



Leseprobe aus: Kossak, Hypnose, ISBN 978-3-621-27975-8

© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27975-8>

Vorwort zur 5. Auflage

Als 1989 die Erstauflage dieses Buches erschien, begann sich Hypnose zu etablieren. Während sie damals sowohl von Laien als auch von vielen Wissenschaftlern noch mit großer Skepsis betrachtet wurde, hat ihre Bekanntheit inzwischen deutlich zugenommen. Sie ist populärer geworden und wird zunehmend als gute Alternative zu konventionellen Verfahren in der Psychotherapie, Medizin und Zahnmedizin wie z. B. in der Anästhesie und Schmerzbehandlung (beim Zahnarzt, in der Orthopädie) angesehen.

Mit Freude beobachtet der Autor, dass sein Lehrbuch, das anfangs auch vom Beltz-Verlag vorsichtig-skeptisch akzeptiert wurde, innerhalb der 24 Jahre seines Bestehens zum Standardwerk wurde und nun in der 5. Auflage vorliegt. Mittlerweile haben alle Hypnosegesellschaften ihre verbindlichen Curricula entwickelt, die von einer Ausbildung und Lehre stützenden Fachliteratur begleitet wird.

In diesem Zeitraum nahm die Anzahl der internationalen Hypnosefachliteratur kontinuierlich zu, besonders die der Reviews, Meta-Analysen und Effektivitätsstudien, so z. B. die mit Revenstorf (2006) verbundenen Forschergruppen.

Besonders die Hypnoseforschungen im Bereich der Neurobiologie und Neuropsychologie haben sich deutlich vermehrt. Die Entwicklung der neuen Technologie ermöglicht dies und kaum ein modernes Hypnose-Forschungslabor kann heute wohl ohne Magnetresonanztomografie arbeiten. So bekommen in dieser neueren Entwicklung auch DNS-Untersuchungen ihre Bedeutung, um die Auswirkung von Erbfaktoren auf die Hypnotisierbarkeit zu erforschen.

Innerhalb dieser Entwicklungsrichtungen wurde auch die Kombination der modernen Hypnose mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) international bekannter. Ihre sehr hohe Effektivität ist bei zahlreichen Anwendungen belegt, die sogar andere Kombinationsformen deutlich überragt. Es ist ein Ansatz, der damals vorsichtig von mir vorgetragen wurde (Kossak, 1983), inzwischen selbstverständlicher wurde und auch in umfassenden Werken zur Hypnose (Alladin, 2006; Barabasz & Watkins, 2005) als zentrales Thema behandelt wird. Auch im vorliegenden Lehrbuch wird dieser Schwerpunkt der Hypnosekombination mit KVT weiterhin vertreten. Insgesamt ist das Buch jedoch für Leserinnen und Leser aller Theorierichtungen ausgelegt.

Während vor mehr als zwei Jahrzehnten noch sehr heiße Debatten über die »Richtigkeit, Gültigkeit, Modernheit etc.« der Hypnosemethoden geführt wurden, haben sich die Methoden inzwischen etabliert.

Dogmen wurden teilweise widerlegt oder bestätigt, wie z. B. der des besonderen Bewusstseinszustandes der Hypnose (s. Kap. 2 und 7). Auch die frühere Auffassung, nur die »Erickson-Hypnose« sei die wahre und moderne Form, hat ihre Absolutheit eingebüßt, wie die inzwischen zunehmende kognitiv-behaviorale Fachliteratur verdeutlicht.

Trotz dieser zunehmenden Genauigkeit werden in einigen Publikationen Begriffe wie Hypnose/Hypnotherapie/Selbsthypnose/Ericksen-Hypnose, aber auch Kognitive Verhaltenstherapie u. Ä. immer noch plakativ und unscharf benutzt, sodass daraus trotz ihres intensiven Studiums mitunter schwer zu entnehmen und nachzuvollziehen ist, welche konkrete(n) Methode(n), Suggestionen, Interventionen mit oder ohne Entspannung, Selbstinstruktion etc. zur Anwendung kommen.

Ziel des Buches ist es u. a., theoretische Erklärungsmodelle zu liefern, die von experimentellen Befunden begründet werden, aber auch entsprechende Praxisvorschläge für die Hypnoseanwender zu geben. Bei dem zunehmenden Wunsch nach mehr Praxisdarstellungen entschied ich mich dafür, die experimentellen Befunde nur noch in ihren Kernaussagen wiederzugeben; die Angaben von Gruppengrößen und diversen Korrelationskoeffizienten erfolgen nur dann, wenn sie für die Darstellung besonders bedeutsam sind.

Anliegen des Buches ist, wie in den vorhergehenden Auflagen, von der jeweiligen Geschichte und Theorie ausgehend bis hin zur konkreten Praxisanwendung zu informieren. Dadurch werden nicht nur deren Urformen wieder in Erinnerung gerufen. Vielmehr soll daraus auch erkennbar werden, welche Überlegungen und Wege in der Forschung gewählt wurden, um letztendlich zu den gegenwärtigen »gültigen« Ergebnissen zu gelangen.

Entsprechend befasst sich die Kapitefolge im ersten Teil mit den Grundlagen, im zweiten Teil mit den Indikationen und Abgrenzungen der Hypnose und im umfassenden dritten Teil mit den zahlreichen Praxisproblemen und konkreten Vorgehensweisen, den Kombinationsformen der Hypnose, Spezialmethoden und ihren Anwendungen in der Psychotherapie, Medizin, Zahnmedizin, beim Sport, in der Forensik und den damit verbundenen Erinnerungsproblemen. Letztlich geben die relativ ausführlichen Falldarstellungen klare Einblicke in die konkreten Vorgehensweisen bei der Anwendung der Hypnose in der Psychotherapie.

Den naturwissenschaftlichen Anforderung der Forschung folgend werden vorwiegend die Aspekte der Hypnose dargestellt, die nicht allein auf Anekdoten, Annahmen oder »Erfahrungen« beruhen, sondern auch durch theoretische Ableitungen in der Therapieplanung und -durchführung (Follow-up-Daten etc.) oder experimentelle Forschung wie Vergleichstudien begründet und abgesichert sind. Dadurch werden nur wissenschaftlich fundierte Befunde dargestellt, die es auch erlauben, deren Ergebnisse ethisch vertretbar zu vermitteln bzw. an kranken oder bedürftigen Menschen anzuwenden.

Die zahlreichen Fallbeispiele in nahezu allen Kapiteln, besonders aber in Kapitel 27, sollen über die Vielfalt der Anwendungsmöglichkeiten informieren, aber auch über die individuelle Bedarfslage des Patienten und die oft erforderliche Kreativität der Therapeuten, die mit fundiertem Hintergrundwissen verbunden ist. Dadurch soll auch deutlich werden, dass jeder neue Fall individuell zu behandeln ist, auch wenn die Anwendung von Standardverfahren sehr verlockend ist.

Inzwischen werden sehr viele Therapiemethoden mit Hypnose kombiniert und dadurch neue Behandlungsformen geschaffen. Ihre Vielfalt kann nur in kurzen

Darstellungen erfolgen, um dadurch Anregungen und weitere Suchimpulse zu geben. Die vertiefte kritische Würdigung dieser neuen Methoden und Kombinationsformen muss bei dem eng gesteckten Rahmen des Buches weitgehend entfallen.

Manche Methoden haben inzwischen eher historische Bedeutung, wie z. B. die Aversionstherapie. Sie werden jedoch weiterhin kurz erwähnt, da sie einen historischen Weg aufzeigen, auf dem sie hilfreich und bedeutsam waren. Gleichzeitig gaben sie Anregungen und Kritik, um neue Methoden zu entwickeln.

In der Krankheitsklassifizierung folgen wir dem ICD-10 und dem DSM-IV (Saß et al., 2003) weitgehend. Um Überschneidungen oder Wiederholungen zu vermeiden, wurden jedoch kleine Veränderungen in der Zusammenstellung von Symptomgruppen vorgenommen, die nicht immer eng diesen Einordnungen folgen.

In diesen relevanten Diagnosemanualen haben sich in den über 24 Jahren von der Erstauflage bis heute ebenfalls Diagnoseveränderungen ergeben, die durch wissenschaftliche, gesellschaftliche und politische Weiterentwicklungen bedingt sind. So wurden früher z. B. die Homosexualität pathologisiert und die Posttraumatischen Belastungsstörungen blieben aus politischen Gründen unbeachtet. Bei der Darstellung älterer Fälle können sich durch diese Änderungen diagnostische Divergenzen ergeben. Es erfolgten hier jedoch keine rückwirkenden Umdefinitionen, die unzulässig und ungenau wären. Im Vordergrund steht dabei die Darstellung des übergreifenden methodischen Vorgehens.

Die Erscheinungsformen und Symptome, deren Diagnose, Genese, Epidemiologie etc. der verschiedenen Störungen oder Erkrankungen werden bei den Fachkollegen im Bereich der Medizin, Zahnmedizin, Psychologie und Psychotherapie als bekannt vorausgesetzt und bedürfen deshalb hier nicht zusätzlicher Ausführungen. Zum besseren interdisziplinären Verständnis werden deshalb nur einführende und orientierende Darstellungen der Problembereiche gegeben.

Bei aller Bemühung um Vollständigkeit in der Darstellung von Theorien, Methoden und Praxis musste ich mich trotz des relativ großen Umfangs des Buches mitunter mit grundsätzlichen Darstellungen begnügen, da sich verschiedene Bereiche wie zum Beispiel imaginative Verfahren oder bestimmte Behandlungsmethoden sehr weit ausdifferenzierten, so z. B. bei der Hypnosebehandlung von Kindern beim Kinderzahnarzt und hier weitere neue Spezialfachliteratur (Kossak & Zehner, 2011) entsteht, die das Grundlagenwerk ergänzt.

Die Grafik auf dem Inneinbanddeckel des Buches gibt einen Überblick über die Gesamtstruktur des Werkes. Zur weiteren Differenzierung dient dann das Inhaltsverzeichnis.

Jedes Kapitel ist weitgehend in sich abgeschlossen und kann für sich genommen bearbeitet werden.

Texte wie Definitionen, Anleitungen, Suggestionen, Falldarstellungen sind durch unterschiedliche Kästen und Hervorhebungen gekennzeichnet und sollen dadurch die Erarbeitung erleichtern.

Viele Suggestionen bzw. Ruhebilder sind über Jahrzehnte erprobt. Sie haben deshalb eine Lehrfunktion zum Therapeutenverhalten. Sie können auch häufig ohne Modifi-

kationen direkt in der Therapie eingesetzt werden. Deshalb erfolgte eine Auswahl besonders häufig benutzter Instruktionen wie Anleitungen zur Imagination oder zahlreiche Suggestionen für Ruhebilder, die vom Autor gesprochen und als **Online-Material** abrufbar sind. Sie sind mit einem Lautsprecher-Icon gekennzeichnet. Weitere Informationen zur Benutzung der Online-Materialien finden Sie auf Seite 705.

Das **Glossar** dient dazu, den Fachkollegen aus den Bereichen der Medizin, Zahnmedizin, Psychologie und Psychotherapie, aber auch interessierten Laien, die im Text benutzten Fachtermini fachübergreifend kurz zu vermitteln.

Das Verzeichnis der Suggestionen bzw. Imaginationen soll helfen, möglichst schnell geeignete Texte im Gesamtwortlaut zu finden, um ihre Anwendung für eigene Fälle zu prüfen.

Die große politische und gesellschaftliche Bedeutung des Genderthemas ist im Buch an gegebener Stelle berücksichtigt (s. Abschn. 22.21). Der stete und gleichzeitige Gebrauch der weiblichen und männlichen Anspracheformen führt jedoch zur Leseerschweren. Deshalb benutzen wir hier vereinfachend die traditionelle und weiterhin international gebräuchliche männliche Form, jedoch mit dem vollen Bewusstsein, dass damit stets auch die weibliche Form gemeint sein kann. Bei besonderen geschlechtsspezifischen Aussagen werden die zutreffenden Formen gewählt.

Meinen besonderen Dank richte ich an meine Frau Silke Kossak, die wie immer mit Geduld meine umfangreichen Arbeiten am einsamen Schreibtisch respektierte und mich in den einzelnen Produktionsphasen ermutigte.

Der Lektorin des Beltz-Verlages, Frau Dipl.-Psych. Karin Ohms, danke ich intensiv für unsere gute und zügige Zusammenarbeit. Wir waren trotz der räumlichen Entfernung ein produktives Team. Sie hat mit ihrer Genauigkeit und ihren klaren Ideen deutlich zur Neugestaltung des vollständig überarbeiteten Werkes beigetragen.

Bochum, im Frühjahr 2013

Hans-Christian Kossak

27 Falldarstellungen

*Eine fremde Seele,
das ist ein dichter Wald.*

Anton Pawlowitsch Tschechow (1860–1904)

In den vorhergehenden Kapiteln konnten die Kerninhalte der relevanten Störungen und die Therapie mit Hypnose nur sehr komprimiert dargestellt werden.

In diesem Kapitel sind ausgewählte Fälle umfassend dargestellt, um die Vorgehensweise mit Hypnose – hier in Kombination mit der Verhaltenstherapie – zu dokumentieren und die Überlegungen dazu nachvollziehbar zu machen. Insgesamt wäre dazu ein intensiver Fachaustausch mit Therapeuten anderer Schulrichtungen interessant, den Stellenwert der Hypnose im gleichen Fall aus jeweils anderen Perspektiven zu beleuchten.

Wörtliche Formulierungen und Suggestionen in Falldokumentationen sind der Natur der Sache gemäß meist sehr speziell und nur für den gerade zitierten Fall gültig. Sie lassen hier besonders den wichtigen Aspekt des Dialoges (Sarbin, 1997) in der Therapie mit Hypnose erkennen.

Gerade schriftliche Therapeutenäußerungen können sehr unterschiedlich interpretiert werden, da der Tonfall nicht bekannt ist. So kann eine Suggestion wie: »Sie fühlen sich nun entspannt« z. B. als befehlend und damit falsch verstanden werden. Den Grundregeln der Therapeut-Patient-Beziehung (s. Kap. 15), der Induktion (s. Kap. 14) und der Suggestion (s. Kap. 4) folgend, sind Formulierungen in der Grundhaltung unterstützend, aufgabenmotivierend, ermutigend, permissiv und freundlich zu verstehen.

Die Fallauswahl wurde danach getroffen, möglichst unterschiedliche Vorgehensweisen in der Therapie darzustellen. So wurden Fälle mit sehr unterschiedlichen Problemen oder Methoden gewählt.

27.1 Fall 1: Prüfungsängste, Brechdurchfälle und Depressionen

Die 24-jährige Medizinstudentin hat Prüfungsängste, Durchfall, Erbrechen und Depressionen. In einer Altersregression erlebt die Patientin ihr Kindheitstrauma und kann nun aktiv Veränderungen an ihrer Situation vornehmen – kognitive Umstrukturierung in Hypnose.

27.1.1 Problemstellung

Prüfungsängste. Die Patientin hat Angst, nochmals durch die Physikumsprüfung zu fallen. Sie lernt zwölf bis 16 Stunden täglich, jedoch unsystematisch und ist abends

entsetzt, wie wenig sie behalten hat. Lerntechniken sind ihr unbekannt. Durch immer längeres Arbeiten versucht sie, mehr Leistung zu erreichen.

Durchfälle und Erbrechen. Beim Erwachen morgens bemerkt sie ein bis zwei Mal pro Woche Übelkeit, die in Brechdurchfälle übergeht und mehrere Tage anhalten kann.

Depressionen. Verbunden mit den Brechdurchfällen setzt morgens ein Gefühl der Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und des Verlassenseins ein. Sie fühlt sich hilflos, muss viel weinen und bleibt oft im Bett liegen. Auch wenn sie sich z. B. durch Hausarbeiten oder Fernsehen ablenken will, erreicht sie keine Veränderungen. Medizinische Ursachen wurden durch zahlreiche Untersuchungen ausgeschlossen, ebenso die Annahme von z. B. Reizdarm und endogener Depression.

Die gesamte Symptomatik besteht seit Beginn des Studiums. Da sie bereits beim Aufwachen vorliegt, sind Auslöser im Schlaf, also Träume, anzunehmen, an die sich die Patientin jedoch nicht erinnern kann.

27.1.2 Theoretische Überlegungen

Erbrechen kann durch klassische Konditionierungen als Reaktion auf internale oder externale Reize auftreten (Birbaumer, 1986) und durch z. B. Träume ausgelöst werden. Soziale Isolierung und Verlusterlebnisse können Ursachen solcher Konditionierungen sein (Pazulinek & Sajwej, 1983), die mit der Zeit in erlernte Hilflosigkeit (Seligman, 1983) übergehen können, was mit Passivität und Depression verbunden ist, den Verlust der internalen Kontrolle bewirkt (Rotter, 1966) und zu psychosomatischen Reaktionen führen kann. Möglicherweise ist eine Traumatisierung in der Kindheit anzunehmen.

27.1.3 Therapieplanung

Da die psychosomatischen Störungen seit mehreren Jahren bestehen und ausführliche Explorationen keinen direkten Zusammenhang mit den Lern- und Prüfungsproblemen erkennen lassen, werden beide Störungsgruppen unabhängig voneinander behandelt. Bedingt durch den nahen Prüfungstermin wird mit den Lernproblemen begonnen; sind diese behoben bzw. nach der bestandenen Prüfung werden die anderen Probleme behandelt. Die angenommene Kindheitstraumatisierung soll mit Altersregression aufgedeckt werden. Erst dann kann ein differenzierterer Therapieplan erstellt werden.

27.1.4 Therapiedurchführung

Prüfungs- und Lernprobleme

Es wird ein sehr komplexes Lerntraining durchgeführt, in dem die Patientin zahlreiche Lern- und Arbeitsmethoden zur Verbesserung der Arbeitseffektivität erwirbt. Zusätz-

lich wird Selbsthypnose erlernt und zur Angstreduktion eingesetzt, für positive Selbstinstruktionen und Verstärkung ihres stetig verbesserten Arbeitsverhaltens. (Teile dieses umfassenden Programms sind in Abschnitt 22.12 und Kossak [1992b] zu finden.) Nach sechs Sitzungen ist die Patientin angstfrei, lernt angemessen, ist während aller fünf Prüfungstage entspannt und besteht die Prüfungen überdurchschnittlich gut.

Psychosomatik

Der Versuch, durch eine Altersregression Informationen aus der Kindheit zu erhalten, erbringt keine verwertbaren Daten, ebenso die Befragung ihrer Mutter. Zur weiteren Suche und Anregung vorhandener Erinnerungsspuren bitte ich die Patientin, ihr Familienalbum mitzubringen, das wir gemeinsam von der Gegenwart in die Vergangenheit rückwärts durchblättern und dadurch ggf. eine Altersregression bewirken. Als wir zu Bildern aus ihrer Kindheit von ca. zwei bis drei Jahren gelangen, kann die Patientin keine Auskunft geben, reagiert jedoch mimisch mit Unruhe und Anspannung. Sie wird gebeten, genau diesen Zeitraum mit ihrer Mutter durchzusprechen.

Mit dieser konkreten Suchaufgabe erinnert sich nun ihre Mutter, dass ihre Tochter in diesem Altersbereich aufgrund einer ansteckenden Krankheit für mehrere Wochen auf einer Isolierstation behandelt wurde und nur durch ein kleines Sichtfenster in der Tür ihre Mutter sehen konnte. Danach sei sie sehr ruhig und depressiv gewesen und habe Entwicklungsverzögerungen gezeigt.

Mit diesem genauen Suchbild wird eine erneute Altersregression durchgeführt; darin wird konkret das Krankenzimmer beschrieben. Bereits nach wenigen Sätzen erlebt sich die Patientin im Zimmer und blickt zur Tür. Mit apathisch kindlicher Sprache erzählt sie, dass sie auf jemanden wartet. Sie spürt nun einen unangenehmen Bauchdruck und hat Angst. In der nächsten Sitzung krümmt sie sich in dieser Szene mit Magenschmerzen – wie vor dem gegenwärtigen Erbrechen –, danach berichtet sie von einem starken Verlassenheits- und Traurigkeitsgefühl.

Aus diesen Informationen ist die oben erstellte Verursachungshypothese eines Traumas in der Kindheit bestätigt. Angenommen wird vorläufig: Das Auftreten der Symptome mit Beginn ihres Medizinstudiums löste alte Erinnerungsmuster aus: Trennung von den Eltern verbunden mit zahlreichen Wahrnehmungen wie Krankenzimmer, Isolation, weißer Kittel etc. Anzunehmen ist eine Wahrnehmungsabwehr für diese Auslösereize, die erst im unkritischen Zustand des Schlafes wirksam werden und dann identische Reaktionen der Kinderzeit auslösen, die erst beim Erwachen »grundlos« als Depression, Übelkeit und Brechdurchfall auftreten.

Die Therapie soll nun die Möglichkeit geben, die Träume selbst zu kontrollieren, bzw. durch Handlungen aktiv Kontrolle zu übernehmen, was die Patientin in einer Altersregression versuchen soll.

Die Patientin ist im Krankenzimmer, erlebt sich wie bekannt hilflos, wartet auf ihre Mutter und hat Magendrücken. Als ihr die Mutter zuwinkt, wirkt sie erleichterter und das Magendrücken wird weniger. Nun wird ihr eine Lösung angeboten: Die Mutter kann die Tür aufmachen. (Die wörtlichen Zitate sind Kossak [1991] entnommen.)

T: Deine Mutti kann die Tür aufmachen und du kannst zu ihr gehen!

P: Ja, ich gehe zu ihr.

T: Siehst du, du kannst das. Und was macht ihr dann?

P: Ich will auf den Arm.

T: Ja sicher. Du streckst deine Ärmchen aus, und deine Mutti nimmt dich auf den Arm.

P: Ja, das ist schön.

Die Patientin soll nun noch aktiver an der Lösung beteiligt werden, hat jedoch als kleines Kind nur wenige Möglichkeiten, benötigt also Hilfen.

T: So. Das ist so prima, so kuschelig, da du bestimmt bei deiner Mutti bleiben willst.

P: Ja.

T: Gut. Dann sag ihr das doch ins Ohr.

P: Ich will bei dir bleiben.

Die Mutter reagiert entsprechend und geht mit ihrem Kind auf dem Arm aus der Klinik. Damit verbunden werden die Suggestionen, dass das Magendrücken nun aufgehört hat, – und eine posthypnotische Suggestion:

T: Siehst du! Und das wird auch so bleiben, denn *du* hast einen Weg da rausgefunden. *Du* hast deiner Mutti gesagt, dass sie dich mitnehmen soll. Und sie hat es auch getan. Genau das wirst *du* dir merken: *Du* hast eine Lösung gefunden und du kannst weiter diese Lösung beibehalten, denn sie hat ja gewirkt.

In der nächsten Sitzung berichtet die Patientin, dass sie sich sehr wohl fühlt und in der Zwischenzeit keinerlei der bekannten Beschwerden auftraten. Sie bittet jedoch, nochmals die Szene in der Altersregression durchzugehen, denn sie möchte nun ganz eigenständig das Krankenhaus verlassen, was gänzlich dem Gesamtkonzept der Eigenkontrolle entspricht.

Sie befindet sich in der Altersregression wieder im Krankenzimmer und eine Schwester hat vergessen, die Tür zu schließen. Sie kann nun aus dem Bett aufstehen, die Türe öffnen und hinausgehen.

T: Siehst du, das kannst du alles ... und du kannst jetzt da weitergehen.

P: Geht nicht.

T: Ach, bestimmt geht das ... Wo stehst du denn gerade?

P: An der Treppe.

T: Ach so. Die ist so tief. Und du hast Angst, da runter zu gehen?

P: Ja, kann ich nicht.

T: Weißt du was. Da ist doch so ein schön dickes Geländer. Das ist in der richtigen Höhe, damit du dich daran festhalten kannst. Heb mal den Arm hoch und halte dich daran fest.

P: (*Hebt Arm hoch.*) Ja.

T: Siehst du. Jetzt fühlst du dich sicherer.

P: Ja, ist gut.

Sie erhält nun weitere kindgerechte Suggestionen, die Treppe sicher hinunter zu gehen und die Ausgangstür zu öffnen. Sie befindet sich dann vor der Klinik.

T: Du hast das ganz allein gekonnt. Ganz allein. Und du merkst dabei das wunderschöne leichte Gefühl, bist ganz entspannt, locker. Der Magen ist prima und deine Stimmung ist gut, bist richtig froh! ... Wie kommst du denn jetzt heim? Kennst du dich denn da aus?

P: Nein, ist eine andere Gegend.

T: Was meinst du, soll deine Mutti dich mit dem Auto dort abholen?

P: Ja, das soll sie.

Die Mutter kommt nun mit dem Auto, begrüßt sie herzlich.

T: Schön. Dann feiert ihr so richtig Wiedersehen und fährt dann glücklich nach Hause und du kannst auch glücklich bleiben.

Nach dieser Sitzung berichtet die Patientin von einem befreienden Gefühl. Die wenigen folgenden Sitzungen dienen mehr der Sicherheit und beinhalten keine weiteren Interventionen.

27.1.5 Katamnese

Die Patientin ruft anfangs in Abständen von ca. sechs Monaten an und berichtet von ihrer Stabilität, so auch noch sechs Jahre nach Therapieabschluss. Sie benutzt für ihre späteren zahlreichen Prüfungen die erlernten Methoden, besteht sie erfolgreich und ist danach als Ärztin tätig. Die Depressionen und Brechdurchfälle sind seit der Therapie nicht wieder aufgetreten. Falls sie eventuell Traurigkeit bemerkt, dann hat sie stets reale konkrete Gründe, die sie bewältigen kann.

27.2 Fall 2: Angst- und Schmerzproblematik

Der Patient ist zum Vorstellungszeitpunkt 15 Jahre alt und leidet an einer Beinspastik. Seit einer leichten Knieverletzung will er nicht mehr ohne Hilfsmittel gehen und verlässt den Rollstuhl nicht mehr. Die Überweisung erfolgt durch den Orthopäden und den Neurologen. Unter Hypnose erfolgen Desensibilisierung und Selbstsicherheits-suggestionen.

27.2.1 Problemstellung

Sobald der Patient ohne Hilfsmittel bzw. ohne Rollstuhl gehen soll, weigert er sich und bleibt sitzen, obwohl er bis vor einigen Wochen ohne Hilfsmittel auskam.

Der Patient klagt über Schmerzen in beiden Knien, die besonders stark sind, wenn er die Beine bewegt oder belastet. Er hat Angst vor den Schmerzen und vermeidet Beinbewegungen möglichst vollständig.

Durch seine Symptomatik erhält er von seinen Familienmitgliedern sehr viel Hilfe, kann während der Pause im Klassenraum seine Hausaufgaben erledigen und ist froh, keinen Kontakt mit den Klassenkameraden aufnehmen zu müssen.