Genau dies scheint bei meiner Patientin tatsächlich der Fall gewesen zu sein, wie die Katamnese nach drei Jahren gezeigt hat. Anders jedoch schaut es bei den Patienten aus, die zum Therapeuten mit der grundsätzlichen Einstellung kommen: "Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht naß!" Gerade die Wahl hypnotherapeutischer Techniken ist also in hohem Maße von den verschiedensten Variablen abhängig und sollte sehr sorgsam getroffen werden.

Literatur

- Bowers, K. S. (1984). On being unconsciously influenced and informed. In K. S. Bowers & D. Meichenbaum (Hrsg.), *The unconscious reconsidered* (S. 227-272). New York: John Wiley & Sons.
- Nisbett, R. E. & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.

Keywords: hypnosis, migraine headache, symptom substitution

Abstract: The author describes the five-session treatment of a 45 years old married woman with a 10-year history of chronic migraine headaches several times a week. After the failure of several interventions finally a planned symptom substitution was successful. In the discussion the topic of subliminal perception is particularly emphasized.

Anschrift des Autors:
Burkhard Peter, Dipl.-Psych.
Konradstr. 16
8000 München 40

Angstbehandlung mit Hypnose

Drei kurze Fallberichte

Paul Janouch

Zusammenfassung: Der Autor berichtet über drei Psychotherapien, bei denen das therapeutische Vorgehen große Ähnlichkeit aufweist. Es handelt sich jeweils um die Auflösung und Reintegration einer oder mehrerer angstauslösender Situationen.

Fall 1

Frau A, 33 Jahre alt, kommt im Anschluß an einen Krankenhausaufenthalt, bei dem ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden war, zur stationären Psychotherapie in unsere Klinik. 1½ Jahre zuvor war die Patientin wegen derselben Diagnose schon operiert worden. Die Ärzte stellten diesmal keine dringende Indikation zu einer erneuten Operation; vielmehr hoben sie hervor, daß bei der Patientin aktuell erhebliche "depressive Verstimmungen" und ein "ausgeprägter psychovegetativer Erschöpfungszustand" mit häufigen Suizidgedanken vorhanden seien. Als wesentliche Gründe dafür wurden psychosoziale Probleme infolge von Arbeitslosigkeit und auch aufgrund massiven Übergewichts angenommen. Eine stationäre psychotherapeutische Behandlung wurde deshalb für dringend erforderlich gehalten. Im Krankenhaus war die Patientin medikamentös mit Antidepressiva behandelt worden.

In den ersten explorierenden Gesprächen stellte sich folgendes heraus: Frau A war als das älteste von acht Kindern auf dem Lande aufgewachsen. Der Vater war Arbeiter. Wegen ständiger Alkoholprobleme und wohl auch wegen daraus resultierender finanzieller Sorgen gab es zwischen den Eltern heftige Konflikte und Streitereien. Frau A wuchs während ihrer ersten Lebensjahre überwiegend bei den Großeltern mütterlicherseits auf. Nachdem die Mutter sich schließlich, kurze Zeit nach der Geburt des jüngsten Kindes, scheiden lassen, verbrachte Frau A längere Zeit in einem Heim. Schon damals, berichtete sie, sei sie übergewichtig gewesen; außerdem habe sie häufig unter Asthma gelitten; dieses sei allerdings nach einer Kur vor 3 Jahren etwas besser geworden. Trotz schwieriger Bedingungen war es Frau A gelungen, sich beruflich gut zu qualifizieren. Sie hatte nach dem Hauptschulabschluß eine ländliche Hauswirtschaftsschule besucht und war danach als Hauswirtschafterin in verschiedenen Privathaushalten tätig gewesen, zuletzt auf einem großen Gutshof. Frau A sagt, daß ihr diese Arbeit sehr gut gefallen habe, sie sei sehr unglücklich, daß sie nun wegen ihrer Wirbelsäulenbeschwerden das nicht mehr machen dürfe. Aber nach der Bandscheibenoperation sei ihr diese Arbeit wegen der zu großen körperli-

chen Belastungen ausdrücklich verboten worden. Das Arbeitsamt habe mittlerweile eine Umschulung zur Technischen Zeichnerin bewilligt. Aber dazu habe sie eigentlich keine Lust, das liege ihr nicht. Deshalb sei es ihr in den letzten 1 - 1½ Jahren nach der Operation immer schlechter gegangen, sie sei immer depressiver und ängstlicher geworden. Weiter berichtete Frau A, daß sie schon länger unter heftigen klaustrophobischen Reaktionen leide. Auslöser sei ein Autounfall vor ungefähr 9 Jahren gewesen. Seither habe sie Ängste beim Autofahren, in Fahrstühlen und in Kaufhäusern mit vielen Menschen. An den Unfallhergang selbst konnte sich Frau A nicht erinnern. Sie sei damals gallenkrank gewesen, daher vermute sie, daß ihr in Folge einer Gallenkolik übel geworden und daß sie dann ohnmächtig geworden sei. Frau A machte sich wegen vermeintlichen Fehlverhaltens Vorwürfe; sie meinte, wenn ihr wirklich schlecht geworden sei, hätte sie das früher bemerken und besser darauf reagieren müssen. Ihr Erinnerungsvermögen, bezogen auf den Unfall, setzt erst wieder am nachfolgenden Tag im Krankenhaus ein. Sie hatte mit ihrem Auto einen Baum gerammt, sich glücklicherweise aber nur leicht verletzt: ein Arm und ein Fuß waren gebrochen und nach wenigen Wochen konnte sie bereits das Krankenhaus verlassen. Sie berichtet über zwei Versuche, wieder Auto zu fahren, die aber beide mit heftiger Panik und körperlicher Übelkeit endeten. In der Folge praktizierte Frau A ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten vor angstauslösenden Situationen. Frau A nennt als wichtigstes Ziel der Therapie, ihre Ängste abbauen zu wollen; das halte sie für den Grundstein, um wieder selbständig Probleme lösen zu können.

Aufgrund der Lebensgeschichte, aber auch wegen des sehr weitgehenden Vermeidungsverhaltens war die therapeutische Hypothese zunächst die, daß aufgrund vielfältiger emotionaler Entbehrungen und möglicher Traumatisierungen ein Selbstbestrafungsverhalten bestand, das sich in Übergewicht und depressiven Symptomen, aber auch in einer mißerfolgsorientierten Lebenseinstellung äußerte. Die phobische Symptomatik wurde demgegenüber zunächst als sekundär betrachtet. Aus diesem Grund erschienen hypnotische Strategien zunächst nicht angebracht. Vielmehr wurden Frau A sozusagen nebenbei einfache überschaubare Aufgaben zur Angstbewältigung gestellt wie z.B. sich in der Nähe des Fahrstuhls aufzuhalten, bis der Angstpegel spürbar gesunken war, aber mit dem klaren Auftrag, den Fahrstuhl zunächst nicht zu benutzen. Die Tatsache, daß Frau A diese Vorschläge mehrfach mißverstanden und für sich so modifizierte, daß ihre Unternehmungen von Mißerfolg gekrönt waren, konnte zunächst als Beweis mangelnder Bereitschaft bzw. Ernsthaftigkeit verstanden werden; so konnte Frau A z.B. das Angstniveau mit Hilfe verschiedener Strategien zunächst zwar ganz erheblich mindern, veränderte dann aber die Vorschläge in Richtung zu hoher Anforderungen so sehr, daß der Angstpegel wiederum dramatisch anstieg. Dies konnte aber auch als "Beweis" für die Hypothese dienen, daß unbewusstes Selbstbestrafungsverhalten vorlag, das immer wieder zu Mißerfolgen führte. Ein anderer, ebenfalls lebensgeschichtlich begründeter Mechanismus war allerdings dabei etwas aus dem Blick geraten: Die Patientin neigte dazu, sich extrem unter Druck zu setzen, wenn es um die Lösung von Aufgaben ging - ein Muster, das verständlicherweise in vielen Situationen funktional gewesen war, das sich aber zur Angstbewältigung als völlig kontraproduktiv erwies.

Als die Strategie der Aufgabenstellung eindeutig nicht weiterführte, wurde nach 10 Sitzungen eine Neuorientierung der Therapie erforderlich. Der Patientin wurde vorgeschlagen, das Unfallgeschehen selbst, für das sie ja eine weitgehende Amnesie hatte, mit Hypnose zu explorieren. Der Begriff "Hypnose" wurde dabei nicht verwendet, sondern es wurde ihr erklärt, daß ihr "Unbewußtes" schon wissen würde, wenn es beim Unfall wichtige Dinge gegeben habe, die ihre aktuelle Angst mit verursachten. Als "Medium", um eine Kommunikation mit dem "Unbewußten" zu ermöglichen, wurde eine Armlevitation induziert. Frau A erwies sich als gut reagibel und identifizierte reaktiv leicht und mühelos drei relevante Situationen: Als erstes konnte sie sich klar erinnern, daß sie nicht am Steuer ohnmächtig geworden war, wie sie immer angenommen hatte, sondern zeitig genug Anzeichen einer Übelkeit verspürt hatte, die sie durchaus als Vorwarnung für eine Gallenkolik verstand. Sie erinnerte sich weiter, den Blinker gesetzt zu haben, um den Wagen rechts auf den Randstreifen zu steuern; dabei sei ihr von der anderen Seite etwas vor den Wagen gelaufen. Was das war, war nicht erinnerlich; sie meinte, es könnte möglicherweise ein Hund oder eine Katze gewesen sein. Im Reflex habe sie das Steuer verrissen und sei von der Straße abgekommen. Damit konnte sich Frau A zunächst von der Vorstellung verabschieden, einen für sie schwerwiegenden Fehler gemacht zu haben. In der zweiten Situation sieht sie sich hilflos im Auto eingeklemmt und mehrere Leute versuchen vergeblich, sie zu befreien. Erst nach mindestens 20 bis 30 Minuten wird sie von der Feuerwehr befreit. Bis zu diesem Zeitpunkt erlebt sie intensivste Panikgefühle. Die dritte Situation spielt im Krankenhaus; sie liegt im Krankenhausbett, ist zunächst desorientiert und möchte aufstehen, kann dies aber nicht, weil ihr Arm im Streckverband ist. Sie assoziiert emotional das Eingeschlossensein des gerade vorangegangenen Unfalls und versucht, sich zu befreien, weshalb mehrere Pfleger und Ärzte sich auf sie stürzen und sie ans Bett fesseln und ihr schließlich eine Beruhigungsspritze geben. Diese explorierende Arbeit ging über drei Sitzungen.

Bezeichnenderweise hatte die Patientin nach dem erfolgreichen Identifizieren der ersten Situation wieder versucht, Auto zu fahren, "mit der Angst im Nacken", so daß die folgende Sitzung zur Angstreduktion verwendet werden mußte, weil die Patientin von ihrem Fehlversuch noch immer sehr beunruhigt war. In der darauffolgenden Sitzung gelang die Klärung aller angstauslösenden Situationen, was mittels Armlevitation bzw. ideomotorischer Fingersignale sichergestellt wurde. Danach wurde die Patientin aufgefordert, sich alle drei "Bilder" nebeneinander anzusehen. Es wurde ihr erklärt, daß sie damals allen Grund gehabt habe, Angst zu haben, daß diese Angst also völlig berechtigt und sogar notwendig gewesen sei, aber daß sie jetzt überprüfen müsse, ob sie deswegen auch heute noch Angst haben müsse. Nach etwa 10 Minuten intensiver bewußter und unbewußter - wieder mittels ideomotorischer Signale abgefragter - Abklärung, wurde diese Frage eindeutig verneint. Nach der Rückorientierung aus der Trance wurde die Patientin gefragt, ob sie glaube noch Angst zu haben. Sie antwortete etwas zögernd und ungläubig lächelnd, sie glaube nicht. Daraufhin wurde sie aufgefordert, dies umgehend zu überprüfen und den Fahrstuhl zu benutzen. Nach ein paar Minuten kehrte sie freudestrahlend zurück und berichtete, offensichtlich immer noch etwas ungläubig, sie habe tatsächlich völlig ohne Angst mit dem Fahrstuhl fahren können. In den darauffolgenden Tagen konnte sie über immer neue Erfolge berichten, die jetzt "ganz von selbst" gelängen: so war sie als Beifahrerin im

Auto mitgefahren, war in Kaufhäusern und in Restaurants "mit noch leichtem Kribbeln" gewesen. Auch konnte sie berichten, daß der Schlaf des Nachts viel ruhiger und erholsamer sei, offensichtlich habe sie jetzt keine Alpträume mehr.

Im Abschlußgespräch berichtete sie, daß sie glaube, die Angst überwunden zu haben. Sieben Monate nach der Entlassung kam Frau A noch einmal zu Besuch und zur Berichterstattung in die Klinik. Sie erzählte, daß alle Veränderungen stabil seien und daß sie darüber hinaus selbständig noch weitere vorhandene Ängste habe abbauen können. So habe sie zunächst einige Fahrstunden genommen, um wieder selbst Auto fahren zu können. Die erste Stunde sei etwas "komisch" gewesen, aber dann habe sie nur 2 Stunden gebraucht. Jetzt könne sie wieder problemlos und völlig ohne Angst Auto fahren. Auch andere Dinge, die ihr sonst große Probleme bereitet hätten und die sie nach Möglichkeit vermieden habe, seien nun wieder völlig problemlos, wie z.B. in Kaufhäusern einkaufen. Depressive Stimmungen gebe es in den letzten Monaten nicht mehr. Auch sei sie, was sie schon länger geplant habe, aber in ihrer depressiven Phase nicht habe realisieren können, wieder von der Stadt aufs Land gezogen, wo sie sich jetzt sehr viel wohler fühle; und sie sei dabei, sich beruflich neu zu orientieren. Manchmal frage sie sich jetzt allerdings, warum sie mit der Therapie so lange gewartet habe; sie habe das Gefühl, tatsächlich einige Jahre verloren zu haben, aber dafür genieße sie die Zeit jetzt doppelt.

Abschließend bleibt zu erwähnen, daß eine zweite Bandscheibenoperation zwischenzeitlich notwendig wurde, und daß das Übergewicht unverändert ist. Die Patientin äußerte diesbezüglich, daß sie mit ihrem Gewicht zufrieden sei, daß sie nach der Entlassung aus unserer Klinik, wo sie ca. 15 kg abnahm, nicht wieder zugenommen habe.

Fall 2

Herr B, 54 Jahre alt, verheiratet, mehrere Kinder, von Beruf Berufsschullehrer mit vorangegangener Techniker Ausbildung, leidet seit ca. 5 Jahren unter schweren Angstzuständen. Diese treten immer nach Belastungen auf, die dann entstehen, wenn er tatsächliche oder vermeintliche Fehler gemacht hat. Bei solchen Gelegenheiten treten abends, wenn er zur Ruhe kommt, heftige Unruhezustände auf; nachts schreckt er oft schreiend aus Alpträumen auf. Dies führte in der letzten Zeit zu immer gravierenderen psychischen und auch somatischen Belastungen, so daß Herr B glaubte, seinen Beruf kaum noch ausüben zu können. Auslösend dafür ist ein Verkehrsunfall gewesen, den Herr B schuldhaft verursacht hat. Bei einem Wende- manöver auf der Straße war ihm ein Motorradfahrer ins Auto gefahren. Der Motorradfahrer war dabei zu Fall gekommen und hatte sich eine leichte Mundverletzung sowie einen Unterarmbruch zugezogen. Herr B konnte sich an ein dünnes Rinnsal hellroten Blutes erinnern, das dem Motorradfahrer aus dem Mund geflossen war. Sofort glaubte er, der Motorradfahrer müsse einen Lungenriß haben und werde daran sterben. Der Grund für diese Annahme war, daß Herr B einige Monate zuvor erlebt hatte, wie zwei Kinder von einem Lastwagen überfahren worden waren. Bei einem dieser Kinder hatte Herr B das gleiche beobachtet, nämlich ein dünnes Rinnsal hellroten Blutes aus dem Mund, und die Ursache dafür war tatsächlich ein Lungenriß gewesen, an dem das Kind kurze Zeit später starb. Obwohl der Motorrad-

fahrer nur wenige Wochen später gesundheitlich völlig wiederhergestellt war, glaubte Herr B nun - wider besseres Wissen - am Tod eines Menschen schuldig zu sein. Seither kam er emotional von dieser Vorstellung nicht mehr los und die Belastungen entwickelten sich in der geschilderten Weise. Medikamentöse Behandlungen durch mehrere Nervenärzte waren völlig ohne Erfolg geblieben, so daß ein Arzt ihm vorschlug, im Rahmen einer stationären psychosomatischen Behandlung der Angst "zu Leibe zu rücken".

Bereits im ersten Gespräch wurde ein Test der Reaktionsfähigkeit durchgeführt: Herrn B wurde die Aufgabe gestellt, eine Situation, die er zwei Tage zuvor erlebt hatte und auf die er mit den üblichen Angstsymptomen reagiert hatte, zu identifizieren. Zu Anfang des Gesprächs konnte sich Herr B nur erinnern, daß er im Fernsehraum gesessen hatte, daß er plötzlich laut aufgestöhnt und anschließend heftige Panik verspürt hatte. Als "technisches Mittel", um mit unbewußtem Wissen in Kontakt zu treten, wurde eine Armlevitation induziert, was Herrn B zu seinem eigenen Staunen leicht und mühelos gelang. Die Instruktion lautete etwa folgendermaßen: "Wenn Ihr Unbewußtes die Situation, auf die Sie mit Angst reagiert haben, kennt, hebt sich Ihr Arm". Mit dem Heben des Armes konnte dann Herr B zu seiner eigenen Überraschung mühelos die Auslösesituation identifizieren. Daraufhin wurde ihm Hoffnung gemacht, daß er auch die anderen erforderlichen Dinge hinsichtlich seiner Angst wisse und daß er deshalb auch alle notwendigen Ressourcen habe, um das Problem zu lösen. In der folgenden Sitzung wurde mit Hilfe einer mittels Armlevitation induzierten leichten Trance die traumatische Situation selbst exploriert. Dabei stellte sich heraus, daß das eigentliche emotionale Problem nicht der Unfall mit dem Motorradfahrer gewesen war, sondern der zuvor beobachtete Unfall, bei dem ein Kind gestorben war. Diesen Unfall hatte Herr B offenbar in einer Art Trance erlebt; er hatte damals sehr kühl und überlegt gehandelt, Hilfe geleistet und es so irgendwie verpaßt, emotional zu reagieren. Das wurde in der Sitzung gewissermaßen nachgeholt, wodurch sich Herr B sehr entlastet fühlte. Außerdem konnte Herr B in dieser Sitzung klar erkennen, daß er auf der emotionalen Ebene die beiden Ereignisse miteinander vermischt hatte. Er erhielt also den Auftrag, diese beiden Ereignisse nicht nur intellektuell, sondern auch emotional sorgfältig voneinander zu trennen. In der folgenden Sitzung war das Hauptthema, ob Herr B sich den Fehler, der zu dem Unfall mit dem Motorradfahrer geführt hatte, verzeihen könnte. Auf der bewußten Ebene war dies überhaupt kein Problem; so sagte Herr B etwa, daß Fehler unvermeidlich seien, außerdem sei die Schuld bei diesem Unfall etwa 50:50 gewesen. Auf der unbewußten Ebene - in leichter Trance - stellte sich das Problem anders dar: hier zeigte sich nämlich, daß Herr B sich diesen Fehler mitnichten bisher verzeihen konnte, da sein ganzes Lebenskonzept darin bestand, immer gut und perfekt zu sein, keine Fehler zu machen - "sonst hätte ich das beruflich alles gar nicht geschafft". Herr B (bzw. sein "Unbewußtes") erhielt den Auftrag, die Frage von Schuld und Verantwortung eingehend zu prüfen, also z.B. der Frage nachzugehen, ob nicht fünf Jahre täglicher Angst ausreichend Buße für diese Verfehlung seien; falls nicht, so solle er nach anderen Möglichkeiten des Ausgleichs, bzw. der Buße suchen. Ausdrücklich wurden diese Aufträge an das Unbewußte gerichtet und verschiedene Angebote zur Amnesie gemacht. In der nächsten Sitzung wurde Herr B befragt, wie weit er mit seinem Auftrag gekommen sei. Er tat sehr erstaunt und sagte, er wisse

nichts von einem Auftrag. Daraufhin wurde ihm vorgeschlagen, mittels Armlevitation zu überprüfen, ob sein Unbewußtes auch nichts von einem Auftrag wisse. Zu seinem großen Erstaunen wurde die Frage nach einem Auftrag vom Unbewußten eindeutig bejaht; ebenso wurde die Frage bejaht, ob es nicht besser sei, das ganze Problem bis auf weiteres im Unbewußten zu belassen. Bei der nächsten Sitzung berichtete Herr B, daß ihm "natürlich" der Auftrag im vollen Umfang bewußt geworden sei. Gleichzeitig berichtete er über Veränderungen in der Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses. Dies ging zu seiner Verwunderung "ganz von selbst". Als wesentliches Moment nannte Herr B die emotionale Trennung der beiden Unfallereignisse. Er sagte ferner, er habe den Eindruck, daß diese innere Verarbeitung von selbst noch weitergehe und er bloß noch ein wenig Zeit brauche. In den dann noch folgenden, jeweils sehr kurzen ca. 20minütigen Sitzungen, konnte Herr B über immer weitergehende Veränderungen berichten. Er schilderte das so, daß er nach und nach innerlich von dem Ereignis abrücke. Er merke das daran, daß Ereignisse, bei denen er früher "mit dem Kopf vor die Wand" gelaufen wäre, ihn nur noch oberflächlich tangierten. Herr B begann auch Überlegungen anzustellen, ob er nicht einen Job mit noch mehr Verantwortung übernehmen solle, den ihm der Schulleiter angetragen habe. Dies wäre vor kurzem für ihn noch völlig undenkbar gewesen.

Vier Wochen nach Beendigung der Therapie rief Herr B an und teilte mit, daß alle Veränderungen stabil seien; Angstreaktionen seien nicht mehr aufgetreten; er habe die neue Verantwortung übernommen; auch stärkste Belastungen brächten ihn nicht aus dem Gleichgewicht. Seine Familie habe mit großer Erleichterung auf seine Veränderung reagiert. Einen Nachteil müsse er allerdings nennen: Im Moment gehe er keinem Streit aus dem Wege, was ihm beruflich gelegentlich Schwierigkeiten einbringe; aber er habe damit begonnen, das bewußter zu steuern.

Fall 3

Frau C, 39 Jahre alt, verheiratet, von Beruf Friseurin, 1 Tochter von 17 Jahren, kommt mit dem Problem zur stationären Psychotherapie, daß sie seit vielen Jahren unter Angst vor Tieren leidet. Sie führt dazu aus, daß diese Angst vor allen Tieren bestehe, ganz gleich, ob es sich dabei um einen Kanarienvogel, einen Hund oder eine Katze handelt. Diese Angst besteht schon seit ihrer Einschulung und sei seither unverändert; sie habe versucht, allen Konfrontationen mit Tieren auszuweichen. In der letzten Zeit sei ihr das manchmal sehr peinlich gewesen, wenn andere Leute auf ihre Probleme aufmerksam geworden seien. Daher habe sie vor einigen Monaten beschlossen, nach einer Lösung für dieses Problem zu suchen. Sie habe einige Gespräche bei einem Psychotherapeuten gehabt, der die Diagnose Angstneurose gestellt habe und zunächst eine stationäre Behandlung empfohlen habe. Im explorierenden Gespräch stellte sich weiter heraus, daß die Beziehung der Eltern u.a. auch wegen Alkoholmißbrauch des Vaters höchst schwierig und für die Patientin äußerst traumatisierend war. Die Patientin ist die älteste von vier Geschwistern und hat noch einen Halbbruder, der vor der Verheiratung ihrer Eltern geboren wurde. Die Patientin erinnerte sich an ein Schlüsselereignis, als sie 5 Jahre alt war: Die Mutter, die damals hochschwanger war, war nach einer dramatischen Auseinandersetzung mit dem Vater aus dem Haus gelaufen, auf der Straße zusammengebrochen und von einem

von den Nachbarn alarmierten Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht worden. Im Krankenhaus hatte ihre Mutter die jüngste Schwester zur Welt gebracht. Es sei der Mutter danach wohl sehr schlecht gegangen und sie habe einige Monate im Krankenhaus verbringen müssen. Sie und ihr älterer Bruder seien für längere Zeit, mindestens für ein halbes Jahr im Heim gewesen. Seit dieser Zeit beständen ihre Ängste. Fast jede Nacht schrecke sie seither aus schlimmen Alpträumen auf; sie schreie sehr laut und wache voller Angst auf. Frau C war zu Beginn der stationären Behandlung äußerst angespannt und unruhig, gab an, daß sie starkes Heimweh habe und sich kaum vorstellen könne, 4 Wochen in der Klinik zu bleiben.

Zunächst war eine therapeutische Hypothese die, daß es neben den von der Patientin erinnerten Situationen weitere traumatische Erfahrungen geben könnte. Daher wurde mit der Patientin vereinbart, alle verfügbaren Informationen über Ereignisse, die die aktuelle Angstreaktion in relevanter Weise beeinflussen, zu untersuchen. Diese Exploration begann mit dem 2. Gespräch. Die Aktivierung des "Unbewußten" wurde wieder mit einer Armlevitation induziert. Die Instruktion wurde sinngemäß etwa folgendermaßen gegeben, daß sich ihre Hand bzw. ihr Arm heben werde, sobald ihr Unbewußtes bereit sei, für die aktuelle Angstreaktion wesentliche Informationen zu liefern. Zusätzlich wurden noch Suggestionen zur Dissoziation der zu explorierenden Ereignisse gegeben, um die Patientin vor allzu belastenden emotionalen Reaktionen zu schützen. Frau C erwies sich als ausgezeichnet hypnotisierbar und konnte bereits nach sehr kurzer Zeit die Situation erinnern, in der ihre Mutter nach einem heftigen Streit mit dem Vater das Haus verlassen hatte - eben die Situation, die sie schon zuvor berichtet hatte. Im Gegensatz zum vorangegangenen Bericht war diesmal die Erinnerung absolut klar, detailreich und in allen Sinnesmodalitäten repräsentiert. In den folgenden Sitzungen identifizierte die Patientin eine weitere belastende Situation während des Heimaufenthaltes. Die therapeutischen Interventionen nach dem ersten explorierenden Sitzung liefen im wesentlichen darauf hinaus, daß Frau C erstens überprüfen solle, ob sie wegen dieser weit zurückliegenden Ereignisse auch heute noch derart große Angst haben müsse, und zweitens, falls das nicht der Fall sei, nach Mitteln zu suchen, um mehr emotionale Distanz zu diesen Dingen zu schaffen. Beide Aufträge wurden mit ideomotorischen Signalen akzeptiert. Bereits im darauffolgenden Gespräch berichtete Frau C, daß die Angst und die ständigen inneren Bilder jetzt gleichsam "ein kleines Stückchen weiter weg" seien. Ihr Eindruck sei, daß sich so etwas "wie eine Folie" zwischen sie und die angstausslösenden Situationen lege. Dieser Lösungsansatz wurde ausdrücklich bekräftigt und es wurde ihr aufgetragen damit fortzufahren. In weiteren explorierenden Sitzungen stellte sich heraus, daß wesentliche angstausslösende Stimuli aus der Zeit des mehrmonatigen Heimaufenthaltes herrührten. Frau C berichtete, daß sie unter extremen Verlassenheitsgefühlen gelitten habe. Die Tatsache, daß ihr älterer Bruder mit ihr im Heim gewesen sei, sei zwar etwas tröstlich gewesen, habe ihr aber nicht helfen können. Es entstand das Bild, daß sich das kleine Mädchen in seiner Angst und Verlassenheit gewissermaßen in eine Art autistischen Rückzugs begeben hatte, um den extremen emotionalen Streß nicht zu intensiv spüren zu müssen. Frau C berichtete, daß sie in dieser Zeit jeglichen emotionalen Kontakt zu anderen Menschen vermieden habe. In diesem Zusammenhang wurde ihr deutlich, daß die Angst vor Tieren eine symbolische Funktion hatte und immer noch hat: Die Tiere seien Sym-

bole für etwas "Warmes und Lebendiges", zu dem sie keinen Kontakt hätte haben können. Diese Ergebnisse wurden in der 5. bis 7. Sitzung erarbeitet. Ab der 5. Sitzung wurde die therapeutische Instruktion gegeben, daß Frau C versuchen solle, Kontakt zu dem kleinen 5jährigen Mädchen aufzunehmen, um ihm Halt und Stütze zu geben. Ohne daß dies ausdrücklich vorgeschlagen wurde, griff Frau C unmittelbar auch motorisch diesen Vorschlag auf: Sie reagierte mit einer beidseitigen Armlevitation; ganz offensichtlich symbolisierten die Bewegungen beider Hände den Versuch der Kontaktaufnahme. Dies wurde aufgegriffen und verstärkt, wobei deutlich wurde, daß es für Frau C zu diesem Zeitpunkt ausgesprochen schwierig war, diesen Kontakt zu realisieren. Frau C bestätigte anschließend, daß das für sie ausgesprochen "harte Arbeit" gewesen sei. Sie habe das kleine Mädchen nur ganz leicht berühren können. Nach diesen Sitzungen wurde sehr sorgfältig exploriert, ob es weitere nicht integrierte problematische Erfahrungen gäbe. Da sie dies ausdrücklich verneinte, wurde ab diesem Zeitpunkt der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit auf die schrittweise Integration der traumatischen Erfahrungen gelegt. Die Patientin war die ganze Zeit über sehr intensiv und aufmerksam am therapeutischen Prozeß beteiligt, so daß es überhaupt kein Problem mehr für sie war, in der Klinik bleiben zu können. Auch eine Verlängerung der stationären Therapie um nochmals 4 Wochen fand ihre volle Zustimmung. Etwa ab der 7. bis 10. Sitzung wurden erste Veränderungen deutlich: Unruhe und Anspannung ließen merklich nach und auch der Nachtschlaf wurde nach und nach ruhiger. Frau C bemerkte, daß sie am Anfang sehr viel Zerstreuung gebraucht habe, um nicht allein zu sein; jetzt brauche sie sehr viel Zeit und Ruhe für sich, um das in der Therapie Erarbeitete zu verdauen. In den weiteren Sitzungen ging es immer weiter darum, den Kontakt zu vielen Aspekten ihrer Emotionalität zu festigen und auszubauen, visuell symbolisiert im Kontakt zum kleinen 5jährigen Mädchen und kinästhetisch symbolisiert durch den Kontakt beider Hände zueinander. Es wurde sichtbar, daß der Kontakt allmählich leichter gelang und intensiver wurde. Frau C berichtete dazu, daß sie bei den ersten Kontaktversuchen nach den Sitzungen für mehrere Stunden ein intensives Kältegefühl sowie eine starke Anspannung verspürt habe. Diese Anspannung und das Kältegefühl ließen nach, und während der letzten Sitzungen konnte Frau C über allmählich auftretende Wärmegefühle berichten. Auch auf der visuellen Ebene fanden Veränderungen statt: so entwickelte Frau C z.B. in der 10. Sitzung die Vorstellung, daß sie im Heim mitten unter Kindern war, sich nicht allein fühlte und keinen Schutz brauchte. Auch auf der Ebene der sozialen Beziehungen zeigten sich erste Veränderungen: so konnte sie nach einem Wochenendbesuch zu Hause berichten, daß sowohl die Beziehung zu ihrem Mann als auch die zu ihrer Tochter allmählich lockerer und lebendiger würden. Sie habe es sogar aushalten können, daß der Pudel vom Nachbarn sich in ihrer Nähe aufgehalten hätte; da sie aber lediglich mit einem Badeanzug bekleidet gewesen sei, habe sie zu ihrem Schutz eine Zeitung zwischen sich und dem Hund gebraucht. Während der letzten Sitzung der stationären Therapie berichtete Frau C, daß sie Schwierigkeiten mit dem Gefühl habe, sehr viel verpaßt zu haben; andererseits freue sie sich aber auch auf die noch vor ihr liegenden Veränderungen.

Zwei telefonische Kontakte im Abstand von 3 und 4 Wochen nach der Beendigung der stationären Therapie bestätigten die Stabilität der positiven Veränderungen. Allerdings gab es zwischenzeitlich auch Schwierigkeiten, u.a. dadurch, daß der im

Haus der Patientin lebende Schwiegervater verstorben war und sie zunächst mit Angstsymptomen reagiert hatte. Sie berichtete dann, daß sie selbst eine kurze Trancesitzung abgehalten habe, wodurch ihr bewußt geworden sei, daß diese Reaktionen nur vorübergehend seien; und tatsächlich hätten sehr bald die Angstreaktionen nachgelassen. Am Grabe habe sie sogar für längere Zeit die Hand ihrer Tochter halten können, was ihr sonst immer sehr schwer gefallen bzw. für längere Zeit sogar völlig unmöglich gewesen sei. Als weitere Fortschritte stellte sie fest, daß sie längst nicht mehr so viele Tätigkeiten und Beschäftigungen brauche wie zuvor; sie erlaube sich jetzt viel häufiger vergnügliche und entspannende Aktivitäten wie Schwimmen gehen usw.; auch sei sie aufmüpfig gegenüber ihrem Chef gewesen. Als einschränkend empfinde sie momentan lediglich, daß sie gegenüber ihrer Mutter, die sie ein- bis zweimal in der Woche sehe, zunehmend Aggressionen wahrnehme. Da in diesem Fall die Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, sind einige weitere ambulante Nachgespräche vereinbart.

Schlußbemerkung

Zusammenfassend kann man feststellen, daß hypnotische Techniken sich als äußerst effektiv bei der Identifizierung, Klärung und Reintegration traumatischer Erfahrungen erweisen. Auch bei unterschiedlicher therapeutischer Schwerpunktsetzung und wechselndem Fokus läßt sich Hypnose problemlos ins Behandlungskonzept integrieren. Die hier vorgestellten Fälle verdeutlichen, daß sowohl vom Bildungsniveau wie auch von der Persönlichkeitsstruktur sehr unterschiedliche Menschen ohne Schwierigkeiten Hypnose als Behandlungsform akzeptieren können, wenn ihnen dies in geeigneter Weise angeboten wird. Widerstand tauchte als therapeutisches Problem in keinem Fall auf.

Keywords: age regression, hypnosis, ideomotor signaling, phobia

Abstract: Three interventions with very similar procedures are described. Each case deals with the dissolution and reintegration of one or several anxiety provoking situations.

Anschrift des Autors:
Paul Janouch, Dipl.-Psych.
Psychosomatische Klinik Flachsheide I
Forsthausweg 1c
4902 Bad Salzflun