

Hypnotherapie bei HIV- und Aids-Patienten

Eine Therapiestudie

Jürgen Reiser, Burkhard Peter, Erhard Olbrich,
Karl-Peter Sprinkart, Peter Leiberich und Michaela Müller^{1,2}

Zusammenfassung: 26 HIV- und Aids-Patienten nahmen an einem hypnotherapeutischen Gruppentherapieprogramm teil, dessen allgemeines Ziel die Verbesserung von Bewältigungsverhalten war. Im einzelnen sollten persönliche Ressourcen besser genutzt, die Stimmung sowie Denk- und Verhaltensmuster verändert und womöglich der Immunzustand verbessert werden. Als abhängige Maße wurden psychologische Tests (BDI, GT und SELT) sowie immunologische Parameter (CD4-Zellen) erhoben. Im Vergleich zu den Teilnehmern der Kontrollgruppe (N = 12), deren CD4-Zellen kontinuierlich über den gemeinsamen Zeitraum absanken, blieben die der Behandlungsgruppe stabil bzw. stiegen leicht an. Auch anhand der psychologischen Maße, bei denen sich signifikante Verbesserungen im Depressionsbereich ergaben, läßt sich sagen, daß Hypnotherapie für HIV- und Aids-Patienten hilfreich ist. Eine differenziertere Auswertung von Persönlichkeitsvariablen läßt auf unterschiedliche Bewältigungsstile schließen.

1. Einführung

Für die HIV- und Aids-Patienten behandelnden Ärzte steht eine grundsätzliche Orientierung an den Immunparametern und an den medizinistischen Daten der Erkrankung im Vordergrund, was für die Betroffenen häufig ein Absolutheitsurteil in Bezug auf ihre Lebenserwartung bedeutet. Diese scheinbare Allgemeingültigkeit von Immunwerten gerät aber seit einiger Zeit, spätestens seit dem 9. Internationalen AIDS-Kongress in Berlin, zunehmend ins Wanken, und der Einfluß psychischer Faktoren auf den Verlauf der Erkrankung wird mehr und mehr ernstgenommen und untersucht (vgl. z.B. Leiberich & Olbrich, 1990; Perrez, 1992; Reiser, 1989). Dies macht allein schon deshalb Sinn, als bereits die sozialen Folgen der Infektion erschreckend sind, bedenkt man die Bedrohung durch immer wieder auftauchende staatlich empfohlene Zwangsmaßnahmen, den Arbeitsplatz- und Partnerverlust sowie die Angst und das Mißtrauen einer Gesellschaft gegenüber, die den Betroffenen oft genug noch "ihre eigene Schuld" vermittelt. Der Infizierte ist mit einer Vielzahl psychosozialer Stressoren konfrontiert wie beispielsweise Einsamkeit, dem Tod eines Bekannten und dadurch mit seinem eigenen bevorstehenden Schicksal - von den

Alltagswidrigkeiten und den früher oder später auftretenden Symptomen gar nicht zu reden, die es im Verlauf der Erkrankung zu bewältigen gilt.

An der Universität Erlangen befaßt man sich seit Jahren mit der Erforschung von Bewältigungsverhalten. In einem früheren Forschungsprojekt wurden unterschiedliche Coping-Strategien bei HIV-, Tumor- und Dialysepatienten ermittelt. Aus den Daten von drogenabhängigen und homosexuellen HIV-Infizierten ließen sich eine Reihe von Kategorien angewandter Bewältigungsmuster identifizieren: (1) Kampfgeist und Optimismus, (2) Aktivität und Ablenkung, (3) Abwehr und Distanzierung, (4) depressive Verarbeitung, (5) Glaube und Sinnsuche, (6) Gefühle äußern können i.S. einer Ich-Stärkung (Engeter et al., 1990). Die depressive Verarbeitung geht mit der Überzeugung einher, wenig Einfluß zu haben; sozialer Rückzug und Vermeidungsverhalten rücken dabei in die Nähe der Kategorie Abwehr und Distanzierung. Die verbleibenden vier Kategorien entsprechen inhaltlich jenen Faktoren, die in neueren Untersuchungen als bedeutsam für "long-time-surviver" gefunden wurden (siehe z.B. Newton & Marx, 1991).

Der nächste Schritt bestand in der Umsetzung dieser theoretischen Befunde in praktisch anwendbare Psychotherapie. Aus der Erfahrung mit HIV-Infizierten war klageworden, daß eine rein kognitive Bewältigung nicht ausreichend ist; andererseits scheint eine rein affektive Verarbeitung durch das Paradoxe an dieser Infektion ebenfalls nicht möglich. Die Entscheidung "kognitiv versus emotional" mußte durch "kognitiv und emotional" ersetzt werden unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen des Einzelnen. Hypnotherapie erschien unter diesen Bedingungen als ein geeignetes psychotherapeutisches Verfahren.

Wie andere Therapieformen muß sich die Klinische Hypnose an den Erfahrungen des Klienten orientieren und ausrichten. Die Wertung jeder Erfahrung hängt vom Kontext ab, in dem sie erlebt wird. Wenn also Sachverhalte gemeinsam auftreten, so werden sie bewußt oder unbewußt miteinander verknüpft. Unser Wissen von Ereignissen und Situationen ist daher nicht kognitiv wertneutral gespeichert, sondern beinhaltet emotionale Komponenten (Tulving, 1972; Reiser, 1991). Unangenehme Erfahrungen sind in der Regel mit einem erhöhten Erregungspotential und meist mit Vermeidungsverhalten verknüpft. Derartige Stressoren und das damit einhergehende starke Erregungsniveau werden durch Trance gedämpft, wodurch eine leichtere Veränderung der Erlebniswirklichkeit möglich wird. Des weiteren können als allgemeine Möglichkeiten und Zielsetzungen der Hypnotherapie genannt werden: Unterbrechung gewohnter Muster, Veränderung physiologischer Prozesse, Anregung szenischer Vorstellungen, Auslösung innerer Suchprozesse, nachträgliche Bearbeitung negativer Erfahrungen, Erschließung von Ressourcen, Transformation von Störungen und Symptomen (Revenstorf, 1990). Neben kinästhetischen Phänomenen spielen Erinnerungs-, Erlebens- und Wahrnehmungsveränderungen von verinnerlichten Episoden eine große Rolle (Peter, 1990); posthypnotische Suggestionen können hier eine Veränderung stabilisieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Anwendungsbereich ist der Einsatz von Hypnose im Bereich der Psychoneuroimmunologie. Seit einiger Zeit wird das Immunsystem nicht mehr als ein autonomes bzw. autoreglatives System betrachtet, sondern als Teil eines komplexen biopsychologischen Regelsystems (Ader, Felten & Cohen, 1991). Hinsichtlich AIDS interessieren vor allem die unspezifischen Abwehrmechanismen der Phagozytose und die humorale Abwehr des Blutes. Zur Phagozytose sind fast alle Leukozytenarten und Thrombozyten fähig. Dabei werden eingedrungene Fremdstoffe aufgenommen und durch

¹ an der Studie wirkten ferner mit: Wilhelm Gerl, Karin Fürsch und Maria Schneider

² erweiterte Fassung eines Vortrages auf der Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy - Arts, Facts, Artifacts, 22.-24. Juli 1992 in Jerusalem

die Bildung von Enzymen abgebaut. Zu den humoralen Abwehrstoffen im Blut (Antikörper) zählen u.a. das Interferon und Lysozym. Daß beispielsweise eine Veränderung der Leukozytenanzahl über Hypnose möglich ist, beschreibt Bongartz (1990). Es nimmt also nicht Wunder, daß zahlreiche Versuche bei der Bekämpfung des HI-Virus sich mit körpereigenen Transmittern wie Interferon, Interleukin oder Methionin Enkephalin (MEK) befassen (Perez, 1992a 1992b; Plotnikoff & Wybran, 1992). Solchen Neurotransmittern wird seit langem eine große Bedeutung auch unter hypnotherapeutischen Gesichtspunkten beigemessen (siehe z.B. Rossi & Cheek, 1988). Ergänzend soll hier auch eine der frühen richtungweisenden Studien zum Zusammenhang von Stress, HIV und Immunsystem genannt werden: Markham und Mitarbeiter (1986) konnten zeigen, daß das Stresshormon Cortisol die Potenz des HI-Virus drastisch erhöht. Daß psychosoziale Interventionen ganz allgemein einen Effekt, beispielsweise auf den Verlauf von Krebserkrankungen haben, konnten Spiegel und Mitarbeiter (Spiegel et al., 1989; siehe auch seinen Beitrag in diesem Heft) eindrucksvoll demonstrieren.

Bis heute gibt es nur einige wenige klinische Studien, die sich mit dem Einfluß von Hypnose bzw. Hypnotherapie auf die Situation von HIV- und AIDS-Patienten beschäftigen. Gochros (1989) berichtet eine Stärkung von Bewältigungsverhalten und Stressreduzierung. In einem achtwöchigen Gruppenprogramm zeigten sich bei Kelly (1989) Stressverminderung und Steigerung der Lebensqualität. In einem ebenfalls acht Wochen dauernden Programm bei Patienten im ARC- bzw. AIDS-Stadium konnte Auerbach (1991) eine deutliche Abnahme physischer Symptome wie Erschöpfung, Fieber, Schmerz und Übelkeit registrieren, gleichzeitig vermehrten sich Aktivität und Zähigkeit. Im Ansatz von Newton und Marx (1991) wurde versucht, Kognition und Erleben zu integrieren. Mit der Ausrichtung auf die "Long-time-surviver Fähigkeiten" wie Kampfgeist, aktives Coping, Neinsagen-können und dem Ausdrücken-können von Gefühlen liegen diese Ergebnisse nahe an denen unseres eigenen Vorläufer-Projektes. Neben dem mit "hardiness" assoziierten Lebensgefühl von Bedeutsamkeit und Produktivität stellten die Autorinnen bei der Nachuntersuchung ein Jahr später eine stabile T4/T8 Ratio fest.

2. Durchführung

2.1 Formaler und zeitlicher Ablauf

1990 begann das Forschungsprojekt *Psychotherapie und Aids* (FPA)³ seine Arbeit. 1991 wurde die Gruppentherapie durchgeführt; sie bestand aus jeweils einem Einführungstag und drei 2½-tägigen Therapieblöcken im Abstand von ca einem Monat.⁴ Die Fragebögen zur psychologischen Verlaufs- und Kontrollmessung (BDI, GT und SELT) wurden jeweils am Einführungstag ausgegeben (Prä-Messung) und eine Woche nach dem jeweiligen Therapieblock (T1, T2, T3) verschickt. Die Post-Messung erfolgte jeweils zwei Monate und die Katamnese ca 1 Jahr nach Therapieende.⁵ Therapiebegleitend wurde den Teilnehmern Video-Material sowie ein Printmedium, bestehend aus Märchen, Metaphern und Geschichten angeboten, welche für den häuslichen Gebrauch bestimmt waren. Vom

3 Leitung: Prof. Dr. E. Olbrich von der Universität Erlangen und Prof. Dr. P. Sprinkart von der FH München; gefördert vom Bundesgesundheitsamt und bezuschult vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung.
4 Gruppe I: 6.05.91 / 5.-7.06.91 / 31.7.-2.08.91. Gruppe II: 16.09.91 / 2.-4.10.91 / 6.-8.11.91 / 11.-13.12.91
5 Gruppe 1: Okt. 91 bzw. April 93, Gruppe 2: Febr. 92 bzw. April 93

Einführungstag bis zur Post-Messung wurden viermal Blut- und durchschnittlich 17 Urinproben von jedem Teilnehmer genommen.

2.2 Teilnehmer

Insgesamt nahmen 26 Patienten teil, welche auf die Therapiegruppen wie folgt aufgeteilt waren: Gruppe I bestand aus 10 homosexuellen und einem heterosexuellen Patienten (insg. N = 11) im Alter zwischen 22 - 43 Jahren; sie wußten um ihre Diagnose zwischen 7 Monate und 7 Jahre; 6 Teilnehmer hatten Abitur. Gruppe II bestand aus 11 homosexuellen Patienten und 4 weiblichen, heterosexuellen Patientinnen (insg. N = 15) im Alter zwischen 24 und 47 Jahren; sie kannten ihre Diagnose seit 6 Monate bzw. bis zu 8 Jahren; 7 Männer und 1 Frau hatten Abitur.

Als Kontrollgruppe konnten N = 12 Patienten gewonnen werden, von denen 7 homosexuell waren; 2 hatten sich über needlesharing infiziert und 2 anderweitig. Von diesen Patienten der Kontrollgruppe konnten nur die Blut- und Urinproben erhoben werden.

2.3 Die psychologischen Meßinstrumente

Wir verwendeten die Kurzfassung des *Beckschen Depressions Inventars* (BDI; Beck & Beck, 1972; in der Übersetzung von Kammer, 1983), bestehend aus 13 Items. Hierbei muß jedoch folgendes beachtet werden: Die letzten fünf Items haben bei HIV-Infizierten einen anderen Aussagewert: Appetitverlust und Müdigkeit können sowohl eine Folge der Medikamente (bei AZT überaus häufig) und/oder der Manifestationen im ARC-Stadium⁶ sein. Eine veränderte Körperwahrnehmung, Entschlußlosigkeit und Arbeitsunfähigkeit können dabei als unabhängige oder abhängige Variable vorausgehen oder folgen. Wenn jene Items, die sich auf "Leistungsprobleme" (Entschlußlosigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Ermüdbarkeit) und "vegetative Beschwerden" (Körperwahrnehmung, Appetitverlust) beziehen, ausgeklammert werden, so zeigt sich - auf den Inhalt der restlichen Items bezogen - ein Bild, das die "negative kognitive Einstellung" des Patienten beschreibt wie Hoffnungslosigkeit, Versagensgefühle, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Selbsthaß, Selbstbestrafung, sozialer Rückzug.

Die 40 Items des *Gießen-Test* (GT; Beckmann, Braehler & Richter, 1983) werden zu sechs Skalen zusammengefaßt: Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz.

Der SELT (*Skalen zur Erfassung der Lebensqualität bei Tumorkranken*) wurde an der Universität Erlangen theoriegeleitet entwickelt und soll zur Erfassung der Lebensqualität bei chronisch Kranken dienen. Die vier Skalen beziehen sich auf kognitiv-emotionale Lebensqualität, soziale Lebensqualität (state/trait), körperliche Lebensqualität (state/trait) und Gesamt-Lebensqualität.

2.4 Zum Ablauf der Gruppentherapie

Für die Durchführung der Gruppentherapie an den jeweiligen 2½ Tagesblöcken standen 3 Therapeuten (2 männliche und 1 weibliche)⁷ und 3 Mitglieder des wissenschaftlichen Be-

6 ARC = AIDS Related Complex, das mittlere Stadium im Krankheitsverlauf
7 Burkhard Peter, Wilhelm Gerl und Karin Fürsich

gleitteams (2 weibliche und 1 männlicher)⁸ zur Verfügung; letztere übernahmen zunehmend auch kotherapeutische Funktionen. Für jeden der 3 Therapieblöcke mit einem vorgegebenen zeitlichen Ablauf wurde ein übergeordneter inhaltlicher Bezugsrahmen gesetzt:

- 1. *Krankheit*: Auseinandersetzung mit den eigenen Erfahrungen im Umfeld der Infektion bzw. der Erkrankung. Um einen anderen Erlebenszugang vorzubereiten, wurden u.a. Selbstbeobachtungs- und Selbstwahrnehmungsübungen vorgeschlagen.
- 2. *Gesundheit, Sinnfindung*: Überprüfung der bisher verwendeten Verhaltensmuster und Begriffe, Möglichkeiten, Vorschläge und Erarbeitung neuer/anderer Wahrnehmungsmuster und Verhaltensmuster.
- 3. *Beziehungen*: Beziehungen werden neu aufgenommen und/oder abgebrochen. Sie beinhalten ein Zueinandergehören, manchmal ein Klammern. Mitenthalten ist aber auch ein Loslassen und Abschiednehmen (letztendlich vom Leben).

2.5 Untersuchungsdesign, Auswertung der Daten und Probleme

Das quasiexperimentelle Design entsprach einer varianzanalytischen bzw. kovarianz-analytischen Vorgehensweise. Die Auswertung der Daten und die Darstellung der Ergebnisse erfolgt schrittweise:

a) Die beiden Behandlungsgruppen können aus folgenden Gründen getrennt betrachtet werden: Interaktion der weiblichen Teilnehmer in Gruppe II, ausgiebige psychotherapeutische Erfahrungen einiger homosexueller Teilnehmer in Gruppe II, extreme Depressionswerte bei einigen Teilnehmern in Gruppe II und höhere Selbstausgrenzung der Teilnehmer in Gruppe I. Ferner gab es große Unterschiede hinsichtlich Jahreszeiten und Örtlichkeiten: Gruppe I fand von Mai bis August, Gruppe II von September bis Dezember statt; die Unterbringung war bei Gruppe I durchwegs schlechter als bei Gruppe II; deshalb und auch jahreszeitlich bedingt fanden viele Gruppensitzungen bei Gruppe I im Freien statt. Bei Gruppe I fehlen am dritten Block 3 Teilnehmer und 1 Therapeut⁹, so daß eine Neugruppierung der Kleingruppen stattfand; diese 3 Teilnehmer holten den Block gesondert nach¹⁰. Aus der subjektiven Sicht der Therapeuten ergibt sich ferner, daß diese ihren Erfahrungsbereich im Zeitraum zwischen Gruppe I und II erweiterten und dazulemten, was für die Teilnehmer selbst nicht wahrnehmbar war. In der Gesamtbetrachtung allerdings ergeben sich daraus für die Gruppe II Vorteile.

Eine erste Auswertung und Darstellung der Ergebnisse bezieht sich also auf den Vergleich der beiden Behandlungsgruppen (wobei die weiblichen Teilnehmer in Gruppe II nicht mitberücksichtigt werden).

b) Ursprünglich sollten die Teilnehmer der Behandlungs- mit denen der Kontrollgruppe hinsichtlich Veränderung in den psychologischen und biochemischen Werten verglichen werden. Da von der Kontrollgruppe nur die biochemischen Werte erhoben werden konnten, beschränkt sich die Darstellung hierauf.

8 Michaela Müller, Maria Schneider und Jürgen Reiser
9 Wilhelm Gerl
10 bei der Therapeutin Karin Fürsich

- c) Nur 6 Teilnehmer aus Gruppe I und 9 aus Gruppe II¹¹ schickten die Katamnese-Fragebögen zurück. Von diesen 9 werden noch jene 3 Teilnehmer abgezogen, welche extreme Depressionswerte zeigten, so daß sich der nächste Schritt der Auswertung und Darstellung also nur auf diese jeweils 6 Teilnehmer bezieht.
- d) Schlußendlich ist ein weitergehender Vergleich zwischen den kurz- und langfristig infizierten Teilnehmern interessant; als zeitliches Kriterium wählten wir hierfür 4 Jahre.

3. Ergebnisse

3.1 Vergleich der beiden Behandlungsgruppen

Beide Gruppen unterscheiden sich im BDI (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1) zunächst hinsichtlich negativer Einstellung durch einen umgekehrten Verlauf. Insgesamt jedoch ist in beiden Gruppen eine Verbesserung der negativen Einstellung zur Post- bzw. Katamnese-Messung hin festzustellen. Signifikante Änderungen (T- und Wilcoxon-Test) finden sich allerdings nur in Gruppe II von T2 auf T3. Im Trend verbessern sich die Leistungsprobleme in Gruppe I kontinuierlich bis hin zur Postmessung, erreichen in der Katamnese jedoch fast wieder den Ausgangswert; in Gruppe II bleiben diese Werte konstant. Die vegetativen Beschwerden gehen in beiden Gruppen bis hin zu T3 leicht zurück, steigen dann aber wieder auf ihre Ausgangswerte an. Anzumerken ist, daß zum Katamnesezeitpunkt die Werte nur eines einzelnen Teilnehmers der Gruppe II hoch im Depressionsbereich liegen; das Gesamtbild der Katamnese-messung für Gruppe II wird dadurch in allen drei Bereichen im Durchschnitt um einen Punkt nach oben verschoben.

Tab. 1: Mittelwerte des BDI für die beiden Behandlungsgruppen

Skalen	Gruppe I						Gruppe II					
	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam
Neg. Einst.	2,64	1,09	1,48	1,64	2,00	0,66	4,64	4,55	5,81*	3,28*	3,55	3,66
Leist.Probl.	1,94	1,64	1,64	1,36	1,33	1,83	2,36	2,55	2,55	2,64	2,72	2,55
Veg.Beschw.	0,73	0,64	0,36	0,45	0,33	1,00	0,91	0,36	0,64	0,64	1,00	1,11
Gesamt	5,28	3,37	3,48	3,45	3,66	3,49	7,81	7,46	9,00	6,56	7,27	7,32
* = sign.	N = 11			N = 6			N = 11			N = 9		

Im Gießen-Test (vgl. Tabelle 2) zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zunächst zwischen den beiden Behandlungsgruppen auf den Skalen der sozialen Potenz (T-Test; $p < .010$) - d.h. d.h. die Teilnehmer der Gruppe I sind "sozial potenter" als die der Gruppe II - und zum Katamnesezeitpunkt im Stimmungsbereich ($p < .010$), wo die Teilnehmer der Gruppe II depressiv, die der Gruppe hingegen überhaupt nicht depressiv sind.

Innerhalb der Gruppen zeichnen sich signifikante Verbesserungen (T-Test; $p < .015$) ab, bei Gruppe I im Stimmungsbereich und bei Gruppe II im Dominanzbereich. Weit gefaßt ($p < .050$) sind bei Gruppe II auch Veränderungen auf der Kontrollskala im Bereich der sozialen Potenz und der Durchlässigkeit erkennbar (vgl. Tabelle 2).

11 plus 2 weibliche Teilnehmer, welche jedoch nicht in die Auswertung eingehen

In Tabelle 3 sind die jeweils zusammengefaßten Scores des SELT dargestellt. Auf dem 10% Niveau (zweiseitig) gibt es einige signifikante Unterschiede (T-Test) zwischen Prä und Post (###), zwischen Prä und T2 (##) sowie zwischen T2 und Post (#).

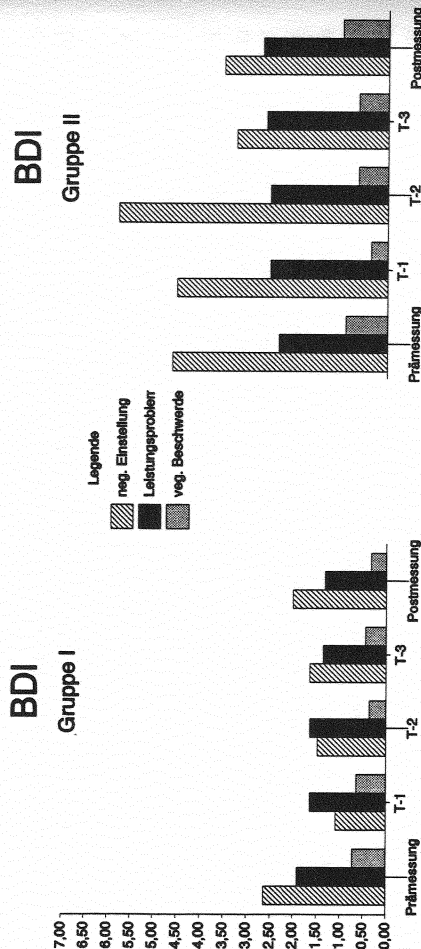


Abb. 1: Mittelwerte des BDI für die Behandlungsgruppen I und II

Tab. 2: Mittelwerte des GT für die Behandlungsgruppen I und II

Skalen	Gruppe I						Gruppe II					
	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam
Resonanz	28,02	30,00#	28,00	28,73	30,60#	25,17#	27,00	27,91	26,64	26,50	28,00	27,11
Dominanz	21,45	21,73	21,60	20,91*	20,80	23,67*	23,45	21,64*	22,82	23,10	22,27	26,44*
Kontrolle	24,36	24,91	23,40	23,36	24,20	22,33	23,91*	26,00	24,55	24,33	25,09	26,22*
Stimmung	25,73#	23,91	24,40*	23,55	23,70	21,33#	24,54	27,91#	26,18*	23,33*	24,82	27,33#
Durchlässigkeit	21,18	21,27	21,40	22,36	21,40	21,33	23,64	23,91	25,18*	24,10	24,27	22,00*
Soz. Potenz	19,00	19,18	18,90	19,09	17,90	18,67	22,73*	24,09	24,45	23,20	24,81	25,00*

* entspr. p < .010; # entspr. p < .015; * entspr. p < .050

N = 11 N = 6 N = 11 N = 9

Tab. 3: Mittelwerte des SELT für die Behandlungsgruppen I und II (nach Olbrich et al., 1993)

Skalen	Gruppe I				Gruppe II			
	Prä	T2	Post	Post	Prä	T2	Post	Post
Stimmung	3,66	3,76	3,42		3,15	3,31	3,20	
Obkoer: objekt. körperl. Befund	3,87	4,12	4,05		3,45	3,50	3,58	
Obsoz: objekt. soziales Umfeld	3,50	3,82	3,93	###	3,25	3,38	3,52	###
Subkoer: subjekt. körperl. Befund	3,55	4,01	3,71	##	2,90	3,50	3,09	##
Grusti: Grundstimmung	3,66	3,84	3,52		2,77	3,22	3,10	###/###
Susoz: subjekt. soziales Umfeld	3,74	3,83	3,85		3,21	3,57	3,36	##
Lebor: Lebensorientierung	3,56	3,75	3,53	#	2,92	3,16	3,11	###

12. verantwortlich Peter Leiberich

In der Gesamtentwicklung zeichnet sich in Bezug auf Lebensqualität im SELT eine Verbesserung zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Therapie ab, wobei einzelne Werte der Post-Messung z.T. unter die Ausgangswerte zurückgehen. Bei beiden Gruppen ändert sich während des Therapieverlaufes das objektive soziale Umfeld. Bei Gruppe II wird zudem eine Steigerung in der Lebensorientierung und eine Steigerung der Grundstimmung festgestellt (vgl. hierzu ausführlicher Olbrich et al., 1993).

3.2 Vergleich der Behandlungsgruppen mit der Kontrollgruppe hinsichtlich biochemischer Parameter (CD4-Zellen)

Es wurden die üblichen Laboranalysen für Blutuntersuchungen vorgenommen; zusätzlich wurde der Neopterinpiegel einbezogen.¹² Gegenüber der Kontrollgruppe zeigen sich höhere Werte im Neopterinpiegel und ein niedrigeres IgA (vgl. Olbrich et al., 1993). Aus Platzgründen werden hier nur die CD4-Helferzellen als immunologische Parameter betrachtet.

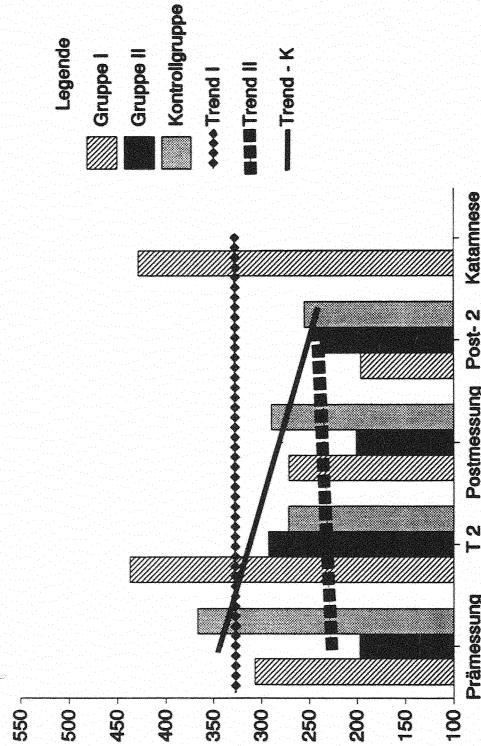


Abb. 2: Vergleich der Behandlungsgruppen I und II mit der Kontrollgruppe hinsichtlich CD4-Zellen (vgl. Olbrich et al., 1993)

Tab. 4: Vergleich der Behandlungsgruppen I und II mit der Kontrollgruppe hinsichtlich CD4-Zellen

	Prä	T2	Post 1	Post 2	Katamnese
Gruppe I (N = 11)	239,91	414,42	349,30	257,33	405,72
Gruppe II (N = 11)	286,97	321,95	227,01	288,52	
Kontrollgr. (N = 12)	367,86	273,07	290,14	255,60	

Die Zahl der CD4-Helferzellen steigt in beiden Gruppen von der Prämessung bis zu T2, dann erfolgt in beiden Gruppen ein Abfall nach T3. Gemessen an dem kontinuierlichen Abfall der Helferzellen bei der Kontrollgruppe, stellen diese Abweichungen einen deutlichen Trend dar. Bei Gruppe II steigen ein halbes Jahr später (Post 1) die Helferzellen wieder an. Die Daten zum Katamnesezeitpunkt liegen nur von Gruppe I vor; der abgebildete Trend ist jedoch (auch in Bezug auf den verzögerten Effekt) eindeutig (vgl. Tabelle 4 und Abbildung 2).

3.3 Vergleich zweier Untergruppen der Behandlungsgruppen I und II

Im Folgenden sollen anschaulicher nur die Werte derjenigen verglichen werden, die den Katamnesebogen bearbeitet haben. Zu bedenken ist hierbei natürlich ein höheres Commitment, das sich bereits im Therapieverlauf abgezeichnet haben sollte. Zusätzlich wurden auch noch jene 3 Patienten aus der Gruppe II weggelassen, welche extreme Depressionswerte gezeigt hatten. Die Signifikanzprüfungen wurden über den T-Test (pairs) vorgenommen. Unterschiede zwischen $p > .010$ und $p < .015$ werden als Tendenzen interpretiert.

Tab. 5: Mittelwerte des BDI von den Teilnehmer aus den Behandlungsgruppen I und II, welche den Katamnesebogen beantwortet haben.

Skalen	Gruppe I (N = 6)						Gruppe II (N = 6)					
	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam
Neg. Einst.	3,66#	0,83	1,00	0,33#	0,83	0,66	2,50	2,00	1,66	1,83	1,43	1,33
Leist.Probl.	2,16	2,00	1,50	1,66	1,66	1,83	1,66	1,66	1,16	1,50	1,50	1,66
Veg. Besch.	0,66	0,66	0,33	0,33	0,33	1,00	0,83	1,00	1,36	1,33	1,00	0,66

Tab. 6: Mittelwerte des GT von den Teilnehmer aus den Behandlungsgruppen I und II, welche den Katamnesebogen beantwortet haben.

Skalen	Gruppe I (N = 6)						Gruppe II (N = 6)					
	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam	Prä	T1	T2	T3	Post	Katam
Resonanz	29,50	32,33	30,83	28,50	32,80	25,17	29,67	29,83*	28,83#	28,50#	29,93	24,50*#
Dominanz	23,50	22,17	21,00	21,17	21,40	23,67	24,17	23,67	24,17	23,67	23,83	23,33
Kontrolle	25,17	25,67	23,67	24,50	25,60	22,33	24,00	25,00	23,67	23,67	23,67	24,66
Stimmung	26,50*	22,50	22,83	21,00*	21,20#	21,33#	22,50#	26,00#	25,17	22,00#	23,67#	23,33#
Durchlässig	19,33	19,83	18,67	20,33	22,40	21,33	23,50	22,00	23,00	22,67	23,17	25,16
Soz. Potenz	19,33	17,50	16,67	18,00	16,40	18,67	22,50	22,50	22,17	21,83#	24,50	25,66#

Tab. 7: CD4-Zellen der Teilnehmer aus den Behandlungsgruppen, welche den Katamnesebogen beantwortet haben.

CD4-Zellen	Gruppe I (N = 6)						Gruppe II (N = 6)					
	Prä	T2	Post1	Post2	Katamn.		Prä	T2	Post1	Post2		
	298,73	447,02	331,12	209,92	432,24		281,50	287,9	258,22	304,30		

Für diese jeweils 6 ausgewählten Teilnehmer aus den Behandlungsgruppen I und II zeigt sich ein deutlich verändertes Bild (vgl. die Tabellen 5 bis 7 und Abbildung 3): Die negative Einstellung im BDI verringert sich fast linear signifikant und liegt bei Gruppe I nach der Therapie (T3) unter 0,5, ist also fast verschwunden. Die Leistungsprobleme liegen nun bei beiden Gruppen I und II auf ähnlichem Niveau - im Unterschied zur Gesamtgruppe II (N = 11), welche auf diesem Maß um ca 50% höher lag - und bleiben über die ganze Zeit fast gleich. Die vegetativen Beschwerden gehen in Gruppe I zunächst zurück und nehmen zum Katamnesezeitpunkt wieder leicht zu.

Im GT sind nun die signifikanten Veränderungen bei Gruppe I und II auf der Stimmungsskala, bei Gruppe II zusätzlich im Resonanzbereich und auf dem Gebiet der sozialen Potenz zu finden. Gruppe I ist offenbar impulsiver (Durchlässigkeit, soziale Potenz) und weniger zurückhaltend als Gruppe II.

Auf den Gesamtverlauf bezogen ändert sich die Verteilung der CD4-Helferzellen bei diesen Untergruppen jedoch nicht. Auf eine Abbildung wird deshalb verzichtet.

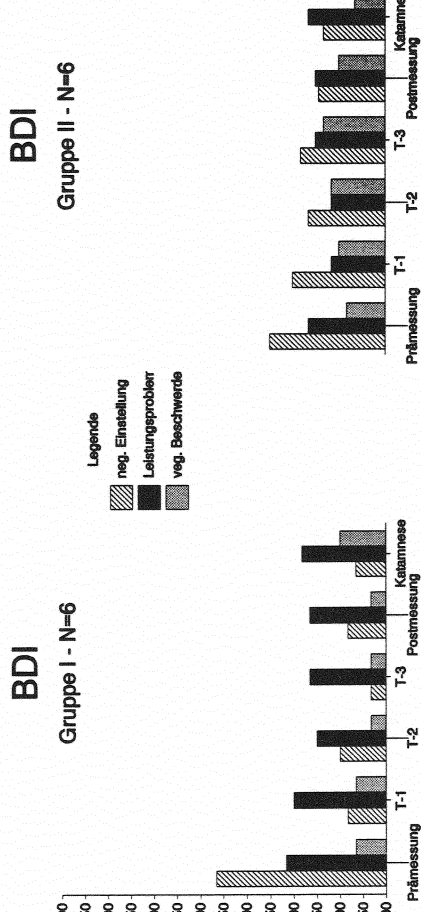


Abb. 3: Mittelwerte des BDI der Teilnehmer aus den Behandlungsgruppen I und II, welche den Katamnesebogen beantwortet haben.

3.4 Bei der Katamnese erhobene Zusatzinformationen

In der Katamnesebefragung wurden die Teilnehmer auch gebeten, auf einer vierstufigen Skala eine Beurteilung positiver Erfahrungen, Erlebnisse und der weiteren Nutzung von Trance/Selbsthypnose zu geben (z.B. "Was hat dir am meisten genützt? Das Zusammenarbeiten in der Kleingruppe: gar nichts - ein wenig - recht viel - fast alles"). Der Rücklauf war für Gruppe I N = 6 (von 11) und für Gruppe II N = 11 (von 15), davon 2 von Patientinnen (von 4 in der Gruppe II, welche hier wiederum nicht berücksichtigt werden).

Die Teilnehmer geben an, daß sich die stärksten Veränderungen im Einstellungsbereich ergaben (2,8), gefolgt von Selbstbild (2,7) und (subjektiv empfundenem) Gesundheitszustand (2,7). Am hilfreichsten wurde die Arbeit der Therapeuten empfunden (3,2), gefolgt von Zusammenarbeit in der Kleingruppe (3,0) und in der Gesamtgruppe (2,9). Die Video-Tapes sind punktgleich (2,9). Erst dann wird "Trancearbeit" genannt (2,6). Regelmäßig nutzen 2 von N = 15 (gesamt) die Trancearbeit, wie sie vermittelt wurde. Grundsätzlich aber nutzen 11 von 15 Teilnehmern Trance in einem weiteren Sinne; 8 Teilnehmer geben an, ihre individuelle Art von Trancenutzung (wie z.B. malen) gefunden zu haben.

3.5 Vergleich zwischen den kurz- und längerfristig Infizierten der Untergruppe

Ein interessanter Aspekt ergibt sich, wenn man die Daten aus dem BDI der Untergruppen-Teilnehmer hinsichtlich der längerfristig (je N = 3) und der kurzfristig Infizierten (je N = 3) miteinander vergleicht (L = längerfristig, K = kurzfristig; längerfristig bedeutet, mindestens vier Jahre infiziert zu sein (vgl. Tabelle 8)).

In beiden Gruppen bleiben die vegetativen Beschwerden über den ganzen Zeitraum auf niedrigem Niveau stabil, wobei interessanterweise die längerfristig Infizierten der Gruppe I überhaupt keine derartige Beschwerden angeben, dafür aber vergleichsweise auch mehr Helferzellen besitzen als die kurzfristig Infizierten dieser Gruppe, deren CD4-Zellen erst zu T2 ansteigen. Bei den längerfristig Infizierten der Gruppe II hingegen ist die Zahl der Helferzellen über den Gesamtverlauf sehr niedrig und steigt erst bei der Post-Messung an.

Tab. 8: Mittelwerte des BDI und CD4-Zellen der kurz- (K) und längerfristig (L) Infizierten aus den Behandlungsgруппen I und II

Gruppe I	Prä		T1		T2		T3		Post		Katamnese	
	K	L	K	L	K	L	K	L	K	L	K	L
neg. Einst. K	3,33		0,66		0,66		0		0,66		0,33	
neg. Einst. L		5,00		1,00		1,33		0,66		1,00		1,00
Leist.Probl. K	2,00		1,66		1,66		1,66		0,33		1,66	
Leist.Probl. L		2,33		2,33		2,00		1,66		2,33		1,33
veg. Probl. K	1,33		1,66		0,66		0,66		0,66		1,66	
veg. Probl. L		0		0		0		0		0		0
CD4-Zellen K	122,3				390,6		239,6		200,6		329,3	
CD4-Zellen L		475		503		503		423		219,3		360

Gruppe II	Prä		T1		T2		T3		Post		Katamnese	
	K	L	K	L	K	L	K	L	K	L	K	L
neg. Einst. K	5,00		4,66		4,33		5,33				2,00	
neg. Einst. L		1,66		1,66		1,66		1,00				3,33
Leist.Probl. K	2,00		1,00		1,33		2,00				2,00	
Leist.Probl. L		1,33		1,66		0,66		1,00				2,66
veg. Probl. K	1,66		1,66		1,66		1,66		1,33		0,66	
veg. Probl. L		1,66		1,33		1,33		1,33				1,33
CD4-Zellen K	401,66				434		357		432			
CD4-Zellen L		160,66		140,4		141		176,4				

Betrachtet man die Werte der negativen Einstellung, so zeigen sich in Gruppe II - ganz im Gegensatz zu Gruppe I - deutlich höhere Werte bei den kurzzeitig Infizierten (mit den relativ zu den längerfristig Infizierten aus Gruppe II höheren CD4-Zahlen).

Der generell unterschiedliche Verlauf in der negativen Einstellung und bei den Helferzellen - je mehr CD4-Zellen, umso negativer die Einstellung und umgekehrt - deutet auf die tatsächlich empfundene Krankheitsbelastung hin (vgl. hierzu auch Peter et al., 1992)

4. Interpretation

Es muß vorausgeschickt werden, daß keine Vorselektion der Teilnehmer stattgefunden hat; diese wurden in der Reihenfolge akzeptiert, in der sie sich gemeldet hatten, und soweit ihr allgemeiner gesundheitlicher Zustand eine Teilnahme überhaupt zuließ. Generell ist also immer davon auszugehen, daß eine Eigenselektion der Teilnehmer stattgefunden hat. Dies gilt insbesondere für die Gruppe I, deren Teilnehmer - einige davon in Selbsthilfeorganisationen sehr aktiv - gewissermaßen eine Vorreiterrolle spielten und z.T. weitere Personen zur Teilnahme an Gruppe II motivierten; diese Besonderheit der Teilnehmer aus Gruppe I zeigt sich beispielsweise auch in der im Vergleich zur Gruppe II signifikant höheren sozialen Potenz im GT (vgl. Tab. 2). Gruppe II wurde allgemein als die schwierigere Gruppe angesehen.

4.1 Veränderungen in den Depressionswerten

In Gruppe II befanden sich 3 Teilnehmer mit extrem hohen Depressionswerten, welche nach Einschätzung der Therapeuten statt einer Gruppenbehandlung eine intensive Einzeltherapie benötigt hätten (und diese z.T. auch durchführten). Vor diesem Hintergrund überrascht es zunächst, daß die BDI-Gesamtscores beider Gruppen (N = 11), gemessen an den von Beck und Beck (1992) vorgegebenen Normwerten, nicht im Depressionsbereich lagen; die im Vergleich zur Gruppe I erhöhten Werte der Gruppe II sind allein auf die erwähnten 3 extrem depressiven Teilnehmer zurückzuführen. Dies zeigt sich auch anhand der Unterschiede zwischen den Gruppen auf der Stimmungsskala des GT (vgl. Tab. 2).

In der Tendenz zeigen die Gesamtscores des BDI eine leichte Verbesserung über den gesamten Verlauf hinweg, bei Gruppe I ausgeprägter als bei Gruppe II; diese Tendenz spiegelt sich auch auf der Stimmungsskala des GT wieder, wo sich in Gruppe I von der Prä- hin zur Katamnese-Messung und in Gruppe II von T1 nach T2 eine Verbesserung abzeichnet (letztere verschlechtert sich allerdings wieder hin zur Katamnese-messung). Auch im SELT zeichnet sich eine Verbesserung der Grundstimmung ab, allerdings bei Gruppe II (vgl. Tab. 3).

Der allgemein umgekehrte Verlauf der beiden Gruppen im BDI (vgl. Tab. 1 und Abb. 1), welcher sich auch tendenziell auf der Stimmungsskala des GT - vgl. die hohen Depressionswerte der Gruppe II bei T1 und T2 - abzeichnet, überrascht ebenfalls, könnte aber einzelfallanalytisch und gruppendynamisch erklärt werden; das signifikante Einzelergebnis in Gruppe II auf der Skala negative Einstellung von T2 nach T3 sollte in diesem Zusammenhang gesehen werden.

Die allgemeine Tendenz zur Verbesserung der Depressionswerte zeigt sich ausgeprägter, wenn man die Werte der Untergruppen (je N = 6; vgl. Tab. 5) betrachtet. Hier zeigt sich

beispielsweise in Gruppe I eine Verbesserung auf der Skala der negativen Einstellung, in Gruppe II eine gleichgelagerte tendenzielle Verbesserung.

4.2 Veränderungen in anderen Persönlichkeitsvariablen

Der schon während der Therapie augenscheinliche Eindruck, daß wir es bei den beiden Behandlungsgruppen mit 2 sich unterscheidenden Stichproben zu tun hatten, bestätigt sich im GT.

Bei den Teilnehmern der Gruppe I ($N = 11$; vgl. Tab. 2) hat es zunächst den Anschein, als ob sie durch die Behandlung sozial weniger resonant und tendenziell weniger dominant werden. Man kann dieses scheinbar beunruhigende Ergebnis in Übereinstimmung mit dem klinischen Eindruck jedoch dahingehend interpretieren, daß diese Teilnehmer der Gruppe I sich im Verlauf der Behandlung von zuvor eher altruistisch ausgerichteten Personen verändert haben zu Patienten, welche ihre eigene Erkrankung und deren Bedeutung zunehmend wichtiger nehmen und möglicherweise versuchen, in ihrer Krankheit einen ganz persönlichen Sinn zu finden. Daß dies als durchaus positive Entwicklung zu bewerten ist, zeigt sich anhand der parallel dazu sich verbessernden Depressionswerte und der über den gesamten Zeitraum gleichbleibenden sozialen Durchlässigkeit. Ein ähnliches Bild bietet sich für diese Gruppe I auch dann, wenn man die GT-Scores der Untergruppe ($N = 6$; vgl. Tab. 6) betrachtet.

Die Teilnehmer der Gruppe II ($N = 11$) zeichnen sich durch eine im Vergleich zur Gruppe I geringere Durchlässigkeit und geringere soziale Potenz aus, welche sich zur Katamnese hin noch verschlechtert, ähnlich wie die soziale Dominanz, diese sogar signifikant. Vergleichbar ist das Bild in der Untergruppe II ($N = 6$) mit der Ausnahme, daß sich die verbleibenden 6 Teilnehmer hier im Bereich der sozialen Resonanz noch verschlechtern, ähnlich wie die der Gruppe I. Aber auch in dieser Untergruppe II verbessern sich im gleichen Zeitraum die Depressionswerte (nachdem die extrem depressiven Teilnehmer nicht mehr in die Berechnung eingingen). Diese Daten bestätigen zunächst den klinischen Eindruck, daß diese Gruppe II (sowohl bei $N = 11$ und $N = 6$) schwieriger war als die Gruppe I.

Auch für die Gruppe II könnte man ähnlich wie bei Gruppe I einen allgemeinen "sozialen Rückzug" konstatieren - etwas ausgeprägter sogar als bei Gruppe I -, der allerdings ebenso wie in Gruppe I mit einer Verbesserung der Depressionscores einhergeht.

4.3 Veränderungen in der Lebensqualität

Bei den Teilnehmern beider Gruppen zeichnet sich im SELT als augenfälligstes Ergebnis eine Verbesserung im objektiven sozialen Umfeld ab. Dies scheint im Widerspruch zum soeben festgestellten "sozialen Rückzug" zu stehen. Eine mögliche Erklärung wäre, daß dieser "soziale Rückzug" kein depressiver ist - wie die Daten auch belegen - und damit keine soziale Verarmung darstellt; vielmehr könnte damit ein verstärktes Hinwenden zu eigenen persönlichen Ressourcen gemeint sein mit dem Ergebnis, daß um soziale Kontakte nicht mehr aktiv gerungen wird sondern sich diese im Verlauf einer verstärkten Selbstfindung ganz selbstverständlich und ohne besondere aktive Bemühungen einstellen. Damit im Einklang stünde dann u.U. auch die bei Gruppe II verbesserte Lebensorientie-

rung und natürlich auch die bei dieser Gruppe verbesserte Grundstimmung bzw. die bei beiden Gruppen zurückgehenden Depressionsscores.

4.4 Veränderungen in der Anzahl der CD4-Zellen

In beiden Gruppen bleiben die CD4-Zellen relativ stabil, ein im Vergleich zu den stetig absinkenden Helferzellen der Kontrollgruppe deutlicher Trend. Ob jedoch die Schwankungen der CD4-Zellen bei beiden Behandlungsgruppen interpretiert werden können, wissen wir hier nicht zu entscheiden. Erfreulich ist, daß die Helferzellen in Gruppe I zur Katamnese hin deutlich ansteigen.

4.5 Vergleich zwischen den kurz- und längerfristig Infizierten

Dieser Vergleich hat bei einer Zellengröße von $N = 3$ natürlich keinerlei statistische Aussagekraft; dennoch erbringt er zwei interessante Hinweise.

Betrachtet man nur die Prä-Messungen, so könnte man zu der zunächst merkwürdig anmutenden Aussage gelangen: Je weniger CD4-Zellen, umso positiver die Einstellung (im BDJ); dies gilt bei Gruppe I für die kurzfristig Infizierten und bei Gruppe II für die längerfristig Infizierten. In der Gruppe I verschwindet dieser Effekt zwar schon bei T1, während er in der Gruppe II bis T3 zu beobachten ist.

Des weiteren merkwürdig ist die Angabe der längerfristig Infizierten zumindest in Gruppe I, daß sie keinerlei vegetative Beschwerden hätten, und dies über den gesamten Zeitraum hinweg, was nach dem klinischen Eindruck auch durchaus glaubhaft ist.

Diese beiden Beobachtungen deuten bei vorsichtiger Interpretation darauf hin, daß die Dauer der Erkrankung und/oder niedrige Helferzellen mit einem veränderten Bewältigungsverhalten einhergeht. Dies wird auch durch den klinischen Eindruck bestätigt: Es scheint so, als ob diese Patienten mit objektiv schlechteren biochemischen Parametern über einen Punkt hinausgewachsen sind, jenseits dessen sie sich affektiv nicht mehr beeinträchtigt fühlen und jenseits dessen sich auch ihr physischer Zustand - abhängig oder unabhängig davon - buchstäblich verbessern kann.

Dieses scheinbare Paradox deutet in Richtung dessen, was man seit kurzem von Extrem-Langzeitüberlebenden vereinzelt erfährt. Möglicherweise würde sich eine auch psychologisch intensivere einzelfalldiagnostische Untersuchung solcher Patienten als lohnend erweisen.

5. Zusammenfassung

Zielsetzung dieser Therapiestudie war die Nutzung von Ressourcen, die Veränderung von Denk- und Verhaltensmustern und nach Möglichkeit eine Verbesserung des Immunzustandes. In Bezug auf den Immunzustand war die Psychotherapie erfolgreich (im Vergleich zur Kontrollgruppe).

Die psychischen Veränderungen sind bei jenen Teilnehmern am deutlichsten, die Neues zulassen können (Soziale Potenz, Einfallsreichtum, Selbstsicherheit, Durchlässigkeit, Aufgeschlossenheit, Dominanz, Impulsivität). Hier sind die hohen Frequenzen auf einzelnen Items der Skalen ausschlaggebend, die in ihrer Gemeinsamkeit wieder auf die

Kriterien von Kampfgeist und Aktivität sowie eine verstärkte Hinwendung zu eigenen Ressourcen verweisen. In beiden Gruppen sind erfreuliche psychische Veränderungen wahrnehmbar. Die Therapie war dort am wirksamsten, wo eine erfolgreiche Kontrollüberzeugung erreicht wurde. Dies bezieht sich auch auf Teilnehmer im Vollbild-Stadium. Ganz offensichtlich konnten etliche Teilnehmer die Trance-Erfahrung für sich umsetzen und verwenden. Bei jenen Teilnehmern, die Trance als ein Bewältigungsverfahren betrachteten, zeigte sich je nach Belastung eine unterschiedliche Effektivität. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Hypnotherapie bei HIV-Infizierten nicht nur den Immunzustand stabilisieren hilft.

Literatur

- Ader, R., & Cohen, N. (1991). The influence of conditioning on immune response. In R. Ader, D. L. Felten, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Ader, R., Felten, D. L., & Cohen, N. (Eds.). (1991). *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- 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)
- Beck, A. T., & Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (1983). *Der Gießen-Test (GT): Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik* (3. überarbeitete Auflage mit Neustandardisierung). Bern: Huber.
- Bongartz, W. (1990). Hypnose und immunologische Funktionen. In D. Revenstorf (Ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 116-136). Berlin: Springer.
- Engster, M., & et al. (1990). *Bewältigung der HIV-Infizierung*. 3. Deutscher Aids-Kongreß. (Abstract No. 503)
- Gochros, J. S. (1989). *The use of hypnosis with asymptomatic HIV infected people*. International Conference on AIDS. (Abstract No. D 558)
- Kelly, P. J. (1989). *Evaluation of a meditation and hypnosis-based stress management program for men with HIV*. International Conference on AIDS. (Abstract No. WDP 17)
- Leiberich, P., & Olbrich, E. (1990). Bewältigungsverhalten bei HIV-infizierten Menschen in Beziehung zum Immunstatus. In Deutsche AIDS-Stiftung (Ed.), *Aids und Psyche* (pp. 331-344). Berlin: Edition sigma.
- Markham, P. L., & et al. (1986). Hydrocortison and some other hormones enhance the expression of HTLV-III. *International Journal of Cancer*, 37, 67-72.
- 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)
- Olbrich, E. (1990). Methodischer Zugang zur Erfassung von Coping: Fragebogen oder Interview?. In F. A. Muthny (Ed.), *Krankheitsverarbeitung* (pp. 53-78). Heidelberg: Springer.
- Olbrich, E., Sprinkart, K. P., Reiser, J., Müller, M., Leiberich, P., & Klahr, M. (1993). Psychotherapie mit HIV-infizierten Menschen: Die Verbesserung der Utilisation persönlicher und sozialer Ressourcen. In C. Lange (Ed.), *Aids: Eine Forschungsbilanz*. Berlin: Edition Sigma.
- Perrez, M. (1992). Counseling and preventive intervention for HIV-positive persons and AIDS-patients. In F. Paccard, J. P. Vader, & F. Gutzwiller (Eds.), *Assessing AIDS-prevention* (pp. 235-331). Basel: Birkhäuser.
- Perrez, M. (1992). HIV und AIDS: Psychologische Fragestellungen und Forschungsansätze [Editorial]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 319-331.
- Peter, B. (1990). Hypnotische Phänomene. In D. Revenstorf (Ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 24-64). Berlin: Springer.
- Peter, B.; Keller, R. & Sedlmayer, H. T. (1992). Hypnosis and Psychotherapy with HIV- and Aids-patients: Clinical impressions. Paper presented at the *Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy - Arts, Facts, Artifacts*, 22.-24. Juli 1992 in Jerusalem
- Plomikoff, N. P., & Wybran, J. (1992). Methionine-enkephalin: Activation of cytotoxic cells in cancer- and Aids-patients. In H. J. Schmoll & et al. (Eds.), *Psychoneuroimmunology*. Lewiston, NY: Hogrefe & Huber.

Reiser, J. (1989). Die Intensivierung von Bewältigungsfertigkeiten: Eine Möglichkeit zur Verbesserung von Lebensqualität bei AIDS-Kranken und HIV-Positiven. In S. R. Dunde (Ed.), *Psychotherapie bei HIV-Infektionen und AIDS* (pp. 21-30). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Reiser, J. (1991). *Kognitive Wiederholungsmuster: Stereotypen und deren sprachliche Umsetzung im Verlauf des therapeutischen Prozesses*. Ulm: Ulmer Textbank.

Revenstorf, D. (1990). Technik der Hypnose. In D. Revenstorf (Ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 137-168). Berlin: Springer.

Rossi, E. L., & Cheek, D. B. (1988). *Mind-body therapy: Ideodynamic healing in hypnosis*. New York: Norton.

Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gotthell, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, ii, 888-891.

Spiegel, D. (1993). Bedeutet besser leben auch länger leben? Über den Einfluß von Gruppentherapie auf die Überlebenszeit von Brustkrebspatientinnen. *Hypnose und Kognition* 10(2).

Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. New York: Oxford University Press.

Keywords: HIV, Aids, Psychotherapy, Hypnotherapy, Hypnosis

Abstract: 26 HIV- and Aids-patients participated in a hypnotherapeutic group program with the general aim to improve coping skills and to better utilize personal resources, thinking and behavior patterns; improvement of the immune status, if possible, was a desirable outcome, too. The dependent variables were psychological tests (BDI, GT and SELT) as well as immunological parameters (CD4-cells). As compared to the control group ($n = 12$) whose CD4-cells decreased continually, the CD4-cells of the treatment group remained constant or increased moderately. There was also a significant relief of depression so that one can conclude that hypnotherapy for HIV- and Aids-patients is useful.

Jürgen Reiser, Dr.rer.biol.hum. Dipl.-Psych.
Wilhelm-Späth-Str. 68
90461 Nürnberg