

Effektivität einer einzigen Sitzung in abreaktiver Ego State Therapie von kampfhandlungsbedingten und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTB) sowie akuten Belastungsreaktionen (ABR)

*Arreed Barabasz
Marianne Barabasz
Ciara Christensen
Brian French
John G. Watkins*

Die Ego State Therapie (EST) entwickelte sich aus einem psychodynamischen Verständnis der Persönlichkeit als Produkt der Ich-Zustände eines Individuums und dem Konzept, wie ich-energetisierte und objekt-energetisierte Elemente sich zusammenfinden, um mit einem traumatischen Ereignis umzugehen. Traumatische Erinnerungen sind aufgrund ihrer Schwere in subkortikal-unterbewussten Gehirnregionen enkodiert, welche für das manualisierte Vorgehen in einer einzigen Ego State Therapie Sitzung zugänglich sind, nicht aber für kognitive Verhaltenstherapie. Neurobiologische Untersuchungen untermauern nunmehr Watkins (1949) Konzept der Kriegsneurosen. Die Spuren des Traumas sind weder erreichbar noch zu löschen durch top-down Methoden wie verbales Verstehen oder Reframing. Im Gegensatz dazu ist EST eine bottom-up Therapie. Abreaktive Hypnose erleichtert den Ego State Ausdruck auf physiologischer und psychologisch derart intensiver Ebene, dass subkortikale Prozesse aktiviert werden und damit Affekte in Gegenwart des Therapeuten freigesetzt werden, der die Ich-Stärke des Patienten fördert. Erst dann folgen Deutung, Unterstützung und Reintegration. Ergebnis ist eine Persönlichkeit, die wieder über Struktur, Anpassungsfähigkeit und Resilienz gegenüber Retraumatisierung verfügt.

Kampfhandlungsbedingte Störung (Combat Stress Injury, CSI; Figley & Nash, 2007, S. 8) wird durch Ereignisse verursacht, die mit Todesangst, Grauen oder Hilflosigkeit einhergehen (Walter Reed Army Institute of Research Land Combat Study Team, 2006). CSI, zuvor als Kampfstress-Reaktion bezeichnet, beginnt als spezifische Form einer Akuten Belastungsreaktion (ABR; Acute Stress Disorder, ASD) und wird häufig solche diagnostiziert. Nach unserer Erfahrung, welche mit der klinischen Erfahrung übereinstimmt, entwickeln etwa eine von 6 Personen mit ABR eine posttrau-

Arreed Barabasz, Marianne Barabasz⁴), Ciara Christensen, Brian French^{1) 2)} und John G. Watkins^{3) 4)}

¹⁾ Washington State University, Pullman, USA

³⁾ University of Montana, Missoula, USA

Effektivität einer einzigen Sitzung in abreaktiver Ego State Therapie von kampfhandlungsbedingten und posttraumatischen Störungen (PTB) sowie akuten Belastungsreaktionen (ABR)

36 Patienten, welche die Kriterien des DSM-IV-TR und der PTB- Checkliste (PCL) erfüllten, wurden entweder einer 5- bis 6-stündigen manualisierten abreaktiven Ego State Therapie (EST) oder einer ebenso langen Placebo Einzel-Sitzung unterzogen. Die EST stützt sich auf wiederholtes, hypnotisch aktiviertes abreaktives „Wieder-Erleben“ der traumatischen Erfahrung in Kombination mit Ich-Stärkung durch den Therapeuten. Sowohl die Placebo Gruppe als auch die EST-Behandlungsgruppe zeigte unmittelbar nach der Behandlung eine signifikante Abnahme der PTB-Werte (Placebo-Gruppe im Durchschnitt 17.34 Punkte; EST durchschnittlich 53.11 Punkte). Allerdings hielten lediglich die EST-Patienten in den Follow-ups nach 4 bzw. 16-18 Wochen einen signifikanten Behandlungseffekt aufrecht. Die abreaktive EST scheint eine effektive Behandlung von Dauer bei PTB einschließlich kampfhandlungsbedingter und akuter Belastungsreaktionen zu sein.

Schlüsselwörter: Hypnose, Ego State Therapie, Abreaktion, kampfhandlungsbedingte Störung, PTB, ABR, Effektivität

Efficacy of single-session abreactive ego state therapy for combat stress injury, PTSD, and ASD

Using abreactive Ego State Therapy (EST), 36 patients meeting DSM-IV-TR and PTSD checklist (PCL) criteria were exposed to either 5–6 hours of manualized treatment or placebo in a single session. EST emphasizes repeated hypnotically activated abreactive “reliving” of the trauma experience combined with therapists’ ego strength. Both the placebo and EST treatment groups showed significant reductions in PTSD checklist scores immediately posttreatment (placebo: mean 17.34 points; EST: mean 53.11 points) but only the EST patients maintained significant treatment effect at 4-week and 16- to 18-week follow-ups. Abreactive EST appears to be an effective and durable treatment for PTSD inclusive of combat stress injury and acute stress disorder.

Key words: hypnosis, Ego State Therapy, abreaction, combat stress injury, PTSD, ASD, efficacy

Prof. Dr. Dr. Arreed Barabasz
Washington State University
Cleveland Hall, P.O. Box 642136
Pullman, WA 99161, USA
arreed_barabasz@wsu.edu

²⁾ Ciara Christensen ist nun bei Burrell Behavioral Health, Springfield, MO, USA

⁴⁾ John G. Watkins, Mitbegründer der Ego State Therapie, starb am 12. Januar 2012; Mariann Barabasz starb am 15.1.2018. Die Koautoren vermissen beide sehr. Ein Nachruf auf Marianne Barabasz von Ciara Christensen findet sich am Ende dieses Heftes.

Original-Artikel: Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., French, B., & Watkins, J. G. (2013). Efficacy of single-session abreactive ego state therapy for combat stress injury, PTSD, and ASD. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 1-19.

Übersetzung ins Deutsche von Alida Iost-Peter mit freundlicher Genehmigung des Erstautors und Herausgebers des IJCEH. Wir danken Maria Hagl für die kritische Durchsicht des Ergebnisteils.

matistische Belastungsstörung (PTB). Diese Patienten, ob Zivil- oder Militärpersonen, waren Ereignissen jenseits normaler menschlicher Erfahrungen ausgesetzt wie schweren Unfällen, Naturkatastrophen, Vergewaltigung, sexuellem Missbrauch oder Folter. Diese Erfahrungen können Auslöser für wiederholte Flashbacks des Traumas sein. Dissoziative Symptomatik beinhaltet Vermeidung, Angst, Depression, Hilflosigkeit, übermäßige Wachheit/Übererregbarkeit, wiederkehrende Flashbacks, emotionale Starre (Litz, 1992), Erinnerungs-, Konzentrations- und Schlafstörungen, Albträume, Schuldgefühle wegen Überlebens. Die verdrängten Konflikte dieser tief verwurzelten Störungen können grundlegende soziale und funktionale Behinderung hervorrufen.

Bei CSI, ABR und PTB ist ein externer Stressor als diagnostisches Schlüssel-Kriterium nötig. Die Wechselwirkung zwischen äußerlichen Trauma-Faktoren und den inneren biologischen, psychologischen und sozialen Gegebenheiten ist komplex (Connor & Butterfield, 2003; Keuroghlian, Butler, Neri, & Spiegel, 2010). Traumatisierte zeigen vielfältige emotional geladene Reaktionen, welche durch einen externen Stimulus ausgelöst werden, der als Erinnerung an das ursprüngliche Trauma fungiert. So können sie handlungsunfähig werden. Die theoretische Grundlage für die nur einmal stattfindende EST-Sitzung, einschließlich der neurologischen Untermauerung wurde in einem früheren Artikel im *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (IJCEH; Barabasz, Barabasz, & Watkins, 2011) veröffentlicht.

Der traumatisierte Patient kann unangemessene Emotionen, bizarre Reaktionen und/oder „Einfrieren“ („freeze up“) zeigen, wenn er mit anscheinend normalen Herausforderungen konfrontiert wird.

Das Broca Areal des Gehirns macht dicht und so werden die Betroffenen extrem eingeschränkt in ihrer Fähigkeit, ihre Gefühle sprachlich zu äußern. Der/die Traumatisierte regrediert zu primär-prozesshaftem Denken (Barabasz & Christensen, 2006; Christensen, Barabasz, & Barabsz, 2009), wenn er/sie auf Erinnerungen aus der Vergangenheit reagiert und dabei unwillkürlich in Denk- und Handlungsweisen verfällt, die ursprünglich angemessen und angepasst waren, indessen als Reaktion auf den aktuell dargebotenen Reiz unpassend sind. Unser Konzept stimmt mit Jacksons (1958) Erklärung überein, die später auch von Van der Kolk (1994) übernommen wurde, dass nämlich das Gehirn am besten zu verstehen ist als hierarchisch von unten nach oben organisiert.

J.G. Watkins und Barabasz (2008) erkannten, dass die Spur des Traumas nicht erreichbar ist durch verbale, intellektuelle, defensive und exekutive Gehirnregionen, sondern tief verankert ist in subkortikal-unterbewussten Arealen (Amygdala, Hippocampus), die bestenfalls nur am Rande durch Denken und Kognition berührt werden. Im ursprünglichen Konzept der Kriegsneurose von J.G. Watkins (1949) war angedeu-

Abreaktive Ego State Therapie

tet, wie der durch Stress verletzte Patient das Trauma zunächst auf unterer, primitiver, subkortikaler Ebene bearbeitet und dann erst nach oben auf exekutiver, bewusster Ebene. Wir müssen – um wirksame Therapie betreiben zu können – Maßnahmen ergreifen, welche die Art und Weise verändern, wie Menschen diese Kernfunktionen regeln. Wir sollten uns nicht darauf beschränken, unterstützende Gespräche über Traumata zu führen und auf rein bewusster Ebene intellektuelles Reframing zu betreiben, sondern stattdessen die Bereiche des Primär-Prozesses anregen, um ein intensives Wiedererleben des traumatischen Ereignisses zu ermöglichen (Barabasz, Barabasz, & Watkins, 2012).

Trotz der neuropsychologisch komplexen Befunde bei diesen tief eingprägten traumatischen Störungen sind die gebräuchlichsten Behandlungen heutzutage top-down Gesprächsinterventionen wie das Stressmanagement des kritischen Ereignisses (Everly & Mitchell, 1999), wobei Erstversorger das Schwergewicht auf das Explorieren des traumatischen Erlebens legen. Kognitive Verhaltenstherapien, wie sie in den United States Veterans Administration Krankenhäusern eingesetzt werden, sind die am häufigsten eingesetzten Therapien. Indessen beobachtete J.G. Watkins (1942, 1949, 1951), dass die große Mehrheit dieser Patienten, insbesondere jener mit Kampfstress Leiden (CSI), unfähig oder zögerlich ist, über ihre belastenden Erlebnisse zu reden (J.G. Watkins & Barabasz, 2008, S. 201), dagegen gut auf hypnotisch induziertes, intensiv abreaktives „Wiedererleben“ des Traumas reagierten.

Anhand der Arbeit mit diesen Patientengruppen entwickelte Watkins die Ego State Therapie (J.G. Watkins & Barabasz, 2008; J.G. Watkins & H. Watkins, 1997) und diese Arbeit diente wiederum als Leitlinie für Struktur und Entwicklung von Theorie und Vorgehen der manualisierten einmaligen Therapiesitzung (Barabasz et al., 2011).

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien sind nach unserer Ansicht für Traumatisierte bestenfalls eine oberflächliche Behandlungsform. J.G. Watkins (Watkins & Barabasz, 2008, S. 235) erklärt, dass mit kognitiver Verhaltenstherapie (cognitive processing therapy; CPT; Monson et al., 2006) oder Angst-Desensibilisierung mittels Expositionstherapie (prolonged exposure therapy, PE; Foa, Hambree, & Rothbaum, 2007) versucht wird, einen „verletzten“ Menschen lediglich oberflächlich mit Coping-skills zu übertünchen und ihn damit emotional weiter von seinem Selbst zu entfernen. Die scheinbar positiven therapeutischen Ergebnisse dieser Therapien wurden erreicht zu Kosten der Ignoranz von Bedingungen und Verhaltensweisen, welche durch unbewusste Prozesse vermittelt werden. Den Patienten wird lediglich beigebracht, ihre intrusiven Gedanken wieder so zu ordnen, dass sie mit ihren schmerzvollen traumatischen Symptomen umgehen können. Eine Auflösung des Traumas findet nicht statt. Der Patient bleibt verstört zurück und ist reif für die Retraumatisierung; sein anscheinendes Funktionieren ist oberflächlich.

Die abreaktive EST erreicht die Ich-Zustände, die Trauma, Frustration, Wut und Depression beinhalten, erleichtert deren Ausdruck und das wiederholte seelische und körperliche Loslassen, das ausreicht, um den unterbewussten Primärprozess anzure-

gen. Unser manusliertes EST-Vorgehen (Barabasz, Barabasz, Christensen, Riegel & Watkins, 2013; Barabasz, Barabasz, Christensen & Watkins, 2012; Barabasz, Barabasz & Watkins, 2012) entspricht dem Prinzip, die Reaktionen und Reizverarbeitung der Patienten auf subkortikal-unterbewusster Ebene zu verändern. Zurückgehend auf die psychoanalytische Tradition rekonstruiert die EST die Persönlichkeit des Patienten, indem sie die tiefer liegenden Konflikte löst und dabei die Kommunikation und gegenseitige Unterstützung der einzelnen Ich-Zustände des Patienten fördert (Barabasz, Barabasz & Watkins, 2012; J.G. Watkins & Barabsz, 2008, S. 235; J.G. Watkins & H. Watkins, 1997).

Unser Vorgehen entmystifiziert unbewusste Prozesse rasch und macht sie für den Patienten zugänglich und verstehbar. Intensive Entlastungsprogramme unterstützen die traumatisierten Ich-Zustände dank der Ich-Stärke des Therapeuten und schwächen nicht nur die beanspruchten physiologischen und psychologischen Reaktionen, sondern dienen auch dem raschen Überwinden des Traumas und dem Restrukturieren der Persönlichkeit des Patienten. Die verschiedenen Anteile der Patienten-Persönlichkeit lernen miteinander zu kommunizieren. Der Patient wird dabei gestärkt, die traumatischen Erinnerungen loszulassen samt der damit verbundenen Furcht, den Ängsten und der Depression (Emerson, 2003) und die Probleme zu lösen. Unpassende und unerwünschte Symptome können sich nicht mehr aufgrund nicht gelöster Zustände verfestigen, welche sich als Reaktion auf traumatisches Erleben entwickelt haben. Der Patient geht aus der EST hervor als anpassungs- und durchsetzungsfähig, kann geben, denkt logisch, kann Ärger völlig angemessen äußern und verhält sich doch einfühlsam und fürsorglich in der Familie und auch außerhalb. Der bisherige innere Aufruhr der Ich-Zustände, der den Patienten beeinträchtigte, wird dank der EST dauerhaft verändert und er erreicht wieder den Zustand vor der Traumatisierung. Zudem gewinnt der Patient innere Stärke und Resilienz gegenüber einer Retraumatisierung. EST verändert nicht das Ereignis. Vielmehr stehen die Emotionen im Fokus, denn die auf die Vergangenheit bezogenen emotionalen Reaktionen werden verändert. Die Einstellung gegenüber dem Ereignis verändert sich in angemessener Weise, ohne dass es eines Reframings der Interventionen bedarf. Nach unserer Theorie ist die abreaktive EST deshalb wirksam, weil sie sich auf die Emotionen bezieht, die subkortikalen emotionalen Strukturen aktiviert und weil der zusätzliche Effekt der unterstützenden Deutung durch den Therapeuten die Persönlichkeit des Patienten wiederherstellt, sodass er resilient und anpassungsfähig wird.

Zweck der vorliegenden Untersuchung war es festzustellen, ob eine einzige, 5- bis 6-stündige abreaktive EST Sitzung eine wirksame Behandlung bei CSI, PTB und ABR ist. Dazu dienten uns Patienten, die einen Zustand der Therapie-Resistenz erreicht hatten, nämlich Patienten mit PTB-Symptomatik.

Methode

Versuchspersonen

36 Freiwillige aus der pazifischen Nordwestküste der USA (Alter 21 - 43 Jahre, M = 29.2) waren unsere Patienten; sie entsprachen den Kriterien einer PTB gemäß dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). In Übereinstimmung mit dem standardisierten Vorgehen, nach welchem ein Patient als geeignet für das Verfahren einer einzigen Sitzung (Barabasz, Barabasz & Watkins, 2012) eingestuft wird, entsprachen auch alle Patienten (16 männlich, 20 weiblich) den PTB-Kriterien der PTB-Checklist (PCL; Bliese et al. 2008; Weathers, Keane, & Davidson, 2001) und der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1990). Die Hypnotisierbarkeit wurde anhand der Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS; Morgan & Hilgard, 1975) gemessen. In Übereinstimmung mit der CSI-PTB Population (Vermetten & Christensen, 2010) lagen die Testwerte aller Versuchspersonen über dem Durchschnittswert der SHCS (M=4.1, Range 3.0 - 5.0) und alle beantworteten das Item 3 für Altersregression positiv. Die den PTB-Kriterien entsprechenden Versuchspersonen wurden entweder der EST-Behandlungsgruppe zugewiesen oder der Placebo Kontrollgruppe [vgl. Anmerkung 2 am Ende dieses Beitrages] entsprechend der Reihenfolge des Eintritts zur freiwilligen Teilnahme an der Studie.

Instrumente

CAPS ist für Kliniker entwickelt, die aus ihrer Arbeit mit Trauma-Patienten praktische Erfahrung mit traumatischen Störungen haben (Blake et al., 1995). Mit diesem Test werden die 17 Kernsymptome der PTB gemäß *DSM-IV-TR* untersucht. Der Symptomstatus kann für die zurückliegenden Wochen oder Monate oder auch für eine längere Lebenszeit erhoben werden, um den schlimmsten Monat seit dem traumatischen Ereignis zu ermitteln. CAPS kann auch verwendet werden zur Untersuchung von ABR-CSI. CAPS soll sowohl Häufigkeit als auch Intensität eines jeden PTB Symptoms ermitteln. Die einzelnen Versuchspersonen stufen das Erleben eines jeden Symptoms auf einer 5-Punkte Likert Skala ein. Die von Klinikern vorgenommenen Gesamteinstufungen berücksichtigt die Validität der Antworten (Compliance; mentaler Zustand; augenscheinliches Bemühen, Symptome zu übertreiben oder herunterzuspielen). Blake et al. berichten eine Test-Retest Reliabilität für drei verschiedene Auswerter-Paare von .77 bis .96 für die drei Symptom-Cluster und von .90 bis .98 für alle 17 Items. Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) der CAPS Testwerte für Schwere der Symptomatik (z.B. Häufigkeit und Intensität) aller drei Symptom Cluster lag zwischen .85 und .87, die interne Konsistenz für alle 17 Items betrug .94. Verglichen mit dem strukturierten klinischen Interview für das *DSM-IV-TR* (SKID), das auch zur Untersuchung von PTB entwickelt wurde, ergab sich für die CAPS eine gute Test Sensitivität (.84), eine hervorragende Spezifität (.95) und ein kappa-Koeffizient von

.78. Hinsichtlich der konvergenten Validität korrelierte der CAPS Testwert für Schwere insgesamt signifikant mit anderen Indices der PTB, einschließlich der Mississippi Scale for Combat-Related PTB (Keane, Fairbank & Taylor, 1988; $r = .91$). Nach unserer Erfahrung in der vorliegenden Untersuchung und auch der von Christensen, Barabasz, Barabasz und Barabasz (2013) kann die Durchführung der CAPS 35 bis über 60 Minuten dauern. Allerdings diene die Kommunikation zwischen Patient und Kliniker über die diagnostische Datenerhebung hinaus auch der Vertrauensbildung und dem Rapport, die wesentlich sind für die Durchführung der einmaligen abreaktiven Sitzung.

Der PCL ist ein 17 Items umfassender Fragebogen für die 17 Symptome des *DSM-IV-TR*. Für die Durchführung des PCL sind nur 5 bis 10 Minuten nötig. Zur Einstufung jedes der 17 Items gibt es eine Skala von 1 bis 5, so dass Testwerte zwischen 17 und 85 erreicht werden. Für die Diagnostik in der vorliegenden Studie wurde dieser Test benutzt, um die hinreichende Schwere und auch das entsprechende Muster der Symptome sicher zu stellen, das den PTB-Kriterien entspricht. Dieser Test ist weithin anerkannt und in Gebrauch und dient sowohl dem US- als auch dem australischen Verteidigungsministerium. Der PCL steht in drei Versionen zur Verfügung, darunter die Version für Militär-Personen (PCL-M), die nach „Belastungen bei militärischen Erfahrungen“ fragt, und die Version für Zivil-Personen (PCL-C), die Symptome bezüglich „belastender Erfahrungen“ erhebt. Im Gegensatz zur CAPS gilt das PCL nicht nur als geeignet für das Screening und die Diagnostik der PTB, sondern ist auch gut einsetzbar als Maß zur Überwachung der Symptom-Veränderung während und nach der Behandlung (Weathers et al., 2001, S. 134). Beide Versionen erscheinen in der klinischen Ausgabe des Manuals¹⁾ mit Informationen zur Auswertung (Barabasz, Barabasz, Christensen et al., 2012). Für den Bereich 5 bis 10 Punkte wird eine reliable Veränderung erwogen, die nicht dem Zufall geschuldet ist; eine Veränderung im Bereich 10 bis 20 Punkte zeigt eine klinisch signifikante Veränderung. Der PCL wurde vor der Behandlung (für die EST- und die Placebo-Gruppe) erhoben, nach der Behandlung und für die Follow-ups nach 4 und 16 - 18 Wochen.

Die SHCS ist den Lesern des *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* wohl bekannt als ein weithin anerkanntes Messinstrument für Forschung und Praxis, um in 10 bis 15 Minuten die Hypnotisierbarkeit zu untersuchen. Es handelt sich um eine 5 Items umfassende Skala, deren Fragen mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Die Items entstammen in modifizierter Form den gut getesteten *Stanford Hypnotic Susceptibility Scales*, Forms A, B und C (SHSS: A,B,C; Weitzenhoffer & Hilgard, 1959, 1962). Die Korrelation zwischen SHCS und dem Gesamtestwert der SHSS:C liegt bei .72, die entsprechende Korrelation zwischen den gemeinsamen Items beider Skalen liegt bei .81 (Morgan & Hilgard, 1975). Demnach kann die SHCS als reliable Einschätzung der Hypnotisierbarkeit gelten, wie sie in längeren standardisierten Verfahren gemessen wird.

Durchführung

Das 5-phasige Vorgehen erfolgte gemäß dem Behandlungsmanual (Barabasz, Barabasz, Christensen et al., 2012). Kurz zusammengefasst beinhaltete es folgende Schritte: (a) Einschätzung des Patienten (das Trauma muss zugänglich, umschrieben und richtungweisend sein), (b) Kontaktaufnahme mit den Ich-Zuständen, (c) diagnostische Exploration (Erkundung der Ich-Zustände), (d) Zuordnung der Ich-Zustände und (e) Lösung innerer Konflikte mittels hypnotisch induzierter Abreaktion und Rekonstruktion. Alle Sitzungen wurden in Form von Ko-Therapien abgehalten, wobei sich AB und MB als Erst-Therapeuten/in abwechselten. [Für die Beschreibung der Kontrollgruppen-Bedingung siehe die Anmerkung 2 am Ende dieses Beitrages.]

Der erfolgreiche Abschluss aller 5 Phasen wird für ein klinisch symptomfreies Ergebnis als wesentlich angesehen. Obgleich sie entscheidend ist, stellt die abreaktive Hypnose nur einen Bestandteil des Vorgehens dar. Patienten sind Individuen und benötigen daher maßgeschneiderte Vorgehens- und Verfahrensweisen, die alle besonderer Aufmerksamkeit hinsichtlich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bedürfen. Sowohl die ursprüngliche Ausgabe des Forschungsberichts (Barabasz, Christensen & Watkins, 2010) und mehr noch die Ausgabe für die Behandler (Barabasz, Barabasz, Christensen, et al., 2012; *deutsche Fassung*: Barabasz et al., 2013) stellen zahlreiche Texte zur Verfügung sowie Verweise auf weitere Veröffentlichungen.

Die Wirksamkeit dieser einzigen 5- bis 6-stündigen Sitzung konnte unserer Meinung nach erreicht werden durch die intensive Abreaktion, die rasche Auflösung von Emotionen, die Rekonstruktion und die spezielle Form des Vorgehens in einer einzigen langen Therapiesitzung. Wir (J.G. Watkins & Barabasz, 2008, Kapitel 10) erkannten, dass eine über mehrere Sitzungen verteilt durchgeführte Therapie in den Behandlungspausen in signifikanter Weise wiederkehrende Abwehr und unaufgelösten Widerstand beinhaltete.

Phase 1: Einschätzung

Sinn dieser Phase war abzusichern, dass der Patient von diesem Ansatz der einmaligen Sitzung wahrscheinlich einen Nutzen haben werde, sowie ihm eine Orientierung über das Konzept der Ego States zu geben. Das heißt, dass der Patient zuvor auf ABR, PTB oder CSI diagnostiziert worden ist.

CAPS und PCL sind geeignete Tests für den Patienten und zur Untersuchung der Symptomatologie. Es gibt die Fassung für die Militärpersonen (PCL-M), für Zivilpersonen (PCL-C), sowie spezielle Fassungen (PCL-S). Letztere ist für vorliegende Behandlung gemäß dem Manual nicht erforderlich, kann jedoch für manche Patienten hilfreich sein, denn hier werden Symptome in Zusammenhang mit einem speziellen Ereignis eingeschätzt.

Der Patient muss fähig sein, Zugang zu der traumatischen Erfahrung zu finden, und es muss sich um ein umschriebenes Trauma handeln. Allerdings identifizierten

zwei unserer Patienten anfänglich traumatische Ereignisse, an deren Stelle – nach der abreaktiven hypnotischen Regression – andere Ereignisse mit wichtigerer Bedeutung für die Störung rückten. In Phase 1 wurde das Konzept der EST vorgestellt und die Therapeuten beantworteten Fragen und zerstreuten falsche Vorstellungen über die EST. Der zweieinhalb Seiten umfassende Orientierungstext wurde vom Patienten während der Sitzung gelesen und, wo nötig, mit dem Therapeuten besprochen; er wurde durchgehend sehr gut aufgenommen und war keine Zeitverschwendung. Als nächstes folgte eine Prüfung der therapeutischen Beziehung. Es ist unerlässlich, dass zwischen Therapeut und Patient ein angemessenes Vertrauen besteht. Der Patient muss über genügend Vertrauen verfügen, um sicher zu gehen, dass das zu bearbeitende Material gedeutet werden kann und die nachfolgenden Reaktionen des Patienten verstanden werden. Therapeuten, die CSI-Patienten behandeln, sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass für im aktiven Dienst stehende Personen Psychotherapie mit einem Stigma behaftet ist. Das und auch die Aussicht auf vollständige Auflösung einer CSI oder PTB in einer einzigen Sitzung vermag die Motivation des Patienten zu fördern. Bei Patienten aus der Armee sollte betont werden, dass das Trauma wahrscheinlich vollständig und rasch geheilt werden kann, sofern es unmittelbar erkannt und behandelt wird.

Phase 2: Kontakt zu den Ich-Zuständen

Ehe der Patient hypnotisiert wird, werden Märchen über Hypnose entzaubert, falsche Vorstellungen zurechtgerückt und Fragen beantwortet. Dem Patienten werden Erfahrungen vermittelt, die der Hypnose ähneln, wie z.B. die mit dem Chevreul Pendel (zum Vorgehen s. Barabasz & Watkins, 2005, S. 91-92). Angesichts der überdurchschnittlich hohen Hypnotisierbarkeit dieser Patienten-Population halten wir es für wesentlich zu vermitteln, dass der Patient die Kontrolle behält. Er lernt, dass er die Wahl hat, eine hypnotische Suggestion anzunehmen oder abzulehnen. Phase 2 gilt als Schlüssel des für den Behandlungserfolg wesentlichen therapeutischen Bündnisses.

Dann wird der Patient mit Hilfe einer auf ihn maßgeschneiderten Induktion hypnotisiert (Christensen et al., 2009). Die Resonanz zwischen Therapeut und Patient erleichtert die Kommunikation und die Übermittlung der primären Ich-Stärke des Therapeuten an den Patienten. (Nachzulesen sowohl in der Forschungs- als auch in der klinischen Ausgabe des Manuals, bearbeitet von Barabasz & Watkins, 2005, S. 194-197; Demonstrations-DVD, Barabasz & Christensen, 2010). Die Technik der „absteigenden Treppe“ kombiniert Visualisierung und Motorik. Sie beinhaltet auch taktile und kinästhetische Imagination sowie die Idee des hinab Gehens und so die Hypnose zu vertiefen. Das Ende dieser Phase ist offen, d.h. sie kann so lange wie nötig dauern, um den hypnotischen Zustand zu erreichen. Für die EST ist die Technik, mit dem Patienten eine lange Treppenflucht hinab zu steigen hilfreich. Das stärkt die therapeutische Beziehung und gibt dem Patienten die Sicherheit, nicht allein zu sein, was immer geschieht. Die frühzeitige Begleitung des Patienten ist wichtig, denn während der

Abreaktive Ego State Therapie

abreaktiven Hypnose ist es das Zusammenwirken der Ich-Stärke des Therapeuten und der des Patienten, das die Überwindung des traumatischen Ereignisses und den Wiederaufbau seiner Persönlichkeit ermöglicht, um die Situation zu meistern.

Die hypnotische Induktion führt in einen vom Patienten gewählten, mit Tisch und Stühlen ausgestatteten Raum (beabsichtigt ist, eine Erwartungshaltung zu schaffen, damit verschiedene Ich-Zustände eintreten können). Um einzelne Ich-Zustände zu identifizieren und mit ihnen in Kontakt zu treten, fragt der Therapeut, ob es einen Teil gibt, der sich anders fühlt als die Hauptperson, der etwas fühlt oder auch nur denkt, das abweicht von dem, was der Patient fühlt, wenn er nicht in Hypnose ist (Ziel ist, einen in Hypnose zur Verfügung stehenden Teil der Persönlichkeit zu finden, der mit anderen Teilen in Konflikt steht). Die Bemerkung, „aber wenn es keinen abgespaltenen Teil gibt, dann ist das schon in Ordnung“, wird bei der ersten Befragung gemacht, um zu vermeiden, dass ein Artefakt entsteht. Bisweilen produzieren Patienten einen Pseudo-Ich-Zustand im Bemühen, mit dem Therapeuten zu kooperieren.

Häufig kann sich ein Ich-Zustand zunächst nur körperlich zeigen, entweder kinästhetisch oder durch psychosomatische Symptome. Um etwas über einen solchen Zustand zu erfahren, fragt der Therapeut: „Was fühlen Sie in Ihrem Körper?“, „Spüren Sie irgend einen Schmerz, eine Verletzung oder ein Unwohlsein?“, „Könnte das irgendwie auf das Trauma hinweisen?“, „Machen Sie weiter und spüren Sie einen Augenblick nach“, „Wie unangenehm oder schmerzhaft ist das auf einer Skala von 1 bis 100, wenn 100 nahezu unerträglich ist?“ Wenn ein Patient z.B. 30 angibt: „Prüfen Sie bitte, ob Sie auf 40 steigern können und heben Sie einen Finger, wenn Sie bei 40 sind.“

Hat der Patient erst einmal gezeigt, dass er fähig ist, den Schmerz zu kontrollieren und zu steigern, so sind die Fähigkeiten des Therapeuten gefragt, die Verbindung zwischen der Missempfindung und dem Trauma zu erkunden. Der Patient kann entweder selbst verletzt worden sein oder er wurde Zeuge der Verwundung oder des Todes eines Anderen. Der Therapeut separiert jene Ich-Zustände, welche für das umschriebene Problem relevant sind und das der Patient lösen möchte. Beispiel für diesen Prozess ist ein traumatisches Ereignis, von welchem einer der Patienten betroffen war: Es entwickelte sich ein Feuergefecht aus dem Hinterhalt, der Patient selbst entkam, während die übrige Gruppe umkam. So entwickelte sich ein Ich-Zustand des Schuldgefühls als Überlebender („Überlebensschuld“).

Phase 3: Diagnostische Exploration

Gibt es erst einmal Anzeichen für das Vorhandensein eines anderen Ich-Zustands, so versucht der Therapeut Folgendes in Erfahrung zu bringen:

1. Alter und Herkunft: Der Therapeut wendet sich direkt an den Ich-Zustand und fragt: „Was geschah, als Du entstanden bist?“ Der Ich-Zustand, der mit dem Trauma zu tun hatte, zeigt sich anfangs vielleicht nicht. Möglicherweise antwortet der Patient einfach: „Ich habe schon immer zu ihm/ihr gehört.“ (*Diese Aussage allein*

muss nicht die Anwesenheit eines traumatisierten Ich-Zustands nahe legen). Dennoch kann das hilfreich sein, Verbindung zu dem Zustand herzustellen, der das Trauma beherbergt und ihn zum Handeln zu bewegen.

2. Name: Der Therapeut fragt: „Wie möchten Sie gern von mir genannt werden?“ Falls der Ich-Zustand sich einer Namensgebung widersetzt, könnte der Therapeut fragen: „Ist es in Ordnung, wenn ich Sie ... nenne?“ (*Hier sollte ein passendes Adjektiv benutzt werden, z.B. stark, mutig, angstvoll, schuldig ...*) Der Name dient dazu, den Ich-Zustand zum Handeln zu bewegen, was später in der Therapie nötig ist.
3. Bedürfnisse: Der Therapeut fragt: „Welche Bedürfnisse haben Sie?“ oder indirekt: „Was möchte der *Ängstliche* tun?“ Ich-Zustände müssen darauf vertrauen, dass sie mitreden können bei dem, was die Persönlichkeit des Patienten betrifft. Bedürfnisse sind normal, aber die Verhaltensweisen, sie zu erfüllen, können destruktiv sein. Typische Bedürfnisse sind: Ziele zu erreichen, Spaß zu haben, Zugehörigkeit zu empfinden, Leistung zu erbringen usw.
4. Funktion/Internes Verhalten: Der Therapeut erkundet, wie ein Ich-Zustand funktioniert. Ein Ich-Zustand beispielsweise kann ein starkes Leistungsstreben haben und kritisiert andere Ich-Zustände deshalb, denn für den leistungsbehafteten Ich-Zustand ist keine Leistung gut genug (CSI üblich). Das präsentierte Symptom kann Depression oder Angst sein, denn das Kern Selbst kann mit seiner Leistung nie zufrieden sein, denn immer ist etwas unerledigt, nicht gut genug. In der EST kann der leistungsorientierte Ich-Zustand davon überzeugt werden, weniger kritisch zu sein, indem er lernt, mit anderen Zuständen zu kommunizieren.
5. Ausmaß der Durchlässigkeit: Der Therapeut fragt den in Aktion getretenen Ich-Zustand, ob er einen anderen Zustand bemerkt, der dabei helfen könnte zu bestimmen, wie viel Kommunikation zwischen den Ich-Zuständen stattfinden soll.
6. Geschlecht: Ich-Zustände haben nicht immer das gleiche Geschlecht wie der Patient. Wurde beispielsweise eine Patientin als Kind von einem Mann missbraucht, so hat wahrscheinlich zumindest ein Ich-Zustand männliche Ausprägung. Das hat nichts mit einer sexuellen Thematik zu tun, sondern mit der Auffassung von Stärke. Ein solcher Ich-Zustand sagt dann vielleicht: „Ich muss ein Mann sein, denn nur Männer sind stark genug.“ Ein missbrauchendes männliches Introjekt zu haben, kann zum Zeitpunkt des schmerzhaften Traumas nur als Schmerz empfunden werden und so wird der Ich-Zustand vielleicht sagen: „Ich muss ihr weh tun, denn sonst wird die Welt ihr schlimmer weh tun.“

Phase 4: Ich-Zustands Verortung (mapping)

Ist erst einmal Kontakt zu den Ich-Zuständen hergestellt und sind sie diagnostisch untersucht, so ist die durchaus wichtige Verortung nicht mehr zeitaufwändig. Hauptsache ist, das Kern Selbst zu erkennen. Entsprechend der derzeitigen Ressourcen und Belastungen des Patienten wird es kräftiger oder schwächer. Ich-Zustände, die das

Abreaktive Ego State Therapie

Kern Selbst nicht überlagern, werden vom Patienten nicht bewusst wahrgenommen. Andere sind vielleicht nur mittels weiterer Ich-Zustände mit dem Kern Selbst in Kontakt. Es ist von Nutzen, dem Patienten kurz das Beispiel einer Landkarte der Ich-Zustände zu zeigen (siehe z.B. Fig. 1 in Barabasz, Barabasz & Watkins, 2012; dt. J.G. Watkins & H.H. Watkins, 2003, S. 47). Wir meinen, am besten ist es, die Patienten ihre eigene Zeichnung anfertigen zu lassen.

Hypnose ist wesentlich für die Verortung der Ich-Zustände, denn ohne sie sind dafür nur oberflächliche Zustände verfügbar. Manche Patienten sind vielleicht nicht fähig, diese Verortung selbst vorzunehmen, dann ist das Aufgabe des Therapeuten. Die Verortungs-Phase ist darauf beschränkt, die Funktion des Zustands zu bestimmen, indem direkt zu ihm gesprochen wird, um so Folgendes zu erreichen: (a) den Namen zu bestätigen, der sich gegenüber dem zuvor in der Sitzung erhaltenen verändert haben kann; (b) festzustellen, was der Ich-Zustand von anderen Ich-Zuständen weiß und wie er ihnen gegenüber eingestellt ist; (c) die Bereitschaft des Ich-Zustands zur Hilfe festzustellen.

Der Zweck, die Bereitschaft zur Hilfe zu erkunden ist, den Patienten über seine Möglichkeit in Kenntnis zu setzen, das Ziel von mehr Kommunikation zwischen den Ich-Zuständen zu erreichen. Kommunikation zwischen den Ich-Zuständen hilft das Trauma aufzulösen, indem alle Zustände gemeinsam an den von allen anerkannten Zielen arbeiten. So kann z.B. ein ängstlicher Ich-Zustand lernen, sich auf andere Ich-Zustände zu verlassen, um Mut zu fassen und Unterstützung zu erhalten. Haben Patienten erst einmal etwas über ihre Zustände, ihre Rollen und deren Entstehung gelernt, so spüren sie oft unmittelbar ein Gefühl der Stärkung und der Kontrolle. Das fördert eine angepasste Rekonstruktion einer Persönlichkeit, die der Retraumatisierung widerstehen kann.

Phase 5: Lösung innerer Konflikte: Abreaktion und Rekonstruktion

Hypnotische Abreaktion schafft die erforderliche Wirksamkeit, um den traumatischen Konflikt in einer einzigen, 5- bis 6-stündigen Sitzung zu beheben. Der Patient wird in die traumatische Situation zurückversetzt und es wird eine Abreaktion ausgelöst. Das ist wesentlich zur Aktivierung aufsteigender (bottom-up) Gehirnfunktionen (Barabasz et al., 2011). Wird gekonnt zur Abreaktion ermutigt und sie bis zum Abschluss durchgeführt, so werden Gefühle aus der Zeit der Traumatisierung freigesetzt, die indessen für die Gegenwart nicht mehr bedeutsam sind. Das dient dem Ich-Zustand, der das Trauma beherbergt, etwas Neues, Konstruktives und Stärkendes zu lernen. Der Ich-Zustand, der entwickelt wurde, um mit dem Trauma umzugehen, lernt sich nicht mehr ängstlich, schuldig oder als Opfer zu fühlen. Das ist die Grundlage für die Rekonstruktion der Persönlichkeit.

Die Lösung kommt von innen, da die bösertige Objekt Repräsentanz bzw. eine missbrauchende Person in der Vergangenheit internalisiert wurde, als das traumatische Ereignis stattgefunden hat. Diese Objekt Repräsentanz ist nicht so alt wie der gegen-

wärtige Patient. Dennoch ist dieser etwas jüngere (wie bei CSI oder ABR) oder bedeutend jüngere Ich-Zustand – beispielsweise in der Behandlung eines als Kind missbrauchten Erwachsenen – typischerweise der Ursprung gegenwärtiger Dissoziationen, die sich in Flashbacks, neurotischen Konflikten, Albträumen und bewusstem seelischen Leiden niederschlagen. Der Affekt war unterdrückt oder dissoziiert, weil der Patient der traumatischen Situation nicht ins Auge sehen oder sie bewältigen konnte. Sollte das Zusammenwirken der Ich-Stärke des Patienten und der vom Therapeuten entliehenen nicht ausreichen, um die Schwere des Traumas zu meistern, so wird der Patient retraumatisiert. In einem derartigen Fall findet keine Bewältigung statt. Ist erst einmal der Entschluss gefasst, in der Therapie mit einer Abreaktion fortzufahren, so ist es deshalb wesentlich, sie gänzlich zu durchlaufen und so lange fortzusetzen, bis der blockierte Affekt vollkommen losgelassen wurde und Verstehen sowie Rekonstruktion erreicht sind. Der Therapeut muss vorbereitet sein, die Gewalt der heftigen Gefühlsausbrüche von Furcht, Hass, Leid und Schuld durchzustehen. Wenn es zu Emotionen der Angst kommt, der Patient dann davonlaufen möchte und etwas sagt wie „ich habe Angst, ich habe Angst, dass sie mich umbringen oder mich später erwischen“, kann der Therapeut mit vollkommener Zuversicht sagen. „das lasse ich nicht zu“ oder „ich bin bei Ihnen“. Ist die Emotion abgeklungen, so ist der Patient sowohl psychisch wie physisch erschöpft. Diese Reaktion zeigt sich in der Auflösung oder dem Schwinden der heftigen Gefühlsausbrüche. Erst wenn das klar zu beobachten ist – keineswegs vorher – und immer noch in Hypnose, kommt die Zeit für Beruhigung und Neuinterpretation. In der vollständigen Ausgabe des Manuals für Praktiker finden sich Fallbeschreibungen (Barabasz, Barabasz, Christensen et al., 2012; Barabasz et al., 2013). Wesentlich ist auch, dass der Patient begreift: das Trauma war nicht sein Fehler. Der Therapeut muss Zuversicht und Unterstützung vermitteln.

Eine einzige Abreaktion, so intensiv und offenbar umfassend sie auch gewesen sein mag, ist ungenügend und keine Grundlage für eine dauerhafte und anpassungsfähige Veränderung. Abreaktionen müssen in dieser einzigen, 5- bis 6-stündigen EST Sitzung drei oder vier Mal wiederholt werden. Jede weitere Abreaktion, sofern sie korrekt durchgeführt wurde, sollte eine fortschreitende Abschwächung der Gefühlsausbrüche zeigen. Das heißt, jede Wiederholung der traumatischen Situation wird als weniger heftig erlebt, bis schließlich die völlige Auflösung erreicht ist.

Die Abreaktion muss zu einem gewissen Abschluss kommen. Gewöhnlich bietet der Therapeut dem noch in Hypnose befindlichen Patienten im therapeutischen Gespräch Beruhigung und Neuinterpretation des zuvor Erlebten an. In der Praktiker-Ausgabe des Behandlungsmanuals, erschienen 2012 und 2013, finden sich entsprechende Anweisungen und hypnotische Suggestionen. Neuinterpretation ist auch deshalb wichtig, weil sie hilft, die Vorstellung eines sicheren Umfelds zu verstärken. Nach den wiederholten Abreaktionen und nachdem das traumatische Ereignis bis zur Erschöpfung untersucht ist, wird der Patient ein Gefühl tiefer Erleichterung haben, das von Dauer ist.

Ergebnisse

Insgesamt 36 Teilnehmer haben alle Phasen der Studie durchlaufen. Zur Beurteilung des Effekts der experimentellen Bedingung im zeitlichen Verlauf wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung durchgeführt, mit Behandlung als Zwischen-Subjekt-Faktor und Zeit als Inner-Subjekt-Faktor. Um die Beurteilung der statistischen Testergebnisse zu erleichtern, werden Effektstärken (η^2 , d ; Cohen, 1988) berichtet. In Tabelle 1 finden sich die deskriptiven Werte der Behandlungsgruppen je nach Messzeitpunkt. Vor der Analyse der Ergebnisse wurden die Daten standardgemäß auf die Erfüllung der nötigen Voraussetzungen geprüft. Die abhängige Variable wurde für alle Messzeitpunkte auf Schiefe und Kurtose untersucht. Dabei erwiesen sich keine der Testwerte als problematisch mit einer Schiefe von -2.20 bis 1.50 und einer Kurtose von -0.82 bis 5.60. Der Levene-Test bezüglich Varianzhomogenität war bei der Post-Messung und zum Follow-up nach 4 Wochen signifikant, $p < .01$, nicht jedoch bei der Prä-Messung und für das Follow-up nach 16 Wochen. Darin mag sich die Tatsache widerspiegeln, dass durch die Behandlung mit der Zeit die Variabilität der Messwerte zurückging, wobei die Variabilität zu derjenigen der Kontrollgruppe [siehe Anmerkung 2 am Ende des Beitrages] bei der Prä-Messung und beim Follow-up zwischen der 16. und 18. Woche nach Ende der Behandlung gleich war. Die Annahme der Homogenität der Kovarianzmatrizen, getestet mit dem Boxschen M-Test, war signifikant ($p < .01$). Die Voraussetzung der Sphärizität war erfüllt ($p > .05$). In Anbetracht des Stichprobenumfangs, der sich ergebenden F-Werte und der entsprechenden Teststärke bestanden keine Bedenken wegen geringerer Verletzungen der Voraussetzungen. Multivariate Normalität konnte angesichts des Anteils der Mahalanobis-Distanzen, die nicht übermäßig vom 50. Perzentil der Chi-Quadrat-Verteilung abwichen, angenommen werden.

Tab. 1: Deskriptive Werte in den Behandlungsbedingungen je nach Messzeitpunkt

Gruppe & Zeit	Mittelwert	SD
<i>Kontrolle</i>		
Prä	77.00	7.91
Post	59.66	17.10
4 Wochen	68.66	14.69
16-18 Wochen	72.27	15.13
<i>Behandlung</i>		
Prä	77.11	8.10
Post	24.00	7.52
4 Wochen	30.66	6.90
16-18 Wochen	33.05	16.96

Effekte der Behandlung

Es gab einen signifikanten Effekt für die Behandlungsbedingung, mit $F(1, 34) = 84.73$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .714$. Über alle Messzeitpunkte (außer Prä) hinweg waren die Mittelwerte in der Kontrollgruppe ($M = 69.40$) signifikant höher im Vergleich zur Behandlungsgruppe ($M = 41.21$).

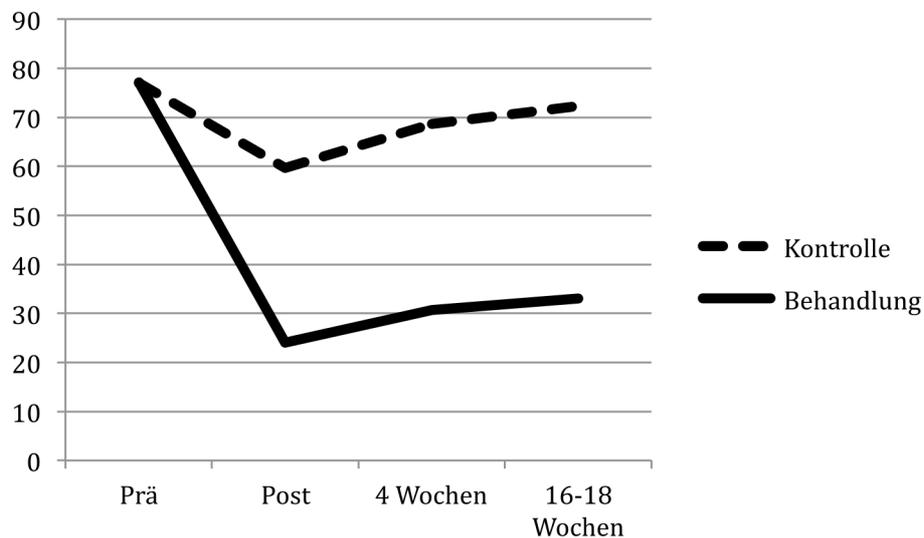


Abb. 1: Ergebnisse der Ego State-Gruppe und der Kontrollgruppe zu den vier Messzeitpunkten

Effekte der Faktoren Zeit und Zeit x Gruppe

Es gab außerdem signifikante Effekte für Zeit, $F(3, 102) = 85.75$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .716$, und für die Interaktion Zeit x Gruppe, $F(3, 102) = 33.24$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .494$. Wie in Tabelle 1 zu sehen ist, schienen die Mittelwerte in der Behandlungsgruppe zu jedem Zeitpunkt niedriger zu liegen, mit Ausnahme bei der Prä-Messung. Alle Unterschiede zwischen den Gruppen waren statistisch signifikant, mit Ausnahme des Unterschiedes zur Prä-Messung. Die Effektstärken für die Unterschiede bei der Post-Messung, ($d = 2.91$), nach 4 Wochen ($d = 4.87$) und beim Follow-up nach 16 bis 18 Wochen ($d = 2.45$) weisen auf große Unterschiede hin. Der größte Unterschied ergab sich beim Follow-up nach 4 Wochen mit fast 5 Standardabweichungen, bei einer Differenz von über 2 Standardabweichungen zum Zeitpunkt des Follow-ups nach 16 bis 18 Wochen.

Abbildung 1 zeigt die Mittelwerte je nach Bedingung und Messzeitpunkt. Wie zu sehen ist, unterscheiden sich Behandlungs- und Kontrollgruppe nicht bei der Prä-Messung. Danach weist die behandelte Gruppe in der abhängigen Variable im zeitlichen Verlauf niedrigere Werte im Vergleich zur Kontrollgruppe auf. Kontrasttests zur genaueren Beschreibung der Wechselwirkung zeigten bei der Kontrollgruppe einen signifikanten Unterschied zwischen Prä- und Post-Messung ($p < .01$); allerdings wurde dieser über die Zeit nicht aufrechterhalten, denn die beiden übrigen Unterschiede im Vergleich zur Prä-Messung waren nicht signifikant, $p > .05$. Tatsächlich ergab sich

Abreaktive Ego State Therapie

zwischen der Post-Messung und dem 16- bis 18-Wochen-Follow-up eine signifikante Erhöhung, die auf eine Tendenz zur Rückkehr zu den Ausgangswerten hinweist. Dagegen zeigte die Behandlungsgruppe eine signifikante Abnahme zwischen Prä-Messung und jeder einzelnen Messung danach, $p < .01$. Nach der Post-Messung gab es keine weitere statistisch signifikante Abnahme der Werte, jedoch auch keine signifikante Erhöhung der Werte wie in der Kontrollgruppe.

Diskussion

Mit dem Beitrag von Christensen et al. (2013) ist diese Studie die erste Placebo kontrollierte Untersuchung zur Wirksamkeit abreaktiver EST bei PTB, CSI und ABR. Beide Untersuchungen entsprechen evidenzbasierten Kriterien (Chambers & Hollon, 1998).

Das wichtigste Ergebnis dieser Untersuchung: eine einzige, 5 bis 6 Stunden dauernde Sitzung entsprechend der im Manual niedergelegte abreaktiver EST ist eine wirkungsvolle Behandlung, festgestellt anhand der am häufigsten benutzten Maße für PTB-Symptome sowohl nach Behandlung wie auch bei den verschiedenen Follow-ups.

In der Placebo Gruppe war nach der Behandlung ebenfalls ein signifikanter Effekt zu beobachten, der zeigte, dass die Placebo Bedingung als glaubwürdige Behandlung erschien. Dennoch sind die offensichtlichen Placebo Effekte (eine Reduktion der PCL-Testwerte um 17.34 Punkte) klinisch bedeutungslos gegenüber den Effekten nach der Behandlung bei der EST Gruppe (eine Reduktion der PCL-Testwerte um 53.11 Punkte). Darüber hinaus verschwanden die signifikanten Placebo Effekte unmittelbar nach der Behandlung nach dem ersten und den folgenden Follow-ups vollständig, während die bemerkenswerten und klinisch bedeutsamen Effekte der Ego-State Behandlung über die Zeit zur Gänze fortbestanden.

Ein interessantes qualitatives Ergebnis rechtfertigt weitere Forschung. Entgegen dem früheren Ansatz in der EST (Watkins & Watkins, 1997) zeigen die Ergebnisse der gegenwärtigen Untersuchung sowie der Studien von Christensen et al. (2013), dass Abreaktionen eigentlich für die gesamte Persönlichkeit des Patienten durchgeführt werden können, nicht nur für einen einzelnen Ich-Zustand. Diese Beobachtung sollte als vorläufig gelten angesichts dessen, dass die Kommunikation unter den Ich-Zuständen durch die Therapie erleichtert wurde, wie die im Manual niedergelegten Phasen während der 5- bis 6-stündigen Sitzung zeigten.

Nichtsdestoweniger, wie bei Barabasz, Barabasz, Christensen et al. (2012) sowie Barabasz, Barabasz und Watkins (2012) angeführt, war klar, die Abreaktionen mussten einige Male wiederholt werden, um die physische und emotionale Erschöpfung zu erreichen. Das ist wichtig zur Förderung der Lösung und führt nicht zu Retraumatisierung. Auch war klar, dass die Abreaktion mit Beruhigung einhergehen musste; zugleich bedurfte es zusätzlicher Unterstützung von Seiten der Ich-Stärke des Therapeuten, um eine vollständige Persönlichkeit zutage zu bringen, die sich stark, kraftvoll und erleichtert fühlt. Das klinisch bedeutsame Gefühl der Entlastung berichtete jeder

Patient aus der EST-Bedingung nach Abschluss der Sitzung, und zwar sowohl in dieser Untersuchung als auch bei Christensen et al. (2013). Das wesentliche Element der Abreaktion war die zuversichtliche, aktive Ermutigung von Seiten des Therapeuten, die blockierten Emotionen in offenem verbalen Ausdruck und Verhalten loszulassen, im Zusammenwirken mit Beruhigung, Unterstützung und ständiger Ermutigung, wie in den Skripten der englischen (Barabasz et al. 2010; Barabasz, Barabasz, Christensen et al., 2012; Barabasz, Barabasz & Watkins, 2012) und der *deutschen Versionen* (Barabasz et al., 2013) zu ersehen.¹⁾

Nach unserer Erfahrung scheidet die top-down-Konfrontation, wie in Gesprächs-therapie für PTB, oder wo versucht wird, Einstellungen wieder zurecht zu rücken wie in kognitiver Therapie, und verändert das innere System nicht. Derlei Techniken ähneln häufig dem Versuch, ein Pflaster auf ein Krebsgeschwür zu kleben. Man sieht zwar nicht mehr wie es blutet, aber der Patient geht weiter emotional und physisch zugrunde (J.G. Watkins & Barabasz, 2008, S.235).

Die mit EST behandelten Patienten zeigten oft in Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Sprache tiefe Erleichterung. Das traumatische Ereignis wurde zu einer einfachen Erinnerung, nicht nur zu einem erleichterten und verdrängten Schmerz. Die wiederhergestellte Persönlichkeit ist stark und widersteht der Retraumatisierung. Wir freuen uns auf weitere und größere Studien, zusätzlich zu unseren beiden Placebo Kontrollierten, die sicherlich die unmittelbaren und dauerhaften Wirkungen dieser offensichtlich wirkungsvollen und bemerkenswert effizienten Interventionen weiter erhellen werden.

Anmerkungen

1) Das spiralgebundene Manual (klinische Ausgabe; Barabasz, Barabasz, Christensen et al., 2012) steht nur approbierten, im Gesundheitswesen Tätigen und qualifizierten Forschern zum Selbstkostenpreis zur Verfügung (via e-mail an den Erst-Autor: arreed_barabasz@wsa.edu). Die Autoren bitten darum, dieses copyright Manual nicht der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, da es missbräuchlich benutzt werden könnte.

2) Beschreibung der Placebo-Kontrollgruppenbedingung

„Die Patienten der Placebo Kontrollgruppe erhielten Informationen zur PTSD über den Online-Link „About Face“ der U.S. Veteran’s Administration’s (http://www.ptsd.va.gov/public/about_face.html). In Anwesenheit des empathischen Versuchsleiters/Therapeuten erhielten sie Informationen über PTSD, indem sie eines von dutzenden, nach Geschlecht, Rasse, Ethnie, Alter usw. weit gefächerten Fotos anklickten. Dazu gehörten Fragen wie: ‘Wie erfuhr ich, dass ich PTSD habe?’ – ‘Wie wirkt sich PTSD auf die Menschen aus, die Sie lieben?’ – ‘Warum habe ich nicht sofort Hilfe gesucht, als ich merkte, dass ich sie brauche?’ – ‘Ich rate Ihnen ...’ usw. Die Patienten wählten Fotos von Personen aus, mit denen sie sich identifizieren konnten“ (so beschrieben in Barabasz, 2014, S. 2). Die durchschnittliche Dauer und das äußere Setting entsprechen den Bedingungen der Experimentalgruppe. Diese letzte Information hat uns der Erstautor Arreed Barabasz auf Nachfrage bestätigt (BP, AJP).

Literatur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Barabasz, A. (2014). Effective placebo control conditions for PTSD efficacy research: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(4), 1-3. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00207144.2013.729377>
- Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., Riegel, S., & Watkins, J. G. (2013). *Abreagierende Ego State Therapie, ein Wegeiser für kampfbedingte Störungen, PTBS und ASD* [Manualized abreactive Ego State Therapy for PTSD and ASD]. Self-published manuscript, Arreed Barabasz, Palouse, Washington. (Available from first author, arreed_barabasz@wsu.edu)
- Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., & Watkins, J. (2012). *Abreactive Ego State Therapy, Manual for Combat Stress Injury, PTSD & ASD* (clinician's ed.). Self-published manuscript, Arreed Barabasz, Palouse, Washington. (Available from the first author, arreed_barabasz@wsu.edu)
- Barabasz, A., Barabasz, M., & Watkins, J. G. (2011). Single-session manualized Ego State Therapy (EST) for combat stress injury, PTSD, and ASD, Part 1: The theory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 379–391.
- Barabasz, A., Barabasz, M., & Watkins, J. G. (2012). Single-session manualized Ego State Therapy (EST) for combat stress injury, PTSD, and ASD: The procedure. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60, 370–381.
- Barabasz, A., & Christensen, C. (2006). Age regression: Tailored vs. scripted inductions. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 251–261.
- Barabasz, A., & Christensen, C. (2010). *Hypnotic induction demonstrations: Techniques, metaphors, & scripts* [3 DVD set]. (Available from the first author to researchers and licensed health care professionals only, arreed_barabasz@wsu.edu)
- Barabasz, A., Christensen, C., & Watkins, J. G. (2010). *Ego State Therapy manual: PTSD, & ASD* (research ed.). Self-published manuscript, replaced by Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., & Watkins, J. (2012).
- Barabasz, A., & Watkins, J. G. (2005). *The hypnotherapeutic techniques* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Koloupeck, D., Gusman, F., Charney, D., & Keane, T. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75–90.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Koloupeck, D., Klammzer, G., Charney, D., & Keane, T. (1990). A clinician rating scale for assessing life time PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187–188.
- Bliese, P., Wright, K., Alder, A., Cabrera, O., Castrol, C., & Hoge, C. (2008). Validating primary care, post-traumatic stress disorder screen, and posttraumatic stress disorder checklist for soldiers returning from combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 272–281.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Christensen, C., Barabasz, A., & Barabasz, M. (2009). Effects of an affect bridge for age regression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57, 402–418.
- Christensen, C., Barabasz, A., & Barabasz, M. (2013). Efficacy of abreactive Ego State Therapy for PTSD: Trauma, resolution, depression and anxiety. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 20–37.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor, K., & Butterfield, M. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *FOCUS*, 1, 247–262.
- Emerson, G. (2003). *Ego State Therapy*. Wales, United Kingdom: Crown House.

- Everly, G., & Mitchell, J. (1999). *Critical incident stress management: A new era and standard of care in crisis intervention* (2nd ed.). Elliot City, MD: Chevron.
- Figley, C. R., & Nash, W. P. (2007). *Combat stress injury*. New York, NY: Routledge.
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Jackson, J. (1958). Evolution and dissociation of the nervous system. In J. J. Taylor (Ed.), *Selected writings of John Hughlings* (pp. 45–118). London, United Kingdom: Staples.
- Keane, T., Fairbank, J., & Taylor, K. (1988). Mississippi scale for combat-related post traumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85–90.
- Keuroghlian, A., Butler, L., Neri, E., & Spiegel, D. (2010). Hypnotizability, posttraumatic stress, and depressive symptoms in metastatic breast cancer. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 39–52.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: A critical review and reformation. *Clinical Psychology Review*, 12, 417–432.
- Monson, C., Schnurr, P., Resick, P., Friedman, M., Yung-Xu, Y., & Stevens, S. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898–901.
- Morgan, A., & Hilgard, J. R. (1975). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for adults. In E. Hilgard & J. Hilgard (Eds.), *Hypnosis in the relief of pain* (pp. 134–147). Los Altos, CA: Kaufmann.
- Van der Kolk, B. (1994). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 319–344). New York, NY: Wiley-Liss.
- Vermetten, E., & Christensen, C. (2010). Posttraumatic stress disorder (PTSD). In A. Barabasz, K. Olness, R. Boland, & S. Kahn (Eds.), *Medical hypnosis primer: Clinical and research evidence* (pp. 41–53). New York, NY: Routledge.
- Walter Reed Army Institute of Research and Combat Study Team. (2006). Public domain. Silver Spring, MD: U.S. Government Publication.
- Watkins, J. G. (1942). Offensive psychological warfare. *Journal of Consulting Psychology*, 6, 117–122.
- Watkins, J. G. (1949). *Hypnotherapy of war neuroses*. New York, NY: Ronald.
- Watkins, J. G. (1951). Hypnotherapy in a military setting. *Journal of Personality*, 1, 318–315.
- Watkins, J. G., & Barabasz, A. (2008). *Advanced hypnotherapy: Hypnodynamic techniques*. New York, NY: Routledge Taylor & Francis.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states theory and therapy*. New York, NY: Norton.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (2003). *Ego-States – Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl Auer
- Weathers, F., Keane, T., & Davidson, J. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13, 132–256.
- Weitzenhoffer, A., & Hilgard, E. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scales: Forms A and B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Weitzenhoffer, A., & Hilgard, E. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.

Downloads von Artikeln aus *Hypnose-ZHH*

von <http://meg-stiftung.de/index.php/de/publikationen/6-hypnose-zhh> (Mai 2018)

Anzahl

- 9391** Peter, B., Bose, C., Piesbergen, C., Hagl, M., & Revenstorf, D. (2012). Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 7(1+2), 31-59.
- 8585** Beetz, A., & von Delhaes, A. (2011). Forensische Hypnose. Der Einsatz von Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren im Rahmen polizeilicher Ermittlungen. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 165-187.
- 8432** Reddemann, L. (2007). Ego States und Traumatherapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 101-116.
- 7598** Hansen, E. (2010). Hypnotische Kommunikation - Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 51-67.
- 6390** Wirth, H.-J. (2009). Narzissmus, Macht und Paranoia. Zeitgemäßes über Terrorismus, Krieg und Tod. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 13-35.
- 5667** Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- 5293** Peter, B. (2007). Zur Geschichte dissoziativer Identitätsstörungen: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 117-132.
- 5203** Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 145-162.
- 5187** Halsband, U., & Hinterberger, T. (2010). Veränderung der Plastizität im Gehirn unter Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 33-50.
- 5045** Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego State Therapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 5-100.
- 4765** Haisch, J. (2011). Die suggestive Kreation und Reduktion Kognitiver Dissonanz. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 51-63.
- 4731** Mende, M. (2009). Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 127-152.
- 4695** Schmierer, A. (2010). Hypnose in der Zahnheilkunde: Geschichte, Organisation, Methoden, Praxis. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 69-93.
- 4517** Spitalé, I., Revenstorf, D., Ammann, C., Pundrich, C., Lang, D., Koemeda-Lutz, M., . . . Soeder, U. (2008). Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie. Eine Studie zur Praxisevaluation. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 85-98.
- 4431** Tschugguel, W., & Tschugguel, S. (2010). Hypnose bei Patientinnen mit gynäkologischen Symptomen. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 121-144.
- 4426** Piesbergen, C., & Peter, B. (2005). Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Hypnose-ZHH*, 0(1+2), 139-159.
- 4402** Martin, M., Yogev, L., & Walter, H. (2013). Frauen in der Geschichte der Hypnose: Eine Spurensuche nach den Schwestern von gestern ... und vorgestern ... *Hypnose-ZHH*, 8(1+2), 7-41.
- 4244** Traue, H. C., Kessler, H., & Deighton, R. M. (2005). Psychobiologische Einflüsse auf das subjektive Schmerzerleben - ein Überblick. *Hypnose-ZHH*, EH(1+2), 51-68.
- 4200** Weiss, T., & Miltner, W. (2010). Kortikale Mechanismen hypnotischer Analgesie. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 9-31.
- 4080** Scholz, O. B., Bleek, B., & Schlien, A. (2008). Suggestionen, die erst nach der Hypnose wirken sollen: Präsentation einer Posthypnose-Aufgabe - Vorläufiger Bericht. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 117-126.
- 4063** Faymonville, M. (2010). Hypnose in der Anästhesie. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 111-120.
- 4045** Peter, B. (2008). Wie Hypnose im Gehirn Wirklichkeit schafft: Zur Rolle der hypnotischen Trance in der Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 127-148.