

- 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, deccentration, 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 deccentration 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:

### 1.2.1. Symptomatik

Die Patientin leidet unter sehr starken Asthmaanfällen, die sich kaum vorher ankündigen und mit erheblicher Atemnot verbunden sind. Damit einher gehen Angstgefühle.

### 1.2.2. Vorausgehende und nachfolgende Bedingungen

Tagsüber tritt die Atemnot scheinbar "ohne Grund" auf; aus näheren Nachfragen wird jedoch deutlich, daß Gedanken an den Vater oder die Schwester Atemnot auslösen können: Diese Gedanken können allgemeine Aspekte über Elternhaus, Vater bzw. Schwester beinhalten. Sobald die Gedanken auftreten, bemerkt die Patientin körperliche Anspannungen und Erregungen "wie bei Nervosität oder Stress" und hat dann sofort Angst, sie könne keine Luft mehr bekommen, was dann wiederum zu Asthmaanfällen führen könne. Mitunter bewirken die Gedanken dann den befürchteten Asthmaanfall und die Patientin muß dringend einen Krankenwagen herbeirufen lassen.

Diese Anfälle traten in den letzten 14 Tagen ca. zehnmal auf, konnten teilweise von ihr durch positive Gedanken wie "beruhige dich", durch ruhiges Atmen oder durch Inhalationsspray zum Abklingen gebracht werden. Als sie vor wenigen Tagen mit ihrem Vater telefonierte, trat in der Telefonzelle ein starker Asthmaanfall auf, als sie seine Stimme hörte. Diesen Anfall konnte sie dann nicht mehr steuern, so daß sie in die Notaufnahme der Klinik gebracht werden mußte. Nachts treten die Atemnotfälle besonders stark und regelmäßig auf mit einer Häufigkeit von ein bis zweimal pro Nacht. Meist wird sie von der Atemnot wach, hat teilweise in diesem Zustand ihre Elise nicht mehr kontrollieren können und ungewollt eingenäht. Diese Anfälle sind für sie stets sehr überraschend, so daß sie nicht mehr gegensteuern kann und nahezu jede Nacht sofort ins Krankenhaus eingeliefert werden muß. Nach längerem Hinterfragen erinnert sich die Patientin an nächtliche Angstträume mit stets gleichem Inhalt: Ihre Schwester kommt aus der Küche ins Wohnzimmer auf sie zu und schlägt sie ins Gesicht. Die Patientin kann sich dabei nicht wehren, merkt deutlich ihre Angst. Sie beschreibt auf näheres Befragen hin sehr detailliert die Körperhaltung der Schwester und auch deren Kleidung: einen grünen Niki-Schlafanzug mit einer Schrift auf der linken Schulter, langen Ärmeln und einem runden halsnahen Kragen. Die Hosen sind ebenfalls lang, die Pantoffeln sind braun. Die Schwester hat blondes, kurz geschnittenes Haar mit einem Mittelscheitel, braune Augen. Bemerkenswert ist, daß der Traum stets identisch und ohne Variationen abläuft. Durch diesen Traum wird die Patientin sehr geängstigt und entwickelt die Atemnot, von der sie dann wach wird und die sie nicht mehr steuern kann. Als sie davon im Explorationsgespräch berichtet, ist sie ebenfalls sehr angespannt und erregt.

### 1.2.3. Organismusvariablen

Die Atemproblematik besteht seit dem fünften Lebensjahr, jedoch nur drei bis vier mal im Jahr, im Frühjahr oder Herbst und ausschließlich bei starken Temperaturschwankungen. Später wurden spezifische Allergien festgestellt: beim Verzehr von weichen Hühnereiern Bläschenbildung auf den Lippen und teilweise Atemnot; weiter eine Allergie gegen Wellensittiche. Beides ist nach ärztlicher Auskunft für die Asthmaproblematik nicht relevant, sondern hatte vielmehr "nervliche Gründe". Als Medikation erhält sie die üblichen Inhalationsmittel. Im Krankenhaus ist sie durch die häufigen Noteinlieferungen bereits sehr bekannt. Da der Arzt der Ansicht war, daß ihre familiäre Situation zu belastend sei und ihre Krankheit mitbedinge, riet er ihr, dort auszuziehen; da sie mittellos ist, wurde ihr geraten, vorläufig im Frauenhaus zu wohnen.

### 1.2.4. Genese

Die Patientin besuchte die Sonderschule und hatte verschiedene Gelegenheitsarbeiten als Kellnerin und Aushilfsverkäuferin, die sie jedoch aufgrund ihrer Krankheit nicht beibehalten konnte. Ihren Traumberuf der Floristin kann sie durch die ständigen Temperaturwechsel (Treibhaus, Freiland) nicht ausüben. Seit mehreren Monaten ist sie arbeitslos und führte bis zum Wechseln ins Frauenhaus den elterlichen Haushalt. Sie bezeichnet das frühere Familienleben mit ihren Eltern und ihrer zwei Jahre älteren

Schwester als zufriedenstellend harmonisch - auch als der Vater durch einen Hirnschlag seit einigen Jahren sehr stark behindert war.

Als vor drei Jahren die Mutter verstarb, wurde die Schwester zunehmend aggressiver zu ihr, kommandierte sie herum. Die Patientin vermutet, daß ihre Schwester diese neue Belastung nicht verarbeiten konnte und deshalb abends immer häufiger Alkohol trank und dann die Patientin häufig schlug. Sie entwickelte darauf starke Ängste und mußte immer öfter mit Atemnotsyndrom ins Krankenhaus gebracht werden.

Während die Anfälle früher noch sehr selten waren (nur bei Witterungsveränderungen), wurden sie seit drei Jahren (dem Tod ihrer Mutter) und verbunden mit den Auseinandersetzungen mit der Schwester immer häufiger. Seit einigen Monaten treten sie auch nachts in Verbindung mit dem Angsttraum auf. Als sie vor einem Jahr zur Kur war, fühlte sie sich besonders wohl; es wurden angeblich keine besonderen Interventionen vorgenommen. Allein das "Spaziergehen, Abschalten und Entspannen vom Alltag" war für sie hilfreich. Am liebsten wäre sie dortgeblieben.

### 1.2.5. Alternativreaktionen, Selbstkontrolle

Tagsüber kann die Patientin ihre Atemnot teilweise steuern, wenn sie frühzeitig Anspannungen oder Atemprobleme bemerkt und dann Entspannungsgedanken und das Inhalationsspray einsetzt oder sich ablenkt. Die Anfälle nachts sind in keiner Weise beeinflussbar, so daß das Erwachen bereits mit Atemnot erfolgt.

### 1.2.6. Soziale Situation

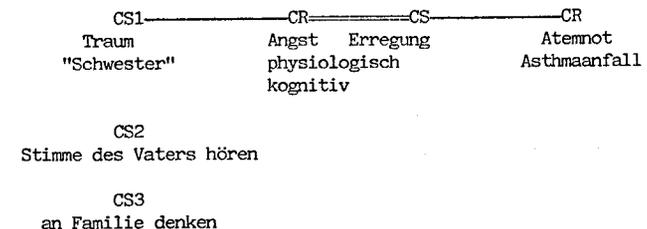
Die Patientin will auf keinen Fall wieder zurück in die elterliche Wohnung, vermeidet es, mit Vater oder Schwester zu telefonieren. Sie fühlt sich im Frauenhaus wohl, kann dort jedoch nur befristet wohnen. Sie hat wenige Sozialkontakte, keine engeren Beziehungen und macht sich im Frauenhaus nützlich. Ihre Suche nach einer Arbeit war bislang ergebnislos.

## 2. Verhaltensdiagnostik

Auf der organischen Disposition zur allergisch bedingten Atemnot baut sich bei der Patientin eine erworbene Symptomatik auf: In der Lerngeschichte bewirken anfangs Anspannungen (Ärger mit der Schwester) physiologische Erregungszustände, die die Atemproblematik negativ begünstigen und dann zum konditionierten Auslöser werden. Die darauf erworbenen kognitiven Aspekte wie Angstgedanken oder Beruhigungsgedanken können teilweise Einfluß auf die Symptomatik nehmen. Die nächtlichen Angstträume sind Konditionierungen, in denen ein kognitiver Zustand (=Traum) physiologische Erregungen auslöst (Angst), der auf diese klassisch konditionierte Weise wiederum Atemnot bewirkt.

Diese Angstträume und die Tatsache, daß die Anfälle auch durch akustische Stimuli (Telefonstimme des Vaters) ausgelöst werden können, weist auf einen hohen Generalisierungsgradienten hin.

Als Verhaltensgleichung ergibt sich folgende Struktur:



Ausschließlich die Kognitionen "Traum von der Schwester" reichen aus, um das respondente Verhalten "Atemnotsyndrom" auszulösen. Operante Anteile liegen nicht vor.

### 3. Therapieplanung

#### 3.1. Vorüberlegungen

Bei der Patientin liegt wahrscheinlich ein endogenes Bronchialasthma vor (Miltern, 1986), das durch Veränderungen von Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit ausgelöst werden kann. Die ätiologischen Faktoren sind hierbei jedoch sehr unklar, da auch veränderte Atemmuster durch Schreck- oder Wutsituationen auslösbar sind (Gold et al., 1972; Alexander, 1982). Diese Diagnoserichtung schließt in gleicher Weise psychologische Faktoren mit ein. Bekannt sind jene Fälle aus Kinderkuren, bei denen bei 40% kurze Zeit nach Trennung von den Eltern bereits deutliche Besserungen ohne jegliche Medikation festzustellen sind (Peshkin & Friedman, 1975). So können psychische Belastungen wie belastende Filme (über chirurgische Eingriffe) oder die Tonbandstimme der Mutter Asthmaanfälle auslösen (Alexander et al., 1979). Auch die Hypnose-Suggestion von bedrohlichen Situationen kann zu Atembeschwerden führen (Luparello et al., 1968), bzw. direkte Suggestionen bedingen ebenfalls Atemnotzustände (Thorne & Fisher, 1978). Angstsituationen können ebenfalls Anfälle auslösen, die besonders dann eintreten, wenn erste Atembeschwerden registriert werden; eine schnelle Steigerung der Symptomatik ist dann oft beobachtbar (Sirota, 1982). Dies macht deutlich, wie sehr auch emotionale und kognitive Faktoren wirksam sind, die pulmonalen Funktionen zu beeinträchtigen (Tal & Miklich, 1976). Neuere Forschungsergebnisse weisen auch darauf hin, daß durch Konditionierungsprozesse Asthma auslösbar ist. So berichtet MacKinzie (1886) von einem Fall, bei dem durch den Anblick einer Papierblume Asthmaanfälle ausgelöst wurden. Dekker et al. (1957) erreichen bei einem kleinen Teil ihrer Vpn über relevante klassische Konditionierungen Asthmareaktionen, wie auch allgemein klassische Konditionierungen bei allergenen Prozessen möglich sind (Ader, 1981). Operante Lernprozesse konnten bei der Beeinflussung des Asthmas ebenfalls nachgewiesen werden, wobei das Symptom evtl. ein Vermeidungsverhalten war (King, 1980; Feldmann, 1976). Die Praxiserfahrungen aus der Erziehungsberatung bestätigen diese Ergebnisse.

Von den verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen sind isolierte Entspannungsverfahren wenig effektiv (Alexander & Solanch, 1981), während z.B. Biofeedbackmethoden (sowohl EMG als auch FEV = forciertes Expirationsvolumen), kombiniert mit Entspannung sehr wirksam sind (Scherr et al., 1975; Khan et al., 1973). Deutlich wird auch, wie sehr suggestive Elemente (auch Placebogaben z.B. als Inhalationsbeimischungen) in der Verbesserung der Atemreaktion sein können (Khan et al., 1977). Je nach Genese der Problematik können psychotherapeutische Desensibilisierungstechniken Verbesserungen erzielen, besonders bei Angstproblemen während bei sozialen Problemen mehr Selbstsicherheitsverfahren hilfreich sind (Hock et al., 1977). Hypnoseinterventionen unterschiedlichster Methodik werden in gleicher Weise als effektiv erprobt, so in zum Teil umfangreichen Patientengruppen (Collison, 1975; Crasilneck & Hall, 1975; Spiegel & Spiegel 1978); teilweise wird mit Autohypnose gearbeitet (Maher-Loughnan, 1970; Spiegel, 1978).

#### 3.2. Auswahl der individuellen Behandlung

Es gilt, die klassisch bedingte CS-CR-Verbindung durch geeignete Interventionen wie z.B. Gegenkonditionierung aufzulösen. Es handelt sich hier ausschließlich um (verdeckte) kognitive Aspekte, die zusätzlich noch im Traum auftreten. Sie sind dadurch einer direkten Intervention wie z.B. Selbstkontrolle oder diversen Formen der Angstbehandlung scheinbar nicht zugänglich. Allein die am Tage auftretenden Auslöser wären von der Patientin selbst oder mittels eines bekannten Therapieprogramms steuerbar, so z.B. durch vorläufiges Vermeiden von Kontakten mit dem Elternhaus oder durch diverse Desensibilisierungsverfahren. Eine familientherapeutische Intervention und damit verbunden eine systemische Problembearbeitung scheidet aus, da die Patientin diese Angstkonfrontation ablehnt und die Verantwortung für diese Konfrontation ärztlicherseits nicht übernommen wird. Dagegen spricht auch, daß die Anfälle stets zwingend und bereits bei

geringen Familien-Konfrontationen ausgelöst werden, wodurch eine gemeinsame Sitzung der Konfliktpartner entfällt.

### 4. Therapie unter Hypnose: Planung

Bei der ausschließlich kognitiven und somit verdeckten Auslösesituation des Angsttraumes soll ein ebenfalls verdecktes verhaltenstherapeutisches Interventionsverfahren angewandt werden. Hier bietet sich Hypnose an, weil sie eine primär kognitiv-imaginative Methode ist, die sehr flexibel in Verbindung mit unterschiedlichsten Methoden kombinierbar ist.

Folgende Denkmodelle zur Therapie ergeben sich:

- Progrediente Reizkonfrontation mit der bedrohlichen Schwester (und entsprechenden Angstgehalten) und dadurch Angstabbau im Sinne einer Desensibilisierung.
- Kognitive Umstrukturierung; die Patientin soll lernen, die Angstgehalte anders zu bewerten, bzw. selbst aktiv zu verändern.

Da für die Patientin jede Nacht die Gefahr eines erneuten Anfalls besteht, muß ein Verfahren gewählt werden, das möglichst schnell wirksam ist. Aus diesem Grunde wird die Kombination von Verhaltenstherapie und Hypnose bevorzugt. Dadurch wird einerseits die Methode der Reizkonfrontation im konventionellen Sinne einer Angstbehandlung genutzt und andererseits die Möglichkeit einer kognitiven Umbewertung.

Unter Hypnose können sehr starke Alpha-Anteile im EEG und damit verbunden tiefe Entspannungszustände erzeugt werden (London, Cooper & Engstrom, 1974). Bei der Angstkonfrontation der Desensibilisierung wirkt die Entspannung antagonistisch und dient zum Angstabbau (Wolpe, 1958). Hierdurch wird sowohl Löschung als auch Hemmung der Angst und Löschung des Vermeidungsverhaltens bewirkt. Gleichzeitig wird das Annäherungsverhalten eingeübt und eine kognitive Umbewertung vorgenommen (Birbaumer, 1973). Nach dem kognitiv-physiologischen Modell Birbauers sind die durch Entspannung bedingten Alpha-Aktivitäten besonders wesentlich bei der Behandlung. Gestützt auf die Ergebnisse von Roth et al. (1967) nimmt Birbaumer an, daß der jeweils auf eine Angstkonfrontation folgende Anstieg der EEG-Synchronisierung sich bekräftigend auf den Angstabbau auswirkt. Hierin liegt wiederum der Vorteil der Hypnose, die diese Synchronisierungen (Alpha-Anteile) stark begünstigt.

Zu bedenken ist weiterhin, daß das in der klassischen Form der Systematischen Desensibilisierung benutzte hierarchische Konfrontieren mit den Angststimuli nicht unbedingt erforderlich ist (Semmer & Frese, 1979; Mahoney, 1977). Diese Ergebnisse sind im vorliegenden Fall besonders hilfreich, da mit dieser einfach strukturierten Patientin kaum differenziert gestufte Hierarchien erarbeitbar wären.

Die ausschließlich hypnotisch-kognitive Verarbeitung soll der Patientin Handlungsstrategien ermöglichen, damit sie sich dann selbst als "locus of control" zur Steuerung ihrer Angstträume erlebt und ihnen nicht mehr passiv-hilflos ausgeliefert ist (Rotter, 1966; Jaeggi, 1979).

Zur Absicherung einer möglichst effektiven Behandlung wird die Kombination beider Methoden ausgewählt, was auch dem Ansatz z.B. von Birbaumer (1973) entspricht. Dies bedeutet in der Grundstruktur der Therapie, daß die Patientin den Traum rekonstruieren soll, wobei Hypnose hier deutliche Hilfen bieten kann. Die Patientin soll also neben einer Konfrontation mit den Angstgehalten gleichzeitig Techniken erwerben, Traumgehalte (bewußt oder unbewußt) zu verändern. Der grüne Pyjama und die erhobene Hand der Schwester wurden in der Exploration besonders angstbesetzt geschildert; deshalb sollen diese Inhalte vorläufig im Vordergrund der Behandlung stehen.

## 5. Planung der einzelnen Behandlungsphasen

### 5.1. Ruheszenen

Da das kritische Verhalten (Atemnot) zwingend ausgelöst werden kann, ist damit zu rechnen, daß während der Behandlung Anspannung und dadurch Atemnot auftreten können. Entsprechend müssen für diese kritischen Phasen der Therapie Interventionen geplant werden, die eine Unterbrechung der kognitiven und physiologischen Erregungen begünstigen und deutlich Entspannung bewirken. Da die Patientin bei ihrer Kur diese entspannende Situation erlebte, sollen Bilder aus diesem Bereich benutzt werden.

Aus Sicherheitsgründen werden hier verschiedene Methoden benutzt:

#### Ruheszene Café

Die Patientin befindet sich in einem Café und genießt dort ihren Lieblingskuchen etc.; es wird angenommen, daß hierdurch besonders plastische alternative Stimuli erlebt werden können, die eine Angst- und Anspannungsreduktion bewirken. Hier soll besonders auf die gustatorischen Halluzinationen geachtet werden, die mit den angstbesetzten Stimuli inkompatibel sind. Es ist anzunehmen, daß eine Gegenkonditionierung erfolgt, analog zum klassischen Therapiefall von Jones (1924).

#### Dissoziation Parkbank

Zusätzlich zu dieser angstinkompatiblen Konstellation soll eine Dissoziation vorgenommen werden.

In seiner Neo-Dissoziations-Theorie nimmt Hilgard (1974, 1977) an, daß während der Hypnose verschieden kognitive Systeme parallel zueinander arbeiten, was er als "Dissoziation" bezeichnet. Typisch sind die verschiedenen Auftretensformen, so z.B. die Abspaltung und Trennung der eigenen Person zwischen erlebendem und beobachtender Person, oder Abspaltung von Körperteilen und die Abspaltung verschiedener Ich-Zustände und Gefühle. Aspekte dieses Phänomens wurden von Kossak (1985) bereits in einer Verhaltenstherapie angewandt. Wahrscheinlich beinhaltet dieses Phänomen der Dissoziation Aspekte von dem, was in der Diskussion der kognitiven Verhaltenstheorie mit "Dezentrierungsphänomen" bezeichnet wird. Es greift auf Piaget (1962) zurück und beinhaltet die Fähigkeit, eigenes Verhalten aus verschiedenen Perspektiven her zu betrachten (z.B. Feffer & Suchotliff, 1966; Looft, 1972) - so weit eine sehr kurze Darstellung. Der therapeutische Aspekt dieser Fähigkeit zur Dezentrierung ergibt sich aus einer Folgerung: ist die Person in der Lage, die Perspektiven "eines anderen" anzunehmen oder zu antizipieren, wie "ein anderer" auf sie reagiert, "dann folgt logischerweise, daß durch sie auch ein neues Selbstbild entsteht" (Jaeggi, 1979, S. 113). Die Person kann sich dadurch so sehen, wie andere sie sehen möchten und wie sie gern gesehen werden möchte. In die gleiche Richtung deuten die Ergebnisse der Attributionsforschung (Jones & Nisbett, 1971), wonach eine Person es lernen kann, sich anders wahrzunehmen und ihre Handlungen anders als bisher zu attribuieren. Durch Erfahrungen, die eigenen starken Emotionen auch von anderen Perspektiven her zu beobachten bzw. zu erleben, lernt es der Patient, die Ursachen und Wirkungen seiner Störungen zu differenzieren, seine Selbsterkenntnis zu erweitern und neue Verhaltens- und Bewertungsaspekte zu erkennen und zu aktualisieren.

Für die geplante Intervention mit der Patientin beinhaltet dies: Sie erlebt sich einerseits symptomfrei und entspannt im geliebten Kurort. Andererseits geht ein Teil von ihr spazieren und nimmt Kontakt mit dem bedrohlichen Angstinhalt auf. Sie kann sich hierbei distanziert beobachten und erleben, wodurch sie erkennen kann, daß die von ihr befürchtete angstbesetzte Konstellation "Schwester im Pyjama" nicht gegeben ist und damit verbunden eine Angstreduktion erfolgt. Tritt dennoch zu starke Angst auf, kann schnell auf die entspannende Situation "Parkbank" zurückgegangen werden. Hierdurch wird dann eine Entspannungsphase in der gewohnten Methodik der Angstbehandlung eingeschoben.

### 5.2. Angstkonfrontation

Es soll eine langsame Konfrontation mit dem Angstinhalt "Pyjama" erfolgen, um das

Atemnotsyndrom nicht aufkommen zu lassen, wobei evtl. unterschiedliche Sinneseindrücke benutzt werden (sehen, bewegen, berühren). Der zum Schlag erhobene Arm ist besonders angstausslösend und soll deshalb in der Konfrontation besonders berücksichtigt werden. Falls erforderlich, soll später die Schwester als weiterer Angstinhalt eingeführt werden (Gesicht, Bewegung, Stimme etc.). Neben der reinen Konfrontation wird weitgehend eine Dissoziation/Dezentrierung vorgenommen, welche die Therapiewirkung und -effektivität vergrößern soll.

### 5.3. Umstrukturierung

Je nach Mitarbeit der Patientin soll eine Intervention eingeführt werden, bei der sie selbst Veränderungen an den Inhalten vornimmt, die eine weitere Angstkoppelung inkompatibel machen. Zu denken ist hier an eine Manipulation am Pyjama, selbstsicheres Gespräch mit der Schwester, etc. Erreicht wird dadurch, daß die Patientin sich den Angstträumen und Inhalten nun nicht mehr passiv ausgeliefert fühlt, sondern daß sie nun aktive Bewältigungsstrategien erwirbt. Hierdurch wird ihre Attribuierung von Kausalzusammenhängen verändert und sie erlebt sich dadurch selbst als "locus of control" (Rotter, 1966; Mahoney, 1974) und ihre Hilflosigkeit (i.S. von Miller & Seligman, 1973) ist reduziert. Letztlich ist anzunehmen, daß dadurch eine wesentlich günstigere Therapieprognose zu erreichen ist (Mahoney, 1974).

### 5.4. Posthypnotischer Auftrag zur Generalisierung

Durch einen posthypnotischen Auftrag soll die Patientin bei der symptomauslösenden Stimuluskonstellation nun alternative Reaktionen entwickeln: Entspannung, kognitive Umstrukturierung etc. Dies bedeutet, daß mit ihr unter Hypnose ein bestimmtes (imaginiertes) motorisches, emotionales und kognitives Verhaltenskonzept erarbeitet und eingeübt wird, welches sie dann im Traum einsetzen kann. Dazu sollen genau definierte Stimuli benutzt werden, auf welche die Patientin dann im Schlaf mit dem neu erworbenen Verhalten reagieren soll. Sowohl klinische Beobachtungen als auch experimentelle Studien bestätigen den Effekt des posthypnotischen Auftrags (z.B. Cheek & LeCron, 1968; Orne, Sheehan & Evans, 1968), wobei stark hypnotisierbare Personen entsprechend intensiv auf die Instruktionen reagieren.

## 6. Behandlung unter Hypnose

Die sehr einfach strukturierte Patientin wird in das Verfahren als "Vorstellungsübung" kurz eingeführt, um sie durch mögliche negative Klischeebilder über Hypnose nicht zu beunruhigen. Aufgrund der speziellen Dringlichkeit beginnt die Behandlung sofort nach dem Explorationsgespräch. Sie reagiert auf die ersten Suggestionen zum Augenschluß sehr schnell und zeigt bereits nach drei bis vier Minuten tiefe Entspannung. Die nachfolgenden Kurztests aus dem SHSS (akustische Halluzination; Amnesie für Zahlen etc.) weisen auf sehr hohe Hypnotisierbarkeit hin.

Die nun folgende Therapie ist als wörtliches Transskript der Videoaufzeichnung dargestellt und soll durch die eingefügten Kommentare den Behandlungsablauf und die einzelnen Interventionsschritte verdeutlichen.

Die Patientin befindet sich in ihrer Vorstellung bereits auf der Parkbank im Kurort und hat die verschiedenen Suggestionstests durchlaufen und gerade die Halluzination "Fliege" beendet. Die Möglichkeit des Cafésbesuches ist ebenfalls angekündigt.

T.: Sie haben sie jetzt verschrecken können, sie ist weg, nun können Sie wieder die schöne Gegend genießen. Sie schauen sich um und sind auf einmal verwundert, daß vor Ihnen etwas zu essen steht. Was könnte das sein, was da zu essen steht?

P.: Schwarzwälder Kirsch.

T.: Das ist ein Kuchen, ja?

P.: (nickt).

T.: Sehen Sie auch 'ne Tasse Kaffee dabei?

P.: (nickt) Hm.

T.: Wie sieht der aus, der Schwarzwälder Kirsch?

P.: Ein Boden, Sahne, Kirschen, ein schwarzer Boden, wieder Sahne, obendrauf 'ne Kirsche und Schokolade, so geschichtet.  
T.: Das hört sich ja lecker an.  
P.: Ja.

Die Patientin wird hier auf die Ruheszene "Café" vorbereitet, die gleichzeitig zum Angstabbau genutzt werden soll. Da sie sehr gut mitarbeitet und sehr plastische Halluzinationen produziert, wird sie selbst an der Beschreibung und Ausformung ihrer Halluzinationen beteiligt. Sie ist dadurch aktiv an ihrer Therapie beteiligt und wird um so plastischer ihre Angstkonfrontation vornehmen können. Um so leichter wird sie später bei der erforderlichen posthypnotischen Instruktion diese Erlebnisse erinnern können.

Der schnelle Szenenwechsel von der Parkbank ins Café zeigt hier den Vorteil der Hypnose auf, mittels derer gerade bei hochsuggestiblen Patienten sehr schnelle Veränderungen umfangreicher Situationen bewirkt werden können.

T.: Sie schauen sich das an und fangen an zu essen - wenn Sie wollen, von diesem Kuchen zu essen an. Sie haben da einen Löffel.  
P.: (ißt mit ihrer linken Hand scheinbar genüßlich den Kuchen).  
T.: Sie spüren auch deutlich den Geschmack..!?  
P.: Ja.  
T.: Trinken Sie den Kaffee mit oder ohne Zucker?  
P.: Mit.  
T.: Also Sie können Zucker hinein tun.  
P.: (Gibt den Zucker hinein, rührt umgelenk um).  
T.: Noch Milch?  
P.: (Nickt und gießt ein, rührt um, führt die Tasse zum Mund). Ist aber heiß.  
T.: Dann müssen Sie noch einen Moment warten, bis er kühler ist - oder wollen Sie pusten?  
P.: Nee, warten.

Hier wird deutlich, wie durch sehr kurze suggestive Bemerkungen umfangreiche und wirkungsvolle Reaktionen erzielt werden. Sie sind dann besonders wirksam, wenn sie dem konkreten Erfahrungsraum sehr nahe sind. Hierbei können dann komplexe Erfahrungsmuster abgerufen werden: Als die Patientin sich am heißen Kaffee fast den Mund verbrennt, so ist dies kein Fehler in der Suggestion, sondern ein Hinweis auf die hohe Hypnotisierbarkeit und Reaktionsbereitschaft der Patientin, die ein Erlebens-Gesamtkonzept reproduziert: sie erhielt frischen Kaffee, wie er in einem guten Café sofort serviert wird und deshalb selbstverständlich noch sehr heiß sein muß.

Dieses gesamtheitliche Wiedererleben einer Situation läßt auf eine plastische Bearbeitung der therapierelevanten Inhalte schließen.

T.: Ja, dann warten wir. Während dieser Zeit genießen Sie die Entspannung und schalten weiter ab. Sie freuen sich über das schöne Wetter, das so richtig schön angenehm ist, so daß Sie ganz locker sein können. Die Gedanken kommen und gehen, Gedanken an früher oder gestern oder heute und Sie merken, daß Sie mit ihren Gedanken auch spazieren gehen können. Sie können sich jetzt vorstellen, daß Sie ein Stück weitergehen und einen Geschäftsbummel machen in Bad L. Da ist so ein kleines Modengeschäft.

Die Entspannung wird nun weiter vertieft und es erfolgt eine zeitliche Verwirrung im Sinne Ericksons (Erickson & Rossi, 1981), welche die Dissoziation vorbereitet: Die Patientin kann einerseits im Café sitzen und entspannen, aber andererseits in ihren Gedanken eine Angstkonfrontation erfahren. Diese Konfrontation wird nun vorbereitet.

P.: (nickt).  
T.: Und da schauen Sie in die Auslage und was sehen Sie im Schaufenster?  
P.: Schicke Röcke, Blusen, T-Shirts.  
T.: Sehen Sie da hinten links in der Ecke auch einen Pyjama liegen?  
P.: (spontan) Ja!

T.: Welche Farbe hat er?  
P.: Grün.  
T.: Und wie sieht der weiter aus?  
P.: An der Seite oben eine Schrift.  
T.: Aber Sie können das ganz entspannt ansehen?  
P.: (nickt).

Die Patientin reagiert sofort, reproduziert das Angstobjekt "Pyjama" sehr detailliert, genau so, wie vorher in der Exploration beschrieben. Im Explorationsgespräch waren derartige Details erfragt worden, so daß eine Auffrischung der Erinnerung erfolgt, die nun spontan abgerufen werden kann. Dieses plastische Erleben erleichtert die nachfolgende Therapie. Zum Angstabbau leitet der Therapeut sofort eine Entspannungs-Instruktion ein.

T.: Ja. Und was für einen Ausschnitt hat er?  
P.: (wartet ca. 3 Sekunden) Wie der von meiner Schwester.  
T.: Ist Ihnen aber ganz gleichgültig, ja!? Wenn Sie den so anschauen!  
P.: (nickt).

Der Realitätsbezug zum Angstobjekt "Pyjama der Schwester" ist nun vollständig hergestellt. Sofort erfolgt eine Entspannungs-Instruktion. Nun ist zu erwarten, daß evtl. das gesamte Angstverhalten der Patientin gezeigt wird, verbunden mit dem Atemnotsyndrom. Aus diesem Grund wird besonders genau darauf geachtet, Entspannungs-Instruktionen einzustreuen. Wie aus der Anamnese bekannt, können verschiedene Anspannungen das Symptom auslösen, die hier durch die Imaginationen provoziert werden und deshalb gleichzeitig abzubauen sind.

T.: Und wie sieht das Unterteil aus vom Pyjama?  
P.: Auch dunkelgrün.  
T.: Und Sie wissen: Sie sind in der Kur in Bad L. und können sich den in aller Ruhe anschauen, den Pyjama.  
P.: Ja. Gott sei Dank.

Da die Patientin die relevanten Angstsinhalte so sehr schnell reproduziert, befürchtet der Therapeut eine Anspannungszunahme. Deshalb greift er auf die Dissoziation zurück, die eine Trennung zwischen Erleben und Angst-Bewertung bewirken soll. d.h. eine Entkopplung der CS-CR-Verbindung in den Kognitionen; bzw. der kognitive Stimulus des Angstgedankens erhält dadurch keine Verbindung mehr zu den ehemals gekoppelten physiologischen Reaktionen. Die Patientin bemerkt bereits diese Auflösung und reagiert erleichtert.

T.: Ja, sehen Sie auch die Pantoffel daneben?  
P.: Ja.  
T.: Wie sehen die aus?  
P.: Braun.  
T.: Und... die können Sie ganz locker angucken!  
P.: (nickt).  
T.: Sie wissen, Sie sind in der Kur und sind ganz locker und entspannt... Wollen Sie den auch mal anfassen den Pyjama?

Nach der optischen Reizkonfrontation soll nun auch eine Kontakt-desensibilisierung erfolgen. Im Hintergrund steht dabei die Planung, daß die Patientin es lernt, das Angstobjekt selbst zu manipulieren und dadurch "locus of control" zu werden.

P.: (nickt, hebt spontan den Arm und macht mit der Hand Fühlbewegungen; sie betastet das Gewebe und die Form des Pyjamas).  
T.: Wie faßt er sich an?  
P.: Weich. (läßt Hand sinken).  
T.: Was für ein Stoff ist das wohl?  
P.: Baumwolle.  
T.: Hmm. Und Sie heben ihn wieder hoch und schauen ihn noch einmal an?!

P.: (nimmt den Pyjama mit beiden Händen scheinbar an den Schultern und hebt ihn in Augenhöhe).  
T.: Und wie ist das so?  
P.: Schön.  
T.: Und schön ist auch, daß Sie da ganz entspannt sein können, ganz locker, nicht wahr! Ist es immer noch angenehm?  
P.: (nickt, läßt die Hände sinken).

Nahezu spielerisch und beiläufig auf der einfachen Verhaltensebene wird weiter die Reizkonfrontation vorgenommen. Durch das Hochheben soll langsam vorbereitet werden, daß der Pyjama mit erhobenem Arm (als ob geschlagen wird) wahrgenommen werden soll. Gleichzeitig lernt die Patientin, daß dieses bislang unangenehm besetzte Objekt auch positive Qualitäten haben kann, wodurch die S-R-Verbindung weiter abgebaut wird. Letztlich lernt die Patientin, ihre Innenbilder über die Qualitäten des Angstobjektes und der Situation aktiv zu verändern.

T.: Vielleicht, daß Sie den Ärmel einmal hochheben an der Jacke.  
P.: (hebt die rechte Hand in Schulterhöhe, dann in Kopfhöhe).  
T.: Und wie sieht der jetzt aus, der Arm?  
P.: Langärmelig.  
T.: Ja!

Nun wird der bislang angstausslösende Stimulus 'Arm ist erhoben' eingeführt. Die Konfrontation erfolgt wieder abgestuft und mit aktiver Beteiligung der Patientin. Wie deutlich wird, reagiert sie ohne Anspannung, wodurch ein Unterziel der Therapie nun erreicht ist.

P.: Dunkelgrün.  
T.: Hat er ein Bündchen?  
P.: Nein.  
T.: Aha, hmhm.  
P.: (läßt Arm sinken).  
T.: Ja, prima.

Schön, daß Sie das so anfassen können, ganz locker, ganz entspannt. Ich glaube auch, inzwischen ist der Kaffee etwas kühler geworden, daß Sie ihn trinken können.  
P.: (führt die Tasse zum Mund und trinkt).  
T.: Und, hat er nun die richtige Temperatur?  
P.: Ja.  
T.: Wollen Sie auch noch ein bißchen von dem Kuchen essen?  
P.: (nickt, ißt mit der linken Hand).  
T.: Ja, da ist ja noch einiges auf dem Teller, ist ja auch lecker.  
P.: Ja.  
T.: Da ist ja auch so was Rotes zwischen.  
P.: Ja, Kirschen.

Während der umfangreichen Angstkonfrontation entwickelt der Therapeut etwas Angst, daß es zu Atemproblemen kommen könnte, - obwohl keine Anzeichen dafür vorliegen. Sicherheitshalber (wohl mehr zu seiner eigenen Beruhigung) setzt er hier wieder die intensive Entspannungsszene zum Spannungsabbau ein. Geplant ist nun eine weitere Manipulation mit dem Pyjama, besonders bei erhobenem Arm.

T.: Ja, Kirschen, die sind ja besonders lecker... Wollen wir uns nun, nachdem Sie sich nun ganz besonders gestärkt haben, wieder den Pyjama ansehen?  
P.: Ja.  
T.: Nun wollen wir mal den einen Ärmel, den rechten vom Pyjama nehmen, daß Sie den mal hochheben.  
P.: (hebt spontan den Ärmel in Kopfhöhe).  
T.: Und damit wackeln, so als ob der auf Sie zukommt.  
P.: (führt entsprechende Winkbewegungen mit dem Ärmel aus).  
T.: Sie können auch damit schlenkern.  
P.: (tut es).

T.: Und Sie merken, Sie sind auch weiterhin entspannt und locker.  
P.: (macht weiter die Winkbewegungen).  
T.: Sie merken, daß Sie in Gedanken mit dem Pyjama alles machen können... Sie können alles damit machen. Sie können ihn auch umdrehen, den Pyjama.  
P.: (dreht ihn herum).  
T.: Ja, und wie sieht er von innen aus?  
P.: Dunkelgrün.  
T.: Und, wollen Sie ihn mal auf links umkrepeln, den Pyjama?  
P.: (macht entsprechende Umkrepelbewegungen).

Die Patientin krepelt den Pyjama auf links, kann also die gesamte Szene motorisch und kognitiv umstrukturieren und ist somit Beherrscher der Situation. Das Umkrepeln wird nicht rückgängig gemacht; d.h. der Pyjama verbleibt nun so zurück und wird dadurch für die Schwester noch schwerer zugänglich gemacht, denn wer kann schon einen auf links gedrehten Pyjama schnell anziehen?

T.: Sehen Sie, das können Sie auch damit machen und jetzt haben Sie ihn von der Innenseite.  
P.: (hält den Pyjama, winkt weiter mit der rechten Hand).  
T.: Und nun sehen Sie die Nähte. Und was sehen Sie noch?  
P.: Die Schrift von innen und er ist dunkelgrün.  
T.: Ja.  
P.: (läßt die Arme sinken).  
T.: Und nun, möchten Sie sich wieder etwas entspannen, noch einen Schluck Kaffee trinken?  
P.: (trinkt spontan ihren Kaffee).  
T.: Prima... Kuchen ist auch noch da, oder?  
P.: (ißt noch ein Stückchen Kuchen).

Der Realitätsgehalt des erhobenen Armes wird von der Patientin spontan kopiert. Alle Umstrukturierungsaufgaben wurden erfolgreich absolviert. Sie kann nun angstfrei mit dieser Szene und ihren eigenen Imaginationen umgehen, was gleichzeitig verstärkt wird durch die Ruheszene.

T.: Haben Sie gemerkt, daß Sie mit dem Pyjama alles machen können?  
P.: Ja.  
T.: Auch in Ihren Träumen können Sie demnächst diesen Pyjama verändern... Der Pyjama wird für Sie uninteressant, der Inhalt... wird für Sie demnächst gleichgültig werden. Auch Ihre Träume wissen das. Sie wissen das in Ihren Träumen, daß der Pyjama ganz gleichgültig wird. Er kann ruhig den Arm hoch haben, der Pyjama. Sie wird Ihnen gleichgültig und uninteressant - auch in Ihren Träumen werden Sie locker und entspannt bleiben... Auch in Ihren Träumen werden Sie Kaffee trinken können und in Ihren Träumen werden Sie auf der Parkbank sitzen und entspannen und darüber lachen, wenn ein Pyjama auf Sie zukommt.  
P.: Ja.

Die Patientin erhielt nun zahlreiche Suggestionen:

1. Die Suggestion, Inhalte aktiv beeinflussen zu können.
2. Posthypnotische Instruktion für Entspannung und Amnesie, der bisher bestehenden S-R-Verbindung ("wird gleichgültig" = "ist angstfrei").
3. Posthypnotische Instruktion, im Gesamtthema "Schwester" entspannt zu bleiben, gleichzeitig Amnesie der Angstbeziehungen.
4. Posthypnotische Instruktion, mit Entspannung oder Dissoziation zu reagieren, sobald relevante Anspannungen oder Angstinhalte auftreten können. Die bisherigen angstausslösenden Stimuli werden nun benutzt, um Entspannung damit zu verbinden.

T.: Der (Pyjama) ist dann ganz gleichgültig für Sie geworden, ganz uninteressant, Sie können locker damit umgehen... Wollen wir nun noch mal einen Gag machen... mit den Pantoffeln?

P.: (nickt leicht).  
 T.: Was können wir wohl damit machen? Mit den Pantoffeln?  
 P.: Angucken.  
 T.: Angucken, ja, dann schauen wir uns die mal an.  
 P.: (nimmt die Pantoffeln in Gesichtshöhe und schaut sie an).  
 T.: Ja, und sollen wir nun etwas Lustiges mit den Pantoffeln machen?  
 P.: (ratlos) Ich weiß nicht.

Geplant ist nun, die Pantoffeln ebenfalls so umzustrukturieren, daß sie andere emotionale Qualitäten erhalten. Der Therapeut überfordert hier die Patientin, da sie nicht ahnen kann, daß man mit Pantoffeln auch lustige Veränderungen vornehmen kann.

T.: Es gibt doch so Papierblumen, so gelbe, daß wir die mit Tesafilm draufmachen, auf jeden Pantoffel, so gelbe Blumen, mit Tesafilm, ja?  
 P.: (nickt) Ja.  
 T.: Ach, da liegt ja gerade eine, so eine Papierblume.  
 P.: (nimmt die Blume mit ihrer linken Hand auf, während sie in der rechten Hand einen Pantoffel hält und befestigt darauf die Blume, reißt nun vom Tesafilm kleine Teile ab und befestigt diese an ihrem Unterarm, um daraufhin die Rolle wegzulegen und nun die Blume mit den einzelnen Tesastücken von ihrem Unterarm am Pantoffel zu befestigen).

Die Patientin scheint vordergründig ein unsinniges Verhalten zu produzieren. Da sie früher Verkäuferin war, verhält sie sich vollkommen korrekt, denn genau auf diese Weise hantiert man in diesem Beruf mit Klebeband. Das Verhalten weist deutlich darauf hin, wie stark durch Hypnose komplexe Verhaltens- und Erfahrungsbereiche abgerufen werden können.

T.: Und, sehen die nun lustig aus, die Pantoffeln?  
 P.: (nickt belustigt) Ja.  
 T.: Ja, prima, gut, nun haben wir die Pantoffeln auch verändert.  
 P.: (läßt die Arme sinken).  
 T.: Nun können wir sie wegstellen.  
 P.: Ja.  
 T.: Und zur Belohnung können Sie noch mal Kaffee und Kuchen haben und essen und trinken, wenn Sie mögen.  
 P.: Habe keinen Durst mehr.

Die Reizkonfrontation ist nun erfolgreich beendet. Das letzte Beispiel zeigt deutlich, daß die Patientin durchgängig ihre Willensfreiheit besitzt und hier z.B. ihren Bedürfnissen gemäß weiteren Kaffee ablehnen kann. Wie bereits schon einmal mit dem Pyjama durchgeführt, erfolgen nun posthypnotische Aufträge, die Inhalte im Traum aktiv zu verändern, zu entspannen etc.

T.: Na, prima. Sie werden aber auch merken, daß Sie in Ihren Träumen die Pantoffeln ganz kalt lassen werden, im Gegenteil, Sie werden merken, daß Sie ganz entspannt sind, wo Sie jetzt die Papierblumen draufgemacht haben. Das wissen Sie. Und in den Träumen werden die Pantoffeln ganz uninteressant. In Ihren Träumen werden Sie ganz locker und entspannt sein, ganz ruhig und entspannt, so entspannt wie Sie jetzt sind, auf Ihrer Parkbank in der Kur. Nachher, wenn ich meinen Kuli in die Hand nehmen werde und auf meinen Block schreibe, werden Sie mir kurz in zwei Sätzen erzählen von dem Brunnen in Bad L. und werden dann die Fliege verjagen, aber das ist nun gleichgültig, ich zähle nur kurz von 3 bis 1 und Sie werden ganz entspannt sein.  
 Drei - Sie hören deutlich meine Stimme und nehmen auch die Geräusche im Raum wieder wahr, hören das Ticken der Uhr und meine Bewegungen.  
 Zwei - Sie hören auch die Geräusche von draußen, ganz deutlich Straßenlärm und den Verkehr, die Autos, die vorbeibrausen. Sie wissen deutlich, daß Sie sich hier im Zimmer befinden auf dem Stuhl und daß Sie weiterhin ganz entspannt und locker sind, und auch den ganzen Tag und auch den nächsten Tag ganz entspannt bleiben werden.

Sie werden gleich bei Eins Ihre Augen aufmachen, sich ganz locker und entspannt und wohl fühlen. Und Nummer Eins - Sie können die Augen aufmachen.

P.: (öffnet die Augen, blinkert).  
 T.: Wie fühlen Sie sich?  
 P.: Gut, wie neu geboren, wo war ich denn jetzt? (schaut um sich).  
 T.: (Nach einigen Sekunden zur Rückorientierung für die Patientin). Können Sie erzählen, wo Sie waren?  
 P.: Ich war in Bad L., saß da auf der Bank, Parkbank, rechts war der Brunnen von Bad L. und da hab ich, die Blumen waren am Blühen, rote, gelbe... etc.

Der Therapeut schließt in seine Abschlußinstruktionen einen Test zur Überprüfung der Wirkung posthypnotischer Instruktionen mit ein. Die Reaktionen und Berichte der Patientin nach der Hypnose zeigen folgendes:

1. Die Hypnoseintervention hatte für die Patientin Realitätscharakter, d.h. sie war "tatsächlich" in Bad L. und hat dort alles subjektiv als real erlebt.
2. Bedingt durch diesen subjektiven Realitätsbezug ist anzunehmen, daß die Patientin die bei der Konfrontation mit dem Angstobjekt gezeigte Entspannung ebenfalls als real erlebt hat. D.h. es erfolgte die dem Therapieziel gemäße Entkoppelung der Beziehung von Kognition (Erleben etc.) und Angst.
3. Der Test des posthypnotischen Auftrages am Ende der Therapiesitzung wird ebenfalls positiv durchlaufen. D.h. es ist anzunehmen, daß die Patientin die ihr erteilten posthypnotischen Aufträge sinngemäß befolgen wird.
4. Bedingt durch die sehr starke Realitätsverkenning in Hypnose hat die Patientin entsprechend lange benötigt, sich rückzuorientieren, was an ihren orientierenden Blicken deutlich wird. Demzufolge wird mit ihr diese Phase besonders intensiv durchlaufen. D.h. es wird besonders darauf geachtet, ihren Bezug zur objektiven Realität wieder detailliert herzustellen, damit sie bei Verlassen der Therapie uneingeschränkt reaktions- und erlebnisfähig ist. (Kossak, 1966a, 1966b).

## 7. Weitere Therapiemaßnahmen

Geplant sind nun weitere Therapiesitzungen im Abstand von wenigen Tagen, um den Erfolg zu festigen und vollkommene Symptomfreiheit zu bewirken. Hinzu kommt die Überlegung, in Zukunft evtl. mit der gesamten Familie die bestehenden Konflikte durchzuarbeiten. Die sehr einfache Patientin ist es jedoch nicht gewohnt, ihre nächsten Termine einzuhalten und erscheint erst zwei Wochen später auf Veranlassung des Frauenhauses.

Sofort nach der (oben geschilderten) ersten Therapiesitzung war sie direkt nach der Sitzung sehr euphorisch und danach für lange Zeit ausgeglichen und entspannt, sang häufig vor sich hin, was auch anderen Personen positiv auffiel. Diese Haltung hielt bis zu dem hier zitierten Gespräch weiter an. Auf diesem Hintergrund hatte sie sehr selten angstausslösende Gedanken oder konnte sie dann sehr schnell abbrechen bzw. gegensteuern. Die sehr einfachen Schilderungen lassen folgern, daß sie hier in der therapie relevanten Weise reagierte.

Angsträume sind seitdem nicht mehr aufgetreten. Morgens wacht sie nun munter und entspannt auf. Entsprechend war in der Zwischenzeit von zwei Wochen nur ein Asthmaanfall festzustellen. Dies reichte ihr aus, die Behandlung als erfolgreich abzubrechen. Nun aber steht sie vor der Alternative, die Behandlung (auf Anraten des Frauenhauses) weiter fortzuführen oder auf einer Nordseeinsel eine lang ersehnte Stelle als Küchenhilfe anzunehmen und endlich Arbeit zu haben; damit verbunden ist finanzielle Unabhängigkeit und die Möglichkeit, eine eigene Wohnung zu finanzieren. Das Therapiegespräch ist nun auf diesen Konflikt ausgerichtet und zeigt, daß ihr die Arbeitsstelle wesentlich wichtiger ist als die Therapiefortführung und daß sie kaum noch eine Therapienotwendigkeit sieht. So erarbeiten wir, daß sie diese angebotene Arbeit aufnimmt und noch

eine Behandlungssitzung erhält.

In dieser Sitzung wird sie nochmals mit ihrem Traum konfrontiert, der nun nicht mehr erregend oder angstausslösend ist. Da die Patientin auf die Hypnosebehandlung so sehr gut anspricht, wird zur Sicherheit folgende Intervention vorgenommen: Sie erhält den posthypnotischen Auftrag, mit Entspannung zu reagieren, wenn sie entweder angstbesetzte Traumhalte oder Gedanken hat und/oder wenn sie das Wellenrauschen hört bzw. die Meeresluft riecht. Da sie auf einer sehr kleinen Nordseeinsel sein wird, ist anzunehmen, daß sie diese beiden letztgenannten Stimuli stets wahrnehmen wird. Dies ist gewissermaßen eine Dauereinrichtung von Entspannungsreaktionen. Weitere Behandlungen sind nicht mehr möglich, da die Patientin am übernächsten Tag zur neuen Arbeitsstelle umzieht.

### 8. Katanese

Mehr als 3 Jahre nach dem letzten Kontakt erfolgt eine Zufallsbegegnung mit der Patientin; sie erinnert sich sofort recht froh an diese Behandlung. Seit der letzten Intervention traten nur noch äußerst selten Asthmaanfalle in leichtem Ausprägungsgrad auf. Sie fühlt sich nun diesbezüglich äußerst wohl, betrachtet sich als geheilt.

### 9. Abschließende Betrachtung

Die vorliegende Fallstudie legt folgende Schlüsse nahe:

1. Die Fallstudie kann wahrscheinlich nicht global auf andere Asthmaprobleme übertragen werden, da es sich bei vielen psychischen Problemen stets um individuelle lern- und kognitionsspezifische Störungen handelt, die immer individuell behandelt werden müssen. Entsprechend dient die Darstellung der Therapie als Anregung für vergleichbare Fälle mit Angstproblemen, kognitiv bedingten Störungen, Angstträumen.
2. In gleicher Weise kann dieses Vorgehen nur ein Aspekt der Angstbehandlung oder kognitiven Umstrukturierung sein. Insgesamt ist Psychotherapie und Verhaltenstherapie zu umfassend, um das hier dargestellte Verfahren als Standardvorgehen zu betrachten.
3. Hypnose stellt im Rahmen der Psychotherapie - hier in der kognitiven Verhaltenstherapie - eine äußerst hilfreiche Möglichkeit zur Bereicherung der Vorgehensweisen dar (Kossak, 1987). Gerade Hypnose sollte in der kognitiven Therapie einen breiteren Rahmen einnehmen, da durch Hypnose umfassende Erlebnis-, Verarbeitungs- und Bewertungseinheiten erreichbar sind. Besonders die neueren Untersuchungen weisen auf, daß Hypnose (bei hoch hypnotisierbaren Vpn wie bei unserer Patientin) den Zugang zu holistischen kognitiven Strukturen und Imaginationen begünstigt (Crawford, 1983; MacLeod-Morgan & Lack, 1982).
4. Aus den Befunden kann lerntheoretisch evtl. abgeleitet werden, daß die Generalisierung eines erlernten Verhaltens unter Hypnose leichter reduzierbar ist.
5. Sowohl Reiz als auch Reaktion werden besonders in der Therapie unter Hypnose nicht isoliert betrachtet, sondern in ihrer Erlebengesamtheit.

D.h. die unterschiedlichen Aspekte des Symptoms (der Lebenssituation, des Problems) sind durch Hypnose in der Kombination aller Aspekte ganzheitlich erfassbar; sowohl motorische, emotionale und physiologische Komponenten sind näher rekonstruierbar und therapeutisch besser zu erfassen, aber auch motivationale, bewertende, moralische, imaginative, irrationale, kurz: kognitive Aspekte sind in diesem Gesamtkontext übergreifend ganzheitlich zu ergründen und therapeutisch nutzbar zu machen (Kossak, 1987). Dies bedeutet, daß die verhaltenstherapeutische Intervention unter Hypnose eindeutig eine Verbesserung der gesamten therapeutischen Grundbedingungen darstellt.

6. Suggestion, Hypnose (und auch Verhaltenstherapie) sind keinesfalls autoritäre Interventionen, wenn sie methodisch richtig verstanden werden. Ihre Grundprinzipien sind am besten wiedergegeben durch die Grundannahmen Ericksons, der u.a. (z.B. nach Katzenstein, 1981; Beahrs, 1977) folgende Ziele für wesentlich hält:
  - a) Eingehen auf das Niveau des Patienten  
Der Therapeut begibt sich stets auf das vom Patienten vorgegebene verbale und nonverbale Niveau des Denkens und Handelns. Auf diese Weise kann er dem Patienten am besten begegnen und so eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen.
  - b) Übernahme des Patientensystems  
Durch das starke Eingehen auf den Patienten wird der Therapeut ein Teil seines Systems. Somit kann er dessen Strukturen besser erkennen und modifizieren.
  - c) Nutzbarmachung  
Die Gesamtsituation wird so strukturiert, daß die dann eintretenden Veränderungen in der gewünschten Weise und Richtung so nutzbar gemacht werden, daß sie mit den Wünschen und Intentionen des Patienten kongruent sind.
  - d) Schutz  
Grundbestandteil der Behandlung ist, den Patienten zu schützen und ihm innerhalb der Behandlung ausreichend Sicherheit zu geben. Diese Grundvariablen entsprechen den Forderungen von Rogers (1957) und Truax & Carkhuff (1967).
7. Sowohl Verhaltenstherapie als auch Hypnose sind von ihrem kommunikativen und methodischen Ansatz her nicht darauf angelegt, autoritäre Vorgaben oder Manipulationen zu bedingen. Die hier dargestellte Interaktion zwischen Therapeut und Patient soll auch veranschaulichen, daß beide Therapiemethoden sowohl klientenzentriert als auch sehr non-direktiv sein können und dem Patienten stets den Verhaltens- und Erlebnisspielraum belassen, den sie für sich als Person in dieser Therapiesituation benötigen.

## Literatur

- ADER, R. (Ed.) 1981. Psychoneuroimmunology. New York: Academic Press.
- ALEXANDER, A. B. 1981. Asthma. In: Hyanes, S. H. & Gannong, L. (Ed.): Psychosomatic disorders. A psycho-physiological approach to etiology and treatment, New York: Praeger Publishers.
- ALEXANDER, A. B., CROPP, G. J. A. & CHAI, H. 1979. The effects of relaxation training on pulmonary mechanics in children with asthma. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12,27-35.
- ALEXANDER, A. B. & SOLANCH, L. S. 1981. Psychological aspects in the understanding and treatment of bronchial asthma. In: Ferguson, F. M. & Taylor, C. B. (Ed.): The comprehensive handbook of behavioral medicine (Vol. 2, Syndromes and special areas), Lancaster, Engl.: MTP Press.
- BECK, A. T. & GREENBERG, R. L. 1979. Kognitive Therapie bei der Behandlung von Depressionen. In: Hoffmann, N. (Hg.): Grundlagen kognitiver Therapie, Bern: Huber.
- BIRBAUMER, N. (Hg.) 1973. Neurophysiologie der Angst (Kap. 4.). München: Urban & Schwarzenberg.
- CHEEK, D. C. & LECRON, L. M. 1968. Clinical hypnotherapy. New York: Grune & Stratton.
- COLLISON, D. R. 1975. Which asthmatic patients should be treated by hypnotherapy? *Medical Journal of Australia*, 1,776-781.
- CRASILNECK, H. B. & HALL, J. A. 1975. Clinical Hypnosis: Principles and Applications. New York: Grune & Stratton.
- CRAWFORD, H. J. & ALEN, S. N. 1983. Enhanced visual memory during hypnosis as mediated by hypnotic responsiveness and cognitive strategies. *Journal of Experimental Psychology: General*, 112,662-685.
- DEKKER E.; PELSER, H.E.; GROEN, J. 1957. Conditioning as a cause of asthmatic attacks: A laboratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 2,97-108.
- ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. 1981. Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen. München: Pfeiffer.
- FETTER, M. & SUCHOTLIFF, L. 1966. Decentering implications of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4,415-422.
- FELDMANN, G. M. 1976. The effect of biofeedback training on respiratory resistance of asthmatic children. *Psychosomatic Medicine*, 38,27-34.
- GOLD, W. M., KESSLER, G. R. & YU, D. Y. C. 1972. Role of vagus nerves in experimental asthma in allergic dogs. *Journal of Applied Psychology*, 33,719-725.
- HILGARD, E. R. 1974. Toward a neodissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*, 17,301-316.
- HILGARD, E. R. 1977. Divided consciousness. Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley.
- HOCK, R. A., RODGERS, C. H., PEDDI, C. & KENNARD, D. W. 1977. Medico-psychological intervention in male asthmatic children: An evaluation of psychological change. *Psychosomatic Medicine*, 40,210-215.
- JAEGGI, E. 1979. Kognitive Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.
- JONES, E. & NISBETT, R. E. 1971. The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. In: Jones et al. (Eds.): Attribution: Perceiving the causes of behavior, Morristown, New Jersey: General Learning Press.
- JONES, H. C. 1924. Elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7,382.
- KHAN, A. U. 1977. Effectiveness of biofeedback and counter-conditioning in the treatment of bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 21,97-113.
- KHAN, A. U., STAERK, M. & BONK, C. 1973. Role of counter-conditioning in the treatment of asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 17,389-392.
- KING, N. J. 1980. The behavioral management of asthma and asthma-related problems in children: A critical review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 3,169-189.
- KOSSAK, H.-C. 1985. Verhaltenstherapie unter Hypnose -Selbstkontrolltraining mit dem "hypnotischen Begleiter". *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 1(2),113-142.
- KOSSAK, H.-C. 1986a. Gefahren, Kontraindikationen und Grenzen der Hypnose (I). *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 2(1),17-31.
- KOSSAK, H.-C. 1986b. Gefahren, Kontraindikationen und Grenzen der Hypnose (II). *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 2(2),109-123.
- KOSSAK, H.-C. 1987. Verhaltenstherapie von generalisierten Sozialängsten: Kognitive Umstrukturierung unter Hypnose. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 3(1). (in Druck)
- LAZARUS, A. A. 1980. Innenbilder: Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe. München: Pfeiffer.
- LONDON, P., COOPER, L. M. & ENGSTROM, D. R. 1974. Increasing hypnotic susceptibility by brain wave biofeedback. *Journal of Abnormal Psychology*, 83,554-560.
- LOOFF, W. 1972. Egocentrism and social interaction across the life span. *Psychological Bulletin*, 78,73-92.
- LUPAPELLO, T., LYONS, H. A., BECKER, E. R. & MCFADDEN, E. R. J. 1968. Influences of suggestion on airway reactivity in asthmatic subjects. *Psychosomatic Medicine*, 30,819-825.
- MACLEOD-MORGAN, C. & LACK, L. 1982. Hemispheric specificity: A physiological concomitant of hypnotizability. *Psychophysiology*, 19,687-690.
- MAHER-LOUGHVAN, G. P. 1970. Hypnosis and autohypnosis in the treatment of asthma. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18,1-14.
- MAHONEY, M. J. 1977. Kognitive Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer.
- MEICHENBAUM, D. W. 1979. Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban & Schwarzenberg.
- MIKLICH, D.R., RENNE, C.M., CRER, T.L., ALEXANDER, A.B., CHAI, H., DAVIS, M.H., HUFMANN, A. & DANKEN-BROWN, P. 1977. The clinical utility of behavior as an adjunctive treatment for asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 5,285-294.
- MILLER, W. R. & SELIGMANN, M. E. 1975. Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84,228-238.
- MILTNER, W. 1986. Asthmaphysiologie. In: Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.-D. (Hg.): Verhaltensmedizin. Berlin: Springer.
- ORNE, M. T., SHEEHAN, P. W. & EVANS, J. F. 1968. Occurrence of posthypnotic behavior outside the experimental setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9,189-196.
- PESHKIN, M. M. & FRIEDMAN, I. 1975. Residential asthma treatment centers in the United States and problems in relation to them. *Journal of Asthma Research*, 12,129-175.
- PIAGET, J. 1962. The moral judgement of the child. New York.
- ROGERS, C. 1957. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22,95-103.
- ROTH, S. R., STERMAN, M. B. & CLEMENTE, C. D. 1967. Comparison of EEG correlates of reinforcement, internal inhibition and sleep. *Electroenceph. Clin. Neurophysiology*, 23,509-520.
- ROTTER, J. B. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1).
- SCHERR, M. S., CRAWFORD, P. L., SERGENT, C. B. & SCHERR, C. A. 1975. Effect of biofeedback techniques on chronic asthma in a summer camp environment. *Annals of Allergy*, 35,289-295.
- SEWNER, N. & FRESE, M. 1979. Handlungstheoretische Implikationen für kognitive Therapie. In: Hoffmann, N. (Hg.): Grundlagen kognitiver Therapie, Bern: Huber.
- SIROTA, A. D. 1982. Assessment of asthma. In: Keefe, F. J. & Blumenthal, J. A. (Eds.): Assessment strategies in behavioral medicine, New York: Grune & Stratton.
- SPIEGEL, H. & SPIEGEL, D. 1978. Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. New York: Basic Books.
- TAL, A., MIKLICH, D.R. 1976. Emotionally induced decreases in pulmonary flow rates in asthmatic children. *Psychosomatic Medicine*, 38,190-200.
- THORNE, D. E. & FISHER, A. G. 1978. Hypnotically suggested asthma. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26,92-103.
- TRUAX, C. B. & CARKHUFF, R. R. 1967. Toward effective counseling and psychotherapy. Chicago: Aldine-Atherton.
- WOLPE, J. 1958. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford Univ. Press.

**Keywords:** behavior therapy, cognitive therapy, hypnosis, asthma, nightmares

**Summary:** In the case report of uncontrollable asthmatic attacks due to nightmares, the planning and performance of a behavior therapy intervention is demonstrated by using principles of cognitive modification under hypnosis. The practical performance and the theoretical discussion demonstrate how very helpful hypnotic elements are especially in cognitive-behavioral therapy.

Anschrift des Autors:

Hans-Christian Kossak, Dipl.-Psych.

Kath. Beratungsstelle für Erziehungs- und Familienfragen

Ostermannstr. 32

4630 Bochum 1