

Traumafolgen überwinden

Methoden effektiver Traumatherapie

Claudia Wilhelm-Göbbling

Einleitung

Das Interesse an dem, was später Traumatherapie heißen sollte, wurde schon ganz am Anfang der Tätigkeit der Autorin in der Akutpsychiatrie zu Beginn der 1990iger Jahre geweckt: durch die Beschäftigung mit Patientinnen und Patienten, die vom Treatment as usual nicht – also von der damaligen immer noch überwiegend kustodial geprägten Psychiatrie – und von der Psychopharmakologie nur wenig profitierten. Denen es häufig sogar im Verlauf der stationären Behandlung schlechter ging und die eine regressive Entwicklung nahmen. Nicht selten brachten diese Patient*innen aufgrund äußerst ungünstiger Verhaltensweisen und Interaktionen ganze Behandlungsteams an ihre Belastungsgrenzen. Über die Beschäftigung mit diesen meist als „Borderlinestörung“ diagnostizierten Patient*innen, führte meine Reise im weiteren Verlauf fast zwangsläufig zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und der Dissoziativen Identitätsstörung.

Auf der akutpsychiatrischen geschlossenen Station, die von der Autorin von 1997 bis 2008 als Oberärztin geleitet worden war, traten nach der Umstellung des Behandlungskonzepts keine regressive Verläufe mit schwerem selbstverletzendem Verhalten (SVV) mehr auf und die Patient*innen traten sehr häufig in eine progressive Entwicklung ein. Die Station hatte sich zuvor mit viel Hingabe um diese Patient*innen gekümmert und ihnen, retrospektiv betrachtet, viel zu viel Eigenverantwortung abgenommen. Beispielsweise war die junge Frau A. damals schon knapp ein Jahr auf der Station behandelt worden. Sie verletzte sich immer wieder so schwer an den Oberschenkeln, dass die Chirurgie sie versorgen musste. Vor der stationären Aufnahme hatte aber diese Art des SVV gar nicht bestanden. Zudem hatte Frau A. während der

Claudia Wilhelm-Göbbling
KRH Psychiatrie Wunstorf

Traumafolgen überwinden – Methoden effektiver Traumatherapie

*Vorgestellt werden Konzepte und Behandlungstechniken moderner, wissenschaftlich evaluierter Traumatherapie. Eine durch Metaanalysen belegte Wirksamkeit auf posttraumatische Symptome mit durchschnittlichen Effektstärken von $d > 1$ besteht für traumafokussierte KVT, Exposition, EMDR sowie neuerdings auch für Hypnotherapie. Als empirisch belegt gilt, dass ein die Besonderheiten der Traumaphysiologie aufgreifendes trauma-fokussiertes Vorgehen erforderlich ist, um eine Integration der Trauma-Erinnerungen und damit eine nachhaltige Reduktion der posttraumatischen Symptomatik zu erreichen. Gleichzeitig sind die allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie gültig. Eine darüber hinausgehende spezielle „Schonung“ von Traumapatient*innen ist nicht angezeigt. Besondere Bedeutung haben Interventionen mit hoher Transparenz, die Informationen vermitteln, ermutigen, die Fähigkeit zur Selbstkontrolle verbessern und somit der traumatischen Situation diametral entgegenwirken. Generell empfiehlt sich ein ressourcenstärkendes, an individuellen Fähigkeiten und Zielen orientiertes Vorgehen. Im Falle entwicklungsbezogener Kindheitstraumata können hypnotherapeutisch-imaginative Techniken die häufig vorliegende ich-strukturelle Schwäche (gem. OPD-2, Achse IV) ausgleichen. Durch eine Fallvignette wird das hypnotherapeutische Vorgehen illustriert, in dem bereits durch indirekte, ressourcenstärkende Vorgehensweise eine Integration traumatischer Erinnerungen gefördert wird.*

Schlüsselwörter: Komplexe PTBS, Traumafokussierte Psychotherapie, Ressourcenorientierung, Ich-Stärkung, Kindheitstrauma, Hypnotherapie

Overcoming the aftermath of trauma – Methods for effective traumatherapy

Concepts and techniques of recent, effective traumatherapy are presented. Empirical evidence of efficacy in at least one meta-analysis with large mean effect sizes of Cohen's $d > 1$ exist for (trauma-focused) cognitive behavioral therapy, exposition, EMDR and of late, also for hypnotherapy. Evidence suggests the necessity of a trauma-focused approach, that considers specific features of trauma-physiology, in order to achieve an integration of traumamemory and therefore a lasting decrease in posttraumatic symptoms. The general driving forces of psychotherapy are concomitantly valid and there is no indication that trauma patients need to be treated with additional care. Special significance is credited to those interventions that are highly transparent, impart knowledge, provide encouragement, and improve self-control, and therefore counteract the traumatic scene. In general, an individualized, goal- and resource-oriented approach is recommended. In case of childhood trauma, hypnotherapeutic techniques could counterbalance a prevalent dysfunctional and weak ego structure (according to OPD-2, Axis IV/Psychodynamic Diagnostic Manual PDM-2). The hypnotherapeutic approach is illustrated by a case study, demonstrating the integration of traumatic memories, supported merely by indirect interventions that help strengthening individual resources.

Keywords: Complex PTSD, trauma-focused psychotherapy, resource-orientation, ego-strengthening, childhood trauma, hypnotherapy

Dr. med. Claudia Wilhelm-Göbbling
KRH Psychiatrie Wunstorf, Südstraße 25, 31515 Wunstorf
Claudia.Wilhelm-Goessling@krh.eu

erhalten: 31.12.2017

revidierte Version akzeptiert: 8.2.2018

stationären Behandlung bereits ihre Wohnung und ihren Arbeitsplatz verloren.

Nach Umstellung des Therapiekonzepts – es wurden Interventionen einbezogen, die heute vielleicht selbstverständlich klingen, wie die Erhebung der Ressourcenanamnese und des Funktionsniveaus vor der aktuellen Krise; der Fokus wurde viel stärker auf die Ziele der Patient*innen gelegt – begannen die Patient*innen mehr Selbstverantwortung zu übernehmen und mit therapeutischer Unterstützung an ihre Fähigkeiten, die sie vor der stationären Aufnahme irgendwann schon einmal gezeigt hatten, anzuknüpfen. Oft reichte es dazu schon, neben der Krankheitsanamnese auch eine Ressourcenanamnese zu erheben, klare Informationen zum individuellen Störungshintergrund sowie zu günstigen Verhaltensweisen zu vermitteln und den therapeutischen Prozess genau daran orientiert auszurichten. Sehr hilfreich für die konsequent ressourcenorientierte, auf Eigenverantwortung der Patient*innen abzielende Vorgehensweise war, dass die Autorin zu dieser Zeit gerade die hypnotherapeutische Ausbildung – beim damaligen Milton-Erickson Institut in Bad Salzuflen – absolvierte. Die hypnotherapeutisch geprägte Kommunikation und Grundhaltung – stärker noch als direkte Trance-Techniken – ließen sich erstaunlich gut in die akutenpsychiatrischen Abläufe integrieren.

Für diejenigen Patient*innen, bei denen die regressive Entwicklung schon längere Zeit bestanden und sich chronifiziert hatte, stellte es sich jedoch als äußerst schwierig heraus, diesen Verlauf umzukehren. Deutlich wurde: es gilt, die Patient*innen von Anfang an verantwortlich in den Therapieprozess einzubeziehen, an ihren Fähigkeiten anzuknüpfen und einen günstigen Zeitraum für die Entlassung in ambulante Weiterbehandlung einzuhalten. Zu diesem Zweck wurde zusätzlich eine „Stabilisierungsgruppe“ in der Institutsambulanz implementiert. Darüber hinaus wurden – neben einwöchigen, elektiv vereinbarten stationären Aufenthalten zur Diagnostik und Behandlungsplanung – bei entsprechender Indikation oder um das Ziel einer früheren Entlassung einhalten zu können, Termine für eine Wiederaufnahmen zur stationären Intervallbehandlung vereinbart (vgl. Wilhelm-Gößling, 2011). Dieses therapeutische Vorgehen war damals für akutenpsychiatrische Stationen äußerst ungewöhnlich. So konnten jedoch die langen, sich häufig ungünstig auswirkenden stationären Aufenthalte vermieden und gleichzeitig die erforderliche, intensive Unterstützung zur Verbesserung der Selbstregulation und zur Reduktion posttraumatischer Symptome ermöglicht werden. Darüber hinaus ließen sich so die z.T. dramatischen Notfallsituationen mehr oder weniger vermeiden.

Im Folgenden soll das Thema anhand von drei Fragen aufgeklärt werden:

1. Was wird heute unter psychischen Traumafolgestörungen verstanden?
2. Was zeigen wissenschaftliche Studien und was die klinische Praxis?
3. Was sind die Kennzeichen traumafokussierter Psychotherapie?

Traumatische Situationen lösen in uns Menschen physiologische Notfallreaktionen und damit ein mehr oder weniger umfangreiches „Notfalleinsatzprogramm“ aus.

Traumafolgestörungen & ICD-10 Diagnosen

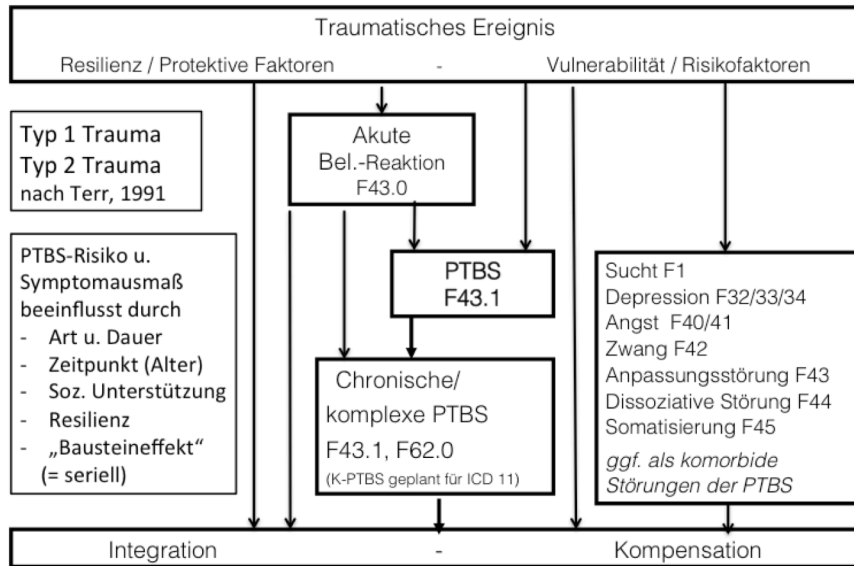


Abb. 1: Psychische Traumafolgestörungen nach ICD-10

Die folgenden Abschnitte werden verdeutlichen: Nicht nur Techniken zum Abdämpfen der anhaltenden posttraumatischen Symptomatik sind hilfreich, sondern mit entsprechendem Know-how lässt sich auch die therapeutische Arbeit mit den Trauma-Erinnerungen in ruhigem Fahrwasser steuern. Vor allem aber kann den betroffenen Patient*innen dazu zu verholfen werden, dies im Verlauf immer besser selbst zu tun.

1. Was wird heute unter psychischen Traumafolgestörungen verstanden?

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist im Grunde keine wirklich „neue“ psychische Erkrankung. Seit Menschengedenken gehören außergewöhnliche, schmerzvolle Ereignisse zum menschlichen Leben dazu. Die dabei möglichen psychischen Folgen wurden im klinischen Kontext erstmals Ende des 19. Jh. von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin (Kraepelin, 1896) beschrieben und als „Schreckneurose“ bezeichnet. Es dauerte aber noch etwa hundert Jahre, bis die PTBS als eine eigenständige Diagnose aufgenommen wurde: 1980 ins amerikanische DSM III und 1992 in die bei uns noch heute gültige ICD-10 Klassifikation.

Psychische Traumafolgen gestalten sich hinsichtlich Symptomatik und Verlauf in-

dividuell sehr unterschiedlich und werden durch diverse Einflussfaktoren modifiziert (vgl. Abb.1; nach Flatten, et al. 2008). Neben der spezifischen PTBS können weitere unspezifische Störungen aus traumatischen Ereignissen resultieren. Sowohl depressive (Anpassungs-) Störungen, somatoforme Störungen, Angst- als auch Zwangserkrankungen können sich nach traumatischen Ereignissen ausbilden. Gar nicht so selten entwickeln Betroffene auch eine Substanzabhängigkeit, wobei der Konsum meist ein Versuch ist, mit den traumatischen Erinnerungen besser klar zu kommen und somit als eine Form der „Selbstbehandlung“ verstanden werden kann (vgl. z.B. Ertl et al., 2016). Die genannten Störungen können auch als komorbide Erkrankungen zu einer vorhandenen PTBS hinzukommen.

Ob sich nach traumatischen Ereignissen eine psychische Traumafolgestörung entwickelt oder nicht, hängt von vielen bekannten aber auch noch unbekanntem prä-, peri- und posttraumatischen Risiko- und Resilienz-Faktoren ab (vgl. Fischer & Riedesser, 2009). Insbesondere wenn die Symptomatik einer PTBS oder dissoziative Symptome vorliegen, können diese durch normale physiologische Notfallreaktionen erklärt werden, die ursprünglich einmal Flucht oder Kampf vorbereitet haben. Im Falle einer Traumafolgestörung dauern diese an bzw. werden durch sog. Trigger immer wieder ausgelöst. Prinzipiell kann jede auch noch so lang bestehende Traumafolgestörung ganz oder teilweise wieder abklingen. Es kann also jeweils wieder eine Integration oder Kompensation der psychischen Traumafolgen eintreten. Selbstheilungskräfte wie z.B. die „Verträumung“ und Integration im Schlaf helfen dabei. Klingen jedoch die Symptome in den ersten Monaten nach einem einzelnen traumatischen Ereignis nicht allmählich ab, ist in den meisten Fällen professionelle Hilfe angezeigt.

Hinsichtlich der Traumtypologie (Terr, 1991) werden als Typ 1 ein Monotrauma und als Typ 2 andauernde und wiederholte Traumata unterschieden sowie non-personale und personale Traumatisierungen. Personale, sog. „Man-Made“ Traumata, die mit einer destruktiven Absicht durchgeführt wurden, ziehen häufiger eine PTBS nach sich als Ereignisse, die schicksalhaft geschehen. Hierzu zwei Beispiele, die in Hinblick auf die Schwere der Belastung eines Traumas die beiden Pole abbilden:

- eine erwachsenen Person, die in einen schweren PKW-Unfall verwickelt wurde – ein Typ 1 Trauma im non-personalen Bereich;
- ein Kind, das wiederholt Opfer von emotionaler, körperlicher und/oder sexueller familiärer Gewalt wurde – ein sog. Typ 2 Trauma im personalen Nahbereich, eine entwicklungsbezogene bzw. Kindheits-Traumatisierung (Bindungstraumatisierung, vgl. Brisch, 2016).

Nach einem schweren PKW-Unfall tritt eine PTBS beispielsweise bei etwa 5-10% der Betroffenen auf und in fast allen Fällen auch wieder ab, während eine Vergewaltigung in mehr als 50% eine PTBS nach sich zieht, die vielfach einen chronischen Verlauf nimmt (vgl. Fischer & Riedesser, 2009). Auch wenn die PTBS nicht die einzige psychische Störung ist, die sich nach einem Trauma ausbilden kann, steht diese hier im Zentrum der Betrachtungen. Hauptaugenmerk wird auf die entwicklungsbezo-

Traumafolgen überwinden

genen, komplexen Traumafolgestörungen (vgl. Hermann, 1992) nach Typ 2 Traumatisierung gelegt, die in der Praxis die größten Herausforderungen an die Behandler*innen stellen. Sind doch nahe Beziehungen nicht als sicher und unterstützend sondern als schädigend und schmerzhaft erlebt worden, Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung sind insofern anzunehmen. In Tabelle 1 wird aufgeführt, welche Störungsbilder genauer unter den „komplexen Traumafolgestörungen“ subsumiert werden.

Hinter „Disorder of extreme Stress not otherwise specified“, wie die komplexe PTBS im angloamerikanischen Sprachraum heißt, verbirgt sich häufig das, was von Maerker (2009) eine „Entwicklungs-bezogene PTBS“ genannt wurde, nämlich die psychischen Folgen wiederholter traumatischer Einflüsse in Kindheit und Jugend. Trifft ein Trauma eine erwachsene, psychisch gesunde Person, sind die Auswirkungen andere, als wenn dies im Kindesalter geschieht, wenn nämlich die (assoziative) Entwicklung hin zu einer integrierten Persönlichkeit noch nicht abgeschlossen ist. Je früher in der Entwicklung sich Traumata ereignen desto häufiger zeigt sich ein Fortbestehen dissoziativer Verarbeitungsweisen und im Verlauf entsprechende Störungen (vgl. Eckhardt-Henn & Hoffmann, 2004). Denn einerseits herrscht „dissoziatives Funktionieren“ in der frühkindlichen Entwicklung noch vor, andererseits stellt Dissoziation auch einen Schutzmechanismus dar. Traumatische Erinnerungen und Gefühle werden quasi vom Bewusstsein abgetrennt und ein weitgehend unbeeinträchtigtes, „anscheinend normales Alltagsleben“ wird möglich. Erst in der kindlichen Entwicklung bis zum jungen Erwachsenenalter hin bildet sich durch Integration die persönliche Identität mit einer eigenen biografischen Narration. Wiederholte Traumatisierungen während der kindlichen Entwicklung führen oft zu einer als Borderline-Struktur bezeichneten Persönlichkeitsorganisation. Hierbei gelingt beispielsweise die Selbst-, Affekt- und Impulsregulation nicht gut und ist häufigen, von äußeren Bedingungen sehr stark abhängigen, z.T. starken Schwankungen unterworfen. Psychodynamisch wird dies als eine nicht gut integrierte Persönlichkeitsstruktur bzw. als schwache Ich-Struktur verstanden (vgl. Arbeitskreis OPD, 2009). Bei positiver Traumaan-

Tab. 1: Komplexe Traumafolgestörungen

1. Komplexe PTBS / Disorder of extreme Stress not otherwise specified / Entwicklungsbezogene PTBS
2. Borderline-Persönlichkeitsstörung – mit Traumagenese und posttraumatischer Trias
3. Komplexe Dissoziative Störungen
 - Mit teilabgespaltenen Selbstzuständen: Dissociative Disorder not otherwise specified (DDNOS Typ 1)
 - Mit vollabgespaltenen Selbstzuständen: Dissoziative Identitätsstörung (DIS; früher Multiple Persönlichkeitsstörung, MPD)

amnese und Vorliegen von PTBS-Symptomen zählt die Borderline-Störung (vgl. ICD-10, Dilling et al., 1991) ebenfalls zu den komplexen Traumafolgestörungen.

Daneben gehören auch die dissoziativen Störungen mit der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) als schwerster Ausprägung zu den komplexen Traumafolgen. Zudem wird eine der DIS ähnliche Störung (DDNOS Typ 1) beschrieben, bei der die Selbstzustände jedoch nicht gänzlich vom Alltagsbewusstsein abgetrennt sind und daher auch keine ausgeprägteren Alltagsamnesien bestehen. Hier sei zum einen auf die Expertenempfehlungen verwiesen, insbesondere darauf, dass Hypnose und Selbsthypnose als hilfreiche Technik erwähnt und in dem Kapitel „Hypnose als gut wirksames Hilfsmittel zur Psychotherapie“ beschrieben wird. Zum anderen auf Kluft (1995), der als einer der Ersten die Zusammenhänge zwischen Trauma, Dissoziation und Hypnose aufgeklärt und Anwendungsmöglichkeiten von Hypnose bei der Dissoziativen Identitätsstörung beschrieben hat (vgl. auch van der Hart, 2015). Die Expertenempfehlungen wurden in der Arbeitsgruppe „Dissoziative Störungen“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) aus dem Amerikanischen ins Deutsche übersetzt und sind im Internet abrufbar. Im Themenheft der Zeitschrift Trauma & Gewalt (Gast & Wirtz, 2014) sind diese neben einer ausführlichen Kasuistik über eine Patientin mit Dissoziativer Identitätsstörung, die in der von der Autorin geleiteten Tagesklinik behandelt wurde (Wilhelm-Gößling & Rodewald, 2014) nachzulesen.

Die ICD-11, an deren Revision derzeit gearbeitet wird und deren Verabschiedung von der WHO für 2018 geplant ist, soll – nachdem empirische Studien eindeutige Hinweise für die Validität der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (K-PTBS) lieferten – diese Diagnose beinhalten. Die „Komplexe PTBS“, wie sie zuerst von Herman (1992) beschrieben wurde, wird als eine Folge wiederholter und anhaltender Traumatisierungen aufgefasst, der „einfachen“ PTBS geht ein einzelnes traumatisches Ereignis voran. Diagnostische Kriterien beinhalten neben der Posttraumatischen Trias mit Intrusionen, Hyperarousal und traumabezogenem Vermeidungsverhalten („Phobie vor den traumatischen Erinnerungen“) zusätzlich anhaltende Störungen der Affekt- und Impulskontrolle und anhaltende Störungen der Selbstregulation mit negativem Selbstbild auch Störungen der Beziehungsregulation (vgl. Tab. 2).

Tab. 2: K-PTBS wie für die ICD-11 geplant (Maerker & Augsburger, 2017)

Komplexe-Posttraumatische-Belastungsstörung (K-PTBS)

- Posttraumatische Trias (Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidungsverhalten)
 - +
- Anhaltende Störungen der
 - Affekt- und Impulskontrolle
 - Selbstregulation mit negativem Selbstbild
 - Beziehungsregulation

Traumafolgen überwinden

Diese „anhaltenden Störungen regulativer Fähigkeiten“ – in der psychodynamischen Betrachtungsweise gleichbedeutend mit Ich-Strukturstörungen bzw. unzureichenden Ich-Funktionen – sind i.d.R. Folgen einer durch wiederholte traumatische Ereignisse gestörten Ich- und Identitätsentwicklung. Genauer bedeutet dies, die entwicklungsgemäße normale Integration wird durch traumatische Ereignisse immer wieder unterbrochen, wodurch gleichzeitig dissoziatives Funktionieren begünstigt wird. Aus anderer Perspektive betrachtet werden negative Affektzustände nicht ausreichend herunterreguliert und freudige Affektzustände nicht ausreichend gestärkt. Dissoziative Schutzmechanismen erlauben es einem betroffenen Heranwachsenden, beispielsweise trotz der innerfamiliären Gewalt, die von der Mutter, dem Vater, Großvater oder anderen Familienmitgliedern ausgeht, die überlebensnotwendigen Bindungen aufrechtzuerhalten. Gefühle wie Todesangst, Ohnmacht und Hilflosigkeit sowie Impulse von Wut, Aggression und Flucht müssen dafür aus dem bewussten Erleben herausgehalten werden, um weiterhin den (vermeintlichen) Schutz dieser Personen zu erhalten. Denn nur dadurch wird es überhaupt möglich, sich innerfamiliär – aber auch nach außen hin – weitgehend adäquat zu verhalten, Überlebenswichtiges zu lernen sowie Nahrung, Kleidung und ein Dach über dem Kopf zu bekommen. Alles deutet daraufhin, dass ein neurobiologisches Bindungssystem existiert, welches in der frühkindlichen Entwicklung Bindungen zu wichtigen Personen aufbauen hilft und diese verstärkt. Bekanntermaßen erhöht Angst die Bindungsbereitschaft, wodurch gerade solche Bindungen schwer zu lösen sind, in denen Angst und Abhängigkeit hoch sind. Das Bindungssystem stärkt die Motivation, soziale Nähe herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Eine Kenntnis dieser Zusammenhänge ist aus folgenden Gründen wichtig: Zum einen weil es für die Patient*innen von großer Bedeutung ist, ein eigenes Störungskonzept zu entwickeln, um sich selbst besser zu verstehen. Die eigenen Reaktionen, das so Geworden-Sein sind somit als physiologische Reaktion auf das Trauma und damit als „normal“ zu verstehen. Nicht ich bin falsch und unfähig, sondern die Situation war falsch und überhaupt nicht in Ordnung. Traumaphysiologisches und traumatherapeutisches Wissen gehört als Informationsvermittlung in die Therapie und lässt sich beispielsweise als hypnotherapeutische Einstreutechnik im therapeutischen Gespräch und während einer Trance immer wieder in Erinnerung rufen und so verankern. Hierzu gehört auch – im zeitlichen traumatherapeutischen Ablauf ist dies der zweite Fokus – die Arbeit mit Auslösern, sog. Triggern im Alltag. Was ist dem Flashbackerleben, den selbstabwertenden Gedanken, den belastenden Affekten oder den schmerzhaften Körperwahrnehmungen vorangegangen? Im Sinne eines Reframing sind diese Auslöser im Alltag eine willkommene Möglichkeit, wieder ein bisschen mehr über die eigene Symptomatik und Biografie zu erfassen, zu verstehen und daran anknüpfend die selbstregulativen Fähigkeiten zu verbessern. Häufig findet sich eine Alltagssituation, die unter normalen Umständen tatsächlich keine wirklich große Sache wäre – eine kritische Bemerkung, eine Absage der Verabredung, ein unterlaufener Fehler. Die

Heftigkeit der Reaktion wird aber vor dem Hintergrund biografischer Traumatisierungen verstehbar und vermittelt sich über eine Affektbrücke – vielleicht sollte hier ergänzt werden: oder über eine Kognitions- oder über eine sensorische Brücke. Diese „Brücken“ stellen ja im Grunde eine Einfahrt ins Trauma-Netzwerk dar. Diese Einfahrten sind oft schon als Autobahnen ausgebaut. Die meisten Menschen haben bereits die eine oder andere Nothaltebucht gefunden, z.B. Selbstverletzendes Verhalten (SVV) oder Alkohol- und Drogenkonsum. Alle Techniken, die dazu führen, günstigere Haltebuchten, Ausfahrten und Umgehungsstraßen – also gesündere Kognitions-Affekt-Wahrnehmungs-Netzwerke – anzulegen und diese im Verlauf auszubauen und zu stärken, helfen dabei, Traumafolgen zu überwinden!

Zum anderen ist die Kenntnis traumaphysiologisch bedingter psychischer Beeinträchtigungen wichtig, weil diese Störungen in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Bedeutsam ist dabei, dass wiederholte traumatische Ereignissen in der Kindheit in aller Regel zu Störungen regulativer Fähigkeiten führen (vgl. Tab. 2, geplante Kriterien der K-PTBS für ICD 11). Gleichbedeutend damit liegt eine schwächere Ich-Struktur bzw. eine strukturelle Vulnerabilität vor. Der Begriff „Struktur“, der in der Psychodynamischen Psychotherapie aufgegriffen bzw. ausformuliert wird, bezieht sich dabei auf die Fähigkeit einer Person, über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehungen zu verfügen. Die wesentlichen Auswirkungen sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Durch die bereits erwähnten dissoziativen Schutzmechanismen werden i.d.R. dennoch viele Fähigkeiten erworben. Diese sind jedoch nicht gut sondern allenfalls mäßig oder sogar gering integriert. Situationsabhängig treten daher erhebliche Schwankungen auf. Im Falle einer Reaktivierung traumatischer Inhalte – z.B. durch einen Auslösereiz (Trigger) im Alltag – erfolgt die Einfahrt ins Trauma-Netzwerk und die Verbindung zu den erwachsenen, kompetenten Anteilen kann situativ komplett unterbrochen sein. Hier kann auf der Ebene der Gefühle überflutende Panik vorherrschen, auf der Ebene der Kognitionen können Realitätsverkennungen mit paranoiden Inhalten und auf der somatischen Ebene überwältigende Schmerzen auftreten, die sich nicht selten als somatoforme Schmerzstörungen verdichten.

Tab. 3: Auswirkungen entwicklungsbezogener Traumatisierungen auf Ich-Funktionen

- Bei wiederholten traumatischen Ereignissen in der Kindheit liegt sehr häufig eine strukturelle Vulnerabilität vor = schwächere Ich-Struktur (gem. OPD-2).
- Struktur bezieht sich auf die Qualität der Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehungen (Grad der Einschränkung gut, mäßig, gering & desintegriert).
- Situationsabhängig bestehen erhebliche Schwankungen in der Verfügbarkeit über die psychische Funktionen (z.B. bei Flashback-Erleben u.a. Verzerrungen in der Realitätswahrnehmung).

Traumafolgen überwinden

Ziel hypnotherapeutischer Interventionen ist es dann, die kompetenten Anteile so zu stärken und Ich-Funktionen bzw. Fähigkeiten so zu verankern, dass sie von der Person zunehmend auch in belastenden Situationen abrufbar werden und zur Selbstberuhigung und Beendigung von Flashbacks eingesetzt werden können. Illustriert wird dies anhand eines schon länger zurückliegenden Beispiels eines Patienten, der auf einer offenen psychotherapeutisch-psychiatrischen Station behandelt worden ist:

Der damals Mitte 30jährige Mann erstarrte wiederholt beim Straßenbahnfahren und saß dann reglos auf seinem Sitzplatz, unfähig an der gewünschten Haltestelle die Bahn zu verlassen. Häufig fuhr er bis zur Endhaltestelle und wieder zurück zu der Haltestelle, an der er aussteigen musste, um zur Arbeit zu kommen. Als biografischen Hintergrund schilderte er den analsexuellen Missbrauch durch seinen Vater bis zum 10. Lebensjahr. Danach habe die Mutter, als sie davon erfahren habe, sich von ihrem Ehemann getrennt. Als der Patient erkannte, dass in der Straßenbahn dem Vater ähnlich sehende Figuren den dissoziativen Stupor ausgelöst hatten, lernte er, sich von einem beobachtenden Selbstanteil bzw. der Metaebene ausgehend zu beruhigen: „Das kennst du schon..., das ist alt..., jetzt bist du erwachsen und längst in Sicherheit. Du kannst tief durchatmen und beginnen, deine Arme und auch deine Beine zu bewegen, du kannst einfach aufstehen und gehen...“

Eine Vertiefung dessen, was das im Einzelnen für ein „Strukturbezogenes Hypnotherapeutisches Vorgehen“ bedeutet und wie sich Fähigkeiten zur Selbstfürsorge und Selbststeuerung mit der Zeit verbessern und wie Ich-Schwäche ausgeglichen wird, kann an anderer Stelle nachgelesen werden (vgl. Wilhelm-Gößling, 2017).

2. Was zeigen wissenschaftliche Studien und was wird hierzulande in der Praxis angewandt?

Mittlerweile ist allgemein anerkannt und durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt (vgl. Bisson, 2013), dass bei Vorliegen einer PTBS ein traumafokussiertes und damit im weiten Sinne störungsspezifisches Vorgehen erforderlich ist, um einen nachhaltigen Therapieerfolg zu erreichen.

Zunächst soll anhand von zwei Studien in zwei Aspekten hinterfragt werden, inwieweit die Empfehlungen zur aktuell in Deutschland sehr verbreiteten „Phasenorientierten Traumatherapie“ (vgl. van der Hart et al. 1995) unverändert gültig sind. Der erste Aspekt bezieht sich auf die Kontroverse „Stabilisieren vs. Konfrontieren“. Diese wurde vor etwa zehn Jahren durch Neuner, der wie Reddemann in Bielefeld wirkte, angestoßen (vgl. Neuner, 2008, 2011; Fischer & Becker-Fischer, 2008; Maercker, 2011; de Jongh et al. 2016). In Frage gestellt wurde das primär sehr stark auf Stabilisierung gerichtete Konzept der phasenorientierten „imaginativ psychodynamischen Psychotherapie“ mit Reddemann als prominentester Vertreterin (Reddemann, 2001), deren erfolgreichstes Buch „Imagination als heilende Kraft“ (Reddemann, 2004) im Jahre 2017 in der 20. Auflage erschienen ist. Die Kontroverse hat insgesamt zu einer

Weiterentwicklung der Traumatherapie beigetragen und dazu geführt, dass erforderliche Forschungsbemühungen vertieft und die klinische Praxis angepasst wurde. Zwar ist bislang keine wissenschaftlich ausreichend abgesicherte Aussage möglich, welches Vorgehen zu wählen ist, aber die im folgenden vorgestellte, vielbeachtete Untersuchung von der Arbeitsgruppe um Cloitre et al. (2010) gibt einigen Aufschluss.

Insgesamt wurden 104 Patient*innen mit sexuellem Missbrauch in der Anamnese in Hinblick auf den Therapieerfolg bei drei unterschiedlichen Vorgehensweisen untersucht: nur Stabilisierung, nur Exposition oder beides. In der Gruppe, die sowohl stabilisierende Interventionen als auch Trauma-Exposition erhielt, waren am Ende der Behandlung mit 61 % deutlich mehr Patient*innen frei von PTBS als in der Stabilisierungsgruppe. Hier waren es 47%. In der reinen Expositionsgruppe waren nur 33% am Behandlungsende frei von PTBS-Symptomen. Zugleich zeigte sich, dass bei einer Kombination von Stabilisierung und Exposition in keinem Fall eine klinisch signifikante Verschlechterung auftrat und es gab gleichzeitig mit 15% nur etwa halb so viele Therapieabbrüche wie in den anderen beiden Gruppen. Die Gruppe, in der nur Exposition erfolgte, wies in 31% eine klinisch signifikante Verschlechterung auf und 39 % brachen die Therapie ab. Aber auch knapp ein Viertel der Patientinnen in der reinen Stabilisierungsgruppe verschlechterten sich und 26% brachen die Therapie ab (Tab. 4).

Diese prospektive, randomisierte Untersuchung legt nahe, dass Therapeut*innen nicht nur mutiger sein dürfen sondern wohl auch müssen. Immerhin sehen mittlerweile 70% der ambulant-verhaltenstherapeutischen Antragspsychotherapien in der Behandlungsplanung eine Traumakonfrontation vor (Equit, 2017). Die traumatischen Erinnerungen sollten strukturiert in den therapeutischen Raum geholt werden mit dem Ziel, sie in einen Verarbeitungs- und Integrationsprozess zu überführen. Wichtig scheint letztlich – und auch das kann aus der Untersuchung gefolgert sowie in einer späteren Arbeit von Cloitre (2015) nachgelesen werden – ein noch stärker auf den Einzelfall abgestimmtes Vorgehen. Dies ist der modernen Hypnotherapie, die sich von den Prinzipien Milton Ericksons leiten lässt, bestens vertraut.

Der zweite Aspekt wird exemplarisch anhand einer Studie der Arbeitsgruppe von Knaevelsrud (2015) verdeutlicht. Setting und Ergebnis dieser Studie sind m.E. in

Tab. 4: Stabilisieren (ST) oder Trauma-Bearbeitung mit Exposition (EX) bei komplexer PTBS (Cloitre et al, 2010)

	<i>PTBS frei</i>	<i>Klinisch/PTBS signifikant schlechter</i>	<i>Therapieabbruch</i>
<i>ST/0</i>	47%	22%	26%
<i>0/EX</i>	33%	31%	39%
<i>ST/EX</i>	61%	0%	15%

N=104 Pat. mit sexuellem Missbrauch i. d. Anamnese, in 81% PTBS, 62% Persönlichkeitsstörung, 31% Suchtanamnese

Traumafolgen überwinden

Bezug auf das Thema „äußere Sicherheit“ – in der phasenorientierten Traumatherapie gilt hier die Grundregel „Safety first“ – interessant. Untersucht wurde der Effekt von Web-basierter Schreibtherapie. Die Patient*innen sind dabei nur über das Internet im Kontakt mit ihren Therapeut*innen und erhalten mehrere strukturierte Aufgaben wie z.B. detaillierte Texte zu den traumatischen Ereignissen zu verfassen. Untersucht wurden 159 arabische Patientinnen und Patienten mit PTBS aufgrund von Kriegstraumatisierungen (Tötung Familienmitglied, Vergewaltigung, Folter u.a.). Es zeigten sich im Vergleich zur Wartelisten-Kontrollgruppe eine hochsignifikante Reduktion der PTBS Symptomatik mit hohen Effektstärken im Prä-Post-Vergleich. Die gemessenen positiven Effekte waren zudem in der drei-Monatskatamnese weiterhin nachweisbar (vgl. Tab. 5). Der in unserem Zusammenhang interessante Aspekt: diese Menschen befanden sich alle noch im Krisengebiet.

Wenn weitere Studien auch an anderen Patientengruppen zu ähnlichen Ergebnissen kommen, so müsste sich die bisherige Empfehlung, dass Traumabehandlung i.e.S. erst bei äußerer Sicherheit sinnvoll ist oder – auf die Situation der Traumatisierung im personalen Nahbereich übertragen –, erst dann, wenn kein Täterkontakt mehr besteht, hinterfragt und ggf. modifiziert werden.

Darüber hinaus wurden von der Arbeitsgruppe um Neuner empirische Hinweise ermittelt, dass dissoziative Symptome, anders als vielfach gedacht und gelehrt, keinen negativen Einfluss auf die Fortschritte einer Traumabearbeitung zu haben scheinen (Halvorsen et al., 2014).

Zum besseren Verständnis in Hinblick auf methodenabhängige Outcome-Ergebnisse der im Folgenden referierten aktuellen Metaanalysen zur Therapie von PTBS sei vorweggeschickt, dass die Effektstärke „Cohens d“ bei $d < 0,5$ einem geringen und bei $0,5 - 0,8$ einem mittleren Effekt entspricht. Als große Effekte gelten Werte von $d > 0,8$. Zusätzlich wurde in den NICE-Guidelines 2004 darauf hingewiesen, dass mindestens eine Effektstärke von $d = 0,5$ nachgewiesen sein muss, um von einer empirisch belegten klinisch relevanten Wirksamkeit sprechen zu können. Was ebenfalls bekannt sein dürfte: Psychotherapie ist im Vergleich zur medikamentösen Behandlung bei PTBS ganz generell deutlich wirksamer. Eine medikamentöse Therapie kann leitlinienge-

Tab. 5: Behandlungserfolg von Web-basierter-Psychotherapie bei PTBS (Knaevelsrud et al., 2015)

<i>Baseline/posttreatment</i>	Behandlungsgruppe vs. Warteliste: Reduktion der Symptomatik ($p < .001$) mit hoher Effektstärke ($d = -0,92$)
<i>Follow up</i>	Nach drei Monaten waren die positiven Effekte weiter nachweisbar

Treatment (n=79) vs. Waitinglist-Control (n=80); Evaluation PTSD (PDS): Baseline – Posttreatment – Follow-up (3 month)

mäß jedoch adjuvant zur Unterstützung der Symptomkontrolle angeboten werden. Bislang existiert keine ausreichende empirische Evidenz dafür, dass Psychopharmaka die primären posttraumatischen Symptome reduzieren.

Menschen mit komplexer PTBS erhalten aber sehr häufig Psychopharmaka. Exemplarisch wird daher die Metaanalyse von Hoskins et al. (2015; vgl. Tab. 6) aufgeführt, die untersucht, welche Effektivität die bei PTBS recht häufig eingesetzten Antidepressiva haben. Diese wurden auf der Jahrestagung der M.E.G. im Jahr 2016 von Kirsch (2017) bereits für deren genuines Indikationsgebiet der depressiven Störung kritisch beleuchtet: sie weisen auch bei depressiven Störungen nur geringe Effektstärken auf (Turner et al., 2008).

Systematisch untersucht wurden hier Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren und mit Venlafaxin ein Antidepressivum, was neben Serotonin selektiv auch die Rückaufnahme von Noradrenalin hemmt, und somit die Wirkung beider Botenstoffe im Gehirn verlängert. Bemerkenswert an dieser Studie ist, dass die Auswirkungen aus zwei Perspektiven beurteilt wurden. Sowohl die Einschätzung der Behandler*innen als auch die Selbsteinstufung der Patient*innen gingen in die empirische Analyse ein. Insgesamt zeigten sich für alle untersuchten Antidepressiva nur geringe, klinisch nicht relevante, empirische Effekte. Cohen's *d* war jeweils deutlich kleiner als 0,5 und dies sowohl in dem von Ärzt*innen gemessenen Symptomrückgang als auch in der Selbstbeurteilung der Patient*innen. Dieses Ergebnis zeigt, dass Antidepressiva bei trauma-bezogener Symptomatik nicht zu einer klinisch relevanten Verbesserung führen und damit denjenigen Effektstärken entsprechen, wie sie sich generell für diese Substanzklasse bei depressiven Störungen empirisch ergeben haben (Turner et al., 2008). Dennoch können diese Medikamente im Einzelfall helfen. Unentbehrlich ist jedoch, dass alle Medikamente wieder abgesetzt werden, sollte sich kein positiver Effekt einstellen. Zudem sollten regelmäßig Reduktions- und Auslassversuche erfolgen. Denn selbst wenn sich initial eine Reduktion der Symptomatik einstellt, kann dies (mit) an anderen Faktoren liegen und die Medikation wäre später entbehrlich. Ärzt*innen könnten Antidepressiva z.B. am Anfang der Therapie an als „Starthilfe“ einsetzen und auch so darüber informieren.

In der folgenden, 2016 veröffentlichten, Metaanalyse wurden 64 Studien zu psychotherapeutischen Methoden bei PTBS in die Auswertung einbezogen (Cusack et al.,

Tab. 6: Effektstärken von SSRIs und Venlafaxine vs. Placebo für die Behandlung von PTSD (Hoskins et al., 2015)

Medication	Clinician-Rated-Symptoms	Self-Reported Symptoms
Paroxetin	$d = -0,43$	$d = -0,38$
Fluoxetin	$d = -0,24$	$d = -0,41$
Sertralin	$d = -0,16$	$d = -0,15$
Venlafaxin	$d = -0,20$	$d = -0,19$

Traumafolgen überwinden

2016). Für kognitiv-behaviorale Behandlungsverfahren, für Expositionsverfahren und für EMDR ergaben sich jeweils mit $d > 1$ Effektstärken, die im Bereich großer Effekte lagen (vgl. Tab. 7).

Wie sieht es nun für die Hypnotherapie aus? In einer im *Journal of Traumatic Stress* veröffentlichten Metaanalyse (O'Toole et al., 2016) wurden Studien daraufhin untersucht, inwieweit Hypnotherapie die posttraumatische Symptomatik zu reduzieren vermag. Von den insgesamt 81 gefundenen Studien, die sich mit Hypnotherapie bei PTBS beschäftigen, erfüllten sechs Untersuchungen mit insgesamt 391 Patient*innen die strengen wissenschaftlichen Kriterien und wurden in die Metaanalyse einbezogen. Hier zeigte sich, dass Hypnotherapie den Vergleich mit den bereits gut untersuchten und wissenschaftlich als wirksam anerkannten Therapieformen, der traumafokussierten Verhaltenstherapie und dem EMDR nicht zu scheuen braucht. Für die Hypnotherapie ergab sich ein empirisch robustes Ergebnis und mit $d = -1,18$ eine ähnlich hohe Effektstärke wie für Expositionsverfahren und EMDR (vgl. Tab. 8). In der von Rotaru & Rusu ebenfalls 2016 veröffentlichten Metaanalyse zu Hypnose bei PTBS ist die Auswahl einbezogener Studien zwar nicht ganz deckungsgleich, es wird jedoch über ähnlich hohe Effektstärken berichtet. Gleichwohl ist die Datenbasis im Vergleich mit den o.g. Metaanalysen zu Verhaltenstherapie und EMDR noch recht schmal (vgl. Hagl, 2017, S. 210f).

Zudem spielt Hypnotherapie offenbar auch in der Praxis von Traumatherapeut*innen hierzulande eine große Rolle. Dies belegt eine Untersuchung, die in der Zeitschrift *Trauma und Gewalt* veröffentlicht wurde (Sommer, 2016) und die einen Ein-

Tab. 7: Effektstärken von PT bei PTBS (Cusack et al., 2016)

<i>Psychotherapy Type</i>	<i>Effect size</i>
Cognitive Therapy	$d = -1,36$
CBT-Exposure	$d = -1,27$
EMDR	$d = -1,08$
Narrativ-Exposure	$d = -1,25$

Tab. 8: Metaanalyse zum Effekt von Hypnotherapie auf die Symptome der PTBS (O'Toole et al., 2016)

Suche in 29 Datenbasen

- > 81 Studien, die Hypnotherapie und PTSD betrafen, wurden inspiziert
- > 6 Studien mit 391 Patient*innen wurden in die Auswertung eingeschlossen

Es zeigten sich

- > eine hochsignifikante Reduktion der PTBS Symptomatik ($p < .001$)
- > insgesamt hohe Effektstärken (Cohen's $d = -1.18$)

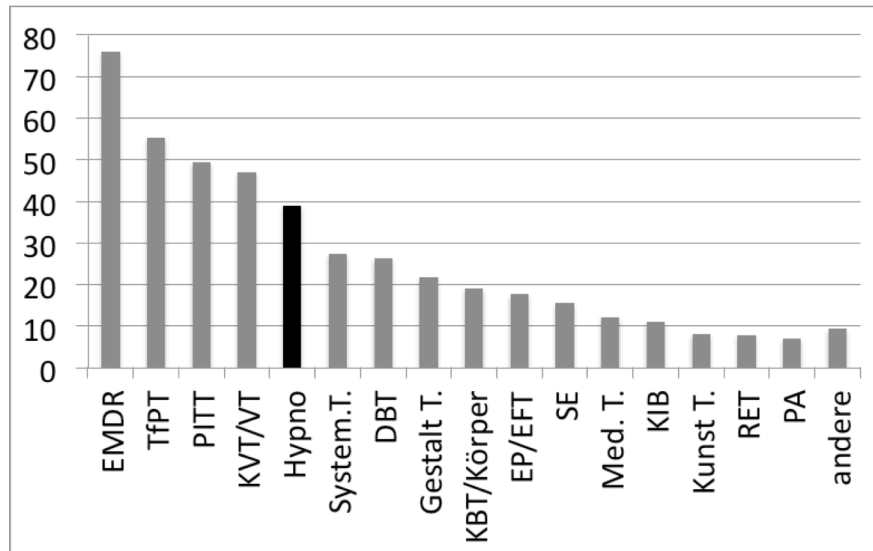


Abb. 2: Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland: Häufigkeit (in %; Mehrfachnennungen möglich) der eingesetzten Verfahren oder Methoden bei Patient*innen mit K-PTBS von ambulant tätigen Psychotherapeut*innen bei Erwachsenen (n=565; nach Sommer, 2016)

blick in die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex-traumatisierter Menschen in Deutschland ermöglicht. Gezeigt wurde, welche Methoden hierzulande in der klinischen Praxis tatsächlich zum Einsatz kommen. 565 Psychotherapeut*innen haben sich an der Online-Fragebogenerhebung beteiligt und angegeben, welche Verfahren oder Techniken sie in der Therapie von Traumafolgestörungen in ihrer klinischen Praxis einsetzen – Mehrfachnennungen waren dabei möglich.

Hypnotherapie gehört offensichtlich zu den „BIG FIVE“ – nach EMDR auf dem ersten Platz und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TfPT) auf dem zweiten Platz, der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie nach Luise Reddemann (PITT) auf dem dritten Platz, folgt Hypnotherapie direkt nach der Verhaltenstherapie (VT).

3. Was sind die Kennzeichen traumafokussierter Psychotherapie?

Um wesentliche Eigenschaften traumafokussierter Psychotherapie herauszuarbeiten, wird im Folgenden vergegenwärtigt, welche Methoden und Techniken derzeit überhaupt angewendet werden. Der Markt hierzu ist groß und es tummeln sich dort viele Anbietende ohne eine fundierte Therapieausbildung. Bleibt man jedoch bei den Me-

Traumafolgen überwinden

thoden, die sich klinisch bewährt haben und für die bereits wissenschaftliche Untersuchungen oder aussagekräftige Fallberichte vorliegen, gelingt ein Überblick (vgl. Tab. 9). Orientierend lassen sich diese Techniken drei Gruppen zuordnen. Nicht aufgeführt wird dabei die systemische Traumatherapie (vgl. z.B. Hanswille & Kissenbeck, 2008), denn traumatherapeutische Erkenntnisse sind erst relativ spät in die systemischen Konzepte eingebunden worden.

Neben der klassischen, verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung (Wolpe, 1958), die in der Traumatherapie so gut wie immer als Exposition in sensu mittlerweile zunehmend häufiger auch PC-gestützt erfolgt, werden neben den imaginativen Techniken und Hypnose eine Reihe von Methoden angewendet, die im Wesentlichen auf das Prozessieren traumatischer Erinnerungen abzielen. Letztlich wird mittlerweile davon ausgegangen, dass mit diesen multisensorisch-bifokalen Techniken die Traumafolgen spezifisch fokussiert und kausal behandelt werden. Die aus Reizüberflutung während der traumatischen Ereignissen resultierenden, nicht integrierten Trauma-Erinnerungen, die über Flashbacks sowie Alpträumen zum Ausdruck kommen und Panikzustände, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten mitbegründen, werden nachhaltig

Tab. 9: Therapeutische Methoden und Techniken bei PTBS – Was hat sich schon bewährt?

Verhaltenstherapie

- Systematische Desensibilisierung (Wolpe, 1958)
- Expositionsbehandlung (gestufte Desensibilisierung; „Flooding“) i.d.R. in sensu durch Habituation z.B. Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition (z.B. Ehlers, 1999; Foa et al., 2007); Narrative Expositionstherapie (NET; Schauer et al., 2011)
- Dialektisch behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1996)

Imagination und Hypnose (seit dem 18. Jh.; vgl. Janet, 1889)

- Hypnose/Hypnotherapie (z.B. Kluft, 1982; Peter, 2006; ISSTD, 2011; van der Hart, 2015; Perren-Klingler, 2015)
- Imaginationstechniken (z. B. Reddemann, 2001; Huber, 2005;)

Multisensorische, bilaterale Stimulation – bifokale Aufmerksamkeit

- EMDR (AIP-Modell; Shapiro, 1989)
- „Klopf“-Techniken z.B.: Emotional Freedom Techniques (EFT; Craig, 1995); EDxTM (Gallo, 1999); Prozess- und embodimentfokussierte Psychologie (PEP; Bohne, 2010); Energetische Psychotherapie (EP; Eschenröder & Wilhelm-Gößling, 2006, 2012)
- Andere z.B.: Brainspotting (Grand, 2003); Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT; Schmucker & Köster, 2014); Trauma-Recapitulation with Imagination, Motion and Breath, (TRIMB; Spangenberg, 2015)

verändert und in einen normalen Integrations- und Verarbeitungsprozess überführt.

Mit den Expositionsverfahren auf der einen und den hypnotherapeutisch-imaginativen Techniken auf der anderen Seite liegen psychotherapeutische Methoden vor, die stärker auf die psychischen Folgen abzielen und eher indirekt auf die posttraumatische Trias Einfluss nehmen. Die Reduktion von Vermeidungsverhalten wird vor allem durch die Expositionstechniken fokussiert. Verbesserungen in den Fähigkeiten mit Symptomen umzugehen, Stärkung von Resilienz und Aufbau von mehr Ich-Stärke werden vor allem durch Hypnose und Imagination adressiert. Das führt ebenfalls zum Rückgang von Vermeidungsverhalten, weil sich das durch die gewachsen Kompetenz, mit den Belastungen umzugehen, zunehmend erübrigt.

Prominenteste Vertreterin der Imaginationstechniken ist Luise Reddemann mit der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT, 2004). Diese basiert auf tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TfPT) und beinhaltet hypnotherapeutische Interventionen, die Traumafolgesymptome ausgleichen sollen und unter der Bezeichnung „Imaginationsübungen“ geläufig sind. Die einzelnen Imaginationsübungen zielen auf eine Aktivierung und den Aufbau von bestimmten Ressourcen bzw. Fähigkeiten und bewirken im Verlauf eine Ich-Stärkung bzw. eine bessere Integration der Ich-Struktur. Dieser Entwicklungsprozess wurde in der Traumatherapie vor allem unter dem Begriff „Stabilisierung“ bekannt. Das Erlernen der Fähigkeit, sich selbst schützen zu können, erfolgt beispielsweise durch Imagination eines „sicheren inneren Ortes“. Selbstfürsorge kann mit dem Bild eines Baumes mit tiefen Wurzeln und der zum Licht wachsenden Krone befördert werden. Die Fähigkeit, sich abgrenzen und belastende Themen aus dem Bewusstsein schieben zu können, wird z.B. durch die Imagination eines Tresors, einer verschließbaren Truhe oder Kiste symbolisiert. Erst im Anschluss an eine erfolgreiche Stabilisierung sollte – falls noch erforderlich – eine Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen erfolgen. Häufig wurde und wird die zu erzielende Stabilität noch sehr weit gefasst. Zudem ist Stabilität bei nach wie vor bestehender traumaeigener Dynamik und entsprechender Symptomatik kaum erreichbar, was zu weiterer Chronifizierung der PTBS führen kann.

Therapeutisch vorstrukturierte Hypnosetechniken sind als Imaginationsübungen somit allgemein akzeptierter Bestandteil der Traumatherapie. Reddemann verzichtete allerdings auf die Bezeichnung Hypnose, wohl auch deshalb, weil sie ablehnende Reaktionen befürchtet hat. Zum einen wurde und wird Hypnose in einzelnen Fachkreisen noch als Erinnerungswerkzeug für „verdrängte“ – eigentlich jedoch dissoziierte und aus dem bewussten Erleben herausgehaltene – Traumata missverstanden. Zum anderen wurde auch ein Erzeugen falscher, bzw. iatrogener Erinnerungen mittels Hypnose unterstellt.

Ebenso fälschlich wurde Hypnose mit „Auslöschung“ oder rascher „Überschreibung“ traumatischer Erinnerungen assoziiert. Auch diese an Magie oder Wunderheilung grenzenden Vorstellungen haben sich auf die Einstellung zu moderner Hypnotherapie ungünstig ausgewirkt. Fundiert angewandte Hypnose ist jedoch im klinischen

Traumafolgen überwinden

Alltag, häufig auch in ihrer indirekten Form, in vielfältigen Situationen effektiv und hilfreich, um mit Belastungen durch traumatische Erinnerungen und ihren Folgen besser umzugehen, um Ressourcen und Selbstwirksamkeit zu stärken, und den psychischen Traumafolgen im Verlauf mehr und mehr ihre Schrecken und negativen Auswirkungen auf den Alltag und die Zukunftsgestaltung zu nehmen.

Hypnose und Hypnotherapie wurde vor allem von Kluft (1982, 1995) schon zu Beginn der modernen Traumatherapie als wertvolle, wirksame und effektive Therapiemethode vorgestellt, die bis heute weiterhin unterschätzt wird (Kluft, 2016). Als ein Beispiel sei die recht bekannte originär hypnotherapeutische Screen- bzw. Bildschirmtechnik genannt, die erstmals von Spiegel & Spiegel (1978; vgl. auch Spiegel, 1989) beschrieben und vielfältig weiterentwickelt wurde (vgl. z.B. Perren-Klingler, 2015). Sie wird – mit Hilfe der Assoziation – einerseits zur Ressourcenaktivierung und -stärkung eingesetzt. Andererseits wurde und wird mit der Bildschirmtechnik auch Traumakonfrontation bzw. -verarbeitung durchgeführt. Seit EMDR und anderen bifokale Techniken in jüngerer Zeit zunehmende Verbreitung fanden, geht jedoch deren Einsatz für die Indikation der direkten Traumaintegration zurück. Bei der Screen-Technik betrachtet die Patient*in den inneren „Trauma-Film“ von einer sicheren Distanz heraus, als schaue sie einer 3. Person zu. Mit Hilfe dissoziativer Fähigkeiten wird zudem nur auf den visuellen Kanal fokussiert, während Geräusche und Körpersensorik ausgeblendet werden, um eine Überflutung von aversiven Reizen zu vermeiden und eine stufenweise Verarbeitung zu ermöglichen.

Von allen in der dritten Rubrik erwähnten Techniken, die auf Integration traumatischer Erinnerungen und damit auf die Beruhigung und Integration der neurophysiologischen Folgen der traumatischen Reizüberflutung abzielen, wird über eine klinisch gute Wirksamkeit berichtet (vgl. Tab. 9). Am besten untersucht und bereits wissenschaftlich anerkannt ist das EMDR. Das Krankheits- und Erklärungsmodell der EMDR-Methode kann letztlich Pate stehen für alle hier erwähnten Vorgehensweisen. Im Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell; vgl. Hase et al., 2013) wird davon ausgegangen, dass im Gehirn ein Informationsverarbeitungssystem angelegt ist, mit dem Menschen auch im Nachhinein belastende und traumatische Erinnerungen adaptiv verarbeiten und integrieren können. Ausgegangen wird dabei generell davon, dass psychische Störungen aus belastenden Erinnerungen an negative Erlebnisse resultieren, die unzureichend verarbeitet wurden. Vor allem sind dies Erinnerungen an traumatische Erfahrungen, die – so die Hypothese – weitgehend unverarbeitet, zustandsspezifisch und fragmentiert im Gehirn gespeichert sind. EMDR und die genannten Techniken zielen darauf ab, das adaptive Informationsverarbeitungssystem gemeinsam mit der traumatischen Erinnerung zu aktivieren und so eine „Nachverarbeitung“ anzuregen.

Kürzlich wurde auch für die hier mit dem Oberbegriff „Klopfmethoden“ überschriebenen Techniken, die eine multisensorische Stimulation beinhalten und wie das EMDR bifokale Aufmerksamkeit erzeugen, eine erste Metaanalyse vorgelegt (Sebas-

tian & Nelms, 2017). Diese ergab ebenfalls ein hohes Signifikanzniveau und hohe Effektstärken. In der Praxis sind diese Methoden auch deswegen günstig, weil die Patient*innen „das Klopfen“ selbstständig zur besseren Selbstregulation im Alltag anwenden können und damit zugleich autonomer werden.

Die drei wesentlichen, miteinander korrespondierenden Zielbereiche einer Therapie komplexer Traumafolgestörungen beinhalten die traumaspezifische Symptomatik, Beziehungsstörungen und die daraus resultierenden unbefriedigenden Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Tab. 10). Durch eine Reduktion der Symptomatik bzw. besseres Symptommanagement, werden sowohl bestehende Beziehungsstörungen als auch unbefriedigenden Entwicklungsmöglichkeiten indirekt günstig beeinflusst. Beides muss in aller Regel dennoch auch direkt adressiert werden. Generell günstig ist ein auf Ressourcen fokussiertes Vorgehen, was sich an dem höchsten Grad der in der Vergangenheit erreichten Funktionalität ausrichtet. Dies wirkt indirekt antiregressiv und berücksichtigt jeweils bereits gezeigte Kompetenzen. Dabei werden zuerst diejenigen Fähigkeiten aktiviert und ggf. erweitert, die für die Bewältigung der aktuellen Krise bzw. für einen günstigeren Umgang mit belastenden Symptomen benötigt werden. Indirekt wird aufgrund des damit immanent einhergehenden Selbstwirksamkeitserlebens Vermeidungsverhalten abgebaut. Hierdurch erhöht sich die Chance auf bessere Entwicklungsmöglichkeiten in der (nahen) Zukunft.

Zudem empfiehlt sich eine Reihenfolge mit gestufter Vorgehen (vgl. Tab. 10). Zunächst sollten Belastungen der nahen Zukunft fokussiert werden, die therapeutisch besser handhabbar sind und zudem unmittelbar überprüfbare Wirkungen aufweisen.

Beispielsweise stand einer Patientin aus der ambulanten Stabilisierungsgruppe am Wochenende der Besuch bei den Eltern bevor. Sie gab bei der Vorstellung, dorthin zu fahren, starke Anspannung an. Die Belastung liege im mittleren bis hohen Bereich. Nachdem sie einen Plan (Notfallliste) erstellt hatte und zudem affektregulative Fähigkeiten („Klopfen“) eingeübt hatte, konnte sie entspannter ins Wochenende fahren. Sie berichtete anschließend, der Besuch sei erstmals relativ entspannt verlaufen. Sie habe zwischendurch einen Spaziergang gemacht, „geklopft“ und von vorneherein den Besuch zeitlich begrenzt.

Wenn solche und ähnliche Kompetenzen in Belastungssituationen gut abgerufen und eingesetzt werden können, gelingt es in aller Regel viel leichter als zuvor, Fähig-

Tab. 10: Vorgehen bei komplexen Traumafolgestörungen

Zielbereiche der Traumatherapie	Empfohlene Reihenfolge des Vorgehens
- Spezifische Traumafolgesymptome	1. Fokus auf Belastungen in der nahen Zukunft
- Beziehungsstörungen	2. Fokus auf Auslöser im Alltag
- Unbefriedigende Entwicklungsmöglichkeiten	3. Fokus auf Ereignisse der Vergangenheit

Traumafolgen überwinden

keiten zu stärken oder aufzubauen, um auch mit Intrusionen bzw. auslösenden Bedingungen im Alltag umzugehen. Indirekt stellen sich dabei oft schon positive Effekte in Richtung einer Integration traumatischer Erinnerungen ein, denn in aller Regel hängen die alltagsbezogenen Auslöser ja über Affektbrücken mit den traumatischen Ereignissen zusammen – manchmal ohne dass dies den Betroffenen bereits bewusst ist.

Auch hierzu ein Beispiel eines früheren Patienten. Dieser berichtete, er bekomme auf der Bahnfahrt zur Arbeit immer mal wieder äußerst unangenehme Panikzustände, die für ihn völlig unerklärlich seien. Mit Hilfe der Screen-Technik – er ließ dabei die letzte Bahnfahrt, während der er Panik bekommen habe, vor seinem inneren Auge ablaufen – erkannte er, dass panikauslösend ein rauchender Industrieschornstein gewesen war. Mit dieser Erkenntnis war für ihn als KZ-Überlebender die Affektbrücke sofort klar, und er konnte zukünftig den Schornstein bewusst in den Blick nehmen und sich innerlich beruhigen, weil der damit verbundene Schrecken klar der Vergangenheit angehörte. Die Fahrt mit der Bahn wurde für ihn sofort angenehmer und ging nicht mehr mit Panikzuständen einher.

Hier wären zahlreiche ähnliche Beispiele möglich, die im Nachhinein einfach und leicht klingen. Im jeweiligen Therapieprozess müssen diese jedoch immer wieder individuell aufgespürt und gefunden werden.

Ist der Umgang mit Belastungen schon etwas geübt, können einzelne, relevante traumatische Erinnerungen aus der Vergangenheit direkt fokussiert werden. Die erforderlichen Fähigkeiten wie Mut, Distanzierung und Abgrenzung, Re-Orientierung in die Gegenwart bzw. auf angenehmes Erleben – wie z. B. sich in einen angenehmen und sicheren Innenraum zurückziehen – sind dann rasch aktivierbar. Eine Überflutung mit traumatischen Erinnerungen (= unkontrollierte Trauma-Reaktivierung) tritt gar nicht erst auf oder kann begrenzt werden. So erhalten die Erinnerungen allmählich einen „normalen“ Platz im biografischen Gedächtnis, verlieren ihren unmittelbaren Schrecken und können Anderen als eine tragische, schreckliche, jedoch vergangene Geschichte erzählt werden. Als Faustregel für eine ausreichende Stabilisierung kann Folgendes angenommen werden: Es gelingt der Person, eine stärkende, positive Ressource bewusst zu imaginieren und diesen Zustand eine Weile aufrechtzuerhalten.

Vergegenwärtigen wir uns im Zusammenhang mit der Traumatherapie noch einmal die generellen Wirkfaktoren von Psychotherapie (Tab. 11). Letztlich gilt: Die therapieschulen-übergreifenden Wirkfaktoren nach Grawe (2005): therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und Problembewältigung, die generell das Gelingen von Psychotherapien ermöglichen, gelten gleichermaßen für die Therapie von psychischen Traumafolgen. Das ist m.E. eine wichtige Botschaft! Denn Traumapatient*innen stellen sich oft – und werden dabei gar nicht so selten durch Psychoherapeut*innen unterstützt, die sich mit dem Thema nicht gut auskennen oder einfach andere Schwerpunkte setzen – ungünstigerweise so ein, dass sie endlich eine richtig richtige Traumatherapie machen wollen. So bemerken sie nicht, dass Trauma-Therapie längst stattfindet und haben das Gefühl, sie er-

halten nicht das, was sie benötigen. Letzteres knüpft an das Erleben während der traumatischen Ereignisse an, in denen sie nicht den Schutz erhielten, den sie benötigten.

Darüber hinaus werden die Patient*innen selbst und ihre Therapie durch dieses Vorgehen implizit als etwas Besonderes, etwas Schwieriges herausgestellt. Das stimmt zum einen nicht und zum anderen unterstützt das in ungünstiger Art und Weise ein Gefühl, was sie schon lange kennen. Denn letztlich erleben sich viele komplex-traumatisierte Menschen nicht als zugehörig. In aller Regel sind Schuld- und Schamgefühle erheblich. Wenn wir Psychotherapeut*innen auf eine spätere Traumatherapie verweisen, die dann aber woanders erfolgen soll, kann das innere Erleben, nicht dazu zu gehören, schwierig und unnormale zu sein, noch verstärkt werden. Besser wäre es, hier die vorhandene Situation zu nutzen, zu informieren, dabei zu normalisieren und mit dem zu beginnen, was möglich ist.

Was ist nun unter dem Gesichtspunkt einer komplexen PTBS in Hinblick auf die von Grawe (2005) vorgestellten Wirkfaktoren von Psychotherapie zu beachten? Denn eine traumafokussierte Modifikation ist notwendig, um die stressphysiologisch „normalen“ Reaktionen und deren Folgen einem Verarbeitungsprozess zuzuführen und „Heilung“ zu ermöglichen. Diese Heilung könnte man auch als Vernarbungsprozess einer zuvor lange offen gehaltenen Wunde bezeichnen. Gleichmaßen benötigt die Therapie einer offenen, komplizierten Fraktur in der somatischen Traumatologie ebenfalls eine spezielle Versorgung, damit die Verletzung heilen kann. Der Heilungsprozess dauert länger, die Narben sind meist größer, nicht selten kommt es zu einer sog. Defektheilung. Dennoch sind die physiologischen Heilungsprozesse grundlegend die gleichen und entsprechen denen einer geschlossenen Fraktur.

In Hinblick auf die therapeutische Beziehung gilt es zu beachten, dass Therapeut*-

Tab. 11: Wirkfaktoren in der traumafokussierten Psychotherapie

<i>Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach Grawe (2005)</i>	<i>Beachtung und Anpassung bei trauma-fokussierter Psychotherapie</i>
Therapeutische Beziehung	<i>Cave:</i> Retten wollen vs. Abwehr
Ressourcenaktivierung	essentiell, ggf. Ressourcenstärkung, Neuerwerb
Problemaktivierung	in Form von strukturiertem und „abgesichertem“ Vorgehen
Motivationale Klärung	<i>Cave:</i> Opferrolle, Opfer bleiben, ggf. „Opfertäter“
Problembewältigung	Symptom- und Belastungsmanagement, Selbstwirksamkeit
→ Wirkfaktoren auch in der Trauma-Psychotherapie	→ Beachtung der Trauma-Physiologie und deren Folgen

Traumafolgen überwinden

innen leicht in schwierige Übertragungsmuster geraten können. Ungünstig ist es – u.a. einfach deshalb, weil die damit verbundenen Erwartungen schlichtweg nicht einzulösen sind – wenn Therapeut*innen in eine Retter-Rolle geraten bzw. sich aufgerufen fühlen, das erlittene Unrecht auszugleichen und das Leiden schnell zu beenden. Hier gilt, was auch sonst gilt: Es ist ungünstig, wenn sich Therapeut*innen mehr anstrengen als ihre Patient*innen. Denn diese müssen den Weg selbst gehen, ist es doch ganz besonders wichtig, dass sie selbst Kontrolle zurückerlangen und wieder Selbstwirksamkeit erleben. Dies auch, weil sich das implizit schon deshalb „heilend“ auf die (post-)traumatische Situation auswirkt, weil genau das damals nicht möglich war. Die betroffene Person war hilflos oder hat womöglich erlebt, dass eigene Kraft und Aktivität (z.B. sich widersetzen, fordern, bitten, verhandeln) die Lage noch schlimmer machte. Insofern kommen – was psychodynamische Psychotherapeut*innen als Gegenübertragungsreaktionen beschreiben würden – Retter-Fantasien zwar häufiger vor, es gilt jedoch diese als zutiefst menschliche Reaktion zu erkennen, zu verstehen und in Mitgefühl sowie in professionelles psychotherapeutisches Handeln zu transformieren.

Die entgegengesetzte therapeutische Reaktion Abwehr, Nicht-Glauben-Wollen oder Nichtbeachtung wirkt sich auf andere Art und Weise äußerst ungünstig aus. Bei den zum Teil grauenvollen Erlebnissen ist eine solche Schutzreaktion jedoch menschlich ebenso verständlich. Implizit wird hierdurch das oft vorhandene Schweigegebot oder das hiermit in Verbindung stehende eigene Nicht-Glauben-Wollen der Patient*innen unterstützt. Denn Dinge, über die nicht gesprochen wird, haben generell weniger Realitätsverankerung. Eine therapeutische Verarbeitung kann ohne Sprache kaum erfolgen – auch wenn kreative Therapieformen vor einer Verbalisierung erforderlich sein können. Gleichzeitig ist es meist nicht mehr möglich, die Dinge, die vielleicht früher aus psychischen Schutzgründen amnestisch waren, „einfach“ wieder zu vergessen, wenn sie erst einmal in der aktuellen Lebenssituation präsent geworden sind.

Einen Haupt-Fokus auf Ressourcenaktivierung zu legen ist in der Traumatherapie essentiell – insbesondere bei entwicklungsbezogenen, komplexen Traumata. Hierbei kommt es auch auf den Neuerwerb bestimmter Fähigkeiten an, die aufgrund wiederholter Unterbrechungen durch die traumatischen Ereignisse in der kindlichen Entwicklung nicht oder nur unzureichend erlernt wurden. Zudem geht es darum, die vorhandenen Ressourcen zu (er-)kennen, diese so zu stärken und zu verankern, dass sie auch unter Belastung abrufbar sind. Im späteren Verlauf stehen sie dann bei einer Problemaktivierung zur Verfügung, um innerhalb einer gezielten, strukturierten imaginativen Reaktivierung traumatischer Erinnerungen eingesetzt werden zu können. Die Patient*innen erwerben also Fähigkeiten, die sie zur gestuften Problembewältigung nutzen können und haben dies zuvor – an im Verlauf schwieriger werdenden „Aufgaben“ – eingeübt. Parallel dazu ist durch diese Selbstwirksamkeitserlebnisse das Zutrauen in eigene Fähigkeiten bereits gewachsen, was insgesamt traumabezogenem Vermeidungsverhalten und dem Erleben, Opfer zu sein – und damit auch primärem und sekundärem Krankheitsgewinn –, entgegen wirkt.

Hypnotherapie bietet eine Fülle von Techniken zur Ressourcenaktivierung sowie zur Problemaktivierung und -bewältigung. Diese haben für die Psychodynamisch-Imaginative-Traumatherapie und für einen Teil der Vorgehensweisen, die im EMDR eingesetzt werden, Modell gestanden. Sie wurden stärker strukturiert und traumabezogen angepasst. Insofern hat die Hypnotherapie mit ihrem konsequent ressourcenorientierten Vorgehen die moderne Traumatherapie entscheidend geprägt und bereichert. Eine Fallvignette dient im Folgenden dazu, die entscheidenden Aussagen dieses Textes zusammenzuführen und zu illustrieren.

Die knapp 40jährige Frau K. wurde aufgrund einer zunehmenden Erschöpfung mit einer depressiven Symptomatik in die von der Autorin geleitete Tagesklinik aufgenommen. In der biografischen Anamnese gab sie sowohl emotionale als auch Bindungstraumatisierungen an, ferner etwa im Alter von acht bis zwölf Jahren sexuelle Gewalt durch einen Freund der Familie, und sie berichtete, dass sich zuweilen belastende Erinnerungen daran aufdrängen würden. Der Täter sei gerichtlich zu einer Gefängnisstrafe verurteilt worden. Da die Eltern sie emotional stark vernachlässigt hätten und mit der Situation völlig überfordert gewesen wären, sei vom Jugendamt angeordnet worden, dass Frau K. – sie sei damals 13 Jahre alt gewesen – in eine Pflegefamilie habe kommen sollen. Frau K. schilderte die Pflegefamilie als sehr liebevoll. Sie gab an, bis dato weiterhin engen Kontakt zu dieser zu pflegen. Auch habe sie damals von einer psychotherapeutischen Behandlung sehr profitiert.

Zur aktuellen Situation schilderte Frau K., sie sei mittlerweile Mutter von vier Kindern im Schul- und Vorschulalter und lebe mit ihrem Ehemann in einem Einfamilienhaus. Die Beziehung wurde von ihr als gut und unterstützend beschrieben. Auch gebe es außerfamiliäre wichtige Beziehungen, insbesondere in der Kirchengemeinde.

In der dritten tagesklinischen Behandlungswoche berichtete Frau K., sie leide seit ein paar Tagen unter zunehmenden Intrusionen, vor allem unter Alpträumen, und zunehmend starker Angst, das Haus zu verlassen. Auf therapeutischer Seite wurde befürchtet, dass dies womöglich Folge einer zu starken Traumareaktivierung durch das Thematisieren belastender Themen in der Therapie sein könnte. In der anschließenden Exploration im Einzelsetting schilderte die Patientin dann aber, dass sie vor ein paar Tagen den damaligen Täter auf der gegenüberliegenden Straßenseite gesehen und erkannt habe. Er habe ihr direkt in die Augen geschaut. Sie erzählte auch, dass sie diesen bis zu diesem Zeitpunkt immer noch im Gefängnis gewähnt habe. Mit therapeutischer Unterstützung habe sie damals alles, was sie an das vergangene Leid erinnert habe, in einem Ritual vernichtet und lange Zeit überhaupt nicht mehr daran gedacht. So habe sie sich subjektiv unbelastet in ihrem neuen Leben bewegen können, zumal sie vor dem Täter sicher gewesen sei, da sich dieser – in ihrer Vorstellung dauerhaft - im Gefängnis befunden habe.

Die Patientin machte sich im ersten Schritt zum einen klar: Ich bin erwachsen und fast 40 Jahre alt. Zuvor hatte sie auf die entsprechende Frage, wie alt sie sich fühle, angegeben, sie fühle sich, als sei sie höchstens 12 oder 13 Jahre. Zum anderen ver-

Traumafolgen überwinden

deutlichte sie sich im zweiten Schritt, dass sie – anders als damals – heute Menschen um sich hat, die ihr Kraft und Sicherheit geben. Im dritten Schritt stellte Sie daraufhin ein Ressourcenteam (vgl. Huber, 2005) zusammen, mit dem Sie sich auf der Straße sicher genug fühlen würde, falls sie dem Mann nochmals begegnen würde. Alle wichtigen Personen, die ihr im Alltag zur Seite stehen und ihr den Rücken stärken, wurden hierfür benannt und um Sie herum an einem passenden Platz verortet. Dieses Team wurde mit hypnotherapeutischen Mitteln in Trance verlebendigt und verankert. Die Patientin wurde im vierten Schritt angeleitet, sich selbst als die erwachsene Person zu imaginieren und wie sie sich mit allen sie stärkenden Personen umgibt, um dann – immer noch in Trance – auf der Straße entlang zu gehen und dem Täter erneut zu begegnen.

In der anschließenden Nachbesprechung berichtete Frau K., dass sie sich gestärkt fühle. Sie habe die Unterstützung durch die ihr vertrauten Menschen förmlich gespürt, sich aufrichten und entspannen können. Im weiteren Verlauf der tagesklinischen Behandlung gab sie an, die Alpträume seien abgeklungen und sie könne wieder angstfrei auf die Straße gehen. Auch realisiere sie nun noch einmal viel deutlicher, dass die Dinge von damals wirklich vorbei seien und sie vor dem damaligen Täter, auch wenn er mittlerweile nicht mehr im Gefängnis sei, keine Angst mehr zu haben brauche.

Frau K. hatte über mehrere Trauma-Arten berichtet, die während ihrer kindlichen Entwicklung über längere Zeit bestanden hatten (emotionale, physische und sexuelle Gewalt, inner- und außerfamiliär). Schon aufgrund dieser biografischen Angaben (schwere emotionale Vernachlässigung, kein elterlicher Schutz vor – evtl. sogar Tolerieren/Fördern von – sexueller Gewalt) und der aktuellen Symptomatik (u.a. Affektregulationsstörungen, unzureichende Selbstfürsorge/Selbstüberforderung, Belastungsabhängiger Verlust von Fähigkeiten) war davon auszugehen, dass selbstregulative Fähigkeiten unzureichend entwickelt worden waren und insofern sehr wahrscheinlich eine Ich-Strukturschwäche vorlag. Ab dem 13. Lebensjahr – u.a. auch nach einer Psychotherapie – und bis heute verfügte sie jedoch über gute interpersonelle Ressourcen, die bessere Entwicklungsmöglichkeiten sowie einen gewissen Ausgleich der Ich-Strukturschwäche bewirkt haben. Neben Glück waren also gleichzeitig Resilienz und damit recht gute persönliche Ressourcen zu vermuten, die es Frau K. ermöglicht hatten, in günstiger Umgebung von der Unterstützung zu profitieren und Hilfe anzunehmen.

Erkennbar lagen zudem bis dato dissoziative Schutzmechanismen vor, die sich traumaphysiologisch generell automatisiert einstellen können. In diesem Fall waren diese jedoch auch bewusst psychotherapeutisch unterstützt worden, als die Patientin nach Herausnahme aus der Familie in kinder- und jugendpsychotherapeutischer Behandlung war. Es waren in dieser ersten Therapie laut Bericht der Patientin Rituale durchgeführt worden, um das Vergangene aus dem Alltagsbewusstsein zu verbannen. Traumatische Erinnerungen wurden quasi eingekapselt und ein „anscheinend normales“ Funktionieren im Alltag wurde ermöglicht. Primär entwickelte sich dann vor der teilstationären Behandlung durch sehr hohe Anforderungen im Alltag eine zunehmen-

de psychische Instabilität und damit eine Labilisierung dieser Schutzmechanismen, mit beginnenden Intrusionen, Erschöpfung und, als Ausdruck der Affektregulationsstörung, eine zunehmend depressive Symptomatik.

In der Folge kam es – während der tagesklinischen Behandlung - durch einen trauma-spezifischen Trigger (die Begegnung mit dem Täter auf der Straße, evtl. auch einer sehr ähnlich aussehenden Person) zu einer anhaltenden PTBS-Symptomatik mit Albträumen, sich aufdrängenden Erinnerungen, Hyperarousal und beginnendem Vermeidungsverhalten. In Hinblick auf die Bewältigung der auslösenden Belastungssituation wurden vorhandene Ressourcen aktiviert, imaginativ gestärkt und örtlich verankert. Anschließend fand eine imaginative Exposition in sensu statt, die gleichzeitig auch als Problembewältigung fungierte und nicht nur dazu führte, dass sich die Symptomatik zurückbildete, sondern die vergangenen Traumatisierungen ein Stück mehr integriert werden konnten.

4. Fazit

Als Fazit kann folgende positive Trias festgehalten werden:

1. Traumafolgen lassen sich überwinden

2. Psychotherapeut*innen wie Patient*innen können dabei auf verschiedene, gut wirksame Techniken zurückgreifen

- Metaanalysen zu Kognitiver Verhaltenstherapie, Expositions-Verfahren, EMDR sowie Hypnotherapie und jüngst die Emotional Freedom Technik (EFT) zeigen jeweils hohe Effektstärken (Cohens $d > 1$).
- Bei vielen offenbleibenden Fragen ist weitgehend geklärt, dass störungsspezifische Elemente in die Behandlung einbezogen werden sollen. Dass also die trauma-fokussierte Psychotherapie das Mittel der Wahl darstellt.

3. Das empirisch abgesicherte Wissen ist mittlerweile umfangreich

- Psycho-Eduktion in Bezug auf Symptomatik und Trauma-Physiologie stärkt Selbstakzeptanz und gehört mit in das Behandlungskonzept. Dabei kann die PTBS – die in vielen Richtungen heftig aufwühlende Symptomatik normalisierend – als eine Form der „Erinnerungsstörung“ angesehen werden.
- Der Fokus auf Ressourcen ist essentiell, stärkt Selbstwirksamkeit, verbessert selbstregulative Fähigkeiten (Ich-Struktur) und wirkt sich indirekt günstig auf die PTBS Symptomatik aus: hier erweist sich Hypnotherapie mit ihren zahlreichen Interventionsmöglichkeiten als unschätzbar!
- Diverse Techniken ermöglichen – vermutlich über bifokale Aufmerksamkeit - eine individuell angepasste, dosierte, und strukturierte Integration traumatischer Erinnerungen und bessern direkt die spezifischen PTBS-Symptome.

Traumafolgen überwinden

Kenntnisse über die Traumaphysiologie sowie die Folgen, die durch die traumaspezifische Dynamik in den unterschiedlichen Lebensperioden und Konfliktlagen auftreten können, gehören in den Werkzeugkasten von Traumatherapeut*innen. Psychoedukativ kann das Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit hierbei sehr gut eingesetzt werden (Nijenhuis et al., 2004; van der Hart et al., 2006). Neben explizit psychoedukativen Interventionen lassen sich diese individuell angepasst sowohl indirekt im Narrativ als auch direkt in eine Trance einflechten. Sie wirken dem sich sehr häufig selbst beschuldigenden inneren Dialog sowie den allgegenwärtigen Schamgefühlen entgegen.

Zusätzlich sind Selbstwert stärkende und die eigenen Fähigkeiten aktivierende sowie implementierende (hypnotherapeutische) Techniken von hoher Bedeutung, um für die Last traumatischer Erinnerungen und deren negativen Auswirkungen ein Gegengewicht zu bilden. So können belastende und wenig oder nicht hilfreiche therapeutische Traumareaktivierungen vermieden werden. Traumareaktivierungen – und dies soll alle Therapeut*innen zum Umgang mit Traumafolgestörungen ermutigen – sind keine Re-Traumatisierungen im engeren Wortsinn. Schlimmstenfalls erleben Patient*innen das Prozessieren traumatischer Erinnerungen als eine neuerliche, nicht kontrollierbare Überflutung und sie erleben dabei womöglich erneut, dass ihnen in dieser Situation – trotz therapeutischer Bemühungen – nicht unmittelbar geholfen wird. Dies lässt sich jedoch im Anschluss daran analysieren, reflektieren, erklären und somit therapeutisch auffangen. Wenn dies geschieht, ist das – gemäß den Erfahrungen der Autorin – kein Drama, denn Patient*in und Therapeut*in haben daraus etwas Wichtiges für den weiteren Prozess gelernt – z.B. den „normalen“ Umgang mit auftretenden Schwierigkeiten oder wichtige weitere Details und neue Informationen, die helfen, den therapeutischen Prozess noch wirksamer zu gestalten.

Vor einer Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen und damit einer Förderung der Integration der Ereignisse in die Lebensgeschichte sollten diese allerdings benannt und die psychischen, somatischen sowie die Folgen auf die Lebensentwicklung ausreichend gewürdigt und anerkannt worden sein. Danach gelingt es den Betroffenen in aller Regel, sich besser auf die Zukunft auszurichten, diese nicht mehr (so stark) von den Schatten der Vergangenheit verdunkeln zu lassen, mehr persönliche Freiheitsgrade zu erhalten und diese nutzen zu können.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Achse IV Struktur (2. Aufl., S. 113-123 u. S. 255-280). Hans Huber Bern.
- Bisson, J.L., Roberts, N.P., Andrew, M. Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 13 (12), CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Brisch, K. H. (Hrsg.) (2016). Bindungstraumatisierungen. Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines, C., Sonis, J., Middleton J.C., Feltner, C., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A. & Gaynes, B.N. (2016). Psychological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- Cloitre, M., Stovall-McClouch, K.C., Noonan, K. Zorbas, P., Cherry, S. Jackson, C.L., Gan, W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-24. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081247.
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology* 6, 10. Published online 2015 May 19. doi:10.3402/ejpt.v6.27344.
- Craig, G. & Fowle, A. (1995). *Emotional Freedom Techniques: The Manual*. The Sea Ranch, CA: Author (Selbstverlag).
- de Jongh, A., Resick, P.A., Zoellner, L.A., van Minnen, A., Lee C.W., Monson, C.M., Foa, E.B., Wheeler, K., ten Broeke, E., Feeny, N., Rauch, S.A.M., & Leuner, F. (2016). Critical Analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in Adults. *Depression and Anxiety*, 33 (5), 359-369.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.
- Eckhardt-Henn, A. & Hoffmann, S.O. (Hrsg.), 2004. *Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Psychotherapie*, vol. 8. Göttingen: Hogrefe.
- Equit, M., Maurer, S., Michael, T. & Köllner, V. (2017). Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie*, Published online, November 21, 2017; doi:10.1159/000477418.
- Ertl, V., Saile, R., Neuner, F. & Catani, C. (2016). Drinking to ease the burden: a cross-sectional study on trauma, alcohol abuse and psychopathology in a post-conflict context. *Biomedcentral – BMC Psychiatry*, 16, 202. doi: 10.1186/s12888-016-0905-7.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie. Teil I Allgemeine Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fischer, G., & Becker-Fischer, M. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Kommentar zum Beitrag von Frank Neuner (2008), in *Verhaltenstherapie*, 18 (2), 109-118. *ZPPM – Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 6, 85-94.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences – Therapist guide*. New York, NY, Oxford: University Press.
- Gast, U. & Wirtz, G. (Hrsg.) (2014). *Themenheft Expertenempfehlung für die Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung bei Erwachsenen*. *Trauma & Gewalt*, 8(1).
- Grand, D. (2011) Übersetzung: Schubbe, O. *Brainspotting. Ein neues duales Regulationsmodell für den psychotherapeutischen Prozess*. *Trauma & Gewalt*, 3, 276-285.
- Grawe, K., (2005). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie* 7/8, 311.
- Halvorsen, J.O., Stenmark, H., Neuner, F. & Nordahl, H.M. (2014). Does dissociation moderate treatment out-comes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 21-28.
- Hagl, M. (2017). Studien zur Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahr 2016. *Hypnose ZHH*, 12 (1+2), 203-2016.
- Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2008). *Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis*. Heidelberg: Carl Auer.
- Hase, M., Leutner, S. Tumani, V. & Hofmann, A. (2013). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

Traumafolgen überwinden

- (EMDR). Eine ungewöhnliche Form der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt, 11, 512- 514.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress* 5 (3), 377-391.
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W.A., von Ommeren, M., de Jong, J., Schen, H. & Bisson, J.L. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 206 (2), 93-100. doi: 10.1192/bjp.bp.114.148551.
- Huber, M. (2005). *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Paderborn: Junfermann.
- ISSSTD, International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011): Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision, *Journal of Trauma & Dissociation*, 12 (2), 115-187. doi.org/10.1080/15299732.2011.537247
- Kirsch, I. (2017). Der Placebo-Effekt in der Behandlung von Depression. *Hypnose-ZHH*, 12 (1+2), 63-80.
- Kluft, R. P. (1982). Varieties of hypnotic interventions in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 230-240.
- Kluft, R. P. (1995). Zur Anwendung hypnotischer Interventionen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen. *Hypnose und Kognition*, 12 (2), 13-33. (Englische Originalversion, 1994 in *Hypnos*, 21 (4). Dtsch. Übersetzung, B. Peter).
- Kluft, R. P. (2016). The wounded self in trauma treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 59 (1), 69-87. doi: 10.1080/00029157.2016.1163659.
- Knaevelsrud, C., Brand, J., Lange, A., Ruwaard, J. & Wagner, B. (2015). Web-Based Psychotherapy for Post-traumatic Stress Disorder in War-Traumatized Arab Patients: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 17 (3), e71. Published online 2015 March, 20. doi:10.2196/jmir.3582.
- Kraepelin, E. (1896): *Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (pp. 789-814). 5., vollst. umgearb. Aufl. Leipzig: Barth.
- Kunze, H., Kaltenbach, L., & Kupfer, K. (Hrsg.) (2010). *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien
- Maerker, A. & Augsburg, M. (2017). Psychotraumatologie. Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. *Der Nervenarzt*, 88 (9), 967-973.
- Maercker, A. (2011). Diskussionsforum: 1. Stabilisierung in der Traumtherapie – ein Schulenstreit? *ZPPM – Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 9 (3), 83-86.
- Neuner F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18 (2), 109-118.
- Neuner, F. (2011). Safety first? Trauma Exposure in PTSD. In P. Neudeck & H.U. Wittchen (eds.). *Rethinking the Model - Refining the Method* (pp. 299-312). New York, NY: Springer.
- Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. & Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance. Available at <http://www.trauma-pages.com>
- Perren-Klingler, G. (2015). Posttraumatische Belastungsstörung. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3. ed., pp. 475-484). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2006). Hypnotherapie bei der Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (pp. 141-155). Stuttgart: Thieme (aktualisierte Version in diesem Heft).
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcen-

- neri-entierten Verfahren. *Zeitschrift für Psychotraumatologie & Psychologische Medizin*, 2, 1-8.
- Reddemann, L. (2004, 20. Auflage 2017). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rotaru, T.-S. & Rusu A. (2016). A Meta-Analysis for the efficacy of Hypnotherapy in alleviating PTSD symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 64 (1), 116–136. doi:10.1080/00207144.2015.1099406
- Schauer, M. Elbert, T., Neuner, F. (2011). *Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Schmucker, M. & Köster, R. (2014). *Praxishandbuch IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sebastian, B. & Nelms, J. (2017). The effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of post-traumatic stress disorder: A Meta-Analysis. *Explore* 13 (1), 16-25.
- Sommer, J. (2016). Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer Studie der Initiative Phoenix – Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e.V. *Trauma & Gewalt* 10 (4), 308-319.
- Spangenberg, E. (2015). *Behutsame Traumaintegration (TRIMB). Belastende Erfahrungen lösen mit Atmung, Bewegung und Imagination*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spiegel, D. & Spiegel, H. (1978). *Trance and treatment: Clinical use of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Spiegel, D. (1989). Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. *The Psychiatric Clinics of North America* 12 (2), 295-305.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1),10-20.
- O’Toole, S.K., Solomon, S.L. & Bergdahl, S.A. (2016). A Meta-Analysis of Hypnotherapeutic Techniques in the Treatment of PTSD Symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 29, 97-100.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., & Linardatos E. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252–260.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2006): *The Haunted Self*. New York: Norton. Deutsch (2008): *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation. Die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerdung und Integration. *Hypnose und Kognition*, 12(2), 34-67. (Englische Originalversion, 1993 in *Dissociation*, 6(2/3). Dtsch. Übersetzung, Overkamp, B. & Kraiker, C.)
- Van der Hart, O. (2015). Dissoziative Identitätsstörung. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., pp. 485-495). Heidelberg: Springer.
- Wilhelm-Göbbling, C. (2011). Stationäre Therapie komplexer dissoziativer Störungen. In M. Huber (Hrsg.), *Viele sein – Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln* (pp. 368-402). Paderborn: Junfermann
- Wilhelm-Göbbling, C. & Rodewald, F. (2014). Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung im Setting der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik. Ein Plädoyer für die Ausschöpfung gemeindenaher Versorgungsstrukturen. *Trauma & Gewalt*, 8 (1), 72-80.
- Wilhelm-Göbbling, C. (2017). *Das Hypnose-Depressionstherapiemanual – Hypnotherapie im klinischen Kontext*. 1. Teil. *Hypnose-ZHH*, 12 (1+2), 7-21.

Buchbesprechung

Göbbling, H.-W. (2013). *Hypnose für Aufgeweckte - Hypnotherapie bei Schlafstörungen*, 202 Seiten kartoniert, Heidelberg: Carl-Auer, € 24,95, ISBN 978-3-8497-0148-2

In diesem Buch versucht der Autor, seine praktischen Erfahrungen mit Befunden zur Schlafforschung zu vereinen. In 12 Kapiteln werden verschiedene Arten von Schlafstörungen beschrieben; Schlafphysiologie und Chronobiologie kurz und stringent präsentiert, ausführlich auf Schlafhygiene und Schlafedukation Bezug genommen sowie der eigene Behandlungsansatz facettenreich dargestellt.

Ausgangsbasis dessen sind Autogenes Training, Atemregulation und Imagination. Hypnotherapeutische, NLP- und verhaltenstherapeutische Ansätze ergänzen das Therapiekonzept. Insgesamt liegt damit eine eklektische Behandlungskonzeption vor, wie sie vielfach dem medizinischen Denken gerecht wird. Selbstredend sind damit Vor- und Nachteile verbunden. Zu den Vorzügen gehört es zweifellos, dass persönlich umfangreiche Erfahrungen zur Richtschnur des therapeutischen Repertoire gehören. Bei den von Patienten häufig vorgetragenen Klagen im Zusammenhang mit ihren Schlafstörungen wird nicht (nur) mit gesundem Menschenverstand interveniert, sondern auf der Basis erprobter und teilweise evaluierter Therapieansätze.

Dass dabei immer wieder tradiertes medizinisches Dominanzdenken auf Kosten anderer Fachdisziplinen und kleine Sticheleien gegen die Verhaltenstherapie versucht werden, gehört wohl nicht zu den Vorzügen dieses Buches. Haben doch verhaltenstherapeutische Konzepte zur Behandlung von Schlafstörungen Wirkungsnachweise zur Genüge erbracht. Dem hier vorgestellten Ansatz bleibt dieser Nachweis vorbehalten. Allein: Letztgenannte Beanstandung gilt für viele Bücher, die die Hypnotherapie zum Gegenstand haben. Geht es doch im Bereich der gesundheitsbezogen helfenden Profession nicht darum, was (auch ganz) gut ist, sondern was besser wirksam ist. Das allein kann nicht mit den Mitteln von Autoritätsbelegen oder Anpreisungen bewältigt werden. Evaluation tut not! Und diesbezüglich fällt den Buchverlagen auch ein Stück Verantwortung zu.

Je weiter man in dem Buch liest, um so mehr nimmt man Weitschweifigkeit der Darstellung zur Kenntnis. Ausdruck von belletristischer Belesenheit des Autors kann wohl nicht ein Qualitätsmerkmal für ein Fachbuch sein.

Dass hier die 2. Auflage des Buches besprochen werden kann, ist ein robuster Beleg für seinen Wert. Bei der Vorbereitung einer weiteren, wünschenswerten Auflage könnten die mitgeteilten Affirmationen, Suggestionen, Begründungen des Behandlungsvorgehens sowie die Reaktionen der Patienten darauf stärker – auch mit Bezug auf das Layout des Buches – auseinander gehalten werden. Das unvermittelte Ineinander-Übergehen verwischt die Klarheit der Darstellungen. Versteckt, aber allenthalben feststellbar: Viele vom Autoren mitgeteilte Interventionsstrategien sind höchstwahrscheinlich nicht ausschließlich für Patienten mit Schlafstörungen hilfreich und anwendbar, sondern auch für Patienten mit zahlreichen anderen Symptomen, Problemen und Konflikten. Das macht die Lektüre des Buche zu einem Gewinn!

O. Berndt Scholz (Bonn)