

22.11 Trauma und Traumafolgestörung

Gisela Perren-Klingler

Definition und Beschreibung

Das Wort Trauma wird benutzt für ein Gewaltereignis (»kritisches Ereignis«), das Menschen unvorhergesehen und plötzlich trifft und bei dem die Betroffenen hilflos sind. Nach Definition des »Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen« (DSM-IV; Sass, Wittchen u. Zaudig 2001) muss das Ereignis außerhalb der Norm liegen, was auch eine soziale und politische Sichtweise ermöglicht. Ein solches Ereignis mobilisiert die adaptive Fähigkeit jedes Menschen, alles biologisch Mögliche an Ressourcen einzusetzen, um zu überleben.

Dieser Prozess wird durch die Konzepte zu Stressreaktionen ausführlich beschrieben. Stress bewirkt bei jedem Menschen eine *Überlebenstrance*: Die Aufmerksamkeit ist fokussiert (bis hin zum Röhrensehen, »Tunnelblick«), der Körper ist suggestibel – hochgra-

dig angespannte Muskulatur –, und die somatische Sensibilität und Emotionen sind dissoziiert. Diese spezielle Trance ist funktional und automatisch, sie ermöglicht das Überleben. Und als Therapeuten haben wir immer mit Überlebenden zu tun, denen es also gelungen ist, sich zu retten.

Die beobachtbaren Stressreaktionen und ihr Nachhall bewirken bei allen Helfern, die nachher mit diesen Menschen zu tun haben, eine automatische, unwillentliche eigene Trance, in der sie mit dem anderen mitleiden. So muss bei allen präventiven oder therapeutischen Interventionen mit Überlebenden (in allen Zeitfenstern) die therapeutische Empathie (Gegenübertragung, Bonding usw.) vom Intervenieierenden bewusst gesteuert werden.

Neurobiologische Grundlagen

Lange Zeit wurde in der DSM-Beschreibung hauptsächlich auf das Stresskonzept von Selye (1953) und Cannon (1932) zurückgegriffen. Man sprach von der Kampf-Flucht-Reaktion, und damit konnten die Faktoren Übererregung (Faktor D) und rekurrente Erinnerungen (B) einigermaßen erklärt werden. Diese werden angestoßen durch Aktivierung des sympathischen (adrenergen, autonomen) Nervensystems. Die Phänomene von Dissoziation und Vermeidung (C) ließen sich hingegen nur schlecht einordnen.

Heute kann man mithilfe der Polyvagalthorie von Porges (2010) viele Anteile in der Diagnostik von PTSD besser einordnen und sie als durch den Parasympathikus bedingte Folgen von erlebtem Stress verstehen. Diese Theorie unterscheidet zwischen phylogenetisch archaischen, sich im ganzen Körper befindlichen Anteilen des autonomen Nervensystems (Parasympathikus, Nervus vagus), welche keine Myelinschicht aufweisen, und den nur bei Säugern vorkommenden myelinisierten Anteilen. Letztere befinden sich nur im oberen Teil des Körpers (oberhalb des Zwerchfells), besonders in der Gesichts- und Nackenregion. Sie ermöglichen, mit anderen Menschen in emotionalen Kontakt zu treten und sind die Basis jeglicher sozialer Kommunikation (»social engagement system«; Porges 2010).

Dissoziative Phänomene sind als Zeichen der Aktivierung/Deaktivierung beider Parasympathikusanteile erklärbar. Die Gefühlsdissoziation während und kurz nach der Exposition beruht auf der Deaktivierung des myelinisierten Parasympathikus, womit die Stressreaktion durch Aktivierung (bzw. Enthemmung) des sympathischen Nervensystems erst möglich wird. Denn im individuellen Überlebenskampf spielt das Social-Engagement-System nur eine minimale Rolle. Die Überaktivierung des nicht myelinisierten archaischen Parasympathikus erfolgt im Allgemeinen erst, wenn alle biologischen Ressourcen erschöpft sind, durch die »energy saving measures« (Nijenhuis 2016) und produziert den Totstellreflex. Bei diesem werden Atmung, Blutdruck, Puls (bis auf 30 Schläge pro Minute), Muskeltonus und Schmerzempfinden massiv vermindert, und die Menschen erscheinen »bewusstlos« – sie sind nicht mehr ansprechbar. Wie immer in der Biologie wird auf ein phylogenetisch älteres Muster (den Tauchreflex aus der Krokodilzeit) zurückgegriffen, wenn andere Mechanismen erschöpft und dysfunktional sind. Dissoziative Phänomene können so durch den myelinisierten, im Notfall aber auch durch den nicht myelinisierten Parasympathikus bedingt sein.

Soziale Grundlagen

Zusätzlich hilft heute die Theorie von Hobfoll zum Ressourcengleichgewicht (Hobfoll 1989), das Ganze im systemischen Kontext sozialer Gemeinschaften anzusiedeln. Hobfoll versteht unter Ressourcen persönliche oder individuelle Fähigkeiten (z. B. Intelligenz, genetische Stressresistenz, Erinnerungen, Fertigkeiten und Werte) sowie systemische, in der Gemeinschaft verortete Fähigkeiten (Kultur, Institutionen).

Stress als Leitfaktor in den Interventionen

Wenn man – in Anlehnung an die englische Bezeichnung »post-traumatic stress disorder« – den erlebten Stress als den Störungen zugrunde liegend annimmt, kann man die häufig komplizierte und überwältigende Symptomatik einfach ordnen und sinnvoll mit den

Atemübung

Aus diesem Grund wird bereits hier auf eine zentrale hypnotische Übung eingegangen: eine spezifische Atemübung, mit der sich Stressniveau und Stressreaktionen (Symptome) meistens relativ schnell deutlich senken lassen und die Betroffenen wieder eine erste Selbstkontrolle ermöglicht. Alle anderen Interventionen haben dann nach der Phänomenologie des Betroffenen und seinen Bedürfnissen zu erfolgen. Diese Atemübung ist für alle postexpositionellen Situationen anwendbar. Sie ist generell auch zum Einstieg in die Therapie geeignet weil sich mit ruhigen Patienten einfacher arbeiten lässt.

Wichtig ist, dass man die *Instruktion* zur Atemübung im Sinne eines präzisen Pacings und Leadings gibt und mit dem Betroffenen am Anfang der Sitzung übt, bis es klinisch evident ist, dass die Übung – anhand der veränderten Physiologie – effektiv ist. Ziel ist ein ruhiger Puls von etwa 60 pro Minute, warme und trockene Hände sowie eine »rosige« Gesichtsphysiologie. Daraufhin muss den Betroffenen klar gemacht werden, dass sie diese Übung nun täglich zweimal 20 Minuten lang ausführen müssen, um selber zum Senken ihres erhöhten Stresspegels beizutragen (Psychoedukation). Damit hat man nicht nur begonnen, einen wichtigen Effekt der Stressreaktionen zu deaktivieren, sondern man reaktiviert auch im Sinne der Salutogenese Kontrolle und Verständnis.

In jeglichem Umgang mit Menschen nach kritischen Ereignissen ist es wichtig, so viel Sicherheit zu vermitteln, dass der Betroffene es wagt, sich mit

Die salutogenetische Haltung (Antonovsky 1997), mit welcher man die Selbstkohärenz des Patienten fördert, ist weiterhin zentral und beschützt den Intervenierenden vor stellvertretender Traumatisierung. Jeder Überlebende trägt einen Teil der Lösung des Problems in sich: den Kohärenzsinn, bestehend aus den drei Faktoren Kontrolle, Verständnis und Sinnhaftigkeit. Er muss als wesentlicher Bestandteil aller Interventionen nach Traumaexposition gestärkt werden.

Menschen zu arbeiten beginnen. Denn es ist nützlich, die somatische (physiologische) Beruhigung der Stressreaktionen (oder Symptome) als Ausgangspunkt jeglicher Interventionen zu beachten.

dem ihn belastenden Ereignis auseinanderzusetzen. Dazu sind Ressourcenübungen, in denen physisch Sicherheit vermittelt wird, zentral. Der »sichere Ort« eignet sich hingegen nicht dafür, da man an einem sicheren Ort meistens seinen Körpertonus senkt. Bei der Arbeit mit rekurrenten Erinnerungen jeglicher Art kann man körperliche Sicherheit (guter Körpertonus) eher durch Ressourcen wie »Kompetenz«, »Entschlossenheit«, »Stolz« usw. erarbeiten. Diese assoziativen hypnotischen Techniken sind die Voraussetzung für alle anderen anzuwendenden Techniken. Jede Technik darf jedoch erst angewendet werden, wenn man sicher ist, dass sie indiziert ist.

Auch die (tonische) Atemübung bildet einen Anteil beim *Erarbeiten des guten Körpertonus*. Zusätzlich hilft die Atemübung, die unruhige, die Konzentration vermindern Stressphysiologie zu kontrollieren. Komorbiditäten, wie Depression, Zwänge und komplizierte Trauer, können erst sinnvoll und effizient behandelt werden, wenn die darunterliegende traumatische Symptomatik gelöst sind.

Konkretes Ziel der Übung ist es, über die willentlich steuerbare Atmung Einfluss auf das autonome Nervensystem zu nehmen. Eine ruhige, kontrollierte Atmung mit 12 Sekunden dauernder Ein- und Ausatmung führt zu einem Ruhepuls von ungefähr 60 Schlägen pro Minute und aktiviert reflektorisch das autonome Beruhigungssystem. Die Atemübung kann sowohl bei Übererregung als auch bei Dissoziation eingesetzt werden.

Einführung (und informierte Zustimmung bzw. Zielformulierung)

»Sie scheinen ziemlich viel Stress zu haben. Machen wir eine Übung, um den etwas abzubauen. Setzen Sie sich bitte gerade hin, Füße flach auf dem Boden, Rücken gerade, beide Sitzbeine spüren und langsam atmen, nicht in den Bauch, nur in den Brustkorb.«

Eventuell die Hand auf den Brustkorb legen lassen, damit der Patient seine Atmung spüren kann (angewandte Polyvagaltheorie).

Schritt 1

»Nun machen Sie bitte einen Stopp nach dem Einatmen, d. h. einen Moment den Atem anhalten – und gleich wieder ausatmen (nicht vergessen, das auszusprechen!). Sehr gut, genau so ...«

Wenn der Patient automatisch nach dem Einatmen anhält, hat er Schritt 1 integriert, und es folgt der nächste Schritt.

Schritt 2

»Nun pusten Sie bitte die eingeatmete Luft langsam aus, schürzen Sie dabei die Lippen und benutzen Sie die Lippenbremse, wie wenn Sie eine brennende Kerze zum Flackern bringen möchten. Machen Sie einen runden, spitzen Mund (*beobachten, wie dünn der Mund ist*) – sehr gut, genau so ... und nun verlangsamen Sie die Ausatmung, ich zähle währenddessen von 5 bis 1.«

Pacing: sich an die Geschwindigkeit des Patienten anpassen. Bei Beginn der Ausatmung (d. h. bei mit Luft gefülltem Thorax) zu zählen beginnen und bei 1 ankommen, wenn die Ausatmung beendet ist. Jetzt warten, bis der Patient wieder einzuatmen beginnt; einige Male sich beim Zählen an die Geschwindigkeit des Patienten anpassen. Dann beginnen, das Zählen von 5 bis 1 für den Patienten unmerklich zu verlang-

samen (= *Leading*), bis nach *x* Atemzügen die Ausatmung nun 5 Sekunden dauert.

Viel loben – das beschleunigt den Prozess. Achtung: stets die Ausatmung bestimmen, nie die Einatmung!

Wenn der Patient nun die Luft regelmäßig 5 Sekunden lang abatmet, d. h. Schritt 2 integriert hat, folgt der nächste.

Schritt 3

»Nun beginnen Sie, auch durch den dünnen Mund einzuatmen.«

Da dies schwieriger ist, sofort *pacen*, d. h. anfänglich schnell zählen, um bei 5 anzukommen, wenn die Lungen gefüllt sind. Dann verlangsamen, d. h. ins *Leading* übergehen, bis der Patient 5 Sekunden

für das Einatmen benötigt. Wenn der Patient nun regelmäßig 5 Sekunden lang die Luft einatmet (d. h. Schritt 3 integriert hat), kommt der nächste Schritt.

Schritt 4

Ruhig hypnotisch zählen für je 5 Sekunden *ein* (vorwärtszählen), 1 Sekunde *Stopp*, 5 Sekunden *aus* (rückwärtszählen), Pause, loben.

»1 – 2 – 3 – 4 – 5 ... halten, super, 5 – 4 – 3 – 2 – 1, loslassen ...«

Immer weiter zählen, damit beschäftigt man u. a. den temporalen Kortex und verhindert katastrophische Gedanken. Dann warten, bis man sieht, dass der nächste Atemzug beginnt. Diese Atemtechnik muss nun so lange durchgeführt werden, bis man, evidenz-

basiert, sieht und spürt, dass die Finger des Patienten warm und trocken sind.

Den Patienten ins Hier und Jetzt zurückbringen mit Tapping, Blickkontakt etc.

Zeiten im Ablauf

Es gibt drei Zeitfenster, die verschiedene Diagnosen und verschiedene Interventionen verlangen:

- Akute postexpositionelle Reaktionen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Komplexes Trauma

Akute postexpositionelle Reaktionen

In den ersten Tagen und Wochen nach der Exposition werden die drei Reaktionen der Kriterien B bis D (siehe weiter unten unter PTBS) als normale und natürliche Reaktionen auf ein abnormes Ereignis definiert. Im DSM-IV (Sass, Wittchen u. Zaudig 2001) wurde dafür schließlich die Diagnose »akute Stressstörung« (»acute stress disorder«) eingeführt. Das ist einerseits begrüßenswert, da nun nicht mehr bereits am Tag nach der Exposition von PTSD gesprochen werden muss. Andererseits gehört eine »normale Reaktion« nicht in ein diagnostisches Manual, das aus-

schließlich pathologische Phänomene, also Erkrankungen, enthalten sollte.

In dieser frühen Phase ist es kontraindiziert, therapeutische Methoden anzuwenden. Hingegen können Anteile der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) hilfreich sein und dazu beitragen, zu einer annehmbaren Norm und Lebensqualität zurückzukehren. Derartige sekundärpräventive Interventionen (u. a. psychologisches Debriefing; Perren-Klingler 2000) können als klassische hypnotische Intervention angesehen werden.

Psychologisches Debriefing nach Perren-Klingler (2000)

(neu als RISE Modell [*Regeneration after Intensive Stress Exposure*] bezeichnet)

Diese Intervention wird hier nur kurz beschrieben, ohne eine Anleitung zur Ausführung zu liefern. Therapeuten sollten das Vorgehen in Kursen trainiert haben.

Nach erfolgreicher Atemübung und Beruhigung der Physiologie des Betroffenen wird als Erstes eine detaillierte Geschichte (»Narrativ«) des Geschehenen erstellt. Dabei werden alle Emotionen ausgeschlossen, d. h., man arbeitet rein deskriptiv, dissoziativ, linguistisch; in dieser Phase kann der Mensch seine Geschichte mitteilen, nach dem Motto: »Geteiltes Leid ist halbes Leid«.

Erst im nächsten Schritt wird auf die Emotionen eingegangen, die nun im Heute, beim Darüber-Reden, entstehen. Diese Gefühle werden hypnotisch, im Körper, mithilfe der kinästhetischen Submodalitäten erarbeitet (Fraktionierungstechnik nach Vogt), bis

das jeweilige Gefühl benannt werden kann. Gleichzeitig wird der dahinter verborgene betroffene Wert gesucht. Ist dieser gefunden, wird er dazu benutzt, ein ressourcenorientiertes Reframing zu vorzunehmen.

Psychoedukation, mit der alle präsenten postexpositionellen Reaktionen als Stressreaktionen erklärt und verpflichtende Hausaufgaben für die nächsten 8 Wochen erteilt werden, führt zur Salutogenese zurück: Der Mensch kontrolliert sein Leben wieder selber und übernimmt in eigener Verantwortung den Umgang mit den noch vorhandenen Stressreaktionen. Der daraufhin erarbeitete Schlussakt, mit dem man sich die Tatsache seines Überleben klarmachen kann, umfasst eine posthypnotische Suggestion sowie die Festlegung des Termins der zweiten Sitzung in circa 8 Wochen (Perren-Klingler 2016).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; »post-traumatic stress disorder«, PTSD)

Die klassische posttraumatische Belastungsstörung, kann bereits nach 3 Monaten auftreten, doch manchmal auch erst Jahre später. Sie ist gekennzeichnet durch die *Trias der posttraumatischen Symptome*:

- Übererregung (Kriterium D)
- Rekurrente Erinnerungen – bis hin zu Flashbacks und Ausagieren – bei Kindern traumatisches Spiel (Kriterium B)
- Vermeidung nach innen und außen (Dissoziation – Kriterium C).

Der Teufelskreis, in dem sich rekurrente Erinnerungen und Übererregung immer mehr aufschaukeln, ist kaum je durch Sprache aufzulösen, meist hilft da als Erstes nur die körperbezogene Technik der Atem-

übung. Wenn diese nicht genügt, gibt es weitere spezifische, sanfte Techniken, um die Erinnerungen zu deaktivieren (siehe unten).

Menschen zeigen diese drei PTBS-Symptome in Hunderten von Varianten. Wichtig ist, dass Therapeuten genau eruieren, auf welcher Ebene die störenden Symptome angesiedelt sind, denn abhängig davon wählen sie die passenden Interventionen:

- Schlafstörungen können durch Übererregung bedingt sein, aber auch durch Rekurrenz (z. B. »Sobald ich die Augen zumache, sehe ich wieder ...«) oder sogar durch Dissoziation (z. B. »Ich spüre nicht, wenn ich müde werde ...«).
- Essstörungen können durch Übererregung (»Ich habe einen Knopf im Magen, kann nicht schl-

cken ...«) bedingt sein, durch Rekurrenz (»Sobald ich ... in den Mund nehme, rieche ich wieder ...«) oder Dissoziation (»Ich spüre keine Lust, keinen Hunger ...«).

Bei allen Symptomen hilft die Atemübung zu Beginn der Sitzung dabei, den Stresspegel zu senken, als Vorbereitung für alle anderen Interventionen. Gleichzeitig sieht man, wenn der Patient die Hausaufgabe nicht gemacht hat.

Rekurrente Erinnerungen

Für die rekurrenten Erinnerungen gibt es verschiedene Techniken. Zentral ist, dass diese Techniken so angewandt werden, dass es keine neue Traumaphysiologie gibt. Jedes Provozieren der Traumaphysiologie ist als Retraumatisierung kontraindiziert. Für visuelle Erinnerungen in Form eines Films ist die Deaktivierung mittels multipler Dissoziationsscreens und mit

Zurückdrehen und Superperson eine ökologische Technik. Sie ermöglicht dem Patienten, nochmals *ruhig* an die (filmartig bewegte) Erinnerung zu denken und so die Kontrolle zurückzugewinnen. Es ist eine typische Utilisierungstechnik, da man die Fähigkeit zur Dissoziation aus der Symptomatik therapeutisch benutzt (Technik siehe Perren-Klingler 2015).

Standbilder

Für Standbilder eignet sich die Deaktivierung mit der *Swishtechnik*.

Wenn ein traumatisches (Stand-)Bild belastet, muss von Anfang an bereits klar sein, welches andere Bild der Patient stattdessen haben möchte. Bei traumatischen Bildern von Verstorbenen ist es na-

heliegend, ein schönes Foto aus der Geschichte des Verstorbenen einzusetzen. Sehr viel länger muss man suchen, bis man etwas Brauchbares findet, wenn das Bild eines unbekanntes Täters traumatisch fixiert ist. Stattdessen kann man ja nicht einfach das Bild eines Freundes nehmen.

Der Therapeut setzt sich in dynamischen Rapport mit dem Patienten.

Zuerst erarbeitet er die Atemübung: »Setzen Sie sich bitte gerade hin, Füße flach auf dem Boden, Rücken gerade, beide Sitzbeine spüren, und langsam atmen, nicht in den Bauch, nur in den Brustkorb.«

Eventuell die Hand des Patienten auf den Brustkorb legen lassen, damit dieser seine Atmung spüren kann, und eventuell einen Anker für Sicherheit und Kompetenz erarbeiten.

Alle weiteren Instruktionen müssen im Hier und Jetzt *mit* Blickkontakt zum Patienten gegeben werden, damit kontrolliert werden kann, ob der Patient alles verstanden hat. Falls nicht, erkennt man das an den Suchbewegung der Augen, und man fragt nach, was nicht klar sei.

Der seitlich vom Patienten sitzende Therapeut beschreibt mit seiner Handfläche von der Höhe der Knie des Patienten an vertikal rauf und runter ziehend eine Projektionsfläche und bittet den Patienten, das schlechte Bild darauf zu projizieren. Sobald das Bild sichtbar ist, soll er die Farbe wegnehmen (dabei schnell arbeiten!), sodass es schwarzweiß wird. Danach soll es unscharf werden. Nun wird der Patient instruiert, das vorher erarbeitete gewünschte Bild in Briefmarkengröße in der rechten unteren Ecke anzubringen:

»Nachher werden wir zusammen dieses kleine Bild (ich nenne es »Märkli«, das nämlich elastisch ist, groß machen. Und während wir es groß machen, schnurrt das unguete Bild hinten dran – unsichtbar für uns – bis auf die Größe eines Märkli zusammen. Und es kommt vorne auf das aufgezoene große, angenehme Bild.«

Wenn Patient begriffen hat, folgt die nächste Anweisung:

»Nun halten Sie mit Daumen und Zeigfinger, wie ich Ihnen jetzt zeige, die Ränder des Märkli links und rechts, ich halte es oben und unten.«

Wenn alle vier Hände um das imaginäre Märkli angebracht sind, zählt der Therapeut »1 – 2 – 3 – schschschschsch«. In diesem Moment zieht der Therapeut das Märkli an den Rändern nach oben und unten auseinander – und gleichzeitig der Patient nach beiden Seiten –, bis die Hände zeigen, dass das

»Wo ist das Märkli des unguenen Bildes?«

Er muss instruieren und zeigen:

»Das unguene Märkli muss vorne unten links auf dem neu geschaffenen guten Bild sein.«

Wenn das klar ist, nochmals das unguene Bild großprojizieren lassen: »Jetzt bringen Sie das Märkli wieder unten rechts an, dann ziehen wir es wieder auf: 1 – 2 – 3 – schschschsch ...« Genau gleich wie beim ersten Mal – »Wo ist das Märkli?« Der Patient zeigt normalerweise auf das große Bild, unten links – »sehr gut, genauso, grad ein weiteres Mal!«

Vertikale Handbewegung: »Unangenehmes Bild, groß, Märkli unten rechts, halten, aufziehen, schschsch ..., wo ist das Märkli?« Der Patient zeigt unten links aufs große Bild.

Auditive, olfaktorische und kinästhetische Flashbacks

Diese benötigen jeweils spezifische hypnotische Desensibilisierungstechniken.

Komplexes Trauma (»disorders of extreme stress not otherwise specified“, DESNOS)

Diese Bezeichnung ist eine Art Sammelbecken langfristiger und krankheitsbedingender Traumafolgestörungen, z. B. dissoziative und Borderline-Störungen und Komorbiditäten, wie nach dem Holocaust, aber auch nach repetitiven traumatogenen Erfahrungen in der (frühen) Kindheit, die ihre Spuren hinterlassen haben. Einen großen Teil dieser komplexen Störungen kann man am besten als Entwick-

aufgezogene Bild so groß ist wie das vorherige unangenehme Bild.

Normalerweise bleibt der Patient mit beiden Händen ausgebreitet im Raum (Trancephänomen, Physiologie gut). Der Therapeut fragt ihn:

Dieser Vorgang wird nun mindestens sechs Mal wiederholt, wobei es immer einfacher geht.

Nach dem sechsten (oder siebten) Mal kommt der Test: Der Patient wird gebeten, nochmals an das schlimme Bild zu denken. Gewisse Patienten machen »schschsch« und heben die Augen (Bewegung), andere zeigen nur Augenbewegung, oder sie heben einfach die Augen. Kann man eine automatische neurologische Antwort erhalten und eine gute Physiologie sehen, weiß man, dass man erfolgreich gearbeitet hat, weil das traumatische Bild deaktiviert ist.

Behandlung der Dissoziation

Dissoziation ist ein hypnotisches Phänomen, doch ist es mitunter mühsam zu behandeln. Als Erstes hilft die oben beschriebene Atemübung, weil sie via Körper reassoziert. Als Zweites ist in Hypnose das Auffinden und Aktivieren von Ressourcen und deren Verankerung in einem »Ressourcenanker« hilfreich, da es im Positiven assoziativ wirkt.

Als Drittes kann, besonders beim Beobachten »vitaler« Glaubenssätze mit diesen gearbeitet werden. Wesentlich dabei ist, dass man sich von der »tödlichen« Physiologie leiten lässt, wenn man den Glaubenssatz ausformuliert. Dies geschieht in der »Ich-Form«, z. B. »Ich habe kein Recht zu leben.«

Hat man die treffende Formulierung, sind bilateral stimulierende hypnotische Techniken die besten Interventionen, um den tödlichen Glaubenssatz zu

deaktivieren und einen alternativen aufbauenden, lebensspendenden Satz zu formulieren und zu installieren.

Die *hypnotische Telearbeit* bei dissoziativen Störungen ist eine weitere therapeutische Möglichkeit, unterschiedliche Stresszustände und limitierende bis vernichtende Glaubenssätze (Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Todesangst, Wertlosigkeit, Scham etc.) sowie damit korrespondierende umschriebene, teils zunächst unkontrollierbare Ich-Zustände sowohl psychoedukativ (Verständnis) als auch integrativ (Kontrolle) abzumildern. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, die als fremd, feindselig oder destruktiv empfundenen Ich-Zustände (es sind ja Selbstanteile, Ego-States) in ihrer biografisch bedingten Entstehung zu verstehen und schätzen zu lernen. Nur

so können dann andere Wege gefunden werden, die gute Absicht dieser Ego-States auf schonendere und konstruktivere Weise zu realisieren. In der Biografie sind diese Zustände immer ein Versuch gewesen,

Fazit

Wichtig bei jeder Arbeit mit Traumafolgestörungen ist das Wissen, dass die bei der Exposition lebensretenden automatischen Antworten des Körpers und des Gehirns Spuren in Form von »eingebrennten« Reaktionen/Symptomen hinterlassen haben. Traumatisierende Ereignisse bedingen eine extreme, teils anhaltende, chronifizierende und das Leben immens beeinträchtigende Stressreaktion. Die unterschiedlichen Symptome der erlebnisassozierten Störungen lassen sich entwicklungsgeschichtlich und neurobiologisch erklären. Viele von ihnen sind nicht über die reframende, Verständnis gebende, therapeutische Sprache angehebbar, da die Automatismen nicht reflektiert werden können. Das »Erinnern, Wiederholen,

Sicherheit und Kontrolle zu erreichen durch Anpassung an ein unerträgliches Ereignis oder einen unerträglichen Zustand (vgl. Watkins u. Watkins 2012; Peichl 2010; Fritzsche u. Hartman 2014).

Durcharbeiten« der psychoanalytisch orientierten Therapien ist hier kontraindiziert. Verständnis der Stressphysiologie und der Mut, mit hypnotischen, einfachen Techniken zu arbeiten, sind Voraussetzung für den Erfolg der Therapie. Die existenzielle Erschütterung, die viele Patienten mitbringen, soll nicht bearbeitet werden, solange es noch Traumasymptome gibt.

Man ist immer wieder erstaunt, wie die Patienten, einmal von den automatisierten Symptomen befreit, selber in die Lage kommen, sich kreativ einen Sinn für das Geschehen zu schaffen, und fähig werden, an dieser schweren Erfahrung auch zu wachsen (vgl. Tedeschi u. Calhoun 1996).

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen (DGVT).
- Callahan, R. J. (1995): Leben ohne Phobie. Freiburg im Breisgau (Verlag für Angewandte Kinesiologie).
- Cannon, W. (1932): The wisdom of the body. New York (Norton).
- Fritzsche, K. u. W. Hartman (2014): Einführung in die Ego-State-Therapie. Heidelberg (Carl-Auer), 2. Aufl.
- Hobfoll, S. E. (1989): Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist* (44): 513–524.
- Nijenhuis, E. R. S. (2016): Die Trauma-Trinität: Ignoranz – Fragilität – Kontrolle. Die Entwicklung des Traumbegriffs/Theorie und Praxis traumabedingter Dissoziation. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Peichl, J. (2010): Jedes Ich ist viele Teile. Die inneren Selbst-Anteile als Ressource nutzen. München (Kösel).
- Perren-Klingler, G. (1998): Trauma, von individueller Hilfslosigkeit zu Gruppenressourcen. Bern (Haupt).
- Perren-Klingler, G. (2000): Debriefing: Erste Hilfe durch das Wort. Hintergründe und Praxisbeispiele. Bern (Haupt).
- Perren-Klingler, G. (2002): Ressourcenarbeit. Ein Handbuch. Visp (IPTs).
- Perren-Klingler, G. (2015): Post-traumatische Belastungsstörungen. In: D. Revenstorf u. B. Peter (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie und Psychosomatik. Manual für die Praxis. Heidelberg (Springer), 3. Aufl.
- Perren-Klingler, G. (2016): Peer Deployment Handbook Critical Incident Stress Management prepared for the European External Action Service. Brussels (Publisher).
- Porges, S. W. (2010): Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung. Paderborn (Junfermann).
- Revenstorf D. u. B. Peter (2015): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Heidelberg (Springer).
- Sass, H., H. U. Wittchen u. M. Zaudig (2001): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen (Hogrefe).
- Selye, H. (1953): Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom. Stuttgart (Thieme).
- Shapiro, F. (2012): EMDR, Grundlagen und Praxis. Paderborn (Junfermann).
- Tedeschi, R. u. L. Calhoun (1996): Posttraumatic growth, positive change in the aftermath of crisis. New York (Lawrence Erlbaum).
- Watkins, J. G. u. H. H. Watkins (2012): Ego States. Theorie und Therapie. Heidelberg (Carl-Auer).