

Rückblick auf den Yom Kippur Krieg

Symptome und therapeutische Interventionen bei Kampf-Streß-Reaktionen

Moris Kleinhaus und Zahava Solomon¹

Zusammenfassung: Zur Vermeidung von Chronifizierung sollten während eines Kampfeinsatzes auftretende akute psychopathologische Reaktionen von Soldaten ähnlich anderen Verwundungen sehr ernst genommen und individuell flexibel behandelt werden. Hypnotische therapeutische Techniken sind hier von unschätzbarem Wert. In diesem Artikel stellen wir zunächst eine therapeutisch orientierte Klassifikation der bei Kampfsoldaten häufiger auftretenden psychopathologischen Syndrome vor und beschreiben dann das entsprechende therapeutische Vorgehen inklusive der angewandten hypnotischen Techniken.

Eines der schlimmsten Ereignisse, denen sich Menschen ausgesetzt sehen können, ist der Krieg. Krieg war unglücklicherweise integraler Bestandteil von Israels 44jähriger Existenz. Der Yom Kippur Krieg 1973 kann als der dramatischste angesehen werden. Während der Kampfhandlungen war der erste Autor, Moris Kleinhaus, als Psychiater in einem Feldlazarett stationiert, in dessen psychiatrische Station Soldaten mit Kampf-Streß-Reaktionen überwiesen und mit Erster Hilfe versorgt wurden. Die Behandlung beinhaltete den ausgiebigen Gebrauch von Hypnose und dauerte zwei bis sieben Tage. Danach wurden die meisten dieser Soldaten in die Etappe, eine weiter hinter der Front liegende Einheit zur weiteren Untersuchung bzw. Behandlung verlegt.

Nach nun 18 Jahren machten wir 169 von ursprünglich einmal ca 400 ehemaligen Patienten ausfindig und von diesen stimmten 109 einer klinischen Katamnese zu. Diese Studie sollte anhand von Fragebögen das Vorliegen von post-traumatischen Streß-Reaktionen (PTSD) und anderen psychopathologischen Symptomen abklären. Hier berichten wir das Ergebnis dieser Studie hinsichtlich der Symptome und der therapeutischen Strategien, welche bei den damaligen Kampf-Streß-Reaktionen angewandt worden waren.

Die Anwendung hypnotischer Techniken bei psychiatrischen Fällen im Kriegsgeschehen ist in der Vergangenheit schon beschrieben worden; die Behandlung damals war hypnotisch ausgerichtet und begann in der Regel erst nach einigen Wochen bis Jahren nach dem traumatischen Ereignis in Truppeneinheiten weit entfernt von der Front (vgl. Watkins, 1949). Im Gegensatz dazu geschahen unsere therapeutischen Interventionen direkt und unmittelbar - gewissermaßen als eine Art Erste-Hilfe-Behandlung - während der aktuellen Kampfhandlungen des 1973er Yom Kippur Krieges in einem Feldlazarett. Hyp-

nose war natürlich nur eine Maßnahme in einem umfassenden, auf die einzelne Person zugeschnittenem Behandlungsprogramm.

Als Entscheidungshilfe für den richtigen therapeutischen Ansatz zur Behandlung der Kampf-Streß-Reaktionen taugen alte Begriffe wie "Kampfschock", "Kriegsneurose", "Kampferschöpfung" oder "Kampfmüdigkeit" nicht; auch der Begriff Post-Traumatic Streß-Disorder (PTSD) beschreibt nicht alle psychischen Reaktionen, welche während und nach dem Kampf auftreten können. Wir hatten daher höchst individuumszentriert vorzugehen, um allen möglichen psychopathologischen Vorkommnissen gerecht werden zu können, und damit steigerten wir unsere Effektivität in der akuten Phase der verschiedensten Kampf-Streß-Reaktionen, unter denen manche Soldaten litten.

Entsprechend der Häufigkeit ihres Auftretens beschreiben wir nun die folgenden Kampf-Streß-Reaktionen und deren Behandlung:

- Traumatische Streß-Reaktion
- Kampferschöpfung
- Angst und Panik
- Konversionsreaktionen
- Trauerreaktionen
- Andere Reaktionen.

1. Traumatische Streß-Reaktion

Mit diesem Begriff meinen wir eine zweistufige Reaktion auf einen traumatischen Stressor. Die erste unmittelbare Reaktion entspricht dem DSM-III-R-Kriterium (APA, 1987), einer kurzen reaktiven Psychose. Fast gleichzeitig oder kurz danach entwickeln sich üblicherweise Symptome einer PTSD. Da das DSM-III-R mindestens einen Monat Dauer für das Vorliegen einer PTSD verlangt, schlagen wir die Bezeichnung traumatische Streß-Reaktion für diesen Typ vor.

Beschreibung: Der betroffene Soldat ist hinsichtlich Ort und Zeit desorientiert, von der Realität und seiner Umgebung dissoziiert, benommen, in einem psychosomatischen Zustand. Es können Illusionen oder Halluzinationen auftreten; er verhält sich verwirrt. Auch wenn das Denken nicht desorganisiert ist, tritt häufig Amnesie auf. Diese bezieht sich dann hauptsächlich auf die dem Trauma folgenden Ereignisse und die Verlegung in das Feldlazarett, nicht aber auf das Erlebnis des Traumas selbst, welches "fixiert" bleibt, wie wenn die Zeit seit dem Erleben stehengeblieben sei. Man hat den Eindruck, als ob der Patient wieder und wieder durch die gleiche Teil-Abreaktion hindurchgeht, die in stereotyper Art auf verbale und/oder nonverbale Art immer wieder abläuft. In diesem Zustand kann es zu Fehl-Identifikationen kommen, so daß der Soldat den Therapeuten oder andere Mitglieder des Betreuungspersonals für einen seiner Kameraden hält (üblicherweise einen Freund, der im Kampf gefallen ist).

Wir konnten zwei Unterformen von traumatischen Streß-Reaktionen finden; allerdings kommen auch Übergänge von der einen zur anderen oder Mischformen vor.

- a) Die *ausagierende Form* mit motorischer Hyperaktivität: Üblicherweise kommt der Soldat in der psychiatrischen Station auf einer Liege festgebunden an. Er verhält sich aber als sei er immer noch auf dem Schlachtfeld, schreit seinen Kameraden (üblicherweise zu dem, der gerade gefallen ist) Befehle oder Kampfrufe zu.

- b) Die *stuporöse Form* mit motorischer Katatonie: Dem Soldat zittern Hände und Beine, er ist ansonsten aber bewegungslos. Ein leerer ausdrucksloser Blick ist typisch, mit übertriebenen und verwirrten Reaktionen auf plötzliche akustische oder taktile Stimuli. Es kommt auch Mutismus vor oder das Sprechen ist durch Stottern schwer behindert.

1.1 Die Rolle der Hypnose in der Behandlung.

Generell muß gesagt werden, daß solche Patienten außergewöhnlich schnell - in weniger als einer Minute - in einen hypnotischen Zustand gelangen. Sanft aber bestimmt brauchte ich in etwa nur folgendes zu sagen: "Du bist jetzt in einem Feldlazarett ... ich bin Arzt und werde Dir helfen ... nun werde ich für Dich von 1 bis 10 zählen und Du wirst Dich sicher, müde und schläfrig fühlen ... 1, schläfrig ... 2, sicher und geborgen ... " etc.

Es war beeindruckend zu sehen, wie eine ganze Anzahl von Soldaten, die schreiend und in unterschiedlichen Stadien psychomotorischer Erregung hereingebracht wurden, oft innerhalb kürzester Zeit und fast gleichzeitig in hypnotischen Schlaf und damit zum Schweigen gebracht werden konnten. Danach erst war es möglich, entsprechend der Umstände und der Notwendigkeiten über das Timing der weiteren Behandlung nachzudenken. Wir glauben, daß die gute Reaktionsbereitschaft der Patienten darauf zurückzuführen ist, daß sie unter extremem Streß standen und deshalb höchst motiviert waren. Des weiteren waren sie physisch und emotional völlig erschöpft und schon in einem dissoziationsähnlichen Zustand. Auch wenn sie sich zunächst psychotisch verhalten hatten, reagierten sie fast ausnahmslos auf diese kurze Induktionsprozedur. Aufgrund dieser hohen Reaktionsbereitschaft konnte ich hypnotische Techniken sehr direkt anwenden. Bekanntermaßen kann man hypnotische Reaktionen auch dann ohne formale Induktionsprozeduren hervorrufen, wenn sich der Patient ohnehin schon in einem dissoziierten, hypnoseähnlichen Zustand befindet. (Dies bezieht sich in der Regel auf alle Notfall-Situationen).

Die dann folgende Behandlung kann unter drei größeren Überschriften beschrieben werden: Abreaktion, Re-Synthese, Desensibilisierung.

1.1.1 Abreaktion

Mit Hilfe der Abreaktion soll das emotional isolierte Material kathartisch wiederbelegt werden. Dies gilt insbesondere für die stuporöse Form; abreaktive Prozesse sind aber auch bei Fällen der ausagierenden Form hilfreich, welche sich in einer - so könnte man sagen - andauernden, nicht endenwollenden Teil-Abreaktion befinden. Das Ziel ist hier der volle Ausdruck allen unterdrückten Materials. Eine zeitliche Regression kann zu einem detaillierten Wiedererinnern der ganzen Ereigniskette vor, während und nach dem Trauma bis hin zur Ankunft auf der psychiatrischen Station führen: "Du bist nun auf dem Kampfplatz ... Du bist dort und es wird heftig gekämpft ... Du kannst die Panzer hören ... Du kannst die Explosionen hören ... Du kannst die Kampfflugzeuge hören und die Artillerie ... und während Du dort bist, kannst Du mir erzählen, was gerade passiert ... erzähl' es mir jetzt ... wo bist Du? ... Wer ist bei Dir? ... Was passiert?" Diese und andere relevante Fragen und Bemerkungen sind den erhaltenen Informationen und den Reaktionen des Patienten angepaßt: "Ja ... mach weiter ... und jetzt ... es ist in Ordnung zu schreiben ... es ist in Ordnung zu weinen ... laß all Deine Gefühle heraus ... alle Gefühle." Am Ende einer

solchen Sitzung wurden wiederholt Suggestionen gegeben, "einige oder alle Ereignisse zu vergessen, je nachdem es Deiner körperlichen oder seelischen Gesundheit guttut". Auch posthypnotische Suggestionen zur Ich-Stärkung sind angebracht, wie z.B.: "Du wirst Dich besser fühlen ... es gibt keinen Grund, sich schuldig zu fühlen ... Du wirst fähig sein damit besser umzugehen ... Du wirst besser schlafen können, mit Dir und Deiner Umgebung besser umgehen", oder Suggestionen für körperliche Ruhe und emotionales Wohlbefinden. Eine solche Sitzung endet üblicherweise damit, daß der Patient wieder dehypnotisiert wird.

Während und auch nach einem solchen Abreaktionsprozeß erinnert der Patient das meiste und teilt es mit, ohne hierzu gedrängt zu werden. Wenn er sich nicht spontan erinnert, wird dies als Zeichen dafür angesehen, daß er noch nicht bereit ist, sich dieser Erfahrung zu stellen. Amnesie wird als Widerstandsmechanismus ernstgenommen und sollte nicht gebrochen werden.

Es ist wichtig im Auge zu behalten, daß bei abreaktiven Prozessen angemessene Maßnahmen nötig sind, den Patienten und das Behandlungspersonal vor körperlichen Schäden zu bewahren. Einer unserer Patienten stürzte während einer solchen Sitzung einmal in eine Ecke des Zeltes und griff sich ein Maschinengewehr. Glücklicherweise waren zwei Wachen anwesend, die ihn davon abhielten, das Feuer zu eröffnen.

Wie schon gesagt, ist das wichtigste Ziel des Abreaktions-Prozesses in chronologischer Folge und so spezifisch wie möglich alle Ereignisse vor, während und nach dem Trauma bis hin zur Einlieferung zu rekonstruieren und emotional ausdrücken zu lassen. Unnötig zu erwähnen, daß dies oft nicht in einer einzigen Sitzung geschehen kann und daß Flexibilität vorzuziehen ist. Die Anzahl der Sitzungen hängt vom Patienten ab; üblicherweise aber sind zwei bis drei Sitzungen von 1 bis 2 Stunden Dauer während der ersten zwei Tage angemessen. Man sollte damit aufhören, wenn sich die Verfälschung des Soldaten augenscheinlich verschlechtert, wenn sich nach drei bis vier Sitzungen kein weiterer Erfolg abzeichnet oder wenn eine Art beginnender "Abhängigkeit" von der Abreaktion zu beobachten ist und/oder wenn ein spontanes Abreagieren einsetzt. Zurückliegende traumatische (Kriegs-) Erfahrungen sollten auch in Betracht gezogen und gegebenenfalls mit einbezogen werden.

1.1.2 Re-Synthese

Der zweite Schritt in der Behandlung ist die Re-Synthese und die Re-Integration des Ich. Dies kann erreicht werden durch ein auf einer kognitiven Ebene stattfindendes Durcharbeiten des Materials, welches vorher in der Phase der Abreaktion gesammelt worden ist. Entspannung kann hierbei sehr hilfreich sein, denn dann ist der Patient empfänglicher für Suggestion, zur Selbst-Kontrolle und für kognitive emotionale Reeducation. Essentiell in diesem Prozess der Resynthese ist es, die existentielle Bedeutung des Ereignisses herauszuarbeiten. Drei grundsätzliche Aspekte des Traumas dürfen nicht übersehen werden: Die Erfahrung des bevorstehenden Todes und die Gefühle von *Schuld* und *Wut*. Diese drei Aspekte gehören zu der Kampfsituation, in welcher sich der Soldat dem Tode konfrontiert sieht, in welcher Kameraden getötet werden, während er am Leben bleibt, und in welcher Wut auf alle und alles eine inhärente emotionale Komponente ist.

Dieses Durcharbeiten mit dem Ziel der Resynthese und der Reintegration des Ichs sollte sowohl individuell geschehen wie auch in der Gruppe. Leitlinie sollte ein Hier- und Jetzt-Prinzip sein wie auch die Erwartung auf Wiedereingliederung in den militärischen Dienst. (Dies dient dem Patienten insofern, als es weitere Schuldgefühle und damit eine weitere Verschlechterung seines Selbstwertgefühles im Falle einer nicht gelingenden Wiedereingliederung verhindert.) Zwei tägliche Gruppentreffen von je 2 bis 3 Stunden sind zu empfehlen.

Ebenso zu empfehlen ist auf dieser Stufe, das traumatische Ereignis unter Hypnose so zu rekonstruieren, daß die beteiligten Emotionen voll unter Kontrolle bleiben: "Diesmal kontrollierst Du das Ereignis ... Du kontrollierst Deine Gefühle ... Du kannst durch alles nochmals hindurchgehen und gleichzeitig fühlen, daß alles unter Deiner Kontrolle ist ... egal wie schlimm es sein mag ... Deine Gefühle sind unter Deiner Kontrolle ... diesmal kontrollierst Du alles." Zusätzlich ist es angebracht, Ich-stärkende Suggestionen zu geben, etwa: "Du wirst Dich besser und besser fühlen und fähig sein, damit besser und besser umzugehen. Du wirst Dich mehr und mehr sicher und selbstbewußt fühlen und besser mit Deinen Gefühlen umgehen können ..."

1.1.3 Desensibilisierung

Ich habe es oft erlebt, daß Patienten sehr schnell Symptome entwickeln, welche den Kriterien einer PTSD entsprechen. Die hervorstechendsten sind phobische Reaktionen gegenüber den Stimuli, welche mit dem Trauma verbunden sind, wie z.B. Panzer, Flugzeuge, Explosionen und andere Kriegsgeräusche. Hypnose erwies sich hier sehr nützlich, einen soliden Entspannungszustand als Basis für weitere Desensibilisierungstechniken herzustellen. Des weiteren können diese Prozeduren durch hypnotische Visualisierungen und hypnotische Halluzinationen der relevanten Stimuli erleichtert werden.

1.2 Verlauf und Ergebnisse

Die psychotischen Reaktionen verschwanden in der Regel innerhalb von ein bis zwei Tagen. Wie schon oben ausgeführt, entwickelten sich post-traumatische Streß-Symptome fast gleichzeitig mit der unmittelbaren Reaktion, auch wenn der Patient seine normale Orientierung in Raum und Zeit wiedergewonnen und mit der Wirklichkeit wieder Kontakt aufgenommen hatte. Schlaflosigkeit, Alpträume im Zusammenhang mit dem Trauma, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, körperliche Schwäche und Müdigkeit sowie phobische Reaktionen blieben häufig bestehen; als weitere Symptome waren zu beobachten: Apathie, Rückzug, Niedergeschlagenheit und motorische Verlangsamung, spastischer Gang, leichtes bis schweres Stottern, Schreckreaktionen und eine allgemeine Reduktion der Ich-Funktionen. Neben wiederkehrender Amnesie konnten auch psychophysiologische Reaktionen, wie Kopfschmerzen oder Benommenheit beobachtet werden. Solche Symptome - typisch für PTSD - machten eine Weiterbehandlung über die ursprünglich geplanten zwei Tage hinaus bis zu einer Woche notwendig. In diesen Einzel- und Gruppentherapien wurde wieder Wert gelegt auf die Hier- und Jetzt-Orientierung und auf gegenseitige soziale Unterstützung, auf Ich-stärkende und symptomreduzierende Techniken und darauf, regressives Verhalten zu verhindern. Weitere Gruppenaktivitäten, Sport und ein strenger Tagesplan gehörten mit zu den flankierenden Maßnahmen; falls angezeigt, wurden auch Medikamente verabreicht. Am Ende der einwöchigen Behandlung

wurden die meisten der Patienten zur weiteren Überprüfung in die Etappe zurückverlegt. Einige kamen wieder zu ihrer Einheit an die Front und einige wenige blieben im Feldlazarett in Hilfsdiensten stationiert.

Da wir bis zur Aufnahme der Patienten keine klinischen Daten über sie hatten, wurden die Anamnesen während der Behandlung erhoben. Es folgen nun einige kurze Fallbeschreibungen.

Fall 1

Ein junger Soldat wurde in katoniformem Zustand eingeliefert. Seine zitternden Hände waren in einer halb offenen, nach vorne gerichteten Geste wie eingefroren, so als hielte er etwas in den Händen. Er war völlig mutistisch und es schüttelte ihn am ganzen Körper. Er schaute abwesend, mit leerem Blick, und reagierte nur auf taktile Reize, dann aber völlig überrascht und verwirrt; danach fiel er sofort wieder in seinen stuporösen Zustand zurück. Innerhalb weniger Sekunden war er hypnotisch reagibel und berichtete, was passiert war: Er war Panzerfahrer und sein Panzer war getroffen worden. Dabei fiel der vom Rumpf getrennte Kopf des Kommandanten in seine Hände. Die Behandlung wurde wie oben beschrieben durchgeführt und bei einer Katamnese nach einem Jahr - er bat da um Beratung wegen eines neuen Jobs - waren keine weiteren psychopathologischen Symptome mehr zu finden. Er hatte sich mit den Eltern seines toten Kommandanten angefreundet und war von diesen adoptiert worden.

Fall 2

Mit Ausnahme der verwirrten Reaktion auf taktile Reize war das klinische Bild sehr ähnlich. Dieser mutistische Soldat bewegte seine beiden halboffenen Hände, die Handflächen nach oben gerichtet, in stereotyper Manier auf und ab, so als wolle er wieder und wieder Kopf und Gesicht schützen. In Trance erzählte er, daß diese Bewegung einsetzte, als von einem feindlichen Flugzeug abgefeuerte Raketen in seine Richtung flogen und dann in seiner unmittelbaren Nähe einschlugen.

Fall 3

Drei Tage nach Kriegsbeginn brachte ein Soldat einen Kameraden zu uns ins Lazarett, den er in einem Kampfbunker gefunden hatte. Dieser hatte drei Helme: einen auf seinem Kopf, den zweiten über dem Herzen und der dritte schützte seine Genitalien. Ansonsten war er in einem stuporös-katonen Zustand, mutistisch, am ganzen Körper zitternd und völlig unempfindlich gegenüber jeglichen Stimuli. Unter Hypnose berichtete er von seiner Angst und seinen Schuldgefühlen: Am ersten Kampftag hatten feindliche Soldaten alle seine Kameraden massakriert. Er selbst entkam nur deshalb, weil er sich rechtzeitig versteckt hatte.

Fall 4

Es handelt sich um jenen Soldaten, Infanterist, der während der abreaktiven Phase beinahe das Feuer aus einem Maschinengewehr eröffnet hätte. Als er zu uns gebracht wurde, war er sehr aufgeregt, rastlos und fuhr fort, Befehle zu geben, so als wäre er inmitten des

Kampfes: "Moshe ... lauf, lauf ... schieß ... auf was wartest Du ... schieß endlich ... Eli, schütze Moshe ... schütze ihn" etc. Moshe war sein Kampfkamerad und Freund und war in dieser Phase des Kampfes gefallen. Seine Behandlung, wie oben beschrieben, war erfolgreich. Er konnte zu seiner Einheit zurückkehren.

2. Kampferschöpfung

Mit Kampferschöpfung meinen wir einen Zustand körperlicher und geistiger Müdigkeit nach langem und anstrengendem Kampfgeschehen. Der Patient ist hinsichtlich Raum und Zeit voll orientiert, seine Realitätswahrnehmung ist unbeeinträchtigt und seine mentalen Funktionen intakt. Er klagt nur über große Müdigkeit und hat das übergroße Bedürfnis nach Ruhe. Der Soldat schaut abgespannt und bleich aus, und manchmal kann man auch einen Tremor beobachten. Er hat keinen Appetit, sein Verhalten ist indifferent und apathisch; dennoch zeigt er eine erniedrigte Reizschwelle und Anzeichen von Rast- und Ruhelosigkeit.

2.1 Behandlung

Die Grundbehandlung besteht darin, ihn mit Flüssigkeit - notfalls intravenös, wenn eine ernsthafte Dehydrierung anzunehmen ist - und mit Essen zu versorgen und dann hypnotisch einen 12- bis 14stündigen Schlaf zu suggerieren (vgl. Kleinhaus, 1992). Nach dem Aufwachen wurde ein unterstützendes Gespräch geführt mit dem Ziel, ihn zu seiner Einheit zurückkehren zu lassen.

Bei diesen Soldaten ist auch die Umgebung wichtig. So sollten sie beispielsweise nicht mit den anderen, ernsthafter beeinträchtigten Patienten während ihres Lazarettaufenthaltes zusammensein, um keine regressiven Tendenzen und negativen Befürchtungen hinsichtlich ihrer Rückkehr zum Kampfgeschehen zu stimulieren. Kampferschöpfte Soldaten wurden daher auf der inneren und nicht auf der psychiatrischen Station des Lazarets behandelt.

2.2 Verlauf und Ergebnisse

Man kann erwarten, daß solche Soldaten innerhalb 24 bis 48 Stunden wieder zu ihrer ursprünglichen Kondition zurückfinden und deshalb auch innerhalb dieses Zeitraumes zu ihrer Einheit zurückkehren können.

3. Angst und Panik

Der Soldat ist zeitlich und räumlich orientiert, hält normalen Kontakt zur Wirklichkeit und seine mentalen Funktionen sind intakt. Angst- und Paniksymptome zeigen sich in psychophysiologischen Reaktionen, wie kaltem Schweiß, naßkalten Händen, Erbrechen, Diarrhoe, häufigem Wasserlassen, erweiterten Pupillen, erhöhtem Puls oder schnellem, flachem Atem, der zur Hyperventilation mit tetanischen Anfällen führen kann.

3.1 Behandlung

In solchen Fällen raten wir zu einer unmittelbaren medikamentösen Behandlung, um die Attacke so schnell wie möglich zu stoppen. In den meisten Fällen reichen 10 bis 20 mg Diazepam, intravenös verabreicht, aus, um die Symptome zu mildern und den Patienten einschlafen zu lassen. Nach dem Aufwachen kann dann Hypnose eingesetzt werden; zunächst, um Entspannung zu induzieren, in welcher dann Suggestionen ähnlich der folgenden sich als sehr hilfreich erwiesen haben: "Du fühlst Dich nun ausgeruht und fähig mit der Situation umzugehen ... bald wirst Du Dich besser fühlen ... und bald wirst Du Dich fähig fühlen, das Lazarett wieder zu verlassen" etc.

3.2 Verlauf und Ergebnis

Nach dem Aufwachen ist der Soldat gewöhnlich frei von Symptomen, kann aber leicht wieder einen Rückfall erleiden. Hypnose und Selbsthypnose zum Erreichen von Entspannung und Ruhe waren dann meist ineffektiv. Soldaten mit solchen Symptomen wurden daher in der Regel zur weiteren Behandlung und Rehabilitation in die Etappe zurückverlegt.

Fall 5

Ein Soldat wurde in einem Zustand der Panik, am ganzen Körper zitternd eingewiesen. Er war Fahrer eines Munitionswagens und war von einem Flieger angegriffen worden. Es gelang ihm noch, das Fahrzeug zu verlassen und in Deckung zu gehen, bevor alles in die Luft flog. Der Flieger verschwand wieder am Himmel und in diesem Augenblick begann die Panik, die andauerte, bis er Stunden später eingeliefert wurde. In seiner Verfassung war verbale Verständigung nicht mehr möglich, weshalb er 20 mg Diazepam erhielt. Er schlief ein, war während der nächsten zwei Tage aber angstbesetzt, suchte häufig den Himmel nach Flugzeugen ab, litt unter Einschlafstörungen, war übererregbar, nervös, ruhelos; ferner klagte er über Übelkeit und Benommenheit. Auf hypnotische Entspannung reagierte er zwar, leider aber immer nur sehr kurzfristig. Da auch Beruhigungsmittel keinen Effekt mehr zeigten und keine weitere Verbesserung zu erzielen war, wurde er nach 48 Stunden in die Etappe verlegt.

4. Konversionsreaktionen

Wenn auch weniger häufig, so konnten doch auch eine Reihe von Konversionsreaktionen motorischer und sensorischer Art beobachtet werden, wie z.B. Stottern, Mono- oder Hemiplegie, Blindheit oder Taubheit.

4.1 Behandlung

In der Behandlung von Konversionsreaktionen muß besonderes Augenmerk darauf gerichtet werden, daß mögliche organische Ursachen ausgeschlossen werden können. Sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchungen müssen zerebrale oder Rückenmarkstraumen ausschließen, ebenso Dehydration oder andere mögliche kampferverursachte körperliche Schädigungen, denn es besteht hierbei natürlich die große Gefahr der Fehldiagnose mit allen damit verbundenen furchtbaren Konsequenzen.

Um zu vermeiden, daß sich der Patient auf sein Symptom fixiert und dadurch einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn erfährt, sollte in der Behandlung eher streng, wenn nicht sogar autoritativ vorgegangen werden und eine Behebung des Symptoms innerhalb kürzester Zeit angestrebt werden. Die Behandlung sollte deshalb unmittelbar mit der Einlieferung beginnen und nicht verschoben werden. Bevor die Behandlung nicht völlig fehlergeschlagen ist, sollte aus diesen offensichtlichen Gründen unter keinen Umständen an eine Zurückverlegung in die Etappe gedacht werden. Gerade bei diesen Fällen ist natürlich hypnotische Symptomkontrolle die Behandlung der Wahl.

4.2 Verlauf und Ergebnis

Die zu geringe Anzahl solcher Fälle erlaubt uns keine weiterreichenden Schlußfolgerungen. Wir glauben, daß der Verlauf sehr von der Persönlichkeit des Patienten, seiner möglichen Fixierung auf das Symptom und dem schon vor Behandlungsbeginn erzielten sekundären Krankheitsgewinn abhängt. In allen Fällen, die ich behandelte, war es möglich, die Soldaten sehr schnell wieder zu ihrer Einheit zurückzuführen. Manche benötigten dazu ein paar Tage Behandlung, während derer von Hypnose in suggestiver und Ich-stärkender Weise ausgiebig Gebrauch gemacht wurde. Ich erinnere mich nur an eine Ausnahme, bei der die Behandlung fehlschlug und der Patient in die Etappe zurückverlegt werden mußte.

Fall 6

In einem Artilleriegefecht wurde ein Soldat plötzlich auf dem linken Ohr taub. Nach seiner Einlieferung und der sorgfältigen Untersuchung durch einen Ohrenarzt war keine sichere Diagnose zu stellen. Um die oben erwähnte Fixierung auf das Symptom während weiterer diagnostischer Maßnahmen zu vermeiden, versuchte ich einen einfachen hypnotischen Ansatz zur Symptomkontrolle. Mit eher autoritärer fester Stimme sagte ich: "Ich zähle nun von 1 bis 10 und Du wirst einschlafen ... 1 ... schläfrig ... 2 ... " etc. Bei 10 schloß er die Augen und schlief ein. Ich zählte weiter bis 20 und suggerierte dann: "Du kannst nun auf beiden Ohren, auf Deinem rechten und auf Deinem linken Ohr wieder normal hören ... nun kannst Du wieder normal und auf beiden Ohren gleich gut hören" etc. Nachdem er aus der Hypnose zurückgekommen war, funktionierten tatsächlich beide Ohren wieder normal, was durch entsprechende medizinische Untersuchungen auch bestätigt werden konnte. Auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin wurde er sofort wieder in seine Einheit entlassen, so daß keine weitere Abklärung möglicher psychodynamischer Faktoren mehr erfolgen konnte.

Fall 7

Ein junger Offizier wurde eingeliefert, weil er auf dem linken Fuß hinkte. Die medizinische Untersuchung erbrachte keinerlei organische Ursachen für das Hinken, welches plötzlich eingesetzt hatte, als er aus einem Schützengraben in das offene Gelände hinausgehen sollte, das unter feindlichem Beschuß lag. In diesem Augenblick verstauchte er sich den linken Fuß, begann zu hinken und konnte so dem Befehl, ins offene Gelände zu gehen, nicht nachkommen. Der hypnotherapeutische Ansatz, ähnlich dem oben beschriebenen autoritativen, verfehlte in diesem Fall sein Ziel und das Hinken dauerte an. Auf seine

Bitte hin wurde dieser Offizier in unsere Sanitätseinheit aufgenommen und diente als Hilfsfleger. Dabei war er sehr erfolgreich, sein Hinken war kaum noch wahrnehmbar. Nach zwei Monaten wurde er in die Etappe zur weiteren Verfügung entlassen.

5. Trauerreaktion

Das klinische Bild ist hier typisch für einen depressiven Zustand mit allen dazugehörigen Symptomen. Das Ursprungstrauma ist üblicherweise der Tod eines Freundes oder eines Kameraden. Häufig spielen auch Schuld oder Schuldgefühle eine Rolle.

5.1 Behandlung

Die therapeutische Intervention ist darauf ausgerichtet, die unterdrückten Trauerreaktionen zu verarbeiten und damit umzugehen. Alle damit zusammenhängenden Themen einschließlich speziell der vorhandenen Schuldgefühle werden offen diskutiert und in einen emotionalen Zusammenhang gebracht. Der allgemeine therapeutische Ansatz ist also eher unterstützend und kognitiv ausgerichtet. Entspannung durch Hypnose hat einen festen Platz, da sie den ganzen Prozeß erleichtert und den unterstützenden Aspekt der Behandlung unterstreicht.

5.2 Verlauf

Falls der Soldat nicht in seiner Grundpersönlichkeit schwerwiegenden Schaden genommen hat, sind Trauerreaktionen eher klare Symptome und die Rückkehr zur Einheit kann sehr schnell erfolgen. Dieser Schritt hat auch therapeutischen Wert insofern, als diese Rückkehr wie ein besonderer Akt der Selbstreinigung wirken kann.

Fall 8

Ein Soldat wurde eingewiesen, weil er an seiner Umgebung überhaupt kein Interesse zeigte, apathisch und psychomotorisch verlangsamt war. In einem Zustand tiefer Depression berichtete er auch von schweren Schuldgefühlen und suizidalen Gedanken. Auf hypnotische Entspannung reagierte er sehr schnell und berichtete dann vom Tod seines Kameraden. Dieser ereignete sich folgendermaßen: Er selbst saß auf dem Vordersitz eines offenen Wagens und bat seinen Kameraden, welcher hinten saß, die Plätze tauschen zu dürfen, damit er eine Zigarette rauchen könne. Sie tauschten die Plätze und zwei Minuten später wurde sein Kamerad auf dem Sitz erschossen, auf dem er gerade noch gesessen war. Die Behandlung war von kurzer Dauer und 48 Stunden später konnte dieser Soldat wieder in seine Einheit entlassen werden.

6. Andere Reaktionen

Es gibt noch einige Kampf-Streß-Reaktionen, die eher sporadisch auftreten. Wir hatten z.B. einen Fall einer psychotischen Reaktion vom regressiv-schizophrenen Typ und den Fall einer psychotisch-paranoiden Reaktion. Ferner einen Fall eines erfolgreichen Suizides und den einer Selbstverstümmelung.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß hypnotherapeutische Techniken als Erste Hilfe in Notfallsituationen sehr hilfreich sind, um akute psychiatrische Entwicklungen während Kriegshandlungen zu behandeln. Ich benutze ein weites Spektrum hypnotischer Techniken, einschließlich einfacher hypnotischer Entspannung, unspezifischer und Ich-stärkender Suggestionen, Altersregression und -progression, Symptomkontrolle, hypnotisches Durcharbeiten und Abreagieren, hypnotische Desensibilisierung etc. Die Behandlung variierte entsprechend der psychopathologischen Symptome und war flexibel auf die jeweilige Person des Soldaten abgestimmt.

Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (3rd edition, rev.). Washington, DC: American Psychiatric Press; (dt. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III, Revision)*), hrsg. von H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig & K. Koehler. Weinheim: Beltz, 1992).
- Kleinhaus, M. (1992). Dauerhypnose: Neue Anwendungsbereiche einer alten Methode. In B. Peter & G. Schmidt (Hrsg.), *Erickson in Europa* (S. 72-86). Heidelberg: Carl Auer.
- Watkins, J.G. (1949). *Hypnotherapy of war neurosis*. New York: Ronald Press.

Abstract: *To avoid chronicity, acute psychopathologic reactions in soldiers during combat should be regarded as emergencies. This calls for an individualized and flexible plan of treatment. In this framework, hypnotherapeutic techniques are of high value and their implementation should be beared in mind when coping with these reactions. For this purpose we suggest a therapeutic oriented classification of the more frequently acute psychopathological syndromes encountered in combatant soldiers and the respective therapeutic plan, including hypnotic techniques, is outlined.*

Keywords: *combat stress, PTSD, war, hypnosis*

Moris Kleinhaus, M.D.
Tel Aviv University
Maurice and Gabriel Goldschleger School of Dental Medicine
Ramat-Aviv
69978 Tel-Aviv
Israel

Auch dieses Jahr wieder

Hypnotherapietage in Bad Orb

11. - 13. November 1994

Informationen ab September:

M.E.G., Konradstr. 16, 80801 München

Hypnose und Psychotherapie bei HIV-, ARC- und AIDS-Patienten

Burkhard Peter

mit zwei Patientenberichten
von Thomas Sedlmayer und Anonymus

Zusammenfassung: *Nach der Infektion bis hin zum Sterben an AIDS durchlaufen mit dem HI-Virus infizierte Personen verschiedene Stadien in ihrer körperlichen und seelischen Befindlichkeit. Vereinfacht gesagt kann man unterscheiden zwischen symptomlosen HIV-positiven, ARC- und AIDS-Patienten, die aufgrund ihrer körperlichen Verfassung und psychischen Probleme eine psychotherapeutische Betreuung, Behandlung und Begleitung mit ganz unterschiedlicher Zielsetzung benötigen. Insbesondere sind die psychischen Kosten und Bewältigungsmechanismen sehr verschieden von denen normaler Psychotherapiepatienten und müssen in der Behandlung entsprechend berücksichtigt werden. Hypnose erweist sich in allen drei Stadien als hilfreich und nützlich. Die therapeutischen Implikationen werden durch relevante Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Psychoneuroimmunologie, der AIDS-Forschung und des Copings unterstützt und anhand von zwei Patientenschilderungen (Sedlmayer und Anonymus) und einer kurzen Falldarstellung illustriert.*

1. Medizinische und psychologische Stadien im Verlauf der HIV-, ARC- und AIDS-Erkrankung

Nach der Infektion mit dem HI-Virus durchlaufen HIV-Patienten eine Reihe von Erkrankungsstadien bis hin zum Vollbild AIDS. Was den medizinischen Status betrifft, so hat man versucht, diese Entwicklung der Krankheit mit verschiedenen Klassifikationssystemen zu erfassen (z.B. CDC, 1987). Soweit nötig beziehen ich mich im folgenden aber auf die Walter Reed-Einteilung (Redfield et al., 1986): Diese umfaßt 6 Stadien (vgl. auch Tabelle 1):

- WR 0 = keine Infektion;
- WR 1 = HIV-Infektion asymptomatisch;
- WR 2 = chronische Lymphadenopathie;
- WR 3 = CD4-Zellen unter 400;
- WR 4 = Abschwächung der Hautreaktion vom verzögerten Typ (Merieux-Test);
- WR 5 = Mundschor und/oder komplette Anergie beim Hauttest;
- WR 6 = Opportunistische Infektionen.

Der klinische Verlauf der Infektion kann interindividuell aber sehr variieren. Nach Munoz et al. (1988) entwickelt sich AIDS kaum während der ersten 12 Monate nach der Infektion; während 12 und 30 Monaten steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheitssym-