

Katamnese nach sechs Monaten

Die gesamte Behandlung dauerte 4,5 Sitzungen. Ich erfuhr im Katamnesegespräch, dass sie ohne Probleme die Premiere getanzt hatte, dass ihr Vertrag noch einmal verlängert worden sei und dass sie seit der Behandlung erfolgreich ohne Schmerzen trainiert hatte und aufgetreten war, wenn auch mit Bobfahrerhelm und Rennrodelanzug.

On pain-gnomes and bobracers: Case description of the hypnotherapeutic treatment of osteoarthritic pain in the ankle

Abstract: The hypnotic intervention in combined treatment of pain and fear for pain is shown in a case-study.

Keywords: Hypnosis, pain, anxiety, imagination, treatment, case-study

Detlef W. Timp, Dipl.-Psych.
Oldenburger Str. 8
10551 Berlin

Hypnose und Verhaltenstherapie bei der Behandlung einer Spritzenphobie

Mats Mehrstedt

■ *Verhaltenstherapeutische Ansätze haben sich als erfolgreich erwiesen bei der Therapie von Zahnbehandlungsängsten und Spritzenphobien. Menschen mit hypnotischem Talent sind in diesen Patientengruppen überrepräsentiert, was bedeuten könnte, dass Hypnose den Effekt der verhaltenstherapeutischen Methoden noch verstärkt.*

Über 80% der Zahnärzte in Deutschland sehen die Behandlung von ängstlichen Patienten als einen Stressfaktor an (von Quast, 1994). Diese Patienten stellen besonders hohe Anforderungen an den Zahnarzt auf einem Gebiet, auf dem er meistens gar nicht oder nur mangelhaft ausgebildet ist (Korn, 1994). Sie belasten seine Praxis auch oft wirtschaftlich, da sie nur unter erhöhtem Zeitaufwand zu behandeln sind und häufig ihre Termine versäumen (Kaufmann, 1991).

Bei Untersuchungen von Zahnbehandlungsangst in mehreren Ländern geben etwa 70% der Befragten an, sich bei dem Besuch in einer Zahnarztpraxis ängstlich und unwohl zu fühlen. Nahezu 10% haben so starke Ängste, dass sie sich nur bei extremen Schmerzen dazu bringen können, zahnärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (Berggren, 1984; Milgrom et al., 1988; Kunzelmann & Dünninger, 1990; Stouthard & Hoogstraten, 1990; Neverlien, 1991; Micheelis & Bauch, 1991, 1993). Und manchmal nicht einmal dann. Da nötige restaurative Eingriffe gemieden werden, steigt der Behandlungsbedarf und damit wiederum die Angst. Der Patient gerät in einen Teufelskreis, der zunehmend zu psychischen Problemen und oft auch in die soziale Isolation führen kann (Berggren, 1984; Hakeberg, 1992). Etwa die Hälfte dieser Patienten braucht psychotherapeutische Hilfe (Berggren, 1986).

Extrem ängstliche Patienten sind in allen Gesellschaftsschichten zu finden, aber sozioökonomisch schwächer gestellte Menschen entwickeln häufiger Zahnbehandlungsängste als andere. Wo die soziale Geborgenheit mangelhaft und die allgemeine Stressbelastung, zum Beispiel nach einer Ehescheidung, am größten ist, sind die Menschen auch weniger widerstandsfähig gegen die Belastung, die eine Zahnbehandlung bedeuten kann (Schuurs et al., 1985; Locker, 1989; van Steenkiste, 1995). Kinder, deren Eltern unter Zahnbehandlungsangst leiden, haben diese Angst manchmal auch schon vor dem ersten Zahnarztbesuch entwickelt (Johnson & Bald-

win, 1969; Tuutti & Lahti, 1987; Klingberg et. al., 1994). In den meisten Fällen ist aber die Zahnbehandlungsangst in der Zahnarztpraxis durch Konditionierung entstanden; entweder durch eine einzige negative Erfahrung (single trial learning) oder durch eine Reihe ähnlicher Erlebnisse (Wolpe, 1990).

Bei der Behandlung von ängstlichen Patienten ist es besonders wichtig, eine umfassende Anamnese aufzunehmen, um verschiedenen Ängsten richtig begegnen zu können. Aufrichtiges Interesse an den Einzelheiten und verständnisvolle Analyse tragen auch dazu bei, dass der Patient Vertrauen in den Behandler gewinnt. So kann der Patient auch anfangen einzusehen, dass er möglicherweise seine Fähigkeiten bisher unterschätzt hat, diese Probleme zu bewältigen (Brown, 1991).

Hypnose und Phobien

Mehrere Untersuchungen wiesen darauf hin, dass die Hypnotisierbarkeit bei der Entstehung von Phobien und anderen psychischen Problemen eine Rolle spielen könnte (Frankel, 1974; Spiegel et. al., 1988). Gerschman und Kollegen (1987, 1994) haben dies auch für Patienten mit Zahnbehandlungsangst bestätigt: 47% wurden als hoch hypnotisierbar eingestuft, gegenüber 20% in der Normalbevölkerung. Dies bedeutet, dass der Einsatz von hypnotischen Techniken die bisher bekannten verhaltenstherapeutischen Ansätze bei der Behandlung von Zahnbehandlungsängsten und -phobien noch erfolgreicher machen könnte.

Verhaltenstherapeutische Techniken

Wenn die Angst überwiegend auf falschen Informationen beruht, kann sie durch korrekte Informationen beseitigt werden (Ellis, 1962). Für einige Patienten ist es z.B. neu, dass zahnärztliche Behandlungen auch schmerzfrei sein können und dass man als Patient ein Recht darauf hat, schmerzfrei behandelt zu werden. Bei konditionierten Ängsten sind die folgenden Techniken erfolgversprechend:

1. Entspannungübung: Dem Patienten wird zunächst eine Entspannungstechnik beigebracht. Diese soll er mit Hilfe von Tonbandkassetten mit entsprechendem Text oder Musik zu Hause üben. Erst wenn die Entspannung funktioniert, kann die eigentliche Therapie beginnen. Die Entspannung wird dann dazu benutzt, die Angst durch reziproke Inhibition auszugleichen (Wolpe, 1990). Es werden vier Sitzungen mit Entspannungsübungen empfohlen. Eventuell kann dies durch den Einsatz von Hypnose verkürzt werden (vgl. Peter, Kraiker & Revenstorf, 1991).
2. Selbstsicherheitstraining: Dem Patienten werden Strategien gezeigt, wie er mehr Selbstvertrauen gewinnen kann. Dies kann auch unter Hypnose mit direkten Suggestionen geschehen und kann später - während der Zahnbehandlung - intensiviert werden. Diese Strategien müssen selbstverständlich realitätsbezogen sein und als sinnvoll akzeptiert werden.
3. Systematische Desensibilisierung: Der Patient wird schrittweise an die Behandlungssituation herangeführt. Weitere Schritte erfolgen erst dann, wenn der Patient den ersten Schritt in Ruhe ausführen kann. Manchmal kann es sinnvoll sein, sich zuerst nur in der Phantasie mit der Behandlungssituation auseinanderzusetzen und der dabei entstehenden inneren Unruhe mit Entspannungstechniken zu begegnen (Schneller, 1981, 1988). Dies lässt sich auch unter Hypnose gut durchführen.

Hypnose und Narkose

Etwa 80% der extrem ängstlichen Patienten, die die Hilfe von Spezialisten in Anspruch nehmen, wünschen eine Behandlung unter Narkose (Berggren, 1992). Solche Patienten sind oft der Meinung, dass es einfacher wird, sich einer regelmäßigen, zahnmedizinischen Versorgung zu unterziehen, sobald der oft erhebliche Behandlungsbedarf verringert ist. Dies trifft aber nur für etwa 30% dieser Patienten zu. Durch die Narkose wird der Lernprozess vermieden, der notwendig wäre, um angemessen mit einem Zahnarztbesuch umgehen zu können.

Ähnliche Motive haben auch manche Spritzenphobie-Patienten, die in der Hypnose eine Möglichkeit sehen, eine Zahnbehandlung ohne Spritze durchführen zu können. Untersuchungen in den USA und Schweden zeigen, dass etwa 2,5% der Bevölkerung eine Spritzenphobie erworben haben.

Auch wenn die Gruppe dieser Patienten insgesamt sehr gut hypnotisierbar ist, so trifft dies nicht auf jeden einzelnen zu und in den meisten Fällen fehlt bei den sehr ängstlichen Patienten zudem das notwendige Selbstvertrauen, um derartige Behandlungsmethoden erfolgreich durchzustehen. Misserfolge würden aber verheerende Folgen für alle Beteiligten haben, nicht zuletzt für die Hypnose als Behandlungsmethode.

Falldarstellung

Frau C. suchte uns auf mit der Bitte, ihre Zähne unter Hypnose zu sanieren. Sie war 35 Jahre alt, verheiratet und hatte eine 15 Jahre alte Tochter. Sie arbeitete in der Administration eines Krankenhauses. Seit ihrem 12. Lebensjahr litt sie unter einer Spritzenphobie. Damals wurde sie von einem tollwutkranken Hund gebissen und musste eine Serie von Injektionen durchstehen, die ihr in der Unterleibsregion verabreicht wurden und sehr schmerzhaft waren. Seitdem hatte sie Injektionen gemieden. Wenn sie an ihrem Arbeitsplatz gelegentlich Spritzen zu sehen bekam, musste sie sich immer wegdehnen.

Eine vererbte Rheumakrankheit begann sich in letzter Zeit bemerkbar zu machen, und sie wusste, dass sie deshalb in Zukunft öfters Injektionen bekommen musste. Als sie daran dachte, fühlte sie sich sehr ratlos. Zahnärzte hatte sie nur bei extremen Zahnschmerzen aufgesucht, mit der einzigen Ausnahme, dass sie vor 15 Jahren nach einer Akutbehandlung wegen Extraktionen und Wurzelspitzenresektionen mehrmals wiederkam. Dies war aber alles sehr schmerzhaft gewesen; seitdem hatte sie nur einmal einen Zahnarzt aufgesucht, als sie vor 5 Jahren wieder extreme Schmerzen hatte. Ihre oberen Schneidezähne zeigten große Substanzverluste und deshalb hatte sie gelernt zu lachen, ohne viel von den oberen Schneidezähnen zu zeigen. Diese kariösen Angriffe waren seit 15 Jahren unbehandelt geblieben.

Bei einer ersten Untersuchung zeigte sich, dass Frau C. 5 Zähne fehlten. 10 zeigten zum Teil erhebliche kariöse Angriffe und einer, der 24, war als nicht erhaltungswürdig zu bezeichnen. Ihre Mundhygiene war gut und abgesehen von etwas Knochenabbau an den oberen Schneidezähnen war ihr periodontaler Zustand gut. Die Zähne 14, 13 und 24 wiesen Wurzelspitzenresektionen mit retrograden Füllungen auf. Vor der Behandlung beantwortete Frau C. den Fragebogen „Dental Anxiety Scale“ (Corah, 1969) und erzielte das Maximum von 20 Punkten für extreme Zahnbehandlungsangst.

Therapieplanung

Nach einem einleitenden Gespräch war es möglich, Frau C. von den Vorteilen einer Phobiebehandlung zu überzeugen. Es war für sie klar, dass ihr durch eine Beseitigung oder Eindämmung ihrer Spritzenphobie mehr geholfen wäre als durch den Versuch, diese zu umgehen. Insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass ihre rheumatische Krankheit regelmäßige Injektionen notwendig machen könnte, hat sie dies einsehen können. Die verhaltenstherapeutischen Techniken wurden als wissenschaftlich erprobt und erfolgreich dargestellt und im einzelnen erklärt.

Sie konnte sich daran erinnern, dass die Spritzen, die sie bei der Tollwutbehandlung bekommen hatte, von zwei Ärzten verabreicht wurden. Der eine spritzte sehr grob und schmerzhaft, der andere etwas besser. Daher konnte sie nachvollziehen, dass die Einstellung und das Können des Arztes von Bedeutung sein könnten und dass vielleicht nicht alle Injektionen schmerzhaft sein müssten. Folgende Injektionsprozedur wurde ihr erklärt und sie hielt es für möglich, dass diese Art schmerzfrei oder zumindest erträglich sein könnte: Zuerst sollte die Haut buckal vor einem Zahn im rechten Oberkiefer mit einer wohlschmeckende Betäubungsflüssigkeit eingerieben werden. Hierfür konnte sie unter verschiedenen Geschmacksrichtungen wie Banane, Kirsche, Wassermelone, Kaugummi etc. wählen. Erst wenn wir uns einig wären, dass die Haut etwas taub sei, würden wir ein Paar Tropfen injizieren, damit die Betäubung sich vertiefen könne. Danach würde dann der Rest der Flüssigkeit injiziert werden.

Behandlung

Vor der Behandlung wurden folgende Punkte klargestellt:

1. Kein Behandlungselement würde durchgeführt oder nur angefangen, ohne dass Frau C. zuerst darüber informiert würde und ihr Einverständnis erklärt hätte. Sie wurde ermuntert, auf ihre Rechte zu pochen und möglichst selbstbewusst aufzutreten. Der Zahnarzt sei für sie da und nicht umgekehrt.
2. Durch das vereinbarte Signal „Ah!“ könne sie die Behandlung jederzeit unterbrechen. Sie wurde aufgefordert, dies auszuprobieren, um sich davon zu überzeugen, dass es ausnahmslos funktionierte.

Zu Beginn der Behandlung wurden unter Hypnose Entspannungs- und ich-stärkende Suggestionen gegeben. Die Patientin wurde aufgefordert, sich auf verschiedene Muskelgruppen zu konzentrieren und diese zu lockern (Bernstein & Borkovec, 1995; Peter & Gerl, 1991).

Schon in der nächsten Sitzung wurde nach einer kurzen Entspannungsübung mit der Systematischen Desensibilisierung angefangen. Nachdem Frau C. verschiedene Situationen, die mit Spritzen zu tun hatten, auf einer Reizskala von 1-100 bewertet hatte, einigten wir uns auf eine Reizhierarchie: Frau C. wurde zuerst mit einer Kunststoffspritze ohne Nadel vertraut gemacht, die normalerweise für Abdruckmasse benutzt wird. Danach betrachtete sie aus unterschiedlicher Entfernung eine richtige Betäubungsspritze mit aufgesetzter Schutzkappe. Die Schleimhaut sollte dann mit einer Betäubungsflüssigkeit mit Bananengeschmack eingerieben und danach eine Injektion simuliert werden, zuerst mit der Kunststoffspritze, danach mit der richtigen Spritze mit aufgesetzter Schutzkappe und zum Schluss ohne Schutzkappe.

Der erste Teil dieser Reizhierarchie wurde in dieser Sitzung durchgearbeitet und Frau C. rea-

gierte mit ihren Entspannungsübungen auf jede Situation. In der nächsten Sitzung konnte die ganze Reizhierarchie nach kurzen Entspannungsübungen durchgearbeitet werden. Frau C. war sehr ruhig, und diesmal konnte eine Injektion durchgeführt werden. Danach wurden 2 Füllungen an den Zahn 17 gelegt. Frau C. wurde sehr gelobt und aufgefordert, bei ihren Übungen zu Hause an diesen Erfolg zu denken.

In der darauffolgenden Sitzung füllte Frau C. die Dental Anxiety Scale ein zweitesmal aus und diesmal war das Ergebnis 15, fünf Einheiten niedriger als bei der ersten Sitzung. Frau C. war sehr ruhig und bestand darauf, dass der zerstörte Zahn 24 extrahiert werden sollte. Normalerweise haben wir bei ängstlichen Patienten Extraktionen für die Endphase der Behandlung auf, aber Frau C. war so entschlossen und ruhig, dass dieser Zahn ohne Probleme entfernt werden konnte. Wir konnten feststellen, dass Frau C. nun zum ersten Mal in ihrem Leben eine zahnärztliche Behandlung mitmachte, bei der sie ein Gefühl von Kontrolle und Selbstsicherheit spüren konnte.

Danach folgten weitere 16 Sitzungen, in denen Frau C. noch 5 Füllungen bekam, eine Wurzelfüllung (46), 6 Kronen in der Oberkieferfront und eine Brücke (23-27). Die Kronen und die Brücke wurden auf 4 Behandlungsgänge aufgeteilt.

Diskussion

Verhaltenstherapeutische Ansätze haben sich in diesem Fall als richtige Therapiewahl erwiesen. Wahrscheinlich hat die Kombination mit Hypnose die Therapiedauer verkürzt. Da die Zeit in einer zahnärztlichen Praxis recht teuer ist und viele Patienten es ablehnen, die Hilfe eines Psychologen in Anspruch zu nehmen, gibt es eindeutig einen Bedarf an Zahnärzten, die in diesen Techniken ausgebildet sind. Aufgrund vieler ähnlicher Fälle mit und ohne Hypnose kann ich sagen, dass Hypnose dazu beitragen kann, solche Therapien zu verkürzen. Offensichtlich ist dies ein Gebiet für weitere klinische Forschung.

Literatur:

- Berggren, U. (1984). Dental fear and avoidance. unveröff. Doktorarbeit, Göteborg, Schweden.
- Berggren, U. (1986). Long-term effects of two different treatments of dental fear and avoidance. *Journal of Dental Research*, 65, 874-876.
- Berggren, U. (1992). Uppföljning av ett vårdprogram för gravt tandvårdsrädda patienter. *Tandläkartidningen*, 84, 348-357.
- Bernstein, D.A. & Borkovec, T.D. (1995). Entspannungstraining. *Handbuch der progressiven Muskelentspannung*. München: Pfeiffer.
- Brown, P. (1991). *The hypnotic brain: hypnotherapy and social communication*. New Haven: Yale University Press.
- Corah, N.L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48, 596.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Frankel, F.H. (1974). Trance capacity and genesis of phobic behavior. *Archives of General Psychiatry*, 31, 261-263.
- Gerschman, J. & Burrows, G.D. (1994). Hypnotizability and dental phobic disorders. *Hypnos* 21, 224-233.
- Gerschman, J., Burrows, G.D. & Reade, P.C. (1987). Hypnotizability and dental phobic disorders. *International Journal of Psychosomatics*, 33, 42-47.
- Hakeberg, M. (1992). *Dental anxiety and health*. Doktorarbeit, Göteborg, Schweden.
- Johnson, R. & Baldwin, D.C. (1969). Maternal anxiety and child behavior. *Journal of Dentistry for Children*, 36, 87-92.
- Kaufmann, G. (1991). *Die Terminversäumnisse von Patienten in einer zahnärztlichen Praxis*. unveröff. Dok-

- torarbeit, Hannover.
- Klingberg, G., Berggren, U. & Norén, J.G. (1994). Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dental Health*, 11, 208-214.
- Korn, M. (1994). Bedarf und Stand der Integration psychologisch-sozialwissenschaftlichen und psychosomatischen Unterrichts im Studium der Zahnheilkunde in Deutschland und anderen europäischen Ländern. unveröff. Doktorarbeit, Hannover.
- Kunzelmann, K.-H. & Dünninger, P. (1990). Dental fear and pain: effect on patient's perception of the dentist. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 264-266.
- Locker, D. (1989). *An introduction to behavioural science and dentistry*. London: Travistock/Routledge.
- Micheelis, W. & Bauch, J. (1991). Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Micheelis, W. & Bauch, J. (1993). Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S. & Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *Journal of the American Dental Association*, 116, 641-647.
- Neverlien, P.O. (1991). Dental anxiety in children and adults. unveröff. Doktorarbeit, Bergen, Norwegen.
- Peter, B. & Gerl, W. (1991). *Entspannung*. München: Mosaik.
- Peter, B.; Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Schneller, T. (1981). Verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung besonders ängstlicher Patienten. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 71, 487-490.
- Schneller, T. (1988). Hinweise zur Angstreduktion in der zahnärztlichen Praxis. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 78, 1687-1690.
- Schuurs, A.H.B., Duivenvoorden, H.J., Thoden van Velzen, S.K., Verhage, F., Eijkman, M.A.J. & Makkes, P.C. (1985). Sociodemographic correlates of dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13, 212-215.
- Spiegel, D., Hunt, T. & Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.
- Stouthard, M.E.A. & Hoogstraten, J. (1990). Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18, 139-142.
- Tuutti, H. & Lahti, S. (1987). Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. *Journal of Pedodontics*, 11, 146-150.
- van Steenkiste, M. (1995). Der Zusammenhang zwischen Dentalangst und Zahngesundheit, Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, Bildungsniveau und Nationalität bei 12jährigen Kindern. Unveröffentlichtes Manuskript, Waiblingen.
- von Quast, C. (1994). Hohe Streßbelastung der Zahnärzte. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 84, 64-65.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Hypnosis and behavior therapy in the treatment of a needle phobia

Abstract: Behavior therapy has been shown to be a successful way to treat or at least reduce dental anxiety and needle phobia. People with hypnotic talent are overrepresented in these groups, which could mean that hypnosis could render the already successful behavioral techniques even more powerful.

Key words: Hypnosis, behavior therapy, dental anxiety, needle phobia.

Mats Mehrstedt, Dr.med.dent.
Horner Landstr. 173
22111 Hamburg

Die Technik der aktiven Introjektion des Therapeuten: Ein hypnoanalytischer Zugang bei tief gestörten Patienten

J. Philip Zindel

■ Es wird eine neue hypnoanalytische Methode vorgestellt, in welcher der Therapeut über ein sogenanntes „Übergangssubjekt“ (Benedetti, 1987) eine intensive therapeutische Nähe herstellen kann, und somit über Möglichkeiten verfügt, strukturierend auf den Patienten einzuwirken, ohne dabei die Forderung nach Abstinenz zu verletzen. Der wesentliche Wirkmechanismus besteht darin, dass sich der Therapeut vom Patienten aktiv in dessen Bilderwelt in Form eines Symbols introjizieren lässt und von dieser Stellung aus seine therapeutischen Interventionen einbringt. Durch diese Methode ergeben sich insbesondere bei Patienten mit narzisstischen Störungen, bei Borderline-Patienten und auch bei schizophrenen Patienten interessante Möglichkeiten, Hypnose wirksam in eine Psychotherapie einzuflechten.

1 Einleitung

Verschiedene Vorurteile und Vorstellungen standen lange Zeit einer Anwendung der Hypnose bei tief gestörten Patienten entgegen: Angst vor Verschlimmerungen, Erwartungen an Wunderheilungen oder die Behauptung, solche Patienten seien gar nicht hypnotisierbar oder therapiefähig. Diese Vorurteile sind aber schon seit längerem eindeutig und vielfach widerlegt. So wurde die Hypnotisierbarkeit psychotischer Patienten sowohl experimentell als auch klinisch nachgewiesen (Überblick in Pettinati, 1982). Die Therapierbarkeit psychotischer Patienten, zumindest einer Auswahl von ihnen, ist wissenschaftlich auch nicht mehr anfechtbar (siehe v.a. Benedetti, 1987). Zahlreiche Arbeiten belegen auch die Nützlichkeit der Hypnose bei tief gestörten Patienten (Brown & Fromm, 1986; Murray-Jobsis, 1992; Peter, 1992).

Gestützt auf die therapeutischen Konzepte, die Benedetti für die analytische Therapie von schizophrenen Patienten vorgeschlagen hat, wurde eine hypnoanalytische Technik entwickelt, welche in der Psychotherapie tief gestörter Patienten Fortschritte zu erleichtern vermag. In diesem Rahmen ist es nicht möglich, Benedettis Theorien auch nur im Überblick darzustellen, doch