren Daumen und Zeigefinger der rechten Hand und halten sie ganz fest...“ (Therapeutin lässt nach 6 Sekunden den Ressourcenanker los) ... Und Sie bleiben in Mut, Entschlossen-

heit, Neugier und Lust und lassen sich überraschen, was Sie sehen, hören spüren, riechen und schmecken...“, (weitere 6 Sekunden ausschließlich Selbstanker betätigen).

Durch Trennen von Daumen und Zeigefinger und Antippen wird die Patientin zurückgeholt und gleich abgelenkt, indem über Wetter oder sonst etwas Unwesentliches gesprochen wird.

Th: Spüren Sie, wie viel Kraft Sie zwischen Daumen und Zeigefinger haben?...

Test des Selbstankers. Sobald die Ressourcenphysiologie wieder sichtbar ist, Bestätigung und Auflösung des Selbstankers durch Trennen von Daumen und Zeigefinger.

Th: ...Und wie ist es jetzt mir der Kirchenchorprobe?

Zusammenpressen von Daumen und Zeigefinger, bis Ressourcenphysiologie wieder präsent ist, dann Auflösung. Dann einige weitere Ablenkungs- und Übungsfragen, bis die Patientin automatisch den Ressourcen-Selbstanker betätigte, jedes Mal, wenn ich sie nach dem Kirchenchor fragte.

Th: Ich gebe Ihnen eine Hausaufgabe: Nächste Woche, am Donnerstag werden Sie zum ersten Mal im Kirchenchor mitsingen. Wann beginnt die Probe, welche Stimme singen Sie (usw.). Am Freitag rufen Sie mich an und sagen mir, wie es gewesen ist.

Das Telefonat am drauffolgenden Freitag bestätigte, dass die therapeutische Arbeit effizient war. Ein erster Schritt für die Integration am Wohnort war getan. Bald war die Patientin auch tätig im Kirchen-Kinderhort, wenn der Chor nicht während der Messe sang.

2. *Schritt*: Ein Zwang, vor dem Verlassen der Wohnung, mehrere Male zu kontrollieren, ob der Kochherd auch wirklich abgestellt sei, wurde ebenfalls mit der oben beschriebenen Technik behoben, d.h. das erwünschte Verhalten (einmal kontrollieren, dann ruhig aus der Wohnung gehen) wurde dissoziativ mit Ressourcen erarbeitet.

3. *Schritt*: Ein anderer Teil hypnotischer Arbeit bestand darin, mit der Patientin ihre Vergangenheit zu bearbeiten, damit sie sie ablegen und Frieden schließen könne. Ärger und Wut über ihren gewalttätigen Ex-Mann waren erstaunlich einfach zu bearbeiten. Ärger, Enttäuschung und Trauer in Bezug auf ihre Eltern waren hingegen schwieriger zu bearbeiten: Bei einer Regression, in welcher sie offensichtlich viel jünger war, erschrak sie plötzlich panisch und war, als ich sie sofort zurückholte, sehr verwirrt. Auf meine Frage, was gewesen sei, wollte sie keine Antwort geben. Es war sowohl in diesem Augenblick sowie in den darauf folgenden Sitzungen unmöglich, über den Inhalt dieser Panik Genaueres zu erfahren.

Jeden Abend musste die Patientin auch alle Fensterläden runterlassen, dies obwohl sie so hoch über der Straße wohnte; „...dass man nirgends einsteigen kann“. Auf meine Frage, was denn passieren könnte, wenn sie die Läden nicht runterließe, erklärte sie absolut konfus, dass dann „Männer“ einsteigen könnten. Sie brauche jeden Abend Lexotanil (Benzodiazepin), um ihre Angst – trotz geschlossener Fensterläden – so zu beruhigen, dass sie schlafen könne.

Die Therapie wurde in gegenseitigem Einverständnis an diesem Punkt abgeschlossen, die Dosis des beruhigenden und Schlaf anstoßenden Benzodiazepins schienen mir akzeptabel, nachdem ja bereits das Antiepileptikum abgesetzt worden war. Der Auftrag des Hausarztes an mich, diese Frau bei ihrer Integration in ein normales Arbeitsleben zu unterstützen, schien mir erfüllt. Zum ersten Mal war die Patientin unabhängig, voll im Berufsleben einer größeren Stadt eingegliedert und glücklich. Die Panik aus der Regressionsarbeit hatte jedoch nie thematisiert werden können.

Zweiter Therapieschritt: der „Wiederholungszwang“ in Aktion

Sechs Monate später erschien die Patientin, unangemeldet, genau um 12 Uhr mittags (das Ende meiner Sprechstunde), setzte sich vor mich hin und sagte mir, sie komme, um mir zu sagen, dass sie vor fünf Tagen vergewaltigt worden sei. Sie wolle aber keine Therapie. Da es Mittag war und ich deshalb frei hatte, kommentierte ich, dass sie die fast vier Stunden Zug gefahren sei, um mir das zu sagen, und dass wir deshalb darüber reden müssten. Vor allem erklärte ich ihr ausführlich, was eine posttraumatische Belastungsreaktion ist, was intrusive Erinnerungen sind, und wie man sich ihr Zustandekommen erklären kann. Dies habe nichts mit Verrücktheit sondern mit normalen Vorgängen im Hirn zu tun. Da sie das Vorhandensein der rekurrenten intrusiven Erinnerungen bejahte und als furchtbar bezeichnete, schlug ich ihr vor, diese zu deaktivieren. Sie war erstaunt, dass sie offensichtlich nicht die Einzige zu sein schien, die unter solchen Erscheinungen litt, und war nun bereit, wieder mit mir zu arbeiten.

Sie schilderte mir, wie sie einen Mann bei der täglichen Zugfahrt kennen gelernt habe und wie sie sich im Zug regelmäßig getroffen hätten. Eines Abends habe er sie zum Nachtessen in einem Restaurant eingeladen. Sie hätten zusammen gut gegessen. Nach dem Nachtisch habe er ihr vorgeschlagen, den Kaffee bei ihr zu trinken. Dort habe er sie vergewaltigt. Sie sei nachher auf den Polizeiposten gegangen und habe Anzeige erstattet. Doch der Polizist habe ihr gesagt, daran sei sie selbst schuld. Daraufhin habe sie ihr Auto genommen und sei 70 km gefahren, bis zum Haus einer ihrer Schwestern. Nachdem sie dort geläutet habe, sei sie zusammengebrochen.

Die traumatische Geschichte ließ ich die Patientin rein kognitiv erzählen. Während des Zuhörens erkannte ich, dass die Patientin einerseits assoziativ über gewisse Anteile der Geschichte berichtete, dass sie andererseits auch über dissoziative Fähigkeiten (im

Auto 70 km fahren) verfügt. Im Sinne der Utilisationstechnik nach Erickson (2) schien es mir angemessen, der Patientin dabei behilflich zu sein, die rekurrenten Erinnerungen der Vergewaltigung loszuwerden. Ich entschied mich, dazu die Technik der multiplen Dissoziation und des Backtracks zu verwenden (3).

Die Instruktionen werden dabei immer im „Hier und Jetzt“ gegeben, mit Blickkontakt, sprachlich so formuliert, dass die Patientin bis ans Ende abwarten muss, um den Satz verstehen zu können:

Sicherheit: Um den „Hier-und-Jetzt-Anker“ zu erstellen, ließ ich mir nochmals minutiös das Nachtessen beschreiben, mit allen Gerüchen und dem verschiedenen Geschmack von Vor- Haupt und Nachspeise, d.h. assoziativ eine „Sicherheitsssäule“ aufbauen (3) und dann ankern.

Multiple Dissoziation: Es wird ein Fernseher visualisiert: Darin sieht die Patientin X., von hinten, mit meiner Hand auf ihrer Schulter. Diese X. sitzt wieder vor einem Fernseher, in welchem wieder X. mit meiner Hand auf ihrer Schulter sitzt. Ungefähr 10 Fernseher im Fernseher werden nun, immer kleiner und weiter weg visualisiert, immer mit der X. von hinten und meiner Hand auf ihrer Schulter. (Sprachlich ist es wichtig, genau auf die Verwendung der 3. und 1. Person zu achten!). Der 11. Fernseher, ganz klein und weit weg, ist vorläufig leer. Alles, was visualisiert ist, ist stumm, (d.h. kein Ton), schwarz-weiß, unscharf und kann nur beschleunigt werden. (Test: Im hintersten Fernseher wird nun von unten links nach oben rechts das Lieblingstier von X. durchlaufen, NLP-Technik zur Kalibration der Augenbewegung.)

Aufbau der Superperson: Einsetzen des Ankers und nochmals an die Ressourcen von vorher denken lassen: Sobald die entsprechende Ressourcen-Physiologie beobachtbar ist, wird die Patientin aufgefordert, sich, hier wie in einem Spiegel anzusehen (= Hand der Th. ca. 60 cm vor der Patientin). Suggestionen (geführt von der genauen Beobachtung der Physiologie): „...mit glänzenden Augen, Lippen, die zu einem Lächeln ansetzen, Fältchen um Augen, beste Bekleidung, schönster Hintergrund, alles in glänzenden Farben. Zusätzlich können Sie nun diese Super X. in eine Aura, eine Schutzareole hüllen, aus Lichtfarbe. Dann stellen Sie diese Super X. links neben den ersten Fernseher.“

Kontrolle: Im Hier und Jetzt bespreche ich mit der Patientin das nun etwas komplizierte Bild da vorne: Einerseits gibt es da, nur in schwarz-weiß, unscharf, und stumm ungefähr 10 ineinander geschachtelte Fernseher, immer mit der X. von hinten, mit meiner Hand auf der Schulter; der letzte Fernseher ist leer. Neben diesem schwarz/weiß Bild gibt es in Farbe, glänzend, die Super X., die sich an den größten Fernseher anlehnt.

Erst als die Patientin das bejaht, gehe ich weiter.

Th: Nachher werden Sie auf dem hintersten Bildschirm, während sie hier bei mir

bleiben, hier und jetzt und meine Hand auf der Schulter spüren, mit einem Auge auf der Super X., stumm, schwarz-weiß, unscharf und nur beschleunigt, ein letztes Mal von außen ansehen den Inhalt der Vergewaltigung.

Test: Nach Beenden des Films: Hier und jetzt:

Th: Was ist anders als vorher?

Pa: „Ich habe zum ersten Mal ruhig dran denken können.“

Rückwärtstechnik: Th: ...Nun wird der Inhalt des Films vom Ende her zurückgespult, bis zum Moment, wo Sie noch beim guten Nachtessen waren, und von dort springen die Augen auf die Super X. Alles läuft verkehrt, eben rückwärts, Sie halten nirgends an, erst bei der Super X. Dieser Vorgang wird 5–6 mal wiederholt, immer wenn man wahrnimmt, dass die Augen auf der Super X. ruhen, wird die Instruktion kurz wiederholt. Es entsteht damit eine Automatisierung des Ablaufs.

„*Durchtauchen*“: Nun wird der gleiche Vorgang assoziativ durchgespielt.

Th: Sie steigen in die X im zurückdrehenden Film ein, und es ist, wie wenn Sie durchtauchen würden, vom Ende des Geschehens bis in die Super X. Luft holen und los... (Auch dies wird 5–6 mal getan).

Test: Nach der traumatischen Erfahrung fragen. Anstelle des automatisch auftretenden Flashbacks kommt nun ein ruhiges visuelles Suchen, der Blick fixiert sich oben links – dort wo die Superperson visualisiert worden ist – d.h. auch neurophysiologisch ist der Flashback ersetzt durch die Superperson.

In diesem Moment sagt mir die Patientin, dass sie mir nun auch grad noch erzählen könne, was damals passiert sei und sie mir nie habe erzählen können. Sie erzählt, wie sie mit ungefähr 12 Jahren von den Freunden der Brüder vergewaltigt worden sei und wie ihre Eltern, als sie ihnen dies sagte, sie ein schlimmes Mädchen geschimpft hätten.

Dieses Ereignis erledigen wir in der gleichen Sitzung mit der gleichen Technik.

Nach der Reassoziaton der „Superperson“ besprachen wir dann, wo sie die nächsten Tage verbringen werde, da sie einige Tage frei genommen hatte und ich einen Besuch bei ihren Eltern jetzt nicht als adäquat betrachtete. Sie ging zu einer Freundin und wusste, dass sie mich jederzeit anrufen könnte. Ich bat sie um ein Telefonat sobald sie wieder bei sich zu Hause sei.

Sie sagte noch spontan, dass sie in der Retrospektive nicht verstehen könne, wie sie die Signale des Mannes während des Nachtessens so hätte ignorieren können: Es sei doch klar, dass er nur auf etwas, nämlich Sex, aus gewesen sei. Sichtlich erleichtert verließ sie mich.

Evaluation Ungefähr eine Woche später rief sie mich von zu Hause aus an: Es gehe ihr gut. Sie könne mir auch – es würde mich sicher freuen – mitteilen, dass sie nun gar keine Benzodiazepine mehr brauche und ruhig schlafen könne. Es war, als ob die Patientin diese

Wiederholung von sexueller Gewalt nochmals hätte provozieren müssen, um ihre schwierige Vergangenheit definitiv so ordnen zu können, dass sie sie ablegen konnte. In insgesamt 67 Sitzungen – 1980 ff. / verteilt über vier Jahre – entwickelte sich diese Frau von einer „schwer gestörten“, eine vollständige Rente beziehenden Patientin, zu einer lebensfrohen, im beruflichen Prozess integrierten Frau. Anfänglich fanden die Sitzungen, nach Bedürfnis und mit der Patientin verhandelt, in kurzen Intervallen, manchmal sogar mehr als einmal pro Woche statt. Mit fortschreitender Kontrolle in der Außen- und Innenwelt konnte die Patientin immer mehr selbst bestimmen, wann sie das nächste Mal wieder kommen wollte. Der vorzeitige Abschluss der Therapie wurde korrigiert durch die Vergewaltigung. Erst danach konnten die Flashbacks aus der Adoleszenz gleichzeitig mit den neuen aus der Vergewaltigung bearbeitet werden, daraufhin endlich Ruhe gefunden und auch das Bezodiazepin ganz abgesetzt werden.

Die inoffizielle Trancearbeit wurde meistens unternommen, wenn ich bei der Patientin anhand ihrer Physiologie kalibrieren konnte, dass sie sich in einem speziell rezeptiven Zustand befand. Manchmal erhielt ich dann von der Patientin erstaunte (und erstaunliche) Antworten auf meine Suggestionen – wie z.B. bei der Motivation zur Therapie. Beim Erarbeiten von neuem Verhalten benützte ich offizielle Trancearbeit, da die Patientin sich im normalen Bewusstseinszustand solche Veränderungen nicht zutraute. Hier umging ich mit Hypnose „Widerstände“, die von einschränkenden Glaubenssätzen aus der Vergangenheit stammten, z.B. „...ich kann ja sowieso nichts, ich bin nicht fähig, habe ich überhaupt das Recht zu...?“. Allerdings musste dazu schnell gearbeitet werden, da die Patientin sonst mit ihrem „ja, aber“ Erarbeitetes hätte sabotieren können.

Nach der Vergewaltigung mussten die traumatischen Reaktionen sofort behoben werden, um die Übererregung und die Flashbacks sofort zu deaktivieren. In der Schilderung der Vergewaltigung hatte die Patientin ihre hypnotischen Fähigkeiten, Dissoziation und Assoziation, wieder gezeigt, und deshalb entschied ich mich, dies zu nutzen. Heute würde ich, so kurz nach dem Ereignis, in dieser Situation ein klassisches „Debriefing“ mit viel informeller Trancearbeit als angezeigt ansehen und auf die offizielle hypnotische multiple Dissoziation und den Backtrack verzichten.

Die verschriebene Psychotherapie, wie hier durch die Invalidenversicherung, bedeutete für mich eine besondere Herausforderung; hier galt es, zuerst eine informierte Zustimmung der Patientin zu erreichen und salutogenetische Aspekte nach Antonovsky (4) in den Vordergrund zu stellen. Genaue Zielformulierungen in Bezug auf die Therapie als Ganzes, aber auch in Bezug auf die jeweilige Sitzung gaben der Patientin die Möglichkeit, auch im therapeutischen Vorgehen ein Stück Kontrolle, Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit zu erfahren. Zielformulierungen vermittelten der Patientin auch schon früh die Möglichkeit, Phantasien in Bezug auf ihre Zukunft zu entwickeln. Die Zukunft ließ sich nur wieder eröffnen, weil die kurz- und längerfristigen Ziele lin-

**Warum
Hypnose**

guistisch positiv und sinnesspezifisch ausgedrückt und in jeder Sitzung ein Minimalziel erreicht wurden.

Die bewusste Verwendung hypnotischer Aspekte der Sprache spielt m.E. in jeder Psychotherapie eine zentrale Rolle, gerade wenn man ohne offizielle Trance-Induktion arbeitet. Offizielle Trancearbeit wurde hier nur geleistet, um spezifische Verhaltensweisen zu erarbeiten oder nach der Vergewaltigung die post-traumatischen Belastungsreaktion zu behandeln. Die dissoziativen Zustände würde ich heute zusätzlich mit EMDR (5) bearbeiten, doch war diese Technik damals noch nicht erfunden.

In der Therapie wurden die Erkenntnisse des Konstruktivismus (6), das kybernetische Verständnis von Kommunikation, die salutogenetische, ressourcenorientierte Sichtweise Antonovskys und die Überzeugung, dass der Mensch sich seine Realität mit Hilfe kognitiver Repräsentanzen konstruiert (7) benützt. Bei dieser Patientin spielte die „Negativtrance“ eine zentrale Rolle, was ihre leichte Hypnotisierbarkeit erklärt und Trancearbeit im Sinne der Utilisation Ericksons aufdrängte. Dies erlaubte, einerseits schnell und effizient und andererseits nicht retraumatisierend zu arbeiten. Die hypnotische Technik diente auch dazu, Ressourcenarbeit, Sicherheit, Rapport und genaues Kalibrieren der Physiologie zu leisten.

Abschließender Kommentar aus 20-jähriger Distanz

Heute wissen wir, dass Borderline-Störungen zu einem großen Prozentsatz durch frühkindliche repetitive Traumatisierungen und/oder Vernachlässigung (Typ-II-Traumen) bedingt sind. Diese führen zu einer Art Entwicklungsstörung, in welcher häufig die Dissoziation eine zentrale Rolle spielt. Schon Pierre Janet (8) hat um 1850 darauf hingewiesen, dass die „hysterischen Anfälle“ (heute: „dissoziative Anfälle“) von Patientinnen als direkte Folge sexueller Traumatisierung im Kindesalter verstanden werden müssten. Dissoziation wird heute unter verschiedenen Aspekten diskutiert (9) und sie gibt so auch neue Erklärungen für den „Wiederholungszwang“ nach Freud: Es gehört zur Dissoziation, dass die Patientin nicht wahrnahm, wie sie sich gefährdete, als sie den ihr fast unbekanntem Mann zu sich nach Hause zum Kaffee einlud. Wegen der permanenten Dissoziation relevanter Erfahrungsanteile konnte die Wahrnehmung von aktueller realer Gefährdung nicht stattfinden, obwohl gleichzeitig „Männer“ als gefährlich wahrgenommen wurden. Deswegen musste abends das beruhigende Medikament eingenommen werden. Die dissoziative „Schutzlosigkeit“ hat zur Ehe mit einem gewalttätigen Mann und der Beziehung mit dem Vergewaltiger geführt. Die Dissoziation bedingte die Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse an den „richtigen Mann“ zu bringen und durchzusetzen.

Alleine durch die durch den Hausarzt zusammengefasste Anamnese würde ich heute traumatische Erfahrungen in der Kindheit als wahrscheinlich annehmen. Die in der Pubertät (nach der Vergewaltigung durch die „Brüder“) beginnenden Unterleibsbeschwerden, die chirurgisch angegangen wurden, die erschwerten Heilungsverläufe nach

den Operationen, die somnolenten Zustände nach Narkosen, die unklaren epileptischen Anfälle, die Zuckungen im rechten Arm, d.h. verhinderte Selbstschutz-Reflexe, werden heute als dissoziative Phänomene erkannt. Die „epileptischen Anfälle“ können sehr wohl auch als plötzlich aufgetretene, nicht bewusst wahrgenommene (dissoziierte) wiederkehrende traumatische Erinnerungen verstanden werden. Die Beschreibung von Unruhe, Alpträumen, „verrückt werden“ im zitierten Brief der Patientin weisen auf eine somatoforme sekundäre Dissoziation hin. Die konstante Übererregung und rekurrenten Erinnerungen erwähnt sie im Brief ebenfalls. Damit ist die Diagnose einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) gegeben. Es gehört zur chronischen PTBS, dass sie von Komorbiditäten, hier die produktiven psychosomatischen dissoziativen Affektionen, Persönlichkeitsstörungen, Depression und Störungen im sozialen Feld (Arbeit, Beziehung) begleitet sind. Trotz aller Stabilisierungs- und Ressourcenarbeit konnte die Dissoziation nicht gänzlich aufgegeben werden, bevor die Flashbacks aus der Pubertät desensibilisiert worden waren und damit die Dissoziation vollständig unnötig gemacht worden war.

Diagnosen sind immer Konstrukte. Sie sind Versuche, unerklärliches Verhalten durch die Benützung eines Rasters so verständlich zu machen, dass wir als Therapeuten mit unsern Patienten eine Realität konstruieren können, die uns die Formulierung und Erarbeitung gemeinsamer Ziele ermöglichen. Ohne solche Konstrukte ist es schwierig, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden und einen geordneten Veränderungsprozess bei Patienten einzuleiten. Je genauer die Landkarte – die Diagnostik – ist, desto weniger verirren wir uns im Labyrinth des Verhaltens unserer Patienten.

Diese Fallgeschichte ist ein Lehrstück für die Entwicklung der Psychiatrie/Psychotherapie im zwanzigsten Jahrhundert: Psychische Erkrankungen sind oft nicht der Effekt fantasiertes und aus der ödipalen Phase stammender Erfahrungen (wie Freud annahm), sondern basieren auf realen Erfahrungen. Oft sind sie verbunden, wohl sogar teilweise kausal verknüpft mit wiederholtem realem Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Wenn man die in verschiedenen internationalen und europäischen Konventionen festgelegten und anerkannten Rechte von Kindern auf eine optimale Entwicklung ernst nimmt, muss man solch sozial bedingtes Leiden, das im Erwachsenenalter häufig zu Persönlichkeitsstörungen, sozialem Abstieg und ungelebtem Leben führt, verhindern. Moderne Psychiatrie müsste sich daher viel mehr für die Respektierung der Kinderrechte engagieren, Kinderschutz ernst nehmen und so eine effiziente Primär-Prävention in die Wege leiten.

- (1) Kernberg, O.(1975) *Borderline Conditions and pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson **Literatur**
- (2) Erickson, M.H. (1965 c) Nutzen des Symptoms als integraler Bestandteil der Hypnotherapie, in Rossi E.L. (1998) Hrg. *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*, Band 5, (279–293). Heidelberg: Carl Auer

- (3) Perren-Klingler G. (2001) Posttraumatische Belastungsstörung, in Revenstorff, D., Peter, B. (467 – 477).
- (4) Antonovsky, A. (1988) Unravelling the Mysteries of Health. San Francisco: Jossey Bass
- (5) Shapiro, F. (1995) Eye Movement Desensitization and Reprocessing. London: Guilford
- (6) von Glasersfeld, E. (1987) Siegener Gespräche über den radikalen Konstruktivismus. E.v. Glasersfeld im Gespräch mit NIKOL. (401 – 440) In: Schmidt, S.J. Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus. Frankfurt: Suhrkamp
- (7) Beck, A. (1976) Cognitive Therapy and Emotional Disorders. New York: International Universities Press
- (8) Janet, P. (1889, 1973) L'automatisme psychique. Paris: Reprint
- (9) Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Vanderlinden, J, Van Dyk, R., Van der Hart, O. (1998) Somatoform dissociative Symptoms as related to animal defensive reactions to predatory threat and injury. Journal of Abnormal Psychology, 107, 63–73.

Gisela Perren-Klingler

Die Autorin über sich Studium vergleichender Religionswissenschaften an der Hebrew University in Jerusalem, dann Medizinstudium in Basel und Oxford. Weiterbildung zur Psychiaterin/ Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene: Psychoanalyse, Familientherapie, Fokalthherapie nach Jim Man, systemische, kognitive, verhaltenstherapeutische und hypnotherapeutische Zusatzausbildungen

Verfasserin verschiedener Bücher zu Trauma, Ressourcen und Ziel-orientierten Interventionen, Ausbilderin in Notfallpsychologie, klinischer Hypnose, NLP und zu spezifischen Problemstellungen, wie Schmerz, Trauma, hypnotische Macht der Sprache usw.

Ehemaliges Schweizer Mitglied der Kommission zur Prävention von Folter (Straßburg), ehemalige Delegierte des IKRK (Genf). In eigener Praxis als Psychiaterin und Psychotherapeutin tätig.

Im Ericksonschen Konzept der Utilisation persönlicher Ressourcen jedes Menschen, auch in Behandlungen nach schwierigen traumatogenen Erfahrungen, sogar nach Folter und Verfolgung, wie auch sexuellem Missbrauch, sehe ich die am meisten Lebensqualität versprechenden Interventionen. Traumatherapie seit der Konfrontation mit gefolterten und inhaftierten politischen Aktivisten Lateinamerikas und des Mittleren Ostens, ab 1980.