

## Dissoziation in kognitiven Therapien

Burkhard Peter

**Zusammenfassung:** Begriff und Phänomen der Dissoziation werden in ihrem historischen Kontext bei Janet, in der Psychoanalyse und in Hilgards Neodissoziationstheorie untersucht. Der Vergleich mit Piagets Dezentrierungsphänomen erbringt neben Unterschieden auch Ähnlichkeiten in der Konzeption, die vor dem theoretischen Hintergrund der "kognitiven Schemata" als konstruktive Bindeglieder zwischen Hypnotherapie und kognitiver Therapie genützt werden können.

Klinische Hypnose kann man innerhalb des Suggestionparadigmas verstehen und praktizieren; man kann beispielsweise dem naiven Suggestionstheorien Murphyscher Prägung anhängen, wie dies die meisten hypnotisierenden Heilpraktiker hierzulande tun, oder aber sich auf die klassische Suggestionstheorie der Schule von Nancy (Bernheim, 1888) beziehen, wie z.B. die deutschen Vertreter der sog. "ärztlichen Hypnose" (Langen, 1972; Krapf, 1977); weiter kann man mehr den sozialpsychologischen (Barber, 1979) oder den kommunikativen Aspekt (Bandler & Grinder, 1975) der Suggestion in den Vordergrund stellen, direkte oder elaborente indirekte Suggestionen verwenden (Erickson & Rossi, 1979); und schließlich kann man in der psychodynamischen Variante Suggestion beispielsweise auch als Übertragungsphänomen verstehen (Freud, 1916-1917). Der Fokus einer suggestions-theoretischen Betrachtungsweise liegt hier immer auf dem transaktionalen Geschehen und kommt dem Interesse des Praktikers entgegen, dem in erster Linie daran liegt, zu erfahren, vermittlels welcher Interventionen bzw. "Techniken" er welche Wirkungen erzielen kann. Wie leicht eine derartige pragmatische Sichtweise ins hypnotisch fixierte Auge gehen kann, zeigt sich - um ein prominentes Beispiel anzuführen - bei Sigmund Freud: Wohlausgestattet mit suggestiv-hypnotischem Rüstzeug bei Charcot, Bernheim und Liébeault praktizierte er eine zeitlang Hypnose und fand: "Die Arbeit ging damals leichter und angenehmer, auch in viel kürzerer Zeit vor sich." (Freud, 1916-1917, S. 290) Aber: "Die Erfolge waren launenhaft und nicht andauernd; darum ließ ich endlich die Hypnose fallen. Und dann verstand ich, daß eine Einsicht in die Dynamik dieser Affektionen nicht möglich gewesen war, solange man sich der Hypnose bedient hatte" (ebd.). Freuds suggestives Mißverständnis hatte mit Sicherheit weitreichende Konsequenzen für die Akzeptanz der Hypnose als klinisch-psychologisches Verfahren und möglicherweise auch für deren Beitrag zur Erforschung und Erklärung sowohl psychopathologischer wie auch kognitiver Prozesse im allgemeinen. So kann man beispielsweise mit Erstaunen lesen, wie unbekümmert auch heute noch Vertreter kognitiver Therapieansätze Hypnose explizit oder implizit einsetzen, dieser Tatsache jedoch in ihren theoretischen Erklärungen mit kaum einem Wort Rechnung tragen; so wird Hypnose als ein eher zu vernachlässigendes Accessoire der ansonsten lerntheoretisch fundierten bzw. verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Intervention behandelt. (Bewußter scheinen da doch die Psychoanalytiker v.a. amerikanischer Provenienz zu sein, die der Hypnose unter dem Namen

Hypnoanalyse ihren festen Platz einräumen; vgl. Fromm, 1979; Grill & Brenman, 1972). Es hat nie ganz gefehlt an Versuchen, Hypnose wieder in die Psychologie zu integrieren, besonders in die klinische und in die Kognitionspsychologie. In den letzten Jahren scheinen diese Bemühungen sogar an Kraft gewonnen zu haben, sowohl auf dem Gebiet der therapeutischen Pragmatik (vgl. die Bibliographie am Ende dieses Heftes) als auch in der theoretischen Konstruktion (siehe z.B. Bowers & Meichenbaum, 1984).

So wichtig eine Untersuchung der Suggestion - als Begriff und Phänomen - für deren Bedeutung und Verwendung auch in kognitiven Ansätzen wäre, so will ich mich im folgenden doch auf ein anderes Phänomen konzentrieren, das ebenso wie die Suggestion ein Bindeglied zwischen Hypnose und kognitiver Verhaltenstherapie darstellt - das Phänomen der Dissoziation. Hypnose kann man nämlich auch unter dem Gesichtspunkt kognitiver Prozesse betrachten und sich fragen: Welche mentalen und emotionalen Vorgänge führen schließlich zu therapeutisch relevanten Verhaltensänderungen. Aus der kognitiven Psychologie kennen wir in diesem Zusammenhang den Begriff der "kognitiven Schemata", verstanden als interne Repräsentationen der Realität, private Theorien über die Welt und das Leben, Überzeugungen und Meinungen über sich selbst und die anderen, in der Regel verbunden mit festgefügt ("konditionierten" bzw. "verankerten") emotionalen Reaktionsmustern. Vertreter der sog. Erickson-Schule sprechen hier von "frames of reference" (Bezugsrahmen) und sehen das "reframing" als einen wichtigen Aspekt der Therapie an; beide Begriffe meinen offensichtlich dasselbe oder zumindest etwas ähnliches. Eine der wichtigsten hypnotherapeutischen Techniken zum Reframing wiederum ist die Dissoziation.

### 1. Dissoziation bei Janet

Der Begriff der Dissoziation geht auf das zurück, was Pierre Janet (ein Charcot-Schüler wie Freud) 1889 *désagrégation* nannte, d.h. ein "Auseinandernehmen vorher zusammengefügtter Elemente, bzw. Auseinandernehmen, indem die Einheit zerstört wird" (Robert, 1980). Das französische *dissocier (séparer)* würde *désagréger* bzw. *désintégrer* zwar miteinschließen; dennoch wählte Janet den spezifischeren Begriff, - vermutlich deshalb, weil dies seiner Vorstellung vom Bewußtsein als einer primär "synthetisierenden" Funktionseinheit eher entsprach. Wie alle klinischen Forscher der damaligen (und einige der heutigen) Zeit war Janet fasziniert von den Phänomenen der Hypnose und der Hysterie, ohne allerdings deren Gleichsetzung bei Charcot mitzuvollziehen. Janets Beobachtungen mündeten in der Erkenntnis, daß bestimmte Teile oder Inhalte vom normalen Bewußtsein abgespalten werden können und dann als "Automatismen" bzw. "fixe Ideen" ein rudimentäres Eigenleben führen. Hinsichtlich der Psychopathologie unterschied er zwei Arten der Dissoziation: Den totalen Automatismus z.B. bei multiplen Persönlichkeiten und den teilweisen Automatismus bestimmter abgespaltenen Anteile. Hypnose lehrte ihn, daß dissoziative Phänomene künstlich erzeugt und so besser studiert werden können, und daß neurotisch bedingte Dissoziationen rückgängig gemacht werden können, erkennt man nur genau genug deren Struktur und Funktion für den jeweiligen Patienten. Janet stellte sich vor, pathologische Dissoziationen würden dann entstehen, wenn der Organismus - aus

welchen Gründen auch immer - so geschwächt sei, daß das Bewußtsein seinen Funktionen der Synthese und Adaptation nicht mehr in vollem Umfang genügen könne und so notgedrungen einen Teil der Empfindungen, Wahrnehmungen oder Erinnerungen von der bewußten Verarbeitung fernhalten müsse, um mit der gegebenen Stress-Situation überhaupt umgehen zu können. Da die abgespaltenen Teile nun aber nicht verlorengehen, sondern weiterhin - gewissermaßen hinter der Bühne - präsent sind, miteinander und mit den bewußten Inhalten in komplexer Beziehung stehen und in das aktuelle Geschehen eingreifen, könne sich leicht ein verhängnisvoller pathologischer *circulus vitiosus* ergeben. Dessen Auflösung praktizierte Janet sehr erfolgreich durch Bewußtmachen der abgespaltenen Inhalte mittels sorgfältigster psychologischer Exploration, biographischer Anamnese und mittels Hypnose, gleichzeitig aber auch durch andere begleitende und unterstützende Maßnahmen wie z.B. Massagen, die den Zweck verfolgten, die allgemeine körperliche und seelische Gesundheit des Patienten zu verbessern.

Für den Zustand des abgespaltenen Materials prägte Janet als erster den Begriff des Vorbewußten. Dieses Vorbewußte war für ihn jedoch kein eigener psychischer Bereich oder Ort wie für Freud in dessen topographischem Modell, sondern eine andere Form des Bewußtseins: "Während einer suggerierten systematischen Anästhesie ist die Empfindung nicht ausgeschaltet. Sie ist unterdrückt, abgetrennt vom normalen Bewußtsein, kann aber als Teil einer anderen Gruppe von Phänomenen, ähnlich einem anderen Bewußtseinstyp festgestellt werden" (1889, p. 274; zit. nach Perry & Laurence, 1984, Übers. B.P.). Speziell die Phänomene der hypnotischen Amnesie und der posthypnotischen Suggestion trugen vermutlich - und wie wir sehen werden, nicht nur bei ihm - viel zu Janets Überlegungen bei: Wenn eine Person nach der Hypnose einen gegebenen posthypnotischen Befehl ausführt, so wird dieser nur dann als hypnotisch gelten, wenn bezüglich der Befehlserteilung während der Hypnose Amnesie besteht. Und gerade darin liegt das dissoziative Paradox: Die Person handelt gemäß dem erteilten Auftrag, ohne von einem solchen Auftrag überhaupt zu wissen.

Es muß noch kurz erwähnt werden, daß Janet offensichtlich ein vorsichtiger Mann war, der Generalisierungen strikt zu vermeiden trachtete, solange er sie nicht beweisen konnte. So kam er zumindest in seinen Schriften nie auf die Idee, sein Konzept der Dissoziation auf nichtpathologische, d.h. auf normale kognitive Alltagsphänomene zu übertragen und dort zu untersuchen. (Für eine detailliertere Darstellung vgl. Ellenberger, 1970; Perry & Laurence, 1984; Meili-Dworetzki, 1978).

## 2. Dissoziation in der Psychoanalyse

"Aus dieser neuen Verlegenheit half mir die Erinnerung, daß ich Bernheim selbst den Beweis hatte erbringen sehen, die Erinnerungen des Somnambulismus seien im Wachzustand nur scheinbar vergessen und ließen sich durch leichtes Mahnen, verknüpft mit einem Handgriff, der einen anderen Bewußtseinszustand markieren sollte, wieder hervorrufen. (...) Dieser erstaunliche und lehrreiche Versuch war mein Vorbild. Ich beschloß, von der Voraussetzung auszugehen, daß meine Patienten alles, was irgend von pathogener Bedeutung war, auch wußten, und daß

es sich nur darum handle, sie zum Mitteilen zu bewegen" (Freud in Freud & Breuer, 1895, S.88 f.). Wie die "Studien" allgemein zeigen, nahm Freuds psychoanalytisches Denken ebenfalls seinen Ausgang bei dem Phänomen, das Janet mit *désagrégation* bezeichnete. Er benutzte den Begriff der Dissoziation jedoch nur anfangs (GW I, S.10) und lehnte ihn später ab (GW VIII, S.23). Im Gegensatz zu Janet begriff er das Phänomen der Abspaltung bestimmter Inhalte aus dem Bewußtsein nicht als das Resultat einer Asthenisierung des psychischen Organismus sondern als einen aktiven dynamischen Prozeß der Verdrängung: "...nämlich daß eine Vorstellung **absichtlich aus dem Bewußtsein verdrängt**, von der assoziativen Verarbeitung ausgeschlossen werde" (Freud in Freud & Breuer, 1895/1970, S.93, Hervorh. im Original). In späteren Schriften konstatierte er allerdings auch genau diese Schwäche des Ich als mögliche Ursache neurotischer Störungen: "Die Neurosen sind, wie wir wissen, Affektionen des Ichs, und es ist nicht zu verwundern, daß das Ich, solange es **schwach, unfertig und widerstandsunfähig** ist, an der Bewältigung von Aufgaben scheitert. (...) Das **hilflose Ich** erwehrt sich ihrer durch Fluchtversuche (Verdrängungen), die sich später als unzweckmäßig herausstellen und dauernde Einschränkungen für die weitere Entwicklung bedeuten" (1953, S.42, Hervorh. B.P.). In der therapeutischen Handhabung der abgespaltenen bzw. verdrängten Inhalte geht Freud mit Janet zumindest teilweise konform; eine Heilung trat dann ein, "wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, und wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekt Worte gab" (Freud in Freud & Breuer, 1895, S.204; vgl. auch Kraiker in diesem Heft).

Der Begriff der Dissoziation taucht in der Psychoanalyse erst viel später bei Fairbairn und bei Winnicott wieder auf; beide scheinen ihn im Sinne von Janet zu verstehen. Inspiriert von den Arbeiten Melanie Kleins modifizierte Fairbairn das klassische psychoanalytische Konzept der Hysterie dergestalt, daß er mehr einen Spaltungs- denn Verdrängungsprozeß annimmt, der auf eine Beeinträchtigung der synthetischen Funktionen eines schwachen Ichs zurückgehe. Fairbairn lehnte darüberhinaus das Freudsche Triebkonzept zugunsten eines Konzeptes der Objektbeziehungen ab; abgespalten ist nicht ein unerwünschter Trieb sondern Teile der Persönlichkeit (Fairbairn, 1954). In einem erweiterten, nicht allein auf die Hysterie begrenzten Zusammenhang benutzte Winnicott den Begriff der Dissoziation, der wieder an Janet erinnert: "Es kann angenommen werden, daß am theoretischen Beginn die Persönlichkeit unintegriert ist und daß in der regressiven Desintegration ein primärer Zustand besteht, zu dem die Regression führt" (Winnicott, 1958, S.149). "Aus dem Problem der Unintegriertheit entsteht ein weiteres, nämlich das der Dissoziation. Die Dissoziation läßt sich nutzbringend in ihren Anfangs- oder natürlichen Formen studieren. Meiner Ansicht nach erwächst aus der Unintegriertheit eine Reihe von nunmehr sogenannten Dissoziationen, die dadurch entstehen, daß die Integration unvollständig oder nur partiell ist" (ebd. S.151). Winnicott war Kinderarzt und Psychoanalytiker. Als Kinderarzt hatte er 40 Jahre lang Kinder in ihrer Entwicklung vom Säugling zum Jugendlichen und in ihrer Interaktion mit der Mutter, den Eltern, Geschwistern und Großeltern studiert. Versucht man nun, vom spezifisch psychoanalytischen Begriffsapparat seiner Schriften zu abstrahieren, so ergeben sich erstaunliche

Parallelen zu Piaget. Winnicotts Grundkonzept vom "wahren und falschen Selbst" hat drüberhinaus Anklänge zu G.H. Mead (1934).

### Exkurs 1: Der Begriff der Dissoziation in der Nosologie

In der Nosologie wird der Begriff der Dissoziation üblicherweise speziell auf hysterische Symptome bezogen. Als Dissoziationssymptome gelten die sog. hysterischen Dämmerzustände, die durch eine Veränderung der Bewußtseinslage und des Identitätsgefühls gekennzeichnet sind, die sog. Fugues oder die multiplen Persönlichkeiten (vgl. Degkwitz et al., 1980), chronische Depersonalisationen oder häufige Depersonalisationserlebnisse (vgl. Rohde-Dachser, 1979). Üblicherweise werden diese Dissoziationssymptome von den sog. Konversionssymptomen wie Schmerzzuständen, Wahrnehmungsstörungen (Blindheit, Taubheit), Empfindungsstörungen (Anästhesie, Parästhesie, Hyperästhesie) sowie motorischen Störungen (Lähmungen, Krämpfe, Bewegungsstörungen) unterschieden (vgl. Schmidt & Becker, 1977). Diese nosologische Festlegung des Begriffes der Dissoziation auf hysterische Symptome hat offensichtlich historische Gründe und mag diejenigen, die die Geschichte der Hypnose kennen, an Charcots Gleichsetzung von Hypnose und Hysterie erinnern. Charcots Mißverständnis gilt heute als eine historische Anekdote; und dieser Exkurs in die Nosologie soll nur demonstrieren, wie hartnäckig sich manche einmal festgelegte (hier semantische) Schemata am Leben erhalten bzw. am Leben gehalten werden.

### 3. Dezentrierung bei Piaget

"Der Fortschritt der Erkenntnis schreitet nie als eine bloße Addition von neuen Elementen oder neuen Stufen voran, als ob Erkenntnis reicherer Art lediglich ein Komplement der früheren, dürftigeren wäre. Vielmehr erfordert dieser Fortschritt eine persönliche Neu- oder Umformulierung früherer Gesichtspunkte mittels eines Prozesses, der sowohl nach vorwärts wie nach rückwärts geht und kontinuierlich sowohl die ursprünglichen systematischen Fehler korrigiert als auch diejenigen, die während der weiteren Entwicklung laufend auftreten. Dieser korrektive Prozeß scheint einem wohl definierten Entwicklungsgesetz zu folgen, nämlich dem der **Dezentration**" (Piaget, 1962, S.3). Der Begriff der Dezentrierung ist im Zusammenhang mit dem Begriff des Egozentrismus zu sehen, in einem erweiterten Sinne verstanden als das Fehlen einer Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt (vgl. Inhelder & Piaget, 1955). Die Entwicklung hin zur Dezentrierung vollzieht sich in 3 Stufen:

1. Auf der sensu-motorischen Ebene, wo eine Trennung von Ich und Aktion stattfinden muß;
2. auf der symbolischen Ebene, wo die idiosynkratische Bedeutung von Worten zugunsten einer allgemein verständlichen Bedeutungsfestlegung überwunden werden muß;
3. auf der Ebene des konkreten Denkens, wo zwischen unmittelbaren perzeptuellen Gegebenheiten und logischen Konstruktionen zu unterscheiden sei (nach

Jaeggi, 1979, S.111).

Im Laufe seiner Entwicklung lernt das Kind in der Interaktion mit seiner Umwelt über Assimilation und Akkomodation sein egozentrisches Bezugssystem überwinden; es muß lernen, verschiedene Aspekte einer Gegebenheit bzw. eines Ereignisses auseinanderzuhalten, zwischen seiner eigenen Perspektive und der des anderen zu differenzieren, diese neugewonnenen Aspekte aber auch wieder in eine jeweils neue Gesamtstruktur, ein neues kognitives Schema zu reintegrieren. Die Fähigkeit zur Dezentrierung erweitert so das rein perzeptuelle zum konzeptuellen Denken.

Piaget, ein Schüler von Janet, war in erster Linie Entwicklungspsychologe und so sind die sozialpsychologischen Explikationen seiner Theorie der Dezentrierung vergleichsweise gering ausgefallen, wurden jedoch in unmittelbarer Anlehnung bzw. Nachfolge von Piaget von anderen fortgeführt. (Für einen kurzen Überblick siehe Jaeggi, 1979, S.111 ff; ausführlicher dargestellt in Steiner, 1978, S. 321 ff.) Für den deutschen Sprachraum ist es Eva Jaeggi, die die Relevanz des Dezentrierungsphänomens für die kognitiven Therapieansätze erkannt und in Zusammenhang sowohl mit der sozialpsychologischen Rollentheorie (Mead, 1934) wie auch mit der Attributionsforschung (siehe Jones & Nisbett, 1971; Mahoney, 1974) gebracht hat: "Wenngleich wirklich relevante und für den Alltag - auch des Kliniklers - wegweisende Untersuchungen zur Dezentrierung im Bereich persönlicher Beziehungen noch sehr selten sind, so geben doch die angeführten Untersuchungen und Überlegungen genügend Hinweise auf die therapeutische Relevanz dieses Phänomens. Wenn Dezentrierung im interpersonalen Bereich definiert wird als Aneignung der Perspektive 'eines anderen' bzw. als 'Antizipation dessen, wie ein anderer auf mich reagiert', dann folgt logischerweise, daß durch sie auch ein neues Selbstbild entsteht" (Jaeggi, 1979, S.113).

### Exkurs 2: Dissoziation und Dezentrierung

Man kann man sicherlich Dissoziation und Dezentrierung nicht einfach gleichsetzen. Im pathologischen Kontext wird Dissoziation als Abspaltungsprozeß gesehen, der die synthetischen und integrierenden Funktionen des Bewußtseins mehr oder weniger beeinträchtigt und so direkt oder indirekt zur Symptombildung beiträgt. Der Begriff der Dezentrierung meint zunächst genau das Gegenteil; durch die Ausdifferenzierung immer neuer Aspekte werden vorher beschränkte kognitive Schemata bereichert und führen so zu einer reiferen Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt. Betrachtet man den Prozeß der Dezentrierung aber genauer, so erkennt man, daß er vor allem aus Differenzierungs- bzw. Aufspaltungsvorgängen besteht: Eine vorher relativ amorphe Masse wird in immer kleinere Teile aufgespalten, beginnend mit der Trennung von Subjekt und Objekt beim Säugling bis hin zur Übernahme anderer Perspektiven in späteren Stufen.

Unter hypnotischer Dissoziation für therapeutische Zwecke versteht man eine induzierte temporäre Aufspaltung eines vorher in sich geschlossenen kognitiven Schemas bzw. Symptomkomplexes in seine relevanten Einzelteile mit dem Ziel, die

in diesem Schema dysfunktional wirkenden Untereinheiten so zu korrigieren und/oder fehlende Einheiten zu (re-)integrieren, daß dieses Schema auf einer neuen wohlfunktionierenden Stufe dem betreffenden Menschen mehr Freiheitsgrade ermöglicht. Der Begriff der hypnotischen Dissoziation beschreibt strenggenommen nur den einen, den differenzierenden Aspekt der hypnotherapeutischen Arbeit und muß deshalb immer im Zusammenhang mit der folgenden Reintegrationsarbeit gesehen werden, die der Patient mit Hilfe des Therapeuten zu leisten hat (siehe hierzu z.B. Erickson & Rossi, 1981). In den Begriffen von Piaget kann man also sowohl hypnotherapeutische wie auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen verstehen als Hilfen zur Assimilation und Akkomodation. Für die kognitive Therapie hat dies Leva (1984) schon ausgeführt.

### Exkurs 3: Piaget und die hypnotischen Phänomene

In diesem Zusammenhang ist es auch interessant, sich einige Merkmale der noch undifferenzierten voroperatorischen Stufe des Kindes näher anzusehen. Nach Phillips (1969, zit. nach Mackay, 1978, S.132) sind dies:

**K o n k r e t h e i t.** Konkretes Denken kann nicht verallgemeinern, es ist von der unmittelbaren Wahrnehmung des Hier und Jetzt abhängig, es hält sich an die offenkundige Realität. Im Laufe der Entwicklung erst beginnt sich dieses Denken von der unmittelbaren Perzeption zu lösen durch die Entwicklung der Symbolfunktion bzw. der Fortentwicklung innerer Repräsentationen. Im Stadium der formalen Operationen erst kann sich das Denken von der direkten Wahrnehmung fast völlig lösen.

**I r r e v e r s i b i l i t ä t.** Ein weiterer Aspekt konkreten Denkens besteht darin, daß es nur in eine Richtung geht. Ein Kind in diesem Stadium kann in seiner Vorstellung eingetretene Veränderungen nicht zu ihrem Ausgangspunkt zurückverfolgen, den Film gewissermaßen nicht rückwärts laufen lassen.

**E g o z e n t r i s m u s.** Im voroperatorischen Stadium ist das Kind noch unfähig zu erkennen und anzuerkennen, daß man Dinge auch aus einer anderen Perspektive, von einem ganz anderen Standpunkt aus sehen kann, geschweige denn daß es fähig wäre, einen solchen anderen Standpunkt tatsächlich einzunehmen.

**Z e n t r i e r u n g.** Damit ist gemeint, daß das Kind unfähig ist, mehr als einen Aspekt einer Sache gleichzeitig aufzunehmen; es konzentriert seine Aufmerksamkeit immer nur auf einen von mehreren Aspekten und übersieht einfach die anderen gleichzeitig vorhandenen Aspekte. Erst im Stadium der konkreten Operationen kann es effektiv dezentrieren und so mehrere Aspekte gleichzeitig erfassen.

**Z u s t ä n d e v e r s u s T r a n s f o r m a t i o n.** Indem das Kind auf die jeweiligen Zustände, insbesondere auf die Endzustände fixiert ist, vermag es nicht, die Transformation der einzelnen Zustände ineinander, also die entsprechende Handlungssequenz zu beachten und eine Reihe von Bedingungen als kohärentes Ganzes zu begreifen.

Das meiner Meinung nach Interessante an dieser Darstellung der voroperatorischen Stufe ist, daß sich einzelne oder mehrere Elemente davon möglicherweise als adäquate Beschreibungen hypnotischer Phänomene (wie natürlich auch pathologischer Symptome) eignen könnten:

Hypnotische Amnesie beispielsweise könnte so verstanden werden als Fixierung auf den jeweiligen aktuellen (End-)Zustand unter außerachtlassen der vorherigen Zustände besonders in ihrer zeitlichen Sequenz. Posthypnotische Suggestion wäre die Unfähigkeit, den Film zurücklaufen zu lassen und die entsprechende Anfangsinstruktion in kausalem Zusammenhang zu der gezeigten Reaktion zu sehen. Dieses Irreversibilitätsphänomen läßt sich auch, zusammen mit der Fixierung auf Endzustände, anwenden auf das Phänomen der Katalepsie; diese entsteht ja nicht einfach von selbst, auch wenn dies manchmal so scheinen mag, sondern ist das Ergebnis eines längeren impliziten oder expliziten kinästhetischen Prozesses. Negative Halluzinationen könnten verstanden werden als Zentrierungsphänomen, als die induzierte Unfähigkeit, mehrere Aspekte eines gegebenen Wahrnehmungsfeldes gleichzeitig, und vor allem in ihrem Bezug zueinander zu erkennen, so daß Teile dieses Wahrnehmungsfeldes immer ausgeblendet bleiben. Und positive Halluzinationen deuten hin auf die Unfähigkeit zur Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt, zwischen gespeicherten inneren Bildern und den realen äußeren Erscheinungen eines Objektes.

Nun dienen solche und ähnliche hypnotische Phänomene, die sich alle unter dem Begriff der (hypnotisch induzierten) Dissoziation subsumieren lassen, nicht einfach bloß der Demonstration - es sei denn bei der Bühnenhypnose - sondern der therapeutischen Pragmatik. Dissoziationen in der klinischen Hypnose wie auch in vielen ähnlichen Interventionsspielarten kognitiver Therapien sind immer nur zeitlich begrenzte Hilfszustände, die eine Korrektur defizitärer oder inadäquater kognitiver Schemata erleichtern. Und jeder Dissoziation folgt die Integration neu gewonnener Aspekte.

Würde sich ein solcher hier nur skizierter Vergleich zwischen hypnotischen Phänomenen und Charakteristiken der voroperatorischen Stufe als zutreffend erweisen, könnten damit möglicherweise auch ungute Assoziationen zu dem psychoanalytisch besetzten Begriff der Regression wachwerden. Dazu möchte ich folgendes bemerken: Zum einen betrachten amerikanische Hypnoanalytiker hypnotische Regression im neoanalytischen Sinne als "Regression im Dienste des Ichs", d.h. als reifen und kreativen Akt eines im Kern gesunden Individuums. Zum anderen möchte ich auch auf Piagets Definition der Dezentrierung verweisen, daß nämlich Fortschritt "eine persönliche Neu- oder Umformulierung früherer Gesichtspunkte mittels eines Prozesses, der sowohl nach vorwärts wie nach rückwärts geht", erfordert. Die therapeutische Praxis zeigt auch, daß Lösungen unter Zuhilfenahme früherer, "primitiver" bzw. (im Ericksonschen Sinne) "unbewußter" Strukturen meist schneller und einfacher vonstatten gehen als mit Hilfe der späteren elaborierten und vielfältig überlagerten kognitiven Funktionsweisen.

#### 4. Hilgards Neodissoziationstheorie

"Der versteckte Beobachter ist analytisch, unemotional, geschäftsmäßig. Der Teil von mir, der hypnotisiert war, befand sich weit weg auf einer tropischen Insel und sprach mit den Vögeln; dies war der romantische Teil. Dieser Teil auf der Insel wurde während der Hypnose gelenkt und fühlte sich bedroht durch den versteckten Beobachter. Das erschien wie die Wirklichkeit, wie die reale Welt. (Sie (die Vp., Anmerk. B.P.) gehörte zu den wenigen, die die Analogie der geteilten Persönlichkeit benutzten.) Es war so, als hätte ich zwei Persönlichkeiten. Sie stehen miteinander in Beziehung. Beide stellen sie mich dar. Sie summieren sich zu dieser Person hier. Sie sind im Gleichgewicht. Ich bin weder rein romantisch noch rein analytisch. Ich bin ungefähr halbe-halbe... Bei dem Experiment wurden sie getrennt. 'Laurie' ist 'sie', die romantische, empfindsame, gefühlvolle Person in Hypnose, während 'Lauretta', 'ich', analytisch und unemotional war, wenn sie für den versteckten Teil sprach" (eine Vp aus einem hidden-observer-Experiment; Hilgard, 1977, p. 210, Übers. B.P.). Hilgard entwarf seine Neodissoziationstheorie aus den Befunden und Beobachtungen zum sog. versteckten Beobachter. In verschiedenen Experimenten beispielsweise zur hypnotisch induzierten Taubheit oder Analgesie zeigte sich bei ca 40% der Vpn folgendes Phänomen: Instruiert man die Vpn unter Hypnose, die angeben, keine Schmerzen zu haben oder nichts zu hören, folgendermaßen: "Wenn ich meine Hand auf Deine Schulter lege, kann ich zu einem versteckten Teil von Dir sprechen, der über die Dinge Bescheid weiß, die in Deinem Körper passieren, Dinge, die dem Teil unbekannt sind, zu dem ich jetzt spreche. Dieser Teil, zu dem ich jetzt rede, wird nicht wissen, was Du mir erzählst, nicht einmal, daß Du mir etwas erzählst" (Hilgard, 1979, p. 59, Übers. B.P.), dann gibt der versteckte Beobachter beispielsweise Schmerzstärken an, die nur unwesentlich unter denen der Baseline-Bedingung liegen oder teilt mit, daß er alles gehört hat. Die Vpn scheinen also unter dieser hidden-observer-Bedingung zwei "Formen" von Bewußtsein zu haben: Ein hypnotisiertes, das den Schmerz aus der Wahrnehmung ausgeblendet hat bzw. taub ist, und eines, das die Realität nach wie vor eindeutig wahrnimmt und erkennt. Merkwürdig ist, daß die später befragten Vpn diesen versteckten Teil als einen "allwissenden", "reifen", "logischen", "analytischen" und "unemotionalen", nicht in das Geschehen involvierten sondern distanziert beobachtenden Teil beschreiben.

In Anlehnung an aber auch in Unterscheidung zu Pierre Janet, der den Begriff der Dissoziation geprägt, ihn aber auf pathologische Erscheinungen begrenzt hatte, nannte Hilgard sein Konzept "Neodissoziationstheorie". Danach lassen sich dissoziative Erscheinungen in mehr oder minder ausgeprägter Form in simplen Alltagserlebnissen (man fährt Auto und ist dabei in ein intensives Gespräch verwickelt) bis hin zu schweren pathologischen Syndromen wie z.B. den multiplen Persönlichkeiten erkennen und studieren. Dissoziation ist somit ein wesentliches Charakteristikum kognitiver Funktionen. Hilgards Überzeugung nach können und sollen Dissoziationen betrachtet und untersucht werden als das, was sie sind und nicht als das, was man interpretieren oder schließen könnte, wie das z.B. in der psychoanalytischen Theorie geschieht (Hilgard, 1985, p. 37). So könne man sich das Bewußtsein als eine aus multiplen, einander überlappenden

und üblicherweise hierarchisch geordneten kognitiven Kontrollsystemen bestehende Einheit vorstellen; jedes dieser Kontrollsubsysteme hat unterschiedlich viele und/oder verschiedene Informationen und damit auch unterschiedliche Aufgaben und Funktionen im Gesamtsystem. Diese Subsysteme besäßen dadurch auch eine gewisse Autonomie, seien im Normalfall jedoch hierarchisch unter das zentrale "Ich" geordnet. Die Potenz dieses zentral steuernden und ausführenden Ich könne natürlich mannigfaltigen Einschränkungen (auch durch Hypnose) unterliegen. Die Positionen der einzelnen Substrukturen könnten dadurch verändert sein bzw. verändert werden und würden so aufgrund ihrer relativen Autonomie und ihrer eigenen Eingänge und Ausgänge entsprechenden Einfluß auf das manifeste oder latente Verhalten nehmen.

Hilgards Konzept der Dissoziation ist innerhalb der hypnosis-community z.T. scharf kritisiert und außerhalb ignoriert worden. Die Palette der Kritik reicht vom Vorwurf, er habe einen neuen homunculus in die Psychologie eingeführt, bis hin zu der Vermutung, der hidden observer sei ein hypnotisch induziertes Kunstprodukt. Erst in letzter Zeit werden offensichtlich wieder ernsthafte Versuche unternommen, dieses Phänomen sowohl in hypnotischem wie auch in kognitionspsychologischem Kontext weiter zu erforschen (siehe Perry & Laurence, 1980; Perry, 1985). Hilgard selbst hat einerseits vor Übergeneralisierungen dieses Konzeptes gewarnt und sich andererseits auch bemüht, es in Relation zu bereits bestehenden Konzeptionen zu stellen. So sieht er ähnliche Vorstellungen über Substrukturen im Konzept der "kognitiven Strukturen" von Tolman und Lewin, in Hulls "habit-family hierarchy", in Hebb's "Zellanhäufungen", Sarbins "Rollen", in den "kognitiven Netzwerken" von Blum, Geiwitz & Stewart, in Miller, Galanter & Pribrams "Vorstellungsbildern" und "Plänen" sowie in den "untergeordneten Ich-Strukturen" von Gill & Brenman (Hilgard, 1977, p.218 f, für eine weitergehende Diskussion siehe Kihlstrom, 1984). Und natürlich hat sich Hilgard auch Gedanken gemacht, ob und wie dieses Konzept in die psychoanalytische Theorie passen könnte. Nach sorgfältigem Abwägen kommt er zu dem Ergebnis, daß der hidden observer am ehesten noch mit dem Vorbewußten aus Freuds topographischem Modell vergleichbar wäre; ihn dem Unbewußten zuzuordnen, hielt er nicht für angebracht, auch wenn oder gerade weil manche Hypnotherapeuten behaupten, sie könnten z.B. über ideomotorische Signale mit dem Unbewußten sprechen (Hilgard, 1977, p.75 ff). Das Unbewußte ist nach seiner Meinung "ein metaphorisches Konzept, mit dem man vorsichtig umgehen muß innerhalb des erweiterten Bezugsrahmens einer Theorie der Motivation und Persönlichkeit; man sollte den Begriff nicht leichtfertig in den Mund nehmen, auch dann nicht, wenn diese Metapher u.U. opportun sein mag" (Hilgard, 1985, p.36, Übers. B.P.).

Auch Perry, der die Arbeiten am hidden observer wieder aufnahm und fortsetzte (vgl. Perry 1985; Perry & Laurence, 1980), ist um ein Verständnis dieses Phänomens in Relation zur Freudschen Terminologie bemüht und vergleicht es einerseits mit der Zensur, die Kenntnisse sowohl aus dem Unbewußten hat wie auch darüber, was und wieviel davon dem Bewußten zugemutet werden kann, und andererseits mit jenem merkwürdigen Begriff des "unbewußten Bewußtseins" des späten Freud: "Wenn man das Bild betrachtet, das Hilgard in den letzten 10 Jahren hindurch bezüglich des hidden observer gezeichnet hat, so wird es geschildert

als rational, sachlich nüchtern und der Realität bewußt (Hilgard, 1984): eine Art beobachtendes Ich, ähnlich dem unbewußten Bewußtsein, mit dem Freud sich abmühte. Es kann sich tatsächlich um diesen schwer definierbaren Prozeß der kritischen Beurteilung handeln, von dem wir alle glauben, daß wir ihn in unterschiedlichen Graden besitzen, wo besonders in Augenblicken von Streß schnelle Entscheidungen getroffen werden müssen und ein Handlungsablauf automatisch ins Gedächtnis kommt, ohne daß irgend eine offensichtliche Logik vorhanden ist. Wir 'wissen', was wir tun sollten" (Perry, 1985, S.88). Schließlich muß jedoch auch Perry aufgrund schwierig zu interpretierender Ergebnisse aus hidden-observer-Untersuchungen eingestehen, daß die Dinge mit dem hidden observer doch recht kompliziert sind. Im übrigen hat sich auch schon Freud über das gleiche Phänomen den Kopf zerbrochen: "Das Problem der Psychosen wäre einfach und durchsichtig, wenn die Ablösung des Ichs von der Realität restlos durchführbar wäre. Aber das scheint nur selten, vielleicht niemals vorzukommen. Selbst von Zuständen, die sich von der Wirklichkeit der Außenwelt so weit entfernt haben wie der einer halluzinatorischen Verworrenheit (Amentia), erfährt man durch die Mitteilung der Kranken nach ihrer Genesung, daß damals in einem Winkel ihrer Seele, wie sie sich ausdrücken, eine normale Person sich verborgen hielt, die den Krankheitsspuk wie ein unbeteiligter Beobachter an sich vorüberziehen ließ. Ich weiß nicht, ob man annehmen darf, es sei allgemein so, (...). Der Gesichtspunkt, der bei allen Psychosen eine **Ichspaltung** postuliert, könnte nicht soviel Beachtung in Anspruch nehmen, wenn er sich nicht bei anderen Zuständen, die den Neurosen ähnlicher sind, und endlich bei diesen selbst als zutreffend erwiese" (Freud, 1938, S. 56 f, Hervorh. im Original).

Nun, wenn der Mensch so einfach wäre, wie es noch die Vertreter des klassischen Behaviorismus sich vorstellten, hätte es der ganzen sog. kognitiven Theorie und Therapie nicht bedurft, die sich nun wie weiland Sigmund Freud redlich abmüht, diese Dinge in den Griff zu bekommen (vgl. Hoffmann, 1979; Bowers & Meichenbaum, 1984; Reda & Mahoney, 1984; Mahoney & Freeman, 1985).

#### **Exkurs 4: Hypnose und das Unbewußte**

"Tiefe Hypnose ist jene Ebene der Hypnose, welche es einem erlaubt, adäquat und direkt auf einer unbewußten Ebene des Bewußtseins ohne Beeinflussung durch den bewußten Verstand zu funktionieren" (Erickson, 1952 in Rossi, 1980, p. 146; Übers. B.P.). "Therapeutische Trance ist ein Zeitabschnitt, währenddessen die Beschränkungen des gewöhnlichen Bezugsrahmens und der Überzeugungen einer Person zeitweise verändert sind, so daß sie aufnahmefähig ist für die Muster, Assoziationen und Formen mentalen Funktionierens, welche zur Problemlösung führen" (Erickson & Rossi, 1979, p. 3; Übers. B.P.). Einer jener Hypnotherapeuten, welche vom Unbewußten (unconscious mind) im Zusammenhang mit Hypnose sprachen, war Milton H. Erickson. Wenn er seinen Patienten das Unbewußte alltagssprachlich zu umschreiben versuchte, gebrauchte er oft die Metapher von einem großen Warenhaus, in dem alle Eindrücke und Erlebnisse, alles Lernen und alle Erfahrung abgelegt seien, um bei Bedarf - notfalls mit Hilfe eines Therapeuten - zur Verfügung gestellt zu werden. Als klinischer Praktiker mußte sich Erickson keinerlei wissenschaftlichen Differenzierungen hingeben und konnten

aufgrund seiner klinischen Erfahrung auch durchaus berechtigterweise von einem Unbewußten sprechen. In der klinischen Praxis ist es einerseits ohnehin müßig, nachforschen zu wollen, ob in Hypnose oder mit anderen imaginativen Verfahren aufgedeckte Inhalte nun dem Vorbewußten oder dem Unbewußten entstammen. Wenn es andererseits aber so sein sollte, daß sich unbewußtes Material (nach Hilgards vorsichtiger und Freuds apodiktischer Vorstellung) nur symbolisch beispielsweise in Träumen äußert, so können auch diese Trauminhalte zumindest manchmal in hypnotischer Trance dem Bewußtsein zugänglich gemacht werden. Man braucht hierbei den Klienten nur zu bitten, sich den Traum sorgsam und passiv, d.h. ohne bewußte analysierende oder konstruierende Hilfen, einfach anzuschauen und zu warten, bis sein "Unbewußtes" ihm in irgendeiner Weise zeige, welche Bedeutung er hat; und meist erscheint dann über kurz oder lang - oft wie ein Donnerschlag, d.h. auch in unangenehmer oder peinlicher Weise - dann eine Bedeutung, die Sinn macht und einen vorher hartnäckigen Teil der Symptomatik erklärt. Die Vorstellung, daß auch unter therapeutischen Bedingungen ein gewisser "hidden observer" vorhanden ist und hilfreich zur Seite steht, haben sich inzwischen offensichtlich viele (zumindest Hypno-) Therapeuten erfolgreich zu eigen gemacht, ohne dabei alledings an Hilgards Konzept zu denken oder dies gar zu erwähnen. Immer dann nämlich, wenn das "Unbewußte" angerufen wird, sei es im explorativen oder auch interventiven Sinne, werden zur näheren Bezeichnung dieses "Unbewußten" genau jene oder ähnliche Adjektive verwandt, welche auch auf den hidden observer zutreffen: im Besitz aller relevanten Informationen, klug und weise, sowohl realitäts- und situations- wie auch personengerecht etc. Und erstaunlicherweise können hierdurch tatsächlich sowohl Informationen aufgedeckt werden, die vorher dem "Bewußtsein" völlig verborgen schienen, als auch manchmal Lösungen für schwierige therapeutische Situationen gefunden werden, welche dem aktuellen Problem weitestgehend gerecht werden. In vielen Fällen sind diese Informationen bzw. Lösungsvorschläge "aus dem Unbewußten" bzw. vom "hidden observer" allerdings auch in einer metaphorischen Symbolik noch relativ verschlüsselt und ergeben nur für den geschulten Therapeuten im Kontext der gesamten Informationen über den Klienten einen gewissen Sinn, während sie diesem selbst bis zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie noch rätselhaft bleiben; dies würde dann wiederum eher auf per definitionem "unbewußtes" Material hindeuten. Man kann aber den psychodynamisch konnotierten Begriff "unbewußt" in diesem Zusammenhang durchaus vermeiden und auf entsprechende Begriffe aus der Kognitionspsychologie ausweichen wie beispielsweise implizites (vs. explizites) Wissen oder episodisches (vs. semantisches) Gedächtnis (siehe Revenstorf, 1985). Gerade vor dem Hintergrund der Forschungen zur Kognitionspsychologie erscheint ohnehin ein pauschaliertes Vor- oder Unbewußtes längst obsolet. So wäre es beispielsweise recht unsinnig, die verschiedenen Konzepte zur Kodierung und Speicherung von Informationen z.B. in figurative, Objekt- und klassifikatorische Speicher (entsprechend den Stufen von Piaget) oder in sensorische, Repräsentations-, Referenz- und Assoziationspeicher (vgl. Revenstorf, 1985) einordnen zu wollen in das grobe Raster von bw, vbw und ubw. Die Dinge sind oder erscheinen zumindest wesentlich komplexer, (das hat auch Freud gewußt und hat sein psychoanalytisches Konzept bis zu seinem Tod ständig verändert), als daß man das Unbewußte beispielsweise in die rechten und das Bewußte in die linken Hirnhälfte hineinverlegen könnte. Dennoch oder gerade deswegen muß sich

der klinische Praktiker v.a. seinen Klienten gegenüber um noch einigermaßen verständliche Begriffe bemühen. Und für diesen Zweck erscheint mir der Begriff Unbewußtes vs. Bewußtes durchaus legitim.

#### Exkurs 5: Hypnose und Emotionen

Man kann sich natürlich auf den Standpunkt stellen, Freud hätte nach den "Studien" nichts mehr dazugelernt und deshalb bestehe Therapie und speziell klinische Hypnose vorwiegend oder ausschließlich im Loslösen "eingeklemmter" Affekte mittels möglichst dramatischer Eruptionen. Ich will nun nicht behaupten, daß diese überhaupt nicht vorkämen oder gar nicht vorkommen dürften. Sie zu zelebrieren sollte man allerdings lieber Janov überlassen, der dies sicherlich geschickter verstand. Im übrigen ist dabei immer die unter Hypnose gesteigerte Tendenz zur Befolgung der Anweisungen des Hypnotherapeuten zu beachten, d.h. sorgfältig zu prüfen, inwieweit solche dramatischen Gefühlsausbrüche eher den Erwartungen des Therapeuten und dem darstellerischen Talent des Klienten entsprechen als der Mächtigkeit des verzwickten Affektes. Hypnose ist aber auch nicht affekt leer, wie dies von außen betrachtet aufgrund der relativen körperlichen Immobilität des Klienten manchmal erscheinen mag: Gerade Hypnose ist innerhalb der kognitiven Therapien ein sehr subtiles wie machtvoll Instrument, Emotionen therapeutisch zu nutzen und zu handhaben, und hierbei ist es wiederum die Dissoziationstechnik, mit deren Hilfe diese Arbeit sorgfältig geleistet werden kann. Einige Artikel in diesem Heft belegen in eindrucksvoller Weise, wie Affekte nicht einfach nur deconditioniert oder desensibilisiert, sondern mit Hilfe der Dissoziation sinnvoll integriert werden können, so daß sie wieder ihren adäquaten Platz innerhalb der Person und derer sozialen Beziehungen einnehmen können.

#### Exkurs 6: Hypnose und Verhaltenstherapie

Den Versuch, Hypnotherapie in kognitiven Modellvorstellungen zu erklären, hat Kraiker 1985 schon unternommen. Seine wichtigsten Aussagen hierzu sind:

1. Der Zustand der hypnotischen Trance reduziert zunächst den Input über die Sensorik sowie die üblichen Denkprozesse. "Der Gewinn, den man davon hat, ist der, daß man jetzt erkennen kann, daß man solche (d.h. fehlangepaßte oder irrationale; Anmerkg. B.P.) Phantasien und Gedanken tatsächlich hegt, und nur unter dieser Voraussetzung kann man sich damit auseinandersetzen und die fehlende Konsistenz der kognitiven Struktur der Handlungspläne oder Lebensstile wiederherstellen" (S. 27).

2. Indem der Klient in Trance wirklich zuhören lernt, nicht nur der Stimme des Therapeuten sondern auch seiner eigenen, und indem er sich "in diese Stimme versenkt und sie wirken läßt, macht er die Erfahrung, daß durch Sprache viele scheinbar unkontrollierbare physiologische Prozesse und Wahrnehmungsvorgänge tatsächlich beeinflussbar sind. Er kann dadurch ein Gefühl der Macht gewinnen, wo vorher nur Gefühle der Ohnmacht waren (...) Kurzfristig wirkt hier der unmittelbare Effekt der Suggestion oder Autosuggestion, langfristig die wieder-

gewonnene Überzeugung von der Fähigkeit zur Selbstkontrolle, einem Teil dessen, was A. Bandura 'self-efficacy' nennt (...) Was geschieht ist tatsächlich eine Erweiterung der bewußten Kontrollmöglichkeiten über sich selbst, in Analogie zu dem Ausspruch Freuds: Wo Es war, soll Ich werden" (S. 28).

3. Durch die Verwendung bestimmter Formulierungen (wie sie v.a. aus der Ericksonschen Hypnotherapie bekannt sind) werden automatische Immunisierungsstrategien des Klienten unterlaufen. "Die metaphorische Einkleidung oder Verkleidung zutreffender Informationen löst unter Umständen keine automatische Abwehr aus und macht es so möglich, diese Informationen tatsächlich aufzunehmen und zu verarbeiten" (S. 29).

4. "Eine Stimme, der man zugehört hat, der man vertraut, lebt sozusagen im Inneren als selbstproduziertes Echo weiter, und im Nachsprechen dieser Stimme lernt man, mit dem dysfunktionalen inneren Sprechen aufzuhören oder zumindest ein Gegengewicht zu schaffen" (S. 29). Nicht der Zustand der Trance (vielfach verstanden als Reduzierung der Kritikfähigkeit) per se ist entscheidend, wenn auch vielleicht hilfreich, aber weder notwendig noch zureichend; vielmehr sind es sozialpsychologische Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen, wie die Bedeutsamkeit der Aussage für das eigene Leben, die Autorität und Glaubwürdigkeit des jeweiligen Therapeuten etc.

5. Unter solchen Bedingungen können schließlich bestehende Einstellungen oder auch Vorurteile leichter verändert werden. "Indem nun der Hypnotherapeut den Klienten zum Zuhören bewegt, indem der Klient eine andere Stimme auf sich einwirken läßt, wird zumindest eine Voraussetzung geschaffen, auch andere Sichtweisen kennenzulernen und in Betracht zu ziehen..." (S. 30).

Aufgrund der bisherigen Erörterungen des hypnotischen Dissoziations- und des Piagetschen Dezentrierungsphänomens lassen sich diese Aussagen nur bekräftigen und zum Teil erweitern. Alle fünf Aussagen beziehen sich im wesentlichen auf (äußere wie innere) Sprechakte, die Wirkung haben - letztlich also auf den verbalen Aspekt von Suggestion und Autosuggestion. Erklärt wird, unter welchen Bedingungen, nicht aber warum Worte Wirkung haben, womit das Bernheimsche Dilemma (siehe Kraiker in diesem Heft) weiterhin bestehen bleibt. Hinzu kommt noch, daß nicht alle Erfahrungen des Lebens verbal gespeichert und damit über äußere oder innere Sprechakte direkt zugänglich sind (siehe Revenstorf, 1985 und in diesem Heft). Einige Ergänzungen wären also nötig und zwei sollen hier kurz skizziert werden:

1. Wenn eine therapeutisch induzierte, d.h. unter den oben beschriebenen Bedingungen suggestiv hervorgerufene Dissoziation es dem Klienten ermöglicht, einen anderen Standpunkt, eine andere Perspektive einzunehmen (nach Piaget also zu dezentrieren) und diese lange und/oder intensiv genug beizubehalten (weil beispielsweise hinderliche Affekte wiederum via Dissoziation abgespalten sind), dann - so läßt sich vermuten - gewinnt dieser Akt für ihn potentielle Handlungsrelevanz, weil er mehrfach "verstärkt" wird:

- negativ verstärkt durch die abgeschwächten oder ganz fehlenden (weil dissoziierten) negativen Affekte,
- positiv verstärkt durch positive Affekte, die der Therapeut direkt verbal und/oder indirekt einfach durch sein Dasein und Mitgehen (eventuell sogar in Form einer imaginierten oder halluzinierten unterstützenden Begleitperson) assoziiert,
- positiv verstärkt durch die wiedergewonnenen und/oder vergrößerten Freiheitsgrade und
- positiv verstärkt durch die (v.a. in Hypnose) unmittelbar und sinnlich erlebte Erfahrung eigener Kreativität und Kompetenz (wobei angenommen wird, daß die Erfahrung erweiterter Freiheitsgrade und erweiterter Kompetenz für den Menschen per se "verstärkend" wirken).

2. Wir können davon ausgehen, daß unsere Erfahrungen nur zu einem Teil verbal und zu anderen Teilen nonverbal kodiert sind (Paivio, 1978), und daß eine wirksame Psychotherapie sich in vielen Fällen auch und gerade auf jene nonverbalen, motorisch, imaginativ und szenisch gespeicherten Erfahrungen beziehen muß (siehe Revenstorf, 1985), da diese unsere kognitiven Schemata, unsere Affekte und unser Handeln in nicht minderem Maße beeinflussen, ohne daß wir ihrer für gewöhnlich gewahr sind. Hypnotische Trance ist nun ein geistiger Zustand, in welchem diese nonverbalen Repräsentationen leichter verfügbar und mit Hilfe der Dissoziation auch leichter handhabbar gemacht werden können. So lassen sich beispielsweise bestimmte Sinnesmodalitäten aus der unmittelbaren Wahrnehmung leichter ausblenden oder in sie (wieder) einblenden; in Altersregressionen z.B. eröffnet die Dissoziation der Kinästhetik in vielen Fällen überhaupt erst eine szenisch detaillierte Erinnerung - wie auch im umgekehrten Fall zu einer nur verbal und/oder visuell oder auditiv verfügbaren Erinnerung der affektive Anteil in Trance leichter wieder assoziiert werden kann, was ja schon Freud und Breuer festgestellt haben. Neben diesen modalen sind auch personale, lokale und temporale Dissoziationen möglich (siehe Kossak und Leva in diesem Heft) und eröffnen neue Perspektiven für das eigene Fühlen, Denken und Handeln.

Ich will nun nicht behaupten, daß diese beiden zusätzlichen Punkte eine hinreichende Erklärung für Bernheims Dilemma abgeben; sie stellen wiederum nur ein gedankliches Schema dar, das es zu erweitern und durch neue Perspektiven zu verändern gilt. Dennoch will ich vorläufig zusammenfassen: Mit Hilfe der hypnotischen Dissoziation ist es also nicht nur möglich, vormals außerhalb des Bewußtseins liegende Inhalte und Perspektiven in die Wahrnehmung aufzunehmen und dadurch einer Verarbeitung überhaupt erst zuzuführen, und gleichzeitig oder alternativ dazu vorher überproportional und irrational dominierende Inhalte bzw. Schemata eine zeitlang abzuspalten; es lassen sich auch konkurrierende Schemata so lange voneinander trennen, bis sie einzeln hinreichend (und nicht notwendigerweise immer nur verbal) exploriert und dadurch entweder minimiert oder maximiert, d.h. ihrem eigentlichen Stellenwert entsprechend behandelt werden können. In jedem Fall verschiebt oder rekonstruiert sich hierdurch eine vorher dysfunktional bestehende Wahrnehmungs- und Kontrollstruktur zu einer besser- oder gar wohlfunktionierenden hierarchischen Ordnung, die im Sinne der

Dezentrierung mehr Freiheitsgrade des Denkens, Fühlens und Handelns eröffnet.

Ob und inwieweit ein versteckter Beobachter oder ein hilfreiches "Unbewußtes", also eine allwissende und realitätsadäquate "Instanz" hierbei behilflich ist, hängt nicht davon ab, ob sie in weiteren Experimenten beispielsweise zum hidden-observer dingfest gemacht werden kann, sondern vor allem von dem Glauben des Therapeuten und seiner Fähigkeit, diesen Glauben seinen Klienten überzeugend zu vermitteln. In einem konstruktivistischen Sinne ist es zumindest in der therapeutischen Praxis unsinnig, nach dem hidden observer oder nach dem "Unbewußten" in einem wie auch immer gearteten dinglichen Sinne fahnden zu wollen; denn erstens besteht eine Suggestion - in der Verhaltenstherapie wie in der Hypnose - immer aus dem kommunikativ expliziten Aspekt der gesprochenen Worte und dem metakommunikativ impliziten Aspekt der persönlichen Überzeugungen und Wahrheiten des Therapeuten; und zweitens wird es nie anders sein, als daß Therapeut und Klient ihre anfangs diskrepanten kognitiven Schemata in einem ständigen Prozeß der Assimilation und Akommodation zu einer gemeinsamen therapeutischen Realität fortschreitend integrieren. Überspitzt man beispielsweise die Positionen von Carl Rogers: "Der Therapeut muß sich (nur) auf den Klienten einlassen und ihn annehmen" und von Albert Ellis: "Der Therapeut muß den Klienten (nur) überzeugen", so könnte man für eine wirksame therapeutische Suggestion im Sinne von Piaget postulieren, daß sich beide Positionen in einem ständigen dialektischen Assimilations- und Akomodationsprozeß befinden müssen, um therapeutisch wirksam zu werden, was mit anderen Worten aber ähnlichen Vorstellungen Vertreter der sog. Erickson-Schule durch ihr Postulat des "pacing and leading" ausdrücken.

#### Vorläufige Schlußbemerkung

Wie eingangs schon angedeutet, besteht eines der großen suggestiven Mißverständnisse bezüglich Hypnose darin, daß man meint, die Symptome des Klienten würden "weghypnotisiert" oder "wegsuggestiert". Eine solche Meinung ist genauso irrig wie etwa das immer wieder geäußerte Vorurteil, in der Verhaltenstherapie würden Symptome nur "dekonditioniert" oder bestimmte Verhaltensweisen "antrainiert". Wie facettenreich vielfältig, sowohl kreativ wie psychologisch fundiert moderne Hypnotherapie ist oder zumindest sein kann, zeigt beispielsweise Haleys Buch "Die Psychotherapie Milton H. Ericksons" (1978), eines der besten verhaltenstherapeutischen Praxisbücher überhaupt (wenn auch nicht in S-R-Terminologie geschrieben). Auf den ersten Blick haben viele der dort aufgeführten Fallbeispiele von Erickson mit Hypnose - zumindest im klassischen Verständnis - nichts zu tun, sondern zeigen die therapeutisch virtuose Umsetzung klassischer Erkenntnisse aus der Allgemeinen Psychologie. Es lassen sich auch viele Beispiele finden für das, was in der Verhaltenstherapie beispielsweise verdeckte Konditionierung, Modell-Lernen, Dekonditionierung, Reizüberflutung bzw. flooding, Selbstkontrolle etc. genannt wird. Und würde der gezielte Einsatz von Hypnose oder auch nur "hypnotischer" Kommunikationsmittel nicht explizit betont (und wüßte man nicht, daß Erickson einer der kreativsten Hypnotherapeuten war), so käme man vielleicht gar nicht auf die Idee, dieses Buch als Hypnosebuch anzusehen. Erickson hat sich immer geweigert, seine therapeutische Pragmatik theore-

tisch eindeutig zu explizieren. Und so blieb und bleibt es seinen Epigonen überlassen, dies mehr oder weniger einseitig innerhalb ihrer schon bestehenden klassischen Epistemologien oder manchmal auch nur im Sinne einer modischen Trendwende zu tun.

Verstünde man Hypnose bloß als die Kunst, einen Klienten auf der Grundlage eines alltagspsychologischen Wissens und Könnens zu jenen oft schwierigen Rekonstruktionen fehlerhafter kognitiver, emotionaler und verhaltensmäßiger Schemata zu motivieren, so könnten Verhaltenstherapeuten allein schon deshalb viel von Hypnose lernen, wie es auch für viele Hypnotherapeuten interessant wäre, das verhaltenstherapeutische Repertoire beispielsweise auch Ericksons genauer zu studieren, statt ihn in immer neue theoretische Schemata zu stecken - etwas, was er sein Leben lang offensichtlich bewußt vermeiden wollte, weil er nur zu gut die unvermeidbaren Beschränkungen solcher Schemata kannte und deshalb nicht nur ein Meister der hypnotischen Dissoziation wurde sondern auch immer noch ein lebendiges Beispiel gelungener Dezentrierung darstellt.

#### Literatur

- BANDLER, R. & GRINDER, J. 1975. Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson (Vol. I). Cupertino, Calif.: Meta Publications.
- BARBER, T. X. 1979. Suggested ("hypnotic") behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. In: Fromm, E. & Shore, R. E. (Eds.): Hypnosis: Developments in research and new perspectives (rev. 2nd Ed.), New York: Aldine, 217-272.
- BARRIOS, A. A. 1976. Posthypnotic suggestion as higher order conditioning: A methodological and experimental analysis. In: Dengrove, E. (Ed.): Hypnosis and behavior therapy, Springfield, Ill.: C.C. Thomas, 68-82.
- BEAHR, J. O. 1982. Unity and multiplicity: Multilevel consciousness of self in hypnosis, psychiatric disorder and mental health. New York: Brunner/Mazel.
- BERNHEIM, H. 1888. Die Suggestion und ihre Heilwirkung (übers. von Sigmund Freud). Tübingen: edition diskord. (fotomech. Nachdruck der Ausgabe Leipzig und Wien, 1985)
- BOWERS, K. S. & MEICHENBAUM, D. (Eds.) 1984. The unconscious reconsidered. New York: John Wiley & Sons.
- DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOCKOTT, G. & MOMBOUR, W. 1980. Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Berlin: Springer.
- ELLENBERGER, H. F. 1970. The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books. (Deutsch: Die Entdeckung des Unbewußten. Wien: Huber)
- ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. 1979. Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington. (Deutsch: Hypnotherapie. München: Pfeiffer, 1981)
- FAIRBAIRN, R. 1954. Observations on the nature of hysteric states. British Journal of Medical Psychology, 27, 106-125.
- FREUD, S. 1916-17. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer. (Studienausgabe, 1970)
- FREUD, S. & BREUER, J. 1895. Studien über Hysterie. Frankfurt: Fischer. (TB-Ausg., 1970)
- FREUD, S. 1938. Abriß der Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer (TB-Ausg., 1953).
- FROMM, E. 1979. The nature of hypnosis and other altered states of consciousness: An ego-psychoanalytical theory. In: Fromm, E. & Shore, R. E. (Eds.): Hypnosis: Developments in research and new perspectives, New York: Aldine, 81-104.
- GILL, M. M. & BRENNAN, M. 1972. Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression. New York: International Universities Press.
- HALEY, J. 1978. Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. München: Pfeiffer.
- HILGARD, E. R. 1977. Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: John Wiley & Sons.
- HILGARD, E. R. 1979. Divided consciousness in hypnosis: The implications of the hidden observer. In: Fromm, E. & Shore, R. E. (Eds.): Hypnosis: Developments in research and new perspectives, New York: Aldine, 45-80.
- HILGARD, E. R. 1984. The hidden observer and multiple personality. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 32, 248-253.
- HILGARD, E. R. 1985. Conscious and unconscious processes in hypnosis. In: Waxman, D.,

- Misra, P. C., Gibson, M. & Basker, M. A. (Eds.): Modern trends in hypnosis, New York: Plenum Press.
- HOFFMANN, N. (Hrsg.) 1979. Grundlagen kognitiver Therapie. Bern: Huber.
- INHEDER, B. & PIAGET, J. 1955. De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France. (Deutsch: Von der Logik des Kindes zur Logik des Heranwachsenden. Olten: Walter, 1977)
- JAEGGI, E. 1979. Kognitive Verhaltenstherapie: Kritik und Neubestimmung eines aktuellen Konzepts. Weinheim: Beltz.
- JANET, P. 1889. L'Automatisme psychologique. Paris: Alcan.
- JONES, E. E. & NISBETT, R. E. 1971. The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. In: Jones, E.E., et al.: Attribution: Perceiving the causes of behavior, Morriston, N.J.: General Learning Press.
- KIHLSTROM, J. F. 1984. Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. In: Bowers, K. S. & Meichenbaum, D. (Eds.): The unconscious reconsidered, New York: John Wiley & Sons, 149-211.
- KRAIKER, C. 1985. Kognitive Modelle hypnotischer Phänomene. In: Peter, B. (Hg.): Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson, München: Pfeiffer, 20-30.
- KRAFF, G. 1977. Hypnose, Autogenes Training, Katathymes Bildererleben. In: Eicke, D. (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. III: Freud und die Folgen (2), München: Kindler, 1174-1196.
- LANGEN, D. 1972. Kompendium der medizinischen Hypnose. Basel: Karger.
- LEVA, L. M. 1984. Cognitive behavioral therapy in the light of Piagetian theory. In: Reda, M. A. & Mahoney, M. J. (Eds.): Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice, Cambridge, Mass.: Ballinger.
- MACKAY, C. K. 1978. Vom voroperatorischen zum konkret-operatorischen Denken. In: Steiner, G. (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VII: Piaget und die Folgen, München: Kindler, 120-154.
- MAHONEY, M. J. 1974. Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- MAHONEY, M. J. & FREEMAN, A. (Eds.) 1985. Cognition and psychotherapy. New York: Plenum Press.
- MEAD, G. H. 1934. Mind, self, and society. Chicago: Chicago University Press. (Deutsch: Geist, Identität und Gesellschaft: Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. Frankfurt: Suhrkamp, 1973)
- MEILI-DWORETZKI, G. 1978. Piaget im Verhältnis zu seinen Lehrern Pierre Janet und Edouardo Claparede. In: Steiner, G. (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VII: Piaget und die Folgen, München: Kindler, 507-529.
- PAIVIO, A. 1978. Visuelles Vorstellen und verbale symbolische Prozesse. In: Steiner, G. (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VII: Piaget und die Folgen, München: Kindler.
- PERRY, C. & LAURENCE, J. R. 1980. E.R. Hilgard's "hidden observer" phenomenon: Some confirming data. In: Pajntar, M., Roskar, E. & Lavric, M. (Eds.): Hypnosis in psychotherapy and psychosomatic medicine, Ljubljana: University Press.
- PERRY, C. & LAURENCE, J. R. 1984. Mental processing outside of awareness: The contributions of Freud and Janet. In: Bowers, K. S. & Meichenbaum, D. (Eds.): The unconscious reconsidered, New York: John Wiley & Sons, 9-48.
- PERRY, C. 1985. Dissoziation und Hypnose: Geschichte und Untersuchungsergebnisse. Experimentelle und klinische Hypnose, 1(2), 81-90.
- PETER, B. 1983. Klinische Hypnose. In: Kraiker, C. & Peter, B. (Hg.): Psychotherapieführer, München: Beck, 191-216.
- PETER, B. 1983. Hypnotherapie. In: Corsini, R. J. (Hg.): Handbuch der Psychotherapie (Bd. 2), Weinheim: Beltz, 336-367.
- PETER, B. 1985. Sinn und Unsinn strategischer Therapie. In: Peter, B. (Hg.): Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson, München: Pfeiffer, 271-284.
- PETER, B. 1986. Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle: Ein Überblick. Hypnose und Kognition, 3(1), 27-41.
- PETER, B. 1986. Hypnose - Magie oder Psychotherapie? In: Schorr, A. (Hg.): Kongreßbände, 13. Kongreß für Angewandte Psychologie des BDP, 25.-28. September 1985 (Bd. I), Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- PETER, B. 1986. Hypnose - Vom Schaubudenzauber zur seriösen Therapie. Psychologie Heute, April (4), 38-45.
- PETER, B. 1987. Hypnose. In: Asanger, R. & Wenninger, G. (Hg.): Handwörterbuch der Psychologie, Weinheim: Beltz. (in Druck)
- PETER, B. & GEISSLER, A. 1978. Das integrierte Entspannungstraining, I: Muskelentspannung, II: Autogenes Training, III: Meditation (Cassetteprogr.). München: Mosaik.
- PETER, B. & GERL, W. 1977. Entspannung. München: Mosaik.
- PETER, B. & GERL, W. 1984. Hypnotherapie in der psychologische Krebsbehandlung. Hypnose und Kognition, 1(1), 56-69.
- PETER, B. & GERL, W. 1985. Clinical hypnosis in psychological cancer treatment. In: Zeig, J. K. (Ed.): Ericksonian Psychotherapy (Vol. II: Clinical Applications), New

- York: Brunner/Mazel, 398-411.
- PETER, B. (Hg.) 1985. Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson: Grundlagen und Anwendungsfelder. München: Pfeiffer.
- PHILLIPS, J. L. 1969. The origins of intellect: Piaget's theory. San Francisco: Freeman.
- PIAGET, J. 1962. Comments on Vygotsky's critical remarks concerning The Language and Thought of the Child and Judgement and Reasoning in the Child. Attachment to L.S. Vygotsky: Thought and language. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press.
- REDA, M. A. & MAHONEY, M. J. 1984. Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research, and practice. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- REVENSTORF, D. 1985. Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Interventionen. Hypnose und Kognition, 2(2),13-35.
- ROBERT, P. 1980. Micro Robert: dictionnaire du francais primordial. Paris: Dictionnaire Le Robert.
- ROHDE-DACHSER, C. 1979. Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber.
- ROSSI, E. L. (Ed.) 1980. The collected papers of Milton H. Erickson (Vol.I: The nature of hypnosis and suggestions). New York: Irvington.
- SCHMIDT, L. R. & BECKER, P. 1977. Psychogene Störungen. In: Pongratz, L. J. (Hg.): Handbuch der Psychologie in 12 Bänden. 8. Band: Klinische Psychologie (1. Halbband), Göttingen: Hogrefe, 330-434.
- STEINER, G. (Hg.) 1978. Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VII: Piaget und die Folgen. München: Kindler.
- WINNICOTT, D. W. 1958. Collected papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London: Tavistock. (Deutsch: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler, 1976)

**Keywords:** Hypnosis, cognitive therapy, dissociation, decentration, Janet, Psychoanalysis, Piaget, Hilgard

**Summary:** The idea of "dissociation" is examined in the context of Janet's theory, of psychoanalysis, and of Hilgard's neo-dissociationism. A comparison with Piaget's concept of decentration reveals differences, but also some similarities that may be looked upon as constructive links between hypnotherapy and cognitive therapy, particularly in terms of "cognitive schemata".

Anschrift des Autors:  
Burkhard Peter, Dipl.-Psych.  
c/o M.E.G.-Stiftung  
Konradstr.16  
8000 München 40

## Verhaltenstherapie nächtlicher Asthmaanfälle Kognitive Umstrukturierung unter Hypnose

Hans-Christian Kossak

**Zusammenfassung:** Am Fallbeispiel unkontrollierbarer Asthmaanfälle, die durch Angstträume verursacht werden, erfolgt die Darstellung von Planung und Durchführung einer verhaltenstherapeutischen Intervention, bei der die Prinzipien der kognitiven Umstrukturierung unter Hypnose angewandt werden. Praxisdurchführung und theoretische Diskussion zeigen auf, wie äußerst hilfreich hypnotische Elemente gerade in der kognitiven Verhaltenstherapie sind.

Die langsam aber stetig wachsende Zahl der deutschsprachigen Fachliteratur zur Hypnose weist darauf hin, daß dieses Verfahren Zugang in die verschiedenen Theorie- und Therapiekonzepte findet. Der Umfang der deutschsprachigen Literatur, in der Hypnose im multimodalen Ansatz der Verhaltenstherapie eingesetzt wird, ist jedoch immer noch unverhältnismäßig gering. Viele Verhaltenstherapeuten bewundern den Ideenreichtum z. B. von Lazarus (1980), Meichenbaum (1979) oder Beck & Greenberg (1979), die die unterschiedlichsten Imaginationsverfahren, Selbstkontrollmethoden und Verfahren beispielsweise zur Depressionsbehandlung oder Angsttherapie darstellen. Vielen Praktikern fällt es jedoch schwer, diese ihnen bekannten Methoden in ein Hypnosekonzept zu integrieren. Aus diesem Grund soll der vorliegende Bericht nicht allein eine Falldarstellung sein, sondern darüberhinaus durch die genaue Beschreibung der einzelnen Interventionen dem Praktiker Anregungen für seine Arbeit geben. Aus diesem Grunde wurde ein genaues Transskript der Video-Therapieaufzeichnung erstellt und mit den relevanten Kommentaren zur Therapie-Planung und -Durchführung versehen.

### 1. Falldarstellung

#### 1.1. Problemstellung

Die Patientin ist 20 Jahre alt und leidet unter sehr starken vorwiegend im Schlaf auftretenden Asthmaanfällen, die häufig eine Noteinlieferung in die Klinik erfordern. Sie konsultiert den Therapeuten auf Veranlassung des Frauenhauses, in dem sie zur Zeit wohnt.

#### 1.2. Ergebnisse aus dem Verhaltensinterview

Die sehr einfach strukturierte Patientin kann anfangs kaum detaillierte Informationen geben und ist sich nur ihrer häufigen Anfälle bewußt. Im Verlauf der Exploration wird folgendes Bild deutlich: