

- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler. (engl.: Collected papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis, 1958)
- Wolberg, L. R. (1948). *Medical hypnosis* (2 Vols.). New York: Grune & Stratton.

Keywords: hypnosis, psychoanalysis, hypnoanalysis, dynamic hypnotherapy, Erika Fromm

Abstract: This article offers a survey of Erika Fromm's contributions to the development of hypnoanalysis, i.e. the application of hypnosis and hypnotic techniques to psychoanalytic therapy. First the fundamental theoretical concepts are presented, then problems of their practical application are discussed, particularly concerning the hypnoanalytic treatment of severe disorders like narcissistic and borderline personalities. Hypnoanalysis is shown to be a successful method which can provide for a more intensive, more efficient and less time-consuming course of treatment.

Burkhard Peter, Dipl.-Psych.
Konradstr. 16
8000 München 40

6th European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine

August 14 - 20, 1993 Wien, Österreich

Information
Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie
A-1130 Wien, Testarellogasse 31/13

Hypnose und Kognition
Band 9, Heft 1 und 2, April 1992

Psychoanalyse, Hypnoanalyse, Ego-State-Therapie

Auf der Suche nach einer effektiven Therapie

John G. Watkins¹

Zusammenfassung: Bei aller Hochachtung und allem Respekt für unseren psychoanalytischen Gründervater, Sigmund Freud, wurden seine monumentale Entdeckung des Unbewußten und die Beiträge seiner Mitarbeiter doch mit begrenzten und langsam wirkenden therapeutischen Techniken erzielt. Jüngste Erkenntnisse in der Ich-Psychologie und Objekt-Beziehungstheorie haben unser Verständnis davon erweitert, wie die menschliche Seele funktioniert. Mit dem Verzicht der Psychoanalytiker auf die Hypnose wurde ein wertvolles Werkzeug zur Erleichterung der Therapie aufgegeben. Wir haben die "Zehn-Cent-Analyse" zwar noch nicht erreicht, aber psychoanalytische Prinzipien führen uns in Verbindung mit hypnoanalytischen Techniken und vielleicht auch mit den Konzepten der Ego-State-Theorie zu einer effizienteren Therapie, einer Therapie, die den Nutzen von Freuds Entdeckungen auch denen zugänglich macht, die sich keine klassische Psychoanalyse leisten können.

Vor vielen Jahren hörte ich während meiner psychoanalytischen Ausbildung folgende Bemerkung: "Was wir brauchen, ist eine gute Zehn-Cent-Analyse." Diese Bemerkung drückte zweierlei aus, zum einen, daß es einen Bedarf für Psychoanalyse gab, aber auch, daß bei der üblichen Vorgehensweise die ungeheuren Kosten nur von den Reichen aufgebracht werden konnten, und daß die für eine erfolgreiche Analyse notwendigen Hunderte von Stunden bezogen auf die Kosten-Nutzen-Relation nicht effektiv waren. Dieser Gedanke leitete mich auf den vielen Pfaden, die ich in diesem Artikel beschreibe.

Ich muß um Verzeihung bitten, daß ich diesen Diskurs so persönlich halte, aber es ist die Geschichte der lebenslangen Bemühungen eines Einzelnen, unbewußte Prozesse besser zu verstehen und dieses Verständnis für die Verbesserung psychologischer Behandlung zu nutzen.

Nachdem ich Mitglied des Lehrkörpers zweier Universitäten gewesen war, trat ich in die Armee ein, wo ich als Chefspsychologe am *Welch Convalescent Hospital* arbeitete, einer 5.000-Betten-Einrichtung, die zur Hälfte für Kriegsneurosen gedacht war. Als einziges Teammitglied mit Erfahrung in Hypnose hatte ich große Freiheit, Hypnotherapie auszuüben. Einer meiner Kollegen war ein junger Psychoanalytiker. Zu dieser Zeit studierte ich alle verfügbaren Werke von Milton Erickson und von Psychoanalytikern, die mit Hypnose experimentierten, wie Margaret Brenman, Merton Gill,

¹ Übersetzung aus dem Amerikanischen von Monika Amler

Ernst Simmel, Jerome Schneck und Lewis Wolberg. Die vielen hypnoanalytischen Techniken, die ich damals benutzte und entwickelte, sind in meinem Werk *Hypnotherapy of war neuroses* (1949) aufgezeichnet. Durch Katharsis und andere Vorgehensweisen zielte ich mehr auf Einsicht als auf suggestive Symptomunterdrückung ab.

Psychoanalyse

Zur selben Zeit begann ich auch eine persönliche Analyse bei Bernhard Kamm, der vor dem Krieg Mitglied der *Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft* in Berlin gewesen war und später Lehranalytiker am *Chicagoer Psychoanalytischen Institut* wurde.

Während ich in den frühen fünfziger Jahren Chefspsychologe am *Veterans Administration Center* in Chicago war, hatte ich das Glück, einen Analyseplatz bei Edoardo Weiss zu bekommen, einem engen Mitarbeiter Freuds und einem früheren Mitglied der *Wiener Psychoanalytischen Vereinigung*. Weiss war Analysand von Paul Federn gewesen und war persönlich von Freud ausgebildet worden. Er war auch Präsident der *römischen psychoanalytischen Gesellschaft* gewesen und war jetzt Lehranalytiker am *Chicagoer Psychoanalytischen Institut*. Obwohl das Institut damit nicht einverstanden war, bestand Weiss darauf, eine kleine Gruppe von Psychologen zu analysieren und auszubilden - in Übereinstimmung mit Freuds Haltung zu dieser Frage (1927). Ich war einer dieser Glücklichen.

Nachdem ich Chicago 1953 verlassen hatte, praktizierte ich sowohl die mehr traditionelle Analyse (Couch, freie Assoziation, Traumanalyse und Deutung der Übertragung), kehrte aber auch zur Hypnoanalyse zurück, von der ich mich zeitweise zurückgezogen hatte, nachdem mein "Analytikervater" Weiss sie nicht billigte. Meine Analyse und Ausbildung bei Weiss setzte sich in Intervallen mit Intensivphasen jeweils im Sommer über mehrere Jahre hinweg fort.

In den siebziger Jahren verlieh mir die *National Accreditation Association for Psychoanalysis* in Anbetracht meiner analytischen Ausbildung und Erfahrung ihr Zertifikat als Psychoanalytiker, obwohl ich nicht formell an einem Institut graduiert hatte.

Während der siebziger und achtziger Jahre hielt ich meine Kenntnisse weiterhin auf dem laufenden durch das Studium der neueren Generation von Psychoanalytikern und Objektbeziehungstheoretikern wie Hartmann, Kris, Fairbairn, Winnicott, Mahler, Kernberg und Kohut, wobei ich der Kontroverse zwischen den mehr orthodoxen "Trieb"-Theoretikern und den Anhängern des "Beziehungs"-Modells besonders aufmerksam folgte. Ich fand dabei viel Diskussion über "Theoretische Konzepte", aber wenig oder keine neue Entwicklung in der "Therapeutischen Technik". Es fehlte fast völlig an Fallberichten, die hätten zeigen können, wie eine "Objektrepräsentanz" sich äußert, wie und mit welchen Worten man in der Therapie damit umgeht.

Psychoanalyse erbrachte Ergebnisse, aber sie brauchte so sehr, sehr viel Zeit dafür. Durch Hypnoanalyse konnte ich oft denselben Fortschritt in 50 bis 60 Stunden erzielen, für den 250 bis 300 Stunden traditioneller Psychoanalyse nötig gewesen wären, und so verfolgte ich diesen Ansatz in meinen Untersuchungen weiter und veröffentlichte die Ergebnisse (Watkins, J. 1947, 1949, 1951, 1954, 1963a, 1963b, 1967, 1971).

Hypnoanalyse

Die Grundannahmen sind in der Hypnoanalyse dieselben wie in der Psychoanalyse, nämlich, daß ein Großteil geistigen Lebens auf verborgenen oder "unbewußten" Ebenen vor sich geht, daß Konflikte auf diesen Ebenen oft ursächlich für psychogene Symptome und fehlangepaßtes Verhalten sind, und daß Konflikte dadurch gelöst werden, daß man sie über den Vorgang der "Einsicht" bewußt macht.

Wie die Psychoanalyse beschäftigt auch sich die Hypnoanalyse mit den Wechselfällen der Entwicklung von der Kindheit an und geht ebenfalls davon aus, daß diese Einsicht im Prozess des Durcharbeitens erlebnisnah gewonnen werden muß, nicht rein intellektuell. Sie muß ins Ich integriert werden. Die Hypnoanalyse betrachtet Traumdeutung und Übertragungsanalyse als potente therapeutische Werkzeuge. Hypnoanalyse ist eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse und könnte somit einfach *Psychoanalyse innerhalb der hypnotischen Modalität* genannt werden. Es stehen dem Hypnoanalytiker jedoch viele komplexe analytische Techniken zur Verfügung, die im voll bewußten Zustand nicht angewendet werden können.

Freud hatte die Hypnose aus persönlichen Gründen früh aufgegeben (Kline, 1958). In seiner kathartischen Arbeit mit Breuer (Freud & Breuer, 1893) war er von der Hypnose fasziniert gewesen, aber die durch sie ausgelösten mächtigen Affekte und heftigen Übertragungsreaktionen erschreckten ihn, und er wandte sich den langsameren und sichereren Prozessen der freien Assoziation und der Traumarbeit zu. Unglücklicherweise führte Freuds Verdikt zur Vermeidung der Hypnose seitens seiner Anhänger, da Aussagen von ihm und von Anna Freud (1926/75), daß Hypnose das Ich umgehe und daß ihre Ergebnisse nur vorübergehend seien, mehreren Generationen junger Analytiker gelehrt wurden.

Später fühlte Freud sich jedoch versucht, auf den Gebrauch der Hypnose wieder zurückzugreifen: "Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden" (Freud, 1919).

Psychoanalytiker nehmen für sich in Anspruch, daß sie keine Hypnose einsetzen. Sie meinen damit, daß sie den Trancezustand weder formell induzieren, noch ihn kontrollieren. Wenn ein Analysand entspannt auf der Couch liegt und die Anweisung bekommt, seine Aufmerksamkeit auf seine inneren Assoziationen zu richten, tritt er aber oft spontan in einen hypnoiden bzw. Trancezustand ein.

Der Hypnoanalytiker kontrolliert durch "Induktionstechniken" diesen Prozeß und kann durch verschiedene Trancetiefen gehen: hypnoid, leicht, mittel oder tief, je nach dem, was zum jeweiligen Zeitpunkt am effektivsten ist. Unbewußtes und vorbewußtes Material wird viel leichter gewonnen, nicht weil das Ich abgedankt hat, sondern nur weil es seine abwehrende Wachsamkeit und damit den Widerstand "aufgeweicht" hat. Der Analytiker kann das Gleichgewicht zwischen Widerstand und Freisetzung somit beeinflussen.

Der Hypnoanalytiker hat alle Techniken des Psychoanalytikers zur Verfügung und noch viele andere darüberhinaus. Er/sie mag dem Patienten vielleicht vorschlagen, von bestimmten Problemen zu träumen. Er kann dem Patienten oft dazu verhelfen, einen Traum selbst schneller zu deuten. Er kann innerhalb des Traumes intervenieren, indem er ihn den Patienten noch einmal träumen läßt und dann anregt, daß der Patient sich mit einer Traumfigur konfrontiert, um ihre wahre Identität und ihre Absicht herauszufinden - ähnlich wie die Jungianer es in ihrer Technik der "Aktiven Imagination" tun.

Hypnose bietet die Möglichkeit, viele Techniken aus der Traumarbeit und der Arbeit mit Phantasien und projektiven Techniken anzuwenden, die dem traditionell arbeitenden Analytiker nicht zur Verfügung stehen. Übertragungen werden früher und in größerer Intensität hervorgerufen, wenn sie sich auch vielleicht auf aktuelle Gestalten der Alltagswelt oder auf innere Objekte richten können und nicht notwendigerweise auf die Person des Analytikers. Erinnerungen werden unter Hypnose detaillierter berichtet. Die Flexibilität in der gesamten Therapie ist viel größer.

Mir ist oft die folgende Analogie in den Sinn gekommen: Wenn es einen Gegenstand gäbe (Schatz, Problem, Konflikt, Erinnerung), der verloren ging (verdrängt wurde), als ein großes Schiff sank, so versuchen wir in der Therapie, ihn wiederzuerlangen, ihn wieder ans Tageslicht zu bringen (Einsicht) und uns mit ihm auseinanderzusetzen. In der Psychoanalyse ist es so, als ob wir die allgemeine Position lokalisiert hätten, wo das Schiff untergegangen ist, und auf Grund unserer Kenntnis der psychoanalytischen Theorie unser Boot darüber plazierte hätten. Mit Eisengreifern an einem Tau (freie Assoziation) versuchen wir nun, das verborgene (verdrängte) Material zu fassen zu bekommen und es an die Oberfläche zu bringen.

In der Hypnoanalyse haben wir einen Taucheranzug an oder ein U-Boot zur Verfügung, was uns erlaubt, unter die Oberfläche zu tauchen und das verdrängte Material direkt da zu suchen, wo es sich befindet. Das Ziel ist dasselbe. Einsicht, Durcharbeiten und Integrieren ins Ich sind immer noch notwendig, aber die Aufgabe ist erleichtert und die dafür nötige Zeit erheblich verkürzt.

Ich will hier nicht versuchen, die vielen verfügbaren hypnoanalytischen Techniken nochmal darzustellen. Texte, wie die von Brown und Fromm (1986), Schneck (1965), Watkins (1992) und andere stehen für diejenigen zur Verfügung, die diese Vorgehensweisen weiter verfolgen wollen. Ich möchte an diesem Punkt nur feststellen, daß die Hypnoanalyse dem Analytiker größere Flexibilität bei der Verfolgung seines therapeutischen Ziels ermöglicht. Als Therapieform ist sie daher effizienter als die klassische Analyse.

Die Anfänge der Ego-State-Therapie

Ich hatte das Glück, an der Universität von Montana eine Kollegin und Psychologin, Helen Huth, kennenzulernen. Helen war als Mädchen aus Bayern in die Vereinigten Staaten gekommen, hatte gelernt, Englisch zu sprechen wie eine Einheimische, und war eine äußerst einfühlsame und innovative Psychotherapeutin. Wir heirateten und bildeten in persönlicher und beruflicher Hinsicht eine lebenslange Partnerschaft.

Seit Jahrzehnten hatte ich mit Patienten mit multipler Persönlichkeit gearbeitet. Helen übernahm rasch die hypnoanalytischen Techniken, die ich entwickelt und gelehrt hatte. Sie wandte diese Techniken auf die weniger gestörte Klientel (Universitätsstudenten) an, die zur Behandlung in die Beratungsstelle der Universität Montana kamen. Sie entdeckte, daß viele dieser Menschen an unbewußten Konflikten litten, die durch innere "Ego-States" (Ich-Zustände) verursacht wurden, ähnlich den versteckten Teilpersönlichkeiten bei multiplen Persönlichkeiten, welche nur unter Hypnose auftraten. Zur selben Zeit fand ich diese "versteckten Ego-States" bei Studenten, die freiwillig an experimentellen Forschungsstudien in Hypnose teilnahmen (Watkins & Watkins, 1979-80, 1980).

Unsere klinischen und experimentellen Studien knüpften direkt an die Ego-State-Theorien von Paul Federn (1952) und Edoardo Weiss (1960) an. Aus einer Verbindung von Helens therapeutischer Arbeit mit Studenten, meiner Behandlung von echten multiplen Persönlichkeiten und den Konzepten von Federn und Weiss begannen wir die Vorgehensweisen der "Ego-State-Therapie" zu entwickeln und einen theoretischen Rahmen dafür zu schaffen.

Ego-State-Theorie

Wir nehmen an, daß sich die menschliche Persönlichkeit durch zwei Prozesse entwickelt: durch Integration und Differenzierung, also durch ein "Zusammensetzen" und ein "Auseinandernehmen". Indem das Kind heranreift, werden immer komplexere Strukturen aufgebaut. Nachdem die meisten psychologischen Prozesse eher auf einem Kontinuum angesiedelt sind, als auf einem "Entweder-Oder", liegen auch diese zwei Prozesse auf einem Kontinuum. Dadurch daß diejenigen Verhaltens- und Erlebensweisen, die gemeinsam auftreten oder irgendwie zusammengehören, innerhalb einer gemeinsamen Grenze zusammengefaßt werden, bildet sich ein "Ego-State" (Ich-Zustand). Wir definieren einen "Ego-State" als *eine Einheit von Verhaltensweisen und Erfahrungen, die durch einen gewissen gemeinsamen Faktor verbunden und von anderen solchen Entitäten durch mehr oder minder durchlässige Grenzen getrennt sind*.

Normalerweise ist ein Ego-State handlungsbestimmend, zum Beispiel die Gedanken und Verhaltensweisen, die wir bei der Teilnahme an einem Sportereignis erleben. Während wir mit dem Spiel beschäftigt sind, sind wir uns verhältnismäßig wenig derjenigen Gedanken bewußt, die im Vordergrund stehen, während wir in unserem Büro arbeiten, wo ein anderer Ego-State handlungsbestimmend ist. Die beiden Zustände sind sinnvollerweise voneinander differenziert.

Das Ausmaß, in dem wir uns in einem Zustand der Inhalte eines anderen bewußt sind, hängt von der Durchlässigkeit der dazwischenliegenden Grenze ab. Wenn die Grenze weniger durchlässig wird, nimmt das Wissen der Zustände voneinander ab. Verdrängung und Abwehrverhalten wachsen an, bis im Extremfall adaptive Differenzierung zur pathologischen Dissoziation wird. Wenn Ego-States spontan (d.h. ohne hypnotische Aktivierung) in der handlungsbestimmenden Position wechseln und relativ amnestisch für einander sind, entsteht eine echte multiple Persönlichkeit. Wenn ein Zustand in einer multiplen Persönlichkeit sich eines anderen bewußt wird, nimmt er diesen anderen als Objekt wahr, also als "er", "sie" oder "es", nicht als "ich".

Subjekt - Objekt

Der Frage Subjekt versus Objekt ist sowohl in psychologischen wie psychoanalytischen Studien zu wenig Aufmerksamkeit zugekommen. Subjekt bezieht sich darauf, was als "Selbst" erfahren wird, so wie "meine" Hand, "meine" Bewegung oder "mein" Gedanke. Ein Objekt ist ein "Nicht-Ich", ein "es". Eine hypnotisch oder hysterisch anästhesierte Hand wird als Objekt erlebt. Ähnlich ist eine Halluzination ein Gedanke, der zwar bewußt geworden ist, aber als Objekt. Wenn ich berichte, daß ich meine tote Mutter "sehe", nicht an sie "denke", werde ich als psychotisch diagnostiziert.

Um den Unterschied zwischen nicht-ichhafter und ichhafter Erfahrung zu berücksichtigen, gab Federn (1952) allmählich Freuds Libido-Konzept auf und stellte hypothetisch eine Theorie von zwei Energien auf. Wenn ein geistiger Vorgang oder ein Teil des Körpers mit "Ich-Energie" besetzt ist, wird er als "ich" erlebt, "mein" Gedanke oder "mein" Fuß. Bei Besetzung mit Objektenergie wird er als Objekt erlebt, als Nicht-Ich, wie im Beispiel der Halluzination oder des hysterisch gelähmten Gliedes. Mit "Besetzung" meinen wir einfach einen Energiebetrag, der einen psychologischen Prozeß aktiviert und in Gang bringt, ähnlich der elektrischen Zündung, die einen Motor in Bewegung setzt.

Wir wollen hier die Verzweigungen von Federns Theorie von den zwei Energien nicht weiter verfolgen, nur soviel sagen, daß sie für viele psychodynamische Prozesse eine bessere Erklärung bietet als die Libidotheorie. Sie legt auch viele Folgerungen für die psychologische Forschung ebenso wie für die Therapie nah. In unseren Veröffentlichungen über Ego-State-Therapie haben meine Kollegin, Helen Watkins, und ich dies im Detail beschrieben (J. Watkins, 1978; Watkins & Watkins 1981, 1982, 1984, 1988, 1990a, 1990b, 1991)

Ego-State-Therapie

Wenn ein Ego-State mit Ich-Energie hochgradig besetzt ist und wenn seine Grenze zu anderen Zuständen rigide und undurchlässig ist, wird die Situation - sobald er handlungsbestimmend wird und offen zu Tage tritt - ähnlich der einer echten multiplen Persönlichkeit. "Maria" erfährt ihre geistigen und körperlichen Elemente als "Ich". Wenn sie sich derjenigen Verhaltensweisen und Erfahrungen bewußt wird, die zu einem anderen Ego-State, genannt "Ingrid", gehören, wird sie sich auf diesen anderen Zustand als "sie" beziehen. Welcher von diesen Ego-States handlungsbestimmend wird, hängt davon ab, welcher mit der meisten Ich-Energie besetzt ist und welcher nur mit Objektenergie besetzt ist. Wenn die Ich-Energie von "Maria" zu "Ingrid" fließt, wird Ingrid als "Ich" erscheinen und "Maria" wird nicht mehr offen zu Tage treten. Die lachende, leutselige "Maria" wird zur deprimierten, ärgerlichen "Ingrid". Ein anderer Ego-State mit seinen anderen Verhaltensweisen und Erfahrungsinhalten ist handlungsbestimmend geworden. Eine echte multiple Persönlichkeit hat sich manifestiert.

Dieselben Verhältnisse bestehen zwischen denjenigen Ego-States, die nicht so pathologisch dissoziiert sind, sondern die in einer normaleren Weise voneinander differenziert sind, also im mittleren Bereich des Differenzierungs-Dissoziations-Kontinuum liegen. Hier finden wir die Studenten, die Helen behandelte, mit ihren Äng-

sten, Kopfschmerzen, psychosomatischen Symptomen und Verhaltensstörungen, aber ohne schwere offenkundige dissoziative Psychopathologie. In experimentellen Untersuchungen (Watkins & Watkins, 1979-80, 1980) entdeckten wir, daß diese versteckten Ego-States offensichtlich dieselben Phänomene waren wie die "geheimen Beobachter" (hidden observers), die Hilgard an der Stanford Universität gefunden hatte (Hilgard, E. 1986, 1989). Unsere klinischen Studien an Patienten zeigten uns, daß oft versteckte Ego-State-Konflikte einfachen Problemen wie Übergewicht, Arbeitsstörungen oder Schwierigkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören, zugrundelagen, ebenso wie den schwereren Pathologien. Bei all dem könnte man Ego-State-Therapie anwenden.

Ego-State-Therapie könnte man folgendermaßen definieren: *Der Einsatz von Techniken aus der Familien- und Gruppentherapie (üblicherweise unter Hypnose), um Konflikte zwischen den verschiedenen Ego-States zu lösen, die eine "Familie des Selbst" innerhalb eines einzelnen Individuums bilden - also Gruppentherapie mit einem Einzelpatienten in Hypnose.*

Hypnose in der Ego-State-Therapie

Hypnose ist eine Modalität, durch die wir die Besetzung mit Ich- und Objekt-Energie beeinflussen können. In Hypnose können wir nicht nur einen vorgegebenen Ich-Zustand bei einer multiplen Persönlichkeit mit Ich-Energie aufladen und ihn für den Augenblick handlungsbestimmend machen, sondern wir können dieses Vorgehen auch auf versteckte Persönlichkeitsanteile, die weniger drastisch voneinander dissoziiert sind, anwenden.

Hypnose ist eine Fokussierungstechnik. Indem wir auf einen versteckten Ego-State bei einem normaleren Menschen fokussieren, können wir ihn mit Ich-Energie aufladen und damit offen zu Tage treten lassen. Zum Beispiel kommt ein Ego-State bei einer übergewichtigen jungen Frau zum Vorschein, die uns berichtet, daß sie (dieser Zustand, der einen Namen haben kann oder auch nicht) die Patientin dazu bringe, zuviel zu essen und dick zu werden, damit sie vor unwillkommener Aufmerksamkeit der Männer "geschützt" werde, die als bedrohlich wahrgenommen werden. Durch innere diplomatische Verhandlungen kann der Therapeut diesem Ego-State helfen, sich zu ändern und die primäre Person auf weniger fehlangepaßte Weise zu schützen. Die Patientin hört dann auf, zuviel zu essen, nimmt an Gewicht ab und beginnt damit, normale soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht anzuknüpfen.

Das ist eine übermäßige Vereinfachung der Ego-State-Therapie, da die meisten Fälle komplexer sind. Man muß jedoch diese Gelegenheiten zu inneren therapeutischen Interventionen und deren oft dramatische Ergebnisse erlebt haben, um sie glauben zu können. Die 50 oder 60 Stunden, die eine umfassende Hypnoanalyse erfordert, können so auf vielleicht 10 bis 20 Stunden reduziert werden.

Um zu unserer Analogie von Psychoanalyse und Hypnoanalyse mit dem versunkenen Schiff zurückzukommen: es ist so, als ob wir jetzt immer noch alle unsere hypnoanalytischen Techniken "mit U-Boot oder Taucheranzug" anwenden könnten, aber zusätzlich gibt uns das theoretische Konzept der Ego-States und ihrer hypnotischen Aktivierung jetzt einen Lageplan des "gesunkenen Schiffs". Wir gehen dazu über, darauf

zu fokussieren, welche Abteile (Ego-States) die bedeutsamsten verdrängten Erinnerungen oder das Kernstück des Konflikts enthalten. Unsere Suche nach den unbewußten Konflikten, den blockierten Entwicklungen und den psychodynamisch bedingten Verhaltensstörungen ist damit wesentlich einfacher geworden. Das signifikante Material wird aus der Verdrängung gehoben und für Einsicht und Durcharbeiten verfügbar gemacht. Wir haben vielleicht jetzt noch nicht die Zehn-Cent-Analyse erreicht, aber wir haben auf unserer Suche nach einer effektiveren Therapie einen Fortschritt in diese Richtung gemacht. Wir folgen den Prinzipien der Psychoanalyse, wie Freud und seine Mitarbeiter sie sich vorstellten, nur mit präziseren analytischen Behandlungstechniken.

Meine Kollegin Helen Watkins ist zu dem Ergebnis gekommen, daß 10 bis 15 Stunden kontinuierlicher und intensiver Ego-State-Therapie (oft an einem Wochenende) wirkungsvoller sind als einmal wöchentliche Sitzungen über mehrere Monate. Im letzteren Fall neigen Abwehrmechanismen und Widerstand nach jeder Sitzung dazu, sich wieder aufzubauen und müssen in der nächsten Woche erneut durchgearbeitet werden, bevor man weitergehen kann.

Fallbeispiel

Das folgende Beispiel ist für Ego-State-Therapie wegen seiner extremen Kürze nicht repräsentativ, aber es illustriert klar die Theorie und die angewandten Techniken.

Die Patientin, Mary, stellte sich während eines Workshops für eine Demonstration der Ego-State-Therapie zur Verfügung. Das Problem, das die 45jährige Psychotherapeutin vorbrachte, bestand aus zwanghaftem Essen und einem Engegefühl in der Kehle, an dem sie fast ihr Leben lang gelitten hatte.

Die Patientin beschrieb ihre Mutter als verbal aber nicht körperlich mißhandelnd und bezeichnete sie als "Feuermönster"; den Vater beschrieb sie als passiv. Die Empfindung in ihrer Kehle fühle sich an, als ob "ich ersticken würde oder nicht mehr atmen könnte; es ist ein Gefühl, das man vielleicht hat, wenn man einen zu engen Rollkragenpullover trägt und ihn wegziehen will. Ich habe dieses Gefühl eben jetzt, und ich trage ja nichts dergleichen."

Der Therapeut hypnotisierte Mary. Mit fokussierter Vertiefung kam sie in eine ziemliche tiefe Trance. Dann wurde sie gebeten, zu einem sicheren, angenehmen Ort zu gehen, und der Therapeut bot an, sie zu begleiten, wenn sie wolle. Sie erlebte eine Kinderszene wieder, wo sie auf einem Pferd an einem Bach entlang ritt. Der Therapeut schlug vor, das Pferd anzubinden, sich an den Bach zu setzen und sich dann auf die Enge in ihrer Kehle zu konzentrieren. (Die Anmerkungen des Therapeuten sind im folgenden kursiv gedruckt.)

T: Laß dieses Gefühl Dich führen, wo auch immer es Dich hinführt, dahin, wo auch immer es begann.

Notwendigkeit, zu dem sensibilisierenden Ereignis vorzudringen.

P: Ich bin klein.

Altersregression.

T: Was glaubst Du, wie alt Du bist?

P: Erst ein Baby. Ich hab Angst, in das Schwarze zu gehen.

T: Du wirst nicht sterben. Ich bin bei Dir. Du kannst in das Schwarze gehen und alles erleben, was Du erleben mußt. Ist es in Ordnung, wenn ich Deinen Arm berühre? (Nickt zustimmend)

Um Erlaubnis für körperliche Berührung bitten.

P: Meine Kehle ist eng. Ich kann nicht atmen.

T: Mach weiter. Du wirst nicht sterben. Du wirst nicht sterben, gleichgültig, was Dir passiert.

Die letztendliche Angst entkräften.

P: Ich hasse sie (in Tränen ausbrechend). Ich hasse sie!

Wahrscheinlich die Mutter.

T: Es ist in Ordnung, sie zu hassen.

Ihr Gefühl unterstützen.

P: (schluchzend) Ich bin so klein. Wer außer ihr wird für mich sorgen? Aber ich hasse sie.

T: Du hast ein Recht auf Deine Gefühle. Es ist in Ordnung. Du kannst sie hassen. Sie muß für Dich sorgen, egal wie Du empfindest.

Eingehen auf ihre Angst.

P: Aber sie haßt mich. Es fühlt sich an, als ob sie mich haßt.

T: Mach weiter. Fühle einfach, was immer Du fühlst. Was möchtest du ihr sagen?

Konfrontation fördern.

P: Ich spüre, ich muß tun, was sie sagt, aber ich weiß nicht, was sie meint. Ich weiß nie, wann sie anfängt zu schreien. Ich versuche, ein braves Mädchen zu sein, aber es klappt nicht. (Pause)

Das Kind ist in einer Zwickmühle, kann es der Mutter nicht recht machen.

P: Ich fühle mich jetzt älter, aber immer noch hoffnungslos. Meine Panik ist verschwunden, aber mein Hals pocht immer noch.

Symptom noch vorhanden.

T: Vielleicht hast Du nicht sagen können, was Du ihr von Deiner Kehle aus sagen mußt. Laß die Kehle sprechen. Laß sie sagen, was immer sie sagen will!

P: Ich werde sterben.

T: Nein, das wirst Du nicht. Es fühlt sich nur so an. Aber die Kehle muß sprechen. Du hältst sie immer noch zu. Sie muß etwas sagen.

Reframing.

P: Ich kann nicht.

T: Kehle, willst Du mit mir sprechen?

Die Kehle als Ego-State behandeln.

P: (flüsternd) Sie will mich nicht reden lassen.

T: (flüsternd) Oh, sie will Dich nicht reden lassen. Wer ist "sie" - Mary oder Mutter? Flüster - Symbol der Einengung.

P: (flüsternd) Ich weiß nicht.

Wahrscheinlich sowohl Mary wie die introjizierte Mutter.

T: Du kannst es mir zuflüstern. Es bleibt unter uns.
Auf das konkrete Denken eingehen.

P: Ich habe Angst, das Schreien wird mich überwältigen und ich werde verschwinden
 T: Wenn Du könntest, was würdest du zu diesem Schreien sagen?
Das "wenn" schafft Abstand von der Realität.

P: (schreiend) Hör auf! Sei still! Laß mich in Ruhe! (Lauter) Laß mich in Ruhe! Laß mich in Ruhe! (Schluchzend) Ich kann nicht mehr.
Kathartisches Umgehen mit der Frustration und der Verzweiflung.

T: Hör genau zu. Ich möchte, daß Du Dich neben mich wieder an den Bach setzt. (Nickt) Du bist die Kehle, der Teil von Mary, der Angst hat, alles herauszuschreien. Jetzt möchte ich, daß irgend ein anderer Teil von Mary, der bereit ist, der Kehle zu helfen, sich neben sie setzt, so daß sie nicht allein ist.
Es ist an der Zeit, zu dem sicheren Ort zurückzukehren.

Mary beschrieb verschiedene Ego-States - eine Siebenjährige mit Zöpfen, die von der Mutter ausgeschimpft wurde, sie solle nicht so viel essen, weil sie zu dick sei, und eine Dreijährige, die ihre Milch austrinken mußte, bis sie den Aufkleber am Boden des Glases sah. Wenn sie die Milch nicht wollte, würden die Eltern streiten und sich anschreien, der Vater dem Kind recht geben und die Mutter dagegen sein. Die Dreijährige hatte das Gefühl, wenn sie nicht äße, würde sie im Stich gelassen werden, und die Eltern würden sich vielleicht trennen. Mary beschrieb auch einen deprimierten Teenager und eine junge Frau in den Zwanzigern, die Mary innerlich sagt, daß sie der Kehle nicht helfen will, weil sie nicht in diese unglücklichen Kindheit zurückkehren will. Der Therapeut fragte, ob es innen noch jemanden gäbe, der helfen könnte, etwa eine erwachsene Mary.

P: Ja.

T: Nun, ich möchte, daß sie kommt. Jemand muß der Kehle helfen. Die Kehle hat Angst und ist ärgerlich und hat ein Recht, ärgerlich zu sein.
Erlaubnis, ärgerlich zu sein.

P: Ja, das ist in Ordnung, aber - aber es fühlt sich an wie Vernichtung. Es ist noch schlimmer. Es ist ein Gefühl, wie überfallen werden und nie in Ruhe gelassen werden. Im Tod gibt es wenigstens Frieden.
Angst hemmt immer noch die Freisetzung von verdrängter Wut.

T: Wir müssen jemanden finden, der helfen will. Gibt es da drinnen irgendwelche Freiwilligen?
Nach positiven Ressourcen suchen.

P: Niemand will mit dieser Aufgabe zu tun haben, nicht einmal die Therapeutin.
 T: Oh, da gibt es einen Therapeuten-Teil. Therapeutin, ich möchte mit Dir sprechen.
 An dieser Stelle tauchte die Therapeutin auf und erklärte, daß die Ängste zu dem Baby gehören und die Kehle zu der Dreijährigen. Indem sie sich an einen Vorfall mit der Milch und den Aufklebern erinnerte, regredierte die Patientin auf das Alter von drei und schrie die Eltern an:

P: Ich kann Eure Probleme nicht lösen! Könnt Ihr Euch nicht selbst darum kümmern? Ich bin zu klein.

T: (lauter als die Patientin) Ich kann mich nicht um Euch kümmern!
Wiederholung ermutigt größeren Gefühlsausdruck.

P: Haut ab! Laß mich in Ruhe! Ich kann mich nicht um Euch kümmern! Es ist nicht meine Schuld! Es ist Eure Schuld! Ihr habt mich nicht gefüttert! Ihr habt mich nicht gefüttert! (Schluchzt)
Die Kehle ist jetzt mit dem Therapeuten-Teil verbündet und stark genug, den Eltern entgegenzutreten.

Der letzte Ausspruch bezieht sich auf das Gefühl des Babys, und so fand die Erwachsene (immer noch in Hypnose) heraus, daß ihre Mutter sie, wie der Doktor es ihr empfohlen hatte, erst fütterte, wenn es nach einem vierstündigen Schema Zeit dafür war, auch wenn das Baby vor Hunger schrie.

T: Aber weißt Du, was jetzt passiert? Die große Mary füttert alle viel mehr, als sie brauchen. Sie meint es gut. Sie möchte, daß sich das Baby und die Dreijährige besser fühlen. Ich frage mich, wie wir hier so neben dem Bach sitzen, ob wir uns alle in den Arm nehmen könnten. Was meint Ihr? (Pause)

Deutung, wie die Erwachsene versucht, den Hunger des Baby-Ego-States durch dauerndes übermäßiges Essen zu stillen.

P: Die junge Frau füttert jetzt das Baby. Der Teenager schaukelt die Dreijährige und gibt ihr all die Aufkleber, die sie will. Die Siebenjährige ist bei der Therapeutin.
Die Bedürfnisse des inneren Kindes müssen innerlich befriedigt werden.

T: Vielleicht mußt Du sie nicht mehr real mit wirklichem Essen füttern. Was ist mit der Kehle? Kehle, was hast Du zu sagen?

P: Ich traue keinem von Euch. Ihr werdet mich wieder ausschließen.

Jahrelang war die Kehle von den anderen Ego-States zurückgewiesen worden, weil in ihr die verdrängte Wut steckte. Innere Wiederholung der ursprünglichen Haltung der Mutter gegenüber dem Ärger des Kindes.

T: Vielleicht wußten sie nicht, daß es Dich gab. Ich habe jeden eingeladen, herzukommen, der wollte.

P: Sie wollen mich nie. Sie ignorieren mich.

T: Sie wissen nicht, daß Du da bist. Ich denke, es ist an der Zeit, daß Du in die Familie kommst.

Ziel: Integration.

Die Kehle beschrieb sich selbst als zu gemein und gefährlich für die anderen. Der Therapeut deutete diese Eigenschaften um in Ärger und Stärke, Eigenschaften, die für die anderen hilfreich sind. Sie besprechen, wie sie das innere Feuermonster loswerden können.

P: Vielleicht könnte ich Feuer mit Feuer bekämpfen. Würden sie mich dann mögen?

T: Frag sie.

Innerer Dialog.

P: Sie sind begeistert! (Wendet sich an das Feuermönster): Hau ab! Wenn Du noch einmal kommst, werden ich Dich niederbrennen! Verdammt!

T: Du bist stärker als das Feuermönster. (Pause)

P: Das Feuermönster ist bloß noch Asche. Die anderen treten die Asche und lachen.

T: Gut. Dann gibt es nichts mehr, wovor Du Dich fürchten mußt, oder? Vielleicht kannst Du jetzt wählen, was du mit Deinem Eßverhalten anfangen möchtest. Ist das in Ordnung? (Nickt zustimmend)

Schlußinterpretation, um die Vergangenheit mit der Gegenwart zu verknüpfen.

Die Ego-States umarmten sich als eine glückliche, integrierte Familie. Die Patientin wurde aus der Hypnose zurückgeholt, müde, aber erleichtert, und die Enge in der Kehle war verschwunden. Neun Monate später berichtete Mary, daß das Engegefühl nicht wiedergekommen sei und sie langsam an Gewicht abnehme. Gesamte Therapiedauer in diesem Fall eine Stunde.

Literatur

- Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Freud, A. (1926/75). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler. (Orig. 1926)
- Freud, S. (1919). *Wege der psychoanalytischen Therapie* (GW 12). Frankfurt/Main 1987: Fischer.
- Freud, S. (1927). *Nachwort zur Frage der Laienanalyse* (GW 14). Frankfurt/Main 1987: Fischer. (287-296)
- Freud, S., & Breuer, J. (1893). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vorläufige Mitteilung). *Neurologisches Centralblatt*, 12, 4-10. (s.a. GW I, S. 81-98)
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action* (expanded edition). New York: Wiley. (Originally published 1977)
- Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. *Hypnose und Kognition*, 6, 3-20.
- Kline, M. V. (1958). *Freud and hypnosis: The interaction of psychodynamics and hypnosis*. New York: Julian Press.
- Schneek, J. M. (1965). *Principles and practice of hypnoanalysis*. Springfield, Ill.: Thomas.
- Watkins, J. G. (1947). The hypnoanalytic treatment of a case of impotence. *Journal of Clinical Psychopathology*, 8, 453-480.
- Watkins, J. G. (1949). *Hypnotherapy of war neuroses*. New York: Ronald Press.
- Watkins, J. G. (1951). A case of hypnotic trance induced in a resistant subject in spite of active opposition. *British Journal of Medical Hypnotism*, Summer, 1-6.
- Watkins, J. G. (1954). Trance and transference. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 284-290.
- Watkins, J. G. (1963a). The psychodynamics of hypnotic induction and termination. In J. M. Schneek (Ed.), *Hypnosis in modern medicine* (3rd ed., pp. 363-389). Springfield, Ill.: Thomas.
- Watkins, J. G. (1963b). Transference aspects of the hypnotic relationship. In M. V. Kline (Ed.), *Clinical correlations of experimental hypnosis* (pp. 5-24). Springfield, Ill.: Thomas.
- Watkins, J. G. (1967). Hypnosis and consciousness from the standpoint of existentialism. In M. V. Kline (Ed.), *Psychodynamics and hypnosis*. Springfield, Ill.: Thomas.
- Watkins, J. G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.
- Watkins, J. G. (1976). Ego states and the problem of responsibility: A psychological analysis of the Patty Hearst case. *Journal of Psychiatry and Law*, Winter, 471-498.
- Watkins, J. G. (1978). *The therapeutic self*. New York: Human Sciences Press.
- Watkins, J. G. (1979). The theory and practice of ego-state therapy. In H. Grayson (Ed.), *Short term approaches to psychotherapy* (pp. 176-220). New York: Human Sciences Press.
- Watkins, J. G. (1992). *Hypnoanalytic techniques*. New York: Irvington.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1979-1980). Ego states and hidden observers. *Journal of Altered States of Consciousness*, 5, 3-18.

- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1980). *I. Ego states and hidden observers; II. Ego-state therapy: The women in black and the lady in black* (Audio tape and transcript). New York: Norton.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1981). Ego-state therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 252-270). New York: Wiley.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1982). Ego-state therapy. In L. E. Abt, & I. R. Stuart (Eds.), *The new therapies: A source book* (pp. 137-155). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1984). Hazards to the therapist in the treatment of multiple personalities. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 111-119.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1988). The management of malevolent ego states in multiple personalities. *Dissociation*, 1, 67-72.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1990a). Dissociation and displacement: Where goes the "ouch"? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 1-10.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1990b). Ego-state transferences in the hypnoanalytic treatment of dissociative reactions. In M. L. Fass, & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 255-262). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Weiss, E. (1960). *The structure and dynamics of the human mind*. London: Grune & Stratton.

Keywords: psychoanalysis, hypnoanalysis, ego-state-therapy, multiple personality

Summary: With all honor and respect for our psychoanalytic founder, Sigmund Freud, his monumental discovery of the unconscious and the contributions of his associates were accomplished with limited and slow therapeutic techniques. Recent improvements in ego-psychology and object relations theory have improved our understanding of how the human psyche functions. With the abandonment of hypnosis by psychoanalysts a valuable tool for the facilitation of treatment was relinquished. We still have not attained the "10-cent analysis", but psychoanalytic principles, combined with hypnoanalytic techniques, and perhaps with the added concepts of ego-state-theory, may yet lead us to a more efficient therapy, one which will bring the benefit of Freud's discovery to those who are unable to afford classical psychoanalysis.

John G. Watkins, Ph.D., Professor Emeritus
413 Evans St.
Missoula, Montana 59801, USA