

Hypnotherapie bei Angststörungen

Paul Janouch

■ Es werden einige Besonderheiten und Regeln für die Therapie mit Angstpatienten diskutiert und die sich anbietenden hypnotischen Techniken vorgestellt. Das praktische Vorgehen wird anhand von Fallbeispielen illustriert.

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Symptomen, mit denen Menschen therapeutische Hilfe aufsuchen. Hypnose kann - ganz unabhängig vom jeweiligen therapeutischen Modell - die Therapie schneller und effektiver machen und helfen, für jeden einzelnen Fall individuelle und flexible Lösungsstrategien zu entwickeln (Janouch, 1990; Peter, Kraiker & Revenstorf, 1990). Für die Therapie mit Angstpatienten habe ich im Laufe der Jahre einige verallgemeinerbare Erfahrungen gewonnen, die ich kurz skizzieren und anhand einiger Fallbeispiele illustrieren möchte, bevor ich abschließend einige Worte zur „Technik“ sage.

1. Fast alle Angstpatienten praktizieren massive Selbstentwertungstrategien. Sie finden ihre Angstreaktion dumm, unvernünftig, feige, unverständlich und irrational. Sie sind in einem aussichtslosen Kampf gegen ihre Symptome gefangen, in dem sich alle Kräfte gegenseitig neutralisieren. Am Anfang der Therapie muss diesem Aspekt unbedingt Rechnung getragen und gleich zu Beginn daran gearbeitet werden, diese Selbstentwertungen und den Kampf gegen sich selbst außer Kraft zu setzen. Hypnose kann sehr dabei behilflich sein, etwa durch Vermittlung von Ruhe und Gelassenheit (sog. „Ruheinduktionen“) schon in der Initialphase der Therapie das Vertrauen in die eigenen Kräfte und Ressourcen zu wecken und Vertrauen gegenüber der Person des Therapeuten und dem therapeutischen Bündnis zu fördern.

2. Wegen der Irrationalität der Symptomatik haben die meisten Angstpatienten ein großes Interesse an einer rationalen Erklärung ihrer Symptome, d.h. sie wollen einfach wissen, warum sie diese furchtbare Panik und die begleitenden somatischen Sensationen haben, und warum sie nicht damit fertig werden. Für viele Patienten ist schon eine einfache Erläuterung psychovegetativer Regelkreise sehr hilfreich; das kann weiterführend genutzt werden für die Klärung der verursachenden und begleitenden Kognitionen. In den meisten Fällen können dann im nächsten Schritt mit hypnotischen Techniken Hintergrund und Funktion der Symptomatik aufgeklärt werden. Dabei geht es nicht um kausale Zusammenhänge (die es im systemischen Modell ohnehin

nicht gibt), sondern um die Klärung funktionaler kognitiver, emotionaler und physiologischer Regelkreise, bzw. aus der Sicht des Patienten darum, dass er im unmittelbaren Erleben die Sinnhaftigkeit seiner Symptome - also das, wofür die Angst „gut“ ist - nachvollziehen kann. In diesem Abschnitt der Therapie kann der Patient damit beginnen, sich mit seinem Symptom „auszusöhnen“, was eine wichtige - oder fast kann man sagen: unabdingbare - Voraussetzung zu dauerhafter Veränderung ist. Der Kampf gegen sich selbst kann dann eingestellt, das Symptom kann zu einer Quelle von Information, zum „inneren Ratgeber“ werden (vgl. Janouch, 1994).

3. Dieser Schritt führt meistens schon direkt zu Lösungsideen, weil mit der Klärung der Funktion die unklare Konstellation, die zur Angstreaktion führt und sie aufrecht erhält, deutlich wird und damit auch das, was noch zu erledigen, zu klären oder zu ändern ist.

4. Je nach Ergebnis des 3. Schrittes erhält der Patient dann „Hausaufgaben“ oder Trainingsaufgaben. Das Resultat dieser Aufgaben bestimmt im wesentlichen den weiteren Therapieverlauf; z.B. kann es sein, dass man nochmal zum zweiten Schritt zurück muss, weil wichtige Aspekte übersehen wurden. Wenn aber alles gestimmt hat, wird sich die Symptomatik innerhalb einiger Wochen deutlich ändern. Es folgen nun einige Fallbeispiele.

Fall 1

Eine zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 32 Jahre alte Frau kam mit massiven Angstsymptomen zur Therapie. Sie berichtete, dass sie seit über 10 Jahren unter diesen Symptomen leide, und dass sie sehr verzweifelt sei, weil ihr Leben so reduziert und eingeschränkt ist. Sie könne weder allein einkaufen, noch in ein Restaurant gehen, noch sonst irgend etwas allein unternehmen, sie sei den ganzen Tag ans Haus gefesselt und auf die Hilfe ihres Partners angewiesen. Ihr Leben bestehe nur aus Arbeit (als gelernte Schneiderin betrieb sie selbständig eine Änderungsschneiderei) und Schlaf, worüber sie sehr deprimiert sei. Sie habe schon „alles mögliche“ an Behandlungen ausprobiert, Medikamente, autogenes Training, homöopathische Behandlungen und auch einige Sitzungen Psychotherapie, die sie aber abgebrochen habe, weil sich überhaupt nichts geändert habe. Zu den ersten Therapiesitzungen erschien sie in Begleitung ihrer Mutter, weil sie nicht in der Lage war, allein mit dem Auto zur Praxis zu fahren.

Nach dem Erstinterview ergab sich aus der Vorgeschichte folgendes Bild: Die Patientin ist Russlanddeutsche. Sie heiratete mit 19 Jahren und wurde sofort schwanger; noch während der Schwangerschaft verließ sie ihr Mann wegen einer anderen Frau. Sie kehrte in ihr Elternhaus zurück, brachte ihr Kind zur Welt, und einige Monate später erlebte sie ihre erste Panikattacke in einem Autobus. Ihr Mann war von Beruf Busfahrer, und kurze Zeit zuvor war gegen ihn polizeilich ermittelt worden, weil er in angetrunkenem Zustand mit seinem Bus einen Mann überfahren hatte. Diese Einzelheit erinnerte sie detailliert allerdings erst während der Exploration in Hypnose. Bereits in Russland wurde sie wegen ihrer Ängste und Depressionen psychiatrisch - allerdings erfolglos - behandelt. Sie lebte also bei den Eltern und arbeitete als Schneiderin zu Hause, bis sie mit der Familie 1988 nach Deutschland übersiedelte. Hier lernte sie einen neuen Partner kennen, mit dem sie nach kurzer Zeit zusammenzog. Unterdessen hatte sich die Angstsymptomatik eher verschlimmert, und die Patientin war durch erfolglose Therapiebemühungen entmutigt und hoffnungslos. Schließlich trennte sich auch dieser Partner von ihr; seine Frustra-

tion über ihre Angstsymptome kleidete er in die Worte: „Alles könnte so schön sein, wenn Du Deine Ängste nicht hättest!“ Sie lebte wieder bei der Mutter - der Vater war inzwischen verstorben - und fühlte sich dadurch abhängig und minderwertig, da die Mutter sie „wie ein kleines Kind“ behandelte.

In der zweiten Sitzung wurde mit der hypnotischen Induktion begonnen. Die Patientin erwies sich dabei als sehr reagibel, gab aber zu erkennen, dass sie Angst vor Kontrollverlust habe. Es wurde also zunächst lediglich ein Ort der Ruhe angeboten, an dem sie ihre inneren Kräfte sammeln und ihr inneres Wissen („innere Weisheit“) sich zugänglich machen könne. In einer ersten Erkennungsschicht wurde ihr deutlich, dass die Symptome durchaus auch positive Begleiterscheinungen hatten, nämlich einer Situation mit extremen Stress zu entfliehen: Ihr Partner hatte sie einerseits zwar unterstützt, sie andererseits aber auch massiv unter Druck gesetzt, mit Willenskraft die Ängste zu überwinden; außerdem bestand erheblicher finanzieller Druck, da er sich mit einer Schuhreparaturwerkstatt selbständig gemacht hatte, und ihrer beider Leben nun nur aus Arbeit bestand.

In der folgenden Sitzung konnte damit begonnen werden, die Hintergründe zu explorieren. Es stellte sich heraus, dass sie sich, als ihr Mann sie als Hochschwangere verließ, sich hilflos wie ein kleines Kind fühlte, von der Situation selbst und der vor ihr liegenden Zukunft hoffnungslos überfordert. Sie erinnerte sich, dass Ängste zunächst immer dann auftraten, wenn jemand von ihr fortging; später generalisierten die Ängste und traten immer dann auf, wenn sie allein war. Während sie im dissoziierten Zustand diese Entwicklung klar und detailliert imaginierte, fragte ich sie: „Ist es nicht merkwürdig, und irgendwie auch komisch, dass Sie nach all den Jahren, nachdem Sie schon soviel geschafft haben - Sie haben es geschafft, sich in einem fremden Land zurechtzufinden und heimisch zu fühlen, Ihren Sohn, der inzwischen schon 10 Jahre ist, allein großzuziehen, und Ihren Lebensunterhalt zu verdienen - dass Sie jetzt immer noch dieselben Ängste haben?“ Mit Kopfnicken und leichtem Lächeln bejahte sie. Die Aufgabe, die ihr daraufhin gestellt wurde, lief entsprechend auf folgendes hinaus: Sie solle sich klarmachen und „von innen heraus begreifen“, dass sie damals tatsächlich mit 19 Jahren sehr hilflos und überfordert gewesen sei und ihre Angst- und Ohnmachtsgefühle daher völlig zu Recht bestanden hätten; dass sie inzwischen diese Schwierigkeiten aber völlig überwunden habe und daher auch kein Grund für hilflose Gefühle mehr vorhanden sei. Es wurde ihr erklärt, dass ein Teil von ihr noch in diesem hilflosen Zustand der 19jährigen verharre, und dass auch dieser Teil die inzwischen gemachten Veränderungen nachvollziehen könne. Diese Aufgabe wurde langsam und nachdrücklich mit unterschiedlichen Formulierungen und mehreren Wiederholungen ausdrücklich an das „Unbewusste“ gerichtet und sorgfältig darauf geachtet, dass die Patientin diese Suggestionen mit unwillkürlichen Reaktionen und ideomotorischen Signalen bestätigte und akzeptierte.

Die folgenden Sitzungen drehten sich weiterhin um diese Aufgabe und deren konkrete Umsetzung. Die Patientin schilderte, dass sie sich das Geschehen immer wieder „wie eine Videokassette“ anschau und merke, wie alles langsam in Ordnung komme. Gleichzeitig wurde ihr ihre Abhängigkeit von ihrem Ex-Partner, von dem sie sich innerlich noch nicht gelöst hatte, und die Abhängigkeit von ihrer Mutter in immer unangenehmerer Weise deutlich. Gleichzeitig (in der 9. Sitzung) berichtete sie über erste Veränderungen in der Angstsymptomatik: zum ersten

Mal war sie allein eine Freundin besuchen gegangen und während der Therapiesitzungen wirkte sie deutlich lockerer und selbstbewusster. Sie fing an, sich mit ihrer persönlichen und beruflichen Zukunftsperspektive zu befassen, während die Angstsymptomatik immer mehr nachließ. Zur 13. Sitzung (ca. 3 Monate nach Therapiebeginn) erschien sie zum ersten Mal allein, ohne die Begleitung ihrer Mutter. Die Angstsymptomatik spielte von da an überhaupt keine Rolle mehr. Sie suchte sich eine eigene Wohnung und bewarb sich erfolgreich um eine Arbeitsstelle. In einigen weiteren Sitzungen, in unregelmäßigen und größeren Abständen durchgeführt, beschäftigte sie sich mit der Trennung ihres Freundes von ihr und den daraus resultierenden depressiven Symptomen. Bei der abschließenden Sitzung, ca. 10 Monate nach Therapiebeginn, war sie noch immer völlig symptomfrei.

Dieser Fall illustriert m.E. sehr gut das „Prägnanzprinzip“ der Hypnotherapie: Als ich die Patientin im Erstinterview fragte, was sie denn glaube, warum sie diese Ängste habe, antwortete sie, das wisse sie nicht, das würde sie selbst gern wissen. Sie brachte „diese alte Geschichte“ nicht mehr in Zusammenhang mit den Symptomen, weil sie der Meinung war, dass sie das längst überwunden habe. Während der hypnotischen Altersregression berichtete sie im Grunde nichts anderes oder wesentlich neues als im Erstinterview. Der eigentliche Unterschied wurde aber auf der Ebene des unmittelbaren (Nach-) Erlebens deutlich, dass sie nämlich bestimmte Aspekte des Geschehens eben doch nicht ausreichend verarbeitet hatte, und damit war dann der Zusammenhang zur Symptomatik plötzlich absolut klar („prägnant“ oder „evident“; Peter, 1994), so dass von da aus auch unmittelbar Lösungsschritte möglich waren. Die nächsten beiden Fallbeispiele zeigen, wie schnell und wirksam die Hypnotherapie (manchmal) sein kann, wenn keine tiefgehenden Persönlichkeitsbeeinträchtigungen oder -störungen vorliegen.

Fall 2

Eine 27jährige Frau, die als Croupier in einem Spielkasino arbeitete, kam wegen großer Schwierigkeiten im Beruf. Der Hintergrund war, dass sie einige Zeit zuvor Schwierigkeiten mit ihrem Vorgesetzten hatte, der sie sehr autoritär, kleinlich und anmaßend behandelt hatte. Er hatte u.a. unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass er Frauen für gänzlich ungeeignet für den Beruf des Croupiers halte, woraufhin sie immer unsicherer und ängstlicher geworden war, bis sie schließlich regelrechte Lähmungserscheinungen in ihrer Hand, die die Roulettkugel bediente, bemerkte; sie war so zittrig und ängstlich geworden, dass die Hand ihr nicht mehr „gehörte“. Es war in diesem Fall recht einfach, die Patientin auf ihre Ressourcen hin zu orientieren, denn sie war zuvor sehr gut in ihrem Beruf und ihrer selbst sicher gewesen. Es wurde ihr nach einer kurzen Induktion suggeriert, dass sie nichts neues zu lernen brauche, dass vielmehr alles, was sie benötige, bereits in völlig ausreichendem Maße vorhanden sei, und sie sich lediglich an alles, was sie gelernt habe, und was sie könne, zu erinnern brauche. Die Hand, die den Dienst verweigert hatte, wurde mittels ideomotorischer Signale gefragt, ob sie auf neuer Grundlage kooperieren werde, was bejaht wurde. Die positiven Kräfte und Ressourcen wurden zur Absicherung noch kinästhetisch geankert: Die Patientin sollte ihre Rechte (die Symptomhand) leicht mit der Linken berühren, sobald sie sich unsicher fühle. Alle diese Instruktionen und Suggestionen wurden während der ersten Sitzung gegeben und reichten aus, um die Symptomatik auf-

zuheben. Die Patientin kam danach noch insgesamt viermal, um über vorübergehend auftauchte Fragen und Zweifel zu sprechen.

Fall 3

Eine 31jährige Lehrerin kam wegen einer „Arztphobie“ zur Therapie. Hier war der Hintergrund, dass sie während der Referendarzeit und während der Prüfungsvorbereitungen zum zweiten Staatsexamen anlässlich einer gesundheitsamtsärztlichen Untersuchung einen zu hohen Blutdruck diagnostiziert bekam. Es wurde ihr dringend angeraten, dagegen etwas zu unternehmen. Bei verschiedenen Untersuchungen wurde jedesmal ein zu hoher Blutdruck gemessen, der behandelnde Internist verordnete ihr ein blutdrucksenkendes Medikament. Als sie argumentierte, das Ganze sei wohl lediglich eine Folge ihres aktuellen Stresses und werde sich von selbst wieder geben, wenn sie ihre Prüfungen absolviert habe, antwortete der Arzt mit laut erhobener Stimme, dass sie das Medikament unbedingt nehmen müsse, „sonst kriegen Sie mit dreißig einen Schlaganfall und sitzen im Rollstuhl!“ Diese eindrückliche und machtvolle Suggestion geriet dennoch einstweilen in Vergessenheit, die Patientin nahm das Medikament nicht und hatte auch keine Probleme mit ihrem Blutdruck. Einige Jahre später jedoch wurde während ihrer ersten Schwangerschaft anlässlich einer gynäkologischen Untersuchung erneut ein zu hoher Blutdruck gemessen. Die Patientin, die sich inzwischen selbst ein Blutdruckmessgerät gekauft hatte, konnte nicht glaubhaft machen, dass ihr Blutdruck zu Hause völlig normal und nur beim Arzt zu hoch sei. Man bearbeitete sie solange, bis sie einwilligte, blutdrucksenkende Mittel zu nehmen, wodurch sich aber Probleme in der Schwangerschaft entwickelten, so dass man sie ins Krankenhaus überwies. Dort erreichten ihre Blutdruckwerte unterdessen schwindelnde Höhen, sie fühlte sich mit ihren Ängsten und Schwierigkeiten gänzlich allein gelassen, so dass die letzten Wochen ihrer Schwangerschaft ebenso wie die Entbindung eine „Tortur“ für sie waren. Zur Therapie kam sie, weil sie wieder schwanger war und nicht noch einmal ein solches Desaster erleben wollte. Die Aufgaben, die ihr im dissoziierten Zustand gegeben wurden, waren folgende:

- (1) Eine angemessene Distanz zur Vorgeschichte herzustellen,
- (2) zu akzeptieren, dass ihre Angst- und Stressreaktion während der Prüfungssituation und auf die „Rollstuhlsuggestion“ des Arztes in Ordnung und angemessen waren,
- (3) die physiologische und emotionale Stressreaktion von den aktuellen Arztbesuchen zu „entkoppeln“ und schließlich
- (4) die nächsten Arztbesuche in entspannter und ruhiger Verfassung zu imaginieren.

Zu ihrer eigenen Überraschung waren bereits nach der 2. Sitzung bei den folgenden Arztbesuchen ihre Blutdruckwerte absolut normal. Zur Absicherung wurde noch eine Sitzung kurz vor dem errechneten Entbindungstermin gemacht. Auch der Aufenthalt im Krankenhaus und die Geburt selbst verliefen ohne Komplikationen. Abschließend noch einige Bemerkungen zur „Technik“:

1. Die hypnotische Induktion selbst hängt wesentlich von den persönlichen Voraussetzungen der Patienten ab und muss individuell auf sie abgestimmt werden. Als erster Schritt ist die Schaffung eines Ruheortes oder Ruhepols, zu dem sie Zugang haben, wann immer es ihnen notwendig erscheint, enorm wichtig. Wenn es in der explorativen Phase zu schwierig (zu anstrengend, zu schmerzhaft, zu belastend) wird, ist es für sie wichtig zu wissen, dass sie jederzeit

„zurück“ können und die volle Kontrolle über den Prozess haben. Bei sehr ängstlichen und kontrollbedürftigen Patienten muss man die Induktion u.U. mehrfach fraktionieren, also mehrmals in die Trance hinein- und weiter herausbegleiten, um das nötige Maß an Sicherheit zu bieten.

2. Der Dialog mit dem „Unbewussten“ wird mit nicht-willkürlichen Signalen (ideomotorische Signale, Hand- oder Armlevitation) abgesichert (Peter, 1994). Gelegentlich kann es bei sehr stark einschränkender Symptomatik sinnvoll sein, einen „Vertrag“ mit dem Symptom zu schließen, wobei das „Ich“ des Patienten zusagt, den Kampf gegen die Symptomseite einzustellen und alles, was das Symptom an relevanten Dingen mitzuteilen hat, in der Therapie zu erarbeiten. Das Symptom wiederum muss sich verpflichten, etwas mehr Ruhe zu geben. Wenn die Symptomseite über ideomotorische Signale Zustimmung signalisiert, besteht gute Aussicht, dass die Symptome sich tatsächlich erst einmal abschwächen, so dass die Patienten handlungsfähiger werden.

3. Die Exploration des Symptoms basiert im wesentlichen auf dissoziativen Techniken. In der Regel tritt eine spontane Altersregression ein, wenn die Patienten beginnen, die Zusammenhänge ihrer Symptomatik zu explorieren. Wenn man so vorgeht, ist es in der Regel nicht erforderlich, eine explizite Altersregression zu induzieren, der Prozess folgt einfach dem Druck der Symptome, sie sind Leit- und Richtschnur.

4. Aus der Exploration bieten sich meist unmittelbar Lösungsschritte an, manchmal drängen sie sich geradezu auf, so dass mit einer sorgfältigen Problemexploration das Problem manchmal schon gelöst ist. In der Regel ist es allerdings schon erforderlich, den Patienten durch lösungsorientiertes Fragen die Richtung möglicher Lösungen anzugeben. Es handelt sich sehr häufig dann darum, eine unerledigte Aufgabe oder Frage zu Ende zu bringen (z.B. ungelöste Schuldprobleme o.ä.), situative Fehlinterpretationen umzudeuten, oder unklare Beziehungskonstellationen zu klären. Wichtig ist hierbei, dass die Patienten - wie bei dem ganzen Prozess - die absolute Souveränität über die Entscheidung richtiger oder angemessener Lösungsschritte innehaben.

Literatur

- Janouch, P. (1990). Angstbehandlung mit Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 7(2), 7-15.
Janouch, P. (1994). Hypnotherapie in der stationären Behandlung psychosomatischer Patienten. *Hypnose und Kognition*, 11(1+2), 121-126.
Peter, B. (1994). Zur Relevanz hypnotischer Trance und hypnotischer Phänomene in Psychotherapie und Psychosomatik. *Verhaltenstherapie*, 4(4), 276-284.
Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) (1990). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.

Hypnotherapy with anxiety disorders

Some characteristics and principles concerning the hypnotherapy of anxious patients are discussed and some adequate hypnotic techniques are described. The practical procedure is illustrated by example cases.

Keywords: Anxiety syndromes, hypnotherapy.

Paul Janouch, Dipl.-Psych.
Osterstr. 68
32105 Bad Salzufflen

Sprache und Körper im Raum der Übertragung

Jessika Kraus

■ *Ausgehend von der Prämisse, dass es für eine Heilung eine Begegnung bzw. den Kontakt mit dem Gegenüber braucht, werden die drei Grundbausteine jedweder Psychotherapieform, die Wortsprache, die Körpersprache und der Übertragungsraum, unter anthropologischen und existentialphilosophischen Gesichtspunkten erläutert und als Basis für einen speziellen psychotherapeutischen Zugang, eine Kombination aus Körperarbeit und Hypnose, dargestellt. Diese Vorgehensweise wird anhand eines Fallbeispiels beschrieben; Vorteile und Grenzen dieser Arbeit werden verdeutlicht.*

Jedwede Psychotherapieform arbeitet mit mindestens 3 Bausteinen: der Wortsprache, der Körpersprache und dem Dialog zwischen Klient und Therapeut, d.h. dem Raum der Übertragung, wie ich ihn verstehe. Über jeden dieser 3 Bausteine ist vieles geschrieben worden, und je nach Therapieschule variieren ihre Definitionen erheblich.

Während meiner psychiatrischen und psychoanalytisch ausgerichteten Ausbildung faszinierten mich persönlich am meisten anthropologische und existentialphilosophische Konzepte, die sich heute in meiner psychotherapeutischen Arbeitsweise niederschlagen. Unter diesem anthropologischen Blickwinkel möchte ich die drei oben erwähnten Bausteine kurz beleuchten, da sie den Nährboden für meine Interventionstechniken bilden, die u.a. eine Kombination aus Körperarbeit und Hypnose sind. Anhand eines Fallbeispiels beschreibe ich am Schluss eingehend die Vorgehensweise und gehe kurz auf die Vorteile und Gefahren ein:

1 Die Übertragung

Nach anthropologischem Verständnis wird die Übertragung durch das Unbewusste beider Gesprächspartner geprägt. Es heißt: das Unbewusste konstituiert sich als drittes übergreifendes Element zwischen und aus beiden Dialogpartnern auf eine für sie spezifische Weise. Oder