

„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. & Revenstorff, 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 Salzfluren

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

anders gesagt: Die Übertragung ist die intersubjektive Konstituierung des Unbewussten im dialogischen Vollzug (Weiss, 1988).

Viel plastischer beschreibt dies der Philosoph H.-G. Gadamer: „Wir sagen zwar, dass wir ein Gespräch ‘führen’, aber je eigentlicher ein Gespräch ist, desto weniger liegt die Führung desselben in dem Willen des einen oder andern Partners [...] Wie da ein Wort das andere gibt, wie das Gespräch seine Wendungen nimmt, seinen Fortgang und seinen Ausgang findet, das mag sehr wohl eine Art Führung haben, aber in dieser Führung sind die Partner des Gesprächs weit weniger die Führenden als die Geführten. Was bei einem Gespräch ‘herauskommt’, weiss keiner vorher. Die Verständigung oder ihr Misslingen ist wie ein Geschehen, das sich an uns vollzogen hat. So können wir sagen, dass etwas ein gutes Gespräch war, oder auch, dass es unter keinem günstigen Stern stand. All das bekundet, dass das Gespräch seinen eigenen Geist hat, und dass die Sprache, die in ihm geführt wird, ihre eigene Wahrheit in sich trägt, d.h. etwas ‘entbirgt’ und heraustreten lässt, was fortan ist“ (zit. nach Weiss, 1988).

Und der französische Psychoanalytiker J. Lacan bringt dies prägnant auf den Punkt: „Jeder sucht im Sprechen die Antwort des Andern - das wahre Sprechen ist stets das Sprechen eines begehrenden Menschen“ - oder ganz knapp: „Das Unbewusste ist die Rede des Andern“ (d.h. das Unbewusste des Therapeuten bestimmt die Rede des Klienten und umgekehrt) (zit. nach Weiss, 1988.)

Solche Ansichten werden auch in der analytischen Entwicklungspsychologie (D.W. Winnicott oder R. Spitz) deutlich: Danach entfalten sich Sprache, Kommunikation und Symbolbildung (Übertragungsobjekte) parallel zu den ersten kindlichen Trennungserlebnissen. Die Sprache wird also aufgrund der ersten Erfahrung von Abwesenheit, von Alleinsein in einen offenen Raum hineingeboren. Sie trägt in sich ein Begehren und richtet sich zeitlebens auf einen Andern (Weiss, 1988). Der Psychoanalytiker D. Wyss (1976) fasst dies so zusammen: „Erst im Dialog mit einem Andern lernt der Mensch sich zu definieren und seine Identität zu finden. Dies gelingt nie nur durch Selbstreflexion.“

2 Die Wortsprache

Was ist mit solchem wahren, begehrenden Sprechen gemeint? Es steht im Gegensatz zum erklärenden Sprechen, wie wir es zur Diagnostik, bisweilen zur Anamneseerhebung und in Momenten großen Verwirrt- bzw. Aufgewühltseins eines Klienten brauchen, um uns oder dem Andern wichtige logische Einsichten zu verschaffen. Vereinfacht gesagt, richtet sich die erklärende Sprache quasi an den Kopf des Andern. Dagegen sind die Ziele beim begehrenden Sprechen der Körper, speziell das Herz, der Brust- oder Bauchraum des Andern (Bodella, 1992); der Körper des Therapeuten dient als Resonanzkasten (Benedetti, 1980). Das Sprechen wie das Zuhören ist hier ein körperliches Phänomen, und die Sprache kann auf die originellste Weise sich im Körper niederschlagen (sie wird inkorporiert): Solch eine Sprache stellt Kontakt zwischen Personen her; sie berührt im wörtlichen Sinne: das Herz zieht sich zusammen, es kribbelt im Bauch oder in der Brust, es zieht in den Waden u.v.m.

Für mich sind solche Momente kostbar, da mir im Laufe der Jahre die Wahrnehmung meiner körperlichen Empfindungen ein recht verlässlicher Parameter geworden ist (mein Körper ist

quasi ein Messinstrument für den Kontakt): In diesen Augenblicken habe ich Kontakt zu mir selbst sowie auch zum Klienten; denn auch dieser - wenn auch weniger bewusst- erlebt in sich etwas, was unserem Gespräch jetzt eine Wende geben wird: ein Moment, an dem es sich lohnt, innezuhalten. Ja, dies sind die Momente, die ich aufsuche (mittels eigener körperlicher Empfindungen bzw. akustischer oder optischer Eindrücke), da hier der Klient mittels seiner Sprache sein Begehren anzeigt.

Dabei ist meine innere Suche oder das Verstehenwollen des Klienten weniger das Ergebnis aktiven Nachdenkens (Reich, 1951), sondern es geschieht aus einer scheinbar passiven Haltung heraus: ich nehme mich hier zurück, schaue quasi mit einem Auge in mich hinein und mit dem Andern (unfokussiert) in den Übertragungs-Raum zwischen dem Klient und mir. Es kommt in mir zu einer vorübergehenden Identifikation mit dem Unbewussten des Klienten (Freedmann, 1987). Meine Aufmerksamkeit oszilliert.

Wenn sich im Gespräch diese eher subtile körperliche Berührtheit abzeichnet, benutze ich diese oftmals als Einstieg zu einer emotions- oder erlebniszentrierten Form von Körperarbeit, die ich dann gezielt mit hypnotischen Techniken kombiniere.

3 Die Körperarbeit

Hier ist es hilfreich, Aspekte der sog. „personalen Leibtherapie“ nach dem Philosophen und Psychologen Karlfried Graf Dürckheim (z.B. 1989) mit einzubeziehen: Ihre wichtigsten Prämissen sind:

- a) Der Mensch als Körper-Geist-Seele-Einheit ist unteilbar, d.h. Geist und Seele können sich dem Körper nie entziehen. Daher ist der körperliche Zugang eine mögliche, recht direkte Ebene zu seelischen Problemen der Klienten.
- b) Dürckheims (1989) Unterscheidung „zwischen dem Körper, den man hat und dem Leib, der man ist“ bedeutet: „Der Leib ist nichts Gegenständliches, sondern ein zuständlicher physischer Daseinsmodus. Der Therapeut muss sich bewusst sein, dass er keinen Körper berührt, sondern einen Menschen in die Hand nimmt“ (Petzold, 1980). Daher geschehen auch die therapeutischen Interventionen am Körper - wie schon auf der sprachlichen Ebene - aus einer intersubjektiven Grundhaltung heraus.

An dieser Ausbildung haben mich speziell jene Körperberührungen interessiert, die neben fühlbaren energetischen Prozessen einen Kontakt zu sich selbst und zum Andern herstellen und weniger die Berührungen, die sich nur in energetischen Pulsationen entladen.

Denn so eindrucksvoll letztere auch sein mögen, für eine Heilung braucht es den Kontakt, die Begegnung mit dem Gegenüber, braucht es die intersubjektive Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Dies ist auf der sprachlichen Ebene möglich, doch erscheinen mir die Erfahrungen auf körperlicher Ebene für den Klienten zwingender und unausweichlicher zu sein.

4 Körperarbeit in Trance

Diese Kombination bot sich mir eines Tages - wie oft im Leben zufällig - bei einem Klienten an, bei dem ich feststellte, wie sehr er von meinen verbalen Hypnoseinduktionen bei der sonst wortlosen Leibarbeit profitierte. Es war mir durchaus bekannt, dass hypnotische Techniken dem

Klienten einen sehr intensiven Kontakt zu seinem eigenen Körper (und gleichzeitig zum Therapeuten) ermöglichen, doch an die gezielte Kombination hatte ich vorher nicht gedacht.

Im Grunde genommen ist diese Arbeit nichts anderes als ein Synergismus aus einem haptisch-kinästhetischen und einem sprachlich-akustischen Zugang. Und vermutlich ist sie doch etwas anderes als die schlichte Aufsummierung der beiden Einzelteile.

An einem Fallbeispiel will ich dies erläutern: Ein 40jähriger Dozent kam wegen „erheblicher depressiver Beschwerden bei einer depressiv-narzisstischen Persönlichkeitsstruktur“ zur Therapie. In seiner Vorgeschichte erscheint folgendes wesentlich: Die ersten 3 Lebensjahre war er bei einer Tante aufgewachsen; die Mutter nahm ihn erst zu sich und in die Familie, als er eindeutig seine Tante der Mutter vorzuziehen begann. Die Mutter selbst war klagsam-depressiv, vereinnahmend und drohte gelegentlich mit Suizid. Der Vater war dagegen blass und arbeitsam. Die bisherigen Lebenspartnerinnen des Klienten hatten ihn allesamt verlassen, da er ihnen so ungreifbar wie ein „blasses Fähnchen im Wind“ erschien. Die jetzige Partnerin war eine äußerst streitsüchtige, ihn dominierende Frau, gegen die er sich kaum wehren konnte, stattdessen klagte er über sie hinreichend in den Therapiestunden, gewann wichtige Einsichten in die Psychodynamik, ohne dass sich etwas änderte.

Hier nun die Zusammenfassung dieses Teils der Körperarbeit: Auf Nachfragen berichtete der Klient über einen Druck über dem Brustbein. Ich bot ihm an, diese energetisch aufgeladene Zone mit der Hand zu berühren. Dabei achtete ich sehr darauf, dass ich dem Klienten mit jedem meiner Angebote, „tiefer in die Arbeit einzusteigen“, gleichzeitig ermöglichte, „auszusteigen“. Mein Klient ließ sich auf mein Angebot ein, und ich bot ihm in dieser 1. Sequenz so lange alternative Rückzugmöglichkeiten an, bis ich spürte, wie er von sich aus den Empfindungen nachgehen wollte. (Hätte der Klient mein Angebot, „tiefer einzusteigen“, nicht angenommen, würde ich dann mit dem Thema des Rückzugs vor seiner sich anbahnenden Empfindung, z.B. mit seinem Bedürfnis nach Schutz und Autonomie arbeiten)

Diese Anfangsphase entspricht dem Pacing aus der Hypnose. Das Begehren (die Aufmerksamkeit) des Klienten ist unverändert, nur die Richtung ist quasi auf seine leiblichen Empfindungen umdirigiert. Jetzt beginnt die Phase des Leading aus der Hypnose: die Tonlage meines Sprechens sinkt, die Stimme wird leiser, langsamer, die Klangmodulation nivelliert sich. Der Klient hat i. d. R. die Augen geschlossen, weil er sich dann besser spüren und entspannen kann. Unter weiteren hypnotischen Entspannungsanweisungen erforscht er meine an ihn gestellten Fragen in Bezug auf diese Emotion. Diese Entspannungstechniken dienen zu nichts anderem, als den Klienten mit meiner Präsenz und mit wenigen Worten so zu unterstützen, dass der Klient in dem veränderten Bewusstseinszustand bleibt, um in Ruhe seiner Empfindung nachgehen zu können, sich in dieser ein Stück auszuleben. Sind die Emotionen oder körperlichen Regungen deutlich genug, sucht der Klient meist ganz automatisch nach den Bedeutungen für seinen Alltag. Der sprachliche Dialog ist für die Bewusstwerdung m.E. zwingend, wenn auch nicht unbedingt gleichzeitig nötig.

In diesem Fall nun bat ich den Klienten, dass er mit seiner Hand die meinige nehmen, sie auf die druckempfindliche Körperzone legen und dabei selbst den Druck und die Auflagefläche bestimmen solle.

Dieser Übergang kann ein heikler Moment sein und erfordert ein außerordentlich feinfühliges Vorgehen: Der Klient legt wortlos eine fremde Hand auf eine Stelle seines Körpers, deren

Regungen er bis dato nicht sprachlich formulieren konnte, da sie ihm nicht bewusst genug waren! Diese Intervention verstärkt den energetischen Fluss an dieser Stelle, so dass sie leichter erfahrbar wird und bringt gleichzeitig das Kontaktmoment deutlich herein.

Dieser Klient akzeptierte die Interventionen und war von diesem Schmerz ganz absorbiert. Nach einiger Zeit fragte ich ihn, wer früher in seinem Leben an diesem Schmerz Interesse gehabt hätte. Diese Frage vergrößerte seinen Schmerz, was in meiner Hand sofort als veränderte Tönung der eigenen Empfindung zu spüren war: denn er konnte niemanden nennen, am allerwenigsten seine eigene Mutter. Ich führte die Figur einer Idealmutter ein, die Verständnis für ihn gehabt und sich an seiner Eigenständigkeit erfreut hätte. Der Druck ließ vorübergehend nach, doch dann kam ein tiefer Groll auf seine reale Mutter in ihm hoch, deren Gesicht er zerkratzen und auf deren Brust er herumtrampeln wollte: „meine Mutter hat mir meine Seele geklaut - dies ist meine Wunde über meiner Brust!“ In der nächsten Stunde führte ich erneut die Idealmutter ein, die den Missbrauch an ihm und seine Wunde anerkannte. Wieder spürte er diesen Schmerz. Da umklammerte er ganz unvermittelt mit seinen beiden Händen meine Hand, drückte sie sehr lange, fest und stumm auf sein Brustbein: er „tankte auf“, der Atem sank tiefer, sein Körper öffnete sich. Ich stützte diesen Prozess mit wenigen hypnotischen Interventionen. In der folgenden Stunde berichtete er, dass er den Boden seiner bis dato abgrundtiefen Wunde endlich gespürt hatte: auch in den Streitigkeiten mit seiner Freundin hatte er mehr Boden und Kontur gewonnen: durch diese Arbeit hatte er eine „Idealmutter oder Idealfreundin“ verinnerlicht, die er nun als Ratgeberin erfolgreich aufsuchte.

Dieses Fallbeispiel soll folgendes deutlich machen:

- Ähnlich wie vorher unter dem Abschnitt „der sprachliche Dialog“, ist auch hier meine Aufmerksamkeit eine oszillierende: einerseits liegt sie im Erleben, d.h. in meiner Hand bzw. den Reaktionen des Klienten, und andererseits liegt sie auf der Gesamtsituation des Klienten (i.S. seiner Lebensgeschichte und aktuellen Verfassung.) Ich habe also auch hier immer „einen Fuss draussen“.
- Während der Körperarbeit wie auch des sprachlichen Dialogs kann ich Kontakt erleben: Das Berührtsein des Klienten durch den sprachlichen Dialog oder meine Hände erlebe ich durch diverse Körpersensationen (hauptsächlich taktiler, aber auch optischer oder akustischer Natur), die für mich im (direkten) körperlichen Kontakt eindeutiger als im rein sprachlichen zu bemerken sind. Ich kann mich recht gut aus Erfahrung darauf verlassen, dass Entsprechendes auch der Klient erlebt, worüber dann der intersubjektive Dialog eine für uns spezifische Wende nimmt. Wenn es der therapeutische Prozess ermöglicht, biete ich dem Klienten an, dieses Erlebnis auf die oben beschriebene Weise zu vertiefen. Für mich selbst ist es leichter und für den Klienten intensiver, wenn meine Hand auf seinem Körper ruht, da ich in meinen Händen recht gut spüre, ob und wie ein Klient den Kontakt zur Hand sucht oder meidet. Aber intensives Erleben des Klienten bedeutet nun nicht ein effizienteres Arbeiten, weil es auf den Kontakt und nicht nur auf das Ausmaß energetischer Pulsationen ankommt.

Natürlich gibt es auch Gefahren in der Körperarbeit und möglicherweise besonders, wenn sie durch hypnotische Interventionstechniken verstärkt wird, da der Therapeut explicit auf 2 Sinnebenen arbeitet und auf beiden potentiell verführbar ist oder verführen kann:

1. die Manipulation von seiten des Therapeuten, wenn aufgrund von unbearbeiteten grandiosen narzisstischen Strebungen der Therapeut den Klienten energetisch überflutet.

2. Die Manipulation von seiten des Klienten, wenn dieser - aus welchen Gründen auch immer - sich oder den Therapeuten beeindrucken möchte.

In beiden Fällen erlebe ich, dass die energetischen Pulsationen sich auf meinen Körper ausbreiten, d.h. über die reale Kontaktfläche zwischen Klient und mir hinausgehen. Es ist dann zu klären, von welcher Seite der Übergriff kommt und dies ist zu thematisieren. Der einzige mir bekannte und brauchbare Schutz ist eine eindeutige Haltung zum Klienten und damit die klare Abgrenzung. Dies gilt ganz besonders, wenn die Durchlässigkeit und Empfindsamkeit des Therapeuten hoch ist.

Literatur

- Bodella, D. (1992). Worte - Körper - Übertragung. In B. Maul (Hrsg.), *Körperpsychotherapie oder die Kunst der Begegnung*. Berlin: Verlag Bernhard Maul.
- Benedetti, G. (1980). *Klinische Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Graf Dürckheim, K. (1989). *Vom doppelten Ursprung des Menschen*. Freiburg: Herder (11. Auflage).
- Freedmann, M. (1987). *Der heilende Dialog in der Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Petzold, H. (1980). Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien*. Paderborn: Junfermann (2. Auflage).
- Reich, A. (1951). On Counter-Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25-31.
- Weiss, H. (1988). Der Andere in der Übertragung. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Beiheft 11, 33-40, 50-64, 93-111.
- Wyss, D. (1976). *Mitteilung und Antwort - Untersuchungen zur Biologie, Psychologie und Psychopathologie von Kommunikation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Language and body in the realm of transference

Abstract: This paper will explore the three basic building-blocks of all forms of psychotherapy from anthropological and existential philosophical viewpoints: language, body language and the realm of transference. It is based on the premise that healing requires a meeting or contact with another party. The paper then goes on to describe a particular psychotherapeutic orientation, based on a combination of bodywork and hypnosis. This approach, its advantages and limitations will be illustrated with the help of a case study.

Keywords: Language, body language, transference, hypnosis

Jessika Kraus, Dr.med.

Günterstalstr. 49

79102 Freiburg

Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung Was macht sie effektiv?

Wilhelm Gerl

■ *Untersuchungen weisen die Hypnose als eine der effektiveren Methoden zur Beendigung des Rauchens aus. Wird jedoch die Stabilität der Ergebnisse erfasst, so zeigt sich eine Rückfallquote ähnlich der anderer Verfahren. Wenn standardisierte Hypnose als alleinige Intervention zum Einsatz kommt, scheinen wichtige Dinge nicht gelernt zu werden, die für eine langfristige Suchtfreiheit hilfreich sind. Die Hypnotherapie nach Erickson gibt der Person Möglichkeiten an die Hand, ihren individuellen Weg aus der Abhängigkeit zu finden und selbständig weiterzugehen. Die wesentlichen Agentien der hypnotischen Trance, wie die Nicht-Willkürlichkeit und die Evidenz ihrer Phänomene, bleiben dabei erhalten. Sie werden ergänzt durch ein mannigfaltiges methodisches Repertoire und durch neuere Erkenntnisse der Suchtforschung. Damit kann die Therapie präziser auf die Persönlichkeit abgestellt werden und auf die Tatsachen der stofflichen und psychologischen Abhängigkeit. Die Klienten entwickeln ein aktives coping mit Versuchungssituationen und lernen variable Möglichkeiten, um jene Bedürfnisse zu befriedigen, die zuvor mittels Zigarette reguliert wurden.*

Hypnose als einzige Intervention zur Raucherentwöhnung

Die in den Übersichten von Agee (1983) und Holroyd (1980) referierten Studien zur Raucherentwöhnung mit Hypnose zeigen, dass es eine empirisch gut bestätigte Indikation für Hypnose gibt. Hypnose gehört nachweisbar zu den effektiveren Methoden. Bei diesen Sammlungen von Einzelfallstudien und Gruppenuntersuchungen mit bis zu 1000 Probanden wurde die Erfolgs-