

Einige Beispielartikel zur Darstellung hypnotherapeutischer Arbeit.

Patientinnen und Patienten informieren sich am besten über das Buch

Peter, B. (Sept. 2006) Einführung in die Hypnotherapie. Heidelberg: Carl Auer
oder
Kraiker, C. & Peter, B. (Hrsg.) (1998, 5. Auflage) Psychotherapieführer. München: Beck,

Kolleginnen und Kollegen über

Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer

Alle drei Bücher können Sie bestellen über die M.E.G.-Stiftung (www.MEG-Stiftung.de)

1. Klinische Hypnose in der Schmerzbehandlung
2. Symptomsubstitution bei einem Fall von chronischer Migräne
3. "Neukonstruktion der Vergangenheit"

1. Klinische Hypnose in der Schmerzbehandlung

Zusammenfassung: Die Effektivität von Hypnose zur Kontrolle von Schmerzen ist in Untersuchungen gut nachgewiesen. Dies wird anhand einiger Studien aufgezeigt. Es werden dann drei grundlegende Strategien hypnotischer Schmerzkontrolle dargestellt: dissoziative, assoziative und symbolische. Zu den Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung tragen verschiedene Faktoren bei. Diese werden erörtert und die daraus resultierenden Kontraindikationen aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Hypnose, Schmerz, Indikation, Kontraindikation

Hypnosis in the treatment of pain

Abstract: With respect to the potentialities of hypnosis for the treatment of pain relevant studies on hypnotic pain control are referred to. Then three basic strategies of hypnotic pain control are outlined: dissociative, associative, and symbolic strategies. Issues for the limitations of hypnosis are discussed and their contribution to counterindications are outlined.

Key words: Hypnosis, pain, indication, counterindication

Bis zur Einführung des Äthers 1846 und des Chloroforms 1847 war Hypnose eines der wenigen wirksamen Analgetika. Die erste Anästhesie unter Hypnose bei einer Mastektomie ist von 1829 dokumentierte [20]. John Elliotson berichtete 1843 über mehrere unter Hypnose schmerzlos durchgeführte Operationen, ebenso James Esdaile 1846 [9, 14]. Zahlreiche experimentelle und klinische Studien zeigen seitdem, daß Hypnose eine hocheffektive Methode zur Schmerzkontrolle

darstellt [zusammenfassend 5, 10, 13, 15, 23, 41, 42].

Experimentelle Studien zur hypnotischen Schmerzkontrolle

Die Auseinandersetzung um die Natur des hypnotischen Zustandes drehte sich seit den Zeiten Franz Anton Mesmers – also seit Ende des 18. Jahrhunderts – um die Frage, ob Hypnose ein „wirklich veränderter“ Bewußtseinszustand ist oder ob die Probanden bzw. Patienten sich den Effekt nur „einbilden“ oder in gar vorspielen. In Bezug auf Schmerz stellt sich somit die Frage, ob die berichtete Schmerzreduktion nur das Ergebnis von Compliance darstellt oder auf solider physiologischer Basis beruht.

Frühere Labor-Studien zeigten beispielsweise, daß bestimmte physiologische Schmerzparameter wie Herzrate und Blutdruck unter hypnotischer Schmerzkontrolle, d.h. trotz subjektiv berichteter Schmerzreduktion, unbeeinflußt blieben [24, 52]. Dem stehen heute eine Reihe von Untersuchungen entgegen, die nachweisen konnten, daß bei hochsuggestiblen Personen die Amplitude der somatosensorisch evozierten Potentialen (SEP) in verschiedenen Gehirnarealen unter hypnotischer Analgesie signifikant reduziert ist [1, 6, 54, 67] und unter Hyperalgesie erhöht [1, 54]. Helen Crawford und Mitarbeiter [7] wiesen bei erfolgreicher hypnotischer Analgesie eine relative Erhöhung der Durchblutung in präfrontalen Regionen nach. Daß sich unter Hypnose deutliche Veränderungen insbesondere in frontalen Hirnarealen zeigen, hatte schon Henriette Walter [66] festgestellt. Crawford [6, 7] vermutet, daß der frontale Cortex bei hypnotischer Analgesie gewissermaßen „bestimmt“, daß schmerzhafte Reize irrelevant sind, was einen hemmenden Einfluß auf die ankommenden somatosensorischen Reize ausübt. Darüberhinaus konnten Kiernan und Kollegen [30] vor wenigen Jahren zeigen, daß auch periphere Schmerzparameter mit Hilfe hypnotischer Analgesie beeinflußt werden können. In ihrer Untersuchung waren unter hypnotischer Analgesie nicht nur der affektive Schmerzanteil um 40% und der sensorische um 30% reduziert, sondern auch ein spinaler nozizeptiver Reflex signifikant um 20%. Interessant sind in dieser Untersuchung auch die Korrelationen zwischen den einzelnen Komponenten der Schmerzreduktion, denn sie lassen die Aussage zu, daß hypnotische Schmerzreduktion nicht nur Einbildung ist oder die Patienten bloß beruhigt: Die Reduktion des affektiven und sensorischen Anteils der Schmerzwahrnehmung korrelierten mit über 0,8. Je besser also die sensorische Schmerzreduktion, desto ausgeprägter auch die Reduktion der affektive Komponente und umgekehrt. Die Reduktion des spinalen Reflexes korrelierte mit der sensorischen Komponente mit über 0,6 und mit der affektiven Komponente über 0,4 .

Solche Untersuchungen deuten darauf hin, daß die Berichte hypnotischer Versuchspersonen über subjektiv empfundene Schmerzreduktion nicht nur Compliance sind, sondern daß diese Personen von wirklicher Schmerzlinderung berichten, welche das Ergebnis zentraler und – über top-down-Prozesse – peripherer physiologischer Veränderung sind.

Körpereigene Opiate, sog. Enkephaline oder Endorphine, sind an der hypnotischen Analgesie nicht beteiligt. Diese zentralen Neurotransmitter bzw. -modulatoren [3] werden bei Schmerzen u.a. in der Hypophyse gebildet und bewirken eine Abnahme der Schmerzen. Da die Wirkung der hypnotischen Analgesie aber nach Gabe von Naloxon, einem die Wirkung von Endorphinen aufhebenden Morphinantagonisten, aufrechterhalten bleibt [18, 37, 53], wird vermutet, daß Hypnose keinen Einfluß auf die körpereigene Produktion von Endorphinen hat. Dies wird auch von Studien bestätigt, die eine direkte Messung von Plasma-Betaendorphinen als Maß für die Aktivität endogener Opiate vornehmen [8, 21].

Klinische Studien zur hypnotischen Schmerzkontrolle

Schmerzkontrolle war schon immer ein wichtiges Anwendungsgebiete der Hypnose. Es gibt deshalb eine Fülle anekdotischer Fallbeschreibungen und viele beeindruckende klinische Ergebnisse bis hin zu chirurgischen Eingriffe unter hypnotischer Analgesie [34]. Spiegel und Bloom [55, 56] berichteten von der erfolgreichen Kontrolle von Krebschmerzen (und anderen Symptomen wie z.B. Depression und Angst). Syrjala und Kollegen [60] konnten zeigen, daß mit Hilfe von Hypnose die Schmerzeinschätzungen von 45 hämatologischen Krebspatienten während Knochenmarkpunktionen

signifikant reduziert werden konnten; zu ähnlichen Ergebnissen waren auch schon Josephine Hilgard und LeBaron [25, 26] gekommen (vgl. auch die Überblicksarbeiten [16, 42]).

Die Ergebnisse sind verständlicherweise dann weniger eindeutig, wenn es sich um komplexe Schmerzzustände handelt. Dennoch konnten beispielsweise Spinhoven und Linssen [58] in einem Gruppenprogramm 45 Rückenschmerzpatienten in Selbsthypnose unterrichten und erzielten auch in der Katamnese noch stabile Veränderungen (reduzierte Medikation und erhöhte Aktivität).

Für Kopfschmerz und Migräne wird schon seit längerem Hypnose von verschiedenen Autoren als wirkungsvoll beschrieben [17, 33], allerdings sind auch verschiedene Entspannungsverfahren wie autogenes Training, progressive Muskelentspannung oder Biofeedback ähnlich wirksam [50]. Berlin und Kollegen [2] konnten in einer Studie bei 100 von 117 Migränikern die Anfallshäufigkeit von durchschnittlich acht auf drei pro Monat senken und die Schmerzintensität fast halbieren. Keinen Unterschied in der Effektivität von Hypnose und autogenem Training fanden auch Ter Kuiler und Kollegen [62] bei 58 und Spinhoven und Kollegen [59] bei 56 chronischen Kopfschmerzpatienten. Die Ähnlichkeit der Erfolge von Hypnose und autogenem Training mag u.a. darauf zurückzuführen sein, daß das autogene Training in seiner klassischen Form ein hypnoides Verfahren darstellt.

Van der Does und Van Dyck [64] kommen nach einer kritischen Übersicht über 28 klinische Studien zu Verbrennungsschmerzen zu dem Schluß, daß Hypnose bei solchen Patienten die erfolgversprechendste Maßnahme zur Schmerzkontrolle darstellt; gleichlautend positiv sind auch die Ergebnisse von Patterson und Kollegen [38, 39, 40]. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß zur hypnotischen Behandlung von Phantomschmerzen nur einige wenige Fallbeschreibungen vorliegen, nicht aber kontrollierte Studien.

Techniken zur hypnotischen Schmerzkontrolle

Zu den verschiedenen Techniken hypnotischer Schmerzkontrolle liegen inzwischen auch deutschsprachige Arbeiten vor [42]. Vereinfachend kann man unterscheiden zwischen dissoziativen, assoziativen und symbolischen Techniken zur hypnotischen Schmerzkontrolle.

Bei den dissoziativen Techniken geht es darum, den Schmerz abzutrennen bzw. zu isolieren, entweder vom nicht-schmerzenden Rest des Körpers oder von jenem Teil des Bewußtseins, das den Schmerz empfindet und unter ihm leidet. Das bedeutet, die Wahrnehmung des Schmerzes soweit zu verringern oder halluzinatorisch so zu verändern, daß der schmerzende Körperteil als aus dem Körperschema herausgetrennt und isoliert erlebt wird. Dies gelingt noch am ehesten bei Schmerzen in den Extremitäten. Jede Armlevitation (der Arm hebt sich unwillkürlich) bedingt fast automatisch eine deutlich wahrnehmbare Dissoziation des Armes vom Rest des Körpers und hat analgetische Wirkung. Je nach hypnotischer Fähigkeit kann der Patient seinen Körper „vom Hals abwärts einschlafen lassen“ oder „ihn ganz verlassen“. Dies kann so weit gehen, daß er hypnotisch halluziniert, er lasse seinen schmerzenden Körper im Bett liegen und gehe mit einem imaginären heilen Körper in einen anderen Raum, um dort etwas angenehmes zu tun [11]. Die zeitliche Variante dieser Ganzkörperdissoziation ist die Altersregression [43] in eine Zeit, die nicht nur frei von Schmerzen sondern auch in anderer Hinsicht voll angenehmer Erfahrungen war.

Assoziative Techniken sind dann angezeigt, wenn ein Patient nicht dissoziieren kann oder will, beispielsweise weil ihm Dissoziation angst macht. Assoziativ meint hier, daß sich der Patient dem Schmerz zuwendet, was kurzfristig den Schmerz verstärkt und deshalb nicht immer und nicht bei allen Schmerzen und Patienten angewandt werden kann. Insbesondere bei diffus ausstrahlenden Schmerzen ist es manchmal hilfreich, zunächst die Grenzen des Schmerzgebietes genau feststellen zu lassen. Sind einmal diese Grenzen bestimmt, lassen sie sich in der Regel auch verändern; und wenn die Grenzen des Schmerzes variabel geworden sind, so können auch andere Modalitäten des Schmerzes verändert werden. Hier ist es wichtig zu wissen, wie genau der Patient seinen Schmerz repräsentiert, um dann auf eine Veränderung der spezifischen Qualitäten hinarbeiten. Wenn ein Schmerz beispielsweise als spitz und stechend empfunden wird, wird versucht, dieses Spitze abzustumpfen; bei einem ziehenden Schmerz wird die Spannung reduziert, bei einem brennenden Schmerz bringt Abkühlung Linderung etc. Im einfachsten Fall sollte versucht werden herauszufinden,

welche Schmerzqualität das Leiden, den affektiven Schmerzanteil, am stärksten bedingt; gelingt es, diesen „herauszufiltern“, ist der „sensorische“ Rest, vielleicht in Form eines sog. „weißen Schmerzes“ wesentlich leichter zu ertragen.

Mit symbolischer Verarbeitung ist gemeint, daß der Patient den Schmerz als ganzes oder bestimmter Aspekte davon in eine symbolische, intermodal äquivalente Repräsentation umwandelt, d.h. die kinästhetische Empfindung in eine adäquate akustische und/oder visuelle Halluzination überführt. In diesem neuen Bezugsrahmen können in der Regel leichter Veränderungen vorgenommen werden: eine brennende Glut läßt sich zum Verglimmen bringen, ein Sturm ebbt ab, ein tosendes Meer beruhigt sich, etc.

GRENZEN

Hypnose zur Schmerzkontrolle hat auch Grenzen. Einige Faktoren, die zur differentiellen Indikation und Kontraindikation beitragen, sollen kurz dargestellt werden:

- Hypnose als Zustand,
- Hypnotisierbarkeit,
- hypnotischer Rapport,
- Hypnose als Behandlungstechnik und
- Schmerz als multifaktorieller Prozeß.

Hypnose als Zustand

Natürlich hängt die Technik, das Ritual der Hypnose davon ab, was als Hypnose bzw. hypnotische Trance vermittelt werden soll [4]. Hypnose als Zustand hat mehrere Bedeutungen, von denen hier nur Dissoziation, Absorption und Imagination genannt werden sollen sowie die Unwillkürlichkeit als wesentliches Merkmal hypnotischer Reaktionen [47].

Dissoziation meint Abspaltung, Trennung einer vorher zusammengehörigen Einheit im Erleben, Denken oder Verhalten. Bestimmte Imaginationen sind dabei hilfreich, beispielsweise die Vorstellung, daß der schmerzende Körperteil nicht mehr zum Körper gehört oder daß der Patient sich zeitlich und/oder örtlich davon ganz entfernt. Je besser und tiefer sich jemand von einer solchen Vorstellung absorbieren lassen kann, je mehr er seine allgemeine Realitätsorientierung verändern kann, umso wirklicher wird auch sein entsprechendes Erleben sein. Der „Zustand“ der hypnotischen Trance ist nun insofern hilfreich, weil in ihm diese unwillkürlichen Prozesse leichter zu erzeugen sind. Hoppe [27] beispielsweise stellte in seinen Untersuchungen fest, daß jene Schmerzpatienten größeren Erfolg hatten, welche von einer geringeren Wachheit berichteten. Dieses Charakteristikum, daß in einem Zustand hypnotischer Trance die kognitiven und emotionalen Prozesse ohne Anstrengung, d.h. unwillkürlich ablaufen und daß dies mit dem Erfolg korreliert, wird auch in experimentellen Untersuchungen immer wieder bestätigt [22, 36]. Eine dermaßen veränderte Wirklichkeitswahrnehmung, wie sie in hypnotischer Trance vorkommt und bei manchen Schmerzzuständen angezeigt ist, ist aber nicht für alle Patienten indiziert.

Kontraindikation: Zu denken ist hier besonders an jene Personen, welche mit ihren intra- und interpsychischen Grenzen Schwierigkeiten haben, die zwischen innerer und äußerer, zwischen imaginerter und „wirklicher“ Wirklichkeit nur schwer unterscheiden können. Gewöhnlich sind dies Patienten mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dissoziative Techniken sind bei solchen Patienten unangebracht. Ob man andere hypnotische Techniken anwenden kann oder einfach nur Entspannung als Hypnose attribuieren darf, ist im Einzelfall zu entscheiden und hängt von der Erfahrung des Therapeuten ab. Daß man psychotische Patienten von hypnotischer Therapie ausnehmen sollte, muß sicher nicht eigens betont werden.

Hypnotisierbarkeit

In fast allen experimentellen und manchen der angeführten klinischen Untersuchungen korrelierte die Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit der Patienten mit dem Erfolg der hypnotischen Maßnahmen. Eine Reihe von Untersuchungen haben jedoch nachweisen können, daß auch gering Hypnotisierbare einen erheblichen Zuwachs in ihrer Hypnotisierbarkeit erreichen können, wenn sie nur entsprechend trainiert werden [19], und es gibt auch Hinweise, daß gering suggestible Patienten von indirekten Suggestionen durchaus profitieren [61]. Auf einer pragmatischen Ebene kann man sich also darauf einigen, daß Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit sowohl eine stabile Eigenschaft ist als auch eine trainierbare Fertigkeit darstellt und zusätzlich noch von situativen Variablen stark abhängig ist.

Kontraindikation: Zusammenfassend kann man also sagen, daß hypnotische Schmerzkontrolle dann keinen Sinn macht, wenn die Hypnotisierbarkeit zu gering ist, wenn also die Fähigkeit zur Imagination, Konzentration und Absorption zu wenig ausgeprägt ist. Bestimmte Bedingungen wie beispielsweise medizinische Notfallsituationen können geringe Suggestibilität jedoch steigern.

Hypnotischer Rapport

Die therapeutische Beziehung, die in der Hypnose traditionellerweise Rapport genannt wird, spielt natürlich eine wesentliche Rolle. Der amerikanische Psychiater Milton H. Erickson, gewissermaßen der Vater der modernen Hypnose, und seine Schüler haben eine Reihe von Prinzipien und Techniken entwickelt, die es erleichtern, Rapport herzustellen und zu halten. Daß jenseits dieser technischen Pragmatik auch Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene eine Rolle spielen [45], erscheint dann plausibel, wenn man bedenkt, daß die Aufnahme- und Reaktionsbereitschaft des Patienten in Trance gerade für para- und nonverbale Signale des Therapeuten intensiviert ist. In manchen Fällen, so könnte man behaupten, findet der eigentliche Prozeß der Suggestion, d.h. der Vermittlung von bestimmten Gedanken, Meinungen und Überzeugungen, ganz wesentlich auf einer nicht-sprachlichen Ebene statt.

Kontraindikation: Rapport ist Interaktion und verlangt deshalb die bewußte und unbewußte Kooperation des Patienten. Unrealistische oder zu hoch gespannte Erwartungen können dies verhindern. Zu den unrealistischen Erwartungen zählt beispielsweise die Überzeugung, selbst in aussichtslosen Krebsfällen sei noch Heilung möglich, wie auch die Meinung, durch Hypnose allein müsse vollkommene und dauerhafte Anästhesie erreicht werden. Auch eine rein passiv-rezeptive Grundhaltung ist kontraindikativ, insbesondere dann, wenn eine kontinuierliche autohypnotische Mitarbeit verlangt wird.

Hypnose als Behandlungstechnik

Die hypnotischen Techniken sind heute im Vergleich zu früher wesentlich variabler und flexibler [4]. Die Palette reicht von dem traditionellen, direkten Fixationsritual bis hin zu dem verdeckten und indirekten Vorgehen bei eingestreuten Suggestionen [12, 27], die als Hypnosetechnik kaum mehr zu identifizieren sind [51]. Es ist nun aber nicht beliebig, welche Technik zum Einsatz kommt.

Kontraindikation: Direkte Techniken erfordern in der Regel eine eher gute bis sehr gute Hypnotisierbarkeit und würden bei weniger gut Hypnotisierbaren schon in der Induktionsphase leicht zu Mißerfolgen führen, die dann auf die gesamte weitere Behandlung generalisieren könnten. Geringsuggestible Patienten sind erfolgreicher mit indirekten Techniken zu behandeln; bei Hochsuggestiblen ist es relativ gleichgültig, ob eher direkte oder indirekte Techniken angewandt werden.

Es gibt allerdings Hinweise, daß allein schon die Attribuierung einer mit Entspannung und/oder Imagination arbeitenden Technik als hypnotisch ausreicht, um den Behandlungserfolg zu verbessern, im Vergleich zu der gleichen Technik, die nicht explizit als Hypnose bezeichnet wird [68]. Da es in vielen Fällen wie beispielsweise bei Kopfschmerzen und Migräne offensichtlich keinen wesentlichen Unterschied macht, ob man entsprechende Analgesiesuggestionen nach einer Entspannungs- oder nach einer expliziten Hypnoseinduktion gibt, sollte diese einfache Möglichkeit der Attribuierung öfters benützt werden. Man muß sich nur darüber im klaren sein, daß Entspannung allein bei vielen Schmerzen bei weitem nicht hinreichend ist.

Zwischen den expliziten, direkten oder gar autoritativen Techniken, wie sie manche Patienten vielleicht aus Bühnenhypnosen kennen und nun auch in der Therapie erwarten, und den sehr indirekten, permissiven oder gar verdeckten Techniken der sog. Ericksonschen Hypnose gibt es aber immer noch die breite Palette jener auf Entspannung beruhenden imaginativen Vorgehensweisen, die den Patienten mit geringen Variationen leicht als hypnotisches Ritual „verkauft“ werden können. Da in vielen Fällen allein die entsprechende Attribution als Hypnose die Effektivität eines Verfahrens nachgewiesenermaßen deutlich erhöht, sollte man auf diese einfache Variante nicht leichtfertig verzichten.

Abb.: Die Attribuierung als Hypnose erhöht die Effektstärke der Therapie (nach Kirsch, 1996)

Art der Behandlung	Effektstärke
Placebo	0,63
Psychodynamische Therapie	0,74
Kognitive Verhaltenstherapie	1,18
Psychodynamische Therapie + Hypnose	1,82
Kognitive Verhaltenstherapie + Hypnose	2,55

Schmerz als multifaktorieller Prozeß

Schmerz ist ein multifaktorielles Phänomen, das hinsichtlich Ätiologie, Krankheitsgewinn und psychodynamischen Bedeutung oder systemischen Funktion sehr unterschiedlich sein kann [32] und bedarf deshalb auch unterschiedlicher Behandlungen.

Seit sich Hypnose nicht mehr als reine Suggestivtherapie versteht, kann man vereinfachend zwischen symptomorientierter und problemorientierter Hypnose bzw. Hypnotherapie [29] unterscheiden. Symptomorientierte Hypnose ist dann angebracht, wenn es sich um einen akuten Schmerz handelt, die Verursachung klar und dem Patienten einsichtig ist, der Krankheitsgewinn gering oder gar nicht vorhanden ist und die systemische Verflechtung niedrig. Die hypnotische Analgesie kann sich dann direkt auf das Symptom konzentrieren und muß übliche psychotherapeutische Aspekte wie etwa verdrängte Ätiologie, Psychodynamik, Übertragung und Gegenübertragung nicht primär in Betracht ziehen.

Kontraindikation: Ganz im Gegensatz dazu verbietet sich symptomorientierte Hypnose etwa dann, wenn das Schmerzsyndrom das einzig stabile Element einer ansonsten instabilen Persönlichkeitsstruktur zu sein scheint. Zwecklos wäre symptomorientierte Hypnose ebenfalls dann, wenn der Krankheitsgewinn erheblich ist und, wie etwa bei Renten neurosen, durch den Therapieerfolg massiv gefährdet wäre.

In all diesen und ähnlichen Fällen sowie bei vielen chronischen Schmerzzuständen unklarer Genese ist eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt, in der natürlich auch hypnotische Techniken und hypnotische Trance eine Rolle spielen können. Im Zweifelsfalle kann man durchaus symptomorientiert beginnen und bei Mißerfolg auf die Notwendigkeit einer problemorientierten Therapie verweisen.

Schlußbemerkung

Die Erwartungen an die Effektivität hypnotischer Schmerzkontrolle sollten realistisch sein und von den Therapeuten auch vernünftig vermittelt werden. Hypnotische Schmerzkontrolle ist manchmal kontraindiziert, in vielen Fällen von einer notwendigen Bearbeitung der zugrundeliegenden Problematik nicht zu lösen und ersetzt bei einigen Schmerzzuständen auch nicht die geeignete Medikation. Wohl aber kann sie oft die analgetische Medikation erheblich verringern und manchmal

sogar ganz ersetzen. Leider sind die kostensparenden und nebenwirkungsfreien Möglichkeiten hypnotischer Schmerzkontrolle bei weitem noch nicht erkannt und genützt.

2. Symptomsubstitution bei einem Fall von chronischer Migräne

Zusammenfassung: Es wird die insgesamt 5 Sitzungen dauernde psychotherapeutische Behandlung einer 45jährigen verheirateten Frau beschrieben, die seit 10 Jahren unter chronischen Migräneattacken mehrmals pro Woche litt. Nachdem verschiedene Interventionsversuche mißlungen waren, führte schließlich eine geplante Symptomsubstitution zum Erfolg. In der Diskussion wird insbesondere auch auf das Thema der subliminalen Wahrnehmung eingegangen.

Abstract: The author describes the five-session treatment of a 45 years old married woman with a 10-year history of chronic migraine headaches several times a week. After the failure of several interventions finally a planned symptom substitution was successful. In the discussion the topic of subliminal perception is particularly emphasized.

Keywords: hypnosis, migraine headache, symptom substitution

Die 45jährige Patientin leidet seit 10 Jahren unter rechtsseitigen Migräneattacken mehrmals pro Woche. Sie ist eine attraktive, sehr selbstsicher auftretende und doch recht sensibel wirkende Frau. Ihre Migräneanfälle haben angefangen, nachdem sie mit ihrem Mann aus einer Großstadt aufs Land gezogen ist. In dieser Großstadt habe sie sich beruflich ein zufriedenstellendes und erfülltes Leben aufgebaut, welches durch den Umzug abrupt unterbrochen worden sei; dieser, bedingt durch eine berufliche Veränderung ihres Mannes, sei gut besprochen, durchdacht und von ihr voll akzeptiert worden. Auch in ihrem neuen Umfeld hatte sie sich ohne größere Schwierigkeiten integriert, wieder Freunde und Arbeit gefunden. Beeinträchtigt sei sie nur durch die seitdem bestehenden Migräneanfälle.

Mein Versuch, näher auf diesen von ihr vorgebrachten zeitlichen Zusammenhang einzugehen, erbrachte keine weiteren verwertbaren Informationen: sie habe eine gute Ehe geführt und tue dies auch weiterhin; dies zeige sich ja schon daran, daß ihr Mann mit ihr den geplanten Umzug ausführlich erörtert habe und sie auch zugestimmt habe im vollen Bewußtsein dessen, was sie tue und riskiere. Das Leben sei nun zwar etwas verändert, auch beschwerlich wegen der größerern Entfernung zur Arbeit; außerdem sei sie nun etwas einsamer, d.h. öfters allein - aber eine gute Beziehung müsse das vertragen.

Damit waren auch alle möglichen weiteren Fragen meinerseits nach der Art und den Besonderheiten ihrer Beziehung hinfällig, es sei denn, ich hätte insistiert und wäre damit Risiken hinsichtlich der therapeutischen Beziehung eingegangen. Ich konzentrierte mich daher auf das Symptom und versuchte, genauere mikrodynamische Informationen zu erhalten: Wo und wie genau beginnt eine Attacke, was geht ihr voraus, wie breitet sie sich aus, bis sie ihre volle Stärke erreicht; was genau sind die Reaktionen der Patientin und die ihrer Umwelt während dieser Sequenz und danach etc. Diese Exploration erbrachte auch wenig bis auf die Beschreibung typischer Verhaltensweisen von Migränepatienten während eines schweren Anfalles, nämlich sich im Extremfall hinzulegen und sich gegen alle externen, visuellen und akustischen Stimuli abzuschirmen.

Nachdem auch diese übliche Exploration wenig weitere Informationen ergeben hatte, bat ich die Patientin, in Trance zu gehen und nun in der Stunde (es war die zweite Sitzung) einen milden Migräneanfall entstehen zu lassen, nicht zu stark aber auch nicht zu leicht, gerade so, daß sie genau beobachten und studieren könne, was eigentlich dabei passiere. Es war für sie offensichtlich nicht schwer in Trance gehen (sie hatte sich auch mit dem expliziten Wunsch nach Hypnose an mich gewandt), denn es bedurfte meinerseits nur wenig Unterstützung, um zunächst eine allgemeine körperliche und geistige Ruhe herbeizustellen und danach Lidschluß und Armlevitation zu induzieren. Auch der Gedanke an einen milden Migräneanfall bzw. meine diesbezügliche Bitte schien sie nicht sonderlich zu beunruhigen, vielleicht auch deshalb, da ich des langen und breiten darüber geredet hatte, daß es in Trance gut möglich sei, körperliche Veränderungen auch symptomatischer Art nicht nur zu erzeugen, sondern auch zu beeinflussen und zu kontrollieren. In Trance könne sie die Erfüllung der von mir gestellten Aufgabe voll und ganz den unbewußten Fähigkeiten ihres Körpers

und ihres Geistes überlassen und so brauche sie sich bewußt überhaupt nicht mehr anzustrengen. Ich erklärte ihr, daß sie nichts aktiv unternehmen, sondern nur passiv beobachten solle, was genau geschehe, bevor nun früher oder später die Schmerzen in sehr milder Form begännen; sie solle ganz genau aufpassen, an welcher Stelle ihres Kopfes die ersten Veränderungen gleich welcher Art beobachtbar seien und in welcher Richtung sie sich ausbreiten würden.

Es dauerte eine Weile; währenddessen beobachtete ich sie still und bemerkte dann eine leichte Veränderung im Bereich der Wangenmuskulatur an der mir zugewandten rechten Gesichtshälfte. Später kam sie aus der Trance und meinte, nun seien die Schmerzen deutlich aber in erträglichem Maße vorhanden und sie habe auch bemerkt, welche Veränderungen davor geschehen: Zuerst würde sie die Zähne aufeinanderbeißen; sie habe genau gespürt, daß dies geschehe; dann würde sich die Spannung in den Wangen über die Schläfen hinaus in den rechten temporalen Bereich ihres Schädels fortsetzen. Zunächst sei dort also nur Spannung und ein merkwürdiges Gefühl, welches sie nicht näher beschreiben könne und kurz danach würden dann die Schmerzen beginnen.

Ich dankte und gratulierte ihr für ihre präzisen Beobachtungen. Diese, insbesondere der Beginn in form einer Anspannung in der Wangenmuskulatur, gaben mir natürlich wieder Anlaß, an den Wegzug aus der Großstadt und eine eventuelle Partnerschaftsproblematik zu denken; und so fragte ich sie zunächst, ob sie sich dieses Phänomen in den Wangen und das Zähneaufeinanderbeißen erklären könne. Sie antwortete klar mit nein, fügte aber hinzu, es sei normal, daß im Leben nicht alles immer den eigenen Wünschen entsprechend verlaufen könne; man müsse solche Sachen klar durchdenken, durchsprechen und sich dann entscheiden. Ich akzeptierte dies als kluge und vernünftige Einstellung, hätte aber noch gerne gewußt, ob ihr Körper dies auch so sehe und dem zustimme: Wenn ja, würde sich nun die linke Hand heben, wenn nein, würde die Rechte hochgehen. Nach einer Weile hob sich die rechte Hand, was ich damit kommentierte, daß diese Hand nun gewissermaßen dem Verstand irgendwie mitteilen könne, was gegen eine solche Einstellung und das daraus resultierende Verhalten einzuwenden wäre. Die rechte Hand würde sich nun weiter heben bis hoch zum Gesicht und in dieser Zeit ihre Meinung "mitteilen". Nachdem die Hand die rechte Wange berührt hatte, fragte ich die Patientin, was sie erfahren habe. Nichts Konkretes, antwortete sie, nur, daß etwas nicht ganz in Ordnung sei.

Zu meiner Hausaufgabe, bis zur nächsten Stunde mögliche Migräneattacken genau zu studieren hinsichtlich dessen, wie sie sich davor fühle, was sie denke oder was sonst geschehe bei ihr selbst, in ihrer Beziehung und in der Familie, konnte sie zwei Wochen später nichts Präzises berichten, außer daß sie das in der letzten Sitzung entdeckte Reaktionsmuster auch zuhause beobachten konnte. Spezielle Auslöser interner oder externer Natur habe sie nicht feststellen können. Weitere Fragen meinerseits erbrachten nichts Neues und so veränderte ich meine bisherige Strategie, nach Stimulusbedingungen und nach Konsequenzen zu suchen, um diese zu verändern. Stattdessen wollte ich versuchen, eine Veränderung in der Reaktionsart zu bewirken und begann zunächst bei dem Reaktionsmuster selbst. Sie solle nun in Trance gehen und wieder eine ganz milde Form der Attacke entstehen lassen, damit wir untersuchen könnten, an welcher Stelle sie die Reaktionskette Wange-Schläfe-temporaler Teil-ganze rechte Schädelhälfte unterbrechen könne. Dieses Mal ließ ich mir von ihr verbal genau beschreiben, welche Empfindungen sie im einzelnen hatte. Insbesondere fragte ich sie, ob es einfacher sei, die Spannung im Übergang von Wange zur Schläfe, von der Schläfe zum Temporalbereich oder von dort zum Hinterkopf zu stoppen. Erwartungsgemäß berichtete sie, daß es am einfachsten sei, die Spannung gleich in der Wange zu reduzieren und daß es danach immer schwieriger werde. Nach der Trance stellte sie noch fest, daß sie dies auch in den letzten zwei Wochen schon gemerkt habe, daß sie die Attacke gleich in ihrem Anfangsstadium unterbrechen oder zumindest ihren weiteren Verlauf lindern könne, wenn sie es nur rechtzeitig merke. Dies würde aber große Konzentration erfordern, welche im Alltag nicht immer aufzubringen sei.

Dies leuchtete mir ein und so mußte ich noch einen Schritt weitergehen: Für die nächste Stunde nahm ich mir vor, nach einem Substitut für diese Migränereaktion zu suchen, und wenn möglich zu etablieren. In der nächsten Stunde bat ich sie, wieder in Trance zu gehen, diesmal aber sehr langsam, sorgsam und gründlich; je tiefer und gründlicher, um so höher werde sich die rechte Hand heben. Es geschah tatsächlich sehr langsam; um einerseits diese lange Zeit zu überbrücken und andererseits Ideen zu säen und das Reaktionspotential für die geplante Substitution zu erhöhen,

erzählte ich in allgemeiner Form wie auch an konkreten Beispielen, wie Symptome sich verwandeln können in andere oder durch andere gänzlich ersetzt werden. Lang und breit erging ich mich darin, wie man "den Teufel durch den Beelzebub austreibt" con variationi; man müsse nur darauf achten, daß der Beelzebub einem zu Diensten sei bzw. daß man dessen Teufeleien gut akzeptieren oder tolerieren könne. Als ihre Hand nach sehr langer Zeit die rechte Wange erreicht hatte, meinte ich, nun sei es an der Zeit, nach einem vollgültigen Ersatz für ihre Migräne zu suchen. Da jedoch weder sie noch ich alle dazu nötigen Informationen besäßen, mußten wir diese Aufgabe nolens volens ihrem Unbewußten, oder besser dem Bewußtsein ihres Körpers überlassen, und wir könnten nur beurteilen, ob das gefundene Substitut in jeder Hinsicht und für alle Beteiligten zufriedenstellend sei. In dem Maße wie ihr Arm nun wieder sinken würde, würden alle inneren Ressourcen mobilisiert, um diese Aufgabe zu erledigen. Ich war nun still und der Arm senkte sich ebenso langsam, wie er sich vorher erhoben hatte. Zunächst war auch die Patientin ganz still, so als würde sie sehr konzentriert nach innen hören. Erst als sich der Arm der Armlehne näherte, kam Bewegung in ihre Mimik und in ihre Augen hinter verschlossenen Lidern. Schließlich lag der Arm auf der Lehne, sie öffnete langsam die Augen, schaute nach rechts unten auf ihren Arm und meinte dann, dies sei merkwürdig: Sie habe ein ganz komisches, nicht näher beschreibbares Gefühl in ihrem rechten Ellbogen; es sei so etwas wie Druck oder Spannung innen vom Ellbogen ausgehend, täte nicht weh, sei aber sehr komisch.

Natürlich dachte ich nun daran, den symbolischen Wert dieser Parästhesie zu diskutieren, verzichtete aber darauf aufgrund der Erfahrungen der ersten Stunden. Stattdessen bat ich sie nur, nochmals in Trance zu gehen und diesmal die Migräne etwas deutlicher werden zu lassen, denn: Wenn diese Parästhesie im Arm ein vollgültiger Ersatz für eine Attacke sei, dann müßte statt ihrer nun das merkwürdige Gefühl im Ellbogen stärker werden und das Bewußtsein ihres Körpers könne nun lernen, immer dann mit dem Ellbogen zu reagieren, wenn - auch noch außerhalb ihres bewußten Gewahrseins - ihre Wangenmuskulatur sich anzuspannen begänne.

Die Patientin ging nun wieder in Trance; äußerlich sichtbar geschah nichts weiter und nach einer Weile sagte sie mit leiser Stimme: Ja, das geht. Mit der Bemerkung, daß nun ja klar sei, was nötig und hilfreich ist, entließ ich sie und bestellte sie auf einen neuen Termin einige Wochen später. Hier berichtete sie dann, daß seitdem keine Migräneattacke mehr aufgetreten sei, sondern des öfteren diese Parästhesie im rechten Ellbogen. Ich machte noch einen letzten vorsichtigen und eher zögerlichen Versuch, über ihre Ehe und ihre Lebenssituation zu reden, was sie aber elegant abbog. Drei Jahre später traf ich sie zufällig wieder und fragte nach: Ihre Migräne sei seit damals verschwunden, sagte sie lächelnd; sie machte auch sonst einen sehr zufriedenen und gelösten Eindruck auf mich.

Einige Anmerkungen zu diesem Fall

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, daß nicht viele psychosomatische Fälle so einfach verlaufen. Den Schwerpunkt therapeutischer Interventionen kann man bei dieser und ähnlicher Symptomatik ganz unterschiedlich setzen: Klassisch verhaltenstherapeutische Interventionen beginnen zunächst bei der Exploration der Stimulus- und Konsequenzbedingungen; auch ich versuchte zunächst, die Stimuli, welche die Reaktion kontrollierten, sowie die näheren und weiteren Kontextbedingungen, d.h. auch die Konsequenzen zu eruieren, stieß dabei aber auf den entschiedenen und klar formulierten "Widerstand" der Patientin. Eine potentielle systemische und/oder psychodynamische Funktion der Symptomatik konnte ich daher nur vermuten, denn auch in Trance zeigte die Patientin keine Bereitschaft, auf meine diesbezüglichen vorsichtigen Fragen näher einzugehen. Ein system- oder psychodynamisch orientiertes weiteres Vorgehen war damit ausgeschlossen. Gewiß hätte man sich aufgrund von Vermutungen auch strategische Interventionen ausdenken können; ich zog es aber vor, zunächst die einfachere verhaltenstherapeutische Intervention des Unterbrechens der Reaktionssequenz auszuprobieren, was in einem Zustand der Trance, nicht aber im Normalzustand und vor allem nicht im Alltagsleben gelang. Ein Biofeedback-Training wäre in diesem Zusammenhang wohl angezeigt gewesen und war auch diskutiert worden, stieß jedoch ebenfalls bei der Patientin auf Ablehnung, denn dies hätte ja ebenfalls, zumindest in der Akquisitionsphase, spezielle Aufmerksamkeit erfordert. Also benutzte ich schließlich die den Hypnotherapeuten vertraute Intervention der Symptomsubstitution; hierbei wird angestrebt, zunächst ein ganz neues sekundäres Symptom aufzubauen unter Außerachtlassung des primären. Die kognitiven Prozesse, die schließlich über den Umweg dieses artifiziellen Symptoms zu einer Reduzierung des primären führen, wären

wert, genauer untersucht zu werden. Dies will ich hier aber zurückstellen und mich einem anderen Aspekt zuwenden, der mir am Beispiel dieser Migränepatientin genauso interessant erscheint: Dem Aspekt der subliminalen Wahrnehmung in seiner Bedeutung für die Pathogenese wie auch für die Planung der Intervention.

Kenneth Bowers (1984) unterscheidet klar zwischen Stimuli, welche bewußt nicht wahrgenommen werden, da sie unterhalb der Wahrnehmungsschwelle liegen (dies ist das Gebiet der klassischen Forschung bezüglich subliminaler Wahrnehmung), und solchen, welche zwar wahrnehmbar sind, in ihrer Bedeutung und in ihrem Einfluß auf das Verhalten aber nicht entsprechend erkannt oder gewürdigt werden. Schon Nisbett und Wilson (1977) haben darauf hingewiesen, daß Menschen sich wegen fehlender Introspektion verhaltenssteuernder Determinanten nicht gewahr sein können. Bezogen auf meine Patientin möchte ich dies dahingehend erweitern, daß sich Menschen bestimmter Determinanten ihres Verhaltens - und schließlich auch ihrer Symptome - oft nicht gewahr sein wollen - eine Behauptung, der sicher viele klinisch tätige Kolleginnen und Kollegen zustimmen werden. Anzuerkennen, daß ihre Migräne in irgendeinem Zusammenhang mit dem Wegzug aus der Großstadt aufs Land und/oder mit ihrer Partnerschaft stehen könnte, hätte für meine Patientin bedeutet, die rationale Fundiertheit dieser spezifischen Entscheidung und eventuell auch ihre Partnerschaft hinterfragen zu müssen. Dies wollte sie - zumindest zu diesem Zeitpunkt - ganz explizit nicht und lehnte daher auch alle Interventionen ab, welche dies direkt erfordert oder auch nur indirekt impliziert hätten. Die Intervention der Symptomsubstitution dagegen war in dieser Hinsicht völlig ungefährlich: Sie nahm den Schmerz, beließ in der Parästhesie jedoch einen deutlich wahrnehmbaren Hinweisreiz, daß das Problem als solches nun nicht gelöst war, daß die symptomproduzierenden Determinanten also noch weiter bestanden.

Da in manchen Fällen Probleme besser gelöst werden können, wenn der sekundäre Streß gelindert ist, der durch das primäre Symptom erzeugt wird, erscheint die Technik der Symptomsubstitution zumindest eine ideale Zwischenlösung zu sein, Therapien effektiver und kürzer zu gestalten - vorausgesetzt, der Patient ist in der Lage, seine zugrundeliegende Lebenssituation im Laufe der Zeit auch alleine zu lösen. Genau dies scheint bei meiner Patientin tatsächlich der Fall gewesen zu sein, wie die Katamnese nach drei Jahren gezeigt hat. Anders jedoch schaut es bei den Patienten aus, die zum Therapeuten mit der grundsätzlichen Einstellung kommen: "Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht naß!" Gerade die Wahl hypnotherapeutischer Techniken ist also in hohem Maße von den verschiedensten Variablen abhängig und sollte sehr sorgsam getroffen werden.

3. "Neukonstruktion der Vergangenheit"

Ein ganz wesentlicher Aspekt dieses konstruktiven Prinzips der Hypnotherapie wird deutlich, wenn man die Möglichkeit der „Neukonstruktion der Vergangenheit“ betrachtet, die bei manchen – nicht bei allen – Patienten und Patientinnen möglich ist. Es handelt sich dabei um einen nachträglichen Erwerb von Wissen und Einsichten, eine nachträgliche Korrektur oder Modulation von Affekten, oder ein nachträgliches Handeln, das in der damaligen Situation nicht möglich gewesen war – aber so, als würde es tatsächlich in der Originalsituation stattfinden. Bildhaft gesprochen geht der Patient oder die Patientin mit dem Therapeuten in einer hypnotischen Altersregression zurück in eine oder verschiedene Situationen seines Lebens, exploriert die Gegebenheiten, sucht nach Ressourcen und bemüht sich, eine Lösung zu finden, wo damals keine war. Rational gesprochen handelt es sich um eine Veränderung der heutigen Repräsentationen der Vergangenheit. Subjektiv bedeutet dies oft eine dramatische Veränderung der konkreten Wirklichkeit eines Menschen, denn die wirklichkeitsschaffenden und überzeugenden Qualitäten der hypnotischen Trance, die bei der Suche nach der historischen Wahrheit behindern, sind hier geradezu erwünscht.

Als Beispiel für eine solche „Neukonstruktion der Vergangenheit“ soll die Behandlung einer 35jährigen Frau dienen, welche wegen Fettsucht in Behandlung kam. Die Exploration erbrachte erst nach und nach, daß sie sich seit Jahren ausschließlich von Schokolade, Kuchen, Torten und anderen Süßigkeiten ernährte. Zudem war sie extrem sparsam, ohne dies jedoch so zu empfinden; sie hatte sich z.B. abgewöhnt, ihr Zimmer im Winter zu heizen. Wenn sie von der Arbeit nach Hause kam, legte sie sich ins Bett, las Bücher und aß nebenher Süßigkeiten. Ihre sozialen Kontakte waren auf ein

Minimum beschränkt und obwohl sie sich danach sehnte, war sie noch nie mit einem Mann längere Zeit befreundet gewesen.

Nach einer Tranceinduktion fragte ich sie nach dem wirklichen Grund ihrer ungewöhnlichen Eß- und Lebensgewohnheiten. In einer spontanen Altersregression antwortete sie mir mit der Stimme eines kleinen Mädchens, sie sei mit einem großen Stück Kuchen in ihrem Zimmer eingesperrt. Genaueres Nachfragen ergab, daß ihre Eltern tagsüber voll beschäftigt waren und sie immer in die Obhut eines Kindermädchens gegeben hatten. Dieses ließ jedoch öfters ihren Freund kommen oder vernachlässigte auch sonst ihre Pflichten. Die einfachste Möglichkeit, von ihr, der Kleinen, Ruhe zu haben, war offensichtlich, sie einzusperren und mit Süßigkeiten zu beruhigen.

Die nun folgenden 35 Stunden der Behandlung verliefen alle nach dem gleichen Muster: Sie kam, und wir wechselten ein paar alltägliche Sätze über das Wetter, aktuelle Ereignisse oder andere Belanglosigkeiten. Auf meine beiläufige Bemerkung hin, sie solle es sich doch bequem machen, ging sie spontan in Trance und regredierte in ein Alter von ca. vier bis sechs Jahren. Am Ende der Stunde weckte ich sie auf, indem ich den Gesprächsfaden des Stundenanfangs wieder aufnahm, und wir machten noch ein wenig Konversation. In der Altersregression war ich für sie nicht mehr Therapeut, sondern eine nicht näher definierte Person, mit der sie sich freundschaftlich unterhalten konnte. So überlegten und beratschlagten wir, was sie in ihrer mißlichen Lage des Eingesperrtseins am besten tun könne. Viele Vorschläge ihrerseits wurden diskutiert und viele Möglichkeiten erwogen, als nutzlos erkannt und wider verworfen, bis sie schließlich das Bedürfnis hatte, das Kindermädchen zu bestrafen. So diskutierten wir mehrere Möglichkeiten einer effektiven Strafe: sie bei den Eltern verpetzen, trotzig sein, ihr gegen das Schienbein treten, laut schreien etc. Dies alles wurde als wenig erfolgversprechend verworfen. Schließlich kam uns die Idee, sie könnte das Kindermädchen in ihr Zimmer locken und es zum Süßigkeitenessen animieren. Gesagt, getan. Als das Kindermädchen jedoch satt war und wieder gehen wollte, wurde es eingesperrt mit der Ankündigung, daß es nicht eher rausgelassen werde, als bis es den ganzen Kuchen, die ganze Torte und alle Schokolade aufgegessen hätte. Diese Prozedur wurde solange wiederholt, bis das Kindermädchen richtig dick und fett war. Erst jetzt schien das Rachebedürfnis des kleinen Mädchens gestillt und es konnte natürliches Mitgefühl entwickeln, als es sah, wie das Kindermädchen wegen seiner Unförmigkeit unglücklich war, darunter litt, daß sein Freund weggelaufen war, und wie die anderen es verächtlich anschauten. Dem kleinen Mädchen wurde klar: Sein Kindermädchen mußte dringend abnehmen und wieder normale Sachen essen, um wieder einen Freund zu bekommen und von anderen wieder geachtet zu werden. Aber wie? Ich glaube, wir haben alle Möglichkeiten besprochen, die die Verhaltenstherapie für Fettsüchtige anzubieten hat – natürlich in einer Form, wie es ein etwa 5jähriges Mädchen versteht. Das Kindermädchen entwickelte nämlich all die Widerstände, die üblich sind, wenn jemand gewohnt ist, gern viel und vor allem Süßes zu essen. Aber das kleine Mädchen hatte auch eine sehr große Motivation aus seinem Mitgefühl heraus und – unausgesprochen – vermutlich auch wegen seines schlechten Gewissens. Etwa zwei Drittel der 35 Behandlungsstunden beschäftigten wir uns damit, das Kindermädchen effektiv zu behandeln und fanden trotzdem leider keine Möglichkeit, es abzuspecken, ohne daß es tatsächlich bestimmte Dinge tun mußte, wie z.B. weniger und vor allem normal essen.

So schwierig die Behandlung des Kindermädchens war, so einfach lief sie bei der 35jährigen Frau: Ohne daß wir je direkt darüber gesprochen haben, war sie normalgewichtig geworden, heizte ihr Zimmer, aß in Gaststätten oder kochte sich selbst etwas, lud Bekannte zum Essen ein und ließ sich einladen. Ein halbes Jahr später bekam ich von ihr einen Brief aus Griechenland, wo sie mit ihrem Freund Urlaub machte, den sie nach Ende der Therapie kennengelernt hatte.