

Hypnotherapie
Vortrag NGaT am
09.11.2013 in Malente
Hollub

Hypnoanalyse in der Ego-
State-Therapie zur
Behandlung multipler Ich-
Zustände bei
traumatisierten Patienten

Hypnoanalyse und Ego-State-Therapie: Einleitung

- Jochen Peichl (2007): „die Idee des multidimensionalen Selbst und die Methode der Ego-State-Therapie fanden in den letzten 30 Jahren zunehmend mehr Beachtung, und es waren vor allem Hypnotherapeuten, die die Methode in der Behandlung dissoziativer Störungen gewinnbringend nutzten.“
- „So kam es, dass die Weiterentwicklung der Ego-State-Theorie vor allem von Therapeuten aus dem Umfeld der Milton Erikson´schen Hypnotherapie und des hypnosystemischen Ansatzes getragen wurde.“
- Entwicklung der Hypnoanalyse durch John Watkins und Helen Watkins (2003) mithilfe der innovativen theoretischen Konzepte von Paul Federn (Psychoanalyse: energiegeleitete Libido-Konzepte) und mithilfe des Konzepts einer empathischen, ressourcenaktivierenden Zielorientierung mittels Hypnotherapie zur Behandlung der multiplen Ich-Zustände traumatisierter Patienten. John Watkins sah in der Ego-State-Therapie eine praktische Anwendung der Psychoanalyse.

Hypnoanalyse und Ego-State-Therapie

- Hypnose: J.Watkins (2003): die Hypnose wurde zu „einem machtvollen therapeutischen Instrument, mit dessen Hilfe wir den Energieaustausch zwischen Ich und Objekt beeinflussen können“. Mit ihr wurde es möglich, direkt mit verborgenen Ego-States in Kontakt zu treten und sie therapeutisch zu beeinflussen.
- Systemisch-lösungsorientiertes Denken: die Ressourcen eines Patienten werden in den Mittelpunkt der Strategieplanung gestellt (Lösungstrance G.Schmidt 2004).
- Konzept: die Komplexität traumabasierter Störungen erfordert eine multidimensionale Sicht auf die Problematik, aber auch ein multidimensionales Therapieangebot.

Hypnoanalyse und Ego-State-Therapie

- Der Fokus nur auf Sprache zur Darstellung und Lösung traumatischer Konflikte ist für das Trauma als „funktionelle Gehirnpsychosomatose“ (Reddemann und Sachse 1997) zur Veränderung der Neurophysiologie nicht ausreichend.
- Es braucht eine Ressourcenaktivierung und Zielorientierung zur lösungsorientierten Therapie. Veränderung tritt erst ein, wenn etwas (J.Peichl 2007) „Neues geschah, und sei es nur in der Imagination oder dem Erleben eines gefühlsmäßig Berührtseins. Deshalb sind die Ressourcenorientierung und die Verwendung der Imagination in den modernen traumazentrierten Psychotherapien so entscheidend.“

Zugangsweise zum Begriff Hypnose

Was ist Hypnose: Begriff leitet sich von Hypnos ab, dem Gott des Schlafes in der altgriechischen Mythologie. Voraussetzungen für eine Hypnose sind eine ausgeprägte Fantasie und ein gutes Konzentrationsvermögen. 80% der Menschen gelten als gut, jeweils 10% als sehr gut, bzw. ebenfalls 10% als schwer hypnotisierbar.

- Was ist Showhypnose: eine Hypnoseform, die auf der Bühne angewandt wird und mit kurzfristigen Effekten arbeitet. Diese Form möchte unterhalten.
- Die Heilhypnose oder Hypnotherapie hingegen setzt auf die Entwicklung psychischen Wohlbefindens und strebt langfristige Ziele an.
- Wer hypnotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen möchte, sollte sich vorher von ausgebildeten Therapeuten beraten lassen, sich die Heilerlaubnis (Approbation etc.) des Hypnotherapeuten zeigen lassen. Therapeutenbanken unter z.B. www.hypnose-verband.de u.a.

Hypnotherapie

- Beispielsweise äußert sich hierzu in dem Lebensmagazin „a tempo“ 12/2012“: **Frau Andrea Köster, Präsidentin des Hypnose-Verbands** Deutschland: mit Hypnotherapie kann gezielt mit dem Unterbewusstsein gearbeitet werden: hierdurch wird das Unbewusste angesprochen als der Ort, an dem Erinnerungen gespeichert sind. Dazu zählen auch krank machende Überzeugungen oder Verhaltensmuster. Die Hypnose erlaubt es, diese zu erforschen. Sie arbeitet dabei sowohl diagnostisch als auch lösungsorientiert. Bezeichnend für die Hypnose ist, dass die Veränderungsarbeit in einer Tiefenentspannung, der Trance, stattfindet. Der Patient arbeitet gezielt an einem Problem und entspannt gleichzeitig.
- Unsere Denkmuster sind oft eng gestrickt und erschweren uns dadurch, zum Grund von Problemen vorzudringen.
- In der Trance verlangsamen sich die Hirnströme, was in der Hypnotherapie genutzt wird. Es geht um gemeinsames Fokussieren von Such- und Findeprozessen mit bewusster Wahrnehmung hilfreicher Regulationen.

Zahnärztliche Hypnose

- sie behandelt gezielt Symptome wie Ängste, Würgereiz oder krankhaftes Zähneknirschen (Triggerreize). Eine solche Hypnose kann vor, während und nach der Zahnbehandlung eingesetzt werden, um z.B. auch Schmerzen zu reduzieren (bei kleineren Behandlungen kann so oftmals auf die Betäubung verzichtet werden).
- Eine solche Hypnose, bei der ein positiver Zuspruch vermittelt wird, kann die Wundheilung nach einem zahnärztlichen Eingriff verbessern. Generell unterstützt sie die Beziehung zwischen Arzt und Patient und sorgt für einen „guten Draht“. Auf diese Weise kann die Angst vor der zahnärztlichen Behandlung oder auch vor möglichen Schmerzen gezielt behandelt werden.

Nach: Dr.Thomas Wolf (Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universitätsmedizin Mainz)

Hypnotherapie

- In der **Trance** zieht sich der bewusste Verstand zurück, der intuitive, unterbewusste Teil der Psyche gewinnt mehr Raum und ist leichter erreichbar. (a tempo: „als würde man, am Sekretär vorbei, direkt zum Chef gehen“)
- Der Hypnotisierte ist nie willenlos, denn das Unbewusste lässt sich nicht zwingen. Es kann aber durch Drogen und unaushaltbaren Schmerz (Folter) zur Schwächung des Willens kommen und bei erschreckenden, durch Hypnose getriggerten und evtl. von außen manipulierten Rückerinnerungen an traumatische Erlebnisse, kann der Schutzmechanismus der Dissoziation eintreten, so dass keine bewussten Erinnerungen an die Hypnoseinhalte im Alltag mehr verfügbar sind. Dissoziation ist dabei nicht „einfaches Vergessen“, sondern eine eigenständige Qualität im Umgang mit extremer Erfahrung erschrecken-den, katastrophentypischen Ausmasses. Es können sich dann in verschiedene Richtungen (auch bzgl. Aufdeckung) innere Widerstände aufbauen und es werden dabei dissoziierte (d.h. für das bewusste Erinnern amnestische) Persönlichkeitsanteile – wenn sie schon vorher existierten – aufgerufen bzw. neu gebildet. Neben diesen emotionalen Persönlichkeitsanteilen (EP), die diese Extremgefühle in sich tragen, gibt es noch beobachtende und helfende Selbstanteile. Die auftretenden Symptome sind als Signale und Wegweiser zum sinnvollen Lösungsansatz zu verstehen, wobei Hypnotherapie eine wichtige Therapiemethode sein kann, indem sie die Barrieren zwischen den States wieder auflösen hilft.

Hypnotherapie: Anwendungsbeispiele



- Psycho(trauma)therapie mit verschiedenen Techniken wie Ego-State-Therapie nach John und Helen Watkins (2003): zunächst soll eine Verbindung zum Ressourcennetzwerk (zu Alltagskompetenten Persönlichkeitsanteilen: ANP = anscheinend normale Persönlichkeitsanteile) aufgebaut werden (Erinnerung an positive Ereignisse vor und nach dem Trauma, bzw. Wirksamkeit beim Überleben während des Traumas und anschließend den Alltag - nach dem Trauma – Weiterführen), bevor das Traumanetzwerk in die bewusste Bearbeitung integriert wird (explizite Erinnerung an negative/traumatisierende Ereignisse während Trauma, wobei überwältigende Gefühle von den EPs = emotionalen Anteilen containt werden, die dem ANP evtl. nicht bewusst, amnestisch sind, weswegen ANP mit EPs zunächst nichts zu tun haben möchte). Die Integration erfolgt multimodal (z.B. auch EMDR, geführte Traumasyntese nach Suzette Boon etc.).
- Auch bei dem hypnotherapeutischen Prozess muss der KlientIn mitarbeiten und Eigenverantwortung entwickeln. Zwischen Klient und Therapeut werden Verantwortlichkeiten und Aufgaben verteilt.

Hypnotherapie

- **Selbsthypnose:** Autosuggestive Methode: Möglichkeit, zu entspannen, in Trance und damit ganz zu sich zu kommen, gerade wenn viel – z.B. im Beruf – geistig geleistet werden muss. Detached Mindfulness
- Wichtig ist bei der Selbsthypnose, in der Trance alle Gedanken zuzulassen, da es kein Richtig oder Falsch gibt. Zur Einleitung der Selbsthypnose eignet sich das Aufsuchen eines ruhigen Ortes mit Einleitung (z.B. Zählen) der Hypnose bei Konzentration z.B. auf die Atmung, die zunehmend entspannter wird. Dann wird die Hypnose ein angenehmes, stärkendes Erlebnis.
- In der Selbsthypnose fühlt man sich ganz leicht und entspannt. Alltagsprobleme werden nur noch ganz fern wahrgenommen. Manchmal kommen im Trance-Zustand ungewöhnliche Ideen oder Lösungsvorschläge in den Sinn bei weiterhin Ruhe und Gelöstheit.
- Das Zählen von Zehn bis Null lässt wieder aufwachen bei der Autosuggestion „ich werde jetzt wacher und klarer“.

Mentales Training

- Durch Entspannungstraining kann körperliche Anspannung reduziert werden. Auch können belastende Gedanken korrigiert werden und so auch negative Gefühle abgeschwächt werden.
- Durch Aufmerksamkeitsfokussierung und losgelöste Achtsamkeit (**Tu-nichts-Strategie**) auf den Augenblick, kann belastendes Material ausgeblendet werden. Durch Zählen von Atemzügen tritt beim Ein und Aus des Atems Beruhigung ein, die zur Problemlösung benötigt wird. **Radikale Akzeptanz und Vorurteilsfreiheit mit freundlich-gelassener Grundhaltung und Neugier.**
- Tiefes Durchatmen dabei ist wichtig, wenn infolge Bewusstseinerweiterung neue Lösungen auftauchen mit positivem Ausgang. Dadurch ist genug geleistet worden, so dass die nächsten Gedanken sich ganz bewusst mit dem Augenblick und dem jeweils nächsten Schritt beschäftigen sollen.
- Nach dem Gedanken-Sortieren ist innerlich Loslassen davon sinnvoll mit Entspannungshaltung. Beim Beenden der Übung bin ich frischer als vorher. (Evtl. vergangene Gedanken noch in verschlossener Kiste verstauen). „Sie dürfen jetzt mit sich und der Welt zufrieden sein“ (Ruhe und Gelassenheit).

- **hypnosystemischer Ansatz:** Was ist der nächste kleine Schritt zur hilfreichen Realitätskonstruktion mit Ausbalancieren der Schritte?
- Auftragsklärung in der Begegnung (Angst vor Veränderung? Beschämung? Schuld?) mit Beziehungsgestaltung!
- Zwischen Ich und Es gibt es eine Dissoziation, d.h. beide kooperieren nicht. Therapeut kooperiert aber mit dem Es, da das Ich leidet. Oder: Therapeut leitet Klient (ANP) an, mit EP (z.B. innerem Kritiker: Moralist, Kontrolleur, Anpasser) zu reden und eine Lösung zu finden (Theorie der strukturellen Dissoziation nach Ellert Nijenhuis und Kollegen, Jochen Peichl: Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst).
- Eigenhypnose: Krankheitskonzept des Klienten utilisieren und in hilfreiche Richtung wenden, dabei mit Erklärungen bereichern.
- Die Bedeutung der Botschaft bestimmt der Empfänger: die resignative Seite (Persönlichkeitsanteil) im Klienten vor zu viel Hoffnung schützen.

- Skeptische Seite (Inneren Kritiker) ernst nehmen, gemeinsames Fokussieren. KlientIn definiert den Kontext und bestimmt den Therapiekontrakt: Sondierungsmaßnahme und Beziehungsgestaltung. Patient kann nicht versagen: bemüht sich um Probleme, die er nicht alleine verursacht hat, aber alleine lösen muss.
- Psychosomatisches Konzept soll Rätselhaftes enträtseln und hilfreiche Regulationen bewusst machen.

Hypnotherapie

- Kontinuum der Dissoziation mit horizontaler Ausrichtung von Normal über akute Belastungsreaktion, PTBS, kPTBS, DDNOS, DIS: Zunahme der Dissoziation mit der Schwere des Traumas. Dazwischen sind mehr oder weniger dicke, semi-permeable Membranen bis hin zu undurchlässigen, d.h. amnestischen Barrieren.
- PatientIn zeigt unterschiedliche Ego-States mit Ausgestaltung der einzelnen Selbstanteile (Funktionen) und kann in der inneren Konferenz (BASK-Methode) mit innerem Team Fortschritte machen.
- Ego-State-Therapie John + Helen Watkins: Ich-Zustände bilden eine Selbstfamilie, um der Anpassung des Individuums in schwierigen Situationen zu dienen.
- Jochen Peichl: Ego-States entstehen durch normale Differenzierung und bei pathologischer Entwicklung, nämlich durch die Introjektion des bedeutsamen Anderen und die Reaktion auf ein Trauma.
- Vorteile der Ego-State-Therapie: hypnotherapeutisch handeln und im Modell des multiplen Selbst denken

Phänomenologie der Ego-States

- Wenn die Fähigkeit zur Integration von Bewusstseinsinhalten durch Traumata gestört ist, können zwei oder mehrere, sich selbst organisierende Innen-Systeme, sich ausbilden: das **Verteidigungs-/Sicherheitssystem** (Flucht, Kampf, Erstarrung, Unterwerfung), das **Aktions-/Bindungssystem** (Nahrung, Schutz, Exploration, Rangfolge, Stimulation, Genuss), wobei beim Aktionssystem auch operante Konditionierungen/Programme z.B. durch Täterorganisationen (die die Störung aufrecht erhalten) enthalten sein können, die deutlich unbewusster, also veränderungsresistenter sein können. Da bedarf es dann der Hypnotherapie, um solche EPs in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren.

- Verletzte, verletzende, täterloyale/identifizierte, distanziert beobachtende, helfende Selbstanteile, die innere Kritiker/Verfolger darstellen und Beschützer.
- Opfer/masochistisch abwehrender State, der als Ziel/Hilfe die Bindung (zum Täter) erhalten möchte: indem er den Missbrauch als gerecht rationalisiert, die Schuld introjiziert, die Missbrauchserinnerungen dissoziiert, den Missbraucher idealisiert und den Hass gegen sich selbst richtet (verletzter EP), daneben Pendeln in anderen State:
- Täter/hasserfüllt agierender State (Howell 2002): Parasympathischer Erstarrungszustand und sympathische Alarmreaktion mit Flucht/Kampf mit dem Ziel/Funktion, die Bindungsnotwendigkeit zu leugnen, den Täter zu introjizieren, um sich so mit dem Aggressor identifizieren zu können (verletzender EP) und den Schmerz des Missbrauchs auf das Opfer (verletzter EP oder Therapeut) projizieren zu können.

Phänomenologie der Ego-States (Jochen Peichl 2010): Täter/hasserfüllt agierende States



- Innerer Verfolger, Typ 1: der radikale Helfer-Ego-State (Persönlichkeitsanteil): die Geschütze, die er auffährt, um das Kernselbst vor erneutem Missbrauch in Liebes- und Sexualbeziehungen im Hier und Jetzt des Erwachsenen-Lebens, vor Schmerz und Reviktimisierung zu schützen, sind durchschlagend und krass, da dieser EP aus einer kindlichen, jugendlichen, d.h. früheren Perspektive auf das Jetzt blickt und dem ANP kaum Steuerungsfähigkeit zutraut.
- Innerer Verfolger, Typ 2: das Täterintrojekt (täteridentifiziert): hierdurch sollen unerträgliche Gefühle der Machtlosigkeit durch Interaktion abgemildert werden. Dabei wird wieder Kontrolle zurückerhalten als Überlebensstrategie. Das Resultat ist ein Gefühl, vom Fremdkörper bewohnt zu werden, der irgendwie steuert (eine andere Form von Täter-Hypnose). Es kommt zu Grenzverwischungen zwischen eigenem Selbst und fremdem Anderen (Selbst- und Objektrepräsentanzverwischung durch penetrierenden Blickkontakt Täter) durch erzwungene Deprivation in der Gewaltsituation, die auch konstitutionelle und/oder erworbene neurobiologische Vorgänge beinhalten. (Bedeutung der Spiegelneurone für das empathische Verstehen des Täters: Bindungstheorie nach Bowlby 1995: Sehnsucht nach Bindung).

Phänomenologie der Ego-States (Jochen Peichl 2010): Täter/hasserfüllt agierende States



- Innerer Verfolger, Typ 3: aggressive Ego-States (ich-synton): Identifikation mit Teilaspekten des Täters, z.B. dessen Bewertungen/Werturteilen über andere, mit der Art/Ausführung seiner Handlungen am Opfer (Kind imitiert solche Handlungen beim Quälen des Meeresschweinchens). Der Selbstanteil, der diese Haltung repräsentiert, weiß meist nichts mehr von seiner Entstehung und Funktion im Zusammenhang mit einer Tätererfahrung (transgenerative Weitergabe nach Identifikation mit den Werturteilen des Täters auf z.B. eigene Kinder).
- Innerer Verfolger, Typ 4: Mittäterintrojekte (täterloyal): Introjektion anderer anwesender erwachsener Personen: Übernahme von Modi des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens, Handelns derjenigen Person des Nahraumes, die die Handlungen des Täters durch Unterlassungen deckt und das Opfer nicht schützt (dem Opfer werden Empathie und Schutz verweigert). Beispiel: Mutter in der Mittäterrolle bagatellisiert die Handlungen, zerredet die Wahrnehmung des Erlebten, bezichtigt das Kind, es so gewollt und nicht anders verdient zu haben. Mutter hat selbst eine pathologische Täterbindung und ist Mitläufer.

Hypnotherapie („Integration und spezielle Anwendung des eriksonschen Modells“ nach Gunther Schmidt)



- Hypnotherapie als spielerischer Integrationsversuch mit systemischen Erklärungsversuchen: reframing (innerhalb eines gedanklichen Rahmens gibt es flexible Elemente, die den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Störungen unserer Patienten angepaßt werden können).
- Reframing in der Ego-State-Therapie: wir knüpfen bei den Ressourcen an und kreieren einen Helfer-Ego-State, welcher den im Entwicklungsstillstand festgefahrenen State in einen neuen Sinn- und Entwicklungszusammenhang stellt.
- Sinnhaftigkeit und Zieldienlichkeit des nächsten kleinen Schrittes ist abhängig vom momentanen Stand und Erleben und benötigt eine kooperative Lösungstrance.
- Bei Angst vor Veränderung muss das Rätselhafte, Unveränderbare gewürdigt werden, die skeptische Seite ernst genommen werden.
- Ziel ist die Optimierung und Eigen-Pacing des Therapiesystems

Differenzierungs-Dissoziations-Kontinuum nach Watkins

- Die Teilpersönlichkeiten sind durch Kommunikationsbarrieren getrennt, z.T. füreinander amnestisch. Zudem ist die Grenze nach außen durchlässig-porös geworden. Diese Ich-Zustände sind schlecht/gar nicht integriert und nicht in Kommunikation miteinander. Das Kohärenzgefühl ist beeinträchtigt, Differenzierungen fehlen und einzelne Selbst-Anteile sind voneinander isoliert durch immer rigidere Grenzziehungen im Inneren (leichtere Manipulierbarkeit).
- Unterschiedliche Ich-Zustände in der Persönlichkeit eines Menschen bilden eine „Selbst-Familie“ und dienen der Anpassung in schwierigen Situationen. Auch grausame, verfolgende und entwertende Ego-States verfolgen letztlich hilfreiche Ziele.
- Ein Ego State ist ein organisiertes System von Verhalten, Denken, Fühlen und Erfahrung in einem neuronalen Netzwerk, zwischen normal und dissoziiert.
- EPs haben unterschiedliche Grenzen und Barrieren.

Phänomenologie der Ego-States (Jochen Peichl, 2010)

- Ein Ego-State-System organisiert sich, um die Coping-Fähigkeit in Bezug auf bestimmte Ereignisse oder Probleme zu verbessern. Mehrere Ego-States differenzieren sich entlang einer Zeitlinie, nach Funktion, Eigenschaften, Rollen, z.B. Selbst-Hasser, Ernährer, Kritiker, Führer, Kinder-States, innerer Beobachter usw.
- Ego-States, die in der Kindheit entstanden sind, reagieren oftmals in der Gegenwart dysfunktional. Ego-States verteidigen ihre Rolle und Funktion, auch wenn das für den Erwachsenen ungünstig ist. Sie befürchten Vernichtung, wenn sie ihren „Job“ verlieren. Ego-States können wegen ihrer Rollen mit anderen im Widerspruch stehen; das schafft intrapsychische Konflikte.
- Ego-States haben von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter die Fähigkeit, sich zu verändern, sich zusammenzuschließen, zu wachsen und sich anzupassen.
- Dass ein Individuum Ego-States besitzt, muss diesem nicht bekannt sein. Die Ego-States alle zusammen kann man beschreiben als inneres Familiensystem, Teile der Persönlichkeit oder „states of mind“.

Selbstanteile (nach Jochen Peichl 2010)

- **Ego-States sind komplexe neuronale Netzwerke**, die Gefühle, Körperempfindungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen in einem bestimmten Augenblick oder über einen bestimmten Zeitraum festhalten. Es sind voneinander abgrenzbare psychische Einheiten mit in sich geschlossenen Geschichten, Kognitionen und Affekten.
- Ego-States kann man nicht eliminieren, man kann sie nur **ändern (im positiven, wie negativen Sinne)**. Sie haben je eigene Wahrnehmung, Motivation und Rollen innerhalb der Gesamtpersönlichkeit neben ihrem eigenen Charakter, Werte, Bedürfnisse, Interessen und Ziele.
- Ego-States können sich in Stimmungen oder Symptomen (Depression, Kopfschmerzen, Angst) manifestieren und **untereinander Konflikte** erzeugen, die sich als Symptome zeigen können. Ego-States kann man ansprechen und **befragen wie eine Person** (Alter, Geschlecht, Funktion, Bedürfnisse). Konflikte entstehen, wenn ein oder mehrere Teile mit den anderen in Disharmonie sind, selbstbezogen handeln und Symptome produzieren. Das **Ziel der Ego-State-Therapie ist Ko-Bewusstsein** und Integration und nicht die Verschmelzung der States.

Selbstanteile (nach Jochen Peichl 2010)

- Oberflächen-Ego-States sind vorne als Funktionsträger der täglichen Lebensbewältigung mit Ko-Bewusstheit und relativer Konfliktfreiheit, guter Kommunikation zwischen kognitiven und emotionalen Teilen (bilden eine Wahrnehmungseinheit).
- Tiefen-Ego-States sind weiter hinten und unterschiedlich leicht zu aktivieren, tragen wichtige Kindheitserinnerungen und lassen sich meist durch **Hypnose an die Oberfläche** bringen. Ungelöste Traumaerfahrungen werden hier abgelegt.
- Weitere unterschiedliche **Kategorien von Ego-States: drei Gruppen:**
 - 1. der Anpassung dienende Ego-States,
 - 2. Introjekte,
 - 3. traumabezogene Ego-States

1. Der Anpassung dienende Ego-States

- Innere Selbst-Anteile, die dem Individuum helfen, schwierige Lebenssituationen und Krisen besser zu meistern. Diese Anteile verhalten sich schützend und strategisch, um die personale Sicherheit aufrechtzuerhalten und die Umgebung zu kontrollieren. Z.B. innere Helfer, adaptive Ego-States, die viele Ressourcen und Stärken in sich tragen, mit ihnen kann eine therapeutische Allianz geknüpft werden, Schutzschild-Metapher. Sie verfügen über das größte Wissen und über die größte Co-Bewusstheit im System und sollten auf die therapeutische Seite gebracht werden.

2. Introjekte

- Die problematisch erscheinenden Introjekte auf der inneren Bühne bereiten am meisten Ärger und Sorge, aber es sind auch die Teile, die uns Therapeuten am besten als Co-Therapeuten unterstützen können. Gelingt ein Bündnis, dann sind sie verlässliche Ko-Therapeuten.
- Introjekte sind mentale Replikanten von physischen Objekten des Außenraumes auf der inneren Bühne. Introjektion ist der Prozess, durch den die Rolle und die Funktion einer realen Person durch ein „Introjekt“ übernommen wird (mentale Repräsentation/Bild dieser Person).
- **Positive** Introjekte/**nährende** Ego-States können die Funktion eines psychischen Verteidigungssystems haben nach Inkorporation/Assimilation = Verdauung wichtiger/guter Elternfiguren.
- **Negative** Introjekte, d.h. destruktive, übelwollende Ich-Zustände, entstehen oft in der Erfahrung eines Gewalttraumas, als Täterintrojekte. Da das Verhalten des Täterintrojekts den Wertevorstellungen des Opfers widerspricht, kann es dieses aufgezwungene Introjekt nicht assimilieren, d.h. das neg. Introjekt wird zum **Fremdkörper** im Selbstsystem.

2. Introjekte

- Neben den Eigenschaften werden auch Konfliktmuster früher Bezugspersonen introjiziert (Wechsel zwischen sadistischer und masochistischer Abwehr bedeutet eine Aktivierung verschiedener Motivationssysteme wie z.B. Bindung, Exploration, Aversion und Wechsel zwischen Trennungswunsch und Wiederannäherung).
- Für die Arbeit mit Introjekten ist es wichtig, ein gutes Arbeitsbündnis, eine verlässliche Allianz einzugehen. **Täteridentifizierte Introjekte lassen sich erst nach langer Überzeugungsarbeit und wohlwollender Wertschätzung für ihre Funktion im „Selbst-System“ zur Kooperation gewinnen.**
- Maggie Phillips spricht von diesen „tyrannischen Introjekten“ als vom „Zauberer-von-Oz“-Verhalten, indem die „Angst-und Panik-Maschine“ aktiviert wird, weil es sich um kindliche Ego-States handelt mit Wutausbrüchen und Entwertungen des Gegenübers. D.h. der erwachsene, tyrannische Selbstanteil ist in seinem Kern ein Kind, welches sich nach außen hin stark und dominant zeigt, im Innersten aber zerbrechlich und oft hilflos ist.

3. Traumabezogene Ego-States

- Traumabezogene Ego-States tragen das traumatische Ereignis als Kognition, Gefühl, Körpererinnerung, Bild und Handlungsimpuls in sich und je nach Alter des Individuums bei der traumatischen Erfahrung steht der eine oder andere Aspekt mehr im Vordergrund.
- Nicht fliehen können (no flight) erzeugt **Hilflosigkeit**
- Nicht kämpfen können (no fight) erzeugt **Ohnmacht (Traumazange nach Michaela Huber)**
- Sich durch Bewegungslosigkeit nicht entziehen können (tonische Immobilisierung= freeze) erzeugt das **Ausgeliefertsein als Trauma-State.**

3. Traumabezogene Ego-States und Fragmentierung



- Sich durch Bewegungslosigkeit nicht entziehen können (tonische Immobilisierung= freeze) erzeugt das **Ausgeliefertsein** als Trauma-State. Die BASK-Dimensionen (Modell von Braun 1988) sind fragmentiert z.B. als Sinneseindruck abgespalten. Diese Wahrnehmungsfragmente sind an unterschiedlichen Orten des rechten Gehirns implizit (unbewußt) abgespeichert, können (durch Täter) getriggert und bei Blockierung des linkshirnigen Broca-Feldes (Sprachzentrum) als Erfahrungen nicht sprachlich symbolisiert werden und nicht explizit =bewusst mitgeteilt werden: durch diese peritraumatische Dissoziation kann später die Entwicklung des ganzheitlichen Identitätsgefühls beeinträchtigt werden, weil die einzelnen Fragmente (des Bewußtseins) nicht in der Lage sind, miteinander zu kommunizieren und zu interagieren. Das führt über die Dissoziation zur gestörten Integration des Selbst und bei schwerer Traumatisierung zur Dissoziativen Identitätsstörung.

3. Traumabezogene Ego-States und Fragmentierung



- Jedes einzelne Selbst-Fragment kann zum Kristallisationspunkt eines traumabezogenen Ego-States werden als Anpassungsmechanismus zum Schutz des traumatisierten Individuums. Nutzungsabhängig bahnt es sich auf neuronaler Ebene ein Netzwerk aus mehreren Erlebnisknoten (sensorisch/sensible Bilder, Kognition, Verhalten/Handlung, Affekt, Körperempfindung, Bindungserfahrung). Teils sind diese Selbst-Fragmente aufgrund des jungen Alters (<Vorschulalter) im impliziten, unbewußten Körpergedächtnis abgespeichert, so dass der sensorische Aspekt vorrangig ist und leichter getriggert werden kann.
- Eine Aktivierung dieser traumabezogenen Ego-States führt zu einer beträchtlichen Verstörung und Dysbalance des Systems. Dies zeigt sich in dissoziativen Zuständen (wenige Körperbewegungen, wirkt erstarrt, wenige Augenbewegungen, in sich selbst versunken wirkend, benommen, desorientiert, amnestisch, verlangsamte Reaktion auf Ansprache) und äussert sich entsprechend (bin nicht richtig da, stehe neben mir, beobachte mich von außen, spüre mich taub, unwirklich, wie in Watte gepackt, höre alles leiser, sehe wie durch Schleier).

3. Traumabezogene Ego-States und Fragmentierung: Kategorien



- Ego-State verlassenes, verletztes Kinder-Selbst fühlt sich hilflos und bedürftig bzgl. Wunscherfüllung. Symptome: depressiv-ängstlich, traumatisiert-wertlos, Angst vor Abhängigkeit, idealisiert Unterstützer (hat Therapeut gerne).
- Wütendes, impulsives Kinder-Selbst handelt impulsiv, unangepasst, mit inadäquaten Gefühlen. Symptome: ärgerlich, impulsiv, fordernd, entwertend, manipulativ, kontrollierend, suizidal, promiskuitiv (hat Therapeut nicht gerne).
- Das strafende Elternintrojekt für Bedürfnis Ausdruck und Fehler. Symptome: Selbsthass, -kritik, -beschädigung, -verleugnung, Wut über Bedürfnisse (hasst den Therapeuten).
- Das distanzierte Beschützerintrojekt schneidet Bedürfnisse und Gefühle ab, zeigt sich distanziert. Symptome: Depersonalisation, Leere, Langeweile, Essstörungen, Selbstverletzung, Substanzmissbrauch, psychosomatische Beschwerden (versucht es mit Therapeuten erneut).

3. Traumabezogene Ego-States und Fragmentierung



- Diese dissoziativen Bewußtseinszustände können mit Hypnoseveränderungen im EEG wie beim REM-Schlaf verglichen werden, wobei unter den geschlossenen Lidern schnelle Augenbewegungen auffallen. Trance und Depersonalisationserlebnisse verursachen ähnliche EEG-Veränderungen und können durch Hypnose induziert werden. Hypnose erzeugt also einen anderen Bewusstseinszustand, Dissoziation und Aktivierung eines anderen Selbstanteils führt ebenfalls zu EEG-Veränderungen, ähnlich wie unter Hypnose.

Hypnotherapie (G.Schmidt)

- Nach therapeutischen Fortschritten ist nicht gleich beim nächsten Schritt mit Erfolg zu rechnen, sondern es werden „Ehrenrunden“ in die alten Schemata gemacht, wobei auch Bezugspersonen in diese Muster-Wiederholungen mit einbezogen werden. Aufmerksamere Beobachter erkennt diese Zusammenhänge und lösungsfördernden Kontext in Bezug zum Alltag.
- Problemtrance und Problemfokussierung: Umgang mit dem Schweren (es hypnotherapeutisch verändern: verkleinern, verchromen etc.): die Lösung liegt in der Würdigung des Schweren. Hilfreiche Musteränderung (wie geht Klient mit sich um, mit dem Symptom, was sagt er zu sich?). Wenn ein Lösungsversuch etwas gebracht hatte, nutze ich diese Autohypnose und koppele an, um das Verhaltensmuster zu verändern. So kann ich einen anderen Umgang wählen, der zielförderlich ist: eine Seite von mir hat dieses Problem und ich beginne den Suchprozess: was benötigt der leidende Teil? Wie kann das Ich mit den anderen Teilen in Beziehung treten? Unwillkürliche sinnliche (Leibwächter-) Bilder/Symbole entstehen lassen. Im Inneren/Organismus geht der Dialog nach optimaler, achtsamer, wertschätzender Begegnung weiter.

Trauma und Dissoziation

- Menschen mit dissoziativer Identitätsstörung haben schwerste Gewalt erlebt. Um zu überleben, haben sie den Abwehrmechanismus der Dissoziation angewandt. Gemeinsam mit der extremen Gewalt wurden (z.B. bei ritueller Gewalt) operante Konditionierungen/ Programmierungen ausgeführt, wobei suggeriert wurde, dass die Gewalt/Folter aufhöre, wenn bestimmte Aufträge ausgeführt werden. Dabei handelt es sich um methodisches Programmieren.
- Bei einer Untersuchung in den Niederlanden wurden von Klienten Programmierungsmethoden beschrieben, die von fachkundiger Ausübung/Anwendung von Konditionierungsprinzipien und von spezifischen Techniken wie Hypnose berichten.

Trauma und Dissoziation

- Spezifische Techniken zur Beeinflussung „Spinning“: die Hälfte der Interviewten (28 Therapeuten, die 109 Klienten mit rituellen Missbrauchserfahrungen behandelten) hatten von eigenen Klientinnen gehört, dass sie (oft) rasend-schnell und über lange Zeit herum gedreht wurden. Aversive Dreherfahrungen werden benannt neben Atembeschwerden durch Erfahrungen, in der horizontalen oder vertikalen Richtung herum gedreht worden zu sein, festgebunden an einem Rad, einem Kreuz oder einem anderen Gegenstand. Diese Methode soll zu schnellem Dissoziieren führen, d.h. die betreffende Person erinnert sich dann auch nicht an dieses Gedrehtwerden, bekommt aber hypnotische Aufträge „nun vergisst du alles, was geschehen ist.“
- Diese Techniken zur Beeinflussung sollen die Opfer verfügbar machen für Aufträge, so dass sie durch Klingelgeräusche, Telefonanrufe, Namensnennung, Codes, Lärm oder Stille etc., jederzeit zu einer bestimmten Handlung veranlasst werden können.

- Un/bedingte **Konditionierung**: durch Grausamkeiten/Folter und Verwirrung Dissoziation auslösen, die dissoziativen Zustände mit Namen und Nummern belegen. Beginn u.U. sehr früh. Klassische Konditionierung zuständig für Entstehung der Angst, operante Konditionierung zuständig für Aufrechterhaltung der Störung.
- Planmäßige **Programmierung**: bestimmten, so entstandenen Innenanteilen verschiedene Funktionen oder Aufgaben zuordnen. Ab ca. 3 Jahren. Die Person wird dazu veranlasst, auf Auslösereize hin kontextunabhängig Dinge zu tun, zu denken, zu fühlen, die ihrem Interesse (Selbstschutz) schaden (Selbstverletzung, Suizid, wieder Kontakt zu den Tätern aufzunehmen).

- **Mind-Control** bekannt aus Organisationen mit politischen, kriminellen (Kinderporno-Pädosexuellen-Ringe, Menschen- und Drogenhandel, „Rotlicht-Milieu“), rassistischen, religiös fundamentalistischen, destruktiven, rituellen Kult-Zielen.
- **Wie?** Einschüchtern, Täuschen, Beschämen, Isolation, Indoktrination, Todesdrohungen gegen Opfer/diesen Nahestehenden, Folter (von Mitgefangenen), Deprivation von Kontakten, Nahrung, Schlaf, Wasser.

Ebenen von Mind-Control (1) (M.Huber 2013)

- Basale (teil-)bewußte Unterwerfung nach Todesdrohung durch Täter mit zwangsweiser Unterwerfung, um Verhalten zu kontrollieren.
- Opfer unterwirft sich äußerlich, seine eigenen Überzeugungen, Identitätsvorstellungen bleiben aber erhalten.
- Beispiel: Opfer gibt Täter, was dieser will, misshandelte Person entscheidet sich bewusst, mit dem Misshandler zu kooperieren, um eigene Lebenssituation zu verbessern.
- Bei religiöser Indoktrination: eine psychisch schwache Person unterwirft sich einem charismatischen Führer.

Hypnoanalytische Erklärung von Mind-Control (J. Peichl)



- Erwachsener Täter spiegelt dem Kind durch seine Handlungen folgende Sichtweisen: du bist für mich nicht existent, du bist so, wie meine Fantasie dich erschaffen hat und du möchtest das auch, was passiert.
- Kind nimmt diese Projektionen auf, gerät in Zwiespalt zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung mit Verwirrung. Die Stimme des Täterintrojekts reflektiert die Internalisierung des falschen, extrem negativen Selbstbildes, welches durch die Traumatisierung im Opfer entsteht und verhält sich maligne und entwertend (maligne Introjektion der Täterprojektion).
- Im Laufe der Entwicklung beginnt sich das Opfer mit dieser Botschaft zu identifizieren und die Projektion des Täters zu internalisieren (Gehirnwäsche, zumal Missbrauch häufig in Isolation stattfindet).
- Es gibt niemanden, der eine hilfreiche Gegenposition zur Infragestellung durch Realitätstestung aufbauen kann, der dem Opfer hilft, die Täterperspektive des Missbrauchers abzuschütteln.

Hypnoanalytische Erklärung von Mind-Control (J. Peichl)



- Die Folge sind seelische Deprivation, Unfähigkeit, sich den Suggestionen und täterlastigen Beziehungsinterpretationen der Situation zu entziehen (machtlos, verwirrt, voller negativer Selbstüberzeugungen).
- Das Opfer hat gelernt, die Stimmung, die Bedürfnisse, die Nöte des Erwachsenen/Täter zu erspüren, um sich dann darauf einzustellen. Aber es kann sich selbst nicht entdecken, es bleibt emotional unsichtbar, kann nicht für sich selbst sorgen, sich nicht abgrenzen.
- Grundthema des Opfer-Ego-State: *mich als Person gibt es nicht, ich bin das, was aus mir gemacht wurde, ich spiegele die Wünsche, Gefühle und Zustände der anderen wider.*

Ebenen von Mind-Control (2) (M.Huber 2013)

- **Stockholm-Syndrom:** tiefergehend: Psycho-Terror (Schmerzzufügung bzw. Drohung der Schmerzzufügung an das Opfer und/oder ihm Nahestehende)
- Zudem: Isolation von vorheriger Unterstützung
- Kombiniert mit dem Vorspiegeln, die da draußen hätten das Opfer im Stich gelassen (durch Täuschung mittels Foto-montage, Anrufbeantworteransprachen-Verfälschung)
- Das alles führt zur Abhängigkeit vom Misshandler und zur Loyalität mit ihm/ihnen. Destruktive traumatische Beziehungen enthalten dieses Bindungsdilemma, teils auch vom Angreifer inszeniert. Opfer erkennt diese desorganisierte Bindung als solche nicht, reagiert evtl. entsprechend der tertiären strukturellen Dissoziation (Ellert Nijenhuis).

Ebenen von Mind-Control (3+4) (5+6) (M.Huber 2013)

- **Forced choice (3+4):** Opfer wird eingeredet, es sei böse oder Komplize eines Verbrechens. Misshandler zwingen es in Double-binds: es kann „wählen“, ob ein anderes Lebewesen leidet oder es selbst, damit es sich schuldiger fühlt. Dem Opfer werden unaushaltbare Schmerzen (Elektroschocks) oder der Tod angedroht, wenn es sich „falsch“ verhält bei dieser „Wahl“.
- **Spirituelle Kontamination:** in Misshandlungsritualen behaupten die Täter, sie würden böse Anteile im Opfer verankern/einpflanzen, die lebenslang das Opfer kontrollieren und dafür sorgen, dass es immer i.S. der Täter „gehört“, ansonsten richten „böser Zauber“ Schäden im Opfer an, wenn es nicht („freiwillig“) gehört.
- **Implantate von Botschaften:** Mind-Control (5+6) : während das Opfer in durch Drogen, Elektroschocks, Isolation, Eingesperrtsein, Schlaf-, Nahrungs-, Wasser- Sauerstoff- und sensorischer Deprivation gehalten oder anderweitig gefoltert wird, werden ihm Botschaften visueller oder akustischer Art immer wieder dargeboten, die teilweise fiktiv, verzerrt oder realistisch sein können (Videos, Tonbandstimmen, Fotos etc.): hierdurch Manipulation dissoziativer Persönlichkeitsanteile.

Hypnoanalytische Erklärung von Mind-Control (J. Peichl)

- Verhaltensstrategie sadistischer Täter: er ist ein Künstler der Einfühlung, verfolgt die emotionale Erwiderng des Opfers, um seine Strategie genau anzupassen.
- Die zerstörerische Bindung zwischen Täter und Opfer läuft über den (intimen, penetrierenden) Augenkontakt, den der sadistische Täter mit Schmerz und Drohung vom Opfer erzwingt. Im Opfer wird das Gefühl des totalen Ausgeliefertseins, der Verschmelzung ausgelöst, des Sich-nicht-Verstecken-Könnens und Durchschaut-Werdens.
- Das Opfer gerät immer tiefer in den Sog der Kontrolle durch den anderen. Die wachsende Fremdbestimmung führt zum Verlust des eigenen Körpergefühls, für die eigene Selbstidentität.
- Opfer schützt sich durch Rückzug, Verstecken, Verbergen eigener Empfindungen, damit diese nicht gegen es benutzt werden können.
- Beziehungen sind immer unsicher und mit Beziehungsabbruch bedroht bei gleichzeitiger Sehnsucht nach Bindung und Nähe.

Hypnoanalytische Erklärung von Mind-Control (J. Peichl)

- Sadistischer Täter projiziert eigene Schlechtigkeit auf das Opfer, welches sich extrem negativ im Selbstbild erlebt, da es die Projektion des Täters als malignes Täterintrojekt in sich aufnimmt und die Grenzen sich auflösen. Täter wird zum Fremdkörper, zum malignen Introjekt und bewohnt Körper des Opfers.
- Die Botschaft des Täters lautet: *Du bist wie ich, ich sehe tief in deine Seele und deine Schlechtigkeit. Durch die Verschmelzung wird Opfer zum Verbündeten für das Wissen der Schlechtigkeit.*
- J.Peichel: „Manchmal hat man den Eindruck, es gäbe ein Ego-State, das aus einer Fusion von sadistischem Täterdenken und angstvollem Opferverbergen besteht – eine Art parasitäres Opfer/Täter-Introjekt.“
- **Therapieziele:** da Verwirrung und Ängstigung Reflektieren, Planen und Entscheiden verhindert, sollten Techniken zum Umgang mit Triggern und zur Besänftigung von verletzten/verletzenden Selbstanteilen erlernt werden.

Hypnoanalytische Erklärung von Mind-Control (J. Peichl)

- **Therapieziele:** unterscheiden lernen, welches Näheangebot hilfreich ist und welches eine Wiederholung sadistischer Ausbeutung ist.
- Erkennen, dass auf Dauer Verbergen, Täuschen und Sichunsichtbar-machen keine erwachsene Überlebensstrategie ist.
- Erkennen, dass das Zeigen von Verletzlichkeit in der Therapie nicht mit Folter und Ausbeutung beantwortet wird.
- Vertrauen muss erst gelernt und ausprobiert werden: zwischen zu wenig und einer naiven grenzenlosen Unbekümmertheit.
- Sicherheit ist etwas, was aktiv hergestellt werden muss, dafür sollte die Entstehung des Täterintrojekts als Überlebensmechanismus in seiner Funktion anerkannt werden, die Inhalte seiner Tiraden aber infrage gestellt werden.
- Ziel ist es, das sadistische Täterintrojekt in einer gemeinschaftsdienlichen Form zu erhalten und dem Patienten zu helfen, sich maximal von dessen Anschauungen zu distanzieren.

Ebenen von Mind-Control (7) (M.Huber 2013)

- **Programmierung:** Verwendung systematischer Folter, um die Denk- und Kombinations-Fähigkeit des Opfers durch Schmerz, Schock, Drogen, Täuschung, Hypnose, sensorische Deprivation oder Überstimulierung (Kälte, Hitze, Sauerstoffmangel, Drehen, Hirnstimulation – häufig in Nahtod-Erfahrungen) zu blockieren.
- Gefolgt von Suggestionen und klassischem bzw. operantem Konditionieren, wobei Gedanken, Ziele, Wahrnehmungen im Unbewussten verankert werden.
- Häufig in neu geschaffenen, Trauma-induzierten dissoziativen Teilidentitäten, die das Opfer zwingen, Befehlen ohne kognitives Alltagsbewusstsein zu folgen, Handlungen auszuführen, die den moralischen, spirituellen und willentlichen Überzeugungen des Opfers widerstreben.
- Woran Programmierung erkennen: Unruhe, Sog, Zwang (es zu tun), sonst lauter, schlimmer (Backups), schafft man das eine, wird ein anderes Niveau ausgelöst, Dominosteine fallen.

Bindungsmuster nach Main und Solomon (1986, 1990), Bowlby und Ainsworth (1978)



- Täterintrojekt ist ein Ego-State, der sich im Zuge traumatischer Dissoziation als Ausdruck ernsthafter Grenzverletzung zwischen Täter und Opfer herausbildet und zur Desintegration des Identitätsgefühls im Opfer führt. Teils handelt es sich um eine kreative Anpassungsleistung, teils – jenseits einer individuellen Grenze – um eine psychosenahe Selbstaufgabe im Trauma (totale Unterwerfung im sadistischen Modus mit erzwungener Fusion zwischen Täter/Implantat und Opfer).
Bindungsmuster Typ-D-Bindung: desorganisiert/desorientiertes Muster

Nach Jochen Peichl führen 5 Schritte zur Bildung des Täterintrojekts als Fremdkörper im Selbst



- 1. Ohnmacht (kann nicht kämpfen) blockiert Gefühle von Hass, Ekel, Ablehnung im Opfer, das Angst und Liebe dem Täter entgegen bringt trotz dessen entgegengebrachtem Hass, Verachtung, Kontrolle in der Gewaltsituation, die dem Täter narzisstische Befriedigung bringt.
- 2. Opfer unterwirft sich bei Hilflosigkeit (kann nicht fliehen), Todesangst, Kontrollverlust, bzw. dissoziiert und geht zur
- 3. Finalen Abwehrstrategie der totalen Einfühlung in den Täter über.
- 4. Beim Zusammenbruch der Selbst- und Objektgrenzen
- 5. Kommt es zur Introjektion des Täters im Selbst
- Über sadistische Abwehr im Opfer (Überlebensstrategie: kleinen Bruder quälen) ergeben sich verheerende Folgen für das Selbstwertgefühl (masochistischer Abwehrmodus: bin böse) und weitere Selbstentwicklung, wenn Opfer durch Distanz sich nicht entlasten kann.

Nach Jochen Peichl hat Täterintrojekt Schutzfunktion



- Mit dem hypno-analytischen Ansatz von John und Helen Watkins kann ich den Schutzcharakter/Funktion der Täterintrojektion, der dem Überleben in einer traumatischen Schocksituation dient, im Sinne eines psychischen Notfallmechanismus, nutzen.
- Wir benötigen hierzu das Wissen von Täterintrojekten, um sie im therapeutischen Prozess zu bemerken, und brauchen Methoden, um sie in die Arbeit am Problem des Patienten einzubinden.
- Täterintrojekte entstehen infolge der strukturellen Dissoziation und werden im weiteren Verlauf der psychischen Entwicklung und Anpassung an die traumatische Wunde im Selbst strukturiert und imaginativ ausgestaltet. Somit werden Täterintrojekte psychisch durchgearbeitet, da sie mehr oder weniger abgegrenzte Selbst-Zustände (Alterpersönlichkeiten, engl. to alter = wechseln, ändern) sind.

- Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“. Der Abschlussbericht der Beauftragten (www.beauftragte-missbrauch.de) konstatiert, dass bei einigen Bereichen „dringlicher Aufklärungs- und Forschungsbedarf“ besteht. Rituelle Gewalt wird hier ausdrücklich als einer von fünf Bereichen benannt (definiert als organisierte rituelle kultische Handlungen wie z.B. ritueller sexueller Missbrauch, rituelle körperliche Misshandlung, schwarze Messen).
- „Rituelle Gewalt ist auch durch den Druck und die Gefahr, denen Betroffene ritueller Gewalt seit frühester Kindheit ausgesetzt sind, nur wenig erforscht und statistisch kaum erfasst. Oft leiden Betroffene unter multiplen Persönlichkeitsstörungen und sind bereits im Kindesalter so massiv unter Druck gesetzt worden, dass es Ihnen sehr häufig nicht möglich ist, das Geschehene zu benennen und sich Hilfe zu suchen....“ (Abschlussbericht, Beauftragte)

- In Deutschland ergaben Befragungen in drei Bundesländern aller VertragstherapeutInnen der Gesetzlichen Krankenversicherungen, dass 10-13% der Antwortenden mit dem Thema Rituelle Gewalt konfrontiert sind.
- Umfragestudie aus den USA vom National Center on child Abuse an Neglect (1995,2011) beantworteten von 6910 befragten Psychologen, Psychiatern und Sozialarbeitern 31% der Teilnehmer die Frage positiv, dass sie mit dem Thema Rituelle Gewalt konfrontiert werden. Bei einem hohen Anteil dieser Fälle lag die Diagnose DIS vor mit sehr hoher Glaubwürdigkeit der geschilderten Angaben .
- 2006 Deutsches Ärzteblatt: Gast et al.: DIS kommt in 5 % in psychiatrischen Populationen vor. Die DIS gilt als Traumafolgestörung aufgrund schwerer Kindesmisshandlung...

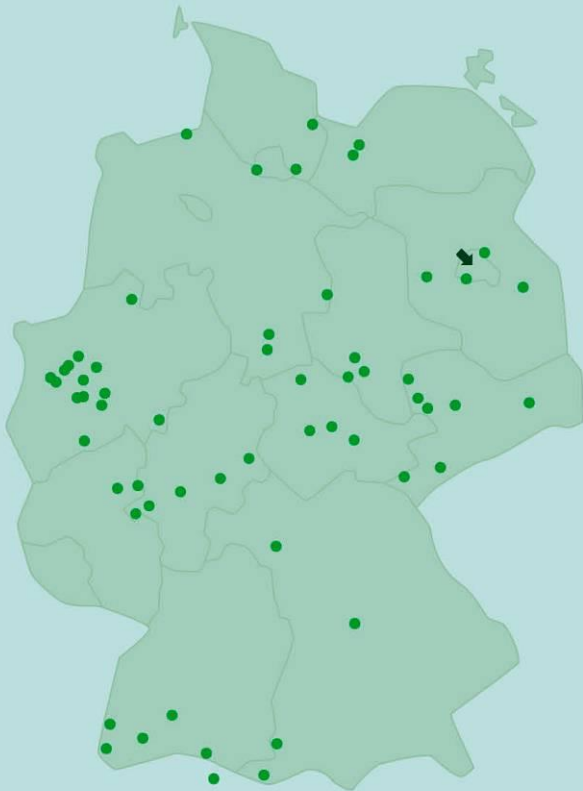
- Diese methodischen Programmierungen sind z.B. durch Mengele in Konzentrationslagern „getestet“ worden, professionelle Täter wenden sie auch heute weiter an (CIA, Stasi, Neonazis, Sekten).
- Wer profitiert davon: „Es ist ein Millionengeschäft“ BKA-Chef Ziercke in der Sendung „Missbrauch auf Mausklick“, ZDF. Schätzungen der Vereinten Nationen zufolge werden mit Menschenhandel jährlich weltweit zwischen 25 und 35 Milliarden Euro umgesetzt, betroffen sind 2,5 Millionen Menschen, etwa die Hälfte davon Kinder und Jugendliche. (Christian Schneider, deutscher Geschäftsführer des Kinderhilfswerks UNICEF, Stern-TV, Januar 2013).

- dort heißt es: "Mit dem neuen Gesetz zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG), das Ende Juni in Kraft getreten ist, werden die Rechte der Betroffenen entscheidend verbessert. Künftig können Sexualstraftaten länger strafrechtlich verfolgt werden. Die Verjährung beginnt in Zukunft erst mit Vollendung des 21.Lebensjahres, was konkret dazu führt, dass alle schweren Sexualdelikte künftig frühestens mit Vollendung des 41.Lebensjahres des Opfers verjähren. Betroffenen soll damit die Zeit gegeben werden, das Geschehene zu verarbeiten und eine Entscheidung darüber zu treffen, ob sie eine Strafanzeige stellen wollen. Zivilrechtliche Schadensersatzansprüche werden zudem künftig erst nach 30 Jahren statt wie bisher schon nach drei Jahren verjähren. Dies gilt nicht nur für Schadensersatzansprüche wegen vorsätzlicher Verletzung des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung, sondern auch für solche wegen vorsätzlicher Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit und der Freiheit.

- Die mit dem StORMG geänderten Verjährungsvorschriften wirken verlängernd auch für bereits begangene Taten und bestehende Ansprüche, soweit diese noch nicht verjährt sind.
- Weiter soll im Strafverfahren eine unnötige Belastung minderjähriger Opfer, beispielsweise durch Mehrfachvernehmungen, vermieden werden. So setzt das Gesetz Impulse, um den Einsatz von Videoaufzeichnungen richterlicher Vernehmungen in der Hauptverhandlung in der Praxis zu verstärken." Ende des Zitats.

- CAT Konvention und UN Menschenrechtsausschuss: gesellschaftliche und politische Verpflichtung, Opfer physischer, psychischer und sexualisierter Folter Solidarität, Behandlung und Rehabilitation zu gewähren.
- Folterspuren sind zu dokumentieren (siehe hierzu das Istanbul-Protokoll).
- Vernetzung! Fortbildung!
- Die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen wird diesen Nöten nicht gerecht!
- „Erst das Notwendige, dann das Mögliche....und Du schaffst das Unmögliche!“

- Jochen Peichl: „Innere Kinder, Täter, Helfer & Co“, Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst, Klett-Cotta Verlag /Leben Lernen (2011) u.a.
- S.Boon, K.Steele & O.Van Der Hart: „Traumabedingte Dissoziation bewältigen“, Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten, Junfermann Verlag (2013)
- ZPPM (Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin), Jg. 10 / 2012 / Heft 4: Themenschwerpunkt Rituelle Gewalt, Asanger Verlag
- L.Reddemann: „Imagination als heilsame Kraft“ u.a. (PITT-Manual) Klett-Cotta/Leben Lernen u.a.
- S.Graessner, M. Wenk-Ansohn: „Die Spuren von Folter“, 001, Schriftenreihe Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, www.bzfo.de
- Istanbul Protocol: Psychological Evaluation of torture Allegations (A guide for Psychologists), Medical Physical Examination of Alleged Torture Victims (A guide für medical doctors), Action against Torture (A guide für Lawyers), irct@irct.org, www.irct.org (paperback, PDF) auch in Deutscher Sprache



Vielen Dank!

HELIOS Klinikum Schleswig

www.helios-kliniken.de