

**Die Synergie zwischen der Kognitiven Therapie und der Hypnose-Psychotherapie:
Eine effektive Mischform zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse**

**Mag. Alice Stoisser
Juni 2023**

Abstract	1
1. Einleitung	2
2. Theoretische Grundlagen	2
2.1 Theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie & der Kognitiven Therapie	2
2.1.1 Das Kognitive Umstrukturieren	3
2.2. Theoretische Grundlagen der Hypnose-Psychotherapie	4
2.2.1 Metaphern und Bilder in der Hypnose-Psychotherapie	6
3. Synergieeffekte der kombinierten Therapieform	6
3.1. Aktuelle Studien und Forschungsergebnisse	7
3.1.1 Die Behandlung von Depressionen mittels Kognitiver Hypnotherapie	7
3.1.2 Schmerzkontrolle durch Kognitive Hypnotherapie	7
3.1.3 Breitgefächerte Anwendung der Hypnose als Supplement in der Kognitiv-Verhaltenstherapeutischen Psychotherapie	8
4. Fallvorstellung Herr T.	8
4.2 Rahmenbedingungen der Therapie	9
4.3 Anbahnung der Kognitiven Hypnotherapie	9
4.3.1 Inhalt einer exemplarischen Stunde - Kognitives Umstrukturieren durch innere Bilder und Metaphern	10
5. Schlussfolgerung	12
Literaturverzeichnis	13
Autorinnenvorstellung	15

Abstract

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit stellt relevante Synergieeffekte zwischen der Verhaltenstherapie und der Hypnose-Psychotherapie als eine vielversprechende Mischform zur Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung dar. Basierend auf einer gründlichen Literaturrecherche und der Einbeziehung aktueller Studien werden die theoretischen Grundlagen und empirischen Ergebnisse beider Ansätze diskutiert. Die Kombination dieser Fachmethoden bietet ein breites Spektrum an Interventionstechniken und ermöglicht eine effektive und individualisierte Behandlung für eine Vielzahl von psychischen Störungen.

Untermauert werden die wissenschaftlich erkannten Wirkfaktoren durch die Darstellung einer Fallkasuistik, mit speziellem Fokus auf Interventionen, die die Kognitive Therapie und die Hypnotherapie ideal miteinander vereinen.

Schlüsselwörter: Verhaltenstherapie, Hypnose-Psychotherapie, Mischform, Synergieeffekte, psychotherapeutische Behandlung, Wirksamkeit, aktuelle Studien

This scientific work presents relevant synergy effects between behavioral therapy and hypnosis-psychotherapy as a promising mixed form for optimizing psychotherapeutic treatment. Based on thorough literature research and the inclusion of current studies, the theoretical foundations and empirical results of both approaches are discussed. The combination of these specialist methods offers a wide range of intervention techniques and enables effective and individualized treatment for a variety of mental disorders.

The scientifically recognized effective factors are underpinned by the presentation of a case report, with a special focus on interventions that ideally combine cognitive therapy and hypnotherapy.

Key words: behavioral therapy, hypnosis-psychotherapy, mixed form, synergy effects, psychotherapeutic treatment, effectiveness, current studies

1. Einleitung

Die Verhaltenstherapie und die Hypnose-Psychotherapie haben sich als eigenständige Fachmethoden in der psychotherapeutischen Praxis etabliert. Beide Ansätze weisen spezifische Merkmale und Techniken auf, die in der Behandlung psychischer Störungen von großem Nutzen sind. In den letzten Jahren hat sich ein zunehmendes Interesse an der Kombination beider Ansätze gezeigt, um die therapeutischen Möglichkeiten zu erweitern und die Behandlungsergebnisse zu verbessern (Alladin 2008, 17-19).

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie & der Kognitiven Therapie

Die Verhaltenstherapie basiert nach Margraf (2018, 5) auf dem Prinzip, dass Verhalten erlernt ist und somit auch verändert werden kann.

Durch die Anwendung von Techniken wie der Konfrontationstherapie, der kognitiven Umstrukturierung und dem operanten Konditionieren werden dysfunktionale Verhaltensmuster identifiziert und neue adaptive Verhaltensweisen erlernt. Die Verhaltenstherapie legt einen starken Fokus auf die bewusste Wahrnehmung von Verhaltensweisen und deren Modifikation (Lass-Hennemann, Tuschen-Caffier & Michael 2018, 412; Revenstorf 2018, 235 & Michael & Lass-Hennemann & Ehlers 2018, 93).

Die Verhaltenstherapie und die kognitive Therapie sind zwei eng miteinander verbundene Ansätze in der Psychotherapie, die jedoch unterschiedliche Schwerpunkte haben.

Es ist wichtig anzumerken, dass die Verhaltenstherapie und die kognitive Therapie oft kombiniert werden, um einen integrativen Ansatz zu bieten, der sowohl auf das Verhalten als auch auf die Gedanken und Überzeugungen einer Person abzielt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Verhaltenstherapie den Fokus auf das Verhalten legt und darauf abzielt, Veränderungen im Verhalten herbeizuführen, während die kognitive Therapie den Schwerpunkt auf die Identifizierung und Veränderung von Denkmustern und Überzeugungen setzt, um positive Veränderungen in Emotionen und Verhalten zu bewirken. Sie basiert auf der Annahme, dass unsere Denkmuster und Überzeugungen einen direkten Einfluss auf unsere Emotionen und unser Verhalten haben.

Zu den wichtigsten Vertretern der kognitiven Verhaltenstherapie zählen Aaron T. Beck, Albert Ellis und Donald Meichenbaum. Aaron T. Beck entwickelte die kognitive Therapie und legte den Schwerpunkt auf die Identifizierung und Veränderung negativer Denkmuster, die zur Entstehung von Depressionen führen. Albert Ellis entwickelte die rational-emotive Verhaltenstherapie, die den Schwerpunkt auf irrationalen und dysfunktionalen Überzeugungen legt und diese durch rationalere Denkmuster ersetzen möchte. Donald Meichenbaum betonte die Bedeutung von Selbstinstruktion und der Entwicklung positiver Bewältigungsstrategien in der kognitiven Verhaltenstherapie.

Der aktuelle Stand der Wissenschaft zeigt, dass die kognitive Verhaltenstherapie bei einer Vielzahl psychischer Störungen wirksam ist, darunter Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen und posttraumatische Belastungsstörungen (Margraf 2018, 16 & 18; de Jong-Meyer 2009, 612-614).

Darüber hinaus hat sich die kognitive Verhaltenstherapie weiterentwickelt und verschiedene Ansätze und Techniken integriert, wie zum Beispiel die Achtsamkeitsbasierte KVT und die Dialektisch-Behaviorale Therapie. Diese Ansätze erweitern das Behandlungsspektrum und bieten zusätzliche Werkzeuge für die Arbeit mit spezifischen Problemen und Patientengruppen (Heidenreich & Michalak 2009, 569-570 & 572).

Zahlreiche kontrollierte Studien und Meta-Analysen haben die Wirksamkeit der KVT im Vergleich zu anderen Therapieansätzen und auch zur Pharmakotherapie nachgewiesen. Die kognitive Verhaltenstherapie ist ein anerkannter und evidenzbasierter Ansatz in der Psychotherapie und wird von vielen Therapeuten und Kliniken weltweit angewendet. Sie bietet Menschen die Möglichkeit, ihre Denkmuster und Verhaltensweisen zu verstehen und zu verändern, um eine bessere psychische Gesundheit und Lebensqualität zu erreichen. Eine konkrete Intervention, die auf Letzteres abzielt, wird nun im Folgenden beschrieben (Margraf 2018, 21-23).

2.1.1 Das Kognitive Umstrukturieren

Kognitive Umstrukturierung ist nach Wilken (2018, 43-47 & 59-62) ein psychologischer Prozess, der darauf abzielt, negative Denkmuster und Überzeugungen zu identifizieren, herauszufordern und durch realistischere und hilfreichere Gedanken zu ersetzen. Es ist

eine Technik, die in der kognitiven Verhaltenstherapie häufig angewendet wird, um Menschen dabei zu unterstützen, ihre Denkmuster zu verändern und ihre emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen.

Der erste Schritt bei der kognitiven Umstrukturierung besteht darin, sich bewusst zu werden, welche Gedanken und Überzeugungen negative Emotionen oder problematisches Verhalten auslösen. Dies erfordert Achtsamkeit und Selbstreflexion. Indem man seine eigenen Gedanken und die damit verbundenen Gefühle und Verhaltensweisen beobachtet, kann man Muster und wiederkehrende negative Denkmuster erkennen.

Sobald negative Denkmuster identifiziert sind, geht es darum, diese Gedanken zu hinterfragen und alternative Perspektiven einzunehmen. Dies beinhaltet das Sammeln von Beweisen oder Gegenbeweisen für die negativen Gedanken, das Betrachten der Situation aus verschiedenen Blickwinkeln und das Herausfordern von irrationalen oder verzerrten Überzeugungen.

Im nächsten Schritt geht es darum, neue, realistischere Gedanken und Überzeugungen zu entwickeln, die die negativen Denkmuster ersetzen. Hierbei können unterstützende und positive Affirmationen, alternative Interpretationen der Situation und das Betrachten von positiven Erfahrungen oder Erfolgen in der Vergangenheit hilfreich sein.

Die kognitive Umstrukturierung erfordert Zeit, Übung und Geduld. Es ist ein kontinuierlicher Prozess des Erkennens und Umstrukturierens von Denkmustern, um langfristig positive Veränderungen in der Wahrnehmung und im Verhalten zu bewirken. Durch die bewusste Umgestaltung unserer Gedanken können wir negative Denkmuster überwinden, unsere Selbstwirksamkeit stärken und eine gesündere Sichtweise auf uns selbst, andere Menschen und die Welt um uns herum entwickeln.

2.2. Theoretische Grundlagen der Hypnose-Psychotherapie

Die Hypnose-Psychotherapie nutzt hypnotische Trancezustände, um Zugang zum Unterbewusstsein des Patienten zu erhalten und positive Veränderungen herbeizuführen. Durch die Förderung der Entspannung und Fokussierung ermöglicht die Hypnose-

Psychotherapie eine vertiefte Arbeit an tief verwurzelten Überzeugungen, emotionalen Reaktionen und unbewussten Prozessen. Sie kann bei der Bewältigung von Ängsten, Traumata, Schmerzen und anderen psychischen und physischen Beschwerden eingesetzt werden.

Die Hypnotherapie ist ein Ansatz in der Psychotherapie, der Hypnose als therapeutisches Werkzeug nutzt, um Veränderungen im Verhalten, den Emotionen oder den Denkmustern einer Person herbeizuführen. Hypnose wird verwendet, um einen tranceartigen Zustand zu induzieren, in dem der Patient tiefer entspannt ist und zugänglicher für therapeutische Suggestionen und Interventionen wird (Bongartz & Bongartz 2000, 12-15).

Milton H. Erickson gilt als einer der wichtigsten Vertreter der Hypnotherapie. Er entwickelte innovative Techniken, um therapeutische Veränderungen im Unterbewusstsein der Patienten zu bewirken. Ericksons Ansatz war geprägt von Flexibilität und Kreativität, wobei er die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten berücksichtigte (Schmid & Müller 2016, 217).

In der Hypnotherapie werden verschiedene Methoden eingesetzt, um therapeutische Veränderungen herbeizuführen. Dazu gehören:

1. Suggestionen: Der Therapeut gibt während der hypnotischen Trance gezielte Suggestionen, um positive Veränderungen im Denken, Fühlen oder Verhalten des Patienten anzuregen (Meiss 2015, 102-103).
2. Imaginationsarbeit: Kirn, Echelmeyer & Engerling (2009, 5) beschreiben, dass der Patient in der Imaginationsarbeit angewiesen wird, sich bestimmte Bilder oder Szenarien vorzustellen, um emotionale Reaktionen zu verändern oder bestimmte Ziele zu erreichen.
3. Regression: Laut Peter (2015, 287) kann der Therapeut den Patienten dazu führen, sich an vergangene Ereignisse zu erinnern und diese neu zu bewerten, um negative Auswirkungen auf das gegenwärtige Leben zu reduzieren.
4. Ideomotorische Signale: Der Therapeut nutzt subtile Körperbewegungen des Patienten während der Trance, um unbewusste Antworten und Informationen zugänglich zu machen (Lang & Laser 2002, 15).

5. Selbsthypnose: Der Patient wird nach Alman (2015, 332) darin angeleitet, sich selbst in einen hypnotischen Zustand zu versetzen und Selbstsuggestionen für gewünschte Veränderungen anzuwenden.

Es ist wichtig anzumerken, dass die Hypnotherapie ein breites Spektrum an Anwendungsbereichen einschließlich der Behandlung von Angststörungen, Suchterkrankungen, Schmerzmanagement und vielen anderen psychischen und physischen Problemen, bietet. Die Wirksamkeit der Hypnotherapie wird durch eine wachsende Anzahl von wissenschaftlichen Studien und klinischen Erfahrungen gestützt (Bongartz & Bongartz 2000, 20).

2.2.1 Metaphern und Bilder in der Hypnose-Psychotherapie

Metaphern und Bilder sind, wie sich in der unter 4. dargestellten Fallkasuistik noch zeigen wird, zentrale Elemente in der Hypnosetherapie. Sie dienen dazu, unbewusste Prozesse anzuregen und Veränderungen auf tieferer emotionaler Ebene zu fördern. Durch Metaphern können komplexe psychologische Konzepte veranschaulicht und besser verstanden werden. Sie ermöglichen es dem Patienten, sich auf einer symbolischen Ebene mit seinen eigenen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Bilder wiederum erzeugen starke visuelle Vorstellungen, die das Unbewusste ansprechen und Emotionen hervorrufen können. Durch den Einsatz von Metaphern und Bildern in der Hypnosetherapie können tiefgreifende Veränderungen und Heilung auf einer ganzheitlichen Ebene ermöglicht werden (Revenstorf, Freund, Trenkle 2015, 239-240).

3. Synergieeffekte der kombinierten Therapieform

Die Kombination von Verhaltenstherapie und Hypnose-Psychotherapie bietet zahlreiche Synergieeffekte. Erstens ermöglicht die Hypnose-Psychotherapie einen erleichterten Zugang zu unbewussten Mustern und Ressourcen, was eine tiefere Bearbeitung von therapeutischen Themen ermöglicht. Zweitens können durch die Verhaltenstherapie erlernte Verhaltensänderungen in der hypnotischen Trance konsolidiert und verstärkt werden. Diese wechselseitige Beeinflussung führt zu einer effektiven und nachhaltigen Veränderung auf kognitiver, emotionaler und Verhaltensebene.

3.1. Aktuelle Studien und Forschungsergebnisse

Eine Reihe von Studien hat die Wirksamkeit der kombinierten Verhaltenstherapie und Hypnose-Psychotherapie bei verschiedenen psychischen Störungen untersucht. Diese Studien legen nahe, dass die Mischform zu signifikanten Verbesserungen der Behandlungsergebnisse führt. Beispielsweise wurde gezeigt, dass die Kombination beider Ansätze bei der Behandlung von Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und chronischen Schmerzen effektiv ist (Schlarb 2015, 403-405).

Drei ausgewählte Studien werden nun wie folgt beschrieben:

3.1.1 Die Behandlung von Depressionen mittels Kognitiver Hypnotherapie

Die Studie von Alladin & Alibhai (2007, 147-166) untersucht die Anwendung der kognitiven Hypnotherapie zur Behandlung von Depressionen. Die Autoren führen eine empirische Untersuchung durch, bei der sie die Wirksamkeit dieser Therapieform bei depressiven Symptomen untersuchen. Die Studie beinhaltet eine randomisierte kontrollierte Studie mit einer experimentellen Gruppe, die kognitive Hypnotherapie erhält, und einer Kontrollgruppe, die eine andere Form der Psychotherapie erhält. Die Ergebnisse zeigen, dass die kognitive Hypnotherapie signifikante Verbesserungen der depressiven Symptome bewirkt und eine wirksame Behandlungsoption für Menschen mit Depressionen darstellt. Die Autoren schließen daraus, dass die Integration von Hypnotherapie in die kognitive Verhaltenstherapie ein vielversprechender Ansatz für die Behandlung von Depressionen ist.

3.1.2 Schmerzkontrolle durch Kognitive Hypnotherapie

Elkins, Johnson & Fisher (2012, 294-310) untersuchten in ihrer Studie die Wirksamkeit der kognitiven Hypnotherapie zur Schmerzkontrolle. Die Studie wurde im American Journal of Clinical Hypnosis veröffentlicht und umfasste eine Stichprobe von Patienten mit verschiedenen Schmerzzuständen. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in der Schmerzintensität, der Schmerzverarbeitung und der Lebensqualität nach der Behandlung mit kognitiver Hypnotherapie. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass

die kognitive Hypnotherapie eine effektive Methode zur Schmerzkontrolle sein kann und weitere Untersuchungen in diesem Bereich gerechtfertigt sind.

3.1.3 Breitgefächerte Anwendung der Hypnose als Supplement in der Kognitiv-Verhaltenstherapeutischen Psychotherapie

Kirsch, Montgomery & Sapirstein (1995, 214-220) führten eine Meta-Analyse durch, um die Wirksamkeit von Hypnose als ergänzende Methode zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie zu untersuchen. Die Autoren analysierten eine Vielzahl von Forschungsstudien und fanden heraus, dass Hypnose als Ergänzung zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung positive Effekte auf verschiedene psychische Störungen hatte. Die Ergebnisse legten nahe, dass die Kombination von Hypnose und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie zu besseren Behandlungsergebnissen führen kann. Die Studie wurde im Journal of Consulting and Clinical Psychology veröffentlicht.

4. Fallvorstellung Herr T.

4.1 Vorinformation: Angaben zur Person

Herr T. ist männlich, geboren im Jahr 2000 in Österreich und aufgewachsen ebenso in Österreich. Aktuell ist er Student und geht einem Nebenjob im Ausmaß Teilzeit nach. Er ist ohne religiöses Bekenntnis. Er ist dreisprachig aufgewachsen. Er lebt nach wie vor bei seinen Eltern, zu denen er ein grundsätzlich gutes Verhältnis pflegt. Gelegentlich gäbe es Spannungen und Konflikte. Herr T. hat eine um vier Jahre ältere Schwester. Diese lebt nicht im gemeinsamen Haushalt. Er pflege aber ein sehr gutes Verhältnis zu ihr.

Herr T. sucht die Therapie im Jahr 2021 erstmals aufgrund aktueller Beziehungsprobleme mit seiner Partnerin (1 Jahr jünger) auf. Die Beziehung besteht seit drei Jahren. Er befürchte seine Partnerin leide unter einer Narzisstischen- oder Borderline Persönlichkeitsstörung. Sie habe ihn gezwungen sämtliche soziale Kontakte abubrechen und verhalte sich ihm gegenüber kontrollierend. Die Beziehung ist stark konfliktbehaftet und die Kommunikation gestaltet sich destruktiv/vorwurfsvoll. Er fühle sich in seinen Bedürfnissen untergraben und dauerhaft unter Druck gesetzt sowie sehr unglücklich und schaffe es nicht sich von ihr zu trennen.

Herr T. leidet zudem unter Selbstwertproblemen, seinem nicht mehr vorhanden sozialen Netz und unter Zukunftsängsten.

In seiner Lebensgeschichte gab es einen Suizidversuch (mit Medikamenten sowie Aufschneiden der Adern mit einem Messer) und eine darauffolgende längerfristige akupsychotherapeutische stationäre Behandlung im Jahr 2017. Für den Abschnitt seines Lebens schäme sich Herr T. sehr und wolle diesen am liebsten gar nicht in der Therapie thematisieren, obwohl er wisse, dass dies relevant sei. Seinem eigenen Suizidversuch sei der Suizid des besten Freundes vorangegangen, den er nie verkraftet habe, sowie persönliche außergewöhnliche Belastungen im Jugendalter, die er erlebt habe.

Herr T. erfuhr Psychotherapeutische Unterstützung nur im Rahmen des Psychiatrieaufenthaltes, welche jedoch rein der Stabilisierung und Akutversorgung diene.

Er konsumiere keine Drogen. Er trinke gelegentlich Alkohol und rauche pro Tag circa eine halbe Packung Zigaretten.

Medikamentöse Behandlung gibt es derzeit keine.

Herr T. ist mit den folgenden Psychiatrische Diagnosen diagnostiziert: F 43.2 - Anpassungsstörung und F33.1 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode.

Organmedizinische Diagnosen sind keine bekannt.

4.2 Rahmenbedingungen der Therapie

Die Therapie findet seit Juni 2021 nach der primären Fachrichtung der Verhaltenstherapie im Einzelsetting (ohne Angehörige) statt. Die Sitzungs-Frequenz ist eine vierzehntägige: eine Doppeleinheit zu 100 Minuten.

4.3 Anbahnung der Kognitiven Hypnotherapie

Der Patient würde gerne von Beginn der Therapie an mit Hypnotischen Interventionen arbeiten, basierend auf der Idee, dass ihm dies noch weitaus mehr als die Verhaltenstherapie, die im Gespräch stattfindet, helfen könnte um an seinen Themen zu

arbeiten. Sobald er jedoch seine Augen schloss, begann er zu grinsen und verfiel in Lachanfalle. Dies wurde thematisiert und er erklärte er würde es so gerne probieren, käme sich aber so dämlich dabei vor. In seiner Schulzeit gab es eine Lehrerin, die oftmals Phantasiereisen mit ihnen habe durchführen wollen. Dabei sei er auch immer vor lachen in Tränen ausgebrochen.

Die therapeutische Planung fiel daher zunächst auf den Einsatz von Metaphern und bildlichen Vorstellungen, die der Patient auch mit geoffneten Augen visualisieren konnte. Zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie konnte er sich dann auf Hypnotherapeutische Verfahren einlassen, die mit geschlossenen Augen und im Liegen angeleitet wurden. Wichtig war dem Patienten jedoch hierbei, dass er sich von der Therapeutin weg drehen konnte, beziehungsweise diese ihm währenddessen nicht ins Gesicht blickte.

4.3.1 Inhalt einer exemplarischen Stunde - Kognitives Umstrukturieren durch innere Bilder und Metaphern

In einer Therapeutischen Einheit zu 100 Minuten wurde der Patient gebeten frühere Ichs (die für ihn bestimmte Lebensthemen und Lebenskapitel versinnbildlichen) in Form von Playmobilfiguren auszuwählen und diesen im Therapieraum jeweils einen Platz zu geben (ohne nähere Instruktion, was dies zu bedeuten habe). Danach wurde die Position im Raum insgesamt, als auch im Verhältnis zu seinem Sitzplatz analysiert.

Der Patient konnte Figuren, die Ressourcen verkorpfern (Interesse für Musik, das Reisen, Sport und die Ausbildung) in seiner Nähe vorfinden. Auf die Frage hin, wie sich eine unsichtbare Verbindung zwischen ihm und den Figuren darstellen würde, wenn er diese sichtbar machen könnte, gab der Patient vermehrt Antworten, wie etwa: „durch ein starkes Seil oder über Kopfhörer. Auch konnte er dies auditiv zum Beispiel über Klänge und Lieder wahrnehmen).

Der Patient positionierte außerhalb seines Blickfeldes eine kleine sehr zarte und unscheinbare Playmobilfigur, die für sein früheres Ich (welches seinem Lebensabschnitt starker Depressionen und des Suizidversuches zuzuordnen war) stand. Die Verbindung, die er zum früheren Ich spürt, beschrieb er folgendermaßen und stellte sich dabei innere Bilder vor: „Wenn ich und mein früheres Ich gemeinsam auf einem sinkenden Schiff wären, wo im Schiffsraum eine letzte zerschlagene Laterne noch flakert und Wellen bedrohlich gegen die Verkleidung des Schiffs peitschen, dann würde ich mich retten

lassen von einem Helikopter, der mich dort abholt und mein früheres Ich würde dort schließlich versinken und sterben.“

Mit dem Patienten wurden die inneren Bilder im Anschluss reflektiert und auch die negativen Kognitionen, die er gegenüber dem früheren Ich erlebte wurden notiert: „Ich möchte mit dem früheren, depressiven Ich nichts mehr zu tun haben.“, „Ich schäme mich für diesen.“, „Das ist ja eh alles schon abgeschlossen und irrelevant.“

Mit dem Patienten wurde infolgedessen aus Psychotherapeutischer Sicht die sogenannte Integration besprochen und der rezidivierende Charakter seiner Depressiven Störung kritisch angesprochen. Als Therapeutin wies ich Herrn T. auch darauf hin, dass sich sein früheres Ich auch von allen anderen Menschen im Stich gelassen und zurück gelassen gefühlt hat und nun würde er, als Erwachsener, innerhalb seiner inneren Szenen genau das selbe mit ihm tun. Dieser Hinweis führte dazu, dass der Patient das erste mal innerhalb zahlreicher Therapie-Sitzungen in Tränen ausbrach. In darauffolgenden Therapiesitzungen beschrieb Herr T. das nun folgende Erleben als entscheidendes Schlüsselereignis: Es war ihm ein Anliegen ein neues Bild zu schaffen um endlich Frieden mit dem finden zu können, was in seiner Jugend passiert sei. Er generierte daher ein Ressourcenbild und beschrieb wie er tatsächlich einmal während eines Kroatienurlaubes von einem Fischer, den seine Familie gut kannte, um fünf Uhr morgens eingeladen worden sei um mit einem Boot aufs Meer hinaus zu fahren um Fischen zu gehen. Er konnte die Szenen bildlich reaktivieren und beschrieb, dass es an dem Ort angenehm ruhig war, ein leichter Wellengang, dass es die für ihn optimale Temperatur hatte und dass man den Sonnenaufgang beobachten konnte. In diesem damaligen Ereignis, das er nun reaktivierte, habe er sich sehr willkommen geheißen gefühlt, da der Fischer ihm dieses Gefühl gab. Als besonders angenehm empfand er, dass man dazu nicht miteinander sprechen musste sondern die Ruhe genießen konnte. Es war ihm in dem Moment ein Bedürfnis, das frühere Ich an den Ort einzuladen und sich vorzustellen, wie er auch sich selbst dieses Willkommens-Gefühl, Ruhe und Gelassenheit schenken konnte. Für ihn stellte dies eine innere Verbindung dar, die er sich so merken und internalisieren wollte (Technik des Ankerns).

Die Therapiesitzung schloss der Patient in einem sehr ruhigen Zustand, den er als „Angenehme Müdigkeit“ benannte, als hätte er „...gerade für viele Stunden sein Zimmer aufgeräumt und nun ist es aufgeräumt“, ab.

In der folgenden Sitzung wurden im Rahmen des Kognitiven Umstrukturierens die neuen Kognitionen besprochen, die der Patient nun im Anschluss an das entstandene

Ressourcenbild für sich definieren konnte, wenn er über den Lebensabschnitt seiner Jugend sprach: „Es hat sich gelohnt, dass ich mich damit endlich konfrontiert habe, weil das einfach immer in die Gegenwart hinein gewirkt hat.“, „Ich muss mich dafür, wie ich damals entschieden habe, nicht schämen.“, „Das fühlt sich echt gut an, dass ich endlich Frieden damit gefunden habe.“, „Meine Beziehung zu meiner Partnerin tut mir nicht gut. Ich werde da nun wirklich etwas ändern. So möchte ich mich nicht behandeln lassen.“, „Das hat mir echt die Augen geöffnet. Ich möchte mich selbst nie wieder so ablehnen sondern im Guten sein mit mir egal ob in der Vergangenheit oder jetzt.“.

5. Schlussfolgerung

Die Verbindung von Verhaltenstherapie und Hypnose-Psychotherapie eröffnet neue Möglichkeiten in der Psychotherapie. Die kombinierte Therapieform ermöglicht einen ganzheitlichen Ansatz zur Behandlung von psychischen Störungen indem sie bewusste und unbewusste Prozesse anspricht und individuelle Ressourcen aktiviert.

Erstens ermöglicht die kognitive Therapie den Patienten ihre negativen Denkmuster und Überzeugungen zu identifizieren und zu hinterfragen. Durch gezielte kognitive Umstrukturierung werden sie ermutigt, alternative und realistischere Denkweisen zu entwickeln. Dieser kognitive Ansatz unterstützt die Patienten dabei, ihre Sichtweise auf ihre Störung oder ihr Problem zu verändern und neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Zweitens nutzt die Hypnosetherapie die Kraft des Unbewussten, um tieferliegende emotionale Blockaden und negative Muster anzusprechen. Durch den induzierten hypnotischen Trance-Zustand werden die Patienten empfänglicher für therapeutische Suggestionen und können auf tieferen Ebenen Veränderungen vornehmen. Dies ermöglicht einen direkten Zugang zu den zugrunde liegenden Ursachen der Störung und unterstützt die Patienten dabei, alte negative Muster zu durchbrechen und neue positive Verhaltensweisen zu etablieren.

Die Kombination beider Ansätze schafft Synergien und ergänzt sich gegenseitig. Die kognitive Therapie bietet eine strukturierte Herangehensweise und fördert die

Bewusstwerdung und Reflexion, während die Hypnosetherapie einen direkten Zugang zum Unbewussten ermöglicht und tieferliegende emotionale Veränderungen herbeiführt.

Die Fallkasuistik verdeutlicht, dass Patienten, die von spezifischen Störungsbildern wie Angststörungen oder Traumafolgestörungen betroffen sind, von dieser Mischform besonders profitieren können. Die Kombination aus kognitiver Therapie und Hypnosetherapie ermöglicht es, sowohl die kognitiven Aspekte der Störung als auch die emotionalen und unbewussten Ursachen anzugehen.

Die vorliegende Arbeit unterstreicht den Wert der Mischform aus kognitiver Therapie und Hypnosetherapie als effektiven Ansatz zur Behandlung spezifischer Störungsbilder. Durch die gezielte Ansprache der Wirkfaktoren beider Ansätze kann eine ganzheitliche und umfassende Therapie gewährleistet werden, die den Patienten langfristige positive Veränderungen ermöglicht.

Aktuelle Studien belegen die Wirksamkeit dieser Mischform und legen nahe, dass sie eine vielversprechende Option für Therapeuten und Patienten darstellt. Es ist zu hoffen, dass zukünftige Forschung weitere Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Anwendungsbereiche dieser Mischform liefert und somit zu einer optimierten Behandlung von Patienten führt.

Literaturverzeichnis

Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147-166.

Alladin, A. (2008): *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. Chichester: Wiley

Alman, B. (2015): Selbsthypnose. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. 3. Auflage. Berlin & Heidelberg: Springer, 332

Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000): *Hypnosetherapie*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe

de Jong-Meyer, R. (2009): Kognitive Verfahren nach Beck und Ellis. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1. Grundlagen,

Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer, 612-614

Elkins, G., Johnson, A., & Fisher, W. (2012). Cognitive hypnotherapy for pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4), 294-310.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (2009): Achtsamkeit. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer, 569-570 & 572

Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220.

Lang, E. & Laser, E. (2022): Sezieren ohne Medikamente. Schnelle Hypnosetechniken für Klinik und Praxis. Heidelberg: Carl-Auer Verlag

Lass-Hennemann, J., Tuschen-Caffier, B. & Michael, T. (2018): Expositionsverfahren. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4. Vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 412

Margraf, J. (2018): Hintergründe und Entwicklung. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4. Vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 5, 16, 18 & 21-23.

Meiss, O. (2015): Kontext und Wirkung von Suggestionen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. 3. Auflage. Berlin & Heidelberg: Springer, 102-103

Michael, T., Lass-Hennemann, J. & Ehlers, A. (2018): Lernpsychologische Grundlagen der kognitiven Verhaltenstherapie. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und

Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4. Vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 93

Revenstorf, D. (2018): Verhaltenstherapie und andere Therapieformen. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4. Vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer, 235

Revenstorf, R., Freund, U., & Trenkle, B. (2015): Allgemeine Methoden. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. 3. Auflage. Berlin & Heidelberg: Springer, 239-240

Schlarb, A. (2015): Schlafstörungen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. 3. Auflage. Berlin & Heidelberg: Springer, 403-405

Schmid, B. & Müller, R. (2017): Psychotherapieschulen und ihre Schlüsselideen. Lesebuch Band 1. Hamburg: tredition GmbH

Wilken, B. (2018): Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. 8. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Autorinnenvorstellung

Mag.pth. Alice Stoisser ist Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie. Sie arbeitet in freier Praxis in Wien und behandelt als ehemalige Elementarpädagogin neben Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche. Ihre Spezialgebiete umfassen die Traumatherapie, das Brain-Spotting und die Medizinische Hypnose. Aktuell forscht sie im Rahmen ihrer Dissertation zur Transgenerationalen Traumaübertragung und beleuchtet diese aus der Perspektive der Dritten Welle der Verhaltenstherapie.

