

Hypnotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung vom Typ 1

Burkhard Peter

Zur Geschichte von Hypnose bei PTB

Hypnose zur Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung (PTB) hat eine lange Tradition. Das ist nicht weiter verwunderlich, weil Hypnose selbst eine lange Tradition hat (Peter, 2015b). Ein erster gut dokumentierter Fall stammt aus dem Jahre 1813 (Vijselaar & Van der Hart, 1992). Im deutschen Sprachraum sind die *Studien über Hysterie* (Breuer & Freud, 1895) bekannt, weniger jedoch die Arbeiten von Pierre Janet (1889 [vgl. seinen nachfolgenden Artikel], 1894), auf den das phasenorientierte oder Stufen-Modell der Traumabehandlung zurückgeführt wird (Van der Hart, Brown, & Van der Kolk, 1989; Van der Hart, Steele, Boon, & Brown, 1995).

Viele Erfahrungen mit Hypnose zur Traumabehandlung wurden im Zusammenhang mit Kriegen gesammelt, so dem Ersten Weltkrieg (Myers, 1940; Simmel, 1919), dem Zweiten Weltkrieg (Erickson, 1945/1998; Watkins, 1949, 2000), dem Vietnam Krieg (Spiegel, 1981) oder dem Yom Kippur Krieg (Kleinhauz & Solomon, 1994).

In den 1990er Jahren wurde Hypnose vermehrt bei vielen Formen von Traumatisierung angewandt, insbesondere auch bei Fällen vermuteter früher sexueller Gewalt wie z. B. bei Multiplen Persönlichkeits- bzw. Dissoziativen Identitätsstörungen (Kluft, 1995). Hieraus entwickelte sich ein „Krieg um die Erinnerung“ (Fried, 1994; Yapko, 1994), weil viele Traumatherapeutinnen und -therapeuten Hypnose missverstanden als ein „Mittel der Wahrheitsfindung“, was Hypnose nicht ist und definitionsgemäß nicht sein kann: Innerhalb des hypnotischen Rahmens ist es grundsätzlich nicht möglich, zwischen historischer und suggerierter bzw. imaginerter Wahrheit zu unterscheiden (Revenstorf & Peter, 2015).

Die Anzahl der klinischen Berichte zum Thema Hypnose bei PTB ist umfangreich

Burkhard Peter

Hypnotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung vom Typ 1

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick mit Bezug auf klinische und Forschungsliteratur wird die Anwendung von Hypnotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTB vom Typ 1) inhaltlich begründet. In der methodischen Darstellung der Behandlung werden zunächst hypnosetypische Aspekte beschrieben wie z.B. das Erleben einer „alternativen Wirklichkeit“ durch das ritualisierte Induzieren von hypnotischer Trance oder die Konstruktion der Figur eines „therapeutischen Tertiums“ als Symbolisierung von Ressourcen. Dann wird das auf Pierre Janet zurückgehende Phasenmodell der Behandlung traumatischer Störungen erläutert. Die einzelnen Schritte der Behandlung werden schließlich anhand zweier Fallbeispiele fortlaufend illustriert.

Schlüsselwörter: Hypnose, Hypnotherapie, posttraumatische Belastungsstörung, PTB, Pierre Janet

Hypnotherapy for Posttraumatic Stress Disorder Type I

Following a brief historical overview referencing clinical and research literature, this article provides a content-based rationale for the application of hypnotherapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD, Type I). At first, the treatment's methodology is illustrated, presenting typical hypnotherapeutic aspects, such as the experience of an "alternate reality", the ritualized induction of hypnotic trance or the construction of a "therapeutic tertium" as a symbol for resources. Subsequently, Pierre Janet's phase-oriented treatment model for traumatic disorders is being demonstrated. Two case studies are presented to exemplify this treatment.

Key words: Hypnosis, hypnotherapy, posttraumatic stress disorder, PTSD, Pierre Janet

Dr. Burkhard Peter, Dipl.Psych.
Konradstr. 16
80801 München
Burkhard-Peter@t-online.de

Überarbeitete Version des Buchbeitrages: Peter, B. (2006). Hypnotherapie bei der Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Maercker & R. Rosner (Eds.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 141-155). Stuttgart:Thieme; mit freundlicher Genehmigung durch Herausgeber und Verlag.

Revision der Überarbeitung akzeptiert: 22.3.18

(Carolusson, 1996; Elsig, Schopper, Anthony, Gramigna, & Boeker, 2002; Pantesco, 2005; Smith, 2004), auch Erörterungen zur Behandlung (Degun-Mather, 1997; Evans, 2003; Klufft, 1992b; Le Page & Goldney, 1988; Leung, 1994; MacHovec, 1985; Peebles, 1989a, 1989b; Perren-Klingler, 2015; Spiegel, 2003) – um nur jeweils einige zu nennen. Umfangreich ist auch die theoretische Literatur zum Thema Hypnose,

Dissoziation und Trauma, sodass hier ebenfalls nur wenige Beispiele angeführt werden können (Kluft, 1992a; Spiegel, 1988, 1990; Spiegel, Hunt, & Dondershine, 1988; Spiegel & Vermetten, 1994; Terhune & Cardena, 2015; Vanderlinden, 1993). Für das weitergehende Thema *Hypnose und Dissoziative Identitätsstörung* sollen hier nur drei der vielen Angaben genügen (Kluft, 2002a, 2002b; Van der Hart & Peter, 1995).

Lange Zeit konnte nur mit einer einzigen kontrollierten klinischen Studie die Wirksamkeit von Hypnose bei PTB nachgewiesen werden: Brom, Kleber und Defare (1989) verglichen Hypnotherapie mit Systematischer Desensibilisierung und einem psychodynamischen Verfahren bei 112 Patienten¹⁾ mit PTB. Ihr Design beinhaltete randomisierte Zuweisung zu den Behandlungsgruppen, eine Warteliste-Kontrollgruppe sowie Datenerhebungen zu Prä-, Post- und 3-Monate-Katamnesezeitpunkten. Alle drei Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen, allerdings ohne wesentliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Hypnose und SD waren den Autoren zufolge hauptsächlich zur Reduktion von Intrusionen wirksam, während das psychodynamische Verfahren speziell die Vermeidungssymptome reduziert hat.

Sechs Jahre später untersuchten Bryant, Moulds, Guthrie und Nixon (2005), ob Hypnose zur Behandlung von Akuter Belastungsreaktion einen zusätzlichen Effekt zu kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) habe. Sie verglichen drei Behandlungsgruppen: KVT allein, KVT plus Hypnose sowie unterstützende Beratung als Kontrollgruppe. Die Hypnosegruppe erhielt die identische in sensu Expositions-Behandlung wie die KVT-Gruppe mit der Ausnahme, dass diese Teilnehmer zuvor ein Tonband mit einer Hypnoseinduktion analog der *Hypnotic Clinical Scale for Adults* (Morgan & Hilgard, 1978-79) mit fokussierter Aufmerksamkeit, Muskelentspannung und Vertiefungssuggestionen hörten, worauf zwei Minuten dauernde spezifische Suggestionen folgten, dass die Teilnehmer sich in die imaginative Exposition vertiefen und alles möglichst affektiv und in großer sensorischer Deutlichkeit erleben sollten. Die beiden Behandlungsgruppen waren der Kontrollgruppe im Ergebnis signifikant überlegen sowohl unmittelbar nach der Behandlung wie auch nach 6-monatiger Katamnese; untereinander unterschieden sie sich jedoch nur darin, dass die Hypnosegruppe bei den Symptomen des traumatischen Wiedererlebens bessere Werte zeigte, das Ausmaß der Intrusionen hier also mehr verringert war als in der KVT-Gruppe. Sherman (1989) hatte in der Diskussion zu seiner Meta-Analyse die Vermutung geäußert, dass die Effekte der Hypnose sich erst nach einem längeren Katamneseintervall zeigen würden. Ähnliches hatten auch Bryant und seine Kollegen (2005) erwartet und haben nach drei Jahren eine Katamnese durchgeführt (Bryant et al., 2006). Hier zeigte sich jedoch keine Überlegenheit der KVT-plus-Hypnose-Gruppe über die einfache KVT-Gruppe hinaus. Hypnose hatte in dieser Untersuchung also keine, die konventionelle KVT verstärkende Wirkung, wie es noch Kirsch, Montgomery und Sapirstein (1995) nachgewiesen hatten. Als Erklärung geben die Autoren an: „It is possible that our use of hypnosis was limited because it was linked to imaginal exposure and not explicitly tied to anxiety management, CT, or in vivo exposure strategies; a broader application of hyp-

Hypnotherapie bei PTB

nosis may have led to more additive gains and should be the focus of future research“ (Bryant et al., 2006, S. 1334).

Diese und eine Reihe anderer Studien fanden Eingang in die beiden letzten der folgenden Meta-Analysen zum Thema: Van Etten und Taylor (1998) beispielsweise ermittelten für die Hypnotherapie eine Effektstärke von $d=0.94$, O’Toole, Solomon und Bergdahl (2016) eine Effektstärke von $d=1.18$, Rotaru und Rusu (2016) von $d=1.17$ bei Behandlungsende und $d=1.58$ nach vier Wochen. Unter den hier eingeschlossenen Studien befindet sich auch die von Barabasz, Barabasz, Christensen, French und Watkins (2018), welche in diesem Heft in Deutsch veröffentlicht ist. Letztere lässt sich jedoch nicht mit der von Bryant et al. (2005) vergleichen, welche eine einfache imaginative Exposition mit und ohne vorausgehende Hypnoseinduktion verwandten. Barabasz et al. (2018) hingegen führten auf Basis der Ego-State-Therapie eine komplexe hypnotherapeutische Altersregression durch, in welcher affektives Abreagieren eine dominante Rolle spielte.

Zur Begründung von Hypnotherapie bei PTB

In der Originalfassung dieses Beitrages hatte ich noch geschrieben: „In Meta-Analysen wurde nachgewiesen, dass Hypnose ganz allgemein die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie sowie von psychodynamischer Therapie signifikant verbessert (Kirsch, 1996; Kirsch et al., 1995); dieser Effekt ist für PTB ebenfalls zu erwarten“ (Peter, 2006b). Diese Aussage ist nach dem Katamnese-Ergebnis von Bryant et al. (2006) so nicht mehr aufrecht zu erhalten: Eine standardisierte 15-minütige Tranceinduktion über Tonband bringt also keinen zusätzlichen Gewinn für die eigentlichen imaginativen Expositionen. Moderne Hypnotherapie hat um einiges differenzierter und elaborierte vorzugehen, wenn sie erfolgreich sein will. Das haben Barabasz et al. (2018) gezeigt und ich hoffe, das mit meinen eigenen Falldarstellungen weiter unten ebenfalls demonstrieren zu können.

Aus theoretischer Perspektive gibt es mehrere Gründe für die Anwendung von Hypnose bei PTB, die sich auf die Themen Trance, Suggestibilität, Dissoziation und dissoziative Symptome beziehen:

- Hypnotische Trance zeichnet sich durch einen eingegengten Wahrnehmungsfokus aus: Die allgemeine Realitätsorientierung tritt zugunsten einer exklusiven Fokussierung auf interne Wahrnehmungsobjekte zurück, wobei diese halluzinatorischen bzw. illusorischen Wirklichkeitscharakter erhalten (Bryant & Mallard, 2003; Peter, 2015d; Spiegel & Kosslyn, 2004). Das sind Merkmale, wie sie ähnlich auch von PTB-Patienten geschildert werden, während sie Intrusionen erleben. In der hypnotischen Trance sollen sie jedoch bewusst herbeigeführt werden, aber ohne die stressphysiologischen Veränderungen wie sie für Flashbacks gelten, wo sie i.d.R. unerwartet auftreten und mit entsprechenden Notfallreaktionen einhergehen, ähnlich wie damals in der traumatischen Situation.

- Viele Patienten mit PTB weisen eine erhöhte Suggestibilität auf. Dieser häufig ermittelte Befund (Bryant, Guthrie, Moulds, Nixon, & Felmingham, 2003; Spiegel et al., 1988) kann dahingehend interpretiert werden, dass Personen mit erhöhter Suggestibilität anfälliger für PTB sind, wenn sie entsprechenden Situationen ausgesetzt sind. Ihre Symptomatik sollte daher mit Hilfe von Hypnose auch leichter behandelt werden können.
- Traumatische Ereignisse führen bei einem Teil der Betroffenen zu dissoziativen Symptomen (Frischholz, Lipman, Braun, & Sachs, 1992; Koopman, Classen, & Spiegel, 1994; Spiegel & Cardeña, 1991). Personen, welche peritraumatisch dissoziieren, weisen tendenziell eine erhöhte Vulnerabilität für PTB auf (Hagl, Butollo, Peter, & Georgi, 2009; Koopman et al., 1994; Marmar et al., 1994). Neben Suggestibilität ist Dissoziation ein weiteres Merkmal von Hypnose und es gibt Hinweise für einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Merkmalen (Dell, 2017; Hilgard, 1989; Staudacher, Hagl, Piesbergen & Peter, 2012). PTB-Patienten, bei denen dissoziative Symptome im Vordergrund stehen, sollten deshalb gut mit Hypnose zu behandeln sein; dies wird so auch in klinischen Fallbeispielen immer wieder berichtet.
(Man könnte aus dieser klinischen Erfahrung hinsichtlich peritraumatischer Dissoziation eine Hypothese zur differentiellen Indikation ableiten: PTB-Patienten mit vorwiegend behavioral vermeidender Symptomatik sind durch Hypnose nicht so gut, wohl aber eher mit Verhaltenstherapie zu behandeln; hingegen sind Patienten mit dissoziativer Symptomatik besser mit Hypnose und weniger gut mit Verhaltenstherapie zu behandeln. Diese Hypothese ist meines Wissens noch nicht überprüft worden.)
Darüber hinaus ist Hypnose bei vielen somatoformen Symptomen (= somatoforme Dissoziation) wie z.B. Schmerzen, welche bei vielen PTB-Patienten eine Rolle spielen, ein wirksames Verfahren.
- Wie in den beiden folgenden Fallberichten noch gezeigt werden wird, bietet das hypnotherapeutische Vorgehen eine Reihe von Maßnahmen, die vor unkontrolliertem (Wieder-) Erleben schmerzhafter Erfahrungen schützen oder deren schmerzhaftes Ausmaß bei der kontrollierten Re-Exposition lindern können. Solche affektsteuernden Techniken haben v.a. in die deutschsprachige Traumatiliteratur schon weitgehend Eingang gefunden (Reddemann, 2001), sind aber als alleinige Maßnahme auch nicht unumstritten (Equit, Maurer, Michael, & Köllner, 2017; Maercker, 2011).
- Bestimmte hypnotherapeutische Techniken, beispielsweise aus dem Bereich der Altersregression (Peter, 2015a), können gut zur Rekonstruktion, evtl. sogar zu einer Neu-Konstruktion und damit Integration von traumatischen Erfahrungen eingesetzt werden. Das prototypische Beispiel hierfür ist der in diesem Heft veröffentlichte Fall "Marie" von Pierre Janet aus dem Jahre 1885, in dem die Technik der "imaginativen Überschreibung" zum ersten Mal beschrieben wird.

Zur hypnotherapeutischen Behandlung posttraumatischer Störungen

Viele der im folgenden beschriebenen hypnotherapeutischen Techniken und Strategien können auch ohne formale Tranceinduktion als geleitete Imagination durchgeführt werden. In dieser Form – ohne Hypnose – finden sie sich auch in zeitgenössischen Traumatherapien wieder wie z.B. in Reddemanns (2001) Psychodynamischer imaginativer Traumatherapie (PITT) oder im Imaginativen Überschreiben der Schematherapie (Raabe, Ehring, Marquenie, Olf, & Kindt, 2015).

Nach meiner Erfahrung zeigen diese Techniken indessen nach einer formalen Tranceinduktion einen größeren Effekt – vorausgesetzt, die Patienten sind hinreichend suggestibel. Diese Erfahrung lässt sich durch Untersuchungen bestätigen. Der Grund mag darin liegen, dass in hypnotischer Trance die psychophysiologische Flexibilität (Crawford, Horton, & Lichtenberg, 2004) von suggestiblen Patienten besser genutzt werden kann – solche Patienten also wesentlich leichter geführt werden können – und der Wirklichkeitscharakter der Imaginationen erhöht ist (Peter, 2008; Spiegel & Kosslyn, 2004) – das unmittelbare Erleben also wesentlich eindrücklicher ist.

Die Grundidee von Hypnose ist, eine *alternative Wirklichkeit* zu konstruieren, in dieser die entsprechenden therapeutischen Veränderungen vorzunehmen und zu hoffen, dass diese Veränderungen in der realen Wirklichkeit implementiert werden können. Je eindrücklicher, d.h. „wirklicher“ im Sinne von Halluzinationen oder Illusionen das Erleben in der alternativen hypnotischen Wirklichkeit erfahren wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit des Transfers in die reale Wirklichkeit (Peter, 2015c).

Eine weitere Grundidee moderner Hypnotherapie in der Nachfolge von Milton H. Erickson ist die Einführung einer Instanz innerhalb des Patienten, die unabhängig von dessen willkürlicher Kontrolle agiert. Diese Instanz des „Unbewussten“ wird als *therapeutisches Tertium* (Peter, 2015e) konstruiert und ihr werden entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten (Schutz des Patienten, problemrelevantes Wissen, Zugriff auf umfassende Ressourcen, etc.) zugeschrieben, welche dem Patienten – zumindest am Anfang der Behandlung – noch nicht zur Verfügung stehen.

Die Konstruktion der alternativen Wirklichkeit und des therapeutischen Tertiums erfolgt mit Hilfe von tradierten hypnotischen Ritualen wie z.B. Lidschluss oder Armlevitation und führt bei suggestiblen Personen zu einem Zustand der Trance, in welchem sodann mit Hilfe von weiteren hypnotischen Phänomenen wie z.B. positiven oder negativen Halluzinationen, Amnesien oder posthypnotischen Suggestionen die gewünschten therapeutischen Veränderungen vorgenommen werden.

Indikation und Kontraindikation

Bei wenigen Patienten macht es wegen zu geringer Suggestibilität keinen Sinn, eine formale Tranceinduktion vorzunehmen. Ob ein Patient hinreichend suggestibel ist, lässt sich meist schon nach einem kurzen Tranceritual feststellen. Wie schon erwähnt,

können alle im Folgenden beschriebenen Techniken und Strategien aber auch ohne formale Trance in Form von geleiteten Imaginationen durchgeführt werden.

Es wurde oben schon angeführt, dass insbesondere PTB-Patienten, bei denen die dissoziativen Symptome im Vordergrund stehen, gut mit Hypnotherapie behandelt werden können, im Gegensatz zu PTB-Patienten mit vorwiegend behavioral²⁾ vermeidender Symptomatik, die vermutlich auch weniger suggestibel sind und bei denen wohl eher verhaltenstherapeutische Expositionsverfahren angezeigt sind. Diese noch zu überprüfende Hypothese besagt, dass Patienten in Abhängigkeit von ihrer Dissoziationsfähigkeit und der peritraumatisch erlebten Dissoziation eher den einen oder anderen Störungstyp entwickeln und entsprechend differenziert behandelt werden sollten.

Wegen der Ähnlichkeit von hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen (Peter, 2015d) ist ein stabiler Kontakt und eine unkomplizierte Kommunikation zwischen Therapeut und Patient die notwendige Voraussetzung für jede Arbeit in Hypnose (Revenstorf & Peter, 2015); dies muss besonders bei PTB-Patienten mit Borderlinesymptomatik und insbesondere in der ambulanten Praxis beachtet werden.³⁾

Das Phasenmodell der Behandlung

Pierre Janets Modell zur hypnotischen Behandlung traumatischer Störungen umfasst die folgenden drei Phasen (Van der Hart et al., 1989; Van der Hart et al., 1995):

1. Stabilisierung und Symptomreduktion
2. Modifikation der traumatischen Erfahrung
3. Integration und Rehabilitation

Anhand dieser Gliederung will ich die Techniken und Strategien hypnotherapeutischer Traumabehandlung beschreiben und mit zwei Fallbeispielen – „Schiffsunfall“ und „Tod der Schwester“ – fortlaufend illustrieren. Es handelt sich hier, wie in diesem Beitrag generell, um Typ 1-Traumatisierungen.⁴⁾

Von Trauma Typ 1 spricht man, wenn ein kurzes, akutes und begrenztes traumatisches Ereignis stattgefunden hat, bei dem bald danach sozialer Beistand möglich war. Davon zu unterscheiden ist Trauma Typ 2, wenn Menschen wiederholte, länger dauernde und schwere Gewalt durch andere Menschen erlitten haben, beispielsweise durch Kriegshandlungen, Verfolgungen oder durch innerfamiliäre Gewalt wie körperliche und sexuelle Missbrauchshandlungen während der Kindheit. Das phasenorientierte hypnotherapeutische Vorgehen ist bei Trauma Typ 2 grundsätzlich das gleiche (van der Hart, 2015), jedoch wesentlich differenzierter und aufwendiger als bei der Behandlung von posttraumatischen Störungen vom Typ 1, wie durch die beiden folgenden Fallbeispiele illustriert.

Schiffsunfall:

Patient A, 55 Jahre, geschieden, 1 Tochter, z. Z. ohne feste Partnerschaft, von Beruf Rechtsanwalt, wird plötzlich von unerklärlichen Symptomen überfallen: Er bekommt

Hypnotherapie bei PTB

Panikanfälle, wenn er zu Fuß oder im Auto unter einem Kranausleger hindurchgehen oder -fahren muss, der über Gehweg oder Straße ragt; er erspät solche „Hindernisse“ weit im Voraus und nimmt lange Umwege in Kauf. Wenn er versucht, durch schnelles Gehen oder Laufen noch einen Bus oder eine Straßenbahn zu erreichen, hat er das Gefühl, leibhaftig in den Boden zu versinken. Bei bestimmten unvermuteten Geräuschen, wenn etwa etwas zu Boden fällt oder zu Bruch geht, bricht er schreiend und weinend zusammen. Er kann nicht mehr durchschlafen, wacht schweißgebadet auf und hat allgemein das Gefühl, wie durch einen Vorhang von der wirklichen Welt getrennt zu sein.

Erst nach einiger Zeit erwähnte er beiläufig, dass er vier Monate zuvor in der Karibik Teilnehmer eines Segeltörns war, der unglücklich endete, weil das Boot in der Morgendämmerung auf ein Riff auflief. Er sah allerdings keinen Zusammenhang zu seinen derzeitigen Symptomen.

Tod der Schwester:

Patientin B, 45 Jahre, verheiratet, 2 Töchter, Lehrerin, leidet unter schwerer Migräne, in den letzten fünf Jahren manchmal zwei Attacken pro Woche. Die Migräne hat sich aus Kopfschmerzen entwickelt, welche sie seit der Pubertät hat. Irgendwelche lebensgeschichtlichen Zusammenhänge kann sie nicht finden.

Diese Patientin präsentiert sich initial also als Schmerzpatientin; ein Trauma in der Anamnese war lange Zeit nicht anzunehmen und zeigte sich erst viel später in der Therapie.

1. Stabilisierung und Symptomreduktion

Je nach Schwere und Umfang der Störung muss in dieser Phase mehr oder weniger vorsichtig gearbeitet werden. Im Vordergrund steht das Vermeiden einer zu starken, unkontrollierten Traumareaktivierung durch die Behandlung. Schon während der Exploration ist deshalb darauf zu achten, dass der Patient keine zu starken Affekte und Symptome produziert. Dahinter steht das hirnhysiologische Modell – welches dem Patienten so oder ähnlich auch erklärt werden kann –, wonach es nötig ist, die überschießende Aktivität im limbischen System, speziell in der Amygdala zu reduzieren, weil nur so die semantischen und syntaktischen Qualitäten des Hippocampus, der Sprachzentren im Frontal- und Temporallappen und die steuernden Funktionen des präfrontalen Cortex gefördert werden können.

Vier Maßnahmen sind hierzu geeignet:

- a) Die Induktion einer *hypnotischen Trance* erhöht die kognitive und affektive Flexibilität; Patienten können in Trance leichter geführt werden – einen hinreichend guten Rapport vorausgesetzt. Je besser ein Patient hypnotisierbar ist, umso weniger Sorgen muss man haben, dass er in einen affektiv unkontrollierbaren Zustand gerät, denn er lässt sich durch entsprechende Suggestionen leicht und schnell wieder

herausführen.⁵⁾ Die Konstruktion der Instanz des „*Unbewussten*“ vermittelt indirekt ein erstes Erleben wieder gewonnener Kompetenz bzw. Selbstwirksamkeit.

- b) Mit Hilfe *hypnotischer Phänomene* in Trance kann eine erste *Symptomreduktion* erzielt werden. Hypnotische Phänomene sind suggerierte Veränderungen von Perception, Emotion und Kognition. Sie gleichen Symptomen hinsichtlich Unwillkürlichkeit und Evidenz, sind aber im Unterschied zu Symptomen kommunikabel, können also in Trance durch Suggestionen produziert und wieder zum Verschwinden gebracht werden (Peter, 2015d).

Allerdings hat Symptomkontrolle nur mit Hilfe direkter Suggestionen gewöhnlich keine langfristigen therapeutischen Effekte und ist deshalb als einzige therapeutische Maßnahme wenig zweckmäßig. Zur Stabilisierung und Symptomreduktion im Rahmen einer elaborierten hypnotherapeutischen Traumatherapie ist Symptomkontrolle jedoch voll legitimiert.

- c) Die imaginative Konstruktion eines „*sicheren Ortes*“ dient als weitere Stabilisierungsmaßnahme dazu, einen Rückzugsraum zur Verfügung zu haben, der zum Kräften sammeln immer wieder nötig ist, aber auch für solche Fälle, in denen trotz Vorsichtsmaßnahmen eine bestimmte Technik versagt und Überflutung droht.
- d) Die *Beobachterposition*, welche der Patient einnehmen soll, um sich in der Erinnerung dem traumatischen Geschehen zu nähern, benutzt explizit die visuelle Sinnesmodalität, da der Patient sich mit deren Hilfe am weitesten vom affektiven Erleben entfernen und noch am ehesten Kontrolle über seine Intrusionen und überwertigen Affekte ausüben kann.

Gleichzeitig bietet die visuelle Modalität ein passendes Instrument zur semantischen und syntaktischen Rekonstruktion der traumatischen Geschichte.

Als ich *Patient A* bat, etwas Genaueres über sein Bootsunglück zu berichten, geriet er zunehmend in Erregung. Ich unterbrach seinen Bericht und äußerte die Vermutung, dass es sich bei seinen Symptomen um eine posttraumatische Belastungsstörung handeln könne, die auf jenen Schiffsunfall vor 4 Monaten zurückgehe.

Im letzten Drittel dieser ersten Sitzung probierte ich noch ein Tranceritual: Mit Hilfe der Fixationstechnik kam es bei ihm zum unwillkürlichen Lidschluss. Dann bat ich ihn, auf einer vorgestellten Treppe Stufe um Stufe tiefer zu gehen, um in Kontakt mit seinem „*Unbewussten*“ zu kommen. In dem Maße, wie das gelinge, werde sich seine rechte Hand unwillkürlich heben. Das tat sie, und so fuhr ich fort: Er möge nun sein Unbewusstes bitten, ihn zu einem sicheren, angenehmen Ort zu führen, an dem er sich ausruhen und Kraft tanken könne. In dem Maße, wie das gelinge, werde auch seine linke Hand unwillkürlich nach oben gehen, was ebenfalls geschah. Nun beließ ich ihn ca. 5 Minuten in diesem Zustand mit beidseitiger Armlevitation und gab währenddessen beruhigende und ich-stärkende Suggestionen, die ich damit abschloss, dass er diese Übung bis zur nächsten Stunde auch zu Hause durchführen könne, am besten nachts vor dem Schlafengehen.

Hypnotherapie bei PTB

Sinn und Zweck dieses Trance-Rituals war das *Testen seiner Suggestibilität*, die sich dem Augenschein nach im oberen Drittel befand, sowie das erste Angebot einer *Symptomreduktion* und der Versuch einer allgemeinen Stabilisierung.

In der nächsten Sitzung eine Woche später berichtete er von verbessertem Schlaf, den er auf seine wieder gewonnene Hoffnung zurückführte, seine Symptome nun in den Griff zu bekommen. Das Hypnoseritual hatte er ein paar Mal mit mehr oder weniger gutem Erfolg, abhängig von seiner aktuellen Verfassung, durchgeführt. Ich bestärkte ihn darin, das auch weiterhin zu tun und immer wieder in Trance diesen „*sicheren Ort*“ aufzusuchen.

Weil *Patientin B* Prodromi und Auren hatte, erklärte ich ihr, es gebe eine gute Chance, ihre Migräne durch Selbsthypnose in den Griff zu bekommen. Diese Selbsthypnose wolle ich sie gerne lehren unter der Voraussetzung, dass sie sie immer unmittelbar dann anwendet, wenn sie die ersten Anzeichen eines Prodromalzustandes spürt, spätestens zu Beginn einer Aura. Dann wurde ausführlich besprochen, wie sie sich verhalten solle, wenn während eines Prodromalzustandes oder einer Aura ihre Kinder von der Schule oder ihr Mann von der Arbeit nach Hause kämen und sie von der Selbsthypnose abhalten würden, oder wenn sie sich währenddessen auf der Autobahn befindet, etc. Nach mehreren Stunden solcher Diskussionen willigte sie schließlich ein, sich unter (fast) allen Bedingungen unmittelbar mit Einsetzen eines Prodromalzustandes zurück zu ziehen – auf der Autobahn beispielsweise den nächsten Parkplatz anzufahren – und Selbsthypnose zu praktizieren. Erst jetzt, nach ca. 5 Sitzungen, führte ich mit ihr die einzelnen Schritte eines Trancerituals (vgl. Peter, 2006a, S. 39ff) ähnlich dem wie bei Patient A durch.

In den Folgesitzungen besprachen wir ihre häuslichen Übungen, die sie mit wachsendem Erfolg durchführte und vertieften oder modifizierten sie. Nach ungefähr zwei Monaten konnte die Patientin ihre Migräneattacken gut kontrollieren, sie also durch Selbsthypnose während der Prodromi oder mit Beginn einer Aura wesentlich lindern oder manchmal völlig verhindern. Voller Stolz berichtete sie einmal, dass ihr sogar das gelungen sei, was ich für unmöglich erklärt hatte, nämlich während einer richtigen Attacke in Trance zu gehen und die Schmerzen ohne Medikamente lindern zu können.

Sie kam dann nur mehr in größeren Abständen von drei bis vier Wochen, bis sie eines Tages nach ca. einem halben Jahr voller Verzweiflung anrief, dass sie seit zwei Wochen wieder Attacken in Frequenz und Intensität wie vor der Therapie habe. Ich räumte ihr gleich eine Sitzung ein und meinte, nachdem sie keine aktuellen relevanten Ereignisse schildern konnte, es gebe für ihren Rückfall zwei Erklärungsmöglichkeiten: Entweder handle es sich um einen „normalen“ Rückfall, der keine besondere Bedeutung habe, dann müsse sie einfach weiter üben und der Erfolg werde sich schnell wieder einstellen. Oder aber der Rückfall habe eine Bedeutung, als wolle ihr Unbewusstes mit dem Symptom auf ein ungelöstes Problem aufmerksam machen; dann müssten wir ihn ernst nehmen und dürften nicht mehr bloß symptomorientiert weiterarbeiten wie bisher.

2. Modifikation der traumatischen Erfahrung

Kennzeichnend für hypnotherapeutische Traumatherapie ist die Verschränkung zwischen der weiteren sequenziellen Informationsgewinnung und dem parallel verlaufenden Versuch der unmittelbaren Modifikation dieser Informationen. Es soll also die Geschichte, das „Narrativ“, Stück für Stück rekonstruiert werden und parallel dazu sollen immer gleich Modifikationen vorgenommen werden, wenn es therapeutisch sinnvoll erscheint. Im Unterschied zur „bloßen“ Exposition beispielsweise in der „konventionellen“ Verhaltenstherapie, bei der auf den Mechanismus der Habituation gesetzt wird – wobei jedoch durch den Akt der wiederholten Erinnerungen natürlich ebenfalls Modifikationen eintreten –, wird in der Hypnotherapie der aktive Versuch der „Neukonstruktion der Vergangenheit“ gemacht, wann immer das nötig und möglich ist; das entspricht den hypnotischen Behandlungen von Pierre Janet (1889). (Dieses Vorgehen wurde von dem erst seit kurzem eingeführten „imaginativen Überschreiben“ im Rahmen der Schematherapie übernommen.⁶⁾)

Diese Modifikationen betreffen modalitätsspezifische, syntaktische und semantische Aspekte des Traumageschehens. Je nach Fall müssen sich dann auch noch pragmatische Aspekte anschließen, die allerdings eher verhaltenstherapeutischen Charakter haben.

2.1 Modalitätsspezifische Modifikationen:

Der primäre Arbeitsmodus ist nach wie vor der visuelle; andere sensorische Modalitäten wie auditive oder taktile können und sollen nur soweit hinzu genommen werden, wie sie keine unkontrollierten affektiven Reaktionen provozieren. Zu vermeiden sind deshalb in der Regel alle olfaktorischen, gustatorischen und kinästhetischen Stimuli, manchmal auch akustische. Es muss zu diesem Zeitpunkt immer noch darauf geachtet werden, dass sich der Patient außerhalb des „emotionalen Dunstkreises“ oder des „emotionalen Radius“ (diese Metapher verstehen die meisten Patienten ganz gut) befindet.

Der Patient wird also gebeten, aus einer Beobachterposition heraus, die räumlich weit genug entfernt und deshalb sicher ist (*Veränderung der räumlichen Position*), das traumatische Geschehen zu betrachten (*visueller Modus*) und das Geschehene gleichzeitig zu schildern; in der Regel wird er direkt oder indirekt aufgefordert, über sich als Opfer in der dritten Person (*Dissoziation, Dezentrierung, Distanzierung*) zu sprechen, so als ob er dem Therapeuten das Geschehen aus der Position eines objektiven Zeugen mitteilen wolle (*erster Kontakt und Kommunikation*).

Erst später in der Therapie kann es über den *taktilen/haptischen Modus* zu einer vorsichtigen Wiederannäherung und Kontaktaufnahme kommen. Der taktile Modus ist hierfür sehr gut geeignet, weil der Kontakt jederzeit und unmittelbar wieder abgebrochen werden kann, wenn affektive Überflutung droht.

Es stehen hier alle Möglichkeiten der *Modifikation der Sinnesqualitäten* zur Ver-

Hypnotherapie bei PTB

fügung: die Szene kann statt in Farbe in Schwarzweiß, statt deutlich und klar sehr unscharf und verschwommen betrachtet werden. Verschiedene „technische“ Hilfsmittel können hier zum Einsatz kommen: Die Szene ist auf Video (heute DVD) aufgezeichnet und kann im Fernseher betrachtet werden, der über die Fernbedienung alle Möglichkeiten der Manipulation (s/w, unscharf, Ton an/aus, etc.) bietet; sie kann in schnellem Vorlauf abgespult werden, dann kann ein schneller Rücklauf erfolgen, Manipulationen, die zu Entfremdungseffekten führen, welche die affektive Dissoziation verstärken und so die folgende syntaktische und semantische Rekonstruktion erleichtern (vgl. hierzu ausführlich Perren-Klingler, 2015).

Trance und die *Instanz des Unbewussten* wird benutzt, um das Ausmaß der erreichten Kompetenz zu testen und zu stärken: Der Patient soll es seinem Unbewussten überlassen, ihn so nah an die Szene heranzuführen und alles so deutlich und so genau zu betrachten, wie es ihm gerade noch möglich ist; um Einzelheiten muss er sich nicht kümmern, denn dies alles wird durch sein Unbewusstes über *Armlevitation* geregelt: je näher und deutlicher, umso höher geht der Arm, um sofort wieder zu sinken, wenn etwas zu intensiv wird.

2.2 Syntaktische Modifikationen:

In immer wieder eingeschobenen theoretischen Erörterungen wird hervorgehoben, wie wichtig es ist, eine komplette Geschichte zu generieren, um das Ich zu heilen, die Ich-Funktionen zu stärken und zu befähigen (oder dem Hippocampus und anderen höheren Zentren des Gehirn v. a. im Frontalbereich die Möglichkeit zu geben), wieder Kontrolle über die durch das Trauma verdunkelten oder verzerrten Bereiche der eigenen Biographie zu geben und so das autobiographische Gedächtnis zu komplettieren.

Fehlende oder amnestische Teile werden durch *konjunktivische* oder in Trance *neukonstruierte Episoden* ergänzt: Der beobachtende Patient wird gebeten, sich vorzustellen, wie die Geschichte während einer amnestischen Lücke weitergegangen sein könnte; je nach erlebtem Wirklichkeitseindruck kann dann in Trance das Unbewusste gefragt werden, ob diese Form der Rekonstruktion als gültig angesehen werden kann, oder ob unbewusst noch andere Informationen zur Verfügung stehen; die Antwort erfolgt über ideomotorische Signale wie Armlevitation oder unwillkürliche Fingersignale.

2.3 Semantische Modifikationen:

Cave: Spätestens hier, wenn es um eine Neu-Konstruktion der Vergangenheit geht, ist Vorsicht geboten, denn diese Modifikationen zielen im Kern ja auf eine Änderung der biographischen Erinnerung und das muss mit Patienten ausdrücklich besprochen werden. Denn für manche Patienten mag es sehr wichtig sein, ein bestimmtes Erleben ganz „unverfälscht“ in Erinnerung zu behalten, auch um den Preis bestimmter emotionaler Konsequenzen, statt wohlfeile Veränderungen an der subjektiven Erinnerung

zu akzeptieren. Es gibt jedoch auch Fälle, bei denen eine bereits eingetretene Erinnerungsverfälschung und gerade darauf basierende Symptome vermutet werden müssen, insbesondere dann, wenn das traumatische Ereignis weit zurück liegt, so dass eine korrigierende emotionale Erfahrung nur über die Korrektur des syntaktischen und semantischen Gedächtnisses denkbar ist.

Semantische Modifikationen können nur dadurch vorgenommen werden, dass Ressourcen des Patienten verfügbar gemacht oder neu eingeführt werden; sie folgen damit jenen Prinzipien, wie sie allgemein für hypnotische Altersregression beschrieben worden sind (Peter, 2015a).

- An erster Stelle sollte geprüft werden, ob dem Patienten selbst, aus einer gewissen zeitlichen und räumlichen Distanz heraus, Möglichkeiten der Einflussnahme zur Verfügung stehen, die er im Dialog mit dem Therapeuten anwenden kann (*Patient als Ressource*).
(„Wenn Sie nach so langer Zeit/aus so großer Entfernung zurück/hin schauen und bedenken, was Sie inzwischen dazugelernt haben: Was würden Sie der hilflosen Person damals/dort sagen, womit können Sie ihr helfen, welche Unterstützung braucht sie jetzt?“)
- Wenn das nicht möglich ist, hilft vielleicht die Frage nach Hilfspersonen in der damaligen, traumatischen Situation weiter, die de facto nicht anwesend waren, sicher aber eingegriffen hätten, wenn sie hätten anwesend sein können und/oder die traumatische Bedeutung verstanden hätten (*Hilfsperson als Ressource*).
(„Wenn Ihr Vater/Freund/Ehemann davon gewusst hätte, wenn er hätte eingreifen können oder wenn er einfach nur dabei gewesen wäre, was hätte das geändert?“)
- Wenn auch das nicht zielführend ist, so kann man nach symbolischen Stellvertretern (Bongartz & Bongartz, 2015) suchen. Bei Kindern sind dies meist bestimmte Tiere oder Figuren aus Film und Fernsehen, die hilfreiche Fähigkeiten oder eine gewisse Kraft haben, um adäquat handeln zu können; das ist auch für erwachsene Patienten angebracht, wenn sie sich in der Trauma-Situation in einem regredierten Zustand befinden (*Stellvertreter als Ressource*).
- Und schließlich ist in letzter Konsequenz zu überlegen, ob sich der Therapeut selbst mit konkreten Vorschlägen und Hilfestellungen als kompetente Ressource einbringt (*Therapeut als Ressource*). Die historischen Beispiele finden sich in Janets (1889, S. 436ff) Fallbeschreibung der Marie und in Ericksons „Februarermann“ (Erickson & Rossi, 1991).

Dem *Patienten A* erklärte ich in der zweiten Sitzung, dass es nötig sei, mehr Informationen zu erhalten und diese zu einer kompletten Geschichte zusammen zu fügen, ohne dass das durch zu starke Affekte gestört werde. Also bat ich ihn, noch ohne Tranceinduktion, sich einen Ort vorzustellen, an dem er sich weit genug entfernt von dem Boot fühle, um sich in aller Ruhe, völlig ohne Affekt und Erregung, den Ablauf des Unglücks ansehen und mir alles so deutlich wie möglich erzählen zu können (*Einnehmen einer Beobachterposition, erste Kommunikation der Geschichte*). Dieser Ort war

Hypnotherapie bei PTB

weit entfernt am Horizont, von wo aus er das Boot nur als kleinen Punkt im Morgengrauen sehen konnte, der plötzlich, im Moment des Auflaufens auf das Riff, stehen blieb. Nach einer Tranceinduktion bat ich sein Unbewusstes, ihn, den Patienten, nun so weit an das Geschehen heranzuführen, dass er zwar etwas genauer und detaillierter hinschauen könne, aber während der ganzen Zeit nach wie vor außerhalb des „emotionalen Dunstkreises“ der beteiligten Personen auf dem Schiff bleiben, also emotional ganz ruhig und distanziert sein könne. Die Levitation seiner rechten Hand sei dabei das Regulationsinstrument für das Ausmaß an Erregung, das er gerade noch imstande sei zu tolerieren.

In dieser ersten Trance in der zweiten Sitzung kam er etwa ein Drittel näher an die Szene heran und konnte in schwarzweißen Bildern – *diese modalitätsspezifische Modifikation* war leicht, denn es geschah ja im Morgengrauen – sehen, wie während des Aufpralls der Mast brach und zusammen mit dem Baum auf das Deck aufschlug.

Ich bat ihn, sich aus dieser Entfernung nur theoretisch vorzustellen, was jemand auf dem Boot wohl hören könne, wenn Baum und Mast aufs Deck krachen. Er meinte, dies müsse sicher ein ganz furchtbares Geräusch sein, und plötzlich „sah“ er den Zusammenhang zu seiner Unfähigkeit, unter Kranauslegern hindurch zu gehen – und von dieser Stunde an war dieses Symptom verschwunden.

In den folgenden Stunden kam es zu einer immer deutlicheren Annäherung, in der zunehmend auch die Qualitäten der visuellen, auditiven und taktilen Sinne angereichert wurden, indem er auch in Farben sehen, Geräusche differenzierter hören und Hautempfindungen zulassen konnte.

So zeichneten sich allmählich immer mehr Details des Geschehens ab, die er im Verlauf der Sitzungen immer besser zu einer plausiblen Geschichte zusammenführen konnte (*syntaktische Rekonstruktion*):

Der Skipper war wohl am Steuerrad eingeschlafen oder zumindest soweit unachtsam, dass er die Annäherung an das Riff nicht bemerkte. Der Kurs zuvor war offenbar falsch gesteckt worden. Die übrigen Teilnehmer des Törns schliefen auf Deck oder, so wie er, in der Kajüte. Er lag mit dem Kopf in Fahrtrichtung und wurde beim Aufprall auf das Riff aus der Koje gegen irgend einen scharfen Gegenstand geschleudert, durch den er am Kopf erheblich verletzt wurde; dabei wurde er bewusstlos.

In Trance konnte er – völlig dissoziiert von anderen, v. a. kinästhetischen Modalitäten – immer wieder das eigenartige Geräusch des Auflaufens auf die Korallen und den herunterkommenden Mast „hören“. Aus einer sicheren Beobachterposition von etwa 5 m heraus konnte er nach einiger Zeit auch „sehen“, wie der Körper aus der Koje schoss, wie der Kopf gegen die scharfe Ecke eines Spinds krachte und er dadurch bewusstlos wurde.

Ich bat ihn, während er in Trance war, irgendeinen Weg zu finden – vielleicht einfach nur sein Unbewusstes darum zu bitten –, um herauszufinden, was er wohl in dem kurzen Moment zwischen Aufwachen und Bewusstloswerden gedacht habe; schnell und sicher kam die Antwort: „Das war’s, nun sinken wir!“

Es war völlig unklar, ob es sich bei diesem Gedanken tatsächlich um eine historisch korrekte Erinnerung handelte oder ob das eine durch den therapeutischen Kontext suggerierte Konstruktion war (*erste semantische Modifikationen*). Über diese Möglichkeit haben wir nach der Trance ausdrücklich gesprochen, sowohl in Bezug auf diesen wie auch auf andere, vergleichbare Fälle, bei denen keine explizite Erinnerung vorhanden war. Er selbst hatte hier – wie später auch – den starken subjektiven Eindruck der historischen Richtigkeit, denn das sei auch sein erster Gedanke nach dem Erwachen aus der Bewusstlosigkeit gewesen: Er lag auf dem Kajütboden, sah oben in der Bordwand ein großes Loch, durch das Wasser schwappte, und hatte den gleichen Gedanken wieder: „Das war’s, nun gehen wir unter!“ Automatisch raffte er sich auf und zwängte sich durch dieses Loch ins Freie. Erst da stellte er fest, dass das Boot auf einem Riff gestrandet war.

Einige seiner Kameraden hatten nur leichte, andere durchaus ernste Verletzungen. Seiner eigenen Verletzung am Kopf nicht gewahr, kümmerte er sich automatisch und routinemäßig um sie, bis sich alle auf der Insel, der das Riff vorgelagert war, in einer Hütte in Sicherheit befanden und weitere Rettungsmaßnahmen eingeleitet worden waren. Erst hier – sozusagen nach Erfüllung seiner angenommenen Pflichten – brach er zusammen und weinte bitterlich. Diesen Weinanfall wiederum konnte er sich schon damals, aber auch jetzt im Nachhinein überhaupt nicht erklären, denn nun befanden sie sich ja in Sicherheit.

In weiteren Sitzungen in Trance wurden diese Szenen mehrmals wiederholt. Ich bat ihn, seine räumliche Perspektive als Beobachter zu verändern, also aus immer neuen Blickwinkeln, mal ganz weit entfernt und dann wieder von nahem das Geschehen zu betrachten. So erinnerte bzw. rekonstruierte er immer mehr Details und verstand mehr und mehr seine Reaktionen; beispielsweise dass er überhaupt nicht auf die Idee gekommen war, seine Kajüte durch die Tür zu verlassen und über die Treppe des Niedergangs an Deck zu gehen, denn er glaubte ja, das sinkende Boot schnellstmöglich verlassen zu müssen; er „sah“ nun auch die Panik dieses Mannes, der sich beim Durchzwängen durch das Loch in der Bordwand weiter verletzte, davon aber überhaupt nichts bemerkte, denn er war ja auch in Bezug auf seine schweren Verletzungen im Gesicht völlig empfindungslos.

Meine Aufgabe als Therapeut in dieser und späteren Phasen der Behandlung bestand darin, mit dem Patienten sowohl im Wachzustand wie auch direkt in Trance zu besprechen, was er aus seiner Beobachterposition heraus im Einzelnen tun sollte: sich annähern oder entfernen, die Perspektive wechseln, die einzelnen Bilder zu einer fortlaufenden Sequenz aneinanderreihen, den Film stoppen und über idiomotorische Signale das Unbewusste befragen, ob eine neu erkannte Bedeutung stimmig ist, etc. (*weitere semantische Modifikationen*). Der Patient war dabei in der Position eines prinzipiell einsichtsfähigen Erwachsenen, der lediglich eine Form kompetenter Begleitung benötigte, um zu erinnern, zu ordnen und korrigierend durchzuarbeiten.

Meine Position bei *Patientin B* war ganz anders. Als sie nach ihrem Rückfall wie-

Hypnotherapie bei PTB

der in meiner Praxis saß, fragte ich sie, ob ich ihr „Unbewusstes“ fragen dürfe, welche der beiden Möglichkeiten – normaler Rückfall oder Funktionalität des Symptoms – zutreffe. Mit ihrer Erlaubnis induzierte ich eine Trance und stellte diese Frage an ihr Unbewusstes. Nach kurzer Zeit begann sich die Hand zu heben, welche für die Funktionalität des Symptoms stand. Ich begleitete diese idiomotorische Bewegung mit entsprechenden Bemerkungen, wie etwa: „Indem sich die Hand höher und höher auf Ihr Gesicht zu bewegt, beginnt Ihr Unbewusstes nun, alle Informationen zu sammeln und zur Verfügung zu stellen, welche in Bezug auf Ihre Migräne relevant sind.“

Als sich ihre Mimik veränderte und eine Art Versteinerung eintrat, die ich nicht deuten konnte, fragte ich sie und erhielt lange Zeit keine verständliche Antwort. Also bat ich sie, sich von dieser Person, die mit tonloser Stimme unverständliche Worte murmelt, zu lösen, einige Schritte auf die Seite zu treten und dann aus einer sicheren Distanz heraus zu erzählen, was denn los sei; das Ausmaß der Distanz, welches nun nötig sei, könne sie wiederum ihrem Unbewussten überlassen: Je höher die andere Hand (idiomotorisch) gehe, umso weiter entferne sie sich und umso sicherer und ruhiger fühle sie sich. Im Moment sei es nötig, nur die Fakten kennen zu lernen um zu verstehen, was geschehen sei. So erfuhr ich nach und nach die Geschichte (*erste Rekonstruktion der Geschichte aus der sicheren Beobachterposition heraus*):

Sie sei etwa 13 Jahre alt gewesen, als eines Tages eine fremde Lehrerin in ihr Klassenzimmer gekommen sei, sie auf den Gang gebeten und ihr eröffnet habe, dass ihre jüngere Schwester bei einem Ausflug ihrer Klasse in den Bergen tödlich verunglückt sei; sie sei in eine Schlucht gestürzt und habe sich dabei das Genick gebrochen.

Da es aus der Beobachterposition heraus bald nicht mehr viel zu berichten gab – da stand eine versteinerte 13-Jährige, tonlos, ohne Gestik und Mimik – bat ich sie, sich so weit wieder anzunähern, dass sie sie mit der Hand an der Schulter berühren könne. Über diese Berührung mit der Hand könne sie weitere Informationen erhalten, was in der 13-Jährigen vor sich geht, was diese sich vorstellt, was sie denkt, und vielleicht auch, was sie fühlt. Wenn das aber zu schlimm ist, löst sich die Hand sofort wieder und die Verbindung ist unterbrochen. Dies alles kann sie wiederum ihrem Unbewussten überlassen: Wenn sich ihre (idiomotorisch erhobene) Hand senkt, nimmt sie Kontakt auf, wenn diese sich wieder hebt, wird der Kontakt unterbrochen. So erhielt ich folgende Informationen:

Die 13-Jährige war damals offenbar in eine Art Schockzustand verfallen. Äußerlich völlig versteinert repetierte sie in ihrer Vorstellung zwanghaft, immer wieder und wieder, die gleiche Szene: Wie ihre Schwester ausrutscht, die Felsen hinunterstürzt, sich dabei die Haut aufreißt und die Knochen bricht; v. a. aber, wie sie mit dem Kopf wieder und wieder aufschlägt, bis dieser unten an einem Felsen zerspringt. Diese Imagination hatte offenbar hohe ideopathische Anteile, d.h. die damals 13-Jährige erlebte die vorgestellten Schmerzen ihrer Schwester am eigenen Körper. Und diese Szene bekam die Qualität eines Zwangsgedankens; äußerlich völlig ohne Affekt, auch während der Beerdigung, spielte sie diese Szene immer wieder durch. (Erst nach vielen

Wochen erwachte sie langsam aus diesem „pathologischen Trancezustand“ und ihre zwanghaften Bilder verschwanden. Irgendwann danach setzten Kopfschmerzen ein, erst sporadisch, dann immer häufiger in Stresssituationen und diese Kopfschmerzen verwandelten sich im Verlauf ihrer 20-er Jahre in Migräne.)

Über die *taktile, haptische Modalität*, kontrolliert noch durch den Zustand der Trance und das Instrument der Idiomotorik, konnte in der Therapie vorsichtig *Kontakt zum inneren Erleben* der Patientin aufgenommen werden. Nur so war die *ergänzende Rekonstruktion der Geschichte* in den folgenden zwei Stunden möglich.

Bisweilen wird der Hypnotherapie vorgeworfen, sie blende Emotionen aus, dissoziiere nur den Affekt und vernachlässige damit einen wesentlichen Teil der therapeutischen Arbeit. Diesen Vorwurf hörte ich beispielsweise von Kolleginnen, die mit Theorie und Technik des *Somatic Experiencing* (Levine, 2010; van der Kolk, 1996) bzw. der Polyvagal-Theorie von Porges (2010) vertraut waren. Dieser Eindruck könnte tatsächlich entstehen, wenn die Therapie des Patienten und der Patientin jetzt schon zu Ende gewesen wäre. Es fehlt aber bei beiden noch jener Teil, der bereits von Janet und danach von allen Traumatherapeuten der hypnotischen Tradition als wesentlich beschrieben worden ist: Integration und Rehabilitation. In der Endphase beider Therapien spielten Affekt und Emotion eine wesentliche Rolle.

3. Integration und Rehabilitation

Das traumatische Geschehen muss in die Biographie der Person integriert werden, muss als Teil der Lebenserfahrung angenommen, wenn möglich mit einer neuen Bedeutung versehen werden. Und die persönliche und berufliche Kompetenz der Person, die durch das Trauma und seine Folgen beschädigt war, muss wieder hergestellt werden. Das kann nicht ohne emotionale Beteiligung geschehen. Emotionen sind für diesen Teil der Traumabehandlung gerade auch in der Hypnotherapie von großer Bedeutung:

- Emotionen verleihen der neu- oder re-konstruierten Geschichte jenes Gewicht, das nötig ist, um sie glaubhaft zu machen.
- Emotionen sind nötig, um den Bogen zu schlagen zwischen dem Zustand ante und post Trauma. Die Person sollte, wenn immer möglich, nach dem Trauma und seinen Folgen irgendwie wieder anknüpfen können an ihr Leben davor. Emotionen sind hierfür so etwas wie das Bindemittel.
- Und schließlich ist es wichtig, dass in der Integrations- und Rehabilitationsphase auch all jene Emotionen selbstreflexiv gespürt werden können, welche natürlicherweise für jemanden empfunden würden, der ein solches Schicksal erleidet, wie Schmerz und Trauer, welche aufgrund der übermäßigen, undifferenzierten Panik-Affekte aber dissoziiert oder in Symptome verkehrt wurden.

Patient A erinnerte den Weinanfall in der Hütte auf der Insel nach der Rettung aller und konnte sich das nicht erklären. Also bat ich ihn, aus einer sicheren, emotionsfreien

Hypnotherapie bei PTB

Beobachterposition heraus genau zu sehen, was „dieser Mann“ von dem Moment an, als er sich aus seiner Kojen durch das Loch in der Bordwand gezwängt hatte, bis hierher, also bis zu diesem Weinkampf, tatsächlich getan hatte, und ich fuhr fort: „Er hat das getan, was er für seine Pflicht gehalten hat und was sein Ethos erfordert hat, nicht wahr? Er hat seit dem Gedanken, dass er nun untergeht und stirbt, nicht mehr an sich gedacht. Er hat seine eigenen Verletzungen nicht mehr gefühlt – können Sie das sehen, schauen Sie genau hin! –, er hatte keinerlei Aufmerksamkeit und Achtsamkeit für sich selbst.“

Nun bat ich ihn, seine Hand auszustrecken und „diesen Mann“ zu berühren, um eine Ahnung davon zu bekommen, was in ihm vorgehe. Das tat er und fing nun in der aktuellen Therapiestunde hemmungslos zu weinen an. Erst jetzt, während dieses affektiven Zustandes, erinnerte er eine weitere Begebenheit: Eine ältere, dicke, farbige Frau habe ihn mit der Hand berührt, nachdem er zur Ruhe gekommen sei, sie habe ihn etwas gestreichelt und irgend etwas mit liebevoller, mütterlicher Stimme zu ihm gesagt (*Hilfsperson als Ressource*). Hierauf seien ihm damals schon die Tränen gekommen, er habe das aber unpassend gefunden und versucht, seine Emotionen zu kontrollieren. Ich bestärkte ihn darin, wenigstens jetzt seine Tränen zu akzeptieren, sie so lange fließen zu lassen, bis sie von selbst versiegen würden, die Berührung dieser Frau zu spüren, und dabei ganz achtsam zu sein, was sein Unbewusstes ihm weiterhin mitteile. Es folgte nun eine weitere Altersregression in seine Kindheit zu Situationen, in denen er als kleiner Junge von seiner Mutter getröstet und versorgt wurde, wenn er Verletzungen oder Schmerzen hatte.

In den folgenden beiden Sitzungen, den restlichen von insgesamt 15, ging ich mit ihm eher gesprächsweise noch mehrere Male die gesamte Szene durch mit der ausdrücklichen Bitte, von heute aus sein inneres und äußeres Verhalten damals mit großem Wohlwollen zu betrachten. Die Symptome waren verschwunden und wir konnten die Behandlung beenden.

Bei *Patientin B* führte ich mich selbst in die hypnotische Altersregression als Hilfsperson ein (*Therapeut als Ressource*). In jener ersten Szene, als die 13-Jährige die Information über den Tod ihrer Schwester auf dem Schulflur erfuhr und darüber versteinerte, sprach ich ihr zunächst mein Mitleid aus und drückte mein Verständnis über ihre inneren Bilder aus. Dann aber, mit der ganzen Autorität eines Experten, erklärte ich ihr, dass ihre inneren Bilder „ziemlicher Unsinn, ein reines Hirngespinnst“ seien, weil sie nicht der Wirklichkeit entsprächen, welche ihre Schwester erlebt habe.

Mit dieser, im Unterschied zum vorherigen Mitleid, recht ruppigen Ansprache hatte ich ihre Aufmerksamkeit gewonnen. Nun erklärte ich ihr lang und ausführlich den Mechanismus des Schockzustandes, in den alle Menschen in Unfallsituationen geraten. Ich beschrieb ihr diesen Schockzustand sehr drastisch anhand mehrerer blutiger Beispiele: z.B. wie im Krieg einem Landser das Bein abgeschossen wird und dieser keinerlei Schmerzen verspürt, sondern scheinbar emsig darum bemüht ist, sein auf dem Boden im Schlamm liegendes Bein aufzuheben und mit ins Lazarett zu nehmen;

oder wie ich selbst mir an einer Fensterscheibe meine rechte Hand zerschnitten hatte und dann als reines visuelles Ereignis die klaffenden Wunden mit den Hautfetzen sah, die weißen Sehnen darunter und das herausquellende Blut, das ich versuchte mit der anderen Hand aufzufangen, damit der Teppich nicht allzu sehr verschmutzt würde. In diesen und ähnlichen Beispielen betonte ich immer wieder, Sinn und Zweck dieses Schockzustandes sei Emotions- und damit Schmerzlosigkeit; dass man heute weiß, dass zu diesem Zweck im Gehirn schlagartig analgetische und manchmal sogar euphorisierende Substanzen ausgeschüttet werden. Diese Endorphine sind endogen produzierte Morphine und jeder weiß, wie Morphin wirkt. Warum, so fragte ich sie immer wieder, solle dies nicht auch ihrer Schwester geschehen sein, warum soll ausgerechnet ihre Schwester diesen Schockzustand nicht erlebt und die Wirkung des Morphins nicht gespürt haben; es gäbe überhaupt keinen Grund, das anzunehmen. „Auch Ihre Schwester war in einem solchen Schockzustand und hat nichts gespürt!“

In tiefer Trance, ohne erkennbare äußere Reaktionen, hörte sie sich diese drastischen Beispiele und die folgende Erklärung an, und ich hatte den Eindruck, dass sie sie auch verstand und annahm. Schließlich fragte ich sie, wann sie denn wohl so weit sei, dass sie um ihre Schwester trauern könne. Hierauf brach sie in Tränen aus und ich bestärkte sie darin, den Tod ihrer Schwester angemessen zu beweinen.

In den folgenden letzten, ca. drei Sitzungen ging ich mit ihr die einzelnen Phasen und Stationen durch, die auf jene Mitteilung bis hin zur Beerdigung und der Zeit danach folgten. Sehr leicht wechselte sie hier die Perspektiven, fühlte in der Erlebensperspektive der Regredierten den Schmerz und die Trauer, stand beispielsweise heftig weinend am offenen Grab, oder fühlte aus der Beobachterperspektive der heutigen erwachsenen Frau mit dem kleinen Mädchen von damals mit, wie es hilflos und verzweifelt war, mit seinen Emotionen überhaupt nicht zurecht kam, keinerlei Hilfe von Erwachsenen erfuhr, weil ihm niemand etwas erklärte und weil die nächsten Angehörigen, Verwandten und Freunde ebenso geschockt waren wie sie.

Damit war die Therapie beendet, die Migräneattacken blieben für lange Zeit ganz aus, kamen nach Monaten vereinzelt und mit viel geringerer Intensität wieder, so dass sie sie gut mit Selbsthypnose kontrollieren konnte. Drei Jahre später meinte sie in einem Katamneseanruf, dass ihr nun ein Aspirin genügt, wenn eine der seltenen Attacken auftritt.

Schlussbemerkung

Pierre Janet (1889, 1894; siehe auch seinen Beitrag nachfolgend) hat vor mehr als 120 Jahren an eindrucklichen Beispielen beschrieben, wie mit Hilfe von Hypnose nicht nur amnestische Informationen aus vergangenen traumatischen Situationen rekonstruiert werden können, sondern wie der Zustand der hypnotischen Trance auch dazu geeignet ist, die Erinnerung dieser Situationen in Teilen oder ganz so zu modifizieren, dass ein z. T. völlig neues Lebensskript entstehen kann.

Hypnotherapie bei PTB

Hypnotische Trance ist für jene Patienten, die genügend Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit aufweisen – und das trifft für viele Traumapatienten zu – ein Medium, in dem die neue bzw. alternative Wirklichkeit nicht als „bloß imaginiert“ sondern als „wirklich“ erlebt wird.

Damit sollte sie für die Therapie zumindest eines Teils der Traumapatienten gut geeignet sein. Das zeigen viele Fallberichte und inzwischen auch einige kontrollierte klinische Studien. Weitere Untersuchungen müssen folgen, insbesondere auch solche zur differentiellen Indikation, um beispielsweise den relativen Vorteil der Anwendung entweder von Verhaltenstherapie oder Hypnose bei bestimmten Patientenpopulationen bestimmen zu können.

Anmerkungen

- 1) Der besseren Lesbarkeit halber verwende ich im Folgenden das generische Maskulinum; Patientinnen und Therapeutinnen sind also gleichermaßen gemeint und angesprochen.
- 2) Gemeint ist hier das äußere, motorische Verhalten, das sich hauptsächlich in agoraphobischem oder klaustrophobischem Vermeidungs-„Verhalten“ zeigt. Daneben gibt es natürlich auch kognitive und affektive „Vermeidungsstrategien“ wie Ausblenden, Amnesien, Affektisolierung (Numbing), Abspalten bis hin zu Depersonalisationen, welche in dieser vorgenommenen Unterscheidung zu den dissoziativen Symptomen zu zählen sind.
- 3) Ausnahmen von dieser Regel sind stationäres Setting und spezielle therapeutische Erfahrung des jeweiligen Therapeuten mit diesem Klientel (Zindel, 2015).
- 4) Für die hypnotherapeutische Behandlung von wiederholten, frühen und schwereren Traumatisierungen vom Typ 2 vgl. das von Van der Hart und Peter 1995 gast-herausgegebene Heft der Zeitschrift HYPNOSE UND KOGNITION und die dort sowie in Van der Hart (2015) angegebene weiterführende Literatur.
- 5) Das ist möglicherweise auch der Grund, warum Watkins (2000) ausdrücklich verneint, durch sein „abreaktives“, d. h. kathartisches Vorgehen Retraumatisierung oder psychotische Reaktionen bei seinen Weltkrieg 2-Patienten verursacht zu haben.
- 6) Janets Rolle wird von einigen Autoren des *Imagery Rescripting* auch ausdrücklich anerkannt: „The earliest known form of imagery rescripting appears to have been employed in the latter part of the 19th century by Pierre Janet (1919/1976), a prominent French physician, who used a procedure called ‘imagery substitution’ (i.e., replacing one image with another)” (Holmes, Arntz, & Smucker, 2007) S. 298). Auch Schmucker und Köster (2015) erwähnen im Anhang D ihres Praxishandbuches den Fall „Justine“ von Pierre Janet. Sie erwähnen aber nicht, dass Janet einer der profiliertesten Hypnoseforscher Ende des 19. Jahrhunderts war und seine Erkenntnisse für die Traumatherapie in erster Linie aus Untersuchungen und Behandlungen mit Hypnose erlangte (Janet, 1889, 1896/1991). Den Kommentaren von Schmucker und Köster zu Justines Fall ist zu entnehmen, dass sie nicht sehen, welchen entscheidenden Anteil Hypnose an dieser durch Janet vorgenommenen „Neukonstruktion der Vergangenheit“ hatte.

Literatur

- Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., French, B., & Watkins, J. G. (2018). Effektivität einer einzigen Sitzung in abreaktiver Ego-State-Therapie bei Gefechts-Stress-Störung, PTSD und ASD. *Hypnose-ZHH*, 13(2), 37-55.
- Bongartz, B., & Bongartz, W. (2015). Stellvertretertechnik. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., S. 265-272). Heidelberg: Springer.

- Breuer, J., & Freud, S. (1895). Studien über Hysterie Gesammelte Schriften (Vol. I, S. 1-238). Leipzig/Wien/Zürich: Intern. Psychoanal. Verlag, 1925.
- Bryant, R. A., Guthrie, R. M., Moulds, M. L., Nixon, R. D., & Felmingham, K. (2003). Hypnotizability and posttraumatic stress disorder: a prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 382-389.
- Bryant, R. A., & Mallard, D. (2003). Seeing is believing: The reality of hypnotic hallucinations. *Consciousness and Cognition*, 12, 219-230.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R., & Nixon, R. D. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(2), 334-340.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D., Mastrodomenica, J., Felmingham, K., & Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy and cognitive behavior therapy of acute stress disorder. A 3-year-follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1331-1335.
- Carolusson, S. (1996). Marie - a Swedish case of apparent anxiety disorders, showing up to be a PTSD and DID (NOS), as uncovered by hypnosis. In B. Peter, B. Trenkle, F. C. Kinzel, C. Duffner, & A. Iost-Peter (Eds.), *Munich lectures on hypnosis and psychotherapy* (S. 37-44). München: <http://www.MEG-Stiftung.de>.
- Crawford, H. J., Horton, J. E., & Lichtenberg, P. (2004). Die Neurowissenschaft der Hypnose: Der Einfluss von genetischen, neuroanatomischen und Informationsgeschwindigkeitsfaktoren auf die hypnotische Antwortbereitschaft. *Hypnose und Kognition*, 21(1+2), 93-117.
- Degun-Mather, M. D. (1997). The use of hypnosis in the treatment of post-traumatic stress disorder in a survivor of multiple childhood trauma. *Contemporary Hypnosis*, 14(2), 100-104.
- Dell, P. F. (2017). Is high hypnotizability a necessary diathesis for pathological dissociation? *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 58-87. doi:10.1080/15299732.2016.1191579
- Elsig, C., Schopper, C., Anthony, M., Gramigna, R., & Boeker, H. (2002). Stationäre hypnotherapeutische Traumaexposition bei posttraumatischer Belastungsstörung: Ein Fallbericht. *Psychiatrische Praxis*, 29, 97-100.
- Equit, M., Maurer, S., Michael, T., & Köllner, V. (2017). Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie*. doi:10.1159/000477418
- Erickson, M. H. (1945/1998). Hypnosetechniken zur Therapie akuter psychischer Störungen im Krieg. In E. L. Rossi (Ed.), *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson* (Vol. 5, S. 52-60). Heidelberg: Carl Auer.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1991). *Der Februermann. Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung in Hypnose*. Junfermann Verlag: Paderborn.
- Evans, B. J. (2003). Hypnosis for post-traumatic stress disorders. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(1), 54-73.
- Fried, S. (1994). *War of remembrance*. Philadelphia, 67-157.
- Frischholz, E. J., Lipman, L. S., Braun, B. G., & Sachs. (1992). Psychopathology, hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1521-1525.
- Hagl, M., Butollo, W., Peter, B., & Georgi, H. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen nach Verkehrsunfällen. Zur Bedeutung des peritraumatischen Erlebens. *Polizei & Wissenschaft*, 4, 10-22.
- Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 3-20.
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 297-305. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.007>

Hypnotherapie bei PTB

- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimental sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1894). *Der Geisteszustand der Hysterischen. Die psychischen Stigmata*. Leipzig: Deuticke.
- Janet, P. (1896/1991). *Der somnambule Einfluß und das Bedürfnis nach Lenkung*. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 64-65.
- Janet, P. (1919/1976). *Psychological healing: A historical and clinical study* (Vol. 2 vols. E. & C. Paul (Trans.)). New York: MacMillan.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments - Another meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 517-519.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220.
- Kleinhaus, M., & Solomon, Z. (1994). Rückblick auf den Yom Kippur Krieg: Symptome und therapeutische Interventionen bei Kampf-Streß-Reaktionen. *Hypnose und Kognition*, 11(1+2), 54-63.
- Kluft, R. P. (1992a). Dissociation and subsequent vulnerability and revictimization: Implications for the facilitation of psychotherapy with hypnosis. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis: 175 years after Mesmer - Recent developments in theory and application* (S. 323-338). Konstanz: Universitätsverlag.
- Kluft, R. P. (1992b). The use of hypnosis with dissociative disorders. *Psychiatric Medicine*, 10, 31-46.
- Kluft, R. P. (1995). Zur Anwendung hypnotischer Interventionen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen. *Hypnose und Kognition*, 11(2), 13-33.
- Kluft, R. P. (2002a). Advances in the treatment of dissociative identity disorder: An algorithm for evaluation and intervention with special attention to the role of hypnosis. In B. Peter, W. Bongartz, D. Revenstorf, & W. Butollo (Eds.), *Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis* (S. 31-39). München: <http://www.MEG-Stiftung.de>.
- Kluft, R. P. (2002b). The inevitability of ego state therapy in the treatment of dissociative identity disorder and allied states. In B. Peter, W. Bongartz, D. Revenstorf, & W. Butollo (Eds.), *Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis* (S. 69-77). München: <http://www.MEG-Stiftung.de>.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among Oakland/Berkeley firestorm survivors. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 888-894.
- Le Page, K. E., & Goldney, R. D. (1988). The use of hypnosis in the retrieval of memory loss due to post-traumatic retrograd amnesia. *Hypnos*, 15(1), 47-52.
- Leung, J. (1994). Treatment of post-traumatic stress disorder with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22(1), 87-96.
- Levine, P. A. (2010). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel.
- MacHovec, F. J. (1985). Treatment variables and the use of hypnosis in the brief therapy of post-traumatic stress disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(1), 6-14.
- Maercker, A. (2011). Diskussionsforum: 1. Stabilisierung in der Traumatherapie – ein Schulenstreit? . *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 9(3), 83-86.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam Theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Morgan, A. H., & Hilgard, J. R. (1978-79). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21(2-3), 148-169.
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France 1914 -18*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 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(1), 97-100. doi:10.1002/jts.22077

- Pantescio, V. F. (2005). The body's story: a case report of hypnosis and physiological narration of trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(3), 149-159.
- Peebles, M. J. (1989a). Posttraumatic stress disorder: A historical perspective on diagnosis and treatment. Tenth Annual Winter Psychiatry Conference: New challenges in psychiatry practice (1988, Park City, Utah). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(3), 274-286.
- Peebles, M. J. (1989b). Through a glass darkly: The psychoanalytic use of hypnosis with post-traumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(3), 192-206.
- Perren-Klingler, G. (2015). Posttraumatische Belastungsstörung. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., S. 475-483). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2006a). *Einführung in die Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Peter, B. (2006b). Hypnotherapie bei der Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Maercker & R. Rosner (Eds.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 141-155). Stuttgart: Thieme.
- Peter, B. (2008). Wie Hypnose im Gehirn Wirklichkeit schafft: Zur Rolle der hypnotischen Trance in der Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 127-148.
- Peter, B. (2015a). Altersregression. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 285-296). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2015b). Geschichte der Hypnose in Deutschland. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 817-851). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2015c). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 37-45). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2015d). Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 47-55). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2015e). Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 81-87). Heidelberg: Springer.
- Porges, S. W. (2010). *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*. Paderborn: Junfermann.
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olf, M., & Kindt, M. (2015). Imagery Rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 170-176.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Revenstorf, D., & Peter, B. (2015). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 125-151). Heidelberg: Springer.
- 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
- Schmucker, M., & Köster, R. (2015). *Praxishandbuch IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer* (2 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simmel, E. (1919). *Kriegs-Neurosen und psychische Trauma*. München u. Leipzig: Otto Nernlich.
- Smith, W. H. (2004). Brief hypnotherapy of severe depression linked to sexual trauma: a case study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 203-217.

Hypnotherapie bei PTB

- Spiegel, D. (1981). Vietnam grief work using hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(1), 33-40.
- Spiegel, D. (1988). Dissociation and hypnosis in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 1(17-33).
- Spiegel, D. (1990). Trauma, dissociation, and hypnosis. In R. P. Kluff (Ed.), *Incest-related syndromes of adult psychopathology* (S. 247-261). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Spiegel, D. (2003). Hypnosis and traumatic dissociation: Therapeutic opportunities. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(3), 73-90.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociation disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 366-378.
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145(3), 301-305.
- Spiegel, D., & Kosslyn, S. M. (2004). Glauben ist Sehen: Die Neurophysiologie der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21(1+2), 119-137.
- Spiegel, D., & Vermetten, E. (1994). Physiological correlates of hypnosis and dissociation. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation. Culture, mind, and body* (S. 185-209). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Staudacher, M., Hagl, M., Piesbergen, C., & Peter, B. (2012). Sind Hypnotisierbarkeit und Bindung doch unkorreliert? Bericht über einen Replikationsversuch (Are hypnotizability and attachment correlated after all? Report on a replication). *Hypnose-ZHH*, 7(1+2), 81-98.
- Terhune, D. B., & Cardeña, E. (2015). Dissociative subtypes in posttraumatic stress disorders and hypnosis: Neurocognitive parallels and clinical implications. *Current Directions in Psychological Science*, 24(6), 452-457.
- Van der Hart, O. (2015). Dissoziative Identitätsstörung. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 485-495). Heidelberg: Springer.
- Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-395.
- Van der Hart, O., & Peter, B. (Eds.). (1995). *Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung)* (Hypnose und Kognition, 12). München: www.MEG-Stiftung.de.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration. *Hypnose und Kognition*, 12(2), 33-67.
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (S. 214-241). New York: Guilford.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(126-144).
- Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences. Trauma and hypnosis*. Delft: Eburon.
- Vijselaar, J., & Van der Hart, O. (1992). The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(1), 1-6.
- Watkins, J. G. (1949). *Hypnotherapy of war neuroses*. New York: Ronald Press.
- Watkins, J. G. (2000). The psychodynamic treatment of combat neuroses (PTSD) with hypnosis during World War II. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(3), 324-335.
- Yapko, M. D. (1994). *Suggestions of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma*. New York: Simon & Schuster.
- Zindel, J. P. (2015). Frühe und Borderline-Störungen. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed., S. 515-522). Heidelberg: Springer.