Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß hypnotherapeutische Techniken als Erste Hilfe in Notfallsituationen sehr hilfreich sind, um akute psychiatrische Entwicklungen während Kriegshandlungen zu behandeln. Ich benutzte ein weites Spektrum hypnotischer Techniken, einschließlich einfacher hypnotischer Entspannung, unspezifischer und Ichstärkender Suggestionen, Altersregression und -progression, Symptomkontrolle, hypnotisches Durcharbeiten und Abreagieren, hypnotische Desensibilisierung etc. Die Behandlung variierte entsprechend der psychopathologischen Symptome und war flexibel auf die jeweilige Person des Soldaten abgestimmt.

Literatur

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (3rd edition, rev.). Washington, DC: American Psychiatric Press; (dt. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III, Revision)*, hrsg. von H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig & K. Koehler. Weinheim: Beltz, 1989).

Kleinhauz, M. (1992). Dauerhypnose: Neue Anwendungsbereiche einer alten Methode. In B. Peter & G. Schmidt (Hrsg.), *Erickson in Europa* (S. 72-86). Heidelberg: Carl Auer.

Watkins, J.G. (1949). *Hypnotherapy of war neurosis*. New York: Ronald Press.

Abstract: To avoid chronicity, acute psychopathologic reactions in soldiers during combat should be regarded as emergencies. This calls for an individualized and flexible plan of treatment. In this framework, hypnotherapeutic techniques are of high value and their implementation should be beared in mind when coping with these reactions. For this purpose we suggest a therapeutic oriented classification of the more frequently acute psychopathological syndromes encountered in combatant soldiers and the respective therapeutic plan, including hypnotic techniques, is outlined.

Keywords: combat stress, PTSD, war, hypnosis

Moris Kleinhauz, M.D.
Tel Aviv University
Maurice and Gabriel Goldschleger School of Dental Medicine
Ramat-Aviv
69978 Tel-Aviv
Israel

Auch dieses Jahr wieder

Hypnotherapietage in Bad Orb

11. - 13. November 1994

Informationen ab September:
M.E.G., Konradstr. 16, 80801 München

Hypnose und Kognition
Band 11, Heft 1 und 2, April 1994

Hypnose und Psychotherapie bei HIV-, ARC- und AIDS-Patienten

Burkhard Peter

mit zwei Patientenberichten
von Thomas Sedlmayer und Anonymus

Zusammenfassung: Nach der Infektion bis hin zum Sterben an AIDS durchlaufen mit dem HI-Virus infizierte Personen verschiedene Stadien in ihrer körperlichen und seelischen Befindlichkeit. Vereinfacht gesagt kann man unterscheiden zwischen symptomlosen HIV-positiven, ARC- und AIDS-Patienten, die aufgrund ihrer körperlichen Verfassung und psychischen Probleme eine psychotherapeutische Betreuung, Behandlung und Begleitung mit ganz unterschiedlicher Zielsetzung benötigen. Insbesondere sind die psychischen Kosten und Bewältigungsmechnismen sehr verschieden von denen normaler Psychotherapiepatienten und müssen in der Behandlung entsprechend berücksichtigt werden. Hypnose erweist sich in allen drei Stadien als hilfreich und nützlich. Die therapeutischen Implikationen werden durch relevante Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Psychoneuroimmunologie, der AIDS-Forschung und des Copings unterstützt und anhand von zwei Patientenschilderungen (Sedlmayer und Anonymus) und einer kurzen Falldarstellung illustriert.

1. Medizinische und psychologische Stadien im Verlauf der HIV-, ARC- und AIDS-Erkrankung

Nach der Infektion mit dem HI-Virus durchlaufen HIV-Patienten eine Reihe von Erkrankungsstadien bis hin zum Vollbild AIDS. Was den medizinischen Status betrifft, so hat man versucht, diese Entwicklung der Krankheit mit verschiedenen Klassifikationssystemen zu erfassen (z.B. CDC, 1987). Soweit nötig beziehen ich mich im folgenden aber auf die Walter Reed-Einteilung (Redfield et al., 1986): Diese umfaßt 6 Stadien (vgl. auch Tabelle 1):

WR 0 = keine Infektion;
WR 1 = HIV-Infektion asymptomatisch;
WR 2 = chronische Lymphandenopathie;
WR 3 = CD4-Zellen unter 400;
WR 4 = Abschwächung der Hautreaktion vom verzögerten Typ (Merieux-Test);
WR 5 = Mundsoor und/oder komplette Anergie beim Hauttest;
WR 6 = Opportunistische Infektionen.

Der klinische Verlauf der Infektion kann interindividuell aber sehr variieren. Nach Munoz et al. (1988) entwickelt sich AIDS kaum während der ersten 12 Monate nach der Infektion; während 12 und 30 Monaten steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheitssym-

ptomen und bleibt dann zwischen 30 und 60 Monaten konstant. 5 Jahre nach der Infektion haben 20% der Infizierten AIDS. Dies entspricht auch den Befunden von Curran et al. (1988), wonach 15% bis 30% der Infizierten innerhalb von 5 Jahren das Vollbild AIDS entwickelten. Den *AIDS Related Komplex (ARC)* entwickeln 5 bis 10% der Infizierten innerhalb von 3 Jahren (Melbye et al., 1986). Nach Entwicklung des Vollbildes AIDS ist die durchschnittliche Überlebenszeit 1 Jahr, obwohl 15% der Patienten auch nach 5 Jahren mit dem Vollbild AIDS noch am Leben sind (Rothenberg et al., 1987). Die Überlebensdauer mit AIDS hängt natürlich auch davon ab, mit welchem Symptom sich das Vollbild anfänglich zeigt: Kaposi-Patienten[1] beispielsweise überleben länger als PCP-Patienten.[2] Munoz et al. (1988) schätzen aber, daß nach einer HIV-Infektion auch ein 10 bis 15 Jahre langer asymptomatischer Verlauf bestehen kann, was durch einige "extrem" Langzeitüberlebende heute auch bestätigt werden kann.

Tab. 1: Medizinische Stadien nach *Walter Reed (WR)* und *Centers for Disease Control (CDC)* (vgl. Jäger, 1989) sowie *World Health Organisation (WHO)*; Versuch einer vergleichenden Darstellung.

Walter Reed Klassifikation (Redfield et al., 1986)

	WR 1	WR 2	WR 3	WR 4	WR 5	WR 6
HIV-/seropositiv	+	+	+	+	+	+
Lymphadenopathie (LAS)		+	+	+	+	+
CD4-Zellen[3]/mm³			< 400	< 400	< 400	< 400
Hauttest				p	c	c/p*
Soor					+/-	+/-
Opportunistische Infektionen (z.B. PCP[2], CMV[4], Kaposi**)						+

* p = partielle cutane Anergie; c = komplette cutane Anergie
** Kaposi-Sarkom oder non-Hodgkin-Lymphom können auch früher auftreten

Centers for Disease Control (CDC, 1987)

	CDC I-II	CDC III	CDC IV A	CDC IV B-E

World Health Organization (WHO, 1991)

CD4-Zellen/µl	klinische Kategorien		
> 500	Stadium 1		Stadium 3
> 200	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3
< 200		Stadium 2	Stadium 3

es bedeuten: Stadium 1 = asymptomatische HIV-Infektion, Lymphadenopathie (LAS), symptomatische HIV-Erkrankung
Stadium 2 = Erkrankung aufgrund Störung der Immunfunktion (bakt. Pneumonie, Candidosen, Meningitiden etc.)
Stadium 3 = AIDS definierte Erkrankungen (PCP[2], CMV[3], Kaposi, maligne Lymphome, Wasting Syndrom etc.)

Inkubation < 6 Wochen	Latenz < > 5 Jahre	1 - > 5 Jahre	< ? > 15 Jahre
Stadien:	**HIV-/seropositiv**	**AIDS related complex (ARC)**	**AIDS**

1 Kaposi-Sarkom = ansonsten seltener, bei AIDS-Patienten jedoch häufig vorkommender Hautkrebs
2 PCP = Pneumocystis carinii Pneumonie
3 CD4-Zellen: genauer CD4+ T-Lymphozyten (häufig auch T4-Lymphozyten oder einfach Helferzellen genannt) = eine Subpopulation der im Thymus heranreifenden Lymphocyten (Helfer-/Inducerzellen), welche das CD4-Molekül als Rezeptor für das HI-Virus auf ihrer Oberfläche präsentieren. Helferzellen aktivieren u.a. Makrophagen und Killerzellen und tragen so wesentlich zur Immunantwort bei. Zu ihnen antagonistisch sind die CD8+ T-Lymphocyten (T8-Lymphozyten oder Suppressorzellen) mit dem CD8 Oberflächenmolekül; diese unterdrücken die Immunreaktion.
4 CMV = Zytomegalievirus

Eine psychologische Stadieneinteilung wurde von Forstein (1984) in Anlehnung an Kübler-Ross (1971) versucht:

1. Nicht wahrhaben wollen, lähmende Angst.
2. Verdrängung der Diagnose, Versuch, an bisherigen Lebensvorstellungen und -plänen festzuhalten.
3. Versuch, den Krankheitsverlauf hinauszuzögern; Änderung des Lebensstils; bewußteres Leben; aktive Anpassung an Erfordernisse der Infektion.
4. Fähig, die ausgebrochene AIDS-Erkrankung anzunehmen; wache Teilnahme am verbleibenden Leben.

Obwohl sehr allgemein formuliert, geben diese psychologischen Stadien doch einen recht guten Überblick über die Versuche, mit der Erkrankung und ihrem Verlauf fertigzuwerden. Im Einzelnen sieht sich der Seropositive in seinem Weg bis hin zum Vollbild AIDS mit einer Reihe von Belastungsfaktoren konfrontiert (vgl. auch Perrez, 1992):

1. Das Erfahren der Diagnose führt gewöhnlich zu einem sog. *Diagnose-Schock*, auf die er/sie innerhalb der ersten 4 bis 8 Wochen sehr heftig, z.T. unvorhersehbar reagiert, angefangen mit lähmender Angst und Depression bis hin zu Suicidversuchen oder psychotischer Dekompensation (Morin & Batchelor, 1984; Tross & Hirsch, 1988; vgl. auch den Bericht von Sedlmayer unten).

2. Ein ganzes Bündel *sozialer Probleme* (am Arbeitsplatz, im sozialen Umfeld, Frage des "Coming-out" etc.) stellen unmittelbar nachfolgende Belastungen dar. Wenn aber noch keine unmittelbare HIV-assoziierte Erkrankung auftritt oder aufzutreten droht, ist der Versuch verständlich, alles beim alten zu belassen und die Diagnose zu verdrängen. Parallel dazu kann sich ein - realistisches oder übertriebenes ("hypochondrisches") - Beobachten des eigenen Körpers einstellen.

3. Früher oder später erfolgt dann eine *erste Adaptation* an die Tatsache, HIV-positiv zu sein, spätestens dann, wenn die ersten mit AIDS zusammenhängenden aber noch nicht lebensbedrohlichen Symptome *(AIDS related complex, ARC)* auftreten. Spätestens hier setzt ein neues Gesundheitsverhalten ein mit bewußterer Ernährung und Änderungen in der Lebensführung. Eine gute medizinische Versorgung gewinnt oft mehr und mehr an Bedeutung in dem Bemühen, den Krankheitsverlauf hinauszuzögern. Die psychischen Kosten hierbei sind erheblich, wie mehrere unten aufgeführte Studien zeigen.

4. Der erkennbare Eintritt in das *Vollbild AIDS* bringt häufig zunächst wiederum eine erhöhte psychische Belastung mit sich, geht dann aber i.d.R. mit weniger psychischen Kosten einher als in der Zeit davor. Hier scheint eine *Adaptation an die Gewißheit des bevorstehenden Todes* erreicht, wenn die Sinnkrise bewältigt ist und eine aktive Mitarbeit an der medizinischen (und/oder psychologischen) Therapie erfolgt (vgl. den Bericht von Anonymus 2 unten).

So wie es sehr große Unterschiede im körperlichen Verlauf der Erkrankung gibt, so ist die Variabilität auch im Verlauf der psychischen Verfassung interindividuell sehr groß. Eine Reihe von Studien besagt jedoch, daß - nach dem Diagnose-Schock des Seropositiven - ARC-Patienten die höchste psychische Belastung erleiden. Nach Temoshok, Mandel et al. (1986) und Temoshok, Sweet et al. (1987) erleiden ARC-Patienten mehr psychosozialen Streß als AIDS-Patienten. Ähnlich berichten Chuang et al. (1989), daß HIV-Positive und

ARC-Patienten signifikant stärkere depressive Symptome, mehr Angst und psychische Belastung zeigen als AIDS-Patienten; die Entwicklung und das Erkennen von HIV-assoziierten Symptomen kann sogar das am meisten stressende Element sein. In die gleiche Richtung deuten auch die Ergebnisse der deutschen Studie von Franke (1990): Die höchste psychische Belastung hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit und erhöhter psychischer Belastung (gemessen anhand der SCL-90-R von Derogatis, 1986) haben Patienten im Stadium WR 3 und 4, während AIDS-Patienten (WR 5 und 6) sogar etwas niedrigere Werte aufweisen als Patienten im Stadium WR 2.

Tab. 2: ARC-Patienten haben die höchste psychische Belastung (nach Franke, 1990)

WR 1	= fast keine psychische Belastung
WR 2	= Depressivität, Ängstlichkeit und Isolationsgefühle
WR 3+4	= die höchste psychische Belastung (Depression, Angst und Isolation)
WR 5+6	= auf bzw. unter WR 2 gesunkene psychische Belastung

t-Werte (SCL-90-R) bei	WR 1	WR 2	WR 3 + 4	WR 5 + 6
Depression	-	62.45	67.09	62.43
Ängstlichkeit	-	61.75	66.39	-
Isolation	60.4	68.24	72.80	62.67
psychische Belastung	-	62.77	65.85	-

- bedeutet Werte unter 60

Implikationen für Psychotherapie und Hypnose erscheinen aus diesen psychologischen Stadien unmittelbar evident; sie reichen von der Krisenintervention über Symptomkontrolle und Hilfe bei der Sinnfindung bis hin zur Sterbebegleitung. Da psychotherapeutisches Handeln und insbesondere der Einsatz und Umgang mit Hypnose kritische Reflexion erfordert, will ich mich zunächst noch der Problematik psychoneuroimmunologischer Zusammenhänge und der Frage nach sinnvollem adaptivem Coping zuwenden.

2. Zur Problematik von psychoneuroimmunologischen Zusammenhängen bei HIV-, ARC- und AIDS-Patienten

Die multiplen Wechselwirkungen zwischen psychologischen, psychosozialen und Immunparametern sind seit mehr als einem Jahrzehnt Gegenstand vieler Untersuchungen (vgl. z.B. Ader, 1981; Ader et al., 1991); das AIDS-Syndrom stimulierte die psychoneuroimmunologische Forschung einerseits und stellte sie andererseits vor neue Herausforderungen (vgl. Antoni et al., 1990; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988; Solomon & Temoshok, 1987) u.a. auch deshalb, weil es verschiedene z.T. widersprüchliche Befunde gab und gibt, welche erklärt und verstanden werden müssen.

Nehmen wir z.B. die Ergebnisse einer deutschen Pilotstudie (Schiefer-Hofmann, 1988): Anhand von 21 homosexuellen HIV-Patienten (18 davon WR 2; drei WR 4) konnte festgestellt werden, daß hochdepressive Patienten mehr Trait-Angst und eine schlechtere CD4/CD8-Ratio aufwiesen als Nicht-Depressive (d.h. mehr CD8-Suppressorzellen und weniger CD4-Helper-Inducer-Zellen - ein Zeichen für einen schlechteren Immunstatus). Depressivität und hohe Ängstlichkeit scheinen auch einherzugehen mit einem emotionszentrierten Copingstil, welcher sich durch geringe Kontrollwahrnehmung, mehr Verdrängung, Grübeln und Phantasieren auszeichnet. Dieses emotionszentrierte Coping bei

Hochdepressiven korreliert wiederum mit einer hohen Anzahl von HIV-typischen Symptomen (wie z.B. Nachtschweiß, Durchfälle, Gewichtsverlust etc.) und mehr CD8-Suppressor-Zellen. Ein problemzentriertes Coping, welches eher Nicht-Depressive zeigen, geht mit weniger HIV-typischen Symptomen einher und mit weniger CD8-Suppressor-Zellen. Unklar in dieser wie in allen folgenden Studien ist allerdings, ob es sich bei der Depression und Ängstlichkeit um dispositionelle oder um reaktive Faktoren handelt. Depressivität und Angst wird zwar meist mit Trait-Fragebögen gemessen; dennoch ist es fraglich, ob die gemessenen Werte in jedem Fall tatsächlich auch vor der Infektion so gewesen wären. Die Diagnose "HIV-positiv" hat nun einmal (heute noch) die gleiche Bedeutung wie ein Todesurteil und bewirkt bei Betroffenen eine z.T. dramatische Änderung in vielen psychologischen Parametern. Dies macht zwar für die Therapie keinen wesentlichen Unterschied, wohl aber für das Verständnis psychoneuroimmunologischer Zusammenhänge.

In die gleiche Richtung wie bei Schiefer-Hofmann gehen auch die Ergebnisse von Solomon, Temoshok et al. (1987) bei 18 homosexuellen AIDS-Patienten: mehr CD4-Zellen korrelieren signifikant mit weniger Depression, weniger Angst, Müdigkeit und krankheitsbezogenem Streß.

Allerdings steht dazu im Widerspruch ein anderes Ergebnis von Temoshok, Solomon et al. (1988; zit. in Solomon et al., 1991): Bei ARC-Patienten korrelierten eine höhere Anzahl an CD4-Zellen (Hinweis auf besseren Immunstatus) mit mehr Spannung/Angst, mit mehr Trait-Angst und mit Einsamkeit.

Ich habe diese 3 Beispiele ausgewählt, um die scheinbar verwirrende Komplexität psychoneuroimmunologischer Zusammenhänge insbesondere bei HIV- und AIDS-Patienten aufzuzeigen, da sich hieraus auch mögliche Implikationen für die psychotherapeutische Behandlung ergeben könnten.

Diese einander widersprechenden Ergebnisse könnte man nach Temoshok (1990) folgendermaßen interpretieren:

a) Ob das Immunsystem in Reaktion auf psychosozialen Streß herauf- oder herunterregelt, hängt von seiner Ausgangslage ab: Ein noch gut funktionierendes Immunsystem würde dieser These zufolge noch in der Lage sein, mit einem Heraufregeln zu reagieren, während ein schon sehr geschwächtes Immunsystem nurmehr herunterregeln kann.

b) Die zweite These geht von dem Faktum aus, daß das Virus seine zerstörerische Wirkung erst dann entfaltet, wenn infolge einer Stimulation des Immunsystems die CD4-Zellen sich zu teilen beginnen. Psychosozialer Streß (wie auch andere Faktoren) könnte diese Zellteilung anstoßen und damit die Vermehrung des Virus in Gang setzen; dies würde dann die vermehrten CD4-Zellen bei Streß unter den HIV-Patienten erklären. Bei AIDS-Patienten hingegen hat die produktive Infektion schon zu einer solchen Abnahme der CD4-Zellen geführt, daß jede weitere Aktivierung des Immunsystems durch Streß oder andere Kofaktoren deren Zahl nur noch verkleinern kann. Dieser zweiten These zufolge müßte man allerdings bei jeder Zunahme an CD4-Zellen recht skeptisch sein, denn man wäre sich zumindest anfangs nicht sicher, ob durch diese Zellvermehrung nicht auch gerade eine Virusvermehrung stattfindet.

c) Die dritte These berücksichtigt die angeführten psychologischen Stadien im Verlauf einer HIV-Erkrankung und würde konform gehen mit den Ergebnissen von Franke (1990; siehe oben): HIV- bzw. ARC-Patienten, welche natürlicherweise noch mehr CD4-Zellen besitzen, sind psychisch belasteter, d.h. depressiver und ängstlicher als AIDS-Patienten, welche nurmehr wenige CD4-Zellen haben.

Zunächst muß man beachten, daß Korrelationen keine kausalen Zusammenhänge wiedergeben. Wir wissen noch zu wenig über das komplexe und dynamische Wirkungsgefüge psychoneuroimmunologischer Regelkreise, als daß wir beispielsweise entscheiden könnten, ob die psychosomatische, die somatopsychische, eine sog. Drittfaktor-Hypothese oder gar keine von diesen dreien zutrifft.

a) Die *psychosomatische Hypnothese* besagt, daß psychosozialer Streß sich auf die Immunfunktion negativ auswirkt.

b) Die *somatopsychische Hypnothese* behauptet, daß psychosozialer Streß das direkte Ergebnis einer viralen Aktivierung ist, welche ihrerseits wiederum verschiedene immunologische Reaktionen hervorruft; die virale Aktivierung bewirkt also immunologische Veränderungen und ruft so psychischen Streß hervor.

c) Die sog. *Drittfaktor-Hypothese* besagt, daß Streß und immunologische Reaktionen in keiner Weise kausal miteinander in Verbindung stehen sondern daß beide mit einem dritten Faktor, nämlich viraler Aktivierung - wodurch auch immer ausgelöst - und/oder klinischen Symptomen korrelieren; virale Aktivierung mit entsprechenden klinischen Symptomen würde also einerseits immunologische Reaktionen stimulieren und andererseits bewirken, daß sich der betroffene Patient eben wegen dieser Symptome gestreßt fühlt.

3. Was ist adaptives Coping

Bestimmte psychische Verarbeitungsmechanismen sind in der psychotherapeutischen Gemeinschaft negativ konnotiert. Von Abwehrprozessen wie Verdrängung, Verschiebung, Projektion, Rationalisierung, Intellektualisierung, Affektisolierung etc. nimmt man traditionellerweise an, daß sie für die Auseinandersetzung des Individuums mit seiner spezifisch bedrohlichen Situation kontraproduktiv seien und zu einer Maladaptation führen. Die traditionelle therapeutische Arbeit ist in der Regel deshalb auch darauf ausgerichtet, den Patienten zum Aufgeben dieser und ähnlicher Abwehrprozesse zu bewegen. Ob und inwieweit dies generell sinnvoll ist, mag dahingestellt bleiben. Die oben kurz referierten Forschungsergebnisse legen eine Neubewertung solcher Abwehrprozesse bei schweren Erkrankungen, zumindest aber bei HIV- und AIDS-Patienten nahe.

HIV-Patienten, die gerade ihre Diagnose erfahren haben, befinden sich häufig in einer Art tranceartigem Zustand (als einer Variante des *Diagnose-Schocks*): Kognitiv haben sie zwar begriffen, daß sie nun seropositiv sind; affektiv jedoch scheinen sie davon völlig unberührt und versuchen oft genug, die Diagnose einfach zu "vergessen" bzw. zu verdrängen.

Diese Art der Affektisolierung bzw. Verdrängung kann nun aber durchaus als produktive bzw. adaptive Notfallreaktion betrachtet werden; sie schützt vor einem Überflutetwerden von Panikgefühlen, verhindert mögliche Dekompensationen und schafft damit einen zeitlichen Freiraum, in welchem sich der Patient zunächst intellektuell mit der traumatischen Situation auseinandersetzen kann. Ein Patient aus unserer Studie (Reiser, Peter et al., 1993) beispielsweise dekompensierte nach der Diagnosemitteilung so vollständig, daß er längere Zeit stationär psychiatrisch behandelt werden mußte. Ein anderer Patient aus der gleichen Studie berichtet von einer 12 Wochen dauernden akuten Suizidalität unmittelbar nach Diagnosemitteilung (siehe den Bericht von Sedlmayer im Anhang).

Abwehrprozesse im Sinne anfänglicher Notfallreaktionen sind also tatsächlich als gesunde bzw. reife Reaktionen anzusehen, da sie für die Entwicklung anderer Bewältigungsstrategien den notwendigen zeitlichen Freiraum schaffen. Andererseits können solche Formen der Abwehr auch in dem Maße minimiert bzw. ganz aufgegeben werden, wie im Laufe der Zeit andere Copingstrategien entwickelt werden. Ein bestimmtes Ineinandergreifen von Abwehr- und Bewältigungsprozessen kann also durchaus als Zeichen psychischer Stabilität gedeutet werden (Haan, 1977; Steffens & Kächele, 1988; Weimer et al., 1989, 1991). Die klinische Entwicklung der Krankheit und ihrer entsprechenden Symptome zwingt über kurz oder lang fast jeden HIV- bzw. AIDS-Patienten, sich mit ihr auf die eine oder andere Weise konkret auseinanderzusetzen.

Welche Formen der Bewältigung (Coping) sind nun allgemein adaptiv bzw. effektiv in der Hinsicht, daß sie die Lebensqualität von Totkranken aufrechterhalten und Gefühle von Angst und Depression bzw. Ohnmacht und Hilflosigkeit verringern?

Untersuchungen an Krebspatienten scheinen daraufhinzuweisen, daß *zupackendes Verhalten als adaptivere Copingstrategie* anzusehen ist als eine passiv-erduldende Einstellung, die Unterdrückung von Gefühlen und sozialer Rückzug (Heim, 1988); hinsichlich Kontrollattributionen scheint es von Vorteil zu sein, wenn die Patienten der Überzeugung sind, daß sie ihre Krankheit durch eigenes und/oder ärztliches Handeln kontrollieren können, denn solche Patienten haben weniger Angst und Depressionen im Vergleich zu jenen, welche sich ihrer Krankheit ausgeliefert fühlen (Taylor et al., 1983; Taylor, 1984); eher mit Depression scheinen auch Patienten mit internaler Attribution zu reagieren, welche ihre Erkrankung im Zusammenhang mit eigenen seelischen Problemen sehen, im Gegensatz zu jenen, welche dies nicht tun (Riehl-Emde et al., 1989). Schließlich berichtet Spiegel (1991, 1993) ein interessantes Detailergebnis aus seiner berühmten Studie an Brustkrebspatientinnen (Spiegel et al., 1989): Die Überlebenszeit verlängerte sich abhängig davon, wie oft die Patientinnen an den Gruppensitzungen teilgenommen hatten; Patientinnen, die der Behandlungsgruppe zugeteilte waren, aber de facto nicht teilgenommen hatten: 25 Monate Überlebenszeit (im Vergleich zu 18,9 Monaten bei der unbehandelten Kontrollgruppe); Patientinnen, die zwischen 1 bis 10 Sitzungen teilgenommen hatten: 36 Monate; Patientinnen, die über 10 Sitzungen teilgenommen hatten: 41 Monate Überlebenszeit. Mit anderen Worten, es scheint, daß eine gewisse aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung auch einen Effekt auf deren Verlauf hat.

Auch in Bezug auf HIV- und AIDS-Patienten liegen inzwischen einige relevante Untersuchungen vor. Als Beispiel will ich zunächst eine deutsch-schwedische Studie (Weimer et al, 1989; vgl. Tabelle 3) erwähnen, in der 42 seropositive Homosexuelle mit dem *Freiburger Krankheitsverarbeitungsbogen* (Muthny, 1989), einem Instrument zur Messung von Copingverhalten, untersucht wurden. Im wesentlichen wurden bei dieser Stichprobe 2 konträre Verarbeitungsmuster gefunden: Eine innere Haltung des Ankämpfens und eine verleugnende Haltung mit passivem Rückzug im Sinne regressiver Abwehr. Nach Korre-

lation dieser beiden entgegengesetzten Copingstrategien mit den Adaptationskriterien Depression, Resignation und Carpe diem (Lebensgenuß) ergaben sich folgende signifikante Zusammenhänge: (1) Passiver Rückzug korreliert mit Depression und Resignation; (2) Ankämpfen korreliert mit Carpe diem.

Tab. 3: Coping von 42 Seropositive und ARC-Patienten (nach Weimer et al., 1988)

	Verarbeitungsmuster	
Adaptationskriterium	Ankämpfen	passiver Rückzug
Depression	- .11	+ .81 (p < .001)
Resignation	- .14	+ .49 (p < .01)
Carpe diem	+ .42 (p < .01)	- .12

Nach Interpretation der Autoren bedeute dies, daß eine innere Haltung des Ankämpfens für die psychische Verarbeitung der HIV-Diagnose günstiger zu bewerten sei als eine verleugnende Haltung des passiven Rückzuges. Quantitativ ließen sich die Patienten dieser Studie in die folgenden Gruppen aufteilen:

Gruppe 1: 15% verleugnen und ziehen sich zurück
Gruppe 2: 20% kämpfen aktiv
Gruppe 3: 65% verwenden beide Copingmuster alternierend und/oder andere

Anzumerken ist allerdings, daß die Autoren keine näheren Angaben zum Krankheitsstatus der Patienten machen außer dem, daß AIDS-Patienten ausgeschlossen waren; die Hälfte der Patienten wußte seit mehr als 3 Jahren von ihrer Infektion, die andere Hälfte zwischen 6 Monaten und 3 Jahren. Es scheint so, daß es sich dabei zum größten Teil um seropositive symptomlose und um ARC-Patienten handelte.

Tab. 4: Coping von 54 Seropositive und ARC-Patienten (Weimer et al., 1991)

	Depression	Copingstil	
		Auseinandersetzung	Vermeidung
Einfluß	- .38 (p < .01)	.26	- .37 (p < .05)
Erkrankungsrisiko	.46 (p < .01)	- .36 (p < .05)	.19

Eine weitere Studie der gleichen Autoren (Weimer et al., 1991; vgl. Tab. 4) an 54 HIV-positiven Homosexuellen - davon zwei ARC-Patienten, der Rest mit Lymphadenopathiesyndrom oder ohne jegliche Symptome - erbrachte hinsichtlich des jeweiligen Copingstils: Depressive Patienten neigen zu Vermeidung und Wunschdenken, zu sozialem Rückzug und Abhängigkeitssuche im Vergleich zu den Nichtdepressiven. Hinsichtlich der Attributionen ergab sich folgendes Bild: Depressive schätzen ihren Einfluß auf den Verlauf der Infektion als gering und die Wahrscheinlichkeit, am Vollbild AIDS zu erkranken, als hoch ein. Ferner suchen Depressive im Vergleich zu Nichtdepressiven die Ursachen der Infektion häufiger in der eigenen Person und belasten damit ihr Leben und ihre psychische Verfassung mit Schuldgefühlen. Darüberhinaus zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Copingstil Vermeidung/Wunschdenken/sozialer Rückzug und der Überzeugung, keinen Einfluß auf den Verlauf der Infektion zu haben. Eine von den Autoren als selbstaufwertende Auseinandersetzung mit der Infektion bezeichnete Haltung hingegen scheint die subjektiv wahrgenommene Bedrohung, an AIDS zu erkranken, zu reduzieren.

Diese Ergebnisse werden durch eine Reihe anderer, an HIV-, ARC- und AIDS-Patienten durchgeführter Studien gleichlautend unterstützt: Perrez, Hüsler et al. (1992) fanden an 77 HIV-Positiven, daß eine niedrige Einschätzung der Kontrollierbarkeit von Alltagsstressoren (Passivität, Vermeidungsverhalten, Selbst- und Fremdvorwürfe und Rumination [5] mit stärkeren Streßemotionen und niedrigerer seelischer Stabilität und Gesundheit einhergeht. Wolf, Balson et al. (1991) sowie Wolf, Dralle et al. (1991) fanden bei 29 homo- und bisexuellen Männern, daß (1) ein aktives instrumentelles Coping einhergeht mit einer besseren emotionalen Befindlichkeit, mit mehr sozialer Unterstützung und weniger Streß, während umgekehrt (2) ein durch Vermeidung gekennzeichnetes Coping signifikant korreliert mit affektiven Störungen und geringerer wahrgenommener sozialer Unterstützung. Gleiches fanden schon Namir et al (1987) bei 50 homo- und bisexuellen Männern: (1) Aktives instrumentelles Coping korreliert signifikant mit besserem emotionalen Befinden, einem besseren Selbstwertgefühl und besserer sozialer Unterstützung; (2) ein durch Vermeidung gekennzeichnetes Coping hingegen korreliert signifikant mit Befürchtungen hinsichtlich Gesundheit, mit existentiellen Problemen, Schwierigkeiten mit Freunden sowie mit Depression und niedrigem Selbstwertgefühl. Das geringere emotionale Wohlbefinden läßt sich diesen Autoren zufolge jedoch weniger auf die geringere soziale Unterstützung als vielmehr auf das weniger effektive Copingverhalten zurückführen: "The result is that 'poor copers' who are in the greatest need of support are least likely to receive it" (S. 325). Diese Autoren betonen auch, daß vermeidendes Coping nicht als Konseqenz eines schlechteren Gesundheitszustandes gesehen werden kann, da keine Korrelation zu Alltagsaktivitäten, zu gesundheitlich bedingten Einschränkungen oder zu Symptomen bzw. medizinischen Problemen gefunden werden konnte. Ein interessantes Detailergebnis dieser letzten Studie betrifft aktiv-kognitives (im Unterschied zu aktiv instrumentellem) Coping: "positives Denken" allein kann zu einer obsessiven und ruminativen Einstellung führen und wirkt dann kontraproduktiv.

Daß das Copingverhalten nicht nur mit psychischer und sozialer Befindlichkeit einhergeht sondern auch mit Veränderungen im Immunsystem - in welchem Zusammenhang dies auch immer stehen mag (siehe die oben aufgeführten Hypothesen hinsichtlich psychosomatischer, somatopsychischer oder Drittfaktor-Zusammenhänge) -, zeigen beispielsweise zwei Untersuchungen von Goodkin und Kollegen. Goodkin, Blaney et al. (1992) wiesen an 62 seropositiven Homosexuellen im Stadium II und III (CDC) nach, daß (1) ein aktiver Coping-Stil direkt und positiv korreliert mit der Zytotoxität der natürlichen Killerzellen (NKCC); ferner konnten sie (2) einen Trend zu einer negativen Beziehung zwischen der NKCC und Alltagsstreß beobachten - d.h. je mehr Streß umso weniger zytotoxisch waren die Killerzellen - und schließlich, daß (3) soziale Unterstützung eine Art Buffereffekt auf den Alltagsstreß auszuüben scheint (vgl. hierzu auch Spiegel, 1991, 1993). In einer zweiten Studie gingen Goodkin, Fuchs et al. (1992) der Frage nach, ob Alltagsstressoren einen Einfluß auf das Zeitintervall zwischen Infektion und AIDS-Vollbild haben könnten. Bei 11 asymptomatischen seropositiven Homosexuellen fanden sie eine signifikante Korrelation zwischen größerem Lebensstreß im vorausgegangenem Jahr, passivem Coping-Stil und der Gesamtzahl der Lymphozyten; d.h. je größer der Streß und je passiver das Coping, umso niedriger die Gesamtzahl der Lymphozyten. Trendmäßig konnte dies auch für die Subpopulation der CD4-Zellen nachgewiesen werden, also für jene Zellen, welche durch das Virus ohnehin besonders betroffen sind und deren An-

5 Rumination = "Wiederkäuen", Grübeln

zahl immer noch als ein wichtiges Kriterium für den Verlauf der Erkrankung gesehen wird.

Wie oben schon angedeutet ist bei diesen retrospektiven Studien u.a. generell unklar, ob und inwieweit es sich bei den jeweiligen Coping-Reaktionen um schon vor der Erkrankung vorhandene, d.h. dispositionelle oder um reaktive Variablen handelt. Solange keine prospektiven Untersuchungen vorliegen (etwa die Weiterführung der Studie von Goodkin, Fuchs et al., 1992), dürfen wir nicht die Fehler wiederholen, welche lange Zeit die psychoonkologische Forschung beherrscht haben, beispielsweise ex post facto auf "Krebspersönlichkeiten" zu schließen.

Dies bedenkend und im Hinblick auf das, was oben über den medizinischen und psychologischen Stadienverlauf gesagt wurde, müssen diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert und dürfen nicht ohne weiteres auf HIV- und AIDS-Patienten aller Stadien verallgemeinert werden. Leiberich und Olbrich (1990) beispielsweise fanden ein eher zustandsbezogenes, evasiv-regressives Copingverhalten bei HIV-Patienten mit noch guten Immunwerten, während Patienten mit schlechten Immunwerten ein eher handlungsbezogenes, aktives Copingverhalten zeigten. Die Autoren interpretieren dies dahingehend, daß das evasiv-regressive Coping einer Trauer- und Orientierungsreaktion am Anfang der Erkrankung entsprechen würde; erst mit dem Gewahrwerden der Bedrohung setze dann ein handlungsbezogenes Coping ein. Ebenso deutet ein weiteres Detailergebnis unserer Therapiestudie (Reiser, Peter et al., 1993) daraufhin, daß die Dauer der Erkrankung und/oder niedrige Helferzellenzahlen mit einem veränderten Bewältigungsverhalten einhergehen: je weniger CD4-Zellen, umso positiver die Einstellung (im BDI), und je länger infiziert, umso weniger vegetative Beschwerden. Es scheint so, als ob die Patienten mit objektiv schlechteren biochemischen Werten über einen Punkt hinausgewachsen sind, jenseits dessen sie sich affektiv nicht mehr beeinträchtigt fühlen und jenseits dessen sich auch ihr körperlicher Zustand verbessern kann. Dieses scheinbare Paradox deutet in Richtung dessen, was bei Langzeitüberlebenden gefunden wurde (vgl. Solomon et al., 1987; Temoshok et al., 1987; Temoshok, 1991):

a) Flexibilität in der Reaktion auf den Stressor: Langzeitüberlebende zeigen ein eher niedriges allgemeines Erregungsniveau (gemessen z.B. anhand der Herzrate), reagieren dann auf einen Stressor mit Erregungserhöhung, kehren danach aber schnell zu ihrem Grundzustand zurück.

b) Psychologische Hardiness (Kobasa, 1972): Eine Kombination aus den Attributions- bzw. Copingstilen von a) kontrollieren können (*control*), b) Verantwortung übernehmen (*commitment*) und c) die Erkrankung als Herausforderung betrachten (*challenge*).

c) Eine zuversichtlich getönte Grundstimmung bzw. weniger Verzagtheit (dysphoria) und Depression, d.h. Kampfgeist sowie die Fähigkeit, neinsagen und Gefühle ausdrücken zu können.

Zusammenfassend ließe sich zu adaptivem Bewältigungsverhalten bei HIV- und AIDS-Patienten folgendes sagen:

1. Die Adaptivität des Coping ist abhängig von dem jeweiligen Stadium der Erkrankung und zwar sowohl in psychischer wie auch in physischer Hinsicht.

2. Es gibt mittlerweile nachgewiesene korrelative Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung (hoch / nierig), Verhalten (aktiv-kontrollierend / passiv), Kognition (aktiv / vermeidend / ruminativ), emotionaler Befindlichkeit (zuversichtlich / depressiv), Erregungsniveau (flexibel / unflexibel), wahrgenommene Beschwerden (wenig / viel) und Immunstatus (gut / schlecht).

3. Diese Beziehungen unterscheiden sich jedoch in den verschiedenen Phasen der Erkrankung: Jedes neue Stadium der Erkrankung bedeutet zunächst eine psychische und physische Destabilisierung, welche durch entsprechende Adaptationsleistungen wieder aufgefangen werden muß. Die Wahl des Bewältigungsstiles ist abhängig von der jeweiligen Aufgabe, die durch das Krankheitsstadium vorgegeben wird.

4. Im einzelnen scheint es so, daß eine verleugnende Haltung unmittelbar nach dem Diagnose-Schock adaptiv ist. Im ARC-und AIDS-Stadium hingegen ist eine die Krankheit akzeptierende, zuversichtliche und aktiv-kontrollierende Haltung adaptiv. Das Vollbild AIDS bringt im Angesicht des bevorstehenden Todes wiederum andere, durch Untersuchungen meines Wissens noch nicht belegte Copingstrategien mit sich.

4. Implikationen für die klinische Praxis

Geht man von der psychosomatischen Hypothese aus, dann würden die referierten Ergebnisse besagen, daß bestimmte Copingstile, bestimmte Attribuierungen und bestimmte Grundgefühle das Leben von HIV-Infizierten verbessern und/oder verlängern und vice versa. Psychotherapie und Hypnose könnten dann aktiv zur Verlängerung und/oder Verbesserung des Lebens dieser Patienten beitragen, wenn es gelänge, sie zur Entwicklung solcher Fertigkeiten zu bewegen.

Geht man allerdings von der somatopsychischen Hypnothese aus, so hätten Psychotherapie und Hypnose keinerlei Auswirkungen; das gleiche würde für die sog. Drittfaktor-Hypothese gelten. Psychotherapie und Hypnose könnten bestenfalls dazu beitragen, Leiden zu mildern.

Störend an diesen drei Hypothesen ist allerdings, daß sie unidirektional sind. Für Forschungszwecke mag dies pragmatisch und deshalb sinnvoll sein. Es ist aber fraglich, ob eine solche Unidirektionalität dem Wesen lebender Systeme gerecht wird. Könnte es sein, daß das Konstrukt einer wechselseitigen Bedingtheit aller Systeme, des psychosozialen, neuroendokrinen und immunologischen, im Sinne eines komplexen Netzwerkes die Realität besser widerspiegelt? Oder könnte man diese verschiedenen Systeme nur als unterschiedliche Manifestationen bzw. "Schichten" ein und desselben Systems betrachten?

Insbesondere würde ein solches Netzwerk- oder Schichtenmodell-Konstrukt dazu beitragen, der psychotherapeutischen Betreuung neben der medizinischen und allgemein psychosozialen einen gleichrangigen Wert zukommen zu lassen. So nimmt es nicht wunder, daß in einer amerikanischen Studie an Langzeitüberlebenden mit AIDS (mehr als 3 Jahre Diagnose AIDS) folgende Kriterien sich als wesentlich erwiesen haben: gute medizinische Versorgung, soziale Unterstützung, aktive Krankheitsbewältigung ohne Verleugnung -

und bei mehr als der Hälfte der Patienten eine kontinuierliche psychotherapeutische Betreuung.[6]

5. Hypnose und Psychotherapie bei HIV-, ARC- und AIDS-Patienten

5.1 Bisherige Untersuchungsergebnisse

5.1.1 Allgemeine Themen

Eine Ende 1993 durchgeführte Literaturrecherche erbrachte eine Vielzahl von Berichten und behandelten Themen. Allgemein wird Psychotherapie für HIV- und AIDS-Patienten als nützlich und sinnvoll angesehen (z.B. Dunde, 1990; Lomax & Sandler, 1988; Scappaticcio, 1989; Schaffner, 1990). Der weitaus größte Teil der Arbeiten beschäftigt sich mit dem Nutzen und den Problemen der Gruppentherapie (z.B. Beckett & Rutan, 1990; Beckham, 1988; Bliemeister, 1990; Colemann & Harris, 1989; Gabriel, 1991; Getzel & Mahony, 1990; Levine et al., 1991; Spector & Conklin, 1987; Tunnell, 1991; Viney, 1991). Die speziellen Probleme der therapeutischen Beziehung inclusive Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen sowie der (unbewußten oder bewußten) Angst vor dem Angestecktwerden bilden einen weiteren Themenschwerpunkt (vgl. Adler & Beckett, 1989; Badalamenti & Langs, 1992; Brown, 1990; Chodoff, 1987; Hoffmann, 1991; Schaffner, 1990; Weinel, 1989), ebenso das ethische Dilemma des Therapeuten, der befürchten muß, daß sein Patient willentlich oder unwillentlich dritte Personen infiziert; mit diesem "Tarasoff-Dilemma"[7] beschäftigen sich eine Reihe von Arbeiten (z.B. Adler & Beckett, 1989; Brody, 1989, Kermani, 1989, Kleinman, 1991; Perlin, 1992; Totten et al., 1990) desgleichen mit der Notwendigkeit von Supervision (Battegay et al., 1991; Santorelli, 1989). Schließlich werden auch die Themen Angst, Depression und Schuld auf Seiten des Infizierten (Bradley, 1991; Carballo Dieguez, 1989; Levine et al., 1991; Markowitz et al., 1992) sowie Krisenintervention (Isaacs, 1985) und Sterbebegleitung (Consoli, 1992; Gabriel, 1991) behandelt.

5.1.2 Soziale Unterstützung

Es wurde oben schon verschiedentlich auf die Rolle der sozialen Unterstützung bei HIV- und AIDS-Patienten verwiesen; sozialer Unterstützung ist zumindest eine gewisse Pufferfunktion bei der Bewältigung schwerer Erkrankungen zu bescheinigen. Folkmann und Kollegen (1992) fanden bei 398 nonmonogamen homo- und bisexuellen Männern eine interessante negative Korrelation zwischen riskantem Sexualverhalten (ungeschütztem Analverkehr) und der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung (sowie Spiritualität): je weniger soziale Unterstützung (und/oder Spiritualität) und je mehr Selbstkontrolle im Sinne von zurückgehaltenem Gefühlsausdruck, desto mehr riskante Sexualpraktiken. Dieser Befund ist nicht weiter verwunderlich, ebenso wenig der von Catania und Kollegen (1992); diese führten an 529 seropositiven und seronegativen Homosexuellen eine mehr als 3 Jahre dauernde Befragung durch und kamen zu folgenden Ergebnissen: (1) In Zeiten der Bedürftigkeit suchen Homosexuelle eher bei ihren Peers als in ihrer Familie um

6 Berichtet von Robert Remien von der Columbia University New York auf dem *VII. Internationalen AIDS-Kongreß* 1991 in Florenz.

7 1976 wurde in dem berühmten (nicht auf AIDS bezogenen) Fall "Tarasoff versus Regents of the University of California" entschieden, daß ein Therapeut für das Opfer Verantwortung zu tragen hat, wenn er dieses nicht - unter Mißachtung seiner therapeutischen Schweigepflicht - vor möglichem Schaden durch seinen Patienten gewarnt hat.

Unterstützung nach; (2) allerdings hatten diejenigen weniger Todesangst, welche eine positive Unterstützung eher von ihrer Familie als von ihren Peers erfuhren; (3) die Nähe zum Tod läßt viele wieder die Nähe und Unterstützung der eigenen Familie suchen. Dies deckt sich mit eigenen klinischen Erfahrungen und ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, daß viele HIV- und ARC-Patienten aus Gefühlen der Scham und Schuld sowohl ihre Homosexualität wie auch ihren Krankheitszustand so lange wie möglich zu verheimlichen suchen. Die andere Seite der gleichen Medaille zeigt sich in einer Untersuchung von Remplein-Keller und Kollegen (1992) an Familien mit einem infizierten Mitglied; hier wird die Abschottungstendenz und das geringe Benützen sozialer Netzwerke durch die gesamte Familie sichtbar, vermutlich aus Gründen der sozialen Angst, des Mißtrauens und des Familienzusammenhalts.

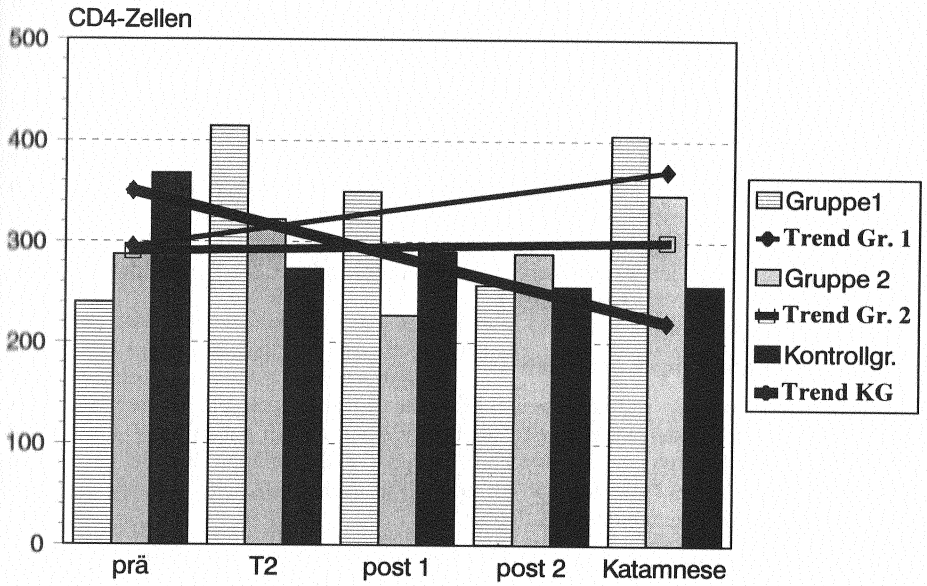

Abb. 1: CD4-Zellen bei 2 mit hypnotherapeutischer Gruppentherapie behandelten HIV-, ARC- und AIDS-Patientengruppen (je N = 11) und einer unbehandelten Kontrollgruppe (N = 12); Verlauf über einen Zeitraum von ca 2 Jahren (korrigierte und um die Katamnese erweiterte Daten aus Reiser, Peter et al., 1993).

5.1.3 Studien unter Einbeziehung von Hypnose und Imagination

Auf AIDS-Kongressen wurden vereinzelt schon Therapiestudien vorgestellt, die Hypnose und Imagination als zusätzliches oder gar wesentliches therapeutisches Element beinhalteten. Auerbach (1919) führte mit ARC- und AIDS-Patienten ein 8wöchiges Gruppenprogramm unter Einbeziehung von Biofeedback, gelenkter Imagination und Hypnose durch und berichtete eine im Vergleich zur Kontrollgruppe deutliche Abnahme von HIV-assoziierten physischen Symptomen wie Erschöpfung, Fieber, Schmerzen und Übelkeit bei

gleichzeitigem Anstieg von Tatendrang und "hardiness". Gochros (1989) setzte sowohl in Einzel- wie Gruppentherapie bei seropositiven Homosexuellen Hypnose zur Stärkung von Copingfertigkeiten und zur Entlastung von Streß ein und fand positive Effekte in Bezug auf Ängstlichkeit, Hilflosigkeit und soziale Unterstützung. Kellys (1989) ebenfalls 8wöchiges Gruppenprogramm basierte auf einem Training zur Selbsthypnose und Meditation und erbrachte eine Reduzierung von Streß, vermehrte Wahrnehmung von Kontrollmöglichkeiten und mehr Freude an Alltagsaktivitäten. Newton und Marx (1991) verwandten hypnotische Imaginationen à la Simonton in 10 einzeltherapeutischen Sitzungen mit 4 Männern und in 10 Gruppensitzungen mit 22 Männern mit dem Ziel, long-term-surviver-Fähigkeiten zu vermitteln. Drei der einzeltherapeutisch behandelten Männern zeigten weniger Streß und Sorgen um ihre Gesundheit sowie gesteigerte Aktivität. Der vierte brach ab, da er sich nicht auf aggressive Vorstellungen einlassen wollte. Nach einem Jahr benutzten diese drei Männer immer noch ihre gelernten Imaginationen und zeigten im Vergleich zu dem Ausgeschiedenen weniger dysphorische Zustände sowie einen stabilen T4/T8-Quotienten.

In unserer eigenen Gruppentherapiestudie (Reiser, Peter et al., 1993) mit 22 Homosexuellen war Hypnotherapie ein wesentliches psychotherapeutisches Verfahren. Nach 3 Therapieblöcken von jeweils 3 Tagen über einen Zeitraum von jeweils ca 4 Monaten sowie einer Katamnes nach mehr als einem Jahr zeigten sich verbesserte Werte in den Bereichen Grundstimmung, Depression, negative Einstellung und im objektiven sozialen Umfeld, d.h. in der erfahrenen sozialen Unterstützung; des weiteren blieben die CD4-Werte trendmäßig stabil im Vergleich zu den kontinuierlich absinkenden CD4-Werten der unbehandelten Kontrollgruppe (vgl. Abbildung 1).

5.2 Klinische Erfahrungen und Hinweise

Aus dem bisher gesagten und aus eigenen klinischen Erfahrungen geht hervor, daß wir es mit mindestens drei unterschiedlichen Patientengruppen zu tun haben: HIV-, ARC und AIDS-Patienten.[8] Die hypno- und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung von HIV-, ARC oder AIDS-Patienten umfaßt deshalb je nach Krankheits-Stadium und psychischer Konstitution verschiedene Aufgaben und Ziele.

Patienten im *Diagnose-Schock* sind nicht selten suicial gefährdet und/oder können psychotisch dekompensieren.[9] Sie benötigen dann unmittelbare psychologische Hilfe im Sinne von akuter Krisenintervention. Sonstige Reaktionsformen in diesem Zustand reichen von Affekt-Isolierung über verschiedene andere Abwehrmechanismen (z.B. Verdrängung, Verleugnung, Projektion, Intellektualisierung) bis hin zu Affekt-Stürmen oder gar soziopathischen Reaktionen der Art, daß sie die Infizierung anderer bewußt betreiben oder fahrlässig in Kauf nehmen.

Da Patienten im Diagnose-Schock aus eigenem Antrieb eher selten den Weg zu einem freipraktizierenden Therapeuten finden und dann möglicherweise kaum sofort einen freien Therapieplatz, werden i.d.R. psychologische Beratungsstellen als erste gefordert sein. Die psychologische Betreuung/Behandlung wird hier im Sinne einer Krisenintervention eher pragmatisch auf die Stabilisierung von Ich-Funktionen ausgerichtet sein. Dies beinhaltet

8 Infizierte Hämophilie-Patienten (Bluter), Drogenabhängige und Frauen bilden möglicherweise eigene Untergruppen. Aufgrund fehlender bzw. geringer klinischer Erfahrungen klammere ich diese Patienten bewußt aus.

9 Dies betrifft offensichtlich weniger Drogenabhängige, die für diesen Fall andere Copingfertigkeiten zu besitzen scheinen.

u.a. auch die aktive Unterstützung vorhandener Abwehr-/Coping-Mechanismen, in vielen Fällen auch einfache sachliche Aufklärung über den u.U. langdauernden symptomlosen Verlauf der Erkrankung, den Hinweis auf soziale Unterstützung durch therapeutische oder Selbsthilfegruppen, welche im letzten Jahrzehnt insbesondere von verschiedenen Homosexuellen-Organisationen und AIDS-Hilfen aufgebaut worden sind. Keinesfalls sollte in diesem Stadium "psychodynamisch", "aufdeckend" oder sonst abwehrschwächend gearbeitet werden.

Hypnose und imaginative Techniken können in diesem Stadium zunächst adjuvant, insbesondere zur Entspannung und Streßreduktion angewandt werden, vielleicht auch als Hilfe zur Affekt-Isolierung und zum Finden und Stabilisierung geeigneter Coping-Mechanismen. Ähnlich anderen Schocksituationen ist - zum richtigen Zeitpunkt - die Suggestibilität erhöht und erleichtert ein klares und direktes hypnotisches Vorgehen.[10]

Nach dem Diagnose-Schock, im Stadium des u.U. jahrelangen *symptomlosen HIV-positiv-Seins* wäre bei einer Anzahl von Patienten eine zumindest anfängliche psychotherapeutische Begleitung wünschenswert, um eventuell adaptivere Coping-Strategien zu finden und auszubauen. Unglücklicherweise kehren viele HIV-Positive zu ihrem gewohnten Alltag zurück und versuchen, die Spannung, Angst und Depression zu unterdrücken; verstärkte soziale Isolation, ein schlechteres psychisches Befinden und möglicherweise auch ein schlechterer immunologischer und/oder medizinischer Zustand (Goodkin et al., 1992; siehe oben) kann damit einhergehen. Erfahrungsgemäß kommen HIV-Positive manchmal dann zur Therapie, wenn sie kurz vor dem Ausbruch von ARC-Symptomen stehen.

Die psychotherapeutische Zielsetzung in diesem *HIV-Stadium* ist in erster Linie - negativ definiert - die Linderung von Angst und Depression sowie die Verringerung sozialer Isolation. Positiv formuliert bedeutet dies,

1. daß die Patienten ihre Erkrankung zumindest den wichtigsten sozialen Bezugspersonen offenbaren und vermehrt soziale Kontakte suchen;
2. daß sie manche bisherige Lebensgewohnheiten zugunsten Streßreduktion und den Aufbau einer "sinnträchtigen" Lebensführung verändern;
3. daß sie ihr allgemeines Gesundheitsverhalten (z.B. auch Ernährung, Sport) verbessern;
4. daß sie sich über ihre Erkrankung so genau wie möglich informieren, um einerseits später mit den Ärzten hinsichtlich der medizinischen Behandlung aktiv kooperieren und andererseits eine aktive Kontrollattribution erreichen zu können;
5. daß sie sensitiv für sich und ihren Körper werden, um ihre bzw. dessen Bedürfnisse und emotionale Zustände erkennen und zum Ausdruck bringen zu können; und schließlich
6. daß sie eine generelle Einstellung des Ankämpfens (im Gegensatz zu passivem Erdulden) entwickeln.

Vorhandene Abwehr- bzw. Coping-Mechanismen sollten daraufhin überprüft werden, inwieweit sie geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. In der Regel darf also auch in dieser Phase z.B. die Affekt-Isolierung nicht aufgebrochen und Intellektualisierung nicht verhindert werden. Gruppentherapie dürfte in diesem Stadium aufgrund ihres "sozialen Puffereffektes" in vielen Fällen der Einzeltherapie vorzuziehen sein mit Ausnahme bei den Patienten, die aufgrund massiver psychopathologischer Symptome einer intensiven

10 vgl. hierzu auch den Artikel von Kleinhauz in diesem Heft.

einzeltherapeutischen und/oder psychiatrischen Behandlung bedürfen. Inwieweit und zu welchen Zwecken Hypnose hierbei sinnvoll eingesetzt werden kann, ist von der klinischen Beurteilung des Einzelfalles abhängig; hier (wie natürlich auch in allen anderen Stadien) müssen auch die entsprechenden Kontraindikationen für Hypnose beachtet werden.

Heilungs-Imaginationen sollten hier wie auch später sehr individuell eingesetzt werden. Auch wenn eine aggressivere Haltung des Ankämpfens gegen die Krankheit (Kobasa, 1972) für eine längere Überlebenszeit dienlich zu sein scheint, so ist dies eher wohl im Sinne der wörtlichen Bedeutung des Wortes *ad-gredi* zu verstehen: "an die Sache *herangehen*" anstatt zu vermeiden. Nicht nur Newton und Marx (1991) haben feststellen müssen, daß simplifizierende Killerszenarien nicht für jeden taugen, ganz abgesehen von der Tatsache, daß man vernünftigerweise wohl nicht davon ausgehen kann, daß aggressive Imaginationen einen direkten, d.h. unvermittelten Einfluß auf so komplexe Krankheitsprozesse wie HIV, AIDS oder Krebs haben können. Gerade im Hinblick auf den späteren unabwendbaren Verlauf ist es günstiger, gleich zu Anfang mit eher symbolischen Bildern wie beispielsweise "dem inneren Führer und Heiler" oder "dem weisen alten Mann / der weisen alten Frau" zu arbeiten (vgl. den Bericht von Anonymus 2 unten).

Einen bedeutenderen Platz in der Behandlung nimmt Hypnose dann wieder ein, wenn sich bei *ARC-Patienten* stadientypische Symptome eingestellt haben und Hypnose zur Linderung dieser Symptome eine ihrer genuinen Aufgaben erfüllt. Dies betrifft in erster Linie hypnotische Schmerzkontrolle (Peter, 1986, 1990), hypnotische Hilfen bei Übelkeit, Schlafstörungen, und v.a. natürlich Hypnotherapie, um mit den erneuten Stressoren umgehen zu lernen und die psychischen Kosten wie Angst und Depression zu verringern. Eine gute medizinische Versorgung sollte in diesem Stadium schon lange gewährleistet sein. Zu der aktiven Kooperation des Patienten mit der medizinischen Behandlung gehört - neben hinreichenden Kenntnissen über die Erkrankung und ihren Verlauf - aber auch eine sensitive Beobachtung und Beurteilung des eigenen Körpers und der eigenen Befindlichkeit sowie die nicht immer leichte Unterscheidung zwischen "hypochondrischen" und wirklichen Symptomen. So sinnvoll einzelne hypnotische Techniken wie z.B. ideomotorisches Signalisieren oder eine andere "Befragung des inneren Führers/Heilers" sein können, sie werden nie eine jeweils sorgfältige medizinische Diagnose und Behandlung ersetzen, diese wohl aber unterstützend begleiten können (vgl. meinen eigenen Bericht über die Behandlung eines ARC-Patienten unten). Eine u.U. durchaus niederfrequente einzeltherapeutische Betreuung erscheint in vielen Fällen sinnvoll.

Auch in diesem Stadium erscheint es sinnvoll, eher gegenwarts-, problem- und verhaltensorientiert zu arbeiten (im Gegensatz zu psychodynamischen, aufdeckenden oder emotionszentrierten Verfahren). Auch sollte auf keinen Fall Druck ausgeübt werden in der Form "Wenn Du nicht hart genug an Dir arbeitest / nicht genügend aggressiv imaginierst" etc. Wichtig erscheint es, die Ressourcen des Patienten zu eruieren und zu stärken, damit dieser seinen Alltag den Bedingungen seiner Krankheit entsprechend verändern, zu einem bewußteren Leben finden und die Krankheit als seine eigene akzeptieren kann.

Bei Patienten im *Vollbild AIDS* sollte günstigerweise eine gute therapeutische Beziehung bzw. ein hypnotischer Rapport bereits aufgebaut sein, um hypno- und psychotherapeutisch effektiv arbeiten zu können. Hypnose erweist sich hier zur Linderung mancher (nicht aller) Symptome als sehr hilfreich. In manchen Fällen können dissoziative Zustände des den Körper Verlassens und das Erfahren meditativer oder "mystischer" Zustände zeitweise

Linderung verschaffen. Insbesondere muß aber gerade in diesem Stadium Kontakt gesucht werden zu dem "inneren Führer" oder dem "Unbewußten", um auf dem (körperlich und seelisch) sehr labilen Gleichgewicht dieser Phase einigermaßen balancieren zu können.

6. Klinische Impressionen

Es folgen nun 3 Berichte von bzw. über Patienten in den drei verschiedenen Stadien HIV, ARC und AIDS; der erste und der letzte Bericht stammt von den Patienten selbst; beide werden mit deren Erlaubnis, ersterer auf Wunsch mit voller Namensnennung wiedergegeben; der mittlere ist von mir so verfaßt, daß die Anonymität dieses einen ARC-Patienten gewährleistet bleibt.[11]

Tab. 5: Blutwerte von 3 Patienten

HIV-Patient Thomas Sedlmayer (Infektion März 1991)

Datum	CD4	CD8	CD4/8	NK	Einzel-/Gruppentherapie
Mai 1991	720	1390	0,52	240	
Sept. 1991	480	560	0,86	70	Anfang Gruppentherapie
Nov. 1991	640	850	0,75	110	
Jan. 1992	500	820	0,61	80	Dez. 92 Ende Gruppentherapie
März 1994	530				

ARC-Patient Anonymus 1 (Infektion verm. 1982; Diagnose 1984)

Jan. 1991	350	1460	0,24	450	
Okt. 1991	370	2080	0,18	370	Nov. 91 Anfang Einzeltherapie
Dez. 1991	390	1720	0,23	360	
Feb. 1992	510	2260	0,22	510	"AIDS-Hilfe"; ab hier nur
Okt. 1992	330	2160	0,15	430	in größeren Abständen Therap.

AIDS-Patient Anonymus 2 (Infektion Juni 1985; Diagnose Dezember 1985; Tod 1993)

März 1990	130	590	0,22	
Okt. 1990	70	590	0,12	Okt. 90 Anfang Einzeltherapie
Jan. 1991	50	670	0,07	niederfrequent
März 1991	60	610	0,09	ca alle 3 - 4 Monate
Aug. 1991	60	590	0,10	bis
Jan. 1992	20	540	0,04	Okt. 1992 letzte Sitzung

Der erste Bericht von Thomas Sedlmayer, heute 44 Jahre alt, wurde im Frühjahr 1992, ca 1 Jahr nach Infektion und Diagnose und ca ein Vierteljahr nach Abschluß der Gruppentherapie (Reiser et al., 1993), an der er teilgenommen hatte, geschrieben. Heute, genau 3 Jahre nach der Infektion hat er - ohne alle Therapeutika - keinerlei HIV-typische Beschwerden.

Den zweiten Bericht über Anonymus 1 habe ich selbst verfaßt. Er handelt von einem zu Therapiebeginn 1991 59 Jahre alten Patienten, der als Symptome Leukoplasie, Dermatose im Gesicht sowie Nachtschweiß angab. Er ist sich sicher, daß er sich 1982 infiziert hat; seine Diagnose weiß er seit Dezember 1984.

Der dritte Patient, Anonymus 2, war zu Therapiebeginn 1990 41 Jahre alt, hatte sich im Juni 1985 infiziert und wußte um seine Diagnose seit Dezember 1985. Als Beschwerden gab er Übelkeit, Blähungen, Mundschleimhaut- und perianale Entzündungen sowie leichte Erschöpfbarkeit an.

11 Auch die Erlaubnis zur Veröffentlichung der Blutwerte wurde von allen dreien gegeben.

1991 hatte er seine erste PCP und Anfang 1992, als wir uns das letzte Mal gesehen hatten, war er aufgrund einer CMV-Symptomatik schon fast blind und konnte in der Folge aus seinem sehr entfernten Heimatort nicht mehr anreisen. Er starb im Frühsommer 1993. Seinen Bericht hat er Anfang 1992 geschreiben.[12] Zu den Blutwerten dieser 3 Patienten siehe Tabelle 5.

6.1. Erfahrungen eines HIV-Positiven

Thomas Sedlmayer

Am 26. April 1991, 19 Uhr abends, erfuhr ich, daß ich HIV-positiv bin. 5 Wochen davor hatte ich mit einem Homosexuellen Kontakt, der mir zwei Tage nach unserem Beisammensein mitteilte, daß er seropositiv ist. Danach lebte ich 30 Tage lang zwischen Bangen und Hoffen, doch nicht infiziert zu sein, in Selbstverzweiflung, geprägt von Desorientiertheit, getrieben von äußerster innerer Unruhe, tagelanger Schlaflosigkeit, bis dahin nie gekannten Wutausbrüchen und Weinkrämpfen. Nach dem positiven Testergebnis begann eine 12wöchige Suizidphase.

Ich unterstützte damals meinen Partner in seiner Vorbereitung auf die Meisterprüfung Anfang August. Einerseits wollte und konnte ich ihm nicht sagen, daß ich positiv bin, um seine Prüfung nicht zu gefährden; andererseits wußte ich in meiner völligen Desorientiertheit nicht mehr, ob ich ihn bereits angesteckt hatte. Das heißt, sollte auch er positiv sein, hätte ich mich als Schuldigen angesehen und hätte deshalb keinen Suizid ausführen können, weil ich dann dazu verdammt gewesen wäre, ihn zu pflegen. Ich wäre ja der Alleinschuldige, der seinen Tod verursacht hätte, abgesehen von dem Leid, welches uns noch bevorstehen würde, gar nicht daran zu denken, wie unsere Familien geschändet, unsere Umgebung auf uns mit dem Finger zeigen und wie die Ächtung der Gesellschaft ausfallen würde.

Diese 12 Wochen waren davon geprägt, Suizid machen zu wollen, aber nicht zu dürfen, von Hilflosigkeit, depressiven Phasen und noch nie erlebtem Leidensdruck. Von der Sinnlosigkeit des Lebens überzeugt, den Lebensunmut und die Angst vor den zu erwartenden Leiden im Kopf, besorgte ich mir die 4fache Letaldosis an Parazetamolsuppositorien. Sollte der Partner doch nicht positiv sein, könnte ich wenigstens für mich diesem unerträglichen Zustand ein Ende setzen. Mein Wunsch nach Selbsttötung wurde in dieser Phase auch noch dadurch gesteigert, daß ich Angst hatte, mich jemandem anzuvertrauen. Dies änderte sich aber urplötzlich, als ich meinem Partner nach dessen bestandener Prüfung alles erzählen konnte. Sie können sich das Gefühl der Erleichterung vorstellen, mein Schweigen brechen zu können, ein Gefühl, wie neugeboren zu sein, eine Art Euphorie trotz Schuldgefühlen. Glücklich war ich, als sein Testergebnis negativ ausfiel.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf Sexualität zu sprechen kommen. Bei meinem Partner entwickelte sich das klassische Beispiel einer Aidsphobie. Trotz seiner Weigerung, Safer Sex zu praktizieren, möchte ich behaupten, daß die Freundschaft inzwischen noch tiefer und inniger, ja sogar ohne jeglichen Sex intimer geworden ist. Der Prozeß, eine asexuelle Partnerschaft weiter zu pflegen, ist sicherlich nicht einfach, aber physisch und psychisch wesentlich befriedigender.

Außerdem hatte ich das Glück, in der Nähe der Großstadt München zu wohnen, so daß ich die Wahl zwischen zwei HIV-Selbsthilfegruppen hatte. Dort lernte ich trotz meiner medizinischen Vorbildung erst einmal zwischen HIV und Aids zu differenzieren. Allmählich wurde mir klar, daß ich kein Aids hatte, ich war nur HIV-positiv. Dieser Eindruck verstärkte sich erst recht, als ich knapp ein halbes Jahr nach dem positiven Testergebnis und 3 Monate nach der Suizidphase am 1.

12 Auch von ihm hatte ich die Erlaubnis der Namensnennung. Da ich ihn kurzfristig jedoch nicht nochmals - wie H.-T. Sedlmayer - fragen konnte, anonymisiere ich seinen Bericht.

Seminar *Psychotherapie und Aids*[13] vom 2. - 4. Oktober 1992 teilnehmen durfte, welches durch eine der Selbsthilfegruppen vermittelt wurde. Dort lernte ich zum erstenmal eine starke Trennung zwischen Bekanntschaften, Freundschaften und Betroffenen zu vollziehen. Und nun zum Kern des Seminars und dessen doch beachtliche Folgen.

Meinem Therapeuten gelang es bei diesem ersten Seminarblock sehr schnell herauszuarbeiten, was mich momentan am meisten belastete - die Tatsache, daß ich meinen Eltern nicht die Wahrheit sagen konnte. Sie spürten zwar eine enorme Veränderung seit mehreren Monaten bei mir, konnten sich diese aber nicht erklären. Äußerlich war ich ja gesund und mir schien es gut zu gehen. Mein Therapeut unterstützte mich, bis zum 2. Seminarblock nach 4 Wochen meinen Eltern die Diagnose mitzuteilen. Die Reaktion war völlig anders, als ich erwartet hatte. Meine Mutter erkundigte sich sofort nach dem Schuldigen und mein Vater wollte nur sicherstellen, daß ich meinen Partner informiert hätte. Meine Eltern nahmen zwar die Diagnose mit großem Schrecken auf, ermunterten mich aber sehr intensiv, jetzt den Kopf nicht in den Sand zu stecken. Diese doch unerwartete, weil verständnisvolle Reaktion meiner Eltern machte mir Mut, meinen Weg weiterzugehen.

Beim 2. Seminarblock, Anfang November, arbeiteten wir meine finanziellen Sorgen und Probleme als Hauptbelastung heraus. Ich bekam die Aufgabe, mein pekuniäres Desaster bis zum nächsten Block zu lösen. Vom Erfolg des 1. Seminars beflügelt, versuchte ich durch Übungen in it Selbsthypnose mir Mut zu verschaffen, um auch dieses Problem zu lösen. Dieses Mal stieß ich jedoch bei meinen Geschwistern, die von der positven Diagnose noch nichts wußten, auf erheblichen Widerstand. Nur unter Androhung von Rechtsanwalt und Gericht erstritt ich mir die Summe, die mir ohnehin schon lange zugestanden hätte.

Dieser aus Therapieeinsicht eingeleitete Schritt hatte zwei wesentliche Folgen. Die Beziehung zu meinem älteren, leistungsorientierten Bruder, welche ohnehin schon sehr schlecht war, brach vollends ab, was mich nicht weiter belastete; die Beziehung zu meinem eineiigen Zwillingsbruder, die ich bis dahin als optimal eingeschätzt hatte, brach unerwarteterweise ebenfalls spontan ab. Dies war für mich eine schwere psychische Belastung, mit der ich leben muß. Eine zweite grundlegende Veränderung ist dafür umso erfreulicher. Ich erhalte auf Jahre hinaus von meinen Brüdern monatliche Zahlungen, welche mich vorerst auf lange Sicht von jeglichen Geldsorgen befreien.

Und last but not least kam noch das 3. Seminar Anfang Dezember. Das Hauptaugenmerk wurde auf die Gestaltung der Zukunft gelegt. Die Übungen in Selbsthypnose wurden vertieft und weiter ausgebaut.

Als Resümee der Therapie möchte ich einige Veränderungen nennen, die ich an mir beobachten konnte. Da ich keine Zeit mehr habe, mir täglich die 3 Videofilme anzuschauen, die wir nach den jeweiligen Seminaren erhalten haben, überspielte ich mir diese auf Musikcassetten. Diese höre ich schon morgens beim Aufstehen und Duschen, beim Frühstück, auf dem Weg zur Schule und abends als Streßlöser beim Einschlafen. Ich möchte nicht behaupten, daß ich nur noch diese Musik höre; aber zum Entspannen, Mutmachen und auch als Backgroundberieselung versetzt sie mich in einen Zustand, den ich als angenehm, positiv stimulierend und kreativ empfinde.

So hat zum Beispiel meine Geduld mit mir und mit anderen Menschen zugenommen. Ich verlasse allmählich meine selbstgesuchte Isolation und suche wieder Geselligkeit. Ich kann auch wieder mehr von anderen annehmen. Eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen beeinflußt mich weniger. Ich mache mir aber häufig Gedanken über meine inneren Probleme, und fresse meinen Ärger lieber noch in mich hinein. Dies ist zwar nicht richtig, ich muß aber noch lernen, anders zu

13 vgl. Reiser, J. et al. (1993). Hypnotherapie bei HIV- und Aids-Patienten: Eine Therapiestudie. *Hypnose und Kognition, 10*(2), 70-85.

reagieren. Ich versuche wieder, in der Schule andere zu übertreffen, und bin weniger ängstlich geworden, da ich sehe, daß andere mit meiner Leistug zufrieden sind. Auch Vertrauen wächst wieder in mir. Zudem habe ich gelernt, ohne Scham mein starkes Bedürfnis nach Liebe zu zeigen und engen Anschluß an Menschen und Bindung zu suchen. Ich bin dabei, wieder vernünftig mit Geld umzugehen und spiele nicht mehr so viel Versteck, nehme es mit der Wahrheit genau, lege aber auch keinen großen Wert darauf, mich beliebt zu machen.

Meine pedantische Ordnungsliebe habe ich eingeschränkt, suche lieber Bequemlichkeit und vermeide Auseinandersetzungen mit anderen Menschen. Durch mehr Selbstvertrauen ist es mir gelungen, meine Schuldgefühle gegenüber mir selber und einige Minderwertigkeitskomplexe abzubauen. Durch den Spielraum, den ich meiner Phantasie einräume, wirke ich manchmal eigensinnig, so daß ich Schwierigkeiten habe, mit anderen zusammenzuarbeiten. Dadurch "leidet" mein früher so hochstilisiertes Helfersyndrom, so daß ich mir weniger Sorgen um andere mache und eher versuche, im Lebenskampf meine Interessen durchzusetzen.

Ich muß noch lernen, mich zu konzentrieren und bei einer Sache zu bleiben, wieder Freude zu zeigen und mich als Homosexueller im Umgang mit dem anderen Geschlecht nicht mehr befangen zu zeigen. Zur Zeit nehme ich außer Spurenelementen, Mineralien und Multivitaminen keine Pharmaka, auch keine stimmungsaufhellenden Medikamente, außer meinen Musikcassetten.

Ich möchte meine Ausführungen mit einem Spruch und einer Interpretation des Schweizer Schriftstellers Max Frisch beenden: "Krise ist ein produktiver Zustand. Man muß ihm nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen."

Es ist deutlich zu sehen, daß die Angst vor der Zukunft alles andere als ein Problemlöser ist. Sie schreckt vor der Krise zurück oder starrt wie gelähmt auf sie, anstatt aufzuatmen: ENDLICH! Denn die Krise ist ja nichts anderes als Höhe- oder Tiefpunkt, jedenfalls aber Endpunkt einer negativen Entwicklung. Besser ein Ende mit Schrecken als ein Schrecken ohne Ende. Krise schließt aber immer auch die Möglichkeit zu einem produktiven Neuanfang in sich. Tod, aber auch Genesung; Trennung, aber auch Versöhnung; Verzweiflung, aber auch Selbstfindung und Reife. Krise ist immer Ende des Schreckens - so oder so. Katastrophen mögen unabwendbar über uns hereinbrechen - Krisen fordern eine Entscheidung!

6.2 Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit einem ARC-Patienten

Burkhard Peter

Dieser zweite Patient ist heute 62 Jahre alt, hat sich 1982 infiziert und erfuhr 1984 seine positive Diagnose. Im November 1991 kam er zu mir in psychotherapeutische Behandlung mit Symptomen wie Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Nachtschweiß und einigen anderen, von denen unklar war, ob sie ARC-typisch oder psychisch bedingt waren. Seinen schweren depressiven Zustand versuchte er vor mir - und vielleicht auch vor sich selbst - durch Haltung zu verschleiern und litt deshalb unter starker innerer und muskulärer Verspannung. Seine Rückenschmerzen waren im Zusammenhang mit dieser Verspannung und einem eingebrochenen Lendenwirbel zu sehen und waren mit zusätzlicher krankengymnastischer und Feldenkrais-Unterstützung im Verlauf der Behandlung gut zu beherrschen, bzw. verschwanden auch über längere Zeit völlig. Die schwere Depression zeigte sich u.a. auch in seinen Beschreibungen, daß er seit ca 3 Jahren zwischen sich und den Menschen eine Art Glaswand fühle, daß er seinen Bewegungs- und Handlungsspielraum immer mehr einenge und sich mehr und mehr darauf konzentriere, was mit ihm noch alle passieren könne. Statt wie früher häufig und gerne zu reisen, bleibe er jetzt lieber in seinen vier Wänden. Mit

seinem ebenfalls infizierten Freund lebte er in einer stabilen Beziehung. Er besaß schon damals ein umfangreiches Wissen über die biochemischen Prozesse bei HIV und AIDS sowie über deren medizinische Behandlungen. Über die psychische Seite hatte er sich noch keine Gedanken gemacht; da er aber bemerkt habe, wie ein Freund über autosuggestive Techniken gute Erfolge erzielt hat, wollte er dies nun auch für sich in Betracht ziehen. Insbesondere wollte er lernen, seine Erfahrungen im Autogenen Training zu vertiefen und dieses auch in Streßsituationen anwenden können.

Da er damals als völlig unsuggestibel erschien, waren hypnotische Versuche zwecklos. So verlief ein halbes Jahr wöchentlicher Therapie mit bloßen Gesprächen, in welchen ich u.a. auch versuchte, ihm psychophysiologische Zusammenhänge aufzuzeigen. Die depressiven Zustände verringerten sich im Verlauf dieses halben Jahres zusammen mit den Rückenschmerzen, den Schlafstörungen und den anderen Symptomen. Er kam dann nur noch fallweise in größeren Abständen immer dann, wenn er aktuelle psychische oder körperliche Probleme hatte; nun war es immer besser möglich, wenn auch noch nicht explizit hypnotisch so doch ganz gut imaginativ zu arbeiten. So fiel es ihm zunehmend leichter, Kontakt zu seinem Körper aufzunehmen und dessen Befindlichkeit, dessen Nöte und Bedürfnisse zu erspüren. Sein Zustand besserte sich im Verlauf des Jahres 1992 zusehens und Ende 1992 baute er zusammen mit anderen eine AIDS-Hilfeorganisation auf, die er bis heute mit großem Erfolg leitet. 1992 habe ich ihn nur ein paarmal gesehen. Im Mai 1993 bat er nach sehr langer Zeit wieder dringend um einen kurzfristigen Termin, da bei ihm ein malignes Lymphom diagnostiziert worden war und er sich mit mir besprechen wolle. Sehr schnell entschied er gegen anfängliche Bedenken, sich doch chemotherapeutisch behandeln zu lassen. In den zwei ambulanten Stunden vor dieser Behandlung ging es u.a. um das Für und Wider dieser Behandlung und um die Frage, ob dies nun das Ende sei. Mein wesentliches Anliegen war ihn darauf zu konzentrieren, das Zellgift als hilfreiches Agens anzusehen und anzunehmen, seinem Körper wie einem kleinen Kind gut zuzureden, daß das Zellgift zunächst natürlich ein Schock sei, dann aber in seiner Wirkung ganz gezielt an die Stelle des Lymphoms gerichtet werden solle etc. Am Abend vor der Chemotherapie besuchte ich ihn im Krankenhaus; hier gelang es zum erstenmal, daß er genuine hypnotische Phänomene wie Armlevitation und positive visuelle Halluzinationen zeigte: Ich suggerierte ihm sinngemäß, daß er seine ganze Energie nun darauf konzentrieren müsse, die Chemotherapie zu unterstützen und eine Heilung des Lymphoms zu erreichen. Währenddessen entwickelte er eine Armlevitation und sah - wie er mir später berichtete - mit halbgeschlossenen Augen an der gegenüberliegenden Wand das Wort Heilung wie mit skalierbarer Schrift in immer größer werdenden Buchstaben auftauchen. Erst viel später berichtete er mir, daß er am nächsten Morgen gleich nach dem Aufwachen dieses Wort Heilung wiederum auf der Wand geschrieben sah. Das Lymphom war in der Tat schon nach der zweiten Behandlung verschwunden und trat bis heute, Anfang 1994 nicht wieder auf. Schon davor, v.a. aber nach diesem Ereignis entwickelte er eine erstaunliche (nicht-hypochondrische) Sensibilität seinem Körper gegenüber, die u.a. dazu führte, daß er beginnende Krankheitsprozesse sehr frühzeitig mit großer Sicherheit wahrnahm und seine behandelnden Ärzte immer wieder zu schließlich erfolgreichen diagnostischen und therapeutischen Bemühungen brachte. Er ist medizinisch ausgezeichnet versorgt, kümmert sich aber auch aktiv um diese Versorgung - das genaue Gegenteil eines passiv rezipierenden Patienten.

Ende 1993 suchte er mich wiederum einmal auf und erzählte mir etwas, das wert ist wiedergegeben zu werden. Seit ca einem halben Jahr mache er sich Sorgen über ein Phänomen, da er darauf schiebe, daß er langsam doch alt werde: Jeden Nachmittag, wenn er sich zum Lesen und Ruhen hingelegt habe, würde ihm ganz langsam die Zeitung in den Schoß sinken und die Augen zufallen und dann würde er nur so daliegen, in einer merkwürdigen Art zwischen Wachen und Schlafen, völlig ruhig und paralysiert, im Hintergrund alles hörend, aber ohne etwas zu denken oder zu füh-

len; es sei kein Dösen oder gar Schlafen, wohl aber ein sehr angenehmer Zustand, aus dem er sich nach ein bis zwei Stunden mit Gewalt wieder herausholen müsse. Ich versicherte ihm, daß dies nichts mit seinem Alter zu tun habe, sondern als genuin autohypnotische Episode anzusehen sei (vgl. Meares, 1984).

6.3 Erfahrungen mit Trancearbeit als Aids-Patient

Anonymus 2 (gestorben im Frühsommer 1993)

Zu Beginn muß ich vielleicht ein paar Dinge vorausschicken: Ich habe vor 15 Jahren das Autogene Training kennengelernt und bin seither fasziniert von den Möglichkeiten, in Trance psychische und körperliche Zustände zu beeinflussen.

Seit 6 Jahren weiß ich, daß ich HIV-infiziert bin. Bald schon habe ich daran gedacht, den Verlauf der Infektion durch Trance-Arbeit zu beeinflussen. Es dauerte aber ziemlich lange, bis ich einen Therapeuten gefunden hatte, der meinen Vorstellungen entsprach. Jetzt, Januar 1992, fahre ich seit knapp einem Jahr alle 2 bis 3 Monate nach München, arbeite dort 2 oder 3 Tage intensiv mit meinem Therapeuten und versuche zu Hause dann das Erarbeitete weiterzuentwickeln. Das gleicht einem langsamen Sichvortasten. Einiges hat sich im Laufe dieses Jahres klar herauskristallisiert, anderes verändert sich immer wieder.

Um mit der Körperhaltung zu beginnen: Da hat sich die für mich angenehmste Stellung klar herausgebildet. Vom Autogenen Training her kannte ich Liegen und Sitzen mit und ohne Armstützen und Rückenlehne; dann kannte ich auch ein paar Yoga-Haltungen. Das eine war mir aber zu passiv - im Liegen schlafe ich manchmal einfach ein - das andere zu anstrengend. Also versuchte ich mich in verschiedenen Haltungen, worauf ich halt gerade Lust hatte, und fand so die für mich klar beste Stellung: den Schneidersitz mit sehr aufrechtem, an einer Wand angelehntem Rücken. Manchmal mache ich aus einer Laune heraus auch den Yoga-Kopfstand. Auch das ist eine Haltung, in der es mir rundum wohl ist. Es tut gut, zwischendurch einmal alles auf den Kopf zu stellen. Allerdings muß ich sagen, daß es mir dabei kaum möglich ist, meine Art von Trance-Arbeit zu machen. Wie auch immer - wesentlich scheint mir, daß man versucht herauszufinden, was für einen am besten ist, und daß man auch danach sucht, bis man findet: Ja, so ist es gut. Und das gilt nicht nur für die Körperhaltung, sondern auch für Raum, Zeit etc. Wenn ich meine Stellung einmal eingenommen habe, gibt es - etwas vereinfacht gesagt - drei Grundformen von Trance, die sich einstellen können.

Zunächst sitze ich einfach nur da und lasse mich fallen, sinken. Ich lasse alles los, was mich beschäftigt. Ich leere mich, und genieße dann zunächst einmal einfach den Ruhezustand, den inneren Frieden, der sich so einstellt. Manchmal bleibt es einfach dabei. Ich sitze so da, eine viertel, eine halbe oder eine ganze Stunde und versuche nichts anderes, als innerlich leer und ruhig zu werden, immer wieder von Neuem. Das ist die passivste Tranceform. Ich brauche sie vor allem dann, wenn ich innerlich erschöpft bin.

Die zweite Form ist etwas aktiver, ich wende sie dann an, wenn mich etwas emotional gefangenhält: Angst vor Krankheit, Sterben oder Tod oder Liebeskummer zum Beispiel.

Wieder sitze ich im Schneidersitz da, mit geschlossenen Augen. Mir gegenüber stelle ich mir einen alten Mann vor, der wahrscheinlich schon seit Jahrhunderten dasitzt. Aus irgendwelchen Gründen ist es ein buddhistischer Mönch in einem kräftig orangenen Gewand; er trug aber auch schon Züge eines alten Indianers (einer Romanfigur von Thornton Wilder) oder meines Therapeuten. Jedenfalls ist es ein "alter Weiser" (im Falle meines Therapeuten ein ziemlich jugendlicher). Vor ihm kann ich meinen ganzen Kummer ausbreiten; Ängste, Verzweiflung, Sehnsüchte. Er sitzt einfach nur da

gelassen, heiter und verständnisvoll. Gelegentlich nickt er und scheint auszudrücken "ich weiß, ich weiß" oder - mit einer unerschütterlichen Zuversicht - "alles wird gut". Wenn ich mich so quasi ausheulen kann, fühle ich mich nachher zumindest erleichtert; oft überträgt sich die Stimmung des Alten auch auf mich: Ich werde ruhiger und ich kann mich und meine Situation mit einer gewissen Heiterkeit aus einer angenehmen Distanz beobachten. Manchmal bleibt es dann dabei. Es ist aber auch gut möglich, im Anschluß an diese zweite Tranceform zur dritten überzugehen, die zumindest für mich die anstrengendste ist. Dabei versuche ich nun direkt, die Heilkräfte in meinem Körper zu fördern. Ich sitze dazu nach wie vor im Schneidersitz da, und es ist gut, wenn ich innerlich möglichst leer bin. So wird meine Aufmerksamkeit durch nichts abgelenkt und ich kann sie ganz dem Geschehen in meinem Körper widmen.

Dabei kommt mir meine Erfahrung im Autogenen Training zugute. Ich kenne das Schwere- und Wärmegefühl, das sich in Trance einstellen kann, und weiß, daß sich Herzschlag und Atmung verändern können. Ich achte nun einfach darauf, ob sich derartige Körperempfindungen einstellen, und wenn das der Fall ist, stelle ich mir vor, daß diese Empfindungen Ausdruck von Heilvorgängen in meinem Körper sind, und versuche mir auch ein möglichst lebendiges Bild von diesen Vorgängen zu machen. Oft ist es beispielsweise so, daß ich ein Schweregefühl im Bereich der Ellbogen habe, eine ziemlich angenehme Empfindung. Da stelle ich mir dann vor, daß da etwas "Gewichtiges" passiert. Das scheint auch sinnvoll, da man im Ellbogenbereich rotes Knochenmark und Lymphknoten hat, wichtige Produktions- und Funktionsorte der T-Lymphozyten, der von den HI-Viren infizierten Zellen. Ein Wärmegefühl oder ein Kribbeln, das sich gelegentlich einstellt, verbinde ich mit der Vorstellung von Energie, Heilkraft, die dort durchströmt, wo ich die Empfindung habe. Wärmegefühl, Schwere und Kribbeln lassen sich recht leicht in irgendeinen Körperteil lenken, dem man Energie oder "Heilkraft" zuführen möchte.

Eine andere häufige Empfindung ist die des Herzschlags. Auch da bietet sich wieder die Vorstellung einer Energie an, die man hier ja förmlich spüren kann. Und auch da läßt sich diese Energie gut in die Körperteile leiten, wo man sie gerne hätte. Beim Herzschlag kommt die allgemein beruhigende Wirkung seines regelmäßigen Rhythmus hinzu und für mich ist damit auch die Vorstellung von Vorwärtsgehen oder Weitergehen und Vertrauen in den eigenen Körper verbunden. Wichtiger aber als die begleitenden Vorstellungen ist mir das möglichst lebhafte Erlebnis dieser Körperempfindungen. Ich habe für mich die Erfahrung gemacht, daß die Intensität der Empfindungen und damit auch die der ganzen Trance abnimmt, je mehr Aufmerksamkeit und Energie ich für die begleitenden Vorstellungen brauche. Für andere mag das natürlich anders sein.

Vielleicht finde ich deshalb auch die beiden folgenden Empfindungen als die schönsten und intensivsten, bei denen ich es aufgegeben habe, mir zusätzlich noch etwas vorzustellen. Leider sind es auch die seltensten der aufgezählten Phänomene:

Das eine ist das Sehen von (meist blauem) Licht oder Farbe. Das andere ist das Gefühl eines Vibrierens im ganzen Körper. Bei beiden Empfindungen denke ich mir allenfalls noch etwas wie "Das ist es", mehr nicht und überlasse mich im übrigen ganz dem Erlebnis dieser Phänomene, die dabei an Intensität noch gewinnen und erstaunlich lange anhalten können. - Leider ist es mir nicht möglich, diese Vorgänge adäquat zu beschreiben. Jeder Versuch gerät mir papieren und tönt ziemlich banal und wird damit den überwältigenden Gefühlen, die ich dabei zum Teil empfinde, nicht gerecht.

Wie schon erwähnt, fällt es mir bei dieser dritten Tranceform relativ schwer, mir etwas bildhaft vorzustellen. Das mag meine persönliche Schwäche sein, vielleicht liegt meine Stärke mehr beim kinästhetischen Empfinden. Ich denke, daß es wahrscheinlich auch nicht so eine große Rolle spielt,

mit welchem "Sinneskanal" man die stärksten Eindrücke hat. Weniger entwickelte Kanäle kann man sicher fördern, so weit das mühelos geht. Wenn es aber anstrengend wird, empfinde ich persönlich es für die Trance störend. Jedenfalls bin ich für die visuellen Vorstellungen am meisten auf Anregungen meines Therapeuten angewiesen. Und manchmal kann ich diese sehr gut in meine Trancen einbauen und manchmal einfach nicht.

Was für die visuellen Vorstellungen zusätzlich erschwerend ist, ist die Tatsache, daß man ja nicht so recht weiß, was die T-Helferzellen nun eigentlich zerstört. Sind es die Viren selber oder irgendwelche Super-Antikörper, oder was? Damit wird es natürlich auch schwierig, sich ein Ziel für seine mobilisierten Abwehrkräfte vorzustellen. Wenn ich darüber völlig verwirrt und ratlos war, habe ich mir manchmal mit einer Sequenz aus einem Film geholfen, die mich einmal sehr beeindruckt hat: In "Witness" wird Harrison Ford als Detektiv auf der Flucht angeschossen. Die Wunde infiziert sich, er fiebert schwer, deliriert und schwebt offensichtlich in Lebensgefahr. In ärztliche Behandlung kann man ihn nicht bringen, weil ihn seine Verfolger dann wieder aufspüren könnten. Und die Amischen, bei denen er untergetaucht ist, leben ganz einfach, lehnen moderne Arzneimittel ab und kennen nur ein paar Heilkräuter. Da bleibt der Frau, die Harrison Ford pflegt, nichts anderes übrig, als bei ihm zu wachen. Und so wacht sie während drei Tagen und drei Nächten mit einer derartigen Präsenz, daß man am Schluß glaubt, Harrison Ford hat nur überlebt, weil diese Frau bei ihm gewacht hat. (Natürlich liebt sie ihn unterdessen und er wird sie lieben - das mag mitgeholfen haben.)

So stelle ich mir denn vor, daß ich neben mir selber sitze und wache mit der gleichen Intensität, Geduld und Ausdauer wie diese Frau. Und wenn Harrison Ford so gesund geworden ist, weshalb dann nicht auch ich?

Wieder gesund werden? Denke ich, daß ich durch diese Trance-Übungen wieder gesund werden kann?

Ich möchte abschließend noch etwas sagen zu dem, was ich mir von dieser Trance-Arbeit erwarte und was es mir meinem Empfinden nach bisher gebracht hat. Gesund im Sinn von virusfrei kann man nach einer HIV-Infektion nicht mehr werden. Das Virus hat sich in das Erbgut der infizierten Zellen integriert und wird bei jeder Zellteilung weitergegeben. Aber es ist möglich, über lange Zeit mit dem Virus gesund zu bleiben. Wieviele schlußendlich erkranken, ist noch nicht klar. Man weiß, daß nach zehn Jahren die Hälfte der Infizierten an AIDS erkrankt ist, 30% - 40% sind weniger schwer erkrankt, die übrigen sind symptomlos. Ob nach 20 oder 30 Jahren alle Infizierten erkrankt sein werden, weiß man nicht, allerdings häufen sich die Stimmen, die das aufgrund von mathematischen Modellen erwarten. Zumindest ist aber klar, daß man lange gesund bleiben kann. Und die eine Hoffnung, die ich habe, ist, daß ich dank dieser Trancen möglichst lange möglichst gesund bleibe.

Zum andern erhoffe ich mir durch die Trancen eine Hilfe bei der Verarbeitung des HIV-positiv-Seins. Diese Auseinandersetzung beginnt ja im Moment, wo man seinen HIV-Status erfährt und betrifft nicht nur Krankheit, Sterben und Tod, sondern alles scheint infiziert zu sein: Beziehungen, Wohnen, Arbeitswelt. Überall können spezifische Probleme auftauchen, die bewältigt werden müssen; und ich begann meine Trance-Arbeit auch mit der Vorstellung, daß sie bei dieser ständigen Auseinandersetzung und Verarbeitung hilfreich sein könnte.

Sind meine Erwartungen erfüllt worden?

Im Januar 1991 hatten sich meine Laborwerte (Anzahl der T4-Lymphozyten) so weit verschlechtert, daß mir empfohlen wurde, AZT einzunehmen. Subjektiv verspürte ich vor allem eine ständige Übelkeit und hatte ständig irgendwelche kleinen Hautprobleme. Nach Beginn der AZT-

Medikation besserten sich beide Symptome etwas. Im März begann ich mit den Trancen, seither mache ich praktisch täglich während etwa einer halben bis zu einer ganzen Stunde meine Übungen.

Seit August ist die Übelkeit deutlich besser, oft ganz weg. Bei einer Kontrolle ebenfalls im August 1991 war erstmals seit einem Jahr ein leichter Anstieg der T4-Werte festzustellen. (Den weiteren Verlauf der Laborwerte kenne ich nicht mehr, weil ich die Werte nicht mehr wissen will.) Etwa seit November habe ich den Eindruck, daß sich die Hautgeschichten bessern. Allerdings habe ich im Dezember dann auch mit einer frischen Behandlung dafür begonnen. Zwei oder drei Mal hatte ich auch das Gefühl, eine Erkältung oder einen Herpes "abgefangen" zu haben.

Insgesamt kann ich sagen, daß ich mich körperlich besser fühle als etwa vor einem Jahr. Nun ist ein stark schwankender Verlauf typisch für eine HIV-Infektion. Und man könnte die Verbesserung auch auf das AZT zurückführen. Ich neige trotzdem dazu, sie zumindest teilweise den Trancen zuzuschreiben. Die zeitliche Korrelation ist doch recht gut, und beim AZT würde man eine Verbesserung vor allem in den ersten Monaten erwarten, dann aber relativ bald wieder eine allmähliche Verschlechterung.

Mehr läßt sich zur körperlichen Seite nicht sagen; ich bin aber zufrieden damit. Auch in Bezug auf die Krankheitsverarbeitung bin ich zufrieden. Ich denke, es ist mir im Laufe der Zeit gelungen, mich mit der Möglichkeit von Krankheit, Sterben und Tod auseinanderzusetzen und diese Möglichkeit, wie man so schön sagt, zu akzeptieren - ohne daß ich dabei das Gefühl habe, ich würde mich damit ergeben. Ich habe weniger Angst und kann dann mit dieser Angst besser umgehen. Und ich habe schon den Eindruck, daß dies erst durch die Trancen möglich wurde. Natürlich habe ich immer noch meine absoluten Krisen. Panikattacken bei irgendwelchen Symptomen; nächtliche Angstzustände; aber auch Probleme, die nicht im Zusammenhang mit dieser Infektion stehen, aber durch meinen HIV-Status speziell akzentuiert werden: Spannungen mit Wohnpartnern, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, unglückliche Liebesgeschichten.

Während mich so etwas vor einem Jahr noch beinahe verzweifeln ließ, habe ich den Eindruck, daß ich jetzt vieles wesentlich besser verkrafte - dank der Trancen. So kann ich abschließend überzeugt sagen: Die Arbeit mit Trancezuständen hilft mir beim Leben mit der HIV-Infektion sehr.

Literatur

Ader, R. (Ed.). (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.

Ader, R., Felten, D. L. & Cohen, N. (Hrsg.). (1991). *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Adler, G. & Beckett, A. (1989). Psychotherapy of the patient with an HIV infection: Some ethical and therapeutic dilemmas. *Psychosomatics*, *30*, 203-208.

Antoni, M. H., Schneiderman, N., Fletcher, M. A., Goldstein, D. A., Ironson, G. & Laperriere, A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and clinical psychology*, *58*, 38-49.

Auerbach, J. E. (1991). *Biofeedback, guided imagery and hypnosis as adjunctive treatment for Aids- and Aids-related complex*. First International Conference on Biopsychosocial Aspects of HIV-Infection. (Abstract No. 44B)

Badalamenti, A. & Langs, R. (1992 Apr). Stochastic analysis of the duration of the speaker role in the psychotherapy of an AIDS patient. Special Section: The science of psychoanalysis and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *46*, 207-225.

Battegay, M., Weber, R., Willi, J., Eich, D. & et-al. (1991). Exploring the doctor-patient relationship reduces staff stress and enhances empathy when caring for AIDS patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *56*, 167-173.

Beckett, A. & Rutan, J. S. (1990). Treating persons with ARC and AIDS in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *40*, 19-29.

Beckham, D. (1988). Group work with people who have AIDS. *Journal of Psychosocial Oncology*, *6*, 213-218.

Bliemeister, J. (1990). Der Einfluß von Psychotherapie auf den Verlauf der HIV-Infektion. In Deutsche Aids-Stiftung "Positiv leben" (Hrsg.), *Aids und Psyche: Zum Einfluß von Psyche und Immunsystem auf den Verlauf der HIV-Infektion* (Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Band 3, S. 263-329). Berlin: Edition Sigma Bohn.
Bradley, L. N. (1991). The place of psychotherapy in the treatment of people who are HIV positive. *British Journal of Psychotherapy, 8*, 26-35.
Brody, C. M. (1989). Jenny: Treatment of a client who is HIV seropositive. *Psychotherapy in Private Practice, 7*, 95-101.
Brown, M. F. (1990). Cultivating openness in the therapeutic relationship. *American Journal of Psychoanalysis, 50*, 109-120.
Carballo Dieguez, A. (1989). Psychotherapy with AIDS patients. *Psychotherapy in Private Practice, 7*, 85-89.
Catania, J. A., Turner, H. A., Choi, K. h. & Coates, T. J. (1992 Sep). Coping with death anxiety: Help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS, 6*, 999-1005.
Centers for Disease Control. (1987). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immune deficiency syndrom. *Mortality and Morbidity Weekly Report, 36 (Suppl.1s)*. (Atlanta, GA: US Dept. of Health and Human Services, Public Health service)
Chodoff, P. (1987). Fear of AIDS. *Psychiatry, 50*, 184-191.
Chuan, H. T., Devins, G. M., Hunsley, J. & Gill, M. M. (1989). Psychosocial distress and well-being among gay and bisexual men with human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Psychiatry, 146*, 876-880.
Coleman, V. E. & Harris, G. N. (1989). A support group for individuals recently testing HIV positive: A psycho-educational group model. *Journal of Sex Research, 26*, 539-548.
Consoli, S. G. (1992 Apr). Aider a mourir, aider a vivre--Document clinique. (Assisting death, assisting life: Clinical document.). *Psychanalyse a l'Universite, 17*, 55-67.
Curran, J. W., Jaffe, H. W., Hardy, A. M., Morgan, W. M., Selik, R. M. & Dondero, T. J. (1988). Epidemiology of HIV infection and AIDS in the United States. *Science, 239*, 610-616.
Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual [II for the revised version]. *Clinical Psychometric Research*.
Dunde, S. R. (1990). Die Bedeutung von Psychotherapie für das psychische und immunologische Befinden HIV-infizierter Menschen. In Deutsche AIDS-Siftung (Hrsg.), *Aids und Psyche* (S. 171-180). Berlin: Edition sigma.
Forstein, M. (1984). The psychosocial impact of the acquired immune deficiency syndrome. *Seminars in Oncology, 11*, 77-82.
Franke, G. (1990). Die psychosoziale Situation und das Befinden von Menschen in verschiedenen Stadien der HIV-Erkrankung. In Deutsche AIDS-Siftung (Hrsg.), *Aids und Psyche* (S. 237-262). Berlin: Edition sigma.
Gabriel, M. A. (1991). Group therapists' countertransference reactions to multiple deaths from AIDS. *Clinical Social Work Journal, 19*, 279-292.
Getzel, G. S. & Mahony, K. F. (1990). Confronting human finitude: Group work with people with AIDS (PWAs). *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy, 1*, 105-120.
Gochros, J. S. (1989). *The use of hypnosis with asymptomatic HIV infected people*. International Conference on AIDS.
Goodkin, K., Blaney, N. T., Feaster, D., Fletcher, M. A. & et-al. (1992 Oct). Active coping style is associated with natural killer cell cytotoxicity in asymptomatic HIV-1 seropositive homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 635-650.
Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, J. & et-al. (1992). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection: A preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 22*, 155-172.
Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. N.Y.: Academic Press.
Heim, E. (1988). Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping?. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 38*, 8-18.
Hoffman, M. A. (1991 Oct). Counseling the HIV-infected client: A psychosocial model for assessment and intervention. *Counseling Psychologist, 19*, 467-542.
Isaacs, G. (1985). Crises psychotherapy with persons experiencing the AIDS related complex. *Crisis Intervention, 14*, 115-121.
Kelly, P. J. (1989). *Evaluation of a meditation and hypnosis-based stress management program for men with HIV*. International Conference on AIDS.
Kermani, E. J. & Weiss, B. A. (1989). AIDS and confidentiality: Legal concept and its application in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 43*, 25-31.

Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1988). Psychological Influences on immunity: Implications for AIDS. *American Psychologist, 43*, 892-898.
Kleinman, I. (1991). HIV transmission: Ethical and legal considerations in psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 121-123.
Kobasa, S. C. (1972). Stressful live events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1-11.
Kübler-Ross, E. (1971). *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag.
Leiberich, P. & Olbrich, E. (1990). Bewältigungsverhalten bei HIV-infizierten Menschen in Beziehung zum Immunstatus. In Deutsche AIDS-Siftung (Hrsg.), *Aids und Psyche* (S. 331-344). Berlin: Edition sigma.
Levine, S. H., Bystritsky, A., Baron, D. & Jones, L. D. (1991). Group psychotherapy for HIV-seropositive patients with major depression. *American Journal of Psychotherapy, 45*, 413-424.
Lomax, G. L. & Sandler, J. (1988). Psychotherapy and consultation with persons with AIDS. *Psychiatric Annals, 18*, 253-259.
Markowitz, J. C., Klerman, G. L. & Perry, S. W. (1992 Sep). Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hospital and Community Psychiatry, 43*, 885-890.
Meares, A. (1984). Eine Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation. *Hypnose und Kognition, EH*, 27-35.
Melbye, M., Biggar, R. J., Ebbesen, P., Neuland, C., Goedert, J. J., Faber, V., Lorenzen, I., Skinhoj, P., Gallo, R. C. & Blattner, W. A. (1986). Long-term seropositivity for HTLV-III in homosexual men without the acquired immunodeficiency syndrome. Development of immunologic and clinical abnormalities: A longitudinal study. *Annals of Internal Medicine, 104*, 496-500.
Morin, S. F. & Batchelor, W. (1984). Responding to the psychological crisis of AIDS. *Public Health Reports, 99*, 4-9.
Munoz, A., Wang, M. C., Good, R., Detels, H., Ginsberg, L., Kingsley, J., Phair, J. & Polk, G. F. (1988). *Estimation of AIDS-free times ater HIV-1 seroconversion*. Paper presented at the Fourth Annual Meeting of the International Conference on AIDS, June, Stockholm.
Muthny, F. A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)*. Weinheim: Beltz Verlag.
Namir, S., Wolcott, D. L., Fawzy, F. I. & Alumbaugh, M. J. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. *Journal of Applied Social Psychology, 17*, 309-328.
Newton, P. & Marx, L. (1991). *The clinical use of hypnotic imagery in HIV positive men*. First International Conference on Biopsychosocial Aspects of HIV-Infection. (Abstract No. 178)
Perlin, M. L. (1992 Spr). Tarasoff and the dilemma of the dangerous patient: New directions for the 1990's. *Law and Psychology Review, 16 29-63*.
Perrez, M. (1992). Counceling and preventive intervention for HIV-positive persons and AIDS-patients. In F. Paccaud, J. P. Vader & F. Gutzwiller (Hrsg.), *Assessing AIDS-prevention* (S. 235-331). Basel: Birkhäuser.
Perrez, M. (1992). HIV und AIDS: Psychologische Fragestellungen und Forschungsansätze [Editorial]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21*, 319-331.
Perrez, M., Hüsler, G., Schmid, H., Ewert, U. & Jacobs, C. (1992). *Psychische Belastungen und Belastungsbewältigung von HIV-Positiven und Aids-Erkrankten*. Psychologisches Institut der Universität, Fribourg. (Abschlußbericht zum Forschungsprojekt)
Peter, B. (1986). Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle: Ein Überblick. *Hypnose und Kognition, 3*, 27-41.
Peter, B. (1990). Hypnose. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 482-500). Berlin: Springer.
Redfield, R. R., Wright, D. C. & Tramont, E. C. (1986). The Walter-Reed staging classification fort HTLV III/LAV infection. *New Enland Journal of Medicine, 314*, 11-132.
Reiser, J., Peter, B., Olbrich, E., Sprinkart, K. P., Leiberich, P. & Müller, M. (1993). Hypnotherapie bei HIV- und Aids-Patienten: Eine Therapiestudie. *Hypnose und Kognition, 10*, 70-85.
Remplein-Keller, S., Bruns, E. & Ermann, M. (1992). Das soziale Netzwerk von Familien HIV-Infizierter. / The social network of families of HIV-infected persons. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 38*, 143-155.
Riehl-Emde, A., Buddeberg, C., Muthny, F. A., Landolt-Ritter, C., Steiner, R. & Richter, D. (1989). Ursachenattribution und Krankheitsbewältigung bei Patientinnen mit Mammakarzinom. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39*, 232-238.
Rothenberg, R., Woelfel, M., Stoneburner, R., Milberg, J., Parker, R. & Truman, B. (1987). Survival with the acquired immunodeficiency syndrome: Experience with 5833 cases in New York City. *New England Journal of Medicine, 317*, 1297-1302.
Santorelli, M. (1989). The psychotherapeutic treatment of persons with AIDS: Mental health practitioners' perspective preliminary findings. *Psychotherapy in Private Practice, 7*, 91-93.

Scappaticcio, J. S. (1989). The impact of AIDS on a wide spectrum of psychotherapy patients: Some implications for psychotherapists [95th Annual Convention of the American Psychological Association, 1987, New York, New York]. *Psychotherapy in Private Practice*, *7*, 77-84.
Schaffner, B. (1990). Psychotherapy with HIV-infected persons. *New Directions for Mental Health Services*, *48*, 5-20.
Schiefer-Hofmann, E. & Jäger H. (1988). Psychoimmunologische Aspekte der HIV-Infektion. In H. Jäger (Hrsg.), *AIDS und HIV-Infektionen* (S. IX, 1.4.1). Landsberg: ecomed.
Solomon, G. F., Kemeny, M. E. & Temoshok, L. (1991). Psychoneuroimmunologic aspects of human immunodeficiency virus infection. In R. Ader, D. L. Felten & N. Cohen (Hrsg.), *Psychoneuroimmunology* (2nd ed., S. 1081-1113). San Diego, CA: Academic Press.
Solomon, G. F., Temoshok, L., O'Leary, A. & Zich, J. (1987). An intensive psychoimmunologic study on long-surviving persons with AIDS: Pilot work, background studies, hypotheses, and methods. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *496*, 647-655.
Solomon, G. F. & Temoshok, L. (1987). A psychoneuroimmunologic perspective on AIDS research: Questions, preliminary findings, and suggestions. *Journal of Applied Social Psychology*, *17*, 286-308.
Spector, I. C. & Conklin, R. (1987). AIDS group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *37*, 433-439.
Spiegel, D. (1991). A psychosocial intervention and survival time of patients with metastatic breast cancer. *Advances, The Journal of Mind-Body Health*, *7*, 10-19.
Spiegel, D. (1993). Bedeutet besser leben auch länger leben? Über den Einfluß von Gruppentherapie auf die Überlebenszeit von Brustkrebspatientinnen. *Hypnose und Kognition*, *10*, 59-69.
Steffens, W. & Kächele, H. (1988). Abwehr und Bewältigung - Vorschläge zu einer integrativen Sichtweise. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *38*, 3-7.
Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.
Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 489-502.
Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G. & et-al. (1992 Sep). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 460-473.
Temoshok, L. (1990). Applying the biopsychosocial model to reseach on HIV/AIDS. In P. Bennett, J. Weinman & P. Spurgeon (Hrsg.), *Current developments in health psychology* (S. 129-158). Chur: Harwood.
Temoshok, L. (1990). Psychoneuroimmunologische Studien über HIV/ AIDS: Eine Darstellung und Erläuterung der Methodik. In Deutsche AIDS-Siftung (Hrsg.), *Aids und Psyche* (S. 345-360). Berlin: Edition sigma.
Temoshok, L. (1991). Malignant melanoma, AIDS, and the complex search for psychosocial mechanisms. *Advances, The Journal of Mind-Body Health*, *7*, 20-28.
Temoshok, L., Mandel, J. S., Moulton, J. M., Solomon, G. F. & Zich, J. M. (1986). *A longitudinal psychosocial study of AIDS and ARC in San Francisco: Preliminary results*. Annual meeting of the American Psychiatric Association.
Temoshok, L., Sweet, D. M., Moulton, J. M. & Zich, J. M. (1987). *A longitudinal study of distress and coping in men with AIDS and AIDS related complex*. Paper presented at the Third International Conference on AIDS, June, Washington, D.C.
Totten, G., Lamb, D. H. & Reeder, G. D. (1990). Tarasoff and confidentiality in AIDS-related psychotherapy. *Professional Psychology Research and Practice*, *21*, 155-160.
Tross, S. & Hirsch, D. A. (1988). Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. *American Psychologist*, *43*, 929-934.
Tunnell, G. (1991). Complications in group psychotherapy with AIDS patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, *41*, 481-498.
Viney, L. L., Allwood, K. & Stillson, L. (1991). Reconstructive group therapy with HIV-affected people. *Counselling Psychology Quarterly*, *4*, 247-258.
Weimer, E., Clement, U. & Nilsson-Schönnesson, L. (1991). Depressive Reaktionen und psychische Verarbeitung bei HIV-positiven homosexuellen Männern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *41* (3/4), 107-114.
Weimer, E., Nilsson-Schönnesson, L. & Clement, U. (1989). HIV-Infektion: Trauma und Traumaverarbeitung. *Psyche*, *43*, 720-735.
Weinel, E. (1989). Überlegungen zu Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen bei der Behandlung von AIDS-Patienten. *Psyche*, *43*, 710-719.

Wolf, T. M., Balson, P. M., Morse, E. V., Simon, P. M. & et-al. (1991 Apr). Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected persons: Implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*, 171-173.
Wolf, T. M., Dralle, P. W., Morse, E. V., Simon, P. M. & et-al. (1991). A biopsychosocial examination of symptomatic and asymptomatic HIV-infected patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *21*, 263-279.

Abstract: Between the time of being infected by the HI-virus and dying from AIDS, patients pass different stages regarding their physical and psychological condition. A simplified distinction reveals three types of patients: Seropositives, AIDS-related complex-(ARC-), and AIDS-patients. They need different psychotherapeutic caring, treatment and accompaniment. The psychic costs and the coping strategies of these patients differ from those of usual psychotherapeutic population; this must be taken into consideration. Hypnosis is useful at all stages. The therapeutic implications are supported by relevant results from the fields of psychoneuroimmunology, AIDS-research and coping-research, and are illustrated by 2 patients' reports (Sedlmayer and Anonymus), and a short case description.

Keywords: HIV, ARC, AIDS, coping, hypnosis, psychotherapy

Burkhard Peter, Dipl.-Psych.
Konradstr. 16
80801 München

Das Schlimmste an AIDS ist,
nichts über AIDS zu wissen

Laufende Informationen über HIV und AIDS durch eine Mitgliedschaft bei

Projekt Information e.V.

(gemeinnütziger Verein)

Buttermelcherstr. 15, 80469 München