Revenstorf
Peter



Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin

Manual
für die Praxis

2. Auflage

Springer

Dirk Revenstorf, Burkhard Peter (Hrsg.)

Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin

Manual für die Praxis

2., überarbeitete Auflage

Dirk Revenstorf
Burkhard Peter
(Hrsg.)

Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin

Manual für die Praxis

2., überarbeitete Auflage

Mit 18 Abbildungen und 30 Tabellen

Springer

Prof. Dr. Dirk Revenstorf
Universität Tübingen, Akademie der Milton Erickson Gesellschaft
Gartenstraße 18
72074 Tübingen
www.MEG-Tuebingen.de

Dipl.-Psych. Dr. Burkhard Peter
MEG-Stiftung
Konradstraße 16
80801 München
www.MEG-Stiftung.de

ISBN 978-3-540-24584-1 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag
springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin
Projektmanagement: Renate Schulz
Lektorat: Dr. Astrid Horlacher, Dielheim
Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin
Satz: medionet Publishing Services Ltd., Berlin

SPIN: 10818170

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

Dieses Buch ist all denen gewidmet,
die sich um eine unvoreingenommene Erforschung und
Erfindung der Therapie des menschlichen Leidens bemühen und
dieses Vorhaben auf die Erfahrung gründen,
ohne die Augen vor Dingen zu verschließen, die nicht
in ihr Weltbild passen – insbesondere dem amerikanischen
Psychiater Milton H. Erickson.

Geleitwort zur 2. Auflage

Vor beinahe 30 Jahren kam ich nach Deutschland, um meinen ersten internationalen Workshop über Erickson'sche Psychotherapie und Hypnose abzuhalten. Damals konnte ich noch nicht voraussehen, welche Verbreitung die Erickson'schen Methoden hier finden sollten, und dass sie dabei deutlich den Stempel der deutschen Kultur erhalten würden. Bald nach meiner Ankunft lernte ich die Herausgeber dieses Lehrbuchs, Dirk Revenstorf und Burkhard Peter, kennen und wir wurden Freunde. Ihr internationales Renommee ist wohl verdient, sie haben Wesentliches zur Theorie, Praxis und Forschung der Hypnose beigetragen.

Da ich mich jedes Jahr in Deutschland aufhalte, um zu unterrichten, sind mir die meisten Autoren dieses Buches bekannt, und ich schätze sie als Freunde und Kollegen. Dank der Herausgeber und Autoren entwickelten sich hierzulande die Erickson'schen Verfahren und gehören heute weltweit zu den bedeutendsten und fruchtbarsten. Desgleichen ist die Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.) mit ihren 17 Regionalstellen die dynamischste Erickson-Gesellschaft. Auch die Erickson-Gruppierungen in anderen deutschsprachigen Ländern haben sich in beeindruckender Weise entwickelt und jeder deutschsprachige Therapeut kennt Erickson'sche Methoden.

Die 1. Auflage dieses Lehrbuches »Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin« erreichte mehr als 8000 verkaufte Exemplare. Die vorliegende revidierte Auflage enthält wichtige aktualisierte sowie neue Beiträge. Damit sind die Grundlagen der Hypnose abgedeckt und auch die Anwendung von Trance in allen wichtigen Bereichen der Medizin und Psychotherapie. Der Leser wird die neuesten Vorgehensweisen zur Behandlung von Gewohnheiten, psychologischen und psychosomatischen Problemen sowie zur Schmerzkontrolle kennenlernen.

Dieses sehr gut verständliche, praktische und umfassende Lehrbuch wird Praktiker jeder Ausrichtung und jedes Erfahrungslevels in ihrem Repertoire bereichern und sie werden immer wieder gern auf diese anregende Lektüre zurückgreifen.

Jeffrey K. Zeig

Vorwort zur 2. Auflage

Dieses Buch ist zur freudigen Überraschung der Herausgeber und Autoren sehr gut aufgenommen worden und hat sich als Standardwerk der klinischen Hypnose herausgestellt. Seit seiner Veröffentlichung im Jahre 2001 hat die Hypnotherapie immer breiteres Ansehen gefunden, nicht zuletzt auch durch die offizielle Anerkennung als empirisch fundierte Therapiemethode durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2006). Nach mehreren Nachdrucken war es an der Zeit, eine gründliche Überarbeitung vorzunehmen. Die meisten Kapitel wurden von den Autoren überarbeitet und ergänzt. Darüber hinaus konnten aber auch neue Autoren gewonnen werden. So kamen zehn zusätzliche und, wie wir meinen, sehr interessante Kapitel aus verschiedenen Indikationsbereichen hinzu. Wir hoffen, dass die nun vorliegende erweiterte Auswahl der praktischen Anwendungen der Hypnotherapie einer noch größeren Anzahl therapeutischer Bedürfnisse gerecht wird.

Wir danken den Autoren herzlich für ihre Mühe und Sorgfalt, mit der sie ihre Beiträge überarbeitet oder neu verfasst haben. Ganz besonders möchten wir Alida Jost-Peter danken, die die redaktionelle Arbeit übernommen hat, und Astrid Horlacher für Ihr äußerst sorgfältiges Lektorat.

München und Tübingen, im September 2008
Burkhard Peter, Dirk Revenstorf

Vorwort zur 1. Auflage

Hypnose ist ein sehr altes und zugleich modernes Heilverfahren. Sie verbindet Körper und Seele, wie keine andere Therapieform. Hypnose leistet aber nicht nur diese einzigartige Brückenfunktion zwischen den im Laufe der Jahrhunderte sich auseinander entwickelnden Wissenschaften der Medizin und der Psychotherapie; sie verbindet auch innerhalb der Psychotherapie psychodynamische und lösungsorientierte Ansätze in einfacher Weise.

Genau genommen muss man zwischen Hypnose als Zustand, der besser hypnotische Trance genannt wird, und Hypnose als Verfahren zur Einleitung dieses Zustandes unterscheiden. In der gängigen therapeutischen Praxis wird außerdem zwischen Ruhe-Hypnose zur Einleitung eines entspannten Trance-Zustandes und Hypnotherapie (gelegentlich auch Hypnosetherapie genannt) unterschieden. Letztere ist eine Behandlungsform zur Heilung somatischer, psychosomatischer und psychischer Leiden und bedient sich dazu der hypnotischen Trance, hypnotischer Phänomene und spezifischer Interventionen. Hypnotherapie hat in den letzten Jahrzehnten große Verbreitung gefunden und es wurden vielfältige Anwendungsmöglichkeiten entwickelt. Auch sind für ihre Effektivität umfangreiche empirische Belege geliefert worden. Es ist nach Meinung der Herausgeber daher an der Zeit, dieses weit gefächerte Fachwissen zusammen zutragen und den Anwendern zur Verfügung zu stellen.

Diese Absicht wird in dem vorliegenden Buch verfolgt. Es ist ein Kompendium der modernen Hypnotherapie in ihren zahlreichen Anwendungsfeldern, das dem Arzt und dem Psychotherapeuten praktische Anleitungen für die hypnotherapeutische Behandlung einzelner Störungsbilder gibt und ihn mit den theoretischen Grundlagen dafür vertraut macht. Zugleich ist dieses Buch ein Ausbildungsmanual für klinische und medizinische Hypnose und ist daher gleichermaßen für Studenten und Praktiker konzipiert.

Obwohl Hypnose Psyche und Körper als Ebenen der Erfahrung und der therapeutischen Intervention verbindet, wurde versucht, die einzelnen Störungsgebiete gemäß den klassischen Rubriken der somatischen und psychosomatischen Medizin sowie der Psychotherapie zu ordnen, um den Überblick zu ermöglichen, auch wenn die Zuordnung in manchen Fällen willkürlich erscheint. Wir hoffen, dass es durch Einbeziehung innovativer Ansätze gelungen ist, die Vielfalt der Möglichkeiten der Hypnotherapie darzustellen und Anregungen für einen kreativen Umgang mit dieser Behandlungsform zu geben.

Die Arbeiten an diesem Buch haben sich über mehrere Jahre erstreckt, weil immer wieder neue Autoren gewonnen wurden, die aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung in speziellen Anwendungsbereichen interessante Beiträge zu liefern vermochten. Für ihre Bereitschaft, ihr Wissen anschaulich und praktikabel darzustellen, möchten wir allen Autoren herzlich danken. Die Herausgeber haben sich bemüht die Beiträge formal zu vereinheitlichen, um die Lektüre zu erleichtern und einen schnellen Überblick zu ermöglichen.

Dass die Arbeit der Redaktion und Überarbeitung der einzelnen Beiträge überhaupt zu bewältigen war, ist der unermüdlichen Mitarbeit von Alida Jost-Peter, Elsbeth Freudenfeld und Angelika Schlarb zu verdanken.

Im Sommer 2000 **Dirk Revenstorf, Burkhard Peter**

Inhaltsverzeichnis

Einführung 1
Dirk Revenstorf

I Allgemeine Prinzipien

1 Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie 13
Dirk Revenstorf

1.1 Ebenen der hypnotischen Kommunikation 15
1.2 Hypnotische Phänomene 16
1.2.1 Kognitive Veränderungen 16
1.2.2 Physiologische Veränderungen. 17
1.2.3 Psychosomatische Reaktionen 17
1.3 Theorien und Hypothesen zur hypnotischen Trance 18
1.3.1 Biologische Mechanismen. 18
1.3.2 Sozialpsychologische Mechanismen . . . 20
1.4 Ziele der Hypnotherapie 20
1.4.1 Harmonisierung des inneren Milieus . . . 21
1.4.2 Erhöhung der Suggestibilität 21
1.4.3 Veränderung der Wahrnehmung 21
1.4.4 Aktivierung der Vorstellung 21
1.4.5 Umstrukturierung 22
1.4.6 Unwillkürlichkeit 22
1.4.7 Nutzung »Stillen Wissens« 23
1.4.8 Regression. 23
1.5 Prozessorientierte Entscheidungen in der Hypnotherapie 24
1.5.1 Allgemeines. 24
1.5.2 Unspezifische Hypnotherapie 26
1.5.3 Implizite Hypnotherapie 26
1.5.4 Symptomorientierte Hypnotherapie . . . 26
1.5.5 Konfliktorientierte Hypnotherapie. 27
1.5.6 Spezifische Strategien der Hypnotherapie 27
1.6 Wirkungsnachweise der Hypnotherapie . 28
1.6.1 Operationalisierbarkeit. 28
1.6.2 Anwendungsbereiche 28
1.7 Diskussion 29
1.7.1 Transparenz von Therapiezielen im Behandlungsverlauf. 29

2 Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit 32
Burkhard Peter

2.1 Theorie 33
2.2 Anwendung der Wirklichkeitskriterien auf die Konstruktion komplexer hypnotischer Phänomene 34
2.2.1 Syntaktische Wirklichkeitskriterien: Sensorik und Wahrnehmung 34
2.2.2 Semantische Wirklichkeitskriterien: Bedeutungsgebung durch Ausdruck, Valenz und Affekt 37
2.2.3 Pragmatische Wirklichkeitskriterien: Handlung und Interaktion 38
2.3 Implikationen. 39

3 Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome. . . . 41
Burkhard Peter

3.1 Historische Perspektive. 42
3.2 Theoretische Perspektive 43
3.3 Hirnphysiologische Befunde 45

4 Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie 50
Dirk Revenstorf

4.1 Ebenen der hypnotischen Trance 51
4.2 Übertragung 52
4.3 Die Analyse der Beziehung 54
4.3.1 Nonverbales Verhalten 54
4.3.2 Kommunikationsstile 54
4.3.3 Charakterstruktur 55
4.4 Lösungs- und beziehungsorientierte Hypnotherapie 58
4.5 Rapport und Interaktionsbeobachtung . 60
4.5.1 Nonverbales Verhalten 60
4.5.2 Kommunikationsstil. 60
4.5.3 Charakterstruktur 61
4.6 Therapeutische Nutzung der hypnotischen Beziehung. 63

5 Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale 69
Burkhard Peter

5.1 Historische Perspektive. 70
5.2 Die Bedeutung hypnotischer Rituale . . . 75
5.3 Die Funktion des therapeutischen Tertiums 75
5.3.1 Kontrollerwartung 75
5.3.2 Projektionsfläche für verborgene Ressourcen 76
5.3.3 Kommunikation und Kontakt 76

6 Ressourcen- und Zielorientierung . . . 78
Wilhelm Gerl

6.1 Ressourcenorientierung 79
6.1.1 Zum Begriff der Ressource. 79
6.1.2 Ressource und Problemlösung 79
6.1.3 Hypnotische Trance: ein ressourcenhafter und ressourcenfördernder Zustand 80
6.1.4 Therapeutischer Rapport und das Unbewusste als »Dritter im Bunde« 80

6.1.5 Die drei Fragen der Ressourcenorientierung 80
6.1.6 Ressourcen und der Zeitaspekt. 81
6.2 Zukunfts- und Zielorientierung. 81
6.2.1 Zukunftsorientierung 81
6.2.2 Zielorientierung 82
6.2.3 Unterscheidung von Ziel und Ergebnis. . 82
6.2.4 Der spezifische Ressourcencharakter des Zieles und des Ergebnisses 82
6.2.5 Zieldefinition 83
6.2.6 Ergebnisimagination 83

7 Utilisation 86
Bernhard Trenkle

7.1 Utilisation des Weltbildes 87
7.2 Utilisation von früheren Lernerfahrungen 88
7.3 Utilisation von Emotionen. 88
7.4 Utilisation von Hypnose und Trancephänomenen. 88

8 Kontext und Wirkung von Suggestionen 92
Ortwin Meiss

8.1 Im Gedächtnis bleibt das Besondere . . . 93
8.2 Verfehlungen, die einem ein Leben lang vorgehalten werden. 94
8.3 Wie sich Freundschaften bilden (und auseinanderbrechen) 94
8.4 Heilrituale 95
8.5 Diagnosen als Suggestionen 95
8.6 Die »Kunst der Verhexung« 96
8.7 Plötzliche Veränderungen des Lebensstils 97
8.8 Bühnenhypnose und Wunderheilungen. 97
8.9 Prophezeiungen als Suggestionen 98
8.10 »Therapiegurus« und Besserwisser 99
8.11 Die Bedeutung der Reputation des Therapeuten 99
8.12 Förderung der Reaktionsbereitschaft durch Konfusion. 100
8.13 Emotionale Relevanz durch Provokation. 100
8.14 Steigerung der Aufmerksamkeit durch Bildung eines Spannungsbogens 101
8.15 Rituale als Kontext für Suggestionen . . . 102
8.16 Nutzung der Rahmenbedingungen. . . . 102
8.17 Hypnose und die Entstehung von Suggestionen. 103
8.18 Suggestionen ohne Trance?. 103

9 Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe 104
Clemens Krause

9.1 Theoretische Grundlagen 105
9.2 Moderne Hypnoseskalen 106
9.3 Hypnotisierbarkeit, Dissoziation und Psychopathologie 109
9.4 Auswirkungen der Hypnotisierbarkeit auf den Therapieerfolg 115
9.5 Neurophysiologische Korrelate der Hypnotisierbarkeit. 117
9.6 Beeinflussung der Hypnotisierbarkeit . . 119
9.7 Eine Hypnotisierbarkeit oder mehrere? . 124
9.8 Diskussion 126

10 Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. 128
Burkhard Peter, Dirk Revenstorf

10.1 Kontraindikationen 129
10.1.1 Geschichtliche Perspektive 129
10.1.2 Theoretische Perspektive 131
10.2 Implikationen für die klinische Praxis: Kontraindikationen für Hypnose. 132
10.2.1 Kontraindikationen aufseiten der Patienten. 132
10.2.2 Kontraindikationen aufseiten der Therapeuten 134
10.3 Gefahren der Bühnenhypnose 135
10.3.1 Geschichtliche Perspektive 135
10.3.2 Theoretische und pragmatische Perspektive 137
10.4 Missbrauch unter Hypnose 138
10.4.1 Geschichtliche Perspektive 138
10.4.2 Praktische und forensische Perspektive . 141
10.5 Diskussion 145

11 Hypnoanalyse in der Klinik. 147
Falko H.-J. Kronsbein

11.1 Entwicklung psychotherapeutischer Kliniken in Deutschland 148
11.2 Konzepte der psychodynamisch orientierten Kliniken 149
11.3 Entwicklung der Hypnoanalyse 151
11.4 Hypnoanalytische Konzeption in der Felsenland Klinik Dahn 154
11.4.1 Rahmenbedingungen der Felsenland Klinik 157
11.4.2 Therapieplan und Therapieablauf 159
11.4.3 Verlauf des diagnostisch-therapeutischen Prozesses 160

12 Humor und Hypnotherapie 162
Peter Hain

12.1 Anwendung. 164
12.2 Zielsetzung 164
12.3 Grundhaltung und Beziehung 164
12.4 Humor und Trance. 164
12.5 Humor als hypnotherapeutische Interventionsmöglichkeit 165
12.6 Humor in Trance 165
12.7 Integration und persönlicher Stil. 165

II Induktionen

13 Ideomotorische Hypnoserituale 169
Burkhard Peter

13.1 Fixationstechnik: Lidschluss und Augenkatalepsie 170
13.2 Treppenmetapher: Einführung des »Unbewussten« 172
13.3 Alternativen: Aufzugmetapher und Zählen 172
13.4 Armlevitation 173
13.5 Ideomotorisches Signalisieren 175
13.6 Ideomotorik und Armtest der Kinesiologie 176
13.7 Zurücknehmen 177
13.8 Diskussion 177
13.8.1 Vorteile motorisch-kinästhetischer Rituale 177
13.8.2 Nachteile motorisch-kinästhetischer Rituale 178
13.8.3 Notfallmaßnahmen: wenn die hypnotische Armlevitation zum Symptom wird 178
13.9 Theorie und empirische Befunde 179

14 Direkte Induktionen 181
Günter Hole

14.1 Einführung und Historisches 182
14.2 Grundlagen und Alltagsrelevanz des Vorgangs 183
14.3 Direkte Methoden 184
14.3.1 Optische Methoden 185
14.3.2 Akustische Methoden 186
14.3.3 Haptische (taktile) Methoden 187
14.3.4 Olfaktorische Methoden 188
14.3.5 Chemische (medikamentöse) Methoden 188
14.3.6 Motorische Methoden 188
14.3.7 Gestufte Methoden 189
14.4 Diskussion 189
14.4.1 Indikationen und Kontraindikationen . . 189

15 Vorbereitungs-, Induktions- und Aufhebungsverfahren 192
Vladimir A. Gheorghiu

15.1 Entspannungsverfahren 193
15.1.1 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: Kästchenversuch 193
15.2 Imaginationsverfahren 195
15.2.1 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: mentales Bergsteigen 195
15.2.2 Überleitung durch eine Augenfixationsvariante 196
15.3 Konzentrationsverfahren 196
15.3.1 Vorübungsverfahren: Hände zueinander . . 197
15.3.2 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: »Nach-hinten-fallen«-Versuch . . 197
15.3.3 Überleitungsverfahren mit aktiver Beteiligung des Probanden 198
15.4 Rückführung 199
15.4.1 Entspannung/Anspannung 200
15.4.2 Imaginationsverfahren 201
15.4.3 Konzentrationsverfahren 201
15.5 Diskussion 201

16 Indirekte Induktion und Kommunikation 203
Dirk Revenstorf, Ulrich Freund

16.1 Alltägliche sprachliche Unschärfen 204
16.2 Sprachmodelle der Hypnotherapie 205
16.2.1 Das Metamodell 206
16.2.2 Das inverse Metamodell (»Milton-Modell«) 207
16.2.3 Indirekte Suggestionen 208
16.3 Hypnotische Bindeworte und Pseudokausalität 210
16.4 Einstreutechnik 210
16.5 Einkreistechnik 211
16.6 Destabilisierung durch Konfusion 213

17 Vertiefung der Trance 216
Wilhelm Gerl

17.1 Der Prozess der Vertiefung 217
17.2 Erwartung und Reaktionsbereitschaft fördern 218
17.3 Direkte und indirekte Vertiefungssuggestionen 218
17.4 Paraverbale und nonverbale Mittel 220
17.5 Trancephänomene nutzen 221
17.6 Mit Dissoziation arbeiten 222
17.7 Konditionieren 223
17.8 Vertiefung durch Selbsthypnose 224
17.9 Diskussion 224

III Allgemeine Methoden

18 Therapeutische Geschichten und Metaphern 229
Dirk Revenstorf, Ulrich Freund, Bernhard Trenkle

18.1 Therapeutische Funktion von Metaphern 231
18.2 Allgemeine Prinzipien der Metaphernwirkung 233
18.2.1 Semantische Offenheit 233
18.2.2 Homomorphie 234
18.2.3 Beiläufigkeit 234
18.2.4 Verknüpfung 234
18.3 Stilmittel für indirekte oder parallele Kommunikation 235
18.3.1 Bilder 235
18.3.2 Symbole und Archetypen 235
18.3.3 Sprichwörter 236
18.3.4 Witze 236
18.3.5 Rätsel 237

18.3.6 Geschichten und Anekdoten 237
18.3.7 Parabeln Mythen und Märchen 238
18.4 Anwendung therapeutischer Metaphern 238
18.4.1 Diagnostische Verwendung 238
18.4.2 Verbesserung des Rapports 239
18.4.3 Metaphern für die Tranceinduktion 239
18.4.4 Metaphern zur Konfusion 240
18.4.5 Metaphern als therapeutische Interventionen 240
18.5 Die Konstruktion homomorpher therapeutischer Metaphern 245
18.6 Komposition mehrerer Metaphern 248
18.7 Metaphern für Kinder erzählen 250

19 Reframing 253
Wilhelm Gerl

19.1 Paradox – Symptom – hypnotisches Phänomen 254
19.2 Theoretische Aspekte 255
19.2.1 Kontext und Bedeutung 255
19.2.2 Zeitliche Kontexte 256
19.3 Kurzreframing 258
19.3.1 Bedeutungsreframing 258
19.3.2 Kontextreframing 260
19.4 Symptomverschreibung als implizites Reframing 261
19.4.1 Prozess steuernde Umdeutungen in der Hypnose 262
19.5 Prozessreframing 263
19.5.1 Sechs-Schritt-Reframing 263
19.5.2 Verhandlungsmodell 265
19.6 Diskussion 266
19.6.1 Kontraindikation 267

20 Stellvertretertechnik 268
Bärbel Bongartz, Walter Bongartz

20.1 Kombination von Stellvertreter- und Einstreutechnik 269
20.2 Beispiele für Stellvertreter 270
20.2.1 Felsen, Bäume, Wasser 270
20.2.2 Weitere Beispiele: Blumen, Feuer 273
20.3 Die Reaktion von Patienten 274
20.4 Zur Durchführung der Stellvertretertechnik 275
20.4.1 Vorbereitung des Patienten 275
20.4.2 Sprache 275
20.5 Diskussion 276

21 Hypermnesie und Amnesie 277
Burkhard Peter

21.1 Hypnotische Hypermnesie 278
21.1.1 Definition 278
21.1.2 Historischer Hintergrund 278
21.1.3 Allgemeinpsychologisches Phänomen . . 279
21.2 Posthypnotische Amnesie 280
21.2.1 Definition 281
21.2.2 Historischer Hintergrund 282
21.2.3 Erklärungshypothesen 282
21.3 Interventionen 283
21.3.1 Direkte Suggestion 283
21.3.2 Symbolisierung, Externalisierung und Ritualisierung 283
21.3.3 Strukturiertes indirektes Angebot 284
21.3.4 Überraschung und Konfusion 285
21.4 Diskussion 286
21.4.1 Indikation und Kontraindikation 286

22 Altersregression 287
Burkhard Peter

22.1 Geschichtliche Aspekte 288
22.2 Theoretische Perspektiven 290
22.3 Praxis der hypnotischen Altersregression . 292
22.3.1 Techniken zur »Konstruktion von Wirklichkeit« 292
22.3.2 Hypnoprojektive Techniken 295
22.3.3 Sicherheitsmaßnahmen 295
22.3.4 Kontraindikationen 296
22.3.5 Indikationen 296
22.4 Fallgeschichten 296

23 Hypnoanalyse 300
J. Philip Zindel

23.1 Theoretische Grundlagen 301
23.1.1 Allgemeines 301
23.1.2 Theoretische Vorbemerkungen zur Hypnose 301
23.2 Hypnoanalytische Interventionen 303
23.2.1 Klassische Methoden 303
23.2.2 Beispiele neuerer hypnoanalytischer Techniken 304

24 Ich-Stärkung 308
Hans Riebensahm

24.1 Theoretischer Hintergrund 309
24.2 Interventionen 310
24.2.1 Unterschiedliche Ich-Aspekte 311
24.2.2 Monologische Tranceinduktion mit Metapher 312

25 Selbsthypnose 318
Brian Alman

25.1 Was ist Selbsthypnose? 319
25.2 Technik der Selbsthypnose 320
25.2.1 Allgemeines 320
25.2.2 Wer kann Selbsthypnose verwenden? . . 320
25.2.3 Wie Sie am besten Ihre Trancefähigkeiten entwickeln 321
25.2.4 Die besten Übungsorte 321
25.2.5 Die Dauer der Ausübung: Momente, Minuten oder Stunden 322
25.2.6 Selbsthypnose zur Steigerung der Kreativität 325
25.2.7 Eine Selbsthypnose, die jeden Tag gut tut 327
25.2.8 Die Macht der posthypnotischen Suggestion 327
25.3 Diskussion 329

25.3.1 Grenzen der Selbsthypnose 329
25.3.2 Aufrechterhaltung der Motivation 330

26 Wirkfaktor Grimm: Märchen in der Hypnotherapie 332
Ulrich Freund

26.1 Lehrgeschichten als Therapeuten-metaphern 334
26.1.1 Die Vorgehensweise 334
26.2 Das Froschkönigmärchen 334
26.2.1 Das Froschkönigmärchen als Lehrgeschichte 335
26.2.2 Der Weg zum Selbst, der Weg zum Märchenwunder 335
26.2.3 Das Märchenwunder als »Wirkfaktor Grimm« 336
26.3 Was genau aber ist das Märchenwunder? 338
26.3.1 Zur Vertiefung des Kriteriums des Zaubermärchens 338
26.3.2 Zur Sprache der Tiere im Zaubermärchen . 338
26.4 Märchenwirklichkeit und Märchenwirkung 339
26.4.1 Zuerst die Antwort, dann die Frage 340
26.4.2 Vom Risiko der Lehrgeschichten 340
26.4.3 Vom Risiko der Zaubermärchen 341
26.5 »Verzählte« Märchen 341
26.5.1 Wenn Patienten erzählen 341
26.5.2 Vom guten Ende 343
26.6 Zur Sprache finden, ein Fallbeispiel 344

IV Verhaltensstörungen

27 Rauchen 349
Wilhelm Gerl, Ulrich Freund

27.1 Störungsbild 350
27.2 Interventionen 350
27.3 Diskussion 359
27.3.1 Indikation 359
27.3.2 Kontraindikation 360
27.3.3 Mit Erfolg korrelierte Faktoren 361
27.3.4 Empirische Belege 361

28 Alkohol 364
Henriette Walter

28.1 Störungsbild 365
28.2 Hypnotische Interventionen 366
28.2.1 Therapiezeitpunkt 366
28.2.2 Hypnotherapie unter Berücksichtigung der Typologie nach Lesch 367

29 Übergewicht 373
Marianne Martin

29.1 Störungsbild 374
29.2 Interventionen 374
29.2.1 Behandlungsauftrag klären und präzisieren 374
29.2.2 Trancearbeit I: Zeitprogression 378
29.2.3 Trancearbeit II: Rückschau aus der Zeitprogression 379
29.2.4 Der »Trampelpfad« und das Tonband . . . 380
29.2.5 Einsatz positiver Affirmationen 380
29.2.6 Zusätzliche Utilisationen 381
29.3 Diskussion 384
29.3.1 Überlegungen zur Übertragung und Gegenübertragung 384
29.3.2 Indikation und Kontraindikation 384
29.3.3 Empirische Belege 385

30 Sexuelle Störungen 387
Patrick Wirz

30.1 Störungsbilder 389
30.2 Theoretischer Hintergrund 390
30.3 Interventionen 392
30.3.1 Interventionen im HSS-Modell 392
30.4 Problem- und symptomspezifische Interventionen im HSS-Modell 396

31 Schlafstörungen 400
Angelika A. Schlarb

31.1 Störungsbild 401
31.2 Insomnie 401
31.2.1 Prävalenz von Insomnien und Schlafstörungen 402
31.2.2 Geschlechts- und Altersspezifität 402
31.2.3 Störungsdauer und Störungsverlauf . . . 402
31.2.4 Theoretischer Hintergrund 404
31.2.5 Interventionen 406
31.2.6 Zur Kombination von Hypnotherapie und Verhaltenstherapie 409
31.2.7 Darstellung der hypnotherapeutischen Techniken 410
31.2.8 Wissenschaftliche Ergebnisse 411

32 Stress 413
Reinhold Zeyer

32.1 Akuter Stress 414
32.2 Dauerstress 414
32.3 Störungsbild 415
32.3.1 Akutes Stresssyndrom 415
32.3.2 Chronisches Stresssyndrom 415
32.3.3 ICD-10- und DSM-IV-Kriterien 415
32.4 Interventionen 416
32.4.1 Hypnotherapeutische Grundstrategien . 416
32.4.2 Prozessorientiertes Vorgehen: »Der Stresslösungsprozess« 422
32.4.3 Hausaufgaben 423
32.4.4 Kontraindikation 423
32.4.5 Integration mit anderen Verfahren 424
32.4.6 Empirische Belege 424

33 Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungssteigerung im Sport 426
Reinhold Bartl

33.1 Einführung 427
33.1.1 Wenn der »Kopf« nicht will 427

33.2 Interventionen 429
33.2.1 Wenn Körper und Geist optimal kooperieren 429
33.2.2 Lernen durch Identifikation 430
33.3 Diskussion 433
33.3.1 Indikation und Kontraindikation 433
33.3.2 Empirische Belege 434

V Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen

34 Angststörungen 439
Paul Janouch
34.1 Störungsbild 440
34.2 Interventionen 440
34.3 Diskussion 449
34.3.1 Integration mit anderen Therapieformen 449
34.3.2 Kontraindikationen 449

35 Agoraphobie und soziale Phobie 450
Claude Béguelin
35.1 Störungsbild 451
35.1.1 Agoraphobie (F40.0) 451
35.1.2 Soziale Phobien (F40.1) 451
35.2 Interventionen 451
35.2.1 Interventionen bei Agoraphobie 452
35.2.2 Interventionen bei sozialer Phobie 456
35.2.3 Indikation und Kontraindikation 459
35.2.4 Integration mit anderen Verfahren 459

36 Spezifische Phobien 460
Horst-W. Reckert
36.1 Störungsbild der spezifischen Phobie . . 461
36.1.1 Hypnotische Interventionen: die Kinotechnik 461
36.1.2 Das Anker-Kollabieren 462
36.2 Diskussion 464
36.2.1 Indikationen und Kontraindikationen . . 464
36.2.2 Integration mit anderen Verfahren 464
36.2.3 Empirische Belege 465

37 Flugangst 466
Herbert Bergmeister, Uwe Prudlo
37.1 Störungsbild und Diagnose 467
37.2 Empirische Belege und eigene Studienergebnisse 467
37.3 Interventionen 467

38 Posttraumatische Belastungsstörung 474
Gisela Perren-Klingler
38.1 Störungsbild 475
38.2 Hypnotherapeutische Interventionen . . 476
38.2.1 Voraussetzungen 476
38.2.2 Therapeutische Prinzipien 476
38.2.3 Bearbeitung von Flashbacks 477
38.2.4 Bearbeitung der dissoziativen Zustände . 479
38.2.5 Bearbeitung der Übererregung 480
38.3 Indikation und Kontraindikation 481
38.4 Empirische Daten 482

39 Dissoziative Identitätsstörungen 484
Onno van der Hart
39.1 Trauma, Dissoziation und hypnoseähnlicher Modus der Informationsverarbeitung 485
39.1.1 Dissoziation und Hypnose 485
39.1.2 Trauma, Dissoziation und Hypnose 485
39.1.3 Dissoziative Störungen 486
39.1.4 Dissoziation 486
39.1.5 Die Rolle der Hypnose in der Ätiologie der DIS 488
39.2 Behandlungsmodell 489
39.3 Die Anwendung klinischer Hypnose in der Behandlung dissoziativer Störungen . . 490
39.4 Therapeutische Interventionen 491
39.5 Die therapeutische Beziehung 493

40 Depressionen 495
Ortwin Meiss
40.1 Störungsbild 496
40.1.1 Das innere Konto 496
40.1.2 Aggression als Reaktion auf ein inneres Minus 497
40.1.3 Aggression und Depression 497
40.1.4 Die Hypersozialität der depressiven Patienten 498
40.1.5 Die Entwicklung von Depressionen aus Kindheitserfahrungen 499
40.1.6 Die Hoffnung stirbt zuletzt 500
40.1.7 Lebensgeschichtliche Hintergründe von Depressionen 500
40.2 Hypnotherapeutische Verfahren in der Arbeit mit depressiven Patienten 501
40.2.1 Tranceinduktion bei depressiven Patienten 502
40.2.2 Altersregression und Stellvertreter-technik: Das Kind, das sich so fühlt 504
40.2.3 Fehlentscheidungen, die einen zum Opfer gemacht haben 508
40.2.4 Indirekte Kommunikation und die Arbeit mit Geschichten 511
40.2.5 Suiziddrohungen und die Kunst sich an den Patienten anzukoppeln 513
40.3 Empirische Belege 515

41 Frühe und Borderline-Störungen 516
J. Philip Zindel
41.1 Theoretische Grundlagen 517
41.1.1 Einige Bemerkungen zur Hypnose 517
41.1.2 Störungsbild »frühe Störungen« 518

41.2 Die Methode der aktiven Introjektion des Therapeuten in Hypnose 519
41.2.1 Praktisches Vorgehen 519
41.2.2 Indikation und Kontraindikation 523
41.3 Hausaufgaben 524

42 Psychosen 526
Henriette Walter

42.1 Störungsbild 527
42.2 Interventionen 527
42.3 Spezielle Techniken 528

VI Psychosomatik

43 Hypnotherapie in der Psychosomatik – ein therapeutisches Modell 533
Reinhard Weber

43.1 Störungsbild 534
43.1.1 Diagnostik nach ICD- und DSM-Klassifikation 534
43.1.2 Epidemiologie 535
43.2 Interventionen 535
43.2.1 Symptome als Botschaften 535
43.2.2 Vorüberlegungen zur Rapportgestaltung 536
43.2.3 Allgemeine Therapieziele 537
43.2.4 Idealtypisches Therapieablaufschema . . 537

44 Psychosomatische Störungen 547
Ortwin Meiss

44.1 Störungsbild 548
44.1.1 Überlegungen zu Alexithymie und Informationsverarbeitung 548
44.2 Intervention 549
44.2.1 Hypnotherapie für die Diagnostik psychosomatischer Patienten 549
44.2.2 Zur Methodik des hypnotherapeutischen Vorgehens 550
44.2.3 Umgang mit Patienten mit Widerstand . . 553
44.2.4 Metaphern und Symbole 554
44.2.5 Symbolisierung und Positionswechsel . . 555
44.2.6 Altersregression in der Arbeit mit psychosomatischen Patienten 556
44.2.7 Fokussierung auf das Symptom und Nutzen der Affektbrücke 556
44.2.8 Arbeit mit Symbolen als Einstieg in Regressionsprozesse 557

45 Reizdarmsyndrom 558
Winfried Häuser

45.1 Störungsbild 559
45.1.1 Definition 559
45.1.2 Häufigkeit und Schweregrad 560
45.1.3 Ursachen des RDS 560
45.2 Hypnotherapeutische Interventionen . . 561
45.2.1 »Manchester«-Hypnoseprotokoll 561
45.3 Indikationen und Kontraindikation 565
45.3.1 Integration mit anderen Verfahren 565
45.3.2 Empirische Belege 567
45.3.3 Wirkungsweise von Hypnotherapie beim RDS 568

46 Rheumatoide Arthritis und andere Autoimmunkrankheiten 569
Jillian Horton-Hausknecht

46.1 Störungsbild 570
46.1.1 Autoimmunkrankheiten 570
46.2 Theoretischer Hintergrund 570
46.2.1 Forschung auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie 570
46.3 Interventionen 572
46.3.1 Praktische Anleitung zum Einsatz der Hypnosetherapie 572
46.3.2 Information und Erläuterung zur Hypnosetherapie 572
46.3.3 Grundzüge der Hypnose 573
46.3.4 Allgemeine Informationen 574
46.3.5 Mögliche Schwierigkeiten während der Therapie 574

47 Warzen 577
Josy Höller, Claude Béguelin

47.1 Störungsbild 578
47.2 Theoretischer Hintergrund 578
47.3 Intervention 579
47.3.1 Allgemeines 579
47.4 Empirische Befunde 581

VII Schmerz

48 Psychosomatische Schmerzen 585
Hanne Seemann

48.1 Störungsbild 586
48.1.1 Theoretischer Hintergrund 587
48.1.2 Fehlregulation als Rhythmusstörung . . . 588
48.1.3 Beispiel: Migräne 589
48.1.4 Schmerz als Indikator für eine Rhythmusstörung 590
48.2 Therapieziele 591
48.3 Hypnotherapeutische Interventionen . . 591
48.3.1 Bildersprache 592
48.3.2 Schmerzfokussierung 592
48.3.3 Schmerzkommunikation als Partnerbeziehung 593
48.3.4 Entspannungsübungen 594
48.3.5 Ungehorsamkeitsregel 594
48.3.6 Sortieren 595
48.3.7 Wunschtrance 596
48.3.8 Wünsche 596
48.3.9 Wünsche und Sehnsüchte öffnen die Zukunft 596
48.3.10 Altersregression in der Schmerzbehandlung 597
48.3.11 Reizabschirmung 597

48.3.12 Symptombezogene Interventionen 598
48.3.13 Hausaufgaben 598
48.4 Diskussion 600
48.4.1 Indikation und Kontraindikation 600
48.4.2 Integration mit anderen Verfahren 600
48.4.3 Empirische Belege 601

49 Chronischer Schmerz 603
Frank Hoppe

49.1 Störungsbild 604
49.2 Indikation 604
49.3 Hypnotische Interventionen 605
49.3.1 Vorbereitung 605
49.3.2 Symptombezogene Techniken 606
49.3.3 Problembezogene Techniken 608
49.3.4 Hausaufgaben 608
49.4 Empirische Belege 610

50 Phantomgliedschmerzen 612
Burkhard Peter

50.1 Störungsbild 613
50.2 Behandlung 613
50.3 Fallbeispiele 614
50.4 Kontraindikationen 618
50.5 Theorie 619
50.5.1 Neuropsychologische Theorien: Neuromatrix, Schmerzgedächtnis und Kortikalisierung von Schmerzen 619
50.5.2 Psychologische Theorien: affektive Schmerzaspekte, Rentenneurose, traumatische Aspekte und Coping 621

VIII Somatik

51 Medizinische Notfallsituationen 625
Katalin Bloch-Szentágothai

51.1 Hypnotische Interventionen 626
51.1.1 Verschiedene Notfallsituationen 626
51.1.2 Hausaufgaben 627
51.2 Indikation und Kontraindikation 628
51.3 Integration mit anderen Verfahren 628

52 Vorbereitung auf medizinische Eingriffe 630
Christel J. Bejenke

52.1 Integration einfacher hypnotischer Interventionen in der somatischen Medizin 632
52.2 Interventionen 633
52.2.1 Häufige negative Suggestionen und mögliche Alternativen 633
52.2.2 Geeignete Suggestionen während der präoperativen Visite 634
52.2.3 Ansprechen bestimmter Funktionsbereiche 636
52.3 Folgerungen 637
52.4 Zusammenfassung 638

53 Chirurgie 641
Graham R. Wicks

53.1 Theoretischer Hintergrund 642
53.2 Interventionen 644
53.2.1 Hypnose als einziges Anästhetikum 644
53.2.2 Hypnose kombiniert mit medikamentöser Anästhesie 646
53.2.3 Der Einsatz von Tonbändern 648
53.2.4 Notfallsituationen 648
53.2.5 Hypnose in der Kinderchirurgie 649

54 Verbrennungen 652
Dabney Ewin

54.1 Störungsbild 653
54.2 Interventionen 654
54.2.1 Schmerz und Angst in der Notaufnahme mit Beispielen erster Suggestionen 654
54.2.2 Schuldgefühle und Wut 656
54.2.3 Infektionen 657
54.2.4 Regression und Depression 658
54.2.5 Ernährung 658
54.2.6 Körperbild und physikalische Rehabilitation 658

55 Magen- und Darmspiegelungen 659
Stefan Junker

55.1 Theoretischer Hintergrund 660
55.1.1 Psychische Situation der Patienten 660
55.1.2 Psychische Situation des medizinischen Personals 661
55.1.3 Pharmakologische Sedierung 661
55.2 Interventionen 661
55.2.1 Aufklärungsgespräch 662
55.2.2 Untersuchungsvorbereitung 663
55.2.3 Untersuchungsvorbereitung bei »Problempatienten« 664
55.2.4 Ungünstige Wortwahl 665
55.2.5 Hypnose bei Magenspiegelungen 665
55.2.6 Hypnose bei Darmspiegelungen 667
55.2.7 Abschluss der Untersuchung 669
55.3 Diskussion 670
55.3.1 Indikation und Kontraindikationen 670
55.3.2 Empirische Belege 671

56 Krebserkrankungen 673
Hansjörg Ebell

56.1 Störungsbild 674
56.2 Hypnotische Interventionen 675
56.3 Hausaufgaben 678
56.4 Fallbeschreibungen 680
56.5 Indikationen/Kontraindikationen 682
56.6 Integration mit anderen Verfahren 684
56.7 Empirische Belege 685
56.8 Zusammenfassung 690

57 Immunerkrankungen 692
Harald Krutiak

57.1 Theoretischer Hintergrund und empirische Befunde 693
57.1.1 Interventionsstudien und empirische Befunde 695
57.2 Interventionen 696
57.2.1 Allgemeines 696
57.2.2 Behandlungsbeginn: das »Kreieren des kognitiven Bettes« 697
57.2.3 Nächster Schritt: Stabilisierung und Ressourcenaufbau 697
57.2.4 Das Kernstück: korrektive Immunvisualisierung 698
57.2.5 Ein wichtiger Schritt: Transfer in den Alltag und posthypnotische Integration . 701
57.3 Diskussion 701

58 Tinnitus und Hörsturz 704
Rüdiger Steinriede

58.1 Chronischer Tinnitus 707
58.1.1 Störungsbild 707
58.1.2 Hypnotherapeutische Interventionen . . 708
58.2 Akuter Hörsturz 715
58.2.1 Störungsbild 715
58.2.2 Interventionen 715
58.3 Diskussion 719
58.3.1 Indikation Tinnitus 719
58.3.2 Indikation Hörsturz 719
58.3.3 Empirische Belege 719

59 ZNS-Patienten 723
Karin Görz

59.1 Hypnotherapeutische Relevanz neuropsychologischer Defizite 724
59.2 Interventionen 725
59.3 Therapeutische Intention 728
59.3.1 Weiterführende Hinweise zur Hypnotherapie bei ZNS-Patienten 730
59.4 Diskussion 732
59.4.1 Integration in andere Therapieverfahren im Klinikrahmen 732
59.4.2 Empirische Belege 732

60 Zahnärztliche Problempatienten 734
Albrecht Schmierer

60.1 Störungsbild 735
60.1.1 Ablauf einer Zahnbehandlung 736
60.1.2 Erster Problempatient: das behandlungsunwillige Kind 736
60.1.3 Zahnbehandlungsphobie 737
60.1.4 Iatrogene Ängste 737
60.1.5 Chronische Schmerzen 738
60.1.6 Parodontitis 739
60.1.7 Chronische Hypersensibilität der Zähne . 739
60.1.8 Schleimhauterkrankungen: Aphten, Herpes, Soor 739
60.2 Interventionen 739
60.2.1 Möglichkeiten der Hypnose 739
60.2.2 Engpässe und Musterunterbrechung . . . 740
60.2.3 Folgen und Führen (»pacing« und »leading«) 741
60.2.4 Weitere Formen hypnotischer Kommunikation 742
60.2.5 Hypnotische Analgesie 743
60.2.6 Die Turboinduktion 743
60.3 Diskussion 746
60.3.1 Indikation und Kontraindikation 746
60.3.2 Integration mit anderen Verfahren 746

IX Kinder und Jugendliche

61 Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen 751
Susy Signer-Fischer

61.1 Störungsbild 752
61.2 Interventionen 752
61.2.1 Rahmenbedingungen hypnotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen 752
61.2.2 Hypnose in verschiedenen Entwicklungsstufen 756
61.2.3 Anwendungsbereiche und Behandlungsebenen 760

62 Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen 764
Charlotte Wirl

62.1 Störungsbild 765
62.1.1 Definition der psychosomatischen Störungen nach ICD-10 765
62.1.2 Fragen zur Ätiologie 765
62.1.3 Interdependenzen von Psyche, Soma, Umwelt und Umfeld 766
62.2 Hypnotische Interventionen bei psychosomatoformen und psychosomatischen Beschwerden 767
62.2.1 Hypnotische Intervention 1: Ressourcenaktivierung 767
62.2.2 Hypnotische Intervention 2: Symptompersonifizierung und Einführen eines speziellen Helferwesens 770
62.2.3 Hypnotische Intervention 3: Symptompersonifizierung mit Veränderung der Submodalitäten 773
62.2.4 Hypnotische Intervention 4: Selbsthypnose mit spezifischem Inhalt . . 774
62.3 Indikationen und Kontraindikationen . . 775
62.3.1 Empirische Belege für die Effizienz hypnotherapeutischer Interventionen . . 776
62.3.2 Integration von hypnotischen Techniken in medizinische und psychotherapeutische Verfahren 776

63 Nägelbeißen und Trichotillomanie . . . 778
Hiltrud Bierbaum-Luttermann, Siegfried Mrochen

63.1 Störungsbild 779
63.2 Interventionen 780
63.2.1 Rapport. 780
63.2.2 Informationen zur Gewohnheitsbildung. 780
63.2.3 Klärung der Motivation. 780
63.2.4 Vorbereitung 781
63.2.5 Selbstbeobachtung 781
63.2.6 Hypnotische Interventionen 782
63.2.7 Metaphern. 785
63.2.8 Strategische Interventionen. 785
63.3 Diskussion 786
63.3.1 Indikationen/Kontraindikationen 786
63.3.2 Integration mit anderen Verfahren 786
63.3.3 Empirische Belege 787

X Grundlagen

64 Effektivität der Hypnotherapie 791
Dirk Revenstorf

64.1 Grenzen des medizinischen Modells in der Psychotherapieforschung. 793
64.2 Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit der Hypnotherapie 794
64.3 Metaanalysen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie 796
64.4 Zusatznutzen in Kombination mit anderen Verfahren. 798
64.5 Moderatorvariablen der Wirksamkeit der Hypnotherapie 799

65 Neurobiologie der Hypnose 802
Ulrike Halsband

65.1 Warum ist die Hirnforschung für die Hypnotherapie relevant?. 803
65.2 Elektrophysiologische Ergebnisse 803
65.2.1 Neurophysiologische Korrelate der Hypnose 803
65.2.2 Neuronale Mechanismen der Hypnose im Vergleich zur Meditation 806
65.3 Ergebnisse mit funktionellen bildgebenden Verfahren 808
65.3.1 Neuronale Mechanismen der Farbwahrnehmung unter Hypnose 809
65.3.2 Bildhafte Umsetzung in Hypnose 812
65.4 Hypnotische Analgesie. 816
65.4.1 Strategien der Schmerzkontrolle durch hypnotische Intervention 816
65.4.2 Neodissoziationstheorie der hypnotischen Analgesie 817
65.4.3 Neurobiologische Korrelate der Schmerzwahrnehmung 818

66 Geschichte der Hypnose in Deutschland 821
Burkhard Peter

66.1 Die frühe Epoche bis 1775. 822
66.2 Die Epoche des Magnetismus zwischen 1775 und 1850. 823
66.2.1 Der orthodoxe Mesmerimus 823
66.2.2 Der Puységurismus 831
66.2.3 Der romantische Somnambulismus. . . . 834
66.3 Die Epoche des Hypnotismus und der Suggestion Ende des 19. Jahrhunderts. . 842
66.3.1 Der Braidismus, die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Spiritismus und die berufspolitische Auseinandersetzung mit den Laienheilern und Bühnenhypnotiseuren um 1880 . . . 842
66.3.2 Der Einfluss von Charcot und der Schule von Nancy 844
66.3.3 Albert Molls psychologische Theorie . . . 845
66.3.4 Oskar Vogts physiologische Theorie. . . . 846
66.3.5 Die Zeitschrift für Hypnotismus 847
66.3.6 Die Kritik Wilhelm Wundts 847
66.3.7 Der Niedergang des Hypnotismus nach 1900 848
66.4 Die Epoche des autogenen Trainings . . . 850
66.5 Die Renaissance der Hypnose seit 1975 . 851
66.6 Schlussbemerkungen. 854

XI Schlussdiskussion

67 Schlussdiskussion 857
Dirk Revenstorf

67.1 Resümee 858
67.2 Hypnose als psychodynamische Therapie 858
67.3 Hypnose als kognitive Therapie 859
67.4 Hypnose als Verhaltenstherapie 860
67.5 Hypnose als humanistische Therapie . . . 861
67.6 Hypnose als systemische Therapie. 861
67.7 Hypnose als »Hefe« 862

XII Anhang

Literatur 867

Mitglieder im Wissenschaftlichen Beirat deutschsprachiger Hypnosegesellschaften (WBDA) 933

Sachverzeichnis. 935

Autorenverzeichnis

Alman, Brian, Ph.D.
548 Ocean View Avenue,
Leucadia, CA 92024, USA
E-Mail: dralman@selfhypnosis.com

Bartl, Reinhold, Dr. phil.
Milton Erickson Institut Innsbruck,
Claudiastr. 4, 6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: mei.ibk@tirol.com

Béguelin, Claude, Dr. med.
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,
SPP Bienne,
Rue du Rüschli 6, 2502 Biel, Schweiz
E-Mail: cbeguelin@swissonline.ch

Bejenke, Christel J., M.D.
Santa Barbara, CA 93110, USA
E-Mail: cbejenke@aol.com

Bergmeister, Herbert, Dr. med.
Fürststr. 7, 72072 Tübingen
E-Mail: herbert.bergmeister@t-online.de

Bierbaum-Luttermann, Hiltrud, Dipl.-Psych.
Kurfürstenstr. 155, 10785 Berlin
E-Mail: bierlut@t-online.de

Bloch-Szentágothai, Katalin, Dr. med.
Burggasse 13, 4132 Muttenz, Schweiz
E-Mail: bloch.katalin@smile.ch

Bongartz, Bärbel
Klingenberg, 8508 Homburg, Schweiz
E-Mail: bongartz@hypnose-kikh.de

Bongartz, Walter, Prof. Dr.
Universität Konstanz,
Universitätsstr. 10, 78434 Konstanz
E-Mail: bongartz@bluewin.ch

Ebell, Hansjörg, Dr. med.
Breisacher Str. 4, 81667 München
E-Mail: kontakt@doktorebell.de

Ewin, Dabney M., M.D.
Concentra Medical Center,
318 Baronne St., New Orleans, LA 70112, USA

Freund, Ulrich, Dipl.-Soz.-Päd.
Kliniken Küppelsmühle,
63611 Bad Orb
E-Mail: kliniken@kueppelsmuehle.de

Gerl, Wilhelm, Dipl.-Psych.
M.E.G.-Regionalstelle,
Konradstr. 16, 80801 München
E-Mail: gerlwilhelm@aol.com

Gheorghiu, Vladimir, Prof. Dr.
Schützenstr. 18, 35398 Gießen
E-Mail: vladimir.a.gheorghiu@psychol.uni-giessen.de

Görz, Karin, Dipl.-Psych.
Kurpfalzkrankenhaus,
SRH Kliniken AG,
Bonhoefferstr. 5, 69123 Heidelberg
E-Mail: karin.goerz@web.de

Hain, Peter, Dr. phil.
Plattenstr. 44, 8032 Zürich, Schweiz
E-Mail: info@drhain.ch

Halsband, Ulrike, Prof. Dr.
Institut für Psychologie,
Neuropsychologie,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Engelbergerstr. 41, 79098 Freiburg
E-Mail: halsband@psychologie.uni-freiburg.de

Häuser, Winfried, Dr. med.
Funktionsbereich Psychosomatik, der Inneren Medizin I
und des Zentrums für Schmerztherapie,
Klinikum Saarbrücken,
66119 Saarbrücken
E-Mail: w.haeuser@t-online.de

Hole, Günter, Prof. Dr. med
Kantstr. 5/3, 88213 Ravensburg
E-Mail: guenter.hole@web.de

Höller, Josy, Lic. phil.
Luzerner Psychiatrie,
4915 St. Urban, Schweiz
E-Mail: josy.hoeller@lups.ch

Hoppe, Frank, Dr. Dipl.-Psych.
Kielortallee 15, 20144 Hamburg

Horton-Hausknecht, Jillian, Ph.D.
Fremantle Clinical Psychology,
193 South Terrace, South Fremantle,
W.A. 6162, Australien
E-Mail: jhorton@iprimus.com.au

Janouch, Paul, Dipl.-Päd. Dipl.-Psych.
M.E.G.-Regionalstelle,
Hermannstr. 26, 32105 Bad Salzuflen
E-Mail: paul@janouch.de

Junker, Stefan, Dipl.-Psych.
Wormser Str. 13, 64625 Bensheim
E-Mail: info@hypnotherapeut.de

Krause, Clemens, Dr. Dipl.-Psych.
Gartenstr. 31, 72074 Tübingen
E-Mail: clemens.krause@web.de

Kronsbein, Falko, Dr. med.
Felsenland Klinik Dahn,
Ingbert-Naab-Str. 6–8, 66994 Dahn
E-Mail: falko.kronsbein@fkdahn.de

Krutiak, Harald, Dipl.-Psych.
Fuggerstr. 35, 10777 Berlin
E-Mail: harald@krutiak.de

Martin, Marianne Dr. phil.
Sternwartestr. 21A/13, 1180 Wien, Österreich
E-Mail: mariannemartin-isorec@aon.at

Meiss, Ortwin, Dipl.-Psych.
M.E.G.-Regionalstelle,
Eppendorfer Landstr. 56, 20249 Hamburg
E-Mail: mei@on-line.de

Mrochen, Siegfried, Prof. Dr. phil.
Fregestr. 67, 12159 Berlin-Friedenau
E-Mail: siegfried.mrochen@versanet.de

Perren-Klingler, Gisela, Dr. med.
Napoleonstr. 16B, 3930 Visp, Schweiz
E-Mail: info@institut-psychotrauma.ch

Peter, Burkhard, Dr. Dipl.-Psych.
MEG-Stiftung
Konradstr. 16, 80801 München
E-Mail: burkhard-peter@t-online.de

Prudlo, Uwe, Dr. Dipl.-Psych.
Institut für Medizinische Psychologie und
Verhaltensneurobiologie
Gartenstr. 29, 72074 Tübingen
E-Mail: uwe.prudlo@uni-tuebingen.de

Reckert, Horst-W., Dr. Dipl.-Psych.
Gartenstr. 18, 72074 Tübingen
E-Mail: kontakt@dr-reckert.de

Revenstorf, Dirk, Prof. Dr.
Universität Tübingen,
Akademie der Milton-Erickson-Gesellschaft,
Gartenstr. 18, 72074 Tübingen
E-Mail: kontakt@meg-tuebingen.de

Riebensahm, Hans, Dipl.-Psych.
Humboldtallee 24, 37073 Göttingen
E-Mail: riebensahm@aol.com

Schlarb, Angelika A., Dr. Dipl.-Psych.
Psychologisches Institut,
Abt. für Klinische und Entwicklungspsychologie,
Christophstr. 2, 72072 Tübingen
E-Mail: angelika.schlarb@uni-tuebingen.de

Schmierer, Albrecht, Dr. med. dent.
DGZH-Regional- und Geschäftsstelle
Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
E-Mail: aschmierer@aol.com

Seemann, Hanne, Dipl.-Psych.
Moltkestr. 3, 69120 Heidelberg
E-Mail: hanneseemann@t-online.de

Signer-Fischer, Susy, Lic. phil.
Zentrum für Entwicklungs- und Persönlichkeitsdiagnostik (ZEPD)
Institut für Psychologie, Universität Basel
Missionsstr. 62, 4055 Basel, Schweiz
E-Mail: mail@susysigner.ch

Steinriede, Rüdiger Dr. med.
Eifelweg 16, 71032 Böblingen
E-Mail: ruediger@dr-steinriede.de

Trenkle, Bernhard, Dipl.-Psych.
M.E.G.-Regionalstelle
Bahnhofstr.4, 78628 Rottweil
E-Mail: mail@bernhard-trenkle.de

Van der Hart, Onno, Prof. Dr.
Oldenaller 1, 1081 Amsterdam HJ, Niederlande
E-Mail: onnovdh@planet.nl

Walter, Henriette, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Universitätsklinik
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich
E-Mail: henriette.walter@meduniwien.ac.at

Weber, Reinhard, Dipl.-Psych.
Klinik Höhenried,
Rehabilitationszentrum für Kardiologie, Orthopädie
und Psychosomatik,
82347 Bernried
E-Mail: reinhard.weber@hoehenried.de

Wicks, Graham, MBBS
Dept. Psychological Medicine,
Women's and Children's Hospital,
Adelaide SA 5006, Australien

Wirl, Charlotte, Dr. med.
Waldmeistergasse 43, 1140 Wien, Österreich
E-Mail: charlotte.wirl@gmx.at

Wirz, Patrick, Lic. phil.
Alderstr. 21, 8008 Zürich, Schweiz
E-Mail: patrickwirz@bluewin.ch

Zeig, Jeffrey K., Ph.D.
The Milton H. Erickson Foundation,
3606 N. 24th St, Phoenix, AZ 85016, USA
E-Mail: jkzphd@aol.com

Zeyer, Reinhold, Dr. Dipl.-Psych.
Fürststr. 7, 72072 Tübingen
E-Mail: reinhold.zeyer@t-online.de

Zindel, J. Philip, Dr. med.
Hauptstr. 17, 4102 Binningen, Schweiz
E-Mail: j.philip.zindel@bluewin.ch

Einführung

Dirk Revenstorf

Hypnose als Ritual

Die meisten Verfahren der heutigen Psychotherapie haben entweder ihre Wurzel in der Hypnose oder in irgendeiner anderen Form Berührungspunkte mit ihr. Das ist wohl auch der Grund dafür, dass sich Hypnose mit fast allen Therapieverfahren gut verbinden lässt (Revenstorf 1998b). Immer wenn Trancezustände eingeleitet werden, Suggestionen direkt oder indirekt gegeben oder Vorstellungsbilder verwendet werden, betritt man den Bereich der Hypnose. Hypnose stand am Anfang aller Psychotherapie (▶ Kap. 66) und sie hat sich in den letzten 230 Jahren vielen Fragen gestellt, mit denen auch die heutige Psychotherapie konfrontiert ist: Konflikt- oder Lösungsorientierung, regressive oder progressive Bearbeitung, Gruppen- oder Einzeltherapie. Eine dieser Fragen betrifft die Standortbestimmung: Ist Hypnose – und ebenso Psychotherapie im Allgemeinen – ein naturwissenschaftlich begründetes Verfahren oder gehört sie in den Bereich der magisch-mythischen Rituale?

Die historischen Anfänge der Hypnose weisen sie als rituelles Heilverfahren aus, das sich ganzheitlich-psychosomatisch mit verschiedensten körperlichen oder seelischen Beschwerden befasst. Von der Erscheinung her ähnelt sie meditativen Zuständen. Vom Ziel her gibt es eine Verwandtschaft zu den verschiedenen Formen von Heilungsritualen, wie sie auch im Schamanismus praktiziert werden. Das wird am Beispiel des Exorzismus des Pfarrers Johann Joseph Gaßner im 18. Jahrhundert deutlich, der von Franz Anton Mesmer hingegen als Hypnose identifiziert wurde. Im Schamanismus werden spirituelle Kräfte angenommen, die die Störung aber auch die Heilung verursachen. Gaßner stellte fest, dass bei seinen Teufelsaustreibungen auch körperliche Leiden wie Kopfschmerzen oder psychovegetative Störungen behoben wurden (Peter 2000c,d; ▶ Kap. 66). Er führte das auf die Wirkung des Heiligen Geistes und anderer himmlischer Mächte zurück und es bedurfte des Aufklärers Franz Anton Mesmers, um die beschriebenen Vorgänge aus der Metaphysik in die Welt der natürlichen Phänomene zu holen. Im Gegensatz zur Hypnose geht im Schamanismus, der als Heilkunst bei den Naturvölkern der ganzen Welt von der asiatischen Tundra bis Südamerika vergleichbare Formen entwickelt hat, nicht der Patient, sondern der Heiler in Trance um die Wurzel des Übels zu finden.

Mesmer hielt Gaßners Spiritismus – bekanntlich eine physikalische Theorie – die des animalischen Magnetismus entgegen. Dieser bewirke eine Harmonisierung von Körpersäften und Körperkräften, die aus dem Gleichgewicht geraten waren, wodurch Krankheiten verursacht worden sind. Die Ordnung bezieht der Körper während der Kur mithilfe des Mediums Hypnotiseur aus einem kosmischen Magnetfeld, das diese Harmonie repräsentiert. Diese Vorstellung erscheint weniger spirituell als die Idee von Besessenheit und Teufelsaustreibung, ist aber im Grunde genauso unwissenschaftlich wie Gaßners Spiritismus, da die angenommenen Magnetkräfte nicht nachweisbar waren. Dies wurde Mesmer 1784 in Paris von einer speziell dafür eingesetzten wissenschaftlichen Kommission in aller Deutlichkeit zu verstehen gegeben.

Beim Verfahren des Magnetisierens oder »Mesmerisierens«, das von Mesmer und seinen Nachfolgern verwendet wurde, spielten Worte – wenn überhaupt – eine untergeordnete Rolle. Dagegen wurde, um die hypnotische Trance herzustellen und die magnetische Wirkung auf den Patienten zu übertragen, eine physische Beeinflussung vorgenommen – mithilfe sog. »Passes« (»Luftstriche«), d. h. streichender Bewegungen ohne Berührung knapp über der Körperoberfläche vom Kopf über die Arme zu den Händen bis zum Bauch oder den Beinen (Jovanovic 1988, S. 344). Dabei ist eine Wirkung elektrostatischer oder elektromagnetischer Felder nicht auszuschließen, weswegen man den Mesmerismus und den Hypnotismus späterer Autoren klar unterscheiden sollte. Seit einiger Zeit gibt es eine Art Neomesmerismus. Eine Gruppe um den Neurowissenschaftler Michael Persinger konnte nachweisen, dass hypnotische Suggestibilität und andere hypnoserelevante Phänomene durch die Anwendung von magnetischen Feldern über der rechten Hemisphäre gefördert werden (Healey et al. 1996).

Es lassen sich gewisse Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zwischen den Tranceritualen wie Zen Meditation, Yoga, schamanischen Reisen und Hypnose feststellen (Walsh 1992), die Hypnose als relativ flexible Form der Tranceinduktion ausweisen. Mit ihr wird in kontrollierter Weise ein Zustand erreicht, der sich durch Konzentration, reduzierte Kommunikation und eingeschränkte Wahrnehmung des Umfeldes, verminderte Aktivierung, meist positiven Affekt und mögliche Dis-

Tab. 1. Vergleich von hypnotischer Trance mit anderen Trancezuständen. (Nach Walsh 1992)

	Zen	Yoga	Schamanismus	Hypnose
Kontrolle des Zustandes	Ja	Ja	Ja	Ja
Kontrolle des Inhalts	Ja	Ja	Teilweise	Teilweise
Wahrnehmung des Umfeldes	Verstärkt	Reduziert	Reduziert	Reduziert
Konzentration	Verstärkt fließend	Verstärkt fixiert	Verstärkt fließend	Verstärkt fixiert oder fließend
Kommunikation	Vorhanden	Stark reduziert	Vorhanden	Reduziert
Aktivierung	Vermindert	Stark vermindert	Erhöht	Vermindert/erhöht
Affekt	Positiv	Positiv	Positiv/negativ	Meist positiv
Selbstgefühl (Identität)	Wandelbar fließend	Unwandelbar transzendent	»Seelenflug«	Erhalten
Außerkörperliche Erfahrgung	Nein	Entase: Dissoziation des Körperlichen	Extase: Verlassen des Körpers	Assoziative oder dissoziative Zustände
Inhalt	Zerlegung der Erfahrung in fließende Komponenten	Einzelne Objekte oder »reines Bewusstsein«	Zweckorientiert kohärent	Zweckorientiert kohärent

soziation der Körperwahrnehmung auszeichnet (Tab. 1).

Weil Mesmer den Pfarrer Gaßner mit »naturwissenschaftlichen« Argumenten in die Schranken der Unwissenschaftlichkeit verwiesen hatte, gilt er mit seinem Magnetismus gemeinhin als der Begründer der modernen therapeutischen Hypnose und der Psychotherapie. Aber auch ihm wurden ja 1784 die gleichen Grenzen gezeigt und seine zahlreichen Nachfolger wirkten von da an zunächst mehr oder weniger in einer Grauzone zwischen Scharlatanerie und Medizin. Paradox ist, dass man Mesmers Anspruch auf eine psychotherapeutische Wirkung mit einer Interpretation seiner Methode abgelehnt hatte, die heute als genuin psychotherapeutisch gilt: Nämlich das Verhalten der mesmerisierten Personen beruhe auf Imagination und Imitation. Im 19. Jahrhundert folgten eine Reihe weiterer Versuche einer wissenschaftlichen Fundierung der Hypnose bis sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts – vor der Etablierung der Psychoanalyse – durch Ärzte wie Charcot in Paris und speziell im Rahmen einer Suggestionstheorie von Bernheim und Liebeaut in Nancy (s. unten) als therapeutisches Verfahren gefestigt war. Es wurde ein rein mentaler Prozess angenommen, der verbal gesteuert wird. Der dabei entstehende Trancezustand wurde noch lange fälschlicherweise als künstlicher Schlaf verstanden. Zu einer endgültigen Anerkennung der Hypnose als therapeutisches Verfahren kam es erst in den letzten Jahren (Revenstorf 2006).

Bei der Hypnose, sei sie nun durch streichende Bewegungen (»Passes«) oder Worte eingeleitet, könnten immer noch rituelle Komponenten wirksam sein, wie sie als unspezifische Faktoren der Psychotherapie bekannt sind. Der heutige sog. pragmatische Eklektizismus in der Psychotherapie wird teilweise damit begründet (Frank 1985), dass bei jeder schulspezifischen Intervention allgemeine Faktoren wirksam werden, die sich als **Insignien der Autorität** (1), ein **Handlungsritual** (2), das den **Unterschied zur Alltagskommunikation** deutlich macht, ein **Erklärungsmythos** (3) für Störung und Heilung

sowie eine **persönliche Interaktion** mit affektiver Erfahrung (4) beschreiben lassen. Im Gegensatz dazu wird von Autoren des systematischen Eklektizismus angenommen, dass es eine Vielzahl von spezifischen Interventionstechniken gibt, die von den einzelnen Therapieschulen hervorgebracht wurden und anhand einer diagnostischen Vorklärung für bestimmte Störungen und Patiententypen wirksam eingesetzt werden können (Beutler 1992).

Hypnose kann man also als ein effektives Ritual ansehen, um unspezifische Wirkfaktoren und Selbstheilungskräfte in der Therapie in einem Ausmaß zu mobilisieren, wie es die Schulmedizin oder Schulpsychotherapie nicht kann. Kirsch et al. (1995a; Kirsch 1996) konnten in Metaanalysen z. B. nachweisen, dass Hypnose die Effektstärke von kognitiver Verhaltenstherapie geradezu verdoppelt. Sie ist als Ritual in der westlichen Tradition auch ohne Rückgriff auf schamanistische Weltbilder begründet und wirkt daher auch für Menschen der westlichen Zivilisationen glaubhaft. Hypnotherapie hat aber auch spezifische therapeutische Wirkungen, wie in diesem Buch gezeigt wird.

Es existiert heute ein derartiger Fundus an theoretischen, experimentellen und klinischen Arbeiten zur Hypnose, dass sie als etablierte wissenschaftliche Domäne nicht mehr geleugnet werden kann (Lynn u. Rhue 1991; Kirsch 1993). Zur Hypnose und Hypnotherapie hat es in den letzten 20 Jahren eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen, im klinischen und im experimentellen Bereich, gegeben, die sie als therapeutische Methode bei unterschiedlichsten somatischen und psychischen Störungen indiziert erscheinen lassen und zahlreiche kontrollierte Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen haben ihre Effektivität bestätigt (▶ Kap. 64)

Man könnte sagen, dass Hypnose es unter günstigen Umständen ermöglicht, mehr von der Bandbreite der physiologischen, emotionalen und kognitiven Reaktionsmöglichkeiten zu nutzen, als es im Alltagsbewusstsein zugelassen wird. Das wird durch viele bemerkenswerte Fallberichte von durchaus glaubhaften Autoren nahegelegt. Etwa schmerzfreie abdominale Operationen ohne Narkose, Beseitigung phobischer Reaktionen in wenigen Sitzungen, Remission von akutem Asthma, von Tumoren und von behandlungsresistenten Hautkrankheiten wie Ichthyosis, u. a. (▶ Kap. 43–45 sowie 56–59; Lenk 1990; Schirmer 1990; Kaschel u. Friedrich 1990).

Der Volksglaube schreibt dem Zustand der hypnotischen Trance[1] Willenlosigkeit, verbesserte kognitive Fähigkeiten (z. B. Erinnerungsvermögen), ungewöhnliche körperliche Leistungen (z. B. kataleptische Brücke), Schmerzlosigkeit und bestimmte psychosomatische Phänomene (z. B. suggerierte Brandblasen) zu. Dabei handelt es sich zum Teil um Mythen (▶ Kap. 10), die offenbar zwei polare Funktionen in der Vorstellungswelt erfüllen: Phantasien der Ohnmacht und solche der Omnipotenz. Die Ohnmachtsphantasien geben dem Individuum die Möglichkeit, die Verantwortung abzulegen und sich außerhalb des Rahmens der Mündigkeit zu begeben (▶ Abschn. 10.4 »Gefahren der Bühnenhypnose«). Das ist offenbar ein ebenso starkes Bedürfnis, wie es die Omnipotenzphantasien sind. Hierfür scheint die Hypnose in einer durch Vernunft und Materialismus beherrschten Welt den Menschen Projektionsflächen für das Irrationale zu geben, das alles möglich macht – so wie in anderen Kulturen der Glaube. Hier kommt wieder das Doppelgesicht der Hypnose zum Vorschein, das in ihrer mystischen und ihrer medizinischen Tradition begründet ist.

Traditionelle und moderne Hypnose

Hypnose wird als ein Verfahren und als der daraus resultierende Zustand veränderten Bewusstseins (Trance) beschrieben, in dem der Mensch (bisweilen auch Tiere) anders als »gewöhnlich« reagieren. Die traditionelle Auffassung von der Hypnose knüpft an die genannten Omnipotenz- und Ohnmachtsphantasien an und suggeriert einen Veränderungsprozess im Individuum, der von außen gesteuert ist. Diese Steuerung kann vom Individuum selbst übernommen werden, wie etwa im autogenen Training, bleibt aber sinngemäß eine Befehlsbefolgung, auch wenn die Anweisungen vom Bewusstsein des Individuums gegeben werden. Nachdem sich die Hypnose durch Mesmer

1 Unter Hypnose werden hier Verfahren zur Fremdeinleitung von Trancezuständen (im Wesentlichen durch verbale Stimulation) verstanden; mit Trance sind Bewusstseinszustände gemeint, die subjektiv als verändert wahrgenommen werden.

(1734–1815) aus dem Magischen emanzipiert hatte, haben zunächst britische Ärzte wie Braid (1795–1860) und Esdaile (Esdaile 1846) die analgetische Wirkung der Hypnose genutzt und ihr dadurch eine erhebliche Verbreitung verschafft bis die Erfindung von Chloroform, Lachgas und anderen chemischen Anästhetika in der Mitte des vorletzten Jahrhunderts die Hypnoanalgesie verdrängte. Die Hypothese Braids, von dem ja die Bezeichnung »Hypnose« (anstelle von Magnetismus, Mesmerismus, Sophrologie) stammt, war nüchtern neurologisch: Durch die fortwährende Konzentration auf einen Stimulus (Monoideismus) bei der Fixationsmethode ermüde der entsprechende Nerv und es komme, wie auch Pawlow später noch glaubte, zu einem partiellen Schlaf, bei dem dann die Sensorik vorübergehend ausgeschaltet ist.

Die Macht des Hypnotiseurs kommt Ende des 19. Jahrhunderts wieder ins Spiel, als der Pariser Neurologe Charcot (1825–1893) hypnotische Trance als passagere Hysterie deklarierte, in die er die Patienten zu versetzen in der Lage war. Zwar verschoben die Kontrahenten Charcots, die Ärzte Liebeault (1823–1904) und Bernheim (1814–1919) den Akzent, indem sie Trance als normales Phänomen der Suggestion erklärten, aber die Macht der Suggestion ging ihrer Auffassung nach von einer entsprechenden Suggestivkraft des Hypnotiseurs aus. Charcots Schüler Janet und Freud wichen jeweils in ihrer Auffassung von ihrem Lehrer ab, indem Janet einen spezifischen kognitiven Prozess der Dissoziation für die hypnotischen Phänomene verantwortlich machte und Freud Hypnose als Weg zum Unbewussten erkannte; aber die Form der Induktion war von der Autorität des Therapeuten bestimmt und die Heilung erfolgte durch suggestives Einreden im Sinne eines Umprogrammierens.

Nach Freuds Verdikt (1914) der Hypnose als therapeutischer Methode sank sie zurück in den Dornröschenschlaf der akademischen Experimente und einigen autosuggestiven Methoden wie Cués positivem Denken oder J. H. Schultz' autogenem Training. Zwar blieb die Hypnose auch eine suggestive Behandlungstechnik, aber mit deutlich autoritärem oder zumindest fremdbestimmtem Charakter – so etwa auch die Vorgaben zur Imagination mit psychoanalytisch ausgedeuteten Inhalten bei Leuners katathymem Bilderleben (Leuner 1955) oder Kretschmers gestufter Aktivhypnose (Kretschmer 1990). Die Experimente zur Erforschung hypnotischer Phänomene in den psychologischen Labors, insbesondere von amerikanischen Autoren (Hull 1933; Hilgard 1965; Weitzenhoffer 1953), hatten zum Ziel, das Verfahren zu standardisieren und die Effekte zu systematisieren und psychometrisch zu erfassen. Damit folgten sie einem mechanischen Modell der hypnotischen Trance, das im Gegensatz zur konstruktivistischen Auffassung von hypnotischen Phänomenen (▶ Kap. 3) oder zur individualisierten Vorgehensweise, wie sie von Erickson entwickelt wurde, steht.

In den 30er-Jahren begann eine rege experimentelle Forschungstätigkeit an angloamerikanischen Universitäten, mit dem Ziel einer exakteren theoretischen Begründung der Hypnose und der psychometrischen Erfassung ihrer Phänomene. Hierbei entwickelten sich zwei Hauptrichtungen der Interpretation der Hypnose: Autoren wie Hilgard (1989) und Orne (1977) oder Erickson (1981) vertraten die Auffassung, dass es sich bei der hypnotischen Trance um einen Sonderzustand des Bewusstseins handle; andere Autoren wie Sarbin, Barber und Spanos (Barber u. DeMoor 1972; Spanos 1986), leugneten einen solchen Sonderzustand und versuchten hypnotische Phänomene mittels sozialpsychologischer Mechanismen zu erklären (▶ Kap. 1). Heute wird einem soziobiologischen Modell der Vorzug geben, das beiden Hypothesen Rechnung trägt (Lynn u. Rhue 1991; Fromm u. Nash 1992).

Nach den beiden Kriegen fand jeweils eine vermehrte Anwendung der Hypnose zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen und anderer Kriegsneurosen statt, für die sich die Dissoziation der Affekte in Trance anbot, um die traumatischen Erlebnisse zu rekapitulieren und abzuschließen (▶ Kap. 38 und 39). Seit etwa 1940 arbeitete der amerikanische Psychiater Milton H. Erickson (1901–1980) an einer differenzierten und stark auf die subjektive Realität des Patienten zugeschnittenen Form der Hypnotherapie, die in den letzten 40 Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend mehr Anerkennung unter Medizinern und Psychologen fand. Erickson hatte aus eigener Erfahrung die Wirksamkeit der Selbsthypnose zur Schmerzbewältigung kennengelernt (Erickson hatte zweimal, mit 17 und 51 Jahren, Kinderlähmung und litt lebenslang unter Schmerzen) und machte die Auffassung populär, dass hypnotische Trance einen Zustand

selbst bestimmter Potenz des Individuums und des Zugangs zu eigenen Ressourcen darstellt. Die therapeutische Kunst bestehe darin, dem Patienten diesen Zugang zu öffnen und ihn dann seine eigenen Lösungen finden zu lassen.

Er entwickelte daraus eine therapeutische Grundhaltung, die Widerstand eher als Defizit des therapeutischen Angebots als die Unwilligkeit des Patienten ansah. Er war daher ein Vertreter der Individualisierung in der Psychotherapie und entwickelte vielfältige Varianten und indirekte Methoden der Hypnose u. a. zur Schmerzbewältigung, aber auch eine Reihe weiterer psychotherapeutischer Vorgehensweisen, die ihn zum Vorläufer eines integrativen Ansatzes der Psychotherapie machten (Zeig 1988).

Ericksons Therapieprinzipien, die er im Zusammenhang mit Hypnose entwickelte, haben weitreichenden Einfluss auf andere Therapieformen gehabt, insbesondere auf die systemische Therapie, da Erickson einen schier unerschöpflichen Einfallsreichtum entwickelte, um den Patienten die Überwindung der selbst gesetzten Barrieren und gelernten Begrenzungen zu erleichtern, die ja zum Teil in den Interaktionsmustern und Loyalitäten zwischen den Familienmitgliedern festgeschrieben sind. Erickson hat seine Vorgehensweisen nie systematisiert oder theoretisch begründet. Seine Haltung ist eklektisch, indem er behauptet, jeder Patient erfordere eine neue Therapie und eine eigene Theorie. Auch wenn er ein Meister sowohl der individuellen Therapieplanung wie auch der Improvisation war, lassen sich aus seinen Fallbeschreibungen (Erickson 1995–97) und den publizierten Transskripten (Erickson u. Rossi 1981; Erickson et al. 1978; Zeig 1980 u. a.) eine Reihe von Prinzipien destillieren, die helfen, sein therapeutisches Vorgehen transparenter zu machen.

Es sind im Wesentlichen fünf Aspekte der Gestaltung des therapeutischen Kontaktes, hinter denen sich ein bestimmtes Menschenbild verbirgt, nämlich dass ein Individuum die Ressourcen zur Veränderung in sich trägt und meist weder instruiert werden noch neu lernen muss, um körperliche und seelische Probleme zu lösen. Da das einem Menschen in einer verzweifelten Lage kaum vorstellbar ist, führt er das Unbewusste als Hilfsgröße ein, in die die heilende Potenz projiziert werden kann (»Therapeutisches Tertium«, ▶ Kap. 5). Dieses Unbewusste kann auch als Langzeitgedächtnis bezeichnet werden, aber es ist für Erickson nicht wesentlich, dadurch kognitive Gesetzmäßigkeiten zur Erhellung der hypnotischen Phänomene heranziehen zu können. Es geht vielmehr darum, eine potente Größe in den Therapieprozess einzubeziehen, die dem Patienten die Hoffnung gibt, die nach Jerome Frank (1985) ein wesentlicher Mediator des Heilungsprozesses ist.

Der Zugang zum Patienten ist von Erickson besonders kultiviert worden; damit ist die Voraussetzung geschaffen, dass der Patient keine Schwierigkeiten hat, die Angebote des Therapeuten anzunehmen. Damit widerspricht Erickson weitgehend dem Vorhandensein von Widerstand beim Patienten. Nach seinen Vorstellungen muss der Therapeut das nützen, was der Patient mitbringt. Dieses Prinzip heißt **Utilisation** (▶ Kap. 7).

Fallbeispiel

Einen Patienten, der rauchen will, um sich zu entspannen, lässt er rauchen und dann die Augen schließen und sich die Rauchringe vorstellen, die er vorher geblasen hat, und erleichtert so die Innenwendung des Patienten. Ein Patient, der sich so unruhig fühlt und sagt, dass er sich bewegen möchte, lässt er im Zimmer auf und ab gehen und begleitet ihn mit Worten, wie: *»Sie gehen zum Fenster, vorbei am Schreibtisch, mit den schweren Aktenstapeln … und dann zum Bücherregal mit den gewichtigen Büchern usw. … und kommen an dem bequemen Sessel vorbei, ohne sich jetzt schon hinzusetzen … aber Sie können sich vorstellen, wie bequem es ist sich in den Sessel fallen zu lassen«* und so fort.

Um dem Patienten gerecht zu werden, wird nicht nur seine augenblickliche Motivationslage berücksichtigt, sondern auch seine Charakterstruktur und seine Interaktionsmuster. So wird ein Mensch, der zu Widerspruch neigt, eher auf verneinte Suggestionen im Sinne des Zieles reagieren (»*Sie werden wohl nicht gleich in Trance gehen*«) und ein kooperativer Mensch auf direkte Aufforderungen positiv reagieren. Die Kunst des Rapports wird auch »pacing« genannt und ist ein erweitertes Konzept der Empathie, die strategische Elemente enthält. Auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird in ▶ Kap. 4 eingegangen.

Ein weiteres innovatives Konzept war die Idee der **Konfusion**. Das zunächst unplausible Prinzip

Patienten zu verwirren, damit sie änderungsbereit sind, knüpft an die Tatsache an, dass Menschen gewohnheitsmäßig an überlernten Denkschemata festhalten, auch wenn sie dysfunktional sind. So verlassen viele Menschen ungern den vertrauten Rahmen der willkürlichen Entscheidungen, um sich der Unwillkürlichkeit der Trance zu überlassen oder den Rahmen des logischen Denkens, um sich in die Irrationalität des Primärprozesses zu begeben, der zugleich die Kreativität der hypnotischen Trance ausmacht. Daher ist es unter bestimmten Bedingungen sinnvoll, die Haltung des Patienten zu labilisieren, um eine neue Orientierung zu erleichtern. Das kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Kognitiv kann es durch Begriffsverwirrung bewirkt werden.

Exkurs
Therapieprinzipien nach Erickson

1. **Utilisation:** Die individuellen Merkmale (z. B. Attributionsstil) und Interaktionsmuster (z. B. Konkurrenzdenken) einschließlich u. U. des Symptoms und des »Widerstands« werden für die Veränderung genutzt.
2. **Destabilisierung**: Um das Aufgeben festgefahrener kognitiver Positionen und Verhaltensmuster zu erleichtern, kann durch affektive, kognitive oder interaktive Konfusion die mentale Beweglichkeit des Patienten wiederhergestellt werden. In der Folge ist dann eine Problemlösung oder Annahme von Suggestion erleichtert.
3. **Beiläufigkeit**: Um den Widerstand zu umgehen, hat Erickson diverse Kommunikationsmuster erfunden, die die relevante Information indirekt vermitteln (Einbettung, Implikation, Stellvertreter, Negation der Negation, »pacing« und »leading«).
4. **Minimale Veränderung mit Kaskadeneffekt:** Um die Veränderung einzuleiten, wird an einer Stelle, die unverdächtig ist, eine kleine Intervention gesetzt, die unschuldig erscheint und auf die der Patient nicht vorbereitet ist. Ist das Verhaltensmuster einmal unterbrochen, ergibt sich u. U. eine Neuorganisation im Sinne eines Lawineneffekts.
5. **Schutz des Unbewussten**: In Trance bearbeitete Inhalte können bewusst schwer erträglich oder gefundene Lösungen noch nicht in die Rationalität des Alltagsdenken integrierbar sein. Dann ist eine vorläufige oder teilweise Amnesie nützlich (durch Ablenkung, Schachtelung der Inhalte, Amnesiesuggestion), bis eine Konsolidierung stattgefunden hat.

> Um in Trance zu gehen, müssen Sie verstehen, dass Sie verstehen müssen, was Sie unbewusst richtig machen, wenn Sie sich bewusst entschieden haben in Trance zu gehen. Denn Sie wissen nicht, ob Sie bewusst mehr von dem lernen, was Ihr Unbewusstes schon immer richtig gemacht hat oder ob Sie unbewusst davon lernen, was Sie bewusst immer wieder richtig entschieden haben (Zitat des Autors).

Andere Maßnahmen zur Destabilisierung sind Humor, worauf z. B. die provokative Therapie Farrellys (Farrelly u. Brandsma 1985; ▶ Kap. 12) oder die paradoxe Intention Frankls (1960) beruht. Nach moderner systemischer Auffassung ist therapeutische Veränderung, wie jede andere systemische Änderung, Aufgabe der Homöostase zugunsten eines Wachstumsprozesses, der aber erst möglich wird, wenn das System einen Attraktor, d. h. einen Zustand energetischer Stabilität, verlassen kann, um einen Neuen aufzusuchen. Dazwischen liegt sozusagen ein »energetischer Hügel« wie zwischen zwei Tälern und die Labilisierung hebt das System über diesen Hügel.

Ein weiteres Prinzip der Erickson'schen Hypnotherapie ist die **Beiläufigkeit**, die in verschiedenen Varianten praktiziert wird (▶ Kap. 16, 18 und 20). Dadurch, dass Suggestionen indirekt gegeben werden, fordern sie keine Auseinandersetzung mit dem bewussten Denken, der Vernunft und den Wertesy-

stemen, die damit verbunden sind. Dadurch wird der Widerstand vermieden, der durch Festhalten des bewussten Denkens an der Unveränderbarkeit des bestehenden Zustandes zustande kommt. Trotzdem wird eine beiläufig oder indirekt aufgenommene Information intern verarbeitet, wie man an der Werbung sieht. Dort wird oft gar nicht direkt zum Konsum des Produkts (Zigaretten, Alkohol, Gebrauchsgegenstände) aufgefordert, sondern ein aus anderen Gründen beeindruckendes Bild wird mit dem Artikel in einen losen Zusammenhang gebracht, der nicht zwingend dargestellt wird und daher beim Zuschauer nicht Widerspruch oder Bewertung auslöst und trotzdem bleibt der Artikel im Gedächtnis haften.

Man kann dagegen einwenden, dass der Therapeut einen Kontrakt mit dem bewussten Anteil der Persönlichkeit macht und deshalb ihm üblicherweise die geplanten Interventionsschritte zur Prüfung vorlegt. Was aber ist, wenn der bewusste Verstand den Weg versperrt, auch wenn er mit dem Ziel einverstanden ist? Hier wird die Annahme gemacht, dass es auch im unbewussten Verarbeitungsprozess eine Instanz gibt, die selbstschädigendes Verhalten erkennt und die Rezeption einer Metapher oder einer indirekten Suggestion verweigert. Wenn Sie ihrem Kind sagen »Soll ich Dir vor oder nach dem Zähneputzen vorlesen?« wird das Kind das Zähneputzen verweigern, wenn es prinzipiell dagegen ist, nicht aber, wenn es nur gegen die Aufforderung zu putzen ist. Die Wirkung der Beiläufigkeit gründet sich auf einen Gedächtnisspeicher, der für die Bahnung des Wissens und Verhaltens durch unterschwellige Reize zuständig ist und der neben dem Kurzzeit- und dem Langzeitgedächtnis angenommen wird.

Das Prinzip des **Kaskadeneffekts** dient ebenfalls der Umgehung festgefahrener kognitiver Strukturen, indem eine Veränderung mit Patienten zunächst auf einem unwichtig erscheinenden Nebenschauplatz initiiert wird. Dadurch wird aber in der Folge eine Veränderung des Hauptproblems erleichtert. Die Symptomverschreibungen in der systemischen Therapie nutzen dieses Prinzip. Wenn es gelingt, eine Verschreibung des Symptoms – etwa zu Beobachtungszwecken – unter leicht veränderten Bedingungen plausibel zu machen, dann tritt ungewollt eine Veränderung des Symptoms ein, indem es kontrollierbarer wird. Bei der Transceinduktion kann man z. B. den Patienten veranlassen beim Einatmen die Augen zu öffnen und sie beim Ausatmen jedes Mal zu schließen, um herausfinden, welche unterschiedliche Wirkung dies auf den Organismus hat. Damit kann man dem Organismus die Gelegenheit geben, die ermüdeten Lider irgendwann geschlossen zu lassen, was der Patient jetzt leichter akzeptiert, denn das Muster des Offenlassens wurde ja bereits mehrfach durchbrochen.

Fallbeispiel

Bekannt ist auch Ericksons Nägelbeißerbeispiel, bei dem er dem Kind zugestand, dass die »Nägeldiät« für den kleinen Patienten lebenswichtig sei. Es sei aber schade, täglich immer nur so wenig abzubeißen und er empfehle einen Nagel lieber 3 Wochen lang wachsen zu lassen, um dann einen richtig großen Happen genussvoll abbeißen zu können. Damit war das Muster durchbrochen und das Kind konnte sich anderen Formen der Problemlösung zuwenden.

Das fünfte Prinzip ist der **Schutz des unbewussten Bearbeitungsprozesses**, der nach anderen Prinzipien abläuft als das bewusste Denken (▶ Kap. 1 »Primärprozess«). Da diese Informationsverarbeitung mit der des Alltagsbewusstseins teilweise inkompatibel ist, auf der anderen Seite seine Ergebnisse u. U. kreativer sind und er daher zur Problemlösung beitragen kann, ist es sinnvoll die Inhalte der hypnotischen Bearbeitung nicht sofort nach den Kriterien des Alltagsbewusstseins zu analysieren. Vielmehr bedarf es einer gewissen Inkubationszeit, bevor die unbewussten oder halbbewussten Lösungen mit dem Bewusstsein integrierbar sind. Das Unbewusste erhält gewissermaßen den Auftrag frei von Alltagszwängen zu arbeiten und die Ergebnisse werden später ratifiziert. Das entspricht dem Schema kreativer Prozesse, wie sie aus der kognitiven Psychologie bekannt sind:

Rationale Problemanalyse → Blockade → analogische Bearbeitung → Inkubationszeit → rationale Verifikation.

Mit dem analogischen Denken ist die Intuition gemeint oder auch das, was Polaniy »stilles Wissen« nennt. Es unterscheidet sich nicht nur hinsichtlich der Bewertungskriterien, sondern aufgrund des assoziativen Charakters dieses Denkprozesses auch hinsichtlich des Umfangs der zur Verfügung stehenden Inhalte und Erinnerungen, deren Rele-

vanz für die Problemlösung aber nicht logisch folgt und daher leicht vom Bewusstsein verworfen wird. Daher ist es sinnvoll, Inhalte, die in Trance bearbeitet werden, nicht sofort zu diskutieren, sondern erst in der nächsten Sitzung, falls überhaupt ein Bedürfnis dazu besteht. Sollte eine spontane Amnesie bezüglich der Tranceinhalte auftreten, so würde man sie bestehen lassen und sie eventuell noch durch entsprechende Suggestionen oder durch Ablenkung (▶ Kap. 21) fördern.

Diese Prinzipien sind auf einen Veränderungsprozess abgestimmt, der am besten mit Begriffen der Selbstorganisation beschrieben werden kann. Neuordnung wird durch Fluktuation angeregt, die auf unbewusster eher als auf bewusster Ebene möglich ist. Dazu muss das kognitive System, der Organismus, zunächst in Resonanz versetzt werden, was durch eine Kommunikation geschieht, die die Systemeigenschaften nutzt (Utilisation). Dann lösen Destabilisierung oder minimale Veränderungen mit Kaskadeneffekt eine Fluktuation aus, die eine Neuordnung erleichtert. Die Formen der Beiläufigkeit und der amnestische Schutz halten das System eine Zeit lang flexibel um die Neuordnung zu erleichtern.

Man kann daher Hypnotherapie als ein Verfahren betrachten, bei dem das Individuum vorübergehend in einen anderen Bewusstseinszustand versetzt wird, in dem es ihm besser als im Alltagsbewusstsein gelingt, die Ressourcen der einzelnen kognitiven und somatischen Subsysteme auszuschöpfen. Diese Subsysteme sind relativ autonom, müssen aber doch von einer Art Exekutivkontrolle (Hilgard 1989) koordiniert werden und büßen dabei einen Teil ihrer Bandbreite ein. Solche Subsysteme sind im kognitiven Bereich: Gedächtnis, Lernen, Werte, Kreativität, Phantasie etc.; im somatischen Bereich sind es vor allem ANS, ZNS, Immunsystem, Neuropeptidsystem, Hormonsystem. Auch innerhalb eines dieser Systeme gibt es Subsysteme wie das humorale und das zelluläre Immunsystem. Zusätzlich zur Plastizität erhöht sich in hypnotischer Trance die psychosomatische Durchlässigkeit, was daran deutlich wird, dass sich z. B. Bilder zur Durchblutungskontrolle (zu oder aufdrehen von Ventilen, sich füllende Schläuche usw.) in

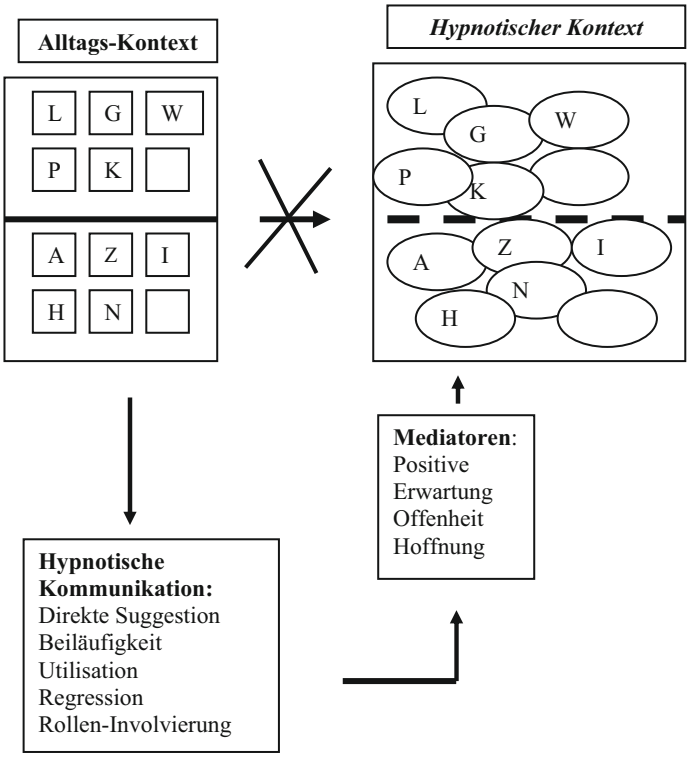


Abb. 1. Plastizität und Durchlässigkeit kognitiver und somatischer Subsysteme im hypnotischen Kontext, der durch Mediatoren und hypnotische Kommunikation vermittelt wird. *L* Lernen, *G* Gedächtnis, *W* Werte, *K* Kreativität, *P* Phantasie, *Z* Zentralnervensystem, *A* autonomes Nervensystem, *H* Hormonsystem, *I* Immunsystem, *N* Neuropeptidsystem

Trance mit geringer Latenz in körperliche Prozesse umsetzen (▶ Sekt. VIII »Somatik«).

Moderne Hypnose betrachtet den Organismus als selbstorganisierenden Prozess, dem der Therapeut Anstöße zur Neuordnung geben kann, die im Wesentlichen aus den Ressourcen des Patienten ermöglicht wird. Trance stellt dafür einen Kontext bereit, in dem die gelernten Begrenzungen leichter als im Alltagsbewusstsein überschritten werden können. Hypnose liefert die Rahmenbedingungen dafür, dass dieser begrenzte Alltagskontext für den Zweck der Problemlösung verlassen werden kann (◘ Abb. 1).

Allgemeine Prinzipien

1 **Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie – 13**
Dirk Revenstorf

2 **Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit – 32**
Burkhard Peter

3 **Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome – 41**
Burkhard Peter

4 **Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie – 50**
Dirk Revenstorf

5 **Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale – 69**
Burkhard Peter

6 **Ressourcen- und Zielorientierung – 78**
Wilhelm Gerl

7 **Utilisation – 86**
Bernhard Trenkle

8 **Kontext und Wirkung von Suggestionen – 92**
Ortwin Meiss

9 **Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe – 104**
Clemens Krause

10 **Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit – 128**
Burkhard Peter, Dirk Revenstorf

11 **Hypnoanalyse in der Klinik – 147**
Falko H.-J. Kronsbein

12 **Humor und Hypnotherapie – 162**
Peter Hain

Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie

Dirk Revenstorf

1.1 Ebenen der hypnotischen Kommunikation – 15

1.2 Hypnotische Phänomene – 16
1.2.1 Kognitive Veränderungen – 16
1.2.2 Physiologische Veränderungen – 17
1.2.3 Psychosomatische Reaktionen – 17

1.3 Theorien und Hypothesen zur hypnotischen Trance – 18
1.3.1 Biologische Mechanismen – 18
1.3.2 Sozialpsychologische Mechanismen – 20

1.4 Ziele der Hypnotherapie – 20
1.4.1 Harmonisierung des inneren Milieus – 21
1.4.2 Erhöhung der Suggestibilität – 21
1.4.3 Veränderung der Wahrnehmung – 21
1.4.4 Aktivierung der Vorstellung – 21
1.4.5 Umstrukturierung – 22
1.4.6 Unwillkürlichkeit – 22
1.4.7 Nutzung »Stillen Wissens« – 23
1.4.8 Regression – 23

1.5 Prozessorientierte Entscheidungen in der Hypnotherapie – 24
1.5.1 Allgemeines – 24
1.5.2 Unspezifische Hypnotherapie – 26
1.5.3 Implizite Hypnotherapie – 26
1.5.4 Symptomorientierte Hypnotherapie – 26
1.5.5 Konfliktorientierte Hypnotherapie – 27
1.5.6 Spezifische Strategien der Hypnotherapie – 27

1.6 Wirkungsnachweise der Hypnotherapie – 28

1.6.1 Operationalisierbarkeit – 28

1.6.2 Anwendungsbereiche – 28

1.7 Diskussion – 29

1.7.1 Transparenz von Therapiezielen im Behandlungsverlauf – 29

Traditionell bestand das Ziel der Hypnose in der Beeinflussung einer Person, die durch die Trance-induktion hierfür besonders empfänglich geworden war. Zur Erklärung dieses Phänomens wurden ganz unterschiedliche Hypothesen herangezogen. Mesmer hielt diesen Prozess seiner Natur nach für magnetisch, Abbé Faría für eine Manifestation der Macht des Hypnotiseurs, Charcot hielt ihn für hysterisch und Bernheim sah ihn als Ergebnis autosuggestiver Bereitschaft des Patienten.

Freud und andere Psychoanalytiker brachten Regression und Übertragung mit der Hypnose in Zusammenhang. Janet und später Hilgard betonten das Phänomen der Abspaltung einzelner mentaler Prozesse und Sozialpsychologen wie Barber und Spanos sehen Rollenübernahme und Loyalität als Basis dieses Beeinflussungsprozesses. Erickson, der die Entwicklung der Hypnotherapie in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts maßgeblich beeinflusst hat, betrachtete Hypnose als eine komplexe Form der Kommunikation, bei der in verbaler und nonverbaler, direkter und indirekter, expliziter und metaphorischer Weise dem Patienten geholfen wird, seine durch bewusstes Denken und vorbewusste Wertungen eingeengte mentale Flexibilität zu erweitern. Während früher die Fremdbeeinflussung im Vordergrund stand, versteht man heute Hypnotherapie als Methode der Mobilisierung eigener Ressourcen im Patienten.

Hypnose wurde seit Freud als ein Zustand temporär geschwächter Abwehr betrachtet, der zu Veränderungen genutzt wird, die sonst blockiert sind. Das setzt voraus, dass die Behandlung keine dauerhafte Ich-Schwäche zurücklässt und die Veränderungen dennoch erhalten bleiben.

1.1 Ebenen der hypnotischen Kommunikation

Menschliche Informationsverarbeitung findet auf verschiedenen Ebenen statt: dem bewussten und willentlichen Denken (Planung, Analyse, Vorstellung), den vorbewussten Werten (Gaubenssysteme wie Ideale oder irrationale Ideen, suggestive Bilder wie in der Werbung) und auf einer Reihe von unbewussten Ebenen, wie der Trance, dem Traum oder der subliminalen Wahrnehmung. Diese Ebenen sind durch unterschiedliche Zugänge gekennzeichnet: gesprochene oder geschriebene Alltagssprache, Bilder, hypnotische Induktion, Produktion und Erinnerung von Träumen und subliminale Stimulation. Hypnotherapie beschäftigt sich mit der Sprache als Zugang nicht nur zu den bewussten, sondern auch zu den unbewussten Schichten des Denkens und nutzt die Möglichkeit, auf mehreren Ebenen gleichzeitig mit dem Patienten zu kommunizieren.

Hypnotische Interventionen auf verschiedenen Kommunikationsebenen (in Klammern: andere Phänomene)

1. Subliminale Ebene (subliminale Stimulation akustisch, visuell)
   - Einstreuung, Vorprägung
   - Paraverbale (akustische) Markierung
   - Verkleidung in Metaphern
2. Traumbewusstsein (Träume)
   - Posthypnotische Suggestion zum Träumen
3. Trancebewusstsein (Meditation, Katathymes Bilderleben, AT-Oberstufe)
   - Hypnotisch erhöhte Suggestibilität
   - Primärprozesshaftes, assoziatives Denken in der Trance
4. Vorbewusstsein (Wertesysteme, Schemata, Modelle)
   - Ängste und Hoffnungen, die mit Hypnose verbunden sind
5. Wachbewusstsein (Pläne, Vorstellungen)
   - Selbsthypnose, mentales Training
6. Sprache und Schrift (Argumentation, Instruktion, Exploration)
   - Aufklärung, Fokussierung der Aufmerksamkeit
   - Einleitung und Ratifizierung der Trance
   - Umdeutung, Bewertung, direkte, indirekte Suggestion
   - Beschreibung von Bildern, Erzählen von Metaphern, Anekdoten

Das **Alltagsdenken** wird zur Orientierung auf die Trance und zur Schaffung des Rapports zum Patienten genutzt. Das heißt, es werden alltagssprachliche oder wissenschaftliche Erklärungsmodelle der Hypnose angeboten. Wie in jeder Therapie wer-

den vom Patienten explorativ Informationen zum Problem gesammelt. Das **Vorbewusstsein** in seiner irrationalen Eigenart wird durch suggestive Bilder (z. B.: »Esel zwischen zwei Heuhaufen«) jenseits der argumentativen Logik angesprochen, die eine Umstellung von digital-verbaler auf bildhaft-analoge Verarbeitung fördern. Das dem Traum phänomenologisch nahestehende **Trancebewusstsein** wird wirksam, wenn mithilfe einer hypnotischen Induktion die Fokussierung der Aufmerksamkeit und die Imaginationsfähigkeit verstärkt sind. Schließlich wird auch die **Subliminalebene** genutzt, wenn durch analog (Betonung oder Gestik) markierte Einstreuung, Einbettung, doppelsinnige Bemerkungen (*»Sie können Ihre Haltung verändern«*) Beiläufigkeit hergestellt oder durch Verwendung von Metaphern und Symbolen die bewusste Aufmerksamkeit in einem gewissen Ausmaß umgangen wird und durch mehrfaches Vorprägen veränderungsrelevanter Begriffe (»seeding«) die Empfänglichkeit hierfür gesteigert wird (▶ Kap. 16 und 18).

Die Traum- und Tranceebenen zeichnen sich, wie schon Freud bemerkte, durch eine Art der Verarbeitung aus, die primärprozesshaft genannt wird bzw. durch symmetrische Logik (s. unten) gekennzeichnet ist. Dieser Denkmodus ist besonders kreativ und kann vorteilhaft für Problemlösungen herangezogen werden.

1.2 Hypnotische Phänomene

1.2.1 Kognitive Veränderungen

Zur Unterscheidung von Alltagsbewusstsein und zur Kennzeichnung der Besonderheit des hypnotischen Trancezustandes führte Orne (1972) den Begriff der **Trancelogik** ein, die er in einer Reihe von Experimenten bei tief hypnotisierten Probanden fand, jedoch nicht bei Probanden, die er bat, so gut zu simulieren, dass ein geschulter, aber bezüglich der Versuchsbedingung blinder Versuchsleiter, das nicht erkennen konnte. Trancelogik entspricht in etwa dem primärprozesshaften Denken (s. oben), in dem Sprache wörtlich (bildlich) genommen wird, kritisch rationales Denken in den Hintergrund tritt und die Auslösbarkeit von Affekten, ebenso wie die Toleranz gegenüber logischen Inkongruenzen erhöht ist. Nach der Suggestion *»Sie sehen nur die Wand«* umgeht z. B. ein Proband in Trance den davor stehenden Stuhl mit irgendeiner Rationalisierung, während ein Simulant gegen ihn stößt, weil er glaubt, ihn nicht gesehen haben zu dürfen. Die Idee einer speziellen Trancelogik ist von Barber (1984) kritisiert worden.

Eidetische Erinnerung, die bei Kindern bis zu 5 Jahren häufig und bei Erwachsenen kaum mehr vorhanden ist, kann unter Hypnose wieder auftreten. In dem Versuch mit zwei aufeinanderfolgenden Bildern, die übereinander projiziert ein dreidimensionales Bild ergeben, muss das erste eidetisch erinnert werden, damit der Proband das dreidimensionale Bild rekonstruieren kann, sobald er das zweite Bild allein projiziert sieht. Bei Kindern ist das möglich, ebenso bei Erwachsenen, wenn sie unter Hypnose in das entsprechende Alter regrediert werden (Wallace 1978).

Die **Hypermnesie** (erhöhte Erinnerungsfähigkeit) unter Hypnose ist in einigen Fällen zweifelsfrei nachgewiesen worden, etwa indem Opfer oder Zeugen Autonummern von Tätern erinnerten (Wiesendanger 1985). Andererseits ist die Unzuverlässigkeit solcher Erinnerungen ebenfalls belegt, die durch eine Konfabulationstendenz in Trance bedingt ist (Nadon 1993). Daher wird Hypnose zu forensischen Zwecken von der American Medical Association (1985) ausgeschlossen (s. auch »false memory syndrome«; Spiegel u. Scheflin 1994).

Amnesie für den Inhalt hypnotischer Sitzungen tritt manchmal spontan auf und ist dann meist als Schutzmechanismus plausibel. Amnesie auf direkte (ansonsten intrinsisch unmotivierte) Suggestion wird heutzutage nur noch in 5% der Fälle beobachtet, während sie im 19. Jahrhundert zu den Standardmerkmalen der Hypnose gerechnet wurde. Ähnlich verhält es sich mit den posthypnotischen Suggestionen, die gelegentlich quasi rituell ausgeführt und dann vom Probanden auf Nachfrage irgendwie erklärt werden. Beiden Suggestionen kann der Hypnotisand jedoch widerstehen, wenn überzeugende Anreize geboten werden, z. B. eine Belohnung für Wiedererinnern (Evans 1979; Hilgard 1965).

1.2.2 Physiologische Veränderungen

Hirnphysiologie. Der Zustand hypnotischer Trance hat nichts mit Schlaf gemeinsam (Bass 1931), auch wenn er historisch bisweilen dafür gehalten wurde, etwa von Puységur, einem Schüler Mesmers (1734–1815), ebenso von Braid (1795–1860), der die Hypnose nach dem griechischen Gott des Schlafes, Hypnos, benannte oder von Pawlow (1849–1936), der sie als partiellen Schlaf bezeichnete. Vielmehr gleicht die hypnotische Trance häufig einem entspannten Wachzustand mit erhöhter Alpha-Tätigkeit im EEG. Mit neueren bildgebenden Verfahren wie SPECT oder PET sind von Walter (1992) Veränderungen der Aktivität des Frontalhirns nachgewiesen worden, die aber keine einfache Deutung zulassen, außerdem Veränderungen der Aktivität des Cingulums, des Occipitallappens u. a. Die Jahrzehnte lang mit EEG-Daten untersuchte Lateralisierung von der linken nach der rechten Hemisphäre hat allerdings keine eindeutigen Ergebnisse gebracht (Näheres ▶ Kap. 65).

Immobilität. Auch die Illusion eines Stupors, der durch die zunehmende Lethargie und später Katalepsie während der Induktion gefördert wird, ist kein eigentliches Kennzeichen der hypnotischen Trance wie Charcot noch glaubte, sondern Folge entsprechender Suggestionen. Banyai konnte zeigen, dass die üblichen Trancemerkmale, abgesehen von der Lethargie und Katalepsie auch in der Bewegung auf dem Laufband auftreten (sog. Aktiv-Wachhypnose; Banyai u. Hilgard 1976).

Vegetative Umstellung. Zahlreiche vom autonomen Nervensystem gesteuerte Funktionen sind trophotrop umgestellt (Heiman 1953): Vermindert sind Herzrate, Blutdruck, Atemfrequenz, Muskeltonus, Ausschüttung von Stresshormonen wie Cortisol, Katecholamin u. a. (Sachar et al. 1985). Wie Bongartz (1993) zeigen konnte, ist die Immunbereitschaft des Organismus in hypnotischer Trance erhöht.

1.2.3 Psychosomatische Reaktionen

Generell wird eine erhöhte psychosomatische und kognitive Flexibilität in hypnotischer Trance konstatiert (Crawford 1989, s. unten). Im Einzelnen sind folgende Bereiche zu unterscheiden.

Analgesie. Besonders vielfältig sind die Untersuchungen zur hypnotischen Veränderung der Wahrnehmung bei akutem Schmerz wie auch bei chronischen Rückenschmerzen, Migräne und Tumorschmerzen. In allen Fällen ist eine erhebliche subjektive Angst- und Schmerzlinderung sowie eine Schmerzmittelreduktion sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen nachgewiesen (Hilgard u. Hilgard 1983). Bemerkenswerterweise wird die hypnotische Analgesie nicht durch Naloxon aufgehoben, sodass man davon ausgeht, dass sie nicht durch körpereigene Opiate verursacht wird. Im evozierten Potenzial sind Verminderungen der Amplitude im Bereich N100 und P250 nachweisbar, die aber in ihrer Größenordnung nicht den subjektiven Effekten entsprechen (Miltner et al. 1993; Schuler et al. 1996). Hypnotische Analgesie wird erfolgreich bei operativen Eingriffen, Zahnbehandlungen, Entbindung, Brandwundenversorgung sowie bei den genannten chronischen Schmerzformen eingesetzt (Orne 1993; Spanos 1994).

Haut. Eine Reihe von dermatologischen Erscheinungen können unter Hypnose hervorgerufen werden. Davon ist die populäre Provokation von Brandblasen eher fragwürdig (Johnson u. Barber 1978), dagegen ist das Erscheinen und Verschwinden von Herpes simplex (Ullman 1947), die Heilung von Warzen (Ullmann u. Dudek 1959, ▶ Kap. 47) und Ichthyosis (Mason 1955) eindeutig nachgewiesen.

Kreislauf. Außerdem ist die Kontrolle der Blutung bei operativen Eingriffen (Clawson u. Swade 1975) und die der vermehrten Durchblutung bei Morbus Renaud gezeigt worden (Conn u. Mott 1984).

Erhöhte körperliche **Leistungen** unter Hypnose, z. B. bei Sportlern, werden auf die Fokussierung der Aufmerksamkeit sowie die damit verbundene Ausblendung ablenkender Reize als auch auf die Unterdrückung von Stressreaktionen zurückgeführt. Kritisch darüber berichtet Barber (1984, ▶ Kap. 33).

Nach einer hypnotischen Tranceinduktion werden im Allgemeinen folgende teils objektiv sichtbare, teils subjektive Veränderungen beobachtet:

Zusammenfassung der wichtigsten hypnotischen Trancephänomene

- Immobilität (Tonusverringerung)
- Katalepsie (körperliche Starre durch z. T. unwillkürliche Innervation)
- Levitation (unwillkürliches Heben des Arms oder der Hand)
- Wärme (Vasodilation)
- Kühle (Vasokonstriktion)
- Analgesie (Dissoziation von Körperwahrnehmungen)
- Halluzination (z. B. Kitzeln wie von einer Fliege usw. auf Suggestion)
- Hypermnesie (z. B. bei der Altersregression in die Kindheit)
- Amnesie (Vergessen des Inhalts der Sitzung)
- Posthypnotische Reaktion (automatisches Ausführen von Suggestionen, mit Quellenamnesie)

1.3 Theorien und Hypothesen zur hypnotischen Trance

Die Hypothesen zur Erklärung von Trancephänomenen und hypnotherapeutischen Effekten sind vielfältig und nicht unbedingt widersprüchlich. Zum einen wird eine veränderte Wirkungsweise physiologischer Mechanismen angenommen; zum anderen werden sozialpsychologische Mechanismen wirksam, die diese Veränderungen von außen auslösbar machen.

1.3.1 Biologische Mechanismen

Atavismus. Viele Beutetiere zeigen einen angeborenen Totstellreflex, der sie vor weiterer Verfolgung durch einen Räuber schützen kann. Dabei wird nicht nur eine Immobilisierung der Skelettmuskulatur sondern – zumindest beim Menschen – auch eine Abspaltung (Dissoziation) der Körperwahrnehmung erreicht, was für die akute Traumabewältigung vorteilhaft sein kann.

Aufmerksamkeitsverteilung. Fromm u. Hurt (1980) meinen, die einfachste Art Trance als veränderten Bewusstseinszustand zu verstehen, sei es, eine andere Aufmerksamkeitsverteilung anzunehmen. Immer wenn wir unsere Aufmerksamkeit fokussieren oder erweitern, erleben wir eine Trance. Die kann außerdem mit einem aktiv suchenden mentalen oder einem rezeptiven Verarbeitungsmodus verbunden sein, woraus sich vier unterschiedliche Trancezustände ergeben, die bestimmten Meditationsformen entsprechen, die auch unter Hypnose auftreten (◘ Tab. 1.1).

Vegetative Umstellung. Die mit Entspannungsreaktionen allgemein einhergehende Umstellung von ergotroper zu trophotroper Regulation des Organismus bewirkt eine Verschiebung im autonomen Nervensystem vom Einfluss des Sympathikus hin zu dem des Parasympathikus bei gleichzeitiger Erniedrigung des Muskeltonus (s. oben). Damit werden einige unspezifische Wirkungen der hypnotischen Trance erklärlich.

Primärprozess. Im Alltagsdenken werden die Reaktionen auf die Umwelt gemäß einer Reihe von Kriterien organisiert. Diesen Vorgang nannte Freud den Sekundärprozess und der Mathematiker Matte-Blanco (1979) die asymmetrische Logik. Es

◘ **Tab. 1.1.** Aufmerksamkeitsverteilung bei unterschiedlichen Tranceformen

Aufmerksamkeit	Mentale Verarbeitung aktiv	Mentale Verarbeitung rezeptiv
Fokussiert	Hypnotische Induktion	Traumarekonstruktion
Normal	Alltagsbewusstsein	Traum
Erweitert	Altersregression	Reframing

sind Kriterien, die Unterscheidungen in der Wahrnehmung erleichtern. Dieser Denkmodus organisiert die Wahrnehmung in zeitlicher Sequenz, unterscheidet zwischen Realität und Phantasie, lässt Negationen zu und bedient sich transitiver Prädikate, wie: X fährt ein Auto, X sieht Y usw. So wird neben einer instrumentellen Betrachtung eine Ursachenzuschreibung möglich und dem Subjekt wird seine Identität deutlicher. Durch Unterscheidungen wird klar, was das Individuum nicht ist (X ist nicht Y und nicht das Auto).

Dagegen folgt das Gehirn im Traum, in manchen psychotischen Zuständen und in Trance eher einer symmetrischen Logik, die Freud den Primärprozess genannt hat. Dieser Denkmodus betont die Gemeinsamkeit zwischen Objekt und Subjekt. Das ist in der Alltagssprache selten der Fall. Die meisten Prädikate sind nicht symmetrisch wie das folgende in dem Satz: »X trifft Y«. Das Verb »treffen« impliziert, dass Y auch X trifft. Ferner verlieren im Primärprozess Zeit und Negation an Bedeutung, desgleichen die Unterscheidung zwischen Phantasie und Realität und logische Widersprüche werden eher toleriert. So sind Personen in Träumen manchmal Collagen aus Bildern verschiedener Personen, oder Objekte repräsentieren den Träumer (das Subjekt) oder Anteile seiner selbst: Ein Auto kann sowohl sein Auto wie auch sein Selbstbild repräsentieren, das ja unbewusst auch beim Kauf des Autos eine Rolle spielen kann. Der Weitspringer, der sich in Trance vorstellt, er sei eine Gazelle, stört sich nicht an den Unterschieden in der Anatomie. Auf diese Weise wird die Aufmerksamkeit auf Ähnlichkeiten und Analogien gerichtet, die die symbiotischen Aspekte des Erlebens betonen. In dieser bildhaften, alogischen Verarbeitung wird die Verknüpfung von Erfahrungen, Bildern, Symbolen usw. untereinander müheloser als im Wachbewusstsein. Die dadurch erhöhte Assoziationsfähigkeit erleichtert Umlernprozesse in diesem Zustand. Der Primärprozess ermöglicht das Gefühl von Symbiose und führt im Extrem zur Schwächung des Ich-Gefühls – wie in der Psychose. Der Sekundärprozess dagegen ermöglicht Identität und Stärkung des Ich-Gefühls, die im Extrem zur Isolation des Individuums führt.

Psychosomatische Plastizität. Bilder von Organen und von somatischer Heilung führen offenbar eher zu physiologischen Veränderungen, wenn man sie sich in Trance vorstellt. Solche Veränderungen betreffen u. a. die Erweiterung oder Verengung von Blutgefäßen oder die Aktivität des Immun- und des Hormonsystems. Auch die unwillkürliche motorische Reaktion auf unbewusste Entscheidungen (Ideomotorik), etwa das Fingerzucken, Levitation der Hand oder die Bewegungsrichtung des Chevreul-Pendels, sind Zeichen erhöhter Durchlässigkeit der Grenze zwischen mentalen und somatischen Prozessen (Crawford 1989). Ähnlich wie sog. Placebo-Wirkungen zu medizinisch nachweisbaren Effekten führen können oder, noch verstärkt, bei den gut belegten Stigmatisierungen mystischer Asketen (z. B. Padre Pio, der heilige Franziskus, Therese von Konnersreuth; Thurstone 1952), können Trancezustände deutlich machen, dass die kartesische Dichotomie der »res extensa« versus »res cogitans« künstlich ist und aufgehoben werden kann [s. auch Ergebnisse zur Placeboforschung und zur Fernheilung bei Platsch (2007) oder die extreme Position der geistigen Selbstheilung des querschnittsgelähmten Clemens Kuby (2006)].

Diese Phänomene setzen voraus, dass die Person ein für sie überzeugendes Bild des körperlichen Prozesses hat. Interessanterweise sind die Wundmale bei Stigmatisierten immer so, wie sie auf den zeitgenössischen Gemälden dargestellt sind, nämlich in der Mitte der Hand. Tatsächlich wurden bei Kreuzigungen zu Christi Zeiten die Nägel durch die Gelenke geschlagen, da sie andernfalls das Gewicht des Körpers nicht gehalten hätten. Ähnlich zeigten Charcots Patientinnen während der Hypnosedemonstration die Körperhaltung, die ihnen auf den Darstellungen aus der Zeit suggeriert wurden – welche sogar im Hörsaal angebracht waren – in dem Charcot seine Demonstrationen durchführte. Die Vorstellung ist offenbar ein wichtiges Bindeglied zwischen mentalen Prozessen und körperlichen Reaktionen.

Subzeption. Der menschliche Organismus ist offenbar zu einer Wahrnehmung jenseits des bewussten Registrierens fähig. Das ist sowohl für Hören wie für Sehen vielfach untersucht worden (Dixon 1981). Von besonderem Interesse ist hier das Hören, da die hypnotischen Suggestionen im Allgemeinen verbal bzw. paraverbal, d. h. akustisch vermittelt werden. Durch Musik oder Rauschen unver-

ständlich gemachte Signale werden vom Ohr aufgenommen und vom Gehirn verarbeitet, wenn sie zwischen 5 und 20 dB unter der individuellen Hörschwelle liegen (Swingle 1992). Sie können dann eine momentane Leistungssteigerung oder Stimmungsveränderung bewirken und Inhalte vermitteln, ohne dass die betreffende Person davon »weiß«. So verringerten sich z. B. die schizophrenen Symptome, wenn man den Patienten subliminal den Satz »Mommy and I are one« wiederholt vorspielte; ebenso konnten Zwangssymptome durch den Satz »Beating daddy is o.k.« vermindert werden – nicht aber durch supraliminale Suggestion (Metzner u. Revenstorf 1996). Man kann sich dies während der Induktion zunutze machen, um die Trancebereitschaft zu fördern. Die höhere Suggestibilität während der Trance ist u. U. ebenfalls darauf zurückzuführen, da durch den internen Fokus des Patienten die Suggestionen praktisch subliminal wirken. So wird es insbesondere erklärlich, dass beiläufige, eingebettete und metaphorische Äußerungen ohne kritische Analyse rezipiert werden.

1.3.2 Sozialpsychologische Mechanismen

Kontrakt und Kooperation. In einer als Hypnose etikettierten Situation werden bestimmte Erwartungen an die »Mitspieler« implizit vorausgesetzt, nämlich eine stark asymmetrische Rollenverteilung mit einer eher passiv-rezeptiven Haltung des Hypnotisanden sowie das Auftreten der bekannten hypnotischen Phänomene (siehe oben). Bei der Bühnenhypnose, aber auch im Therapiezimmer gibt es einen unausgesprochenen Kontrakt, dass sich der Hypnotisand auf die Situation einlässt und den Hypnotiseur nicht enttäuscht. Eine solche Erwartung fördert die Kooperation des Patienten; sie ist nach Barber (1984) und Spanos (1986) für die Erzeugung hypnotischer Phänomene verantwortlich.

Rolleninvolviertheit. Im Alltag wechseln die Rollen vielfach, die je nach sozialem Kontext bestimmte Verhaltensweisen nahe legen (Vorgesetzter, Mitarbeiter, Vater, Mutter, Geliebter usw.). Auch die Rolle von Therapeut und Patient sind vom sonstigen Alltag deutlich unterschieden und der implizite Kontrakt (s. oben) schreibt für die hypnotische Situation auf Seiten des Patienten die hypnotischen Phänomene und die teilweise Abgabe der Kontrolle an den Therapeuten vor. Menschen sind in unterschiedlichem Ausmaß fähig, sich auf Rollen einzulassen. Diese Involviertheit ist in Ich-fernen Kontexten, wie dem zwischen Kunde und Verkäufer, weniger stark als in der Eltern-Kind-Situation oder bei Therapeut und Patient. Der Leidensdruck erhöht die Involviertheit, ebenso wie das ein glaubwürdiges Ritual tut. Eines der wenigen Rituale in der westlichen Kultur, das glaubwürdig nicht alltägliche Effekte evoziert, ist die Hypnose, die daher auch eine relativ starke Involviertheit hervorrufen kann, wenn sie überzeugend gestaltet wird. Hypnose stellt gewissermaßen eine vernunftfreie Zone dar, in die Patient und Therapeut die oben diskutierte psychosomatische Durchlässigkeit hineinprojizieren können.

Regression. Durch die schon erwähnte Asymmetrie der Rollenverteilung in der hypnotischen Situation wird die Elternprojektion auf den Therapeuten gefördert und eine damit einhergehende Regression des Patienten. Die Regression bringt eine stärkere Betonung des Primärprozesses, erhöhte Suggestibilität usw. mit sich. Demnach könnte Regression neben Rolleninvolviertheit und Kontakt als alternative Hypothese dienen, um die Umstellung in der mentalen Verarbeitung zu erklären (▶ Kap. 22).

Kontrakt, Regression und Involviertheit, die durch Rituale zustande kommen, die die Betroffenen in archaischer Weise berühren, können alle dazu führen, dass der Patient die alltägliche Wirklichkeitskonstruktion aufgibt und dabei die Einschränkungen hinter sich lässt, die er normalerweise unbemerkt in Kauf nimmt (▶ Kap. 2). Das kann sich hauptsächlich auf die schon genannten, biologischen Gegebenheiten der somatischen Plastizität und des Primärprozesses auswirken. Hypnose bildet somit einen Kontext, der Veränderung im Alltag erleichtert, indem der Alltagsrahmen vorübergehend verlassen wird.

1.4 Ziele der Hypnotherapie

Hypnotherapie strebt mithilfe hypnotischer Trance mehrere Ziele an, die sich aus den genannten Veränderungen ergeben (▶ Abschn. 1.2 Übersicht

»Zusammenfassung der wichtigsten hypnotischen Trancephänomene«). Ihnen ist eine Umschaltung auf eine andere Art der mentalen Verarbeitung gemeinsam, in der es dem Patienten möglich ist, Ressourcen zu mobilisieren, die das Alltagsdenken sonst nicht nutzt.

1.4.1 Harmonisierung des inneren Milieus

Die physiologischen Veränderungen (▶ Abschn. 1.2.2 und ▶ Abschn. 1.4.8 Übersicht »Ziele und Unterziele der Hypnotherapie«), die sich im Wesentlichen durch die Entspannungsreaktion spontan einstellen, aber auch durch Suggestion ausgelöst werden können, sind geeignet, unterschiedliche somatische Heilungsprozesse zu fördern und Stressreaktionen zu reduzieren. Es handelt sich um eine Umstellung von ergotroper Bereitschaftsreaktion auf einen trophotropen Reaktionsmodus und geht u. a. mit Verlangsamung der Atmung, Senkung der Herzrate, des Muskeltonus und des Blutdrucks einher. Zugleich werden weniger Stresshormone ausgeschüttet und damit indirekt das Immunsystem gestärkt. Aber auch eine direkte Steigerung der Immunkompetenz ist nachgewiesen (Bongartz 1993). Als Folgen hiervon sind, beschleunigte Abheilung von Wunden mit weniger Narbenbildung, eine verbesserte Überlebenszeit bei Krebserkrankungen und günstigeres Ein- und Durchschlafverhalten sowie eine Widerstandsfähigkeit gegenüber viralen und anderen Infektionen (Warzen, Herpes) bekannt. Der gemeinsame Nenner dieser Umstellung kann in der Harmonisierung somatischer Prozesse und einer Parallelisierung mentaler und somatischer Ausrichtung gesehen werden.

1.4.2 Erhöhung der Suggestibilität

Weil es unpraktisch ist, alle Informationen im Alltag ständig selbst zu überprüfen, verlässt man sich in unzähligen Fällen auf Suggestionen anderer. Das heißt, alle Menschen sind suggestibel, unterscheiden sich aber im Ausmaß ihrer Suggestibilität. In hypnotischer Trance ist die Neigung, Gesagtes als zutreffend oder sinnvoll hinzunehmen, generell erhöht. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, direkte Suggestionen z. B. bezüglich der Gesundheit zu geben, die im Alltagsbewusstsein abgewehrt würden. (»*Rauchen ist gut für Sie, aber Gift für Ihren Körper. Sie schulden Ihrem Körper Respekt.*«) Ebenfalls besser rezipiert als im Alltagsbewusstsein werden Bilder und Metaphern. Einerseits senkt der dissoziierte Zustand der Trance die Abwehr, anderseits ist die Aufmerksamkeit stärker fokussiert, sodass die Wirkung von Suggestionen in doppelter Weise erhöht wird.

1.4.3 Veränderung der Wahrnehmung

Die veränderte Wahrnehmung betrifft die Auflösung der Zeitstruktur, die eine Distanzierung vom Alltagsbewusstsein mit sich bringt, das durch die willkürliche Einteilung der Zeit in Minuten und Stunden charakterisiert ist. Das wird durch die **Fokussierung** auf das momentane Erleben erreicht, für das Vergangenheit und Zukunft irrelevant sind, bzw. als jetzt wahrgenommen werden, etwa bei der Altersregression. So wird der emotionale Gehalt von Erinnerungen in hypnotischer Trance intensiviert – ähnlich wie es die Gestalttherapie mit der Fokussierung auf das Erleben anstrebt. Dagegen wird die Veränderung der sensorischen Wahrnehmung, insbesondere der taktilen, kinästhetischen und die der Schmerzrezeption im Wesentlichen durch **Abspaltung** bestimmter Sinnesqualitäten oder des Affekts erreicht (▶ Sekt. VII »Schmerz«).

1.4.4 Aktivierung der Vorstellung

Bei der Behandlung von organischen Leiden kann die Visualisierung des betreffenden Organs und seiner Heilung entsprechende körperliche Prozesse fördern. Derartige Vorgänge sind vielfach nachgewiesen, auch wenn ihr Mechanismus bisher wenig erforscht ist. So wird die Durchblutung durch Vorstellungsbilder von sich weitenden Schläuchen gefördert (etwa bei Morbus Renaud, Tinnitus, ▶ Kap. 58) und durch Bilder von Ventilen, die zugedreht werden, vermindert (etwa zur Blutungskontrolle bei operativen Eingriffen; ▶ Kap. 51 oder 53); Hautjucken und Magenreizung werden durch Vorstellungen von Kühle gelindert und asthmatische

Attacken können durch die Vorstellung sich weitender Bronchien abgeschwächt werden. Körperliche Leistungen werden optimiert, wenn sie mit einem passenden Bild verbunden werden, etwa die kataleptische Brücke mit Bildern der Festigkeit (»wie Zement«) und Weitsprung etwa mit dem Bild einer springenden Gazelle. In der Rehabilitation neurologischer Schädigungen wird die Vorstellung der betroffenen Bewegungsabläufe aktiviert und zwar möglichst in Anknüpfung an eine subjektiv bedeutsame Erinnerung (▶ Kap. 59). In hypnotischer Trance werden derartige Visualisierungen durch die Fokussierung der Aufmerksamkeit intensiver und daher in ihrer Wirksamkeit gesteigert.

1.4.5 Umstrukturierung

Alltagsdenken ist für viele Menschen durch Logik oder ein an die Logik angelehntes Denken bestimmt. Dieses Denken ist durch gewohnheitsmäßige Wertungen und Bedeutungen der Begriffe gekennzeichnet. Das ist zur schnellen Orientierung im Alltag hilfreich, aber beim Finden neuer Lösungen oft hinderlich. Bedeutungen, die Objekte für uns haben, sind weitgehend von deren üblichen Funktionen abhängig. Einen Baum, der über die Straße gefallen ist, klassifiziert der normale Autofahrer als Hindernis und Missgeschick. Der Gärtner dagegen erkennt darin vielleicht einen Obstbaum, von dem er Stecklinge abschneiden kann und klassifiziert ihn als Glücksfall. In hypnotischer Trance kann, durch eine Umstellung zur bildhaften Verarbeitung von Informationen, erreicht werden, dass die gewohnten Einschränkungen des Denkens unterlaufen werden. Dazu werden dem Patienten auch Bilder angeboten, die die Problemsituation in eine Darstellung übersetzen, die der Eindeutigkeit entbehrt und daher Umstrukturierungen erleichtert. So kann z. B. die bildhafte Vorstellung einer unbewussten Instanz suggeriert werden, die den Heilungsprozess initiiert (»innerer Heiler«) oder eine Tür als Zugang zu Erinnerungen.

Fallbeispiel

Ein krebskranker Patient war ratlos, ob er das Heiratsangebot seiner Freundin annehmen sollte. Erstens wusste er nicht, ob er wieder gesund würde und zweitens wusste er nicht, ob er nicht eine noch passendere Partnerin finden würde, falls er wieder gesund würde. Ihm wurde suggeriert, er könne an einem ihm vertrauten Ort ein Wesen treffen, dass sein innerer Berater sei. Er berichtete, einen alten Mann mit Krummstab wie ein Bischof gesehen zu haben. Der hätte aber nichts gesagt. Die Bedeutung dieses Symbols blieb zunächst unklar, bis der Patient nach Tagen darauf kam, dass das St. Petrus wäre, obwohl er zu christlichen Heiligen keinen Bezug habe. Schließlich aber erinnerte er sich, dass Petrus Jesus verleugnet hatte – so wie der Patient seine Freundin – aber trotzdem der Fels war, auf dem die Kirche gebaut werden sollte. Das brachte den Patienten dazu, sein Zaudern als gutes Zeichen zu deuten, und er heiratete in der folgenden Woche.

1.4.6 Unwillkürlichkeit

Im Zustand hypnotischer Trance wird willkürliche Planung durch unwillkürliche Suchprozesse und Körperreaktionen ersetzt. Normalerweise hat der Patient seinen bewussten Verstand in Grübeleien und Gesprächen bereits hinreichend und erfolglos zur Lösung seines Problems bemüht, bevor er zur Therapie kommt. Die Hypnotherapie geht von der Annahme aus, dass Menschen in den meisten Fällen über einen ausreichenden Fundus an Erfahrungen verfügen, um ihre Probleme zu lösen, aber häufig an den Fixierungen des Alltagsdenkens scheitern. Da der Patient sich in Trance von seinen Ängsten durch **Abspaltung** distanzieren kann, entfällt für die Zeit der hypnotischen Bearbeitung die durch den Leidensdruck verursachte Panik oder Hoffnungslosigkeit, die seine Kreativität einschränken. Daher fallen ihm während der Trance spontan neue Sichtweisen ein. Diese unwillkürlichen Denkprozesse sind mit solchen der Inkubationszeit vergleichbar, die aus der Kreativitätsforschung bekannt sind. Hier ist analoges Denken förderlich, besonders durch Visualisierung, die in Trance intensiviert ist.

Fallbeispiel

Ein Student war von seiner Freundin nach 7-jähriger Beziehung verlassen worden und war daraufhin bereits seit 2 Jahren depressiv und arbeitsunfähig. Er klagte, dass er nie wieder eine Freundin wie diese finden würde, und war allem – auch seiner akademischen

Leistungsfähigkeit – gegenüber sehr kritisch. Im Bemühen, sich wieder auf seine Arbeit zu konzentrieren, unternahm er ein Selbsthypnosetraining. In den angeleiteten Tranceübungen wurde ihm die Metapher von den drei Türen erzählt. Er sollte sich zwei Türen vorstellen, die er schon kennt (eine führt in die Küche, eine ins Schlafzimmer), und dann unverhofft eine dritte entdecken, die in einen Raum führt, in dem die Dinge keine Ordnung zu haben scheinen und nichts Sinn ergibt, ähnlich den Ästen des Baumes (vor dem Fenster der Praxis), die alle durcheinander wachsen. Aber wenn man auf die andere Seite der Straße geht, erkennt man trotz des Astgewirrs die Form der Baumkrone. Es folgten noch weitere Metaphern der Umdeutung. In der folgenden Woche berichtete der junge Mann, dass er eine neue Freundin gefunden habe. Er trennte sich bald wieder von ihr und begann wieder zu arbeiten. Offenbar hatten ihm die Metaphern geholfen, von seiner Alles-oder-nichts-Sichtweise Abstand zu nehmen und die Depression zu überwinden.

Unwillkürlich ist auch die Bewegung der Levitation der Hand (des Armes), welche die vom bewussten Willen unabhängige Bereitschaft des Individuums ausdrückt, in Trance zu gehen. Ein weiteres Beispiel ist das unwillkürliche Loslassen einer zwischen die Finger der levitierten Hand gesteckten Zigarette (▶ Kap. 27). Unwillkürliche Bewegungen werden ebenfalls bei der ideomotorischen Befragung des »stillen Wissens« genutzt.

1.4.7 Nutzung »Stillen Wissens«

Hypnotische Trance ermöglicht den Ausdruck unbewusster Wünsche durch unwillkürliche Bewegungen, etwa ein Zucken der Finger, Levitation der Hand, Aufeinanderzubewegen der beiden Hände usw. Ericksons Annahme war, dass dadurch eine innere Bereitschaft zum Ausdruck gebracht wird, die unabhängig von der willentlichen und bewussten Entscheidung ist. So kann die innere Angst, in Trance die Kontrolle über wesentliche Aspekte des Verhaltens oder Empfindens zu verlieren, dadurch zum Ausdruck kommen, dass die Hand bei der Suggestion der Leichtigkeit schwer wird. Unwillkürliche Bewegungen unterschiedlicher Finger können als Ja- und Nein-Antworten etabliert werden und ermöglichen so, das unbewusste, »stille« Wissen abzufragen. (Etwa: »*Gab es in den letzten 5 Jahren Ereignisse, die für die Lösung des Problems bedeutsam sind?*«) Gemeint sind persönliche Erfahrungen, die verdrängt oder vergessen wurden.

Man kann den Patienten bitten, in Trance zu gehen und mit beiden Händen vor dem Körper einen imaginären Ball zu halten. Wenn beide Hände unterschiedliche konflikthafte Positionen symbolisieren (»die Angst vor einer Operation vermeiden – die Gesundheit erhalten«), kann man suggerieren, die Hände würden sich aufeinander zu bewegen, wenn es unbewusst eine Möglichkeit gibt, den Widerspruch aufzulösen. Berühren sich die Hände am Ende, wird davon ausgegangen, dass unbewusst ein Wissen vorhanden ist, wie die beiden Bedürfnisse integrierbar sind, und dem Patienten wird meist auch bewusst, wie die Lösung aussieht. Verharren die Hände in einem deutlichen Abstand, dann gilt es oft, ein Hindernis auszuräumen oder aber der Konflikt ist nicht lösbar. Mit »stillem Wissen« sind Inhalte gemeint, die nicht nur als persönliche Erfahrung schon einmal bewusst waren und dann vergessen oder verdrängt wurden, sondern auch solche, die präverbal sind oder einem kollektiven Unbewussten entstammen, wie die Figur des St. Petrus aus dem vorangehenden Fallbeispiel.

1.4.8 Regression

Die Innenwendung und Abspaltung externer Reize ist in einer fremdgeleiteten Trance eher möglich als bei der Selbsthypnose und anderen selbst induzierten Bewusstseinszuständen, weil die Anwesenheit eines kompetenten und vertrauenswürdigen Therapeuten es ermöglicht, die Kontrollfunktionen abzugeben, die zu den Aufgaben des Alltagsbewusstseins gehören. Dadurch können einerseits Inhalte bewusst werden, die sonst abgewehrt bleiben, weil sie mit den Schemata des Alltagsdenkens inkompatibel sind – wie z. B. traumatische Erfahrungen oder abgespaltene Bewältigungsressourcen.

Durch die Delegation der Außenkontrolle an den Therapeuten ergibt sich andererseits die stark asymmetrische Rollenverteilung, bei der der Patient eine kindlich-regressive Haltung einnimmt. Dadurch ist nicht nur seine Suggestibilität erhöht,

sondern auch seine Flexibilität und Lernfähigkeit. Darüber hinaus ist die Grenze zwischen Fantasie und Realität weniger scharf als in den Konstruktionen unseres Alltagsdenkens. In diesem Zustand lassen sich biografische Episoden rekonstruieren und suggestiv um fehlende Aspekte ergänzen. Das können unterlassene Gedanken oder phantasierte Handlungen sein, die dem Patienten zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich gewesen waren.

Ziele und Unterziele der Hypnotherapie

1. Harmonisierung des inneren Milieus
   - Entspannung
   - Stressreduktion
   - Regeneration
2. Erhöhung der Suggestibilität
   - Suggestion von Verhaltensänderungen
   - Suggestion von Einstellungsänderungen
   - Suggestion von Heilungsprozessen
3. Veränderung der Wahrnehmung
   - Subjektive Zeitverzerrung
   - Hypnoanalgesie
4. Aktivierung der Vorstellung
   - Visualisierung von Heilungsvorgängen
   - Symbolisierung und Umstrukturierung von Sichtweisen
   - Suggestion metaphorischer Repräsentation
5. Unwillkürlichkeit
   - Kreative Suchprozesse
   - Körperlicher Ausdruck intuitiver Entscheidungen
6. Nutzung »Stillen Wissens«
   - Mobilisierung von impliziten Kenntnissen
   - Erinnerung von vergessenen Erfahrungen
   - Bewusstmachung von archetypischen Bildern
7. Regression
   - Aufsuchen von signifikanten Episoden
   - Rekonstruktion von Traumata
   - »Nachbeelterung«

Es können seitens des Therapeuten auch Wertungen suggeriert werden, die z. B. einem von den Eltern missbrauchten Kind gefehlt haben, um sich schützen zu können. (Etwa: »*Das ist krank; das ist keine Liebe*«.) In diesem Sinne enthält die hypnotische Einflussnahme einen Aspekt der »Nachbeelterung«. Der Therapeut nutzt Übertragungsreaktionen des Patienten und reagiert komplementär zu den früheren Erfahrungen des Patienten. Entsprechend muss er die Projektionen des Patienten wahrnehmen und Reaktionen bereithalten, die nicht der Erwartung und der Inszenierung des Patienten entsprechen. Wenn dieser Bindungsaspekt eine wesentliche Rolle in der unbewussten Erwartung des Patienten an die Therapie spielt, kann mit einer längeren Behandlungsdauer gerechnet werden, da nur wiederholte Erfahrungen die frühere Prägung ergänzen können. Von dieser Art der korrektiven Erfahrung wird angenommen, dass sie in Trance intensiver ist als im normalen Therapiekontakt.

1.5 Prozessorientierte Entscheidungen in der Hypnotherapie

1.5.1 Allgemeines

Die Veränderungen, die durch den Trancezustand auf körperlicher und mentaler Ebene eintreten, sind unterschiedlich. Meist werden zuerst körperliche Veränderungen angestrebt wie Entspannung, Lidschluss, Immobilität, Levitation (der scheinbar mühelose Schwebezustand der Hand oder des Armes), Katalepsie (Steifheit des Armes, scheinbare Unfähigkeit die Lider zu öffnen), Wärme (Vasodilatation) oder Kühle (Vasokonstriktion). Diese Phänomene dienen zunächst der Ratifizierung der Trance, d. h. den Probanden davon zu überzeugen, dass seine Reaktionen anders als »normal« sind. Die Arbeit mit diesen Phänomenen ist impliziter Bestandteil des Auftrags des Patienten, Hypnose zu erleben, wenn er um eine solche Therapieform nachsucht. Der Therapeut muss die Arbeit mit diesen Phänomenen allerdings erklären, wenn er selbst Hypnose als Methode vorschlägt.

Die Ziele der Hypnotherapie, die mit diesen Veränderungen erreicht werden sollen, sind die Bewältigung von Problemen und die Aktivierung

von signifikanten Erfahrungen (▶ Abschn. 1.4.8 Übersicht »Ziele und Unterziele der Hypnotherapie«). Als **unspezifisch** sind die Harmonisierung des inneren Milieus (1) und Erhöhung der Suggestibilität (2) einzustufen. Dagegen zielt die **spezifische** Veränderung der Wahrnehmung (3) auf eine **symptomorientierte** Bewältigung von Problemen ab. Das trifft auch auf die Aktivierung der Vorstellung (4) zu, solange sie sich direkt auf die Visualisierung von Heilungsvorgängen beschränkt. Beide sind **explizite** Vorgehensweisen, insofern Ziel und Lösungsweg klar zu beschreiben sind. Die Verwendung von unwillkürlichen Signalsystemen (5) und Metaphern ermöglicht dagegen einen **impliziten** Zugang zu unbewussten Entscheidungsprozessen und zu »stillem Wissen« (6).

Mit der Reaktivierung von Erinnerungen können abgespaltene Ressourcen explizit mobilisiert werden (6). Sie kann **konfliktorientiert** zur Ursachenforschung eingesetzt werden: entweder zur Rekonstruktion von Traumata (lösungsorientiert) oder zur »Nachbesserung« fehlender elterlicher Einflüsse und Wertungen (7; bindungsorientiert). Dabei wird die mit der Regression einhergehende Übertragungsreaktion genutzt; das setzt voraus, dass positive Elternprojektionen des Patienten akzeptiert werden, um Verhaltens- und Einstellungsänderungen suggestiv zu unterstützen und dysfunktionale Beziehungsschemata durch Vermeidung nachteiliger Gegenübertragungen und den Einsatz komplementärer Reaktionen schrittweise zu entkräften.

Die therapeutische Nutzung der Trance kann unmittelbar an die trancebedingten körperlichen Veränderungen anschließen. Etwa die Herstellung eines Taubheitsgefühls in der Hand zur Schmerzbewältigung (»Handschuh«-Analgesie) im Anschluss an Katalepsie oder Levitation. Oder eine Unterbrechung einer reflexartigen Handbewegung (beim Rauchen, Kratzen oder Haarezupfen) im Verlauf einer Levitation. Ebenso das Wärmegefühl bzw. Prickeln in den Fingerspitzen als Ausgangspunkt für eine verbesserte Durchblutung zwecks Wundheilung oder Warzenheilung.

Neben somatischen Reaktionen wird die fokussierte Innenwendung der Aufmerksamkeit in Trance verwendet, um kognitive Veränderungen zu erreichen. Aufgrund eines verbesserten Zugangs zur Erinnerung und intensiveren Imagination (Frankel 1988) werden Suchprozesse gefördert, die der aktuellen Problemsituation ähnlich besetzte Erfahrungen affektiv zugänglich machen (»Affektbrücke«, ▶ Kap. 22). Traumatische Erfahrungen bzw. Ressourcen aus früheren Lebensabschnitten oder die Vorstellung der Bewältigung zukünftiger Situationen können auf diese Weise aktiviert werden. Aufgrund einer hypothetisch besseren **Assoziationsfähigkeit** werden Bewältigungserfahrungen mit Problemsituationen im Sinne eines Konditionierungsprozesses verknüpft. Wegen der erhöhten **Dissoziationsfähigkeit** können auf der anderen Seite überwertige Erfahrungsaspekte einer Problemsituation (visuelle, akustische bzw. stimmliche Qualitäten oder Gefühlskomponenten einer Traumasituation) abgespalten werden. Schließlich gelingt es durch die der veränderte kognitive Verarbeitung (größere Empfänglichkeit für eine bildliche oder metaphorische Darstellung), **Umstrukturierungen** und fiktive Rekonstruktionen belastender Situationen vorzunehmen. Manche Probleme lassen sich besser in der **Zukunftsprojektion** der Lösung und manche besser in der **Regression** in die Entstehung bearbeiten.

Die methodischen Entscheidungen, die der Hypnotherapeut treffen muss, um den Verlauf und den Einsatz der Hypnose zu steuern, lassen sich wie in der folgenden Übersicht zusammenfassen:

Entscheidungen und Strategien in der Hypnotherapie

- **Entscheidungen zur Nutzung der Hypnose**
  - **Unspezifische** oder spezifische Intervention?
  - Wenn **spezifisch**: explizite oder implizite Intervention?
  1. Wenn **implizit**:
     a) Abfrage »stillen Wissens« durch **Ideomotorik**?
     b) Oder Anstoß zu Suchprozessen durch **Metaphern**?

▼

2. Wenn **explizit**: Symptomorientierte oder konfliktorientierte Intervention?
   a) Wenn **konflikt**orientiert: Lösungsorientiert oder bindungsorientiert?
   b) Wenn **symptom**orientiert: Welche Strategie?

- **Strategien**
  - Progression in den Lösungszustand oder Heilungsprozess
  - Regression in die Entstehungssituation
  - Assoziation von Ressourcen
  - Dissoziation von überwertigen Erfahrungsaspekten
  - Transformation (Reframing)

1.5.2 Unspezifische Hypnotherapie

Neben spezifischen Einsatzmöglichkeiten der Hypnose ist die unspezifische Entspannungsreaktion zu beachten, die relativ schnell entwickelt wird. Die damit verbundene trophotrope Umstellung ist in vielen Fällen heilsam, weil sie z. B. mit Angst- und Stressreaktionen inkompatibel ist. Außerdem wird die immunsuppressive Wirkung der Stressreaktion gemindert, wodurch verschiedene Heilungsprozesse unterstützt werden. Die unspezifische Nutzung wird meist nicht allein eingesetzt und daher häufig nur beiläufig erwähnt. Allerdings sollte der Therapeut den Patienten darüber aufklären, dass spontan regressive Phänomene mit kathartischen Affekten auftreten können.

1.5.3 Implizite Hypnotherapie

Hypnotische Interventionen können explizit genannt werden, wenn der Lösungsweg und auch die Vorgehensweise inhaltlich beschreibbar sind. Bisweilen ist es sinnvoll, die Veränderung indirekt durch suggestive Anekdoten oder Metaphern zu unterstützen oder anzuregen und damit eine implizite Verarbeitung anzusprechen. So kann man zur Schmerzbehandlung in Trance Anekdoten von Alltagserfahrungen einfließen lassen, in denen Schmerzen oder andere dominante Empfindungen in den Hintergrund getreten sind. Dieses Vorgehen beruht auf der Annahme, dass beiläufig oder unterschwellig, d. h. auch in verkleideter Form präsentierte Information ohne rationale Analyse rezipiert wird und Such- bzw. Problemlösungsprozesse initiiert, ohne aber von gewohnten Denkmustern eingeengt zu werden.

Andere Formen der Indirektheit (▶ Kap. 16) sind Einstreuung, Vorprägung durch mehrfache Andeutung (»priming« oder »seeding«), Verwendung von mehrdeutigen Ausdrücken, die nonverbal oder paraverbal markiert werden, eingebettete Fragen und Aufforderungen *(»Es gibt Leute, Herr Meier, die können sich besser entspannen als andere«)*. Die Wirksamkeit von beiläufiger Darbietung (in Metaphern) ist bisher nur partiell nachgewiesen, etwa für Analgesiesuggestionen (Garbert-Vargaet al. 1991; Hoppe 1993) oder Angstbewältigung (Zeyer et al. 1995; Krause u. Revenstorf 1997, 1998). Aufgrund der beiläufigen Natur dieser Interventionsformen ist eine explizite Erläuterung überflüssig. Wenn der Patient nach dem Sinn der Metaphern fragt, was gelegentlich vorkommt, weicht der Therapeut meist darauf aus zu sagen, dass sie der Anregung der Phantasie dienen und die Kreativität fördern.

Noch mehr dem »stillen Wissen« überlassen ist die intrahypnotische Lösung von Problemen mithilfe unwillkürlicher Körpersignale (Fingersignale, Handlevitation, Handannäherung) wie es Rossi u. Cheek (1988) für die Behandlung psychosomatischer Störungen empfehlen. Dabei wird der Patient zu seinem Problem und dessen Lösung befragt und antwortet mit nonverbalen Ja- und Nein-Signalen, von denen man annimmt, dass sie unwillkürlich gesteuert werden. Hier muss dem Patienten allein aus technischen Gründen Anliegen und Vorgehensweise sorgfältig erklärt werden.

1.5.4 Symptomorientierte Hypnotherapie

Der Unterschied zwischen symptomorientierter und konfliktorientierter Vorgehensweise wird an der Schmerzbehandlung deutlich. Akute Schmerzen (z. B. bei der Zahnbehandlung) werden meist

durch direkte oder indirekte Analgesiesuggestion nach Einleitung der Trance gelindert (▶ Kap. 60). Bei chronischen Schmerzen dagegen ist es häufig sinnvoll, nach einer psychisch belastenden Situation in der Vorgeschichte zu suchen und diese intrahypnotisch zu restrukturieren (▶ Kap. 48–50).

Bei Störungen der Gewohnheitskontrolle, wo es um die Unterbrechung von problematischen motorischen Mustern geht (Tics, Rauchen, Essen usw. ▶ Kap. 27–29), kann dieses Muster entweder in seiner subjektiven Bedeutung geändert werden oder es werden Vorstellungen alternativer Handlungsabläufe oder die aversiven Folgen des problematischen Verhaltens imaginiert und mit der durch Levitation fokussierten Hand assoziiert. So wird z. B. die Raucherhand mit dem Zustand der Unabhängigkeit vom Körper und vom bewussten Willen assoziiert; d. h. sie dient nicht mehr dem Bedürfnis oder dem Wunsch zu rauchen. Bei diesen Therapiezielen besteht immer ein klarer Auftrag vonseiten des Patienten.

1.5.5 Konfliktorientierte Hypnotherapie

Die konfliktorientierte Vorgehensweise sucht für das gegenwärtige Symptom nach einer prägenden, d. h. verursachenden Erfahrung in der Biografie des Patienten, um diese defizitäre oder traumatische Erfahrung zu korrigieren. Dabei bieten sich 2 Strategien an:

1. Das lösungsorientierte Vorgehen ergänzt die prägende Situation durch eine fiktive oder reale Ressource; so kann eine missbrauchte Frau in der Regression zu einer Phantasie angeregt werden, in der sie als Kind durch eine Hilfsperson an dem missbrauchenden Großvater gerächt wird.
2. Oder in einer defizitären Prägungssituation, wo die Mutter nicht verfügbar war, kann in der Phantasie auf ein Mutterbild aus früheren Zeiten zurückgegriffen werden, aus der Zeit als sie noch fähig gewesen wäre, dem Kind die verlangte Zuwendung oder Güte angedeihen zu lassen (▶ Kap. 22).

Auf der anderen Seite kann der Therapeut aufgrund der hypnotischen Beziehung und der damit verbundenen Übertragung, bindungsorientiert arbeiten, da er selber eine Person ist, die eine korrektive emotionale Erfahrung fördern kann. In der Trance kann er Wertungen und Unterstützung suggerieren, die der Patient in der Regression seinem kindlich geprägten Beziehungsschema hinzufügen kann (▶ Kap. 4 und 41).

Bei der konfliktorientierten Vorgehensweise ist eine sorgfältige Aufklärung des Patienten erforderlich, insbesondere wenn es um das Aufsuchen traumatischer Erfahrungen geht. In diesem Fall sind auch Sicherheitsvorkehrungen im Sinne von Ausweichmanövern sinnvoll (Rückkehr zu vorher geklärten Ressourcen, selbstständige Unterbrechung der Trance usw.).

1.5.6 Spezifische Strategien der Hypnotherapie

Zur Bearbeitung eines Problems bieten sich grundsätzlich 5 Strategien an (Revenstorf 1993), die sich auch kombinieren lassen.

1. **Dissoziation:** Bestimmte Erfahrungsaspekte können dissoziiert werden wie Schmerz bzw. Ton-, Bild- oder Gefühlskomponenten.
2. **Assoziation:** Kritische Episoden können emotional und kognitiv durch eine fiktive oder reale Ressourcenerfahrung korrigiert werden (Hoppe 1993b, Erickson u. Rossi 1989). Ebenso können Bewältigungserfahrungen aus der Vergangenheit für vergangene oder gegenwärtige Probleme mobilisiert werden.
3. **Regression:** Probleme können durch Regression in die Entstehungssituation bewältigt werden (▶ Kap. 22): Eine prägende oder traumatische Situation aus der Biografie kann bei nochmaliger Aktivierung in Hypnose in der Wahrnehmung verändert werden, indem bisher vernachlässigte Aspekte assoziiert oder überwertige Aspekte dissoziiert werden.
4. **Progression:** Für zukünftige oder sich wiederholende Probleme ist eine progressive Bearbeitung sinnvoll, indem etwa die bevorstehende Prüfung, Konfrontation, Trennung und deren Ausgang imaginiert wird. Es können also sowohl Ressourcen assoziiert wie auch überwertige Wahrnehmungsaspekte dissoziiert werden bzw. es können Entwicklungsschritte

bzw. Heilungsprozesse vorwegnehmend visualisiert oder aus der Zukunft rückblickend rekonstruiert werden.

5. **Transformation:** Diese Strategie ist immer dann sinnvoll, wenn ein Symptom eine noch bestehende Funktion für das Individuum hat. Das kann somatische Erscheinungen oder Schmerzen, aber auch störende Verhaltensweisen betreffen, die eine Signalfunktion haben. Zur Therapie wird der ökologische Nutzen des Symptoms zunächst geklärt und dann durch andere Verhaltensweisen ersetzt, die weniger schädlich sind. Oder das Symptom wird differenzierter eingesetzt. Durch eine Übersetzung in Bilder gelingt dieses »Reframing« oft leichter als durch Argumentation (▶ Kap. 19).

1.6 Wirkungsnachweise der Hypnotherapie

1.6.1 Operationalisierbarkeit

Die Ziele der Hypnotherapie sind auf der Symptomebene leicht operationalisierbar:

- Schmerzbewältigung kann mit subjektiven Maßen oder Medikamentengebrauch erfasst werden,
- Erfolg einer Raucherentwöhnung an der Reduktion des Zigarettenkonsums,
- Angstfreiheit mit In-vivo-Konfrontation,
- Depressionsfreiheit mit Aktivitätsmaßen und einschlägigen Fragebögen,
- Symptomfreiheit bei psychosomatischen Beschwerden mit entsprechenden medizinischen Befunden oder Beschwerdelisten.

Eine adjuvante Hypnotherapie bei somatischen Erkrankungen ist in ihrer Wirkung nur statistisch zu erfassen. Die Wirkung der Hypnotherapie bei Krebserkrankungen ist z. B. in entsprechend behandelten Gruppen von Patienten durch die verlängerte Überlebensdauer nachgewiesen worden (Spiegel et al. 1989; Spiegel 1993). Auf individueller Ebene ist die Erfassung der somatischen Veränderung, etwa durch Leukozytenzählung, schwierig, weil fast immer gleichzeitig eine somatische Behandlung stattfindet.

Ob eine Intervention auf der Konfliktebene wirksam war, lässt sich nur indirekt messen, indem man die Symptome beobachtet. Ob die Rekonstruktion oder die kathartische Reaktivierung einer belastenden Situation aus der Biografie wirksam war, lässt sich unmittelbar nur schwer überprüfen, da der Effekt in der Phantasie des Patienten stattfindet und nicht operationalisierbar ist. Ebenso schwer lässt sich feststellen, ob suggestive Ergänzungen der kindlichen Erfahrung im Sinne einer »Nachbeelterung« wirksam waren.

Implizite Interventionen der Hypnotherapie, die zur Auffindung und Nutzung »stillen Wissens« führen, lassen sich oft anhand der dabei bewusst gewordenen Entscheidungen des Patienten überprüfen oder an den unmittelbaren Verhaltenskonsequenzen. Eine berufstätige Hausfrau entscheidet sich z. B. nach einer Suche unbewusster Information zur Lösung ihres Stressproblems für die Einstellung einer Haushaltshilfe; eine Krebspatientin entschließt sich für eine Chemotherapie oder dagegen, ein zaudernder Verlobter zur Heirat. Hat sie/er tatsächlich neue Information gefunden? Sichtbar ist nur die subjektive Entscheidungssicherheit gestiegen.

Noch schwieriger wird der Nachweis darüber, ob sich die Kreativität bei der Lösung eines Problems durch die Anwendung von Metaphern oder anderen indirekten Suggestionen verbessert habe. Bei allen hypnotischen Interventionen ist deren spezifische Wirkung schwer von der Zuwendung des Therapeuten zu trennen. Durch die Fürsorglichkeit und Fokussierung der Aufmerksamkeit, die eine hypnotische Induktion seitens des Therapeuten für den Patienten mit sich bringt, ist dieser unspezifische Wirkfaktor nie ganz auszuschließen.

1.6.2 Anwendungsbereiche

Einschlägige Standardwerke (Borrows u. Dennerstein 1980; Brown u. Fromm 1986, Cheek u. LeCron 1968; Crasilneck u. Hall 1985; Hammond 1990; Kossak 1989; Kroger u. Fezler 1976; Peter et al. 1991; Revenstorf 1993; Lynn et al. 1996; Wester u. Smith 1984; Gesammelten Schriften von Erickson 1995–97; Kurzfassung aller dokumentierten Fälle Ericksons von O'Hanlon u. Hexum 1990) zeigen, dass Hypnose in sehr vielen psychosomatischen, psy-

chiatrischen und somatischen Bereichen angewendet wurde. Hierzu liegt jeweils ein umfangreiches Material an Fallstudien vor.

Anwendungsgebiete der klinischen Hypnose, in denen Kasuistiken vorliegen

- **Verhaltensprobleme**
  - Nägelkauen
  - Bettnässen
  - Rauchen
  - Übergewicht
  - Akademische und athletische Leistungsverbesserung
- **Psychoneurotische Störungen**
  - Phobien, Zwänge
  - Depressive Reaktionen
  - Posttraumatische Belastungsstörungen
  - Dissoziative Störungen
  - Schlafstörungen
- **Psychosomatische Störungen**
  - Chronischer Schmerz
  - Migräne, Spannungskopfschmerz
  - Morbus Crohn, Ulcus
  - Asthma, Heuschnupfen
  - Hypertonie
- **Somatische Störungen**
  - Immunologie: Warzen, Dermatosen, Ichthyosis, Tumor
  - Vasomotorik: Blutungskontrolle, Morbus Reynaud, Wundheilung
  - Akuter Schmerz: Geburtshilfe, Zahnheilkunde, postoperativer Schmerz
  - Neurologie: Amnesien, Rehabilitation nach Hirnläsionen

1.7 Diskussion

1.7.1 Transparenz von Therapiezielen im Behandlungsverlauf

Ein Teil der Patienten kommt zur Hypnotherapie mit der Vorstellung einer symptomorientierten Kurzzeittherapie; so z. B. zur Phobiebehandlung, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung oder Schmerzbewältigung. In solchen Fällen bleiben die Ziele im Laufe der Therapie im Allgemeinen gleich und werden im Rahmen dieses begrenzten Auftrags zu erreichen versucht. Dasselbe gilt für psychosomatische Beschwerden, einschließlich chronischer Schmerzen, obgleich hier im Laufe der Behandlung die Bearbeitung biografischer oder systemischer Anteile sinnvoll werden kann. Eine derartige konfliktorientierte Änderung der Therapieziele, erfordert die vorherige Abklärung mit dem Patienten, einschließlich seiner Familie oder seines Partners. Wenn ein psychosomatisches Symptom oder auch eine Phobie zur systemischen Regelung von Nähe oder Kontrolle gehört, so besteht oft nicht das Einverständnis der Familie, die symptomorientierte Ebene der Therapie zu verlassen. Tut man es dennoch, kommt es manchmal zu familiären Reibungen oder zu Trennungen, denen der Therapeut vorbeugen sollte. Das ist nicht spezifisch für die Hypnotherapie, trifft vielmehr auf die meisten Therapieformen zu, doch verleitet die Hypnotherapie den Patienten oft zur Hoffnung, dass das Problem auf der Symptomebene allein behoben werden kann.

Fallbeispiel

Kälteflecken

Eine 35-jährige Frau kam wegen organisch nicht begründbarer Kälteflecken an Beinen und Unterleib zur Hypnosebehandlung. Sie erschien sehr gut trancefähig, unterbrach aber die Hypnose abrupt, als ihr suggeriert wurde, die Flecken auf dem Oberschenkel seien verschiebbar. Zur nächsten Sitzung brachte sie eine Höhenphobie mit und nach deren unmittelbarer Behandlung durch Reizexposition in vivo brachte sie eine Todesphobie vor. Es wurde klar, dass das ursprüngliche Symptom mit einem erheblichen Krankheitsgewinn verbunden sein musste. Nach dem Kontext befragt, erklärte die Metzgertochter, ihr Mann, ein Hochschulprofessor, würde selbst in ihrem Bügelzimmer seine Akten ausbreiten. Auf die Kälteflecken reagiere er sehr fürsorglich. Da werde der Theaterbesuch abgesagt und er würde sie heiß duschen und ins Bett bringen, um ihr vorzulesen. Das Symptom war offenbar für die Frau eine der wenigen Möglichkeiten, soziale Kontrolle auszuüben. In einer Paarsitzung reagierte der Mann dann entsprechend schroff auf den Vorschlag eines Konfliktgesprächs, in dem die Bedürfnisse der Frau zur Sprache kommen sollten mit dem

Satz: »Wenn Sie an unserer Ehe rütteln wollen, gehe ich sofort.«

Durch die aufdeckende Natur der regressiven Arbeit in Hypnotherapie und allein schon durch das schnelle Aufgeben der Außenkontrolle während der Tranceinduktion kommt der Patient oft spontan mit abgespaltenen Seiten seiner selbst in Berührung, die die Therapie vor eine neue Aufgabe stellen. Da das während der Trance geschieht, ist der Hypnotherapeut in einer ähnlichen Situation wie ein Chirurg, der während der Operation am narkotisierten Patienten eine unerwartete Situation vorfindet. Er muss dann spontan entscheiden, wie die aufgetretenen Erinnerungen oder Affekte zu bearbeiten sind. Er kann allerdings im Gegensatz zum Chirurgen darauf vertrauen, dass der Patient die Behandlung unterbricht, wenn die Intervention seinen Wertungen und Bedürfnissen zuwiderläuft.

Nach Sitzungen, in denen traumatische Inhalte bearbeitet oder mit Metaphern unwillkürliche Such- und Umstrukturierungsprozesse angestoßen wurden, tritt manchmal spontane Amnesie auf, die als Schutz des unbewussten Bearbeitungsprozesses interpretiert werden kann. Die Erickson'sche Hypnotherapie geht davon aus, dass diese Amnesie vom Therapeuten nicht aufgehoben werden sollte, um dem Organismus Gelegenheit zu geben, die bearbeiteten Inhalte nachträglich zu konsolidieren und nicht dem einengenden Wertesystem des Bewusstseins auszuliefern. Will man dieser Logik folgen, dann endet hier die Transparenz im Dienste des Patienten. Die Erinnerung kommt im Allgemeinen ohnehin nach einigen Tagen oder Wochen zurück.

Fazit

Hypnotherapie benutzt verschiedene Ebenen der menschlichen Informationsverarbeitung. Zunächst setzt sie an der verbalen Kommunikation zwischen Therapeut und Patient an (Induktion). Daran anschließend werden zunächst häufig körperliche Erfahrungen als Ratifikation der Trance evoziert (z. B. Levitation), um im weiteren Verlauf eine veränderte, interne Informationsverarbeitung anzuregen (etwa durch Aktivierung der Vorstellung). Damit kann das affektive Erleben beeinflusst (z. B. durch Reaktivierung von signifikanten Lebensereignissen) und eine kognitive Umstrukturierung gefördert werden. Es können auch Handlungsentwürfe suggestiv gebahnt werden. Dabei werden unbewusste oder vorbewusste Inhalte (»stilles Wissen«) in den Veränderungsprozess mit einbezogen. Durch die asymmetrische Rollenverteilung in der hypnotischen Beziehung wird eine regressive Haltung des Patienten gefördert, die Übertragungsphänomene erleichtert.

Hypnotische Trance hat bei diesen Interventionsstrategien mindestens 5 hypothetische Funktionen:

1. Harmonisierung
2. Fokussierung
3. Regression
4. Transzendenz des Alltagsbewusstseins
5. Transpersonalität

Hypnotherapie ist, wie zu zeigen versucht wurde, in ihrem Ansatz sowohl psychodynamisch wie lösungsorientiert und macht die Annahme, dass unbewusste Ressourcen bei einer Problemlösung hilfreich sind. Sie ist im Allgemeinen eine Kurzzeittherapie. Außerdem ist die Verwendung von Hypnose für den Therapeuten psychohygienisch gesund, da er sich dabei selbst in – eine allerdings außenfokussierte – Trance begibt und dadurch einen besonders sensiblen Kontakt zum Patienten ermöglicht. Dabei macht er sein eigenes »stilles Wissen« gewissermaßen mühelos verfügbar und bleibt entspannt.



Hypnotherapie ist eine komplexe Kommunikationsform, die den Zugang zu den verschiedenen Schichten der Informationsverarbeitung ermöglicht. Hypnotische Trance ist geeignet, viele Therapieprozesse zu beschleunigen und kann in unterschiedliche Therapieformen integriert werden. Hypnose wirkt daher als eine Art Therapiebeschleuniger (Woitowitz et al. 1999). Auf der anderen Seite hat Hypnotherapie ein genuines und differenziertes Interventionsrepertoire entwickelt, das sie von anderen Therapieformen durch den speziellen Trancezustand und besondere Kommunikationsmodi unterscheidet. Die Nutzung des Unbewussten als Informationsquelle verbindet sie mit der Tiefenpsychologie und die Lösungsorientierung mit der Verhaltenstherapie; die Mobilisierung der individuellen Ressourcen macht Hypnotherapie dagegen zu einer humanistischen Therapieform. Hypnotherapie ist schließlich gleichermaßen somatisch wie psychologisch orientiert und bildet daher eine Brücke zwischen Medizin und Psychotherapie. Hypnotherapie muss aufgrund dieser Besonderheiten somit als eine eigene Therapieform betrachtet werden (Bongartz u. Bongartz 1998).

2

Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit

Burkhard Peter

2.1 Theorie – 33

2.2 Anwendung der Wirklichkeitskriterien auf die Konstruktion komplexer hypnotischer Phänomene – 34

2.2.1 Syntaktische Wirklichkeitskriterien: Sensorik und Wahrnehmung – 34

2.2.2 Semantische Wirklichkeitskriterien: Bedeutungsgebung durch Ausdruck, Valenz und Affekt – 37

2.2.3 Pragmatische Wirklichkeitskriterien: Handlung und Interaktion – 38

2.3 Implikationen – 39

Hypnose kann man verstehen als die Kunst, eine alternative Wirklichkeit zu konstruieren, welche die hypnotisierte Person möglichst lange und intensiv als »wirkliche« Wirklichkeit erlebt, bis sie in ihr genügend neue Erfahrungen machen und diese in ihre »normale« Wirklichkeit implementieren konnte, sodass sich hier (therapeutisch bedeutsame) Veränderungen ergeben. Entscheidend ist hierfür das Erleben der **Evidenz**, der »gefühlten« Wirklichkeit. Dieses Evidenzerleben wird erzeugt und gesteigert zum einen durch die hypnotische Trance. Deshalb ist es wichtig, eine hypnotische Trance zu induzieren, und für sehr gut hypnotisierbare Patienten reicht das vermutlich schon aus. Weil hochsuggestible Patienten das Medium der Hypnose am besten nützen können, profitieren sie davon am meisten und benötigen meist keine zusätzlichen Maßnahmen seitens ihrer Therapeuten. Allein die Bezeichnung eines Induktionsrituals als »Hypnose« scheint z. B. ein wichtiger Faktor in Hinblick auf die nachfolgende Reaktion auf Suggestionen zu sein; wenn in der gleichen Induktion das Wort »Hypnose« durch das Wort »Entspannung« ausgetauscht wird, ist der Effekt bei weitem nicht so stark (Gandhi u. Oakley 2005). Man könnte das so interpretieren, dass Hochsuggestible ihre Fähigkeiten nicht so gut zum Einsatz bringen, wenn es sich »nur« um eine Entspannung handelt. Dass die hypnotische Wirklichkeit von Hochsuggestiblen im Sinne hypnotischer Illusionen oder Halluzinationen als echt bzw. evident erlebt wird, zeigt eine Reihe mit bildgebenden Verfahren durchgeführter Untersuchungen, die in ► Kap. 3 ausführlich behandelt werden.

Für die nicht so gut Hypnotisierbaren hingegen bedarf es ergänzender Maßnahmen: Hinsichtlich Tranceinduktion sind das all die indirekten Methoden, die in den anderen Technikkapiteln dieses Buchs ausführlich dargestellt sind. Für das Ziel aber, das Wirklichkeitsempfinden des Patienten während der Trance selbst zu erhöhen, sollte man etwas über die allgemeinen **Konstruktionskriterien für Wirklichkeit** wissen, die Menschen normalerweise verwenden. Die bedachte Anwendung dieser Kriterien kann helfen, komplexere hypnotische Phänomene wie z. B. Altersregression oder Zukunftsprogression bei Patienten hervorzurufen und zu steuern. Das ist das Thema dieses Kapitels.

2.1 Theorie

Was wir subjektiv als Wirklichkeit erleben, ist kein getreues Abbild der Welt, wie im naiven Realismus noch angenommen. Unser Gehirn verarbeitet auch nicht einfach externe Reize zu sinnvollen Informationen, wie in der Informationsverarbeitungstheorie postuliert. Die zentrale Aussage des radikalen Konstruktivismus (von Glasersfeld 1981, 1992) lautet, dass unser kognitives System semantisch geschlossen und nur energetisch offen ist: Externe Reize bilden nur energetische Randbedingungen für jene Inhalte, welche das kognitive System selbstreferenziell – immer nur auf sich selbst bezogen – erzeugt. Das heißt, dass alle Wahrnehmungen, die wir als von außen kommend erleben, intern generiert sind, dass alle Bedeutungen, die wir in den externen Dingen als a priori gegeben annehmen, von uns konstruiert und dann auf oder in die Dinge hinein projiziert sind. Der radikale Konstruktivismus gibt also die Forderung auf, die wahre Welt wirklich oder objektiv erkennen zu können. Dafür fordert er, dass Wissen viabel sein muss, d. h., es muss in die Erfahrungswirklichkeit des Menschen passen.

Man mag sich wundern – und das wird häufig als Gegenargument gegen den radikalen Konstruktivismus gebraucht –, dass wir Menschen doch offensichtlich die gleiche Realität wahrnehmen und in ihr und mit ihr handeln können. Hierauf lässt sich erwidern, dass Menschen durch Vererbung im Prinzip die gleiche morphologische Ausstattung besitzen und eine zumindest intrakulturell ähnliche Erziehung und Sozialisation erhalten haben. Piaget (1975; von Glasersfeld 1978) z. B. hat die konstruktiven kognitiven Operationen aufgezeigt, die ein Mensch von Kindheit an bis zur kognitiven Reife im Erwachsenenalter durchläuft. So ist es nur wahrscheinlich, dass Menschen im Allgemeinen ähnliche Konstruktionen verwenden und diese ständig über Prozesse der Akkommodation und Assimilation miteinander abgleichen, aneinander angleichen und dann als ihre gemeinsame Wirklichkeit betrachten (Revenstorf 1991a).

Wie störbar und zerbrechlich dieser Prozess der individuellen und sozialen Konstruktion sein kann, erleben Therapeuten in ihrer alltäglichen Arbeit, wenn Patienten mit fixierten Überzeugungen von der »Wirklichkeit« zu uns kommen, welche teilweise oder gar erheblich von der »allgemein« als gül-

tig angenommenen Wirklichkeit abweichen – in neurotischer, psychosomatischer oder gar psychotischer Ausprägung. Und das Gleiche erleben wir in positiver Hinsicht auch dann, wenn es – mit oder ohne explizite Hypnose – gelungen ist, die Patienten zu einer veränderten oder neuen Sicht ihrer Wirklichkeit, d. h. zu einer neuen Wirklichkeitskonstruktion zu veranlassen.

Hypnose ist nicht nur die älteste, sondern auch eine der potentesten psychologischen Methoden – von psychoaktiven Drogen abgesehen – die Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen zu verändern. Die beiden wesentlichen Kriterien von Hypnose sind **Unwillkürlichkeit** und **Evidenz**, d. h. das Erlebnis der »Wirklichkeit« des hypnotisch Suggerierten (Peter 1994c). »Echte« Hypnose unterscheidet sich von »bloßer« Vorstellung (im Sinne von: »*Stellen Sie sich vor, dass …*« oder »*Tun Sie mal so, als ob …*«) dadurch, dass das suggerierte Ereignis als wirklich vorhanden erlebt wird, als hypnotische Illusion oder gar Halluzination.

Dies ist inzwischen auch hirnphysiologisch gut nachgewiesen, z. B. in der Untersuchung von Szechtman et al. (1998) bezüglich auditiver Halluzinationen und der von Kosslyn et al. (2000) hinsichtlich visueller Illusionen. Hierauf gehe ich in ▶ Kap. 3 noch näher ein.

Welches sind nun die Kriterien, anhand derer wir eine Wahrnehmung als »wirklich wahrgenommen« und nicht als »bloß eingebildet« einstufen. Die Kenntnis dieser Kriterien zur Konstruktion von Wirklichkeit und deren konsequente Anwendung ist hilfreich, um komplexere hypnotische Phänomene wie z. B. Altersregression oder Zukunftsprogression hervorzurufen und zu steuern.

Man kann diese Kriterien zur Konstruktion von Wirklichkeit in 3 Gruppen einteilen. Diese Einteilung wurde für andere psychologische Gebiete auch schon vorgeschlagen, z. B. von P. J. Lang (1985) oder Stadler u. Kruse (1990), deren Modelle sich in wesentlichen Punkten ähneln. In diesem Kapitel geht es um die Anwendung auf hypnotische Phänomene, wobei ich der Einteilung von Stadler u. Kruse (1990) folge:

1. Die **syntaktischen** Wirklichkeitskriterien beziehen sich auf den sensorischen Apparat, d. h. auf die Wahrnehmung.
2. Die **semantischen** Wirklichkeitskriterien beziehen sich auf den kognitiven Apparat, d. h. auf die Bedeutungsgebung des Wahrgenommenen.
3. Die **pragmatischen** Wirklichkeitskriterien beziehen sich auf den motorischen Apparat, d. h. auf Handlung und Interaktion.

Diese Reihung – sensorisch, kognitiv und motorisch – findet sich übrigens auch in Freuds (1914) topischem Modell wieder. Einige Punkte sollen näher erläutert werden, soweit sie für unser Thema »Konstruktion von Wirklichkeit« relevant sind; eine erschöpfende Behandlung würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen.

2.2 Anwendung der Wirklichkeitskriterien auf die Konstruktion komplexer hypnotischer Phänomene

2.2.1 Syntaktische Wirklichkeitskriterien: Sensorik und Wahrnehmung

Die syntaktischen Wirklichkeitskriterien der ersten Gruppe beziehen sich auf den sensorischen Apparat, also auf das »wie«. Wie wird etwas wahrgenommen, dass es Wirklichkeitscharakter bekommt? Folgende Kriterien sind relevant:

Sinnesmodalitäten und Sinnesqualitäten

Der sorgfältige Umgang mit den einzelnen Sinnesmodalitäten (visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch oder gustatorisch; VAKOG) und ihrer jeweiligen Qualitäten (im Englischen »submodalities«: z. B. für das visuelle System sind dies Helligkeit: hell oder dunkel, Kontrast: scharf oder undeutlich sowie Farbe oder Schwarzweiß) gehört inzwischen mit zum Standardinstrumentarium nicht nur hypnotischer Kommunikation. Sie geht zurück auf Bandler u. Grinder (1975; Grinder et al. 1977), welche die **Kommunikationsmuster Milton H. Ericksons** sorgfältig untersucht und gefunden haben, dass es offensichtlich wichtig ist, zunächst das primäre Repräsentationssystem (VAKOG) des Patienten zu identifizieren, es aufzugreifen und anzusprechen (zu »pacen«) und dann erst auch andere Sinne miteinzubeziehen, um thera-

peutische Veränderung zu bewirken (»leading«). So neu ist diese Erkenntnis und ihre Anwendung übrigens auch wieder nicht: Der heute vergessene deutsche Hypnotherapeut Max Dessoir hatte 1896 schon auf das Gleiche hingewiesen(Dessoir 1896, S. 71).

In einer hypnotischen Altersregression bedeutet das z. B.: Man beginnt mit einer offenen Frage nach der ersten Sinnesmodalität: »*Wie fangen Sie an, sich zu erinnern?*« Angenommen, die Antwort ist visuell, z. B. »*Ich **sehe** mich als kleines Kind*«, dann sollte das »Pacen« zunächst auf eben dieser Modalität und ihrer Qualitäten erfolgen: »*Sehen Sie sich als kleines Kind, **hell** und **deutlich**, oder **dunkel** und **undeutlich**? Welche **Farbe** hat das Haar, die Kleidung, die Haut?*« etc. Analog verfährt man, wenn die Erinnerung auditiv oder kinästhetisch beginnt.

Je genauer man auf die zunächst präsentierte Sinnesmodalität (V, A, K, O oder G) eingeht, entsprechend nachfragt und dann die einzelnen Qualitäten erkundet, umso eher trägt man zum Wirklichkeitserleben des Patienten bei.

Intermodalität: Stimmigkeit der einzelnen Sinne zueinander

Stellen Sie sich vor, Sie würden mit Ihren Augen Ihren Nachbarn in Reichweite neben sich sitzen sehen, greifen mit Ihrer Hand hinüber, um ihn zu berühren, und greifen durch ihn hindurch; oder Sie sehen Ihren Nachbarn zwar, hören ihn aber nicht, obwohl er seinen Mund zum Sprechen bewegt. Es scheint also so, dass wir von bestimmten intermodalen Zusammenhängen der Sinne untereinander ausgehen, dass wir diese als gegeben voraussetzen und ihren Verlust als erhebliche Störung unserer Wirklichkeitswahrnehmung empfinden.

Das bedeutet umgekehrt für den Aufbau einer Wirklichkeitskonstruktion: Je mehr Sinne an einer Wahrnehmung gleichzeitig beteiligt sind – das, was ich sehe, kann ich gleichzeitig auch hören, fühlen oder riechen –, umso wirklicher wird diese Wahrnehmung erlebt.

Für den Aufbau einer wirklichkeitsnah erlebten Altersregression bedeutet das: Ausgehend vom ersten Sinneseindruck, z. B. einem visuellen, instruieren Sie den Patienten, auch andere Modalitäten mit einzubeziehen: »*Und während Sie dies **sehen**, können Sie auch genau **hinhorchen**? Und was **fühlen** Sie, wenn Sie das sehen und hören? Können Sie dabei auch etwas **riechen**?*«

Das Gegenteil bedeutet, dass der Wirklichkeitseindruck dadurch minimiert wird, dass möglichst wenig Sinne – vor allem wenig Nahsinne (K, O, G), stattdessen vorzugsweise nur der visuelle Sinn – benutzt werden. Das ist z. B. in Altersregressionen immer dann relevant, wenn traumatische Affekte berührt werden und durch den Patienten noch nicht verarbeitet werden können. Hierauf gehe ich weiter unten noch näher ein.

Je mehr andere Modalitäten man in die Sinneswahrnehmung mit einbezieht und je präziser man auch deren jeweilige Sinnesqualitäten abfragt, umso »wirklicher« wird der hypnotisch-halluzinierte Sinneseindruck durch den Patienten erlebt.
Umgekehrt verringert man das Evidenzerleben dadurch, dass möglichst nur der visuelle Sinn benützt bzw. der Patient in eine dissoziierte Beobachterposition gebracht wird.

Raumanschauung: Ortung, Dreidimensionalität, Invarianz, Bewegung

Wie selbstverständlich unser Wahrnehmungsapparat davon ausgeht, dass sich die Objekte unserer Wahrnehmung normalerweise in einem dreidimensionalen Raum befinden, dort vektoral exakt lokalisiert werden können, selbst wahrscheinlich eine Dreidimensionalität besitzen und je nach Beschaffenheit invariant sind, wenn wir uns bewegen – all diese Selbstverständlichkeiten bzw. die fatalen Auswirkungen bemerken wir erst dann, wenn diese vektorale Positionsbestimmung nicht möglich ist, z. B. während der See- oder Raumkrankheit oder wegen alkoholbedingter Intoxikation.

Um diese Raumanschauung bzw. eine exakte Lokalisierung der hypnotisch halluzinierten Objekte zu stimulieren, fragt man den Patienten, aus welcher Perspektive er sich selbst oder einen anderen sieht (aus welcher Richtung er die Stimme hört etc.): von vorne, von hinten, von rechts oder links, von oben oder unten; wie nah oder weit entfernt; was geschieht, wenn er sich etwas weiter entfernt oder sich annähert oder wenn die wahrgenommene Person sich selbst zu bewegen beginnt etc.

All diese Operationen lassen sich natürlich am leichtesten durchführen, wenn der Patient sich in einer Beobachterposition und befindet und hauptsächlich seine Fernsinne (V, A) benützt.

Je besser ein Wahrnehmungsobjekt, z. B. ein Mensch, in einem dreidimensionalen Raum präzise lokalisiert werden kann, je mehr dieser selbst als dreidimensional-plastisches Objekt wahrgenommen wird, je mehr er bei einem eigenen Perspektivenwechsel konstant in Form und Größe bleibt und je eher er sich aus sich selbst heraus bewegt, umso wirklicher wird er wahrgenommen.

Figur und Medium

Die deutsche Gestaltpsychologie hat Anfang des letzten Jahrhunderts die Gesetze der Wahrnehmung, insbesondere die des Sehens (Metzger 1975), untersucht und ist dabei auf aktive und eigenständige Leistungen des Wahrnehmungsapparats gestoßen. Beinahe alle diese Gestaltgesetze können für unser Thema der Konstruktion von Wirklichkeit Anwendung finden (Stadler u. Kruse 1986, 1991). Ich will hier aber nur das Gestaltgesetz von »Figur und Grund« herausgreifen, das von Bischof (1996) zu Recht auf »Figur und Medium« (wegen der Dreidimensionalität des Begriffs Medium) hin korrigiert wurde: Wann immer wir einen Wahrnehmungsgegenstand in den Fokus unserer Aufmerksamkeit rücken – was meist bedeutet, dass wir die **Grenzen** dieses Gegenstandes präzise bestimmen können – verschwindet das Übrige, was jenseits dieser Grenzen ebenfalls wahrnehmbar wäre, in den undeutlichen Hintergrund bzw. in den diffusen medialen Raum, mit der Konsequenz, dass immer die Figur bzw. Gestalt (mit ihren Grenzen) im Vordergrund einen präzisen Wirklichkeitscharakter annimmt, während der dazugehörige Grund bzw. das Medium einen nicht greifbaren, indifferenten Charakter erhält. (Beide, Figur und Medium, sind per definitionem untrennbar miteinander verbunden.)

Das wird vielleicht etwas deutlicher, wenn man an Schmerzen denkt und an die Möglichkeiten hypnotischer Schmerzkontrolle: Somatische Schmerzen besitzen meist eine klare Gestalt mit relativ deutlichen Grenzen (von Ausnahmen abgesehen) und können auch mit Begriffen aus anderen Sinnesmodalitäten relativ gut beschrieben werden: »Der Schmerz geht von da bis da (Grenze), er ist spitz, nicht stumpf (kinästhetisch), eher hell als dunkel, grell rot (visuell) und schrill (akustisch).« Im Gegensatz dazu wird ein »psychosomatischer« Schmerz selten so klar lokalisierbar und beschreibbar sein. In vorliegender Begrifflichkeit bedeutet das: Der somatische Schmerz ist eher figural, er hat eine klare Gestalt, während der »psychosomatische« Schmerz eher medial ist, diffus bzw. gestaltlos. Dieses Beispiel lässt sich mutatis mutandis auf fast alle Symptome übertragen. Hieraus ergibt sich als grobe therapeutische Leitlinie, dass ein »mediales« Symptom zunächst Gestalt annehmen muss, um therapeutisch greifbar und kommunikabel zu werden, während überdeutlich klare Symptomfiguren aufgelöst, medial diffundiert werden sollten, indem man z. B. ihre Grenzen auflöst, sie verschiebt etc. (Peter 2007a,b).

Für unseren Fall der Konstruktion hypnotischer Wirklichkeiten bedeutet das, dass in einer Altersregression z. B. immer wieder auf die Herausbildung von deutlich wahrnehmbaren Gestalten (aus dem diffusen Hintergrund aller möglichen Erfahrungen) geachtet werden muss, damit das Gesamterleben Wirklichkeitscharakter bekommt. Neben den oben schon geschilderten Kriterien der Sinneswahrnehmung ist hierbei insbesondere die Ausbildung von Grenzen mit der Betonung des Raumes innerhalb und außerhalb dieser Grenzen wichtig.

Je präziser eine Figur intrahypnotisch wahrgenommen wird mit eindeutig bestimmbaren Grenzen hin zum umgebenden Medium, umso wirklicher wird diese Wahrnehmung empfunden.

Dazu zwei grundsätzliche Bemerkungen:

1. Diese Kriterien der Wirklichkeitskonstruktion existieren nicht in der transphänomenalen, physikalischen Realität; dort gibt es keine Farben, keine Helligkeit oder Konturschärfe, nur elektromagnetische Wellen ohne Anschauungsqualitäten. Und unsere bevorzugte dreidimensionale Raumanschauung ist auch nur eine unter vielen möglichen. All diese Kriterien sind also nur Ordnungsparameter unseres kognitiven Systems, welche dieses benützt, um sich die Wirklichkeit selbstreferenziell zu erschaffen (Roth 1992, 1996). Diese Kriterien

sind auch nur soweit und solange wirklich, als sie für uns viabel, zum Überleben brauchbar sind.

2. Befunde aus der Hirnphysiologie lehren uns, dass im Gehirn des Menschen bei der hypnotischen Imagination ähnliche Prozesse ablaufen wie bei der sensorischen Wahrnehmung. Auf diese Untersuchungen gehe ich in ▶ Kap. 3 noch näher ein.

Beides – die plastische Potenz unserer Wirklichkeitskonstruktion sowie die neurophysiologische Äquivalenz der »wirklich« wahrgenommenen zur hypnotisch-halluzinativ imaginierten Wirklichkeit – scheint die Grundlage dafür zu sein, dass wir überhaupt psycho- und hypnotherapeutisch tätig werden können.

Stellen Sie sich das andere Extrem vor: Die subjektive Wirklichkeit des Menschen wäre definitiv fixiert ohne Möglichkeit der Veränderung, und wir wären ausschließlich von außen bestimmt. So wäre keine veränderte Sichtweise, keine andere Perspektive und kein neues Erleben möglich als das Vorgegebene. Das schließt nicht aus, dass es natürlich auch den Fall gibt, dass die Wirklichkeit so eindrücklich war oder widerspenstig ist, z. B. bei extremer Traumatisierung oder sehr widrigen psychosozialen Situationen, dass sich daran nichts ändern lässt und sich keine andere Perspektive finden lässt. Wir haben als Therapeuten dann nur die Möglichkeit, die Bedeutung einer so und nicht anders konstruierten Wirklichkeit zu verändern. Und genau das betrifft die zweite Gruppe der Wirklichkeitskriterien.

2.2.2 Semantische Wirklichkeitskriterien: Bedeutungsgebung durch Ausdruck, Valenz und Affekt

Aus unserer Alltagserfahrung wissen wir, dass etwas mit viel höherer Wahrscheinlichkeit wahrgenommen wird, wenn es für uns einen gewissen **Ausdruck aufweist**, **bedeutungsvoll** ist oder gar **attraktiv**. Wie viel entgeht unserer Wahrnehmung und ist damit buchstäblich nicht existent, wenn es ausdrucklos ist, wenn es für uns ohne Bedeutung ist oder einfach nicht attraktiv. Die Forschung zur selektiven Wahrnehmung hat das (bzw. auch das Gegenteil) an unzähligen Beispielen belegt.

Affekte spielen für diese Gruppe der semantischen Wirklichkeitskriterien eine wesentliche Rolle, denn es sind u. a. die Affekte, welche den Bedeutungsgehalt und die Valenz eines Wahrnehmungsobjektes bestimmen; sie erhöhen die Aufmerksamkeit und binden die Wahrnehmung.

Für den hypnotischen Aufbau einer neuen Wirklichkeit in der Altersregression oder Zukunftsprogression bedeutet das: Wenn es gelungen ist, anhand der syntaktischen Wirklichkeitskriterien, also mit den Sinnen, ein erstes Objekt der Wahrnehmung – gewissermaßen formal – zu gestalten, so wird dieses dann umso wirklicher werden, je ausdrucksvoller es ist, je mehr es mit subjektiver Bedeutsamkeit oder Wertigkeit ausgestattet wird, und/oder je attraktiver es für den Patienten ist. Am einfachsten gelingt das über affektive Zuweisung, indem man nicht nur nach der Bedeutung fragt, sondern auch den Affekt evoziert, der damit verbunden ist. Bedeutung und Affekt machen die Form lebendig, beseelen die Objekte der Wahrnehmung und erwecken sie so zum Leben.

Fragen hierzu wären z. B.: »*Was fühlen Sie jetzt? Wie geht es Ihnen damit? Was meinen Sie dazu?*« und alle geeigneten Variationen.

Nahsinne und Fernsinne und ihre Beziehung zur affektiven Bedeutung

Ein nicht unbedeutender Ordnungsparameter zur Lenkung der affektiven Bedeutung ergibt sich aus der Frage, ob im therapeutischen Dialog eher die Nah- oder Fernsinne angesprochen werden sollen. Von der **visuellen** Sinnesmodalität kann der Affekt noch am ehesten abgespalten werden. Denken Sie daran, wie viele grausame Szenen Sie im Fernseher sehen und dabei essen Sie mehr oder weniger ruhig weiter. Bei der **akustischen** Sinnesmodalität muss man schon unterscheiden zwischen bloßem Inhalt und der Art und Weise, wie dieser gesprochen ist, neutral oder mit emotionaler Färbung der Stimme.

In Bezug auf unser Thema der affektiven Bedeutung gilt, dass alle Fragen nach **kinästhetischer** Wahrnehmung den Affekt stimulieren können, ebenso alle Fragen nach **olfaktorischer** oder **gustatorischer** Wahrnehmung. Eine Altersregression z. B. ist am leichtesten dadurch zu provozieren, dass man danach fragt, wie es bei der betreffenden

Person früher gerochen hat, wenn man in die Wohnung oder ins Haus kam; oder wie jene Lieblingsspeise geschmeckt hat, die die Mutter früher ab und zu bereitet hat.

Aus dieser Einteilung in Fernsinne (visuell und akustisch) und Nahsinne (kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch) ergibt sich die differenzielle Indikation der therapeutischen Anwendung: Wann immer eine Dissoziation des affektiven Erlebens nötig ist, z. B. bei allen unkontrolliert überschießenden Affekten in Angst- oder Traumatherapien, ist die strikte Beschränkung auf visuelle, allenfalls noch akustische Wahrnehmung nötig. Sie finden dieses Prinzip in allen entsprechenden Kapiteln dieses Buchs angewandt, die sich mit diesem Störungstyp beschäftigen (Peter 2006b). Umgekehrt gilt natürlich auch, dass die Betonung der Nahsinne dann von Bedeutung ist, wenn die Dissoziation bzw. Unterdrückung eines Affektes als Teil der Störung deutlich ist und aufgehoben werden soll (◘ Tab. 2.1).

Die semantische Ebene der Wirklichkeitskonstruktion ist wesentlich komplexer, schwieriger und unkalkulierbarer als die syntaktisch-formale. Es lassen sich hier weniger Regeln formulieren. Die semantische Konstruktion ist angewiesen auf die Kreativität des Therapeuten und auf die vorgefundenen Ressourcen der Patienten. Spezifische therapeutische Inhalte sind daher immer nur Kokreationen beider, von Therapeut und Patient gemeinsam.

Es finden sich in der Literatur eine Reihe von Beispielen, die das eindrucksvoll belegen, z. B. Pierre Janets »Marie« oder Ericksons »Februar Mann« (▶ Kap. 22). In beiden Fällen spielt aber auch die dritte Kriteriumsgruppe eine entscheidende Rolle:

2.2.3 Pragmatische Wirklichkeitskriterien: Handlung und Interaktion

Man muss ab und zu daran erinnern, dass Erickson seine Patienten häufig nicht nur einfach hypnotisiert hat, sondern sie zu ganz konkreten Handlungen und Interaktionen veranlasst hat. Die handelnde und interaktive Auseinandersetzung mit der belebten und unbelebten Umwelt bzw. die präzise Anleitung dazu gehört bei vielen Patienten zu einer effektiven Therapie – nicht nur in der Verhaltenstherapie –, denn nur durch Handlung und Interaktion nehmen wir aktiven Einfluss auf unsere Wirklichkeit.

Je besser mit dem als bedeutungsvoll wahrgenommenen Objekt in der hypnotisch halluzinierten Szene eine Handlung vollzogen werden kann, je mehr mit ihm – wenn es sich um eine Person handelt – interagiert werden kann, umso wirklicher wird es bzw. die Person erfahren.

Im Einzelnen sind hierbei folgende Punkte von Bedeutung:

Wirkung. Ein Objekt wird umso eher als wirklich angesehen, je mehr Wirkung von ihm ausgeht oder je mehr es selbst Wirkung zeigt, d. h. je eher es in einem wahrgenommenen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang steht. Hierauf hat u. a. Albert Bandura (1977) mit seiner Theorie der »self-efficacy« hingewiesen.

Fragen hierzu wären: *»Und, was geschieht? Tut sich etwas?«*

Begreifbarkeit. Je eher ein Wahrnehmungsobjekt in die Hand genommen werden kann, Teil einer

Tab. 2.1. Nah- und Fernsinne und ihre affektive Bedeutung. Hinweise für eine differenzielle Indikation

Sinnesmodalitäten (VAKOG)				
Visuell	Akustisch	Kinästhetisch	Olfaktorisch	Gustatorisch
Fernsinne		Nahsinne		
Affektiv eher bedeutungslos		Affektiv eher bedeutsam		
Geeignet zur Dissoziation		Geeignet zur Assoziation		

Handlung ist oder auch der Handlung Widerstand entgegensetzt, als umso wirklicher wird es erlebt; Piaget (1975) z. B. ausführlich beschrieben, wie ein Kind die Wirklichkeit u. a. über sein Tun erfährt.

Fragen hierzu wären: »*Können Sie es/ihn/sie anfassen, berühren, etwas tun?*«

Antizipierbarkeit. Es ist ein großer Unterschied in der Wirklichkeitserfahrung eines Ereignisses, ob man dieses vorhersehen bzw. vorhersagen kann oder nicht.

Fragen hierzu wären: »*Was wird wohl geschehen?*«

Intersubjektivität. Je mehr Personen ein Objekt wahrgenommen haben oder an einem Ereignis beteiligt waren, als umso wirklicher wird es erlebt. Das zeigt sich z. B. darin, dass sich hypnotische Phänomene leichter induzieren lassen, wenn mehrere Personen anwesend sind. Nicht zufällig haben Liébeault, Charcot, Wetterstrand oder der späte Erickson vorzugsweise **hypnotische Einzelbehandlungen in Gruppen** vorgenommen. Das bedeutet, dass sich wenigstens der Therapeut oder die Therapeutin zusammen mit dem Patienten in der erlebten Szene aufhalten sollte.

Dies wird vermittelt durch empathische Bemerkungen wie z. B. »*Ja, jetzt kann ich es auch sehen. Aha, das ist also die Stimme. Hm, das fühlt sich tatsächlich (so oder so) an*« etc. Die einfachste Form der Empathie ist in diesem Zusammenhang das wörtliche Widerspiegeln von Patientenaussagen, z. B.:

- Patient: »Ich sehe meine Mutter, wie sie dies oder jenes macht …«
- Therapeut: »Sie sehen Ihre Mutter?« oder »Ihre Mutter macht dies oder jenes?«
- Patient: »Ja, sie kommt auf mich zu und lächelt mich an …«
- Therapeut: »Sie kommt auf Sie zu?« oder »Sie lächelt Sie an?«

Für unser Beispiel der Altersregression bedeutet das, dass wir die Patienten dazu veranlassen müssen, mit dem hypnotisch wahrgenommenen Objekt etwas zu tun, es zu berühren oder, wenn möglich, buchstäblich in die Hand zu nehmen, mit einer hypnotisch halluzinierten Person aktiv Kontakt aufzunehmen, mit ihr zu sprechen, sich mit ihr auseinanderzusetzen, sich zu distanzieren, andere Personen inkl. Therapeuten um Hilfe zu bitten etc., eben all das zu tun, was man mit einem wirklichen Objekt bzw. einer wirklichen Person auch tun würde (oder aus therapeutischer Sicht tun sollte).

Die Therapeuten, die mit traumatisierten Patienten arbeiten, betonen eindringlich, wie wichtig es ist, eine möglichst klare Erinnerung der traumatischen Ereignisse herzustellen (Van der Hart u. Peter 1995; Peter 2006b): Was ist wann, mit wem und wie genau passiert. Vor dem Hintergrund der angeführten Kriterien zur Konstruktion von Wirklichkeit hat das eine ganz pragmatische Relevanz: Nur dann ist die Neubewertung eines Ereignisses oder einer Person möglich, wenn ich ganz wörtlich meine Sinne wieder benutze, um zu sehen, zu hören und (wieder) zu spüren, was geschehen ist. Dann kann ich in Kontakt, in Interaktion treten und – zumindest innerlich oder nachträglich – anfangen zu handeln. Wirklichkeit verändert sich durch Aktion und Interaktion; dafür bzw. davor aber muss ich zunächst das sehen, hören und fühlen, was Bedeutung bekommen hat und mit Affekten besetzt ist. Umgekehrt aber kann ich erst in dem Maße beginnen, eine traumatische Wirklichkeit detailliert wahrzunehmen und ihre zerstörerische Bedeutung zu begreifen, wie ich zu einer sinnvollen Handlung fähig bin. Wahrnehmung, Bedeutung und Handlung bedingen sich gegenseitig und tragen gemeinsam dazu bei, dass wir unsere Wirklichkeit als sinnvoll wahrnehmen und in ihr effektiv so handeln können, dass wir die Bedeutung unseres Lebens begreifen.

Reflexionen über eine Klassifizierung der wichtigsten Psychotherapieformen anhand dieser Einteilung in Handlungstherapien (z. B. Verhaltenstherapie), Bedeutungstherapien (z. B. Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapie) oder Wahrnehmungstherapien (z. B. Gestalttherapie) bieten sich hier an.

2.3 Implikationen

Wenn wir die Wirklichkeit nicht als etwas Objektives, von uns als Person Unabhängiges wahrnehmen können, dann ist das herkömmliche **Suggestionsmodell à la Bernheim** (1888) nicht sinnvollerweise anwendbar. Dieses Suggestionsmodell entspricht

am ehesten noch dem Informationsverarbeitungsmodell mit seiner Annahme, dass der suggestive Stimulus zumindest semantisch oder sogar ikonologisch verstanden und in der Reaktion adäquat umgesetzt werden kann. Voraussetzung hierfür wäre aber semantische Offenheit des kognitiven Systems, welche es in der radikalkonstruktivistischen Vorstellungen nicht gibt. Bernheims physiologische Modellvorstellungen besagen z. B., dass durch Suggestionen auf den entsprechenden Projektionsflächen der Hirnrinde sensorisch afferente mit z. B. motorisch efferenten Bahnen reflexhaft geschlossen werden könnten. Er nannte das »ideodynamische Reflexerregbarkeit«. Radikalkonstruktivistischen Vorstellungen entspricht eher ein **Rapportmodell der Hypnose** (Gilligan 1991; Peter 1996d).

Rapportmodell der Hypnotherapie

1. Menschen als selbstorganisierende Systeme sind semantisch geschlossen und deshalb nur energetisch beeinflussbar. Es können daher keine Bedeutungen, keine Inhalte ausgetauscht werden, sondern nur stimulierende Reize.
2. Jede heterosuggestive Stimulation kann daher nur autosuggestiv mit Bedeutung versehen werden. Mit anderen Worten, wir wissen per definitionem nie, wie ein Patient unsere – noch so gut gemeinte – Suggestion inhaltlich interpretiert.
3. Es ist deshalb wichtig, die Bedeutung einer gegebenen Suggestion mit dem Patienten gemeinsam festzulegen, den Wirklichkeitsgehalt dieser Suggestion gemeinsam zu konstruieren.
4. Aus diesem Grund ist eine enge und vertrauensvolle therapeutische Beziehung nötig, die wir in der Hypnose traditionellerweise Rapport nennen.
5. Dieser Rapport ist umso wichtiger, als man – vor dem Hintergrund der semantischen Geschlossenheit des kognitiven Systems – jede Suggestion nur als eine energetische Verstörung des Systems verstehen kann.
6. Durch diese heterosuggestiv angeregte Verstörung des Systems wird eine Art Phasenübergang erzeugt, und damit die Notwendigkeit erzwungen, einen neuen Ordnungszustand zu finden, einen neuen Attraktor zu bilden, der semantisch durch den Therapeuten allein nicht bestimmt, sondern nur in enger Kooperation mit dem Patienten erzeugt werden kann (Revenstorf 1991a). Die Konstruktion einer neuen Wirklichkeit für den Patienten ist daher immer nur eine Kokreation auf der Basis einer engen Kooperation.

Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome

Burkhard Peter

3.1 Historische Perspektive – 42

3.2 Theoretische Perspektive – 43

3.3 Hirnphysiologische Befunde – 45

Man kann unterscheiden zwischen der Welt der Dinge »an sich«, der transphänomenalen Welt bzw. der »harten« Realität, und der von uns Menschen erlebten Wirklichkeit, der phänomenalen Welt. Nur über letztere können wir Aussagen machen. Die transphänomenale, physikalische Welt ist unserer Erkenntnis grundsätzlich verschlossen. Hieraus folgt, dass unsere subjektive Wirklichkeit nichts objektiv Feststehendes ist, sondern dass wir sie grundsätzlich immer wieder neu konstruieren. Diese These des radikalen Konstruktivismus kann als Erklärung dienen, dass wir mit Hypnose die Wirklichkeit eines Patienten überhaupt verändern können. So werden auch psychopathologische Symptome und hypnotische Phänomene leichter verstehbar und unterscheiden sich nur darin, dass sie entweder zur Anpassung und Lebensfähigkeit des Individuums beitragen oder aber zum Gegenteil führen. Das klingt auch im »Hypno-Jargon« an, der unterscheidet zwischen »Problemtrance« und »Lösungstrance«. Damit kommt zum Ausdruck, dass es Ähnlichkeiten zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen gibt.

3.1 Historische Perspektive

Der Grundgedanke zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen lässt sich schon Ende des 18. Jahrhunderts beim Teufelsbanner Johann Joseph Gaßner (1774) erkennen: Zu ihm kamen Patienten mit Symptomen, die damals als Besessenheit von Diaboli (Teufeln) gedeutet wurden, weil sie nicht bloß auf Einbildung beruhten, sondern höchst **evident** waren und **willkürlich nicht beeinflusst** werden konnten. Um seine Patienten von diesen Teufeln zu befreien, wandte Pater Gaßner eine therapeutische Strategie an, die wir heute als Selbstkontrolle bezeichnen würden: Er befahl den Teufeln, sich zu zeigen und trieb sie dann aus. Das heißt, er rief die Symptome zunächst absichtlich hervor und linderte sie danach oder brachte sie ganz zum Verschwinden, und das zu wiederholten Malen, manchmal über Stunden. Dann lehrte er die Patienten, dass sie das auch selbst tun könnten: Er, Pater Gaßner, provozierte die Symptome nurmehr und die Patienten selbst mussten sie nun verschwinden lassen. Das Symptom, das zuvor als unkontrollierbar, weil von einer externen bösen Macht verursacht und so außerhalb jeder **Kontakt-** und **Kommunikationsmöglichkeit** erschien, verwandelte sich im Lauf dieses Verfahrens in ein Phänomen, das nun durchaus kontaktfähig, kommunikabel und somit kontrollierbar war; aus einem krankhaften Symptom wurde ein beeinflussbares psychisches Phänomen (Peter 2000c).

Mehr als 100 Jahre später war die theoretische Sicht eine ganz andere: Weder hypnotische Phänomene noch psychopathologische Symptome wurden als Zeichen von Besessenheit angesehen. Die Frage nach Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen ihnen war aber wiederum aktuell und führte zu einem heftigen Schulenstreit: Der berühmte Pariser Neurologe Charcot (1882) setzte Hypnose mit Hysterie gleich. Gegen diese Hypothese der Hypnose als psychopathologischem Zustand standen prominente Zeitgenossen Charcots vehement und teilweise heftig polemisierend auf. Vertreter der Schule von Nancy (Bernheim 1884, 1888) und ihre Anhänger haben sich letztlich dann in ihrer Auffassung durchgesetzt, dass hypnotische Phänomene lediglich die Folge von Suggestionen seien, also nichts Pathologisches an sich haben; damit wurde die Verschiedenheit betont.

Dennoch blieb bei manchem Forscher Ende des 19. Jahrhunderts auch der Grundgedanke der Ähnlichkeit lebendig: August Forel z. B. hoffte noch, dass Hypnose und Suggestion dem Forscher eine »naturwissenschaftliche Experimentalmethode in die Hand [gibt], die ihm bisher gefehlt hatte« (Forel 1889, S. 49). Man sah in den hypnotischen Phänomenen ganz offensichtlich die Möglichkeit, Symptome experimentell erzeugen und studieren zu können:

> Man kann sagen, dass man durch Suggestion in der Hypnose sämtliche bekannten subjektiven Erscheinungen der menschlichen Seele und einen grossen Theil der objektiven bekannten Funktionen des Nervensystems produciren, beeinflussen, verhindern … kann (Forel 1889, S. 25).

Im 20. Jahrhundert hat es sehr lange gedauert, bis dieses Thema wieder aufgegriffen wurde, denn es rührt gewissermaßen an die dunklen Seiten von Hypnose und Suggestion – richtig aktuell ist es auch heute noch nicht. So haben z. B. Gill u. Bren-

man (1961) betont, dass die hypnotische Regression keine pathologische sei, sondern ganz im Gegenteil eine im Dienste des Ich, und auch Gilligan (1988b) und Zeig (1988) haben sich ähnliche Gedanken gemacht, ohne dass sie großen Nachhall bewirkt hätten. Vor allem war es dann Michael Nash (1991, 1992; Fromm u. Nash 1996), der mithilfe des topischen Modells von Sigmund Freud (1914) eine plausible Verbindung zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen hergestellt hat. Aber auch das wurde kaum rezipiert.

Erst mit dem Aufkommen der bildgebenden Verfahren Ende des 20. Jahrhunderts kam es zu einer ernsthaften Renaissance des Themas. Viele Untersuchungen zeigten Ähnlichkeiten zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen, dies wurde aber von den wenigsten Autoren hervorgehoben. Eine Ausnahme hiervon macht der englische Forscher David Oakley, der sich seit 1999 ganz ausdrücklich mit »Hypnose und konversionshysterischen Symptomen« befasst. Auf seine Untersuchungen werde ich unten näher eingehen.

3.2 Theoretische Perspektive

Um die These der Gemeinsamkeiten und des Unterschieds zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen zu belegen, müssen wir uns zunächst den wesentlichen Ausdruck der Hypnose, nämlich die hypnotischen Phänomene etwas genauer ansehen. Kennzeichnend für Hypnose sind typische Veränderungen in normalen Alltagserfahrungen und im Alltagsverhalten. Diese Veränderungen nennt man hypnotische Phänomene. Man kann sie der Phänomenologie nach grob in 3 Klassen einteilen:

1. Die **motorischen und kinästhetischen Phänomene** beziehen sich auf Veränderungen der Willkürmotorik und beinhalten z. B. Katalepsien (Muskelsteifheit von Teilen oder des ganzen Körpers, z. B. bei der kataleptischen Brücke, wenn der Hypnotisierte nur mit Schultern und Fersen aufgestützt zwischen 2 Stühlen liegt), flexibilitas cerea (»wächserne Biegsamkeit« der Glieder erweckt den Eindruck einer Marionette), Levitation (unwillkürliches Heben der Hand oder des Armes), Parese (Lähmung, erlebte Unfähigkeit der Innervation von Muskeln). Diese motorischen Phänomene können bei etwa 60–90% einer normalen Population festgestellt werden.
2. Die **sensorischen und affektiven Phänomene** betreffen Veränderungen in der Wahrnehmung; es handelt sich um positive und negative Halluzinationen bezogen auf alle Sinnesorgane. Eine hypnotisch erzeugte Schmerzunempfindlichkeit stellt z. B. eine negative kinästhetische Halluzination dar, beim »Sehen, Hören, Schmecken oder Fühlen« bestimmter Szenen aus der Kindheit in einer sog. Altersregression oder in der Übernahme einer anderen Rolle handelt es sich um vielfältige positive und negative Halluzinationen, bezogen auf die angesprochenen Sinnesmodalitäten und die relevanten Affekte. Diese sensorischen Phänomene können nach entsprechenden hypnotischen Suggestionen bei etwa 30–60% einer normalen Population auftreten.
3. Die **kognitiven Phänomene** sind Amnesie (»Vergessen«, besser Hemmung der Erinnerung) und posthypnotische Suggestionen mit Quellenamnesie (jemand erfüllt zwanghaft einen Auftrag, der ihm während der Hypnose gegeben wurde, ohne sich an die Auftragserteilung zu erinnern). Diese kognitiven Phänomene können bei weniger als 30% einer normalen Population festgestellt werden (für diese Zahlen vgl. Bongartz 1985a).

Man braucht sich nicht erst an die Psychopathologievorlesung während des Studiums zu erinnern, um zu erkennen, dass die gleichen Phänomene auch als klinische Symptome vorkommen, diesen zumindest ähnlich sind. Die beiden Hauptkriterien für die subjektiv empfundene »Echtheit« von hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen sind **Unwillkürlichkeit und Evidenz** (Peter 1994c).

- **Unwillkürlichkeit** heißt, dass die hypnotischen Phänomene nicht willkürlich gesteuert sind; es kommt der betreffenden Person vor, als ob sie von selbst, ohne ihr Zutun (manchmal sogar scheinbar gegen ihren Willen) geschähen.
- **Evidenz** meint, dass die hypnotischen Phänomene von der hypnotisierten Person wie auch

von beteiligten Zuschauern als echt und wirklich erlebt werden.

Unwillkürlichkeit und Evidenz sind entscheidend für das Erleben von Dissoziation bzw. von »Fremdkontrolle«; Näheres in ▶ Kap. 13 »ideomotorische Hypnoserituale«.

Dies alles – die genannten motorischen, sensorischen und kognitiven Phänomene wie auch die beiden Kriterien Unwillkürlichkeit und Evidenz – entsprechen phänomenologisch bekannten psychopathologischen Symptomen. Auch sie werden von den Patienten als unwillkürlich, d. h. willkürlich nicht kontrollierbar, und als sehr evident, d. h. nicht als »eingebildet« erlebt. Viele neurotische und psychosomatische (und erst recht natürlich psychotische) Symptome, derentwegen Patienten einen Psychotherapeuten aufsuchen, haben also die »gleiche Gestalt« wie die hypnotischen Phänomene. Jeder, der mit hypnotischen Phänomenen arbeitet, muss sich demnach bewusst sein, dass er mit Phänomenen arbeitet, die klinischen Symptomen ähnlich sind.

»Gleiche Gestalt« bedeutet aber nicht Identität. Hypnotische Phänomene sind nicht identisch mit psychopathologischen Symptomen. Die wesentlichen Unterscheidungskriterien sind **Kontakt und Kommunikation.**

- **Kontakt und Kommunikation** als wesentliche Unterscheidungskriterien zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen meinen, dass sich hypnotische Phänomene **innerhalb** des personalen Kontakt- und Kommunikationsraums befinden, während psychopathologische Symptome **außerhalb** liegen. Das heißt, solange der Hypnotherapeut in einem funktionierenden Kontakt zum Patienten steht und diesen jederzeit instruieren kann, dass er/sie z. B. eine Katalepsie wieder auflösen kann, wieder die »wirkliche« Wirklichkeit anstatt der »hypnotischen« wahrnehmen und aus der Trance wieder zurückkommen kann, wird es während der Hypnose keine Probleme geben. Bricht während einer Hypnose, z. B. während einer Katalepsie oder während einer Halluzination, jedoch der Kontakt und die Kommunikation ab – was sehr selten aber eben doch manchmal vorkommt –, dann hat sich das hypnotische Phänomen in ein psychopathologisches Symptom »verwandelt«.

Fallbeispiel

Wenn das Phänomen zum Symptom wird:
Eine mir bereits bekannte Teilnehmerin eines meiner Seminare zur hypnotischen Schmerzkontrolle brachte eine Kollegin mit, die ich nicht kannte und die, was ich nicht wusste, noch keine Erfahrung mit hypnotischen Phänomenen hatte. Bei einer praktischen Übung der Teilnehmer bemerkte ich, dass sie mit einer profunden Armlevitation ruhig dasaß, dass ihre Kollegin, welche Ihre Übungspartnerin war, jedoch immer unruhiger wurde und mich schließlich bat, herzukommen. Was war geschehen? Die Kollegin saß da und ihre Armlevitation ließ sich nicht mehr rückgängig machen; sie meinte, sie wisse nicht mehr, wie sie in ihrem Kopf an jenen Schalter kommen könne, der den Arm nach unten bewegt, weder sie noch ihre Kollegin hätte Zugang zu ihrem Arm.
Erst später im Seminar erfuhr ich, dass diese Kollegin als Jugendliche sexuell missbraucht worden war. Sie hatte das zwar gut aufgearbeitet und war eine sehr kompetente Therapeutin gerade für Traumapatientinnen geworden. Das hypnotische Phänomen der Armlevitation habe sie aber spontan wieder in jene dissoziativen Zustände versetzt, welche sie damals zu ihrem Schutz entwickelt hatte (Peter 2006a).

Umgekehrt kann man Symptome als (seelische oder »hypnotische«) Phänomene ansehen, die aus dem Kommunikationsraum heraus gefallen sind, zu denen kein Kontakt mehr hergestellt werden kann. Sobald das wieder möglich ist, sobald ein Patient wieder normalen Kontakt zu seinem Symptom hat und mit ihm wieder normal »kommunizieren« kann, hat er die Kontrolle zurückgewonnen und wird dieses Phänomen nicht mehr als Symptom empfinden.

Das bedeutet einerseits, es muss gewährleistet sein, dass während der gesamten Dauer der Hypnose zunächst Kontakt und Kommunikation zwischen Therapeut und Patient bestehen bleiben, und dass sie im Zweifelsfalle jederzeit wieder etabliert werden können. Es bedeutet andererseits, die »normale« Wirklichkeitswahrnehmung des Hypnotisanden muss a priori stabil genug sein, dass er/sie notfalls auch selbst wieder die Kontrolle übernehmen kann. Und das bedeutet ferner, dass der Hyp-

notisand v. a. auch versteht, was der Hypnotiseur meint; dass er z. B. unterscheiden kann, was bildhaft und was wörtlich gemeint ist. Eine klare und eindeutige Kommunikation zwischen Therapeut und Patient ist Voraussetzung für jede hypnotische Arbeit (▶ Kap. 10 »Kontraindikationen«).

3.3 Hirnphysiologische Befunde

Es gibt erste Hinweise, dass Aktivierungsmuster im Gehirn sich gleichen, ob sie nun durch psychopathologische Symptome oder aber durch hypnotische Phänomene hervorgerufen werden. Ich will einige der entsprechenden Untersuchungen darstellen und versuchen, ihre Aussagen zu interpretieren (Oakley 2006). Diese Interpretation ist aufgrund des derzeit noch relativ begrenzten Wissens über das Gehirn mehr oder weniger spekulativ und deshalb vorläufig.

Marshall et al. (1997) untersuchten in einer PET-Studie eine 45-jährige Frau mit akuter konversionhysterischer Lähmung ihres linken Beines. Auf die Aufforderung hin, ihr gelähmtes Bein zu bewegen, zeigten sich bei ihr »normale« Aktivierungen im prämotorischen Kortex und im Kleinhirn, die darauf hindeuten, dass sie die Bewegung tatsächlich auszuführen versuchte. Allerdings fehlte die entscheidende Aktivierung im rechten primären motorischen Kortex. Statt dessen zeigten sich deutliche Aktivierungen im rechten anterioren cingulären Kortex (ACC; zur genauen Lokalisation dieses und der weiteren im Text genannten Areale vgl. Hirnatlanten ▶ Kap. 65) und im rechten orbitofrontalen Kortex (OFC). Der ACC hat u. a. die für exekutive Funktionen wichtige Aufgabe, Fehler und Konflikte in der Informationsverarbeitung zu erkennen (Braus 2004, S. 18). Dass es sich bei einer konversionshysterischen Paralyse um einen Fehler bzw. Konflikt in der Informationsverarbeitung handelt, ist offensichtlich. Die für die Paralyse wahrscheinlich aber hauptverantwortliche Gehirnregion lässt sich im OFC erkennen: Eine seiner wesentlichen Funktionen ist die der Hemmung (Damasio 1997, 2000; Roth 2007, S. 93). Eine kontralaterale Aktivierung im OFC könnte also als Hemmung der motorischen Impulse gedeutet werden. Orbitofrontale Hemmung ist nicht bewusstseinsfähig; die Patientin kann sich somit der zugrunde liegenden konversionshysterischen Prozesse **nicht** bewusst sein.

Halligan et al. (2000) nahmen diese Untersuchung zum Vorbild und suggerierten einem 25-jährigen gesunden Probanden unter Hypnose eine Lähmung seines linken Beines. Unter dem PET-Scan zeigten sich die gleichen Muster wie bei der Konversionspatientin von Marshall et al. (1997): Auf die Aufforderung, das hypnotisch gelähmte linke Bein zu bewegen, war die Versuchsperson unfähig, das zu tun, und es zeigte sich auch keine relevante elektromyografische Aktivität an den Muskeln und keine Aktivierung im primären motorischen Areal. Wiederum aber waren der rechte mediale OFC (Brodmann Areal 10/11) und das rechte anteriore Cingulum (Brodmann Areal 32) signifikant aktiviert.

Diese beiden Einzelfallstudien gaben erste Hinweise, dass hypnotisch induzierte und histrionisch verursachte motorische Lähmungen hirnphysiologisch ähnlich sind. Nun könnte es sich in beiden Fällen aber auch um Täuschungen, um ein Absichtliches nur »so tun als ob« gehandelt haben – das wird histrionischen Patienten und hypnotisierten Personen hin und wieder vorgeworfen. Machen sich hypnotisierte Patienten also etwas vor, täuschen sie sich und andere bewusst oder unbewusst, faken sie? Tun dies auch konversionshysterische Patienten, simulieren auch sie? Oder handelt es sich in beiden Fällen, bei der Hypnose und bei Konversionssymptomen um bestimmte hirnphysiologische Zustände, die unterscheidbar sind vom bloßen Vorgeben, von sich etwas vorstellen bzw. so tun als ob.

Ward et al. (2003) gingen dieser Frage in einer PET-Untersuchung an 12 hochhypnotisierbaren Personen (8–12 auf der HGSHS: A[1]) nach. Sie versuchten herauszubekommen, ob es im Gehirn Unterschiede gibt, je nach dem, ob eine Person eine suggerierte hypnotische Paralyse wirklich erlebt oder ob sie sie nur simuliert. In der einen Hälfte der PET-Scan-Durchgänge wurde den Versuchspersonen unter Hypnose eine komplette Paralyse im linken Bein suggeriert (»Die Muskeln Ihres linken Beins werden weich, entspannt und Sie können sie nicht mehr bewegen … gelähmt und völlig unmög-

1 Haward Group Scale of Hypnotic Susceptibility; ▶ Kap. 9.

lich sie zu bewegen … die Muskeln haben keinen Kontakt mehr zu Ihren Gedanken, Wünschen und Absichten …«). In der anderen Hälfte der Durchgänge wurden die Versuchspersonen aufgefordert, nur so zu tun, als ob das linke Bein gelähmt sei (»Ihr Bein ist völlig normal und Sie können es bewegen, aber tun sie so, als sei es gelähmt …«). Als Ergebnis zeigten sich klare unterschiedliche Aktivierungsmuster im Gehirn der Versuchspersonen: In der Bedingung der echten hypnotischen Paralyse zeigten sich wieder Aktivierungen im rechten OFC (sowie im rechten Cerebellum, im linken Thalamus und linken Putamen), die unter der vorgetäuschten Bedingung **nicht** sichtbar waren. Unter der vorgetäuschten Paralyse waren Aktivierungen an ganz anderer Stelle sichtbar, nämlich im linken ventrolateralen präfrontalen Kortex (vlPFC) (und in geringerer Ausprägung auch in einigen anderen rechten posterioren Strukturen). Die Autoren interpretieren diese ventrolaterale präfrontale Aktivierung ebenfalls als einen Akt der Hemmung.

Der ventrolaterale präfrontale Kortex (vlPFC) kann als Ort eines allgemeinen Hemmungsmechanismus in der **bewussten** Kontrolle von Verhalten angesehen werden. Leung u. Cai (2007) z. B. fanden bei einer motorischen Inhibitionsaufgabe in einer fMRI-Untersuchung an 12 Probanden eine deutliche Aktivierung der rechts- und linksseitigen kaudalen Anteile des vlPFC (sowie weitere Areale wie die anteriore Insula rostral des prämotorischen Areals, das präsupplementär-motorische Areal, den dorsolateralen präfrontalen und inferioren parietalen Kortex). In der Untersuchung von Kaladjian et al. (2007) zeigten 21 Schizophrene im Unterschied zu 21 Gesunden bei einer motorischen Inhibitionsaufgabe einen signifikanten Abfall der Aktivierung im rechten vlPFC konsistent zu ihrer Unfähigkeit, die Bewegung zu unterdrücken. Badre u. Wagner (2007) diskutierten allgemein die Bedeutung des linken vlPFC in der kognitiven Kontrolle von Erinnerungen. Abe et al. (2006) fanden eine Aktivierung des vlPFC (sowie des dorsolateralen präfrontalen Kortex, dlPFC, und des ACC) bei Aufgaben, in denen die Veruchspersonen aufgefordert wurden, **bewusst und absichtlich zu täuschen**. Es scheint also so, dass der ventrolaterale präfrontale Kortex (vlPFC) immer dann aktiviert ist, wenn es um einen **bewussten Akt der Hemmung** bzw. der **absichtlichen Unterdrückung einer Handlung** geht.

Die PET-Studie von Ward et al. (2003) bestätigte inhaltlich also die beiden vorausgegangenen Studien von Marshall et al. (1997) und Halligan et al. (2000): Der OFC scheint sowohl bei histrionisch verursachten wie auch bei hypnotisch induzierten – also bei unabsichtlich bzw. unwillkürlich auftretenden – Lähmungen eine entscheidende hemmende Funktion auszuüben; sie unterscheidet sich deutliche von der absichtlich erzeugten Lähmung, die sich in einer Aktivierung im vlPFC abzeichnet. Alle 3 Untersuchungen weisen somit auf jene seit Charcot thematisierte Ähnlichkeit zwischen histrionischen Konversionsstörungen und hypnotischen Phänomenen hin.

Die eben diskutierte Hemmungshypothese wird von de Lange et al. (2007) allerdings in Frage gestellt – zumindest was die konversionshysterische Paralyse betrifft. Diese Autoren untersuchten mit fMRI 8 Patienten mit konversionshysterischer Lähmung eines Arms (rechts oder links), indem sie sie baten, sich (ohne Hypnose) Bewegungen der gelähmten und der normalen Hand vorzustellen. Diese Vorstellung einer Bewegung in der gelähmten Hand produzierte zunächst die üblichen Aktivierungen im dorsal parietalen und im prämotorischen Kortex, die als die Bewegung vorbereitende Prozesse verstanden werden können. Sie produzierten aber auch Aktivierungen im ventromedialen (und dorsomedialen) präfrontalen Kortex (vmPFC), welche bei der Vorstellung einer Bewegung in der nichtgelähmten Hand so nicht sichtbar waren. Die Interpretation von de Lange et al. (2007) ist aber eine ganz andere als die von Marshall et al. (1997) und Halligan et al. (2000): Es lägen keine motorischen Hemmprozesse vor, sondern die Aktivierung des vmPFC deute auf eine verstärkte Selbstbeobachtung hin, welche die Hemmung der Bewegung bewirke.

Der ventromediale präfrontale Kortex (vmPFC) gilt allgemein als notwendig für die normale Erzeugung von Gefühlen bezogen auf soziale Situationen. Patienten mit Schädigungen in diesem Bereich zeigen üblicherweise ein abnormales »Nützlichkeitsdenken« in der Beurteilung moralischer Dilemmata (Koenigs et al. 2007) oder können emotionalen Gesichtsausdruck nicht mehr richtig deuten (Heberlein et al. 2007). Bei Borderline-Patienten zeigt sich eine verringerte Aktivierung des vmPFC sowie des medialen OFC (und erhöhte Aktivie-

rung der Amygdalae), wenn sie unfähig sind, ihr Verhalten bei negativen Emotionen zu kontrollieren (Silbersweig et al. 2007). Eine Aktivierung des vmPFC sowie des medialen OFC zeigte sich allerdings auch dann, wenn ein Untersucher getäuscht werden sollte (Abe et al. 2007). Ganz allgemein hat das alles mit dem Gefühl für Moral und Ethik zu tun. Damit werden sowohl vmPFC wie auch OFC in Zusammenhang gebracht (Roth 2007, S. 93). Gibt es Unterschiede in der Funktion zwischen diesen beiden Strukturen?

Zunächst ist es interessant, dass z. B. de Lange et al. (2007) auf die Studien von Marshall et al. (1997) und Halligan et al. (2000) eingehen, in ihrer Bezugnahme aber nicht vom orbitofrontalen (OFC), sondern durchgehend vom ventromedialen präfrontalen Kortex (vmPFC) sprechen. Diese annähernde Gleichsetzung von OFC und vmPFC findet sich auch bei anderen neueren Autoren (Abe et al. 2007; Silbersweig et al. 2007; Gündel et al. 2007, die auch noch BA 10/11 dafür angeben). Da beide Strukturen nahe beieinanderliegen, ist eine eindeutige Differenzierung – zumindest unter PET – möglicherweise schwer zu treffen und erst künftige Forschungen werden ggf. klären können, ob in diesen verschiedenen Untersuchungen tatsächlich unterschiedliche Orte und/oder verschiede Prozesse gemeint sind.

Unter Berücksichtigung der erwähnten Unsicherheit bei der exakten Lokalisation könnte man die bisherigen Ergebnisse wie folgt zusammenfassen:

Fazit

- Hypnotisch induzierte und konversionshysterische Paralyse gehen einher mit verstärkter Aktivierung im orbitofrontalen/ventromedialen präfrontalen Kortex (OFC/vmPFC).
- Vorgetäuschte Paralyse zeigt verstärkte Aktivierung im ventrolateralen präfrontalen Kortex (vlPFC).

Wenn es sich dabei tatsächlich um unterschiedliche kognitive Prozesse handeln sollte, so wären dies folgende:

- Unwillkürliche Hemmung infolge **hypnotischer Suggestionen** und nichtbewusste Hemmung infolge **konversionshysterischer Paralyse** zeigen sich im **orbitofrontalen/ventromedialen** präfrontalen Kortex (OFC/vmPFC);
  bewusst und willkürlich vorgetäuschte Hemmung zeigt sich im **ventrolateralen** präfrontalen Kortex (vlPFC).

Es ist allerdings die Aufgabe weiterer Forschungen, darüber mehr Klarheit zu schaffen.

Die allgemeine Frage der Ähnlichkeit zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen zeigt sich nicht nur in motorischen, sondern auch in sensorisch-affektiven Phänomenen. Das wird schon deutlich in der bekannten hypnotischen Linderung realer, d. h. klinisch vorhandener Schmerzen – selten, wenn überhaupt, wird darauf hingewiesen, dass es sich z. B. bei der hypnotischen Analgesie um negative kinästhetische Halluzinationen bzw. Illusionen handelt.

Man kann diese Frage aber auch mithilfe hypnotisch induzierter Schmerzen zu beantworten versuchen. Unterscheiden sich die Aktivierungsmuster im Gehirn je nachdem, ob die Schmerzen körperlich erzeugt werden (im Experiment z. B. durch Hitzereize), ob sie hypnotisch induziert werden oder ob sie **ohne** Hypnose einfach nur imaginiert werden sollen?

Derbyshire et al. (2004) führten eine entsprechende fMRI-Untersuchung durch. Hierbei wurden 8 hochhypnotisierbare Personen (8–12 auf HGSHS: A) unter den 3 folgenden Bedingungen gescannt:

a) Sie erhielten einen schmerzhaften Hitzereiz (48,5°C) an ihrer rechten Hand.
b) Der Hitzereiz an derselben Hand wurde ihnen **in Hypnose** nur suggeriert.
c) Sie sollten sich den Hitzereiz ohne Hypnose so deutlich wie möglich **vorstellen**.

Es zeigte sich während des tatsächlich gegebenen (a) und des hypnotisch suggerierten (b) schmerz-

haften Hitzereizes Aktivierung in spezifischen Hirnarealen, nämlich im Thalamus, im ACC (BA 24/32), im Cerebellum, S2, in der Insel sowie im inferioren parietalen (BA 39/40) und präfrontalen Kortex (BA 9/10/46). Diese Aktivierungen waren während des tatsächlich gegebenen Hitzereizes ausgeprägter als während des hypnotisch suggerierten; das entsprach auch den subjektiven Schmerzratings, die während des tatsächlich gegebenen Hitzereizes etwa doppelt so hoch waren als während des hypnotisch suggerierten. Deutliche Unterschiede zeigten sich hingegen in der bloß imaginierten Bedingung (c): Hier waren nur minimale Aktivierungen sichtbar im ACC, in der Insel und im S2. Der hypnotisch induzierte Schmerz erzeugte also Aktivierungsmuster, welche in quantitativer und qualitativer Hinsicht eine größere Ähnlichkeit aufweisen mit der inzwischen bekannten Neuromatrix, welche bei körperlich induzierten Schmerzen aktiviert wird. Dagegen zeigten sich deutliche Aktivierungsunterschiede bei bloßer Imagination ohne Hypnose.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Raij et al. (2005): Mit fMRI konnten sie zeigen, dass hypnotisch suggerierte Schmerzen das gleiche Schmerznetzwerk des Gehirns aktivieren wie laserinduzierter Laborschmerz. Beim hypnotisch suggerierten Schmerz spielte insbesondere wieder der ACC (in seinen rostralen und perigenualen Anteilen) eine wesentliche Rolle.

Das weist einerseits auf die Möglichkeit der Hypnose hin, eine »alternative« Wirklichkeit zu konstruieren, die der »wirklichen« Wirklichkeit auch hirnphysiologisch weitgehend ähnlich ist (▶ Kap. 2 »Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit«). Andererseits verweist das auch auf die Ähnlichkeit von hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen. Auch die folgenden – hier nur beispielhaft ausgewählten – Untersuchungen deuten auf diesen allgemeinen Zusammenhang hin, ohne dass die Autoren explizit darauf aufmerksam gemacht hätten.

In einer PET-Untersuchung von Szechtman et al. (1998) zu auditorischen Halluzinationen zeigten 8 hochhypnotisierbare Versuchspersonen, die auditorische Halluzinationen nach entsprechenden Suggestionen in Hypnose verwirklichen konnten, einen Aktivierungsanstieg im rechten anterioren Gyrus Cinguli (BA 32), sowohl während des Hörens eines tatsächlichen auditiven Stimulus als auch während der hypnotisch erzeugten auditorischen Halluzination. Dieser Aktivierungsanstieg war aber **nicht** feststellbar, wenn diese Halluzinierer sich den gleichen Stimulus ohne Hypnose bloß vorstellten. Die Klarheit und Externalität des Gehörten (der Eindruck, dass das Gehörte von außen kommt) korrelierten positiv mit dieser Aktivierung. Diese cinguläre Aktivierung konnte **nicht** gefunden werden bei 6 ebenfalls hochhypnotisierbaren Versuchspersonen, welche die auditorische Halluzination nicht verwirklichen konnten; diese zeigten Aktivierungen nur im auditorischen Assoziationskortex (BA 22). In dieser Studie spielte der ACC also wieder eine signifikante Rolle, möglicherweise verstehbar im Sinne einer Bedeutungsgebung des hypnotisch-auditiv Konstruierten.

Auch die Ergebnisse von Kosslyn et al. (2000) zu hypnotisch induzierten visuellen Illusionen gehen in die gleiche Richtung: Hier sollten 8 hochhypnotisierbare Versuchspersonen ein farbiges Muster als farbig und ein graues, ähnliches Muster als grau sehen. Dann wurde ihnen in Hypnose suggeriert, dass sie die farbige Vorlage als grau (negative visuelle Illusion) und die graue Vorlage als farbig (positive visuelle Illusion) sehen würden. Nur unter Hypnose und nur in der linken Gehirnhälfte zeigten sich in den relevanten, für Farbwahrnehmung zuständigen fusiformen und lingualen Regionen dann Aktivierungen, wenn eine Farb-Suggestion gegeben wurde, unabhängig davon, ob die Versuchspersonen tatsächlich die farbige oder nur die graue Vorlage vor Augen hatten. Umgekehrt sank die Aktivierung nach der Grau-Suggestion ebenfalls unabhängig davon, ob die Versuchspersonen tatsächlich die graue oder die farbige Vorlage vor Augen hatten. Vereinfacht gesagt, reagierte das Gehirn dieser Versuchspersonen also nicht auf das, was von der Retina über den Nervus opticus gemeldet wurde, sondern es konstruierte seine Wirklichkeit entsprechend der jeweiligen hypnotischen Suggestionen.

Diese Ergebnisse von Kosslyn et al. (2000) konnten von der Forschungsgruppe um Ulrike Halsband an der Universität Freiburg (Otto 2007; Otto et al. 2008; ▶ Kap. 65) bestätigt und differenziert werden.

Fazit

- Mit Hypnose lassen sich motorische, sensorische, affektive und kognitive Phänomene erzeugen, die psychopathologischen Symptomen ähnlich sind.
- Diese phänomenologische Ähnlichkeit zeigt sich mithilfe bildgebender Verfahren wie PET oder fMRI auch darin, dass sie die gleichen definierten Hirnregionen aktivieren.
- Der Wirklichkeitscharakter solcher Phänomene ist unter Hypnose ausgeprägter als ohne. Dieser subjektive Eindruck lässt sich auch anhand der mit bildgebenden Verfahren gewonnenen Daten objektivieren.
- Der Unterschied zwischen hypnotischen Phänomenen und psychopathologischen Symptomen liegt in Kontaktfähigkeit und Kommunizierbarkeit, also darin, ob eine Person fähig ist, mit solchen Phänomenen Kontakt aufzunehmen und sie durch eigene oder fremde Kommunikation zu beeinflussen bzw. kontrollieren zu lassen oder nicht.
- Hypnose erleichtert und nutzt die Kommunikation mit solchen Phänomenen. Mithilfe von Hypnose können deshalb bestimmte psychopathologische Symptome in normale Phänomene zurückverwandelt werden.

4

Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie

Dirk Revenstorf

4.1 Ebenen der hypnotischen Trance – 51

4.2 Übertragung – 52

4.3 Die Analyse der Beziehung – 54
4.3.1 Nonverbales Verhalten – 54
4.3.2 Kommunikationsstile – 54
4.3.3 Charakterstruktur – 55

4.4 Lösungs- und beziehungsorientierte Hypnotherapie – 58

4.5 Rapport und Interaktionsbeobachtung – 60
4.5.1 Nonverbales Verhalten – 60
4.5.2 Kommunikationsstil – 60
4.5.3 Charakterstruktur – 61

4.6 Therapeutische Nutzung der hypnotischen Beziehung – 63

4.1 Ebenen der hypnotischen Trance

Kognitive Veränderungen können in verschiedenen Trancezuständen stattfinden. Manche dieser Veränderungen sind **aktive** Prozesse, wie bildliche Vorstellungen oder die Suche nach Erinnerungen, die mit einem bestimmten Thema in Zusammenhang stehen. Daneben gibt es **rezeptive** Prozesse, wie Anhören von Instruktionen oder Anschauen suggerierter Vorstellungen. Schließlich kann man auch durch Suggestionen, die dem Wertesystem eines Individuums widersprechen, es dazu veranlassen, **passiv-resistent** zu reagieren. Selbst dieser Zustand kann genutzt werden, um Tranceerfahrungen und Problemlösungen zu ermöglichen. Außerdem kann Hypnotherapie in spezifischer Weise wirken oder ganz unspezifisch durch die regenerative Umstellung des Körpers während der Trance heilsam sein (▶ Kap. 1).

Um die vielfältigen Wirkungen der Hypnotherapie zu verstehen, ist es hilfreich zwischen verschiedenen Aspekten der Trance zu unterscheiden, die teilweise aufeinander aufbauen (Hall 1989).

1. **Physiologische Entspannung** kann durch Hypnose aber auch durch autogenes Training oder Meditation induziert werden. Ein Therapeut ist nicht erforderlich. Dieser Aspekt kann durch Audiokassetten oder Selbstanleitung hergestellt werden. Entspannung führt normalerweise eine Harmonisierung des internen Milieus herbei, mit positiven Auswirkungen auf das Hormon- und Immunsystem sowie das autonome Nervensystem und ist daher an sich schon gesundheitsfördernd.
2. **Fokussierung** auf einen spezifischen Stimulus (z. B. visuelle Fixierung einer Kugelschreiberspitze) oder ein Thema lässt dieses deutlicher hervortreten und ermöglicht gleichzeitig eine Dissoziation anderer Stimuli. Wenn der Fokus internal ist, sind die in Trance auftauchenden Bilder (Organsysteme, Erinnerungen) im Allgemeinen intensiver als im Wachzustand. Auch dieser Vorgang ist im Prinzip ohne die Anwesenheit eines Therapeuten denkbar. Allerdings erfordert die Ausblendung der Umgebung ein Gefühl der Sicherheit, das leichter unter dem Schutz einer Begleitperson erreicht wird.
3. **Regression** bedeutet, dass die innere Haltung des Patienten kindliche Züge annimmt und dies wird durch die ausgeprägte Asymmetrie der Rollen von Therapeut und Patient gefördert. Der Therapeut spricht einerseits mit der Empathie und Fürsorglichkeit einer Mutter und andererseits mit der suggestiven Autorität eines Vaters, während der Patient typischerweise über längere Zeiträume schweigt. Dadurch kann der Patient leichter noch als in anderen Therapieverfahren Elternbilder auf den Therapeuten projizieren. In dieser Übertragungssituation kann er Kontrolle an den Therapeuten abgeben und kindliche Mechanismen aktivieren, d. h. suggestibler, flexibler, und phantasiereicher sein, als das erwachsene Alltagsbewusstsein es zulässt.
4. **Transzendente** Aktivierung bedeutet, dass der Bereich des Bewussten, der die Alltagserfahrungen umfasst, transzendiert wird, um verdrängte oder vorbewusste Inhalte zuzulassen. Dies ist möglich, da der Patient Kontrollfunktionen des Ichs und des Über-Ichs vorübergehend an den Therapeuten delegiert und dadurch Raum für dissoziierte Persönlichkeitsanteile frei wird. Das können traumatische Erlebnisse sein, aber auch ausgeblendete Ressourcen.
5. **Transpersonale** Aktivierung bezieht sich auf die Tatsache, dass der Patient sich bestimmter Inhalte gewahr wird, die nicht aus direkter persönlicher Erfahrung herrühren, sondern aus dem kollektiven Wissen, das jedes Individuum aufgrund seiner kulturellen Einbindung hat. Das können nicht akzeptierte Anteile der Persönlichkeit sein, die als allgemein menschliche Bilder wie Schatten, Animus/Anima erscheinen, Tiere als Repräsentanten von Bedürfnissen oder andere Archetypen, die C. G. Jung beschrieb. (▶ Kap. 1 Fallbeispiel 1).

Diese 5 Aspekte sind nur teilweise hierarchisch geordnet, insofern dass die transzendente und vielleicht auch die transpersonale Aktivierung den Schutzraum der Regression voraussetzen. Fokussierung (Stufe 2) kann sicher auch ohne Entspannung stattfinden, wie an dem Phänomen der Problemtrance deutlich wird. Entsprechend setzt

die Regression (Stufe 3) zwar keine Entspannung voraus, wohl aber eine Fokussierung.

Fallbeispiel 1

Als Beispiel dafür kann eine starke Übertragungsreaktion eines jungen Mannes gelten, der von einer 40-jährigen Therapeutin zum ersten Mal in Trance versetzt wurde. Nach den einleitenden Worten verfiel er in eine katatone Starre mit abwehrend erhobenen Händen, aus der er schwer zurückzuholen war und die ein ängstlich beunruhigendes Gefühl bei ihm hinterließ. Aus der Vorgeschichte ging hervor, dass ihm die fürsorgliche Zuwendung der Tranceinduktion einerseits sehr gut tat, andererseits großen Schmerz auslöste, da er so etwas als Kind immer vermisst hatte. Er wurde geboren, als die Mutter sich von dem Vater trennte. Um der Verantwortung als Mutter gerecht zu werden, heiratete sie zwar gleich wieder, sodass ein Vater da war, aber es muss für das Kind indirekt spürbar geblieben sein, dass es eine große Belastung für die Mutter darstellte. Der Junge hatte daher nie die uneingeschränkte Zuwendung der Mutter erfahren, nach der er sich so gesehnt hatte. In der mütterlichen Stimme der Therapeutin wurde ihm das überraschenderweise unvermittelt gegeben, was ihn völlig überwältigte und in eine Ambivalenz zwischen Sehnsucht und Angst vor Frustration stürzte. Das heißt, die Trance war hochgradig gespannt, aber vollkommen fokussiert auf den Übertragungsvorgang.

Aus der Sicht der Tiefenpsychologie nach C. G. Jung (Hall 1982), ermöglicht der Trancezustand eine Dissoziation des Bewusstseins von der dominanten Ich-Struktur, sodass andere Teilpsychen vorübergehend darin mehr Platz einnehmen können als im Alltagsbewusstsein (Stufe 4, Transzendente Aktivierung). Da die Kohärenz stiftende Funktion des Alltag-Ichs in der Hypnose vorübergehend an den Therapeuten delegiert wird, können verdrängte persönliche Erfahrungen (Komplexe) wahrgenommen werden. Neben dieser Ebene des persönlichen Unbewussten in der Trance nimmt Hall eine transpersonale Ebene an, auf der sich unbewusste, kulturell geprägte Inhalte ausdrücken können (Stufe 5). Die hier in Form von Symbolen erscheinenden Archetypen sind nichts anderes als individuell ausgeformte Repräsentationen, die universell angelegte Organisationsformen der Erfahrung füllen: Etwa die Jungfrau Maria als Bild der großen Mutter, also der Mütterlichkeit schlechthin, die für jeden Menschen eine bedeutsame Seite seiner seelischen Grundstruktur ist oder auch Bilder des weisen Alten, des Helden, des Kraft spendenden Totemtieres, der Naturkräfte wie Sonne, Feuer, Wasser, Berg, Baum usw. (▶ Kap. 20).

4.2 Übertragung

Hypnotische Induktionen rufen unter bestimmten Bedingungen eine starke **Übertragungsreaktion** hervor, die Freud erotisch interpretierte. Er meinte, Verliebtheit sei sogar generell eine Art Hypnose. Die hypnotische Übertragung enthält vermutlich väterlich-autoritäre und mütterlich-fürsorgliche Projektionen. Gill u. Brenman (1959) führen aus, dass Trance auch ohne Hypnotiseur durch sensorische Deprivation ausgelöst werden kann. Dieser Zustand, der mit primärprozesshaftem Denken einhergehe, begünstige dann allerdings eine Regression und in der Folge Projektionen und Übertragungsreaktionen. Die Übertragungssituation ist von Diamond (1988) in Anlehnung an Shor als »archaic involvement« bezeichnet worden, das 2 Komponenten enthält:

- Die symbiotische Tendenz zur Fusion und
- die Überschätzung der Fähigkeiten des Therapeuten.

Der Hypnotherapeut sollte sich der verschiedenen Formen der Übertragung bewusst sein, die in Hypnose aufgrund der schnellen Regression auftreten. Sie weisen dem Therapeuten ganz unterschiedliche Rollen zu (s. unten). Der Patient kann ein liebendes Elternteil, eine Autoritätsfigur, ein Wesen mit magischen Kräften oder eine Über-Ich-artige, moralische Figur auf den Therapeuten projizieren. Nach Roustang (1995, zit. nach Zindel 1996) muss zwischen der Induktionsphase und dem Trancezustand selbst unterschieden werden. Übertragung trete nur während der Induktion auf, wogegen in Trance eine echte Nähe zwischen Therapeut und Patient entstehe.

Indem er die regressiven Mechanismen des Patienten nutzt, kann der Therapeut den Veränderungsprozess wirkungsvoll beeinflussen: Er kann Verhaltens- und Einstellungsänderungen mittels direkter Suggestionen fördern, die dem Patienten

helfen, gescheiterte Beziehungserlebnisse aus der Vergangenheit zu überwinden und umzudeuten. Er kann auch durch Vermeidung von Gegenübertragung, d. h. der erwarteten Reaktion (s. unten), dazu beitragen, Beziehungsschemata zu korrigieren (z. B. indem der Patient die Trance nicht als Hilflosigkeit des Ausgeliefertseins, sondern als etwas durch ihn Kontrollierbares erlebt) und der Therapeut kann falsche Indoktrinationen korrigieren, wie fehlende oder ambivalente Werte, die die Eltern nicht adäquat vermittelt haben (z. B. bezüglich dessen, was Missbrauch und was Liebe ist). Dies alles trifft auch auf normale therapeutische Beziehungen zu, aber aus den oben genannten Gründen in verstärktem Maße auf die hypnotische Beziehung. Die relativ schnell hergestellte Nähe sollte nicht mit einer erotischen Regung verwechselt werden.

Es können auch negative Übertragungsreaktionen in Form von Angst, masochistischer Unterwerfung oder passiv-aggressivem Widerstand (z. B., dass der Patient sich weigert, in Trance zu gehen oder aus der Trance herauszukommen) auftreten. Solche Situationen machen spezielle Interventionen nötig, um die Reaktion für die Therapie zu nutzen (s. unten »Raucher-Beispiel«). Die Projektionen können auch bedrohliche und schädliche Figuren einschließen, die die genannten negativen Übertragungen auslösen und traumatische Erlebnisse reaktivieren können – wie es manchmal ungewollt und unkontrolliert bei der Bühnenhypnose geschieht. Der Therapeut muss sich dieser Möglichkeit bewusst sein und entsprechende Vorkehrungen treffen.

Fallbeispiel 2

Ein Junge von 16 Jahren nahm an einer Bühnenshow mit Hypnose teil und musste ins Krankenhaus eingeliefert werden, weil er nicht mehr aus der Trance zurückkehrte, sondern in einen agitierten somnambulen Zustand verfallen war. Später stellte sich bei der Nachbesprechung heraus, dass es einen Autoritätskonflikt mit dem Vater gab und andererseits der Junge seit mehreren Jahren mit der Mutter regelmäßig autogenes Training durchführte. Bei der Bühnenhypnose entstand nun folgende Situation: Der Junge konnte sich nicht gegen eine Tranceinduktion wehren, auch wenn er dem Mann gern widerstanden hätte, da er durch die lange Übung praktisch auf ein entsprechendes Signal von allein in Trance ging. Tatsächlich hatte der Bühnenhypnotiseur den Jungen von der weiteren Show ausgeschlossen, weil er wohl seine mangelnde Kooperationsbereitschaft feststellte. Der Junge war jedoch am Rande der Bühne sitzen geblieben und realisierte seinen Widerstand gegen die Autoritätsfigur des Bühnenhypnotiseurs dadurch, dass er nicht aus der Trance zurückkam.

Im Fall, dass negative Übertragungen oder Widerstände erwartet werden, kann eine von Zindel (1996; ▶ Kap. 23) vorgeschlagene Induktion verwendet werden. Dabei wird dem Patienten erklärt, dass sein Arm eine Armlevitation lernen kann. Wie ein Kind, das die Unterstützung von liebevollen Eltern braucht, um das Stehen zu erlernen, braucht der Arm (Kind) die Hilfe des Bewusstseins (Elternteil), um die Levitation zu lernen. Wenn die Eltern zu viel helfen, hat das Kind nicht das Gefühl, etwas selbstständig erreicht zu haben. Das Gleiche gilt für den Arm und die Unterstützung durch das Bewusstsein bei der Armlevitation. Wenn die Eltern das Kind aber zu wenig unterstützen, lernt es das Stehen nicht und gibt auf. Dieses Vorgehen leitet den Patienten dazu an, seinen Widerstand nicht in der Beziehung zum Therapeuten, sondern in Beziehung zwischen seinem Arm und seinem Bewusstsein zu erleben. Der Therapeut wird von negativen Projektionen befreit und kann als gute Elternfigur agieren, indem er nützliche Anleitungen gibt, um die bewusste Unterstützung zu steigern oder abzuschwächen, bis die Levitation erfolgreich wird.

Zu den einseitigen Projektionen kommt ein Aspekt gegenseitiger Einflussnahme in der Trance hinzu, der von Banyai et al. (1993) als hypnotische Interaktion beschrieben wurde. Der Autorin fiel auf, dass sie, ähnlich wie von Schamanen berichtet, die Empfindungen der Patienten selbst spürte; z. B., dass sie Müdigkeit in den Beinen empfand, wenn sie ihren Probanden auf dem Laufband eine »Aktiv-Wach-Hypnose« induzierte. Neumann (1954) und C. G. Jung (zit. nach Neumann) sprechen von einer »participation mystique«, wenn von zwei oder mehr Individuen eine gemeinsame Erfahrung ohne physikalisch erkennbare Kommunikationsgrundlage gemacht wird. Dieser Begriff wurde von dem Anthropologen Lévy-Strauß eingeführt, der damit totemistische und schamanistische Erfahrungen von Naturvölkern beschrieb. Neumann und Jung vermuten das Vorhandensein von Schichten des

unbewussten Wissens, die allen Menschen und auch anderen Lebewesen gemeinsam sind und sich u. a. auf körperliche Funktionen beziehen, d. h. eine gemeinsame biologische Grundlage haben.

Eine derartige Kommunikationsmöglichkeit könnte auch in hypnotischer Trance gegeben zu sein, wenn beide, Hypnotisand und Hypnotiseur, sich in Trance befinden; sie kommt darin zum Ausdruck, dass dem Therapeuten gelegentlich mit großer Treffsicherheit Formulierungen und Metaphern einfallen, die dem Patienten passend erscheinen und an Lebenszusammenhänge anknüpfen, die dem Therapeuten unbekannt sind. Eine einfachere Erklärung für diese Art vertiefter Empathie würde lediglich die Verarbeitung nonverbaler Hinweisreize annehmen, die vom Therapeuten in Trance mit größerer Sensibilität aufgenommen werden als in der normalen Interaktion und ihn seine Suggestionen intuitiv modifizieren lassen. Jedenfalls ist dieses Phänomen ein Kennzeichen des hypnotischen Rapports.

4.3 Die Analyse der Beziehung

Eine Besonderheit der Hypnotherapie liegt in der Kombination von lösungsorientiertem und bindungsorientiertem Vorgehen. Wie oben erwähnt, schafft die hypnotische Trance eine starke Regression, in der der Patient verschiedene Beziehungsschemata reaktivieren kann. Um diese zu erkennen, lassen sich die interaktionellen Muster analysieren, die der Patient unbewusst in der Beziehung zum Therapeuten zu etablieren versucht. Zur Analyse dieser Beziehungsschemata stehen verschiedene Modelle zur Verfügung:

- Nonverbales Verhalten,
- Kommunikationstypen oder
- Charakterstrukturen.

4.3.1 Nonverbales Verhalten

Der Therapeut kann eine Reihe von Merkmalen beobachten: die **Körperhaltung** des Patienten, welche **Sinneskanäle** er bevorzugt anwendet (visuell, akustisch oder propriozeptiv), ob seine **Aufmerksamkeit** fokussiert oder diffus ist, sein **Denkstil** linear oder sprunghaft, ob er mit **Angst** verdrängend (»repressor«), sensibilisierend (»sensitizer«) oder beherrscht (»container«) umgeht. Der **Emotionsausdruck** kann schwach (»Mir geht es nicht gerade gut«) oder stark sein (»Es ist eine Katastrophe«) und möglicherweise zieht er es vor, soziale **Kontrolle** zu übernehmen oder abzugeben. Darüber hinaus tendiert der Patient vielleicht eher zur **Kooperation** (»compliant«) oder zur Eigenwilligkeit (»defiant«) usw. (Zeig, persönliche Mitteilung, ▶ Kap. 43).

Diese Eigenarten gestalten den Kommunikationsstil und bringen den unbewussten Versuch mit sich, entsprechende Gegenreaktionen beim Gesprächspartner hervorzurufen (Gegenübertragung s. unten). Damit wird eine Interaktionssituation inszeniert, die das gewohnte Muster festigt und das Weltbild des Patienten bestätigt. Therapeutisch kann die Information über die Kommunikationsmerkmale des Patienten ausgewertet werden, um einerseits die Defizite des damit verbundenen Beziehungsschemas aufzudecken und zu revidieren. Zum anderen können diese Merkmale zunächst genutzt werden, um das therapeutische Angebot so zu strukturieren, dass es dem Patienten leicht fällt, es anzunehmen (»pacing«).

4.3.2 Kommunikationsstile

Der Therapeut kann sich auch an den vier Typen der Selbstwertregulation von Virginia Satir (1975) orientieren. Sie fand heraus, dass Menschen sich durch bestimmte Strategien auszeichnen, mit denen sie in Beziehungen ihren Selbstwert aufrechterhalten. Das wirkt sich auf die Kommunikationsgestaltung aus: Einige tendieren dazu, das Bild des anderen zu verzerren und sich selbst oder den Kontext in den Mittelpunkt zu stellen (»Ankläger«), andere dazu, sich selbst verzerrt darzustellen und den anderen oder den Kontext hervorzuheben (»Beschwichtiger«). Ein dritter Typ vernachlässigt die Beziehung zwischen den beteiligten Personen und betont die Sachebene des Kontextes (»Rationalisierer«) und ein vierter Typ heißt »Verwirrer« und verzerrt Kontext wie auch die beteiligten Personen und sich selbst. ◘ Tab. 4.1 fasst einige Merkmale dieser vier Kommunikationsstile zusammen.

Diese kommunikativen Stile sind weitgehend aus Beobachtungen des nonverbalen Verhaltens, die weiter oben genannt wurden, ableitbar.

Tab. 4.1. Kommunikationsstile und deren Beschreibung. (Nach Satir 1975)

	Ankläger	Beschwichtiger	Rationalisier	Verwirrer
Nonverbale Merkmale	Schnelle Rede, hohe Stimme, Brust raus, konfrontative Haltung	Langsame Rede, tiefe Stimme, bittend, gebeugte Haltung	Monotone Stimme, rigide, geschlossene Haltung	Inkohärent, unterbrechend, verpasst Gelegenheiten
Haltung	Aggressiv, konkurrenzorientiert	Entgegenkommend, beziehungsorientiert	Emotionslos, sachlich, kontrolliert	Chaotisch, von sich ablenkend
Grundgefühl	Erfolglos, einsam	Wertlos	Emotional verletzbar	Ungeliebt
Pathologie	Paranoid	Depressiv, phobisch	Zwanghaft, schizoid	Histrionisch
Ressource	Kritik, Kontrolle, Beobachtung	Altruismus, Harmonie, Kooperation	Unbestechlich, geordnet, analytisch	Kreativität, Flexibilität

Sie beschreiben vier Möglichkeiten, den durch ein negatives Grundgefühl beeinträchtigten Selbstwert zu stabilisieren. Wie bei jeder Typologie sind Mischformen in der Realität häufig, teilweise auch situationsgebunden ausgelöste Reaktionsmuster. Dennoch ist diese Einteilung hilfreich, weil sie Anhaltspunkte für nicht offensichtliche Grundbedürfnisse des Kommunikationspartners gibt. Die vier Stile sind jeweils eine Zusammenfassung der Informationen auf der Beobachtungsebene des vorangehenden Abschnitts und stellen das nächsthöhere phänomenologische Abstraktionsniveau dar.

4.3.3 Charakterstruktur

Ein anderes System, interaktionale Muster zu analysieren, ist das der Charakterstrukturen, wie sie Reich (1969), Lowen (1976), Pierrakos (1990), Kurtz (1983) oder andere Körpertherapeuten beschrieben haben. Solche Charakterstrukturen lassen sich u. a. aus der Beobachtung von Körperhaltungen und dem Körperbau ableiten – wobei dispositionelle und erworbene Anteile phänomenologisch unterschieden werden müssen, was nicht immer ganz leicht ist.

Die auf Reich zurückgehende Grundidee ist holistisch und psychosomatisch. Sie besagt, dass eine innere Haltung sich in der Körperhaltung ausdrückt und langfristig im Körperbau niederschlägt. Diese Haltung stellt jeweils eine habituelle Abwehrform dar, die erworben wurde, um prägende Frustrationen und Verletzungen in bestimmten Entwicklungsphasen zu bewältigen. Der körperliche Ausdruck der inneren Haltung geht auf Hyper- oder Hypotrophien bestimmter Muskelpartien zurück, die sich aus chronischen Anspannungen ergeben (»Muskelpanzer«). Etwa die eingesunkene Haltung eines depressiven, der steife Rücken eines sich disziplinierenden Menschen, die hochgezogenen Schultern bei einem Ängstlichen usw.

Die Theorie postuliert bestimmte unbewusste Entscheidungen des Individuums, die mit den häufig auftretenden Frustrationen der Unerwünschtheit, Unterversorgung, Unterdrückung von Identität, Aggression und Sexualität verbunden sind (Sulz 1997) und einen Versuch der Bewältigung der Mangelsituation darstellen (Tab. 4.2).

Etwa stellt das unerwünschte Kind seine Bedürfnisse zurück und spaltet zudem starke Gefühle ab, die ja mit Bedürfnissen verbunden sind. Das führt zu einer **schizoiden** Struktur, deren Basisstrategie der Impulsverzicht ist. Eine **dependente** Struktur resultiert aus der Entscheidung, seine Bedürftigkeit anzumelden und dafür seine Unabhängigkeit aufzugeben. Ein Kind, das herausgefordert wird, bestimmte Vorstellungen seiner Eltern zu erfüllen, kann sich dagegen auf zwei Arten zur Wehr setzen: Es kann trotzen und lernen, Stärke vorzutäuschen oder es kann über seine wahren Absichten hinweg täuschen und vordergründig willig und kooperativ erscheinen. Daraus resultieren zwei **psychopathische** Strukturen, die sich durch Durchsetzung bzw. die Verführung auszeichnen. Beide geben die

Tab. 4.2. Charakterstrukturen der Bioenergetik: Entstehungshypothesen, Entwicklungsdefizite und Reaktionsformen. (Nach Lowen 1976)

Altersstufe	Frustration	Entscheidung	Charakter Struktur	Basisstrategie
Bis 2 Monate	Ablehnung (unerwünscht)	Existenz statt Gefühle und Bedürfnisse	Schizoid	Impulse unterdrücken
Bis 2 Jahre	Mangel-versorgung	Bedürfnisse statt Unabhängigkeit	Oral-dependent	Hilfe suchen
Ab 2 Jahre	Unterdrückung der Identität	Unabhängigkeit statt Geborgenheit	Psychopathisch: a) Durchsetzung b) Verführung	Täuschen bzgl. a) Stärke b) Absichten
Ab 4 Jahre	Unterdrückung der Aggression	Geborgenheit statt Freiheit	Masochistisch	Warten, verzögern
Ab 6 Jahre	Disziplin und Unterdrückung der Sexualität	Freiheit statt Hingabe	Rigide a) hysterisch b) zwanghaft	a) Aufmerksamkeit gewinnen b) Perfektion

Tab. 4.3. Interaktionstypologie. Interpersonelle Schemata der einzelnen Charaktertypen: Vulnerabilitäten und Ressourcen, Kommunikationsstile und typische Reaktionen der Umwelt. (Nach Kurtz 1983)

Charakter-struktur	Sensibilität	Kommunikati-onsstil	Reaktion der Um-welt	Ressourcen
Schizoid	Reizüberflutung, Nähe, Emotion	Desintegration, Dissoziation	Konfusion	Imagination, abstraktes Denken
Oral-dependent	Einsamkeit	Harmonie	Fürsorge	Nutzung von Hilfe
Psychopathisch a) Durchsetzung b) Verführung	a) Missbrauch b) Entblößung	a) Konkurrenz b) Ablenkung	a) Kontrolle überlassen b) Zugeständnisse machen	a) Risikofreude b) Unterhaltsamkeit
Masochistisch	Druck	Anpassung	Frustration, Drängen	Loyalität
Rigide a) hysterisch b) zwanghaft	a) Keine Beachtung b) Ineffizienz	Kontrolle	a) Abwendung b) Langeweile	a) Kreativität b) Produktivität

Geborgenheit auf, erreichen aber eine gewisse persönliche Freiheit. Der **Masochist** dagegen erkauft sich die Geborgenheit mit Loyalität, tendiert jedoch dazu, sich zu übernehmen und verliert die Freiheit der Selbstbestimmung, die er indirekt durch Resistenz und passive Aggressivität versucht zurück zu gewinnen. Die mit Unterdrückung der Lust erkaufte Disziplin führt zu Freiheit der Entwicklung aber oft um den Preis der Hingabefähigkeit. Vieles kann durch Leistung erreicht werden, die aber ein hohes Maß an Kontrolle erfordert, worunter die Fähigkeit leidet, sich fallen zu lassen. Eine Variante dieser Strategie, die Aufmerksamkeit zu erlangen, ist die Disziplin; eine andere ist die Übertreibung. Entsprechend resultieren eher **zwanghaft-rigide** oder **hysterische** Strukturen. Tab. 4.3 fasst einige Kommunikationsmerkmale der genannten Charakterstrukturen zusammen.

Es gibt auch kompensierte Formen wie der Schizoide, der seine Bedürfnisse in Form von Gier, aber ohne Kontakt zu seinen Gefühlen befriedigt, oder der Orale, der versucht sich selbst zu versorgen und dabei dazu tendiert, sich zu überfordern. Insgesamt sind die einzelnen Strukturen nicht so sehr

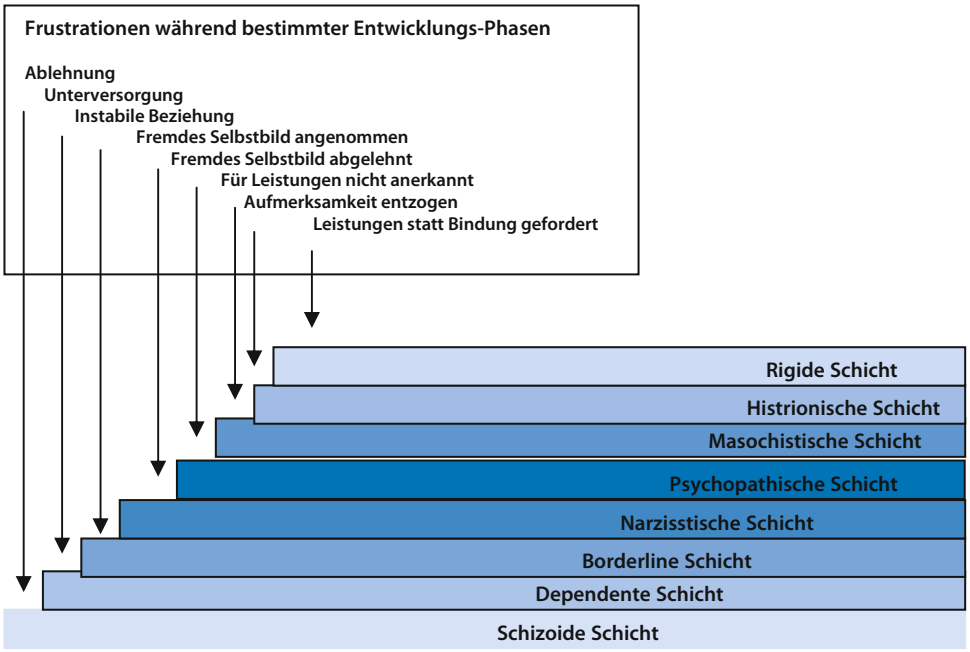


Abb. 4.1. Schichten der Charakterstruktur und prototypische Auslöserfrustrationen, die zur Bildung der jeweiligen Struktur beitragen

als Typologie, sondern als Schichtung von Entwicklungsdefiziten aufzufassen, die jedes Individuum in unterschiedlichem Ausmaß hat. So kann jemand eine schizoide, eine psychopathische und eine rigide Struktur haben, weil er auf entsprechende Frustrationen stark reagierte (Abb. 4.1).

Die genannten Charakterstrukturen korrespondieren weitgehend mit den sog. Persönlichkeitsstörungen (schizoide, schizotypische, Borderline-, narzisstische, dependente, selbstunsichere, paranoide, antisoziale, zwanghafte und histrionische Persönlichkeit) der Achse II des DSM IV (APA 1996), wo sie aber unter ihrem pathologischen und nicht unter ihrem entwicklungspsychologischen Aspekt betrachtet werden. Die dort enthaltene **Borderline-Persönlichkeitsstörung** und die **narzisstische Störung** sind etwa eher zwischen oraler und psychopathischer Struktur anzusiedeln, wobei der Borderline-Persönlichkeit ein instabiles Selbstbild und der narzisstischen Persönlichkeit eher ein überhöhtes, aber relativ stabiles Selbstbild, zu zuordnen ist. Bei dieser Einteilung ist der Grad der Strukturschwäche (gut integriert – gering integriert) nicht berücksichtigt (Rudolf 2006).

Aus diesen Strukturen resultieren jeweils typische Beziehungsschemata, die sich in den Interaktionen des Individuums – auch in der Therapiesituation – niederschlagen. Als diagnostische Grundlage kann die Körperstruktur dienen, auf die hier nicht eingegangen werden soll und der Kommunikationsstil des Patienten. Es werden dabei sowohl seine Verletzbarkeiten wie auch seine Ressourcen sichtbar. Zum Beziehungsschema gehören außerdem spezifische Übertragungsangebote (s. unten), wie auch die normalerweise beim Gesprächspartner ausgelösten Reaktionen der Gegenübertragung (Tab. 4.3). Mit diesen Informationen lässt sich einerseits der Rapport zum Patienten, etwa bei der Gestaltung der Induktion optimieren, andererseits lässt sich in der hypnotischen Beziehung an den Entwicklungsdefiziten arbeiten (s. unten).

4.4 Lösungs- und beziehungsorientierte Hypnotherapie

Wenn er die Beziehungsschemata berücksichtigt, kann der Therapeut auf zwei Ebenen arbeiten, um den Veränderungsprozess des Patienten zu erleichtern (Tab. 4.4). Auf der **Lösungsebene** kann er das Problem gemeinsam mit dem Patienten analysieren (L1), eine Anamnese durchführen (L2) und ein Ziel definieren (L3). Er entscheidet sich dann für eine passende hypnotherapeutische Strategie (L4): entweder explizit oder implizit, symptomorientiert oder konfliktorientiert vorzugehen usw. (▶ Kap. 1) und sorgt dafür, dass der Patient die Veränderungen aufrechterhalten kann (L5).

Auf der **Beziehungsebene** führt die Analyse der Kommunikation (B1) zur interaktionellen Diagnose eines Entwicklungsdefizits (B3). Zum Beispiel, litt der schizoide Typ vielleicht unter dem Gefühl, unerwünschtes Kind gewesen zu sein, der oral-dependente Typ unter Mangel an emotionaler oder materieller Zuwendung, der Masochist wurde vielleicht stark gefordert ohne ablehnen zu können, die psychopathische Persönlichkeit wurde eventuell in ihrer Identitätsbildung durch elterlichen Druck gehindert, und der rigide Typ ist wegen hoher Leistungsziele und fehlender emotionaler Nähe zwanghaft geworden. Aufgrund ihrer persönlichen Geschichte entwickeln Individuen dazu passende Bewältigungsstrategien (Tab. 4.2): Der schizoide Typ dissoziiert, der oral-dependente wird bedürftig, der masochistische erträgt alles, der psychopathische benutzt Durchsetzung und Verführung, um Abhängigkeit zu überwinden und der rigide Typ meidet emotionalen Kontakt. Diese Merkmale helfen zunächst bei der Gestaltung des Rapports und der Form der Induktion (B2, s. unten).

Während der Trance verwendet der Therapeut Interventionen, die eine Lösung des Problems zum Ziel haben (L4). Gleichzeitig kann er die hypnotische Beziehung und die in Trance erhöhte Suggestibilität nutzen, um dem Patienten zu helfen, interaktionelle Schemata zu revidieren. Ausgehend von der Annahme, dass das Problem des Patienten und sein Interaktionsstil zwei Seiten der gleichen Medaille sind, kann der Therapeut eine hypnotische Interaktion anstreben, die es dem Patienten möglich macht, einerseits an der Lösung seines Problems zu arbeiten, während er anderseits die hypnotische Beziehung so gestaltet, dass der Patient Gelegenheit hat, seine Beziehungsschemata zu korrigieren (B4). Zum Beispiel könnte der Therapeut die Stimme eines gütigen Elternteils einführen, die den Unterschied zwischen Liebe und Missbrauch klarstellt. Oder er könnte ein Substitut für eine fehlende elterliche Figur in der Vorstellung des Patienten konstruieren helfen, das ihm das gibt, worauf er in seiner Kindheit verzichten musste. Ein Beispiel findet sich in Ericksons »*The February man*« (Erickson u. Rossi 1989). Weitere Beispiele hierzu finden sich an vielen Stellen in diesem Buch, u. a. ▶ Kap. 22 »Altersregression«. Am folgenden Fall soll erläutert werden, wie diese zwei Kommunikationsebenen zueinander stehen (Tab. 4.5).

Fallbeispiel 3

Eine 35-jährige Frau klagte über Dyspareunie, d. h. Schmerzen und/oder Brennen beim Geschlechtsverkehr (L1), die nicht Folge von Lubrikationsmangel waren. Ihre Geschichte zeigte emotionalen Missbrauch durch Männer während ihrer Adoleszenz (L2):

Tab. 4.4. Zwei Ebenen der Kommunikation in der Hypnotherapie. Die Schritte L1–L5 und B1–B5 laufen parallel ab, ohne dass sich die einzelnen Schritte entsprechen

Lösungsebene		Beziehungsebene	
L1	Problemanalyse (Exploration)	Interaktionsanalyse (Beobachtung)	B1
L2	Anamnese: Altersregression	Rapport etablieren: »pacing«	B2
L3	Zieldefinition	Entwicklungsdefizitdiagnose	B3
L4	Hypnotische Intervention, z.B. Dissoziation	Hypnotische Beziehung utilisieren, z. B. Rekonstruktion	B4
L5	Aufrechterhaltung der Veränderung	Auflösung der hypnotischen Beziehung	B5

Ihr Vater und ihr ältere Bruder hatten sich häufig über ihre Brüste erheitert und ihr zu verstehen gegeben, sie seien viel zu klein, sodass es unnötig wäre, einen BH zu tragen. Vermutlich haben beide ihre eigene sexuelle Attraktion gegenüber der hübschen Patientin auf diese Weise abgewehrt. Sie wurde nicht unterwürfig oder depressiv, sondern entwickelte eine latente Verachtung gegenüber Männern und suchte später in Beziehungen unbewusst Gelegenheiten, sich für die Erniedrigung zu rächen. Die Situation weist eine gewisse Analogie zur Geschichte von der Prinzessin Turandot auf. (Turandot verurteilte Männer, die ihre Erwartungen nicht erfüllten zum Tode. Eine ihre Vorfahrinnen wurde von feindlichen Soldaten vergewaltigt.)
Die Patientin hatte viele Beziehungen, verachtete nach einiger Zeit ihre Liebhaber, fand sie langweilig, und verweigerte geschlechtliche Kontakte mit ihnen, was die Männer hilflos und verletzt zurückließ. Das Therapieziel (L3) war es, ihr zu helfen, ihre innere Ablehnung gegenüber Männern zu überwinden, und die Interventionen (L4) bestanden aus intrahypnotischer Rekonstruktion von Situationen, in denen sie von ihrem Vater oder Bruder erniedrigt wurde, jetzt in der Fantasie aus einer überlegenen Position.
Auf der Beziehungsebene erlebte der Therapeut ein deutliches Flirten der Patientin. Er akzeptierte es, vermied aber in die »Falle zu gehen«, von ihrer Anerkennung abhängig zu werden, und hielt dennoch sein Interesse aufrecht (B2). Unter dem Gesichtspunkt des Entwicklungsdefizits könnte ihr Verhalten als die verführerischer Variante des Psychopathen charakterisiert werden, eine Bewältigungsstrategie, die der Patientin half, sich von Männer nicht überwältigt zu fühlen (B3). Der Therapeut versuchte in und außerhalb der Trance eine unterstützende und respektvolle Vaterfigur zu sein (B5). Eine Intervention auf der Beziehungsebene war es, die Patientin anzuleiten, die Tranceinduktion erst mit offenen Augen zuzulassen, was ihr zunächst leichter fiel, weil sie damit die Kontrolle nicht aufgeben musste, und die Augen erst zu schließen, als sie sich in der Situation sicher genug fühlte. Um das Ausmaß der Hingabe zu erhöhen, wurde ihr als Nächstes vorgeschlagen, dass sie die Handflächen nach oben drehe – aber erst dann, wenn sie wirklich genügend Sicherheit spürte, um soviel Hilflosigkeit ertragen zu können. Als nächsten Schritt wurde ihr vorgeschlagen, dass sie im Sitz runter rutsche – aber nur, wenn sie sich wirklich sicher fühlte. Das sollte es ihr ermöglichen, eine verletzliche Stellung einzunehmen, ohne sich ausgeliefert zu fühlen und verteidigen zu müssen.
Um die hypnotische Beziehung aufzulösen (B5) wurde der Patientin Gelegenheit gegeben, den Entscheidungen des Therapeuten zu widerstehen. Das wurde dadurch versucht zu erreichen, dass sie Unabhängigkeit erleben und gleichzeitig ihr männliches Gegenüber (den Therapeuten) respektieren konnte, z. B. indem sie lernte, den Trancezustand selbstständig zu beenden und eine kooperative Haltung beizubehalten.

Um das Beziehungsschema zu bestimmen, das der Patient unbewusst zu etablieren versucht, kann der Therapeut nicht nur auf die Beobachtung der Über-

Tab. 4.5. Zwei Ebenen der Kommunikation in der Hypnotherapie anhand des Fallbeispiels: Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Lösungsebene		Beziehungsebene	
L1	Problemanalyse: Männer werden nach kurzer Zeit langweilig, Libidoverlust	Interaktionsanalyse: flirtend/verführerisch – dominierend	B1
L2	Anamnese: Erniedrigung durch Vater und Bruder	»Pacing«: Flirten annehmen, Dominanz widerstehen	B2
L3	Zieldefinition: Männerhass überwinden	Entwicklungsdefizite: psychopathisch-verführerisch (männliche Dominanz überwinden)	B3
L4	Intervention: Rekonstruktion der Traumata Abreagieren der Affekte	Hypnotische Beziehung utilisieren: »guter Vater« sein während der Trance, Dominanz ohne Missbrauch	B4
L5	Aufrechterhaltung: Veränderung der aktuellen Sexualbeziehung	Auflösung der hypnotischen Beziehung: Dominanz ohne Verachtung unterstützen	B5

tragungsversuche des Patienten sondern auch auf die seiner eigenen emotionalen Reaktionen (Gegenübertragung) zurückgreifen. Dazu muss der Therapeut allerdings in der Lage sein, eigene Entwicklungsdefizite und damit verbundene Anteile seiner Reaktion zu erkennen.[1]

4.5 Rapport und Interaktionsbeobachtung

Die Beobachtungen des Interaktionsverhaltens können dazu dienen, die Tranceinduktion und das Therapieangebot generell in eine Form zu bringen, die anzunehmen, dem Patienten leicht fällt (»pacing«, B2). Dazu können die Informationen auf allen drei oben genannten Ebenen (nonverbales Verhalten, Kommunikationsstil und Charakterstruktur) genutzt werden. Es ist aber zu beachten, dass durch »pacing« grundsätzlich die Tendenz entsteht, das Problem des Patienten zu unverändert zu lassen, da das Interaktionsverhalten, das ja eine Spiegelung des Problems darstellt, zunächst nicht infrage gestellt wird. »Pacing« kann daher nur ein erster Schritt sein, um einen Zugang zum Patienten zu erleichtern.

4.5.1 Nonverbales Verhalten

Auf dieser Ebene besteht das geeignete »pacing« im Allgmeinen darin, die Reaktionen des Patienten symmetrisch zu erwidern und damit zu signalisieren, dass die Bedürfnisse des Patienten respektiert werden. Nimmt etwa der Patient eine legere Haltung ein, dann respektiert der Therapeut dies am besten dadurch, dass er ebenfalls – wenn auch nicht in exakter Mimikry – eine legere Haltung einnimmt. Umgekehrt wird der Therapeut einer geschlossenen Körperhaltung des Patienten ebenfalls mit einer mehr oder weniger geschlossenen Haltung begegnen. Das heißt, er stellt seine eigenen Bedürfnisse und Gewohnheiten zurück, soweit er es natürlicherweise kann.

Ein Patient mit einer diffusen Aufmerksamkeitsverteilung sollte nicht gezwungen werden, sich über längere Zeit auf einen Punkt des Themas zu fokussieren. Entsprechend kann bei der Induktion seine Aufmerksamkeit auf verschiedene Dinge gleichzeitig gelenkt werden, bevor sie eingeengt wird (»leading«). Einem Patienten mit linearem Bearbeitungsstil sollte man diesen lassen und die Tranceinduktion systematisch und verständlich aufbauen. Einem Patienten mit geringer emotionaler Amplitude sollte man eine unauffällige Handlevitation von nur wenigen Zentimetern suggerieren usw. Die bevorzugte Sinnesmodalität des Patienten – falls es eine gibt – kann man erfragen oder seinem Sprachgebrauch entnehmen und entsprechend die Induktion zunächst in dieser Modalität formulieren. Später allerdings kann der Wechsel in eine andere Modalität (»leading«) es dem Patienten erleichtern, sein Alltagsbewusstsein zu verlassen, das ja gleichermaßen von dieser Modalität bestimmt ist.

Bei anderen Interaktionsmerkmalen dagegen besteht ein »pacing« in einer komplementären Reaktion: Einem Patienten, der soziale Kontrolle benötigt, kann man Wahlmöglichkeiten anbieten (*»Möchten Sie mit offenen oder geschlossenen Augen in Trance gehen?«*). Einem eigenwilligen Patienten kann man Gelegenheit geben, durch Reaktanz zum Ziel zu kommen, etwa durch paradoxe Suggestionen (*«Sie werden vermutlich nicht gleich tief in Trance gehen«*) oder indem man ihn bittet, eine Handlevitation dadurch herzustellen, dass er mit dem Handrücken den Druck erwidert, der vom Therapeuten ausgeübt wird, indem er mit seinem Zeigefinger die Hand sanft nach unten drückt.

4.5.2 Kommunikationsstil

Auf der kommunikativen Ebene kann der Therapeut sich an der Grundhaltung des Patienten orientieren und durch seine Reaktion signalisieren, dass er diese (vorläufig) zu respektieren gedenkt. ◘ Tab. 4.6 enthält einige Anhaltspunkte dazu, wie das erreicht werden kann.

Den anklagenden Typ wird man »pacen«, indem man sich von seinen kritischen Fähigkeiten beeindruckt zeigt und seine Eigeninitiative für die Trancegestaltung nutzt. Dem Beschwichtiger wird man fürsorglich begegnen und seine Kooperati-

1 Ich möchte Ria Schnell für die Diskussion dieses Punktes danken.

Tab. 4.6. »Pacing«-Strategien für die vier Kommuniaktionsstile nach Satir

	Ankläger	Beschwichtiger	Rationalisierer	Verwirrer
Haltung	Aggressiv, konkurrenzorientiert	Entgegenkommend, beziehungsorientiert	Emotionslos, sachlich, kontrolliert	Chaotisch, von sich ablenkend
Grundgefühl	Erfolglos, einsam	Wertlos	Emotional verletzbar	Ungeliebt
»Pacing«-Haltung	»Ich achte Dich«	»Ich bin für Dich da«	»Ich schütze Deine Integrität«	»Du wirst mir nicht zu viel«
Allgemeine »Pacing«-Reaktionen	Kritik teilen, bewundern, bestätigen, sich beeindrucken lassen, Kontrolle überlassen	Unterstützen, Nähe, harmonische Beziehung, Aufträge geben, Kontrolle übernehmen	Distanz wahren, Emotionalität vermeiden, nicht werten, sachliche Diskussion	Aufmerksam bleiben, Chaos tolerieren, sich faszinieren lassen, flexible Angebote
Hypnoseinduktion	Wahlmöglichkeiten, eigene Trancemöglichkeiten beschreiben lassen, paradoxe Suggestionen (s. oben), eher visueller Fokus	Zugewandtheit, fürsorgliche Induktion, Verantwortung übernehmen, direkte Suggestionen, eher kinästetischer Fokus	Trance als technisches Hilfsmittel einführen, sachliche Suggestionen, Konfusion durch Überladung	Durch Fraktionierung ermüden, direkte Suggestionen, konkrete Ratschläge, Interesse binden durch Abwechslung, evtl. Faszinationsmethode

onsbereitschaft für direkte Suggestionen nutzen. Dem rationalisierenden Typus wird man am besten gerecht, indem man ihm auf dem Boden der Tatsachen begegnet, was seine emotionale Verletzbarkeit geschützt lässt. Man wird ihm Trance als Hilfsmittel der Imagination, thematischer Fokussierung oder Tiefenentspannung anbieten. Dem Verwirrer wird man Gelegenheit geben, eindrucksvolle Trancephänomene zu produzieren (Katalepsie, Amnesie) und ihm phantasievolle Bilder suggerieren. Seine hohe Vigilanz kann man eventuell durch gegenseitige Pupillen-Fixation (Faszinationsmethode) zu binden versuchen.

4.5.3 Charakterstruktur

Auf der Strukturebene geht es darum, die Übertragungsreaktionen zu analysieren und den positiven Anteil für den Rapport einzusetzen. Die negativen Anteile spürt man an seiner eigenen Gegenübertragungsreaktion besonders deutlich, und es gilt, diese für den Anfang zu vermeiden. Mende (1998) hat Hinweise für die Bedeutung der Übertragung in der hypnotischen Arbeit gegeben, die hier erweitert werden sollen. Tab. 4.7 enthält einige Anhaltspunkte dazu.

Die positive Übertragung des Patienten kommt in der dem Therapeuten zugeschriebenen Rolle zum Ausdruck. Auch wenn sich darin das Entwicklungsdefizit des Patienten niederschlägt, ist dies zunächst Teil seines gewohnten Beziehungsschemas und der Therapeut kann diese Rolle vorläufig akzeptieren, um seine Therapieangebote auf die Möglichkeiten des Patienten zuzuschneiden. Mit dem Beziehungsschema hängen auch die spezifischen Ressourcen der Charakterstruktur zusammen. So tendieren Schizoide wie auch Borderliner zur Abspaltung und gehen daher leicht in Trance – die ja Abspaltung bedeutet. Schizoide werden eher die Augen nicht schließen – im Gegensatz zu dependenten Strukturen, die die Gelegenheit, sich dem Therapeuten anzuvertrauen gern ergreifen. Trotz offener Augen haben Schizoide im Allgemeinen eine ausgeprägte Imaginationsfähigkeit und reagieren daher gut auf visuelle Suggestionen. Generell haben Schizoide das Bedürfnis nach Distanz und brauchen ein geduldiges Gegenüber. Die negative Gegenübertragung der Ungeduld und Verwirrung sollte der Therapeut erkennen und für sich behalten (»containen«).

Der Oral-Dependente nimmt die Führung des Therapeuten gern an. Die Instruktionen können daher direkt sein und sollten zunächst signalisie-

Tab. 4.7. Charakterstruktur und Übertragungsaspekte sowie deren Nutzung für die Tranceinduktion

Charakterstruktur	Therapeutenrolle (positive Übertragung)	Positive Gegenübertragung	Negative Gegenübertragung	»Pacing« bei der Tranceinduktion
Schizoid	»Chirurg«, der ohne Gefühl operiert	Geduld, Fürsorge	Verwirrt sein	Raum und Zeit geben, Abspaltung u. Imagination nutzen
Oral-dependent (depressiv)	»Retter«, der alles in die Hand nimmt	Trösten, Versprechungen machen	Sich überlastet fühlen durch Verantwortung	Direkte gefühlsbetonte, körperbezogene Suggestionen
Borderline	»Engel«, der nicht zornig wird	Liebenswert sein, schonen, abnehmen	Enttäuscht sein	Enttäuschungen vorbeugen, Selbstkontrolle der Trance
Narzisstisch	»Zauberer«, der Wunder möglich macht	Zaubern, Ressourcen betonen	Sich abgelehnt fühlen	Mit kleinen Tranceschritten zufrieden sein, ratifizieren
Psychopathisch (paranoid)	»Mutter Maria«, die alles verzeiht, der man nichts vormachen muss	Geständnisse entgegennehmen	Sich dominiert oder hintergangen fühlen	Alternativen anbieten, herausfordern paradoxe Suggestionen
Masochistisch	»Richter«, der das widerfahrene Unrecht aufklärt	Gerechtigkeit walten lassen	Widerstand, passive Aggression spüren	Keinen Druck ausüben, Selbstbestimmung
Histrionisch	»Weiser«, der in Schwierigkeiten beraten kann	Erklären, beraten	Sich abwenden wollen	Aufmerksamkeit, genaue Instruktionen, ratifizieren
Rigide-zwanghaft	»Diktator«, der klare Anweisungen gibt	Vorschläge machen, Kreativität anregen	Gelangweilt sein	Trance als Fertigkeit, Destabilisierung durch Konfusion

ren, dass der Therapeut bereit ist, die Verantwortung zu übernehmen. Da die gefühlsmäßige Bindung eine große Rolle für die dependente Struktur spielt, kann der Therapeut in der Induktion die mütterlich fürsorgliche Rolle einnehmen und den kinästetischen Sinneskanal betonen.

Für den »Borderliner« ist das Schwanken zwischen Aufwertung und Abwertung des Therapeuten nicht selten; außerdem haben missbrauchte Menschen oft Borderline-Tendenzen und es ist darauf zu achten, dass die Hypnosesituation nicht zur Metapher der Hilflosigkeit wird (»männlicher Hypnotiseur redet auf liegende Frau ein«) und die Patientin retraumatisiert. Es ist daher ratsam, der Patientin zu zeigen, wie sie die Trance unterbrechen kann.

Fallbeispiel 4

Eine 27-jährige Frau kam zur Hypnosebehandlung von Migräne. Sie erklärte, dass sie den Beginn der Migräne im Alter von 12 Jahren mit einem vermuteten Missbrauch in Zusammenhang bringe. Die Patientin war ungewöhnlich trancefähig und es wurde ihr zunächst nahegelegt, die Trance jeweils selbstständig dadurch zu beenden, dass sie mit der Hand auf die Lehne schlug. In der nächsten Sitzung berichtete die Patientin, dass sie eine der nächtlichen »Ohnmachtsattacken«, bei denen sie aufwachte und sich nicht bewegen konnte, hatte und sie dadurch zu beenden vermochte, dass sie mit der Hand aufs Bett schlug, wonach sie ruhig wieder einschlief. In einer späteren Sitzung wurde mit ihrem Einverständnis der Versuch unternommen, in einer Altersregression die vermutete Missbrauchssituation wieder aufzusuchen. Beim

Alter von 13 Jahren jedoch beendete sie die Trance und berichtete, dass sie von der Reaktivierung der Situation Abstand nehmen wollte.

Wenn bei der narzisstischen Persönlichkeit die Aufrechterhaltung eines überhöhten Selbstbildes im Vordergrund steht, so ist zu vermeiden, dass der Patient enttäuscht ist und dies auf den Therapeuten attribuiert. Daher ist es ratsam, kleine Schritte als zufriedenstellend zu erklären und die Trance an den vorhandenen Zeichen (z. B. Zeitverzerrung, Immobilität) zu ratifizieren.

Die psychopathische Struktur ist besonders sensibel dafür, entblößt oder dominiert zu werden. Außerdem sind Risikofreudigkeit und Unterhaltsamkeit ihre Ressourcen. Der Therapeut sollte demnach Alternativen anbieten und den Patienten durch paradoxe Suggestionen herausfordern (»*Sie werden wahrscheinlich nicht ...*«) bzw. das häufig vorhandene Konkurrenzmotiv nutzen (»*Ich hatte einen Patienten, der tat sich außerordentlich schwer gleich beim ersten Mal in Trance zu gehen ... ihm fehlte dazu die nötige Leichtigkeit*«). Auch kann man die Beschreibungen des Patienten, wie er in Trance geht, seine Probleme löst usw. explorieren und dann in der Instruktion berücksichtigen. Der psychopathischen Persönlichkeit zu signalisieren, dass sie schwach sein und Fehler machen dürfe, kann für sie sehr erleichternd sein – wenn der Rapport etabliert ist.

Für die masochistische Persönlichkeit führt Druck oft zu passivem Widerstand und Verzögerung. Deshalb sind Selbstbestimmung und Verstärkung der Erfolge etwa durch Ratifikation der Tranceerfahrung wichtig. Die histrionische Struktur erwartet einen weisen Ratgeber und nimmt Instruktionen und Rezepte gern an. Deswegen sind genaue Anweisungen nützlich, besonders wenn sie zur Bereicherung der persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten beitragen. Zum »pacing« einer histrionischen Persönlichkeit gehört, dass der Therapeut ihr seine volle Aufmerksamkeit zur Verfügung stellt.

Die rigide Struktur erwartet ebenfalls klare Instruktionen, tut sich aber aufgrund ihrer häufig zwanghaften Art schwer, sich vom Alltagsdenken zu lösen. Es ist daher eine wissenschaftliche Tranceerklärung hilfreich (»eine andere Form der Informationsverarbeitung«) oder der Hinweis darauf, dass Trance eine mit Disziplin lernbare Fertigkeit ist. Allerdings erfordert Trance das Loslassen der Rationalität, was durch Überladung und Konfusion erleichtert werden kann (z. B. »*Ich weiß nicht, ob Ihr Unbewusstes mehr von dem lernt was Sie bewusst entscheiden und richtig machen oder Ihr bewusstes Denken mehr davon lernt, was Sie unbewusst bereits gelernt haben oder ob Sie unbewusst lernen, sich bewusst richtig zu entscheiden*«).

Die weiter oben beschriebene Anpassung der Tranceinduktion an den Kommunikationsstil und die Persönlichkeitsstruktur des Patienten erfordert vom Therapeuten eine gewisse diagnostische Sicherheit und Flexibilität in der Ausdrucksweise (Chamäleonprinzip). Dabei stößt er u. U. auch an seine Grenzen der Echtheit. Allerdings sollte er sich ja als Diener des Patienten betrachten und davon ausgehen, dass sog. Widerstand beim Patienten am ehesten dann entsteht, wenn ihm ein Ich-fremdes Konzept übergestülpt wird – etwa in der Form einer standardisierten Tranceinduktion.

4.6 Therapeutische Nutzung der hypnotischen Beziehung

Im vorangehenden Abschnitt wurde die Analyse des Interaktionsverhaltens (nonverbales Verhalten, Kommunikationsstil und Charakterstruktur) dazu verwendet, den Zugang zum Patienten zu erleichtern, indem man das Therapieangebot – in diesem Fall die Tranceinduktion – entsprechend den Interaktionsmerkmalen und den dahinter liegenden Bedürfnissen für den Patienten individuell gestaltet. Tatsächlich spiegelt sich in den Interaktionsmerkmalen des Patienten oft die Entwicklung eines persönlichen Bewältigungsstiles wieder, der die Form des Problems mitbedingt. Etwa waren die Symptome in dem zuletzt beschriebenen Fallbeispiel 4 als ein sinnvoller Teil des Beziehungsschemas anzusehen, das die Patientin in ihrer Reaktion auf die psychischen Verletzungen in ihrer Jugend entwickelt hatte. Es ist demnach sinnvoll, das Beziehungsschema nicht nur als Instrument des »pacings« zur Herstellung des Rapports zu nutzen, sondern durch Rekonstruktionen und »Nachbeelterungsmaßnahmen« (s. unten) selbst zum Gegenstand der Therapie zu machen.

Die **Elternprojektionen** des Patienten auf den Therapeuten werden in der Psychoanalyse im Allgemeinen nicht aktiv genutzt, sondern lediglich gedeutet. Man kann diese Übertragung aber auch aktiv nutzen, um dem Patienten Gelegenheit zu geben, Beziehungsmuster und Haltungen zu revidieren (bindungsorientierte Therapie) oder im regredierten Zustand Neuorientierungen zu suggerieren (lösungsorientierte Therapie). Die Regression wird so als kindliche Lernhaltung utilisiert (s. »Februarmann«, Erickson u. Rossi 1981).

Dazu bietet die Hypnotherapie einen besonderen Zugang, der in der hypnotischen Beziehung begründet ist und sich von einer argumentativen oder einer deutenden Vorgehensweise der kognitiven Therapie bzw. der Psychoanalyse unterscheidet. Durch die Regressionstendenz entwickelt der Patient in der hypnotischen Trance eine besondere Empfänglichkeit sowohl hinsichtlich der suggerierten Vorstellungen wie auch hinsichtlich der suggerierten Bedeutungen und Inhalte bei Rekonstruktion prägender Situationen. So kann der Patient während der Altersregression (▶ Kap. 22) sich die Umstände eines Traumas so lebhaft vorstellen, als würde er sie noch einmal erleben und passende Veränderungen, etwa die Dissoziation bestimmter Erlebnisaspekte oder die Assoziation von Ressourcen, werden dann in die Erinnerung der Situation integriert.

Fallbeispiel 5

Eine 23-jährige Frau klagte darüber, dass sie seit Jahren den Abschluss des Theologiestudiums hinauszögere. Sie vermutete einen unbestimmten Zusammenhang mit einem traumatischen Vorfall in ihrer Kindheit. Sie hatte als 7-jähriges Mädchen ihre Mutter tot aufgefunden, die sich suizidiert hatte. Darüber hatte sie nie geweint, weil sie den unerträglichen Schmerz offenbar abgespalten hatte. Im Grunde war sie der Auffassung, dass ihr Vater die Mutter »unter die Erde gebracht« habe und die Studienverzögerung war Ausdruck einer latenten Aggression gegen den Vater. In der Rekonstruktion der traumatischen Szene wurde – nach entsprechender Vorbereitung (Einverständnis, Signal zur Unterbrechung der Trance, Aufsuchen eines sicheren Ortes, ▶ Kap. 38) – der Schilderung der Situation, dass die 7-Jährige ihre Mutter tot vor sich liegen sieht, ein Element hinzugefügt, um die Bewältigung zu erleichtern: Die Vorstellung nämlich, dass die Mutter als Engel neben ihr stehe und sage: »Ich bin davon überzeugt, dass Du die Kraft hast zu verstehen, dass dies für mich der richtige Schritt war.« Diese »erwachsene« Vorstellung machte es möglich, den abgespaltenen Affekt zuzulassen und die Patientin weinte 10 Minuten lang und erklärte die Therapie für beendet. Tatsächlich veränderte sie ihr Streitverhalten gegenüber dem Vater und machte im Studium bald Fortschritte.

In ◘ Tab. 4.8 sind beispielhaft einige Gesichtspunkte zur Veränderung der Beziehungsschemata dargestellt, die sich an den Grundbedürfnissen (Spalte 2) der jeweiligen Charakterstruktur orientieren. In Spalte 3 und 4 sind Formulierungen der angestrebten Änderung des Beziehungsschemas skizziert.

Für die schizoide Persönlichkeit kann es ein wichtiges Therapieziel sein, den Kontakt zu anderen aufrecht zu erhalten und ihn nicht aus der Resignation, unwillkommen zu sein, vorzeitig abzubrechen. Ein Schritt dahin ist, die Freiheit Angebote abzulehnen ohne zu befürchten selbst abgelehnt zu werden. Oder für die psychopathische Persönlichkeit ist es ein wichtiges Ziel, sich nicht zu verstellen, um entweder seine wahren Absichten zu verbergen (Verführertyp) oder keine Schwäche zeigen zu wollen (Durchsetzungstyp). Für die rigide Persönlichkeit ist es ein wichtiges Therapieziel, Hingabefähigkeit ohne Leistungsanspruch und Spontaneität ohne Überprüfung zu erleben und ein Schritt auf dem Wege dahin kann sein, nicht zwanghaft an einem Programm festzuhalten, sondern Variationen zuzulassen. Analoge Formulierungen sind in ◘ Tab. 4.8 für die anderen Strukturen enthalten (Mende 1998; den Vorschlägen von Mende sind hier Angaben für die psychopathische und die masochistische Struktur hinzugefügt worden).

Für die therapeutische Bearbeitung der mit den Charakterstrukturen verknüpften Schemata lassen sich mehrere Möglichkeiten denken, die von der Körpertherapie, insbesondere dem Hakomi (Kurtz 1993), ausgearbeitet wurden. Dazu gehören die provokative Technik des Abnehmens der Abwehr und die Unterstützung des in der entsprechenden Entwicklungsphase geschwächten Impulses. Das Abnehmen der Abwehr sollte den geschwächten Impuls stärker spürbar werden lassen. Etwa belastet sich der Masochist um der Loyalität willen übermäßig und wenn man ihm diese Belastung

Tab. 4.8. Therapiefortschritt und Therapieziel für einzelne Charakterstrukturen sowie spezifische therapeutische Maßnahmen (die letzten drei Spalten). Erläuterung im Text.

Charakterstruktur	Grundbedürfnis	Therapiefortschritt	Therapieziel	Abnahme der Abwehr, Provokation	Unterstützung defizienter Impulse	Sonden
Schizoid	Geduld, erwünscht sein	Freiheit, zu akzeptieren oder abzulehnen	Kontakt aufrecht erhalten	Augen schließen	In Kontakt bringen	»Du bist willkommen«
Oral-dependent (depressiv)	Nähe, Verfügbarkeit	Unsicherheit aushalten	Auf sich zählen, sich vertrauen	Bemuttern, entmündigen	Ermutigen selbstständig zu sein	»Ich bin für Dich da«
Borderline	Stabile Bindung, Verlässlichkeit	Sich selbst treu sein	Sein Körperschema genießen	Therapeut stellt sich selbst infrage	Patienten liebenswert finden	»Du kannst Dich auf mich verlassen«
Narzisstisch	Das wahre Ich akzeptieren	An sich selbst Freude haben	Kleine Veränderungen schätzen	Großartigkeit übertreiben	Mit dem falschen Selbst konfrontieren	»Du bist eine wertvolle Person«
Psychopathisch (paranoid)	Kontrolle, Anerkennung	Schwächen eingestehen können	Nichts vortäuschen müssen (Stärke, Absichten)	Feinde suggerieren, Absicherung übertreiben	Kreativität respektieren, Festlegung suggerieren	»So wie Du bist, ist es in Ordnung«
Masochistisch	Gerechtigkeit, Würdigung	Aufträge ablehnen	Selbstbestimmung	Überlasten	Geduld haben, kämpfen lassen	»Du kannst es auf Deine Art und Weise tun«
Histrionisch	Aufmerksamkeit erhalten	Bedeutung der Dinge erkennen	Einsamkeit aushalten	Mehr Beachtung fordern lassen	Bedeutung suchen	»Du bist wichtig«
Rigide-zwanghaft	Von Verpflichtung entlastet sein	Wahlmöglichkeiten haben	Spontaneität, Hingabe	Mehr Lustverzicht fordern	Entspannung suggerieren	»Du musst nichts beweisen«

abnimmt, indem man ihn körperlich oder verbal über Gebühr unter Druck setzt, dann spürt er die Kraft seines Widerstandes dagegen und kann überprüfen, ob er sein Schema durch Opposition revidieren könnte. Dasselbe kann umgekehrt die Ermutigung zum Kämpfen bewirken – allerdings erst, wenn die Bewältigungsform der Selbstunterdrückung bereits infrage gestellt worden ist. Oder die oral-dependente Persönlichkeit, deren Therapieziel die Unabhängigkeit ist, kann sich mit dieser Möglichkeit spielerisch auseinandersetzen, wenn sie überbehütet wird und sie dadurch den Drang spüren kann, sich davon zu befreien. Genauso kann man sie umgekehrt in ihrer Selbstständigkeit ermutigen.

Die sog. »Sonden« stammen ebenfalls aus der Hakomi-Therapie. In einem Zustand »innerer Achtsamkeit« wird dem Patienten suggeriert, er solle eine Stimme den dort in Tab. 4.8, letzte Spalte, genannten oder einen ähnlichen Satz zu ihm sagen hören und ihn auf sich wirken lassen. Innere Achtsamkeit ist eine nach innen fokussierte Trance, die gewissermaßen halb assoziiert ist, sodass die eigenen Gefühle wahrgenommen werden und halb dissoziiert ist, sodass diese Gefühle nicht überwältigend werden können. Die vom Therapeuten gesprochenen Sät-

ze berühren normalerweise die entwicklungspsychologische Schwachstelle der Charakterstruktur und lösen entweder Schmerz oder Sehnsucht in der betroffenen Person aus, falls sie auf ihre Charakterstruktur passen. In einen entsprechenden regressiven Kontext gekleidet, können derartige Affirmationen auch eingesetzt werden, um zu einer Revision des Beziehungsschemas Anlass zu geben. Der Therapeut kann auf diese Weise seine Grundhaltung in der Beziehung zum Patienten, die sich an der Charakterstruktur und deren Bedürfnissen orientiert, in der hypnotischen Beziehung während der Trance zum Ausdruck bringen und vertiefen. Die Bearbeitung eines Problems auf der Lösungs- wie auf der Beziehungsebene sei am Fall einer Raucherentwöhnung mit einer dependenten Persönlichkeit erläutert. Im folgenden Fallbericht wird versucht, die beiden genannten Kommunikationsebenen in der Hypnotherapie zu beschreiben.

Fallbeispiel 6

Der Patient ist ein 43-jähriger Arzt, verheiratet, ein Kind. Er ist kein schwerer Raucher (10–16 Zigaretten am Tag), findet seine Gewohnheit aber mit seiner Arbeit im Gesundheitswesen unvereinbar und klagt über gelegentlichen Husten. Auch will seine Frau, dass er aufhört. Er raucht nach dem Frühstück, in der Mittagspause, mit Kollegen nach Arbeitsschluss sowie abends zu Hause. Hauptsächlich raucht er, um Stress zu reduzieren, ruhiger zu werden (und möglicherweise, um seine Frau zu nerven). Der Patient ist ein freundlicher und kooperativer Mann, der Interesse daran zeigt, Hypnose auch in seiner eigenen Praxis anzuwenden. Die hypnotische Intervention auf der Lösungsebene, die eingesetzt wurde, basiert auf einem vom Ulrich Freund entwickelten Vorgehen (▶ Kap. 27 »Rauchen«). Die Handlevitation wird als Metapher für die Unabhängigkeit von körperlichen Bedürfnissen und Bewusstsein verwendet. Zuerst wird die linke Hand (bei Patienten, die mit der rechten Hand rauchen) als ein Symbol dafür levitiert, dass der Patient schon zur Hälfte Nichtraucher ist. Diese linke Hand repräsentiert Gesundheit und den Willen zum Leben. Beim Patienten wurde die dependente und masochistische Strukturschicht als bedeutsam eingeschätzt und um möglicher passiver Resistenz vorzubeugen, wurde die »Eltern-Kind-Projektions«-Methode (nach Zindel 1996, s. oben) verwendet. Mit der Levitation der linken Hand soll das Therapieziel der Unabhängigkeit (im Gegensatz zur Abhängigkeit von den Zigaretten) eingeführt werden, das der liebevollen Unterstützung durch das Bewusstsein bedarf. Nachdem die Nichtraucherhand levitiert war, wurde dem Patienten suggeriert, dass auch die Raucherhand ihre Unabhängigkeit beweisen könne. Da die Levitation der rechten Hand nur langsam voranging, wurde die paradoxe Methode des Gegendrucks (s. oben) verwendet, indem der Patient darum gebeten wurde, seinen Handrücken nach oben gegen den Finger des Therapeuten zu drücken. Nachdem auch die Levitation der rechten Hand etabliert war, wurde eine Zigarette zwischen Mittel- und Zeigefinger gesteckt und suggeriert, dass die Finger die Zigarette unwillkürlich loslassen würden, wenn der Patient auch unbewusst bereit wäre, mit dem Rauchen aufzuhören. Während dieser Wartezeit wurden dem Patienten verschiedene direkte Suggestionen angeboten:

»Rauchen ist gut für Sie, aber es ist Gift für Ihren Körper. Solange Sie leben wollen, müssen Sie Ihren Körper respektieren. Ihre linke Hand steht für Ihren Wunsch zu leben und gesund zu sein und Ihre rechte Hand für Ihren Wunsch, das Leben zu genießen, sich zu entspannen und mit anderen zu kommunizieren, und die linke Hand wird dieses Gefühl von Leichtigkeit auf die rechte Hand übergehen lassen, wenn Ihr Unbewusstes eine Lösung gefunden hat, wie Sie beide Wünsche kombinieren können, ohne zu rauchen.«

Danach wurden ihm eine Reihe von eingebetteten Metaphern (▶ Kap. 18) angeboten:

1a. Eine Anekdote über eine Frau, die sich in Trance daran erinnert hat, dass sie mit dem Rauchen anfing, nachdem ihr Mann in einem Autounfall starb (Konfusionsmetapher zur Steigerung der Aufmerksamkeit).

2a. Die Geschichte von Papillon, der auf einer steilen Felseninsel gefangen war, von der es hieß, dass es kein Entrinnen gab als Metapher für Suchtverhalten (Pacing-Metapher). Papillon beobachtet jedoch, dass jede siebte Welle nicht an die Felsenklippe schlug und ihm deshalb eine Möglichkeit gab, auf ihr von der Insel zu entkommen.

3. Ein alter Eingeborener auf der Insel wird eingeführt (dem Therapeuten in mancher Hinsicht ähnlich), den Papillon um Rat fragt, ob seine Beobachtungen richtig seien. Der Alte

bestärkt Papillon in seinem Plan. Damit sollte der dependenten Struktur des Patienten Rechnung getragen werden (Lösungsmetapher).

2b. Papillon entkommt von der Gefangeneninsel (Sucht), indem er die richtige Zeit abwartet und mit der Unterstützung des Alten (Therapeut) den Sprung wagt. Danach muss er lange schwimmen und schließlich lange Strecken zu Fuß zurücklegen und hält sich durch Kauen von Kokablättern (als Metapher für Nikotinpflaster Ressource) wach.

1b. Die Geschichte eines Adlers, der auf einem Bauernhof wie ein Huhn aufgezogen wurde. Ein Fremder kommt zu Besuch und bringt ihm das Fliegen bei – was aber nicht gleich gelingt. Erst nachdem er durch Geduld den Widerstand des Tieres seine Rolle zu verlassen, überwunden hat, fliegt der Adler weg. Aber wer weiß, ob er am Ende nicht ein Huhn geheiratet hat (Metapher für die symptomerhaltende Funktion der Partnerschaft mit einem Element des Humors, um den Patienten vom Inhalt der Geschichten abzulenken).

Im Hinblick auf Personen mit dependenter wie auch masochistischer Struktur wurden nach Etablierung des Rapports viele Suggestionen von Unabhängigkeit gegeben (z. B. Unabhängigkeit des Arms, Unabhängigkeit darin, die Trance zu beenden, Unabhängigkeit der Finger beim Loslassen der Zigarette, Unabhängigkeit von den Suggestionen des Therapeuten). Beide Strukturanteile tendieren ja dazu, in Abhängigkeit vom anderen zu agieren: entweder gegen ihn (masochistischer Anteil) oder ihm zu gefallen (dependenter Anteil). Der Patient hatte Schwierigkeiten, in Trance zu gehen, aber als er 45 min später reorientiert wurde, hatte er Schwierigkeiten die Trance zu beenden. Ihm wurde gesagt, dass er sich Zeit nehmen solle und dass der Therapeut langsam bis 100 zählen würde, um die Trance zu vertiefen. Durch dieses »Abnehmen der Abwehr« sollte Motivation provoziert werden, die Trance unabhängig vom Therapeuten zu beenden. Ohne weitere Interventionen fiel der Patient in eine tiefe Trance, hatte erneut eine Levitation der rechten Hand und ließ schließlich die Zigarette ohne weitere Suggestionen fallen. Danach war es kein Problem, ihn zu reorientieren (Zählen von 3 bis 1).

Generell wurde die Trance so organisiert, dass der Patient der Induktion, den Suggestionen und der Reorientierung widerstehen konnte, um möglichst eigenständig zu handeln und dadurch mehr Unabhängigkeit zu gewinnen. Als **posthypnotische Suggestion** wurde dem Patienten vorgeschlagen, dass er sich an das steife Gefühl in seinem rechten Arm als ein Zeichen der Unabhängigkeit erinnern würde, wann immer er einen meditativen Zustand erreichen wollte. Als **Ratifizierung** der Trance berichtete der Patient, dass die linke Hand taub sei, während der rechte Arm sich steif wie ein Brett anfühle. Er schätzte, dass der erste Teil der Trance 30 (statt 45) min gedauert hat und die letzten 15 min erlebte er wie 30 min. Er hatte nur eine vage Erinnerung an die Geschichten, außer der ersten. Nach der Trance fühlte er sich wohl, aber ein bisschen müde. Das wurde ihm als eine Folge seiner mentalen Schwerstarbeit erklärt.

Am nächsten Tag berichtete er, nur halb so viel wie üblich geraucht zu haben. Zur **Stabilisierung** wurde ihm geraten, jeden Tag nach der Arbeit eine Handlevitation mit einer Zigarette in der rechten Hand zu üben, um sie »steif wie ein Brett« werden zu lassen. Der Therapeut erklärte ihm, dass gemäß Spiegels Augenroll-Test seine hypnotischen Fähigkeiten gut seien, da dabei das Weiße seiner Augen sichtbar war, bevor sich die Lider schlossen (▶ Kap. 9).

Fazit

Das Ziel dieses Kapitels ist es, die Möglichkeiten hypnotischer Interventionen, auf der Beziehungsebene im Hinblick auf die jeweiligen Entwicklungsdefizite des Patienten zu diskutieren. Nach der bioenergetischen Theorie hinterlassen verschiedene grundlegende Frustrationen in der frühen Kindheit bestimmte »Wunden« und machen das Individuum besonders anfällig für bestimmte Arten von Stress. Das Kind entwickelt entsprechende Bewältigungsmuster, um sich zu schützen, die üblicherweise Abwehr genannt werden. Die sich daraus ergebende Charakterstruktur oder Persönlichkeit(sstörung) kann anhand der spezifischen Beziehungsschemata beschrieben werden, die sein soziales Verhalten oft kompetent, aber dennoch einengend steuern. Diese Charakterstruktur kann in Körperhaltung, Gesichtsausdruck ▼

und Kommunikationsstil (Tab. 4.3) des Individuums wahrgenommen werden. Tab. 4.2 und Abb. 4.1 zeigen eine mögliche Klassifikation der Charakterstrukturen in Verbindung mit den auslösenden Frustrationen, den spezifischen Verletzbarkeiten, Bewältigungsstrategien und den damit verbundenen Ressourcen.

Um auf der Beziehungsebene zu arbeiten, muss der Therapeut sowohl die grundlegenden Bewältigungsmuster des Patienten kennen wie auch die typische Reaktion, die er damit in anderen Menschen hervorruft (Gegenübertragung), und weiterhin die Ressourcen, die mit der Charakterstruktur verbunden sind, berücksichtigen (Tab. 4.2). Mit dieser Information kann der Therapeut nicht nur Pacing-Strategien entwickeln (Tab. 4.6 und 4.7), sondern er kann am Beziehungsschema selbst arbeiten (Tab. 4.8).

Bei der Arbeit mit der Regression des Patienten, speziell bei der Rekonstruktion von prägenden Situationen aus der Kindheit, lässt sich neben der Bewältigung mithilfe von Interventionen, die auf Umstrukturierung oder Mobilisierung eigener Ressourcen abzielen, mit Suggestionen arbeiten, die mangelhafte oder fehlende elterliche Einflüsse korrigieren. Der Therapeut nutzt seine Kenntnis der Beziehungsschemata des Patienten, um auf sie komplementär (Ambühl 1992) oder ergänzend zu reagieren. Die Indikation dieser Form der Intervention ist nur unvollständig explizierbar oder ergibt sich oft aus der Situation – etwa so wie die gezielte Frustration von dysfunktionalen Inszenierungen des Patienten in der Gestalttherapie. Bindungsorientierte Interventionen wirken auf der Affektebene, die in der Trance wegen der verminderten Abwehr leichter als sonst zugänglich ist. Aufgrund des spontanen und emotionalen Charakters der Reaktion des Patienten wird der Therapeut oft keine Gelegenheit haben, die Intervention vorher zu erläutern. Im regressiven Zustand – vorausgesetzt es fand eine positive Übertragung statt – kann der Therapeut die erhöhte Empfänglichkeit des Patienten nutzen und durch entsprechende Gestaltung der hypnotischen Beziehung dazu beitragen, dass der Patient seine Interaktionsschemata revidiert. Er kann mit elterlicher Autorität und Fürsorglichkeit bestimmte Wertungen suggerieren. Er kann die schwach ausgebildeten Impulse des Patienten durch passende Suggestionen und Bilder unterstützen (▶ Kap. 24 »Ich-Stärkung«). Für eine derartige »Nachbeelterung« eignen sich auch die »Sonden« der Hakomi-Therapie (Tab. 4.8), die dort zunächst diagnostischen Zweck haben, aber auch zur Ich-Stärkung eingesetzt werden können.

Die Möglichkeiten, etwa dem Patienten die Abwehr abzunehmen und dadurch einem sonst chronisch unterdrückten Impuls Gelegenheit zu geben, deutlicher zu werden, sind für die Hypnotherapie noch gar nicht ausgelotet worden. Sie sind jedoch aus der Körpertherapie, in der provokativen Therapie und der paradoxen Intention bekannt.

Ein bindungsorientiertes Vorgehen fördert allerdings eine Tendenz, die bei vielen Patienten besteht, die eine Hypnotherapie wünschen, nämlich auf eine passiv erlebte, möglicherweise hinterher amnestische Intervention zu vertrauen, wobei dem Therapeuten der Auftrag gegeben wird, etwas ihm geeignet Erscheinendes zu suggerieren. In anderen Fällen bestehen Ohnmachtsfantasien und Kontrollverlustbefürchtungen. In beiden Fällen ist es wichtig, den Patienten darüber aufzuklären, dass die Heilung letztendlich durch die Übernahme der Fremdsuggestion als Autosuggestion und Mobilisierung eigener Ressourcen geschieht. Dazu gehört auch die Aufklärung, dass der Patient die Trance jederzeit selbst unterbrechen kann und unter hypnotischem Einfluss nicht zu Handlungen oder Haltungen gebracht werden kann, die nicht im Einklang mit ihm sind. Dennoch hat der Therapeut die Verantwortung, den Patienten im Zustand reduzierter Abwehr zu schützen und die durch die regressive Haltung geförderte Abhängigkeit rechtzeitig aufzulösen.

Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale

Burkhard Peter

5.1 Historische Perspektive – 70

5.2 Die Bedeutung hypnotischer Rituale – 75

5.3 Die Funktion des therapeutischen Tertiums – 75

5.3.1 Kontrollerwartung – 75

5.3.2 Projektionsfläche für verborgene Ressourcen – 76

5.3.3 Kommunikation und Kontakt – 76

Es gibt in der Geschichte der Psychotherapie ein häufig wiederkehrendes Muster therapeutischer Einflussnahme, das sich dadurch auszeichnet, dass Therapeut und Patient auf ein Konstrukt Bezug nehmen, dem sie während des therapeutischen Prozesses eine Gestalt geben. Diese Gestalt, entsprechend der jeweiligen soziokulturellen Gegebenheiten als verschiedene Figuren konstruiert, habe ich **therapeutisches Tertium** (tertium, lat. das Dritte) genannt (Peter 1998d, 2000d), weil sie neben Therapeut und Patient eine dritte therapeutische Einheit darstellt.

Menschen haben von jeher geglaubt, sie hätten keine Kontrolle über ihre psychischen oder psychosomatischen Symptome. Das hat damit zu tun, dass sie diese als unwillkürlich, unbeeinflussbar, manchmal wie von außen kommend erleben. Es ist daher nicht ungewöhnlich, dass sie auch das heilende Prinzip nicht bei sich selbst, sondern außerhalb von sich suchten und diesem Ich-fremde Eigenschaften zuschrieben. Sie wandten sich an einen Arzt, Therapeuten oder Heiler, von dem sie annahmen, dass er die besondere Fähigkeit oder entsprechende Fertigkeiten besitze, sich mit diesem heilenden Prinzip – dem therapeutischen Tertium – in Verbindung zu setzen und es für sie nutzbar zu machen.

5.1 Historische Perspektive

Dieser uralte, magische Heilungsgedanke findet sich z. B. in der Exorzismus-Theorie des Pater Gaßner (1774). Nicht er persönlich ist es, der die Heilung der Kranken bewirkt, sondern er nimmt Kontakt auf zu einer **transpersonalen**, göttlichen Kraft (heute würde man von **spiritueller Kraft** sprechen) und erbittet deren Hilfe mittels eines passenden Rituals. Ähnlich ist es bei Mesmer (1775); auch er versteht sich nur als Vermittler einer **transpersonalen physikalischen** Kraft, des animalischen Magnetismus. Es ist also auch nicht Mesmer persönlich, der heilt, sondern die Kraft des animalischen Magnetismus, die durch ihn im magnetischen Rapport übertragen wird (◘ Abb. 5.1).

An anderer Stelle (Peter 2000c) habe ich dargelegt, dass trotz der Parallelen in Bezug auf ein transpersonales Tertium grundsätzliche Unterschiede zwischen Gaßner und Mesmer bestehen, dass gemessen an Gaßner Mesmers therapeutische Praxis sogar als Rückschritt betrachtet werden muss. Gaßners Exorzismus kann als spezielle Form von **Einübung in Selbstkontrolle** gesehen werden und steht somit unseren heutigen Vorstellungen von Hypnotherapie und **Psycho**therapie wesentlich näher als Mesmers Methoden der Applizierung von Eisenmagneten, der »Passes« (»Luftstriche«) oder des magnetisierten »Baquets« (»Gesundheitszuber«). Es ist u. a. auch diese apparative Komponente in Mesmers Praxis, die zeigt, dass Mesmer seinen animalischen Magnetismus in keiner Weise als das verstand, was wir heute als Psychotherapie bezeichnen, sondern als ein rein medizinisch-naturwissenschaftliches Heilverfahren. Zu Recht muss man deshalb in Frage stellen, ob man mit Mesmer tatsächlich die heutige Psychotherapie beginnen lassen kann, wie es Ellenberger (1985) vorschlägt. Demgegenüber habe ich (Peter 2005a) vorgeschlagen, die moderne Hypnotherapie mit Gaßner beginnen zu lassen. Wollte man allerdings auch dem Verfahren Mesmers eine psychologische Bedeutung geben, so könnte man es als die Anwendung einer unspezifischen **Exposition** oder als Auslösen **kathartischer Reaktionen** deuten: Wenn genügend animalisch-magnetischer Energie auf den Patienten übergeströmt war, zeigte sich das durch eine sog. Krise, einem großen hysteriformen Anfall, in dem affektiv ausagiert wurde.

Um die Wende zum 19. Jahrhundert verändert sich das therapeutische Tertium im Wesentlichen nicht, wohl aber die Vorstellung, wer für die Kontaktaufnahme verantwortlich ist. Waren es zuvor eindeutig die Priester bzw. besondere »magnetische« Ärzte, die diesen Kontakt zuwege brachten, so sind es nun die Kranken selbst. In einem besonderen Zustand, dem des magnetischen Somnambulismus treten sie in Kontakt mit **transpersonalen** Kräften, die nun nicht mehr religiös sondern, dem romantischen Zeitgeist entsprechend, naturphilosophisch (z. B. »Weltseele«) gefasst sind. Der Therapeut bzw. »psychische Arzt« ist in diesem System nur mehr Diener, der durch den Vorgang des Magnetisierens bzw. »Mesmerisierens« hilft, in den Heil bringenden Zustand zu kommen (Kluge 1811). Teilweise taucht Anfang des 19. Jahrhunderts auch der Besessenheitsgedanke wieder auf, wie z. B. in manchen Fallgeschichten des schwäbischen Dichterarztes Justinus Kerner (1834; Peter 2007c). Aber das waren nicht mehr Teufel oder Dämonen,

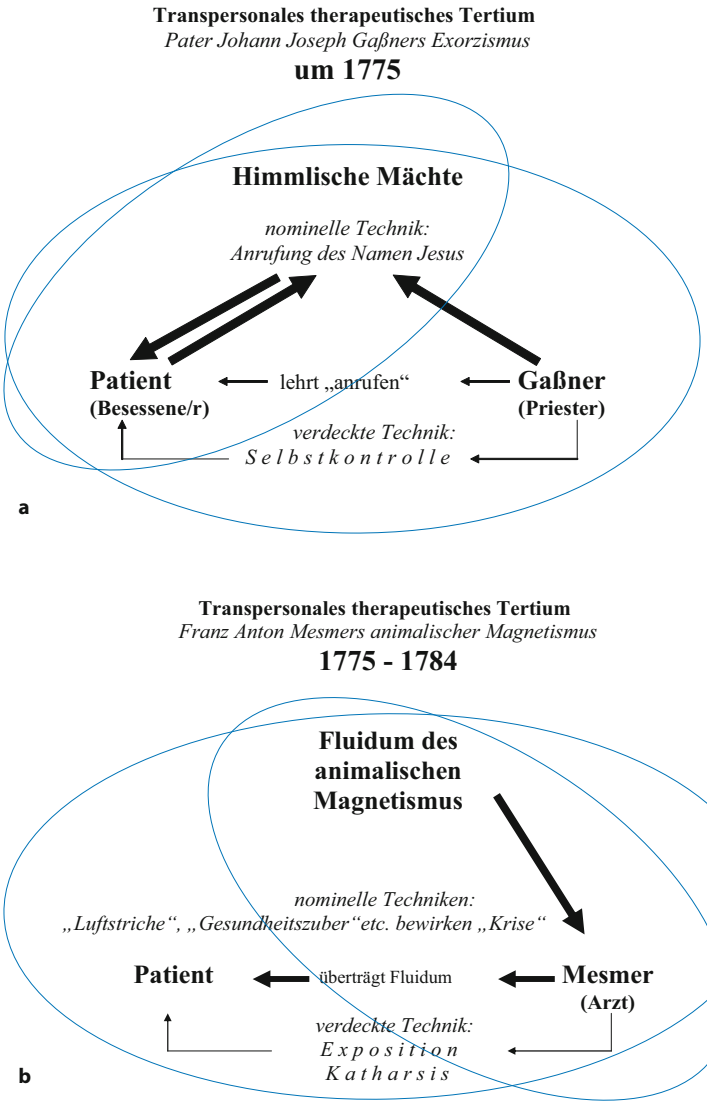


Abb. 5.1a,b. Transpersonales therapeutisches Tertium nach Gaßner (**a**) und Mesmer (**b**) mit jeweils unterschiedlicher inhaltlicher Bedeutung: geistige, himmlische Mächte **versus** physikalisches, magnetisches Fluidum. Weiterer, wesentlicher Unterschied: **a** Gaßners Patienten haben gelernt, sich auch nach der Behandlung noch mit dem Tertium in Verbindung zu setzen; **b** Mesmers Patienten hingegen sind auf ihn oder auf seine Apparaturen als Überträger des Tertiums angewiesen. (Peter 2000d)

sondern unerlöste Seelen, die in manchen Menschen eine Bleibe suchten und dort eine Zeit lang ihr Unwesen trieben.

Im magnetischen Somnambulismus treten die Patienten in Kontakt mit transpersonalen Kräften (z. B. »Weltseele«) und kommen dadurch mit eigenen, intrapersonalen Ressourcen (»Gangliensystem«) in Kontakt. Der Therapeut bzw. »psychische Arzt« ist in diesem System nur mehr Diener, der durch den Vorgang des Magnetisierens bzw. Mesmerisierens hilft, in den Heil bringenden Zustand zu kommen(◘ Abb. 5.2).

Die Rolle des Therapeuten in der Romantik ist also ganz entscheidend relativiert, während die der Kranken hervorgehoben ist. Um mit den **transpersonalen** Kräften Kontakt aufnehmen zu können, müssen sie zunächst ihren eigenen (Bewusstseins-) Zustand verändern, ihre geistigen und seelischen Aktivität vom zentralen Nervensystem (Gehirn) zum »Gangliensystem« (autonomes Nervensystem) verlagern und lernen, mit diesem »seelischen Organ« anders wahrzunehmen, zu denken und zu fühlen. In unserer heutigen Sprache bedeutet dies, dass Patienten lernen müssen, mit ihren

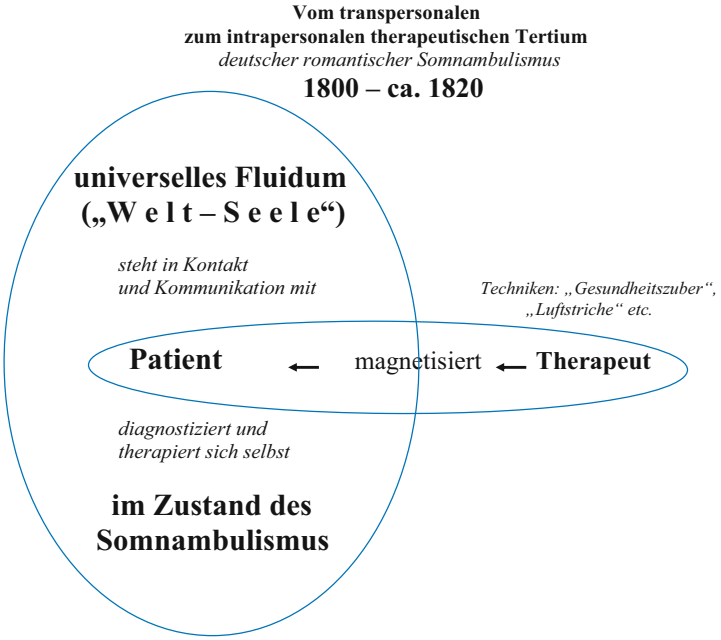


Abb. 5.2. Vom **transpersonalen** zum **intrapersonalen** therapeutischen Tertium. Deutscher romantischer Somnambulismus von 1800–1850. (Peter 2000d)

autonomen, unwillkürlichen oder unbewussten Seiten in Kontakt zu kommen, diese als **intrapersonale** Ressourcen zu verstehen und zu gebrauchen.

Kurz vor der Wende zum 20. Jahrhundert, als Hypnose in Form der Suggestionstheorie der ersten Schule von Nancy (Bernheim 1888) ihre therapeutischen Triumphe feierte, war dieses therapeutische Tertium jedoch verschwunden. Die Suggestionstheorie besagt ja, dass der Arzt durch seine therapeutischen Suggestionen heilt, direkt und unmittelbar, nicht mehr über den Umweg eines wie auch immer gedachten Tertiums. Dieser explizite Verzicht auf ein metaphysisches Tertium ist natürlich auch der Tribut an den seit Mitte des 18. Jahrhunderts gerade in der Psychiatrie aufkommenden wissenschaftlichen Rationalismus. Das fehlende therapeutische Tertium – oder die anmaßende Meinung, dass man seelische Krankheiten direkt heilen könne – bekam der Hypnose offenbar schlecht. In der Folgezeit, nach 1900, war sie weitgehend von der therapeutischen Bühne verschwunden (Abb. 5.3).

Interessanterweise entdeckte gerade in jener Zeit, als die Hypnose es aufgegeben hatte, die Psychoanalyse dieses Tertium wieder in Form einer **interpersonalen** Gestalt, und das ausgerechnet im Zusammenhang eines Ereignisses, das Freud bewogen hatte, die Hypnose aufzugeben. Die Geschichte hierzu ist interessant genug, um etwas ausführlicher erzählt zu werden.



Abb. 5.3. Fehlen eines therapeutischen Tertiums. Suggestionstheorie Ende des 19. Jahrhunderts. (Peter 2000d)

Leon Chertok, der 1991 verstorbene französische Hypnoanalytiker, hat in einem Vortrag vor der American Psychoanalytic Association 1968 den Versuch einer ganz eigenen Deutung von Sigmund Freuds »Entdeckung der Übertragung« gemacht (Chertok 1968): Freud wird von einer seiner Patientinnen nach deren Aufwachen aus der Hypnose umarmt und »war nüchtern genug, diesen Zufall nicht auf die Rechnung [seiner] persönlichen Unwiderstehlichkeit zu setzen« (Freud 1925, S. 138). Freud hat begriffen, dass nicht er persönlich gemeint war, sondern seine Patientin affektive Anteile auf ihn übertrug, die nicht ihm, Freud, sondern einer anderen »dritten Person« galten.

Der Kern der Übertragung, die libidinöse Objektbesetzung, war damit gefunden und theoretisch positioniert. Nach Freud findet sie sich in jeder Suggestion wieder, weshalb Psychoanalytiker sich immer gewahr sein müssen, «daß wir in unserer Technik die Hypnose nur aufgegeben haben, um die Suggestion in der Gestalt der Übertragung wiederzuentdecken« (Freud 1916–17, S. 464). Die damit behauptete Abhängigkeit der »‚suggestibilité' von der Sexualität« möchte ich hier aber nicht weiter diskutieren – nachgerade alle frühen psychoanalytischen Arbeiten über Hypnose drehen sich mehr oder weniger darum (Kinzel 1993).

Chertok machte sich nun daran, die bekannten historischen Fakten so zusammenzufügen, dass es ihm möglich ist zu zeigen, dass sich Freud in seiner Interpretation dieses delikaten therapeutischen Zwischenfalls geirrt haben könnte, und dass es gerade dieser interpretatorische Irrtum war, der zu einer der produktivsten Entdeckungen Freuds geführt hat: Es könnte nämlich in Wirklichkeit durchaus so gewesen sein, so Chertok, dass Freuds Patientin, erotisch stimuliert oder sexuell erregt, in ihrer Umarmung Freud doch ganz persönlich gemeint hat – und eben nicht eine imaginäre dritte Person aus ihrer Vergangenheit, dass sie also nichts »übertragen« sondern ganz aktuell empfunden hat. Schließlich gibt es kein Kriterium, mit dem man »echte Liebe« von »Übertragungsliebe« unterscheiden kann, außer dem des Kontextes, in welchem das stattfindet. Mithilfe des Konstruktes der Übertragung konnte Freud die emotionalen Bedürfnisse seiner Patientinnen auf eine imaginäre **dritte Figur aus deren biografischer Vergangenheit** umlenkten. Damit konnte er diese Bedürfnisse annehmen und sich gleichzeitig von ihnen distanzieren, ohne dass ihm das als Zurückweisung hätte ausgelegt werden können (Abb. 5.4).

Mit dem Konstrukt der Übertragung aber, so Chertok weiter, habe sich Freud definitiv und erfolgreich davor schützen können, das ärztliche Abstinenzgebot zu verletzen. Die Notwendigkeit für diesen Schutz wiederum hatte einen ganz einfachen, pragmatischen Grund. Zu dieser Zeit wusste er vermutlich schon, unter welchen Umständen sein väterlicher Freund Joseph Breuer die Behandlung von Hysterikerinnen und – wichtiger noch – die Behandlung mit Hypnose generell aufgegeben hatte: Breuer war es offensichtlich nicht gelungen, die Affekte seiner berühmten Patientin Anna O.

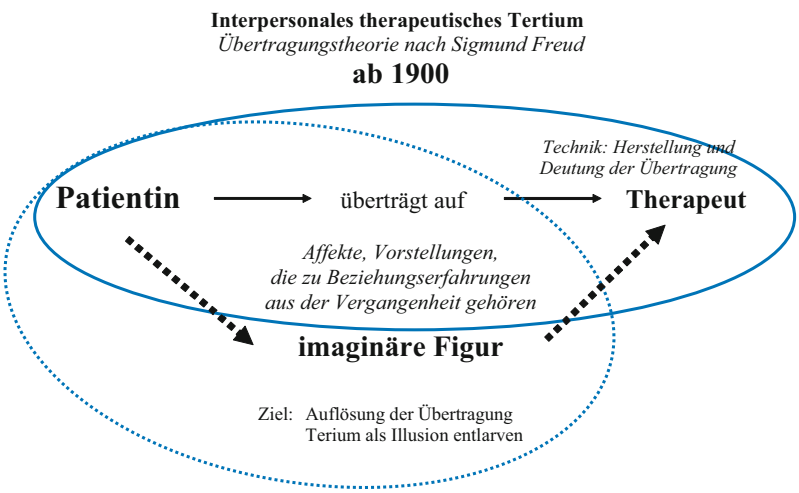


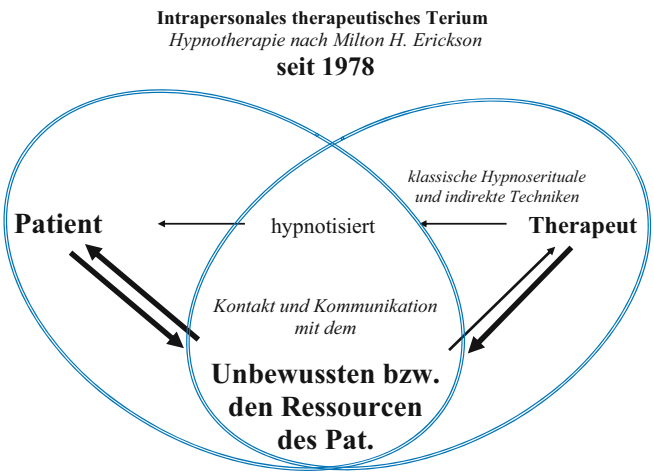
Abb. 5.4. Interpersonales therapeutisches Tertium. Übertragungstheorie nach Sigmund Freud ab 1900. (Peter 2000d)

ihm gegenüber, seine eigenen Gefühle ihr gegenüber und die Eifersucht seiner Frau zu kontrollieren, geschweige denn theoretisch einzuordnen und zu verstehen. Er brach im Juni 1882 die Behandlung der Anna O. ab. Diese reagierte mit den Symptomen einer hysterischen Schwangerschaft und Breuer konnte sie nur mit Mühe nochmals durch Hypnose beruhigen und in eine Klinik einweisen, bevor er fluchtartig mit seiner Frau nach Venedig zu einer Art zweiter Hochzeitsreise aufbrach. Martha, Freuds damalige Verlobte und spätere Frau, brachte in Briefen ihre Hoffnung zum Ausdruck, dass ihr nie etwas Ähnliches passieren möge wie Breuers Frau (Jones 1962, S. 267 f.).

Machen wir uns für einen Moment bewusst, dass es sich bei dem Begriff »Übertragung« nicht um einen nominalisierten Tätigkeitsbegriff handelt, sondern um die metapsychologische Definition eines angenommenen innerpsychischen Prozesses, der sich innerhalb einer therapeutischen Interaktion mit spezieller Beziehungsdynamik entwickelt. Wir haben es hier also mit einem theoretischen Konstrukt zu tun – dem **therapeutischen Tertium in interpersonaler Form** –, das Freud ganz pragmatisch gute Dienste leistete.

Das ist eine sehr profane Erklärung für eines der Schlüsselkonzepte der Psychoanalyse. Freud hat dem ursprünglich aus reiner Not geborenen Begriff der Übertragung eine besondere, theoretisch stimmige und gleichzeitig phänomenologisch anschauliche Bedeutung gegeben. Mit dem Konstrukt der Übertragung hatte er doch in pragmatischer Hinsicht ein sehr potentes Instrument in Händen, solche und ähnliche Verwicklungen, wie mit seiner Patientin nach der Hypnose und wie die zwischen Breuer und Anna O. abzuwehren und sich damit erfolgreich zu schützen (Szasz 1963). Mithilfe des Konstruktes der Übertragung konnte er die emotionalen Bedürfnisse seiner Patientinnen auf eine imaginäre **dritte Figur** umlenkte. Das hatte den großen Vorteil, dass er diese Bedürfnisse damit ernst- und annehmen konnte, sich gleichzeitig aber auch von ihnen zu distanzieren vermochte, ohne dass ihm dies als Zurückweisung hätte ausgelegt werden können (Chertok 1968, S. 566). Und natürlich ergab sich so auch genügend Material für den therapeutischen Prozess. Mit der späteren Verbannung der Hypnose insgesamt, so könnte man weiter vermuten, schützte er sich noch nachhaltiger.

Das therapeutische Tertium ist im Zusammenhang dieses Buchs deshalb interessant, als seine jüngste Wiedereinführung im Kontext der Hypnose zeitlich genau mit der Renaissance der Hypnose in ihrer modernen Form ca. 1978 zusammenfällt: Der amerikanische Vater der heutigen Hypnotherapie, Milton H. Erickson, führte als zeitgemäße, **intrapersonale** Form dieses Tertiums das **Unbewusste** ein, verstanden als weise, kluge, wissende und wohlwollende Instanz innerhalb der Person, die zuweilen auch deren vermeintliche Fähigkeiten und Möglichkeiten überschreitet und so Ähnlichkeiten mit dem transpersonalen Tertium der Romantik aufweist (◘ Abb. 5.5). Romantischer Somnambulismus



◘ **Abb. 5.5.** Intrapersonales therapeutisches Tertium. Hypnotherapie nach Erickson (seit 1978). Das **Unbewusste** als weise, kluge, wissende und wohlwollende Instanz bzw. die unbewussten Ressourcen eines Patienten. (Peter 2000d)

und Erickson'sche Hypnotherapie zeigen ohnehin einige Ähnlichkeiten (Peter 1998a).

Bisweilen taucht die Frage auf, ob es denn dieses »Unbewusste« nach der Definition Ericksons nicht doch wirklich gebe. Es sollte klar geworden sein, dass es sich in dieser Konzeption um eine gedachte Figur handelt, um ein Konstrukt also, das in der therapeutischen Situation kreiert wird, um mit dem misslichen Umstand fertig zu werden, dass man auf unwillkürliche, neurotische oder psychosomatische Symptome keine direkte, willkürliche Kontrolle ausüben kann, es in Hypnose dann aber doch immer wieder schafft.

5.2 Die Bedeutung hypnotischer Rituale

Alle menschlichen Konstrukte haben die Eigenschaft, dass sie für die Beteiligten dann Wirklichkeit werden, wenn sie brauchbar sind und wenn damit gearbeitet werden kann. Die Prinzipien zur Konstruktion von Wirklichkeit wurden im ▶ Kap. 2 »Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit« ausführlich erläutert. In der Hypnotherapie hat es manchmal den Anschein, als ob Therapeut und Patient vom Unbewussten als von etwas Wirklichem sprechen, wie von einer Person oder einer Instanz – für Gaßner und seine gläubigen Kranken waren die Teufel schließlich auch wirklich, so wie für Mesmer die fluidale Kraft des animalischen Magnetismus. Und wenn man in der modernen Hypnotherapie im Sinne Ericksons vom Unbewussten als Repräsentation von Ressourcen eines Patienten spricht, so ist damit tatsächlich auch etwas durchaus Faktisches gemeint, nämlich die in Form von neuronalen Erinnerungsspuren niedergelegten psychischen und physischen Fähigkeiten, die es gilt, zur aktuellen Problembewältigung zu reaktivieren (Revenstorf 1994a).

Um das Unbewusste – sei es nun eine soziale Konstruktion oder etwas Reales – Wirklichkeit werden zu lassen, führt man in der Regel spezielle Rituale durch. Rituale sind traditionell vorgegebene Handlungssequenzen, die in komplexen, uneindeutigen oder mehrdeutigen sozialen Situationen eine handlungsleitende und stabilisierende Funktion haben.

Die passenden Rituale zur Konstruktion des therapeutischen Tertiums sind die klassischen hypnotischen Techniken und die sich hieraus entwickelnden hypnotischen Phänomene (▶ Kap. 13). Auch in Bezug auf die Konstruktion eines therapeutischen Tertiums erscheint es also wichtig, mithilfe hypnotischer Rituale explizit eine Trance zu induzieren.

5.3 Die Funktion des therapeutischen Tertiums

Wenn es nun offenkundig ist, dass das therapeutische Tertium in der Psychotherapie immer wieder eine signifikante Rolle spielte, so macht es Sinn, nach seiner Funktion zu fragen. Hierzu einige Überlegungen:

5.3.1 Kontrollerwartung

In der Erickson'schen Metapher des Unbewussten ist die Externalisierung der Kontrollerwartung ganz explizit rückgängig gemacht (Abb. 5.6). Durch die Kommunikation mit dem Unbewussten des Patienten ist sie diesem wieder zurückgegeben; es ist nicht der Therapeut, der heilt, son-

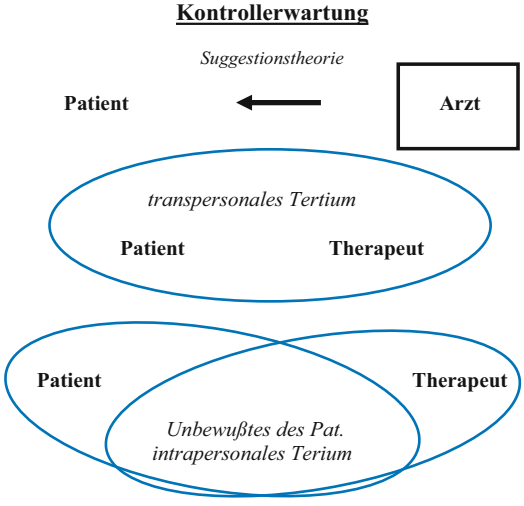


Abb. 5.6. Kontrollerwartung. In der Erickson'schen Metapher des Unbewussten ist die Externalisierung der Kontrollerwartung ganz explizit rückgängig gemacht. (Peter 2000d)

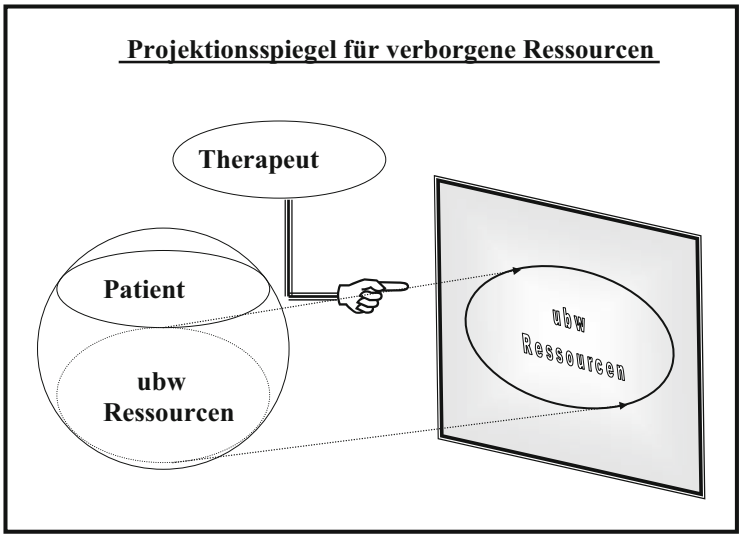


Abb. 5.7. Therapeutische Tertium als Projektionsfläche für unbewusste Ressourcen. (Peter 2000d)

dern das Unbewusste des Patienten. Die Definition des Unbewussten als des eigentlichen Subjekts der Hilfe schafft die Reinternalisierung der Kontrolle. Damit ist auch das Problem der in Hypnose zuweilen erlebten – oder ihr vorgeworfenen – Fremdkontrolle gelöst: Es ist keine externe Macht, auch nicht die des Hypnotiseurs, welche Heilung bewirkt, sondern es sind die unbewussten Ressourcen des Patienten, die zur Heilung aktiviert werden (▶ Kap. 13).

5.3.2 Projektionsfläche für verborgene Ressourcen

Aus einer anderen Perspektive führt das zum Begriff »Ressourcenorientierung«, der aus der Erickson'schen Hypnotherapie stammt und heute Gemeingut fast jeder modernen Psychotherapie ist. Gemeint ist, dass der Patient lernt, seine Stärken zu erkennen, sich mit ihnen zu identifizieren und sie zur Lösung seiner Probleme einzusetzen. Von einem hilflosen Subjekt bar jeglicher Kontrolle über seine Symptome kann man aber schwerlich verlangen, dass es sich seiner Ressourcen bewusst wird und sich mit ihnen identifiziert. Das therapeutische Tertium – gleich welcher Spielart – bietet eine ideale Projektionsfläche für diese Ressourcenanteile, die nun genutzt werden können, da sie – in Form des Unbewussten im Sinne Ericksons – genügend dissoziiert sind, um nicht gleich als bedrohlich empfunden zu werden und so ein fest gefügtes Selbstbild nicht von vorneherein in Frage zu stellen (Abb. 5.7).

5.3.3 Kommunikation und Kontakt

Das Problem in jeder Therapie ist, einen Weg zu finden, um Kontakt und Kommunikation zu jenen seelischen Phänomenen aufzubauen, welche als unwillkürlich erlebt werden, als nicht mehr kommunikabel und deshalb unkontrollierbar. Das therapeutische Tertium bietet sich an, das Unkommunizierbare zu kommunizieren, den Kontakt zwischen bewusst und unbewusst, zwischen Willkürlichkeit und Unwillkürlichkeit wieder herzustellen, den Graben zu überbrücken, d. h. psychopathologische Symptome mithilfe hypnotischer Rituale in normale psychische Phänomene zurückzuführen (Abb. 5.8; ▶ Kap. 3).

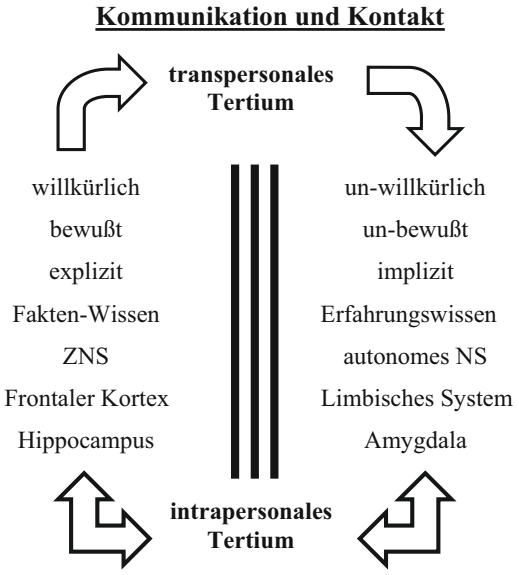


Abb. 5.8. Kommunikation und Kontakt. Mithilfe des therapeutischen Tertiums wird das Unkommunizierbare kommunizierbar gemacht, psychopathologische Symptome werden in normale psychische Phänomene zurückgeführt. (Peter 2000d)

6

Ressourcen- und Zielorientierung

Wilhelm Gerl

6.1 Ressourcenorientierung – 79
6.1.1 Zum Begriff der Ressource – 79
6.1.2 Ressource und Problemlösung – 79
6.1.3 Hypnotische Trance: ein ressourcenhafter und ressourcenfördernder Zustand – 80
6.1.4 Therapeutischer Rapport und das Unbewusste als »Dritter im Bunde« – 80
6.1.5 Die drei Fragen der Ressourcenorientierung – 80
6.1.6 Ressourcen und der Zeitaspekt – 81

6.2 Zukunfts- und Zielorientierung – 81
6.2.1 Zukunftsorientierung – 81
6.2.2 Zielorientierung – 82
6.2.3 Unterscheidung von Ziel und Ergebnis – 82
6.2.4 Der spezifische Ressourcencharakter des Zieles und des Ergebnisses – 82
6.2.5 Zieldefinition – 83
6.2.6 Ergebnisimagination – 83

Besser ist es, ein Licht anzuzünden, als auf die Dunkelheit zu schimpfen. (China)

Wende Dein Gesicht der Sonne zu, dann fallen die Schatten hinter Dich. (Afrika)

Ressourcenorientierung und Zielorientierung sind vielfach miteinander verknüpft und streckenweise identisch. Zum Zwecke der Klarheit müssen sie getrennt beschrieben werden.

6.1 Ressourcenorientierung

6.1.1 Zum Begriff der Ressource

Der Begriff Ressource (»source« = Quelle) wird im Sinne von Hilfsmittel, Fähigkeit und Fertigkeit (Kompetenz) gebraucht. Ressourcen werden betrachtet als dem Menschen bzw. dem Patienten-System innewohnend und/oder in der Interaktion mit seiner Umwelt aktualisierbar. Hierbei ist zu beachten: **Fähigkeiten** werden nicht gelernt und auch nicht anderweitig erworben (man hat sie – oder nicht). Sie gehören zur natürlichen Ausstattung, können aber verdeckt sein und deshalb entdeckt werden. Oder sie sind nur rudimentär vorhanden und müssen erst noch (altersgemäß) entwickelt werden.

In welchem Ausmaß aber Fähigkeiten bereits realisiert wurden, zeigt sich meist in entsprechenden **Fertigkeiten**, in denen sie konkret Ausdruck finden. Fertigkeiten können erlernt und durch neue ergänzt werden.

6.1.2 Ressource und Problemlösung

In ressourcenorientierten Ansätzen wird davon ausgegangen, dass die Ressourcen, die benötigt werden, um ein »Problem zweiter Ordnung« zu lösen, dem betreffenden Individuum oder sozialen System zwar generell zur Verfügung stehen. Im Problemkontext aber verfügt der Patient nicht über diese Ressourcen. Häufig auch werden vorhandene Ressourcen im Rahmen einer inadäquaten Strategie verbraucht.

Die Hypnotherapie ist primär auf **Ziele** und **Potenziale** der Person ausgerichtet. Betont werden die im Individuum und in seiner Umwelt bereits gegebenen **Möglichkeiten**. Das hebt die Hypnotherapie ab von defizitorientierten Krankheitsmodellen und Sichtweisen, bei denen der Patient eine Abwertung erfährt, wenn ihm selbstorganisatorische Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit abgesprochen werden.

Ein wesentlicher Aspekt der Ressourcenorientierung ist, dass im **Symptom** – also im Erleben und Verhalten, das vom Ich abgespalten, geleugnet, abgelehnt und verworfen wird – eine mehr oder weniger komplexe Anpassungsleistung (Akkommodation und Assimilation) gesehen wird. Eine solche Leistung des Individuums und seines Organismus setzt Kompetenzen voraus. Diese sollten in der Therapie berücksichtigt und genutzt werden (▶ Kap. 19, vgl. den Fall des Patienten mit dem Wahn, »Jesus« zu sein). Entsprechendes gilt für den Indexpatienten einer Familie oder die »Problemfälle« in Teams und Bevölkerungsgruppen.

> Durch Utilisation und Reframing von Symptomen oder ‚Widerständen', die als vollgültige Ausdrucksweisen und als Orientierungshilfen zu würdigen sind, können aus Begrenzungen persönliche Ressourcen werden (Gerl 1993, S. 200).

Denn: »Psychopathologische Symptome verlieren ihren Symptomcharakter, wenn es gelingt, eine funktionierende Kommunikation zu ihnen aufzubauen.« Sie sind gewissermaßen »bestimmte, aus dem Kommunikationsraum herausgefallene (hypnotische) Phänomene, die ein Eigenleben führen (zit. nach Peter in ▶ Kap. 3).

Der Mensch verfügt in der Regel über die Möglichkeiten, die für die Lösung seines Problems erforderlich sind. Symptome sind komplexe Anpassungsleistungen und Lösungsversuche. Sie sind zwar kurzschlüssig (selbstrückbezüglich), können aber als Orientierungshilfen und Motivationskräfte genutzt werden.

6.1.3 Hypnotische Trance: ein ressourcenhafter und ressourcenfördernder Zustand

Die alltägliche klinische Erfahrung von Hypnotherapeuten zeigt, dass therapeutische Veränderungen in hypnotischer Trance häufig schneller und einfacher vonstattengehen als ohne Trance (Woitowitz et al. 1999). Man kann das dahin gehend erklären, dass hypnotische Trance ein ressourcenhafter und ressourcenfördernder Zustand ist.

Im Trancezustand haben wir einen direkteren und erweiterten Zugang zu Bildern und Gefühlen. Es kann dann mit erinnerten und mit neu hinzukommenden Erfahrungen freier umgegangen und kreativer gearbeitet werden. Sie sind leichter verfügbar, neu verknüpfbar und flexibler gestaltbar. So kann mit den eigenen natürlichen Kräften des Patienten gearbeitet werden; und indem sie zusammenwirken, entstehen zusätzliche Effekte (Synergien). Die Ergebnisse dieser Erfahrungen führen dann zur **Neueinschätzung** von Erlebnis- und Verhaltensweisen, zu **stimmigeren** Beziehungen und zum **gezielteren** Handeln in der Situation draußen. (Gerl 1998, S. 29).

Diese klinische Erfahrung lässt sich auch psychophysiologisch belegen; Crawford (1989) kommt nach entsprechenden Untersuchungen zu dem Schluss, dass Hypnose mit kognitiver und psychophysiologischer Flexibilität korreliert.

6.1.4 Therapeutischer Rapport und das Unbewusste als »Dritter im Bunde«

In der hypnotischen Trance lernt der Patient letztlich, eine persönliche **Beziehung** zu »seinem Unbewussten« aufzunehmen – und damit zu sich selbst. Denn dieses »therapeutische Tertium« (Peter 2000a) erlaubt, nichtintegrierte Erlebens- und Verhaltensweisen (Symptome) so zuzuordnen, dass sie zu einem Selbst gehören. Das Nichtintegrierte muss nicht weiter abgespalten werden, sondern erhält – über das Konstrukt des »Unbewussten« – im **Selbst**konzept der Person Platz. Es kann im **Erleben** assoziiert werden. Damit existiert ein kognitiver Kontext für die Kommunikation mit dem Symptom und mit dem Persönlichkeitsteil, der für das Symptom sorgt (▶ Kap. 19). Auf diese Weise erfolgt eine **Reinternalisierung** der zuvor im Symptom abgespaltenen Fähigkeiten bzw. Ressourcen.

Das Unbewusste wird in dieser Kommunikation als Motor und Organisator sowohl des Symptoms als auch der Lernprozesse und Ressourcen angesprochen. Welche Vorstellung von ihm, welche Metapher benutzt wird, ist individuell verschieden (»intuitives Wissen«, »Weisheit des Organismus«, »emotionale Intelligenz«, »Stimme des Herzens« etc.). Je **personaler** das Unbewusste erscheint, z. B. als ein »innerer Weiser«, um so leichter und sinniger kann mit ihm kommuniziert werden.

Die wesentlichen Ressourcen und Lösungsschritte kommen also weder vom Patienten-Ich noch vom Therapeuten-Ich, sondern vom »Dritten im Bunde« (Gerl 1998), dem Unbewussten im Selbst des Patienten. Der Patient ist dabei »weiter, als er denkt«. In dieser neuen Beziehung zu sich selbst kann er neue Erfahrungen machen. Ihm kommen Einfälle und Erfahrungen zu Hilfe, die er übersehen, vergessen oder als Hilfsquellen völlig außer Acht gelassen hat. In Trance darf er lernen wie ein Kind und handeln wie ein Erwachsener; er kann eine Geschichte endlich abschließen und hinter sich lassen. Deutlich und klar kann er Zukünftiges imaginieren und aus einer Vision die Kraft schöpfen, die er braucht, um sie zu verwirklichen.

Wenn sich zwischen Therapeut und Patient ein tragfähiger **hypnotischer Rapport** entwickelt, kann diese Idee vom Unbewussten reifen und ihre Früchte tragen. Deshalb ist es wichtig, für die Hypnose – aber auch für die anderen ressourcenorientierten Therapieansätze – eine zwischenmenschliche Beziehung zu gestalten, in der sich diese Kommunikation tatsächlich entwickeln kann.

Der hypnotherapeutische Rapport und die Erfahrung der Trance potenzieren die Ressourcen des Patienten.

6.1.5 Die drei Fragen der Ressourcenorientierung

1. **Wofür werden die Ressourcen benötigt?** Die Frage nach Ressourcen setzt eine Zielorientierung voraus: Was soll erreicht werden? Für welches Ziel oder Zwischenziel benötigen wir

mehr Ressourcen? Es gibt keine Ressource per se. Das Ziel der Therapie definiert, was als Ressource gilt. Prinzipiell kann alles Ressource sein – wenn es zur Zielerreichung taugt.

2. **Worin bestehen die betreffenden Ressourcen?** Anhand des definierten Ziels lässt sich bestimmen: **Was genau wird benötigt?** Was kennzeichnet die spezifische Ressource? Ist es eine verbale Information oder eine Erfahrung? Welches hieraus resultierende Wissen hilft der Person weiter? Welches Handeln führt zum Ziel?
3. **Woher bekommen wir die nötigen Ressourcen?** Von wem kommt die hilfreiche Information, die stimulierende Herausforderung, die direkte Unterstützung? Wann und wo kann die erforderliche Lernerfahrung gemacht werden? Geschieht sie innerhalb des Patienten oder durch seinen Kontakt mit Dingen oder Personen draußen oder durch das Handeln in entsprechenden Situationen? Wohin müsste der Patient gehen? Mit wem sollte er zusammenkommen, um die notwendige Erfahrung zu machen?

6.1.6 Ressourcen und der Zeitaspekt

Gab es die benötigten Erlebensweisen und Erfahrungen bereits früher einmal, in der **Vergangenheit**, und sollen sie in die Gegenwart übertragen werden? Genügt dafür Zeit zum Erinnern, oder ist eine Altersregression angezeigt?

Ist die Ressource in der **Gegenwart** auffindbar, hier zu aktivieren und weiter zu entwickeln? Geschieht das im aktiven Handeln oder in der Reflexion oder besser in hypnotischer Trance? Ist für dieses Lernen eine personale Beziehung (Rapport) erforderlich? Ist Selbstentdeckung (»*Zu mir gehört auch das!*«) und Selbsterkenntnis (»*Heute bin ich so, auch wenn das früher einmal anders war*«) notwendig?

Ist eine Ressource leichter erfassbar, wenn die Person sich in die **Zukunft** versetzt, in eine Zeit, in der sie den Berg, den sie momentan noch vor sich sieht, hinter sich gelassen haben wird? Ist eine hypnotische **Zukunftsimagination** angezeigt?

Schritte der Ressourcenarbeit

Die Ressourcenarbeit besteht darin, geeignete Ressourcen

1. zu identifizieren und zu aktualisieren,
2. zu entwickeln (in vivo und in imago) und der Aufgabe anzupassen,
3. mit anderen Ressourcen abzustimmen und zu »bündeln«,
4. zielgerecht zu organisieren und mit der Bedarfssituation zu verknüpfen.

6.2 Zukunfts- und Zielorientierung

Das sprachbegriffliche Denken ermöglicht uns, Wirklichkeiten zu entwickeln. Wir bringen dabei etwas potenziell Zukünftiges in das gegenwärtige Erleben. Zunächst sind das Fiktionen, die aber zu konkreten Schritten führen, dabei weitergehende Wirkungen entfalten und schließlich handfeste Fakten schaffen. Das gilt für konstruktive Entwicklungen wie auch für problematische.

6.2.1 Zukunftsorientierung

In Therapie und Beratung sollten realistische und befriedigende Antworten auf die Frage gefunden werden, wie eine Person, Familie oder ein Paar morgen besser leben kann. Es geht dabei um die absehbare und die entferntere Zukunft. Auch die individuelle Vorstellung eines Rückblickes am Lebensabend oder einer Stunde der Rechtfertigung nach dem Tod kann in dieser Zeitorientierung bereits jetzt von Bedeutung sein. Die Zukunft spielt also, mehr oder weniger bewusst, eine entscheidende Rolle für die geistige Orientierung. Gerade in Krisensituationen, wenn sich die Frage nach dem Sinn des bisherigen Handelns stellt, ist die Beachtung der Zukunft unerlässlich. Es muss neu beantwortet werden, welche Richtung für die Person stimmt und welche Ziele ihr heute gemäß sind.

Ein Mensch wird nur unvollständig beschrieben, wenn man lediglich das wahrnimmt und gelten lässt, was er bisher gezeigt hat. Tatsächlich ist

jeder auch ein **Werdender**. Seine Fähigkeit, aktiv zu wollen und zu entscheiden, bezieht sich auf Zukünftiges. Wir haben immer auch den möglichen Menschen vor uns, der weiter lernt und sich verändert.

6.2.2 Zielorientierung

Unter **ökonomischen** Gesichtspunkten betrachtet ist die Zielorientierung unerlässlich für pragmatisch-wirkungsvolles Handeln. Nur wenn das Ziel **spezifiziert** wurde, können wir unterscheiden, was zu ihm führt und was von ihm weglenkt. Erst dann können wir zielführende Schritte und Wege auswählen und die benötigten Ressourcen bestimmen. Auch um zu wissen, wann die therapeutische oder beraterische Arbeit beendet werden kann, benötigen wir **konkret** definierte Ziele. Sie ermöglichen eine stringente Verhaltensorganisation und den ökonomischen Einsatz der Mittel.

Ziele bestimmen auch die therapeutische Zusammenarbeit. Wenn Patient und Therapeut bezüglich des Ziels ausdrücklich übereinstimmen, ist das ein **Kontrakt**, auf den man sich verlassen und nötigenfalls auch berufen kann. Ohne Ziel gäbe es kein Einvernehmen bezüglich der Richtung der Therapie und kein Kriterium dafür, ob diese Richtung auch eingehalten wird. Vereinbarte Ziele **legitimieren** die therapeutischen Interventionen und erlauben, den Patienten damit zu **konfrontieren**, wenn er sich nicht zielgerichtet, sondern im alten Muster verhält. Anhand des Ziels erkennen wir, wie weit der Prozess bereits gediehen ist und wann an das Therapieende zu denken ist.

Zukunftsorientierung hilft, die Zukunft als Raum des Möglichen mit der Gegenwart zu verbinden. Somit können Möglichkeiten schon jetzt als Ressourcen wirken. Ressourcen können pragmatisch ausgewählt und zielführend organisiert werden, sobald ein Ziel spezifisch und konkret definiert wurde.

6.2.3 Unterscheidung von Ziel und Ergebnis

Vielfach werden die Begriffe **Ziel** und **Ergebnis** synonym verwendet, als seien sie austauschbar. Besser ist ihre Abgrenzung und spezifische Verwendung. Das **Ziel** wird als ein Faktum formuliert mit Daten, die sinnlich überprüfbar sind. Es ist etwas eher Punktuelles, das man gleich wieder hinter sich lässt – wie eine Ziellinie, die erreicht werden musste. **Ergebnis** hingegen meint dasjenige, das sich durch die Zielerreichung ergibt. Hier dominiert das Erleben in der Zeit, der Ergebniszustand. Das Ergebnis wird vermittelt durch das Ziel. Das Erreichen des Zieles ist die **Bedingung** für das Eintreten des Ergebniszustandes. Die **imaginative** Vorwegnahme der Zielerreichung ermöglicht, im Vorgriff den Ergebniszustand zu induzieren und als Ressource zu nutzen.

6.2.4 Der spezifische Ressourcencharakter des Zieles und des Ergebnisses

Das Ziel richtet das Verhalten aus, hilft Ressourcen zu bestimmen und löst motivierende Phantasien aus. Der antizipierte Ergebniszustand hingegen fördert die länger anhaltende Motivation für zielführendes Verhalten. Er komplettiert sie, indem er zur **Weg-von-Motivation** die positiv ausrichtende **Hin-zu-Motivation** schafft. Dabei wird das **teleologische Prinzip** wirksam: Nicht Vergangenes, sondern Zukünftiges wird hier zur Ursache für das gegenwärtige Handeln. Durch das Hineinversetzen in den Ergebniszustand entwickeln wir das Ziel zu einem neuen Attraktor (von lat. »attrahere« = anziehen). Das attraktive Ziel ist buchstäblich anziehend: Es stimuliert eine schon jetzt spürbare, bessere Befindlichkeit und verspricht bessere Chancen für die Zukunft.

Der Ergebniszustand ermöglicht auch eine **Vorwegüberprüfung** des Ziels:

- *»Gibt mir seine Erreichung wirklich das, was ich anstrebe?«*

Mit seiner Hilfe können wir den sog. **Ökologiecheck** durchführen:

- *»Sind alle Persönlichkeitsteile in mir einverstanden, dass ich dieses Ziel in dieser Weise anstrebe?«*

Die Überprüfungen sollen sicherstellen, dass das neue Handeln für die innere Balance förderlich ist, dass seine Auswirkungen auf das Umfeld in Ordnung und die zu erwartenden Reaktionen tolerierbar sind.

6.2.5 Zieldefinition

»Wer den Hafen nicht kennt, für den weht kein Wind aus der richtigen Richtung.« Die Präzision des zielführenden Handelns ist abhängig von der präzisen Definition des Ziels. Diese muss erarbeitet werden, denn Patienten halten zunächst an Zielformulierungen fest, die meist vage, übergeneralisierend und von Negationen durchsetzt sind *(»Ich will nicht immer so selbstunsicher sein«)*. Hier ist es nötig, präzisierend nachzufragen *(»Was wollen Sie stattdessen? Was genau? Wie, in welcher Weise? Wie häufig? Wann – wo – mit wem?«)*. Parallel zur Definition des Ziels erfolgt eine Einschätzung, ob es vom Patienten, mit seiner Ausstattung und Lernfähigkeit, seinem Alter und Entwicklungsstand in seinem sozioökonomischen Kontext erreichbar ist – überhaupt und mit eigenen Anstrengungen und Hilfsquellen. Die korrekt formulierte Zieldefinition entspricht folgenden Kriterien:

- **Positive Formulierung.** Dasjenige wird hervorgehoben, das definitiv gemeint ist *(»Was wollen Sie verändern und erreichen?«)* und erlebt werden soll *(»Woran werden Sie erkennen, dass das Problem gelöst ist?«)*. Sprachliche Negationen in der Patientenformulierung (nicht, nie, kein) und alle Wörter, welche die Silbe »un« beinhalten (unbeherrscht, ungeduldig, unfähig) sind zu ersetzen durch positive Bestimmungen. Dazu fragen wir, manchmal beharrlich, nach: *»Was wollen Sie stattdessen?«*, *»Was ist anders (was machen Sie anders), oder woran erkennen Sie es, wenn das Problem gelöst ist?«*
- **Spezifische Formulierung.** Mit spezifizierenden Fragewörtern: *»Wann, wo, wie viel, wie oft, wie schnell, mit wem, wie … (tun/erleben Sie dann das soeben positiv Definierte)?« »Worin genau besteht dieses Ziel? Was spezifisch zeigt Ihnen an, dass Sie sich ihm nähern?«*
- **Konkrete Formulierung.** Das heißt, sinnlich spezifiziert: *»Was sehen, was hören, was spüren (auch: riechen und schmecken) Sie, wenn Sie dieses Ziel erreicht haben?« »Woran konkret erkennen Sie das?«*
- **Formulierung in Prozesswörtern.** An die Stelle von Abstraktionen (substantivierten Verben wie »Selbstsicherheit«, »Anerkennung«, »Liebe«) tritt dabei eine Beschreibung der Erfahrung. Hierzu kann nach Beispielen gefragt werden*: »Was verstehen Sie unter ‚Selbstsicherheit'? Wo haben sie das schon einmal erlebt? In dieser Situation: Was beachten Sie da? Was sagen Sie zu sich? Wie ist Ihre Haltung? Was konkret tun Sie? Und was tun die anderen?«*
- **Formulierung im Präsens.** Beispiel: *»Was erleben Sie da?« »Wie erleben Sie sich da, in dem Moment, wo Ihnen das gelingt (in der Imagination und damit auch jetzt)?«*

Das Wort »da« fungiert hier als Brücke zwischen Zukunft und Gegenwart.

6.2.6 Ergebnisimagination

Um die Zielerreichung schon vorweg als motivierendes Erlebnis nutzen zu können, genügt es nicht, bloß an sie zu denken oder sie sich vorzustellen. Entsprechend dem Suggestionsprinzip vom **dominanten Effekt** setzen sich diejenige Suggestion und dasjenige Erleben durch, die affektiv am stärksten besetzt sind und in die man sinnlich am stärksten involviert ist. Die sinnliche **Imagination** wirkt tiefer, anhaltender und umfassender, als eine lediglich sprachliche Suggestion es vermöchte.

Der Patient geht bei der Ergebnisimagination »in die Situation hinein« und antizipiert den erzielten Zustand in seinen wesentlichen Erlebnisdimensionen. Mithilfe der Fragen des Therapeuten, die den Patienten an seinem konkreten Erleben orientieren, »halluziniert« er sich in den Ergebniszustand. Je mehr Sinnesmodalitäten beteiligt sind, umso ganzheitlicher und lebendiger ist die Erfahrung. Gestützt auf seinen »organismischen Wertungsprozess« (Rogers 1991) erkundet der Pati-

ent für sich passende, »Ich-syntone« Weisen des Erlebens und Handelns und stimmt sie mit seinen Bedürfnissen, seiner Identität und seiner Situation ab. Für diese »Selbstprogrammierung« können wir all das benutzen, was aus einem vorgestellten Erlebnisinhalt ein **evidentes Erlebnis** werden lässt. Dazu lassen wir den Patienten

- den **Kontext** der Zielerreichung (Ort, Zeit) detailliert beschreiben;
- alle **Sinnesmodi** einbeziehen (inneres Sehen, Hören, Spüren, Schmecken und Riechen) und auf jene Sinnesqualitäten (Submodalitäten) achten, die mit intensiverem Erleben korreliert sind;
- sein **emotionales Erleben** (die gefühlshafte Bedeutung des Erlebten) fokussieren;
- **soziale Bezüge** wahrnehmen und erleben, Beziehungsgeschehen erleben und neue Ideen dazu kommen lassen, geeignete Kommunikation entwickeln;
- in der Imagination **aktiv handeln** (Handlungsbezüge reaktivieren und neu gestalten; ► Kap. 2).

Ein definiertes Ziel ermöglicht zu bestimmen, welche Ressourcen erforderlich sind und welches Handeln zielführend sein dürfte (pragmatische Funktion des Ziels). Die erlebnisintensive Imagination des Ergebniszustandes hingegen hilft abzuklären, ob das Gesamtsystem das Ziel bejaht (Ökologie) und seine Erreichung nachhaltig unterstützen wird (motivationale und energetische Funktion des Ergebniszustandes).

Fallbeispiel

Ein 35-jähriger, in der Wirtschaft tätiger Akademiker, verheiratet, 1 Kind, kam auf Empfehlung seines Arztes wegen massiver Kopf- und Rückenschmerzen zur Psychotherapie. Die psychologische Exploration ergab eine depressiv-neurotische Entwicklung, der er durch Selbstdisziplin und Arbeitsamkeit zu begegnen versuchte, denn *»Es steht mir nicht zu, traurig zu sein«* – andererseits *»Wenn die Anerkennung fehlt, dann ist es bald zappenduster«*. Früher hatte er Frustration und Ärger abreagieren können, indem er sich im Leistungssport verausgabte. Jetzt wollte er nichts, als seine Schmerzen loswerden; andere Ziele zu bestimmen, wie z. B. sich über etwas zu freuen, vermied er, denn *»Ich brauche das eigentlich nicht«* und *»Nur wer etwas geleistet hat, darf Ansprüche stellen«*.

Sein zweites Problem war die angespannte Beziehung zu seiner Frau. Er argwöhnte, von ihr ausgenutzt zu werden (sie wollte ihre Berufstätigkeit aufgeben und kein zweites Kind mehr von ihm). Dies nun erwies sich als Ressource für die Einleitung des therapeutischen Wandels, denn hätte er seine Bescheidenheit aufrechterhalten, wäre er der Verlierer gewesen. Seine Frau bewirkte durch ihr Verhalten, dass er bereit wurde, diese Strategie aufzugeben und etwas Altersgemäßes zu tun. Er formulierte sein Ziel in der fünften Sitzung schließlich so: *»Ich habe eingesehen, dass ich Positionen vertreten muss«*. Sein Wunsch war nun, sich emotional ausdrücken zu können und »die Familie zu erhalten«. (Für den Patienten war die Scheidung seiner Eltern ein traumatisches Erlebnis gewesen, das ihm in Bezug auf seine eigene Ehe ein ängstlich-defensives »Bewahrenmüssen« nahe legte).

Als zweite Ressource ist die Beziehung zum Therapeuten zu betrachten, der altersmäßig fast der Vater des Patienten hätte sein können. Von diesem nun erlebte der Patient ein hohes Maß an persönlicher Wertschätzung und Anerkennung. Eine vom Therapeuten besprochene CD wurde vom Patienten zu Hause spontan zum Schmerzabbau eingesetzt. Diese Selbsthypnose trug gleichzeitig dazu bei, dass sich seine Trancefähigkeit verbesserte und der therapeutische Rapport sich vertiefte.

In der hypnotischen Arbeit wurden weitere Ressourcen aktiviert – in offiziellen Trancen, die anfangs, für den ehemaligen Leistungssportler passend, als »Trancetraining« deklariert wurden. Häufiger wurden unbewusste Suchprozesse und Reframings auch durch Metaphern angeregt, die auf den Patienten zugeschnitten waren. In diesen stellte der Therapeut Wissen zur Verfügung, das die Entwicklungsphasen und Reifungskrisen des Mannes und seiner ehelichen Beziehung beleuchtete. In der Folge berichtete der Patient von emotional bewegenden Träumen. Aus ihrer Bearbeitung ergaben sich für ihn konstruktive Möglichkeiten zur Bewältigung der aktuellen Krise. Die Träume führten auch dazu, dass er sich mit seinem »unheimlich negativen« Vater auseinandersetzte und mit seiner »bequemlichen« Mutter, die in mehrfacher Hinsicht »das Vertrauen des Kindes missbraucht« hatte.

Eine wesentliche Ressource war die Beziehung des Patienten zu seinem Kind. Die erschloss sich ihm aller-

dings erst, nachdem er in der Trance seinem »inneren Kinde« begegnet war. Hieraus entwickelte sich ein intensiv erlebter Selbstheilungsprozess. Der Patient kam in die Lage, für sich zu stehen, sich nacheinander von jedem Elternteil abzugrenzen und seine Ehefrau als Individuum und verschieden von seiner Mutter zu erkennen. Seine Befürchtungen lösten sich auf.
Auch im Verhältnis zu seinem Chef erlebte er sich nun lockerer und erwachsener. Er legte jetzt mehr Wert auf das Leben mit seiner Familie, genoss gemeinsame Urlaube und Freizeitsport mit seiner Frau.
Dauer der Therapie: 11 einstündige Sitzungen in monatlichem Abstand.

7

Utilisation

Bernhard Trenkle

7.1 Utilisation des Weltbildes – 87

7.2 Utilisation von früheren Lernerfahrungen – 88

7.3 Utilisation von Emotionen – 88

7.4 Utilisation von Hypnose und Trancephänomenen – 88

Utilisation – meist als »Nutzbarmachung« übersetzt – ist einer der Kernbegriffe der Erickson'schen-Hypnotherapie. Er beinhaltet, dass alle Eigenschaften oder auch Eigentümlichkeiten, die ein Patient mitbringt, als mögliche Ressource zur Erreichung therapeutischer Ziele genutzt werden können. Symptome werden nicht primär analysiert, diagnostiziert und »in die Akte geschrieben« sondern das Augenmerk gilt der Möglichkeit, deren Veränderungspotenziale zu entdecken. Auf den ersten Blick bizarr wirkende Symptomaspekte können so Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse werden.

Ich möchte im Folgenden auf 4 Aspekte der Utilisation eingehen:

- Utilisation des Weltbildes
- Utilisation von früheren Lernerfahrungen
- Utilisation von Emotionen
- Utilisation von Trancephänomenen

Das Utilisationsprinzip erschließt sich am besten durch Beispiele. Um den Grundgedanken zu illustrieren, werde ich mich deshalb – neben kurzen Erklärungen – auf Fallskizzen konzentrieren.

7.1 Utilisation des Weltbildes

Milton Erickson wird zu einem Mann in stationärer psychiatrischer Behandlung gerufen. Da sich dieser Mann für Jesus hält, beginnt Erickson das Gespräch mit der Frage: »Ich habe gehört, Sie haben gewisse Erfahrungen als Zimmermann?« Der Patient ist im Dilemma: Wenn er Jesus ist, also Sohn von Joseph, muss er natürlich gewisse Erfahrungen als Zimmermann haben. Also stimmt er zu. Daraufhin beauftragt ihn Erickson, ein Bücherregal für die Klinik zu bauen.

Das ist eine raffinierte Intervention: Wenn sich der Patient mit den Problemen der Herstellung eines Bücherregals befassen will, kann er nicht wie in der bisherigen Weise sein Wahnsystem pflegen. Er muss die Sinne nach außen orientieren, anstatt sich halluzinatorisch in andere Welten zu begeben. Seine übliche »Problemtrance« erfährt eine Musterunterbrechung. Gleichzeitig kann der Patient seine Idee, Jesus zu sein, erst einmal aufrechterhalten. Die Veränderung erfolgt innerhalb des Wahnsystems. Das Wahnsystem selbst wird für eine erste Veränderung genutzt. Milton Erickson hat durch eine Vielzahl ähnlich ungewöhnlicher therapeutischer Interventionen das Verständnis effizienter Hypno- und Psychotherapie verändert: Der Therapeut sucht nach Ressourcen, Stärken und bisher nicht erkannten Potenzialen des Patienten.

In unserem Jahrhundert gilt Erickson als Pionier des ressourcenorientierten Ansatzes. In alten Schriften finden sich jedoch durchaus vergleichbare Behandlungstechniken. So ist von dem berühmten persischen Arzt, Philosophen und Staatsmann Avicena (Abu Sina) ein Fall überliefert, der unterdessen 1000 Jahre zurückliegt und den Utilisationsansatz ausgezeichnet illustriert:

Fallbeispiel

Avicena wurde zu einem kranken König gerufen. Der König hielt sich für ein Rind und verweigerte deshalb menschliche Nahrung. Außerdem verlangte er, geschlachtet zu werden, damit das Fleisch unter seinem Volk verteilt werden könne. Alle bisherigen Heilungsversuche waren fehlgeschlagen.
Zu seinem ersten Besuch beim König band sich Avicena eine Metzgerschürze um und rief laut durch den Palast: »Wo ist das Rind, das ich schlachten soll?« Er betrat das Zimmer des Königs mit dem Schwert des Metzgers und holte damit aus. Dann jedoch setzte er noch einmal ab, betastete die Lenden, um den Mästungszustand des »Rindes« zu prüfen. Natürlich war es abgemagert. Avicena kritisierte die umstehenden Bediensteten, dass sie ihm ein so schlecht gemästetes Rind zum Schlachten geben wollten. Erst wenn das Rind richtig gemästet sei, würde er wieder kommen, um es zu schlachten und das Fleisch unter das Volk zu verteilen. Der alte persische Bericht fährt fort: »Der König muhte verzückt.« In der Folge akzeptierte er wieder menschliche Nahrung, und der Bericht schließt mit den Worten: »Und er genas unter der Pflege des Avicena.« Die Therapie war also mit dieser einen Intervention nicht abgeschlossen. Avicena hatte jedoch eine gute Möglichkeit gefunden, das Wahnsystem des Patienten so zu nutzen, dass erste Schritte in Richtung einer Heilung möglich wurden.

In beiden Fällen wird das Weltbild des Patienten für die Behandlung genutzt, obwohl es von wahnhaften Inhalten gekennzeichnet ist.

7.2 Utilisation von früheren Lernerfahrungen

An anderer Stelle habe ich dargelegt, wie sich der Utilisationsgedanke bei der Rehabilitation von Lähmungen nach Schlaganfällen und Gehirnoperationen einsetzen lässt (Trenkle 1994).

Milton Erickson hatte zweimal in seinem Leben mit den Folgen einer Kinderlähmung zu kämpfen und so gelernt, sich anhand von Selbsthypnose an früher reale Lebenserfahrungen zu erinnern und dadurch Nervenbahnen zu stimulieren und Körperfunktionen wieder zu aktivieren (Peter 1988). Das heißt konkret: Er stellte sich vor, wie er vor seiner Krankheit auf Bäume geklettert war oder auch, wie er sich einmal mit kochendem Wasser sein Bein verbrüht hatte.

Hypnotisches Eintauchen in früheres Erleben stimuliert offensichtlich die Nervenbahnen und beschleunigt die Rehabilitation von Körperfunktionen (Pajntar et al. 1980). Altersregressives Wiedererinnern kindlicher Findigkeit und Unbekümmertheit ist auch eine gute Grundlage für kreative Problemlösungen in vielerlei Lebenssituationen.

7.3 Utilisation von Emotionen

Ein anderer Aspekt im Zusammenhang mit der Rehabilitation von Lähmungen ist die Utilisation von starken Emotionen wie Ärger und Wut, damit sich solche Patienten so schnell wie möglich überhaupt wieder in Bewegung setzen. So beschimpfte Erickson z. B. einen Schlaganfallpatienten aus Deutschland im Erstgespräch solange als Nazi, bis dieser empört aufstand, ein »Nein« ausstieß und einige Schritte in Richtung Ausgang machte. Zuvor war der Patient nicht in der Lage gewesen, sich von seiner Liege aufzurichten oder zu sprechen. Später entschuldigte sich Erickson für seine groben Worte, erklärte dem Patienten sein Vorgehen und viele weitere Therapiestunden folgten.

Auch hier gibt es Parallelen zu einem anderen Fall mittelalterlicher persischer Behandlungskunst. Der Arzt Rases (ca. 800 n. Chr.) bedrohte und beschimpfte einen gelähmten König in einer geschickten Inszenierung so lange, bis dessen Angst gepaart mit Zorn ob dieses Frevels, es dem Gelähmten ermöglichte, sich wieder aufzurichten, was ihm davor nicht möglich gewesen war (Trenkle 1994).

7.4 Utilisation von Hypnose und Trancephänomenen

Trancephänomene wie Zeitverzerrung, positive und negative Halluzination, Dissoziation, Altersregression, Amnesie etc. sind Potenziale und Erscheinungsformen des menschlichen Geistes, die in bestimmten Situationen – auch ohne Induktion von Hypnose – spontan auftreten, um spezielle Lebenssituationen besser bewältigen zu können. Wenn ich in Seminaren erzähle, dass ich mir drei Weisheitszähne unter Hypnose und ohne Spritze ziehen ließ, spüre ich bei den Zuhörern immer dieses ehrfürchtige Schaudern. Dabei ist die Fähigkeit, Schmerzen auszublenden, durchaus nichts Magisches und Geheimnisvolles. Vor einigen Jahren konnte man z. B. von einem Autounfall in der Zeitung lesen, bei dem eine Mutter ihr kleines Kind aus dem brennenden Wagen retten konnte und zur Notrufsäule gelaufen war. Sie begleitete das Kind auf der Fahrt ins Krankenhaus und wartete dort hoffend und bangend auf Aussagen bezüglich des Befindens ihres Kindes. Endlich kamen die Ärzte und konnten sie beruhigen: »Dem Kind geht es gut!« Dann wandten sich die Ärzte an die Mutter »Aber was ist mit Ihnen?« In dem Moment fing die Frau an zu schreien, weil sie plötzlich ihre eigenen Brandverletzungen wahrnahm. Es gibt viele vergleichbare Berichte aus Kriegszeiten. Der Mensch hat anscheinend das Potenzial selbst schwere Schmerzen auszublenden (Peter 1996a).

Salopp ausgedrückt: Noch kein Hypnotiseur hat mit Hypnose etwas induziert oder evoziert, das nicht im Bereich menschlicher Möglichkeiten liegt. Aber leider gilt auch: Die moderne Medizin wie auch die Psychotherapie vergibt viele Möglichkeiten, da sie um diese Potenziale weder weiß noch fähig ist, sie für therapeutische Zwecke gezielt einzusetzen. Die Hypnotherapie nutzt viele dieser Trancephänomene für psychotherapeutische und medizinische Zwecke. Allein von Erickson sind knapp 400 Fallschilderungen bekannt, von denen die meisten als kreative Beispiele für seinen Utilisationansatz gelten können (O'Hanlon 1994; Rossi 1995–98; Haley 1978).

Ein hypnotisches Phänomen ist das Trancephänomen der »negativen Halluzination«. Von negativer Halluzination spricht man, wenn jemand etwas objektiv Vorhandenes aus seiner Wahrnehmung ausblendet, wenn jemand z. B. gegen einen Laternenpfahl läuft, weil er voll von seiner Innenwelt absorbiert ist oder wenn er das Telefon nicht klingeln hört, weil die Nachrichten im Fernsehen gerade so spektakulär sind. Von »positiver Halluzination« spricht man, wenn etwas wahrgenommen wird, das objektiv nicht vorhanden ist. Im folgenden Fallbeispiel wurde das Trancephämomen der negativen Halluzination angewandt.

Fallbeispiel

Eine alleinerziehende Mutter von zwei Kindern meldete sich bei mir mit dem dringenden Wunsch nach einer Hypnosesitzung. Sie hatte die letzten Jahre mit großem Engagement sowohl ihr Studium beendet, als auch ihre Kinder versorgt und Geld verdient. Obwohl sie schon auf die 40 zuging, war ihr Ziel, noch als Lehrerin in den Staatsdienst übernommen zu werden. Als sie zu mir kam, war sie leicht panisch, denn 10 Tage später stand ein Unterrichtsbesuch an, bei dem der Schulrat die entscheidende Beurteilung abzugeben hatte. Das Problem war allerdings weniger der Schulrat als vielmehr ein anderer Lehrer, der ihr als Mentor zugeordnet worden war. Dieser hatte versucht, sich ihr sexuell zu nähern, was sie als unangenehm empfunden hatte. Seither wurde sie bei jeder Begegnung mit diesem Mann unsicher und konfus. Wenn er bei ihr im Unterricht saß, verlor sie Konzentration, Linie und Überblick. Dieser Mentor würde zusammen mit dem Schulrat bei der alles entscheidenden Lehrprobe anwesend sein, und die Patientin hatte große Angst, dass sie wieder so konfus reagieren und damit die ganzen Anstrengungen der letzten Jahre zunichtemachen würde. Sie bat mich inständig, sie zu hypnotisieren, damit sie diese Situation meistern könne.

Im Erstgespräch berichtete die Patientin, wie sie die vielen Belastungen und Schwierigkeiten der vergangenen Jahre bewältigt hatte. Sie wirkte kompetent und lebenstüchtig, war jedoch aufgrund der anstehenden Lehrprobe und wegen des Problems mit dem Mentor stark unter Druck. Ich versuchte unter anderem zu verstehen, warum sie auf die sexuellen Avancen des Mentors so verletzt reagiert hatte, und hatte den Eindruck, dass sie auch in anderen Situationen manchmal Schwierigkeiten hatte, sich abzugrenzen und ein klares »Nein« auszusprechen. Ein weiteres Belastungsmoment war ihre kranke Mutter, die nach intensiverer Betreuung verlangte. Die Kinder der Patientin waren unterdessen 11 und 15 Jahre alt. Eines der Kinder war behindert, was sich teilweise in unbeherrschtem Verhalten äußerte. Ich stellte im Verlauf des Gespräches die erstaunte Frage: »Wie können Sie in dieser Atmosphäre zu Hause studieren und sich auf Prüfungen vorbereiten? Die Wohnung ist klein und die beiden Kinder haben lautstarke Streitereien und Kämpfe!« Sie gab zur Antwort: »Das nehme ich gar nicht wahr. Solange nichts passiert, höre ich das gar nicht mehr. Wenn ich wirklich etwas will, dann bin ich so konzentriert, dass ich um mich herum nichts mehr wahrnehme.«

Zwei Tage vor der entscheidenden Lehrprobe fand die gewünschte Hypnosesitzung statt.

Eine meiner Ideen für diese Sitzung war, das Trancephänomen der negativen Halluzination zu nutzen. Die Patientin selbst hatte geschildert, wie sie es einsetzte: »Wenn ich etwas wirklich will, dann nehme ich um mich herum nichts mehr wahr.« Wenn ihr das im auditiven Bereich gelang, warum soll es nicht auch im visuellen Bereich gehen? Aber man konnte der Patientin natürlich nicht direkt vorschlagen: »Blenden Sie diesen Mann doch einfach aus.« Sie hätte sicher eingewandt: »Warum meinen Sie, dass ich zu Ihnen komme? Wenn ich das könnte, wäre ich nicht hier.« Ihr das direkt zu raten, wäre vergleichbar mit der Aufforderung: »Denken Sie nicht an einen rosa Elefanten.« Deshalb bot ich ihr das Trancephänomen »negative visuelle Halluzination« in Form einer Geschichte an, sodass ihr diese Idee unterschwellig präsentiert wurde, unter Umgehung der paradoxen Aufforderung: »Schauen Sie nicht auf den Prüfer.« Feldmann (1988) oder Revenstorf (1990a) zitieren vielfältige Belege für die therapeutische Erfahrung, dass eine unterschwellige Verarbeitung suggestiver und metaphorischer Botschaften veränderungswirksam sein kann.

Ich hatte mir für diese Sitzung noch weitere Strategien erarbeitet. Eine davon war, ihr die Geschichte einer Frau zu erzählen, die erst einmal lernen musste, mit gutem Gewissen ein klares entschiedenes »Nein« zu einem Mann zu sagen, bevor sie »Ja« zu einer Heirat sagen konnte. Über diese Geschichte wollte ich ihr nahelegen, Verhaltensmöglichkeiten für klar abgrenzende Botschaften zu entwickeln. Eine weitere Idee bestand darin, das Konzept des Ankerns zu benutzen und die, in vielen Kontexten bewiesene, Kompetenz

der Patientin in diese Lehrprobe einzubringen. Auch andere Möglichkeiten wie z. B. eine Zeitprogression boten sich an (Meiss 1990).
Ich entschied mich schließlich, zuerst ihre Fähigkeit der »negativen Halluzination« ins Spiel zu bringen und anschließend die anderen Ebenen anzusprechen. In der Sitzung stellte ich fest, dass eine Hypnoseinduktion meinerseits beinahe überflüssig war, denn die Patientin war so motiviert, dass sie schnell und tief in Trance ging. So begann ich rasch mit den therapeutischen Botschaften:
»Meine Schwägerin kam zu Besuch. Sie erzählte von diesen Schmerzen im Ohr. Zwei Ärzte sagten, die Ohren sind in Ordnung. Aber ich weiß doch, dass ich Schmerzen habe. Sie forderte mich auf, sie zu hypnotisieren. Ich zögerte. Damals hatte ich noch nicht viel Erfahrung mit Hypnose. Ich wollte mich nicht blamieren. Schließlich willigte ich ein. Aber niemand von der Familie durfte zusehen. Meine Schwägerin ging gut und tiefer und tiefer in Trance. Immer tiefer und tiefer. Sie war entspannt und konzentriert, um hilfreiche Ideen zu hören. Irgendwo auf bewusster Ebene und tiefer und tiefer auf unbewusster Ebene: Ein junger Mann geht spazieren. Er ist Medizinstudent. Aus dieser Fabrik dröhnt dieser ohrenbetäubende Lärm. Er ist neugierig und betritt die Fabrik. Hämmernde Maschinen in einer Kesselfabrik. Die Arbeiter reden. Und sie scheinen sich zu verstehen. Trotz des Lärms. Der junge Student geht zur Betriebsleitung. Er will es wissen. Ein Experiment im Selbstversuch. Die Erlaubnis, auf einer Matratze in diesem lauten Raum zu schlafen. Während der Nachtschicht. Und morgens konnte er die Arbeiter auch verstehen. Das Hintergrundgeräusch hatte er über Nacht ausgeblendet.«
An dieser Stelle machte ich eine kleine Pause und fügte eindringlich betont an: »Und zu meiner Schwägerin sagte ich: Dein Unbewusstes weiß, was für das Hören gilt, gilt auch für das Fühlen.« Und wieder nach einer kleinen Pause: »Und Ihr Unbewusstes weiß, was für das Hören gilt und was für das Fühlen gilt, gilt auch für das **Sehen**.«
Nach diesen Worten begann ich, in meinen Notizen zu blättern, auf denen ich die einzelnen Therapiestrategien skizziert hatte. Als ich wieder aufschaute, war die Patientin gerade dabei, ihre Augen zu öffnen und sich sehr rasch zu reorientieren. Sie stand auf, gab mir die Hand und bedankte sich. Meine erste Reaktion war, sie zurückzuhalten und zu sagen: »Halt, halt. Hier habe ich noch ein ganzes Bündel an weiteren Maßnahmen.« Ich bremste mich jedoch und dachte: »So wie diese Frau unter Druck war ... Und jetzt kommt sie alleine aus der Trance zurück und bedankt sich. Da muss wohl etwas Wichtiges für sie passiert sein.«
Rückblickend gesehen war das sehr betont gesprochene Wort »**Sehen**« möglicherweise eine Aufforderung, die Augen zu öffnen. Meiner Meinung nach hätte sich die Patientin jedoch nicht so schnell reorientiert, wenn nicht eine innere Instanz gesagt hätte: »Jetzt haben wir eine Strategie.«
Unmittelbar nach der Lehrprobe rief sie mich von einer Telefonzelle an: »Das war vielleicht komisch. Mir fiel eben erst – nach der Lehrprobe – auf, dass ich diesen Typ gar nicht registriert habe. Hat das was mit der Hypnose zu tun?« Ich erinnere mich noch an meine spontane Antwort: »Das weiß ich nicht. Jedenfalls gratuliere ich Ihnen, dass Sie es so gut geschafft haben.« Es war erstaunlich, durch welche geringe Menge an therapeutischem Input sich diese, für die Patientin bedrohliche Situation aufgelöst hatte.
Viele Jahre später ergab sich die Gelegenheit, die Patientin zu dieser Therapiestunde zu befragen. Sie war unterdessen schon einige Jahre im Staatsdienst. Ich fragte sie, wie sie die Hypnosesitzung von damals erlebt habe. Sie antwortete in etwa wie folgt: »Ehrlich gesagt, hatte ich keine Ahnung, von was Sie da reden. Ich dachte mir, was hat das mit mir und meiner Situation zu tun? Nach kurzer Zeit geschah dann aber etwas Komisches. Vor meinem inneren Auge war ganz groß und plastisch das Gesicht eines Mannes. Den kannte ich nur vom Sehen. Ein Jahr später hatte ich dann eine kurze Beziehung mit diesem Mann. Aber damals konnte ich nichts damit anfangen. Ich sah nur dieses Gesicht. Sonst kann ich mich an nichts erinnern.«
Eine mögliche Interpretation dazu ist Folgende: Vielleicht hatte die Frau unterschwellig erkannt, dass ich ihr, wenn auch metaphorisch, suggerierte: »Denk nicht an den rosa Elefanten. Denk nicht an diesen Mann« und hat dann intuitiv umgeschaltet. Sie hat aus »denk nicht an den rosa Elefanten« ein »denk an die lila Kuh« gemacht. Denn es ist natürlich sehr viel einfacher, sich auf eine andere Person zu konzentrieren, als eine bestimmte Person nicht wahrnehmen zu wollen. So war es einfacher, sich auf den Schulrat oder einen Lieblingsschüler zu konzentrieren, als sich verkrampft »nicht« mit dem Mentor zu beschäftigen.

Für die weitere Beschäftigung mit den Möglichkeiten, Trancephänomene therapeutisch zu nutzen,

empfiehlt sich das Studium der Originalarbeiten von Milton Erickson, wie sie in den *Gesammelten Schriften von Milton H. Erickson* zusammengefasst sind (Rossi 1995–98). Ein herausragendes Beispiel dafür sind die Arbeiten zur psychotherapeutischen Verwendung des Phänomens Zeitverzerrung (Erickson u. Erickson 1958/97). Weitere Ideen finden sich auch bei Edgette u. Edgette (1995) und bei Wolinsky (1993). Letzterer richtet seinen Blick auf Trancephänomene, die sich in den Symptomen der Patienten zeigen, und beschreibt, wie diese Trancephänomene dann als Ressourcen betrachtet und genutzt werden können.

Fazit

Das Utilisationsprinzip ist das zentrale Prinzip der Hypno- und Psychotherapie Milton Ericksons. Es bildet die Grundlage für das, was wir heute als ressourcen- und lösungsorientiertes Arbeiten in der Psychotherapie kennen. In der Nutzung von Trancephänomenen bis hin zur strategischen Nutzung von wahnhaften Aspekten des Weltbildes psychiatrischer Patienten geht die Hypnotherapie über die Konzeptualisierungen anderer Therapieverfahren hinaus und systematisiert Vorgehensweisen, die sich in Fallberichten medizinhistorischer Darstellungen vor allem der mittelalterlichen persischen Medizin wiederfinden (Zafari 1989).

8

Kontext und Wirkung von Suggestionen

Ortwin Meiss

8.1 Im Gedächtnis bleibt das Besondere – 93

8.2 Verfehlungen, die einem ein Leben lang vorgehalten werden – 94

8.3 Wie sich Freundschaften bilden (und auseinanderbrechen) – 94

8.4 Heilrituale – 95

8.5 Diagnosen als Suggestionen – 95

8.6 Die »Kunst der Verhexung« – 96

8.7 Plötzliche Veränderungen des Lebensstils – 97

8.8 Bühnenhypnose und Wunderheilungen – 97

8.9 Prophezeiungen als Suggestionen – 98

8.10 »Therapiegurus« und Besserwisser – 99

8.11 Die Bedeutung der Reputation des Therapeuten – 99

8.12 Förderung der Reaktionsbereitschaft durch Konfusion – 100

8.13 Emotionale Relevanz durch Provokation – 100

8.14 Steigerung der Aufmerksamkeit durch Bildung eines Spannungsbogens – 101

8.15 Rituale als Kontext für Suggestionen – 102

8.16 Nutzung der Rahmenbedingungen – 102

8.17 Hypnose und die Entstehung von Suggestionen – 103

8.18 Suggestionen ohne Trance? – 103

Die Bedeutung einer Trance für die Wirkung von Suggestionen ist oft diskutiert worden (▶ Kap. 9). Während viele Alltagsbeispiele belegen, dass Suggestionen in Alltagssituationen wirksam werden, ohne dass Trance induziert wurde, scheinen andere Untersuchungen darauf hinzuweisen, dass Trance und Trancetiefe nicht unwesentlich für die Wirkung von Suggestionen sind. Der folgende Beitrag will die unterschiedlichen Positionen zusammenfügen und in ein grundlegendes theoretisches Konzept über Suggestionen integrieren. Dabei werde ich auf die Bedeutung des kommunikativen Rahmens für die Entstehung von Suggestionen fokussieren und deutlich machen, wie beiläufig Gesagtes allein durch den Kontext, in dem es gesagt wird, zur Suggestion wird bzw. die Schaffung eines besonderen Kontextes etwas Vermitteltes zur Suggestion werden lässt. Als Suggestion möchte ich eine Botschaft bezeichnen, die in der Lage ist, bei der Person, die sie empfängt, nachhaltige Wirkung zu erzielen oder systemisch gedacht, aus der die Person, welche die Suggestion aufnimmt, eine Botschaft mit lang anhaltender Wirkung macht.

Meine Überlegungen gründen sich auf gedächtnispsychologische Erkenntnisse und auf Erfahrungen, die ich insbesondere in meiner Arbeit mit traumatisierten Patienten gewonnen habe.

Beginnen möchte ich mit einer Geschichte, die mir meine Mutter erzählte.

Fallbeispiel

»Den bekommen sie nie groß«

Meine Mutter war mir in vielfacher Hinsicht ein Rätsel, gleichfalls eines, welches ich in einigen Punkten doch habe verstehen und lösen können. Eine ihrer Eigenarten bestand darin, dass sie sich bis in mein Erwachsenenalter beständig Sorgen um mich machte. Sie ließ sich dabei nicht davon beirren, dass ich sehr früh selbstständig war, mit 17 Jahren schon alleine wohnte und offensichtlich gut zu Recht kam.

Irgendwann fragte ich meine Mutter einmal, wann sie das Gefühl gehabt habe, mich »groß bekommen« zu haben. Ich bekam zur Antwort: »Vielleicht als Du 25 Jahre warst.« Dies war insofern bemerkenswert, da ich zu dieser Zeit schon selbst eine Tochter hatte.

Ich begann mich daraufhin, für wichtige Ereignisse im Leben meiner Mutter zu interessieren. Unter anderem fragte ich nach den Umständen meiner Geburt. Ich war eine Frühgeburt, kam per Kaiserschnitt zur Welt und war stark untergewichtig. Meine Mutter war zum Zeitpunkt meiner Geburt nicht bei Bewusstsein und sah mich erst Stunden später. Sie berichtete: »Ich erinnere mich noch genau. Die Oberschwester brachte Dich mir mit den Worten: »Den kriegen sie nie groß!«

Es mag im ersten Moment erstaunen, dass dieser relativ beiläufig gesprochene Satz so genau erinnert wird. Schließlich hören wir im Laufe unseres Lebens unendlich vieles, was an uns vorbeirauscht und keinerlei Platz im Gedächtnis findet. Warum also sind diese Worte so präsent, als wären sie gerade gesprochen worden, und wirken als Suggestion über 25 Jahre. Die entscheidende Wirkung erhält dieser Satz durch den Kontext, in dem er gesagt wird.

Wie wichtig die ersten Worte sind, die über ein Kind gesagt werden, zeigt eine Vielzahl von anekdotisch vermittelten Beispielen. Ich erinnere eine Sendung über übergewichtige Kinder, in der eine Mutter eines schwer übergewichtigen 10-Jährigen berichtete, dass man ihr nach der Geburt ihres Sohnes gesagt habe, den müssen sie »päppeln«. Offenbar hatten sie diese Worte stark beunruhigt. Ich gebe ihm lieber etwas mehr, äußerte sie vor der Kamera. In einem anderen Fall hatte der zuständige Arzt der Familie einer untergewichtigen und zu früh geborenen Tochter gesagt: Ihre Tochter schafft das schon. Das ist eine Kämpferin! In der Familie war dies zu einem oft gebrauchten Ausspruch geworden. Wann immer das Kind ein Problem hatte, äußerten die Eltern, sie schaffe das schon, ihre Tochter sei eben eine Kämpferin.

8.1 Im Gedächtnis bleibt das Besondere

Die Wirkung und das Entstehen von Suggestionen sowie die Bedeutung des Kommunikationsrahmens für die Bildung von Suggestionen erklären sich aus der Funktionsweise des Gedächtnisses. Was bleibt im Gedächtnis? Was behalten wir? Wie unterscheidet sich das, was wir im Gedächtnis speichern, von dem, was an uns vorbeiläuft ohne Spuren zu hinterlassen, was wir vergessen, ohne dass es irgendwelchen Einfluss auf unser weiteres Leben nimmt? Was ist das Besondere an dem, was wir Jahre spä-

ter noch erinnern oder uns unbewusst prägt und beeinflusst?

Man kann feststellen, dass etwas, was sich alltäglich wiederholt, sich nicht oder wenig verändert und zu keinen emotionalen Veränderungen führt, kaum registriert wird, und nahezu ausgespeichert wird. Dagegen erinnern wir die Erfahrungen, die uns emotional berühren, und die wir vielleicht nur einmal oder wenige Male im Leben machen. Die Taufe eines Kindes, die Heirat oder der Kauf eines Hauses prägen sich ebenso ins Gedächtnis ein, wie traumatische Erfahrungen, der Verlust eines Elternteils oder der eines Kindes, ein Verkehrsunfall (unter der Voraussetzung, dass wir bei Bewusstsein bleiben und nicht unter Schock stehen) oder eine Gewalterfahrung.

Es bleibt im Gedächtnis, was einen Unterschied zum Alltäglichen macht und Emotionen in uns auslöst, d. h., was zu deutlichen Veränderungen in unserer Physiologie und unseren Gefühlen führt. Den Moment, in dem eine Mutter ihr Kind zum ersten Mal sieht und in den Armen hält, wird sie ein Leben lang erinnern, ebenso wie bestimmte Begleitumstände dieses Augenblicks. In dieser Weise wirkt eine Aussage wie, »den bekommen sie nie groß«, als Suggestion mit jahrelangen Nachwirkungen.

Nicht nur das Ereignis selbst wird erinnert, in gleicher Weise erinnern wir beiläufige Begebenheiten, die das emotional bedeutsame Ereignis begleiteten. Etwas zufällig Anwesendes oder beiläufig Geäußertes, ein nebensächlicher Begleitumstand oder eine unwichtige Belanglosigkeit findet durch die Bedeutsamkeit der Gesamterfahrung ebenfalls Eingang in unseren Langzeitspeicher und unser episodisches Gedächtnis.

Beiläufig Gesagtes wird auch Jahre später noch erinnert und wirkt als Suggestion, wenn es in einer emotional bedeutsamen Situation gesagt wurde.

8.2 Verfehlungen, die einem ein Leben lang vorgehalten werden

In einem Sprichwort heißt es: Nur wer seine Rechnung nicht begleicht, bleibt dem Wirt im Gedächtnis.

In einer meiner ersten Paartherapien arbeitete ich mit einem Paar im fortgeschrittenen Alter. Die Frau berichtete unter Tränen über einen Fauxpas ihres Mannes, der schon 40 Jahre zurücklag. Er war zu spät gekommen und hatte sie warten lassen. Er wiederum beschwor sie, er sei doch sonst immer pünktlich gewesen. Doch offenbar hatte es ihm nichts genützt. Denn wann war er zu spät gekommen? Als die Hochzeitsgesellschaft vor der Kirche wartete. Auch eine einleuchtende Erklärung für diese Verspätung und Hinweis, sich für seine Verfehlung schon hundertmal entschuldigt zu haben, nutzte ihm wenig. Seine Frau erwähnte vielmehr, auch bei der Ringübergabe habe er sich so trottelig angestellt, dass der Pastor habe nachhelfen müssen, was der ganzen Hochzeitsgesellschaft aufgefallen sei.

In anderen Situationen gelten solche Ereignisse als Lappalien. Die anhaltende Wirkung erzielen sie durch die Besonderheit des Kontextes. Wer am Geburtstag der Ehefrau zu spät kommt und dann noch die falschen Blumen mitbringt, muss damit rechnen, dass ihm dies noch lange vorgehalten wird. Ein Streit bei einer Taufe, bei einem Begräbnis oder einer Vermählung hat weitreichende Folgen und wird noch Jahre später erinnert. Ein falsches Wort bei einem gewöhnlichen Mittagsessen hat nicht die gleiche Wirkung wie ein falsches Wort beim Hochzeitsessen. Flops und Fehlgriffe bei besonderen Anlässen erzeugen bleibenden Eindruck.

8.3 Wie sich Freundschaften bilden (und auseinanderbrechen)

In den entscheidenden Momenten zusammenhalten, dann, wenn es emotional schwierig wird, und Entscheidendes passiert, schweißt zusammen und bindet. Gemeinsam Schönes zu erleben und noch wichtiger gemeinsam Schwieriges und Schmerzhaftes durchzustehen, lässt Freundschaft und Liebe wachsen und schafft eine Basis, wo vieles andere verziehen und vergeben wird. Wird jemand andererseits in einer einschneidenden, emotional bedeutsamen Situation von einem Freund oder Partner alleingelassen, wird dies nur schwer verziehen, auch wenn später vieles unternommen wird, um den angerichteten Schaden wieder zu beheben.

Wie ein Mann reagiert, wenn seine Frau ihm sagt, dass sie schwanger ist, hinterlässt einen bleibenden Eindruck. Ist er im ersten Moment ablehnend, wird die negative Reaktion auch durch seine später entstehende Freude über das gemeinsame Kind nur schwer ausgeglichen werden. Denn wir behalten das Besondere, das Außergewöhnliche, das was uns emotional erschüttert oder in angenehmste Gefühle versetzt.

Gerade in Schwellensituationen, wo etwas gänzlich Neues auftaucht, ein neuer Lebensabschnitt beginnt oder eine neue Lebenssituation entsteht, sind wir besonders anfällig für Suggestionen.

8.4 Heilrituale

Der Kontext des Besonderen ist wichtiger Bestandteil vieler Heilrituale. Schamanistische Heilungen basieren sowohl auf der Bildung von Heilungserwartungen bei den Patienten und den Beteiligten und den das Heilungsritual beobachtenden Personen sowie auf die Erzeugung eines außergewöhnlichen Rahmens, in dem die Heilung stattfindet. Der Schamane zieht sich vor der eigentlichen Behandlung für Tage in sein Zelt oder seine Hütte zurück, was die Dorfbewohner in der Weise interpretieren, dass »wer so lange über irgendetwas brütet, mit etwas besonders Wirksamen herauskommen muss«. Es entsteht ein kontinuierlich sich steigernder Spannungsbogen, der schließlich in der Heilungszeremonie seinen Höhepunkt findet. Das Heilritual wird oft richtig in Szene gesetzt. Gewählt wird die Abendstunde, wo das Tagewerk getan ist, und ein Freiraum für eine neue Erfahrung entsteht. Ein Feuer wird entzündet, was die Aufmerksamkeit fokussiert, und alle Bewohner des Dorfes kommen zusammen. Der Kranke wird in die Mitte geführt, und eine Bühne für das Heilritual wird entfaltet. Der Schamane gerät daraufhin in wildeste Zuckungen und stößt unverständliche Laute aus, was Patienten und Zuschauer fasziniert, bannt und erschauern lässt. Schließlich verkündet er unter allerlei Brimborium, dass die Krankheit des Patienten nun verschwinden werde.

Neben der Überzeugung, dass so viel Aufwand nicht umsonst gewesen sein kann, und den kognitiven Dissonanzphänomenen, die entständen, wenn die Behandlung ohne Wirkung wäre, entsteht bei den Umstehenden und dem Patienten ein bleibender, tief greifender Eindruck, der dem Gesehenen und Gesagten mystische Kräfte verleiht und intensive Heilungsvorstellungen erzeugt. Wie Paracelsus schon bemerkte: Die Behandlung des Arztes ist nichts ohne die Vorstellung, dass sie wirkt.

In gleicher Weise sind religiöse Riten Inszenierungen des Besonderen. Das Wort eines Geistlichen entwickelt seine Kraft durch die kirchliche Umgebung und selbst die merkwürdig gestelzte Sprache ist ein Unterschied zum Normalen. Was ein Pfarrer bei einer Trauung oder einem Begräbnis sagt, prägt sich ein im Gedächtnis.

(Bei einer der letzten Trauungen, bei der ich zugegen war, verwechselte der Geistliche zum Leidwesen des Brautpaars und aller Anwesenden die Trauung offensichtlich mit einem Begräbnis. Trauring aber wahr! Und hoffentlich ohne Folgen.)

8.5 Diagnosen als Suggestionen

Für Ärzte ergeben sich vielerlei Gelegenheiten, einen Patienten, der ihnen mit bangen Gefühlen gegenübertritt, positiv wirkende Botschaften zu vermitteln. In dem Moment, in dem der Patient seine Diagnose erhält, hört er die Worte des Arztes mit höchster Aufmerksamkeit. Gleichzeitig ist er innerlich erregt und angespannt, und egal ob die Diagnose positiv oder negativ ausfällt, seine Gefühle werden sich in diesem Moment deutlich verändern (bei negativer Angst, Verzweiflung, Schock, bei positiver Erleichterung und Freude), sodass alle Voraussetzungen gegeben sind, damit das Gesagte langfristige Auswirkungen hat. Ich habe viele Patienten gesehen, die bei ihrem ersten Klinikaufenthalt aufgrund einer psychotischen Episode von ihrem Arzt hörten, »Sie haben eine Schizophrenie! Damit müssen Sie leben!« oder »Das werden Sie immer wieder haben! Damit müssen Sie sich abfinden.« Eine verhängnisvolle und destruktive Vorhersage, die der Patient noch mehr als 10 Jahre später erinnert, und die ihre Wirkung hat.

Wenn Patienten sich in großer Not befinden, einen schweren Unfall erlitten haben oder unter einer schweren Krankheit oder starken Schmerzen leiden, befinden sie sich in einer Ausnahme-

situation. Sie beginnen zu regredieren und sich wie ein Kind zu fühlen. Sie neigen dazu, sich an den Behandler anzuklammern und entwickeln ein kindliches Bedürfnis nach Hilfe und Versorgung. Der Behandler wird in seinem Status und seinen Fähigkeiten überhöht. Seine Worte wirken wie Prophezeiungen. In einer solchen Situation ist es nicht unwichtig, was ein Arzt oder Therapeut sagt.

Die negative Wirkung einer Diagnose schilderte mir eine befreundete Zahnärztin, die aufgrund eines hartnäckigen Gelenkschmerzes einen Spezialisten mit Professorentitel aufsuchte. Nach Betrachten der Röntgenbilder begann dieser den Kopf zu schütteln, seine Patientin anzuschauen, dann zu seufzen und erneut den Kopf zu schütteln, um sie daraufhin zu fixieren und ihr dann zu verkünden: Frau X, ich glaube, es ist besser, Sie regeln jetzt Ihre Angelegenheiten. Die Kollegin berichtete, sie habe nach einer Woche schon erfahren, dass es sich um eine Fehldiagnose gehandelt habe. Sie habe gleichfalls 6 Wochen gebraucht, um sich von diesem Vorfall zu erholen.

Dass Diagnosen durchaus positive Wirkungen entfalten können, zweigt die Placeboforschung. Die Wirkung von Medikamenten und Placebopräparaten ist nicht unabhängig von der Art der Verabreichung. Ein lange angekündigtes und dann mit entsprechendem Nachdruck verabreichtes Mittel entfaltet seine heilende Wirkung mehr als etwas im Vorübergehen Gegebenes. Auch der Einzug des Chefarztes in das Krankenzimmer ist oft eine Inszenierung des Bedeutungsvollen.

Der amerikanische Kardiologe Dr. Lown berichtet von einem schwerkranken Patienten, dessen Herzmuskel unheilbar angegriffen war und der auf keine therapeutischen Maßnahmen mehr ansprach. Während der Visite bemerkte Lown zu seinem Mitarbeiterstab, dass der Patient einen ordentlichen Galopp aufweise, womit ein galoppierender Herzschlag gemeint war, Anzeichen für eine ernst zu nehmende Pathologie und für gewöhnlich auch der Hinweis auf ein bevorstehendes Herzversagen. Einige Monate später kam der Patient zu einer Nachuntersuchung in die Klinik, und seine Genesung war bereits erstaunlich weit fortgeschritten. Er vertraute Dr. Lown an, er wisse, was ihm geholfen habe, er erinnere sich sogar noch genau an den Tag. »Donnerstagmorgen, als Sie und ihre Leute hereinkamen, geschah etwas, das alles veränderte. Sie hörten mein Herz ab. Sie schienen mit dem Ergebnis zufrieden und teilten allen, die um mein Bett standen mit, dass ich einen ordentlichen ‚Galopp' hätte.« Also dachte sich der Gute, dass eine ziemliche Kraft in seinem Herzen stecken müsse, und im selben Augenblick wusste er, dass er nicht sterben würde.

Wenn ein Patient auf eine Diagnose wartet, ist er in einem veränderten Bewusstseinszustand und sehr empfänglich für Suggestionen. Der Behandler sollte damit bewusst und verantwortlich umgehen.

8.6 Die »Kunst der Verhexung«

In einem meiner Seminare kündige ich den Teilnehmern an, dass ich ihnen heute beibringe, wie man eine Person verhext. Die meisten glauben, das Phänomen der Verhexung sei eine Erfindung des Märchens, und der Glaube daran wird belächelt oder als pathologisch bewertet. Dass Verhexungen tatsächlich vorkommen überrascht und tatsächlich liefert eins der bekanntesten Märchen, Dornröschen, eine klare Anleitung für eine Verhexung. Schon der Beginn ist wohl durchdacht. »Es war einmal ein König und eine Königin, die bekamen lange Zeit kein Kind.« Es ist also etwas Besonderes, dass die Königin endlich schwanger wird. Man beachte den Spannungsbogen. Als nun endlich ein Kind geboren wird, und es ist das erste Kind der Beiden, also eine echte Schwellensituation, freuen sich die beiden auch über ein Mädchen, wo doch in Königshäusern immer ein männlicher Nachfolger gewünscht wird. Dann wird ein sehr sinnvolles Ritual veranstaltet. Alle weisen Frauen des Landes werden eingeladen, dem Kind gute Wünsche zu überbringen und etwas Positives über das Kind zu sagen. (Wie wir schon ausgeführt haben, bleibt dass, was über ein neugeborenes Kind gesagt wird, im Gedächtnis.) Wie man nun feststellt, gibt es 13 weise Frauen, aber nur 12 goldene Teller, sodass eine der Weisen nicht eingeladen wird. Diese erscheint nun als Furie und will sich rächen. Sie versucht als letzte ihren Fluch über das Kind auszusprechen, denn wie wir wissen, das Erst- und das Letztgesagte bleibt besonders im Gedächtnis. Doch in ihrer Wut kann sie sich nicht lange genug zurückhalten und

schreit ihren Fluch: »Das Kind soll sterben«, schon als Vorletzte heraus. Nun hat die letzte weise Frau noch ihren guten Wunsch frei und kann den Fluch abmildern. Nicht sterben werde das Kind, sondern sich mit 15 an einer Spindel stechen und 100 Jahre schlafen.

In meiner therapeutischen Laufbahn habe ich einige Patienten gehabt, die behauptet haben, sie seien verhext worden. Einige waren paranoid, aber andere erzählten mir Begebenheiten, wo ihnen eine Person in einer emotional bedeutsamen Situation etwas Schlechtes vorhersagte, und sie sich an diese Vorhersage gebunden fühlten. So entwickelte z. B. ein Mann nach einer entsprechenden Verwünschung eine Gangstörung.

Verwünschungen wirken vor allem dann, wenn sie in emotional bedeutsamen Situationen ausgesprochen werden.

8.7 Plötzliche Veränderungen des Lebensstils

Für Psychotherapeuten, die sich oft mit ihren Patienten abmühen, ohne dass sich sichtbare Veränderungen zeigen, ist es ein Ärgernis, wenn Menschen davon berichten, dass sie eine Begegnung mit einer bedeutsamen Person, die als Guru oder in Besitz eines besonderen Wissens oder besonderer Fähigkeiten wahrgenommen wird, das Leben grundlegend verändert habe. Mögen einige dieser Schilderungen auf Übertreibung beruhen oder Geschichten sein, die erzählt werden, um sich interessant zu machen, so sind andere durchaus ernst zu nehmen. Betrachte man die Situation, in der sich ein Mensch befindet, der nach einer Lösung für eine schwierige Lebenssituation sucht, und sich um die Begegnung mit einem Guru bemüht, von dem er schon viele Wunderdinge gehört hat. Oft befindet er sich über Wochen in einem Aschram, ohne den Weisen überhaupt zu Gesicht zu bekommen. Oft bedarf es mehrerer Anläufe, um endlich eine persönliche Audienz zu bekommen. Oft muss der Betreffende dann lange vor der Türe warten, bis der Weise bereit ist, ihn zu empfangen, oder eine große Anzahl anderer Jünger sind anwesend. Es entsteht die Situation des Außergewöhnlichen. Der Ratsuchende befindet sich wie auf eine Bühne, wo er die Blicke der Umstehenden auf sich gerichtet empfinden kann. Was immer der Guru nun in sorgfältig ausgesuchten Worten sagt, wird ihm im Gedächtnis bleiben. Ist es etwas Passendes, so kann es der Punkt sein, an dem sich ein Leben in eine neue Richtung bewegt.

Man sollte nicht alle Erzählungen über plötzliche Veränderungen nach Begegnungen mit weisen Personen für Fabulierungen halten. Oft beschreiben sie genau das, was abgelaufen ist.

8.8 Bühnenhypnose und Wunderheilungen

Bühnenhypnotiseure und Wunderheiler machen sich den Bühnen- und Publikumseffekt gezielt zunutze. Auf einfachste Suggestionen reagieren die sich auf der Bühne befindenden Personen in bemerkenswerter Weise. Es entstehen hypnotische Phänomene, die ein Kliniker in seinem Therapiezimmer nur unter erheblich größerem Aufwand und großer Geschicklichkeit zuwege bringt. Im Therapieraum fehlt der beeindruckende Rahmen und fehlt das die Bedeutung der Situation verstärkende Publikum.

Vor einigen Jahren war ich bei einer Show eines Bühnenhypnotiseurs. Er begann mit einer Reihe von billigen Mental-Zaubertricks, die dem Publikum als Beweis für seine Fähigkeit Gedankenlesen zu können, präsentiert wurden. So forderte er die Zuschauer auf, wichtige, bedeutsame Lebensfragen auf einem Zettel zu notieren, und die Zettel daraufhin zusammenzufalten, damit er sie nicht lesen könne, denn er wolle versuchen den Inhalt mithilfe seiner mentalen Fähigkeiten allein durch Konzentration auf die zusammengefalteten Zettel zu erraten. Zehn dieser zusammengefalteten Papiere sammelte er daraufhin in einem Zylinder, ging mit ihnen zurück auf die Bühne, um kurz darauf unvermittelt loszubrüllen: Wer hat hier einen elften Zettel reingesteckt. Man beachte auch hier die Inszenierung. Das Gebrülle und die Anschuldigung erzeugen bei den Zuschauern augenblicklich Stress, was zu einer mit Altersregression (man fühlt sich wie in der Schule) verbundenen, schuldhaften nach Innenschau führt (ich war es nicht) und verhindert, dass man über das nachdenkt, was gerade geschieht. So fällt einem nicht auf, dass niemand in

der Lage ist, gleichzeitig Zettel in einem Zylinder zu mischen und zu zählen. Während er nun diesen angeblich elften Zettel (es war natürlich einer aus dem Publikum) entfaltete und den Inhalt las, forderte er den vermeintlichen Bösewicht auf, sich zu melden, was dieser auch tat. Es war offensichtlich jemand, mit dem er sich abgesprochen hatte. Er ermahnte ihn mit erhobenem Zeigefinger: »Wenn sie das noch einmal tun, fliegen sie aus meiner Show«. Insofern eine überflüssige Drohung, da dieser dies wahrscheinlich bei jeder Show tat und tun musste, denn sonst verließen den Meister die Fähigkeiten Gedanken zu lesen. Nach diesem einschüchternden und für das Publikum beeindruckenden Schauspiel ließ er eine verschüchterte Frau auf die Bühne kommen, die er prompt von ihren Halsschmerzen kurierte.

8.9 Prophezeiungen als Suggestionen

Das verhängnisvolle Ergebnis von Bühnenhypnosen und die Auswirkungen von negativen Prophezeiungen demonstriert das folgende Fallbeispiel:

Fallbeispiel

Ein 65-jähriger Patient bat mich aufgrund seiner schweren Herzrhythmusstörungen um Hilfe. Er gab an, dass die Störungen plötzlich und unerwartet vor einem Jahr entstanden seien, und er seit dieser Zeit in ärztlicher Behandlung sei. Mittlerweile habe er zwei renommierte Spezialisten in Norddeutschland konsultiert. Deren Therapie habe die Störung zwar etwas gemildert, aber nicht beseitigt.

Mittlerweile sei ihm der Verdacht gekommen, seine Herzrhythmusstörungen seien in Zusammenhang mit einer Begebenheit vor 41 Jahren zu sehen. Was war damals geschehen? Der Patient hatte an einer Bühnenhypnose teilgenommen, die ein Bühnenhypnotiseur, der sich Hanussen II nannte, durchgeführt hatte. (Hanussen I war ein berühmter Bühnenhypnotiseur zur Jahrhundertwende. Später versuchten einige, in seinem Fahrwasser ihr Geld zu verdienen.) Wie er erzählte, erwies er sich auf der Bühne als nicht hypnotisierbar. Gleichfalls interessierte er sich für die Person des Hypnotiseurs und suchte diesen am nächsten Tag noch einmal auf. Er begann ihm verschiedene Fragen zu stellen. Dann habe ihn der Teufel geritten und er habe frei nach Faust »zwar weiß ich viel, und doch will ich alles wissen« den Hypnotiseur gefragt: »Wie viel Jahre werde ich noch leben?« Der Hypnotiseur habe gezögerte, ihm eine Antwort zu geben, (er wusste es ja auch nicht) da er aber nachsetzte, gab der Hypnotiseur ihm schließlich die Antwort: »Noch genau 40 Jahre.«

Dies wirkt als Suggestion nur dann, wenn der Betroffene aus dieser Äußerung eine Suggestion macht. Ich habe den Patienten daraufhin gefragt: »Wie haben Sie reagiert, was ist in Ihnen abgelaufen?« Er erwiderte, er habe zu sich selbst gesagt: »Ich werde stärker als das Schicksal sein!«

Der hypnotherapeutisch Geschulte erkennt leicht die fatalen Implikationen dieses Satzes. Ich werde stärker als das Schicksal sein impliziert zweierlei. Erstens, es ist das Schicksal in 40 Jahren zu sterben. Zweitens, das Schicksal ist stark, denn sonst müsste man nicht stärker sein. Es ist nun zu erwarten, dass der Betroffene, wenn die Zeit gekommen ist, beginnt, gegen einen unsichtbaren Feind in seinem Körper zu kämpfen. Dies wird die funktionalen Kreisläufe durcheinanderbringen. Eine Störung des Herzens als für sein Weiterleben wesentliches Organ erscheint als das Wahrscheinlichste.

Die Therapie erwies sich als äußerst einfach. Die impliziten Bedeutungen und Auswirkungen der unglücklichen Eigensuggestion wurden dem Patienten bewusst gemacht. Der Patient wurde dann in Trance geleitet (er erwies sich als gut hypnotisierbar). Dann wurde das Unbewusste des Patienten gebeten, die alte Suggestion durch eine neue bessere zu ersetzen. Der Patient wurde angewiesen, neugierig zu sein, welche Suggestion er finden werde. Ganz von selbst (ideodynamisch) kam ihm der Satz: »Dein Herz schlägt stark, kräftig und gleichmäßig.« Besser hätte ich es ihm auch nicht vermitteln können. Ihm wurde dann gesagt, dass er diesen Satz mitnehmen könne, und dass sein Unbewusstes ihn mit diesem Satz begleiten werde, und er ihn immer bei sich habe und ihn innerlich hören werde, sodass sein Herz ganz beruhigt sein könne und seinen Rhythmus wieder finden werde.

Der Patient berichtete in der zweiten Sitzung, dass seine Beschwerden verschwunden seien, und bei den kardiologischen Untersuchungen keine Anomalien mehr zu finden gewesen seien. Nach 3 Sitzungen wurde die Therapie beendet. Der Zustand des Patienten ist bis heute ausgezeichnet.

Der Fall demonstriert, dass es Suggestionen für sich genommen nicht gibt. Eine Suggestion ist vielmehr eine Botschaft, aus welcher der Empfänger eine Suggestion macht. Man könnte auch sagen, der Empfänger schafft sich seine Suggestion.

Jede Hypnose ist letztendlich Selbsthypnose. Jede Suggestion ist Selbstsuggestion.

8.10 »Therapiegurus« und Besserwisser

Der Therapeut Bert Hellinger war ein Meister großer Inszenierungen. Viele Jahre hielt sich das Gerücht, er gebe sein letztes Seminar. Ich selbst war bei einem, das als sein Allerletztes angekündigt war. Es war wirklich etwas Besonderes, emotional bewegend, getragen von einem sich immer wieder herstellenden Spannungsbogen, dabei voll geheimnisvoller Andeutungen und plötzlich erscheinender Zusammenhänge. Der Bühneneffekt der Aufstellungen hat mich schon damals beeindruckt, und die Wirkung auf die Protagonisten war nicht zu übersehen. Ich erinnere mich gut an die gemachten Prophezeiungen bezüglich der weiteren Verläufe in meiner Familie. Interessanterweise ist nicht eine der prophezeiten Ereignisse eingetroffen.

Bert Hellinger arbeitete nicht selten vor mehr als 300 Zuschauern. Patienten wie Zuschauer kamen oft von weit her angereist. Einige verfolgten ihren Lehrmeister durch ganz Deutschland. Die Aufstellungen wurden meist gut sichtbar für alle Anwesenden auf einem bühnenähnlichen Podest inszeniert. Egal was ein Psychotherapeut in einer solchen Situation sagt, der Patient wird es Jahre später noch wissen.

Fallbeispiel

Auf einer Bühne vor ca. 400 Zuschauern in Leipzig arbeitete Bert Hellinger mit einem Ehepaar, das sich scheiden lassen wollte und sich nicht einig werden konnte, bei wem die 4 Kinder bleiben sollten. Nach einer kurzen Familienaufstellung zeigte Hellinger mit dem Finger auf die Frau und sprach: »Hier ist ein kaltes Herz. Diese Frau wird gehen!« (In Hellinger-Sprache: an Krankheit sterben oder sich suizidieren) Die Frau ging daraufhin wie betäubt von der Bühne. Am nächsten Tag hat sie sich suizidiert.

Eine Person, die in aller Öffentlichkeit behandelt wird, ist in besonderer Weise schutzbedürftig, da sie sich in dieser Wiese bloßgestellt nur unzureichend gegen die Suggestionen des Behandlers wehren kann.

8.11 Die Bedeutung der Reputation des Therapeuten

Ich selbst habe vor Ausbildungsgruppen mit Patienten von Ausbildungsteilnehmern gearbeitet. Selbst schwierigste Patienten entwickelten eine erstaunliche Compliance und waren für therapeutische Botschaften und Angebote zugänglich, die sie bei ihrem Vor-Ort-Therapeuten immer abgelehnt hatten. In Wien habe ich eine Zeit Live-Therapien mit Patienten durchgeführt, mit denen die österreichischen Kollegen, allesamt erfahrene und hochqualifizierte Therapeuten, gescheitert waren. Der Patient saß umringt von den Zuschauenden in dem Wissen, dass nun der kommen würde, von dem alle anderen lernen wollten. Nicht nur, dass dieser Lehrtherapeut kein Wiener war, er war nicht einmal Österreicher, also zweifellos ein international renommierter Therapeut. Wenn dieser es nicht schaffen würde, etwas zu verändern, dann konnte man an der eigenen Veränderungsbereitschaft und dem Sinn jeglicher therapeutischer Angebote zweifeln. In einer solchen Situation besteht wenig Motivation offenen Widerstand gegen die therapeutischen Angebote zu zeigen, noch die therapeutischen Angebote scheitern lassen. Vielmehr bestand die Gelegenheit alle Anwesenden durch plötzliche Veränderungen der langjährigen Symptomatik zu verblüffen, und damit zu deutlich zu machen, dass man immer bereit gewesen ist, mitzuarbeiten und etwas zu verändern.

Ebenso wie ein Therapeut, der von weit her angereist ist, bei einem Patienten mehr bewirken wird, wird ein Patient, der eine weite Anfahrt und hohe Kosten in Kauf nimmt, um einen ganz bestimmten Therapeuten zu konsultieren, eine höhere Bereitschaft entwickeln, sein Problem zu lösen. Raucherentwöhnungen um die Ecke zu geringen Kosten oder gar umsonst, können schwerlich eine jahrzehntelange Raucherkarriere beenden, wo schon viele erfolglose Versuche abstinent zu werden hinter sich gebracht wurden. Es ist einfach nichts Besonderes, sich so einen Therapeuten zu leisten.

Dass, das was etwas kostet, kunstvoll inszeniert ist, und wenn möglich vor einem großen Auditorium und in teueren Hotels präsentiert wird, entfaltet aus sich heraus einen therapeutischen Effekt. Auch zu Erickson musste man mühsam anreisen und sich einen der wenigen Termine sichern. Egal was der Meister dann sagte, es war therapeutisch.

Die Inszenierung des therapeutischen Angebots bestimmt in einem wesentlichen Maße dessen Effektivität.

Der unter normalen Bedingungen arbeitende Therapeut muss feststellen, dass er eine derartige Wirkung seiner Worte nur in Ausnahmefällen erzielen wird bzw. Ähnliches nur unter bestimmten Voraussetzungen zuwege bringt. Davon im Folgenden mehr.

8.12 Förderung der Reaktionsbereitschaft durch Konfusion

Der im normalen Klinik- oder Therapiesetting arbeitende Therapeut muss auf die Suggestionen fördernde Wirkung des Kontextes in der Regel verzichten. Gleichfalls gibt es auch in diesem Rahmen Möglichkeiten, die Aufmerksamkeit und die Compliance des Patienten zu erhöhen. Erickson erwähnte einmal, dass jede Hypnose und auch jede Therapie ein klein wenig Konfusion enthalten sollte. Erickson selbst verwirrte seine Patienten auf verschiedenste Weise, um ihre Reaktionsbereitschaft zu fördern. Er nutzte die Besonderheit einer Situation für seine therapeutischen Interventionen.

So stocherte er mit seinem Gehstock, gehbehindert, wie er war, einem wohlsituierten, sehr auf Etiketten achtenden Patienten zwischen den Beinen herum. Dieser geriet derart in Verwirrung und Erregung, dass er eine große Bereitschaft entwickelte, den darauf folgenden Tranceinduktionen zu folgen.

Man beachte bei diesem Beispiel die besonderen Merkmale des Therapiesettings. Vor dem Patienten sitzt ein stark behinderter Mann, mit einer Behinderung, die ihn hilflos und ungefährlich macht. Man erwartet von so einer Person ein eher zurückhaltendes vorsichtiges Verhalten. Im Gegensatz dazu nutzt Erickson gerade seine Behinderung für einen Eingriff in den persönlichen Raum des Patienten. Würde eine nichtbehinderte Person Derartiges tun, wäre es ein Angriff oder ein Übergriff. Da dies nicht von einem Behinderten zu erwarten ist, wirkt es paralysierend, da der Patient nicht weiß, wie er sich verhalten soll. Gleichzeitig entsteht eine ähnliche Situation wie auch bei der Bühnenhypnose. Der Patient sucht nach etwas, was er nun tun kann, um die Unsicherheit zu beenden, und ist zugänglich für die Vorschläge des Therapeuten.

8.13 Emotionale Relevanz durch Provokation

So respektvoll Erickson seinen Patienten gegenüber war, so liebte er es, sie zu foppen und zu provozieren.

Fallbeispiel

Einer Studentin musste bei einer Vorlesung an die Tafel, wobei ihr vor Aufregung ein Pups entflog. Sie errötete zutiefst, rannte aus dem Vorlesungssaal und traute sich vor Scham nicht mehr auf die Straße. Erickson erfuhr, dass sie eine konvertierte Katholikin war. Offenbar nahm sie den Glauben sehr ernst. Er entgegnete ihr, er glaube nicht, dass sie eine gute Katholikin sei. Sie sei nicht nur keine gute Katholikin, er glaube, sie sei nicht einmal eine gute Christin. Er sei der Überzeugung, sie habe keinen Respekt vor Gottes Werk. Die Patientin reagierte erregt und entrüstet. Er fragte sie daraufhin, ob es dann, wenn er ihr nachweise, dass sie keinen Respekt vor Gottes Werk habe, in Ordnung sei, ihr eine Aufgabe zu geben, damit sie Respekt bekäme. Sie bejahte. Er fragte sie daraufhin, ob es nicht für einen Menschen schwer sei, ein Ventil zu konstruieren, das Festes nur auf Kommando durchlässt, und während es Festes zurückhält gleichzeitig Gasförmiges durchlässt. Dies sei schließlich Gottes Werk, und er habe nun die folgende Aufgabe für sie. Sie solle nach Hause gehen und sich mexikanische Bohnen mit Speck machen (dieses werden in der Marine wegen ihrer blähenden Wirkung »Pupsbohnen« genannt). Dann solle sie sich nackt ausziehen und warten auf »Gottes Werk«. Man kann sich fragen, warum die Patientin sich nackt ausziehen solle, um auf »Gottes Werk« zu warten. Auf indirekte Weise wird ihr vermittelt auch dein Körper, deine Nacktheit und deine Sexualität sind Gottes Werk.

Ein schönes Beispiel der Wirkung von Provokationen und Musterunterbrechungen liefert die folgende Anekdote.

Fallbeispiel

Eine Verhandlung zwischen zwei Großkonzernen hatte sich festgefahren. Die beiden Verhandlungsparteien untermauerten ihre Standpunkte mit immer neuen Folien, die sie per Beamer an die Wand warfen. Irgendwann reichte es dem Chefverkäufer der einen Partei. Er ging mit einem Haufen Folien in der Hand nach vorne und verkündete: Ich könnte jetzt genau wie meine Vorgänger hier ein paar Folien an die Wand werfen. Nahm mit diesen Worten die Folien und warf sie alle an die Wand. Dann wandte er sich an die verdutzten Anwesenden mit den Worten: »Oder aber wir kommen jetzt zur Sache. Das ist unser Angebot, das ist der Preis, den wir dafür berechnen, und nun liegt es an Ihnen, es anzunehmen oder sich klar dazu zu äußern.« Daraufhin kam Bewegung in die Verhandlung.

Durch Provokation kann man eine Situation emotional aufladen, Aufmerksamkeit fokussieren und die Bedeutsamkeit einer Botschaft steigern.

8.14 Steigerung der Aufmerksamkeit durch Bildung eines Spannungsbogens

Die Aufmerksamkeit und emotionale Beteiligung eines Patienten lässt sich durch die Schaffung eines Spannungsbogens fördern. Wichtige therapeutische Inhalte werden dabei nicht direkt und unmittelbar vermittelt, der Therapeut kündigt vielmehr an, dass er nun etwas Bedeutsames sagen oder tun werde, zögert den Zeitpunkt dafür aber bewusst heraus und spannt den Patienten so auf die Folter:

Fallbeispiel

»Gestern habe ich Ihr Problem mit meinen Kollegen besprochen und die haben gesagt, dass es dafür eine einfache Lösung gibt, sie hatten nur Zweifel, ob Sie eine einfache Lösung akzeptieren. Ich habe gesagt, das könnte ich mir schon vorstellen, gleichzeitig könnte es sein, dass Sie überrascht sind, wenn ich es Ihnen vorschlage. Auch habe ich überlegt, ob ich Ihnen dies heute schon mitteilen soll, denn wenn Sie es hören, werden Sie womöglich sagen, was so einfach soll das sein? Vielleicht werden Sie es auch gar nicht ausprobieren wollen. Sie werden sich sicher nun fragen, was es ist, denn wie soll man denn glauben, dass eine einfache Lösung möglich ist. Also, ich an Ihrer Stelle wäre skeptisch, wenn man mir so etwas ankündigen würde. Vielleicht würde ich es gar nicht hören wollen. Oder wenn, dann würde ich sagen, na erzählen Sie mal, was Sie sich da ausgedacht haben, was soll das schon sein.«

Kommt dann endlich die lange angekündigte Botschaft, ist sie emotional relevant, denn endlich hat die Qual des Wartens ein Ende.

Amerikanische Manager, in diesen Kommunikationsstrategien offenbar nicht untrainiert, nutzen die Schaffung eines Spannungsbogens und der emotionalen Aufladung einer bestimmten Situation für die Platzierung wichtige Botschaften. Ein amerikanisches Unternehmen übernahm einen deutschen Medienkonzern. Ein Manager aus dem amerikanischen Mutterkonzern wollte sich ein Bild von dem Zustand des deutschen Unternehmens machen und besuchte die deutsche Zentrale. Die Deutschen bemühten sich, dem amerikanischen Gast die Probleme des Konzerns nahe zu bringen und präsentierten ein Problemschaubild nach dem anderen. Nach der 9. Problempräsentation platzte dem Amerikaner der Kragen und er brüllte unvermittelt in voller Lautstärke: »I don't want your fucking problems!« Daraufhin Entsetzen und lähmende Stille bei allen Anwesenden. Daraufhin er mit ruhiger Stimme: »I want solutions.« Bei der nächsten Konferenz präsentierten die Deutschen Lösungs- statt Problemcharts.

Legendär ist der Auftritt des obersten operativen Chefs von Microsoft Steve Ballmer vor tausenden Mitarbeitern. Begleitet von einer martialischen Musik stürmte er auf die Bühne, vollführte dort unverständliche Laute brüllend einen Feixtanz. Schließlich stand er außer Atem am Mikrophon, und es vergingen Sekunden, in denen er jappsend nach Luft rang, bis er endlich wieder bei Stimme dem Publikum verkündete: »I have four words for you. I love this company!«

Wenn Du etwas Wichtiges zu sagen hast, sichere Dir die Aufmerksamkeit Deiner Zuhörer und hinterlasse einen emotional bewegenden und dadurch bleibenden Eindruck.

8.15 Rituale als Kontext für Suggestionen

Vor vielen Jahren habe ich einmal mit Tarotkarten experimentiert, mir das nötige Grundwissen über die Bedeutung der einzelnen Kartensymbole angeeignet. Dann habe ich einigen meiner Bekannten, von denen ich glaubte, man müsse ihnen mal etwas Gutes tun, die Karten gelegt. Die Bilder und Symbole des Tarots lassen sich deshalb gut als Verpackung therapeutischer Botschaften benutzen, da sie mehrdeutig sind und viel Interpretationsspielraum liefern. Um den Eindruck des Rituals zu vergrößern, aktivierte ich bei meinem Gegenüber zuerst eine Handlevitation und ließ die Hand über die ausgebreiteten Karten wandern, dies mit der Instruktion, aufzupassen, wo ein Finger wie von selbst zuckt und sich die Hand zu der Karte senkt. Die Eigendynamik und Unwillkürlichkeit der Bewegung ist für den Betreffenden sehr beeindruckend und etwas wirklich Besonderes. Den unwillkürlich gewählten Karten wird eine magische Bedeutung zugeschrieben, was zur Aktivierung von inneren Suchprozessen führen kann (z. B.: Die Karten bedeuten: »Du hast mehr Möglichkeiten, als Du denkst, und kannst Fähigkeiten in Dir entdecken, die Du in so unterschiedlicher Weise nutzen kannst«). Die über die Karten gegebene Botschaft wirkt als anhaltende Suggestion. Eine junge Frau machte sich nach einer solchen Sitzung selbstständig und leitet heute ein erfolgreiches Kleinunternehmen, was ihr tatsächlich niemand zugetraut hat.

Religiöse Rituale, Initiationsriten, Hochzeits- und Taufrituale, militärisches Brimborium, Magie und Mentalzauberei schaffen einen Kontext der Faszination und des Außergewöhnlichen. Sie fokussieren die Aufmerksamkeit der Beteiligten, aktivieren intensive Vorstellungen, innere Bilder und intensive Gefühle und Emotionen. Das geschilderte Dornröschen-Ritual für das neugeborene Kind oder die Heilrituale der Schamanen liefern Beispiele für ihre Wirkung.

Das Ritual liefert einen perfekten Rahmen für die Platzierung von Suggestionen.

8.16 Nutzung der Rahmenbedingungen

Milton Erickson war in bemerkenswerter Weise in der Lage, die besonderen Rahmenbedingungen für therapeutische Prozesse nutzbar zu machen. Das folgende Beispiel verdeutlicht die suggestive Wirkung eines einzigen Satzes im rechten Moment.

Auf dem ersten Erickson-Kongress 1981, kurz nach Ericksons Tod, trat ein New Yorker Rechtsanwalt an das Rednerpult und berichtete über seine Begegnung mit Erickson als 10-jähriger Junge. Er schilderte, er sei damals in diesem jungen Alter hochgradig kriminell gewesen und trotz intensiver Betreuung durch einen Sozialarbeiter immer wieder rückfällig geworden. Sein Sozialarbeiter sei schließlich an ihm verzweifelt und habe ihn auf einen Kongress mitgenommen, auf dem Erickson einen Vortrag hielt, in der Hoffnung Erickson wisse vielleicht, was man machen könne.

Er beschrieb weiter, wie er als 10-Jähriger in den Vortragssaal geführt wurde, nur Erwachsene, er selbst das einzige Kind, dass von allen angeschaut wurde. So wurde er durch die vielen Reihen bis ganz nach vorne bis auf das Podium geleitet, wo Erickson saß. Dieser habe ihn ganz langsam von oben nach unten angeschaut, ihn dann fixiert und dann gesagt: »Von Dir habe ich ja schon jede Menge gehört. Und wie ich gehört habe, steckst Du in einem ganz schönen Schlamassel. Und weißt Du was? Ich habe keine Ahnung, wie Du es schaffst, da wieder herauszukommen.« Neben der kunstvoll verwendeten Implikation, die dieser Satz enthält (wie Du es schaffst, da wieder heraus zu kommen), sind es die für ein Kind einzigartigen Rahmenbedingungen, die diesem Satz die Wirkung verleihen, sodass er bis ins Erwachsenenalter erinnert wird.

Der New Yorker Rechtsanwalt erzählte, sein Leben habe sich von diesem Augenblick eine andere Ausrichtung bekommen. Er sei wie betäubt wieder zurück durch all die Reihen gegangen, und habe nur noch darüber nachgedacht, wie er aus dem Schlamassel wieder herauskommen könnte, aus der Vortragshalle und aus dem Schlamassel in seinem Leben.

Es kommt nicht nur darauf an, was Du sagst, sondern manchmal mehr darauf an, wie man es sagt, und wann man es sagt.

8.17 Hypnose und die Entstehung von Suggestionen

Ähnliches schafft die Arbeit mit Hypnose und Trance. Hypnose fokussiert die Aufmerksamkeit des Patienten. In Trance erhöht sich die Farbigkeit und Lebendigkeit innerer Bilder, werden Affekte und Gefühle des Patienten intensiviert. Der Patient erzielt eine emotional relevante Erfahrung. Er erlebt vieles als unwillkürlich und sich von selbst vollziehend. Der Patient ist mal verwirrt, mal gespannt, mal überrascht, mal verwundert über das, was geschieht.

Trance gibt den therapeutischen Botschaften den besonderen Rahmen. Die Botschaft an den Patienten ist: Achtung hier passiert etwas Besonderes, also aufgepasst! Dies vermindert die Gefahr, dass die Therapie zu einer erneuten Station der erfolglosen Bemühungen des Patienten wird. Viele meiner Patienten haben eine Odyssee bei einer Fülle von Behandlern hinter sich, ohne dass sich an ihrer Symptomatik irgendetwas geändert hat. Bei Patienten, die einen besonders hoffnungslosen Eindruck machen, oder die sich sehr negativ über frühere Therapeuten äußern, beginne ich meist schon in der ersten Sitzung mit Hypnose. Die Reaktionsbereitschaft ist gerade in der ersten Sitzung, in der alles neu und ungewohnt ist, besonders hoch.

Die verstärkte fokussierte Aufmerksamkeit auf das innere Geschehen und die therapeutischen Angebote verleiht der therapeutischen Arbeit mehr Relevanz und Bedeutung. Dies fördert die Bereitschaft die Angebote anzunehmen wie auch deren suggestive Wirkung.

Hypnotherapie schafft mithilfe von Trance einen Rahmen des Besonderen und wirkt nicht zuletzt durch die Entwicklung einer emotional bedeutsamen Erfahrung.

8.18 Suggestionen ohne Trance?

Gibt es also Suggestionen ohne Trance und Suggestionen mit Trance. Haben Suggestionen vielleicht mit Trance nichts zu tun?

Trancezustände treten in verschiedenster Form auf. Fälschlicherweise wird Trance oft mit Entspannung gleichgesetzt. Tatsächlich finden wir Trancezustände in vielen Alltagssituationen, die nichts mit Entspannung zu tun haben. Am Computer oder bei der Betrachtung eines Films oder einer spannenden Sequenz eines Sportereignisses geraten Menschen in Trance, vergessen Ihre Umgebung und verlieren jegliches Zeitgefühl. Marathonläufer laufen sich, Derwische tanzen sich in Trance. All diesen verschiedenen Trancezuständen gemeinsam ist die fokussierte Aufmerksamkeit.

Betrachten wir die in diesem Beitrag beschriebenen Situationen und Kontexte, welche die Suggestibilität von Personen fördern, so fällt auf, dass in all diesen Trance spontan und ohne explizite Induktionen entsteht. Ein Patient, der von einem Arzt eine lebensentscheidende Diagnose erhält, verfolgt die Worte des Arztes in gleicher Weise mit fokussierter Aufmerksamkeit wie der Eingeborene die Worte seines Schamanen. Auf der Bühne des Bühnenhypnotiseurs sind viele Versuchspersonen schon in Trance, wenn sie die Bühne betreten, ebenso die Patienten eines berühmten Therapeuten, der vor großem Publikum seine Therapien demonstriert. Rituale, spannende Geschichten, Konfusion und Provokation sind Trance induzierend und schaffen Rahmenbedingungen für die Entstehung von Suggestionen.

In emotional bedeutenden Situationen entstehen Trancephänomene spontan ohne spezifische Induktionen. Trance ist oft die Voraussetzung für entscheidende Veränderungen und die Entwicklung des Ungewöhnlichen.

Gibt es also Suggestionen ohne Trance? Vielleicht durch häufiges Wiederholen ein und desselben. In Trance reicht es oft, eine Botschaft einmal zu geben – und sie wirkt.

9

Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe

Clemens Krause

9.1 Theoretische Grundlagen – 105

9.2 Moderne Hypnoseskalen – 106

9.3 Hypnotisierbarkeit, Dissoziation und Psychopathologie – 109

9.4 Auswirkungen der Hypnotisierbarkeit auf den Therapieerfolg – 115

9.5 Neurophysiologische Korrelate der Hypnotisierbarkeit – 117

9.6 Beeinflussung der Hypnotisierbarkeit – 119

9.7 Eine Hypnotisierbarkeit oder mehrere? – 124

9.8 Diskussion – 126

9.1 Theoretische Grundlagen

Zirkuläre Definitionen der Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und der Trancetiefe tragen dazu bei, dass diese Konzepte schwer voneinander abgrenzbar sind. Da die Begriffe Hypnotisierbarkeit, Empfänglichkeit für Hypnose und hypnotische Reaktionsbereitschaft meist synonym verwendet werden (Kirsch u. Council 1992; Weitzenhoffer 1989b), soll auch an dieser Stelle nicht zwischen ihnen unterschieden werden. Hypnotisierbarkeit wird von Weitzenhoffer (1989a,b) als die Fähigkeit eines Individuums bezeichnet, hypnotisiert zu werden und/oder eine bestimmte Tiefe in Hypnose zu erreichen. Auch Hilgard (1981) betont, dass der Begriff Empfänglichkeit für Hypnose sich auf das hypnotische Talent bzw. Potenzial einer Person bezieht. Diese Definitionen implizieren, dass Hypnotisierbarkeit eine stabile Persönlichkeitsvariable ist, obwohl sie durchaus für situative Einflüsse sensibel ist (s. unten). Die Messwerte werden anhand einer Standardprozedur erhoben und lassen Vorhersagen zu, in welchem Ausmaß eine Person zukünftig auf hypnotische Suggestionen reagieren wird.

Der Begriff Suggestion leitet sich aus dem Lateinischen »sub-gerere« bzw. »suggerere« ab, wörtlich übersetzt mit »unterschieben«. Während im Englischen und im Französischen »to suggest« bzw. »sugérer« eher im positiven Sinne von »vorschlagen« gebraucht wird, hat suggerieren im Deutschen eine überwiegend negative Konnotation im Sinne von »einblasen, einflüstern« (Peter 1996d). Suggestionsphänomene sind keineswegs auf das Gebiet der Hypnose begrenzt und nicht alle Formen der Suggestibilität weisen eine Verbindung zur Hypnotisierbarkeit auf (Evans 1989). Andererseits basieren bis auf wenige Ausnahmen alle bekannten Hypnotisierbarkeitsskalen auf Suggestionitems. Gheorghiu (1996) führt an, dass alle psychophysiologischen Abläufe auf suggestivem Wege beeinflusst werden können. Im Alltag sind im zwischenmenschlichen Bereich ständig suggestive Beeinflussungsprozesse wirksam, ob in direkten oder indirekten, verbalen oder nonverbalen Formen. Suggestionalen Prozessen kommt eine große Bedeutung zu, um Ambiguität und Ungewissheit aufzulösen. Oft befinden wir uns in Situationen, die durch mangelnde Klarheit und Sicherheit gekennzeichnet sind. Fehlen Anhaltspunkte für wichtige Entscheidungen und ist unsere Fähigkeit begrenzt, Vorhersagen zu machen und Kontrolle auszuüben, spielen Suggestionsphänomene eine wichtige Rolle, indem sie unser Verhalten und Erleben beeinflussen. Um die Kriterien einer Suggestion zu erfüllen, muss für den Empfänger zumindest virtuell die Möglichkeit bestehen, anders zu reagieren als in der suggerierten Weise. Außerdem wird gefordert, dass die Reaktion unwillkürlich erfolgen muss (Peter 1993b; Weitzenhoffer 1989b). Gheorghiu definiert Suggestibilität als »die Fähigkeit, auf Suggestion zu reagieren bzw. als den Bereich, der sich mit interindividuellen Unterschieden dieser Reaktionsbereitschaft auseinandersetzt« (Gheorghiu 1996, S. 126). Hypersuggestibilität, d. h. das Ansteigen der Reaktionsbereitschaft nach einer Hypnoseinduktion, galt einige Zeit als die Essenz der Hypnose (Kossak 1993), jedoch beinhaltet ein Erfassen dieses Phänomens praktische und psychometrische Probleme (Hilgard 1981). Mit Beginn der Untersuchung von Hypnose mit Hilfe von modernen experimentellen Designs griff Barber (1969) die Idee von Bernheim (1917) auf, dass eine formale Hypnoseinduktion zum Erzeugen hypnotischer Phänomene nicht notwendig ist und dass es auch durch nichthypnotisches Vorgehen möglich ist, Hypersuggestibilität zu erzielen. Hypnotisierbarkeit wurde schließlich definiert als Suggestibilität relativ zur Induktion einer Hypnose (Weitzenhoffer 1980). Das ist aber lediglich »hypnotische Suggestibilität«, nicht notwendigerweise Hypnotisierbarkeit. Streng genommen müsste man Suggestibilität zunächst ohne und dann mit Hypnose bestimmen, um aus dem resultierenden Wert die Hypnotisierbarkeit zu errechnen. Das ist jedoch aufwendig und bisher nicht geschehen, vielleicht auch deshalb nicht, weil Suggestibilität ohne Hypnose mit Suggestibilität nach einer Hypnoseinduktion normalerweise sehr hoch korreliert. Wird die Suggestibilität ohne Hypnose aus der hypnotischen Suggestibilität herausgerechnet, so ergibt sich ein unerwartetes Bild. So zeigten 29% der Probanden keine Veränderung. Darunter waren auch Hochsuggestible, die durch Hypnose keine Steigerung der Suggestibilität erfuhren und somit eigentlich nicht hypnotisierbar sind. Bei 46% zeigte sich eine Steigerung der Suggestibilität durch Hypnose, bei 25% aber sogar eine Verringerung der Suggestibilität in Hypnose, was bedeutet, dass eine Hypnoseinduktion der Suggestibilität bei manchen

Personen abträglich sein kann (Braffman u. Kirsch 1999).

Die Trancetiefe ist im Gegensatz zur Trait-Variable-Hypnotisierbarkeit eine Zustandsvariable (»state«) und kann im Verlauf einer Hypnosesitzung fluktuieren. Ihre Messung korreliert oft hoch mit Werten der Hypnotisierbarkeit (Tart 1970; Krause 2000). Während sich Messungen der Hypnotisierbarkeit häufig auf fremd beobachtete Reaktionen des Hypnotisanden stützen, wird die Trancetiefe durch Selbstbeobachtung erhoben.

Vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert war es üblich, die hypnotische Trance in Form von Stufenmodellen darzustellen, die 2–12 Stufen beinhalten. Die Stufenkonzeption ist ein Versuch, beobachtete hypnotische Phänomene zu klassifizieren und entlang einer Tiefendimension anzuordnen. Es wurde angenommen, dass der Hypnotisand beim Durchlaufen der einzelnen Stufen, die auf einem Wach-Schlaf-Kontinuum angesiedelt waren, zunehmend tiefer in Trance gelangt. Für tiefere Stufen wurden oft übersinnliche Fähigkeiten wie Hellsehen postuliert. Besonderes Interesse galt dem Somnambulismus, wie das Stadium tiefer Hypnose genannt wurde, in dem der Hypnotisand suggerierte Handlungen ausführte, für die er eine posthypnotische Amnesie entwickelte, dass für dieses Stadium der Begriff des »Schlafwandelns« übernommen wurde, zeigt die damals vorherrschende Vorstellung von Hypnose als künstlichem Schlaf oder schlafähnlichem Phänomen, eine Vorstellung, die sich bis in unsere Zeit hinein in den Instruktionen einiger Hypnoseskalen (z. B. »Stanford Hypnotic Susceptibility Scale«, SHSS Form A, B; Weitzenhoffer u. Hilgard 1959) gehalten hat.

Obwohl quantitative Messungen der Hypnotisierbarkeit erst in den 30er-Jahren dieses Jahrhunderts systematisiert wurden (Hull 1933), bestand das Wissen über individuelle Unterschiede in der Empfänglichkeit für Hypnose schon 100 Jahre früher; bereits 1819 hat Abbé Faria darauf explizit hingewiesen (Edmonston 1986). Einen Überblick über die Skalen des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts geben Edmonston (1986) und Council (2002). Die Meinung, dass theoretisch alle Menschen fähig sind, bedeutsame Trancezustände zu erreichen (Yapko 1984), wenn der Trancebegriff auf spontane Alltagstrancen ausgedehnt wird, birgt allerdings die Gefahr, den Begriff der Hypnose allzu sehr aufzuweichen, und kann dazu führen, die Verantwortung für den Therapieerfolg einer Hypnosebehandlung ausschließlich an den Therapeuten zu delegieren: Dieser müsse lediglich das Trancepotenzial seines Patienten anstoßen, damit die Behandlung erfolgreich verläuft, dass eine solche Ansicht nicht dem gegenwärtigen Stand der Hypnoseforschung entspricht und die Hypnotisierbarkeit eines Patienten sehr wohl Implikationen für das therapeutische Vorgehen hat, soll im Folgenden dargelegt werden.

Bei Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe handelt es sich um voneinander abgrenzbare Konzepte.

9.2 Moderne Hypnoseskalen

Hypnoseskalen sind einzigartig in der klinischen Praxis. Es gibt keine Skalen, die messen, inwiefern ein Patient z. B. für eine Psychoanalyse, für Verhaltenstherapie oder für Gesprächstherapie empfänglich ist. Wie schon erwähnt, gilt eine Person dann als hypnotisierbar, wenn sie fähig ist, Suggestionen in Hypnose auszuführen. Deshalb beinhalten die meisten Skalen, die Empfänglichkeit für Hypnose messen, Suggestionen zur Ausführung von klassischen hypnotischen Phänomenen (Peter 1993b).

Eine der ersten Skalen, die moderne testtheoretische Ansprüche erfüllte, war die »Stanford Hypnotic Susceptibility Scale« (SHSS: A, B; Weitzenhoffer u. Hilgard 1959). Sie ist wie ihre Nachfolgeinstrumente als Guttman-Skala konzipiert, d. h., die einzelnen Aufgaben sind nach aufsteigendem Schweregrad geordnet und die Erfüllung einer schwierigeren Aufgabe impliziert die Lösung aller leichteren. Auch wenn einige der Items nicht sehr trennscharf sind, fand die Skala großen Anklang unter Forschern und alle späteren Skalen wurden anhand der SHSS validiert. Mit der SHSS: C (Weitzenhoffer u. Hilgard 1962) erschien eine verbesserte Stanford-Skala. Ihre Anwendung erlaubt es, die Induktionsmethode zu verändern. Durch eine größere Anzahl an kognitiven Items ist dieser Test allerdings schwieriger als seine Vorgänger.

Die »Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility« (HGSHS; Shor u. Orne 1962) wurde aus der SHSS: A entwickelt und erfreut sich großer Beliebt-

heit, vor allem in der experimentellen Anwendung, da sie gestattet, auch größere Gruppen gleichzeitig zu testen. Induktion und Instruktionen können auch per Tonträger dargeboten werden (Piesbergen u. Peter 2005). Dadurch kann das Vorgehen standardisiert und eine angstfreie Atmosphäre geschaffen werden. Eine Normierung mit deutschen Probanden ist durch Bongartz (1985a) erfolgt. Die HGSHS ist aufgrund ihrer vielen Aufgaben zu kinästhetischen Phänomenen leichter als die SHSS: C. Register u. Kihlstrom (1986) ermittelten, dass nur 36% der Probanden, die auf der HGSHS als hochhypnotisierbar eingestuft werden, vergleichbare Werte auf der SHSS: C erreichen. Darum wird in der Forschung die Gruppenversion häufig als Screening-Test eingesetzt, um eine Vorauswahl unter Probanden zu treffen, die dann mit der SHSS: C einzeln weitergetestet werden. Piesbergen u. Peter (2005) unterzogen die Skala einer Faktorenanalyse und konnten die in einer früheren Studie gefundene Faktorenstruktur replizieren. Auf den ersten Faktor luden besonders Items, die suggestiv eine unwillkürliche, ideomotorische Bewegung initiieren, auf den zweiten Faktor Items, die »Challenge«-Suggestionen enthalten sowie ein Item zur auditiven Halluzination. Auf den dritten Faktor luden Items, die eine posthypnotische Suggestion enthielten (Hammer et al. 1963; Hilgard 1965). Kumar et al. (1996a) überprüften eine subjektive Bewertung der HGSHS-Items auf einer mehrstufigen Skala durch die Probanden und ermittelten auch für diese Vorgehensweise hohe Reliabilitäten. Allerdings ergibt sich daraus, im Vergleich zur konventionellen Erhebung, kein Erkenntnisgewinn hinsichtlich der gemessenen Hypnotisierbarkeit.

Die »Stanford Profile Scales« (SPS; Hilgard et al. 1963; Weitzenhoffer u. Hilgard 1967) stellen den Versuch dar, hypnotische Fähigkeit mit sehr schweren Items weiter zu differenzieren. Für Kinder wurde die »Children's Hypnotic Susceptibility Scale« (CHSS, London 1963) entwickelt.

Um sozialpsychologische Aspekte der Hypnotisierbarkeit zu erfassen, wurden parallel zu den Stanford-Skalen Messinstrumente entwickelt, deren Anwendung nicht notwendigerweise eine Hypnoseinduktion vorausgeht. Die Induktion wurde durch Aufgaben motivierende Instruktionen ersetzt mit dem Ziel zu zeigen, dass eine Manipulation der Instruktionen die Suggestibilitätswerte ähnlich verändern kann wie Hypnose. Die erste dieser Skalen ist die »Barber Suggestibility Scale« (BSS; Barber u. Calverley 1963). Sie hat den Vorteil, dass ihre Anwendung knapp 10 min in Anspruch nimmt, und erhebt außer der Beobachtung hypnotischer Reaktionen auch Selbstbeschreibungen der Probanden. Die BSS wurde in den 80er-Jahren durch die »Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale« (CURSS; Spanos et al. 1983a,b) ersetzt. Neben einem objektiven (CURSS: O) und einem subjektiven Score (CURSS: S) wird auch die erlebte Unwillkürlichkeit der Reaktionen (CURSS: OI) und das Ausmaß erhoben, in dem die Reaktionen Ausdruck sozialer Erwünschtheit waren (CURSS: VC). Da die CURSS: O-Werte von Probanden durchgängig viel höher sind als ihre CURSS: OI-Werte, besteht Anlass zur Vermutung, dass Hypnotisierbarkeitsskalen nicht nur Suggestibilität messen, sondern immer auch Gefälligkeitstendenzen gegenüber dem Hypnotiseur. Leider werden in der praktischen Anwendung der Skala meist nur Werte der CURSS: O zur Klassifizierung der Probanden verwendet (Perry et al. 1992). Das Weglassen einer formalen Hypnoseinduktion hatte keinen Einfluss auf die erzielten Werte. Wurden Instruktionen zur aktiven Kooperation weggelassen, so verringerten sich nur die CURSS: O-, nicht aber die CURSS: S-Werte (Lynn et al. 2002).

Die bisher beschriebenen Hypnoseskalen genügen experimentellen Anforderungen. Klinischen Anforderungen aber werden sie weniger gerecht, da sie meist anhand von studentischen Populationen normiert wurden und sich für den Praktiker als zu zeitaufwendig erweisen.

Ein Messinstrument sowohl für den experimentellen als auch für den klinischen Gebrauch ausgewiesen ist die »Creative Imagination Scale« (CIS; Wilson 1976; Wilson u. Barber 1978). Sie wird ganz ohne Induktion in einer wesentlich permissiveren Sprache präsentiert als die BSS. Eine traditionelle Hypnoseinduktion mit Augenfixierung und Suggestionen zur Entspannung veränderte die Werte der CIS im Gegensatz zu denen der BSS nicht wesentlich (Straus 1980). Aufgrund der fast ausschließlich kognitiven Items, zu deren Imagination der Proband anhand von Vorstellungsbildern angeleitet wird, könnte es allerdings über eine Aufmerksamkeitsfokussierung zu einer spontanen Trance kommen.

Eine vergleichsweise differenzierte Skala für den klinischen Gebrauch stellt die »Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults« dar (SHCS: Adult; Hilgard u. Hilgard 1975). Diese Skala besteht nur aus 5 Items, die auf eine durch Entspannungssuggestionen gekennzeichnete Induktion folgen. Sie beinhaltet nur ein motorisches Item, sodass sie auch bei körperlich behinderten Patienten angewendet werden kann (Tab. 9.1). Eine Version für Kinder existiert ebenfalls.

Aus der CIS wurde mit dem »Freiberger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitätstest«

Tab. 9.1. Kurzdarstellung der Instruktionen und Items der »Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults« (SHCS: Adult; Hilgard u. Hilgard 1975)

Instuktionen und Tests	Suggestionen
Einführende Instruktionen	Dem Patienten wird erklärt, dass ihm Erfahrungen suggeriert werden. Es erfolgt der Hinweis, dass diese Erfahrungen zwischen den Personen variieren können und es notwendig ist, darüber Aufschluss zu erhalten, in welchem Ausmaß er auf Hypnose reagiert, um diese so gut wie möglich auf ihn abzustimmen. Dabei soll er auf das reagieren, was er fühlt
Induktion	
1. Muskuläre Entspannung	Die Induktion beginnt mit der Aufforderung, die Augen zu schließen. Es erfolgen Suggestionen zur Entspannung der Muskeln. Dabei wird in folgender Reihenfolge vorgegangen: rechter Fuß, rechter Unterschenkel, rechter Oberschenkel, analog dazu das linke Bein, rechte Hand, rechter Unterarm, rechter Oberarm, analog dazu der linke Arm, Schultern, Nacken, Kopf und Stirn. Es folgen Suggestionen zu Wohlbefinden und eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Stimme des Hypnotiseurs
2. Vertiefung der Trance	Es wird von 1–20 gezählt. Zwischen den Zahlen wird eine zunehmende Tiefe der Trance suggeriert
3. Suggestion von Unwillkürlichkeit	Dem Probanden wird suggeriert, das zu denken und einfach geschehen zu lassen, was der Hypnotiseur sagt.
Testitems	
1. Bewegung der Hände zueinander	Die Hände sollen in einer Entfernung von ca. 30 cm vor der Brust gehalten werden: »Eine Kraft bringt die Hände zusammen.« Als Vorstellungsbilder werden Gummibänder und Magneten verwendet. Es erfolgt eine Wertung, wenn die Hände 10 s nach Ende der Suggestionen nicht mehr als 15 cm voneinander entfernt sind und sich langsam aufeinander zubewegt haben
2. Hypnotischer Traum	Dem Probanden wird ein Traum suggeriert. Der Inhalt wird ihm überlassen. Nach 1 min wird er aufgefordert, über seinen Traum zu berichten. Hatte er eine traumähnliche Erfahrung, wird das Item gewertet
3. Altersregression	Das Erleben eines Schultages der 3., 4. oder 5. Klasse wird suggeriert. Schrittweise wird der Proband durch die Zeit zurückgeführt. Während er sich in der Altersregression befindet, wird er über die Erfahrung befragt, danach in die Gegenwart zurückorientiert
4. Posthypnotische Suggestion	Auf 2-faches Klopfen mit einem Stift wird ein Räuspern oder Husten suggeriert. Gewertet wird das Item, wenn der Proband die Reaktion unmittelbar nach der Reorientierung auf das Signal hin zeigt
5. Amnesie	Es erfolgt die Suggestion, dass es Probanden nach der Reorientierung schwer fallen wird, sich an die Sitzung zu erinnern, bis die Aufhebung der Amnesie erfolgt. Eine Wertung erfolgt, wenn der Proband nach der Reorientierung und nach dem Testen der posthypnotischen Suggestion, aber vor dem Aufheben der Amnesie nicht mehr als 2 der Items erinnert
Reorientierung	Rückwärtszählen von 10 bis 1

(FIRST) die erste nennenswerte Skala im deutschsprachigen Raum entwickelt (Scholz 2002). Sie stützt sich sowohl auf Verhaltensbeobachtungs- als auch auf Selbstbeurteilungsdaten. Sie misst außer Suggestibilität auch Imagination sowie Variablen wie Zuversicht, Aufgeschlossenheit, Schläfrigkeit, Gelassenheit oder Nervosität hinsichtlich des hypnotischen Zustandes. Auch Erfolgserwartung und Entspannung werden erhoben.

Spiegel u. Spiegel (1978) haben aufgrund klinischer Erfahrung das »Hypnotic Induction Profile« (HIP) entwickelt. Der Test besteht aus einem Augenrolltest und einer Armlevitation. Kritik wird vor allem am Augenrolltest geübt, da seine Beurteilung viel Übung voraussetzt und er nur sehr niedrig mit anderen Hypnotisierbarkeitsskalen korreliert (Council 2002).

Trancetiefeskalen werden experimentell seltener angewendet als die bisher beschriebenen Hypnotisierbarkeitsskalen, obwohl sie mit diesen hoch korrelieren; sie sind klinisch kaum im Einsatz. Die meisten Verfahren zur Messung der Trancetiefe basieren auf subjektiven Einschätzungen der Probanden anhand einer mehrstufigen Skala. Der Wert misst Trancetiefe graduell und kann zu beliebigen Zeitpunkten erhoben werden. Auf diese Weise können auch Fluktuationen der Trancetiefe erfasst werden. Die einzelnen Skalen unterscheiden sich in der Genauigkeit, mit der die Skalenpunkte definiert sind, und in der Anzahl der Stufen. Ein Beispiel hierfür ist die »Long Stanford Scale« (Larsen 1965).

Das »Field's Inventory of Hypnotic Depth« (Fields 1965) erhebt Trancetiefe retrospektiv anhand eines Fragebogens. Kriterien für die Itemselektion waren zum einen Korrelationen mit Items der HGSHS: A, zum anderen sollten sie möglichst nicht soziale Erwünschtheit ausdrücken. Es wird vermutet, dass das erlebnisorientierte »Field's Inventory« andere Aspekte der Trance misst als die verhaltensorientierten Hypnotisierbarkeitsskalen. Vielleicht ist die Trancetiefe einfach ein globaleres Maß des Tranceerlebens, das auch emotionale und physiologische Komponenten des Tranceerlebens berücksichtigt, während bei Hypnotisierbarkeitsskalen der Schwerpunkt auf motorischen, imaginativen und kognitiven Komponenten liegt (◘ Abb. 9.1).

Shors »Phänomenologische Methode« geht von 3 hypnotischen und 5 nichthypnotischen Dimensionen aus, die eine Trance charakterisieren (Shor 1979). Die hypnosespezifischen Dimensionen umfassen den Grad des Verlusts der allgemeinen Realitätsorientierung (GRO), das Ausmaß der unbewussten Involviertheit (hypnotische Rollenübernahme) und die Tiefe der archaischen Involviertheit, die sich auf die emotional-regressive Beziehung zwischen Hypnotiseur und Hypnotisand bezieht. Die unspezifischen Dimensionen sind Schläfrigkeit, Entspannung, Lebhaftigkeit der Imaginationen, Absorption und Zugang zum Unbewussten. Eine Einschätzung entlang dieser Dimensionen erfolgt immer retrospektiv in einem kooperativen Gespräch zwischen Hypnotiseur und Proband.

Ende der 1950er-Jahre wurden die ersten modernen Hypnotisierbarkeitsskalen konzipiert, um Unterschiede in der Empfänglichkeit für Hypnose zu messen. Inzwischen gibt es für verschiedene Anwendungsgebiete (klinisch, experimentell, Einzel-, Gruppenanwendung, mit oder ohne formale Hypnoseinduktion) unterschiedliche Skalen. Die Skalen sind teilweise weiterentwickelt worden, teilweise aber auch noch in der Urfassung in Gebrauch.

Einen Überblick über die wichtigsten Hypnotisierbarkeits- und Trancetiefeskalen gibt ◘ Tab. 9.2.

9.3 Hypnotisierbarkeit, Dissoziation und Psychopathologie

Schon bei Janet (1919/1925) taucht der Begriff Dissoziation in der Definition von Hypnose auf. Er sieht die Dissoziation von persönlichen Gedächtnisinhalten als das zentrale Element der Hypnose an. Hilgard (1989) greift die Gedanken Janets auf und postuliert, dass unterschiedliche kognitive Verarbeitungssysteme miteinander interagieren aber auch getrennt bzw. dissoziiert voneinander arbeiten können. Eine zentrale Kontrollinstanz überwacht die Tätigkeit der kognitiven Subsysteme. In Hypnose kann die hierarchische Ordnung aufgelöst und einzelne Systeme können selektiv abgetrennt werden. Dadurch kann es zu den klassischen hypnotischen Phänomenen kommen. Der »geheime Beobachter« (»hidden observer«) wird als Beleg

Tab. 9.2. Überblick über die wichtigsten Hypnotisierbarkeits- und Trancetiefeskalen

Skala, Autor/en, Jahr der Veröffentlichung	Was misst die Skala?	Anwendungsbereich/e, Darbietungsmodi	Beschreibung der Items und der Sub-Skalen	Datenerhebung	Kennwerte des Tests	Durchführungszeit	Kommentar
Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C (SHSS: C), Weitzenhoffer u. Hilgard (1962)	Hypnotische Reaktionsbereitschaft (Hilgard 1981), hypnotische Reaktionsbereitschaft und Trancetiefe (Weitzenhoffer 1980)	Experimentell, einzeln	12 Items, davon 4 motorisch, 8 kognitiv; 10 der Items werden von weniger als 48% der Probanden bewältigt	Online-Verhaltensbeobachtung, Angaben des Probanden	Kuder-Richardson-Reliabilitätsindex: 0,85 Korrelationen mit HGSHS: 0,57–0,60	Ca. 60 min, in einer modifizierten Version für niedrig hypnotisierbare Probanden kürzer	Präsentation der Items in aufsteigendem Schwierigkeitsgrad. Test gilt als schwer, aufwendige Durchführung. Am häufigsten verwendeter experimenteller Test
Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS), Shor u. Orne (1962)	Hypnotische Reaktionsbereitschaft	Experimentell, für Gruppen, Direktdarbietung oder per Audiokassette	12 Items, davon 8 motorisch, 4 kognitiv; 8 der Items werden von mehr als 50% der Probanden erfolgreich bewältigt	Retrospektive Selbstbeobachtung ihrer Reaktionen auf Suggestionen (Probanden)	Reliabilität: 0,83 Korrelationen mit SHSS: C: 0,57–0,60	Ca. 60 min	Besonders geeignet zum Screening größerer Gruppen. Deutsche Normen von Bongartz (1985a)
Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults (SHCS: ADULT), Hilgard u. Hilgard (1975)	Empfänglichkeit für Hypnose	Klinisch, einzeln	5 Items, davon 1 motorisch, 4 kognitiv	Online-Verhaltensbeobachtung, Angaben des Patienten	Reliabilität: 0,83, Korrelation mit SHSS: C: 0,72	20–25 min	Testet vor allem klinisch relevante hypnotische Phänomene. Items können teilweise den Fähigkeiten des Patienten angepasst werden
Hypnotic Induction Profile (HIP) 4., überarb. Version, Spiegel u. Spiegel (1978)	Hypnotisierbarkeit	Klinisch, einzeln	6 Items + 4 Items optional, 2 Subskalen, Augenrolltest (ER) und Armlevitation (IND)	Online-Verhaltensbeobachtung, Beschreibung der Selbstwahrnehmung durch Patienten	Test-Retest Reliabilität: 0,66–0,76, Korrelationen mit SHSS: C: IND 0,34, ER 0,17–0,44	Ca. 10 min	HIP wurde anhand einer klinischen Population entwickelt. Ist in sehr kurzer Zeit durchführbar. Validität des Augenrolltests ist sehr umstritten

Tab. 9.2. (Fortsetzung)

Skala, Autor/en, Jahr der Veröffentlichung	Was misst die Skala?	Anwendungsbereich/e, Darbietungsmodi	Beschreibung der Items und der Sub-Skalen	Datenerhebung	Kennwerte des Tests	Durchführungszeit	Kommentar
Creative Imagination Scale (CIS), Wilson (1976), Wilson u. Barber (1978)	Suggestibilität	Experimentell und klinisch, einzeln oder in Gruppen, mit oder ohne formale Tranceinduktion	10 Items, davon 1 motorisch, 9 kognitiv.	Subjektive Selbstbeschreibung des Patienten nach dem Test	Test-Retest Reliabilität: 0,82, Korrelationen mit HGSHS: 0,27–0,55, Stanford Skalen: 0,60	Ca. 30 min	Test verwendet viele Vorstellungsbilder. Werte verändern sich nach formaler Tranceinduktion kaum. Misst u. U. eher Imaginationsfähigkeit
Freiberger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitätstest (FIRST), Scholz (2002)	Suggestibilität, Imaginations- und Entspannungsfähigkeit	Experimentell und klinisch einzeln	10 Suggestibilitäts-, 80 Selbstbeurteilungs- und 6 Kurzinterviewitems	Online-Verhaltensbeobachtung	Reliabilitäten:Suggestibilität 0,85–0,92, Imagination: 0,68–0,80, Negative bis niedrige Korrelationen mit der HGSHS: A	45 min	Erhebt 16 Faktoren, u. a. Suggestibilität und Imagination, Veränderungsmaße des erlebensbezogenen Status Präsens, einen Trance-, Entspannungs- und Imaginationsindex sowie Erfolgserwartung
Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale (CURSS), Spanos, Radtke et al. (1983); Spanos, Lush et al. (1983)	Reaktionsbereitschaft für Suggestionen	Experimentell, in Gruppen oder einzeln, mit oder ohne formale Tranceinduktion, Direktdarbietung oder per Audiokassette	7 Items, davon 4 motorisch, 3 kognitiv; 4 verschiedene Scores: objektiver Score (O), subjektiver Score (S), Unwillkürlichkeit (OI), freiwillige Kooperation (VC)	Online-Verhaltensbeobachtung (O), subjektive Selbstbeschreibung nach dem Test (S, OI, VC)	Test-Retest Reliabilitäten: O: 0,67, S: 0,76, OI: 0,68 Korrelationen mit HGSHS: O: 0,62, S: 0,60, OI: 0,58, SHSS: C: O: 0,65, S: 0,63, OI: 0,60	Mit formaler Tranceinduktion ca. 20 min, ohne ca. 15 min	Erhebt die Unwillkürlichkeit von Reaktionen, korrigiert den objektiven Score jedoch nicht

Tab. 9.2. (Fortsetzung)

Skala, Autor/en, Jahr der Veröffentlichung	Was misst die Skala?	Anwendungsbereich/e, Darbietungsmodi	Beschreibung der Items und der Sub-Skalen	Datenerhebung	Kennwerte des Tests	Durchführungszeit	Kommentar
Inventory of Hypnotic Depth, Field (1965)	Trancetiefe	experimentell,in Gruppen oder einzeln, nach Direktdarbietung oder per Audiokassette	38 Items, Ja-nein-Antworten	subjektive Selbstbeschreibung nach der Trance, Papier-und Bleistift-Test	Test-Retest Reliabilität: 0,87, Korrelationen mit HGSHS: 0,74, SHSS: C: 0,75, CURSS: O: 0,67, CURSS: S: 0,76, CURSS: OI: 0,71	ca. 10 min + Länge der Trance	Trotz Itemselektion nach HGSHS scheint der Test auch andere Aspekte der Trance zu messen als verhaltensorientierte Skalen und ist dabei sehr ökonomisch
Long Stanford Scale, Larson (1965)	Fluktuationen der Trancetiefe	Experimentell, einzeln	Beliebige Zahl von Trancetiefeschätzungen auf 10-stufiger Skala.	Subjektive Online-Schätzung der Trancetiefe, »automatisch« oder »reflektiert«	Korrelation von mittlerer Trancetiefe und SHSS: C 0,74, HGSHS: 0,85–0,88 Fields Inventory: 0,66	Abhängig von der Dauer der Hypnosesitzung	Test ist nicht an eine Standardmethode gebunden. Kann ganz den Anforderungen der Situation angepasst werden
Phänomenologische Methode, Shor (1979)	Trancetiefe	Experimentell, einzeln	10 Items, davon 4 motorisch, 6 kognitiv; Einschätzung der Trance anhand 3 hypnotischer und 5 nicht-hypnotischer Dimensionen	Subjektive Beschreibung sowie Einschätzung des Probanden in kooperativem Gespräch anhand der 8 Dimensionen	Keine Kennwerte bekannt	Ca. 90 min	Das sehr aufwendige, kaum standardisierte Verfahren verlangt gutes Training des Raters, damit Werte untereinander vergleichbar sind. Ergibt ein detailliertes Profil der Trance

dafür aufgeführt, dass es bei Hochsuggestiblen eine Instanz gibt, die auch dissoziierte Inhalte speichert und verarbeitet, obwohl sich der Hypnotisand dessen nicht bewusst ist. Spiegel u. Cardeña (1990) beschreiben Dissoziation als eine strukturierte Trennung mentaler Prozesse (z. B. Wahrnehmungen, Emotionen, Gedächtnis und Identität), die normalerweise dem Bewussten zugänglich und in ihm integriert sind. Hypnose kann demnach als gerichtete und kontrollierte Dissoziation betrachtet werden. Legt man eine weitere Definition des Begriffs zugrunde, beinhalten alle Items der Hypnotisierbarkeitsskalen Dissoziationsprozesse.

De Pascalis (2000) merkt an, dass Dissoziation eine Voraussetzung darstellt, die Reaktionen auf Suggestionen erst möglich macht und zwar unabhängig von Hypnose. Butler et al. (1996) vermuten Parallelen zwischen kontrollierten hypnotisch dissoziativen Zuständen und psychiatrischen Störungen, die unkontrollierte Dissoziationen beinhalten (Peter 1995, 2006d; ▶ Kap. 3). Dissoziation könnte sich unter Umständen über spontane Selbsthypnose entwickeln, insbesondere wenn akuter traumatischer Stress hinzukommt. Die Fähigkeit zur Dissoziation wäre in diesem Fall ein Bewältigungsmechanismus, um das Individuum vor traumatischen Schmerzen oder Emotionen zu schützen. Das kann sich in Schmerzfreiheit nach einem Unfall oder in der Abspaltung komplexer psychophysiologischer Cluster wie bei der dissoziativen Identitätsstörung ausdrücken. Auch Marathonläufer nutzen Dissoziation als eine Erfolgsstrategie beim Laufen, und diejenigen, die diese Strategie anwendeten, waren empfänglicher für Hypnose als solche, die keine Dissoziation benutzten (Masters 1992). Jedoch ist die Verbindung zwischen den Konzepten keineswegs einheitlich, wie Korrelationen zwischen der »Dissociative Experience Scale« (DES; Bernstein u. Putnam 1986), einer Skala, die dissoziative Phänomene erhebt, und Hypnotisierbarkeit bei gesunden Probanden aufzeigten. Manche Studien fanden einen korrelativen Zusammenhang (Kumar et al. 1996a), andere nicht (Faith u. Ray 1994).

Laut Barrett (1996) gibt es eine Subgruppe hochhypnotiserbarer Personen, die er »Dissoziierer« nennt, die im Alltag wie auch in Hypnose eher spontane und suggerierte Amnesie erfährt. Alle Personen dieser Gruppe berichteten über ein Trauma oder vermuteten ein solches in der Kindheit. Im Gegensatz zur anderen Gruppe, die er »Phantasierer« nennt und die höhere Absorptionswerte und sehr gute imaginative Fähigkeiten aufwiesen, erfüllte über die Hälfte der »Dissoziierer« die DSM-III-R Kriterien einer dissoziativen Störung. Dieser Subtyp ist eher selten und könnte die inkonsistenten Korrelationen zwischen der DES und Hypnotisierbarkeit erklären.

Einen Nachweis des Zusammenhangs zwischen hypnotischer Dissoziation und psychiatrischen Störungen erbrachten Studien, die belegten, dass Patienten mit dissoziativen Störungen über eine höhere Hypnotisierbarkeit verfügten als die Normalbevölkerung und andere psychiatrische Subgruppen (Frischholz et al. 1992). Klinische Beobachtungen legten eine höhere Hypnotisierbarkeit von Hysterikern nahe, zumindest schienen sie eine größere Wachsuggestibilität zu zeigen als Personen mit anderen psychiatrischen Störungen (Bendefeldt et al. 1976). Bliss (1983) berichtete über eine hohe Hypnotisierbarkeit bei Patientinnen mit Konversionsstörungen, während dagegen Roelofs et al. (2002) das nicht bestätigen konnten. Überdurchschnittlich hohe Hypnotisierbarkeitswerte zeigte eine Population von Patienten mit psychogenen Krampfanfällen (Kuyk et al. 1999), während eine andere Studie lediglich höhere Dissoziationswerte ermittelte (Goldstein et al. 2000).

Borderline-Patienten erwiesen sich als erstaunlich gut hypnotisierbar (Murray-Jobsis 1991) und zeigten häufiger dissoziative Symptome (Zweig 1994) als eine Gruppe ohne diese Diagnose.

Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung waren ebenfalls sehr empfänglich für Hypnose, wie ein Vergleich von Kriegsveteranen mit und ohne Symptomatik aufzeigte (Spiegel et al. 1988). Da die posttraumatische Belastungsstörung oft in Zusammenhang mit Dissoziation gesehen wird, ist es nicht verwunderlich, dass auch diese Patientengruppe über eine erhöhte Hypnotisierbarkeit verfügte (Bliss 1986). Überlebende von Unfällen mit Brandwunden zeigten dann mehr Symptome wie Intrusionen, Vermeidung und ein erhöhtes Arousal, wenn sie hochhypnotisierbar waren (DuHamel et al. 2002). Bryant et al. (2001) verglichen Patienten mit akuter Belastungsstörung, die Dissoziationen zeigten, mit solchen, die nicht über dissoziative Symptome berichteten, und fanden in der erstgenannten Gruppe höhere Hypnotisierbarkeitswerte.

In einer prospektiven Studie fanden die gleichen Autoren (Bryant et al. 2003) teilweise einen Anstieg der Hypnotisierbarkeit, die sie schon 6 Monate zuvor bei den akut traumatisierten Patienten erhoben hatten. Die erhöhten Werte bei der zweiten Erhebung waren mit ausgeprägterer Vermeidung verbunden. Unter Sexualverbrechern fand sich eine bedeutende Anzahl von Tätern, die über dissoziative Zustände berichteten. 66% hatten spontane Dissoziationen, 7 von den 22 Männern erfüllten die DSM-III-Kriterien für multiple Persönlichkeiten (Bliss u. Larson 1985). Auch Opfer von Missbrauch zeigten tendenziell eine erhöhte Dissoziationsfähigkeit und waren tendenziell besser hypnotisierbar als eine vergleichbare Kontrollgruppe, wie eine Studie an 6- bis 15-jährigen Mädchen belegte (Putnam et al. 1995), vor allem wenn sie wiederholte Missbrauchserfahrungen gemacht hatten. Inwiefern sich die doch fast konsistent nachgewiesene erhöhte Hypnotisierbarkeit auf den Therapieerfolg und die Anwendung von Hypnosetechniken auswirkt, ist leider noch kaum untersucht, auch Cardeña (2000) beklagt fehlenden empirischen Nachweis.

Auch mit Essstörungen wurde die Hypnotisierbarkeit in Beziehung gesetzt. Bulimiker waren signifikant hypnotisierbarer als Anorektiker. Anorektiker, die erbrachen, um das Gewicht zu regulieren, zeigten wiederum höhere Hypnotisierbarkeitswerte als Anorektiker mit einem rein restriktiven Essverhalten (Pettinati et al. 1985, 1990; Vanderlinden et al. 1995). M. Barabasz (1991) sowie Kranhold et al. (1992) fanden ebenfalls bei bulimischen Patienten höhere Hypnotisierbarkeitswerte. Für Essstörungen wurden auch höhere Dissoziationswerte gefunden (Vanderlinden et al. 1995), die wiederum bei Patienten, die Heißhungerattacken nachgaben und erbrachen, höher waren als bei Patienten mit anderen Formen von Essstörungen (Everill et al. 1995). Im Falle der Anorexie sind die Zusammenhänge noch etwas komplizierter. Während CIS-Werte, welche ja im Besonderen Imaginationsfähigkeit ausdrücken, lediglich mit dem Faktor »kognitive Zügelung« des 3-FEQ (einem Fragebogen zur Erfassung von Essstörungen) korrelierten, waren dies bei der DES die Faktoren »desinhibierte Kontrolle« und »Empfänglichkeit für Hunger«, welche Frasquilho u. Oakley (1997) zum Faktor »impulsives Essen« zusammenfassten.

Auch bei Essstörungen gibt es wieder eine Verbindung zu traumatischen Erlebnissen. Essgestörte Patientinnen, die ein Trauma erlitten hatten, zeigten auch mehr dissoziative Symptome in Form von Amnesie, Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen sowie Identitätsveränderungen (Santonastaso et al. 1997). Bei Studentinnen korrelierte Hypnotisierbarkeit in hohem Maße mit der Angst vor Übergewicht. Die Entwicklung und Aufrechterhaltung von extremen Einstellungen in Bezug zum Essen und zum Körpergewicht wurde durch eine erhöhte Hypnotisierbarkeit ebenfalls beeinflusst (Groth-Marnat u. Schumaker 1990). In welchem Ausmaß jedoch Adipositas und Hypnotisierbarkeit zusammenhängen, kann derzeit bei eher inkonsistenter Datenlage nicht endgültig festgelegt werden (Hutchinson-Phillips u. Gow 2007). Jedoch wiesen adipöse Patienten mit Heißhungerattacken (»binge-eating«) höhere Dissoziationswerte auf, als Patienten, die keine Heißhungerattacken erlitten, aber trotzdem adipös waren (Grave et al. 1997).

Vielleicht ist es gerade die erhöhte Fähigkeit gut zu hypnotisierender Personen zu Absorbtion und Imagination, die sowohl zur Genese als auch zur Aufrechterhaltung einer psychischen Störung beiträgt. Belicki u. Belicki (1986) fanden, dass Hypnotisierbarkeit mit dem Auftreten von nächtlichen Albträumen zusammenhängt. Frankel (1990) betont die Ähnlichkeit von phobischen Zuständen und hypnotischen Erfahrungen. Ihm zufolge stellt sich bei Phobikern spontan eine Trance ein, um die Person in einer furchterregenden Situation gegen übermäßige Angst zu schützen. Frankel (1980) fand einen Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Angststörungen, der jedoch nicht repliziert werden konnte (Owens et al. 1989). Zwangspatienten äußerten während der Durchführung von Hypnotisierbarkeitstests Ängste vor Kontrollverlust und erreichten auf der SHSS und der CIS durchwegs niedrige Werte sowohl im Vergleich mit gesunden Probanden als auch im Vergleich mit anderen Patientengruppen (Hoogduin 1988; Spinhoven et al. 1991).

Hinsichtlich affektiver Störungen gibt es wenige Hinweise auf einen Zusammenhang mit Hypnotisierbarkeit. Eine Studie fand lediglich eine niedrige, aber signifikante negative Korrelation mit physischer Anhedonie (McCloskey et al. 1999). Andere Studien fanden entweder keine Beziehung zu Hyp-

notisierbarkeit oder, dass depressive niedriger hypnotisierbar waren als nichtdepressive Probanden. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass hohe Hypnotisierbarkeit negativen Affekt potenzieren könnte. Zumindest experimentell konnte das in einer Gruppe von Patienten mit chronischen Schmerzen nachgewiesen werden. Hochhypnotisierbare zeigten ein erhöhtes Hautleitfähigkeitsniveau, wenn sie bedrohlichen Stimuli exponiert wurden, das auch nach Beendigung des Stressreizes länger anhielt (Wickramasekera et al. 1996). Eine hohe Hypnotisierbarkeit scheint auch mit einem höheren Ausmaß an körperlichen Beschwerden bei Gesunden einherzugehen, was bei Frauen ausgeprägter als bei Männern war (Younger et al. 2007). Hochhypnotisierbare studentische Probanden zeigten sich vor einer Hypnosesitzung zudem subjektiv weniger gelassen und entspannt als niedrighypnotisierbare Probanden (Krause 2000).

Schizophrene scheinen niedrigere Hypnotisierbarkeitswerte aufzuweisen als die Normalpopulation (Pettinati et al. 1990), jedoch gibt es auch gegenteilige Befunde (Lavoie u. Sabourin 1980). Viele psychotische Patienten sind durchaus mit Hypnose behandelbar, ihre Psychosen können sogar utilisiert werden, auch wenn die therapeutische Beziehung vorsichtig gestaltet werden muss (Yapko 1984).

Die Zusammenhänge zwischen psychiatrischen Störungen, Dissoziation und Hypnotisierbarkeit werden relativiert, wenn man bedenkt, dass dissoziative Zustände häufig auch im Alltag vorkommen und dort eine adaptive Funktion haben. Vergleichsweise gibt es nur eine geringe Anzahl von Patienten mit klinisch relevanten dissoziativen Störungen, wenngleich dissoziative Symptome auch bei Störungsbildern auftreten können, die nicht unter der Kategorie dissoziative Störungen subsummiert sind (z. B. Borderline-Störung, Essstörungen, Panikstörung).

Ergebnisse von Faith u. Ray (1994) deuten darauf hin, dass die Frequenz dissoziativer Erfahrungen im Alltag und die Empfänglichkeit für Hypnose voneinander unabhängig sind. Die Autoren schlagen vor, zu unterscheiden zwischen erwünschten und suggerierten Dissoziationen, wie sie in Hypnose auftreten, und Dissoziationen, die sich außerhalb des Bewusstseins vollziehen. Kihlstrom et al. (1994) mutmaßen jedoch, dass dispositionelle Variablen wie Hypnotisierbarkeit oder Absorption Risikofaktoren für eine dissoziative Psychopathologie darstellen können.

Immer wieder wurde das Konzept der Dissoziation mit Hypnotisierbarkeit in Zusammenhang gebracht. Möglicherweise stellt Dissoziation für eine Untergruppe hochhypnotisierbarer Personen eine Strategie dar, hypnotische Phänomene zu realisieren. Dissoziative Erfahrungen treten auch im Alltag auf. Ein Zusammenhang dieser Alltagserfahrungen mit Hypnotisierbarkeit ist bisher jedoch nicht gesichert.

9.4 Auswirkungen der Hypnotisierbarkeit auf den Therapieerfolg

Oft wird die geringe Bereitschaft, in der klinischen Praxis die Hypnotisierbarkeit der Patienten zu erheben, damit erklärt, dass zwischen der Hypnotisierbarkeit und dem Therapieerfolg nur ein sehr ungewisser Zusammenhang besteht. Es gibt jedoch einige Studien, die nahelegen, dass die hypnotische Fähigkeit eines Patienten durchaus Einfluss auf den Erfolg einer Behandlung in Trance hat. Rominger (1995) führte eine Metaanalyse über die Effektivität von Hypnose durch und verglich dabei auch, sofern in den jeweiligen Studien erhoben, die Effekte von hoch- und niedrighypnotisierbaren Probanden. Er ermittelte, dass 76% der hochhypnotisierbaren Probanden, aber lediglich 24% der niedrighypnotisierbaren Probanden von hypnotherapeutischen Interventionen profitierten.

Hoppe (1986) fand bei einer Durchsicht älterer Studien zwar einen Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Schmerzreduktion von ca. 0,50; in seinen eigenen Studien mit chronischen Schmerzpatienten bestand jedoch allenfalls ein geringer Zusammenhang. Dafür berichteten erfolgreich behandelte Patienten über ein geringeres Ausmaß an Wachheit und Bewusstheit bzw. Kontrolle in der hypnotischen Trance, als die weniger erfolgreich behandelten, was auf eine Korrelation von Behandlungserfolg und Trancetiefe hindeutete. Auch spielte imaginatives Involviertsein eine Rolle, ein Konstrukt, das an das Konzept der Absorption erinnert, welches recht konsistent mit Hypnotisierbarkeit korreliert (Hoppe

1993b). Bowers (1989) konnte bei akutem Schmerz einen positiven Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Schmerzreduktion finden. Evans (1989) kommt nach einer Durchsicht von Studien, in denen der Effekt hypnotischer Analgesie mit Placebo-Kontrollgruppen verglichen wird, zu dem Schluss, dass nur hochhypnotisierbare Probanden von Analgesiesuggestionen über den Placeboeffekt hinaus profitieren. Holroyd (1996) meint dagegen, dass auch Niedrighypnotisierbare ihre Schmerzschwelle erhöhen können, wenn Suggestionen wiederholt dargeboten werden, also durch ein Training hypnotischer Schmerzkontrolltechniken und spezifischer hypnotischer Fähigkeiten. De Pascalis et al. (1999) fanden, dass unter Entspannung sowohl niedrig- und mittel- als auch hochhypnotisierbare Probanden über eine Verringerung des experimentell induzierten Schmerzes berichteten. Bei Anwendung von Hypnosetechniken hingegen, wie imaginativer Dissoziation des Schmerzes oder fokussierter Analgesie, profitierten hochhypnotiserbare Probanden signifikant mehr. Ihre Schmerzschwelle stieg im Vergleich zu den anderen Gruppen deutlich an. Ähnliche Ergebnisse berichten auch Appel u. Bleiberg (2006): Hochhypnotisierbare konnten den Schmerz effektiver reduzieren. Keinen Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Hypnotisierbarkeit fand eine Studie mit chronischen Schmerzpatienten, die körperlich behindert waren und mit Hypnose behandelt wurden (Jensen et al. 2005). Bei Spannungskopfschmerz konnte in einigen Studien die Hypnotisierbarkeit des Patienten den Therapieerfolg vorhersagen (Van Dyck et al. 1991), ebenso bei Migräne (Andreyshuck u. Skriver 1975) und chronischem Gesichtsschmerz (Stam et al. 1986).

Bei anderen Störungsbildern ist der Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und dem Behandlungserfolg nicht so eindeutig wie bei akutem oder chronischem Schmerz. Ein positiver Zusammenhang konnte für Asthma (Ewer u. Stewart 1986), Heuschnupfen (Anderson 1982), Warzenbehandlung (Sinclair-Gieben u. Chalmers 1959; Chandrasena 1982), motorische Konversionsstörungen (Moene et al. 2003), sowie in 4 Studien zur Raucherentwöhnung (Ehlers et al. 1975 zit. nach Kossak 1993) belegt werden. Schweizer u. Revenstorf (2005) fanden nach einem Mediansplit der CIS-Werte einen hochsignifikanten Effekt. Die Probanden mit einer höheren Suggestibilität reduzierten ihren Konsum nach einer Hypnotherapie durchschnittlich um 9,43 Zigaretten, die mit einer niedrigeren Suggestibilität um 2,66 Zigaretten.

Bei der Gewichtsabnahme sind die Ergebnisse inkonsistent. In einer Durchsicht fanden Hutchinson-Phillips u. Gow (2007), dass frühere Studien eher keinen Zusammenhang erbrachten, während 3 jüngere Studien zumindest einen Trend oder aber signifikante Zusammenhänge aufzeigten. Sie vermuten, dass die in Hypnose verwendeten Techniken einen Einfluss auf den korrelativen Zusammenhang von Hypnotisierbarkeit und Gewichtsabnahme haben. Mewes et al. (2003) kombinierten in einer Bedingung verhaltenstherapeutische Techniken mit Hypnose und verglichen die Ergebnisse mit Verhaltenstherapie alleine. Unmittelbar nach der Therapie fanden sich beide Gruppen verbessert, in der Katamnese nach einem halben Jahr gab es dann Vorteile für die kombinierte Behandlung. Hier waren Therapieerfolg und Hypnotisierbarkeit jedoch unkorreliert.

Lavertue u. Kumar (2002) ließen ihren Patienten zum einen Ich-stärkende Suggestionen zur Verbesserung des Selbstwertes zukommen, zum anderen behandelten sie diese mit PMR. Besonders hochhypnotisierbare Probanden profitierten durch Hypnose, zeigten verbesserte Depressionswerte und ein verbessertes Selbstwerterleben. Niedrighypnotisierbare Probanden konnten eher die Effekte von PMR nutzen. Bei Krause (2000) profitierten hochhypnotisierbare Probanden mittelfristig (2 Wochen nach der letzten von 2 Sitzungen) signifikant mehr als niedrighypnotsierbare Probanden von ressourcenaktivierenden Suggestionen, die in Form von therapeutischen Geschichten dargeboten wurden. Sie beurteilten sich selbst als gelassener, entspannter und optimistischer. Es zeigten sich 68% der hochhypnotisierbaren und lediglich 4,8% der niedrighypnotisierbaren Probanden deutlich verbessert. Van Dyck u. Spinhoven (1997) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg in einer kombinierten Therapie von Hypnose und Verhaltenstherapie bei Agoraphobikern mit Panikstörung, nicht jedoch wenn lediglich eine Expositionsbehandlung stattfand. Teschner (2001) fand einen positiven Zusammenhang zwischen CIS-Werten und Angstreduktion bei Patienten mit Flugangst hinsichtlich der meisten Erfolgsmaße. Der Zusammenhang war tendenzi-

ell bei der 6-Monatskatamnese höher als unmittelbar nach der Behandlung. Eine positive Beziehung zwischen Trancetiefe in den Behandlungssitzungen und Therapieerfolg konnte für Hypnotherapie bei Prüfungsangst belegt werden (Krause u. Revenstorf 1998; Zeyer et al. 1992).

Auch bei hypnoseverwandten Interventionen wie Entspannung (Murphy et al. 1989), Autogenem Training (ter Kuile et al. 1994) oder Biofeedback (Andreyshuck u. Skriver 1975) ergab sich manchmal ein Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg.

Die mittleren oder sogar fehlenden Korrelationen von Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg legen nahe, dass noch andere Variablen an einer erfolgreichen hypnotherapeutischen Intervention beteiligt sind. Von Hübner (1993) kommen Anhaltspunkte, dass sich Personen in ihrer suggestiven Wirkung signifikant voneinander unterscheiden können, auch wenn Setting und Inhalt der Suggestionen standardisiert sind. Solchen Therapeutenvariablen sollte angesichts der inkonsistenten Ergebnisse verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden, zumal die Überzeugung des Hypnotiseurs, gewisse Veränderungen in Hypnose zu bewirken, mit der erfolgreichen Realisation seiner Suggestionen zusammenhängen kann (Fromm 2000). Inhaltlich unterscheiden sich die Studien oft beträchtlich in der Anwendung hypnotischer Techniken und sind daher nur schwer zu vergleichen. Vielleicht aber trägt Hypnose bei bestimmten Störungsgruppen tatsächlich nichts zum Behandlungserfolg bei und wäre in diesen Fällen nicht indiziert.

Möglicherweise sind inkonsistente Ergebnisse auch auf die Verwendung unterschiedlicher Hypnoseskalen in den verschiedenen Studien zurückzuführen. Im Falle der Gewichtsabnahme konnten 2 von 3 Studien unter Verwendung der SHSS: C einen positiven Zusammenhang von Hypnose und Gewichtsabnahme belegen, dieser fand sich jedoch in keiner der Studien, die Hypnotisierbarkeit mit der HGSHS: A maß (Hutchinson-Phillips u. Gow 2007). Denkbar wäre auch, dass sich die Hypnotisierbarkeit während der Therapie vor allem bei Niedrighypnotisierbaren erhöht. Da eine Erhebung der hypnotischen Reaktionsbereitschaft üblicherweise vor Beginn der Therapie stattfindet, können Veränderungen der Responsivität von Patienten den Zusammenhang beträchtlich verfälschen. Niedrighypnotisierbare können durch ihre gesteigerte hypnotische Kompetenz mehr von der Therapie profitieren, als aufgrund ihrer Testwerte zu erwarten wäre. Der tatsächliche Zusammenhang zwischen hypnotischer Suggestibilität und Behandlungserfolg wird demnach unterschätzt.

9.5 Neurophysiologische Korrelate der Hypnotisierbarkeit

Zunehmend werden auch psychophysiologische Korrelate herangezogen, um hirnphysiologische oder neuroanatomische Korrelate einer veränderten kognitiven Verarbeitung in Hypnose nachzuweisen und somit Besonderheiten von hochhypnotisierbaren im Vergleich zu niedrighypnotisierbaren Personen zu identifizieren.

Im Allgemeinen kann lokal ein veränderter zerebraler Blutfluss (rCBF) während der Hypnose bei Hoch-, nicht jedoch bei Niedrighypnotisierbaren beobachtet werden sowohl bei gesunden als auch bei psychiatrischen Probanden (Meyer et al. 1989; Halama 1989, 1990). Diese Ergebnisse führten zur Annahme, dass Hypnose, vielleicht durch Fokussierung der Aufmerksamkeit, kognitive Anstrengung erfordert. Diese Befunde werden durch die Ergebnisse von Walter (1992) gestützt, die bei ihren weiblichen Probanden einen erhöhten rCBF in linken superioren frontalen sowie in linken und rechten inferioren frontalen Arealen fand, also an einem Ort, der mit der Aufmerksamkeitssteuerung in Verbindung gebracht wird. Als Ausdruck der Ausblendung irrelevanter äußerer Stimuli kann eine gleichzeitige Reduktion des rCBF in der zentralen Region sowie im linken und rechten Thalamus gesehen werden (s. Grond et al. 1995 zu Veränderungen in primären akustischen und visuellen Zentren). Niedrighypnotisierbare zeigten einen erhöhten rCBF in anderen kortikalen Regionen. Zudem fand diese Studie Geschlechterunterschiede, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nur schwer zu erklären sind. Auch Halama (1989, 1990) fand eine kortikale Frontalisierung des rCBF in Hypnose, v. a. in der rechten Hemisphäre und in höheren Regionen. Linkshemisphärisch fand eher eine Reduktion des CBF statt. Bei keiner der hier zitierten Studien fanden sich rCBF-Unterschiede zwischen hoch- und niedrighypnotisierbaren Pro-

banden im Wachzustand. Befanden sich die Probanden jedoch in hypnotischer Trance, wurden die Unterschiede evident. Kosslyn et al. (2000) fanden Veränderungen im rCBF bei hypnotisierten, für Hypnose empfänglichen Probanden, die identisch mit Veränderungen sind, wie sie durch echte Wahrnehmung eintreten. Ihren Probanden suggerierten sie, ein farbiges Muster in Grautönen wahrzunehmen und umgekehrt ein in Grautönen dargebotenes Muster farbig wahrzunehmen. Dabei gab es im letzten Fall eine Erhöhung der Aktivität in Arealen, die für die Farbwahrnehmung zuständig sind und eine verringerte Aktivität in diesen Arealen, wenn das farbige Muster grau gesehen werden sollte. Die Veränderungen in der linken Hemisphäre traten nur unter Hypnose zusammen mit den spezifischen Suggestionen hinsichtlich positiver bzw. negativer visueller Illusionen auf. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Hypnose sich in einem besonderen hirnphysiologischen Zustand ausdrückt.

Auch anhand des EEG lassen sich Veränderungen der Aufmerksamkeit festmachen. Hochhypnotisierbare zeigten mehr Theta-Power als Niedrighypnotisierbare, die mit fokussierter Aufmerksamkeit und der Ausblendung äußerer Reize in Verbindung gebracht wird.

De Benedettis u. Sironi (1988) kommen (nach Implantation von Elektroden bei einer Epilepsiepatientin) zu dem Schluss, dass sowohl der Wach- als auch der Trancezustand wesentlich durch ein Zusammenspiel von Amygdala und Hippocampus zustande kommt, wobei die Amygdala eine aktivierende, der Hippocampus dagegen eine hemmende Funktion hat. In Hypnose zeigte sich somit eine Abnahme der Amygdalaaktivität und eine Zunahme der Hippocampusaktivität. Zum gleichen Ergebnis kommt Kissin (1986) aufgrund von Studien über Verhaltenskonsequenzen psychoaktiver Drogen in nichthypnotischen Trancezuständen.

Eindeutige Ergebnisse zu einer Lateralisierung der Alpha-Aktivität bzw. zu Unterschieden zwischen hoch- und niedrighypnotisierbaren Probanden liegen gegenwärtig nicht vor (vgl. jedoch De Pascalis et al. 1989).

Jensen et al. (2001) fanden bei hochhypnotisierbaren im Vergleich zu niedrighypnotisierbaren Probanden höhere visuelle ereigniskorrelierte Potenziale (P300) auf Suggestionen zu negativen Halluzinationen und niedrigere Amplituden bei positiven Halluzinationen. Bongartz u. Bongartz (1998) fassen umfangreiche Studien zur Erhebung von evozierten Potenzialen in Hypnose zusammen: Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass durch suggerierte Halluzinationen Veränderungen in den späten Komponenten (N100, N200, P300) bei visuellen, akustischen, sensorischen und olfaktorischen ereigniskorrelierten Potenzialen nur bei hochhypnotisierbaren Probanden auftreten. Die Befunde zeigen, dass durch Hypnose nicht die Registrierung der physikalischen Reizmerkmale betroffen ist, sondern höhere kognitive Verarbeitungsprozesse wie die Aufmerksamkeitslenkung.

Hypnoalgesie wurde ebenfalls mit EEG und bildgebenden Verfahren untersucht und auch hier fand man besondere hirnphysiologische Korrelate bei hochhypnotisierbaren Probanden. Hochhypnotisierbare zeigten dann eine Dominanz der linken Hemisphäre, wenn sie sich auf experimentell induzierten Schmerz fokussierten und eine Dominanz der rechten Hemisphäre, wenn sie Strategien zur Analgesie anwandten (Crawford 1994).

Aufmerksamkeitsprozesse spielen, im Zusammenhang mit Unterschieden im präfrontalen limbischen Aufmerksamkeitssystem, eine Rolle in der Identifikation von Besonderheiten Hochhypnotisierbarer (Crawford 1996). Die Autorin hebt eine genetisch, anatomisch und neuronal bedingte Effektivität und Schnelligkeit der Informationsverarbeitung bei Hochhypnotisierbaren hervor. Neuroanatomische Untersuchungen haben ergeben, dass hochhypnotisierbare Personen im Vergleich zu niedrighypnotisierbaren über ein größeres Rostrum verfügen, ein Areal des Corpus Callosum (Balken), das zwischen den anterioren Regionen der Frontallappen kommuniziert und mit kognitiver Flexibilität assoziiert wird (Horton et al. 2004). Die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, die durch Reaktionszeit und evozierte Potenziale belegt ist, legt nahe, dass Hochhypnotisierbare über ein schnelleres neuronales System verfügen als Niedrighypnotisierbare. Dieses trägt dazu bei, dass sie über ein effektiveres anterior frontales exekutives Kontroll- und Aufmerksamkeitssystem verfügen, das über erregende und hemmende Prozesse wiederum andere Gehirnareale beeinflusst und mit diesen im Austausch steht (Crawford et al. 2004). Dabei scheint dem dopaminergen System eine besondere Bedeutung zuzukommen (Lichtenberg

et al. 2004). In diese Richtung deuten auch Ergebnisse einer Studie, in der posthypnotische Suggestionen nur bei hochhypnotisierbaren Probanden zu einer Aufhebung der Interferenzeffekte bei einer Stroop-Aufgabe führten (Raz et al. 2002).

Die vorgestellten Befunde zeigen, dass eine hohe Hypnotisierbarkeit mit Veränderungen der elektrischen Hirnaktivität und der regionalen Hirndurchblutung in Hypnose einhergeht. Die früher vorherrschende, stark vereinfachende Auffassung, dass Hypnose ausschließlich durch stärkere rechtshemisphärische Aktivität gekennzeichnet sei, kann nicht länger aufrecht erhalten werden. Vielmehr scheint Hypnose in Abhängigkeit von der Aufgabe, die durchgeführt wird, kortikale und subkortikale Prozesse in beiden Gehirnhemisphären zu bedingen. Hochhypnotisierbare Personen entwickeln bei der Realisation von Suggestionen in Hypnose eine größere kognitive Flexibilität, die sich auch in einer Hemisphärenspezifität ausdrücken kann. Dabei spielt gerade die linke Hemisphäre eine wichtige Rolle, was Sinn macht, da dort Funktionen vermittelt werden, die für die fokussierte Aufmerksamkeit und für die Übersetzung von Sprache in innere Erfahrung zuständig sind (Jasiukaitis et al. 1997). Hochhypnotisierbare haben bessere Fähigkeiten, Aufmerksamkeit zu filtern, indem sie ihre Aufmerksamkeit sowohl besser fokussieren und halten, als auch irrelevante Stimuli besser ausblenden können (Crawford 1994). Erste hirnmorphologische Ergebnisse stützen diese Theorie (Crawford et al. 2004). Horton u. Crawford (2004) messen den Genen eine entscheidende Rolle bei der Determination der individuellen Unterschiede bei. Weiss u. Miltner (2003) betonen neben aufmerksamkeitsregulierenden Strukturen auch die Beteiligung bewusstseinsregulierender Strukturen (Rainville et al. 2004).

Hypnose ist ein Vorgang, der eine veränderte Gehirnorganisation bewirkt und mit spezifischen Aktivierungsprozessen selektiver Gehirnnetzwerke einhergeht – ein Prozess, der sowohl vom Zustand (Induktion einer hypnotischen Trance) als auch von prädisponierenden Eigenschaften (Hypnotisierbarkeit) abhängt.

9.6 Beeinflussung der Hypnotisierbarkeit

Piccione et al. (1989) fanden eine bemerkenswerte Stabilität der Hypnotisierbarkeitswerte über 25 Jahre hinweg. Des Weiteren gibt es Hinweise auf eine genetische Determination der Hypnotisierbarkeit, wie Untersuchungen an Zwillingen nahelegen (Morgan u. Hilgard 1973). Dennoch gibt es viele Belege dafür, dass Hypnotisierbarkeit veränderbar ist. Einfluss darauf haben sowohl situative, kontextabhängige Variablen als auch eher überdauernde Eigenschaften, die in einer Hypnosesitzung kaum unabhängig voneinander sind und großenteils miteinander kovariieren; sie können dem Praktiker Anhaltspunkte bieten, mit welchen Maßnahmen er die Empfänglichkeit für Hypnose bei niedrigsuggestiblen Patienten erhöhen kann (◘ Abb. 9.1).

Absorption. Am eindeutigsten sind die Korrelationen mit der »Tellegen Absorption Scale« (TAS; Tellegen u. Atkinson 1974). Absorption kann als völlige Involviertheit in imaginative Aktivität definiert werden und beschreibt einen Zustand »totaler Aufmerksamkeit« hinsichtlich des jeweiligen Objekts der Aufmerksamkeit. Sie beinhaltet auch eine Offenheit zur Veränderung von Kognitionen und Emotionen über eine Vielzahl von Situationen hinweg. Die meisten Studien bestätigen einen mäßigen, aber signifikanten Zusammenhang mit Hypnotisierbarkeit (De Pascalis 2000; Piesbergen u. Peter 2005). Kontextaspekte haben dabei einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Absorption und Hypnotisierbarkeit. So erhöht er sich z. B., wenn beide Konstrukte im Rahmen einer Studie gemessen werden (Council u. Green 2004); aber auch in unterschiedlichem Kontext erhoben sind die Korrelationen signifikant (Zachariae et al. 2000). Wickramasekera u. Szylk (2003) fanden einen engen Zusammenhang zwischen Empathie und Absorption und vermuten, dass beide Konstrukte jeweils einen Aspekt des gleichen konzeptuellen Fundaments abbilden, das letztlich die Empfänglichkeit für Hypnose erklärt.

Dissoziation. Die Beziehung von pathologischer Dissoziation und Hypnotisierbarkeit wurde oben schon ausführlich beschrieben. Besonders für

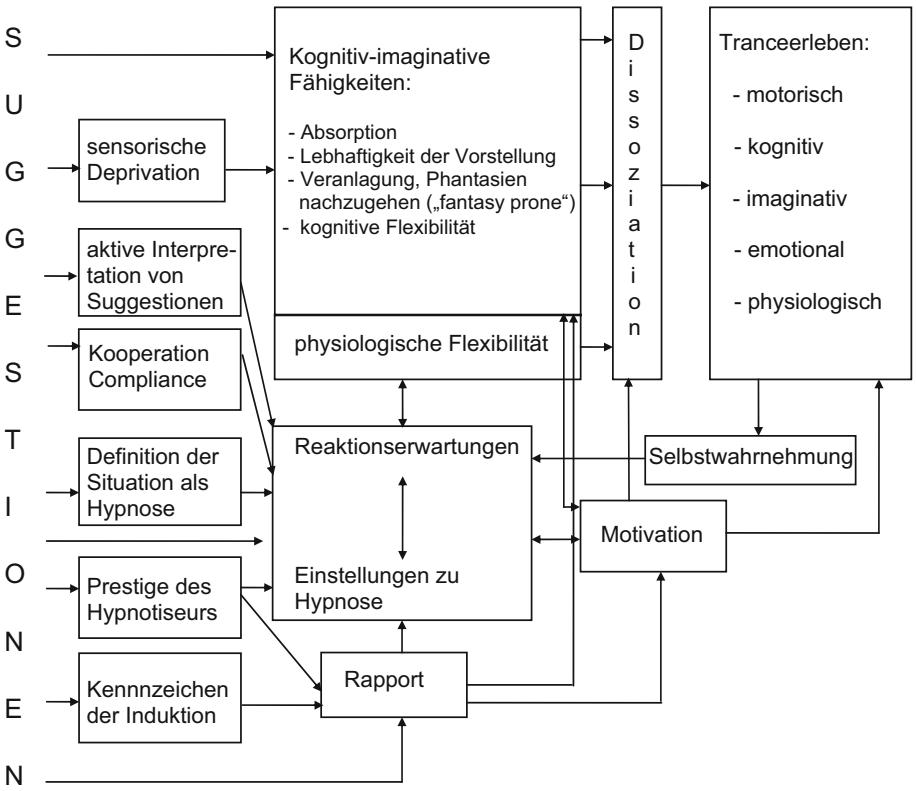


Abb. 9.1. Modell der Einflussfaktoren auf Tranceerleben und Hypnotisierbarkeit

die Erfahrung der Unwillkürlichkeit in der hypnotischen Trance sind dissoziative Erfahrungen besonders wichtig. Dissoziation wird manchmal als komplementäres Phänomen zu Absorption beschrieben (Butler et al. 1996). Das geht auch aus den Ergebnissen von Barrett (1996) hervor, der eine höhere Fähigkeit zur Absorption der Subgruppe der »Fantasierer« zuschreibt, während »Dissoziierer« eher auf Dissoziation als Strategie zurückgreifen, um Hypnose zu erfahren.

Tagträumen. Über die Neigung, Tagträumen nachzugehen und paranormale Erfahrungen zu machen (»fantasy proneness«) kann die Hypnotisierbarkeit ebenfalls vorhergesagt werden. Diese Variable scheint weniger kontextabhängig zu sein als die anderen (Kirsch u. Council 1992).

Lebhaftigkeit von Vorstellungen. Kontextabhängige Effekte ergeben sich für Zusammenhänge zwischen Hypnotisierbarkeit und Lebhaftigkeit von Vorstellungen (»imagery vividness«). Eine Reihe anderer Konzepte, die alle mit Imagination zu tun haben, werden ebenfalls in Beziehung zur Hypnotisierbarkeit gesetzt. Viele Personen berichten in Hypnose über verbesserte imaginative Fähigkeiten. Vorstellungen werden als intensiver bzw. als halluzinatorisch beschrieben. Personen, die über eine gute Vorstellungskraft verfügen und die auch im Alltag oft in Fantasien absorbiert sind, haben bessere Voraussetzungen, eine hohe Hypnotisierbarkeit zu erreichen. Eine gute, lebhafte Vorstellungskraft ist somit offensichtlich auch eine prädisponierende Variable. Lynn (2004) betont die Wichtigkeit von Vorstellungen, um Hypnose erfahren zu können, besonders dann, wenn sie von Erwartungen begleitet wird, dass Imagination zur physischen Ausführung einer Suggestion führt. Das Vermitteln von imaginativen Strategien verbessert die Hypnotisierbarkeit bei Probanden und ist Teil des CSTP (s. unten; zu gegenteiligen Befunden s. Niedzwienska 2000). Crawford u. Allen (1983) fanden,

dass hochhypnotisierbare Probanden in Hypnose mehr abweichende Details zwischen zwei Bildern erkannten als niedrighypnotisierbare. Im Wachzustand bestand dieser Unterschied nicht. Wallace (1990) ermittelte, dass hoch- und niedrighypnotisierbare Personen bei visuellen Suchaufgaben unterschiedliche kognitive Stategien verwendeten. Niedrighypnotisierbare konnten aber die effektiveren Strategien Hochhypnotisierbarer leicht lernen und benutzten danach verstärkt ihre Vorstellung. In einer weiteren Studie machten niedrighypnotisierbare Probanden bei einer räumlichen Imaginationsaufgabe doppelt soviel Fehler als hochhypnotisierbare Probanden (Kogon et al. 1998). Die Autoren erhoben die Lebhaftigkeit von Vorstellung mittels eines Fragebogens (VVIQ), konnten aber keinen signifikanten Zusammenhang mit der Hypnotisierbarkeit feststellen. De Pascalis (2000) fand eine zwar niedrige aber signifikante Korrelation der »Betts' Mental Imagery Scale« mit Hypnotsierbarkeit. Eine Regressionsanalyse zeigte jedoch, dass die Skala keinen guten Prädiktor für Hypnotisierbarkeit darstellte. Halsband (2004) berichtet über einen Vorteil Hochhypnotisierbarer beim Lernen hochbildhafter Wortassoziationen sowohl in einer visuellen als auch in einer auditiven Versuchsbedingung. Die Vorteile bestanden sowohl in Trance, als auch im Wachzustand. Bei abstrakten Wortassoziationen fanden sich dagegen keine Unterschiede.

Kognitive Flexibilität. Hochhypnotisierbare können schneller ihren Bewusstseinszustand verändern und besser von analytischen, detailorientierten kognitiven Strategien auf holistische, imaginative Strategien umschalten (Crawford 1989).

Physiologische Flexibilität. Die erhöhte kognitive Flexibilität scheint sich in physiologischen Korrelaten niederzuschlagen (s. oben; Crawford 1996; Crawford et al. 2004). Gorassini u. Spanos (1986) entwickelten Trainingsmaßnahmen (»Carlton Skills Training Programm«, CSTP) zur Erhöhung der Hypnotisierbarkeit. Ihrer Meinung nach wirken vor allem veränderbare Variablen wie Einstellungen zur Hypnose, Reaktionserwartungen und Motivation auf die Hypnotisierbarkeit. Diese wiederum werden massiv durch den Kontext beeinflusst, in dem die Hypnose stattfindet. Das CSTP gibt den Probanden Informationen über Hypnose und instruiert sie genau. Den Teilnehmern wird eine Videoaufnahme eines hypnotisierten Modells dargeboten, anhand dessen sie lernen, Suggestionen zu initiieren anstatt passiv auf die suggerierten Effekte zu warten, und eine Vielzahl kognitiver und imaginativer Strategien anzuwenden, um die Ausführung der Suggestionen als unwillkürlich zu erleben. Teilweise wurde durch das Training eine dramatische Erhöhung der Suggestibilität erzielt. Lynn (2004) berichtet anhand einer Übersicht von 15 Studien, dass 50–80% niedrighypnotisierbarer Probanden nach dem Training eine hohe Hypnotisierbarkeit erreichten. Bei Bertrand et al. (1993) erreichten 35% zuvor als niedrighypnotisierbar klassifizierte Probanden hohe und weitere 35% mittlere Werte. Diese Verbesserungen waren nicht auf reine Compliance gegenüber dem Versuchsleiter zurückzuführen, die Effekte zeigten sich auch nach 2,5 Jahren noch stabil und generalisierten auf die Ausführung neuer, anspruchsvoller Suggestionen (Spanos et al. 1989b; Lynn 2004). Ungeklärt ist bisher noch, ob Personen, die nach dem Durchlaufen des Trainingsprogramms eine hohe Hypnotisierbarkeit erzielen, auch die typischen hirnphysiologischen Aktivierungsmuster Hochhypnotisierbarer aufweisen.

Motivation. Die Motivation zur Kooperation mit dem Hypnotiseur gibt in der Beeinflussung der Hypnotisierbarkeit ein mehrdeutiges Bild ab. Hier muss man Gefälligkeitstendenzen unterscheiden von der Motivation, Phänomene in Hypnose als unwillkürlich zu erleben. Ergebnisse von Spanos et al. (1983b; Spanos et al. 1983c) zeigen, dass Probanden oft eine suggerierte Reaktion ausführen, auch wenn sie nicht als unwillkürlich erlebt wird. Motivationale Aspekte beeinflussen natürlich auch das Ausmaß, in dem der Hypnotisand bereit ist, seine kognitiven Fähigkeiten einzusetzen. Es besteht ein allgemeiner Konsens unter Forschern und Therapeuten, dass selbst hochsuggestible Personen Suggestionen nicht ausführen, wenn diese gegen ihre Einstellungen oder Glaubenssysteme verstoßen. Personen, die gut auf Hypnose ansprechen, sind also keineswegs willensschwach oder manipulierbar. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass sich bei Patienten Leidensdruck günstig auf die Therapiemotivation auswirkt, was auch die Bereitschaft zu hypnotischer Trance erhöht.

Einstellungen. Eine weitere Variable, welche die Hypnotisierbarkeit beeinflusst, ist die Einstellung zur Hypnose. Die Modifikation von Einstellungen der Hypnotisanden ist ein wesentlicher Bestandteil des CSTP. Eine erste Maßnahme besteht darin, bei Probanden positive Einstellungen gegenüber der hypnotischen Trance zu aktivieren. Sind die Einstellungen am Ende des Trainings noch negativ, so war auch der Versuch zur Erhöhung der Hypnotisierbarkeit wenig erfolgreich (Spanos et al. 1987). Negative Information über Hypnose kann die Empfänglichkeit für Hypnose senken (Barber u. Calverley 1963). Personen die Hypnoseerfahrung haben, verändern ihre Einstellung gegenüber Hypnose und nehmen sie weniger stereotyp wahr als davor (Green 2003).

Kooperation. Häufig wird am CSTP kritisiert, dass die Effekte eine Folge von Compliance sind. In Frage gestellt wird besonders der »autoritäre Druck« sich wie eine hochhypnotisierbare Person zu verhalten. Die Person verhält sich also unter sozialem Druck wie erwünscht, ohne dass sich ihre subjektiven Tranceerfahrungen verändert haben. Tatsächlich haben Studien gezeigt, dass die Probanden weit weniger vom Training profitierten, wenn Instruktionen, die Suggestionen aktiv auszuführen, weggelassen wurden (Spanos et al. 1986). Gearan et al. (1995) verglichen zwei Versionen des Trainings (original mit versus modifiziert ohne Instruktionen, die Suggestionen willentlich auszuführen) und fanden, dass beide Versionen objektive und subjektive Hypnotisierbarkeitswerte bei den Probanden erhöhten. Die Gruppe, die die Originalversion erhalten hatte, berichtete darüber die Suggestionen vermehrt willentlich ausgeführt zu haben, während die andere Gruppe über verstärkte imaginative Tätigkeit berichtete. Auch Lynn et al. (2002) entfernten Instruktionen zur willentlichen Ausführung der Suggestionen und fanden einen Einfluss auf objektive, nicht aber auf subjektive Hypnotisierbarkeitswerte.

Es bleibt festzuhalten, dass Kooperation und Compliance zum hypnotischen Geschehen beitragen. Besonders stark scheint der Einfluss im Rahmen von Bühnen- und Showhypnosen zu sein.

Reaktionserwartung. Als Reaktionserwartung bezeichnet man die subjektive Überzeugung, eine gewisse Suggestion auch auszuführen. Die Macht der Erwartungen auf hypnotische Reaktionen wurde schon von Barber (1969) hervorgehoben. Dass Erwartungen im Sinne von sich selbst erfüllenden Prophezeiungen durchaus Verhalten beeinflussen können, ist schon länger bekannt. Für Kirsch (2000) stellen sie die entscheidende Hypnose definierende Variable dar. Er ist der Meinung, dass Hypnose und Placebo in ähnlicher Weise über eine Erhöhung der Reaktionserwartung (z. B. die Erwartung geheilt zu werden) wirken. Spanos et al. (1983b; Spanos et al. 1983a) fanden mittlere Korrelationen zwischen Erwartung und Werten des CURSS. Auch Verbesserungen der Hypnotisierbarkeit durch das CSTP hängen stark von Veränderungen der Reaktionserwartungen ab; werden diese kontrolliert, ergeben sich keine Verbesserungen (Gearan u. Kirsch 1993). Wird die Reaktionserwartung von hochhypnotisierbaren Probanden beeinflusst, indem man ihnen sagt, sie würden in einem vermeintlichen Imaginationstest (der in Wirklichkeit jedoch Hypnotisierbarkeit misst) schlechter abschneiden, so tritt der suggerierte Effekt auch ein. Niedrighypnotisierbare Personen dagegen zeigten bessere Leistungen, wenn ihnen ein zweiter Hypnotisierbarkeitstest als Imaginationstest vorgestellt wurde.

Aktive Interpreation von Suggestionen. Eine aktive Interpretation von Suggestionen ist für Spanos (1986a) wesentlich, um hypnotische Reaktionen auszuführen; sie beeinflusst die Reaktionserwartung. Personen, die Suggestionen zu einer Armlevitation passiv interpretieren und warten, bis sich der Arm von alleine hebt, erreichen meist nur niedrige Hypnotisierbarkeitsscores. Im Rahmen des CSTP werden Probanden trainiert, lebhafte Imaginationen zu entwickeln (z. B. »Der Arm ist hohl und wird mit immer mehr Luft vollgepumpt, bis er so leicht ist, dass er sich von alleine hebt«). Dazu muss der Arm aber erst einmal aktiv angehoben werden. Später dann soll sich über die Fokussierung auf Imaginationen das Gefühl der Unwillkürlichkeit entwickeln. Gearan et al. (1995) sind dagegen der Meinung, dass Probanden das Gefühl der Leichtigkeit erst über Imaginationen in subjektiv evidenter Weise erfahren müssen, um die Reaktion dann auch wirklich unwillkürlich zu erleben.

Definition des Kontextes. In einer Studie führte allein die Definition der Situation als Hypnose zu hohen Werten bei Hochhypnotisierbaren, während Niedrighypnotisierbare schlechter abschnitten. Dieser Effekt drehte sich jedoch um, als der Test als kreativer Vorstellungstest angekündigt wurde (Spanos et al. 1988a). Die Effektivität einer Intervention bei niedrighypnotisierbaren Patienten kann also optimiert werden, wenn Hypnose als bloße Vorstellungsübung deklariert wird; bei Hochhypnotisierbaren hingegen empfiehlt sich das explizite Label »Hypnose«. Wurde Probanden gesagt, dass die Fähigkeit, Hypnose zu erfahren, von ihrer Fähigkeit zu einem veränderten Bewusstseinszustand abhängt, so erzielten sie niedrigere Werte als ohne diese Instruktion (Lynn et al. 2002). Die Variable scheint sich direkt auf die Reaktionserwartung auszuwirken. Auch scheint es einen Unterschied zu machen, in welchem Setting die Hypnose stattfindet. Spinhoven u. van Wijk (1992) konnten aufzeigen, dass Patienten einer Tagesklinik ihre Hypnoseerfahrungen als realistischer beschrieben, wenn die Sitzung in einem klinischen Setting – im Gegensatz zu einem experimentellen Setting – stattfand.

Prestige. Die Variable »Prestige des Hypnotiseurs« stellt ebenfalls eine Kontextvariable dar und wirkt über Einstellungen, Reaktionserwartungen und Motivation auf die hypnotische Reaktionsbereitschaft. Ein vermeintlich hoher Status des Hypnotiseurs führte zu höheren Werten der Hypnotisierbarkeit (Small u. Kramer 1969) bzw. zu einer tieferen Trance (Godeby et al. 1993).

Kennzeichen der Induktion. Kennzeichen der Induktion können die Hypnotisierbarkeit unter Umständen ebenfalls beeinflussen. Die Zeit, die Patienten brauchen, um einen Trancezustand zu erreichen, ist sehr unterschiedlich. Rossi (1997) betont, dass Milton Erickson an experimentellen Untersuchungen öfter die zu knappe Zeit kritisiert hat, die aufgewendet wurde, um Probanden in Trance zu versetzen. Diese kann nämlich individuell erheblich variieren und sich mit zunehmender Übung verändern.

Eine formale Hypnoseinduktion ist weder eine notwendige noch hinreichende Voraussetzung für jenes Verhalten, das mit Hypnoseskalen erfasst wird (Lynn et al. 2002); auch sog. Aufgaben motivierende Instruktionen können Hypnose erzeugen (Barber 1969; s. oben).

Robin et al. (2005) verglichen die HGSHS: A mit einer indirekten Version dieser Skala. Entgegen den Hypothesen gab es ein Trend dahin gehend, dass widerständige Probanden auf der HGSHS: A höhere Werte erzielten, während Probanden mit weniger Widerstand auf der indirekten Skala höhere Werte erzielten. Groth-Marnat u. Mitchell (1998) konnten keinen Einfluss des Ausmaßes an Widerstand bzw. Reaktanz auf Hypnotisierbarkeitswerte feststellen, die sie mit der direkt formulierten HGSHS: A oder einer indirekten Version maßen. Szabó (1996) fand dagegen, dass Personen von niedriger und mittlerer Hypnotisierbarkeit besser auf indirekte Suggestionen reagierten, während Hochhypnotisierbare sowohl auf direkte als auch auf indirekte Suggestionen ansprachen. In Bezug auf subjektive Angaben konnte Bongartz (1997) mit direkten Suggestionen eine tiefere Entspannung erzielen; die physiologischen Daten jedoch zeigten bei indirekten Suggestionen tiefere Entspannungswerte. Lynn et al. (1993) kommen nach einer Literaturdurchsicht zu dem Schluss, dass es keine Unterschiede zwischen direkten und indirekten Induktionsverfahren in der Auswirkung auf die Hypnotisierbarkeit gibt. Dazu muss allerdings kritisch angemerkt werden, dass die zitierten Studien klassische Hypnoseskalen verwendeten, die lediglich in eine permissivere Sprache umformuliert wurden, was nicht dem ursprünglichen Sinn der Indirektheit entspricht.

Rapport. Vielleicht sollte man die Induktion auch als Möglichkeit für Therapeuten und Patienten sehen, einen Rapport herzustellen. Indem der Hypnotiseur minimalen Hinweisreizen des Patienten folgt (»pacing«), ihm in dessen Weltmodell begegnet und es für die Induktion nutzt (Utilisation), können sich Einstellungen, Reaktionserwartungen und Motivation des Patienten verändern, was sich wiederum positiv auf die Hypnotisierbarkeit auswirkt (Peter 1996a). Banyai (1985; 1991) meint, dass es förderlich sei, wenn der Therapeut während der Induktion mit seinem Patienten in Trance geht und sich eine interaktionale Synchronizität entwickelt. Rapport scheint für den Hypnotisanden wichtig zu sein, um Reaktionen als unwillkürlich zu erleben. Probanden, die einen hohen positiven Rapport zeigen, reagieren intensiver auf Suggestionen

des Hypnotiseurs. Barabasz u. Watkins (2005) weisen der Beziehung zum Hypnotiseur eine Schlüsselrolle zu, um maximale Reaktionen in Hypnose zu erzielen. Die Anwendung von Trainingsmaßnahmen zur Erhöhung der Hypnotisierbarkeit (CSTP) wird ebenfalls durch einen guten Rapport potenziert. Niedrigsuggestible erreichten dadurch einen signifikant größeren Zuwachs der Hypnotisierbarkeit als eine vergleichbare Gruppe, in der der Rapport niedrig gehalten wurde (Gfeller et al. 1987). Der Rapport wirkt sich positiv auf die Motivation der Probanden aus, Inhalte des CSTP aufzunehmen und anzuwenden (Flynn et al. 1990).

Sensorische Deprivation. Sensorische Deprivation kann ebenfalls zu einer besseren Hypnotisierbarkeit führen. Barabasz belegte dies unter Anwendung der REST (»Restricted Environmental Stimulation Technique«) anhand einer Gruppe von Forschern in der Antarktis aber auch experimentell (Barabasz 1982; 1990). Schon Bernheim (1884) berichtete, dass er im Krankenhaus (geringe sensorische Stimulation) Patienten leichter in Trance versetzen konnte als zu Hause in seiner Praxis.

Fourie (1994) wehrt sich gegen eine künstliche Dichotomie und meint, dass der Begriff Empfänglichkeit für Hypnose sowohl Stabilität als auch Veränderung zulässt. Ein integratives Modell, das beiden Komponenten Rechnung trägt, findet sich bei Brown u. Oakley (2004).

Erwähnenswert ist ferner, dass sich die Hypnotisierbarkeit auch mit der Tageszeit und dem Lebensalter verändert. So erreicht sie für »Frühaufsteher« um 10 und 14 Uhr einen Höhepunkt, für »Nachtmenschen« um 13 Uhr und zwischen 18 und 21 Uhr (Wallace 1993; Wallace u. Kokoszka 1995). Kinder sind zwischen 9 und 12 Jahren besonders empfänglich für Hypnose, mit zunehmendem Alter nimmt die Hypnotisierbarkeit langsam ab (Morgan u. Hilgard 1973). Im Rückblick auf Studien der letzten 40 Jahre fanden Benham et al. (2002) einen linearen Anstieg der Hypnotisierbarkeit. Vielleicht ist dieser Befund auch ein Ergebnis der modernen Hypnoseforschung, die mit einigen Mythen über Hypnose aufgeräumt hat und so zu realistischeren Einstellungen und Reaktionserwartungen hinsichtlich Hypnose geführt hat. Insgesamt machen die Ergebnisse über eine Beeinflussung der Hypnotisierbarkeit Mut, Hypnose einer breiteren Patientel über entsprechende Maßnahmen als therapeutische Intervention zugänglich zu machen.

Es ist festzuhalten, dass Hypnotisierbarkeit nur solange stabil bleibt, bis über kognitive, motivationale und kontextuelle Einflussfaktoren Veränderungen initiiert werden.

9.7 Eine Hypnotisierbarkeit oder mehrere?

Wie oben ausgeführt wurde, stellt sich die Hypnotisierbarkeit als multifaktoriell beeinflussbar dar. Es ist denkbar, dass sozialpsychologische und dispositionelle Faktoren interagieren und dadurch Wechselwirkungen in der Beeinflussung der hypnotischen Reaktionsbereitschaft entstehen, die mit simpler Addition nicht zu erklären sind. Andererseits zieht Balthazard (1993) auch die Möglichkeit in Betracht, dass zwar mehrere Mechanismen zur Hypnotisierbarkeit beitragen können, dass diese sich in ihrer Wirkung aber nicht potenzieren; demnach wäre jeder einzelne Mechanismus hinreichend, um Hypnotisierbarkeit zu erzeugen und zu erklären. Das Modell in Abb. 9.1 trägt beiden Möglichkeiten Rechnung, die sich keineswegs ausschließen müssen.

Idealerweise wird von Messinstrumenten gefordert, dass sie nur eine Eigenschaft oder ein Konstrukt messen. Dieser Eindruck entsteht auf den ersten Blick auch bei Skalen, die hypnotische Reaktionsbereitschaft messen, eine Annahme, die jedoch in Frage gestellt werden kann. Zweifel daran, dass die Skalen nur einen Faktor messen, ergeben sich zum einen aus der Bimodalität von Hypnotisierbarkeitswerten (Hilgard et al. 1961). Verteilungen von SHSS: A- und B-Scores, die anhand von 124 Probanden ermittelt wurden, zeigten zwei Gipfel, einen bei einem Wert von 4, den anderen bei 10. Auch die Verteilung von Amnesie-Werten ist zweigipflig, was von Cooper (1979) durch zwei Prozesse, nämlich gewöhnliches Vergessen und hypnotische Amnesie, erklärt wird.

Hilgard (1965) vertritt die Meinung, dass zumindest die Stanford-Skalen vor allem einen Faktor messen, der den Aspekt der Dissoziation beinhaltet. Viele andere Autoren bevorzugen jedoch eine andere Interpretation der Daten und nehmen zwei

Mechanismen an, die je nach Itemschwierigkeit hypnotische Reaktionen unterschiedlich beeinflussen. Items einer Skala, welche nur richtig oder falsch gewertet werden, können also durchaus mehr als eine Determinante haben. Ein Faktor ist wichtiger bei einfachen Items, der andere eher bei schwierigen Items (Balthazard 1993). Auf Eysenck u. Furneaux (1945) geht die Unterscheidung in primäre und sekundäre Suggestibilität zurück. Die Erstere stellt eine reliable Persönlichkeitseigenschaft (»trait«) dar und ist notwendig, um direkte Suggestionen unwillkürlich umzusetzen. Die zweite enthält subjektive Erfahrungen und Empfindungen auf eher indirekt gehaltene Suggestionen. Nur primäre Suggestibilität konnte die Empfänglichkeit für Hypnose vorhersagen. Nach De Pascalis (2000) hängt die sekundäre Suggestibilität eher von Kontext und Compliance ab.

Je nach theoretischer Ausrichtung werden die beiden Faktoren unterschiedlich benannt: So z. B. primäre Suggestibilität und Somnambulismus (Weitzenhoffer), begrenzte versus umfangreiche Dissoziation (Hilgard), Compliance und echte Hypnose (Tellegen), Kooperation-Erwartungen und Absorption (Spanos) (Balthazard 1993). Kirsch et al. (1995b) stellen die plausible Hypothese in Frage, dass Kontextvariablen eher an der Ausführung von leichten Suggestionsitems und Traitvariablen eher an der Ausführung von schwierigen Suggestionen beteiligt sind. Ihren Ergebnissen zufolge sind es Erwartungen, die am stärksten an der Ausführung aller hypnotischer Reaktionen beteiligt sind, insbesondere bei hochsuggestiblen Probanden und in der Ausführung schwieriger Suggestionen.

Eine weitere Möglichkeit, um festzustellen, was Hypnoseskalen tatsächlich messen, sind faktorenanalytischen Untersuchungen, die zwei, drei oder mehrere Faktoren hervorbrachten.

Hammer et al. (1963) kamen anhand der SHSS: A auf drei Faktoren. Einer umfasst ideomotorische Reaktionen (z. B. Bewegung der Hände zueinander), der zweite Challenge-Suggestionen (z. B. Unfähigkeit den Arm zu beugen). Der dritte Faktor enthält kognitive Items, wie Halluzinationen, posthypnotische Suggestion und posthypnotische Amnesie (Hilgard 1965). Jedes Item, das auf die jeweiligen Faktoren lud, stand in engerer Beziehung zu anderen Items des gleichen Faktors als zu Items eines der anderen Faktoren. Diese Faktorenstruktur konnte durch eine Studie von Piesbergen u. Peter (2005) im Prinzip für die HGSHS: A bestätigt werden, das HalluzinationsItem lud in ihrer Studie allerdings etwas stärker auf den Challenge- als auf den kognitiven Faktor.

Um methodische Schwierigkeiten zu umgehen (dichotome Items, niedrige Anzahl von Items, geringe Anzahl kognitiver Items) nutzten Woody et al. (2005) eine Skala aus 23 Items, zusammengesetzt aus der HGSHS: A und der SHSS: C, und unterzogen die Daten einer Faktorenanalyse. Sie ermittelten 4 Subskalen, die ideomotorische Reaktionen (»Direct Motor«), motorische Challenge-Suggestionen (»Motor Challenge«), perzeptuell-kognitive Reaktionen (»Perceptual-Cognitive«) und posthypnotische Amnesie (»Posthypnotic Amnesia«) enthielten. Die Autoren vermuten, dass jeder Faktor eine generelle Hypnotisierbarkeit voraussetzt, plus jeweils spezifische Komponenten. Die Subskalen konnten die Reaktion von Probanden auf spezifische neue Suggestionen (z. B. posthypnotische Amnesie für autobiografische Gedächtnisinhalte) besser vorhersagen als ein globaler Hypnotisierbarkeitswert.

Ein vielversprechender Ansatz, welcher der Multidimensionalität der Hypnotisierbarkeit gerecht wird, kommt von Pekala u. Forbes (1997). Sie testeten phänomenologisch die Tranceerfahrung von Probanden beim Durchlaufen der HGSHS: A. Eine Clusteranalyse ergab 9 Gruppen unterschiedlicher phänomenologischer Erfahrungen in Trance. Diese Gruppen hatten dann auch unterschiedliche Mittelwerte anhand der HGSHS: A. Die Ergebnisse zeigten, dass z. B. eine der Gruppen hohe Hypnotisierbarkeit durch intensiven Gebrauch von visueller Vorstellung erreichte, während die andere Gruppe kaum visuelle Bilder gebrauchte, um vergleichbare Werte zu erzielen. Ähnliche Ansätze kommen von Barrett (1996), der »Dissoziierer« und »Phantasierer« beschrieb (s. oben) und von Barber. Letzterer führte eine Taxonomie Hochhypnotisierbarer ein und unterschied Individuen, ob sie eine Neigung zum Phantasieren (»fantasy-prone«) oder eine Neigung zur Amnesie (»amnesia-prone«) hatten oder über ein positives Einstellungs-, Motivations- und Erwartungs-»set« (»positively set«) verfügten. Barber (2000) machte sich auch Gedanken, wie Suggestionen für jeden Subtyp so maßgeschneidert werden können, dass sie möglichst erfolgreich sind.

So gab er an, dass für Probanden mit Neigung zu Amnesie die Induktionen formal und möglichst lang sein sollten. Diese Subgruppe ist z. B. besonders talentiert bei der Ausführung von Suggestionen hinsichtlich Amnesie, Zeitverzerrung, psychomotorischer Veränderung und negativer Halluzination. Probanden mit Neigung zu Fantasien können eher über Imaginationen in Trance geführt werden und beherrschen Altersregression und Progression besonders gut.

Hypnotisierbarkeit stellt sich als multifaktoriell beeinflussbar dar. Faktorenanalytische Untersuchungen bestätigen die Mehrdimensionalität des Konzepts. Es scheint, als könne eine hohe Hypnotisierbarkeit mit verschiedenen Strategien erzielt werden.

9.8 Diskussion

Aus einer Umfrage bei der Jahrestagung der »American Society of Clinical Hypnosis« ergab sich, dass nur 54% der anwesenden Therapeuten in ihrer praktischen Arbeit jemals eine Hypnotisierbarkeitsskala angewendet haben; 24% benutzten aktuell keine Messinstrumente mehr, um Hypnotisierbarkeit zu erheben; lediglich 30% wandten regelmäßig Hypnotisierbarkeitsskalen an (Lynn u. Shindler 2002). Es scheint also unter Praktikern große Vorbehalte gegen eine Erhebung der Hypnotisierbarkeit zu geben. Auch im experimentellen Bereich, besonders in der Effektivitätsforschung, gibt es immer noch Studien, welche die Hypnotisierbarkeit ihrer Patienten nicht erheben, was die Qualität der Studien deutlich herabsetzt und der Hypnoseforschung nicht weiterhilft.

An dieser Stelle sollen zunächst Fragen nach der Indikation einer Anwendung von Hypnoseskalen aufgeworfen werden. Es ist inzwischen gut belegt, dass Hypnotisierbarkeit zumindest bei einigen klinischen Störungsbildern recht konsistent mit dem Therapieerfolg korreliert. Das bedeutet, dass das Ausmaß, in dem sich eine Person gemäß einer normierten Skala für Hypnose empfänglich zeigt, einen Prädiktor für das Ausmaß darstellt, in dem diese Person von einer hypnotherapeutischen Intervention profitieren kann. Durch die Anwendung einer Hypnotisierbarkeitsskala kann der Therapeut nicht nur quantitative, sondern auch qualitative diagnostische Informationen gewinnen. Er kann abschätzen, welche der hypnotischen Phänomene er für die Intervention nutzen kann; das können im einen Fall ideomotorische Reaktionen (z. B. Armlevitation), im anderen Fall eher kognitive Phänomene wie z. B. eine Altersregression sein.

Im Fall niedriger oder mittlerer Hypnotisierbarkeit können Maßnahmen zu deren Erhöhung getroffen werden, die Techniken können ohne formale Hypnoseinduktion als »imaginative Verfahren« durchgeführt werden, oder es kann im Fall niedriger Hypnotisierbarkeit die Entscheidung zugunsten anderer Therapiemethoden getroffen werden. Im Allgemeinen gelten ca. 10% der Menschen als nichthypnotisierbar bzw. refraktär (Edmonston 1986). Allerdings zeigen in den 80er-Jahren entwickelte Trainingsmaßnahmen (Gorassini u. Spanos 1986), dass durch eine Vermittlung geeigneter Strategien eine bisweilen dramatische Erhöhung der Hypnotisierbarkeit eintreten kann. Genau betrachtet erfüllt dieses Training nichts anderes als Milton Ericksons Forderung, dass Personen Hypnose üben müssen, um zu einer adäquaten Einschätzung ihrer Trancefähigkeit zu kommen (Rossi 1997, S. 409). Durch das Ausräumen von Vorurteilen über Hypnose, Motivierung sowie das Schaffen einer angemessenen Reaktionserwartung auf der Basis eines guten Rapports können hypnotherapeutische Interventionen optimiert werden. Die Wichtigkeit von Imagination als Einflussvariable auf das Trancegeschehen soll hier noch einmal betont werden.

Natürlich gibt es auch eine Reihe von Kritikpunkten an den zurzeit verwendeten Skalen. Die meisten wenden für die Einleitung der Trance lediglich 5–15 min auf. Ob diese Zeitspanne jedem gerecht wird, ist zu bezweifeln. Das Versagen oder der Erfolg in einer Testaufgabe kann die Reaktionserwartung in Bezug auf das nächste Item beeinflussen. Auch kann sich nach einem schlechten Abschneiden im Test die Motivation und Einstellung gegenüber der Therapie verschlechtern. Zudem sind die meisten Skalen in einer recht autoritären Sprache verfasst, sodass der Patient verunsichert sein könnte, wenn er einen ansonsten permissiv kommunizierenden Therapeuten in der Therapiesitzung ganz anders erlebt. Es besteht keine Möglichkeit, individualisierte Suggestionen zu ver-

wenden, um mit dem Patienten in besseren Rapport zu treten und seine hypnotischen Reaktionen zu utilisieren.

Hypnotisierbarkeitsskalen messen vor allem motorische und imaginativ-kognitive Aspekte der Trance. Die für eine Therapie wichtigen emotional-affektiven sowie physiologischen Aspekte werden nicht berücksichtigt (Abb. 9.1). Dabei betonen Bongartz u. Bongartz (1998), dass in Hypnose eine gesteigerte Tendenz besteht, Gefühle zu erleben und auszudrücken. Dieser Zusammenhang konnte auch experimentell bestätigt werden durch den Vergleich von hoch- und niedrighypnotisierbaren Probanden. Erstere berichteten über intensivere körperliche und subjektive gefühlsmäßige Reaktionen auf indirekte Suggestionen zur Erfahrung von positiven und negativen Emotionen (Lange 1996, zit. nach Bongartz u. Bongartz 1998). Diese Unterschiede in der Emotionalität fanden ihren Niederschlag auch in EEG-Ableitungen.

Die meisten Skalen gehen von lediglich einem Faktor der Hypnotisierbarkeit aus. Diese Annahme kann nach heutigem Wissensstand kaum noch aufrechterhalten werden (s. oben). Hypnotisierbarkeit ist multifaktoriell bedingt, und die Skalen stellen sich als mehrdimensional dar. Es wäre nun Aufgabe der Forschung, die Konzepte, die mit Hypnotisierbarkeit in Verbindung gebracht werden, genauer voneinander abzugrenzen. Es gibt erste Ansätze, der Mehrdimensionalität der Skalen gerecht zu werden, indem herausgearbeitet wird, welche Suggestionen durch welche Subgruppen am effektivsten umgesetzt werden (Barber 2000). Es erscheint deshalb notwendig, mit neuen Messverfahren zu einer differenzierteren und genaueren Betrachtung der Hypnotisierbarkeit zu kommen. Auch die Beziehung von psychopathologisch-dissoziativen Phänomenen und Hypnotisierbarkeit ist noch nicht genau geklärt, wenngleich auch hier von Barrett (1996) vielversprechende Ansätze kamen.

Deutliche Fortschritte hat die Forschung mit bildgebenden Verfahren gemacht und auch in den nächsten Jahren ist mit weiteren Ergebnissen über hirnphysiologische Korrelate von Hypnose und Hypnotisierbarkeit zu rechnen. Inwieweit unterschiedliche Subgruppen Hochhypnotisierbarer auch auf hirnphysiologischer Ebene identifiziert werden können, und ob sich eine Trainingsmaßnahme zur Erhöhung der Hypnotisierbarkeit wie das CSTP auch in veränderten Gehirnaktivierungsmustern äußert, bleibt abzuwarten.

Ein kaum beachtetes Maß ist die Trancetiefe. Dabei ist ihre Einschätzung auf einer mehrstufigen Skala schnell und unkompliziert in jeder therapeutischen Trance zu realisieren. Eine Einschätzung direkt nach der Hypnoseeinleitung ist ein guter Prädiktor für die Trancetiefe in der weiteren Sitzung und aufgrund des korrelativen Zusammenhangs auch gleichzeitig eine recht valide Schätzgröße für die Hypnotisierbarkeit (Krause 2000).

Fazit

Trotz der offenen Fragen soll all denjenigen, die Hypnose als effektives Werkzeug therapeutischer Intervention untersuchen oder anwenden, empfohlen werden, die nützliche und hilfreiche Information einzuholen, die eine Erhebung der Hypnotisierbarkeit bietet. Hypnotisierbarkeit stellt nämlich das zentrale Konstrukt und einen wesentlichen Prädiktor für Hypnoseerfahrungen sowohl im experimentellen als auch im klinischen Bereich dar (Barabasz u. Perez 2007).

10

Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit

Burkhard Peter, Dirk Revenstorf

10.1 Kontraindikationen – 129
10.1.1 Geschichtliche Perspektive – 129
10.1.2 Theoretische Perspektive – 131

10.2 Implikationen für die klinische Praxis: Kontraindikationen für Hypnose – 132
10.2.1 Kontraindikationen aufseiten der Patienten – 132
10.2.2 Kontraindikationen aufseiten der Therapeuten – 134

10.3 Gefahren der Bühnenhypnose – 135
10.3.1 Geschichtliche Perspektive – 135
10.3.2 Theoretische und pragmatische Perspektive – 137

10.4 Missbrauch unter Hypnose – 138
10.4.1 Geschichtliche Perspektive – 138
10.4.2 Praktische und forensische Perspektive – 141

10.5 Diskussion – 145

Die Themen dieses Kapitels begleiten die Hypnose seit ihren Anfängen und sind zudem gut dokumentiert. Da Hypnose am Anfang aller Psychotherapie stand, sind im Verlauf ihrer Geschichte – und gewissermaßen an ihr beispielhaft – diese relevanten Themen auch für alle nachfolgende Psychotherapie abgehandelt worden. Allerdings spielen sie dort keine so erhebliche Rolle mehr; kaum eine der modernen Psychotherapien kennt z. B. Kontraindikationen und wohl bei keiner anderen Psychotherapie wird über Gefahren diskutiert, die sie für ihre Patienten beinhalten kann. Und erst recht keine andere Therapieform wird auf der Bühne zum Zwecke der Belustigung eines Publikums dargestellt.

Auch bei der Hypnose gibt es tatsächlich kaum Kontraindikationen und Gefahren, was Pierre Janet (1925) beklagt hat, da jedes potente Heilmittel – bei falscher Anwendung – grundsätzlich gewisse Risiken beinhalte. Ob diese implizite Analogie auch heute noch zutrifft – je gefährlicher ein Medikament, umso stärker seine Heilungspotenz –, mag man bezweifeln. Da es aber immer wieder, wenn auch sehr selten, zu Problemen aufgrund fehlerhafter Anwendung kommt, lohnt es sich, die Kontraindikationen und Gefahren der Hypnose aufzuzeigen und zu diskutieren.

Eben weil die folgenden Themen keine Ad-hoc-Erscheinungen sind, sondern seit 225 Jahren berichtet werden, soll am Anfang immer auch die geschichtliche Perspektive etwas ausführlicher dargestellt werden. Dann werden, soweit möglich, theoretische Begründungen gegeben, die klinische Relevanz und schließlich die Themen im Einzelnen erörtert.

10.1 Kontraindikationen

10.1.1 Geschichtliche Perspektive

Sekundärer Krankheitsgewinn

Franz Anton Mesmers erster großer Misserfolg kam zustande, weil er eine der Kontraindikationen für Hypnose – für symptomorientierte Therapie überhaupt – nicht beachtet hatte und die Macht des sekundären Krankheitsgewinnes erst persönlich erfahren musste (um 1776 gab es allerdings auch noch kein Verständnis für Funktion und Macht des Krankheitsgewinns): Maria-Theresia Paradis, 2 Jahre jünger als Wolfgang Amadeus Mozart, war damals ebenfalls ein pianistisches Wunderkind und ähnlich berühmt, allerdings nicht allein wegen ihrer pianistischen Fähigkeiten, sondern weil sie seit ihrem dritten Lebensjahr blind war. Durch Mesmer lernte sie als 18-Jährige 1776 wieder sehen (Mesmer 1779, dt. 1781), hatte von nun an aber erhebliche Probleme mit sich und der Welt, v. a. mit ihrem Klavierspiel, denn »die Menge von Dingen, die sie zu lernen hatte, ärgerten sie oft so sehr, dass sie sich fast wünschte wieder blind zu seyn, um so mehr, da man, in diesem Zustand, ihre Geschicklichkeit [bei Klavierspielen] und Klugheit bewundert hatte«, so der Bericht ihres Vaters (Paradis 1781). Die *Vossische Zeitung* in Berlin berichtete in 3 aufeinanderfolgenden Nummern (1777, Nr. 55, 56, 57) sehr anschaulich von den neuen Problemen der Patientin: »Die neue Zerstreuung der Sinne verursachte, dass sie beym Claviere schon mehr Nachsinnen anwenden muss, um ein Stück zu spielen, wo sie vordem die schwersten Concerte mit der größten Richtigkeit fortspielte, und zugleich mit den Umstehenden sich im Gespräch unterhielte. Mit offenen Augen wird es ihr itzt gar schwer, ein Stück zu spielen. Sie beobachtet alsdann ihre Finger, wie sie über die Claviere weggaukeln, verfehlt aber dabei meistens die Claves« (zit. nach Buchner 1922, S. 209 f.). Nun hatte sich schon zuvor andere ärztliche Prominenz in Wien vergeblich an der Heilung der Jungfer versucht und Mesmer war – nach der forschen Veröffentlichung seiner »Entdeckungen« 1775 und des darüber entstandenen Urheberstreits mit dem Jesuitenpater Hell – in der Wiener medizinischen Gemeinschaft ohnehin nicht mehr wohl gelitten (Peter 1991). Vor allem aber war das Einkommen des Paradis-Clans erheblich gefährdet: Sehenderweise verfehlte die Tochter, wie zitiert, nun häufiger die Tasten und als Sehende würde sie vermutlich auch die Aura des Wunderkindes verlieren, damit das regelmäßige Einkommen für die Familie und möglicherweise auch die finanzielle Unterstützung, die sie bis dahin durch die Kaiserin Maria-Theresia erhalten hatte. Also kam es, wie es kommen musste, die Patientin erlitt einen Rückfall und wurde 1777 mit großem Eklat Mesmers therapeutischer Obhut entrissen.

Hypnotisiere nie gegen einen offensichtlichen Krankheitsgewinn.

Symptome, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Krankheit eine Rolle gespielt haben und/oder noch spielen, können nicht einfach »weghypnotisiert« werden. Der Versuch wäre ein Missbrauch der Hypnose. Das trug im Übrigen zu der in Deutschland immer noch bestehenden unsinnigen Dichotomie zwischen aufdeckenden (z. B. Psychoanalyse und Tiefenpsychologie) und zudeckenden Verfahren (Hypnose) bei und zu der prinzipiellen kassenrechtlichen Unvereinbarkeit der beiden. Hypnoanalyse ist bei uns de jure nicht durchführbar.

Hysterie und Borderline

Eine der beiden Pariser Kommissionen von 1784, die medizinische, hatte zu bedenken gegeben, dass Mesmers magnetische Kuren mit ihren spasmodischen und konvulsivischen Zuständen in der »Krise« leicht die Quelle größerer Leiden werden könnten, dass manchen Patienten also mehr geschadet als geholfen würde (Poisonnier et al. 1784). Dieser Meinung hatte sich offenbar auch Mesmers Schüler Marquis de Puységur angeschlossen, denn er warnte ebenfalls ausdrücklich davor, »wie gefährlich die Krampfzustände sind, wenn sie sich selbst überlassen bleiben. [Im Gegenteil müsse der Magnetiseur] alle Anstrengungen darauf richten zu beruhigen und niemals einen Kranken eher verlassen, als bis ein gewisser Ruhezustand sich eingestellt hat« (Puységur 1784, zit. nach de la Tourette 1889, S. 11).

Natürlich muss man den soziokulturellen Unterschied im Klientel der beiden Therapeuten berücksichtigen: Mesmer agierte im hysterisch überhitzten, dekadent-vorrevolutionären Paris und war der Modearzt von »tout« Paris; Puységur dagegen wirkte eher bescheiden in der Provinz nahe Buzanzy. Man kann sich leicht vorstellen, dass sich die Damen der Pariser Gesellschaft in den öffentlichen Gruppenbehandlungen um das Baquet in Mesmers Praxis anders verhielten, d. h. theatralisch inszenierter als Puységurs erster Einzelpatient Viktor Race, der in seiner ruhigen somnambulen Art das Vorbild abgab für alle weiteren somnambulen Patienten der Folgezeit. Dennoch ist es interessant, den Unterschied festzustellen. Puységur warnt ganz offensichtlich vor unkontrolliertem affektiven Ausagieren, wie es bei hysterischen oder auch bei Borderline-Patienten vorkommen kann. Und er macht zur Auflage, die Patienten zu beruhigen und erst dann zu entlassen, wenn sie wieder ganz aus der Trance »zurückgekommen« sind.

Hypnotisiere nie Patienten, wenn zu befürchten ist, dass sie psychotisch dekompensieren könnten oder dass Du sie nicht mehr aus der Trance »zurückholen« kannst.

Grenzen des Therapeuten

Diejenigen Magnetiseure, die Mesmer mit seiner Theorie wörtlich nahmen, hatten sich als lebende Akkumulatoren für den animalischen Magnetismus verstanden und daraus folgerichtig abgeleitet, dass sie in jeder ihrer Behandlungen von dieser Kraft etwas abgeben müssten. So vermeinte z. B. schon der Heilbronner Arzt Eberhard Gmelin Ende des 18. Jahrhunderts die Entkräftung zu bemerken, wenn er mehr als 4 Personen täglich magnetisierte; insbesondere glaubte er zu verspüren, »daß gewisse kränkliche Personen ein Vakuum darbieten, in welches sich das belebende Fluidum mit großem Impuls ergießt« (Gmelin 1791, Bd. 1, S. 319). Und Kluge (1811, S. 486) berichtet gar von einigen Magnetiseuren, welche sich nach Mitternacht mit gen Himmel ausgestreckten Armen mit neuem Fluidum versorgten. Für den aufgeklärten Hannoveraner Hofarzt Johann Stieglitz (1814, S. 245) beruht dies natürlich alles »nur auf Einbildung oder auf zufällig damit verbundene Nebenumstände«. Ähnlich urteilt später auch Albert Moll (1892, S. 512): »Zweifellos beruhn viele Angaben der Mesmeristen auf einer falschen Beurteilung des Rapports. Da nämlich die meisten den Rapport in die Sinnesorgane, nicht aber in das Bewusstsein der Versuchsperson verlegen, so folgt daraus eine falsche Auffassung von Experimenten.« Der magnetische Rapport ist nichts anderes als der hypnotische Rapport und dieser schlicht therapeutische Beziehung.

Mag es nun tatsächlich nur Einbildung gewesen sein oder die fehlattribuierte körperliche und geistige Erschöpfung nach intensiver Konzentration und körperlicher Arbeit, die das Magnetisieren damals ja tatsächlich bedeutet hat, Gmelin weist in dieser Textstelle auf seine Grenzen hin, die er ganz offensichtlich wahrnahm und nicht zu überschreiten gewillt war.

Übe Hypnose immer nur im Rahmen Deiner persönlichen und professionellen Grenzen aus.

10.1.2 Theoretische Perspektive

Strukturelle Aspekte

Es gehört mit zu den ältesten Beobachtungen in Bezug auf Hypnose, dass hypnotische Trance die jeweilige Suggestibilität eines Menschen erhöht. Sowohl in klinischen Beobachtungen wie auch bei experimentellen Untersuchungen wurde eine in Trance erhöhte psychophysiologische Flexibilität gefunden (Crawford 1989). Diese sowie andere Befunde erlauben, von einer in Trance erhöhten kognitiven Instabilität zu sprechen (Gheorghiu u. Kruse 1991, 1992), die sich gut in die Theorie des radikalen Konstruktivismus einpasst. Dieser Theorie zufolge erzeugen Hypnose und Suggestion zunächst einen Zustand kognitiver Destabilisierung und so werden stagnierende Schemata verstört (Revenstorf 1991). Shor (1959) hat das mit anderen Worten als Veränderung der allgemeinen Realitätsorientierung bezeichnet. Die in älteren deutschen Lehrbüchern zu findenden Formulierungen wie »Einengung« oder »Herabsetzung des Bewusstseins« bezeichnen zwar etwas anderes, nämlich die Verringerung kritischer Rationalität, sodass leichter suggestiver Einfluss ausgeübt werden kann; vom Resultat her ist aber wohl das Gleiche gemeint, nämlich Veränderung vorhandener Strukturen oder Schemata. Kognitive Destabilisierung ist die Voraussetzung für einen Phasenübergang hin zu einem neuen, selbst organisierten Schema. Die Adaptivität eines neuen Schemas muss dann allerdings klinisch geprüft werden.

Hypnose kann man also verstehen als den Versuch, die Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen in entscheidenden Punkten zu verändern (Kruse 1989; Peter 1994, 1997; ▶ Kap. 2). Dazu dient explizit ein Zustand, die hypnotische Trance, und bestimmte Mittel, die hypnotischen Phänomene, die wir aus kreativen Phasen – aber auch aus der Psychopathologie kennen (▶ Kap. 3):

Durch die Anwendung von Hypnose versucht der Hypnotherapeut einen Zustand herbeizuführen, der in einigen seiner Charakteristika jenem Zustand ähnelt, der vermutlich bei der Entstehung mancher Störungen vorherrschte. Zu dessen Charakteristika gehören **sensorische Deprivation** und **motorische Restriktion**, **Unwillkürlichkeit** und **Evidenz** (Peter 1994c). Neurotische und psychosomatische Störungen entstehen u. a. dann, wenn ein Mensch nicht all seiner Sinne mächtig und nicht im Besitz all seiner Kompetenz ist; wenn er sich einem unwillkürlichen (Ich-dystonen) Geschehen ausgeliefert fühlt, das offensichtlich etwas mit ihm macht, was er weder erbeten hat noch kontrollieren kann (Fromm 1972). Diese Kennzeichnung trifft auf eine Vielzahl jener Bedingungen zu, unter denen psychische Störungen entstehen; sie trifft aber auch auf die hypnotische Situation zu, was auch in anderen Kennzeichnungen zum Ausdruck kommt wie z. B. Hypnose als Dissoziation, Absorption, erhöhte Imagination oder Suggestibilität. Der kognitive Funktionsmodus in Trance ist eher episodisch und prozedural geprägt denn semantisch und kommunikativ (Revenstorf 1985), er ist eher reaktiv als interaktiv.

Im Besonderen werden zur Hypnose sowohl zur Induktion wie Utilisation die sog. hypnotischen Phänomene (Peter 1993) benutzt, welche neurotischen und psychosomatischen Symptomen mehr oder weniger entsprechen; das betrifft die motorischen und kinästhetischen Phänomene (z. B. Katalepsie, flexibilitas cerea, Levitation), die Gruppe der sensorischen Phänomene (alle Sinne betreffende positive und negative Halluzinationen) wie auch die Gruppe der sog. kognitiven Phänomene (Amnesie, posthypnotische Suggestion). Schließlich sind die Beschreibungen von manchen Patienten denen mancher Personen in Hypnose recht ähnlich, wenn sie über ihr Erleben berichten.

Zwischen Hypnose und Psychopathologie kann also eine gewisse Ähnlichkeit angenommen werden. Man muss dabei nicht so weit gehen wie Charcot (1882) und Hypnose generell als neurologische Kondition, als Hysterie verstehen, wohl aber kann man durchaus gewisse zugrundeliegende gemeinsame Prozesse annehmen, wie z. B. die von Michael Nash (1992) vorgeschlagene topografische Regression. Um es aber wiederum klarzustellen: Hypnose ist nicht gleich Psychopathologie. Das wesentliche Unterscheidungskriterium ist **Kontakt und Kommunikation** (▶ Kap. 3).

Aspekte der Beziehung

Im ▶ Kap. 4 über den Rapport wurde speziell darauf hingewiesen, dass Hypnose per definitionem ein interaktionelles und kommunikatives Phänomen ist. Dieses Kriterium unterscheidet hypnotische Phänomene grundsätzlich von psychopathologischen Symptomen. Mögen Symptome zwar auch eine inhärente kommunikative Funktion besitzen, so ist diese bestenfalls pragmatisch hinsichtlich Wirkung und Funktion, nicht aber syntaktisch und semantisch verständlich – woraus sich auch das Persistieren von Symptomen erklären lässt (▶ Kap. 3).

Dagegen sind sowohl Induktion wie auch Utilisation von hypnotischen Phänomenen von Anfang an auf die besondere Kommunikation und Interaktion zwischen Patient und Therapeut bzw. zwischen Experimentator und Versuchsperson angewiesen und sind das Ergebnis eines intensiven Rapports (Banyai 1991; Peter 1996). Hypnotische Phänomene unterscheiden sich also gerade wegen dieses expliziten kommunikativen und interaktiven Aspektes grundsätzlich von psychopathologischen Symptomen.

10.2 Implikationen für die klinische Praxis: Kontraindikationen für Hypnose

Aus dem Gesagten folgt zunächst, dass zur Durchführung von Hypnose eine gute, klare und einfach strukturierte Beziehung nötig ist. Als kommunikatives Minimum muss gewährleistet sein, dass eine Person in Trance in ihrem aktuellen Erleben innehält oder gar aus der Trance zurückkommt, wenn der Therapeut oder Experimentator sie darum bittet. Es folgt vor allem aber, dass man mit Hypnose generell bei all jenen Personen vorsichtig sein muss, deren Wirklichkeitswahrnehmung strukturell instabil oder erheblich verzerrt ist. Das trifft im Allgemeinen auf Psychotiker und Borderline-Patienten sowie mit Einschränkung auch auf bestimmte, zum Ausagieren neigende Hysteriker zu. Diese und andere Kontraindikationen sollen im Folgenden ausführlicher besprochen werden.

10.2.1 Kontraindikationen aufseiten der Patienten

Psychotische Patienten

Psychotische Patienten galten früher als nicht hypnotisierbar, man befürchtete eine Verschlimmerung der Symptomatik, wenn nicht gar erst deren Ausbruch (Langen 1972, S. 101). Zumindest die These der nicht gegebenen Hypnotisierbarkeit ist fraglich; Nash (1992, S. 157) zählt 6 Studien auf, die dafür, und 5 Studien, die dagegen sprechen. Ob die Symptomatik verschlimmert oder gar erst zum Ausbruch gebracht werden kann, hängt von Aspekten der Beziehung und der angewandten Technik ab. Therapeuten, die mit psychotischen Patienten genügend therapeutische Erfahrung haben, werden z. B. erst dann – wenn überhaupt – Hypnose anwenden, wenn die Beziehung stabil genug ist; sie werden dann sicher auch keine ausgesprochen dissoziativen, die subjektive Wirklichkeit sehr destabilisierenden hypnotischen Phänomene verwenden, sondern eher assoziativ und strukturbildend arbeiten. Hypnose bei psychotischen Patienten dürfte für die meisten Leser dieses Buches aber wohl eher ein Randthema sein und soll deshalb hier nicht weiter vertieft werden (vgl. hierzu Lavoie u. Sabourin 1980; Murray-Jobsis 1991; Vas 1993). Zum Thema Hypnose bei tief bzw. schwer gestörten Patienten liegen eigene Kapitel in diesem Buch vor (▶ Kap. 41 und 42).

Borderline-Patienten

Die Kategorie Borderline soll hier in einem deskriptiven Sinne für solche tief bzw. schwer gestörte Patienten verwandt werden, die sich auszeichnen durch ein erheblich gestörtes Bild von sich selbst, durch ein Höchstmaß an instabilen Beziehungen zu anderen Menschen und durch eine hohe emotionale Instabilität mit ausgesprochenen Spaltungstendenzen in Gut und Schlecht. Für manche dieser Patienten sind Symptome die einzigen stabilen Inseln in einem Meer grundsätzlicher persönlicher Instabilität. Wenn Hypnose, wie oben definiert, zunächst eine Destabilisierung bzw. Verstörung gewohnter oder fixierter Wirklichkeitskonstruktionen darstellt, dann ergibt sich **für Borderline-Patienten eine absolute Kontraindikation**, zumindest solange, wie diese strukturelle Instabilität vorherrscht. Ganz im Gegenteil müssen solche

Patienten erst sichere Strukturen mit klaren Grenzen aufbauen, um z. B. zwischen Ich und Nicht-Ich, zwischen Subjekt und Objekt klar unterscheiden zu können.

Der hypnotische Rapport mit seiner Tendenz zu fusionsähnlichen Empfindungen kann von solchen Patienten leicht missverstanden werden und entweder panische Angst oder auch im Gegenteil suchtartige Bedürfnisse nach mehr von demselben auslösen. Zuvor aber dürfte bereits das ständige Testen und in Fragestellen der Beziehung durch solche Patienten ein erstes Kriterium für eine absolute Kontraindikation darstellen. In Trance muss die Struktur der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient sehr klar und einfach sein. Es muss z. B. klar unterschieden werden können zwischen Inhalts- und Beziehungsaussagen, zwischen Instruktion (Th.: »*Bitte halten Sie hier inne und gehen nicht tiefer in Trance*«) und impliziter oder expliziter Mitteilung (Th.: »*Ich möchte, dass es Ihnen gut geht und dass Sie sich sicher fühlen*«).

Kommt es nun zur Konfundierung dieser Ebenen, wird also z. B. eine Instruktion als Beziehungsaussage missdeutet (Pat.: »*Sie gönnen mir kein intensiveres Erleben, Sie trauen mir nichts zu, deshalb soll ich nicht tiefer in Trance gehen*«) oder umgekehrt, so ist das Kommunikationschaos perfekt. Stellt sich dieses Chaos in Trance ein, wenn die allgemeine Realitätsorientierung ohnehin verringert, die normale Wirklichkeitswahrnehmung hypnotisch-halluzinatorisch verändert ist, und kann der Patient den Therapeuten nicht mehr eindeutig positiv erleben, so ist eine psychotische Dekompensierung möglich.

Diese Gefahr besteht umso mehr, wenn man die ausgesprochenen Spaltungstendenzen solcher Patienten in Betracht zieht: Wenn eine zuvor überhöhte und verklärte therapeutische Beziehung sich plötzlich, scheinbar ohne Vorwarnung ins Gegenteil verkehrt und das im hypnotischen Kontext geschieht, der per definitionem auf eine funktionierende Kommunikation und Interaktion angewiesen ist, dann ist der »hypnotische Gau« perfekt.

Das pragmatische Kriterium der Kontraindikation für Hypnose bei Borderline-Patienten ist also der Rapport, die therapeutische Kommunikation und Interaktion. Sobald, später in der Therapie, die Beziehung klar und eindeutig ist, kann Hypnose auch bei solchen früh oder tief gestörten Patienten eingesetzt werden (▶ Kap. 41; Murray-Jobsis 1992; Fromm u. Nash 1997; Peter 1992).

Histrionische Patienten (Hysteriker)

Histrionische Patienten sind in der Regel leicht beeinflussbar, deshalb scheinbar hoch suggestibel bzw. leicht hypnotisierbar. Solange sie ihr Erleben nicht allzu dramatisch ausagieren, spricht grundsätzlich nichts dagegen, sie zu hypnotisieren. Man muss sich nur dessen gewärtig sein, dass die gezeigte hypnotische Compliance eher extravertierten, aufmerksamkeitsheischenden Charakter haben kann und weniger den der therapeutischen Solidität. So macht es in der Regel wenig Sinn, eine ohnehin reich ausstaffierte hysterische Bühne durch noch mehr hypnotische Staffage anreichern zu wollen.

Passiv-rezeptive Grundhaltung

Nicht wenige Patienten stellen sich eine Hypnose-Behandlung etwa so vor, dass sie in einen tiefen, evtl. gar bewusstlosen Zustand versetzt würden und dass ihnen dann heilsame Suggestionen eingeflößt würden (Peter 1986a). Die Tradition der Suggestivhypnose à la Bernheim und Nachfolgern, insbesondere auch die durch Cué (1966) und Murphy (1976) vorgeprägte und durch Heilpraktiker geübte Form des positiven Denkens prägen gelegentlich noch die Vorstellungen. Einige wenige ärztliche Kollegen nutzen diese Erwartungen auch immer noch dahin gehend aus, dass sie die in der ärztlichen Gebührenordnung hierfür vorgesehene Gebührenziffer in einem Setting umsetzten, das ich einmal als »Kammerverfahren« bezeichnet habe (Peter 1989): Man teile seinen Praxisraum in einzelne Kammern auf, sodass mehrere Patienten gleichzeitig auf je einer Liege »behandelt« werden können, gehe dann innerhalb von 20 min von Patient zu Patient und bespreche sie alle mit heilsamen Suggestionen.

Es muss nicht eigens deutlich gemacht werden, dass dieses Vorgehen und dieses Verständnis von Hypnose mit unserem, in diesem Buch explizierten, in keiner Weise übereinstimmen kann. Patienten mit einer entsprechend passiv-rezeptiven Grundhaltung zählen zwar nicht gerade zu den ausgesprochenen Kontraindikationen, sicher aber zu den »Nichtindikationen«. Um das an einem kurzen Beispiel zu verdeutlichen: Ein 60-jähriger Mann leidet seit 30 Jahren an Ein- und Durchschlafstörungen und bedient sich deshalb jede Nacht aus

einer neben seinem Bett stehenden Schachtel mit diversen Schlaftabletten. Er möchte nun in »tiefe Trance« versetzt und mit starken Suggestionen bedacht werden, die ihm befehlen, dass er um 10 Uhr abends ins Bett geht, sofort einschläft und bis 8 Uhr morgens durchschläft; dabei fragt er ernsthaft, ob eine Stunde Hypnose ausreicht, dieses Ziel zu erreichen.

In diesem Zusammenhang sind auch die verschiedenen Abhängigkeiten (ICD-10: F1) zu nennen, bei denen eine suggestive »Besprechung« allein keinen therapeutischen Effekt erbringt (▶ Kap. 27 und 28).

Wenn Hypnose als Mittel zur Wahrheitsfindung missverstanden wird

Hier ist zunächst zu unterscheiden zwischen der Wahrheit innerhalb und der außerhalb des Therapieraumes (Hoencamp 1995), also zwischen subjektiv-narrativer und objektiv-historischer Wahrheit. Erstere kann, gerade durch die in Hypnose verstärkten paramnestischen Phänomene, sehr überzeugend sein. In verschiedenen Experimenten wurden Macht und Möglichkeiten des »created memory«, der implantierten Pseudo-Erinnerung eindrucksvoll demonstriert (Pettinati 1988); die Plastizität und Konstruktivität des Gedächtnisses ist Voraussetzung für manche therapeutische Veränderung z. B. durch Altersregression (Peter 1993b; ▶ Kap. 22). Ob die in Trance auftauchenden, »wiedergewonnenen« Erinnerungen falsch, weil suggeriert sind (Loftus 1994; Loftus u. Banaji 1989; Yapko 1994), oder ob sie der historischen Wahrheit entsprechen, weil z. B. Erinnerungen an schwere Traumata invariat bestehen bleiben (van der Kolk 1994), ist solange unproblematisch, wie sie nur innerhalb des Therapieraums Relevanz besitzen. Sobald aber diese »Wahrheit innerhalb des Therapieraums« außerhalb desselben Bedeutung bekommen soll, z. B. in einem Zivil- oder Strafprozess über sexuellen Missbrauch, wird es problematisch, wenn außer der Erinnerung in Trance keine weiteren externen Hinweise oder Beweise zur Verfügung stehen.

Das heißt, dass eine Erinnerung in Hypnose durchaus der historischen Wahrheit entsprechen kann, sie kann ebenso gut aber auch konfabuliert sein, und es gibt keinerlei valide Kriterien, um innerhalb des hypnotischen Kontextes zwischen historisch richtiger und konfabulierter Erinnerung zu unterscheiden. Über die historische Richtigkeit kann man erst dann Aussagen machen, wenn extrahypnotische Beweise die hypnotische Erinnerung stützen. Deshalb kann mithilfe von Hypnose allein keine historische Wahrheitsfindung betrieben werden; das hat unter anderem auch erhebliche forensische Implikationen (McConkey u. Sheehan 1995; Scheflin u. Shapiro 1989).

Sonstige Kontraindikationen aufseiten der Patienten

Eigentlich bedarf es keiner besonderen Erwähnung, betrifft das doch das allgemeine Gebot der therapeutischen Sorgfaltspflicht, dass Hypnose nicht angewandt werden sollte,

- wenn eine symptomorientierte Behandlung trotz Vorliegen eines massiven Krankheitsgewinnes gefordert,
- wenn eine notwendige somatische Behandlung abgelehnt wird, oder
- wenn einfach nur eine Art Sensationslust deutlich erkennbar ist.

10.2.2 Kontraindikationen aufseiten der Therapeuten

Gerade weil Hypnose ein kommunikativ-interaktives Phänomen ist, können Schwierigkeiten mit Übertragung und Gegenübertragung aufseiten der Therapeuten ebenfalls als Kontraindikation wirken. Erika Fromm (1968; Fromm u. Nash 1997) hat das sehr einleuchtend beschrieben. Hier soll nur kurz auf die kontraproduktiven Gegenübertragungen hingewiesen werden: Manche Hypnotherapeuten betrachten das Unbewusste ihrer Patienten unkritisch als reale omnipotente Gestalt und sind sich dessen nicht bewusst, dass sie damit nur ihren eigenen kindlichen Glauben an die Allmacht und Allwissenheit ihrer Eltern auf ihre Patienten übertragen (prägenitale Gegenübertragung). Andere induzieren Trance in Form einer Verführung, manche sogar obsessiv wie Don Juan. Hier ist es dem Hypnotherapeuten eine narzisstische Kränkung, wenn er nicht alle Patienten gleich gut und tief in Hypnose versetzen kann (ödipal-sexuelle Gegenübertragung oder narzisstische Störung). Wenn es in jeder Therapiestunde erneut zu einer Art Wettkampf zwischen Therapeut und Patient kommt, so

ist eine sog. Geschwistergegenübertragung zu vermuten (Peter 1992a).

Angst vor oder das Bedürfnis nach intensivem Kontakt, wodurch auch immer bedingt, kann wie in anderen Therapien auch entweder zu kalter Distanzierung und damit zu Schwierigkeiten im Aufbau des Rapports oder zum Überschreiten der professionellen Grenzen führen. Neben professioneller therapeutischer Ausbildung sind Selbsterfahrung und Supervision die adäquaten Vorsichtsmaßnahmen.

Abschließend sei noch daraufhin gewiesen, dass Trance keine »heilige Kuh« ist. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass man Patienten in Trance nicht anders behandeln soll als außerhalb der Trance. Manche Kollegen, insbesondere Hypnose-Anfänger, »erstarren« vor Ehrfurcht nach einer gelungenen Tranceinduktion und trauen sich nicht mehr, sich normal zu verhalten, normal zu sprechen oder einfach Fragen zu stellen. Es gehört aber mit zum guten Rapport, dass man mit Patienten in Trance genauso kommuniziert wie außerhalb der Trance. Ganz im Gegenteil ist es zur Wahrung der Sicherheit der Therapeuten, und damit auch zur Sicherheit der Patienten nötig, dass man ganz normal redet, fragt, was man wissen will, mögen es auch noch so einfache oder gar banale Fragen sein wie z. B. »Wie geht es Ihnen jetzt? Was erleben Sie gerade?« Es gibt nichts Schlimmeres als einen Therapeuten, der sich unsicher ist, was bei seinem Patienten geschieht und deshalb ängstlich wird.

Kontraindikationen aufseiten der Patienten bzw. der Therapeuten

Kontraindikationen aufseiten der Patienten:

- Endogene und exogene Psychosen
- Borderline-Störung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Passiv-rezeptive Grundhaltung
- Sucht- und Abhängigkeitsprobleme
- Hypnose wird als Mittel zur Wahrheitsfindung missverstanden
- Eine symptomorientierte Behandlung wird trotz Vorliegen eines massiven Krankheitsgewinns gefordert
- Eine somatische Behandlung wird abgelehnt

Kontraindikationen aufseiten der Therapeuten:

- Schwierigkeiten mit Übertragung und Gegenübertragung
- Omnipotenzwünsche
- Angst vor oder Bedürfnis nach intensivem Kontakt
- Überschreiten der professionellen Grenzen
- Trance ist keine »heilige Kuh«

10.3 Gefahren der Bühnenhypnose

10.3.1 Geschichtliche Perspektive

Das Thema »Anwendung der Hypnose durch Laien« und insbesondere die Zurschaustellung bei Bühnenhypnosen begleitet die Hypnose ebenfalls seit ihren Anfängen. Schon die beiden königlichen Kommissionen von 1784 kamen zum Schluss, dass der animalische Magnetismus nicht unbedenklich sei, da die Gesundheit der mesmerisierten Personen nicht immer gewährleistet sei. Die ärztlichen Kommissäre (Poisonnier et al. 1784, S. 39) z. B. stellen fest: »daß die öffentlich mittels der Vorgehensweisen des animalischen Magnetismus vorgenommenen Behandlungen allen oben genannten Unzuträglichkeiten auch noch die hinzufügen, eine große Anzahl von Personen (die sich übrigens bei guter Gesundheit befinden) in spastische und konvulsivische Zuckungen zu versetzen, woraus die größten Übel erwachsen können.« Und ähnlich warnen auch die Kommissäre des anderen Berichts (Bailly et al. 1784, S. 15): »der Mensch vermag auf seinesgleichen einzuwirken, sein Nervensystem zu verstören und ihm konvulsivische Zuckungen aufzuerlegen« (Übersetzung Alida Iost-Peter).

Als Folge davon wurde den Ärzten bei Strafe des Ausschlusses aus der Ärztegemeinschaft verboten, Magnetisierungen vorzunehmen. Unter Laien aber wurde umso mehr weiter magnetisiert, trotz oder gerade wegen der Französischen Revolution 1789 (Darnton 1986). Es war dann insbesondere die deutsche Romantik, welche dem animalischen Magnetismus wieder neue Schubkraft verlieh. Deshalb war er Anfang des 19. Jahrhunderts eine zwar nicht unumstrittene, aber doch häufig geübte Form medizinischer Behandlung und erforderte deshalb einige offizielle Regulierungen durch verschiedene Regierungen europäischer Länder.

1817 wurde durch die Könige von Dänemark und von Preußen (hier am 7.2.1817) die Ausübung des Magnetismus auf Ärzte beschränkt. 1825 wurde in Russland auf Empfehlung einer ärztlichen Kommission von Kaiser Alexander ein Ukas erlassen, dass der Magnetismus nur von entsprechend ausgebildeten Ärzten ausgeübt werden dürfe. Am 26.10.1845 wurde in Österreich per Hofkanzlei-Dekret nur den Ärzten gestattet, den Magnetismus zu Heilzwecken auszuüben (Walter u. Martin 2002). Nachdem infolge der Bühnenhypnosen von Hansen zahlreiche Unfälle passiert waren, beauftragte die Wiener Polizeibehörde am 12.2.1880 eine ärztliche Kommission mit der Prüfung. Diese Kommission forderte die Beendigung der Vorstellungen, worauf Hansen Wien verließ, in die Schweiz und später nach Frankreich ging (de la Tourette 1889, S. 494). 1886 wurde in Italien ein ähnliches Verbot bezüglich der Vorstellungen Donatos auf Betreiben von Lombroso erwirkt: »Die Schaustellungen des Hypnotismus (Magnetismus, Mesmerismus, Fascination) in öffentlichen Versammlungen ist zu verbieten« (zit. nach de la Tourette 1889, S. 495).

Nach ausführlicher Darstellung und Würdigung vieler Fälle von »Ausbeutungen des Magnetismus« einschließlich dessen, was wir heute Bühnenhypnose nennen, kommt Gilles de la Tourette (1889, S. 536 f.) zu dem Schluss: »Es ist ebenso wichtig, für die Anwendung des Magnetismus gesetzliche Vorschriften zu geben, wie man sie für den Verkauf gefährlicher Arzneien gegeben hat.« Ferner müssen »öffentliche Vorstellungen … streng verboten werden, denn nicht selten treten sofort im Gefolge derselben zahlreiche Anfälle auf.« Diesem Urteil schließt sich der Münchner Hypnosearzt Schrenck-Notzing (1889) in einer ausführlichen Besprechung des Buchs von de la Tourette an.

Die Teilnehmer des ersten Kongresses für therapeutischen Hypnotismus 1889 in Paris fassten folgende Resolution: (1) Alle öffentlichen hypnotischen Schaustellungen sollen durch die Behörden verboten werden; (2) die praktische Anwendung des Hypnotismus zu therapeutischen und wissenschaftlichen Zwecken soll gesetzlich geregelt werden und (3) es ist wünschenswert, das Studium und die Anwendung des Hypnotismus im medizinischen Unterricht zu berücksichtigen (Schrenck-Notzing 1889, S. 15).

Am 17. Mai 1881 wurden die Polizeibehörden Preußens durch das Ministerium des Inneren angewiesen, Bühnenhypnosen nicht mehr zu gestatten; dieser Erlass wurde am 2. Juli 1903 auf »ähnliche Methoden« wie Magnetisieren und Suggerieren ausgedehnt – auf diese Begriffe waren die Bühnenhypnotiseure ausgewichen – und 1919 und 1920 erneuert. In Sachsen war eine ähnliche Gesetzgebung bis 1920 zu verzeichnen (Schultz 1954, S. 46).

Johannes H. Schultz (1922) fasst die Ergebnisse einer Befragung relevanter Kliniken und Ärzte in einem Bericht über Gesundheitsschädigungen nach Hypnose wie folgt zusammen: 81 berichteten von keinen entsprechenden Vorkommnissen, 51 jedoch von insgesamt mehr als 100 Gesundheitsschädigungen (Schultz 1922, S. 10), davon 26 Allgemeinschädigungen, mehr als 50 betreffen hysterische und etwa 30 schizophrene Psychosen (Schultz 1922, S. 40). Unter den Allgemeinschädigungen finden sich auch Unfälle nach Bühnenhypnosen wie z. B. der folgende: Bei einem 20-jährigen Mädchen war nach mehreren Schauhypnosen ein hysterischer Dämmerzustand aufgetreten. Schon bei der ersten Hypnose habe diese Kranke eigenartige Erscheinungen gezeigt; »sie fiel zu Boden, sodass ein Oberlehrer aus dem Publikum den [Schauhypnotiseur] fragte, ob er Haftpflicht versichert sei« (Schultz 1922, S. 35).

Heute ist Bühnenhypnose nur in wenigen Ländern ausdrücklich verboten; hierzu gehören Schweden mit einem seit 1916 bestehenden Verbot (Wikström zit. in Peter 1999d) und Israel, das seit 1984 ein Hypnosegesetz hat (Kleinhauz 1991). Interessant ist die Situation in Dänemark: Hier fand ein Kollege heraus, dass das 1817 erlassene Gesetz gegen

die Bühnenhypnose heute noch immer in Kraft ist (Mathiasen 1996).

10.3.2 Theoretische und pragmatische Perspektive

Im Prinzip handelt es sich bei einer Bühnenhypnose um einen Suggestibilitätstest, der unterhaltsam verpackt ist und dessen eigentliches Ziel durch die Show verschleiert wird: Während vordergründig die angebliche Macht der Hypnose oder die besondere Macht des Hypnotiseurs dargestellt wird, werden im Verlauf der Show systematisch jene Personen herausgesucht, die zu den Hochsuggestiblen gehören. Alle anderen Personen, die nicht so gut hypnotisierbar sind, werden im Laufe der Show ausgeschieden und sitzen dann als Zuschauer auf der Bühne. Üblicherweise arbeitet der Hypnotiseur zum Schluss nur noch mit den ein oder zwei Personen, die sich als die suggestibelsten erwiesen haben.

Gewöhnlich wird zugunsten der Bühnenhypnose das Argument ins Feld geführt, hypnotische Techniken seien leicht zu erlernen (was stimmt) und ihre Anwendung sei völlig ungefährlich, was in dieser Generalisierung falsch ist, wie die obige Diskussion der klinischen Kontraindikationen gezeigt hat. Auf die Gefahren unsachgemäßer Anwendung von Hypnose wurde schon sehr früh (Schultz 1922), auf die Gefahren der Bühnenhypnose immer wieder aufmerksam gemacht (Echterling 1991; Echterling u. Emmerling 1987; Erickson 1962/96; Gruzelier 2004; Kleinhauz 1991; Kleinhauz u. Beran 1981, 1984; Kleinhauz et al. 1979, 1984; Kossak 1986a,b; Page u. Handley 1990).

Man muss in diesem Zusammenhang nur daran erinnern, dass hypnotische Phänomene psychopathologischen Symptomen ähnlich sind hinsichtlich der Kriterien Unwillkürlichkeit und Evidenz sowie sensorische Deprivation und motorische Restriktion, und dass das wesentliche Unterscheidungskriterium in Kontakt und Kommunikation besteht. Wenn Kontakt und Kommunikation abreißen, wandeln sich hypnotische Phänomene gewissermaßen in klinische Symptome um; dann bedarf es (hypno-)therapeutischer Bearbeitung, welche wiederum Zeit und entsprechende Kompetenz voraussetzt. Beides ist auf der Bühne und beim Bühnenhypnotiseur nicht gewährleistet. So kommt es immer wieder zu »Unfällen« bei Bühnenhypnosen. Dass davon nicht mehr bekannt wird, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die betroffenen Personen unter einer spontanen posthypnotischen Amnesie leiden, sich des Vorgefallenen einfach schämen und/oder die Verantwortung für das Ereignis eher sich selbst zuschreiben als dem Showhypnotiseur.

Bei einer Bühnenhypnose, an der die Autoren aktiv als Versuchspersonen teilgenommen haben, kam es zu folgenden Vorfällen: Zwei Teilnehmerinnen (von insgesamt ca. 16 Teilnehmern) brachen von sich aus ihre Teilnahme ab und gingen von der Bühne; eine davon kommentierte später, sie wolle so etwas Entwürdigendes nie wieder mitmachen. Eine dritte Teilnehmerin brach ebenfalls selbstständig ab, verließ den Saal und erlebte draußen einen emotionalen Zusammenbruch: Das Ganze habe sie an ein traumatisches Erlebnis erinnert und alle damaligen Affekte wieder lebendig werden lassen. Eine vierte Teilnehmerin machte bis kurz vor Schluss mit, tanzte eng umschlungen mit einem Stuhl (komplexe sensorische und affektive Halluzination), hatte aber danach eine komplette Amnesie. Das Letzte, woran sie sich erinnern konnte, war das Anstarren des Bühnenscheinwerfers zu Beginn der Show, dann sei sie »blind« geworden und wisse ab da nichts mehr. Im Nachhinein war dieses Blindwerden durch einen Scheinwerfer gut erklärbar durch ein analoges, sehr traumatisches Ereignis in ihrer Jugendzeit, bei dem sie ebenfalls eine komplette Amnesie hatte.

Der hohe Prozentsatz außergewöhnlicher Vorfälle während dieser Bühnenhypnose lässt sich sicherlich nicht verallgemeinern; allerdings kann man durchaus spekulieren, ob es nicht doch zu mehr »Unfällen« bei Showhypnosen kommt als gemeinhin bekannt wird (Gruzelier 2004). Das Thema auf den Punkt bringt Erika Fromm, wenn sie sagt: »Man kann sehr leicht lernen, wie man jemanden hypnotisiert, aber man braucht einen Hintergrund in Persönlichkeitstheorie, Psychologie oder Psychiatrie. Ich sage meinen Studenten, jeder kann lernen, ein Messer zu gebrauchen, und ein Skalpell ist ganz gewiss ein Messer. Aber du würdest dich doch nicht von deinem Hausmeister operieren lassen, bloß weil dieser mit Messer und Gabel essen kann« (Fromm zit. in Peter 2000b).

10.4 Missbrauch unter Hypnose

Das Kriterium der Unwillkürlichkeit nimmt in der Hypnose seit Anbeginn eine paradigmatische Stellung ein (Peter 1993a; ▶ Kap. 13). Obwohl auch in anderen Therapieformen bedeutsam, wird Unwillkürlichkeit dort nur selten oder gar nicht thematisiert; dagegen wird sie im Kontext der Hypnose immer noch, manchmal mehr und manchmal weniger, mit Willenlosigkeit assoziiert und so, je nach Kontext und Motivationslage, entweder als bewusst gewollt und gesucht oder als gefährlich eingeschätzt. Diese Ambivalenz gilt insbesondere auch für die Kategorien der Bewusstheit bzw. des Unbewussten sowie die der Amnesie bzw. der Erinnerungsfähigkeit im Zusammenhang mit Hypnose. Im juristischen Kontext wurde dieses Thema immer wieder unter der Fragestellung der Unzurechnungsfähigkeit diskutiert.

10.4.1 Geschichtliche Perspektive

Ein mit der Hypnose häufig assoziiertes Thema, das der Willenlosigkeit im hypnotischen Zustand und des – speziell sexuellen – Ausgeliefertseins, tauchte schon sehr früh auf, nämlich 1784 im Rahmen eines dritten geheimen Berichtes an den französischen König, in welchem vor den sittlichen Gefahren gewarnt wurde, die gewisse Praktiken des animalischen Magnetismus speziell für Frauen beinhalten würden. Dem Pariser Polizeipräfekten zufolge hätten Frauen ein »labileres Nervensystem, ihre Vorstellungskraft sei lebhafter und leichter zu erregen« und sie hätten auf die körperlichen Berührungen hin, die einen Teil der magnetischen Behandlung darstellten, »eher delikate und exquisite Empfindungen« (zit. nach Amadou 1971, S. 279). Manche der »Krisen«, die nach Mesmer zur Heilung unbedingt erforderlich waren, wurden offensichtlich als sexuelle Erregung gedeutet. D'Eslon, jener prominente Pariser Arzt und Schüler von Mesmer, an dessen Patienten 1784 jene Untersuchungen durchgeführt worden waren, die für Mesmer dann so weitreichende Konsequenzen hatten, wurde dem Geheimbericht zufolge direkt gefragt, ob er glaube, dass es möglich sei, eine magnetisierte oder in der Krise befindliche Frau zu missbrauchen, und er habe diese Frage eindeutig bejaht. Gewiss hat dieser dritte geheime Bericht erheblich dazu beigetragen, dass nicht nur Mesmer die erhoffte akademische Anerkennung versagt blieb, sondern auch den Pariser Ärzten 1784 das Magnetisieren bei Strafe des Ausschlusses aus der medizinischen Gesellschaft verboten wurde.

Doch noch im gleichen Jahr 1784 hat Mesmers Schüler Puységur schon seine eigenen Entdeckungen gemacht, die in manchem dem widersprachen, was Mesmer in seinen Lehrsätzen verkündet hatte. Mit dem Somnambulismus, den Viktor Race und andere Patienten Puységurs zeigten, war ein neues Paradigma der Heilung entstanden und damit eine völlig neue Sichtweise des Themas der Willenlosigkeit: Statt hysteriform auszuagieren, hatten die Somnambulen der Folgezeit nun eine erhöhte, luzide Einsicht in ihre Krankheit, diagnostizierten diese und verschrieben sich selbst die nötigen Mittel dagegen. Besonders die romantischen Somnambulen des frühen 19. Jahrhunderts (Kerner 1824, 1829) entwickelten eine gesteigerte Sensibilität, welche sie immun machte gegenüber allen potenziellen Übergriffen ihrer Magnetiseure.

So wurde also ebenfalls schon früh, im ausgehenden 18. Jahrhundert, das Thema der Willenlosigkeit während der Hypnose ausführlich und ganz dezidiert behandelt: Gerade weil die Somnambulen Puységurs und seiner romantischen Nachfolger als mit besonderer Wahrnehmungsgabe ausgestattet angesehen wurden, nahm man an, sie würden schon den leisesten Gedanken an eine gegen ihre Interessen oder ihre moralische Grundhaltung gerichtete Handlung wahrnehmen und dieser sofort Widerstand entgegensetzen, notfalls sogar dadurch, dass sie sofort aufwachen würden (Puységur 1784, S. 122). Die Handlungs- und Willensfreiheit wurde also nicht im Mindesten als eingeschränkt angesehen; im Gegenteil traute man den Patienten im Zustand der somnambulen Trance sogar eine erhöhte Sensibilität und Eigenverantwortlichkeit zu. Deleuz (1813, S. 185 f.) beschreibt das sehr deutlich: Die magnetisierte Person »steht vollständig unter dem Willenseinfluß ihres Magnetiseurs in allem, woraus ihr kein Schaden erwachsen kann, und in allem, welchem ihre Begriffe von Gerechtigkeit und Wahrheit innerlich nicht widersprechen«.

Es wundert daher nicht, dass in manchen Skandalen der Folgezeit die Schuld für ein angebliches

oder tatsächlich nachweisbares Vergehen durchaus nicht oder zumindest nicht allein aufseiten des Magnetiseurs gesucht wurde, wie z. B. 1819/20 im Fall des Berliner Arztes Wolfahrt (Bongartz u. Bongartz 1993; Peter 1995) und ähnlich im Fall Czynski, der im Folgenden kurz geschildert werden soll.

Fallbeispiel

Im Dezember 1894 fand vor dem Schwurgericht in München das Strafverfahren gegen den sich als Professor und Dr. med. h. c. ausgebenden Laienhypnotiseur Czynski statt. Er war angeklagt, die Baroness Hedwig von Zedlitz »durch Hypnotismus und Suggestion in einen Zustand der Willenlosigkeit versetzt zu haben, in welchem sie ohne eigenen freien Willen seinem Willen unterworfen ward und dass er dieselbe in diesem Zustand geschlechtlich missbrauchte« und sie des weiteren dazu verführte, ihn in einer geschickt inszenierten Scheintrauung zu heiraten (Der Prozess Czynski 1895; Hammerschlag 1954, S. 30 ff.). Die Anzeige erfolgte nicht durch die Baroness selbst, sondern durch Verwandte von ihr. Von den vier ärztlichen Gutachtern stimmten drei dieser Beurteilung der Anklage zu, unter ihnen von Schrenck-Notzing (1894/95a,b). Ein Gutachter aber, Prof. Hirt aus Breslau, war entgegengesetzter Ansicht und wurde darin später von dem Berliner Arzt Grossmann (1894/95a,b) unterstützt; beide verneinten die Möglichkeit, dass die Baroness sich im willenlosen Zustand befunden habe und dass ihr Verhalten auf Czynskis suggestiven Einfluss zurückzuführen gewesen sei. Das Gericht wies die Anklage eines Verbrechens wider die Sittlichkeit zurück und verneinte damit ebenfalls die Möglichkeit der Willen- und Hilflosigkeit durch Hypnose und Suggestion. Czynski wurde nur wegen der Scheinheirat verurteilt, also wegen eines Vergehens wider die öffentliche Ordnung.

Mit der Meinung, unter Hypnose und Suggestion seien Verbrechen möglich, standen der Münchner Arzt von Schrenck-Notzing und seine beiden anderen Kollegen zu dieser Zeit nicht allein. Dieses 1784 schon kontrovers diskutierte Thema der Willenlosigkeit und der Möglichkeit der sexuellen Ausbeutung war Ende des 19. Jahrhunderts erneut aufgeflammt und hatte die hypnotische Gemeinschaft in zwei Lager gespalten. Der Rechtsanwalt Liégeois (1889) vertrat vehement die Position der »Schule von Nancy«, dass jede Person, wenn sie erst einmal hypnotisiert ist, in den Händen des Hypnotiseurs sowohl physisch wie moralisch zu einem vollkommenen Automaten würde. Er berief sich dabei auf Experimente, die Liébeault (1866) und Bernheim (1888) durchgeführt hatten und die besagten:

> Das hervorstechendste Characteristicum dieses Zustandes [des hypnotischen Schlafes] ist die absolute Unfähigkeit des Individuums, sowohl die Verbindung mit der Außenwelt durch seine Sinne, als die mit sich selbst durch Nachdenken aufrechtzuerhalten. Nicht einmal der Versuch hierzu ist ihm möglich. Der Patient ist eine Marionette mit einer einzigen Vorstellung geworden und hat seine Willenskraft verloren (Liébeault 1893, S. 15).

So sehr die Schule der Salpêtrière mit der Schule von Nancy über andere Themen in Streit lag, über dieses Thema waren sie sich grundsätzlich einig; die Differenzen betrafen nur die Frage, wer dem Zustand der hypnotischen Willenlosigkeit zum Opfer fallen könne. De la Tourette, ein Mitarbeiter von Charcot, kommt z. B. zur folgenden Bewertung:

> Das Individuum in **Katalepsie** und besonders in **Lethargie** kann sehr leicht der Lüsternheit des Magnetiseurs zum Opfer fallen; der **Somnambule** kann in den Händen eines Gewissenlosen zum unbewussten Werkzeug werden, das nicht zur Verantwortung gezogen und unter Umständen sehr gefährlich werden kann; denn er ist leicht für die verschiedensten Befehle zugänglich (De la Tourette 1889, S. 328; Hervorhebungen von den Autoren).

Über diese simplifizierte Stadieneinteilung des hypnotischen Zustandes durch Charcot – Katalepsie, Lethargie, Somnambulismus – hatte sich Bernheim zwar des Öfteren lustig gemacht; er teilte jedoch den grundsätzlichen Standpunkt hinsichtlich Willenlosigkeit, und einige wenige deutsche Ärzte der damaligen Zeit hatten sich dem angeschlossen.

Andere dagegen wie z. B. Albert Moll (1889) oder August Forel (1889) waren wesentlich vorsichtiger in ihrer Beurteilung. Unter die allgemeine Ernüchterung über die Möglichkeiten der Hypnose für therapeutische und experimentelle Zwecke, die kurz vor der Jahrhundertwende zu beobachten ist, mischte sich mehr und mehr auch die Erkenntnis, dass viele Patienten oder Versuchspersonen nur vorgegeben hatten, tief hypnotisiert gewesen zu sein, entweder um ihren Ärzten bewusst oder unbewusst gefällig zu sein oder weil sie sich deren Auto-

rität sonst nicht hätten erwehren können; hiervon seien alle großen und erfahrenen Hypnotiseure der damaligen Zeit betroffen gewesen: Charcot, Bernheim, Forel, Wetterstrand und viele andere (Benedikt 1894, S. 66 f.). Insbesondere nach Charcots Tod 1893 wurde durch Pierre Janet (1895) bekannt, wie an der Salpêtrière absichtlich immer jene hypnotischen Phänomene den Patientinnen antrainiert worden waren, welche Charcot in seinen Dienstagsvorlesungen gerade zu demonstrieren wünschte.

Zu den expliziten Skeptikern in Bezug auf die angebliche Willenlosigkeit der Hypnotisierten zählten der englische Arzt Bramwell (1896/1991), der belgische Medizinprofessor Delbœuf (1896/1991) und offensichtlich auch Sigmund Freud. Bramwell zufolge gibt es keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen einer hypnotisierten und einer normalen Person bezüglich des Gehorsams gegenüber Suggestionen:

> Da gibt es keinen Unterschied hinsichtlich der Gründe … Beide werden sich weigern etwas zu tun, wenn sie dem nicht zustimmen können; und diese Weigerung kann bei beiden in gleicher Weise dadurch modifiziert werden, dass man an ihre Vernunft appelliert oder an die üblichen Motive, welche das Verhalten steuern (Bramwell 1896/1991, S. 61).

Und Delbœuf kommt zu dem gleichen Ergebnis:

> Es scheint mir nicht möglich, ein Subjekt zu Handlungen zu veranlassen, welche es nicht einmal im Traum begehen würde (Delbœuf 1896/1991, S. 63).

Die später von Orne (1893; Orne u. Evans 1965) in verschiedenen Experimenten untermauerte Position war von Freud schon vorformuliert worden:

> Es ist freilich nicht schwer, im Laboratorium Scheinverbrechen von guten Somnambulen begehen zu lassen; wie weit aber deren Bewusstsein, dass es sich nur um ein Experiment handle, die Ausführung des Verbrechens erleichtert, muss man nach der scharfsinnigen Kritik, die Delbœuf an den Versuchen Liégeois' geübt hat, dahingestellt sein lassen (Freud 1889, S. 139).

Auch Schilder u. Kauders stellen eindeutig fest:

> … der Hypnotisierte, der Beeinflusste sind also keineswegs willenloses Werkzeug des Beeinflussenden. Verlangt man von einer tief hypnotisierten Person Unbilliges, was ihrem Gesamtwillen, ihrer Gesamtpersönlichkeit widerspricht, so … verweigert [sie] trotz der tiefen Hypnose den Gehorsam … [oder] wacht aus der Hypnose auf (Schilder u. Kauders 1926, S. 29).

Der gleichen Meinung war übrigens später auch Erickson (1944/1998, S. 37 f.).

Interessant ist nun, dass diese Diskussion weitgehend im theoretischen Raum ohne Substanzierung durch eindeutige Fälle geführt wurde, von denen es im europäischen Sprachraum nur ganz wenige gab. Die beiden großen, unter den Vorzeichen der Aufhebung der Zurechnungsfähigkeit unter Hypnose geführten Fälle waren der eben erwähnte Fall Czynski in München 1894 und ein Fall Bompard in Paris 1890. In diesen wie in den wenigen anderen Fällen war es, wie am Fall Czynki gezeigt, allerdings eher fragwürdig, ob ein Verbrechen tatsächlich unter dem Einfluss von Hypnose verübt worden war. Dennoch kam es in dieser Zeit vor der Jahrhundertwende zu einer Flut von Veröffentlichungen über die Möglichkeit »crimineller Suggestionen«, die, wenn überhaupt, auf Scheinverbrechen beruhten, die im Labor inszeniert worden waren, und deshalb, wie oben schon angeführt, keine Geltung haben können. Und es kam zu einer wahren Literarisierung dieses Themas, die wiederum zurückwirkte in die wissenschaftliche Diskussion (Andiopoulos 1998).

Etwas komplizierter als der Fall Czynski verlief ein durch Mayer (1937) gut dokumentiertes Gerichtsverfahren in Heidelberg:

Fallbeispiel

Im Juni 1936 waren dort der Laienhypnotiseur Franz Walter und sein Komplize zu 10 bzw. 4 Jahren Zuchthaus verurteilt worden, nachdem sie für schuldig befunden worden waren, die Frau eines Beamten durch Hypnose willenlos gemacht, sie in diesem Zustand sexuell missbraucht, zum Entwenden von insgesamt 3000 RM veranlasst und zu mehreren Mordversuchen an ihrem Mann angestiftet zu haben. Dieser Fall ist insofern von Interesse, als es offensichtlich nur nach umfangreichen neuen, »kriminal-hypnotischen« Bemühungen des Heidelberger Hypnosearztes Ludwig Mayer gelungen war, die Amnesie der Frau aufzuheben, das Geschehen zu rekonstruieren und die Täter zu identifizieren.

Gewöhnlich wird dieser Fall sowohl als Beispiel eines vollendeten (Raub) als auch eines versuchten Verbrechens in Hypnose (Mord) dargestellt. Gleichzeitig gilt er als Beispiel für die Unmöglichkeit des »perfekten Verbrechens« in Hypnose, denn die der Frau angeblich erteilte Amnesie für das Vorgefallene konnte durch Mayer offensichtlich ja aufgehoben werden. Trotz bzw. gerade wegen dessen bewundernswertem Engagement – er hatte volle 19 Monate und mehrere tausend Stunden mit der Untersuchung der Beamtengattin in Hypnose zugebracht – sind viele Fragen ungeklärt. Schon Kleinsorge (1964, S. 58) weist darauf hin, dass es z. B. »versäumt worden sei, das eheliche Zusammenleben dieses [Beamten-]Paares eingehender zu untersuchen«. Auch andere Aspekte des Geschehens und seiner Aufklärung sind so dubios, dass durch diesen Fall die Frage der verbrecherischen Handlung unter Hypnose eher wieder schwierig wird, als dass sie befriedigend beantwortet werden könnte. Aus Sicht heutiger Forschungsergebnisse zum Thema der hypnotisch suggerierten Erinnerung (▶ Kap. 21) ist es nicht von der Hand zu weisen, dass die Frau zumindest Teile ihrer »wiedergewonnenen Erinnerung« konfabuliert hat: mehrere tausend Stunden hypnotischer »Erinnerungs-Arbeit« an der Aufhebung einer vermuteten Amnesie und das Faktum, dass sie so vom Vorwurf des versuchten Gattenmordes freikam, sprechen sehr dafür.

Noch ganz im Bereich der Spekulation muss die Hypothese bleiben, dass das hypnosefeindliche soziokulturelle Klima des Nationalsozialismus ebenfalls eine Rolle gespielt haben mag.

10.4.2 Praktische und forensische Perspektive

Zur Willenlosigkeit unter Hypnose

Populäre Literatur in Form von Romanen und Novellen hat, wie erwähnt, seitdem der Begriff der Hypnose existiert, den Mythos gefördert, dass es sich bei Hypnose um ein Verfahren handelt, das Menschen zu willenlosen Automaten macht – etwas, was man früher der Magie zuschrieb. Seit etwa 100 Jahren hat sich die Forschung darum bemüht herauszufinden, ob sich dies bestätigen lässt. Dazu liegen sowohl zahlreiche experimentelle Studien wie auch Gutachten zu Gerichtsfällen vor.

Es wurde bereits Ende des vorletzten Jahrhunderts ein Experiment an der Salpêtrière Paris gemacht, in dem einer hypnotisierten Frau erfolgreich suggeriert wurde, einen als solchen nicht erkennbaren Gummidolch in den Körper einer anwesenden Person zu stoßen und einer anderen angebliches Arsen (Zucker) zu verabreichen. Nach der Demonstration dieser scheinbar erfolgreichen hypnotischen Verführung verließ die Probandin jedoch protestierend die Bühne, als sie aufgefordert wurde, sich auszuziehen (Ellenberger 1970). Dieses Experiment wurde 1903 von Bramwell und später von Dorcus (Hilgard 1971) mit dem gleichen Resultat wiederholt.

Die Frage, ob man einen Menschen unter Hypnose zu Handlungen verleiten kann, die seinem Willen widersprechen und möglicherweise ihm oder anderen schaden bzw. dem Hypnotiseur nützen, beschäftigte Psychiater und Psychologen immer wieder in theoretischer und empirischer Hinsicht. Wie Orne (1983) zusammenfasst, ist die Frage nicht leicht entscheidbar, denn

- die eine Seite behauptet, dass man Personen unter Hypnose einen fremden Willen aufzwingen kann, und wenn es in der Überprüfung nicht gelingt, dann liege es daran, dass keine hinreichende Trancetiefe vorgelegen habe (Wells 1941);
- die andere Seite behauptet, dass jeder Mensch, der unter Hypnose befremdliche Dinge tut, dazu ein, wenn auch zurückgedrängtes, Bedürfnis habe, und um das auszuleben, gebe ihm die Hypnose eine Gelegenheit (Erickson 1939).

Um diese Frage experimentell zu entscheiden, wurde eine Reihe von frappanten Experimenten gemacht (Rowland 1939; Young 1952). Jeweils führten die tief hypnotisierten Probanden willig selbst und fremd gefährdende Handlungen aus wie etwa: Eine giftige Schlange anfassen oder Salpetersäure über dem Kopf eines Assistenten ausschütten (die Schlange wie auch der Assistent waren durch eine nicht erkennbare Glasscheibe geschützt). Orne u. Evans (1965) wiederholten die Experimente und schlossen eine Gruppe nichthypnotisierbarer Probanden ein, die eine hypnotische

Trance so gut simulierten, dass ein außenstehender Experte dies nicht erkannte. Sowohl die hypnotisierten wie die simulierenden Probanden führten die beschriebenen Handlungen aus, sodass der Schluss naheliegt, dass alle Probanden – wie auch bei den bekannten Milgram-Experimenten (Milgram 1965) – derartige Aufträge ausführen können, wenn sie von autorisierter Seite gegeben werden und die ausführende Person hinreichend loyal ist. Die Autorisierung kann durch den institutionellen Rahmen gegeben sein, etwa eine Universität oder eine Klinik. Die beschriebene Folgsamkeit hat nichts mit Hypnose an sich zu tun.

Auch wenn die Frage der Willenlosigkeit experimentell nicht leicht zu entscheiden ist, weil der Charakter eines Experiments dem Probanden grundsätzlich die Verantwortung abnimmt, schließt der heutige Stand der Forschung nach Meinung maßgeblicher Autoren praktisch aus, dass ein Individuum unter Bedingungen der hypnotischen Trance als der Kontrolle über seinen Willen beraubt angesehen werden kann.

> Wether one defines hypnosis as an altered state of consciousness or as a state of higher motivation to fulfill certain suggestions, hypnosis per se cannot put a person in a state of powerlessness (Hoenkamp 1990, S. 294).
> Menschen können nicht gegen ihren Willen und ohne ihr Wissen hypnotisiert werden … Wenn eine Versuchsperson in Hypnose ist, verliert sie weder vollständig die Kontrolle über ihre Handlungen noch gibt es zwingende Beweise dafür, dass die Wahrscheinlichkeit einer Handlung, die von einer hypnotisierten Person verlangt wird, bloß deswegen größer sein soll, weil sie sich in Hypnose befindet (Orne 1983, S. 23).

Die vorliegenden Stellungnahmen zu Gerichtsfällen von Missbrauch unter Hypnose schreiben der therapeutischen Situation und nicht der Hypnose die verursachende Bedeutung für den Übergriff des Therapeuten auf den Patienten zu (Hartland 1974; Perry 1976; Holroyd u. Brodsky 1977; Orne 1983; Gartell et al. 1986; Hoenkamp 1990; Gibson 1991; Heap 1995):

> It would be impossible to cause another person to commit a crime, or even to have a crime committed against them under hypnosis, if that person did not have the corresponding inclination to do so or submit knowingly under the circumstances (Hartland 1974, S. 191).
> There had been no evidence produced to show that hypnosis had had the coercive power in this particular case (Perry 1979).
> The abuse of the therapeutic situation is the same, whether hypnosis is involved or not (Hoenkamp 1990, S. 294).
> It is concluded that whilst hypnosis may be one among a number of techniques used in sexual seduction, it is not reasonable to claim that rape has ever been effected by means of hypnosis alone (Gibson 1991, S. 129).

Schon sehr früh kommen mit dem Thema befasste Autoren zu ähnlichen Schlüssen und Bramwell formuliert das pointiert:

> So kann man verstehen, dass eine [zeitlich] prolongierte Muskelsteife [im Arm oder bei einer kataleptischen Brücke] die hypnotische Übertreibung einer im Normalzustand kürzeren ist; aber es ist schwierig zu verstehen, wie der Mord an jemandes Mutter in Hypnose die Übertreibung davon sein soll, dass sich jemand im normalen Zustand weigert, einer Fliege etwas zuleide zu tun (Bramwell 1896, zit. nach Peter 1991, S. 61).

Die Experimente zu selbst und fremd schädigendem Verhalten unter Hypnose (Rowland 1939; Young 1952; Lyon 1954) zeigen, dass die Probanden anderen und sich selbst scheinbaren Schaden zufügen, wenn der institutionelle Rahmen des Experiments (Universität, Klinik) implizit garantiert, dass nichts Unrechtes geschieht (Orne u. Evans 1965). Daraus geht hervor, dass eine als Hypnose apostrophierte Interaktion einen komplexen sozialpsychologischen Prozess darstellt, in dem das Verhalten sich an z. T. unausgesprochenen Erwartungen orientiert. Die bisher vorliegenden systematischen Studien und Literaturzusammenfassungen (Bramwell 1903; Wolberg 1948; Conn 1971; Orne 1983; Gibson 1991) kommen einhellig zu der Auffassung, dass in hypnotischer Trance nichts zugelassen wird, wofür nicht eine, wenn auch wahrscheinlich nicht-integrierte Bereitschaft vorliegt.

Mit der hier zusammengetragenen Sichtweise soll nicht unterstellt werden, dass eine in der Therapiesituation mehrfach missbrauchte Patientin eine sexuelle Begegnung mit dem Behandler gesucht hat. Falls es zu einer solchen gekommen ist, war sie vermutlich überrascht und seelisch verletzt von

der Art des Übergriffs. Aber selbst dann ist in einigen Fällen deutlich, dass es einen Teil in ihr gegeben haben muss, der die Hoffnung nicht gleich aufgegeben hat, dass die möglicherweise noch nie so intensiv gespürte Zuwendung, die sie vonseiten des Behandlers erlebt hat, ihr gut tun könnte. Oft jedoch in Verkennung der Möglichkeiten und Absichten des Behandlers.

Die hier vorgebrachte Sicht mag im Gegensatz zu der verbreiteten Auffassung stehen, dass Menschen einen einheitlichen Willen haben. Im Verhalten gegenüber der Außenwelt verlangt die soziale Realität einen solchen einheitlichen Willen. Innerlich aber gibt es unterschiedliche, u. U. auch unvereinbare Bedürfnisse, wobei die mit dem bewussten Wertesystem inkompatiblen Persönlichkeitsanteile abgespalten werden, wenn sie bedrohlich sind. Unter Hypnose können solche abgespaltene Teilpsychen leichter zugelassen werden. Der Therapeut übernimmt normalerweise die Aufgabe der Integration.

Beim ersten Vorfall eines Übergriffes ist es denkbar, dass der Patient aufgrund einer Überrumpelung statt mit Flucht oder Abwehr mit einer Art körperlicher Dissoziation reagiert, wie es von inzestuösen Missbrauchssituationen oder Vergewaltigungen bekannt ist. Eine Fortsetzung der Behandlung spricht allerdings dafür, dass es einen in komplexer Weise mehrschichtigen Therapievertrag gibt. Dazu gehört einmal der offensichtliche Therapieauftrag, die vorgebrachte Störung zu behandeln. Daneben gibt es eventuell auch einen impliziten Auftrag, missglückte Bindungsmuster aus der Vergangenheit in der Übertragung zu revidieren. Und schließlich entschuldigt es die der hypnotischen Trance fälschlicherweise attribuierte Machtlosigkeit, wenn keine Widerstandsversuche gegen Übergriffe unternommen wurden, die nur mit einem Teil des Wertesystems vereinbar sind. Dies wäre ein mögliches Erklärungsmodell für den Wunsch nach Fortsetzung einer Behandlung nach einem Übergriff. In jedem Fall gibt es keine Hinweise in der Literatur dafür, dass man – besonders im Wiederholungsfall – den Suggestionen oder Handlungen, die in hypnotischer Trance gegeben oder veranlasst werden, nicht widersprechen könne. Immer spielen sozialer Druck und unbewusste Bedürfnisse eine Rolle, wenn es zu unverständlichen und für die betroffene Person nachteiligen Verhaltensweisen kommt.

Die hypnotische Trance macht nicht willenlos und zwingt den Patienten nicht unter die Gewalt des Hypnotiseurs. Allerdings gibt es zwei Momente, die bei einer Grenzüberschreitung wirksam werden: Die Überraschung durch ein Verhalten des Behandlers, das im völligen Widerspruch zur therapeutischen Erwartung steht, und eine motorische Verlangsamung aufgrund einer Tiefenentspannung mit erniedrigtem Muskeltonus und trophotroper Umstellung (d. h. einem physiologischen Zustand, der auf Regeneration und nicht auf Flucht oder Abwehr eingerichtet ist).

Erhöhung der Vulnerabilität des Patienten

Hypnose löst im Allgemeinen zwei voneinander abhängige Prozesse bei Patienten aus (Hall 1987):

1. Eine **Entspannungsreaktion und Innenwendung** der Aufmerksamkeit mit erhöhter Vorstellungsaktivität. Dieser Aspekt wird therapeutisch genutzt zur Erinnerung biografisch bedeutsamer Episoden, zur Mobilisierung von Bewältigungsressourcen oder auch nur zur Entspannung als Antagonismus zu akuten Stresssymptomen.
2. Eine **Regression in die freiwillige Abhängigkeit** von einem als wohlmeinend eingeschätzten Therapeuten. Die Innenwendung des Patienten in der hypnotischen Trance (1) bedingt, dass sie einen Teil der Kontrollfunktionen des Alltagsdenkens an den Therapeuten abgibt. Das betrifft z. B. die Ungestörtheit der Situation. Dieser Prozess bringt die Delegation von Kontrolle auch über die Therapieinhalte mit sich.

Diese vorübergehende Abgabe von Verantwortung wird im Allgemeinen als erleichternd erlebt. Die Hypnoseforschung geht aber davon aus, dass ein kleiner Teil der Aufmerksamkeit darauf gerichtet bleibt, die Geschütztheit der Situation zu überprüfen. Dieser Teil wird auch »hidden observer« genannt und ist selbst bei hochsuggestiblen Personen, die zu einer tiefen Trance fähig sind, abrufbar – etwa kann durch ein nonverbales Signal (Verschieben eines Hebels) die Schmerzempfindung angezeigt werden, obwohl im verbalen Bericht und im sonstigen Verhalten (Aushalten des Schmerzes) Analgesie zum Ausdruck gebracht wird (Hilgard 1979).

Die regressive Rollenverteilung findet auch in anderen Therapieformen statt, aber sie wird in der Hypnose erleichtert und findet dann Ausdruck in der hypnotischen Trance. Sie ist Ergebnis einer Interaktion. Ob sie zustande kommt, hängt von der Suggestibilität des Patienten und der Kompetenz des Therapeuten ab und setzt die Kooperationsbereitschaft des Patienten und die hypnotische Induktion durch den Therapeuten voraus. Diese Rollenverteilung und die Tranceinduktion müssen von beiden gewollt werden. Der dazu nötige hypnotische Rapport (d. h. eine vertrauensvolle Beziehung) wird durch die physiologische Entspannung und die Innenwendung der Aufmerksamkeit (s. oben) gefördert. Es handelt sich um einen impliziten Kooperationsvertrag, der es dem Patienten erlaubt, Inhalte des Alltagsdenkens vorübergehend in den Hintergrund und verdrängte Inhalte ungefährdet ins Bewusstsein treten zu lassen.

So wie bezüglich der Innenwendung des Patienten dem Therapeuten selbstverständlich sein **physischer** Schutz obliegt (als erster Teil des impliziten Kooperationsvertrages), obliegt ihm bezüglich der regressiven Haltung sein **psychischer** Schutz (im zweiten Teil des Vertrages). Sollte dieser Vertrag entweder im ersten Teil (etwa: es bricht ein Feuer aus) oder im zweiten Teil (etwa: der Therapeut verlangt von dem Patienten einen Diebstahl) nicht eingehalten werden, so wird die Überwachungsinstanz aktiv, unterbricht die Trance und der Rapport ist zerstört. Daraus folgt der vielleicht ungewohnt erscheinende Schluss, dass es einen, wenn auch unbewussten Teil in der Bedürfnisstruktur geben kann, der mit dem Übergriff einverstanden ist. Es ist natürlich die Verantwortung des Behandlers, diesen Teil nicht agieren zu lassen, sondern dem Patienten zu helfen, ihn in sein Wertesystem zu integrieren.

Hypnotische Trance erhöht die Motivation, den Suggestionen des Therapeuten zu folgen. Sie erzeugt auch gelegentlich subjektive Gefühle der Machtlosigkeit und erhöht so die Vulnerabilität des Patienten. Diese subjektive Schwächung der Willensstärke hat mehrere Komponenten:

- Aufgrund des kulturellen Gefälles schreibt eine Frau einem **männlichen** Therapeuten vermutlich häufig mehr Macht zu als im umgekehrten Fall ein Mann einer weiblichen Therapeutin.
- Die **emotionale Öffnung** in einer Therapie macht den Patienten ungeschützter als im Alltag.
- Die **Kompetenzerwartung** an den Therapeuten führt dazu, dass der Patient ihm (vorübergehend) einen gewissen Einfluss auf sich zubilligt und sich loyal verhält.
- Die volkstümliche Meinung bezüglich der Hypnose schreibt dem hypnotisierten Patienten **Machtlosigkeit** zu.

Aufgrund dieser Situation würde es eine grobe Verantwortungslosigkeit des Behandlers darstellen, die erhöhte Vulnerabilität des Patienten für seine eigenen Bedürfnisse auszunutzen. In einem solchen Fall müsste der Patient notwendigerweise in einen inneren Zwiespalt geraten, der zwei Facetten hätte. Einmal entstünde ein Zwiespalt zwischen erwartungsgemäßem, loyalem Verhalten und Selbstschutz. Das könnte eine einmalige Überrumpelung begünstigen. Zum anderen entstünde ein Zwiespalt zwischen der aus Gründen der emotionalen Öffnung sowie der Kompetenzzuschreibung erlebten Hinwendung zum Therapeuten, dem damit verbundenen Wunsch, ihn nicht zu verlieren, und eigenen Abgrenzungsbedürfnissen. Dies könnte zu einer länger anhaltenden emotionalen Verstörung führen. Diese Situation geht jedoch, wie gesagt, nur zu geringem Teil auf die angewandte Hypnose zurück. In den Niederlanden wurde kürzlich in einem Gerichtsfall entschieden: »Eine Person kann in einen Zustand von subjektiver Machtlosigkeit versetzt werden, aber Hypnose ist nicht der verursachende Faktor«[1] Hoenkamp 1990, S. 294; Übersetzung durch die Autoren. Bei den Fällen, auf die dabei Bezug genommen wurde, handelte es sich um Kontakte, die nach den sexuellen Übergriffen abgebrochen wurden. Bei wiederholten sexuellen Kontakten erscheint daher eine dauerhafte Minderung der Willensstärke unwahrscheinlich.

1 The court has accepted the idea that it is possible to put a person into subjective «state of powerlesness« through psychological means, but hypnosis per se is not the determining or necessary factor. (Hoenkamp 1990, S. 294)

Die therapeutische Beziehung macht insbesondere den Patienten vulnerabel für eine Einflussnahme durch den Behandler. Diese Vulnerabilität löscht den Widerstandswillen nicht aus aber schwächt ihn, was eine einmalige Überrumpelung begünstigt und sexuell missbraucht werden kann. Zu dieser Situation trägt die Hypnose als einer von mehreren Faktoren (wie Loyalität und Kompetenzerwartung) auf dem Wege einer Regression bei. Die hypnotische Trance lässt dem Patienten jedoch den Widerstandswillen, wenn er ihr in diesem Moment sinnvoll erscheint – und er kann ihn dann auch betätigen.

10.5 Diskussion

In diesem Kapitel wurden Situationen diskutiert, in denen mit der Anwendung von Hypnose Umsicht geboten ist. Unter den klinischen Störungen gibt es kaum absolute, aber eine Reihe relativer Kontraindikationen und es hängt im Allgemeinen von der Qualität der therapeutischen Beziehung ab, ob Hypnose hilfreich ist oder nicht. Immer dort, wo der Kontakt zum Hypnotiseur fehlt oder mangelhaft wird, ist von Hypnose abzuraten. Das trifft insbesondere auf floride Psychosen zu. Darüber hinaus kann aber auch in prodromalen Stadien durch Hypnose eine Dekompensation des Hypnotisanden gefördert werden. Deshalb ist Gruppenhypnose auch wenig empfehlenswert, wenn man die Teilnehmer nicht genau kennt, man ihre Reaktionen im Einzelnen nicht genau genug registriert. Das trifft natürlich auch auf die Bühnenhypnose zu, wo aber noch ganz andere Bedenken eine Rolle spielen, die mit klinischer Inkompetenz der Bühnenhypnotiseure und den daraus resultierenden medizinischen und psychiatrischen Risiken und zum anderen mit der Entwürdigung der Probanden zu tun haben.

Es ist nach wie vor eine ungeklärte Frage, warum sich Menschen zu Inszenierungen der Machtlosigkeit und der Verunglimpfung zur Verfügung stellen. Ob Bühnenhypnose im Gehirn eine frontale Hemmung erzeugt, wie Gruzelier behauptet, ist noch nicht eindeutig nachgewiesen. John Gruzelier (2004) hat in Zusammenhang mit Bühnenhypnose von Forschungen berichtete, die auf eine, insbesondere linksseitige, präfrontale Hemmung nach Hypnoseinduktionen hindeuten. Das würde bedeuten, dass Teile der exekutiven Kontrolle (Ich-Steuerung, präfrontal), der allgemeinen Realitätswahrnehmung (dorsolateral präfrontal) und v. a. auch die moralischen Hemmschwellen (Einschätzen der zukünftigen und sozialen Auswirkungen von Handlungen, orbitofrontal und ventromedial; ▶ Kap. 3) reduziert sind. Glücklicherweise könnte man sagen, ist dieses Ergebnis bis jetzt noch nicht repliziert worden, denn damit hat Gruzelier das Schreckgespenst der »hypnotischen Lobotomisierung« heraufbeschworen. Dieses Ergebnis würde jedoch gut erklären, warum sich Menschen bei Bühnenhypnosen »zum Affen machen« lassen, bisweilen jegliche Hemmungen verlieren und absolut lächerliche Dinge tun, zu denen sie sonst nicht bereit wären. Das allein mit sozialpsychologischen Faktoren, die sicherlich auch eine Rolle spielen, zu erklären, erscheint zu kurz gedacht.

Hingegen stehen Gruzeliers Ergebnisse und Thesen in vollkommenem Widerspruch zu den Ergebnissen aller anderen Hirnforscher, welche (seit den Ergebnissen von Walter 1992) einhellig eine präfrontale Aktivierung in bzw. durch Hypnose feststellen konnten. Als mögliche Erklärung für diese divergierenden Ergebnisse hatte Peter (2006a) vorgeschlagen, den jeweiligen Kontext als entscheidende Metasuggestion zu betrachten: Im hypnotherapeutischen wie auch im universitären Kontext wird den Patienten und studentischen Versuchspersonen als Metasuggestion vermittelt, dass ihre Würde gewahrt wird, dass ihre kreativen Fähigkeiten gefragt sind, dass nichts gegen ihren Willen geschieht, dass der Hypnotherapeut keine Macht auf sie ausübt und dass Hypnose generell etwas Positives ist. Die Metasuggestion bei Bühnenhypnosen vermittelt in der Regel aber genau das Gegenteil. Es könnte also sein, dass bei Bühnenhypnosen durchaus eine präfrontale Hemmung, bei hypnotherapeutischen und universitären Hypnosen hingegen eine präfrontale Aktivierung auftritt. Das allerdings ist im Einzelnen noch nachzuweisen.

Man ist bei der Bühnenhypnose aber auch an Erich Fromms These von der Flucht vor der Freiheit erinnert und versucht zu glauben, das Alltagsbewusstsein unterbinde viele eher kindliche Seiten der Destruktivität, Obszönität und Albernheit, die auf eine Gelegenheit warten, unter dem Schutzmantel der Willenlosigkeit aus dem Schatten zu treten. Als ob es Menschen erleichtern würde, sich der

Verantwortung einer autoritären Instanz unterzuordnen und so für die Folgen ihres Tuns exkulpiert zu sein. Die Anteile von Kooperation und echter Trance im Verhalten der Teilnehmer der Bühnenhypnose sind nicht immer klar auseinanderzuhalten. Wenn das Verhalten mit dem Selbstbild des Alltagsbewusstseins unverträglich ist, sind Verleugnung und Amnesie gleichermaßen nützlich, wobei bei Retraumatisierungen eher an Amnesie zu denken ist, da Leugnung allein die Angst nicht eindämmen würde.

Das Modell der uneinheitlichen, oft widersprüchlichen und daher voneinander abgespaltenen Persönlichkeitsanteile trifft möglicherweise nicht nur auf das Verhalten in der Bühnenhypnose zu, sondern auch auf bestimmte Missbrauchsfälle. Zweifellos besteht aufgrund der Loyalität des Patienten und der motorischen Verlangsamung in jeder Entspannung die Gelegenheit zur Überrumpelung. Das aber erklärt nicht den wiederholten Missbrauch, wie er in manchen gerichtlich verfolgten Fällen vorlag (etwa in dem von Mayer berichteten Fall, s. oben). Vielmehr liegt hier die Vermutung nahe, dass der Hypnotiseur eine spontane Bindung der Patientin an seine Person ausnutzte, die unter dem Schutz der Amnesie aufrechterhalten werden konnte. Einer der Autoren (DR) war in einem Fall gutachterlich tätig, in dem ein Therapeut wiederholt während der Therapiestunde seine Patientin sexuell missbrauchte. Die Patientin bekundete anfänglich dennoch in Briefen ihren Eindruck, gut beim Behandler aufgehoben zu sein und beklagte erst später den Missbrauch. Eine solche ausgestanzte Abhängigkeit zwischen Patient und Behandler kann in jeder Therapieform entstehen und es obliegt selbstverständlich dem Therapeuten, sie nicht erotisch zu interpretieren. Die Hypnose ermöglicht aufgrund der teilweisen Delegation von Ich-Kontrolle während der Trance eine intensivierte Bindung zwischen Therapeut und Patient und bietet mit der Möglichkeit der Amnesie einen Mechanismus, der es erlaubt, die Bedeutung eines etwaigen Missbrauchs eine Zeit lang verdeckt zu halten. Bei dieser Therapieform muss der Behandler daher besondere Sorgfalt darauf verwenden, dass der Patient geschützt ist, indem er z. B. Videoaufzeichnungen macht, die Tür offen lässt, oder einen Zeugen im Raum hat (Kotherapeut). Damit schützt er natürlich auch sich selbst.

Fazit

Hypnose ist ein Instrument, dem Menschen besondere Macht zuschreiben. Das kann für Heilungsprozesse nützlich sein, aber begünstigt den Missbrauch sowohl in der Therapie wie in der Unterhaltungsbranche. Der Missbrauch scheint immer an den Mythos der Willenlosigkeit gekoppelt zu sein. Die derzeitige Auffassung von klinischer Hypnose geht jedoch davon aus, dass der Patient durch die hypnotische Trance in die Lage versetzt wird, seine eigene Macht besonders wirkungsvoll zu entfalten und die für seine Heilung nötigen Kräfte in sich selbst zu finden.

Hypnoanalyse in der Klinik

Falko H.-J. Kronsbein

11.1 Entwicklung psychotherapeutischer Kliniken in Deutschland – 148

11.2 Konzepte der psychodynamisch orientierten Kliniken – 149

11.3 Entwicklung der Hypnoanalyse – 151

11.4 Hypnoanalytische Konzeption in der Felsenland Klinik Dahn – 154

11.4.1 Rahmenbedingungen der Felsenland Klinik – 157

11.4.2 Therapieplan und Therapieablauf – 159

11.4.3 Verlauf des diagnostisch-therapeutischen Prozesses – 160

Die Hypnoanalyse gehört zu den von der Psychoanalyse abgeleiteten Behandlungsverfahren wie die psychoanalytische, die expressive oder stützende Psychotherapie. Die »tendenzlose Psychoanalyse« hatte S. Freud um 1900 aus der Hypnose entwickelt. Obwohl er die Wirkung der Hypnose schätzte, hatte er sich von der praktischen Anwendung der Hypnose abgewandt, weil in seinem Sinne nicht alle Patienten in den hypnotischen Zustand zu versetzen waren und weil sexualisierte Übertragungspsychosen die Behandlung belasteten. Dennoch hat er die Bedeutung der Hypnose und der Suggestion gerade in der praktisch therapeutischen Anwendung der Psychoanalyse betont.

> Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unsere Therapie, das reine Gold der Analyse, reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren und auch die hypnotische Behandlung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker, wieder eine Stelle finden (Freud 1919 S. 1994).

Diese Metapher mit dem Gold der Analyse und dem Kupfer der Suggestion bzw. der Hypnose hatte eine entwertende Wahrnehmung der suggestiven und hypnotischen Behandlungstechniken zur Folge, die sich insbesondere in den später gegründeten psychoanalytischen Ausbildungsinstituten festgesetzt hat.

Allerdings war Freud schon früh die breite Anwendung seiner Psychoanalyse wichtig. Im Rahmen des Internationalen Psychoanalytischen Kongresses ins Budapest 1918, als es am Schluss um die Behandlung der »Kriegsneurosen« ging, nutzte Freud die Anwesenheit von Regierungsvertretern dazu, die Verpflichtung der Gesellschaft zur Behandlung der Neurosen zu betonen und sie gleichbedeutend neben die öffentliche Fürsorgeverpflichtung, z. B. für Tuberkulosekranke, zu stellen.

Es wurde auch vorgeschlagen, für die nach dem 1. Weltkrieg 1918 weitverbreiteten Kriegsneurosen verschiedene Zentren mit psychoanalytischen Kliniken zu errichten.

Freud war sich seinerzeit bewusst, dass die Psychoanalyse zwei grundlegende Probleme zu klären hatte. Erstens die Frage nach Eigenart und Umfang der Aktivität des Psychoanalytikers bezüglich unterschiedlicher seelischer Störungen und zweitens die Frage der Anpassung psychoanalytischer Behandlungstechniken im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung.

Die Positionen von Ferenczi und Rank mit einer aktiven Interventionstechnik des Analytikers, die diese in ihrem Buch *Entwicklungsziele der Psychoanalyse* (1924) beschrieben, in dem sie sich gegen einen therapeutisch weitgehend wirkungslosen »Deutungsfanatismus« wenden, wurden nicht aufgegriffen, sondern als persönlichen Angriff auf Freud verurteilt. Als Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) formulierte Eissler 1953 die »normative Idealtechnik«, die jeden Fortentwicklungsdiskurs in den psychoanalytischen Gesellschaften behinderte.

Zu dieser Problematik formulierte 40 Jahre später Fürstenau:

> Die innerpsychoanalytische Diskussion der aktiven Technik hat psychotherapeutische Entwicklungen angestoßen, die über den Rahmen der psychoanalytischen Orthodoxie weit hinausgeführt haben. Die Entwicklung einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für die breite Anwendung von Psychoanalyse hat zu einer Polarisierung von analytischer Psychotherapie und eigentlicher Psychoanalyse in einer endlosen und ergebnislosen Diskussion geführt (Fürstenau 1993, S. 228).

11.1 Entwicklung psychotherapeutischer Kliniken in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt über ein im internationalen Vergleich außergewöhnliches und gut entwickeltes System stationärer psychosomatischer und psychotherapeutischer Behandlungseinrichtungen. Im Sozialgesetzbuch werden für diese Indikationen zwei unterschiedliche Versorgungsbereiche definiert. Einerseits die psychosomatische Rehabilitationsmedizin (nach § 111 SGB V) und andererseits die Krankenhausregelversorgung auf dem Gebiet »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« (nach § 108 SGB V).

Die Krankenhauspsychosomatik hat eine lange Tradition, die mit dem Sanatorium »Villa Marienhöhe« in Baden-Baden von Georg Groddek (1900), der »Kreuzlinger Heilanstalt Bellevue« von Ludwig Binswanger (1910) und dem »Psychoanalytischen Sanatorium« in Berlin Tegel von Ernst Sim-

mel (1927) ihren Anfang nahm. Nach dem Krieg begründete Alexander Mitscherlich die erste universitäre »Klinik für Psychosomatische Medizin« an der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg (1948).

In der Folgezeit und angestoßen durch die Enqueteberichte der Bundesregierung 1975 zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sind bundesweit psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, an psychiatrischen Großkrankenhäusern und als unabhängige Einrichtungen entstanden. 1975 gab es 35 psychosomatische Krankenhäuser. In den amtlichen Statistiken der Bundesregierung sind jetzt 122 Fachabteilungen für »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« mit 4835 Betten und 142 Kliniken für »psychosomatische Rehabilitation« mit 13.371 Betten erfasst (Stand 2004).

Das therapeutische Setting wurde anfänglich ausschließlich von psychodynamischen Behandlungsstrukturen geprägt. Heinrich Bick eröffnete im März 1956 mit der »Pfälzer Felsenland-Bick-Klinik« die erste psychosomatische Klinik für Hypnosebehandlung. Die erste verhaltenstherapeutische Abteilung entstand durch Johannes Brengelmann 1964 am Max-Plank-Institut für Psychiatrie in München und 1975 wurde im psychosomatischen Krankenhaus Windach die erste verhaltenstherapeutisch orientierte Klinik eröffnet.

Heute gibt es in Deutschland drei Hypnosekliniken:

- Klinik am Hardberg in Wald-Michelbach, eine Rehabilitationsklinik unter der Leitung von G. Schmidt (systemische Hypnotherapie),
- Privatklinik Dr. Blohm, ein privates Sanatorium in Riddorf bei Bramstedt unter der Leitung von W. Blohm (systemische Hypnotherapie)
- Felsenland Klinik Dahn, ein Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik unter der Leitung des Autors (psychodynamische Hypnotherapie).

11.2 Konzepte der psychodynamisch orientierten Kliniken

In den psychosomatischen Abteilungen und Krankenhäusern werden heute andere Patienten behandelt als in den Gründerjahren der psychotherapeutischen Kliniken. Damals waren es vorwiegend Patienten mit Symptomneurosen, heute sind es Patienten, die an ambulant nicht behandelbaren oder mit therapieresistenten psychischen Krankheiten, mit multimorbiden Störungsbildern und mit zwei oder drei Diagnosen nach ICD-10 erkrankt sind. Sie leiden an schweren depressiven Episoden, mit schwer behandelbaren chronischen Depressionen, schweren Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, Essstörungen oder auch an psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Viele dieser seelisch kranken Patienten haben psychopathologisch relevante Entwicklungsstörungen, die in der psychoanalytischen Literatur auch als strukturelle, präödipale oder frühe Störungen beschrieben worden sind.

Die Strukturen der Kliniken haben diesen veränderten Anforderungen durch komplexe, multimodale und methodenintegrative Behandlungsangebote Rechnung getragen. Kennzeichnend für die Struktur der stationären, psychodynamischen Psychotherapie ist, dass die Klinik als interpersonales Bezugsfeld verstanden wird, in dem internalisierte Objektbeziehungen, die Ich-funktionellen Defizite und Interaktionsstörungen der Patienten sowie deren unbewusste Konflikte über multilaterale Übertragungsprozesse szenisch zur Darstellung kommen und therapeutisch bearbeitet werden können. Basis für dieses Therapieverständnis ist die psychotherapeutische Stationsgemeinschaft, in die alle Personen, die im Rahmen der Behandlung miteinander interagieren, einbezogen sind.

Es umfasst die Behandlung durch Therapeuten unterschiedlicher Disziplinen im Einzel- oder Gruppentherapiesetting sowie bedeutsame therapeutische Kontakte zu den Pflegemitarbeitern und den Mitpatienten. Empirische Hinweise auf die Bedeutsamkeit der Mehrpersonenbeziehung zeigt eine Studie von Kordy et al. (1990). So bewerteten 73% aller stationären Patienten am Therapieende die Gespräche mit den Pflegekräften als

hilfreich. Die Gespräche mit den Mitpatienten wurden von 90% der Befragten als hilfreich bezeichnet, wovon 28% sie sogar als hilfreicher bewerteten als die von professionellen Therapeuten geleiteten Behandlungsangebote. Änderungsrelevante Erfahrungen sind im stationären Raum mit sämtlichen therapeutischen Bezugspersonen und auch mit den Mitpatienten möglich. Jenseits spezifischer therapeutischer Techniken und Vorgehensweisen hat sich die Einzelbehandlung als moderates aber stabiles Merkmal für den Behandlungserfolg erwiesen (Lambert 2004, S. 345 ff). Eine Vielzahl von Studien belegt den Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Gruppenkohäsion, definiert als gute emotionale Bezogenheit zur Gruppe mit Gefühlen der Akzeptanz und der Unterstützung (Grabhorn et al. 2002). Auch das Gruppenklima, das die Wahrnehmung der »Gruppe als Ganzes« beschreibt, korreliert mit dem Behandlungserfolg.

In den umfassenden metaanalytischen Wirksamkeitsforschungen von psychotherapeutischen Verfahren hat Grave et al. (2001) bei der Überprüfung vieler Therapiestudien Schulen übergreifend neben der Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung zwei grundsätzliche Wirkfaktoren ermittelt, die auch von Fürstenau (2004) im Artikel *Zur Zukunft der Psychotherapie* bestätigt werden:

1. Aktive Hilfe zur Problembewältigung mit dem Impuls zur Entwicklung eigener Problembewältigungsfähigkeiten. Das kann z. B. Selbstsicherheitstraining für Patienten mit sozialen Hemmungen sein, Reizkonfrontation für Patienten mit phobischem Vermeidungsverhalten, Entspannungstraining für Patienten mit Schlafstörungen, die Anleitung zur Selbsthypnose für Patienten mit Schmerzzuständen, der Wiederaufbau von Verhaltensaktivitäten bei depressiven Patienten oder das Ersetzen irrationaler Leitsätze durch rationale. Vieles davon kann wirksam in Trance und entsprechenden inneren Bildern erfolgen. Auch die Induktion von Selbstheilungskräften über den Aufbau einer Metapher wie die eines inneren Helfers oder eines Bildes für die innere Weisheit des Patienten sind hier zu nennen.
2. Ein weiteres therapeutisches Wirkprinzip ist die motivationale Klärung. Dabei geht es darum, dass der Patient sich selbst besser verstehen lernt. Es geht um die Frage nach dem Warum und dem Wozu. Dass der Patient sich seiner selbst klarer wird, um sich besser annehmen zu können oder sich bewusst anders zu verhalten als bisher. Durch vertiefende und biografisch orientierte Bearbeitungsangebote können sich dabei die unbewussten Fixierungen und Wiederholungszwänge lösen.

Eine grundlegende Revision der analytischen Technik beschrieb Fürstenau in seinem Buch *Psychoanalytisch verstehen, Systemisch denken, Suggestiv intervenieren* (Fürstenau 2007). Als Psychoanalytiker entdeckt er die ressourcenorientierte Psychotherapie und hypnotherapeutische Interventionstechniken und schreibt:

> In den letzten Jahren ist immer mehr deutlich geworden, dass Ressourcensuche und Ressourcenmobilisierung die zentrale Aufgabe der Therapeuten ist, um Patienten – Einzelnen, Paaren, Familien – zügig zu einer erwünschten Veränderung zu verhelfen. Die Entwicklung der therapeutischen Kompetenz der Therapeuten wird damit zu einer entscheidenden Voraussetzung erfolgreicher Therapie. Psychotherapie fordert spezifische Aktivitäten der Therapeuten mit narrativ-verbalen, imaginativen, kreativen, körperbezogenen, psychodramatischen Zugangsweisen von Anfang an. Psychotherapie bedeutet konkrete Problembewältigungshilfe (Fürstenau 2007, S. 239.

Diese Wirkprinzipien, die aktive Problembewältigungshilfe mit Ressourcenaktivierung und die motivationale Klärungsperspektive sind integrale Bestandteile des hypnoanalytischen Verfahrens. Die so praktizierte Hypnoanalyse ist eine psychodynamische Therapie, die unter Trancebedingungen mit aufdeckenden, metaphorischen, übenden und stützenden Techniken arbeitet. Diese Vorgehensweise integriert die Theorien und Erkenntnisse der Psychoanalyse, die Übungen der Verhaltenstherapie, die Techniken der allgemeinen Hypnotherapie und die spezifischen Methoden von Erika Fromm, Erickson und Watkins u. Watkins.

Die umfangreiche Erweiterung des psychoanalytischen Wissens auf dem Gebiet der strukturellen Störungen, nicht zuletzt durch die bahnbrechenden Arbeiten von Kernberg, die mit Clarkin und Yeomans zusammen entwickelte »Übertragungsfokussierte Psychotherapie« (TfP) (Kernberg 2001) und die von Rudolf (2006) beschriebene »Strukturbezogene Psychotherapie« haben Fortentwicklungen

und auch grundsätzliche Revisionen psychoanalytischer Behandlungstechniken mit sich gebracht.

Die Verwendung imaginativer Techniken kann in dem neuen psychodynamischen Verständnis – mit inneren Bildern und Metaphern – gerade bei strukturell gestörten Patienten die Integration von Teilobjekten und abgespaltenen Affekten erleichtern. Bei Erickson u. Rossi (1981) gibt es bereits sehr eindrucksvolle Berichte über imaginative Arbeit unter indirekten Hypnosetechniken bei schwer gestörten Patienten.

Die hier vorgestellte Hypnoanalyse arbeitet zunächst mit stützenden, Ressourcen fördernden inneren Bildern (z. B. ein schützendes Tier, ein sicherer Ort) und im weiteren Verlauf mit imaginativen oder metaphernorientierten Techniken, die durch die damit bedingte innere Distanzierung und Affektkontrolle eine Annäherung des Patienten an die negativ affektiv aufgeladenen Teilobjektbeziehungen ermöglicht sowie die Auseinandersetzung mit ihnen.

Auch wegen der zunehmenden zeitlichen Begrenzung stationärer Behandlungen (die mittlere Verweildauer in psychosomatischen Krankenhausabteilungen liegt zwischen 25 und 60 Behandlungstagen) bietet sich die hypnoanalytische Technik an. Watkins schrieb zu diesem gerade heute wieder sehr aktuellen Thema:

> Bei aller Hochachtung und allem Respekt für unseren psychoanalytischen Gründervater, Sigmund Freud, seine monumentale Entdeckung des Unbewussten und die Beiträge seiner Mitarbeiter wurden die entsprechenden Erfolge doch mit begrenzten und langsam wirkenden therapeutischen Techniken erzielt (Watkins 1992a, S. 85; Übersetzung des Autors, auch der folgenden Zitate).

Auch Watkins interessiert die Kosten-Nutzen-Relation:

> Psychoanalyse erbrachte Ergebnisse, aber sie braucht so sehr, sehr viel Zeit dafür. Durch Hypnoanalyse konnte ich oft denselben Fortschritt in 50 bis 60 Stunden erzielen, für den 250 bis 300 Stunden traditioneller Psychoanalyse nötig gewesen wären (Watkins 1992a, S. 86).

11.3 Entwicklung der Hypnoanalyse

Watkins gibt eine pragmatische Beschreibung der Hypnoanalyse:

> Wie die Psychoanalyse beschäftigt sich auch die Hypnoanalyse mit den Wechselfällen der Entwicklung von Kindheit an und geht ebenfalls davon aus, dass die Einsicht im Prozess des Durcharbeitens erlebnisnah gewonnen werden muss, nicht rein intellektuell. Sie muss ins Ich integriert werden. Hypnoanalyse ist eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse und könnte somit einfach **Psychoanalyse innerhalb der hypnotischen Modalität** genannt werden. Es stehen dem Hypnoanalytiker viele komplexe therapeutische Techniken zur Verfügung, die im voll bewussten Zustand nicht angewendet werden können (Watkins 1992a, S. 87; Hervorhebungen vom Autor).

Der Terminus »Hypnoanalyse« wurde 1940 erstmals von Hadfield für eine Methodenkombination aus kathartischer Hypnose und Nacherziehung verwendet. Wegen der Heterogenität der theoretischen und methodologischen Vorgehensweisen verstehen wir heute darunter alle jene hypnotherapeutischen Ansätze, deren Ziel es ist, hypnotische Techniken mit psychoanalytischen Methoden zu verbinden. Erste sporadische Versuche der Integration dieser Methoden gehen bis in die Zeit vor dem 1. Weltkrieg zurück. Eine systematische Durchführung hypnoanalytischer Behandlungen sehen Brenman u. Gill (1947) jedoch erst mit Ernst Simmel gegeben, der nach Ellenberger (1985, S. 1143) in den 1920er-Jahren ein psychoanalytisches Sanatorium im Berliner Schloss Tegel errichtet hatte. Simmel arbeitete dort zunächst mit zivilen und später mit Kriegsneurotikern (Simmel 1944). In seiner Klinik führte Simmel neben der Abreaktion auch analytische Gespräche ein sowie einen Modus, der im Wesentlichen aus der psychoanalytisch orientierten Handhabung von Träumen und hypnotischem Material bestand. Die Patienten wurden gebeten, nächtliche Träume in Hypnose fortzuführen oder während des natürlichen Schlafes den Gedankengang weiter auszuarbeiten, den sie während des hypnotischen Zustandes verfolgt hatten. 1943 veröffentlichten Gill u. Brenman den Fallbericht einer Patientin mit Angsthysterie, die die Autoren auf der Grundlage psychoanalytischer Prinzipien mit hypnotischen

Techniken behandelten. Sie fassten ihre Erkenntnisse in diesem Fall wie folgt zusammen:

> Die hypnoanalytische Technik ermöglicht ein rascheres Aufdecken und Auflösen tieferer Probleme und adäquateres Handhaben der Übertragung als andere Kurzzeittherapien (Gill u. Brenman 1943, S. 171).

Systematische Darstellungen des hypnoanalytischen Behandlungskonzeptes erschienen in Wolbergs Büchern *Hypnoanalysis* (1945) und *Medical Hypnosis* (1948). In Letzterem widerlegt Wolberg die Einwände der Psychoanalytiker gegen die Anwendung der Hypnose in der Psychoanalyse. Im Gegensatz zur Meinung Freuds war für ihn keine tiefe Trance zur Auslösung von Heilungsvorgängen notwendig. Für freies Assoziieren genüge eine leichte Trance und für automatisches Schreiben sowie für Trauminduktionen eine mittlere Hypnosetiefe. Die Auswirkung der Hypnose auf das Übertragungsgeschehen wurde von den psychoanalytischen Kritikern als Einschränkung der Vielfalt von emotionalen Einstellungen gegenüber dem Hypnotiseur auf die narzisstische Bewunderung, die masochistische Unterwürfigkeit und den Identifikationswunsch befürchtet. Dem wurde entgegengehalten, dass die ständige Analyse der hypnotischen Übertragung zur Auflösung der Abhängigkeitsbeziehung und zur Ich-Stärkung führe. Die wesentlichen therapeutischen Ziele von Wolbergs Hypnoanalyse sind demnach die Analyse der Übertragungsneurose, die Desensitivierung und die Nacherziehung durch Einsicht. Seitens des Patienten nennt er zwei Voraussetzungen für das hypnoanalytische Verfahren:

1. Eine gewisse hypnotische Suggestibilität, d. h. eine ausreichend Trancetiefe, in der Kommunikation respektive freies Assoziieren möglich sein muss, und
2. ein Grad an Ich-Stärke, sodass Ängste zugelassen werden können, die durch das Auftauchen unbewussten Materials hervorgerufen wurden.

Die von Wolberg eingesetzten Techniken waren u. a. die Induktion hypnotischer Träume, Regression und Revivikation, hypnotisches Psychodrama, die Induktion experimenteller Konflikte und ein projektives Verfahren mit der Kristallkugeltechnik. Nach einem 1- bis 2-wöchigen Training des freien Assoziierens in Trance kann zum hypnoanalytischen Alltag übergegangen werden, d. h., der Patient assoziiert während des ersten Drittels der Therapiestunde frei, anschließend werden diese Assoziationen in Hypnose anhand verschiedener Methoden bearbeitet und während des letzten Drittels der Stunde wird das hypnotisch evozierte Material durchgearbeitet.

Bei der hypnoanalytischen Desensitivierung werden dem Patienten mithilfe hypnotherapeutischer Techniken die unbewussten Brennpunkte seiner Konflikte, wie z. B. verdrängte Ängste, Konflikte und Erinnerungen, bewusst erlebbar gemacht. Das Bewusstwerden verdrängten Materials wird durch Interpretationen des Arztes unterstützt, in dem er das bewusste Ich des Patienten mit den Inhalten seiner Verdrängungen konfrontiert.

Bei dieser Arbeit hat der Therapeut eine bedeutend aktivere Funktion hinsichtlich des Aufdeckens neurotischer Strukturen respektive des Deutens. Wolberg schreibt:

> Mit dem Bewusstwerden der Konflikte und Erinnerungen ... gewöhnt sich das Ich an sie und dem Patienten fällt es leichter, sie als Teil seiner Selbst zu akzeptieren. Das Verständnis, wie und warum die Verdrängungen entstanden sind, ermöglicht es dem Menschen, sich vom Einfluss unbewusster Foci zu befreien (Wolberg 1948, S. 332).

Zur Nacherziehung durch Einsicht meint Wolberg:

> Dem Patienten wird die Ursache verdrängter Konflikte hinsichtlich ihrer Bedeutung für seine Symptome erläutert. Es wird ihm aufgezeigt, wie seine Konflikte den Zustand seines gegenwärtigen psychobiologischen Funktionierens beeinflussen, unter welchen Umständen seine Konflikte entstehen, und schließlich, wie er seine bestehenden Handlungen und Verhaltensmuster zu Gunsten einer realistischeren und produktiveren Anpassung verändern kann (Wolberg 1948, S. 362).

Ziel dieser Vorgehensweise ist Bearbeitung der Abwehr, um für die unbewussten Persönlichkeitsanteile den Weg zu einer Integration zu eröffnen. Dabei wird an die Einsichtsfähigkeit des Patienten appelliert, wobei die Überzeugungskraft des Therapeuten bedeutsam ist.

Neben den eingeschränkten Techniken der Psychoanalyse (klären, konfrontieren, deuten und durcharbeiten) stehen dem Hypnoanalytiker viele unterschiedliche Interventionstechniken zur Verfügung. Es können Träume induziert werden, ein Traum kann wiederholt werden und es kann in den Traum eingegriffen werden. Der Patient kann in Trance mit den Intentionen seiner Traumfiguren konfrontiert werden, es können projektive und dissoziative Techniken angewendet oder neue Objekte implementiert werden, die sich z. B. mit den negativen Selbstanteilen auseinandersetzen. Übertragungen werden früher und mit größerer Intensität ausgelöst, wobei die Affekte sich nicht nur auf den Therapeuten richten können, sondern auch auf innere Objekte und Objekte der Außenwelt. Erinnerungen, Fantasien und Bilder sind wesentlich stärker emotional aufgeladen und detailgetreuer. Sie sind durch die hypnotische Induktion von Wahrnehmungen aller Sinneskanäle aufgeladen. Die Intensität und Flexibilität des therapeutischen Prozesses ist damit wesentlich umfangreicher als in der analytischen Methode.

Der Therapeut ist in der Funktion eines empathischen Begleiters in der inneren Welt des Patienten. Er stellt den Raum zur Verfügung, in dem die inneren Objekte bzw. frühen Objekterfahrungen des Patienten in Erscheinung treten können. Diese Objektbilder können die frühen Internalisierungen reflektieren, die aus den Erfahrungen des Selbst, des Objektes und dem dazugehörigen Affekt bestehen (Kernberg 2001). In der Trance kann der Patient mit der Distanz regulierenden Begleitung des Therapeuten die Bilder dieser Selbst- und Objektrepräsentanzen gestalten und sich mit ihnen auseinandersetzen.

Dabei geht es um die Integration abgewehrter Anteile in die Persönlichkeit des Patienten. Die Beachtung der Übertragung und Gegenübertragung ist mit dem Vorgehen der klassischen Psychoanalyse verwand.

Allerdings sind die daraus abgeleiteten Interventionen unterschiedlich. In der Hypnoanalyse nutzt der Therapeut das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen zwar einerseits zur Orientierung im therapeutischen Prozess, aber andererseits wird dessen Bearbeitung nicht hauptsächlich im Patient-Therapeut-Beziehungsgefüge, sondern in der inneren Objektwelt des Patienten in Trance inszeniert und bearbeitet. Dies bedeutet gerade bei der Behandlung früher Störungen eine deutliche Entlastung der therapeutischen Beziehung. Insofern können sich Patient und Therapeut aus sicherer Entfernung dosiert mit den negativen Introjekten befassen.

Der Vorteil der Hypnoanalyse besteht auch in der Möglichkeit, Widerstände rascher als in der herkömmlichen Psychoanalyse zu erkennen. Wegen dieser Auflösung der übertragungsneurotischen Strukturen empfiehlt Wolberg für Hypnoanalytiker neben einer Weiterbildung in hypnoanalytischen Behandlungstechniken eine eigene Lehranalyse und analytische Supervision.

Erstaunlicherweise fanden Wolbergs Ausführungen über die hypnoanalytischen Behandlungsansätze, so systematisch und einsichtig sie auch waren, kaum Nachhall in psychoanalytischen oder hypnotherapeutischen Kreisen – im Gegensatz zu seinen verhaltensmedizinischen Konzepten.

Auch bei Watkins u. Watkins' »Ego-State-Therapie« entsprechen die Grundannahmen der Hypnoanalyse denen der Psychoanalyse (Watkins u. Watkins 1981, S. 252–270). Sie lokalisieren die psychischen Störfaktoren ebenfalls im »Unbewussten« und nutzen als therapeutisches Instrument die emotional aufgeladene Einsicht. Im Gegensatz zum Psychoanalytiker und seiner Aufforderung zur freien Assoziation kontrolliert der Hypnoanalytiker den jeweiligen Trancezustand durch gezielte Induktionstechniken. Dabei wird das unbewusste Material deshalb besser gewonnen, weil das sonst wachsame Ich abgelenkt ist und der unbewusste Widerstand »weicher« geworden ist.

Aus den Erfahrungen mit Patienten mit dissoziativen Identitätsstörungen (früher multiplen Persönlichkeitsstörungen) wurde die Ego-State-Therapie, eine Arbeit mit den verschiedenen »Ich-Zuständen« entwickelt. Der »Ich-Zustand« wurde als eine Einheit von Verhaltensweisen und Erfahrungen definiert, die durch einen gemeinsamen Faktor verbunden und durch mehr oder minder durchlässige Grenzen getrennt sind. Ein solcher »Ich-Zustand« ist für den Patienten jeweils handlungsbestimmend, je nachdem, welcher Persönlichkeitsanteil in einer sozialen Situation angesprochen wird. Diese »Ich-Zustände« fallen bei Persönlichkeitsstörungen stark auseinander, d. h., sie sind wenig miteinander verbunden und führen bei Belastung zu einer Des-

integration der Persönlichkeit. Die Durchlässigkeit der Grenzen zwischen den Persönlichkeitsanteilen bestimmt den Integrationsgrad der jeweiligen Person. In der Hypnose können stark voneinander getrennte Persönlichkeitsanteile durch Techniken der Familien- und Gruppentherapie aktiviert und miteinander verbunden werden. Der innere Dialog ist dann Basis für die Entwicklung einer Persönlichkeitsintegration (Watkins 1992a).

Als eine neue Phase hypnoanalytischer Synergiekonzepte können seit den 80er-Jahren die Arbeiten von Erika Fromm gesehen werden. Ihre Einstellung zum Thema Hypnoanalyse lässt Erika Fromm in folgendem Zitat durchblicken:

> In der Hypnoanalyse lässt sich je nach Geschick und dem Einfallsreichtum des Therapeuten alles was uns Hypnose und Psychoanalyse lehren, miteinander verbinden (Fromm u. Gardner 1979, S. 413).

In Anlehnung an die psychoanalytische Verfahrensweise unterteilt Erika Fromm (1984) das hypnoanalytische Vorgehen bei neurotischen Störungen in zwei Phasen:

1. Das Aufdecken und Durcharbeiten unbewusster und verdrängter Konflikte, Affekte und Erinnerungen sowie
2. die Integration des Erfahrenen in die Persönlichkeit des Patienten.

Fromm misst der Auswahl der therapeutischen Elemente und dem spezifischen Vorgehen in Abhängigkeit von der Übertragungssituation große Bedeutung bei. Je nachdem, ob neurotische, narzisstische, psychotische oder Borderline-Übertragungsmanifestationen vorliegen, empfiehlt sie ein differenziertes Prozedere. Gemeinsam ist den verschiedenen Vorgehensweisen, dass Beziehungsmuster auf dem Wege der Übertragung gedeutet und durchgearbeitet werden. Die mit dem Aufdecken unbewusster Konflikte einhergehende Integration abgespaltener Teile in die Persönlichkeit bildet einen der therapeutischen Eckpfeiler der hypnoanalytischen Arbeit von Erika Fromm. Auf der Grundlage einer im Trancezustand emotional getragenen Einsicht in die vorherrschenden Konflikte kann der Patient lernen, diese zu lösen und somit eine Reorganisation seines Wesens beginnen, die ihm eine neue und kreativere Auseinandersetzung mit seiner Welt ermöglicht (in Deutsch zusammengefasst von Peter 1992c).

11.4 Hypnoanalytische Konzeption in der Felsenland Klinik Dahn[1]

Auf den vorgenannten Grundannahmen basiert ein Behandlungskonzept für stationäre Psychotherapie, das im Folgenden am Beispiel der Felsenland Klinik in Dahn dargestellt wird. In der Regel sehen wir den Patienten vor der Aufnahme, um eine Vordiagnostik zu erstellen und die Passung mit therapeutischen Möglichkeiten zu klären. Die Indikationen umfassen – entgegen mancher Auffassung, dass Hypnotherapie bei strukturellen Störungen nicht geeignet sei, oder gar eine Kontraindikation darstelle – auch Patienten mit strukturellen Persönlichkeitsstörungen einschließlich Borderline-Patienten. Hier werden die Affekte, die z. B. in der TfP (»Transference focused Psychotherapy«) in der Übertragungsneurose gedeutet werden, in der Begegnung mit den affektiv aufgeladenen inneren Bildern und Metaphern bearbeitet.

Die stationär angewandte Hypnoanalyse ist eine psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierte Therapiemethode, die sich der hypnotherapeutischen Behandlungstechniken und der multimodalen Möglichkeiten einer Teambehandlung bedient.

Der Patient übt dabei regelmäßig (mehrfach täglich) in verschiedenen Settings (Autogenes Training, Gruppenhypnose, Trancetraining, hypnotische Atemtherapie in der Gruppe) selbst- und fremdhypnotische Verfahren.

Dazu kommt eine Tanztherapie, in die Elemente aus dem New Dance, der Musik, dem kreativen Malen sowie verschiedene Methoden der Körperwahrnehmung, darunter die Feldenkraismethode, mit einfließen. Beachtet werden dabei die Selbstwahrnehmung und der gestisch-mimische,

1 Die Felsenlandklinik in Dahn in der Pfalz wurde 1956 von Heinrich Bick gegründet und von seinem Sohn Claus C. Bick von 1972 bis 1993 geführt, bis sie der Autor 1994 übernommen und das therapeutische Konzept weiterentwickelt hat.

zwischenmenschliche Austausch. Wir gehen davon aus, dass die über die verschiedenen Sinnesmodalitäten hinweg funktionierende Vernetzung der Wahrnehmung im ZNS eine aktive multimodale Ansprache des Patienten mit Bewegung, Tanz und Musik ermöglicht. Im Vordergrund steht das Erleben der eigenen Person, der Wahrnehmung in Bewegung und Ruhe, die Arbeit am Körperbild und Körperschema sowie stabilisierende und stützende Interventionen aus dem Tanz und der Bewegung, welche die Grundlage für Veränderung bieten.

Zu den Techniken, die die inneren Räume öffnen und erkunden, gehört auch das holotrope, auf Ganzheitlichkeit zielende Atmen. Dies findet bei uns mit Unterstützung von Musik in einem speziellen, abgedunkelten Raum statt. Hier kommen die Patienten sehr schnell und intensiv in Kontakt sowohl mit den Affekten und den internalisierten Objekten, oftmals auch schon in bearbeitbaren Visualisierungen. Hier nehmen die Patienten Kontakt mit ihren Ressourcen, ihren inneren Heilkräften oft in Gestalt von lebendigen Objekten auf.

Um diese tiefen Schichten der Persönlichkeit zu erreichen, entwickelte Grof eine Methode, die sich verschiedener Techniken bedient:

- Tiefenatmung,
- speziell ausgewählte und unterstützende Musik,
- prozessorientierte Körperarbeit,
- kreative Ausdrucksformen (Mandala-Malen) und
- das integrative Abschlussgespräch.

Diese Form der therapeutischen Selbsterfahrung ermöglicht dem Patienten eine Selbststeuerung des Prozesses. Der Therapeut ist dabei Wegbegleiter, der aufgrund seiner Kenntnis und seiner eigenen Erfahrung mitgeht und eine Atmosphäre des Vertrauens, in dem manchmal sehr dynamisch verlaufenden Geschehen schafft.

Das Geheimnis des Atems ist, dass er das Wiedererleben emotionaler Inhalte authentisch ermöglicht, sei es auf biografischer Ebene, auf perinataler Ebene (das, was bei Schwangerschaft und Geburt prägend auf die Psyche eingewirkt hat) und im spirituellen Bereich.

Ein weiteres Element, den Patienten zu sich selbst und seiner Innerlichkeit zu führen, ist eine spezifische Gestaltungstherapie, die sich zentral mit der Bearbeitung von Baumwurzeln befasst. Dazu gehen wir mit den Patienten in den vor der Tür liegenden Pfälzer Wald und sammeln im Unterholz Baumwurzeln mit der Instruktion, sich eine Wurzel zu suchen, die seiner Gefühlslage und seinem Selbstbild am nächsten kommt. Diese Wurzel wird dann in den nächsten Stunden als Skulptur bearbeitet, wobei teilweise bizarre Kunstwerke entstehen, die gleichzeitig in der Bearbeitung (Freilegen meiner Wurzeln) den therapeutischen Prozess symbolisch fördern.

Mit diesen Vor- und Begleitbehandlungen wird der Patient auf die 90- bis 120-minütige hypnoanalytische Einzeltherapie vorbereitet. Nach individueller Tranceeinleitung beginnt der therapeutische Prozess, der mit einer geordneten Abschluss- und Aufwachphase beendet wird.

Der Therapeut begleitet den Patienten, stellt Fragen und interveniert, wenn es geboten scheint: sei es um mehr Klarheit über das Bild des Patienten zu erhalten, den Umgang mit den Introjekten zu explorieren oder ihn mit konflikthaftem Material zu konfrontieren. Auch Affekt steuernde Funktionen werden vom Therapeuten übernommen. Er unterstützt den Patienten darin, die Angst bei der Konfrontation mit konflikthaften Symbolen zu ertragen, um das Durcharbeiten zu ermöglichen oder sich vor emotionalen Überflutungen zu schützen, wie dies z. B. bei traumageschädigten Patienten eintreten kann.

Grundlage des Therapiekonzeptes ist die Arbeit mit einem Aspekte von Freud und Erickson umfassenden Unbewussten. In diesem Unbewussten ist das Es (als Sammelbecken der abgewehrten und emotional aufgeladenen frühen Objektbeziehungserfahrungen, der Traumatisierungen, der Motive und Antriebe, der Verhaltensmuster und der Widerstände), die »vergessenen Ich-Fähigkeiten« sowie das Ressourcenreservoir und die Kreativität enthalten. Dieses Ressourcenreservoir ist im Unbewussten nach der Definition von Erickson oder im Vorbewussten der psychoanalytischen Terminologie lokalisiert.

Mittels übender Verfahren wie autogenes Training, Trance-Training, Gruppenhypnosen und hypnotischer Atem- und Musiktherapie (nach Grof) ist eine Annäherung an unbewusste Prozesse möglich, die in den hypnotherapeutischen Einzelbehandlungen vertieft und inhaltlich-bio-

grafisch oder strukturierend-stützend genutzt werden kann.

Qualitativ erreicht der Patient in Trance einen Bewusstseinszustand, den er als erhöht oder über die Ich-Grenzen hinaus als erweitert erlebt und der es erlaubt, mit vorbewussten Einstellungen, Ängsten und Wünschen in Kontakt zu kommen. Dabei kann der wache Ich-Anteil, der nicht in Trance ist, zusammen mit dem Therapeuten an der Dosierung und Steuerung der emotionalen Belastung beteiligt sein. So kann der Patient nach Bedarf und Verlauf der Gesamtbehandlung zu seinen leidenden und angstbesetzten Anteilen oder/und zu seinen gesunden und stabilen Anteilen geführt werden. Die gesunden und kreativen Anteile, die durch Abwehrprozesse behindert sind, werden durch Suchprozesse und leicht verständliche Symbolbildungen wie z. B. das Bild einer weisen Frau bzw. eines weisen Mannes eingeführt.

Spaltungsprozesse in gute idealisierte und böse verfolgende Anteile können – nach Aufbau einer angstfreien Teilobjektbeziehung zum Behandler – sichtbar und in ihrer Entstehungsgeschichte nachvollziehbar werden. Dissoziierte Ich-Anteile können angesprochen, jeweils einzeln in Kontakt oder gemeinsam in den trancetherapeutischen Raum gebracht werden. Nach differenzierenden Verhandlungen und einem langsamen Sich-Annähern an innere Widersprüchlichkeiten oder angstbesetzte Erlebnisse können synthetisierende Prozesse zwischen den dissoziierten Anteilen angeregt werden. Auch die depressive Ambivalenz kann mit inneren Objekten sichtbar und damit behandelbar gemacht werden.

Der Therapeut nimmt Einfluss auf die Regressionsentwicklung des Prozesses, die je nach Belastbarkeit des Patienten reduziert und/oder intensiviert werden kann. Nicht selten zeigt eine im Trancedialog veränderte Stimmlage des Patienten den Regressionsverlauf.

Bei dissoziativen Störungen sind die Regressionssteuerung sowie die Kontakt- und Dialogförderung zwischen den separierten Ich-Anteilen wesentlich. Ziel ist, den Dialog zwischen den Anteilen zu fördern, und eine psychische Nachreifung mit Ich-Integration dieser Persönlichkeitsanteile zu ermöglichen (Phillips u. Frederick 2003).

Dazu verwendet die Hypnoanalyse bestimmte oben erwähnte Therapietechniken, z. B. die Loslösung, um einen Anteil klar zu identifizieren, oder die Aktivierung und Identifizierung mit Ich-Anteilen, sodass eine bessere Akzeptanz und Integration in die Gesamtpersönlichkeit möglich wird.

Häufig sehen wir, dass abgespaltene Impulse bei Patienten im Traum, z. B. als gefährliches Tier, auftreten können. Wenn wir dann den Traum in der Hypnose wieder aktivieren, können wir versuchen, dieses Tier und seine Bedeutung für den Patienten näher kennenzulernen und möglicherweise die freundlichen Anteile des Tieres herauszuarbeiten. Eine andere Möglichkeit ist z. B. die Identifikation mit dem Tier, wobei der Patient dessen enorme Kraft und Macht als zu sich selbst gehörig erkennen kann. Dabei kommt es nicht selten zur Einverleibung der abgespaltenen Kräfte und somit auch zur Stärkung des Ich. Damit muss das Ich seine Energie nicht mehr dazu verwenden, um die zunächst als gefährlich erlebten Triebimpulse aus dem Bewusstsein fernzuhalten. Eine Entsprechung dieser Verfahrensweise findet sich auch im Märchen, wenn der akzeptierte und schließlich geliebte Dämon zum Beschützer wird. Über die Identifikation mit dem zuvor Gefürchteten kommt es auch zu einer Veränderung des Selbstbildes. Patienten erleben dann ein Gefühl, als steckten sie nun in einer neuen Haut. Solch ein neues Selbstbild kann man den Patienten imaginieren lassen, einschließlich der dazugehörigen neuen Verhaltensweisen.

Bei der Distanzierungstechnik betrachtet der Patient eine ängstigende Situation, z. B. aus der Vogelperspektive. Aus dieser Distanz hat er die Möglichkeit, sich damit zunächst zu betrachten und auseinanderzusetzen. Er kann dann z. B. in das Herz seines Gegners schauen und erkennen, dass dieser auch einsam und hilflos sein kann. Die aggressive Ladung, die vorher in der Situation enthalten war, kann sich damit auflösen. Anhand einer solchen Vorgehensweise, die Dinge aus anderer Perspektive zu betrachten, kommt es häufiger zum Verstehen und Vergeben, was bedeutet, dass widersprüchliche Selbst- oder Ich-Anteile dann miteinander ausgesöhnt sind. Wenn die Situation in der Hypnose im Rollenspiel zwischen Betrachter und Gegner stattfindet, kann man den Ablauf auch aus den Augen des Gegners noch einmal Revue passieren lassen. Dabei muss das Erleben immer möglichst körpernah und gefühlsnah auf allen Sinneskanälen bearbeitet werden. Der Geschlagene soll z. B. dann in

die Rolle des Schlägers schlüpfen und spüren, wie seine Hand auf den Geschlagenen trifft. Dabei soll er z. B. genau das Geräusch hören und die Lichtverhältnisse sehen, um die Situation besonders lebendig zu erleben. Geht der Patient dann wieder zurück in die Rolle des Geschlagenen, so kann er sich immer größer und den Schläger kleiner und kleiner werden lassen, um so unmittelbar ein Überlegenheitsgefühl zu erzeugen. Das kann sich auf den Alltag übertragen und ein Unterlegenheitsgefühl aufheben.

Beim Abreagieren in Trance kommt es nicht selten auch zu motorischen Entladungen. Manche Patienten schlagen auf ein Kissen ein oder fühlen schreiend ihren Schmerz. Dabei fließt eine oft seit Jahrzehnten angestaute Energie ab, sodass sich der Patient danach erleichtert und gekräftigt fühlt. Er braucht nun keine Energie mehr abzuzweigen, um die unbewusst ängstigenden Impulse weiter zu unterdrücken.

In der Altersregression (▶ Kap. 22) kann der Patient z. B. erkennen, dass sein Unterlegenheitsgefühl als Kind gegenüber dem Vater auch schon durch den erheblichen Größenunterschied bedingt war; heute ist sein Vater vielleicht gebeugt und schwach. An die Stelle der Angst tritt dann möglicherweise mitempfindende Fürsorge. Altersregression führt manche Patienten auch in sehr frühe Fantasien und Erlebensweisen zurück, die bis zur Zeugung gehen können. Bei manchen Patienten kommen sogar Fantasien aus sog. früheren Leben, aus früheren Existenzen. Es handelt sich dabei stets um wichtige seelische Vorgänge, die bedeutsam sind für das aktuelle Erleben, für das Selbstbild und das Verhalten des Patienten. Diese Bilder nutzen wir nicht als Entdeckung vermeintlicher »früherer Existenzen«, sondern als Psychodrama bzw. im Sinne eines bedeutsamen inneren Traumtheaters. Die therapeutische Wirksamkeit ist dabei abhängig von der affektiven Aufladung.

In der Zukunftsprojektion kann der Patient sich mit seinen vorbewussten Erwartungen auseinandersetzen oder in einen relativierenden Rückblick in die Gegenwart geführt werden. So sieht er sich z. B. unmittelbar vor seinem eigenen Tod. Er bemerkt an sich Persönlichkeitszüge in Überdeutlichkeit, die ihm vielleicht unangenehm sind. Er erkennt, dass seine heutige Art zu leben Konsequenzen hat, die er nie sehen wollte. Oder er bemerkt z. B., dass er in seinem Leben das Wichtigste versäumt hat. Dann kann nach dem Zeitpunkt und den Bedingungen gesucht werden, die den entsprechenden Handlungsimpuls blockiert haben.

Im Anschluss an die hypnoanalytischen Sitzungen sind immer wieder Nachbesprechungen (hier Bilanzen) notwendig, um das Erlebte für das heutige Leben kognitiv weiterzuverarbeiten und zu integrieren. In diesen therapeutischen Bilanzen können auch die Empfindungen nachbearbeitet werden, die während der hypnoanalytischen Sitzung in ihrer hohen Geschwindigkeit des Erlebens noch nicht erfasst werden konnten. Wir bedienen uns dabei einer technischen Unterstützung, indem wir die ca. 100 min dauernden Hynoanalysen auf Tonkassetten aufzeichnen und den Patienten auffordern, diese Aufzeichnungen auf spezielle Weise nachzubearbeiten. Die entsprechenden Protokolle dienen als Grundlage der einzeltherapeutischen, tiefenpsychologischen Bilanzbesprechungen in den nächsten Tagen. Dies entspricht im Dreiklang im Sinne Freuds – erinnern, wiederholen, durcharbeiten – einer nachhaltigen Strategie des Durcharbeitens.

Das symbolische Erleben in der hypnoanalytischen Sitzung wird insbesondere auf den konkreten Alltag und auf die aktuelle Wirklichkeit des Patienten bezogen. Was in der Psychoanalyse mit dem Stichwort Übertragung und Gegenübertragung, also der Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung dargestellt wird, hat auch seine Bedeutung in der Hypnoanalyse. Das tiefe Erleben in der analytischen Therapie intensiviert auch die Beziehung zum Therapeuten. In der späteren Wachanalyse, nach den hypnoanalytischen Sitzungen, d. h., in den Gesprächen ohne Trance wird die therapeutische Beziehung auch als Beispiel für die Entwicklung des Patienten verarbeitet.

11.4.1 Rahmenbedingungen der Felsenland Klinik

Zum besseren Verständnis sollen nun zunächst die Rahmenbedingungen unserer Klinik dargestellt werden: Die Felsenland Klinik in Dahn ist heute ein nach §108 SGB V zugelassenes Vertragsfachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Hypnose.

Durch den Status als Akutkrankenhaus reicht zur Einweisung eines Patienten in die Klinik der übliche vertragsärztliche Krankenhauseinweisungsschein aus. Damit entfallen Begutachtungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen, wie sie bei Einweisungen in psychosomatische Reha-Kliniken üblich sind.

Das Krankenhaus verfügt seit dem 01. 06. 2007 über eine Kapazität von maximal 50 Behandlungsplätzen (bis dahin 40 Betten); Einzugsgebiet ist die gesamte Bundesrepublik und Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen, privaten Versicherungen und Beihilfeberechtigte haben über den Krankenhauseinweisungsschein Zugang zur stationären Heilbehandlung.

Die Frage, ob ambulante Behandlungsmaßnahmen ausreichen oder stationäre Behandlungsmaßnahmen angezeigt sind, entscheidet der einweisende Psychiater oder Hausarzt aufgrund des Schweregrades der Erkrankung, der Tragfähigkeit des sozialen Umfelds und der Zuverlässigkeit der therapeutischen Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Die Pflegekräfte der Klinik sind in dynamischer Psychotherapie weitergebildet und in das Behandlungsgeschehen als stützende Einzeltherapeuten unter Supervision des Bezugstherapeuten eingebunden. Das gesamte Behandlungsteam funktioniert auf der Grundlage einer therapeutischen Gemeinschaft, d. h. sämtliche Interaktionen des Patienten mit den Mitarbeitern des Hauses und den Mitpatienten werden für diagnostische und therapeutische Zwecke genutzt. Selbstverständlich wird eine differenzierte allgemeinärztliche und speziell psychiatrische Pharmakotherapie nach dem neuesten Stand der Wissenschaft – wie z. B. heute mit allen gängigen atypischen, antipsychotischen Substanzen – angesetzt. Die Verordnung dieser Substanzen wird mit dem Patienten als wesentlicher Teil der Therapie ausführlich erörtert, weil wir davon ausgehen, dass für die Rezidivprophylaxe die Compliance und die Nachhaltigkeit der Medikation bedeutend ist. Wir sehen keinen Gegensatz zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie, sondern ein wesentliches therapeutisches Zusammenwirken, das – insbesondere bei den schwer und strukturell gestörten Patienten – eine psychotherapeutische Behandlungsfähigkeit erst ermöglicht.

Zum Behandlungsteam der Felsenland Klinik Dahn gehören:

- 7 ärztliche Psychotherapeuten und ein psychologischer Psychotherapeut,
- Therapeuten für die
  - Musik- und Atemtherapie nach Grof,
  - für kreatives Gestalten,
  - für Tanz- und Ausdruckstherapie,
  - Autogenes Training,
  - Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson,
  - Körper- und Bewegungstherapie und Sporttherapie sowie
- 10 psychotherapeutisch geschulte Pflegekräfte.

Nach einer Begehung der Klinik durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und einer diagnostischen Überprüfung wurde das Patientenkollektiv gegenüber den Kostenträgern folgendermaßen charakterisiert: »Bei den dort gesehenen Versicherten handelte es sich ausnahmslos um schwer psychisch gestörte Patienten mit schweren chronischen Neurosen, wie z. B. Zwangsneurosen oder massiven Persönlichkeitsstörungen, welche in der Vorgeschichte bereits vielfältigen Therapien zugeführt worden waren und diese alle ohne Erfolg absolviert hatten. Bei dem Patientengut war durchwegs bis dahin keine Hypnosetherapie durchgeführt worden, sodass diese von vielen Patienten als letzte Möglichkeit gesehen wird.«

Neben den klassischen Symptomneurosen werden, wie vom MDK bestätigt, insbesondere schwere und chronische Neurosen, Borderline-Störungen, Charakterpathologien und psychosomatische Störungen behandelt. Die Patienten hatten oft langwierige und wenig erfolgreiche ambulante und stationäre Behandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern oder psychosomatischen Kurkliniken hinter sich. Zunehmend kamen in den letzten Jahren auch Patientinnen und Patienten, die in der frühen Kindheit Opfer sexuellen Missbrauchs oder anderer Gewaltanwendung waren, sowie Patienten mit anderen posttraumatischen Belastungsstörungen (z. B. Unfälle oder Kriegstraumata). Bei diesen Krankheitsbildern handelt es sich meist um komplexe Traumafolgestörungen, wobei stützende und Ich-stärkende Techniken im Vordergrund stehen. Mit verschiedenen Distanzierungstechniken (Film, Bildschirm, Bühne) ist nach ausreichender

Stabilisierung eine langsame, kontrollierte Annäherung möglich und bei gewonnener Ich-Stärke gegebenenfalls eine Durcharbeitung des Aktualtraumas. Dabei bedienen wir uns auch der EMDR-Technik (»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«, von Shapiro).

Als Initiations- und Integrationsforum findet eine hypnotherapeutische Großgruppe unter Einschluss sämtlicher Patienten und des gesamten im Dienst befindlichen Behandlungsteams statt. Die Großgruppe wird jeweils vom Chefarzt geleitet und hat die symbolische Funktion, die therapeutische Gemeinschaft – in ihrer Bedeutung für die Aktivierung der Selbstheilungskräfte des Einzelnen aber auch der Gruppe als Ganzes – zur Darstellung zu bringen. Die Gruppenleitung unterstützt in der Interventionsstrategie die konstruktiven und gemeinschaftsbildenden Kräfte in der Gruppe. Damit wird einer regressiven Gruppenentwicklung mit paranoiden oder aggressiven Fantasien – wie sie in analytischen Grußgruppen vorkommen – entgegengewirkt. Der Gruppenleiter achtet darauf, dass sämtliche Patienten an der Gruppe teilnehmen. Die Patienten werden gebeten zu schauen, »ob alle da sind«, ob jemand vermisst wird, als Gruppenteilnehmer, als Zimmernachbar oder Tischnachbar. Damit wird die Bezogenheit aufeinander aktiviert und signalisiert, dass niemand übersehen wird. Auch wird damit die Selbst- und Fremdachtsamkeit gefördert.

In unserer Großgruppe werden die jeweils neuen Patienten mit einer Selbstvorstellung und eigenen Beiträgen in die hypnotherapeutische Gemeinschaft aufgenommen und die zur Entlassung anstehenden Patienten verabschiedet. Bei diesen Verabschiedungen reflektieren die ausscheidenden Patienten den Behandlungsverlauf und berichten über ihre in der Behandlung gemachten Veränderungen und helfen somit den anderen, ihren Behandlungsverlauf zu reflektieren.

Eine weitere Funktion der Großgruppe ist die ständige Regulation bzw. Neueinstellung des therapeutischen Arbeitsklimas der Klinik als Ganzes. Hier werden die Patienten, die zu starkem Agieren neigen, von der Gruppe gesehen und in den therapeutischen Prozess zurückgeführt. Auch die phobischen und stark beziehungsgestörten Patienten werden von der Großgruppe in der therapeutischen Gemeinschaft gehalten.

Klärung über den Verlauf der Gruppe, über die Interventionsstrategien und die Betrachtung der Einzelpatienten erfolgt über eine anschließende Therapeutensitzung mit der Vorgabe, dass jedes Teammitglied aus seiner persönlichen Sicht ein Statement über seine Eindrücke und Fantasien äußert, ohne dass diese diskutiert werden. Jeder Beitrag wird als Puzzleteil verstanden, das erst in seiner Gesamtheit ein vollständiges, momentanes Bild über die Großgruppe bzw. die therapeutische Atmosphäre der Klinik ergibt.

Bei der Behandlungsdauer, die sich innerhalb eines variablen Zeitkorridors von in der Regel 42–70 Tagen eingependelt hat, wird bei Patienten, die in diesem Zeitraum das Behandlungsziel nicht erreicht haben, eine spätere Wiederaufnahme als Intervallbehandlung in Aussicht gestellt.

Das hat den Sinn, bei anhaltendem Therapiestillstand, z. B. durch starke Fixierungen und Entwicklungsblockierungen, den Patienten nur soweit zu behandeln, wie er bzw. seine Abwehrmechanismen es aktuell zulassen können. Nach einer Behandlungspause von 6–12 Monaten und dem Fortwirken der hier eingeleiteten Therapie erleben wir es häufig, dass der Patient beim nächsten Intervall effektiv und relativ rasch in einen vertieften Behandlungsprozess einsteigen kann. Wir vermuten, dass das gewonnene Vertrauen in unsere Institution und unser Team (was über Jahre hin in seiner personellen Zusammensetzung stabil ist) und die Tragfähigkeit der therapeutischen Gemeinschaft sowie die spontan entstandenen poststationären Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfefreundschaften, die autonome therapeutische Weiterentwicklung auch nach der stationären Phase gefördert haben.

11.4.2 Therapieplan und Therapieablauf

Der individuelle Therapieplan richtet sich nach dem Ergebnis einer am Tag der Aufnahme durchgeführten psychodiagnostisch-neurologischen, psychometrischen und allgemeinmedizinischen Untersuchung und nach dem aktuellen Krankheitsbild; ferner nach den Erkenntnissen aus der biografischen Anamnese, dem psychodynamischen Befund und nach der psychischen Belastbarkeit des Patienten.

In der ersten Behandlungswoche wird jeder Patient in der Teamdiagnostik gesehen. Das bedeutet, dass der Patient vom leitenden Arzt in der Teamgruppe (Ärzte, Psychologen, Kotherapeuten und Pflegekräfte) exploriert wird. Die gemeinsame Sicht komplettiert die vorangegangene Diagnostik und die Statements aus der Gruppe helfen dem Bezugstherapeuten bei der Planung seiner technischen Interventionsstrategien.

Die Behandlungsdauer ist nicht festgelegt und gliedert sich idealerweise in eine ca. 2-wöchige Vorbereitungsphase und eine ca. 5-wöchige Intensivbehandlung. Abgeschlossen wird die Therapie mit einer kurzen Übergangsphase, in der die Patienten auf die Rückkehr in ihr gewohntes oder auch neues soziales Umfeld und auf eine nachstationäre, ambulante Behandlung vorbereitet werden. Bei Bedarf finden auch familientherapeutische Interventionen in Absprache mit dem Indexpatienten statt.

11.4.3 Verlauf des diagnostisch-therapeutischen Prozesses

Am 1. und 2.Tag. Psychodiagnostische Aufnahmeuntersuchung; Erhebung der biografischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten; Erhebung der beschwerdebildorientierten Grundlagen für die Suggestionstherapie (Negativ-Positiv-Erhebung); internistisch-neurologische Untersuchung.

Ab der 1. Woche. Information über Organisationsabläufe und therapeutische Hausordnung; Ausarbeitung des Therapieplanes und Einführung in das therapeutische Setting; Atemtherapie bis 3-mal täglich je 30 min, autogenes Training täglich 45 min; Suggestionshypnose täglich 60 min; Trance-Training 2-mal wöchentlich 90 min; hypnotherapeutische Atem- und Musiktherapie nach Stanislav Grof 1-mal wöchentlich **150 min (bei Bedarf als Einzeltherapie 90 min)**; Körper- und Selbstwahrnehmung nach Feldenkrais 1-mal wöchentlich 90 min; Tanz- und Ausdruckstherapie 1-mal wöchentlich 90 min; kreative Gestaltungstherapie einschließlich Wurzelarbeit 1-mal wöchentlich 90 min.

Ab der 2. Woche. Tiefenpsychologisch orientierte Einzelgespräche 2-mal wöchentlich **50 min**; tiefenpsychologisch orientierte Gruppenpsychotherapie 1-mal wöchentlich 90 min; Erstellung eines umfassenden differenzierten Lebenslaufes innerhalb einer Woche als Grundlage der individuellen Selbstanalyse; Gruppenvisite zusammen mit anderen Teammitgliedern (leitende Ärzte, Pflegepersonal und therapeutische Mitarbeiter) 1-mal wöchentlich 90 min.

Ab der 3. Woche. Phase der Intensivtherapie, »Hypnoanalysen« mindestens 1-mal pro Woche, wobei die Frequenz von der individuellen Belastbarkeit des Patienten abhängig ist; Dauer ca. 120–180 min (Fromm 1984a; Wolberg 1948); Erstellung eines Patienten-Gedächtnisprotokolls über die therapeutische Arbeit im Hinblick auf das kognitiv Erfahrene und emotional Erlebte; Auseinandersetzung mit abgewehrten Erlebnisinhalten mittels einer speziell strukturierten Niederschrift nach den Tonbandaufzeichnungen der Analysesitzungen; Durcharbeiten der gewonnenen Einsichten; Umorientierung; Umerziehung und Weiterentwicklung des Patienten mittels umwandelnder Verinnerlichung und suggestiver Förderung von Einsichten (von uns Bilanzbesprechung genannt). Miteinbezogen ist die Analyse der hypnotischen Übertragung zur Auflösung der therapeutischen Abhängigkeitsbeziehung und zur Stärkung der Ich-Fähigkeiten.

Fazit

Das hier beschriebene und praktizierte hypnoanalytische Behandlungskonzept basiert auf dem Zusammenwirken der aktuellen psychoanalytischen Theorie (Ich-Psychologie ergänzt durch Objektbeziehungstheorie, Kernberg) mit ihrer weiterentwickelten Behandlungstechnik sowie speziellen Behandlungstechniken der Hypnose. Die Verschmelzung beider Verfahren hat einen synergistischen Effekt und multipliziert deren Wirksamkeit.

Viele Analytiker sahen lange Zeit in der Hypnose vor allem ein Verfahren, Symptome wegzusuggerieren ohne Rücksicht auf deren intrapsychische Bedeutung, also den Inbegriff einer zudeckenden Methode. Den Hypnotherapeuten andererseits erschien die Psychoanalyse als ein höchst aufwendiges Verfahren, biografische Ursachenforschung ohne Veränderungswirksamkeit zu betreiben.

Die klischeehafte Vorstellung, die Psychoanalyse erschöpfe sich in Deutungen und die Hypnotherapie in Suggestionen, war und ist wohl immer noch beiderseits weit verbreitet.

Unser Behandlungsverfahren wird zugunsten einer intensiveren und umfassenderen Behandlung um Erfahrungen aus stationären, psychoanalytisch orientierten Kliniken ergänzt.

Dabei geht es erstens um Supervisions- und Fallkonferenzen zur Beachtung und Erfassung der Übertragungsentwicklung zwischen Patient und Behandler sowie dem Team und der gesamten Einrichtung; zweitens um die Hinzunahme von nichtärztlichen Therapiebausteinen, die wesentlich zur Intensivierung des hypnoanalytischen Prozesses beitragen, und die in den psychotherapeutischen Behandlungsrahmen integriert werden. Drittens bekommen die Pflegekräfte therapeutisch bedeutsame Aufgaben zugewiesen, die in den Fallkonferenzen (Balintgruppen) ausgearbeitet werden; das bedeutet eine kontinuierliche Fortbildung des Pflegepersonals.

Zusammenfassend wird die Hypnoanalyse in ihrer Technik auf dem Hintergrund der Objektbeziehungstheorie strukturiert. Sie wird als zentrales therapeutisches Instrument einer multimodalen und multimethodalen stationären Krankenhausbehandlung vorgestellt. Die Kombination einer intensiven therapeutischen Einzelarbeit in Trance mit trancegestützten therapeutischen Vorarbeiten zur Öffnung innerer Räume ermöglicht die Behandlung eines weiten psychiatrisch-psychotherapeutischen Spektrums einschließlich früher Störungen.

12

Humor und Hypnotherapie

Peter Hain

12.1 Anwendung – 164

12.2 Zielsetzung – 164

12.3 Grundhaltung und Beziehung – 164

12.4 Humor und Trance – 164

12.5 Humor als hypnotherapeutische Interventionsmöglichkeit – 165

12.6 Humor in Trance – 165

12.7 Integration und persönlicher Stil – 165

Bereits in den 1920er-Jahren wurde der Humor aus psychotherapeutischer Perspektive von Freud als die »siegreich behauptete Unverletzlichkeit des Ich« (Freud 1927, S. 278) diskutiert und von Adler (1927, 1933) als eine, die Therapie fördernde Grundhaltung gewürdigt (vgl. auch Bernhardt 1985). Frankl (1959), der eigentliche Pionier des therapeutischen Humors, maß seiner Anwendung deshalb so große Bedeutung bei, weil sich der relevante Einstellungswandel, auf den die von ihm entwickelte paradoxe Intention abzielt, gerade in der Humorreaktion anbahnt:

> Nichts läßt den Patienten von sich selbst so sehr distanzieren, wie der Humor. Der Humor würde verdienen, ein Existential genannt zu werden. Nicht anders, als die Sorge (M. Heidegger) und die Liebe (L. Binswanger) (Frankl 1959, S. 164).

In den 1960er-Jahren rückte Farrelly (Farrelly u. Brandsma 1985) seinerseits den Humor ins Zentrum der provokativen Therapie und zeigte, wie viel mehr an therapeutischer Herausforderung für Patienten möglich sein kann, wenn es humorvoll geschieht. Aber auch wichtige Vertreter und Pioniere anderer Therapierichtungen, wie z. B. Berne, Ellis, Beck, Lazarus, Madanes oder Watzlawick, um nur einige zu nennen, hielten Humor bedeutsam für ihre therapeutische Arbeit.

Während der letzten 15 Jahre haben sich die Veröffentlichungen zur wissenschaftlichen Erforschung und zur therapeutischen Anwendung von Lachen und Humor vervielfacht; in der englischsprachigen Fachliteratur finden sich Arbeiten, die u. a. nachweisen, dass Humor das Immunsystem beeinflussen, dass Lachen Schmerz reduzieren, Stressabbau und Stressresistenz, Durchblutung und Verdauung fördern oder helfen kann, den Blutdruck zu senken (Berk 1989, 1996; McGhee 1991, 1996; Rubinstein 1985). Eine Übersichtsarbeit von Martin (2001) zeigt den Stand der Forschung zum Thema »Humor, Laughter and Physical Health«. Die psychologischen Grundlagen des Humors finden sich im Standardwerk »The Sense of Humor – Explorations of a Personality Characteristic« (Ruch 1998, vgl. auch Ruch 2004). Aus der Perspektive der positiven Psychologie steht der Humor unter den 24 Hauptstärken des Menschen an 7. Stelle (Peterson u. Seligmann 2004) und ist ein bedeutender, linearer Indikator für die Lebenszufriedenheit.

Auch im deutschen Sprachraum werden Lachen und Humor von der Fachwelt mehr und mehr ernst genommen, was auch durch 10 wissenschaftliche Kongresse von 1996–2006 (Arosa, Basel, Stuttgart und Zurzach) zum Thema Humor in der Pflege, Beratung, Therapie und Medizin zum Ausdruck kommt. Es finden sich bereits ab 1985 interessante Übersichtsarbeiten. So geben z. B. Bernhardt (1985), wie auch Titze u. Eschenröder (1998) einen Überblick über die theoretischen Grundlagen, die philosophischen Wurzeln, die physiologische und die psychotherapeutische Wirksamkeit des Lachens und des Humors und untersuchen, welcher Stellenwert dem Humor innerhalb der bekanntesten Richtungen der Psychotherapie zukommt. Bei Ruch (1993, 1995) finden sich wegweisende Arbeiten zur psychologischen Grundlagenforschung im Bereich Erheiterung, Lachen und Humor, wie auch eigene Forschungsberichte.

Aus familientherapeutischer Sicht beschreibt Heekerens (1992) den Stand der empirischen Arbeiten zum Thema Humor in der Psychotherapie und zeigt das konstruktivistische Potenzial des Humors.

Im ersten deutschsprachigen »Wörterbuch der Psychotherapie« wird Humor folgerichtig als therapeutischer Fachbegriff aufgeführt (Hain 2000).

Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung beschreibt der Autor Humor als einen Wirkfaktor in der Psychotherapie (Hain 2001), der Schulen übergreifend gleichermaßen bedeutsam ist für die Gestaltung und Festigung der therapeutischen Beziehung wie auch für gezielte therapeutische Interventionen und Strategien und darüber hinaus als individuell entwickelbare »coping strategy« und Burn-out-Prophylaxe.

Und die Hypnose? Sie präsentiert sich, zumindest in ihren Veröffentlichungen, geradezu humorlos. Zwar werden ihre Vertreter selbst wegen ihrer humorvollen Art gerühmt. So betont z. B. Zeig ausdrücklich die wichtige Rolle, die der Humor in Milton Ericksons Leben spielte:

> Erickson pflegte seine Liebe zum Humor sogar noch auf dem Sterbebett (Zeig 1982, S. 457; Übersetzung des Autors).

Und auch zahlreiche Fallbeispiele Ericksons lassen viel Sinn für Humor erkennen (O'Hanlon 1994); dennoch hat es immer noch Seltenheitswert, wenn der Begriff Humor im Stichwortverzeichnis entsprechender Bücher zu finden ist.

12.1 Anwendung

Während die Lachforschung (bei einigen Autoren auch Gelotologie genannt) – inspiriert durch die vor etwa 30 Jahren aufsehenerregende Selbstheilung des Norman Cousins (1996) – inzwischen physiologisch messbare und eindeutige Ergebnisse vorweisen kann und der Humor in der positiven Psychologie einen wichtigen Stellenwert einnimmt, wurde ihm in der Psychotherapie lange mit großer Skepsis oder gar Ablehnung begegnet (Heekerens 1992). Lachen ist also gesund, aber der Humor? Humor ist nicht eindeutig konstruktiv und heilsam (Titze u. Eschenröder 1998), solange er als Sammelbegriff für jegliche Art der Erheiterung und Belustigung verwendet wird. So verstandener »Humor« kann sich auch in Sarkasmus oder Zynismus verwandeln und als demütigend und beschämend erlebt werden. Auf »lustige Art« vom Therapeuten ausgelacht, degradiert oder ausgegrenzt zu werden, ist keine Wachstum fördernde Perspektive. Dieser »Humor« kann zur (therapeutischen) Keule werden, wenn die **wichtigsten Grundbedingungen** nicht erfüllt sind:

12.2 Zielsetzung

Bei der therapeutischen Anwendung geht es nicht darum, Patienten mit Witzen und flapsigen Sprüchen zu unterhalten (am allerwenigsten in Trance, denn hier ist die Gefahr des Missverstehens am größten), sondern gemeinsam das psychologische Potenzial des Humors zu entwickeln und für Patienten und Therapeuten nutzbar zu machen.

Therapeutisch wirksamer Humor ist weniger eine »nette« Eigenschaft oder lustig-listige Intervention, sondern vielmehr eine kreative Möglichkeit, in kurzer Zeit Zugang zu Ressourcen und neuen Perspektiven zu finden. So kann bereits der Hinweis, dass man bei einer Übelkeitsattacke mit Erbrechen in einem Einkaufszentrum – eine »großzügige« Betrachtungsweise vorausgesetzt – stets selbst am sichersten Ort stünde, für Patienten mit einer Sozialphobie durchaus zu neuen Perspektiven und zur »Erkenntnis« führen, dass dann die anderen eigentlich Grund zur Angst hätten (Fallbeispiele s. Hain 1993, 1996).

12.3 Grundhaltung und Beziehung

Die Fähigkeit Humor lässt sich fördern, aber nicht fordern! Die von Rogers (1973) postulierten Therapeutenvariablen Empathie, Echtheit und Wertschätzung sind für die therapeutische Arbeit mit Humor geradezu unabdingbar.

Nur eine wohlwollend gewährende und auf Kooperation basierende Grundhaltung, wie sie auch von Gilligan (1991) für die hypnotherapeutische Arbeit beschrieben wurde, erlaubt es, im gemeinsamen Prozess konstruktiv humorvolle Bilder und Phantasien zu entwickeln. Entscheidend ist schließlich die konstruktive Qualität des Humors, denn viele Patienten sind durchaus selbst in der Lage, sich auf witzige Art abzuwerten oder zu verletzen.

12.4 Humor und Trance

Die Arbeit mit Humor induziert bei Patienten oft einen leichten Trancezustand, da innere Suchprozesse initiiert und provoziert werden. Es ist dabei sehr wichtig, sich von den Reaktionen und Hinweisreizen der Patienten leiten zu lassen, die kurzen, sich spontan wiederholenden Trancezustände zu erkennen und sie für Suggestionen zu nützen (Loriedo 1995), wie z. B. in der Konfusionstechnik (Erickson 1964/1995a,b).

Humorvolle Phantasien und Perspektiven, die auch in die Arbeit mit Kindern gut integriert werden können (Hain 1993), entfalten gerade aufgrund dieses leichten Trancezustandes eine nachhaltige therapeutische Wirkung (Fallbeispiel s. Hain 1996). Eine intensive Humorreaktion (Lachen) stellt darüber hinaus einen sehr wirkungsvollen (kinästhetischen) Anker neuer Perspektiven (visuell) und Suggestionen (auditiv) dar. Humorvolle Interventi-

onen eignen sich auch bestens zur Vor- und Nachbereitung von Tranceinduktionen.

Fallbeispiel

Eine 40-jährige Patientin mit multiplen, wechselnden Angstzuständen und Panikreaktionen seit ihrer Kindheit war u. a. davon überzeugt, dass jedes Flugzeug, das sie besteigen würde, aufgrund eines terroristischen Attentats abstürzt. Aus dieser »Verantwortung« heraus war es nur konsequent, ein Flugblatt zu entwerfen, um die anderen 300 Passagiere zu informieren und zu warnen. Diese ausführlich visualisierte, kreative Vorarbeit ermöglichte dann eine intensive und erfolgreiche »Flugsimulation« in Trance und eine reale Flugreise zwei Wochen später.

12.5 Humor als hypnotherapeutische Interventionsmöglichkeit

Überraschende humorvolle Interventionen können Konfusion erzeugen und so eingefahrene Denk- und Verhaltensmuster unterbrechen.

Die wohlwollend humorvolle Komponente erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention zugelassen und als hilfreich erlebt werden kann. Auch Metaphern können mit humorvollem Inhalt größere Neugierde beim Zuhörer erwecken und u. U. eine intensivere Wirkung erzielen, da sie durch das Lachen intensiver erlebt und so besser erinnert werden. darüber hinaus entfalten Metaphern ebenso wie gemeinsam entwickelte Perspektiven ihre Wirkung oft erst durch eine humorvolle Umdeutung. Als Dissoziationstechnik stellt der Humor eine wertvolle Ergänzung für hypnotherapeutisches Arbeiten dar. Wie schon Frankl (1959) betonte, schaffen humorvolle Bilder und Phantasien Distanz zum Problem und ermöglichen so den Zugang zu neuen Ressourcen und Veränderungsmöglichkeiten.

12.6 Humor in Trance

Trance und Humor entfalten ihre konstruktiv-therapeutische Wirkung unter durchaus vergleichbaren Voraussetzungen (Beziehungsangebot, Grundhaltung, Zielsetzung, Rahmenbedingungen etc.). Sie können sich im Nacheinander ergänzen und bereichern (z. B. humorvolle Übertreibungen während der Vorbereitung einer tieferen Trancesequenz), was den hypnotherapeutischen Handlungsspielraum insgesamt erweitert. In vielen Situationen kann auch das eine als gute Alternative für das andere dienen. Bei gegebener Indikation (z. B. Phobien oder Angstzustände ohne zugrundeliegende Traumatisierung) kann Humor nach vorheriger Absprache mit dem Patienten zu Beginn einer Trance als Ressource (»humor place« analog zum »safe place«) induziert oder später als Humorreaktion angeboten werden (»Vielleicht gibt es da etwas, das Sie schmunzeln lässt?«).

Da Erleben, Verstehen und Entwickeln von Humor je nach Situation und Inhalt ein gewisses Abstraktionsvermögen und das Erkennen von Mehrdeutigkeiten, Inkongruenzen oder Übertreibungen voraussetzen, bilden tiefere Trancezustände und Regressionen natürliche Grenzen.

12.7 Integration und persönlicher Stil

Therapeutische Arbeit mit Humor setzt die Bereitschaft aufseiten des Therapeuten voraus, auch die eigene Rolle und Position aus humorvoll wohlwollender Distanz zu beleuchten und z. B. in Gegenwart der Patienten relativieren zu können. Humorvolle Äußerungen wirken nur dann glaubhaft, wenn sie den eigenen therapeutischen Stil (v. a. nonverbal) ergänzen und nicht sabotieren. Eine transparente Inkongruenz zwischen verbalen Äußerungen und nonverbaler Empathie erweitert die therapeutische Handlungsfreiheit, ohne die Variablen Echtheit und Wertschätzung zu unterlaufen oder die Kooperation zu gefährden. In der provokativen Therapie nach Farrelly wird gerade diese Inkongruenz konsequent genützt, um auch Patienten mit schwerer Symptomatik aus ihrer Problemhaltung herauszubefördern (Höfner u. Schachtner 1995). Durch diese Art der Kennzeichnung wird es möglich, die Rolle des Clowns, des Hofnarren oder Advocatus Diaboli (Wippich 1996) ohne Einbuße an natürlicher Autorität oder Respekt mit dem eigenen Stil zu integrieren. Ist dies aus Gründen des Arbeitsfelds, des therapeutischen Ansatzes oder des persönlichen Stils nicht möglich, wie z. B. in Kliniken

oder auch bei manchen psychotherapeutischen Ansätzen (Titze 1995), die dem Humor eine spezielle Funktion zuweisen, so kann die »Humorrolle« z. B. durch den Einsatz von Klinik Clowns personell klar abgegrenzt werden, um etwa die Autorität des Arztes oder Therapeuten nicht in Frage zu stellen. In Therapien mit Kindern kann dies auch in verschiedenen Formen von Rollenspielen oder mittels Handpuppen geschehen.

Fazit

Die Erfahrung zeigt, dass Humor weder eine Eigenschaft ist, die man »besitzen« kann, noch eine therapeutische Technik, die man »anwendet«. Humor ist vielmehr eine empathische Haltung und Fähigkeit, die täglich von Neuem entwickelt und ernsthaft gepflegt werden muss. Eine Fähigkeit, die nicht nur die therapeutische Arbeit bereichert, sondern als »coping strategy« mehr und mehr zum therapeutischen Ziel avanciert.

Induktionen

13 **Ideomotorische Hypnoserituale – 169**
Burkhard Peter

14 **Direkte Induktionen – 181**
Günter Hole

15 **Vorbereitungs-, Induktions- und Aufhebungsverfahren – 192**
Vladimir A. Gheorghiu

16 **Indirekte Induktion und Kommunikation – 203**
Dirk Revenstorf, Ulrich Freund

17 **Vertiefung der Trance – 216**
Wilhelm Gerl

Ideomotorische Hypnoserituale

Burkhard Peter

13.1 Fixationstechnik: Lidschluss und Augenkatalepsie – 170

13.2 Treppenmetapher: Einführung des »Unbewussten« – 172

13.3 Alternativen: Aufzugmetapher und Zählen – 172

13.4 Armlevitation – 173

13.5 Ideomotorisches Signalisieren – 175

13.6 Ideomotorik und Armtest der Kinesiologie – 176

13.7 Zurücknehmen – 177

13.8 Diskussion – 177

13.8.1 Vorteile motorisch-kinästhetischer Rituale – 177

13.8.2 Nachteile motorisch-kinästhetischer Rituale – 178

13.8.3 Notfallmaßnahmen: wenn die hypnotische Armlevitation zum Symptom wird – 178

13.9 Theorie und empirische Befunde – 179

Durch Hypnose soll der Patient zur Konstruktion einer »alternativen Wirklichkeit« (Peter 2001a) bzw. eines »neuen Erfahrungsraumes« (Bongartz u. Bongartz 2000) angeleitet werden. Dafür muss er zunächst von seiner allgemeinen Realitätsorientierung Abstand nehmen. Hierzu dienen klassische Hypnoserituale, denn sie erzeugen einen Zustand von **motorischer Restriktion** und **sensorischer Deprivation** als Voraussetzung für diese temporäre Lockerung der Realitätsorientierung, also der Abwendung von der konkreten äußeren und Hinwendung zu einer inneren Wirklichkeit. Motorische Restriktion und sensorische Deprivation sind Voraussetzung für klassisches Konditionieren (Kraiker 1987, S. 9). Die klassischen Hypnoserituale **Lidschluss, Augenkatalepsie, Armlevitation und ideomotorische Bewegungen** führen zu einem psychophysiologischen Zustand, der für klassisches Rekonditionieren neurotischer und psychosomatischer Reaktionen prädestiniert.

Gerade die motorisch-kinästhetischen Phänomene, wie z. B. Augenfixation oder Armlevitation, erzeugen einen erhöhten Tonus der Muskulatur, der sich als Katalepsie (oder Parese) äußert und häufig längere Zeit, manchmal eine ganze Therapiestunde lang anhält. Dies entspricht dem Prinzip der **motorischen Restriktion**. Ein erhöhter Muskeltonus führt zu einer signifikant veränderten Propriozeption und zu einer Veränderung des Körperschemas bzw. der körperbezogenen Wirklichkeit (Parästhesie oder Anästhesie). Dies bewirkt **Deprivation** hinsichtlich der kinästhetischen Modalität. Durch den Lidschluss kommt es zu einer zusätzlichen Deprivation in Bezug auf die visuelle Modalität; das kann manchmal so ausgeprägt sein, dass nur noch die auditive Modalität übrig bleibt und deshalb nur noch die Stimme des Hypnotherapeuten wahrgenommen wird.

Man könnte den Patienten nun einfach bitten, die Augen zu schließen und eine halbe Stunde oder länger unbeweglich sitzen zu bleiben, und es spricht grundsätzlich nichts dagegen, wenn der Patient fähig ist, dieser Bitte zu entsprechen. Niemand würde das aber als Hypnoseritual empfinden.

Hypnoserituale haben die Aufgabe, dem Patienten den Übergang vom willkürlichen zum unwillkürlichen Funktionsmodus zu erleichtern; er soll dabei seinen alltäglichen Bewusstseinszustand in den Hintergrund stellen und zumindest für die Dauer der Trance seinen unbewussten Ressourcen erlauben, die Kontrolle zu übernehmen.

Also sollte man gleich zu Beginn einer Tranceinduktion zur Herstellung des Zustandes motorischer Restriktion und sensorischer Deprivation explizite Hypnoserituale benützen. Dafür spricht auch der ökonomische Aspekt, denn mit klassischen Hypnoseritualen gelingt die Induktion einer Trance in relativ kurzer Zeit (zumindest bei den Hochsuggestiblen und bei einem großen Teil der Mittelsuggestiblen, also bei mindestens zwei Dritteln aller Patienten; für den Rest kann bzw. muss man ohnehin andere Techniken anwenden).

13.1 Fixationstechnik: Lidschluss und Augenkatalepsie

Mithilfe der **Fixationstechnik** sollen die hypnotischen Phänomene **Lidschluss** und evtl. auch **Augenkatalepsie** hervorgerufen werden. Sie ist ein klassisches Ritual, das schon in vorchristlicher Zeit im sog. Papyrus Eber geschildert wird. Der schottische Arzt James Braid (1843) benutzte dieses Induktionsverfahren, weil er glaubte, durch Fixation werde ein »neurologischer Schlaf« (»Neurypnology«) ausgelöst.

Der Patient soll auf die Instruktion des Hypnotherapeuten hin einen bestimmten Punkt so lange fixieren – *»Suchen Sie sich einen Punkt, auf dem Sie Ihre Augen ruhen lassen können, einen fixen Ruhepunkt für Ihre Augen«* –, bis folgende physiologischen Phänomene auftreten, die dann verbal verstärkt werden.

Wegen des »nachschwingenden« Scharfstellmechanismus der Augen kommt es bald zu unscharfem Sehen, manchmal zu einem sog. Tunnelblick oder auch zu einer »Farb-Aura« um den Fixationsgegenstand herum, was verbal rückgemeldet wird, etwa mit:

»Die Wahrnehmung beginnt sich zu verändern, Farben und Formen fangen an, sich mehr und mehr zu verändern.«

Das Fixieren bewirkt meist ein unwillkürliches Unterdrücken des Blinkreflexes, was dazu führt, dass die Lider schwer und die Augen müde werden und sich über kurz oder lang unwillkürlich schließen. Die Rückmeldungen des Therapeuten – *»Ihre Augenlider werden schwer, immer schwerer … die Augen werden müde, immer müder … etc.«* – verstärken zunächst wiederum im Sinne eines Biofeedback die eintretenden Reaktionen und wirken im weiteren Verlauf als Suggestionen, d. h. sie bewirken dann die Reaktion.

Die »Instruktion« zum Fixieren fordert den Patienten also zunächst zu einer willkürlichen Handlung (der Fixierung) auf, welche bestimmte physiologische Auswirkungen hat, die automatisch zu unwillkürlichen Reaktionen führen; die verbale »Rückmeldung« erfolgt **nach** Eintreten der so induzierten Reaktion und verstärkt diese; zu einer »Suggestion« wird die Rückmeldung dann, wenn sie irgendwann der gewünschten unwillkürlichen Reaktion **vorausgeht** und deren Eintreten bewirkt. Die geschickte Kombination von Instruktion, Rückmeldung und Suggestion entspricht dem Prinzip von »pacing and leading« und erleichtert das Auftreten des Phänomens.

In der Regel stellt sich früher oder später ein ausgeglichener Muskeltonus ein, eine ruhige, gespannte Aufmerksamkeit, ein nach innen gerichteter Fokus der Wahrnehmung und eine erhöhte Achtsamkeit den Worten des Therapeuten gegenüber – alles Zeichen einer leichten Trance, die sinnvollerweise etwa wie folgt kommentiert werden kann:

»Und sobald (wenn bzw. weil) sich Ihre äußeren Augen nun geschlossen haben, können sich Ihre inneren Augen öffnen, und Sie können beginnen, mit Ihren inneren Augen die Dinge zu sehen, die sich Ihnen nun zeigen. Manche können mit geschlossenen Augen aber auch besser auf die Stimme ihres Inneren, ihres Unbewussten hören, und wieder andere können mit geschlossenen Augen einfach achtsam sein auf das, was sie fühlen.«

Manche Hypnotiseure halten dem Patienten einen neutralen Fixationsgegenstand ca. 20 cm entfernt so vor die Augen, dass diese nach oben/innen konvergieren. Das verstärkt die eben geschilderten physiologischen Reaktionen. Es reicht aber, wenn der Patient selbst einen Punkt ca. 2 m vor sich auf dem Boden fixiert. Wichtig ist nur, dass diese Fixierung einige Minuten aufrecht erhalten werden kann, der Patient also nicht unruhig hin und her schaut oder die Konvergenz seiner Augen auflöst und ins Unendliche sieht; in solchen Fällen kommt es dann nicht zu den physiologischen Phänomenen der Schwere und Müdigkeit der Augen. Man sollte dann abbrechen und zu einem anderen Ritual übergehen. In keinem Fall sollte eine Art Machtkampf daraus werden.

Wenn sich die Augen nach 2–3 min nicht unwillkürlich schließen, aber einige der physiologischen Zeichen (wie z. B. Unbeweglichkeit oder klonisches Zucken der Lider, Feuchtigkeit in den Augen) sichtbar sind – wenn es möglicherweise einfach nur einer kleinen Hilfestellung bedarf –, dann kann man auf eine von Bernheim schon beschriebene Technik zurückgreifen, die an die »mesmerschen Passes« angelehnt ist; Voraussetzung ist allerdings ein vertrauensvoller und unkomplizierter Rapport, damit die Handlung nicht fehlinterpretiert wird: Im Abstand von ca 1–2 cm streicht man mit der Hand vor dem Gesicht des Patienten von oberhalb der Stirn nach unten bis zum Kinn. Fast alle Patienten folgen dann diesem nonverbalen Hinweis und schließen ihre Augen, ohne dass man sie dazu verbal ausdrücklich auffordern müsste.

Vorsicht: In keinem Fall sollte man warten, bis die Augen stark tränen, denn diese Notfallreaktion auf ein drohendes Austrocknen der Hornhaut würde als unangenehmes Brennen empfunden werden.

Manchmal können nach unwillkürlichem Lidschluss wegen der spontan eintretenden oder suggerierten **Augenkatalepsie** die Lider nicht mehr willkürlich geöffnet werden, was meist die Trance vertieft. Ein vertrauensvoller Rapport, eine passende Indikation und die richtige Attribution sind Voraussetzung, dass eine sich abzeichnende Augenkatalepsie durch »Challenge-Suggestionen« noch verstärkt wird, etwa:

»Ihre oberen Lider liegen nun auf den unteren und Ihre unteren Lider hängen (kleben) an den oberen. Vermutlich finden Sie allein schon den Gedanken zu schwer, die Augen öffnen zu sollen, ganz schwer …

ganz schwer die Augen … Versuchen Sie, sie ruhig zu öffnen, und spüren Sie, wie müde Ihre Augen sind, wie schwer die Lider … Versuchen Sie es ruhig, die Augen zu öffnen … die Augen ganz fest … versuchen Sie sie zu öffnen …«

Eine Indikation für eine solche Augenkatalepsie ist etwa dann gegeben, wenn man dem Patienten verdeutlichen will, dass zwischen unwillkürlichen bzw. unbewussten und willkürlichen bzw. bewussten Körpersystemen ein grundsätzlicher Unterschied besteht und dass er nicht versuchen (bzw. von seinen Versuchen ablassen) soll, bewusst und willkürlich auf unbewusste, unwillkürliche Prozesse Einfluss nehmen zu wollen. Das trifft z. B. auf manche Patienten mit sog. funktionellen Störungen zu, deren willkürliche Versuche, z. B. ihre Tachykardien oder erythrophoben Reaktionen unter Kontrolle zu bringen, meist dysfunktional sind.

Vorsicht: Die Fixationstechnik sollte nicht beim Tragen harter Kontaktlinsen angewandt werden, weil die Hornhaut dann leicht austrocknet und die Augen zu sehr zu tränen und schmerzen beginnen.
Die Fixationstechnik und erst recht die Augenkatalepsie sollten nicht bei Patienten angewandt werden, die dabei einen Kontrollverlust erleben oder auch nur befürchten.
Die suggerierte Augenkatalepsie sollte nicht bei solchen Patienten angewandt werden, die dies als Entkleidung ihres Willens oder aus anderen Gründen als ängstigend erleben.
In keinem Fall sollte dieses Ritual zu einem Wettkampf um den stärkeren Willen zwischen Therapeut und Patient verkommen.

13.2 Treppenmetapher: Einführung des »Unbewussten«

Im theoretischen Teil dieses Beitrags unten wird erklärt, dass – und warum – das Erleben hypnotischer Dissoziation bei der Armlevitation die Erfahrung der Fremdkontrolle beinhaltet. Weil das Gefühl der »Autorschaft« bzw. des »Verursachergefühls« (Spiegel u. Kosslyn 2004) über eine Handlung verloren geht, muss ein anderer »Autor« als verantwortlicher Verursacher für die Bewegung gefunden werden. Für den psychotherapeutischen Bereich – im Gegensatz zur Bühnenhypnose, in der nun angeblich die Macht des Hypnotiseurs demonstriert wird – bietet sich hier als passendes »therapeutisches Tertium« (Peter 2000a) die Metapher des »Unbewussten« an. Diese kann und sollte möglichst früh eingeführt werden, vielleicht schon nach dem Lidschluss, mithilfe der »Treppenmetapher«:

»Jetzt, wo Ihre äußeren Augen geschlossen sind, können sich Ihre inneren Augen öffnen, und Sie können eine Treppe sehen, die nach unten (nach oben) führt. Und Sie gehen nun auf dieser Treppe Stufe um Stufe immer tiefer und tiefer (weiter und weiter) und kommen dann mehr und mehr in Kontakt mit Ihrem Unbewussten. Sie merken vielleicht früher oder später, dass Ihr Unbewusstes Ihnen entgegen kommt, dass es Ihnen die Hand entgegenstreckt. Sie merken das vielleicht daran, dass Ihre rechte oder linke Hand beginnt sich zu verändern, vielleicht zunächst nur in dem einem oder anderen Finger; sie geht in einen Zustand steifer Leichtigkeit, wird immer leichter und leichter. Sie müssen sich nicht darum kümmern, es geschieht ganz von allein, gehen Sie einfach ruhig und sicher Stufe für Stufe die Treppe hinab (weiter und weiter), bis sie merken, Ihr Unbewusstes übernimmt nun mehr und mehr die Kontrolle.«

13.3 Alternativen: Aufzugmetapher und Zählen

Alternativ zur Metapher einer Treppe kann auch die eines Aufzugs verwendet werden. Entsprechend muss die Passage im Text oben abgewandelt werden, etwa:

»… können sich Ihre inneren Augen öffnen, und Sie können einen Aufzug sehen, in den Sie einsteigen und der sich von selbst in Bewegung setzt und Sie tiefer und tiefer (höher und höher) führt …«

Die Indikation für oder gegen Treppe bzw. Aufzug hängt von der Einschätzung ab, ob es hilfreich ist, dem Patienten am Anfang der Tranceinduktion noch einen gewissen Anteil von Eigenbeteili-

gung (Gehen auf der Treppe) zuzugestehen, oder ob er gleich zu Beginn in einen Zustand der Passivität und Rezeptivität (Fahren im Aufzug) eintreten kann.

Die Aufzugmetapher ist später im therapeutischen Prozess immer dann nützlich, wenn man den Patienten in eine bestimmte Zeit oder an einen Ort seines Lebens führen möchte, von denen man nicht die genauen raumzeitlichen Koordinaten kennt – z. B. in der Altersregression oder -progression:

»Sie steigen nun wieder in Ihren Aufzug und überlassen es Ihrem Unbewussten zu bestimmen, wohin es Sie führt und in welchem Stock sich die Türen wieder öffnen. Sie treten dann hinaus und befinden sich genau dort, wo …«

Viele »klassische« Hypnotherapeuten (und fast alle Hypnotiseure) zählen während der Induktionsprozedur, meist von 1 bis 10 (oder nur von 1 bis 3). Vermutlich ist das für viele Menschen ein Verstärkungsritual, dem sie leicht folgen können; in diesem Sinne dient Zählen der Vertiefung der Trance.

13.4 Armlevitation

Vorbedingung für die Armlevitation ist Katalepsie, d. h. eine Tonuserhöhung im Agonisten **und** Antagonisten; die äußeren Zeichen sind Folgende: Die Haut ist aufgrund der Vasokonstriktion blasser, sie ist gestrafft, Adern und Sehnen treten hervor, die ganze Hand ist eher in einer »Brücken«- als in einer »Pfötchen«-Stellung. Wenn diese Zeichen nach dem Lidschluss gut sichtbar sind, braucht man sie nur mehr verbal zu verstärken:

»Das Gefühl in Ihrer Hand verändert sich nun mehr und mehr. Sie geht über in einen Zustand leichter Steifigkeit, vielleicht spüren Sie es auch als steife Leichtigkeit, sie wird leichter und leichter und beginnt dann nach oben zu gehen, sie hebt sich ganz von allein, geht höher und höher.«

Manche Patienten, v. a., wenn sie gut in Muskelentspannung oder autogenem Training geübt sind, reagieren mit Tonusniedrigung statt -erhöhung und mit Vasodilatation anstatt mit Konstriktion. Wegen eines erniedrigten Muskeltonus ist dann keine Levitation möglich, man könnte nur mit einer »Entspannungshypnose« fortfahren.

Will man jedoch Armlevitation, z. B. für ideomotorisches Signalisieren, einsetzen, muss man dieses kinästhetische Muster des Patienten aktiv verändern und zunächst eine Katalepsie hervorrufen. Die einfachste und schnellste Möglichkeit dazu ist, das Handgelenk des Patienten mit Daumen und Zeigefinder zu ergreifen und einen leichten Zug nach oben auszuüben, nur so fest, dass sich die Haut über den beiden Gelenkknöchelchen, dem Ulnar- und Radiusköpfchen, nach oben schiebt; es soll nur ein leichter aber steter taktiler Hinweis für die Hand des Patienten sein, nach oben zu gehen. Verbal wird das Ganze mit entsprechenden Suggestionen hinsichtlich »leichter Steifigkeit und steifer Leichtigkeit« unterstützt. Nach einer Weile merkt man, dass Hand und Unterarm der taktilen Suggestion folgen, indem der Arm in winzig kleinen, ruckartigen Bewegungen folgt und nach oben geht. Wenn die Finger des Patienten dann die Unterlage – Oberschenkel oder Armlehne – verlassen haben, kann man mit den Fingern der anderen Hand unter einen oder zwei Finger der Hand des Patienten greifen und testen, wie weit die Katalepsie schon fortgeschritten ist. In dem Maße, wie die kataleptische Brücke der Hand von selbst hält, kann man dann das Handgelenk loslassen und kurze Zeit später ebenfalls die unterstützten Finger. Die Hand sollte dann aufgrund der erzeugten Katalepsie steif in der Luft stehen bleiben. (Diese Technik habe ich jahrzehntelang benutzt, ohne mir bewusst zu sein, dass ich sie bei unserem Aufenthalt 1978 in Phoenix en detail von Erickson abgeschaut habe. Mir wurde das erst vor einigen Jahren klar, als mir meine Frau Alida Iost-Peter ihre Übersetzung eines Erickson-Buches zu lesen gab, in dem diese Technik von Erickson selbst ausführlich beschrieben wird; Erickson u. Rossi 2004, S. 49ff.)

Als nächsten Schritt suggeriert man weiterhin taktil eine »flexibilitas cerea« (wächserne Biegsamkeit) – die Hand soll ja weiter nach oben gehen: Man ergreift wieder das Handgelenk, zieht leicht aufwärts und wartet, bis die Hand nach oben geht, dann lässt man los, drückt eventuell mit einem Finger von oben auf dem Handrücken nach unten und testet so die jeweils erreichte Katalepsie: Die Hand

des Patienten sollte diesem Druck widerstehen und elastisch zurück schwingen.

Vorsicht: Diese Technik der taktil eingeleiteten Armlevitation, die beinhaltet, den Patienten bzw. die Patientin zu berühren, ist dann ausdrücklich kontraindiziert, wenn nicht sichergestellt ist, dass Patient oder Patientin das nicht missverstehen, was insbesondere für einen männlichen Hypnotherapeuten mit einer weiblichen Patientin gilt, die sich allein im Therapieraum befinden.

Bis jetzt handelt es sich ausschließlich um **heterohypnotische** Bemühungen des Therapeuten **am** Patienten. In der Hypnotherapie sollte jedoch so früh wie möglich alles darauf ausgerichtet sein, die **autohypnotische Kompetenz des Patienten** selbst zu wecken und zu aktivieren. Das kann in pädagogisch sinnvoll auf einander aufbauenden Schritten geschehen:

Erster, ideomotorischer Schritt: Ideomotorik bezeichnet jene motorischen Bewegungen, welche nicht willkürlich, sondern über Vorstellungen und Ideen vermittelt werden (ideo oder eido, griech. = sehen; eidos = Sehen, Vorstellung, Idee). Das bekannteste Beispiel ist der sog. Pendelversuch (Chevreul 1854). Die Instruktion zur Erzeugung der Vorstellung einer Levitation kann etwa wie folgt lauten:

»Sie können Ihre Hand darin unterstützen, ganz leicht nach oben zu gehen, indem Sie sich vorstellen, sie hängt an einem Luftballon, der mit Helium gefüllt ist und sie einfach nach oben zieht … oder Sie spüren, wie unter Ihrer Hand ein Luftballon aufgeblasen wird, Ihre Hand liegt ganz leicht auf diesem Luftballon, der sich mehr und mehr mit Luft füllt und dadurch Ihre Hand höher und höher drückt.«

Eine weitere Vorstellung ist die der »Gedankenkurbel«, die sich dann anbietet, wenn der Patient seine Augen ohnehin schon auf die levitierende Hand gerichtet hat:

»Ja, lassen Sie Ihre Augen auf diesem Punkt der Hand ruhen und stellen Sie sich vor, Sie reichen mit Ihren Gedanken aus Ihrer Stirn heraus und knüpfen Ihre Gedanken genau dort fest, wo Ihre Augen ruhen. Und dann ist es ganz einfach: Sie ziehen mit Ihren Gedanken Ihre Hand hoch zu Ihrer Stirn, höher und höher, indem Sie einfach Ihre Gedanken wieder einziehen.«

Damit sind die Vorbedingungen für die Fixationstechnik gegeben; zudem konvergieren mit zunehmender Höhe der Levitation die Augen mehr und mehr, weshalb es sich anbietet, entsprechende Suggestionen zum Lidschluss anzuhängen:

»Je höher Ihre Hand kommt, umso müder werden Ihre Augen, umso schwerer Ihre Lider, bis Sie sie nicht mehr aufhalten können und sie schließen sich ganz von allein, während die Hand noch weiter nach oben geht, bis sie schließlich die Stirn berührt.«

Der ideomotorische Teil der Armlevitation erfordert eine gewisse eigene Beteiligung in Form von geistiger Konzentration auf die vorgestellte Idee. Wir möchten aber, dass der Patient lernt, die therapeutischen Prozesse möglichst ganz seinem »Unbewussten« zu überlassen und sich überhaupt nicht mehr einzumischen – was er bei der Ideomotorik in gewissem Ausmaß noch tut. Das kann dazu führen, dass das Erleben der Dissoziation vom Patienten nicht eindrucksvoll genug empfunden wird, als dass er den Eindruck haben könnte, er sei in Trance.

Vorsicht: Eine mehr oder weniger willentliche oder gar willkürliche Beteiligung des Patienten an der Armlevitation lässt sich u. U. daran erkennen, dass der ideomotorische Arm nach einer gewissen Zeit anfängt, schwer zu werden oder im Oberarm sogar wehtut. Ich vermute, das hat damit zu tun, dass die Levitation doch nicht vollkommen unwillkürlich ist, sondern eine gewisse willkürliche Anspannung beinhaltet, was bei hoher Compliance des Patienten nicht ungewöhnlich ist. Dennoch sollte man sofort zurücknehmen lassen, denn unangenehme Empfindungen sollen auf keinen Fall auftreten – auch und gerade wenn sie vermutlich auf hohe Compliance hindeuten.

Um das Erleben der Dissoziation zu ermöglichen, solle man nun idiomotorische Bewegungen fördern.

Zweiter, idiomotorischer Schritt: Den Übergang von der Ideo- zur **Idiomotorik** (idios = eigen), der vom Erleben völlig dissoziierten, selbstständigen Bewegung kann man etwa wie folgt einleiten – vorausgesetzt, an der anderen Hand haben sich inzwischen die Zeichen der Katalepsie (Brückenstellung, Blässe, Hautspannung, etc.) ausgebildet:

»Und nun achten Sie bitte darauf, wie gut das Ihre Hand kann. Aber: Was die eine Hand so gut kann, sollte man der anderen nicht verwehren. Diese andere Hand war die ganze Zeit sehr aufmerksam, sie hat gut zugehört, mitgedacht und mitempfunden und ist nun sicher bereit, das Gleiche zu tun, nämlich völlig selbstständig nach oben zu gehen, ganz von allein. Sie brauchen sich jetzt um diese andere Hand überhaupt nicht mehr zu kümmern, Sie überlassen es völlig Ihrem Unbewussten, sie Stück für Stück nach oben zu bringen, höher und höher … Sie merken, wie Ihr Unbewusstes mehr und mehr die Kontrolle übernimmt, wie es Ihre Hand mehr und mehr nach oben führt, sie geht höher und höher …«

Aus manchen Fallbeschreibungen Ericksons kann man entnehmen, dass er noch ausführlich die eingetretene **Trance ratifiziert**, d. h. getestet hat, z. B., indem er »Challenge-Suggestionen« benützte. Dabei handelt es sich um »herausfordernde« Behauptungen, welche die völlige Aufgabe der willkürlichen Kontrolle beweisen sollen, wie z. B.:

»Sie können jetzt Ihren Arm nicht mehr daran hindern, weiter nach oben zu gehen, denn es ist Ihr Unbewusstes, das sich ganz um ihn kümmert. Und in diesen Prozess sollten Sie nun nicht mehr willkürlich eingreifen. Ganz im Gegenteil, je mehr Sie das versuchen, umso höher wird er steigen, denn es ist allein Ihr Unbewusstes, welches die Regie über Ihren Arm übernommen hat, und das ist gut so …« oder »Sie können jetzt die Augen nicht mehr öffnen, denn Ihr Unbewusstes schützt Ihre inneren Bilder; versuchen Sie es ruhig, ganz fest die Augen zu öffnen, die Augen ganz fest versuchen zu öffnen …«

Notfallmaßnahme, wenn die Augenkatalepsie zum Symptom wird:
Für den sehr seltenen Fall, dass ein Patient beim Zurückkommen aus der Trance seine Augen nach einer Augenkatalepsiesuggestion nicht öffnen kann – trotz regelgerechter Anwendung der drei »A« (s. unten) – sollte man ihn bitten, die Augen ganz bewusst und willkürlich zusammenzukneifen und sie dann auf zu machen: *»Nun kneifen Sie Ihre Augen ganz fest zusammen, ganz fest zusammenkneifen … und dann: Augen auf!«*

13.5 Ideomotorisches Signalisieren

Ideomotorisches (oder besser »idiomotorisches«) Signalisieren ist ein hypnotisches Ritual, um mit dem »Unbewussten« Kontakt aufzunehmen und mit ihm zu »kommunizieren«. Es ist somit wesentliches Konstruktions- und Utilisationsprinzip für das therapeutische Tertium. Nicht nur Erickson (Erickson 1961/95) sondern auch Cheek und LeCron (Cheek 1959, 1960a,b, 1961; Cheek u. LeCron 1968; LeCron 1954, 1963) haben davon ausgiebig Gebrauch gemacht. Erickson u. Rossi (2004, S. 144ff.) haben sich historisch, theoretisch und technisch so ausführlich damit beschäftigt, dass hier nicht näher darauf eingegangen werden muss.

Das **Prinzip des ideomotorischen Signalisierens** ist Folgendes: Man stellt dem Unbewussten eine einfache Frage, die mit »Ja/Nein« bzw. mit »entweder/oder« beantwortet werden kann und gibt als Antwortoption vor, dass sich im einen Fall die eine Hand heben soll, im anderen Fall die andere, oder, wenn eine Hand schon levitiert ist, dass diese entweder noch höher oder tiefer geht, oder, wenn beide Hände etwa gleich hoch levitiert sind, dass sie sich entweder auseinander oder aufeinander zu bewegen werden – die Richtung ist gleichgültig, wichtig ist nur die eindeutige Festlegung der Antwortoption auf eine einfache Frage.

Vorsicht: Es gibt Menschen mit Schwierigkeiten im Unterscheiden zwischen rechts und links, was sich in Trance bei geschlossenen Augen noch potenzieren und dann zu Verwirrung bzw. zu verstärkter kognitiver Aktivität führen kann. Deshalb mag es manchmal sinnvoll sein, beim

Nennen der linken und rechten Hand diese jeweils kurz anzutippen.

Statt vorher eine Armlevitation zu induzieren, kann man den Patienten auch einfach bitten, seine Arme willkürlich im rechten Winkel parallel vor sich auszustrecken, sodass die Handflächen zu einander blicken. Für die Antwort »Ja« gehen dann beide Hände aufeinander zu, so als ob sie von einem Magneten unwiderstehlich angezogen würden; im Falle der Antwort »Nein« bewegen sich beide Hände auseinander.

Alternativ kann bei der Antwort »Ja« die eine Hand, im Falle der Antwort »Nein« die andere Hand unweigerlich nach unten sinken, ohne dass es dem Patienten möglich ist, sie daran zu hindern.

Statt Arm- oder Handlevitation kann man auch das »**Fingersignalisieren**« verwenden; das war die bevorzugte Technik von David Cheek (1988, 1994), der damit als Erster auf Operationstraumata unter ungenügender Vollnarkose hingewiesen hatte.

Nur der Vollständigkeit halber sei auch auf das »**ideosensorische Signalisieren**« hingewiesen; statt sichtbarer motorischer Bewegungen sind es hier Veränderungen in anderen Sinnesmodalitäten, die stärker oder schwächer werden sollen. Das bedarf aber eines sehr aufmerksamen und v. a. mitteilsamen Patienten, um die jeweilige »unbewusste« Antwort zu erfahren.

Vorsicht: Ideomotorisches Signalisieren ist kein Wahrheitsfindungsinstrument, es kann also grundsätzlich nicht dazu verwendet werden, um herauszufinden, ob in der Biografie eines Patienten etwas Bestimmtes so und nicht anders oder gar nicht geschehen ist. In der hypnotischen Situation lässt sich grundsätzlich nicht zwischen historischer und konstruierter Wirklichkeit unterscheiden (► Kap. 10 »Kontraindikationen«).

13.6 Ideomotorik und Armtest der Kinesiologie

In Seminaren wird manchmal gefragt, ob bzw. inwieweit das ideomotorische Signalisieren der Hypnose dem sog. Armtest der Kinesiologie ähnlich sei.

Ideomotorik bedeutet, dass sich nichtbewusste Gedanken und Ideen oder »unbewusstes« Wissen – auf der Ebene der impliziten, episodischen und prozeduralen Gedächtnissysteme – über unwillkürliche motorisch-kinästhetische Reaktionen äußern. Aufgrund des konstruktiven Charakters der Hypnose lässt sich nun aber grundsätzlich nicht entscheiden, ob es sich bei der Ideomotorik um ein Bottom-up- oder um ein Top-down-Phänomen handelt; ob also die jeweilige ideomotorische Reaktion etwas darüber preisgibt, was an unbewusstem Wissen oder in Form eines Körpergedächtnisses a priori vorhanden ist; oder ob sie vielmehr etwas darüber aussagt, was suggestiv ex posteriori hineingelegt und als hypnotische Wirklichkeit implantiert worden ist.

Dem würden »gläubige« Anhänger der Kinesiologie nicht zustimmen, wenn sie der Grundannahme des Begründers der »Applied Kinesiology« folgen und davon überzeugt sind, »dass die Sprache des Körpers niemals lügt … weil die Antwort des Körpers Irrtum ausschließt« (Goodheart, Begründer der Kinesiologie, zit. nach Gallo 1999, S. 85). Im kinesiologischen Arm- bzw. Muskeltest soll ein Patient seinen Arm waagrecht ausstrecken. Im Anschluss an eine Ja-/Nein-Frage an das Unbewusste bzw. an das Bewusstsein des Körpers versucht dann der Kinesiologe, den Arm nach unten zu drücken: Ist der Widerstand groß, so geht er von einer Bejahung aus; lässt sich der Arm hingegen leicht nach unten drücken, geht er von einer Verneinung der Frage aus.

Während bei der hypnotischen Ideomotorik der Therapeut also nur verbale Anweisungen gibt und die motorische Reaktion dem Patienten bzw. dessen »Unbewusstem« überlässt – und dann immer noch mit seiner klinischen Erfahrung die Brauchbarkeit des Ergebnisses im Therapieprozess beurteilen muss –, hat der Kinesiologe buchstäblich seine Hand im Spiel, indem er nämlich Druck ausübt, um die (der Theorie entsprechend a priori vorhandene oder nicht vorhandene) Armsteifheit zu prüfen und dadurch hypothesenkonform die entsprechende Aussage zu veri- oder falsifizieren.

Wir haben es hier also nicht mit einer einfachen, sondern mit einer doppelten Ideomotorik zu tun, der des Kinesiologen und der des Patienten – Beispiel einer sog. Ko-Konstruktion, die wegen der subjektiven Evidenz für den Patienten durch-

aus ihren Wert haben kann. Die so gewonnenen diagnostischen Erkenntnisse sagen objektiv aber wenig bis gar nichts aus. Ihr Wert ist damit genauso hoch wie der eines Medikamentes, dessen Wirksamkeit durch gemeinsames Auspendeln bestimmt worden ist.

Nun könnte es aber durchaus sein, dass die »Wahrheit des Körpers«-Hypothese der Kinesiologie (im Gegensatz zur konstruktivistischen der Hypnotherapie) zutrifft. Dies müsste allerdings erst nachgewiesen werden; solange sollte man aus Gründen der theoretischen Einfachheit (»Parsimonitätsprinzip«) die Suggestionshypothese anwenden bzw. jene Experimente zur Ideomotorik beherzigen, mit denen Chevreul schon 1854 nachwies, dass man mit Auspendeln und automatischem Schreiben nicht wirklich wahrsagen kann.

13.7 Zurücknehmen

Wenn im Induktionsritual die Treppen- oder Aufzugmetapher angewendet wurde, bietet es sich an, den Patienten auf ähnliche Art und Weise, d. h. auf der Treppe bzw. im Aufzug wieder zurückkommen zu lassen. Gleiches gilt für das Zählen, nun in umgekehrter Reihenfolge. Zu einer lege artis durchgeführten Hypnose gehört vor allem aber, dass sich der Hypnotherapeut von der ordentlichen Beendigung der Trance bei seinem Patienten überzeugt.

Die folgende **3-A-Standardinstruktion** ist aus dem autogenen Training bekannt und enthält die wesentlichen Elemente, um eine evtl. noch vorhandene Katalepsie zu lösen und vom unwillkürlichen wieder in den willkürlichen Modus zu gelangen (**A 1:** »*Arme fest!*«), um einen im Verlauf der Zeit in Trance abgesunkenen Kreislauf (Blutdruck und Pulsschlag bzw. Herzfrequenz) wieder zu erhöhen (**A 2:** »*Atem tief!*«) sowie die Wahrnehmung und Kognition wieder auf die äußere Wirklichkeit hin zu orientieren (**A 3:** »*Augen auf!*«). Bei manchen Patienten reicht es aus, diese 3 Phänomene deutlich beobachten zu können; andere sollte man verbal mehr oder weniger ausdrücklich unterstützen, wie z. B.:

»Drei: Strecken Sie Ihre Arme und Beine, ballen Sie die Hände zu Fäusten!«

»Zwei: Atmen Sie tief ein und aus, tief ein- und ausatmen!«

»Eins: Und nun öffnen Sie die Augen und fühlen sich frisch und erholt!«

Je nach Situation sollte man den Patienten auch ausdrücklich auffordern, nicht gleich ins Auto zu steigen, sondern noch eine Weile sich im Warte- oder einem sonstigen Zimmer aufzuhalten, draußen um den Block oder durch den Park oder in ein nahes Café zu gehen und dort »alles wirken zu lassen« o. Ä.

13.8 Diskussion

13.8.1 Vorteile motorisch-kinästhetischer Rituale

Die beschriebenen motorisch-kinästhetischen Rituale sind zur Induktion und Vertiefung einer hypnotischen Trance aus folgenden Gründen von großem Nutzen:

1. Weil sie zu den einfacheren hypnotischen Phänomenen gehören, können sie von ca. 90% der Patienten ausgeführt werden (Piesbergen u. Peter 2005, ▶ Kap. 9 »Suggestibilität«).
2. Sie erzeugen relativ schnell einen Zustand **motorischer Restriktion** und **sensorischer Deprivation** als Voraussetzung für die zeitweise Lockerung der Realitätsorientierung, die für Auftreten und Vertiefung eines Trancezustandes notwendig ist.
3. Sie erzeugen über das Erleben von Unwillkürlichkeit relativ schnell den Eindruck der »Fremdkontrolle« bzw. Dissoziation als Voraussetzung dafür, dass die eigene »Autorschaft« bzw. das Verursachergefühl für das hypnotische Geschehen aufgegeben und einem anderen Verursacher anvertraut werden kann – im Falle der Hypnotherapie gewöhnlich dem therapeutischen Tertium »Unbewusstes« – im Gegensatz zur Bühnenhypnose, wo der Hypnotiseur die Fremdkontrolle übernimmt.
4. Das Erleben von Unwillkürlichkeit, von Dissoziation oder von »Fremdkontrolle« (durch das eigene Unbewusste in der Hypnotherapie – oder durch den Hypnotiseur auf der Bühne) ist für viele Patienten offenbar das entscheidende

Kriterium, dass sie sich als hypnotisiert erleben.

13.8.2 Nachteile motorisch-kinästhetischer Rituale

Erlebte Fremdkontrolle bei hypnotisch induzierten, ideomotorischen Bewegungen ist die benigne Form von seltenen Störungen, die z. B. nach Läsionen in rechtsparietalen Regionen des Gehirns oder bei fokaler Epilepsie vorkommen können – man spricht dann von einem fremden oder »anarchischen« Glied (Marchetti u. Della Sala 1998). Solche Störungen kommen manchmal auch bei schizophrenen Krankheitsbildern vor und sie haben Ähnlichkeit mit Symptomen bei dissoziativen oder konversionsneurotischen Störungen; die in ▶ Kap. 3 angesprochene Ähnlichkeit hypnotischer Phänomene mit psychopathologischen Symptomen ist also auch hier evident. Entscheidend ist der Unterschied: Eine als unwillkürlich empfundene hypnotische Armlevitation, die als fremdkontrolliert erlebt wird, aber durch das eigene Unbewusste gesteuert, kann jederzeit wieder rückgängig gemacht werden. Das setzt voraus, dass Fremdkontrolle vom Patienten noch nicht als traumatisch erlebt worden ist (wie z. B. nach einer Vergewaltigung) und dass ein hinreichend gutes Vertrauensverhältnis zum Therapeuten besteht; insbesondere muss dieser aber in der Lage sein, mit evtl. auftretenden Notfällen kompetent umgehen zu können.

13.8.3 Notfallmaßnahmen: wenn die hypnotische Armlevitation zum Symptom wird

Fallbeispiel

Eine mir noch unbekannte Kollegin in einem Seminar, eine ausgewiesene kompetente Traumatherapeutin, verlor in einer Kleingruppenübung zur Armlevitation völlig die Kontrolle über ihren levitierten Arm. Sie meinte, sie finde nicht mehr den richtigen Schalter in ihrem Gehirn, um die Muskeln ihres Armes wieder willkürlich innervieren und diesen senken zu können; er stehe jetzt einfach mitten in der Luft und sei zu nichts mehr zu bewegen. Nachdem gutes Zureden von meiner Seite allein keinen Erfolg gebracht hatte, berührte ich vorsichtig ihre levitierte Hand, die sich in der Tat auch äußerlich völlig kalt und wie abgestorben anfühlte. Für diese Berührung hatte ich ausdrücklich die verbale Erlaubnis erhalten; auch alle weiteren Manipulationen kommentierte ich verbal und fragte jeweils, ob das in Ordnung sei. Als Erstes wollte ich die Katalepsie auflösen. Deshalb bewegte ich zuerst ihre Hand und ihren Arm in so kleinen Portionen nach oben, nach rechts und links (nicht nach unten!), wie es gerade noch möglich war. Es dauerte eine Weile, bis diese Bewegungen größer wurden und bis sie sie spüren konnte. Erst danach bat ich sie, auch meine Berührungen zu fühlen. Im Unterschied zur oben geschilderten taktil induzierten Armlevitation, bei der die Berührungen eher unregelmäßig, leicht und sehr punktuell an unüblichen Stellen der Hand stattfinden sollen, geschah die Berührung jetzt mit beiden Händen eher großflächig und fest. Ich wies sie darauf hin, dass sie diesen Druck und die Wärme meiner Hände spüren könne, und das gelang ihr sehr zögerlich aber zunehmend. Während der ganzen Zeit suggerierte ich ihr immer wieder, das »Bewusstsein ihres Körpers« würde nun mehr und mehr wieder die Kontrolle übernehmen in dem Maße, wie ihr Unbewusstes sie abgibt, sie müsse sich darum überhaupt nicht kümmern, sondern solle geduldig warten und ruhig zuschauen. So löste sich langsam die völlige Anästhesie auf und ging in eine Parästhesie über: Sie spürte meine Hände wie hinter einer dicken pelzigen Schicht, die langsam dünner wurde. Nun, mit größerem Spielraum der Bewegungen konnte ich ihre Hand auch ein wenig nach unten führen, stieß aber immer wieder an eine Sperre, an der ich innehielt und sie bat, verstärkt zu fühlen, was ich mit ihrer Hand tat. Irgendwann forderte ich sie auf, meiner Bewegung willkürlich Widerstand entgegen zu setzen. Dies gelang ihr nach und nach und dann konnte ich sie bitten, einfach loszulassen, damit ich ihren Arm nach unten führen könne. Danach ging es ganz schnell: Über die drei »A« zum Zurücknehmen der Trance (s. oben) gewann sie wieder völlig die willkürliche Kontrolle über ihren Arm.

Erst später im Seminar erfuhr ich, dass diese Kollegin als Jugendliche sexuell missbraucht worden war. Sie hatte das zwar gut aufgearbeitet und war eine sehr kompetente Therapeutin gerade für Traumapatientinnen geworden. Das hypnotische Phänomen der Armlevitation hat sie jedoch spontan wieder in jene dissoziativen Zustände versetzt, welche sie damals zu ihrem Schutz entwickelt hatte.

13.9 Theorie und empirische Befunde

Die erlebte Leichtigkeit der Levitation lässt sich möglicherweise physiologisch dadurch erklären, dass die Bewegung des Armes nach oben durch die jeweilige Entspannung des Antagonisten zustande kommt. Der durch die Katalepsie erzeugte erhöhte Tonus im Agonisten wird als solcher bewusst nicht mehr wahrgenommen, reicht aber aus, den Arm ein kleines Stück nach oben zu bringen; dies erklärt auch das typische zahnradartige Muster der Armlevitation. Außer sehr alten (Sidis 1898) oder wenigen kasuistischen Hinweisen (Pajntar et al. 1980, 1985, Rossi zit. in Erickson u. Rossi 2004, S. 90ff.) sind mir keine Untersuchungen bekannt, die ideomotorische Phänomene z. B. mit elektromyografischen Methoden systematisch erforscht hätten. Erstaunlicherweise gibt es überhaupt nur wenige experimentelle Untersuchungen zu den motorisch-kinästhetischen Ritualen, zu Lidschluss und Augenkatalepsie sind mir überhaupt keine bekannt.

Zu Armlevitation und den ideomotorischen Fingerbewegungen gibt es erst seit Kurzem einige experimentelle Untersuchungen, die an der »Hypnosis Unit« des University College London unter der Leitung von David Oakley (2006) durchgeführt wurden. Sie sollen im Folgenden kurz referiert werden. Es muss jedoch bedacht werden, dass sie mangels Replikation noch als vorläufig angesehen werden müssen; entsprechend sind auch die theoretischen Folgerungen vorläufig.

Die beiden Kriterien für die subjektiv empfundene Echtheit hypnotischer Phänomene sind Unwillkürlichkeit und Evidenz (Peter 1994c; ▶ Kap. 3). **Unwillkürlichkeit** heißt, dass die hypnotischen Phänomene von der hypnotisierten Person nicht willkürlich initiiert und gesteuert sind; es kommt ihr vor, als ob sie von selbst, ohne ihr Zutun geschähen (das entspricht dem Prinzip der Ideo-Motorik = Eigen-Bewegung). **Evidenz** meint, dass die hypnotischen Phänomene im Sinne einer Halluzination oder Illusion als wirklich erlebt werden, **nicht** als bloße Vorstellung. Ein wesentliches Kriterium, dass sich ein Patient als hypnotisiert erlebt, scheint also zu sein, dass er keinen aktiven Einfluss mehr auf das Geschehen in Trance ausübt (oder ausüben kann), dass er seine Eigenkontrolle aufgibt und eine Art Fremdkontrolle zulässt (die ihm in der Hypnotherapie in Person seines eigenen Unbewussten wieder zurück gegeben wird). Das lässt sich gleich am Anfang einer Trance gerade mithilfe der motorisch-kinästhetischen Rituale relativ leicht und überzeugend demonstrieren.

Weil die motorische Bewegung nicht eingebildet ist (s. Kriterium der Evidenz), sondern tatsächlich stattfindet, sollten bei ideomotorischen Bewegungen auch jene Gehirnareale aktiv sein, die für motorische Bewegungen im Allgemeinen zuständig sind (Mima et al. 1999). Weil die motorische Bewegung aber nicht als selbst produziert, sondern als fremdkontrolliert erlebt werden soll (s. Kriterium der Unwillkürlichkeit bzw. Dissoziation), sollten jene Gehirnareale eine stärkere Aktivierung zeigen, die für passive oder fremdkontrollierte Bewegungen typisch sind bzw. diese von eigenkontrollierten Bewegungen zu unterscheiden vermögen; das sind das Cerebellum und das parietale Operculum. Das Cerebellum scheint in das Funktionieren des motorischen Reafferenzprinzips involviert zu sein (Wolpert et al. 1998): Nach Ausführung einer Bewegung werden die hiervon eingehenden, afferenten sensorischen Signale mit einer vorher erstellten internen Kopie der ausgesandten, efferenten motorischen Signale (Efferenzkopie) verglichen. Bei Übereinstimmung wird diese Kopie »gelöscht« und die Aktion als selbstinitiiert und selbstkontrolliert attribuiert. Wenn keine Übereinstimmung zwischen Afferenz und Efferenzkopie festgestellt wird, wird die Bewegung entweder als passiv, als extern generiert oder als fremdgesteuert attribuiert; in beiden Fällen kommt es zu einer signifikant erhöhten Aktivierung in bestimmten Arealen des Cerebellums (im Unterschied zu selbstkontrollierten Bewegungen); ein ähnliches Schema zeigt sich im sekundären somatosensorischen Kortex, dem parietalen Operculum.

Blakemore et al. (2003) untersuchten in einer PET-Studie die Gehirnaktivierungen bei 3 unterschiedlichen Bewegungen: 6 hochsuggestible Versuchspersonen sollten ihren linken Unterarm willkürlich nach oben bewegen (aktive Bewegung); ihr Unterarm wurde durch einen Apparat nach oben gedrückt (passive Bewegung); oder ihnen wurde suggeriert, dass der – in diesem Fall inaktive Apparat – den Unterarm nach oben drücken würde (ideomotorische Bewegung). Die Versuchspersonen schätzten erwartungsgemäß in der passiven und

ideomotorischen Bedingung die Bewegung signifikant unwillkürlicher ein als in der aktiv-willkürlichen Bedingung. Unter der aktiven Bewegung zeigten sich erwartungsgemäß Aktivierungen in den hierfür üblichen motorischen Arealen. Die gleichen Areale waren unter der ideomotorischen Bewegung ebenfalls aktiviert; allerdings zeigte sich hierbei eine im Vergleich zur aktiven Bewegung signifikant erhöhte bilaterale Aktivierung in jenen Arealen, die bei passiver Bewegung beteiligt sind (Cerebellum und parietale Opercula).

Hieraus kann man folgern: Das Gehirn registriert und entsprechend erlebt der Patient die ideomotorische Bewegung als passiv bzw. fremd kontrolliert.

Diese Erfahrung von Passivität bzw. Fremdkontrolle der Bewegung wurde auch von Haggard et al. (2004) experimentell nachgewiesen: 12 hochsuggestible Versuchspersonen schätzten unwillkürliche, ideomotorische Fingerbewegungen signifikant ähnlicher zu passiven bzw. signifikant unähnlicher zu aktiven Fingerbewegungen ein. Aus diesem Experiment geht hervor, dass ideomotorische Bewegungen als qualitativ und quantitativ unterschiedlich zu normalen willkürlichen Bewegungen empfunden werden.

Zur Erfahrung von Fremdkontrolle gehört natürlich auch hypnotische Paralyse; als »Challenge-Suggestion« wird sie zuweilen als Vertiefungsritual eingesetzt. Hierzu liegen einige wenige Untersuchungen vor (Grond et al. 1995, Halligan et al. 2000, Oakley 1999, Ward et al. 2003), die in ▶ Kap. 2 »Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit« näher besprochen sind.

Fazit

Wenn es also nun erste experimentelle und hirnphysiologische Befunde gibt, die deutlich machen, was in der klinischen und experimentellen Erfahrung mit Hypnose schon lange bekannt ist, dass nämlich mithilfe von motorisch-kinästhetischen Phänomenen schon in der Anfangsphase einer Hypnose ein Erleben von Fremdkontrolle induziert wird, dann ist die Frage nach der richtigen Attribution dieser Phänomene relevant:
Die hypnotisierte Versuchperson, der hypnotisierte Patient und der hypnotisierte Teilnehmer an einer Bühnenhypnose erleben bzw. wollen erleben, dass die personale Autorschaft bzw. das Verursachergefühl über ihre geistigen, affektiven und behavioralen Aktionen minimiert wird oder ganz verloren geht. Entscheidend ist nun aber, an wen oder was diese Autorschaft übertragen wird. Der Bühnenhypnotiseur kann behaupten, er bzw. seine hypnotische Kraft sei es; der Experimentator kann die Hypnose als solche bzw. entsprechende Suggestionen dafür verantwortlich machen. Für die klinische Anwendung in der Hypnotherapie scheint es unzweifelhaft wichtig und richtig zu sein, dass die Verantwortung an den Patienten zurückgegeben wird, allerdings nicht an jenen Teil, der sich noch unmündig und hilflos erlebt, sondern an den Teil, der schon jetzt die Ressourcen bereithält, die zur Überwindung der Symptome geeignet sind. Dieser positive Teil muss mithilfe eines geeigneten Rituals personifiziert werden. Hierzu dienen die motorisch-kinästhetischen Phänomene und die Metapher des »Unbewussten« (Peter 1993a, 2000a, ▶ Kap. 5 »Therapeutisches Tertium«).

Direkte Induktionen

Günter Hole

14.1 Einführung und Historisches – 182

14.2 Grundlagen und Alltagsrelevanz des Vorgangs – 183

14.3 Direkte Methoden – 184

14.3.1 Optische Methoden – 185

14.3.2 Akustische Methoden – 186

14.3.3 Haptische (taktile) Methoden – 187

14.3.4 Olfaktorische Methoden – 188

14.3.5 Chemische (medikamentöse) Methoden – 188

14.3.6 Motorische Methoden – 188

14.3.7 Gestufte Methoden – 189

14.4 Diskussion – 189

14.4.1 Indikationen und Kontraindikationen – 189

14.1 Einführung und Historisches

Die grundsätzliche menschliche Bereitschaft, sich suggestiven Einflüssen zu öffnen, lässt sich über die gesamte Kulturgeschichte in bemerkenswerten Details belegen. In besonderer Weise fallen hierbei die jeweiligen Induktionsmethoden ins Auge. Oft sind Methoden zur Einleitung von Trance bzw. Hypnose in früheren Kulturen auch nur indirekt aus kultischen und rituellen Abläufen zu erschließen (ekstatische Tänze, monotone Reize, meditative Versenkung, exorzistische Praktiken u. a.). Es besteht jedoch kein Zweifel, dass es sich hier um eines der ältesten »psychotherapeutischen« Verfahren in der uns bekannten Menschheitsgeschichte handelt. Schon sehr früh finden sich auch vereinzelte Berichte über spezifische Techniken der Induktion in Form direkter suggestiver Anweisungen, die sich gezielt einzelner Sinneskanäle bedienen. Sie kommen den auch heute noch gebräuchlichen Techniken z. T. sehr nahe.

Im hinduistischen Mahabharata (2. bis 1. Jahrhundert v. Chr.) wird berichtet, dass eine Frau in einen Zustand der »Versteinerung« und damit Unzugänglichkeit für Verführung durch die Götter versetzt wurde, indem der Ausführende »die Strahlen seiner Augen mit den Strahlen ihrer Augen vereinigte« (Roy 1978; Eliade 1960, S. 88). Auch andere Stellen in den Veden benennen typische Körperhaltungen zur Tranceeinleitung, auch eine optische Selbstinduktion, bei der die Augen auf die Spitze der eigenen Nase geheftet werden. In der ägyptischen Frühzeit (Papyrus Ebers, 3. Jahrhundert v. Chr.) finden sich ebenfalls schon genauere Anweisungen, wie sich z. B. durch das Anstarren von Steinen oder leuchtenden Gegenständen ein Trancezustand hervorrufen lässt (Kossak 1997, S. 17; Jovanovic 1988, S. 76).

Solche Berichte belegen recht konkret das hohe Alter der auch heute noch sehr gebräuchlichen sog. Augenfixationsmethode (s. unten). In der Neuzeit wurde diese von dem englischen Augenarzt J. Braid (1795–1860) neu »entdeckt« bzw. konzipiert, indem er den Patienten eine glänzende Metallspitze oder eine Kristallkugel anhaltend fixieren ließ. Das Blicken in glänzende Kristallkugeln wurde bereits von Paracelsus (1493–1541) erwähnt.

Auf der akustischen Ebene sind monoton-rhythmische Tranceeinleitungen vielfach bekannt, u. a. auch durch das Murmeln unverständlicher Worte. Die verschiedenen Methoden der direkten, verbal verständlichen Suggestion knüpfen an solche Vorerfahrungen an. Tranceinduktionen über die Körpermotorik gehören ebenfalls mit zu den ältesten Methoden. Sowohl ekstatische Tänze allgemein als auch bestimmte gerichtete Bewegungen, wie z. B. Schaukelrhythmen bei Schamanen (Bongartz u. Bongartz 2000, S. 158), sind bis heute bekannt und gebräuchlich.

Eine besondere kulturgeschichtliche Bedeutung kommt den griechischen Asklepieien (Aeskulap-Tempel) zu, in denen, nach besonderen rituellen Vorbereitungen wie Waschung und Neueinkleidung, der berühmte Tempelschlaf (Inkubation) stattfand (Ellenberger 1985, S. 64-66). In einem unterirdischen Tempelraum (Abaton), in den die Priester vermutlich suggestive Formeln sprachen, sollten dabei Träume oder Visionen mit heilender Wirkung induziert werden. Hier begegnet uns in klassischer Weise bereits die Kombination von tranceförderndem Milieu mit gezielten Verbalsuggestionen.

Der Einsatz körperlicher Berührungen zur Induktion von Versenkungs- und Hypnosezuständen hat ebenfalls eine lange kultur- und religionspsychologische Vorgeschichte (Handauflegen, Bestreichen, festes Anfassen bei Exorzismen u. a.). In der Neuzeit entwickelte sich der »Magnetismus« zu einer bemerkenswerten Variante der althergebrachten »Heilung durch Berührung« und bildete gleichzeitig den Anstoß zu ersten Theorien der Hypnoseeinleitung. Bereits Paracelsus sprach von »magnetischen Phänomenen«. Franz Anton Mesmer (1734–1815), der die Theorie des »animalen Magnetismus« formulierte, hatte ursprünglich Magneten direkt am Körper der Patienten befestigt. Die Erfahrung zeigte ihm dann, dass das geheimnisvolle »Fluidum« als Träger des Magnetischen auch wirkte, wenn er die Magneten nur im Abstand von einigen Zentimetern über den Körper bewegte, schließlich sogar, wenn er nur die bloßen Hände benützte (»magnetische Passes«). Verschiedene Schüler variierten dieses Vorgehen; der Marquis de Puysegur (1751–1825) z. B. ließ die Patienten Seile, die von einer vorher von ihm »magnetisierten« Ulme herabhingen, um die erkrank-

ten Körperteile schlingen, und sich gegenseitig an den Daumen anfassen, um die Trance einzuleiten (Ellenberger 1985, S. 95 ff. u. 113 ff.). Eine Vielzahl solcher taktiler Einleitungsmethoden wurde in der Folgezeit entwickelt, bis hin zur initialen Verstärkung hypnotischer Schwere- und Wärmeerlebnisse durch Drücken bzw. Streichen an Armen und Beinen, wie auch häufig in der heutigen Hypnoseinduktion angewandt (s. unten).

14.2 Grundlagen und Alltagsrelevanz des Vorgangs

Die psychologischen und physiologischen Grundlagen hypnotischer Induktionsvorgänge lassen sich prinzipiell nicht gesondert vom Gesamtphänomen der Hypnose und den allgemeinen Hypnosetheorien darlegen. Die Komplexität des Zusammenwirkens einer Vielzahl äußerer und innerer Determinanten ist schon bei den ersten Einleitungsstufen zur Trance offensichtlich. Gleichwohl erscheint es möglich, eine eigene erläuternde Darstellung der Vorgänge speziell bei der direkten Induktion vorzunehmen.

Fasst man als Induktionstechnik allgemein »jede interpersonale Prozedur« auf, »in welcher ein Individuum versucht, bei einem anderen Trance-Phänome hervorzurufen«, und die damit »eine Person dazu bringt, aufmerksam zu sein« (Spiegel u. Spiegel 1980; zit. nach Kossak 1997, S. 103), so ist damit bereits ein bilateraler Vorgang als konstituierend herausgestellt. Diese Aufmerksamkeit graduell zu einer focussierten, immer eingeengteren Konzentration mit schließlicher Ausblendung bzw. Irrelevanz fast aller anderen Reize zu steigern, macht den prinzipiellen Ablauf speziell bei der direkten Induktion aus.

Als Induktionstechnik kann jede interpersonale Prozedur angesehen werden, in welcher ein Individuum versucht, bei einem anderen Trancephänomene hervorzurufen.

Das Belegen der hierbei fassbaren Einzelelemente mit psychologischen Begriffen erhellt das Wesen des Vorgangs zwar nur wenig, leistet jedoch eine verstehende Annäherung. Auf die besondere Rolle der Imagination bzw. »Einbildungskraft« hatte bereits D'Eslon 1780 hingewiesen (Chertok 1984, S. 21). Insbesondere aber durch das von der Schule von Nancy (Liébeault 1892; Bernheim 1888) im 19. Jahrhundert erstmals besonders hervorgehobene Phänomen der »Suggestion« (Ellenberger 1985, S. 137 ff.), über das es seither eine Vielzahl von Forschungsarbeiten gibt, wurde ein Grundelement des Induktionsvorgangs bereits benannt: das »Unterschieben« oder »Eingeben« von Vorstellungen bzw. verbalen Zielvorgaben, die speziell im »Rapport«, der konzentrativen Engführung der genannten interpersonalen Prozedur, wirksam werden.

Bei der direkten Induktion, zu der im therapeutischen Rahmen das zuvor eingeholte Einverständnis mit der beabsichtigten Prozedur gehört, sind im Besonderen die primäre Geneigtheit und Offenheit sowie die positive Erwartung für den Vorgang bahnend. In Erweiterung der Hypnosestufen von Stokvis u. Pflanz (1961) nennt Jovanovic (1988, S. 116 f.) als das »allererste Vorstadium« der Suggestionen den »suggestiven Instinkt«, den der Proband schon biologisch besitzen muss, um die Suggestionen als solche zu akzeptieren. Erst dadurch kann er eine »suggestive Einstellung« erwerben, die sich dann konkret zu einer »suggestiven Bereitschaft« mit dem sich anschließenden »labilen Vorstadium« entwickelt. Suggestibilität als Disposition wurde insbesondere in der angelsächsischen Hypnoseforschung intensiv untersucht (Weitzenhoffer u. Hilgard 1959, 1962). Das innere Zulassen dieses, für die generelle Hypnotisierbarkeit grundlegenden Vorgangs ist gerade für die direkten, bewusst erlebten Induktionen und deren gleichzeitige unbewusste Wirkungsanteile Voraussetzung. Verstärkt wird die Wirkung induktiver Elemente häufig durch eine autoritäre Abhängigkeitsstruktur des Patienten, wie sie ja weit verbreitet ist. Hier können sich dann aber andererseits auch abwehrende und aggressive Unterströmungen störend auswirken. Eine beim Patienten evtl. bestehende Ängstlichkeit und Hingabescheu (Angst vor Kontrollverlust) ist hingegen kein Hinderungsgrund, eine direkte Einleitung vorzunehmen.

Zur direkten Induktion gehören im therapeutischen Rahmen

- **die primäre Geneigtheit und Offenheit sowie die positive Erwartung der Patienten,**

- **die Rollenverteilung zwischen dem »passiven«, reagierenden Patienten und »aktiven«, führenden Therapeuten,**
- **die Transparenz der suggestiven Interaktionen und Zielsetzungen.**

Analogien zu den hypnotischen Induktionsstadien im Alltag finden sich auf den verschiedensten Ebenen. Dies verwundert nicht, da es sich dabei ja um eine generelle, auch archaische Fähigkeit des biologischen Substrats (somatisch und psychisch) handelt. Hierher gehören die Veränderung von Aufmerksamkeit und Bewusstseinslage durch monotone Reize und Rhythmen (Uhrticken, Meeresrauschen, Wiegenlied) bis hin zur Schlafbereitschaft, ebenso durch das halbbewusste Fixieren (»Anstarren«) von Objekten, das Verharren in motorischen Routineabläufen (Kaffeerühren, Fingerklopfen) u. a. So wird jeweils eine leichte Trance induziert, die jedoch unter Eigenkontrolle bleibt.

Nur kurz hingewiesen werden kann auf den – heute ja ubiquitären – Bereich der Werbung und Bedürfnisweckung (Warenangebot, Mode u. a.) sowie der Erzeugung von Gruppen- und Massenphänomenen (Begeisterung, Konformität, fanatische Ansteckung). Überall wirken Ausstrahlung, Autorität und Beeinflussung zusammen und unterliegen der entsprechenden Dynamik. Der induktive suggestive Effekt, speziell die Engführung der Aufmerksamkeit im Rapport, spielt sich hierbei psychologisch und prinzipiell auf derselben Elementarebene ab, wie dies auch bei der Beziehungsaufnahme im Rahmen der beschriebenen Tranceinduktion der Fall ist.

14.3 Direkte Methoden

Für die Hypnoseinduktion gibt es eine breite Vielfalt von Möglichkeiten, die je nach ihrer Eigenart und ihrer Affinität zu Struktur und Empfänglichkeit des Patienten unterschiedlich wirksam sind. Einen wesentlichen Kern bilden immer die verschiedenen Methoden der »Fokussierung« der Aufmerksamkeit (Revenstorf 1990, S. 156 ff.). Die Methodik der »direkten« oder »klassischen« Induktion ist dabei zunächst durch eine klärende Vorbesprechung und eine transparente Darlegung des Ablaufs gekennzeichnet, zumindest soweit es sich um therapeutische Hypnosen handelt. Die angewandten Suggestionen müssen in ihrer »Direktheit« für den Patienten einsichtig und akzeptabel sein. Für den Hypnosetherapeuten gilt, dass er sich im Laufe der Zeit ein solches Repertoire an Einleitungsverfahren zulegen und routinemäßig erarbeiten sollte, das seinem persönlichen Stil entspricht und zu dem er selbst eine entsprechende Affinität hat.

Führend oder wirksam beteiligt ist, kommunikationsbedingt, bei fast allen direkten Induktionen die gleichzeitige verbale Suggestion. Sie kann als reine Verbalmethode auch für sich allein angewandt werden (s. unten). Schon die initiale Veränderung der Sprechweise in Richtung einer betont ruhigen, eher monotonen, leiseren Stimmlage führt zu einer Umschaltung auf die Trancebereitschaft hin. Die übrigen Techniken sind bewährte Hilfsmittel zur Bahnung des hypnotischen Effekts. Vor allem für den Anfänger stellen sie ein verlässliches methodisches Gerüst dar, das nicht zuletzt auch der Kompensation eigener Unsicherheiten dienen kann.

Die Einleitung einer Hypnose kann sowohl im Liegen als auch im Sitzen geschehen; die Wahl des jeweiligen Arrangements (Setting) hängt von den äußeren Gegebenheiten ab. Wichtig ist aber in jedem Fall eine bequeme, entspannte Körperhaltung, mit Lockerung einengender Kleidungsstücke sowie ein angenehm temperierter, nicht zu heller Raum.

Induzieren lässt sich ein hypnotischer Zustand zunächst einmal und prinzipiell, über alle Sinneskanäle. In der Praxis kommt diesen im Einzelnen freilich eine unterschiedliche Bedeutung zu. Ebenso sind Einleitungen über motorische Abläufe, über Anspannung/Entspannung, subjektive Körpersensationen, Levitations- und Katalepsiephänomene, Zählmethoden sowie verschiedene apparative Arrangements möglich. Außerdem lassen sich wirksame Kombinationen aus diesen Techniken bilden. Eine Sonderrolle spielen ferner systematisch gestufte Methoden wie die fraktionierte Hypnose oder die gestufte Aktivhypnose (s. unten). Eine sehr gute, anschauliche und detaillierte Beschreibung der Technik der einzelnen Einleitungsmethoden findet sich im Lehrbuch von Kossak (1997, S. 116–135).

In einem systematischen, keineswegs vollständigen Überblick mit entsprechenden Kurzanlei-

tungen lassen sich die folgenden gebräuchlichen direkten Induktionsmethoden anführen:

Gebräuchliche direkte Induktionsmethoden sind:

- **Optische Methoden, z. B.**
  - Augenfixationsmethode
  - Farbkontrastmethode
  - Augen-Zähl-Methode
- **Akustische Methoden, z. B.**
  - Reine Verbalinduktion
  - Akustische Elementarsignale und musikalische Einspielungen
- **Haptische (taktile) Methoden** (Wichtig: körperliche Berührung sollte mit dem Patienten zuvor besprochen werden und unmittelbar vor der Ausführung nochmals angekündigt werden!)
- **Olfaktorische Methoden**
- **Chemische (medikamentöse) Methoden**
- **Motorische Methoden, z. B.**
  - Kontrasterleben bei muskulärer Anspannung/Entspannung
  - Münzfallmethode
- **Gestufte Methoden, z. B.**
  - Fraktionierte Hypnose
  - Gestufte Aktivhypnose

14.3.1 Optische Methoden

Augenfixationsmethode

Die Einleitung über die Augen bzw. das Schauen, als ältestes bekanntes Verfahren überhaupt, wird auch heute mit am häufigsten angewandt und hat vielfältige Variationen erfahren. Die klassische Form ist die von James Braid (1843) neu konzipierte »Augenfixationsmethode«. Die durch das anhaltende Fixieren eines Objekts erzeugte Ermüdung der Augenmuskeln bzw. das Augenbrennen führt, verbal begleitet, zu einer verstärkten Tranceneigung. Empfehlenswert ist heute die reine Fingerfixation, weil die Fingerkuppe unverwechselbar bleibt und so keine unerwünschten spontanen Induktionen durch irgendwelche glänzenden Gegenstände des Alltags auftreten können.

Bei dieser Form hält der Hypnotiseur seinen Zeigefinger etwa 15–20 cm so in Stirnhöhe oberhalb der Augen, dass das Schauen unter gleichzeitigem Konvergieren für den Patienten leicht anstrengend wird. Die verbale Anweisung hierbei lautet, eingebaut in wiederholte allgemeine Ruhesuggestionen (*»Sie sind ganz ruhig, ganz locker, ganz entspannt«* u. a.) etwa folgendermaßen:

»Sie schauen nur auf meinen Finger … immer nur schauen, nichts denken, nichts wollen, nichts tun … Die Augen werden allmählich müder und müder … Sie spüren vielleicht ein Brennen in den Augen, oder Sie sehen den Finger unschärfer.« (Das evtl. Nachlassen der Konvergenz lässt sich an der Pupillenweite erkennen). *»Die Augenlider sind schwer, sie werden schwerer und schwerer … Sie können die Augen weiter offenhalten oder aber sie zufallen lassen … Irgendwann fallen die Augen ganz von selbst zu.«*

Der Augenschluss, der meist recht rasch erfolgt (innerhalb einiger Sekunden bis 1–2 min), kann noch mit einem sanften (angekündigten!) Druck auf beide Augenlider verstärkt und mit Schweresuggestionen intensiviert werden. Hieran schließen sich dann die weiteren Induktionsschritte an (s. unten). Anstelle der Objektfixierung im Nahbereich (z. B. Finger) kann auch ein markanter Fernpunkt (z. B. an der Decke) fixiert werden.

Farbkontrastmethode

Eine weitere optische Methode stellt die »Farbkontrastmethode« (nach Levy-Suhl 1922) dar, die auf sicher auftretenden, physiologischen simultanen Farbkontrastphänomenen beruht. Das ist ihr Vorteil gerade auch für den Anfänger, der dazu nur ein geringes Maß an Erfahrung benötigt (Stokvis 1965; Langen 1972, S. 43). Die hierfür gebräuchlichen Kartontafeln, auf denen z. B. 2 rechteckige Farbfelder (je etwa 3×8 cm) in Komplementärfarben (z. B. blau und gelb) parallel so angebracht sind, dass dazwischen ein schmaler weißer Streifen von etwa 3–4 mm bleibt, lassen sich auch leicht selbst herstellen.

Der Patient wird aufgefordert, die Tafel (bei Lichteinfall von hinten) mit gestrecktem Arm vor sich zu halten (was wahlweise auch der Hypnotiseur tun kann) und angewiesen, die beiden Farb-

bereiche und dann den weißen Streifen dazwischen intensiv zu betrachten. Die weitere Verbalisation kann lauten:

»Sie merken immer deutlicher, wie der Rand des gelben Feldes zum Zwischenraum immer gelber und der des blauen Feldes immer blauer wird … Allmählich werden diese intensiven Farben immer breiter, und auch der weiße Streifen dazwischen wird farbig … und im gleichen Maß werden Ihre Augen müder und müder, die Augenlider schwerer und schwerer … Ebenso sinkt auch Ihr Arm allmählich herab« (bzw. »Auch Ihre Arme werden schwerer und schwerer«) usw.

Hier schließen sich dann wieder die nächsten Induktionsschritte an (s. unten).

Faszinationsmethode

Eine andere optische Einleitungsmethode, die »Faszinationsmethode«, ist aus guten Gründen im therapeutischen Rahmen heute kaum noch gebräuchlich und dem Anfänger keinesfalls zu empfehlen. Diese, kulturgeschichtlich ebenfalls sehr alte Form, die in der Neuzeit durch Abbé Faria (1755–1819) in einer eigenen Variante wiederbelebt wurde, beruht im grundsätzlichen Ablauf auf der direkten Fixation der Augen (bzw. eines Auges oder der Glabella) des Hypnotisanden durch den Hypnotiseur selbst (Näheres s. Meinhold 1980, S. 97 f.). Abgesehen von der Gefahr, dass hierbei der – hypnotisch gebahnte – Hypnotherapeut selbst ungewollt in eine eigene Trance geraten kann, haftet dieser Methode im Erleben vieler heutiger Patienten eine ungute Anmutung von psychischer Machtausübung, wenn nicht gar etwas »Dompteurhaftes« an.

Augen-Zähl-Methode

Bereits eine Kombination mit akustischen Induktionsformen stellt die »Augen-Zähl-Methode« (nach Cheek u. Lecron 1968) dar. Hierbei zählt der Hypnotiseur von 100 langsam zurück, während der Proband, gemäß vorangegangener Aufforderung, bei geraden Zahlen die Augen schließt und sie bei ungeraden öffnet. Dabei lassen sich zusätzliche Suggestionen zu Augenschwere einfügen. Die weitere Vertiefung nach vollem Augenschluss geschieht dann in üblicher Weise. Die Augen ermüden bei diesem Verfahren meist rascher als bei anderen Fixationsmethoden und die Trance tritt schneller ein; es ist jedoch durch die erhöhte Konzentrationsanforderung für beide Teile anstrengender.

14.3.2 Akustische Methoden

Zu ihnen sind alle diejenigen Formeln der Trance-induktion zu zählen, die sich des Hörens als Zugangsweise bedienen bzw. der spezifischen Verarbeitung von Gehörtem. Dies können sowohl sprachliche Elemente, als auch eine Vielzahl anderer akustischer Phänomene sein.

Da bei fast allen Arten der therapeutischen Hypnose das gesprochene Wort mit seiner jeweiligen, typischen Semantik in der Kommunikation eine zentrale Rolle spielt, kommt den verbalen akustischen Methoden eine tragende und inhaltlich führende Leitfunktion zu. Dies gilt auch für fast alle sonstigen Einleitungsverfahren. Wird hierbei das gesprochene Wort allein und ohne andere Hilfsmittel benutzt, spricht man von »reiner Verbalinduktion« bzw. »reiner Verbalhypnose«. Diese soll, wegen ihrer zentralen Bedeutung, hier zuerst genannt werden.

Reine Verbalinduktion

Die »reine Verbalinduktion« lässt sich mit primär geschlossenen oder aber noch offenen Augen beginnen. Führend sind von Anfang an Schwere-, Ruhe- und Entspannungssuggestionen. Diese können bei den Augen beginnen (*»Ihre Augenlider werden schwerer und schwerer«*) wie bei der Augenfixation, oder aber primär die zunehmende Körperschwere zum Zielpunkt haben.

»Sie können ihrem Körper nachspüren, wie er schwerer und schwerer auf der Unterlage liegt …, Kopf …, Schultern …, Oberkörper …, Arme …, Unterkörper …, Beine …, Fersen …, alles ist ganz schwer«.

Es ist weiterhin möglich, die einzelnen Stufen des autogenen Trainings heterohypnotisch anzusprechen, und auch über mehrfach wiederholte generelle Ruheformeln eine Vertiefung zu erreichen.

»Sie sind ganz ruhig, ganz locker, ganz entspannt … die Ruhe wird immer tiefer … jeder Atemzug vertieft die Ruhe«.

Indifferenzformeln gegenüber störender Gedanken und Geräuschen können hier, wie auch bei allen anderen Induktionsformeln, sehr wirksam und abschirmend sein.

»Gedanken sind vollkommen gleichgültig, sie kommen und ziehen wie Wolken … Geräusche sind ganz gleichgültig, jedes Geräusch vertieft die Ruhe«.

Nach der so erfolgten Induktion kann dann die Hypnose spezieller in Richtung der jeweiligen, therapeutisch indizierten methodischen Variationen und Zielsetzungen weitergeführt werden.

Dem Anfänger bereiten die reinen Verbalinduktionen oft stärkere Unsicherheit, weil er hier kein »technisches« Gerüst oder Schema zur Verfügung hat und nur auf seine Stimme angewiesen ist. Schon deren Modulation in Richtung einer monotoneren, leiseren und betont ruhigeren Diktion sowie die jeweilige Wortwahl als alleinige inhaltliche Variationsmöglichkeit kann ihm, solange er noch nicht seinen eigenen, stimmigen Stil gefunden hat, entsprechend schwerfallen. Da bei den indirekten Induktionsmethoden (▶ Kap. 16) typischerweise gerade die reine Verbalform das direkt in die Trance führende Element ist, sollte dem Anfänger, zunächst eher das Erlernen einer der hier beschriebenen direkten Einleitungsformen angeraten werden, damit er eine erste Sicherheit erreichen kann.

Sonstige akustische Methoden

Sonstige akustische Methoden, speziell akustische Elementarsignale, eignen sich zur Einleitung um so besser, je mehr sie nicht erregen und wach machen, sondern sanft und beruhigend wirken und vorzugsweise monoton-rhythmischen Charakter haben. So wurden langsame Metronomschläge, das Surren eines Ventilators, leises Uhrticken oder an- und abschwellende Töne verwendet, auch die über Mikrophon verstärkte Rückmeldung des eigenen Atemgeräuschs (Jovanovic 1988, S. 347). Eine weitere Möglichkeit liegt in der reinen Zählmethode, vorwärts oder rückwärts, die der Hypnotiseur oder der Hypnotisand selbst ausführen kann.

Komplexere akustische Methoden bzw. Einspielungen im Hintergrund lassen sich z. B. in Form der Wiedergabe von Meereswellengeräuschen, oder aber bereits von musikalischen Passagen, einsetzen. Solche Musik, die betont langsam und von tragend-wiegendem, meditativem Charakter sein sollte (»Trancemusik«), kann für die spezifischen Verbalsuggestionen eine sehr günstige Einbettung und Verstärkung darstellen. Sie wird von den Hypnotisanden meist sehr positiv aufgenommen und oft als wohltuender und trancefördernder erlebt als andere Einleitungsmethoden und sie ist auch für Einzel- und für Gruppenhypnose gleichermaßen geeignet.

14.3.3 Haptische (taktile) Methoden

Einleitung bzw. Einleitungsunterstützung durch körperliche Berührung gehört ebenfalls zu den ältesten Methoden und wurde in der Geschichte in den verschiedensten Variationen angewandt. Im Umgang mit Patienten und in Anbetracht der häufigen Ängste vor zu großer Nähe, speziell körperlicher Nähe, muss es freilich als unabdingbar gelten, bereits im Vorgespräch zu klären, ob eine körperliche Berührung (Augen, Schultern, Arme und Beine) akzeptiert werden kann oder nicht. Auch dann sollte man dies im hypnotischen Vollzug jeweils ankündigen, um unerwünschte Schreckreaktionen zu vermeiden (z. B. *»Ich drücke ihnen jetzt auf beide Arme, um die Schwere zu verstärken«*).

Bei den heute gebräuchlichen direkten Induktionsformen beschränken sich körperliche Berührungen bewusst auf begleitende und unterstützende Verstärkungshilfen. So kann die **Lidschwere** durch kurzen, sanften Druck auf beide Augenlider, die **Gliederschwere** durch beidseitigen Druck auf Unterarme und Unterschenkel intensiviert werden. Das **Wärmeerleben** in den Gliedern lässt sich durch entsprechendes Streichen in Richtung des Blutstroms verstärken und eine Trancevertiefung insgesamt durch beidseitigen Druck auf die **Schultern**. Ob ein Handauflegen auf den Bauch zur besseren Wahrnehmung der vertiefenden **Atemexkursionen** oder der **Bauchwärme** förderlich ist, sollte zuvor sehr sorgfältig abgewogen werden. Insgesamt empfinden es viele Patienten als sehr hilfreich und wohltuend, solche taktilen Verstärkungen in der Hypnoseeinleitung zu erfahren. Die Eindeutigkeit

der Beziehung zwischen Hypnotherapeut und Patient/Patientin, evtl. auch durch Anwesenheit einer dritten Person, muss hierbei gewährleistet sein.

14.3.4 Olfaktorische Methoden

Sie spielen in der Induktion, schon wegen der schwierigeren Bereitstellung der nötigen Mittel, eine sehr untergeordnete Rolle. Die durchaus mögliche Einleitungsverstärkung durch bestimmte **Gerüche** und aromatische Essenzen (die ja auch in der speziellen Aromatherapie angewendet werden) setzt entsprechende eigene Erfahrung in der verstärkenden Handhabung solcher Geruchserlebnisse voraus, sodass diese Methode für den Anfänger weniger geeignet erscheint.

14.3.5 Chemische (medikamentöse) Methoden

Sie wurden in experimentellen und therapeutischen Hypnosen in der Vergangenheit in vielfacher Weise angewendet, sind aber wegen der Komplikations- und Abhängigkeitsgefahr heute nur noch selten gebräuchlich. Hier sollen sie nur kurz erwähnt werden. Meist wird dabei eine sedierende bzw. leicht narkotisierende Wirkung zur Lockerung der Assoziationen und Absenkung der Selbstkontrollschwelle angestrebt (»Narkohypnose«), z. B. durch niedrig dosierte orale oder i. v. bzw. s. c. Applikation von Narkotica, Sedativa oder Tranquilizern (Langen 1972; Schultz 1994, S. 27). Spezifischer auf Emotionslage und Assoziationsablauf wirkende, auch Ich-Dissoziation fördernde Substanzen (wie Skopolamin, Cannabis oder besonders Halluzinogene wie LSD, Psilocybin oder Meskalin) sind hypnotisch noch schwerer zu handhaben.

14.3.6 Motorische Methoden

Die Einbeziehung der Willkürmotorik in den Induktionsvorgang und somit die Möglichkeit eines eigenen »Tätigseins« wird von vielen Hypnotisanden, gerade von solchen mit stärkerer Selbstkontroll- und Leistungshaltung, als sehr hilfreich erlebt. Es eignen sich auf dieser Ebene alle Verfahren, die einen Wechsel von muskulärer Anspannung und Entspannung, partiell oder ganzkörperlich, zur Grundlage haben. Rhythmische Vorgänge bieten sich hierbei besonders an (wie auch die entsprechenden kultur- und religionsgeschichtlichen Analogien zeigen, s. oben).

Kontrasterleben bei muskulärer Anspannung/Entspannung

Ein gut geeignetes, gerne akzeptiertes und zeitlich eng begrenztes Verfahren (von G. Fairfull-Smith aus Glasgow entwickelt, von Klaus Thomas in Berlin modifiziert und so dem Autor übermittelt) beginnt mit der Ballung der Fäuste vor dem Gesicht und schreitet in drei Intervallen bis zur Ganzkörperanspannung weiter. Die verkürzte Instruktion lautet:

»Sie spannen jetzt beide Fäuste vor ihrem Gesicht kräftig an und atmen tief ein …, Spannung verstärken …, tief ausatmen … Erneut einatmen, Spannung auf Arme und Schultern ausdehnen, verstärken …, wieder tief ausatmen … Zum dritten Mal tief einatmen, Armspannung bis zum Zittern verstärken, Spannung auf den ganzen Oberkörper, Zwerchfell und Bauch ausdehnen …, verstärken … Und jetzt tief ausatmen, die Augen schließen, ganz entspannen, Arme locker sinken lassen und der Schwere nachspüren, die immer deutlicher wird.«

Von hier aus kann in üblicher Weise die Ausbreitung der Schwere über den ganzen Körper, ebenso Wärme, Atmung, Bauchentspannung usw. suggeriert werden. Die Methode, deren Wirksamkeit auf dem deutlichen muskulären Kontrasterleben beruht (vgl. progressive Relaxation nach Jacobson), ist vor allem bei Hypnoseeinleitung im Sitzen gut praktikabel.

Münzfallmethode

Ein weiteres Einleitungsverfahren, das sich der zunächst aktiven muskulären Mitwirkung bedient, ist als sog. Münzfallmethode in verschiedenen Variationen bekannt. Sie beginnt mit der Aufforderung, eine Münze auf die aktiv vorgestreckte Handfläche zu legen, die Hand langsam aber fest zu schließen, umzudrehen und dabei die Augen zu schließen. Dann folgen entsprechende Suggestionen (s. Jovanovic 1988, S. 431 f.):

»Während ich jetzt langsam von eins bis zehn zähle, werden Sie spüren, wie sich die Finger immer mehr entspannen … Gleichzeitig schließen sich die Augen immer fester und fester, und der Arm wird steifer und steifer … Eins: Sie spüren schon eine Lockerung in den Fingern, gleichzeitig sind Ihre Augen noch fester geschlossen und der Arm wird steifer und steifer … Zwei: …« (usw.; mit jeder Zahl, bis zehn, werden dann die angekündigten Phänomene deutlicher und verstärkender benannt:) *»Neun: Nun sind die Finger ganz locker, und die Münze ist so schwer geworden, dass sie bei zehn aus der Hand auf den Boden fällt … Sobald Sie den Ton hören, wird der Arm vollkommen steif nach vorne ragen … Zehn: …«*

Anschließend kann das Absinken oder Herabfallen des Arms suggeriert und die Hypnose vertiefend weitergeführt werden.

14.3.7 Gestufte Methoden

Fraktionierte Hypnose

Von den schon erwähnten, systematisch gestuften Sonderformen im Rahmen der direkten Einleitungsverfahren ist zunächst die »fraktionierte Hypnose« (Brodmann 1902, nach O. Vogt) zu nennen. Sie stellt besonders bei schwerer hypnotisierbaren bzw. kritischen Patienten eine effiziente Methode dar, da sie mit der Verstärkung der vom Patienten selbst jeweils rückgemeldeten, schon erlebten Sensationen arbeitet. In der Regel beginnt man hierbei mit der Fixationsmethode und fährt mit den üblichen Basissuggestionen fort; dann wird die Hypnose partiell (mit Augenöffnung, aber unter Belassung des allgemeinen Entspannungszustandes) zurückgenommen und der Patient nach seinen bisherigen Sensationen befragt. Die am deutlichsten erlebten Phänomene werden dann in der sich sofort anschließenden Neuinduktion zum Suggestionsschwerpunkt gemacht. Auf diese Weise lassen sich mehrere Teilhypnosen mit jeweils spezifischer Verstärkung hintereinanderschalten und so oft wesentlich tiefere Trancezustände erreichen (Schultz 1994, S. 36 ff.; Jovanovic 1988, S. 543; Kossak 1997, S. 129).

Gestufte Aktivhypnose

Eine andere Form von systematischer Kombination unterschiedlicher hypnotischer Sequenzen in der Einleitung stellt die »gestufte Aktivhypnose« dar. Bei diesem von Kretschmer (1946) eingeführten und von Langen (1961) weiterentwickelten Verfahren werden mit dem Patienten zunächst die Grundübungen des autogenen Trainings (nur Ruhe, Schwere und Wärme) durch Vorsprechen eingeübt, woran sich dann in einer zweiten Stufe über eine forcierte konvergierende Augenfixation auf den Finger des Hypnotiseurs ein heterohypnotischer Zustand anschließt (Langen 1961, S. 13). Für dieses Verfahren wird therapeutisch vor allem die Anwendung zuvor erarbeiteter Vorsatz- und Leitspruchformeln empfohlen.

14.4 Diskussion

14.4.1 Indikationen und Kontraindikationen

Die grundsätzliche Frage nach der Indikation eines hypnotischen Verfahrens für einen bestimmten Patienten bzw. für ein bestimmtes Störungsmuster ist hier abzugrenzen von der engeren Frage nach der Eignung spezieller direkter Einleitungsmethoden. Für Letztere bedeutet dies, bezogen auf die heute eingebürgerte Nomenklatur, vor allem eine, wenn auch grobe Abgrenzung gegenüber den »indirekten« Verfahren im Sinne der Erickson'schen Hypnoseschulen.

Die Methoden der direkten oder »klassischen« Induktion, die schon vom Rahmen her durch eine erläuternde Vorbesprechung und einen für den Patienten transparenten Ablauf gekennzeichnet sind, lassen ein typisches Beziehungsmuster zwischen Hypnotiseur und Hypnotisand erkennen. Dieses weist – vereinfacht dargestellt – Letzterem eine eher passive, untergeordnete, sich fügende und reagierende Rolle zu, dem Hypnotiseur hingegen eine aktive, bestimmende, »dominierende« und inhaltlich festlegende Rolle. Daraus ergibt sich folgerichtig die eigentliche Indikationsfrage, nämlich für welche Typen und Strukturen von Patienten gerade dieser Hypnosestil geeignet oder aber nicht (bzw. weniger) geeignet ist.

Es besteht kein Zweifel, dass in früheren Zeiten die direkte – ohnehin nur als einzige methodisch verfügbare – Einleitungsform komplementär der mehr anweisungsbezogenen, autoritätsabhängigen Patienteneinstellung entsprach. Heute liegt diesbezüglich ein weitaus breiteres Spektrum vor, indem eine erhebliche Zahl von Menschen eher einen Widerstand gegen direkte psychische Fremdbestimmung entwickelt; diese sprechen dann oft besser auf die viel permissiveren, einladenderen, viel innere Wahlfreiheit suggerierenden »indirekten« Methoden an. Die spezielle Indikation für die direkten Methoden hat dadurch ihren eigentlichen Schwerpunkt bei jenen Patientengruppen bekommen, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur therapeutisch eher auf Festlegungen und Vorgaben reagieren, oder die ihre Hingabefähigkeit und Regressionsbereitschaft direkt und positiv in den hypnotischen Prozess einbringen können. Dass ein vorbestehender Autoritätskomplex dann auch zu verweigernden Unterströmungen im Hypnoseablauf führen kann, ist bekannt; hier wäre dann ein entsprechender Methodenwechsel oder eine Methodenkombination angebracht. Jedenfalls kommt die direkte Induktion auch heute der Struktur und der hypnotischen Reagibilität vieler Patienten sehr entgegen. Diese unterschiedliche »Empfänglichkeit« hatte, wenn auch mit anderer Akzentuierung, schon Ferenczi (1970, S. 133 f.) seiner Unterscheidung von »Vaterhypnose« und »Mutterhypnose« zugrunde gelegt.

In der Praxis bemisst sich die Entscheidung für die Anwendung der direkten oder indirektion Induktion – falls der Hypnotherapeut überhaupt mit beiden Möglichkeiten hinreichend vertraut ist – zunächst nach der primären Einschätzung von Struktur und Reaktionsmuster des Patienten. Sodann, und als ausschlaggebendes Erfahrungsmoment, ergeben sich die besten Anhaltspunkte aus dessen tatsächlicher Reaktionsweise und vor allem auch aus seinen verbalen Rückmeldungen.

So gibt es Patienten bzw. Probanden, die das »Anstarren« bei der Fixationsmethode oder das »Festgelegtwerden« auf andere Einleitungsabläufe als »unangenehm« schildern, oder die bei direkten suggestiven Vorgaben die Entwicklung eines inneren Widerstands in sich spüren. Zumindest im Rahmen der therapeutischen Hypnose wäre dies als eine relative Kontraindikation für die direkte Methode anzusehen bzw. müsste dann ein bereitwilligeres Eingehen auf mehr indirekte Induktionsformen erfolgen. Entsprechende Widerstände lassen sich freilich oft auch hinterfragen und bearbeiten, vor allem hinsichtlich ihrer Determinanten aus der Biografie oder auch aus früheren Hypnoseerlebnissen (Stephan 2003, S. 72). Dass eine bloße Ängstlichkeit und allgemeine Angst vor Kontrollverlust keine Kontraindikation darstellt, wurde schon erwähnt. Im übrigen zeigt die Erfahrung, dass viele Menschen bzw. Hypnotisanden den direkten Methoden umso offener und bereitwilliger gegenüberstehen, je gravierender sie ihre Symptomatik erleben, d. h. je schlechter es ihnen geht. Bei starken Angst-, Schmerz- oder Irritationszuständen möchten die meisten Menschen offenbar jemanden haben, der ihnen, ohne viel Wahlfreiheit zu lassen, souverän, klar und direkt sagt, was zu geschehen hat. Dies ist ja auch in der Körpermedizin nicht anders.

Aus dem unterschiedlichen Ansprechen der Patienten auf die verschiedenen Induktionsformen, aus welchen Gründen auch immer, liegt sich auch der klare Schluss nahe, dass die zukünftigen Hypnoseausbildungen dem Hypnotiseur ein entsprechend breites Spektrum an Methoden vermitteln sollten, d. h. es bedarf einer entsprechenden Kompetenz in deren Handhabung sowohl auf der Ebene der direkten als auch der indirekten Verfahren. Und oftmals erweist sich gerade die gekonnte Kombination beider Stile als hypnotherapeutisch besonders wirksam.

Die Entscheidung für die Anwendung einer direkten oder indirekten Suggestion hängt von der Struktur und dem Reaktionsmuster des Patienten ab.
Dem Hypnotiseur sollte ein breites Spektrum direkter und indirekter Methoden und Kombinationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Fazit

Es wurde versucht, die Methoden der »direkten« Induktion von Hypnose- bzw. Trancezuständen, einschließlich deren historischer und theoretischer Einbettung sowie deren Praxisrelevanz, systematisch darzustellen. Dies konnte selbstverständlich nur unter Verzicht auf Vollständigkeit und auch vieler Details geschehen. Andererseits schien es wichtig, bei bestimmten zentralen und häufig angewandten Verfahren auch Einzelempfehlungen für einen bewährten Wortlaut bei bestimmten Passagen einzufügen.

Die Geschichte der Hypnose ist weithin auch die Geschichte der direkten »klassischen« Einleitungsverfahren. Dabei zeichnet sich ein breites Spektrum von einzelnen Methoden ab, wie es auch heute noch besteht bzw. weiter ausgebaut wurde. Die im Mittelpunkt stehenden Induktionen über die einzelnen Sinneskanäle, von denen der optische, der akustische und der taktile die wichtigsten sind, nutzen eine offenbar bereitliegende, archaische Fähigkeit des psychobiologischen Substrats und der psychomentalen Konstitution des Menschen zur konzentrativen Einengung und zur gleichzeitigen Hingabe im »Rapport«. Für die über die Körpermotorik eingeleiteten Trancezustände gilt dies in ähnlicher Weise. Schnittlinie all dieser Methoden ist die beschriebene besondere »Focussierung« der Aufmerksamkeit mit Ausblendung bzw. Reduzierung von Nebenreizen. Sie macht dann sekundär die suggestive Weiterführung in einen vertieften Ruhezustand und andere, körperliche und psychische Sensationen, möglich.

Die besonderen Merkmale der »direkten« Induktionsverfahren sind, neben der erläuternden Vorbesprechung des Ablaufs, das innere Einverständnis mit diesem, dann die vorgegebene Rollenverteilung zwischen dem mehr »passiven«, reagierenden Patienten und dem »aktiven«, führenden Therapeuten sowie die zumindest grundsätzlich erlebte Transparenz der suggestiv-hypnotischen Interaktionen und Zielsetzungen. Diese Methode kommt daher hinsichtlich ihrer Akzeptanz gerade den Persönlichkeiten entgegen, die Bedenken und Angst vor undurchsichtigen und verwickelten »Manipulationen« und Abläufen haben, und die ihren kontrollierenden Ich-Anteil behalten möchten. Andererseits sind es häufig Patienten, die strukturell durch stärkere Autoritätsbedürfnisse bzw. eine deutliche autoritäre Abhängigkeit gekennzeichnet sind, die besser auf die direkten Einleitungsmethoden ansprechen, weil diese einem solchen Bedürfnis eher entgegenkommen. Die permissiven, einladenden und viel Eigenregie und Wahlfreiheit lassenden Elemente der indirekten Einleitungsmethoden sind gerade für solche Patienten häufig innerlich weniger nutzbar, eben weil sie mehr Bedarf nach »Führung« haben.

Es gibt auch Hinweise, dass deutlich hochhypnotisierbare Menschen mehr die direkten Methoden bevorzugen, während für weniger oder nur durchschnittlich hypnotisierbare Patienten eher die indirekten Methoden von Vorteil sind (Szabó 1996, S. 171 f.).

In Anbetracht des heute sehr breiten Indikationsfeldes für die therapeutische Hypnose, das ebenso ein breites Feld von Persönlichkeitsstrukturen und individuellen Reaktions- und Bedürfnismustern von Patienten einschließt, ergeben sich entsprechende Folgerungen für das wünschenswerte Anforderungsprofil an den jeweiligen Hypnotiseur. Konkret bedeutet dies, wie schon ausgeführt, dass dessen methodisches Repertoire zukünftig sowohl Anteile an direkten als auch an indirekten Induktionsformen umfassen sollte. Historisch gesehen hat sich die Bedeutung der klassischen, direkten Verfahren zwar relativiert, doch kommt ihnen sowohl in der Ausbildung als auch in der Therapie nach wie vor ein wichtiger und unverzichtbarer Platz zu.

15

Vorbereitungs-, Induktions- und Aufhebungsverfahren

Vladimir A. Gheorghiu

15.1 Entspannungsverfahren – 193
15.1.1 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: Kästchenversuch – 193

15.2 Imaginationsverfahren – 195
15.2.1 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: mentales Bergsteigen – 195
15.2.2 Überleitung durch eine Augenfixationsvariante – 196

15.3 Konzentrationsverfahren – 196
15.3.1 Vorübungsverfahren: Hände zueinander – 197
15.3.2 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: »Nach-hinten-fallen«-Versuch – 197
15.3.3 Überleitungsverfahren mit aktiver Beteiligung des Probanden – 198

15.4 Rückführung – 199
15.4.1 Entspannung/Anspannung – 200
15.4.2 Imaginationsverfahren – 201
15.4.3 Konzentrationsverfahren – 201

15.5 Diskussion – 201

Bei der Einleitung einer Hypnose geht es im Wesentlichen um den Versuch, optimale Bedingungen zu schaffen, die es dem Patienten ermöglichen sollen, sich mehr und mehr als hypnotisierte Person wahrzunehmen. Wie verschiedenartig Therapeuten auch vorgehen, sie werden wohl immer – zumindest bei der ersten Hypnose – einer Hauptdramaturgie folgen, indem sie

1. den Patienten für die anstehenden hypnotischen Prozeduren vorbereiten,
2. eine bestimmte Induktionstechnik einsetzen und
3. die Rückführung aus der hypnotischen Situation vornehmen.

Im Grunde handelt es sich bei diesem »Hypnoseszenario« um zwei Übergangsmomente: von Alltagsgegebenheiten hin zu einem hypnotischen oder hypnoiden Zustand und nach Absolvieren des eigentlichen Vorhabens wieder zurück zum Alltäglichen. In der Hypnoseliteratur und in Ausbildungsseminaren wird in Bezug auf diese Dramaturgie ausführlich das Moment der Induktion behandelt. Selten jedoch wird die Aufmerksamkeit auf Aspekte der Vorbereitung und Rückführung gerichtet.

Im Einzelnen werden drei sich ergänzende Vorbereitungs- (Vorübungs-)Prozeduren beschrieben: **Entspannungs-, Imaginations- und Konzentrationsverfahren** sowie die sich daraus ableitenden **Induktionstechniken**. Daran anschließend folgt die Beschreibung einiger **Rückführungsprozeduren**.

Die Klassiker der Hypnose haben oft zu Vorübungen gegriffen (Kossak 2004; Weitzenhoffer 1957, 1989b). Mit relativ einfachen Verfahren wollten sie ihren Patienten zu der Einsicht verhelfen, dass sie die entsprechende Reaktionsbereitschaft besitzen, und gleichzeitig in Erfahrung bringen, wie suggestibel diese tatsächlich sind.

Hypnosetechniken sind, ihrem Wesen nach, Suggestionsverfahren. Sie richten die Aufmerksamkeit auf die intendierten Verhaltensweisen in einer Art, dass alternative Optionen möglichst erst gar nicht wahrgenommen werden. Dies gilt bereits für die Vorbereitungsprozeduren, die die erwarteten Reaktionen antizipieren. Während dieser »**vor**hypnotischen« Phase ist es relativ leicht, Vorerfahrungen des Probanden zu aktivieren (z. B. seine Kenntnisse über Entspannungstechniken) sowie ihm Gelegenheit zu bieten, ad hoc neue Erfahrungen zu machen.

Im Sinne von Top-down-Prozessen begünstigen Vorwissen und damit assoziierte Erwartungshaltungen das Verständnis für das gesamte hypnotische Unterfangen. Es entsteht hierdurch eine Art Brücke zwischen der »Logik« des Hypnotisierers und der »Logik« und Erfahrungswelt des Patienten.

Ein hoher Stellenwert wird in den hier dargestellten Vorübungsprozeduren dem **Utilisieren** objektiver Abläufe eingeräumt. Es wird zu oft übersehen, dass quasi in allen Hypnosetechniken, wenn auch nicht immer auf den ersten Blick erkennbar, derartige Komponenten enthalten sind, in Form z. B. psychophysischer und psychomotorischer Reaktionsweisen. Diese objektiven Gegebenheiten haben an sich keine suggestive Relevanz: Es liegt in der Kunst des Therapeuten, sie zu identifizieren, mehr noch sie absichtlich zu evozieren und als Suggestionsvehikel einzusetzen.

Bereits während dieser »Ouvertüre« können aber alle Einflussfaktoren herangezogen und sozusagen vorexerziert werden, die dann während der Einleitung und Konsolidierung der Hypnose zur Geltung kommen: **direkte und indirekte, verbale und nonverbale Suggestionen, glaubwürdige Erläuterungen, positive Rückmeldungen, ritualisiertes Vorgehen.** Eine Hypnose lässt sich unmittelbar aus diesen Vorbereitungsübungen ableiten, die man auch als Überleitungsverfahren betrachten kann.

15.1 Entspannungsverfahren

Entspannungsübungen lassen sich in der Regel problemlos anwenden. Der Begriff Entspannung, jedem geläufig, ist positiv besetzt, und der Zusammenhang mit der Hypnose liegt auf der Hand.

15.1.1 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: Kästchenversuch

Als einleitende Demonstrationsübung verwandte Schultz (1960) den »Kastenversuch«, eine Variante des »Carpenter-Effekts« (Koseleff 1937).

Schultz wollte mit einer Größe/Schwere-Täuschung besonders seinen unsicheren Patienten vor Augen führen, wie Einstellungen und Erwartungen sich auf das Verhalten eines Menschen auswirken können. Uns ging es grundsätzlich aber darum, diesen Versuch primär als Suggestionsvehikel einzusetzen, und zwar als positive Rückkoppelung für gelungene Entspannungsübungen. Anstelle der zwei unterschiedlich hohen Kästen wurden drei gleich große Kästchen von etwa Tonbandkassetten-Format benutzt. Die drei aufeinander gelegten Kästchen sahen äußerlich identisch aus. Der einzige, aber wesentliche Unterschied: Das zuoberst liegende Kästchen bestand aus einem Stück Metall, die beiden darunter liegenden dagegen aus leichtem Holz. Der Versuch läuft folgendermaßen ab: Der Patient muss, aus seiner Sitzposition heraus, erst alle drei Kästchen zusammen anheben. Dann wird er aufgefordert, seine Hand auf dem **oberen Kästchen ruhen zu lassen** und in dieser Position die Arm- und Handmuskulatur 2- bis 3-mal hintereinander anzuspannen und zu entspannen. Wenn er glaubt, eine gute Entspannung erreicht zu haben, soll er versuchen, nur das obere Kästchen anzuheben. Fast immer empfindet der Patient – wie bei Koseleff/Schultz –, dass das obere Teil sich schwerer anfühlt als alle drei Kästchen zusammen.

Aus psychophysiologischer Sicht ist in Betracht zu ziehen, dass der Proband durch das Anheben von drei Kästchen eine gewisse Erfahrung mit Referenzcharakter über die dafür notwendige Kräfteanstrengung gewinnt. Wenn er unmittelbar danach **nur ein** Kästchen (das obere) anheben soll, geht er intuitiv davon aus, dass er auch nur ein Drittel der einzusetzenden Muskelkraft benötigt, was sein Gehirn dann auch den »Effektoren« mitteilt. Demzufolge entsteht der verblüffende Eindruck, dass sich ein Kästchen schwerer anfühlt als alle drei Kästchen. (Er weiß ja nicht, dass dieses Kästchen – im Unterschied zu den beiden anderen – aus einem Metallstück besteht und an sich »schwer« ist. Dennoch wiegt es, objektiv genommen, auf keinen Fall schwerer als alle drei zusammen.)

Man kann diese Übung mit einer Suggestion in »Wenn-dann«-Form einleiten: »Wenn bei sehr guter Lockerung von Finger-, Hand- und Arm-Muskulatur die Entspannung sich stark auswirkt, dann könnte es sehr schwer sein, das Kästchen überhaupt zu heben.«

Nicht selten lässt sich feststellen, dass der Patient tatsächlich nur mühsam, wenn überhaupt, das Kästchen anheben kann. Die Zunahme des Schweregefühls kann allerdings auch erreicht werden, wenn der Patient ein und dasselbe Metallstück 2-mal hintereinander anhebt und dabei das Gewicht schätzt, zuerst mit angespanntem und anschließend mit entspanntem Arm. Der Einfluss erweist sich aber in der Regel stärker, wenn man zu dem oben beschriebenen Täuschungsverfahren greift. Sinn des Versuchs, aus unserer Sicht, ist es schließlich, den Patienten zu der Überzeugung zu verleiten, dass die deutlich spürbare Zunahme der **Schwereempfindung dem Einwirken der Entspannungsübung** zuzuschreiben ist. Der Patient ist meistens angenehm überrascht und hat eine Art »Aha«-Erlebnis.

Der nächste Schritt wäre dann, im Sinne der intendierten Überleitung zur Induktion, den Patienten aufzufordern, es sich im Sessel bequem zu machen und sich sehr gut zu entspannen. Aus dieser Situation heraus kann man den Kästchenversuch simultan mit beiden Händen durchführen. Der Patient hat links und rechts in greifbarer Nähe jeweils die gleichen drei Kästchen stehen. Er wird aufgefordert, simultan jeweils das obere (schwere) Kästchen anzuheben.

Die Suggestion hierzu lautet:

»Da Ihr Körper bereits entspannt ist, wird es noch schwerer sein, die Gewichte anzuheben. Schon allein die Übung macht müde. Ihre Arme fühlen sich schwer oder vielleicht auch gewichtslos an. Sie haben jetzt auch kein Bedürfnis mehr, die Kästchen anzuheben. Sie konnten sich soeben davon überzeugen, wie schwierig es ist, sogar kleine Gewichte anzuheben, wenn die Entspannungsübungen wirksam werden. Ihre lockeren Arme rutschen jetzt weg von den Kästchen, zu Ihrem Körper hin. Die Entspannung und die Müdigkeit der Arme dehnen sich in den ganzen Körper aus. Man sieht dies bereits an Ihren Augen, die Sie ganz von selbst geschlossen haben. Sie sind ganz ruhig und entspannt.«

Zur Weiterführung und Vertiefung des Erreichten können Verfahren herangezogen werden, mit deren Hilfe eine Generalisierung des Entspannungszustands angestrebt wird. Eine der einfachen und effizienten Methoden ist die von Marmer (1959). Marmers Vorgehensweise wurde von Edmonston (1986)

aufgegriffen und detailliert beschrieben; sie besteht aus 20 kurzen Übungen, die Schritt für Schritt via Relaxation bestimmter Muskelpartien eine allgemeine physische und psychische Entspannung hervorrufen können. Für eine ähnliche Zielsetzung bietet sich aber auch eine Technik an, die sich auf die Grundübungen des autogenen Trainings stützt (Gheorghiu et al. 1994).

15.2 Imaginationsverfahren

Das Heranziehen von Imaginationsübungen lässt sich ebenfalls mit Blick auf die gängigen Vorstellungen über Hypnose und ähnliche Phänomene begründen. Schon die Altmeister der Hypnose haben von der Rolle der Einbildungskraft bei der Initiierung hypnotischer Geschehnisse und der durch sie vermittelten Heilungsvorgänge gesprochen. In praktisch allen Standardwerken der experimentellen und angewandten Hypnose wird die Rolle imaginativer Prozesse hervorgehoben (Sheehan 1979). Im Kontext der Imaginations-Vorbereitungs-Übungen könnten folgende Aspekte explizit oder implizit angesprochen werden:

Vorstellung, Einbildungskraft, Imaginieren sind Begriffe, die es gegebenenfalls erlauben, durchaus konstruktiv von der »Als-ob«-Situation der gesamten hypnotischen Geschehnisse zu sprechen. Am Beispiel des spielerischen Verhaltens von Kindern lässt sich zeigen, wie gut diese »Als-ob«-Situation im Sinne eines »Hineinversetzens« funktionieren kann, denn das Kind befindet sich zwar im Hier und Jetzt, lebt aber zur selben Zeit in der Welt seiner ausgemalten Wirklichkeiten.

Jeder Mensch hat die Fähigkeit, sich etwas vorzustellen. Das lässt sich sehr gut am Beispiel des Zitronentests illustrieren. Sowohl die »gedankliche« als auch die »bildhafte« Komponente der Vorstellungsdisposition ist hervorzuheben. Besonders bei Patienten, die gewisse Schwierigkeiten haben, mit den »ikonischen« Elementen der Vorstellung weiterzukommen, empfiehlt sich, weniger von Bildern als mehr von »Gedanken« zu sprechen. Es ist sinnvoll, auf die Verknüpfung imaginativer Vorgänge mit motorischen Abläufen hinzuweisen. Am Beispiel motorischer Verfahren kann der Patient unmittelbar die Erfahrung machen, wie diese Verbindung funktioniert.

Bevor man sich für eine Imaginationsübung entscheidet, die auch als Überleitungsverfahren herangezogen werden kann, könnte man erst einmal Näheres über das Vorstellungsvermögen des Patienten in Erfahrung bringen. Man kann ihn anregen, die Strecke zu beschreiben, die er z. B. vom Bäckerladen, der Apotheke oder dem Zeitungskiosk zu Fuß nach Hause zurücklegen muss. Er wird angehalten, mit geschlossenen Augen möglichst viele Details über andere Läden, markante Häuser, ggf. Grünanlagen usw. anzugeben.

15.2.1 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: mentales Bergsteigen

Der Patient nimmt auf einem bequemen Stuhl oder Sessel Platz und hält ein DIN-A-4-Blatt auf einer festen Unterlage quer auf seinen Knien. Es wird ihm ein Stift gereicht, den er wie einen Stab von oben halten und links im unteren Teil des Blattes ansetzen soll. Er wird angewiesen, die Augen zu schließen und sich vorzustellen, dass er sich auf einem schönen Waldweg befindet und gemütlich bergauf wandert. Die Landschaft ist herrlich und erscheint ihm sehr vertraut. Er soll den Stift als seinen Spazierstock betrachten und während des Wanderns immer wieder damit auf den Boden aufschlagen, hin und wieder anhalten, tief ein- und ausatmen, die Berglandschaft bewundern und seinen Blick besonders auf die neu gepflanzten Nadelbäume richten. Oben ist eine Bank, wenn er dort angelangt ist, soll er sich bequem hinsetzen, wieder tief ein- und ausatmen und sich gut ausruhen. Es könnte sein, dass er den Weg nach oben mit eigenen Erfahrungen in Verbindung bringt und z. T. nicht mehr ganz genau zwischen Traum und echten Gegebenheiten unterscheiden kann. Das interessiert ihn aber wenig. Das Aufstoßen des Stocks auf dem nach oben führenden Waldweg muss hörbar sein. (In fast allen Fällen ist zu beobachten, dass die »Schläge« auf dem Papier nach rechts oben führen.) Man kann suggerieren, dass er irgendwann durch das Steigen müde wird, dazu neigt, kleinere Schritte zu machen, und das Bedürfnis hat, sich auszuruhen. Es ist ja eine Bank vorhanden. Er soll es sich bequem machen, den Stock beiseitelegen. Es könnte aber durchaus

sein, dass er bereits so müde ist, dass ihm der Stock aus der Hand rutscht usw.

Sollte man aus dem Verhalten des Patienten schließen, dass die erteilten Suggestionen greifen (das Auftippen mit dem Stift nimmt ab und setzt irgendwann ganz aus, die angenommene Körperhaltung entspricht mehr und mehr der einer ruhenden Person usw.), macht es wenig Sinn, ihn aus diesem Zustand herauszuholen. Man kann durchaus hier ansetzen, um die erreichte Entspannung zu vertiefen. Es empfiehlt sich z. B. auf das Bild der suggerierten Bank zurückzugreifen, von der aus er einen Blick auf die Umgebung richten kann. Da man nicht weiß, inwieweit der Proband sich in die suggerierte imaginative Welt hineinversetzen kann, könnte man ihn, mehr en passant und permissiv, danach fragen, ob er sich die Dinge, die ihm soeben suggeriert wurden, vorstellen oder denken konnte. (Am besten vereinbart man vor der Hypnose ein Rückmeldungsverfahren, z. B. bei »Bejahung« das Anheben des Zeigefingers, bei »Verneinung« das Heben des kleinen Fingers. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich übrigens auch vor allen anderen Überleitungs- bzw. Induktionsverfahren.)

15.2.2 Überleitung durch eine Augenfixationsvariante

Wenn aber der Proband trotz entspannter Körperhaltung die Augen hin und wieder öffnet, könnte man ein Induktionsverfahren heranziehen, das ebenfalls in Verbindung mit den Auswirkungen imaginativer Vorgänge gebracht werden kann.

Der Patient in ruhiger Sitzposition wird erst einmal aufgefordert, den Zeigefinger des Therapeuten, den dieser vor seinen Augen hin- und herbewegt, zu verfolgen, ohne dabei den Kopf mit zu bewegen. Er soll ruhig und gelassen das Hin und Her der Fingerbewegung beobachten, irgendwann werden die Augen ermüden und sich von selbst schließen (Gheorghiu 1995b).

»Sobald sich die Augen schließen, werden Sie auch weiterhin dazu tendieren, sich die Fingerbewegung vorzustellen. Ihre Augäpfel werden sich bewegen, so als ob Sie durch Ihre Augenlider tatsächlich die Bewegung meines Zeigefingers beobachten könnten.«

Es lässt sich aus der Augenbewegung leicht erkennen, ob der Patient sich auf die entsprechende Instruktion einlässt. Der Therapeut kann auch entsprechende Rückmeldung geben.

»Ich kann an Ihren Augenbewegungen sehen, dass Sie meinem Zeigefinger auch mit geschlossenen Augen sehr gut folgen können. Es kommt aber ein Moment, in dem Sie zu müde sind, der Fingerbewegung nachzugehen. Ihre Augäpfel bewegen sich jetzt nach innen, Richtung Nasenwurzel. Sobald diese Augenkonvergenz eintritt – sie ergibt sich ganz von selbst aus dem normalen Ermüdungsprozess – wird es Ihnen schwer fallen, die Augen zu öffnen. Theoretisch können Sie das natürlich tun, aber es liegt Ihnen jetzt mehr daran, einen wohltuenden Zustand der Ruhe und der Gelassenheit zu erreichen. Sollten Sie trotzdem versuchen, die Augen zu öffnen, könnte es sein, dass Sie stattdessen eher dazu tendieren, die Augenbrauen nach oben zu ziehen. Das ist absolut normal, denn es hat mit der Wirkung der Entspannung zu tun. Konzentrieren Sie sich ruhig auf die Bewegung der Augenbrauen nach oben.«

Im Unterschied zu den klassischen »Challenge-Suggestionen« für motorische Phänomene (Hilgard 1965) wird den Patienten hier eine scheinbare Auswegmöglichkeit geboten.

Anschließend kann der Therapeut eine Zählmethode einsetzen und den Patienten dabei bitten, sich vorzustellen, mit einem Stift auf Papier oder mit einem Stock auf Sand die jeweiligen Zahlen zu schreiben, bis er müder und müder wird und die Zahlen ihm nicht mehr deutlich erscheinen.

15.3 Konzentrationsverfahren

Auch durch Entspannungs- und Imaginationsverfahren, die zum großen Teil ebenfalls auf Suggestionsmechanismen beruhen, wird der Patient aufgefordert, sich auf die »Mittel« zu konzentrieren, auf die Worte des Therapeuten und auf die von ihm eingesetzten nonverbalen Vehikel. Durch einige spezielle Suggestionstechniken – die dem Patienten gegenüber durchaus als Konzentrationsübungen dargestellt werden können – kann eine Begünstigung der Fokussierung der Aufmerksamkeit und

somit eine Einschränkung der Abweichtendenzen erzielt werden.

Eine wichtige Funktion aller Vorübungsformen besteht darin, dem Patienten implizit oder explizit zu verstehen zu geben, dass seine Bereitwilligkeit mitzumachen zwar sehr wichtig ist, dass er sich aber trotzdem zu nichts zwingen soll. Es soll kein Leistungsdruck entstehen.

15.3.1 Vorübungsverfahren: Hände zueinander

Diese Übung gilt als klassisches Verfahren zur Vorbereitung einer Hypnose (Details bei Weitzenhoffer 1957, 1989b). Der Patient, der bequem auf einem Stuhl sitzt, soll beide Arme mit den Handflächen nach innen ausstrecken. Er wird angehalten, sich fortwährend auf den Gedanken zu konzentrieren, dass sich die Hände ganz ohne sein Zutun zueinander hinbewegen, als ob sie durch eine quasi magnetische Kraft angezogen würden. Wie in den meisten »klassischen« Verfahren versucht der Therapeut, während der Durchführung der Übung das Verhalten des Probanden durch direkte Suggestionen zu beeinflussen:

»Die Hände bewegen sich schneller und schneller und werden sich bald berühren …"

Weniger direktiv wäre folgende Variante: Der Patient wird gebeten, die Arme so auszustrecken, dass die Handflächen sich berühren, dann Arme und Hände anzuspannen und langsam bis etwa zur Schulterbreite voneinander zu entfernen. Es folgt die Suggestion:

»Lösen Sie jetzt die Anspannung der Arme und Hände. Konzentrieren Sie sich ganz auf die eintretende Entspannung und beobachten Sie, ob als Folge der Aufhebung der Muskelanspannung sich Ihre Arme ganz langsam aufeinander zu bewegen. Alles muss ganz von selbst, ohne Ihr Zutun, geschehen.«

Während dieser Übung wird keine andere Suggestion erteilt.

Um die Wirkung zu verstärken bzw. dem bisher nicht Reagierenden doch noch ein positives Erlebnis zu vermitteln, kann die Bewegung der Hände zueinander durch eine Variante des »Kohnstamm-Effekts« (1915) erzielt werden, die sich praktisch immer erfolgreich vollzieht und auch den Probanden verblüfft: Der Patient wird angehalten, beide Hände von außen fest gegen seine angespannten und leicht gespreizten Oberschenkel zu drücken. Nach ca. 40–60 s soll er die Anspannung loslassen, die Hände etwa in Tischhöhe bringen und darauf achten, wie diese sich »wie von selbst« aufeinander zu bewegen (Gheorghiu 1995a).

Die verschiedenen Schritte können als sich ergänzende Momente geübt werden. Sinn der Sache ist, dem Patienten letztendlich das Gefühl zu vermitteln, dass a) er es ist, der es schafft, b) die Übung nicht immer auf Anhieb funktionieren muss und c) der Therapeut über verschiedene Möglichkeiten verfügt, die ihm zur Realisierung der angestrebten Reaktionen verhelfen.

15.3.2 Vorbereitungs- und Überleitungsverfahren: »Nach-hinten-fallen«-Versuch

Zur Einleitung von Hypnose oder autogenem Training wird manchmal der »Fallversuch« angewandt, bekannt als Körperschwankungs- oder Körperschwingversuch (»body-sway-test«; Kossak 2004; Schultz 1960; Weitzenhoffer 1957). Der Versuch wird in einer Vielzahl von Varianten durchgeführt. Allen gemeinsam ist auch hier die direkte Suggestion: *»Ihr Körper neigt sich immer mehr nach hinten (nach vorn) …«* Weniger bekannt ist wohl, dass der »Fallversuch« auch durch indirekte Suggestionsvehikel durchgeführt werden kann (Gheorghiu 1971a, 1991, 1994). Dieser indirekte Suggestionsmodus ist nicht so spektakulär, hat aber den Vorteil, dass dem Probanden der Eindruck vermittelt wird, er selbst könne seine Körperhaltung beeinflussen. Im Folgenden werden zwei indirekte Varianten des Fallversuchs beschrieben.

Der Patient wird angehalten, sich in unmittelbare Nähe einer Wand zu stellen und seinen Oberkörper 2- bis 3-mal hintereinander anzuspannen und zu entspannen und dann den Körper möglichst locker zu halten. Er wird aufgefordert, die dominante Hand auf sein Brustbein zu legen und kontinuierlich einen Druck auszuüben. Die suggestive Richtungszuweisung wird in Form plausibel

klingender Behauptungen bereits anfangs gegeben:

»Wenn Ihr Oberkörper gut entspannt ist, Sie kontinuierlich einen Druck auf Ihre Brust ausüben und sich nur auf den Druck Ihrer Hand konzentrieren, dann ist es denkbar, dass Ihr locker gehaltener Körper ganz von selbst nach hinten fallen wird.«

Sollte der Patient keine Reaktionsbereitschaft zeigen – was hin und wieder auch passiert –, könnte eine andere Variante greifen, die sich auf eine objektive Reizsituation stützt: Mit dem Hinweis, dass der Patient noch über genügend Fähigkeiten verfügt, sich optimal zu konzentrieren und zu entspannen, wird er nochmals gebeten, eine orthostatische (aufrechte) Haltung einzunehmen. Nach zwei, drei kurzen Anspannungs-/Entspannungsübungen des Körpers (aus der progressiven Muskelrelaxation) wird er angehalten, sich ein paarmal bewusst nach hinten fallen zu lassen, um zu demonstrieren, dass dies keineswegs als unangenehm empfunden werden muss (Vorbahnungsübung). Nachdem der Patient wieder zurück in die aufrechte Körperhaltung gekommen ist, wird er gebeten, seinen Körper weiterhin möglichst entspannt zu halten. Der Therapeut weist nun darauf hin, dass er diesmal mithilfe eines breiten Stifts, z. B. eines Markers, einen leichten, aber deutlich wahrnehmbaren Druck auf das Brustbein des Patienten ausüben wird. Mit hoher Wahrscheinlichkeit – so fährt der Therapeut für seinen Probanden fort – ist damit zu rechnen, dass der äußerliche Druck ein »Nach-hinten-Fallen« verursachen wird; der Patient soll sich aber nur auf die leichten Schwingungen seines Körpers, die durch diesen Druck entstehen, konzentrieren. Alles andere geschieht wie von selbst. – In der Tat reicht schon ein geringer (objektiver) Druck aus, um das Fallen zu verursachen. – Es folgt dann eine Wiederholung des Versuchs. Mit der Behauptung *»Was ich kann, können Sie sicherlich auch allein«* wird diesmal aber der Patient aufgefordert, sich mit dem Stift selbst einen Druck auf das Brustbein zu geben, möglichst an die gleiche Stelle, auf die der Therapeut den Druck ausübte, um festzustellen, ob es nicht auch hierdurch zu einem »Nach-hinten-Fallen« kommen kann. (Es geschieht extrem selten, dass sich die Patienten bewusst werden, dass sich hinter dieser Handlung ein Suggestionseffekt verbirgt. Denn das »Nach-hinten-Fallen« entsteht keineswegs durch den ausgeübten eigenen Druck, sondern durch die Zuschreibung, dass dieser die Ursache dieser Reaktionsweise ist; Gheorghiu et al. 1999; Gheorghiu et al. 2004.)

Indessen lässt sich der Fallversuch mit seinen Varianten von Beginn an auch im Sitzen durchführen. (Der Proband soll sich anfangs aber nicht anlehnen.) Die Überleitung zu einer Hypnosesituation ist dann leichter herzustellen. Der Übergang ergibt sich manchmal quasi spontan. Immer wieder stellt sich heraus, dass einige Personen, die durch »eigenen Druck« nach hinten fallen, sich nur mühsam wieder aufrichten können. Ihre Hand samt Stift bleibt ungerührt auf der Brust liegen. Die entsprechende Suggestion lautet:

»Ihr Körper ist jetzt sehr schön entspannt, und sobald ihr entspannter Arm langsam nach unten gleitet, können wir wunderbar weitermachen, um den erreichten Zustand zu vertiefen.«

15.3.3 Überleitungsverfahren mit aktiver Beteiligung des Probanden

Im Folgenden werden zwei zusätzliche Konzentrationsübungen beschrieben, die ebenfalls als Überleitungsverfahren eingesetzt werden können. Im Unterschied zu den klassischen Techniken sehen diese eine stärkere Beteiligung des Probanden am Induktionsablauf vor. Auf diesem Wege soll bei der Einleitung der Hypnose der Anteil autosuggestiver Komponenten erhöht werden. Die Zielperson wird aufgefordert, eine einzige, klar umrissene Tätigkeit auszuführen, die wenig Spielraum für Ausweichtendenzen bietet. Ihr Verhalten kann unmittelbar beobachtet werden. Je nach den sich ergebenden konkreten Reaktionsweisen kann der Therapeut durch gezielte suggestive Hinweise weiteren Einfluss ausüben.

Beidhändig Kreise beschreiben

Der Patient, der bereits durch einige Vorübungen für die Einleitung der Hypnose vorbereitet wurde, wird angewiesen, mit zwei Stiften (in jeder Hand einen) in der Mitte eines quer liegenden Blattes (das er auf einer Unterlage auf den Knien hält) fortlau-

fend zwei Kreise zu beschreiben. Beide Kreise soll er zügig im Uhrzeigersinn durchführen. Er wird darauf aufmerksam gemacht, dass bereits nach kurzer Zeit ein »Kipp«-Effekt auftritt: Eine Hand bewegt sich weiterhin im Uhrzeigersinn, die andere aber in die entgegengesetzte Richtung. (Es handelt sich dabei um eine Reaktionsweise, die früher oder später bei allen Menschen beobachtet werden kann; Gheorghiu 1994, 1995a, 1997). Der Patient soll aber auch nach dem »Brechen« der synchronen Bewegungsrichtung weiterhin zügig Kreise beschreiben. Irgendwann wird er in der Mitte des Blattes nur noch zwei kleine weiße Flächen sehen.

»Wenn Sie gezielt Ihren Blick nur auf diese kleinen Kreise in der Mitte des Blattes konzentrieren, werden Sie so müde sein, dass sich Ihre Augen ganz von selbst schließen. Die Müdigkeit in den Händen und Armen breitet sich im ganzen Körper aus. Es ist durchaus vorstellbar, dass Ihnen wegen der anstrengenden Hand- und Armbewegungen die Stifte regelrecht aus den Händen fallen.«

Sollte dies der Fall sein, kann man mit einer beliebigen Technik den erreichten Entspannungszustand generalisieren und vertiefen.

Suggestive Sätze aufschreiben

Wenn sich zeigt, dass der Patient im Sinne der Vorübungen reagiert, lässt sich folgendes Induktionsverfahren anwenden: Nachdem er es sich im Sessel bequem gemacht hat, wird er gebeten, kurze Sätze in Ich-Form auf ein großes Blatt Papier (auf fester Unterlage auf den Knien) zu schreiben. Er soll sich dabei nur auf den Inhalt der Worte konzentrieren, das Schreiben verläuft ganz automatisch, wie von selbst:

»Ich sitze bequem … bin ganz ruhig … schreibe langsam … bin angenehm müde. Das Schreiben fällt mir schwer … Ich sehe die Wörter ziemlich ver-schwommen. Mein Schreibarm … fühlt sich … schwer an. Weil ich mü-de bin, wird die Schrift … un-deutlicher. Ich … bin … ganz …müde. Die Augen sind … schwer … wie mein Arm. Ich höre ir-gend-wann auf zu schrei-ben …"

Die Sätze spricht der Therapeut langsam und ganz ruhig. Dabei gilt es zu prüfen, inwieweit der Patient sein Verhalten nach den suggestiven Inhalten richtet. Es geht grundsätzlich um den Versuch, seinem suggestiblen Patienten mehr und mehr den Eindruck zu vermitteln, »als ob« dieser sich selbst einredet, so und nicht anders zu reagieren.

Der Therapeut, der unmittelbar die Auswirkungen der suggestiven Sätze verfolgt, sollte aber nicht nur die Schrift, sondern das ganze Verhalten des Patienten beobachten, denn es ist nicht auszuschließen, dass dieser keine Änderung seiner Schrift aufweist, aber trotzdem die Augen schließt und u. U. den Stift fallen lässt.

In Abhängigkeit von dem sich ergebenden Verhaltensbild kann man auch hier mit einem Generalisierungs- und Vertiefungsverfahren fortfahren.

15.4 Rückführung

Das Rückführungs- und Abschlussritual kommt oft zu kurz und verläuft häufig etwas zu künstlich; meist wird die Aufhebung der hypnotischen Situation durch ein Rückzählen eingeleitet und durch ein kräftiges Durchatmen sowie Strecken der Glieder beendet. Offensichtlich sieht man diesen Part nicht als Bestandteil der gesamten hypnotischen Dramaturgie an; er wird als ein kurzer Schlussakt und nicht als eine Übergangsphase betrachtet. Sicherlich rührt diese Einstellung auch daher, dass **die Induktion** und **nicht ihre Annullierung** im Fokus des Therapeuten steht. Es gibt mehrere Gründe, die Rückführung stärker zu gewichten: Es wird übersehen, dass sich mit der Zunahme der wachen Aufmerksamkeit die therapeutischen Grundelemente bündeln und sich angemessene posthypnotische Suggestionen in direkter oder indirekter Form vermitteln lassen. Eine unzureichende Rücknahme kann, nachweislich, negative Auswirkungen zur Folge haben, z. B. eine momentane Einschränkung der Arm- und Beinmotorik oder ein spontanes Einnicken. Es gibt deswegen den gerechtfertigten Hinweis an den Patienten, sich nicht unmittelbar nach Annullierung der Hypnose ans Steuer zu setzen.

Das Rückführungsritual verläuft meist ausschließlich nach der Logik des Therapeuten und nicht nach der des Patienten. Angesichts der interindividuellen Unterschiede ist es wohl günstiger, dem Patienten mehr Freiheitsgrade im Hinblick auf den

Moment und Rhythmus des Zurückkommens einzuräumen.

Für die Rückführung können allerdings auch – diesmal mit umgekehrten Vorzeichen – die oben beschriebenen Entspannungs-, Imaginations- und Konzentrationstechniken angewandt werden.

15.4.1 Entspannung/Anspannung

Zur Überprüfung der anhaltenden Wirkung von Entspannungssuggestionen, die während der Rückführungsphase erteilt werden, kann man folgendermaßen vorgehen:

»Bevor wir jetzt gleich die Übung beenden, möchte ich Ihnen noch einmal Gelegenheit dazu geben, die Wirksamkeit des Entspannungsverfahrens zu überprüfen. Am leichtesten lässt sich das durch eine Entspannungsübung erreichen, die man mittels kurzer Muskelanspannung des Schreibarms durchführt. Bitte spannen Sie nun die Muskeln des Armes stark an …, jetzt ganz locker lassen. Nochmal kurz anspannen …, jetzt wieder loslassen. Das Gleiche noch 2- bis 3-mal wiederholen. Der Arm fühlt sich jetzt sehr schwer an. Versuchen Sie nun, den völlig entspannten Arm etwas zu heben. Bei gutem Gelingen dieser Übung ist es denkbar, dass Sie für die Dauer dieser eingetretenen tiefen Entspannung gar nicht die Kraft haben, den Arm anzuheben. Der vollkommen entspannte Arm fühlt sich bleischwer an.

Lassen Sie die Entspannung voll und ganz auf Ihre Schreibarmmuskulatur wirken. Es ist auch damit zu rechnen, dass Sie noch kurz nach Beendigung der gesamten Übung Schwierigkeiten haben werden, den bleischweren Arm zu bewegen. Das ist absolut normal und zeigt Ihnen, wie gut die Muskelentspannung nachwirken kann.

Gleich werde ich langsam von 10 bis 1 zählen, und Sie spüren, wie Sie bei jeder Zahl allmählich Schritt für Schritt wieder in den Bereich der wachen Aufmerksamkeit zurückkommen.

Bevor wir jetzt die Übung beenden, beobachten Sie bitte, ob sich der Schreibarm noch sehr entspannt und schwer anfühlt und sich nicht richtig bewegen lässt. Sollte dies der Fall sein, was durchaus denkbar ist und einer tiefen Muskelentspannung entspricht, dann machen Sie mit der Schreibhand eine Faust und ballen Sie diese 3-mal hintereinander, um den Arm wieder normal bewegen zu können.

Ich wiederhole noch einmal: Sollten Sie Ihren Schreibarm noch nicht normal bewegen können, dann ballen Sie die Hand 3-mal hintereinander zur Faust!«

Dieses Verfahren erlaubt, im Kontext der Aufhebung von Entspannungszuständen, das Evozieren motorischer Blockierungen durch eher **indirekten** Suggestionseinfluss. Es lässt sich hier eine gewisse Ähnlichkeit mit posthypnotischen Effekten ausmachen, deren Auswirkungen während der Rücknahme einer Hypnose suggeriert werden (s. das Suggestionsitem der Hypnoseskalen zur Erfassung posthypnotischer Reaktionen; Shor u. Orne 1962).

Im Vergleich aber zu dem klassischen **direkten** Suggestionsitem besitzt die oben beschriebene Vorgehensweise einen gewissen Vorteil. Dieser besteht nach unseren Beobachtungen darin, dass dem Probanden eine Art »Legitimation« für seine doch relativ unübliche Reaktionsweise angeboten wird. Der unterstellte Zusammenhang zwischen Muskelentspannung und Blockierung der Armmotorik verfehlt offensichtlich seine Wirkung nicht. Bei einer Stichprobe aus Schülern, die bis dahin keine Erfahrung mit irgendwelchen Entspannungsverfahren hatten, zeigte die Mehrheit der Probanden, die glaubte, eine tiefe Entspannung erlebt zu haben, die erwähnte Tendenz: Bei der Zurücknahme ballten sie, bevor sie den Schreibarm bewegten, mehrmals die Faust (Gheorghiu u. Molz 2008; Thierauf 2002; Weigand 2001). Das Evozieren posthypnotischer Effekte kann allerdings auch erzielt werden, wenn **indirekte** Suggestionen bei der Rückführung aus einer Hypnose herangezogen werden (Gheorghiu u. Holdevici 1980).

Nachdem der Patient die Augen geöffnet hat, kann man kurze Übungen aus der progressiven Muskelentspannung (Peter u. Gerl 1977/1991) mit ihm durchführen, die den Vorteil besitzen, das klare Bewusstsein zu fördern, aber gleichzeitig für das Beibehalten der Entspannung zu sorgen. Mit den Patienten, die beim »Kästchenversuch« das Kästchen nicht oder nur schwer anheben konnten, sollte man diesen Versuch nun wiederholen, wobei sie diesmal aufgefordert werden, mit gut angespanntem Arm das schwere (obere) Kästchen zu heben.

15.4.2 Imaginationsverfahren

Man kann dem Patienten, dem man die Zählmethode empfohlen hatte (▶ Abschn. 15.2.2), suggerieren, dass er möglicherweise die von ihm auf Papier oder auf Sand geschriebenen Zahlen in rückwärtiger Reihenfolge wieder entdeckt; zu Beginn etwas undeutlich, dann aber, ab den Ziffern 7 bis 1, immer deutlicher. Man kann aber auch das mentale Bergsteigen (▶ Abschn. 15.2.1) wieder aufgreifen. Der Patient, dem man wieder eine Unterlage auf die Knie und einen Stift (als Stock) in die Hand legt, wird angehalten, den Bergweg langsam abwärts zurückzugehen. Er wird dann, nach Öffnung der Augen, aufgefordert, seinen Rückweg zu beschreiben, um sich munter zu reden.

15.4.3 Konzentrationsverfahren

Sollte der Patient während der Vorübungen mit Konzentrationsverfahren positive Erfahrungen gemacht haben, kann man diese nochmals heranziehen. Nachdem er die Augen geöffnet hat, soll er sich aufrecht hinsetzen und seinen Oberkörper leicht anspannen. Dann wird er angewiesen, mit der Hand gegen sein Brustbein zu drücken, mit dem Hinweis, dass er diesmal nicht mehr nach hinten fallen wird, weil der Oberkörper angespannt ist. Eher könne es zu einem »Nach-vorne-Neigen« kommen.

Zum Schluss soll immer noch genügend Zeit für einen Erfahrungsaustausch vorgesehen werden. Ein informeller Abschluss gibt dann noch einmal die Chance, dass der Patient Fragen stellen, relevante Informationen einholen und ein wenig plaudern kann. Es ist ungünstig, die therapeutische Sitzung aus Zeit- oder anderen Gründen abrupt aufzulösen bzw. das Ausklingen der gemeinsamen Bemühungen nicht durch ein entsprechendes **Abschlussritual** zu bekräftigen.

15.5 Diskussion

Der vorgenommenen Einteilung in **Entspannungs-**, **Imaginations-** und **Konzentrationsverfahren** haftet sicherlich etwas Künstliches an, zumal ja alle drei Verfahren ihrem Wesen nach **Suggestionstechniken** sind. Die Klassifikation sollte keineswegs zu dem Schluss verleiten, dass jeweils nur eine dieser Kategorien einzusetzen ist und dies in der hier angegebenen Reihenfolge. Die oben beschriebenen Verfahren wurden im Laufe vieler Jahre entwickelt, nicht zuletzt in Interaktion mit wissbegierigen Teilnehmern an Ausbildungsseminaren. Sie sind als »Technik der kleinen Schritte« zu verstehen und sollen darauf hinweisen, dass es sich um relativ einfache Verfahren handelt. Sie sollen besonders den Anfänger in diesem Bereich (der nicht selten vor den üblichen Induktionstechniken zurückschreckt) ermutigen, mehr zu wagen und ihm dabei helfen, das Gefühl zu verlieren, dass er etwas wagt.

Anhand seiner Erfahrungen an Tausenden von Patienten und Probanden kam Erickson (1964/1995, S. 36) zum Schluss, dass sich eine Technik umso wirkungsvoller zeigt, je einfacher und unauffälliger sie ist.

Keines der Verfahren »muss« angewendet werden. Sie sind alle, mehr oder weniger, austauschbar und jeder wird, wenn überhaupt, die Technik heranziehen, von der er glaubt, dass sie sowohl zu ihm als auch zu seinem Patienten passt. Dabei soll nicht vergessen werden, dass wir hin und wieder Patienten antreffen, die zwar mitmachen wollen, man aber – vielleicht weil sich beide Akteure zu sehr anstrengen – nicht zum Ziel kommt. Dann soll man es bei den Entspannungsübungen belassen, die ja auch bei dieser Kategorie von Patienten meistens greifen. Welche Methoden man auch immer anwendet, es erscheint unerlässlich, dem Patienten **Orientierungshilfe** anzubieten. Die Richtungszuweisung kann indirekt/implizit, aber auch direkt/explizit vermittelt werden. Da man nie genau weiß, was sich im Inneren des Patienten abspielt, sollte man neben den oben erwähnten Rückmeldungsmodi auch für Formulierungen sorgen, die dem Entstehen möglicher Diskrepanzen entgegenwirken könnten. Denn die Erfahrung zeigt immer wieder, dass durchaus gut kooperierende Personen ein gewisses Unbehagen empfinden, wenn sie feststellen, dass die erteilten Suggestionen und Instruktionen sich nicht ganz mit ihrer Vorstellungs- und Erlebniswelt decken oder einfach nicht stimmig sind. Deswegen die Empfehlung, wenn immer möglich, konjunktivische Formen heranzuziehen, die Freiräume für Alternativen lassen. (Der interessierte Leser findet an anderer Stelle zusätzliche Hinwei-

se über indirekte und direkte Vorbereitungs- und Induktionsverfahren, s Gheorghiu 1995a, 1995b, Gheorghiu et al. 1999)

Es gibt nicht »die« Hypnose, sondern nur das, was die Beteiligten für eine solche halten. Es kommt auf die Interpretation des Erlebten und des Verhaltens als Ausdruck der »hypnotischen Situation« an. Deswegen sind alle Techniken auch als explizite und implizite Deutungsvehikel zu verstehen.

Die Durchführung hypnotischer Rituale geschieht im Rahmen einer stillschweigenden Übereinkunft. Erwartungen und Deutungen spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Gemäß den bei uns vorherrschenden soziokulturellen Vorstellungen über eine hypnotische Situation wird erwartet, dass der »Hypnotherapeut« zumindest einige Techniken einsetzt, die es dem Patienten bei entsprechender Empfangsbereitschaft ermöglichen, sich als eine hypnotisierbare Person zu erleben und sich entsprechend zu verhalten.

Hieraus ergeben sich gewissermaßen wie von selbst bestimmte ritualisierte Verhaltensweisen (z. B. wird die Stimme des Hypnotisierers ruhiger, gegebenenfalls auch tiefer, der Sprachduktus, aber auch die Gebärden ändern sich usw.). In den Augen wohl der meisten Patienten ist Hypnose – zumindest am Anfang der Therapie – etwas Besonderes. Dies ist mit ein Grund, warum der Therapeut auf eine bestimmte Form des Rituals nicht verzichten sollte.

Man ist häufig geneigt, in allen Fällen aufklärerisch zu wirken, falsche Vorstellungen und Erwartungen hinsichtlich Hypnose zurechtzurücken. Das mag für eine ganze Reihe von Fällen sinnvoll sein. Es ist aber manchmal ebenfalls möglich, die Einstellung des Patienten umzudeuten und in den konkreten Induktionsverfahren zu utilisieren (Erickson 1964/1998; Fourie 1994). Die hier angestellte Überlegung, den Erwartungs- und Deutungskomponenten bei der Auswahl und Anwendung der einzusetzenden Verfahren mehr Bedeutung beizumessen, ergibt sich auch aus der Perspektive neuerer theoretischer Auseinandersetzungen über den Stellenwert dieser Einflussfaktoren (Fourie 1994; Gheorghiu u. Wallbott 1994; Kirsch 1990). Hierzu wollte vorliegender Beitrag einige Anhaltspunkte bieten.

Einige der beschriebenen Verfahren wurden im Kontext induzierter Entspannungssituationen an Stichproben von Schülern, Studenten und Patienten erprobt. Ziel der durchgeführten Untersuchungen war zum einen die Überprüfung der Effizienz dieser Verfahren unter verschiedenen Versuchsbedingungen, zum anderen die Erfassung interindividueller Unterschiede. Ein besonderes Interesse galt der Prüfung indirekter Suggestionstechniken, hier speziell der Einflussnahme auf motorische Abläufe durch pseudorationale Beweisführungen. Vordergründig wurde ebenfalls untersucht, wie eine **Optimierung** von Suggestionseffekten erzielt werden kann, wenn man hierzu u. a. folgende Vorgehensweisen berücksichtigt:

a) Utilisieren von objektiven Gegebenheiten (die an sich keine suggestive Relevanz besitzen),
b) Verwendung von indirekten Alternativen zu den traditionellen direkten »Challenge-Suggestionen« sowie
c) Kombination expliziter und impliziter Suggestionstechniken. (Gheorghiu 1991; Gheorghiu et al. 1994; Gheorghiu et al. 1999; Gheorghiu u. Molz 2008; Gheorghiu et al. 2004; Keller 1993; Krauth 1997; Thierauf 2002; Weigand 2001).

Indirekte Induktion und Kommunikation

Dirk Revenstorf, Ulrich Freund

16.1 Alltägliche sprachliche Unschärfen – 204

16.2 Sprachmodelle der Hypnotherapie – 205

16.2.1 Das Metamodell – 206

16.2.2 Das inverse Metamodell (»Milton-Modell«) – 207

16.2.3 Indirekte Suggestionen – 208

16.3 Hypnotische Bindeworte und Pseudokausalität – 210

16.4 Einstreutechnik – 210

16.5 Einkreistechnik – 211

16.6 Destabilisierung durch Konfusion – 213

Ericksons Ansatz der Hypnotherapie zeichnet sich u. a. durch das Prinzip der Indirektheit aus. Erickson glaubte, dass Kommunikation nicht notwendigerweise logisch, konkret oder direkt sein muss, um eine Wirkung zu erzielen. Seine Anschauung deckt sich mit Ergebnissen der Sozialpsychologie:

> In dem Maß, in dem Psychotherapiepatienten oder Versuchspersonen in sozialpsychologischen Experimenten etwas darüber wissen, dass sie zu einem Einstellungswandel gebracht werden sollen … oder über Techniken, die angewendet werden sollen, in dem Maß wächst auch die Wahrscheinlichkeit, dass diese Techniken weniger effektiv sind (Sherman 1988, S. 56).

Erickson legte meist seine Vorgehensweise gegenüber dem Patienten nicht offen dar – auf dem Hintergrund, dass die bewusste Wahrnehmung von Techniken und ihren Zielen für therapeutische Änderungen hinderlich sein kann. Der Patient soll aber nicht etwa bewusst getäuscht werden; vielmehr verstand Erickson dieses Vorgehen als »passives im Unklaren lassen«. Obwohl Transparenz in vieler Hinsicht wünschenswert erscheint, kann diese Unklarheit dem Therapieprozess in verschiedener Hinsicht förderlich sein.

Für die Tranceinduktion ist Indirektheit vorteilhaft, da dadurch das verstandesmäßige Begreifen und Nachvollziehen umgangen und die assoziative Umsetzung angeregt wird. Zum einen wird durch die Umgehung des Bewusstseins der Zugang zur Trance erleichtert, die für viele Menschen mit dem Alltagsdenken unvereinbar erscheint. Zum anderen bleibt, anders als durch direkte Vorgaben, bei indirekten Suggestionen Raum für individuelle Ausgestaltung. Sollte das bewusste Denken des Patienten einer direkten Empfehlung nicht folgen können oder wollen, so kann mittels indirekter Suggestionen eine unbewusste Suche nach einem eigenen Weg in Gang gesetzt werden (Erickson u. Rossi 1979).

Auch für den Umgang mit den Widerständen bieten indirekte Verfahren zahlreiche Möglichkeiten. Widerstände treten oft auf, wenn die rational-kontrollierende Informationsverarbeitung an ihre Grenzen stößt. Statt, wie oft in anderen Therapieformen, direkt thematisiert zu werden, können Widerstände umgangen werden, wenn dies vermieden wird. Außerdem kann aversiv besetzten Inhalten ihre negative Bewertung genommen werden, wenn sie bildhaft bearbeitet werden (▶ Kap. 20). Ebenso können durch Indirektion Gefühle und Empfindungen (z. B. Stärke und Stabilität) vermittelt werden, deren der Patient sich auf bewusster Ebene nicht mehr für fähig hält. Auch können durch Symbole und Bilder »vor-begriffliche« Einsichten und Zusammenhänge vermittelt werden, ohne dass dafür Rechenschaft gefordert wird.

Fallbeispiel

Der Therapeut lässt die Patientin in Trance Wurzeln ziehen, die andere Pflanzen und Wurzeln bedrängen – die Patientin veranlasst zu Hause, dass alte Möbel ausgeräumt werden, die noch von den Eltern stammen, die sie schon lange gestört haben.

Letztendlich wird indirekte Kommunikation einem der wichtigsten Prinzipien von Ericksons Therapieansatz gerecht: der Individualität des Patienten und dem ihm innewohnenden Potenzial, selbst die besten Lösungen für sein Problem zu finden. Indirekte Suggestionen geben lediglich Anstöße, zeigen Richtungen auf, machen Angebote. Der Patient gestaltet daraus seine eigenen Bilder, in seinen eigenen Farben, folgt seinen Assoziationen und findet zu seinen eigenen Lösungen, die oft genug anders aussehen, als der Therapeut es sich gedacht hat.

Die Basis der Indirektion ist die Unterscheidung zwischen Oberflächen- und Tiefenstruktur der Sprache. Ein Beispiel dafür sind die Namen, mit denen wir uns rufen lassen. Sie sind Symbole aber auch verkürzte Aussagen über die Person des Trägers, deren wir uns häufig nicht bewusst sind, die aber bei genauerer Nachprüfung oft zum Träger gut passen.

16.1 Alltägliche sprachliche Unschärfen

Indem der Therapeut den Patienten ermuntert den Rahmen in seinem problemgebundenen Fokus zu erweitern, braucht er keine Ratschläge zu geben. Nominalisierungen sind Worte, die aus Prozessbeschreibungen (Verben) dadurch entstanden sind, dass der Prozess in ein abgeschlossenes Ereignis umgeformt wurde (z. B. werten: Werte). Ein unkonventioneller Test (nach U. Freund) zur Unterschei-

dung von »echten« Substantiven und Nominalisierungen besteht darin, dass echte Substantive »in eine Schubkarre getan werden können« (wie z. B. Auto, Mensch, Ehefrau/Ehemann) und Nominalisierungen sinnvoll im Zusammenhang mit dem Wort »andauernd« benutzbar sind wie z. B. Liebe, Depression, Erfolg, Unsicherheit. Beispiel: »Die **Ruhe**, dazusitzen, kann gut tun.«

Nominalisierungen sind von Natur aus unkonkret und sehr stark in ihrer Bedeutung von der persönlichen Erfahrung seines Zuhörers abhängig. Politikerreden enthalten oft zahlreiche Nominalisierungen. Sie bewirken außer der Anregung von Suchprozessen eine gewisse Konfusion und damit eine erhöhte Suggestibilität. Nominalisierungen sind ein gutes Beispiel dafür, dass die Oberflächenstruktur der Sprache Unklarheit über die Tiefenstruktur hinterlässt. Daher spielen sie in der therapeutischen Sprache eine ganz wesentliche Rolle.

Die Bedeutung von Nominalisierungen kann man gut am Beispiel des eigenen Namens verdeutlichen. Er transportiert nicht nur den Klang und eine denominativen Bedeutung (die der Identifikation der betreffenden Person dient), sondern hat zugleich einen Bedeutungshof, der u. U. unbewusste Botschaften als Auftrag – etwa von Seiten der Eltern – an den Namensträger enthält.

Begriffe, die der Patient gerne benutzt (seine Eigensprache) sind ebenso wie Namen mit einem konnotativen Hof individueller Bedeutung beladen, die als Tiefenstruktur dem Therapeuten zunächst verborgen bleibt. Ebenso haben Nominalisierungen jeweils ganz unterschiedliche individuelle Konnotationen und können vom Therapeuten eingesetzt werden, ohne dass er sie kennt, um beim Patienten innere Suchprozesse anzuregen, ohne dass sich dieser dessen voll bewusst ist.

Nominalisierungen werden von Politikern und Pfarrern verwendet, um Bedeutungsvolles zu sagen, ohne sich selbst festzulegen. Sie schaffen lediglich den Rahmen, den der Zuhörer selbst mit seinen Bildern füllt:

- »Ohne **Gefährdung** unserer bestehenden **Versorgungsstrukturen**…«
- »Es müssen Alternativen gesucht werden, aber der Knackpunkt ist **das Wie**.«
- »**Freiheit** aber nicht zu jedem Preis.«
- »**Strukturwandel** ist oft schmerzhaft.«

Vor den individuellen Suchprozessen kommt es dabei u. a. auch zu einer leichten Konfusion über das Gesagte, die eben gerade die individuelle Suche nach Bedeutung auslöst. Die Wirkung der Konfusion ist heilsam, weil sie eine Umorientierung fördert (s. unten).

Doppelbindung und ebenso **Pseudokonkretheit** (»Du kennst den Unterschied …«) sind häufig verwendete Strategien publikumswirksamer Redner:

- Antiautoritäre Erziehung: Das Kind fragt: »Muss ich heute wieder spielen was ich will oder darf ich heute spielen, was ich muss?«

Ebenso kann der Therapeut Sätze beginnen oder in seinen Formulierungen so unbestimmt und allgemein bleiben, dass der eigentliche Inhalt vom Patienten selbst gesucht und eingefügt werden muss. Durch diese Technik der »halben Sätze« braucht der Patient sich nicht gegen Interpretationen zu wehren, das Schamgefühl wird respektiert und die eigene Lösungssuche aktiviert:

- »Ich weiß nicht, ob Sie schon mal daran gedacht haben …«
- »Wenn man darüber nachdenkt, dann könnte man ja …«
- »Mit dem Rauchen aufhören, naja …«

16.2 Sprachmodelle der Hypnotherapie

In der Hypnotherapie spielen zwei Modelle der Sprachkonstruktion eine Rolle, die zueinander komplementär sind. Das sog. **Metamodell** der Kommunikation ist geeignet, tiefer in die Denkstrukturen des Patienten vorzudringen, indem es alle unbestimmten Formulierungen (z. B. Nominalisierungen) konkretisiert. Nach Chomskis Theorie der generativen Grammatik sind die meisten Sätze, die wir sprechen, unvollständig (Oberflächenstruktur) und es lassen sich jeweils vollständigere Sätze dazu konstruieren (Tiefenstruktur). Vollständigkeit wird aber oft vermieden, um eine bestimmte Wahrnehmungsverzerrung aufrecht zu erhalten. Solche Muster der Unvollständigkeit sind u. a.:

Muster sprachlicher Unschärfe

- **Nominalisierung**
  - Oberflächenstruktur: »Diese Hetze im Beruf.« (Wer hetzt wen?)
  - Mögliche Tiefenstruktur: »Im Beruf hetzt mich mein Auftraggeber durch enge Termine, die ich annehme, um meine Schulden möglichst schnell abzubezahlen.«
- **Komparative**
  - Oberflächenstruktur: »Ich will weniger trinken.« (Weniger als was?)
  - Mögliche Tiefenstruktur: »Ich will abends allein beim Fernsehen weniger als zwei Flaschen Bier trinken.«
- **Generalisierung**
  - Oberflächenstruktur: »Niemand mag mich.« (Wer mag was an mir wann nicht?)
  - Mögliche Tiefenstruktur: »Mein Nachbar X mag nicht, wenn ich sonntags nach 22 h Trompete blase.«
- **Tilgung**
  - Oberflächenstruktur: »Sie ist arrogant.« (Wann, womit, wem gegenüber?)
  - Mögliche Tiefenstruktur: »Meine Kollegin Y lächelt mich nicht an, wenn ich sie morgens im Büro begrüße.«

Das Metamodell ist im vorhypnotischen Kontext ein wichtiges Instrument zur Exploration und zur Auftrags- und Problemklärung.

Das sog. **Milton-Modell** ist dazu invers. Es ist ein Rahmen gebendes Verfahren, das es dem Patienten ermöglicht die unvollständige Struktur für sich auszufüllen, ohne dass der Therapeut weiß, wie er es konkret macht. Der Therapeut benutzt in einer pseudokonkreten Weise so viele Nominalisierungen, Tilgungen, Komparative, Generalisierungen etc. wie möglich (etwa in der Technik der halben Sätze), um beim Patienten Suchprozesse auszulösen, d. h. die auftauchenden Bilder, der eigentliche Inhalt, stammen vom Patienten.

»Du kannst jetzt an Deinen Ort der Ruhe gehen. Du weißt, es geht um diese ganz bestimmte Person und sie hat diese besonderen Kleider an und Du hörst die Stimme, die sich von allen anderen unterscheidet …«

16.2.1 Das Metamodell

Die Oberflächenstruktur ist all das, was wir in Worten sagen. Die Tiefenstruktur umfasst darüber hinaus auch all die Inhalte, die die ausgelassenen Worte unausgesprochen mit transportiert haben. Es entsteht also immer im Vergleich zu dem gemeinten Inhalt eine Fehlgeformtheit (Tilgung, Generalisierung, Verzerrung, Nominalisierung usw.). Nach diesen Verformungen können wir fragen und kommen dann dazu, dass wir die Tiefenstruktur einer Aussage besser erkennen und verstehen. Damit verstehen wir dann auch den Erlebnishintergrund, ohne diesen vermuten oder interpretieren zu müssen.

»Die Angst, die ich spüre …«– »Woran merken Sie sie, in welcher Situation?«

»Niemand liebt mich.« – »Wer ist niemand, von wem wollen Sie geliebt werden?

»Er denkt nie.« – »Wer ist ‚er', woran merken Sie, dass er es nicht tut, was ist ‚denken an' konkret?«

Die unvollständige Oberflächenstruktur provoziert beim Zuhörer bestätigende Suchprozesse (man weiß schon, was gemeint ist). Zugleich erschwert sie eine genaue Überprüfung der Aussage. Zur Veränderung des Symptoms ist daher eine Vervollständigung der Oberflächenstruktur sinnvoll, um Missverständnisse auszuräumen, den Bedeutungshof der Aussage zu klären, Einschränkungen in der Sichtweise des Patienten zu erfassen und seinen Handlungsspielraum dadurch zu erweitern, dass man die bisherigen, engen Bedeutungen des Patienten infrage stellt.

Diese Art der Befragung ist ungewohnt und kann den Patienten verunsichern, weil er das Gefühl hat, dass ihm in unangenehmer Weise »Löcher in den Bauch« gefragt werden, was dem Rapport schadet. Gemäß Korsybskis Metapher von der Sprache als Landkarte, ist sie nicht mit der Landschaft selbst zu verwechseln. Ihre Benutzung dient der Orientierung und man muss wissen, wann genug Fragen gestellt wurden und es besser ist, auf andere Ebe-

nen überzugehen (Empathie, »pacing«, Information, Problemlösen oder zum »Milton-Modell«, s. unten).

Um einen Teil der Tiefenstruktur der Erfahrungen des Patienten auf diese Weise zugänglich zu machen, sind 3 Regeln hilfreich:

1. Wahrnehmen, sehen, hören und spüren, was dargestellt wird.
2. Hypothesen über die Tiefenstruktur bilden, die revisionsfähig bleiben sollen.
3. Nach Auslassungen, Verzerrungen, Generalisierungen, Implikationen und Nominalisierungen suchen, die das Weltbild des Patienten charakterisieren und durch Nachfragen fehlende Information ergänzen.

Solange man in der Metasprache arbeitet, sind »Warum«-Fragen ungünstig; sie provozieren unnötige Rechtfertigungen, veranlassen den Patienten zu Rationalisierungen und verstärken nur die Änderungsresistenz. Anders wirken »Wie«-Fragen:

»Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie dieses und jenes gemacht haben?«

»Wie ist es für Sie zu wissen, dass es ungerecht ist?«

»Was ändert sich für Sie, wenn Sie trinken?«

16.2.2 Das inverse Metamodell (»Milton-Modell«)

Das Metamodell eignet sich gut zur Rekonstruktion der Erlebniswelt des Patienten. Seine Sprachmuster werden im inversen Metamodell genutzt, das die Umkehrung des Metamodells ist; in Reminiszenz an Milton H. Erickson auch »Milton-Modell« (»Milton-Sprache«) genannt. Es ist durch Verzerrungen, Generalisierungen, Implikationen, Nominalisierungen, Auslassungen etc. (aufseiten des Therapeuten) gekennzeichnet, der damit die unwillkürliche Suche nach bestätigender Ausfüllung der Lücken aufseiten des Patienten und damit einen Problemlöseprozess auslöst.

Ein Therapeut kann trotz Nachfragen nie die vollständige und korrekte Tiefenstruktur des Satzes kennen, der für den Patienten gerade richtig wäre und will es auch gar nicht besser wissen als der Patient selbst. Im Gegenteil, er möchte den Patienten veranlassen, Lösungen und Sichtweisen zu finden, die er akzeptieren kann, und versucht ihm dabei zu mehr Freiheitsgraden zu verhelfen, als der Patient zu haben meint. Die Aussagen des Therapeuten sollten aus diesem Grund oft so gestaltet sein, dass der Patient mit ihnen arbeitet, ohne eine bewusste Prüfung zu unternehmen. Er soll sie annehmen können, weil er ihnen seine eigene Bedeutung gibt. Dazu kann der Therapeut hinreichend offen formulieren und bei der Tranceinduktion und -begleitung Sätze verwenden, die hinsichtlich der Grammatik oder der Sinnhaftigkeit unvollständig sind. Der theoretische Hintergrund dieser »Eigenwilligkeit« ist das inverse Metamodell.

Dies geschieht einmal durch die Verwendung von Bildern, zu denen jeder seine eigenen Erfahrungen hat und den gezielten Einsatz der oben genannten Fehlgeformtheiten des Metamodells:

»Entspannung kann die Tür sein für neue Erfahrungen.« (Welche?)

»Ich glaube, dass Sie in der letzten Zeit etwas erlebt haben, was die Basis sein kann.« (Wofür?)

Da der Patient manchen Sätzen den Sinn selbst geben muss oder dies automatisch tut, wird die Passung auf seine innere Realität erhöht und der Rapport gestärkt. Der Therapeut erfüllt seine Orientierungsfunktion durch die Akzentuierung bestimmter Bedeutungsrichtungen.

Bei dieser Kommunikationsform füllt der Sprecher ebenso wie der Zuhörer automatisch die Lücken durch eigene Interpretationen, Gedanken und Erfahrungen aus. Das muss u. U. mit dem Patienten verifiziert werden. Manchmal erzählt ein Patient etwa, was in der letzten Therapiestunde zu ihm gesagt worden ist und wie hilfreich das gewesen sei. Mit Verwunderung stellen wir fest, was wir gesagt haben sollen und bemerken schnell, dass der Patient eine bestehende Lücke in der Kommunikation mit eigenen Ideen und Gedanken gefüllt hat und diese nicht mehr von den Inhalten zu trennen sind, die der Therapeut gesagt hat.

Fallbeispiel

So wurde z. B. einer Patientin mit Tumorschmerzen in der Wirbelsäule in Trance gesagt, sie könne ihren Rücken entlasten. Später berichtet sie: »Da haben Sie aber in Schwarze getroffen, als Sie gesagt haben, ich

solle meinem Mann mal die Meinung sagen«. Sie hatte sich jahrelang im Hintergrund gehalten und daraufhin begonnen, sich gegen ihn durchzusetzen.

16.2.3 Indirekte Suggestionen

Das »Milton-Modell« bezeichnet ein Rahmen gebendes Verfahren, bei dem die Patienten ihre eigenen Inhalte einfügen sollen. Damit wird vermieden, Ratschläge oder Antworten zu geben; vielmehr erweitert der Therapeut das Suchfeld, in dem der Patient eine eigene Lösung finden kann. Dafür gibt es mehrere Hilfsmittel:

Sprachliche Hilfsmittel im Rahmen des Milton-Modells

- **Nominalisierungen:** Sie zitieren einen unwiderlegbaren Sachverhalt:
  - *»Die Ruhe, dazusitzen und das Gefühl in Trance zu gehen, kann gut tun.«*
- Phonetische und semantische **Doppeldeutigkeit**, syntaktische Vieldeutigkeit: Ein Wort hat mehrere Bedeutungen. Das Wort wird doppelt verwendet, einmal am Schluss und das zweite Mal am Anfang des Satzes: Kreuz als Figur und Körperteil; Leere oder Lehre; körperliche und seelische Haltung:
  - *»Gedanken haben kein Gewicht Deines Körpers … und Du hörst meine Stimme immer tiefer fällst Du in Trance … Du horchst vielleicht auf die ersten Anzeichen für eine tiefere Ruhe senkt sich auf Dich herab.«*
- **Eingebettete Fragen:** Der Empfänger kann sich weigern sie zu beantworten, da sie nicht an ihn gestellt wurden:
  - *»Ich frage mich, ob Sie sich an Ihre Kindheit erinnern können. Ich weiß nicht, ob Sie wirklich wissen, wie leicht Sie loslassen können. Ich bin neugierig, ob Sie heute schnell in eine tiefere Trance gehen.«*
- **Eingebettete Suggestionen:** Die Aussage richtet sich nicht direkt an den Zuhörer:
  - *»Ich glaube, bald können Sie spüren: Es geht Ihnen besser! Und während Sie so dasitzen: Entspannen Sie sich! Mein Freund sagte kürzlich zu mir: Nimm Dir mehr Zeit für Dich!«*
- **Negative Suggestionen:** Indirekte negative Aufträge wirken oft wie positive Aufträge:
  - *»Ich möchte nicht, dass Sie heute noch viel tiefer loslassen. Sie brauchen mir gar nicht zuzuhören! Und Sie müssen sich nicht fragen … Denke nicht an einen rosaroten Elefanten!«*
- **Konversationspostulate:** Ja/Nein-Fragen, die statt einer Antwort normalerweise eine bestimmte Reaktion bewirken. Sie fragen jemanden auf der Straße:
  - *»Können Sie mir sagen, wie spät es ist?« Oder »Weißt Du, was es heute Abend im Fernsehen gibt?«, »Können Sie die Türe schließen?« Normalerweise ist die Antwort nicht ja oder nein, sondern der Zuhörer führt den gewünschten Auftrag aus. Hypnoserelevante Konversationspostulate wären: »Können Sie die Augen auf einen Punkt fokussieren?« oder »Werden sich Ihre Augen gleich oder erst nach einer Weile schließen?«*
- **Analoges Markieren**: Indirekte Aufträge können durch Markieren übermittelt werden, z. B. durch Verändern der Stimmlage, Tempoveränderung, Richtungsänderung beim Sprechen (wichtig: Bei alten, inadäquaten Inhalten körperlich abwenden vom Patienten, bei neuen, erwünschten hinwenden), ergänzen durch eine Geste:
  - *»Wenn Sie sehr früh erwachen, können Sie vielleicht mit Freude dem ersten Morgengesang der Vögel lauschen und während Ihr erster Blick auf den von rosigem Schimmer veränderten Nachthimmel fällt, können Sie einen Zustand großen Friedens erfahren.«*

▼

  - *»Manchmal fragst Du Dich, wie Du erkennen wirst, ob ein Gedanke immer vom Verstand kontrolliert sein muss, oder ob Du Dich auch mehr oder weniger Deiner Intuition anvertrauen kannst.«*
  - *»Jedes Problem wird leicht, wenn Sie Ihr Unbewusstes als Ihren Partner anerkennen. Auch wenn Sie inzwischen Wachzustand und Trance kaum noch unterscheiden können, wird das Sie immer zu Ihrer Zufriedenheit führen. Sie können die ganze Zeit all das noch mehr genießen.«*
- **Verfremdung, Metaphern:** Darunter wird die Zuweisung von Eigenschaften an jemanden oder etwas verstanden, der oder das seiner Bezeichnung nach diese Eigenschaft nicht besitzen kann. Der Sprecher überschreitet logische Grenzen und der Zuhörer muss auf irgendeine Weise solchen Aussagen einen Sinn geben:
  - *»Wer weiß schon, ob nicht auch ein Stein sich gut fühlen kann. Ein Berg hat längst die Zeit vergessen, als er noch in der Wiege des Meeres lag. Der schwangere Mann. Der Fels weint.«*
- **Generalisierungen**, **Universalaussagen:** z. B. jeder Gedanke, alle, immer, nie.
  - *»Sie können aus jeder Situation lernen. Erkennen Sie nicht, das Unbewusste hat immer eine Absicht.«*
- **Möglichkeitsform**: Die Möglichkeit wird viel seltener abgelehnt:
  - *»Sie sind in der Lage und Sie sind fähig. Bald können Sie begreifen, welche Lösungen die Ihren sind. Und Sie können nicht verstehen, wie das Anschauen der Lichter Sie tiefer in Trance bringt. Sie können sich auf diesem Stuhl leicht wohlfühlen.«*
- **Konjunktiv**: Er gibt dem Patienten das Gefühl der Wahlfreiheit für die vom Therapeuten angebotenen Suggestionen. Dabei ist zu beachten, dass der Konjunktiv in der Sprache des Therapeuten unterschwellig Veränderung beim Patienten induziert, der Konjunktiv in der Sprache des Patienten dagegen stabilisierend auf das System des Patienten wirkt.
- **Pseudokonkretismus**: Es geht dabei um »diesen ganz bestimmten Gang« oder »das Gefühl bei jedem Einzelnen«, das der Therapeut gar nicht zu kennen braucht, für das er aber seine Sätze so konstruieren muss, dass der Patient sich gut geführt fühlt. Der Therapeut kann auch direkt dieses Nichtwissen ansprechen, er sollte nur den Patienten weiter in seinem Suchprozess unterstützen:
  - *»Und Sie tun die ganz bestimmten Dinge, die Sie immer tun und Sie sind an diesem ganz speziellen Ort, wo auch immer, ich weiß es nicht, aber Sie wissen es und Sie können es festhalten oder auch vorbei ziehen lassen.«*
- **Komparative**: Sie lassen keine Widerlegung zu, da der Vergleich fehlt:
  - *»Ihre Hand wird leichter und leichter – früher oder später.«*
- **Scheinalternativen**: Wenn man einige Veränderungsalternativen aufzählt, tendiert der Zuhörer sie für vollständig zu halten und wählt zwischen ihnen und übersieht die Möglichkeit, dass keine Veränderung eintritt.
  - *»Ich weiß nicht, ob Ihre linke oder rechte Hand zuerst leicht wird.«*

Ein gutes Beispiel für die extensive Verwendung der »Milton-Sprache« sind die »persönlichen Horoskope« in den gängigen Wochenjournalen. Die Formulierungen sind immer so allgemeingültig gewählt, die Situationen so unkonkret gehalten, dass beim Leser intensive Suchprozesse ausgelöst werden und er sich mit ein bisschen Phantasie und gutem Willen darin wiederfinden kann, etwa: *»Vorsicht: Berücksichtigen Sie ihre Gesundheit, bevor sich ernsthafte Störungen einstellen.«*

16.3 Hypnotische Bindeworte und Pseudokausalität

Pseudokausalität wird dadurch erzeugt, dass wahre, beobachtbare Aussagen über Körperphänomene durch Bindeworte mit Suggestionen verbunden werden. Die wahren Aussagen erzeugen beim Patienten eine »Ja-Haltung«, die auf den letzten Teil der Aussagekette, nämlich die Suggestion, übertragen wird, ohne dass dem Patienten klar ist, dass es sich eigentlich um eine Scheinlogik handelt.

»Sie sehen die Lampe und können den Boden unter Ihren Füßen spüren; und Sie können sich jetzt ganz entspannen …«

Aussagen über sinnliche Empfindungen kann der Patient unmittelbar nachprüfen, um sich von ihrer Richtigkeit zu überzeugen. Dabei werden am besten alle Sinne angesprochen (»VAKOG-Technik«: Das Kürzel steht für die fünf Sinne: visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch). Etwa entsteht folgende Sequenz:

> VAKOG-Satz → Verbindung → VAKOG-Satz → Verbindung → Suggestion

Es hat sich gezeigt, dass nach 2–3 nachprüfbaren Aussagen eine Suggestion als Scheinlogik akzeptiert wird. Zudem gibt es viele Bindeworte, die im hypnotischen Kontext besonders nützlich sind:

Jetzt, seit, da, und, wenn, jedoch, während, obwohl, aber, dadurch, denn, indem, weil, damit, und das verstärkt, trotzdem, und das erfordert dass, bringt Dich dazu, das führt zu, und das bewirkt, und das bedeutet, und dadurch, und das macht.

Beispiele für Pseudokausalitäten:

»Sie hören die Geräusche von draußen? Das führt dazu, dass Sie wahrnehmen können, was um Sie herum geschieht. Jetzt können Sie auch langsam beginnen, sich wohlzufühlen.«

»Fühlen Sie, wie der Stuhl Sie trägt, oder sehen Sie, welche verschiedenen Farben in diesem Raum sind und Sie können beginnen in sich eine wohlige Wärme zu spüren.«

»Sie hören den Klang meiner Stimme, während Sie die Temperatur der beiden Hände spüren; und dann können Sie beginnen an etwas sehr Schönes zu denken.«

Daneben gibt es weitere Techniken, die Erickson zur indirekten Tranceinduktion verwendet hat: wie Stellvertretung (▶ Kap. 20), Einstreuung und Einkreisung (s. unten).

16.4 Einstreutechnik

Einstreuungen stellen eine weitere Form indirekter Kommunikation dar. Hier handelt es sich um direkte Suggestionen, die jedoch nur unterschwellig wirksam werden sollen. Diese direkten Suggestionen werden z. B. über die Doppelbedeutung des »Sie/sie« als Anredeform oder Plural in den Text eingestreut.

»… Blumen, sie/Sie scheinen schwach zu sein, doch sie/Sie werden es schaffen, denn ihnen/Ihnen wird geholfen, durch eine Kraft, die gar nicht wahrnehmbar scheint …«

Wie man sieht, lassen sich diese Einstreuungen sehr gut mit Stellvertretern verbinden. Sollte der Patient sich durch das »Sie« nicht angesprochen fühlen, lassen sich die Suggestionen auch als Infinitiv formulieren:

»… die Möwen lassen sich zum Horizont tragen – sich tragen lassen – sich von einer Kraft tragen lassen, die kaum wahrnehmbar und doch spürbar ist …«

Hilfreich bei der Einstreutechnik ist, wenn die Suggestionen eindringlich aber nicht aufdringlich eingebaut werden, dass die Suggestionen nicht durch Verneinungen auseinandergezogen werden und dass ein Prozess beschrieben wird, aber keine Anordnung oder Aufforderung ausgesprochen wird oder gar ein Befehl:

»Egal ob Sie die Augen schließen, oder ob Sie nicht die Augen schließen, wenn Sie die Augen schließen, ändert sich die Blickrichtung nach innen. Jetzt – oder später – ganz wie Sie wollen – Sie können es nicht wissen, wann – Sie die Augen schließen. Ich kann nicht sagen, wann – Sie die Augen schließen. Die Augen schließen sich von ganz alleine.«

Im Allgemeinen sind dem Patienten in Trance solche Abweichungen von der üblichen Anredeform nicht bewusst. Die therapeutisch relevanten Suggestionen werden dabei durch nonverbale oder paraverbale Hinweise hervorgehoben (Markierung), z. B. durch Veränderung der Klangfarbe, indem der Therapeut in eine andere Richtung spricht oder die Lautstärke verändert.

Wie bei allen indirekten Verfahren hat auch diese Form das Ziel, Suggestionen an der bewussten Aufmerksamkeit vorbei in den Tranceprozess zu integrieren. Erickson hat die Anwendung dieser Technik bei chronischen Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden beschrieben. Es ergab sich, dass die Einstreutechnik – hier beobachtet an der Schmerzreduktion – am erfolgreichsten war, verglichen mit direkten Suggestionen oder Suggestionen ohne Markierungen (Erickson 1966 zit. nach Hoppe u. Winderl 1986).

Es bietet sich an, therapeutische Suggestionen in Metaphern und therapeutische Geschichten zu verwenden, wobei sie jedoch auch im Rahmen von einfachen Entspannungstexten wirkungsvoll sind. Beispiele für solche Themenbereiche und Symbole sind:

Symbole für therapeutische Suggestionen

- **Feuer** – Angst vor Nähe und Unkontrollierbarkeit: Erleben ist kontrollierbar, Zulassen von Nähe und Wärme, Gestalten von Nähe und Distanz.
- **Fels** in der Brandung – Bilder der Stabilität bei Depression und Labilität.
- **Hände** – Begegnung, Abschied, Kindheit, Wut, Verletzlichkeit, Geborgenheit, Meditation.
- **Bäume** – Festigkeit, Stabilität, Standhalten, Flexibilität, Erfahrung, Vitalität, Lebenszyklen, Verbindung von Innen und Außen.

Zu beachten sind auch Symbole, die die Patienten mitbringen!

16.5 Einkreistechnik

Bei dieser Technik soll ein bestimmtes Thema für eine lebendige Imagination über eine Fülle von Bildern und Szenen aktiviert werden. Ein Mosaik von Teilthemen lässt so das Gefühl für ein zentrales Thema lebendig werden. Ein Beispiel soll den Unterschied dieses indirekten Vorgehens zu direktiven Suggestionen deutlich machen.

Der direkte Weg in eine Altersregression könnte so aussehen:

»Wenn ich von zehn bis eins gezählt habe, werden Sie wieder klein sein und sich fühlen, wie Sie sich als Kind gefühlt haben.«

In der indirekten Form wird das Thema Kindheit über Erfahrungen aus dieser Zeit eingekreist (Bongartz u. Bongartz 2000, S. 205 f.). Nach Tranceinduktion mit körperlicher Entspannung:

»Und mit zunehmender Entspannung des Körpers kann die Erfahrung von innerer Ruhe und Gelöstheit das Außen mehr und mehr zurücktreten lassen, eine Erfahrung, die wir auch aus anderen Zusammenhängen kennen, die wir schon als Kinder in der Schule gemacht haben, wenn der Blick aus dem Fenster schweift und die Gedanken von den vorbeiziehenden Wolken fortgetragen werden. Kinder hören dann plötzlich die Stimme des Lehrers wie von Ferne, das Gesagte wird unwichtig. Sie vergessen alles um sich herum und nur die innere Erfahrung wird wichtig. Und doch sind sie gleichzeitig in der Gegenwart und wissen genau, wie weit die Türe des Klassenzimmers entfernt ist, wo die Fenster sind und welche Farbe die Schulbank hat, die vor ihnen ist.

Jedes Kind hat seinen Lieblingslehrer oder die Lieblingslehrerin … und die so gut bekannte Stimme zu hören und in dieses Gesicht zu schauen und genau zu wissen, wie es aussieht, wenn es lächelt oder ernst ist, ist oft auch begleitet von bestimmten Gefühlen, die diesem Lehrer oder dieser Lehrerin gegenüber empfunden werden. Aber Kinder empfinden natürlich auch den Mitschülern oder -schülerinnen gegenüber unterschiedliche Gefühle. Und wenn sie in der Klasse umherschauen, wissen sie genau, wo die Kinder sitzen, mit denen sie gerne spielen und die sitzen, die sie weniger mögen, was sich natürlich auch

in den Pausen zeigt, wenn mit viel Lärm und Getöse mit denen gespielt wird, die sie mögen.

Jedes Kind hat seine Lieblingsspiele, die oft mit viel Bewegung verknüpft sind, wo man hinterher ganz aus der Puste ist, insbesondere dann, wenn der Schulhof recht groß ist. Und dann kommt immer viel zu früh die altbekannte Glocke oder der Gong, der die Pause beendet. Gelaufen wird natürlich auch beim Sportunterricht – oft in der Sporthalle, die ja immer so einen eigenen Geruch hat, z. B. nach Bohnerwachs. Und hier sind die Bewegungen nicht mehr so spontan, sondern werden nach Anweisungen durchgeführt, mit denen anderer Schüler verglichen und von einem Lehrer oder einer Lehrerin bewertet.

Obwohl Spiele meist außerhalb der Schule stattfinden, wird natürlich auch in diesen Spielen schon gelernt. Kinder lernen dabei, welchen Platz sie in einer Gruppe einnehmen. Und sie bemerken, ob sie beliebt sind, ob sie stärker oder schwächer als die anderen sind und wie gut sie sich durchsetzen können. Und in der Kindheit können auch Freunde Rivalen sein und Kinder lernen dabei, mit Rivalität umzugehen, was manchmal bei einem Streit zwischen Kindern zum Ausdruck kommt, wo oft der ganze Körper angespannt ist und Wut und Ärger ausgedrückt werden, der auch körperlich gespürt werden kann – in der Atmung oder in der Heftigkeit von Bewegungen z. B. Und dabei lernen sie, wie sie mit Niederlagen umgehen, aber auch mit Siegen, was ja oft von starken Gefühlen wie Traurigkeit oder Freude begleitet ist.

Aber oft natürlich das im Vordergrund, was verbindet, z. B. ein gemeinsames Geheimnis oder ein Versteck, was ja zumeist mit einer Erfahrung von Selbstständigkeit und Autonomie zu tun hat. Und dieses Gefühl von Gemeinsamkeit, das Kinder dann miteinander verbindet, wird gerade hier so tief erlebt. Spiele sind natürlich nicht immer ungefährlich und so kann es schon geschehen, dass mal ein Sturz oder ein Unfall passiert, wobei Kinder sich wehtun. Das kann so schnell gehen, dass man sich erst im Nachhinein über den Ablauf dieser Episode im Klaren ist – wo es stattgefunden hat und wie es denn eigentlich dazu kam. Aber oft sind dann noch Einzelheiten nachvollziehbar, wie z. B. ein Weinen oder ein Schrei geklungen hat, wo der Schmerz war und wie stark er war.

Natürlich ist auch das Zuhause ein Ort des Lernens. Und durch die Haus- oder Wohnungstür zu treten, bedeutet einen Bereich aufzusuchen, in dem Kinder auch ihren Platz und ihre Rolle suchen bzw. zugewiesen bekommen. Gerade der Mittagstisch ist oft der Ort, wo die Übernahme von Rollen bzw. das Lernen, wer man in dieser Welt ist, besonders intensiv stattfindet. Und dort zu sitzen und genau zu wissen, ob die Füße schon den Boden erreichen oder wo die Tischkante gespürt wird, lädt dazu ein in die Gesichter der Menschen zu schauen, die jetzt in der Kindheit so wichtig sind. Am Gesichtsausdruck oder an der Stimme, aber auch an kleinen Gebärden können Kinder schon ablesen, welche Atmosphäre hier herrscht. Und da gibt es Zeichen für eine gute, heitere oder geborgene Stimmung, aber auch Anzeichen im Verhalten der Anwesenden, die auf eine ungute, vielleicht sogar bedrohliche Situation schließen lassen. Und Kinder spüren dies natürlich und entwickeln dabei auch Gefühle als Reaktion auf diese Umgebung, Gefühle, die das Kind manchmal bis in das Erwachsenenalter hinein begleiten können und sogar ein bestimmtes Grundmuster in der Beziehung zu anderen Menschen prägen können.

Und ich sprach gerade allgemein von der Kindheit und ich möchte Sie an dieser Stelle auch einmal wieder in die Kindheit führen (wo der Patient wahrscheinlich schon längst ist), zu den Erfahrungen, die für Sie wichtig waren und Sie bitten, einmal in das Haus Ihrer Großmutter zu treten … etc.«

Das Thema wird durch unterschiedlichste Szenen, Bilder und Wahrnehmungen beleuchtet und so »eingekreist«: Szenen, Teilaspekte, Körperschemata, Räume und Orte, Verhaltensweisen. Wichtig ist dabei, die Suggestionen so zu gestalten, dass sie intensive Imaginationen auslösen, möglichst viele Bereiche der Realität und der Wahrnehmung angesprochen sind. Es soll dem Patienten dabei möglich werden, sein inneres Modell zu entwickeln und sich so den damit verbundenen Gefühlen zu nähern. Auch hier sollte man wieder auf sprachlich offene Formulierungen achten, um eine möglichst hohe Allgemeingültigkeit zu erreichen bzw. den Imaginationen des Patienten ausreichend Raum zu geben.

16.6 Destabilisierung durch Konfusion

Bei Patienten, die sehr kontrolliert und rigide sind, kann es hilfreich sein, die rationale Verarbeitung durch unterschiedlichste Methoden in den Hintergrund zu rücken. Dazu eignen sich alle indirekten Kommunikationsverfahren, insbesondere jedoch die Techniken, die zu Verwirrung, Konfusion führen.

Charcot verwendete Ende des vorletzten Jahrhunderts bereits eine spezielle Konfusionstechnik, indem er unerwartet Magnesiumlicht entzünden ließ und damit seine Patienten überraschte. Erickson induzierte die Verwirrung seiner Patienten vor allem über verbale Techniken oder über das Durchbrechen sozialer Erwartungen.

Den Konfusionstechniken liegt die Annahme zugrunde, dass die Verhaltensweisen einer Person von zahlreichen automatischen und vorhersagbaren Mustern geprägt sind und die Unterbrechung dieser Muster einen Zustand der Verwirrung und unspezifischen Erregung verursacht. Die meisten Menschen empfinden solche Unsicherheiten als aversiv und neigen dazu, sie zu vermeiden. Mit dem Grad der Unsicherheit wächst aber auch die Motivation zur Veränderung dieses Empfindens. Üblicherweise wird dann die nächste Möglichkeit wahrgenommen, um diese Unsicherheit zu reduzieren, sich ihr zu entziehen. In dieser therapeutischen Situation ist dies häufig die Suggestion, in Trance zu gehen oder eine andere therapeutische Suggestion.

Die Mechanismen der Konfusion beruhen entweder auf Musterunterbrechung durch Verwirrung oder durch Überladung, was jedoch auch zu Verwirrung führt. Die verschiedenen Techniken lassen sich durch ihre Struktur unterscheiden. Yapko (1984) unterscheidet Formen der Unterbrechung, Überlastung und Ablenkung, aber auch hinsichtlich ihres Schwerpunktes in Kognition, Sensorik, Beziehung oder Zeitempfinden.

Die **Unterbrechung** als Konfusionstechnik beruht häufig auf der Nutzung von allgemeinen Stereotypien des Sozialverhaltens wie das Händeschütteln zur Begrüßung. Es gibt einige Videoaufzeichnungen von Erickson, die eindrucksvoll zeigen, wie er dieses motorische Muster unterbricht und, indem er die Hand langsam entzieht, dadurch beim Gegenüber eine Katalepsie erzeugt. Neben allgemeingültigem Sozialverhalten können auch individuelle Ansprüche für diese Art der Unterbrechung genützt werden. Generell scheint das Durchbrechen von allgemeinen Erwartungshaltungen und nonverbalen Mustern bei den meisten Menschen zu einer Verwirrung zu führen, die sich auch zur Tranceinduktion nutzen lässt.

Der Mechanismus der **Überlastung** arbeitet dagegen mit dem gegensätzlichen Prinzip. Werden Erwartungen, allgemeingültiger oder individueller Natur, über das normale Maß hinaus erfüllt, bewirkt dies ebenso Konfusion bei dem Gegenüber. Wirksam wird dieser Mechanismus im verbalen wie nonverbalen Bereich durch Überladung mit Höflichkeitsfloskeln, durch ein Überangebot von Instruktionen bei der Tranceeinleitung.

Beziehen sich die Konfusionstechniken auf Kognition, Sensorik, Zeitempfinden oder Beziehung, werden die Interventionen vorrangig verbal gestaltet. Beispiele für kognitive Konfusion (Revenstorf 1990, S. 154):

»Jeder hat ein intuitives Verständnis vom Unbewussten … weil wir Dinge unbewusst tun können, unbewusst richtig machen können. Das Bewusstsein hingegen verfolgt die Ereignisse aufmerksam, um sie zu analysieren und zu bewerten. Das Unbewusste dagegen braucht diese Aufmerksamkeit nicht, um Dinge aufzunehmen und daraus zu lernen … ohne zu wissen, dass es lernt …

Und wenn Ihr Bewusstsein darauf gerichtet ist, was Ihr Unbewusstes lernt, automatisch lernt … oder wenn Ihr Unbewusstes seine Aufmerksamkeit darauf lenkt, was Ihr Bewusstsein davon versteht, von dem, was Ihr Unbewusstes lernt … dann kann Ihr Bewusstsein vom Unbewussten völlig unbewusst bleiben … und Ihr Bewusstsein kann mehr oder weniger unbewusst arbeiten, da Ihr Unbewusstsein so viel weiß … und abgesehen davon vertragen sich Ihr Unbewusstes und Ihr Bewusstes recht gut, indem Ihr Bewusstsein hier und Ihr Unbewusstes auf der anderen Seite jedes in angenehmer Weise für sich selbst lernt, ohne dass Sie sich dessen bewusst sind …«

Ein Beispiel für sensorische Verwirrung, die im Rahmen einer Entspannungsinduktion gut zu integrieren ist:

»Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit für einen Moment nach innen und überprüfen Sie, ob Ihr rechtes oder Ihr linkes Bein leichter ist, Ihre rechte oder Ihre linke Seite … Ihre obere Hälfte oder Ihre untere Hälfte weniger empfindet, Ihre Vorder- oder Ihre Rückenseite … Sie können es nicht genau sagen. Aber wenn Sie etwas von der Leichtigkeit spüren, die Ihr linkes oder Ihr rechtes Bein wahrnimmt, dann können Sie sich an Ihrer Verwirrung orientieren, ohne dass Ihnen das vernünftig erscheinen muss … sich darüber klar zu werden, welche Körperwahrnehmungen wirklich sind und welche unklarer werden können … Sie glauben, dass Ihre Beine hier sind – und sie sind ein bisschen woanders … Ihre Arme sind da – und sie sind ein bisschen woanders … wenn Sie mit geschlossenen Augen das überprüfen wollen, werden Sie zu einem anderen Ergebnis kommen, als wenn Sie die Augen öffnen … und es ist nicht nötig, sich endgültig klar zu werden, was Sie wirklich empfinden … solange Sie die Empfindungen, die Ihnen angenehm sind, spüren können … wie die Entspannung … und die Ruhe … und die Linderung …«

Eine Technik, die bei der Schmerzkontrolle eine Rolle spielt, ist die zeitliche Konfusion. Über sie kann die Dauer des Schmerzes in ihrer subjektiven Empfindung verändert werden (Revenstorf 1990, S. 154):

»Sie wissen nicht richtig, ob es Ihnen in einer Stunde besser geht oder in zwei Tagen … oder ob es zwei erträgliche Tage in einer Stunde sein werden … Sie wissen nicht, ob es Ihnen besser gehen wird … in einer Stunde, nach einer Stunde Erholung oder in einer Stunde bevor Sie eine Stunde der Erholung erleben … die einer Stunde der Linderung folgt … eine Stunde der Linderung, die verstreicht … bis Sie zwei volle Tage der Erleichterung erleben … jetzt. Und dann können Sie feststellen, dass die Erleichterung, die Sie jetzt verspüren, morgen noch da sein wird … und morgen wird Ihnen heute in angenehmer Erinnerung sein … angenehmer als gestern …«

Bei einer komplexen Konfusionsstrategie werden zu einem Thema mehrere, meist widersprüchliche Sichtweisen angeboten. Ebenso bieten sich Wechsel zwischen verschiedenen Realitäten, eine Beschleunigung der Sprechgeschwindigkeit oder das Integrieren von Metaphern an, die zu dem jeweiligen Kontext in keinem oder nur geringem Zusammenhang stehen. Diesen zahlreichen und paradoxen Perspektiven logisch zu folgen, ist letztlich nicht möglich.

Bei der Verwendung von Konfusionstechniken soll nach Gilligan (1989) darauf geachtet werden, dass der Rapport dieses Vorgehen erlaubt. Es gibt durchaus Patienten, die auf Konfusion nicht positiv reagieren. Umfang dieser Technik und Rapport müssen daher immer geprüft werden.

Kontraindiziert ist dieses Vorgehen natürlich bei floriden oder prodromalen Psychosen und bei Patienten, die mit Verwirrungstechniken schlechte Erfahrungen gemacht haben oder selbst immer wieder zu Verwirrungszuständen neigen. Auch paranoide Individuen reagieren eher ungünstig. Bei Patienten, die auf Konfusion kritisch reagieren, kann man sie auch in direkter Weise auf der Metaebene einsetzen, sozusagen als Erklärung der Abläufe während einer Therapie. Man macht dabei deutlich, dass Konfusion sinnvoll ist, da dadurch neue Lösungsprozesse angeregt werden. Der Patient kann z. B. wütend sein, dass die bisherige Therapie seine Probleme nicht gebessert, sondern statt dessen das Chaos nur noch vergrößert hat. Als Erklärung würde sich hierfür das Bild anbieten (je nach Patient angepasst), dass sich ein System A nie nahtlos in ein System B überführen lässt, sondern dass im Zwischenstadium ein immer noch größeres Durcheinander mit Orientierungslosigkeit herrscht, bis sich wieder ein stabiler Zustand eingependelt hat. Eine Metapher dafür könnte z. B. das Kartenspielen sein, bei dem die Karten auf der Hand immer nach einer bestimmten Regel geordnet werden, bei dem es aber auch notwendig ist, dass die Karten zwischen den Spielen immer wieder gemischt werden: Unterlässt man es zwischen den Spielen, dann spielt man sein Leben lang dasselbe Spiel. Der Therapeut mischt in der Therapie die Karten und der Patient spielt. Vielleicht wird er diesmal dann anders spielen.

Ein eindrucksvolles Beispiel, wie Erickson Bildsymbole, eine Geschichte und darin eingestreute Suggestionen zur Beruhigung und Schmerzbekämpfung nutzte, ist der Fall des »Tomaten-Joe« (Haley 1978). Man kann Symptome auch zur Beruhigung und Schmerzlinderung utilisieren, wenn keine Hoffnung auf Heilung mehr besteht, z. B. bei Krebs. Das Symptom wird auch hier als Ressource

genutzt, indem die anfänglichen negativen Emotionen, wie Verzweiflung und Angst in neue Bezüge gesetzt werden, die positiv bewertet sind. Dadurch entsteht Konfusion und mit der Zeit eine unbewusste Umdeutung, die den Umgang mit der Krankheit erleichtert.

Fallbeispiel

Bei einem krebskranken Floristen zeigten hohe Dosen schmerzstillender Mittel kaum Wirkung; der Patient war zudem sehr ruhelos und versuchte, sich vom Krankenbett aus noch um seine Geschäfte zu kümmern, sodass das Krankenhauspersonal ziemlich aversiv wurde. Der Monolog Ericksons, der mit der Bitte ins Krankenzimmer gerufen wurde, er solle irgendetwas tun, aber auf keinen Fall als Hypnotiseur auftreten, da der Patient darauf vermutlich sehr allergisch reagieren würde, dauerte mehrere Stunden. Die Wahl der Hauptfigur der Erzählung (Tomatenfarmer) dient dem Rapport.

Die Tomatenpflanze selbst wählt Erickson als Symbol für die Krebsgeschwulst. Es wird nicht vom Symptom Krebs abgelenkt, das Thema also vermieden, sondern Erickson nimmt das Symptom und symbolisiert es in einer Tomate, die in Form und Farbe durchaus mit einem Krebsgeschwür assoziiert werden kann. (Eine ähnliche, oft benutzte Beschreibung der Krebsgeschwülste ist ein Taubenei, wobei die Taube die Assoziation von Frieden und Friedfertigkeit auszulösen vermag.) Die »Pacing«-Funktion ist die Tatsache, dass die Tomatenpflanze ebenso wie die Tomate wächst, was für den Gärtner eine selbstverständliche und richtige Aussage ist. Es wird suggeriert, dass das Pflanzenwachstum metaphorisch für die Funktion des Krebswachstums steht. Das Wort »Wachstum« ist aber primär für einen Gärtner positiv bewertet, nur in Ausnahmefällen, wie dem Krebs (Grenzen des Wachstums) schafft es Problembewusstsein. Dass eine Tomate (wenn man sie mag) Zufriedenheit und Erquickung zu bringen vermag, mag ebenfalls einleuchten, dass sie aber Trost und Frieden bringt, ist wenig real und ein »leading«, eine Hinführung zum erwünschten Ziel durch Pseudologik.

Sprachlich achtet Erickson darauf, eingestreute Suggestionen mit immer neuen Worten zu wiederholen und zu verändern. Durch die Einbettung in den Kontext werden sie nicht wahrgenommen und lösen keine Reaktanz aus, denn sie werden kognitiv als Imperative nicht bewusst. So besetzt Erickson die angstbesetzte Krebsgeschwulst, die für den Floristen Zweifel und Verzweiflung bedeutet, mit neuen Bezügen, die alle positiv bewertet sind. Es entsteht Konfusion und mit der Zeit eine unbewusste Umdeutung, die dem Floristen den Umgang mit dem Krebs erleichtert.

Fazit

Gegenüber den direkten Induktionsmethoden (► Kap. 13 und 14) lassen die indirekten Formen der Induktion und Suggestion dem Zuhörer die Möglichkeit den Inhalt aufzunehmen ohne ihm vorher zuzustimmen oder ihn abzulehnen. Das entlastet ihn von Bewertungen und regt unwillkürliche Suchprozesse an, die für eine kreative Problemlösung hilfreich sind. Unabhängig davon hat das indirekte Vorgehen Implikationen für die therapeutische Beziehung. Einerseits lässt es dem Patienten mehr Wahlfreiheit und damit auch mehr Kontrolle über den hypnotischen Prozess. Andererseits wird auf Transparenz des therapeutischen Vorgehens und der kurzfristigen Therapieplanung dabei verzichtet. Das trifft auf Bahnung, Konfusions- und Einstreutechniken aber in geringerem Maße auch auf die Stellvertreter- sowie die Einkreistechnik und Sprachformen des inversen Metamodells (»Milton-Sprache«) zu. In der Hauptsache kann man indirekte Suggestionsmethoden als eine wirksame Individualisierung der Therapie ansehen, indem das Angebot des Therapeuten jeweils dem Patienten soweit angepasst wird, dass es diesem leicht wird, es anzunehmen.

17

Vertiefung der Trance

Wilhelm Gerl

17.1 Der Prozess der Vertiefung – 217

17.2 Erwartung und Reaktionsbereitschaft fördern – 218

17.3 Direkte und indirekte Vertiefungssuggestionen – 218

17.4 Paraverbale und nonverbale Mittel – 220

17.5 Trancephänomene nutzen – 221

17.6 Mit Dissoziation arbeiten – 222

17.7 Konditionieren – 223

17.8 Vertiefung durch Selbsthypnose – 224

17.9 Diskussion – 224

Dass das Konzept der Trancetiefe problematisch ist, wurde in ▶ Kap. 9 schon eingehend thematisiert. Dennoch lässt sich mit den Begriffen der Tiefe und der Vertiefung der Trance in der therapeutischen Praxis gut arbeiten. Sie gehören zum festen, fast selbstverständlichen Begriffsrepertoire der Therapeuten und Patienten. Aufgrund kultureller Bedeutungsattribution kommt der **Tiefe** ein hoher Wert zu, der mit Gründlichkeit, Güte und Vollständigkeit assoziiert wird. Die Tiefenmetapher und Formulierungen wie »tiefer gehen« oder gar »tiefer sinken« können aber auch kontraindiziert sein, wenn sie vom Patienten mit belastenden Erinnerungen assoziiert werden.

»Vertiefung« meint in unserem Zusammenhang kein »Tiefergehen« im wörtlichen Sinn, auch wenn ein Patient in Trance das so verstehen mag und in entsprechende Bilder umsetzt. Es geht bei der Vertiefung um die Steigerung der Involviertheit in den Erlebensprozess, wobei sich fortschreitend qualitative Änderungen der Erlebnisweise ergeben. Vertiefung meint also das »Sich-Vertiefen« in prozesshaftes Erleben, verbunden mit spontanen **Veränderungen** von Erlebnisqualitäten sowie **Erweiterungen** des kognitiven Bezugsrahmens. Deshalb sind Begriffe wie »Weite«, »weitergehen« oder »erweitern« genauso zutreffend und eine gute Alternative, wenn »tief« ungünstig konnotiert ist.

17.1 Der Prozess der Vertiefung

Die Konzentration auf externale oder internale Reize bewirkt eine **Fokussierung** des jeweiligen Erlebens und eine **Ausgrenzung** von Außen- und Hintergrundreizen. Damit verbunden ist eine **Ablenkung** von anderen Erlebnisinhalten und deren **Abgrenzung** vom bewusst Wahrgenommenen. Dies sind Aspekte der »Dissoziation«, die mit dem Begriff der »tiefen Trance« verbunden sind.

Wenn der Fokus der Aufmerksamkeit von außen nach **innen** verlagert wird, entwickelt sich eine **internal** orientierte Trance. Dies ist der Trancetyp, der in den meisten Fällen für Patienten während der Therapiesitzung angestrebt wird. Er ist hilfreich für innere Suchprozesse und kommt den anfänglichen Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten entgegen. Wenn hingegen der Aufmerksamkeitsfokus **außen** ist, entwickelt sich eine Trance, die **external** orientiert ist. Diese kennzeichnet den Zustand des Therapeuten bei der Trancearbeit, der ihm ermöglicht, sinnlich voll im Kontakt mit seinem Umfeld zu sein und in Trance zu verweilen. Er ist dann sowohl im Rapport mit seinem Patienten, als auch im Kontakt mit seinen eigenen Trancereaktionen, die mit den unbewussten Signalen und hypnotischen Reaktionen des Patienten interagieren. Wenn alle Sinnesmodalitäten (visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch) einbezogen werden, erweitert sich das Bewusstsein und steigert sich der Grad der Involviertheit in das Tranceerleben.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Trancevertiefung besteht darin, dass der Therapeut mit seinen Formulierungen und seinen minimalen paraverbalen und nonverbalen Hinweisreizen (»cues«) dem Patienten einen geeigneten Rahmen für adäquates Reagieren auf Suggestionen gibt. Er geht nicht nur davon aus, dass der Patient im Sinne der Suggestionen reagieren **kann**, sondern dies auch **tun wird**. Seine Überzeugung und Reaktionserwartung vermittelt er dem Patienten auf mannigfaltige Weise (Brown u. Chaves 1980).

Grundvoraussetzung für die Vertiefung ist die Konzentration bzw. die Fokussierung der Aufmerksamkeit, bei gleichzeitiger Ab- und Ausgrenzung irrelevanter Gedanken und Wahrnehmungen. Die Kommunikation des Therapeuten gibt dem Patienten einen Rahmen für adäquates Reagieren auf Suggestionen. Dabei entwickelt der Patient in der Regel eine internal, der Therapeut eine external orientierte Trance.

Die folgenden Handlungsweisen und Verhaltenstaktiken können einzeln eingesetzt oder kombiniert werden; sie ergänzen sich und steigern dabei ihre Wirkung. Einige können sowohl zur Vertiefung als auch zur Einleitung der Trance dienen.

17.2 Erwartung und Reaktionsbereitschaft fördern

Bereits im vorbereitenden Gespräch wird durch sprachliches Implizieren und Voraussetzen ein Reaktionspotenzial für Tranceverhalten geschaffen, z. B. mittels Fragen:

»Wie tief wollen Sie diesmal in Trance gehen? – Jetzt gleich oder erst, sobald sich Ihre Augen schließen? – Wie voriges Mal oder noch tiefer?«

»Nichtwissen«-Formulierungen und offen lassende Fragen können die Aufmerksamkeit und Erwartung weiterhin auf Tranceerfahrungen richten:

»Und ich weiß es wirklich nicht, woran Sie bemerken werden, wie tief Sie bereits in Trance sind – und wer weiß schon, in welcher ganz bestimmten Situation Ihr Unbewusstes Sie morgen an dieses Lernen erinnern wird?«

Auch mittels geeigneter Fallgeschichten und situativer Arrangements kann eine positive Erwartung gefördert und die Reaktionsbereitschaft gesteigert werden (► Kap. 16 und 20 »Stellvertreter-Technik«:

»In diesem Stuhl hier sitzt vor einer Woche eine junge, intelligente Frau, die denkt, sie könne nicht ausreichend entspannen, um in eine befriedigende Trance zu gehen. Wie soll sie es auch wissen? Sie weiß es nicht – aber ihr Unbewusstes; und ich, ich frage sie, ob sie bereit wäre, dazu ein Experiment zu machen.« … »Und dazu brauchen Sie nichts weiter zu tun, als sich hier in diesen anderen Stuhl zu setzen, sage ich, »und mir genau zuhören. Wollen Sie?« (Patientin nimmt im angebotenen ‚Trancestuhl' Platz.) »Und ich weiß, dass Sie sehr genau zuhören und präzise verstehen können, was ich Ihnen zu sagen habe – auch dann, wenn sich Ihre Augen geschlossen haben werden.«

17.3 Direkte und indirekte Vertiefungssuggestionen

Sprachliche Varianten

Vertiefungssuggestionen können direkt formuliert sein, in **vor**schreibender Sprache: *»Gehen Sie tiefer und tiefer …!«*, oder in permissiv-**be**schreibender Sprache: *»Sie können tiefer und tiefer gehen … angenehm tiefer und weiter loslassen«*.

Wenn sie indirekt formuliert werden, führen sie meist schneller zum Erfolg, weil sie weniger gedankliche Überprüfung auslösen. Eine dieser Formen ist das Einstreuen (»seeding«) von sinnverwandten Wörtern (loslassen, sich vertiefen, weiter damit fortfahren):

»Sich in dieses Erleben zu vertiefen gibt ein Gefühl von tieferer Befriedigung, und dieses gute Wissen tief drinnen, kann eine Freude bereiten, die noch tiefer gehen kann«.

Genauso können Wörter gesät werden, die lediglich vom Klang her eine Ähnlichkeit mit tief oder tiefer aufweisen, wie »instink**tiv** fühlen«, »ak**tiv** erleben«, »krea**tiv** erlernen«, »intui**tiv** erkennen«.

Das Verletzen syntaktischer Regeln ist ein Kunstgriff, der auch in den hier gegebenen Formulierungsbeispielen zu finden ist. Dabei wird mit Absicht gegen die Regeln der Schriftsprache verstoßen. Die dadurch hervorgerufene Ablenkung und leichte Konfusion führt schließlich zur Verringerung der intellektuellen Tätigkeit und erhöht die Trancebereitschaft.

Bei unsicheren und ängstlichen, kontrollierenden und konkurrierenden Patienten erweist sich die paradoxe Aufforderung, »nicht tiefer« oder »nicht zu tief« in Trance zu gehen, als sehr hilfreich.

Ein wirksames Mittel indirekter Vertiefungssuggestion ist die **Wiederholung**.

»Und Sie können darauf achten – darauf achten, wie ganz allmählich und ganz von selbst sich das entwickelt. Das entwickelt sich ganz allmählich und ganz von selbst.«

Regelmäßig sich **wiederholende** bzw. **rhythmische Reizvorgabe** dient ebenfalls der Vertiefung der Trance, zum Beispiel ein rhythmisches Sprechen,

Trommeln oder das Ticken einer Uhr, ein gleichmäßig oder im Atemrhythmus pulsierendes Licht, eine sich wiederholende kinästhetische Stimulation (Massage, rhythmische Bewegung, Gewiegtwerden).

Man kann den Patienten in Trance auch ein Wort oder einen Satz mehrmals sprechen lassen:

»Und mit jedem Wort, das Sie sich so sagen hören, gehen Sie tiefer, jedes Mal noch etwas tiefer – ganz von alleine – mit jedem Wort, mit jedem Satz.« (Zuvor suggerieren, dass die Person in Trance sprechen wird.)

Bei der Einleitung und Vertiefung des Trancezustandes geht es u. a. um die Lenkung der Aufmerksamkeit, um diese auf das Ziel der Trancearbeit auszurichten:

Lenkung der Aufmerksamkeit

- von **außen nach innen** durch verbales »pacing«. Es werden zuerst äußere Reize angesprochen, dann zunehmend mehr innen lokalisierte körperliche und imaginierte Reize;
- auf **Details**, einzelne **Sinnesmodi** und **Qualitäten** (Submodalitäten) der Wahrnehmung;
- auf **Relationen** zwischen Objekten, also deren Lokation, Größe, Abstand und Nähe, Ruhe oder Bewegung, Richtung, Gleichzeitigkeit oder Reihenfolge;
- auf **Beziehungen** zwischen Subjekten (Sozial- und Handlungsbezüge);
- auf die emotionale **Bedeutung**, die das Erlebte für die Person hat.

Metaphern

Der Therapeut beschreibt in anschaulicher Weise gedankliche Bilder, Situationen und Prozesse. Er richtet die Aufmerksamkeit auf deren sinnlich-prozesshafte Qualitäten und legt dem Patienten damit nahe, sich diese konkret und detailliert zu vergegenwärtigen. Es werden Analogien und passende Vorstellungen für den Vertiefungsprozess und seine Schritte angeboten:

- »Und dabei tiefer gehen, **Schritt für Schritt**, wie auf einer **Treppe**, **Stufe um Stufe** tiefer …
- Und es **weiter gehen lassen**, in einen anderen Raum (visuell), Schritt für Schritt (kinästhetisch), mit jeder Zahl, mit jedem Buchstaben des ABC (auditiv/visuell) …
- Weiter damit f**ortfahren**, wie **auf einer Rolltreppe**, mühelos, ganz von alleine …
- Mithilfe dieses **Fahrstuhls Etage um Etage**, tiefer und tiefer …
- Vielleicht angenehm dahin driften: **Frei fließende** Energie kann jede Gestalt annehmen …«

Es können auch gleichnishafte Geschichten erzählt werden oder Fallbeispiele, in denen vertiefende Schritte nachvollziehbar beschrieben werden.

Regelmäßige Stufen, Schritte, Reihen und rhythmische Reize

Regelmäßige Schritte unterteilen den Weg in die Trance in überschaubare Abschnitte und befriedigen damit das Bedürfnis des Patienten nach Sicherheit. Er kann sie dann auch für die Rückkehr aus der Trance als Anhaltspunkte oder Leitlinie benutzen; denn wenn er mit ihnen **in** Trance gehen konnte, kann er mit ihrer Hilfe auch wieder sicher **aus** der Trance zurückkehren.

Diese Leitlinien können an dem vom Patienten aktuell bevorzugten Repräsentationssystem ansetzen, z. B.:

- **Visuell**: *»Wie wenn Sie eine Treppe tiefer gehen, die Sie gerade vor sich sehen – oder leicht geschwungen nach rechts oder nach links; und Sie können gleich **sehen**, wie das – Stufe um Stufe – tiefer geht mit jedem Ausatmen: Schritt für Schritt – und weiter … ganz von selbst.«*
- **Auditiv**: *»Beginnen Sie, von der Zahl 100 abwärts zu **zählen**, tiefer mit jeder Zahl … und weiter!«* Oder *»Sie können dem A-B-C folgen und mit jedem Buchstaben weiter gehen: D-E-F und G. Geh ruhig weiter auf diese Weise, mit ganz eigenen Schritten!«*
- ***Kinästhetisch***: *»Und mit jedem **Ausatmen** weiter **loslassen** - tiefer - und spürbar tiefer«*. Dabei sollten die Worte dem Ausatem des Patienten angepasst sein.

Einbeziehen von externalen Reizen und von Körperreaktionen

Ereignisse, die sich als Störreize auswirken könnten, werden in der nächsten Verbalisierung sogleich angesprochen und für die Vertiefung genutzt:

»Und dieses Geräusch von dort ermöglicht Ihnen, sich genauer innezuwerden, wo Sie nun sind und einfach da sein können – in der Mitte Ihrer Welt gut aufgehoben – sodass Sie das ruhig etwas genießen können, um sich dabei noch weiter in Ihr ganz eigenes Erleben zu vertiefen.«

»Manchmal, beim Hinüberwechseln in einen anderen Zustand, gibt es im Körper diesen Reflex, dieses Zucken, wodurch sich eine eben noch vorhandene Spannung entladen konnte – einfach ein Zeichen dafür, dass Sie dabei sind, noch tiefer loszulassen und weiter in Trance gehen.«

Eine dritte Person als Trancemediator

Eine andere Person, die bereits in Trance ist, hat für den Patienten eine ganz bestimmte, trancefördernde »Aura«. Sie bewirkt eine spezifisch fokussierte Wahrnehmung und eine ruhig-gespannte Aufmerksamkeit. Sie ist ein anschauliches Beispiel dafür, dass tiefere Trancen (bzw. hypnotische Phänomene) erreichbar sind, und macht anschaulich vor, wie man sich dabei verhält. Für fast jeden Patienten wirkt das anspornend; leistungs- und wettbewerbsorientierte Personen fordert es heraus. Dieser sozialpsychologische Effekt trägt insbesondere im Gruppensetting zur Erleichterung von hypnotischen Reaktionen bei.

Trancen ineinander schachteln

In der begonnenen Trance wird der Patient aufgefordert, in eine weitere Trance zu gehen, in der ihm wiederum suggeriert wird, in eine nächste Trance einzutreten, die noch tiefer gehen wird. Analog dazu wird bei hypnotisch induzierten Träumen jeder Traum als Plattform für einen weiteren Traum benutzt. Die begonnenen Träume bzw. Trancen werden dann, nach Erreichung der zentralen Trance, auf dem Weg zurück abgerundet bzw. fertig geträumt.

Überladen mit Informationen und Erzeugen von Konfusion

Überladung mit Informationen und eine gelinde Verwirrung erweisen sich als hilfreich bei Personen, die sich durch eine sehr interessierte oder übermäßig kritische Haltung auszeichnen. Deren einseitig intellektuelle Aktivität hält eine Wirklichkeitskonstruktion aufrecht, die der Entwicklung einer therapeutischen Trance im Wege steht. Solche kontraproduktive Denktätigkeit kann durch Überladung mit komplexerer Information ermattet und durch das Erzeugen einer gelinden Verwirrung, z. B. durch ein unerwartetes Verhalten des Therapeuten, unterbrochen werden. Kognitive Überladung und Konfusion können auch in späteren Phasen der Trancearbeit erforderlich sein, um eine ausreichende gedankliche Dissoziation (und damit Trancetiefe) zu gewährleisten. Konfusion als therapeutische Technik setzt einen ausreichenden Rapport voraus.

17.4 Paraverbale und nonverbale Mittel

Stimme und Gestik

Mit dem Ausatmen zum Satzende hin senkt der Therapeut die Stimme. Insbesondere beim Ansprechen von vagen Körperempfindungen wird sie sanft, leiser und tiefer. Den Ort, von wo seine Stimme kommt, kann der Therapeut analog etwas nach unten verlagern. Eine Person mit geschlossenen Augen ist in der Lage, solche feinen Unterschiede wahrzunehmen und im Rahmen der Trance zu verwenden. Falls der Patient die Augen offen hat und der Therapeut seine Worte mit Gesten unterstreicht, sollten die Handbewegungen zur Körpermitte bzw. nach unten auslaufen.

Modellverhalten des Therapeuten

Der Therapeut stellt sich auf das Ausgangsniveau des Patienten ein und zeigt diesem dann modellhaft, wie man auf die Suggestionen zur Vertiefung reagiert, indem er sie selber umsetzt. Er geht also einen kleinen Schritt voraus, indem er hörbar tiefer ausatmet, sichtbar Spannung loslässt, eigene Bewegungen beruhigt oder ganz einstellt, die Augen kurzzeitig schließt (Lidschluss andeutet), das Spre-

chen verlangsamt (das Denken beruhigt) und so fort.

Sprechpausen

Nach jedem Prozessschritt, nach bedeutsamen Suggestionen oder als Zeiträume, in denen der Patient sein Erleben frei für sich entwickeln kann, sind kurze Pausen oder Schweigen bis zu einer Minute angezeigt. Patienten, die mit der hypnotischen Situation vertraut sind, vertiefen ihre Trance manchmal erheblich, wenn der Therapeut für eine definierte Zeit aus dem Zimmer geht (nachdem er dies vorher angekündigt hat).

Nonverbales »pacing« des Erlebens und autonomer Reaktionen

Der Rapport wird bei der Vertiefung der Trance gerade auch mithilfe des **nonverbalen** Widerspiegelns aufrechterhalten und erweitert. Dadurch umfasst er auch unbewusste autonome Reaktionen des Patienten (»Rapport mit dem Unbewussten«). Zur Steigerung seiner Empathie und seiner Reagibilität auf minimale Veränderungen kann der Therapeut zum Beispiel seinen Atem mit dem Atemrhythmus des Patienten synchronisieren (»Atem-Pacing«) oder dessen Körperhaltung einnehmen.

17.5 Trancephänomene nutzen

Trancephänomene induzieren

Dies ist die direkteste und wirkungsvollste Intervention zur Induktion und Vertiefung der Trance. Trancephänomene sind sinnlich evident und werden als spontan (»nichtwillkürlich«) erlebt. Der Patient stellt sich nicht vor, dass ein Finger sich anhebt, sondern erlebt das in dissoziativer Weise unmittelbar.

Eine in der Hypnotherapie allgemein gebräuchliche Form der indirekten Suggestion von hypnotischen Phänomenen ist die sog. **implizierte Direktive** (Erickson u. Rossi 1981). Sie besteht aus 3 Elementen.

Elemente der implizierten Direktive

a) **Zeitgebundene Einleitung**,
b) **Suggestion**, die einen inneren Suchprozess auf unbewusster Ebene auslöst,
c) autonome, **nichtwillkürliche Reaktion**. Diese läuft entweder innerlich als ein ideosensorisch-ideoaffektiver Prozess ab, oder ein außen erkennbares ideomotorisches Signal zeigt die Reaktion und ihren zeitlichen Ablauf an.

Beispiel: *»(a) Wenn/sobald – (b) Ihr Unbewusstes uns einen Fingerzeig geben möchte, dass Sie nun weiter in eine angenehm mitteltiefe Trance gehen können – (c) können Sie bemerken, wie dieser Finger Ihrer linken Hand beginnt, sich leicht anzuheben.«*

Es geht also um die sprachliche Erzeugung einer **Kontingenz** von Signal und Suggestion. Deshalb kann, bei Wiederholungen dieser Intervention, die autonome Reaktion (c) auch **vor** der Suggestion (b) angesprochen werden:

»(a) Und während – (c) dieser Finger leichter und leichter wird und beginnt sich abzuheben – (b) gehen Sie auf eine ganz eigene Weise weiter in diese persönliche Erfahrung, in die Sie sich weiter vertiefen – jetzt!«

Trancephänomene ansprechen und die Trance ratifizieren

Phänomene, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten, können **vorhergesagt** werden; auf Phänomene, die sich abzuzeichnen beginnen, kann **hingewiesen** werden. Damit wird die sinnliche Evidenz dieser hypnotischen Phänomene überprüfbar und verstärkt: die Schwierigkeit, zu sprechen, die Augen zu öffnen, einen Arm zu heben; kataleptische Starre und Analgesie, Veränderungen der Temperatur und anderer physiologischer Parameter, wie Herzrate, Puls und Atmung; Veränderungen im Körperschema; spontane innere Bilder und Halluzinationen.

Trancephänomene sind tatsächlich gemachte Erfahrungen, durch welche die Tatsache, in Trance

(gewesen) zu sein, überprüft und bestätigt (»ratifiziert«) wird.

»Und vorderhand mag es der bewussten Aufmerksamkeit entgangen sein, wie in Ihrer Hand diese Veränderung begonnen hat, sich zu entwickeln – ganz von alleine, ganz von selbst – zuerst diese ganz bestimmte Empfindung. Und Sie können jetzt vielleicht entdecken, wie der Zeigefinger begonnen hat, sich anzuheben, möglicherweise leicht abzuheben … um dann weiter nach oben zu gehen.«

Spontane Trancephänomene erkennen und utilisieren

Hypnotische Phänomene treten schnell auf, wenn geeignete Auslösereize (»cues«) wirksam werden, z. B. sobald sich der Patient in den »Trancestuhl« setzt. Die Möglichkeit zur ihrer Nutzung ergibt sich dann schneller als man denkt. Wenn sich ein Hypnotiseur damit beschäftigt, eine standardisierte Induktionsroutine abzuarbeiten, übersieht er also möglicherweise beim Patienten Zeichen, die auf eine bereits fortgeschrittene Dissoziation hinweisen (z. B. nichtsuggerierte ideomotorische Reaktionen, wie Fingersignale). Es ist befriedigender, wenn er mit freischwebender Aufmerksamkeit die gesamte Situation im Auge behält und lernt, auf unbewusste Signale zu reagieren.

> Das Gefühl dafür, wie Verhalten aus dem Unbewussten der Versuchsperson zustandekommt, befähigt den Hypnotiseur, tiefe Trancen einzuleiten und aufrechtzuerhalten (Erickson 1995, S. 214).

17.6 Mit Dissoziation arbeiten

Eine weitere Möglichkeit, die Trance zu stabilisieren und zu vertiefen, ist die Dissoziation. Dissoziation bedeutet, dass bestimmte Prozesse, die uns normalerweise bewusst sind, vom Bewusstsein abgespalten werden; etwa Prozesse der Wahrnehmung (z. B. Schmerzen, s. Analgesie) oder der Motorik (z. B. das langsame Heben eines Armes, s. Levitation). Das ist eine natürliche Fähigkeit, die bei Stammeskulturen zur Schmerzbewältigung oder »Seelenreise« genutzt wird. Der Mensch ist in traumatischen Situationen befähigt, sich mit seinem Bewusstsein von seinen eigenen körperlichen Prozessen abzuspalten, um so Hilflosigkeit oder extreme Affekte zu bewältigen.

An diese natürliche Trancefähigkeit wird angeknüpft mit Formulierungen, die auf eine Abspaltung der Aufmerksamkeit oder auf die Unwillkürlichkeit bestimmter körperlicher Prozesse hinweisen. Solche, im eigentlichen Sinn hypnotischen Suggestionen zielen also auf Prozesse, die der Patient dissoziiert vom bewussten Denken ablaufen lassen kann und mit denen er einen Trancezustand entwickelt. Indem suggeriert wird, auf intuitives, vom Bewusstsein abgespaltenes Wissen und auf autonome Körperreaktionen zu vertrauen, wird eine innere Fokussierung initiiert, die Trance vertiefend wirkt. Es kann eine **körperliche**, eine **räumliche** oder eine **zeitliche** Dissoziation suggeriert werden oder die Spaltung von bewusst und unbewusst.

Körperliche Dissoziation

»Mögen Sie einmal diese Hand da (auf dem Oberschenkel) in diesem Abstand vor Ihnen genau anschauen, ihre Eigenart entdecken, sie inspizieren oder unverwandt betrachten, diese Hand, die einem bekannt vorkommt und irgendwie eigenartig – leicht kann es dann sein, dass die andere Hand ganz gleichgültig wird und – sobald Ihre Augen sich zu schließen beginnen – völlig unerheblich wird.«

»Und wenn Sie hier so sitzen, können Sie einen Weg finden und eine Richtung, in der Sie geistig heraustreten aus diesem Körper, der hier so sitzt – und dann im geeigneten Abstand die Person betrachten, wie sie hier sitzt.«

Räumliche Dissoziation

»Sie können sich vielleicht erinnern, wie es ist, sich im Spiegel anzuschauen – in diesem gewissen Abstand können Sie sich betrachten, wie Sie da sitzen und sich vertiefen in dieses Bild der Person, die Ihnen nahe ist, und sie mit Interesse anschauen.«

Zeitliche Dissoziation

»Sie können sich nun an jenem Ort in jener Zeit (in der Zukunft) einfinden – einfinden mit allem, was für Sie dazu gehört – und sich vergegenwärtigen: Sie sind tatsächlich angelangt – an diesem Ort, nun – haben Sie schon bemerkt, woran Sie erkennen, was Sie hier besonders mögen? Und von diesem Ort, wo Sie nun sind, werfen Sie einen Blick auf die Zeit (die Tage oder Jahre), die zurückliegen, die Sie hinter sich

haben, und bemerken, dass sich da etwas geändert hat. Und woran nun erkennen Sie das?«

Bewusst-Unbewusst-Dissoziation

»Während das bewusste Denken noch damit beschäftigt ist, die Worte zu erfassen, hat Ihr Unbewusstes bereits begonnen, ein intuitives Verständnis davon zu entwickeln, worum es bei Ihnen wirklich geht.«

Damit wird auf innere Prozesse hingewiesen, die dissoziiert vom bewussten Denken ablaufen. Indem suggeriert wird, auf intuitives Wissen und autonome Prozesse zu vertrauen, wird eine entsprechende innere Suche initiiert und weiter vertieft.

Multiple visuelle Dissoziation

Unterschiedliche persönliche Erfahrungen, Dinge, Gefühle, Erlebnisweisen werden nacheinander visualisiert, z. B. in verschiedenen imaginierten Bilderrahmen oder Monitoren. Mit dieser Vielfalt anschaulich repräsentierter Aspekte und Erlebnisse der Person, z. B. auf verschiedenen Altersstufen, kann später eine Neugewichtung und Reorganisation der persönlichen Erfahrung eingeleitet werden.

Trance vertieft sich schnell, wenn hypnotische Phänomene genutzt werden, die entweder spontan auftraten oder suggeriert wurden. In diesen Phänomenen manifestieren sich bereits die Dissoziation und das autonome Funktionieren, die als Ergebnis der Vertiefung angestrebt werden.

17.7 Konditionieren

Sprachliche Konditionierung

Die Trancetiefe wird sprachlich an Kognitionen oder Handlungen gekoppelt, die soeben ablaufen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind:

»Sobald diese ganz bestimmte Empfindung beginnt, sich mit jedem Ausatmen weiter auszubreiten, entdecken Sie, wie Sie noch angenehmer in Kontakt kommen mit sich und Ihrem ‚Tiefen-Selbst'.«

»Sobald Ihre Hand auf Ihren Schenkel herabsinkt und, dort angelangt, jeden Rest von Spannung loslassen kann, wird es für Sie sehr angenehm sein zu bemerken, wie Sie dabei noch tiefer in Trance gehen.«

Fraktionierte Induktion (nach Oskar Vogt)

Eine erste Trance wird induziert. Der Patient soll dabei auf seine Empfindungen und Gedanken achten. Dann wird die Trance kurzzeitig unterbrochen, um ihn seine Wahrnehmungen berichten zu lassen. Die angesprochenen Empfindungen und Gedanken werden für die darauffolgende Tranceinduktion genutzt, als Feedback und im Sinne eines prozessförderlichen Widerspiegelns (»leading by pacing«). Damit kann die Person nun schneller wieder in Trance gehen bzw. an das Erleben vor der Unterbrechung anknüpfen. In dieser zweiten Trance wird wieder beobachtet, was einem schon vertraut ist und was neu hinzukommt. Dann wird wieder unterbrochen und wieder berichtet.

Dieses Vorgehen (Trance induzieren – Verweilen und Wahrnehmen – Rückkehren – Berichten und Besprechen – erneute Induktion mit Einbeziehung der berichteten Phänomene) wird je nach Bedarf mehrmals wiederholt. Vor jedem Unterbrechen und Zurückkehren wird eine posthypnotische Suggestion gegeben für ein noch schnelleres Tiefergehen beim darauf folgenden Wiedereintritt in Trance.

Die fraktionierte Induktion ist ein Beispiel für die Anwendung des Prinzips, bereits Erreichtes als Basis der Folgeschritte zu nutzen, um so Stufe für Stufe tiefer zu gelangen. Ihre Wirksamkeit für das zunehmend schnellere Auslösen von progressiv tieferen Trancen wird mit den Prinzipien der klassischen und der operanten Konditionierung bzw. der posthypnotischen Suggestion erklärt. Der »Zeigarnik-Effekt« (gestalttheoretischer Effekt unterbrochener Handlungen) spielt hier ebenfalls eine Rolle.

Posthypnotische Suggestion

»Wenn Sie das nächste Mal dieses Signal erhalten (bzw. … sehen/hören/spüren), wird es Ihnen noch leichter fallen, in diesen angenehmen Zustand zu gehen – ganz von selbst – noch angenehmer und tiefer als zuvor.«

17.8 Vertiefung durch Selbsthypnose

Für die Vertiefung der Selbsthypnose werden regelmäßige Schritte bevorzugt und imaginative Techniken mit individuell abgestimmten Bildern. Ausgewählte Landschaften, Orte oder Häuser, in denen die Person sich geistig frei bewegen und zu konzentrativer Gelöstheit und Ruhe gelangen kann, werden von ihr aktiv assoziiert. Ebenso kann sie eine bevorzugte Farbe imaginieren oder sich in eine ihrer Lieblingstätigkeiten versetzen. Bei diesem Vorgehen wird ein Erlebnisbild mit den physiologischen und mentalen Prozessen der sich entwickelnden Trance gekoppelt.

Durch wiederholtes Üben im »Selbsthypnosetraining« (▶ Kap. 25) wird diese Konditionierung verstärkt. Das Bild löst dann, als ein konditionaler Stimulus, den Vertiefungsprozess aus. Die Person kann so noch weiter entspannen und dissoziieren und erlebt dabei die Vorhersage des Therapeuten bestätigt, *»dass sie/Sie beim nächsten Mal noch schneller und tiefer als zuvor in Trance gehen«* kann. Um diesen Effekt zu gewährleisten, ist bei der Selbsthypnose mehrmaliges Üben erforderlich.

Damit die Person eine Vertiefung des Tranceerlebens wirklich zulässt, benötigt sie gerade bei der Selbsthypnose ausreichende Sicherheit. Die vorausgehenden Erfahrungen, die sie bei der Heterohypnose mit dem Therapeuten gemacht hat, determinieren manchmal für immer, wie tief sie sich in Trance begeben wird. Deshalb sind in dieser gemeinsamen Sitzung ihre Erwartungen an die Selbsthypnose abzuklären und irrige Vorstellungen über Hypnose zu korrigieren. Weiter ist darauf zu achten, dass die Person präzise Anweisungen erhält, die möglichst spezifisch auf sie abgestimmt sind. Sie muss sich im Klaren darüber sein, wofür sie Selbsthypnose praktiziert und wie sie das am besten tut. Nicht nur ihre Schritte in die Trance, sondern auch die Beendigung der Trance, also der Weg zurück, muss klar strukturiert und gesichert sein.

Das Praktizieren von Selbsthypnose hilft, die Trance zu stabilisieren und selbstständig zu vertiefen. Um die Eigentrance konstruktiv gestalten zu können, benötigen die meisten Patienten anfangs explizite und nachvollziehbare Anleitungen.

17.9 Diskussion

Bevor ein Patient spezifische Vertiefungssuggestionen annimmt, benötigt er ausreichend Sicherheit und Vertrauen in die Situation, gerade auch auf **unbewusster** Ebene. Ein guter Rapport mit dem Therapeuten und mit sich selbst ist für die Entwicklung einer therapeutischen Trance beim Patienten essenziell. Erickson wies 1952 in einem umfassenden Aufsatz *»Tiefe Hypnose und ihre Induktion«* unter anderem darauf hin,

> [dass] ungeachtet dessen, wie gut informiert und intelligent eine Person sein mag, immer eine generelle Unsicherheit existiert bezüglich der Frage, was geschehen wird oder was gesagt oder getan werden wird oder nicht. Deshalb sollte der Person sowohl in den Wach- als auch in den Trancezuständen in geeigneter Weise Sicherheit vermittelt werden. Im Wachzustand wird dieser Schutz am besten **indirekt** gegeben, im Trancezustand mehr **direkt** (Erikson 1952/1995, S. 219; Hervorhebungen des Autors).

Erickson beschreibt dann, wie mit neuen Patienten und »immer wenn geplant wird, tiefe Trancen zu induzieren, eine systematische Anstrengung unternommen wird, um der Person zu **demonstrieren**, dass sie sich in einer völlig geschützten Situation befindet.« Und er merkt an:

> Eine häufig übersehene Form des Schutzes der Person ist der Ausdruck von Dank und Anerkennung für Ihre Arbeit. Anerkennung muss definitiv in einer passenden Weise ausgedrückt werden, vorzugsweise zuerst im Trancezustand und später im normalen Wachzustand (Erickson 1952/1995, S. 221).

Mittels dieser Haltung des Therapeuten, verbunden mit der konsequenten »Utilisation des gesamten reaktiven und spontanen Verhaltens während der Trance-Induktion« sollte es nach Erickson »zu einer ständigen Minimierung der Rolle des Hypnotiseurs und zu einer beständigen Erweiterung der Rolle der Person kommen. … Die Einholung von **Feedback** und die **Annahme von Hilfe** vonseiten des Patienten sind deshalb kein Ausdruck von Inkompetenz, sondern eine ehrliche Anerkennung der Tatsache, dass tiefe Hypnose ein **gemeinsames** Bemühen ist, bei dem der Patient die Arbeit tut und der Therapeut versucht, ihn zu stimulieren, die not-

wendigen Anstrengungen zu unternehmen« (zit. nach Erickson 1952/1995).

Die bei Hypnotiseuren und Laien noch immer verbreitere Annahme, das Erzeugen tiefer Trancen sei identisch mit dem Erreichen therapeutischer Ziele, hat sich als ein grober Irrtum erwiesen. Mit zunehmender klinischer Erfahrung entdeckt jeder Hypnotherapeut, dass – wenngleich Phänomene wie Amnesie, Halluzinationen, autonome Körperbewegungen und automatisches Verhalten mit der Tiefe der Trance in Beziehung gesetzt werden können – die Erreichung therapeutischer Ziele nicht vom Produzieren solcher Phänomene abhängt.

> Dass eine Person eine exzellente hypnotische Versuchsperson ist, indem sie in profunder Weise auf klassische hypnotische Suggestionen reagiert, ist **nicht** mit ihrer Reaktion auf therapeutische Suggestion korreliert, Gewicht zu verlieren, das Rauchen einzustellen, von Rückenschmerzen und anderen Beschwerden frei zu werden (Wilson u. Barber 1983, S. 377; Übersetzung und Hervorhebungen des Autors).

Barber (1980) erwähnt Beispiele von Patienten, die auf den Standardskalen zur Hypnotisierbarkeit sehr schlecht abgeschnitten und demnach keine tiefe Trance erzielt hatten. Therapeutisch aber reagierten sie recht gut, wenn naturalistische, nichtautoritäre Techniken angewandt wurden. Dies weise darauf hin, dass **nicht die** Hypnotisierbarkeit, sondern das therapeutische Bündnis am wichtigsten sei (Peter 1996). Die therapeutische Technik ist sekundär und davon abhängig, wie es dem Therapeuten gelingt, den erforderlichen emotionalen Kontakt mit dem Patienten herzustellen und aufrechtzuerhalten. Nach Rossi kann die Entwicklung des Rapports als ein Training für eine tiefere Trance betrachtet werden, insbesondere dann, wenn nonverbale und unbewusste Reaktionsweisen miteinbezogen werden (Erickson u. Rossi 1981).

Für die meisten therapeutischen Zwecke sind leichte bis mittlere Trancetiefen besser geeignet. Für die Integration von unbewusstem und bewusstem Wissen, die für die Reorganisation des Selbst erforderlich ist, muss ein »Brückenschlag zwischen Bewusstem und Unbewusstem« möglich sein. Denn »in der tiefen Trance ist es möglich, Suggestionen so tief einzupflanzen, dass es keine Brücke zum Bewusstsein gibt, wo sie Ausdruck finden könnten. Diese Suggestionen können therapeutisch nicht wirksam sein« (zit. nach Rossi in Erickson u. Rossi 1981).

Eine für therapeutische Zwecke ausreichende Trancetiefe ist häufig bereits dann gegeben, wenn ein nichtwillkürlicher Lidschluss erfolgt ist oder die Pupillen bei geöffneten Augen erweitert sind (defokussierter Blick ohne Lidschlag), wenn die Person ruhig und gleichmäßig atmet und ihre Gesichtszüge »glatter« und symmetrisch ausgeglichener geworden sind.

Das jeweils erreichte Tranceniveau wird in der Therapie zur differenziellen Indikation genutzt: Der Therapeut schätzt anhand der Trancephänomene ein, wozu der Patient momentan in der Lage ist oder in kurzer Zeit bereit sein dürfte. Dies ermöglicht ihm, die geeignetsten weiterführenden Angebote (Suggestionen) zu wählen, auf die der Patient dann mit hoher Wahrscheinlichkeit reagieren kann. Der damit vertiefte Rapport erhöht wiederum die hypnotische Reaktionsbereitschaft.

Mithilfe der **Überprüfung** und **Bestätigung** der erreichten Trancetiefe (»Ratifizierung der Trance«) wird im Patienten der Glaube an seine Fähigkeit, hypnotisch reagieren zu können, gestärkt. Damit gewinnt auch seine Erwartung an Kraft, dass sich die weitergehenden therapeutischen Suggestionen verwirklichen werden.

Fazit

Tiefe und Qualität der Trance werden in hohem Maß durch die Qualität des Rapports bestimmt. Für das Erreichen therapeutischer Ziele ist nicht das Produzieren von Tieftrancephänomenen sondern ein angemessener Tranceprozess erforderlich. Es hat sich gezeigt, dass für therapeutische Zwecke meistens leichte bis mitteltiefe Trancen am geeignetsten sind. Die Ratifizierung der Trance verstärkt das Vertrauen und die Fähigkeit des Patienten, weiter in Trance zu gehen.

Allgemeine Methoden

18 **Therapeutische Geschichten und Metaphern – 229**
Dirk Revenstorf, Ulrich Freund, Bernhard Trenkle

19 **Reframing – 253**
Wilhelm Gerl

20 **Stellvertretertechnik – 268**
Bärbel Bongartz, Walter Bongartz

21 **Hypermnesie und Amnesie – 277**
Burkhard Peter

22 **Altersregression – 287**
Burkhard Peter

23 **Hypnoanalyse – 300**
J. Philip Zindel

24 **Ich-Stärkung – 308**
Hans Riebensahm

25 **Selbsthypnose – 318**
Brian Alman

26 **Wirkfaktor Grimm:**
Märchen in der Hypnotherapie – 332
Ulrich Freund

Therapeutische Geschichten und Metaphern

Dirk Revenstorf, Ulrich Freund, Bernhard Trenkle

18.1 Therapeutische Funktion von Metaphern – 231

18.2 Allgemeine Prinzipien der Metaphernwirkung – 233
18.2.1 Semantische Offenheit – 233
18.2.2 Homomorphie – 234
18.2.3 Beiläufigkeit – 234
18.2.4 Verknüpfung – 234

18.3 Stilmittel für indirekte oder parallele Kommunikation – 235
18.3.1 Bilder – 235
18.3.2 Symbole und Archetypen – 235
18.3.3 Sprichwörter – 236
18.3.4 Witze – 236
18.3.5 Rätsel – 237
18.3.6 Geschichten und Anekdoten – 237
18.3.7 Parabeln Mythen und Märchen – 238

18.4 Anwendung therapeutischer Metaphern – 238
18.4.1 Diagnostische Verwendung – 238
18.4.2 Verbesserung des Rapports – 239
18.4.3 Metaphern für die Tranceinduktion – 239
18.4.4 Metaphern zur Konfusion – 240
18.4.5 Metaphern als therapeutische Interventionen – 240

18.5 Die Konstruktion homomorpher therapeutischer Metaphern – 245

18.6 Komposition mehrerer Metaphern – 248

18.7 Metaphern für Kinder erzählen – 250

Geschichten und Metaphern sind Bestandteil menschlicher Kultur. Sie werden erzählt, um zu unterhalten und um direkte oder auch indirekte Mitteilungen zu machen. Durch Geschichten und Metaphern Einfluss auf menschliches Verhalten zu nehmen, hat eine lange Tradition, die womöglich so alt ist wie die sprachliche Kommunikation selbst. Die historischen Beispiele reichen von Platos »Höhlengleichnis« bis zu den Gleichnissen Jesu und Buddhas. Auch die Erzählungen Homers, die Fabeln Äsops oder Lafontaines enthielten Belehrungen über moralisch richtiges Handeln. Und jeder von uns kennt aus seiner Kindheit Märchen, in denen böses Verhalten bestraft und gutes belohnt wird.

In der Rhetorik werden Metaphern eingesetzt, um die Rede auszuschmücken, die Aufmerksamkeit der Zuhörer zu binden, Dinge in anderen Worten zu wiederholen, den Kontext zu erweitern und um Affekte zu erzeugen (Kopp 1996, S. 84). Auch die Sprache der Religionen ist eine Sprache in Bildern. Überwiegend werden hier Gleichnisse verwendet, um Inhalte von der abstrakten Ebene der sachlichen Formulierung in die Wirklichkeit der Gläubigen zu übertragen. In der Bibel ist eine Vielzahl von Metaphern zu finden, etwa in Salomons Sprüchen (»Der Gerechte fällt siebenmal und steht dennoch wieder auf«) oder im Neuen Testament wie in der Predigt Jesu zu den Bauern im Gleichnis vom Sämann:

> Ein Sämann ging auf das Feld, um zu säen. Als er säte, fiel ein Teil der Körner auf den Weg und die Vögel kamen und fraßen sie. Ein anderer Teil fiel auf felsigen Boden, wo es nur wenig Erde gab, und ging sofort auf, weil das Erdreich nicht tief war, als aber die Sonne hochstieg, wurde die Saat versengt und verdorrte, weil sie keine Wurzeln hatte. Wieder ein anderer Teil fiel in die Dornen, und die Dornen wuchsen und erstickten die Saat. Ein anderer Teil schließlich fiel auf guten Boden und brachte Frucht, teils hundertfach, teils sechzigfach, teils dreißigfach. Wer Ohren hat, der höre. Da kamen die Jünger zu ihm und sagten: Warum redest du in Gleichnissen? Er antwortete: ... Deshalb rede ich in Gleichnissen, weil sie sehen und doch nicht sehen, weil sie hören und doch nicht hören und nichts verstehen (Matthäus 13).

Auch Paracelsus empfiehlt dem Heiler, nicht die nackte Wahrheit zu sagen: »Er soll Bilder, Allegorien, Gleichnisse, wundersame Rede oder andere verborgene Umwege benutzen«. Kopp sieht den Psychotherapeuten in der Tradition der Gurus und Schamanen, die

> ... nicht dogmatisch oder durch trockene Vorträge, sondern mit Hilfe von Parabeln und Metaphern sprechen. Die Metaphern zu erkennen heißt, eine Situation in ihrem vielschichtigen Zusammenspiel konkreter und symbolischer Bedeutungen intuitiv zu erfassen (Kopp 1996, S. 16).

Märchen werden für Kinder erzählt und vermitteln Lebensregeln (z. B. Hans im Glück), sind aber auch im Rahmen eines lösungsorientierten Vorgehens in der Therapie sinnvoll und sollen Suchprozesse beim Zuhörer in Gang setzen. Darin sieht Bettelheim den Wert der Märchen, der über die Belehrung hinausgeht:

> Das Märchen ist deshalb therapeutisch, weil der Patient zu eigenen Lösungen kommt, wenn er darüber nachdenkt, was die Geschichte über ihn und seinen inneren Konflikt zu diesem Zeitpunkt in seinem Leben enthält. Der Inhalt des ausgewählten Märchens hat gewöhnlich nichts mit dem äußeren Leben des Patienten zu tun, aber sehr viel mit seinen inneren Problemen, die unverständlich und deshalb unlösbar scheinen (Bettelheim 1977).

Die erste dokumentierte therapeutische Intervention, die sich der Wirkung von Geschichten bedient, stammt aus dem 9. Jahrhundert und ist die Sammlung »1001 Nacht«. Sie entstanden, um den Sultan von einer tiefen Kränkung zu heilen. Hier geht es um einen Mann, der dadurch enttäuscht wird, dass seine Frau ihn betrügt. Aus Kränkung bringt er den Ehebrecher und seine Frau um und schwört, in Zukunft nie wieder in die Lage zu kommen, betrogen zu werden. Das erreicht er dadurch, dass er jede Nacht eine Jungfrau zu sich bittet, die er am nächsten Morgen umbringt. Als fast keine Jungfrauen im Land mehr übrig waren, bietet Sherezade, die Tochter des Großwesirs an, zum Sultan zu gehen, worüber ihr Vater sehr verzweifelt ist. Sherezade ist jedoch so klug, dass sie dabei überlebt: Sie bedingt sich aus, ihrer Schwester in der ersten Nacht eine Einschlafgeschichte erzählen zu dürfen, der der Sultan gerne zuhört. Die Geschichte beendet sie jedoch nicht ganz und der Sultan findet es so spannend, dass er sie bittet, die Geschichte am nächsten Tag fortzusetzen. So überlebt sie und es wiederholt sich 3 Jahre. Nachdem diese 3 Jahre ver-

gangen sind, zeigt sie dem Sultan die 3 Söhne, die sie ihm währenddessen geboren hat, und er lässt sie am Leben – denn er kann ja schlecht die Mutter seiner Söhne umbringen.

In der Vielzahl von Geschichten, die Sherezade erzählt, lassen sich verschiedene Typen unterscheiden. So erzählt sie **»Pacing«-Geschichten**, die bestätigen, wie listig Frauen sind und wie sie überwunden werden (z. B. von der Kaufmannsfrau und ihren 5 Liebhabern). Diese ist aber sehr witzig, sodass ihren Betrügereien die tragische Komponente völlig fehlt, was eine andere, distanziertere Sichtweise des Betrugs impliziert. Ein anderer Typus sind **Konfusionsgeschichten**, die den König verwirren und sein rigides Denksystem ins Wanken bringen. Der dritte Typ sind **»Leading«-Geschichten** von Liebe und Leidenschaft, die zwar dramatisch verlaufen, aber letztlich immer gut enden (z. B. die Geschichte von der abgehauenen Hand). Sie dienen der »Heilung« des traumatischen Erlebnisses, das zu der pessimistischen Einstellung des Königs und seinem grausam-stereotypen Verhaltensmuster führte. Sherezade erreicht damit dreierlei: Sie verhindert durch die Spannung ihrer Geschichten, dass der König sie tötet, sie erschüttert sein letztlich selbstzerstörerisches Denksystem und gibt ihm den Glauben an die Liebe wieder. Wenigstens die beiden letztgenannten Komponenten sind psychotherapeutisch.

Ivan der Schreckliche hat sich angeblich im späteren Leben abendlich ein Märchen erzählen lassen, um an der Grausamkeit und Widerständigkeit der Realität nicht zu verzweifeln und seinen Geist für Lösungen zu beflügeln.

18.1 Therapeutische Funktion von Metaphern

Im Rahmen des Konzeptes der Indirektheit kommt der Verwendung therapeutischer Metaphern im Ansatz nach Erickson besondere Bedeutung zu. Erickson war von der Überlegenheit indirekter Suggestionen überzeugt:

> Die indirekten Formen von Suggestionen sind semantische Folien, die das Erleben neuer Reaktionsmöglichkeiten erleichtern. Sie evozieren unabhängig von unserem bewussten Willen automatisch unbewusste Suchvorgänge und innere Prozesse (Erickson u. Rossi 1981, S. 35).

Er verfügte über einen großen Fundus an Geschichten, dessen er sich häufig bediente und der in zahlreichen Büchern von ihm und über ihn festgehalten wurde (Erickson 1978; Erickson u. Rossi 1981; Erickson u. Rossi 1991; Rosen 1984; Zeig 1980).

Die therapeutische Funktion der Metapher lässt sich aus der Etymologie des Wortes ableiten. Es ist zusammengesetzt aus dem griechischen »meta« (jenseits, hinüber) und dem Stamm »pharein« (tragen). Die Funktion ist dementsprechend darin zu sehen, unser Wissen von einem Kontext in einen anderen, über den bisherigen hinausgehenden Kontext, zu übertragen. Während in der Alltagssprache darunter lediglich die kurze bildhafte Darstellung eines Sachverhaltes verstanden wird, die diesen möglichst prägnant und ohne viele Worte verdeutlichen soll, wird der Begriff im therapeutischen Kontext umfassender verwendet. Die therapeutische Metapher definiert Gordon (1986) als Geschichte oder Anekdote, die einen bestimmten Erlebensbereich des Patienten beschreibt, ohne ihn explizit zu nennen und eine neue, sinnvollere Perspektive eröffnet. Weitzenhoffer (1989 S. 345) definiert den Begriff noch weiter: »A metaphor is an ‚as if' statement.«

Metaphern können in folgende Hauptkategorien unterschieden werden:

- Bilder (»zu Kreuze kriechen«)
- Symbole (»stark wie ein Pferd«)
- Gleichnisse (»An der faulen Frucht erkennt man den faulen Baum«)
- Sprichwörter und Volksweisheiten (»Wie man sich bettet, so liegt man«)
- Witze (Die Tochter des Wanderpredigers, s. unten)
- Rätsel (Das 20. Kamel, s. unten)
- Parabeln, Geschichten, Allegorien (Die langen Löffel, s. unten)
- Fabeln (Reinecke Fuchs)
- Märchen (Rotkäppchen)
- Mythen (Siegfried-Sage)
- Anekdoten (Der alte Mann auf dem Eis, s. unten)
- Eigene Fallgeschichten

Die Verwendung von Metaphern kann einerseits der Distanzierung einer festgefahrenen Situation dienen, regt aber andererseits auch Erinnerungen, neue Assoziationen und Bilder an. Die Funktionen von Metaphern können sehr vielseitig sein.

Funktionen von Metaphern:

- Rapport (Patientenmetapher aufgreifen)
- Bindung der Aufmerksamkeit (Witze)
- Beiläufigkeit (es geht scheinbar um etwas anderes)
- Widerstand zu umgehen (Geschichten handeln nicht vom Patienten selbst)
- Konfusion (Rätsel, Witze)
- Trägermaterial für Einstreuungen (Tomaten-Joe ▶ Kap. 16)
- Suchprozesse auszulösen (Die drei Türen, s. unten)
- Ideen zu stimulieren (Der Einbeinige, s. unten)
- Informationsvermittlung
  - Über psychologische Prozesse (Der Einbeinige auf Glatteis)
  - Um physiologische Prozesse auszulösen (Organbeschreibung: Blutstillung als Stausee)
  - Zur Belehrung (Fabeln)
  - Zur Ich-Stärkung, Hilflosigkeit abbauen (Steinpalme, s. unten)
  - Um Zukunft zu bahnen (Raupen-Metamorphose, s. unten)
  - Um Hausaufgaben vorzubereiten (Das Portrait des Vogels, s. unten)

Der gebahnte Bereich im assoziativen Netzwerk scheint sich durch die Ausschmückung des Themas mit Metaphern sprunghaft zu erweitern. Eine lediglich verbale Repräsentation wird durch eine visuelle, akustische, szenische und affektive ergänzt, was zur Aktivierung nicht nur des semantischen, sondern auch des episodischen und eventuell des prozeduralen Gedächtnisses führt. Dieses Phänomen hat Michael Ende in einem Text über seinen Vater Edgar Ende geäußert:

> »Das Bild«, so schrieb mein Vater einmal in einem Brief, »ist prälogisch, das heißt, es ist vor dem Gedanken da und ist tiefer als der Gedanke. Der abstrakte Begriff ist nichts als ein abgestorbenes Bild.« Das Bild, wie es mein Vater verstanden wissen wollte, ist also im geistigen Sinne etwas Lebendiges. Und da Lebendiges Lebendiges hervorbringt, kommt es auf den Prozess an, den es im Beschauer anregt. Dass dieser je nach den individuellen Gegebenheiten bei jedem ein anderer ist, ist mithin geradezu ein Beweis wahrer Lebendigkeit (Ende zit. in Katalog Gemälde, Städtische Galerie München.)

Durch Metaphern wird der Phantasie und Intuition bei der Problemlösung mehr Raum gegeben. Häufig enthalten sie überraschende Wendungen, die einen Perspektivenwechsel des Zuhörers auslösen können, indem sie über seine gewohnten Gedankengänge und Vorstellungen hinausgehen. Die Restriktivität des logischen Denkens dagegen kann bei der Problemlösung zu einer Reihe ähnlicher Lösungsversuche führen, die weiter in die Schwierigkeiten hineinführen (»mehr desselben«, Watzlawick et al. 1974), anstatt sie durch Perspektivwechsel zu lösen. Eine Geschichte wie die folgende kann beim Patienten u. U. eher als der bloße Ratschlag einen Standortwechsel bewirken und damit neue Lösungsstrategien in Gang setzen.

Die Situation eines Kranken gleicht der eines Menschen, der längere Zeit auf nur einem Bein steht. Nach einiger Zeit verkrampfen sich die Muskeln und das belastete Bein beginnt zu schmerzen. Der Mensch kann kaum mehr das Gleichgewicht halten, seine Haltung verkrampft sich, der Leidensdruck steigt. Verschiedene Helfer bieten ihm Unterstützung an: Der eine massiert das verkrampfte Bein, ein anderer seine Nackenpartie. Ein Dritter bietet ihm seinen Arm als Stütze, da er sieht, dass der Mensch sein Gleichgewicht zu verlieren droht. Ein weiterer Helfer rät ihm, sich mit den Händen abzustützen, um das Bein zu entlasten. Ein weiser alter Mann empfiehlt ihm, daran zu denken, wie gut er es eigentlich hat, da er wenigstens ein Bein hat, während manche Menschen gar keines mehr haben. Ein anderer weist ihn an, sich vorzustellen, er sei eine Feder, die leicht und immer leichter werde und, je mehr er sich darauf konzentriere, umso geringer werde sein Leiden. Ein abgeklärter Alter setzt wohlmeinend dazu: »Kommt Zeit, kommt Rat.« Schließlich geht ein Zuschauer

auf den Leidenden zu und fragt ihn: »Warum stehst Du auf einem Bein? Mach doch das andere gerade und stelle Dich darauf. Du hast doch ein Zweites.« (Peseschkian 1979)

Geht man von der Unterscheidung aus zwischen rationalem, vernünftigem Denken einerseits und andererseits ganzheitlichem Denken mit bildhaften Vorstellungen und emotionalen Assoziationen, für die Intuition und Phantasie zuständig sind, so geht es um die Umschaltung in diesen Modus der Informationsverarbeitung, was in einer verstärkten bilateralen Hirnaktivität zum Ausdruck kommt (Krause u. Revenstorf 1997, S. 88). Wenn mit Rationalität und Vernunft die Probleme nicht gelöst werden konnten, werden Phantasie und Intuition umso wichtiger. Metaphern sind demnach Bindeglied zwischen sprachlicher und nichtsprachlicher, zwischen bewusster und unbewusster Informationsverarbeitung.

18.2 Allgemeine Prinzipien der Metaphernwirkung

18.2.1 Semantische Offenheit

Der Therapeut versucht, sich ein möglichst genaues Bild der Sichtweise seines Patienten zu machen. Da einerseits Wahrnehmungen von der Erfahrung abhängig sind und von verschiedenen Menschen auf individuelle Art rezipiert und verarbeitet werden, andererseits jede Kommunikation unvollständig und ungenau bleiben muss, werden die entstehenden Verständnislücken vom jeweiligen Gesprächspartner gemäß seines eigenen Weltbildes aufgefüllt (▶ Kap. 16 »Metamodell der Sprache«). Die Assoziationen eines Försters zum Wort »Baum« z. B. unterscheiden sich vermutlich von denen eines Sägewerkbesitzers oder eines Spaziergängers; der Begriff »Hund« wird von einem Briefträger mit anderen Erlebnissen verknüpft als von einem Tierschützer. Drückt der Therapeut sich mithilfe von Metaphern aus, so repräsentiert der Patient die darin vorkommenden Bilder in den Begriffen seiner eigenen Erfahrung. Das heißt aber, dass der Therapeut sich nicht immer sicher sein kann, wohin die Metapher führt und in welcher Weise der Patient sie für sich verarbeitet. Auf der anderen Seite kann ein und dieselbe Metapher durch entsprechende Akzentuierung das Denken in unterschiedliche Richtungen lenken.

Die folgende Geschichte kann zur Suggestion einer Handlevitation, adoleszenter Ablösung, Ich-Stärkung, zur Überwindung gelernter Beschränkungen u. a. verwendet werden:

Ein junger Adler fiel aus seinem Nest. Ein Bauer fand ihn und nahm ihn mit auf seinen Hühnerhof. Dort wuchs er mit Hühnern auf. Eines Tages kam ein Fremder vorbei und sagte: »Der Vogel dort zwischen den Hühnern, ist ein Adler.« Aber der Bauer lächelte und sagte: »Ich habe ihn aufgezogen wie ein Huhn, deshalb benimmt und fühlt er sich wie ein Huhn.« Der Fremde setzte den Adler auf seinen Arm und sagte: »Breite Deine Schwingen aus und flieg, Du bist der König der Lüfte« Der Adler jedoch sprang vom Arm, lief auf den Hühnerhof und pickte Körner. Am nächsten Morgen kletterte der Fremde mit dem Adler auf das Dach und sagte: »Breite Deine Schwingen aus und flieg, Du bist der König der Lüfte.« Der Adler jedoch rutschte das Dach hinunter, sprang auf den Boden und lief auf den Hühnerhof und pickte Körner. Der Bauer lächelte und sagte: »Sehen Sie, er benimmt und fühlt sich wie ein Huhn.« Am dritten Tag stieg der Fremde mit dem Adler auf einen Berg. Auf dem Gipfel angekommen sagte er: »Breite Deine Schwingen aus und flieg, Du bist der König der Lüfte.« Der Adler schaute in das Tal, sah den Bauernhof und er sah die Hühner und zu seiner Verwunderung auch die Körner, so scharf war sein Auge. Plötzlich begannen seine Flügel zu zittern. Da wiederholte der Fremde: »Breite Deine Schwingen aus und flieg, Du bist der König der Lüfte.« Und das Zittern in den Flügeln des Adlers verstärkte sich, er breitete seine Flügel aus und flog davon. Er wurde daraufhin nicht mehr gesehen (aber niemand weiß, ob er nicht doch ein Huhn geheiratet hat).

Durch Metaphern werden unbewusst Suchprozesse ausgelöst, die – auch für den Therapeuten – zu sehr überraschenden Ergebnissen führen können. Der Mehrwert an Bedeutung, der eine Metapher gegenüber einer eindeutigen sprachlichen Aussage auszeichnet, regt zu solchen Suchprozessen an und ermöglicht auf diese Weise kreative Problemlösungen.

18.2.2 Homomorphie

Inhalt der Metapher und die Situation des Patienten müssen nicht notwendigerweise übereinstimmen (isomorph sein). Gordon (1986) glaubt, dass eine Metapher therapeutisch wirksam ist, wenn in ihr die interpersonalen Aspekte und die Bewältigungsmuster des Problems übernommen wurden. Außerdem muss sie eine Lösung anbieten. Entscheidend ist die Struktur der Metapher, nicht ihr Inhalt. Die in der Metapher vorkommenden Elemente sollen die wichtigsten Beziehungen und Personen aus dem Problemkontext repräsentieren (Homomorphie). Eine zu große Ähnlichkeit zwischen aktueller Situation des Patienten und dem Inhalt der Metapher kann sogar ihre Wirksamkeit verringern, weil sie dadurch anfälliger wird für den Widerstand des Patienten. Es gilt der Grundsatz: Je mehr Widerstand zu erwarten ist, desto größer soll der Grad der Indirektheit sein. Entscheidend ist, dass der Patient die Geschichte rezipiert. Sein Zuhören, das an den Trancezeichen erkennbar wird, ist ein Indikator dafür, dass er mit ihr etwas anfangen kann.

18.2.3 Beiläufigkeit

Von Erickson ist bekannt, dass er neben direkten Instruktionen häufig eine indirekte Kommunikation durch Anekdoten und Geschichten einsetzte (Erickson 1991; Zeig 1980). Weite Teile seiner Therapiesitzungen bestanden aus einer Vielzahl von Anekdoten und Geschichten, die er oft lose aneinanderreihte. Erickson war der Meinung, dass der Patient vermutlich schon alles probiert habe, was ihm bewusst zur Problemlösung einfalle. Daher werden Versuche durch direkte Suggestionen etwas an seiner Lage zu verbessern oft abgewehrt, wodurch sich die Hoffnungslosigkeit bestätigt und so das Problem gravierender gemacht werde. Die Beiläufigkeit seiner Interventionen war daher kennzeichnend für Ericksons therapeutischen Stil (Haley 1985). Als beiläufig vorgebrachte Interventionen eignen sich Geschichten, Anekdoten und andere Metaphern in besonderem Maße, da Analogien zur Situation des Patienten ihn nicht in gleicher Weise konfrontieren, wie ein direkter Ratschlag. In der Regel wird der Therapeut eben nicht sagen: »*Bei Ihnen ist es so wie …*«, sondern eher: »*Das erinnert mich ein wenig an …*«. Ein solchermaßen vorgebrachter Zusammenhang zwischen der Geschichte und der Situation des Patienten ist von diesem schwerer abzulehnen. Der Therapeut hat eine exakte Übereinstimmung ja nicht unterstellt und löst damit im günstigen Falle eine Suche nach der Übertragbarkeit beim Patienten aus. Jemand der sich in einem Problemlöseprozess befindet, sucht auch unbewusst nach Informationen und verwendet sie dann in analogischer Weise.

18.2.4 Verknüpfung

Werden mehrere Geschichten in Folge erzählt, muss keine von ihnen deckungsgleich mit der Problemsituation des Patienten sein. Die einzelnen Geschichten beziehen ihre Relevanz vielmehr aus der Schnittmenge von Inhalten, die sie gemeinsam bilden (**Schnitt-Mengen-Methode** oder **Kettengeschichte**). Diese kann das Interesse des Patienten wecken, interne Suchprozesse und individuelle Assoziationen auslösen. Ericksons zentrale Annahme war, dass der Mensch prinzipiell die Fähigkeit zur Lösung seines Problems besitze, im gegenwärtigen Problemkontext aber keinen Gebrauch davon mache. Dem Therapeuten kommt so die Aufgabe zu, dem Patienten behilflich zu sein, diese Fähigkeit aus dem Kontext, in dem er sie besitzt, in den Kontext, in dem sie ihm fehlt, zu übertragen.

Nach Ericksons Ansicht ist das mithilfe von Anekdoten besonders gut zu erreichen. Die Verwendung von Geschichten führt also zu einer Form der Kommunikation, die parallel auf zwei Ebenen abläuft, die als bewusste und unbewusste Ebene bezeichnet werden können. Während Handlung und Dramaturgie einer Geschichte auf der bewussten Ebene verfolgt werden (Vehikel der Kommunikation), kann sie parallel dazu durch Assoziationsprozesse für die Lösung des eigenen Problems (Topik) mobilisieren. Auf diese Weise vermitteln Metaphern zwischen Bewusstem und Unbewusstem. Ähnlich wie bei der Einstreutechnik (► Kap. 16), verwendete Erickson diese Zwei-Ebenen-Kommunikation, um auf der einen Ebene die bewusste Aufmerksamkeit zu fesseln, während die individuellen Assoziationen zu den verwendeten Begriffen und Wendungen z. T. im Unbewussten blieben und hier wirksam wurden. Spätere Verhal-

tensänderungen können dem zufolge für den Patienten selbst überraschend auftreten, zumal Metaphern oft erst mit einer gewissen Inkubationszeit wirken, da – obwohl der Zusammenhang intuitiv akzeptiert werden kann – ihr Sinn oft nicht sofort klar ist.

> Analogie und Metapher ebenso wie Scherze können dahingehend verstanden werden, dass sie ihre mächtigen Wirkungen durch denselben Mechanismus der Aktivierung unbewusster Assoziationsmuster und Reaktionstendenzen ausüben, die sich plötzlich summieren, um dem Bewusstsein eine anscheinend »neue« Grundlage oder Verhaltensreaktion zu präsentieren. (Erickson 1978, S. 261)

18.3 Stilmittel für indirekte oder parallele Kommunikation

18.3.1 Bilder

Die Sprache ist voller Metaphern in Form von Bildern, wie z. B. Stuhlbein oder Kohlkopf. Obwohl klar formuliert und manchmal erfrischend krumm: Metaphern sind in der alltäglichen Kommunikation häufig und werden dort oft gar nicht mehr als solche wahrgenommen. Beispiele dafür sind: Wir befinden uns »auf dem Holzweg«, sind »wie versteinert« oder »lassen den Kopf hängen«, sehen im anderen den »Ratefuchs«, den »normannischen Kleiderschrank« oder die »Ulknudel«. Den ungeliebten Mitmenschen titulieren wir mit »Holzkopf« oder »Rindvieh«. Solche Formulierungen verdeutlichen einen Sachverhalt ohne viele Worte, aber lösen beim Hörer kaum noch viele Konnotationen aus. Sie gelten dann als »tote« Metaphern. Andere Bilder befinden sich oft in der Nähe vom Symbolen (»Du bist mein Sonnenschein«) und berühren den Zuhörer stärker.

Bilder werden durch unterschiedliche Sprachformen ausgelöst, wie durch Sprichwörter (s. unten) oder Märchen. Sie können aber auch direkt formuliert werden, um einen Perspektivwechsel auszulösen, den Bedeutungsgehalt zu erweitern oder einen bestimmten Aspekt hervorzuheben.

Stellt man sich vor, dass viele Menschen einen Elefanten im Dunkeln betasten, so kommt, da der Elefant groß ist und jeder nur einen Teil betasten kann, jeder zu einem anderen Ergebnis über die Natur des Elefanten: Einer, der ein Bein erwischt hat, erklärt, dass der Elefant wie eine starke Säule sei; ein Zweiter, der die Stoßzähne berührte, beschreibt den Elefanten als einen spitzen Gegenstand. Ein Dritter, der das Ohr ergriff, meint, er sei einem Fächer nicht unähnlich und der Vierte, der über den Rücken des Elefanten strich, behauptet, er sei so flach und gerade wie eine Liege (Peseschkian 1979).

Szenische Erinnerungen werden in der Hypnotherapie häufig verwendet etwa um die Altersregression zu erleichtern (Schreiben lernen, Laufen lernen), um Veränderungen oder Verhaltensmöglichkeiten modellhaft vorzuführen (Verpuppung der Raupe, Pflanzenwachstum), Zyklen plausibel zu machen (Jahreszeiten, Tag und Nacht). Dazu gehören auch die Stellvertretertechnik (▶ Kap. 20) und tranceartige Alltagserfahrungen wie das Warten im Regen und das Ansehen eines spannenden Films (Zeitverzerrungen) oder die der Ablenkung und Unempfindlichkeit zur Schmerzbewältigung (Hand im kalten Schnee). Natürlich auch die Bilder von Heilungsprozessen in Organen.

18.3.2 Symbole und Archetypen

Natursymbole wie Sonne als Energiespender oder Mond als zyklisches Phänomen, das Meer in seiner Unergründlichkeit, die Welle in ihrem Kommen und Gehen, der Fluss in seinem Verlauf, Höhlen mit Geborgenheit und Geheimnis, Berge in ihrer Herausforderung, Bäume in ihrer Verwurzelung u. a. sind in ihrer transkulturellen Bedeutung vergleichbar. Sie tauchen auch in Träumen auf und beinhalten archetypische Erfahrungen, die alle Menschen machen, wie C. G. Jung (1969) versucht hat zu zeigen. Einige dieser Bilder sind Standardthemen des »Katathymen Bilderlebens«, einer strukturierten, dialogischen Form der Hypnose (Leuner 1985).

Die Metapher der »drei Türen« (Bandler u. Grinder 1981) bedient sich eines solchen archetypischen Symbols und das folgende Fallbeispiel mag seine Verwendung zur Überwindung dichotomen Denkens verdeutlichen:

Fallbeispiel

Ein junger Mann wurde infolge der Trennung von seiner Freundin depressiv, was mehrere Psychiatrieaufenthalte erforderlich machte. Es war seine erste und eine sehr enge, kontrollierend romantische Beziehung, die 7 Jahre dauerte. In seiner retrospektiven Fixierung auf die in die Brüche gegangene Partnerschaft begegnet er anderen potenziellen Partnerinnen überkritisch, keine sei wie jene usw. Dem Patienten wird dabei in der Trance suggeriert, er befinde sich in seinem eigenen Raum und betrachte die ihm bekannte Wand des Raumes. In dieser Wand seien zwei ihm bekannte Türen. Nun ginge er durch eine Tür und finde einen Raum vor, in dem alles geordnet und wohlbekannt sei. Es wird ihm angeboten, sich dort aufzuhalten oder mit einem Teil seines Bewusstseins dort zu bleiben, während der andere Teil in den ursprünglichen Raum zurückkehrt. Anschließend wird ihm suggeriert, er könne jetzt durch die zweite Tür gehen, um einen Raum mit anderen, aber ebenfalls bekannten Dingen zu betreten, die er ausgiebig betrachten könne. Wiederum wird ihm angeboten, mit einem Teil seines Bewusstseins dort zu bleiben und mit dem anderen in den ursprünglichen Raum zurückzukehren. Hier entdecke er überraschend eine ungewöhnliche dritte Tür, die er zunächst vergeblich versuche zu öffnen. Erst als er den speziellen Mechanismus betätige, öffne sich aber diese merkwürdige Tür und er könne einen dritten, ihm gänzlich unbekannten Raum betreten, in dem die Dinge völlig ungeordnet seien und in deren Anordnung auch kein Sinn zu sein scheine. Auch hier kann er entscheiden, ob er dort bleiben, oder es seinem Unbewussten überlassen will, zu verweilen, während sein Bewusstsein wieder in den ursprünglichen Raum zurückkehrt. Er wird darauf aufmerksam gemacht, dass dieses Unbewusste in der Lage ist, Dinge in unvorhergesehener Weise zu erkennen. Anschließend werden dem Patienten eine Reihe von Metaphern erzählt, die andeuten, wie in dem Chaos eine Struktur erkennbar werden kann, wenn man eine andere Perspektive einnimmt, z. B. von einem Maurer, der beim Anblick eines Steinhaufens vor seinem geistigen Auge daraus ein Haus baut, oder die von einem Stapel Bretter, aus dem ein Schreiner ein Regal macht. Der Patient berichtete beim nächsten Mal, dass er eine neue Freundin gefunden habe. Sie sei ganz anders und es werde wohl auch nicht so lange halten, aber er wolle es versuchen (Revenstorf 1987).

Als Variante dieser Geschichte suggerieren Lankton u. Lankton (1983) manchen Patienten, dass die Türen beschriftet seien und in die »Vergangenheit, wie sie tatsächlich war«, die »Vergangenheit, wie ich sie mir gewünscht hätte«, eine »noch viel schlimmere Vergangenheit« oder aber in die Zukunft führen. Besonders für Patienten, die unter ihrer Vergangenheit sehr leiden, kann das Betrachten einer »noch viel schlimmeren Vergangenheit« aufschlussreich sein.

18.3.3 Sprichwörter

Volkstümliche Redewendungen wie »ein Esel zwischen zwei Heuhaufen«, »den Kopf in den Sand stecken«, »wie der Ochs vor dem Berg stehen«, »ein Brett vor dem Kopf haben« karikieren oft menschliches Verhalten und erleichtern Distanzierung. Sprichwörter sind meist einprägsam und eignen sich daher gut, einen Sachverhalt besser zu verdeutlichen und erinnerlich zu machen. Neben weitverbreiteten Sprichwörtern (»der Apfel fällt nicht weit vom Stamm«, »auch ein blindes Huhn findet mal ein Korn«) finden sich in der Bibel eine Unzahl nützlicher Redewendungen, z. B. bei den Sprüchen Salomons (»was der Gottlose fürchtet, wird ihm begegnen«, »Hochmut kommt vor dem Fall«, »wer sich auf den Verstand verlässt, ist ein Tor« u. Ä.). Ebenso wie Zitate berühmter Autoren wirken sie durch die Autorität; man muss daher die Gültigkeit des Inhalts im Einzelfall nicht beweisen.

18.3.4 Witze

Humor mit seiner abrupten Veränderung des affektiven Kontextes wird verwendet, um eine Distanzierung zum Problem oder seine Relativierung zu erreichen, aber auch um Widerstand zu umgehen. George Bernhard Shaw hat gesagt, man könne den Menschen nur die Wahrheit sagen, wenn man sie dabei zum Lachen bringt. Häufig ermöglichen Witze einen Wechsel der Perspektive (▶ Kap. 12). Einem Mann, der unter der Ablösung von seiner erwachsenen Tochter litt, die weggezogen war, von der er aber noch immer Gehorsam und die Beachtung seiner Ratschläge erwartete, erzählte Peseschkian (1979) folgenden Witz:

Der Mullah (ein orientalischer Wanderprediger) wollte seine erwachsene Tochter, die zu einer wahren Blume der Schönheit herangereift war, vor den Gefahren und den Hinterhältigkeiten der Welt warnen und nahm sie zur Seite: »Liebe Tochter, denke an das, was ich Dir sage. Die Männer wollen alle nur das eine. Sie sind raffiniert und stellen Fallen, wo sie nur können. Erst mag er von Deinen Vorzügen schwärmen und Dich bewundern. Dann lädt er Dich ein, mit ihm auszugehen. Dann kommt ihr wie zufällig an seinem Haus vorbei und er sagt Dir, dass er nur seinen Mantel holen wolle und bittet Dich mit hinein zu kommen. Oben lädt er Dich zum Sitzen ein und bietet Dir Tee an. Ihr hört gemeinsam Musik und wenn die Stunde gekommen ist, wirft er sich plötzlich auf Dich. Damit bist Du geschändet, wir sind geschändet, Deine Mutter und ich. Unsere Familie ist geschändet und unser Ansehen ist hin.« Die Tochter nahm sich die Worte des Vaters zu Herzen. Einige Zeit später kam sie stolz und lächelnd auf ihren Vater zu: »Vater, bist Du ein Prophet? Woher hast Du nur gewusst, wie sich alles abspielt? Es war genauso, wie Du es beschrieben hast. Zuerst hat er meine Schönheit bewundert. Dann hat er mich eingeladen spazieren zu gehen. Wie durch Zufall kamen wir an seinem Haus vorbei. Da merkte der Ärmste, dass er seinen Mantel vergessen hatte. Im Haus bot er mir, wie es der Anstand befiehlt, Tee an und verschönte die Zeit mit herrlicher Musik. Nun dachte ich an Deine Worte und ich wusste genau, was auf mich zukommt, aber Du wirst sehen, ich bin würdig Deine Tochter zu sein. Als ich den Augenblick nahen fühlte, warf ich mich auf ihn und schändete ihn, seine Eltern, seine Familie, sein Ansehen und seinen guten Ruf!«

18.3.5 Rätsel

Sie können zur Umdeutung der Situation und zur Infragestellung starrer Lösungsstrategien benutzt werden, insbesondere, wenn es sich um Rätsel handelt, bei deren Lösung neue Denkmuster notwendig sind. Rätsel können auch den rationalen Intellekt beschäftigen und zur Erzeugung von Konfusion verwendet werden. Gerade wenn der Patient an den Kategorien des Verstandes klebt und damit eine Veränderung behindert, kann eine solche hilfreich sein. Ein Beispiel hierfür ist das Rätsel vom 20. Kamel (Segal 1988):

Hier stirbt ein reicher Mann und hinterlässt seinen drei Söhnen 19 Kamele mit der Verfügung, dass der Älteste die Hälfte, der Zweitälteste ein Viertel und der Jüngste ein Fünftel der Herde erhalte. Aber wie die Söhne es auch durchrechneten, ihnen wollte keine Lösung einfallen. Ein vorbeikommender Nachbar fragte die Brüder: »Weshalb seht Ihr so traurig aus, kann ich Euch helfen?« Nachdem er das Problem angehört hatte, machte er folgenden Vorschlag: »Das ist doch einfach. Ich stelle mein Kamel zu der Herde, dann sind es 20. Der Älteste bekommt 10, der Zweitälteste 5 und der Jüngste 4. Und meines nehme ich wieder mit.«

18.3.6 Geschichten und Anekdoten

Zu dieser Kategorie zählen auch Fallgeschichten, die helfen können, das Problem des Patienten umzustrukturieren. Längere Geschichten dienen dazu, die Aufmerksamkeit des Patienten zu erregen, neue Fähigkeiten zu wecken, Suggestionen einzustreuen etc.

Anekdoten sollen meist einen bestimmten Gesichtspunkt besonders hervorheben. So verdeutlicht z. B. die Geschichte Ericksons vom Fabriklärm den Mechanismus der physiologischen Adaption z. B. an Schmerz.

Während des Studiums kam er, so erzählt Erickson, auf dem Weg zur Universität immer an einem bestimmten Fabrikgebäude vorbei. Das Tor stand meist weit offen und er konnte hineinschauen. Die vielen Maschinen machten einen enormen Lärm. Erickson war verwundert, als er feststellte, dass sich die Arbeiter unterhielten, obwohl er selbst bei dem Lärm kein Wort verstehen konnte – auch wenn er nahe heranging. Das machte ihn neugierig. Eines Tages fragte er den Werksleiter und erhielt die Erlaubnis, in einer sichern Ecke in der Halle zu schlafen. Die Leute belächelten den »komischen Kauz«. Trotz des Lärms schlief er nach einiger Zeit ein und wachte erst nach einigen Stunden wieder auf. Er stand auf und ging zu den Arbeitern an den Maschinen und verstand diesmal jedes einzelne Wort. Seine Ohren hatten gelernt, das Unwichtige auszublenden. Und was die Ohren können, können auch die Augen und die Haut.

18.3.7 Parabeln Mythen und Märchen

Parabeln enthalten oft moralische Implikationen; etwa die Parabel von den Löffeln (Peseschkian 1979), die den Wert altruistischen Handelns hervorhebt:

Ein Mann träumte ihm würde der Dichterfürst Ovid begegnen und ihm einen Wunsch freistellen. Der Träumer bat ihn ihm Himmel und Hölle zu zeigen. Ovid führte ihn erst zu einem großen runden Tisch mit einer köstlich duftenden Suppe in der Mitte, an dem sehr viele Menschen saßen und mit langen Löffeln aus dem Suppentopf zu essen versuchten. Es war ein fürchterliches Geschrei und alle verschütteten die Suppe und keiner wurde satt. Darauf führte Ovid den Träumer in eine andere Gegend, wo um den gleichen großen runden Tisch vielen Menschen saßen, die ganz glücklich und zufrieden waren. Auch sie hatten lange Löffel, aber sie fütterten jeweils den anderen.

Märchen versetzen den Zuhörer in einen komplett anderen Kontext. Sie spielen in weiter Ferne: »Es war einmal...« und erzeugen durch starke Verfremdungen eine Distanz, die mögliche Widerstände gegen Implikationen aus den Geschichten vermeidet. So z. B. Brechts Märchen des guten Menschen von Sechuan spielt in China und beschreibt die Trennung des Rollenverhaltens als Mensch, der zu anderen gut sein kann und in anderen Situationen zu sich selbst gut ist. Im Märchen werden zwar häufig durch Wunder die Naturgesetze unrealistischerweise ausgeschaltet; aber dies ermöglicht die Vorstellung der Lösungssituation und von dort aus kann der Änderungswille gestärkt werden. Als Fundus sind vor allem die Märchensammlung der Gebrüder Grimm und die Märchen von Hans Christian Andersen ebenso wie die klassischen griechischen und germanischen Mythen zu erwähnen – z. B. Zeus und Hera, Tristan und Isolde im Zusammenhang mit Liebesbeziehungen (Revenstorf 1999) oder Parzival, Siegfried und Odysseus im Zusammenhang mit der Entwicklung des Helden (► Kap. 26).

18.4 Anwendung therapeutischer Metaphern

Metaphern können in verschiedenen Phasen der Therapie zum Einsatz kommen und verschiedenen Zielen dienen: Sie können zu diagnostischen Zwecken verwendet werden, sie können den Rapport fördern und im Behandlungsverlauf zur Lösungssuche eingesetzt werden. Dabei kann ein und dieselbe Metapher sehr vielseitig angewendet werden.

18.4.1 Diagnostische Verwendung

Metaphern sind Stimuli, die dem Patienten als Projektionsfläche dienen und dem Therapeuten Aufschlüsse über problemspezifische Zusammenhänge liefern. So kann z. B. einem Patienten eine Anekdote über einen anderen Patienten erzählt werden. Seine nonverbalen und verbalen Reaktionen darauf können problemrelevante Information enthalten und daher von Bedeutung sein.

Im hypnotherapeutischen Kontext können in der Anfangsphase der Therapie wichtige Informationen über die Suggestibilität des Patienten gewonnen werden. Zeig (1980) nennt 4 Persönlichkeitsmerkmale, deren Ausprägung beim Erzählen einer oder mehrerer Geschichten sichtbar werden kann.

- **Absorptionsfähigkeit:** Naheliegend ist, dass, wer einer Geschichte völlig versunken folgt, auch gut hypnotisierbar ist.
- **Empfänglichkeit:** Ob ein Patient besser für direkte oder eher für indirekte Suggestionen empfänglich ist, lässt sich ebenfalls durch das Erzählen von Anekdoten und Geschichten abschätzen.
- **Aufmerksamkeit:** Ob ein Patient über eine eher gebündelte oder eher diffuse Aufmerksamkeit verfügt, wird daran sichtbar, wie er die Geschichte rezipiert. Häufige Bewegungen und ein umherschweifender Blick sprechen für eine diffuse Aufmerksamkeit. Auch ob sie nach innen, auf die eigenen Gefühle und Gedanken, oder nach außen gerichtet ist, wird aus den nonverbalen Signalen des Patienten deutlich.
- **Kontrolle:** Da der Patient sich gegenüber dem erzählenden Therapeuten in einer komplementären untergeordneten Position befindet, lässt sich in dieser Situation sein Bedürfnis nach

Kontrolle in zwischenmenschlichen Beziehungen abschätzen, was für eine spätere Hypnoseinduktion von großer Bedeutung ist.

18.4.2 Verbesserung des Rapports

Gemäß Ericksons Credo, dass jeder Patient ein einzigartiges Individuum sei, ist die Kenntnis dieser Persönlichkeitsmerkmale von zentraler Bedeutung für den Entwurf individueller Hypnoseinduktionen und therapeutischer Interventionen. Am wirksamsten sind Suggestionen dann, wenn sie der Erlebnisweise des Patienten möglichst gut angepasst sind. Direkte Suggestionen, die für einen autoritätsorientierten, außen geleiteten Patienten angemessen sein mögen, können von einem eigenständigen, innen geleiteten Patienten möglicherweise abgelehnt werden. Insofern leisten Geschichten und Anekdoten zur Informationssammlung bei Beginn der (Hypno-) Therapie wichtige Dienste.

Der Rapport zwischen Patient und Therapeut ist eine grundlegende Voraussetzung der Psychotherapie. Er kann durch den Ausdruck eines empathischen Verständnisses für die Gefühlszustände des Patienten gefördert werden. Metaphern, die zum aktuellen Erleben des Patienten passen, können ihm das Verständnis und die Einfühlung des Therapeuten demonstrieren. Dabei müssen dem Patienten seine Gefühlszustände nicht notwendigerweise vollständig bewusst sein. Besonders Rapport fördernd ist es, wenn der Therapeut die Bilder, die der Patient anbietet, aufgreift (z. B. »von Problemen überrollt«, »den Überblick verlieren« etc.), d. h. die Eigensprache des Patienten nutzt (vgl. den Begriff der »Ideolektik«, Jonas 1981).

Zeig berichtet, dass Erickson in einem Seminar mit drei Studenten die Geschichte eines rivalitätsneidischen Patienten erzählt, der in Trance versetzt werden wollte. Erickson bat ihn, seine Hände zu beobachten und zu überprüfen, welche der beiden sich zuerst heben und sein Gesicht berühren werde. Damit benutzte er den Rivalitätseifer des Patienten, um ihn beim Erreichen seiner eigenen Ziele zu unterstützen und machte zugleich auf die Rivalität unter den Studenten aufmerksam, die um seine Zeit und Aufmerksamkeit konkurrierten (Zeig 1980, S. 35). Metaphern über den Patienten sind besonders wirkungsvoll, wenn sie im Laufe mehrerer Sitzungen weiterentwickelt werden.

18.4.3 Metaphern für die Tranceinduktion

Tart (1970) beschreibt die Hypnoseinduktion als Störung des gewohnten und Strukturierung eines neuen Bewusstseinszustandes. Für beides können Metaphern verwendet werden. Häufig benutzte Erickson Anekdoten, die verwirrend, überraschend oder unverständlich waren, um Konfusion zu erzeugen. Dahinter stand die Annahme, dass die Verwirrung des Patienten zu einer Auflösung der Struktur seines üblichen Bezugsrahmens und dem Bedürfnis nach einer Neustrukturierung führe. In diesem Zustand sei er für therapeutische Suggestionen besonders empfänglich:

Destabilisierung → Strukturauflösung → Empfänglichkeit → Neustrukturierung

Die Induktion wird vorbereitet, indem das Bewusstsein des Patienten abgelenkt und ermüdet bzw. verwirrt und damit für die nachfolgenden Suggestionen empfänglicher gemacht wurde. Patienten von Erickson berichteten, dass sie nach einer gewissen Zeit, während der sie ihm beim Geschichtenerzählen zugehört hatten, bemerkten, dass sie bereits in Trance waren (Zeig 1980).

Patienten, die noch keine Erfahrungen mit Hypnose haben, verlieren mit Hilfe von Geschichten ihre Unsicherheit. So kann z. B. der Therapeut über das Verhalten und das Erleben eines anderen, hypnoseerfahrenen Patienten berichten. In diese Geschichte kann er das tatsächlich sichtbare Verhalten und die nonverbalen Signale des unerfahrenen Patienten einflechten und als Verhalten des Erfahrenen schildern. Durch die Einbeziehung der nonverbalen Signale des unerfahrenen Patienten in die Geschichte (»pacing«, folgend) und die Schilderung der »fortgeschrittenen« Signale des erfahrenen Patienten (»leading«, führend) kann der Patient in eine tiefere Trance geführt werden. Eine weitere Möglichkeit der indirekten Tranceinduktion ist die **Stellvertretertechnik** (▶ Kap. 20).

Geschichten und Metaphern eignen sich in besonderem Maße dazu, **Trancephänomene** zu

induzieren, um sie dann therapeutisch zu nutzen. Der Therapeut kann z. B. eine Geschichte über die Schule erzählen, über einen Spaziergang mit den Eltern oder ein Ballspiel unter Kindern und damit eine Altersregression auslösen. Lankton u. Lankton listen auf, welche Metaphern sich zur Erzeugung welcher Trancephänomene eignen (Lankton u. Lankton 1983, S. 213). Demnach kann z. B. eine Dissoziation ausgelöst werden, indem dem Patienten suggeriert wird, er betrachte ein eigenes früheres Erlebnis wie einen Film. Eine Zeitverzerrung kann durch die Schilderung einer Langstreckenfahrt mit dem Auto oder des Lesens eines spannenden Buchs, bei dem die Zeit fast unbemerkt verstreicht, evoziert werden, während zum Erzeugen einer Amnesie auf Erfahrungen zurückgegriffen werden kann, die das Vergessen beschreiben, z. B. ein Lied, an das man sich nicht mehr erinnern kann, einen Namen oder ein Gesicht. Zur Suggestion dafür, dass die unwillkürliche der willkürlichen Entstehung von Trance überlegen ist, zitiert Zeig (1980) eine Fabel Äsops:

Die Sonne und der Nordwind stritten sich einst, wer von ihnen stärker sei. Sie beschlossen, eine Probe ihrer Kraft zu machen. Jeder von ihnen wollte versuchen, einem Wandersmann auf der Straße den Mantel vom Leibe zu ziehen. Der Nordwind begann. Mit aller Kraft stürzte er sich auf den Wanderer und wild und immer wilder zerrte und zog er an ihm. Aber je grimmiger er blies, um so fester hüllte der Mann sich in seinen Mantel und endlich musste der Nordwind sein vergebliches Rasen einstellen. Die Sonne hatte lächelnd zugesehen; nun lächelte sie wärmer und wärmer und nicht lange dauerte es, da öffnete der Wanderer seinen Mantel und zuletzt zog er ihn aus: Die Sonne hatte gesiegt.

18.4.4 Metaphern zur Konfusion

Eine Destabilisierung des kognitiven Systems lässt sich durch Witze oder Geschichten mit unerwarteten Wendungen erreichen. Sie führen nicht nur einen abrupten affektiven Wechsel und eine Spannungsabfuhr herbei, wie schon Freud bemerkte, sondern setzen auch die Vernunft vorübergehend außer Kraft. Daran anschließende Suggestionen zur Entspannung treffen somit auf einen gut vorbereiteten Boden. Die folgende Geschichte kann sowohl für die initiale Konfusion wie auch zur Förderung der Amnesie nach der hypnotherapeutischen Arbeit nützlich sein:

Jakob geht zum Rabbi und klagt: »Ich suche meinen Schirm und ich habe die Vermutung, dass einer meiner Verwandten ihn gestohlen hat.« Der Rabbi rät ihm Folgendes: »Lade alle Deine Verwandten ein, stelle eine Kerze auf den Tisch und bitte sie zum Gebet. Erzähle dann vom Exodus, vom Sinai und von den Gesetzestafeln mit den 10 Geboten. Wenn Du zu dem Gebot kommst ‚Du sollst nicht stehlen', dann schaue Deine Verwandten genau an und überprüfe, welcher von ihnen rot wird und den Blick senkt.« Nach drei Wochen kommt Jakob wieder zum Rabbi und sagt: »Es hat wunderbar geklappt.« Auf Nachfragen des Rabbi berichtet er: » Ich habe alle meine Verwandten eingeladen, habe eine Kerze auf den Tisch gestellt und gebetet. Ich erzählte vom Exodus, vom Sinai und den Gesetzestafeln mit den 10 Geboten. Und als ich zu dem Gebot kam ‚Du sollst nicht ehebrechen' ist mir plötzlich eingefallen, wo ich den Schirm vergessen habe.«

Die Intention zielte auf etwas anderes als das, was das gemeinsame Gebet erbrachte.

18.4.5 Metaphern als therapeutische Interventionen

Zur **Förderung der Motivation** kann der Therapeut über erfolgreiche Therapien von Patienten mit ähnlicher Problematik erzählen und so seine Erfolgserwartung steigern. Geschichten geben Konfliktsituationen wider und legen Lösungsmöglichkeiten nahe oder erzählen von dem Ausgang verschiedener Lösungsversuche. Sie ermöglichen Probehandeln, indem sie den gedanklichen Umgang mit alternativen Antworten auf gewohnte Konflikte nahe legen und dienen so als Modell. Implizit enthalten sie die Suggestion, dass eine Problemlösung möglich ist. Neben Geschichten über Patienten mit ähnlicher Symptomatik und erfolgreicher Therapie, die sich für diesen Zweck besonders gut eignen, kann einem Patienten, der der Psychotherapie eher skeptisch gegenübersteht und sie als eine Sache für »Minderbemittelte« hält, folgende Geschichte erzählt werden:

Ein Wanderer zog mühselig auf einer scheinbar endlos langen Straße entlang. Er war über und über mit Lasten behangen. Ein schwerer Sandsack hing an seinem Rücken, um seinen Körper war ein dicker Wasserschlauch geschlungen. In der rechten Hand schleppte er einen unförmigen Stein, in der linken einen Geröllbrocken. Um seinen Hals baumelte an einem ausgefransten Strick ein alter Mühlstein. Rostige Ketten, an denen er schwere Gewichte durch den staubigen Sand schleifte, wanden sich um seine Fußgelenke. Auf dem Kopf balancierte der Mann einen halbfaulen Kürbis. Ächzend und stöhnend bewegte er sich Schritt für Schritt vorwärts, beklagte sein hartes Schicksal und die Müdigkeit, die ihn quälte. In der glühenden Mittagshitze begegnete ihm ein Bauer. Der fragte ihn: »Oh, müder Wanderer, warum belastest Du Dich mit diesen Felsbrocken?« »Zu dumm,« antwortete der Wanderer, »aber die hatte ich bisher noch gar nicht bemerkt.« Er warf die Brocken weg und fühlte sich viel leichter. Nach einiger Zeit kam ihm wieder ein Bauer entgegen. Der fragte ihn: »Sag, müder Wanderer, warum plagst Du Dich mit dem halbfaulen Kürbis auf Deinem Kopf und schleppst an Ketten so schwere Eisengewichte hinter Dir her?« Der Wanderer antwortete: »Ich bin froh, dass Du mich darauf aufmerksam machst; ich habe nicht gewusst, was ich mir damit antue.« Er schüttelte die Ketten ab und zerschmetterte den Kürbis. Wieder fühlte er sich leichter. Einige Zeit später traf er abermals einen Bauern, der ihn erstaunt fragte: »Warum trägst Du Sand im Rucksack, wo doch dort in der Ferne mehr Sand ist, als Du jemals tragen könntest. Und wie groß ist Dein Wasserschlauch – als wolltest Du die Wüste Kawir durchwandern. Dabei fließt doch neben Dir ein klarer Fluss.« Der Wanderer antwortete: »Dank Dir, Bauer. Jetzt erst merke ich, was ich mit mir herumgeschleppt habe.« Er riss den Wasserschlauch auf und füllte mit dem Sand aus dem Rucksack ein Schlagloch. Sinnend stand er da und schaute in die untergehende Sonne. Die letzten Sonnenstrahlen brachten ihm die Erleuchtung: Er blickte an sich hinunter und sah den schweren Mühlstein an seinem Hals baumeln und merkte plötzlich, dass es der Stein war, der ihn noch so gebückt gehen ließ. Er band ihn los und warf ihn, so weit er konnte, in den Fluss hinab. Frei von seinen Lasten wanderte er durch die Abendkühle, eine Herberge zu finden (Peseschkian 1979).

Der Therapeut kann durch Geschichten seine **Argumentation unterstreichen** und verdeutlichen. Der Patient wird sich an eine prägnante Geschichte besser erinnern als an abstrakte Argumente, da ihr Inhalt sowohl im semantischen wie im szenischen Gedächtnis gespeichert wird. Damit wird eine Art »Depotwirkung« (Zeig 1980) erzeugt, da der Inhalt länger nachwirkt und den Patienten vom Therapeuten unabhängiger macht, zumal er sie mit eigenen Assoziationen füllt.. Einem Angstpatienten, dessen Angst durch Konfrontation mit dem angstauslösenden Stimulus behandelt werden soll, kann z. B. die Geschichte von der Katze und der Maus erzählt werden:

Ein junges Mädchen hatte eine kleine Maus angelockt und die war ganz zutraulich geworden. Schließlich konnte sie sie auf die Hand nehmen und dort füttern. Eines Tages nahm sie sie in ihre Schürzentasche und ging hinaus ins Freie, um dort zu spielen. Als plötzlich eine Katze auftauchte, erschrak sie, denn es fiel ihr ein: »Katzen fressen Mäuse.« Sie spürte ihr Herz klopfen, bekam Angst und begann wegzulaufen. Sie rannte die Straße hinunter und je mehr sie rannte, um so größer schien die Katze zu werden. Das Mädchen rannte und rannte und schließlich war die Katze größer als die Häuser. Das Mädchen war verzweifelt. Da hörte sie plötzlich eine leise Stimme. Sie schaute nach unten und sah die Maus den Kopf aus der Tasche strecken und hörte sie laut schreien: »Halt! Stop! Du musst Dich umdrehen. Schau ihr in die Augen und renn ihr entgegen, dann wird sie wieder kleiner.« Das Mädchen blieb auf der Stelle stehen, drehte sich um, schaute der Katze in die Augen und ging auf sie zu. Im gleichen Moment schrumpfte die Katze. Sie wurde kleiner und kleiner und hatte schließlich wieder ihre ursprüngliche Größe, schnurrte und strich um die Beine des Mädchens. Jetzt könnte jemand sagen, die Maus hatte gut reden – aus ihrer sicheren Position in der Tasche. Doch das Mädchen hatte das wohl nicht bedacht (Revenstorf u. Zeyer 1996/2006).

Geschichten können helfen die Hilflosigkeit abzubauen (Ich-Stärkung). Manche Geschichten sind so angelegt, dass sie nach einer Phase der Anstrengung, Verzweiflung und Hilflosigkeit durch Zuhilfenahme ungeahnter Kräfte und Fähigkeiten zu einem guten Ausgang kommen. Diese sind beson-

ders dazu geeignet, das Vertrauen des Patienten in seine eigenen Fähigkeiten zu stärken (z. B. »Die Steinpalme«, s. unten). In diese Kategorie fallen auch die Metaphern vom Typ »David und Goliath« oder vom »tapferen Schneiderlein«, die immer von einer scheinbar eindeutig überlegenen und einer unterlegenen Figur handeln. Mit Geschick, Vertrauen und viel Mut schafft es die schwache Figur jedoch, eine Lösung in einer scheinbar ausweglosen Situation zu finden.

Ein Mann verirrte sich in der Wüste. Die Sonne brannte vom Himmel und er war kurz vor dem Verdursten. Endlich erreichte er Wasser und trank davon, aber es war salzig und bekam ihm nicht. Mit der Wut seiner Verzweiflung nahm er einen Stein, warf ihn auf eine kleine Palme, die da stand und wurde ohnmächtig. Der Stein blieb im Palmenherzen stecken. Die Palme überlebte und kam allmählich wieder zu Kräften. Sie wuchs größer und kräftiger als zuvor. Jedoch hatte sie eine harte Rinde, wie aus Stein und war ganz starr und unbeweglich. Vielleicht war es gerade ihre eigenartige Erscheinung, die die Menschen aus der Umgebung anlockte und zu der Palme zog. Jeden Abend versammelten sie sich unter ihr und erzählten sich die Ereignisse des Tages. Eines Abends saß eine Gruppe von Menschen unter der Palme und erzählte. Als alle gegangen waren, blieben ein alter Mann und ein Fremder zurück. Der Fremde fragte: »Wieso ist die Palme so hart wie Stein?« Da erzählte der alte Mann ihm die Geschichte von der Steinpalme. Dem Fremden wurde ganz anders und zum Schluss sagte er: »Der Fremde, der den Stein warf, das bin ich. Was kann ich dafür tun, um das wieder gutzumachen?« Worauf der alte Mann entgegnete: »Du kannst die Schuld tragen, wie die Palme den Stein trägt, der immer noch in ihrem Herzen steckt, oder Du kannst sie um Verzeihung bitten« und der Fremde bat um Verzeihung. Da war ein Geräusch zu hören, wie das Knallen eines Sektkorkens, der Stein sprang aus dem Herzen und fiel auf die Erde mit solcher Wucht, dass er im Boden verschwand. Dabei traf er eine Wasserader, denn es strömte Wasser aus und verwandelte den Fleck um die Palme in ein fruchtbares, lebendiges Stück Land. So entstand eine Oase, zu der die Menschen noch viel lieber kamen, um sich im Anblick der grünen Wiesen und Büsche auszuruhen, um Schutz zu suchen (Partisch 1988).

Geschichten zum Einleiten von **Suchprozessen** sind eine weitere wichtige Intervention. In gewissem Sinne lösen alle Geschichten Suchprozesse dadurch aus, dass sie einen neuen Kontext einführen, in den der Zuhörer seine Sichtweise versucht zu übertragen. Manche scheinen jedoch aufgrund ihrer kryptischen Erscheinung dazu besonders geeignet zu sein, wie etwa die Geschichte von den drei Türen (s. oben).

Metaphern sind bei der Behandlung auf der Symptomebene zweckmäßig, um Informationen über **physiologische Prozesse** zu vermitteln. Um Körperphänomene in eine sehr einfache, bildhafte Form zu bringen, eignen sich Analogien aus anderen, leicht zugänglichen Lebensbereichen. Zur Veranschaulichung des Gleichgewichtssinns eignet sich die »Der Mann auf dem Glatteis« und für die Adaptation an missliche Empfindungen die Geschichte vom »Fabriklärm« die Erickson wohl oft erzählte. Für die Anregung der Blutzirkulation etwa kann die Geschichte von einem Bach erzählt werden, der aufgestaut wird und sich dann in ein Röhrensystem ergießt. Umgekehrt kann Blutstillung durch das Zudrehen eines tropfenden Wasserhahns modelliert werden.

Als **Lösungsvorschläge** kann der Therapeut eine Geschichte so aufbauen, dass Parallelen zur Patientensituation bestehen, aber ein veränderter Ablauf Lösungsmöglichkeiten aufzeigt. Während ein direkter Rat Widerstände und Abwehrreaktionen auslösen kann, können diese mittels einer Geschichte umgangen werden. Ein Beispiel dafür geben Bassmann u. Wester (zit. in Wester u. Smith 1984) mit der Geschichte von den »Reisaffen«:

Reisaffen sind possierliche, kleine Tiere aus China, die die Menschen immer fangen wollten. Bloß waren die viel listiger und schlauer und waren schon auf den Bäumen, bevor sie gefangen wurden. Bis ein älterer Chinese einen schlauen Einfall hatte: Er sammelte Kokosnüsse und schnitt ein kleines Loch hinein. So groß, dass die Hand eines Affen gerade hineinpasste und er füllte sie mit Reis und legte die Kokosnüsse aus und versteckte sich in der Nähe hinter einem Busch. Und es dauerte nicht lange, bis der erste Affe ankam und seine Hand in die Nuss steckte, um an den Reis zu kommen. Und dann merkte er, dass er seine Faust voller Reis nicht mehr aus der Nuss herausbekam, weil er den Reis behalten wollte. Dieser listige alte

Chinese – so könnte man sagen – war der Untergang der Affen. Oder man könnte sagen, diese Affen waren aber dumm. In Wirklichkeit wollten die Affen nicht loslassen. Man könnte auch sagen, so haben die Menschen die Macht über die Affen gewonnen. Aber es war ihre Entscheidung.

Die »Reisaffen« sind auch ein Beispiel dafür, wie dieselbe Geschichte zu unterschiedlichen Zwecken erzählt werden kann. Während sie einerseits natürliche Verspieltheit im Entkommen aus der Ordnung suggeriert, kann sie auch dazu dienen, Einsicht in eigenes Fehlverhalten (»nicht loslassen können«) oder stereotype Verhaltensabläufe zu vermitteln oder zu verdeutlichen, dass Probleme oft selbst herbeigeführt werden und der Patient ihnen nicht hilflos gegenübersteht, wie er vielleicht immer glaubte. Darüber hinaus eignet sie sich auch zur Einbettung von Direktiven (»Aber es war ihre/Ihre Entscheidung«). Eine direktere Lösungssuggestion stellt die Geschichte von den »langen Löffeln« dar (s. oben).

Mithilfe von Anekdoten kann dem Patienten auf indirekte Weise Einsicht und Selbsterkenntnis vermittelt werden. Einem tyrannischen Familienvater kann z. B. die Geschichte eines ebenso tyrannischen Menschen oder früheren Patienten erzählt werden, der ständig bei den Personen in seiner Umgebung auf Ablehnung stößt. Ihm kann dadurch der Zusammenhang zwischen eigenem Verhalten und den Reaktionen des sozialen Umfeldes verdeutlicht werden, ohne dass durch einen direkten Hinweis auf sein unangepasstes Verhalten Abwehrreaktionen ausgelöst werden. Etwa folgende Sufi-Geschichte (Shah 1964) kann dem Patienten mit einem »Entweder-Oder-Denken« systemische Zusammenhänge, sei es im psychosomatischen oder im familiären Bereich, verdeutlichen:

Mullah Nasrudin wanderte in der Dämmerung und sah plötzlich drei Reiter auf sich zureiten. Das interpretierte er als Bedrohung und in seiner Angst, die Reiter könnten ihn ausrauben, verschleppen oder umbringen, sprang er über eine Mauer, um sich zu verstecken. Hier bemerkte er, dass er sich auf einem Friedhof befand. Vollends erschreckt erstarrte er und blieb regungslos hinter der Mauer liegen. Die Reiter hatten ihn aber von weitem gesehen und sein Verhalten bemerkt. Sie ritten heran, stiegen ab und halfen Nasrudin aufzustehen. Anschließend fragten sie ihn: »Was hat Sie in diese missliche Lage gebracht?« Nasrudin war verlegen, weil er merkte, dass er sich in den Reitern getäuscht hatte und antwortete: »Sehen Sie, das ist schwieriger, als Sie denken. Sie sind meinetwegen hier und ich, ich bin Ihretwegen hier« (Pesechkian 1979).

Oft haben Patienten rigide manipulative oder selbstschädigende Verhaltensmuster gelernt und sind nicht in der Lage, diese zu erkennen oder zu verändern. Andere Verhaltensweisen können mittels Metaphern aufgezeigt und rigide Denkschemata in Frage gestellt werden. Allerdings verkaufen Patienten ihre Grundkonzepte häufig sehr teuer, obwohl diese sie in einen Teufelskreis von Konflikten hineinmanövriert haben, da sie sich nicht sicher sind, dass der Therapeut etwas Gleichwertiges oder sogar Besseres anzubieten hat.

LeShan (zit. nach Trenkle 1985) fragte zu diesem Zweck seine Patienten gelegentlich, ob sie wüssten, wie man Biber fängt. Dies sei sehr einfach: Der Biber gehe unbeirrbar immer den gleichen Weg vom Bau zum Wasser. Von diesem Weg weiche er niemals ab. Den Biber fange man, indem man einfach eine Falle, deren geöffnete Tür in Richtung des Biberbaus zeige, auf diesen Weg stelle. Morgens komme der Biber aus seinem Bau und sehe die Falle. Man könne ihn dann dabei beobachten, wie er – weinend und schluchzend zwar, aber unbeirrbar – seinen Weg in die Falle gehe.

Darüber hinausgehend können gleichzeitig Gegenkonzepte angeboten werden, die Erfolg versprechender sind, z. B. die Geschichte von den Reisaffen (s. oben). Diese Geschichte stammte aus dem Schmerzbereich und kann bei Patienten angewendet werden, die ihr Symptom nicht loslassen können. Um die Relativität von Einstellungen und Glaubenshaltungen zu vermitteln, kann Patienten mit rigiden Glaubenssystemen, bei denen direktive Interventionen häufig auf Widerstand stoßen, die Geschichte vom Elefanten (▶ Abschn. 18.3.1) erzählt werden.

In einer Geschichte kann das Problem des Patienten aus einem etwas veränderten Blickwinkel dargestellt werden (»Umdeuten des Problems«). Die bisherige Einstellung des Patienten zu seinem Problem kann auf diese Weise verändert werden. Mit

der Veränderung der Einstellung zum Symptom ändert sich oft auch das Symptom selbst. Peseschkian (1979) deutete z. B. die »Frigidität« einer Patientin um, in die Fähigkeit, mit dem Körper »nein« zu sagen. Viele Geschichten enden überraschend. Diese Überraschung ist die Folge eines Standortwechsels, der eine neue Perspektive auf eine alte Situation eröffnet und ein Aha-Erlebnis auslöst. Durch den Standortwechsel, die Verschiebung der Konzepte, wird der Zuhörer gezwungen, sich anderen Konzepten anzunähern. Damit erweitert er sein eigenes Konzept.

Fallbeispiel

Trenkle (1985) schildert den Fall einer Patientin, die während eines sportlichen Wettkampfes zunächst nach einem Schlag auf die Oberlippe die Sprache verlor und einige Zeit später nach dem Sturz von einem Übungsgerät eine Querschnittslähmung entwickelte; für beide Erkrankungen ergab sich kein organischer Befund. Die Anamnese ergab, dass sie häufig eine Oppositionshaltung einnahm und dass ihre beruflichen Vorstellungen weit von der Realität entfernt waren. Der Therapeut informierte sie über das mögliche Auseinanderklaffen zwischen bewusstem und unbewusstem Denken und erzählte die Geschichte eines »Split-brain-Patienten«, dessen ungewöhnliche Sprachfähigkeit der rechten Hemisphäre ihn in die Lage versetzte, sich mithilfe eines Buchstabensetzkastens auch mit der linken Hand mitzuteilen. Auf die Frage nach seinen beruflichen Zielen habe dieser verbal eine andere Antwort gegeben, als er mit der linken Hand gesetzt habe. Die Symptome der Patientin deutete er um, indem er die Leistung ihres Körpers hervorhob, der ohne organische Ursache eine Querschnittslähmung produzieren könne. Er ermögliche ihr damit, in Ruhe über ihre weitere Zukunft nachdenken zu können. Der Therapeut empfahl der Patientin, nicht zu gehen oder zu sprechen und sich statt dessen ein Schild mit der Aufschrift »Wegen Umbau vorübergehend geschlossen« umzuhängen.

Hier wurde der Widerstand der Patientin genutzt und durch die Definition der Symptome als »Umbau«, die zeitliche Befristung ihres Auftretens impliziert. Dieser »Umbau« wurde weiter therapeutisch begleitet, sodass die Patientin später mit stark gebesserten Symptomen und klaren beruflichen Vorstellungen entlassen werden konnte. Die Krise wird als Chance umgedeutet, wie auch in der folgenden Geschichte. Hier wird das Symptom »Nachtwache« als wegweisend beschrieben, das zwar zunächst bedrohlich erscheint, dann aber die entscheidenden Hinweise liefert, die schließlich aus der Krise führen.

Bahá'u'lláh erzählt die Geschichte des unglücklich Liebenden, der lange Jahre von seiner Geliebten getrennt war: »Durch die Gewalt der Liebe wurde sein Herz bar und sein Körper des Lebens müde. Leben ohne sie schien ihm Blendwerk und die Zeit begann, ihn zu verzehren. So wurde sein Körper zum Seufzer und die Wundheit seines Herzens machte ihn zum Wehlaut. Vergebens hätte er tausend Leben verschenkt, um nur einen Tropfen ihrer Gegenwart zu kosten, aber es gelang ihm nicht. Kein Arzt vermochte ihn zu heilen und seine Nähe wurde von Freunden gemieden. Schließlich erstarb das Feuer seiner Hoffnung in der Asche, sodass er eines Abends lebensmüde sein Haus verließ und die Straße hinauszog. Plötzlich gewahrte er, wie ihn eine Nachtwache verfolgte. Er versuche zu fliehen, doch die Wache eilte ihm nach und es wurden ihrer viele. So kam der weidwunde Liebende mit Füßen, die liefen und einem Herzen, das ächzte, bis an die Mauer eines Gartens, die er mit größter Mühe erklomm. Aber oben angelangt, erkannte er ihre schwindelnde Höhe und stürzte sich, sein Leben nicht achtend, hinab in den Garten. Doch siehe, welch ein Anblick! Dort war seine Geliebte, eine Lampe in der Hand, einen Ring suchend, den sie verloren hatte. Es entrang sich ihm ein Seufzer der Erlösung und er rief, die Hände zum Himmel erhoben: ‚O Gott, gib der Wache Ruhm, Reichtum und langes Leben, denn sicher war sie der Engel Gabriel, der mich geführt hat.' Dieser Mann hatte recht, denn wie viel Gerechtigkeit und Erbarmen waren in der scheinbaren Grausamkeit jener Wache verborgen. In ihrem Grimm hatte sie den in der Wüste der Liebe Verdursteten zum Meere der Geliebten geführt und die Finsternis der Trennung durch das Licht des Wiedersehens vertrieben« (nach Peseschkian 1979).

Geschichten eignen sich zur **Zukunftsbahnung**, etwa für Patienten, die momentan bei ihrem Problem feststecken und das Gefühl haben, nicht mehr weiterzukommen, sich die eigene Entwicklung abgeschnitten zu haben. Mit Geschichten über z. B.

die Raupenmetamorphose kann man beschreiben, wie sich langsam und über mehrere Stadien aus der Raupe die Puppe und aus der Puppe der Schmetterling entwickelt. Wenn man den Schmetterling sieht, kann man sich kaum vorstellen, dass er einst so unansehnliche Formen hatte, und doch ist jeder Schritt der Entwicklung notwendig, dass der Schmetterling in seiner Schönheit erstrahlen kann.

Geschichten können auch eingesetzt werden, um Hausaufgaben vorzubereiten. Um den Patienten zu motivieren, auch außerhalb der Therapiestunde durch Hausaufgaben etwas für die Problemlösung zu tun, kann man Geschichten wie die vom Zeichner des Kaisers erzählen, die zugleich Autonomie suggeriert:

Ein chinesischer Kaiser hatte einen Lieblingsvogel, von dem er ein Bild wünschte. So beauftragte er den berühmtesten Maler des Landes, der durch die Sparsamkeit seiner Striche bekannt war. Der Maler sagte »Ich brauche 2 Jahre« der Kaiser war empört aber ließ sich darauf ein. Nach einem halben Jahr kam er und wollte sehen wie weit der Künstler war, aber er wurde an die Abmachung erinnert und musste wieder gehen. Nach einem Jahr schickte er einen Boten um seine Ungeduld zu befriedigen, aber der wurde ebenfalls abgewiesen. Am Abend vor dem vereinbarten Termin kam der Kaiser mit seinem Hofstaat und wollte das Bild besichtigen. Der Künstler bat ihn bis zum nächsten Morgen zu warten. Ungeduldig war der Kaiser morgens früh um 6 Uhr vor der Tür. Da ließ ihn der Künstler ein, nahm ein weißes Blatt und zeichnete in 2 Minuten einen wunderschönen Vogel. Der Kaiser war empört und begeistert zugleich und fragte »Warum hast Du mich so lange warten lassen?«. Der Künstler sagte nichts, sondern öffnete einen Schrank; aus dem fielen 2000 Blätter.

18.5 Die Konstruktion homomorpher therapeutischer Metaphern

Kommt ein Patient in die Therapie, so steht zunächst das Problem, das er mitbringt, im Vordergrund. Soll dafür eine geeignete Metapher konstruiert werden, ist zunächst wichtig, dass die Ziele des Patienten klar definiert sind und in seiner Kontrolle liegen. Ein Wunsch wie »mein Partner soll mich mehr lieben« ist in dieser Hinsicht eher problematisch und kann nicht Therapieziel sein.

Gordon (1986) schlägt vor, die Metapher des Patienten, d. h. seine Problemdarstellung ohne Lösungsmöglichkeiten in eine Metapher mit Lösungsmöglichkeiten zu übersetzen. Bei der Konstruktion der Geschichte ist die Art der Charaktere (Ritter, Tiere, Fabelwesen o.ä.) sekundär. Von primärer Bedeutung ist, wie die Protagonisten zueinander stehen, also die Beziehungen zwischen den Handelnden. Das reale Beziehungsgeflecht soll homomorph abgebildet werden. Beispielhaft nennt Gordon eine Familie mit dem Vater als Familienoberhaupt, der oft abwesend ist, der Mutter und einem kleinen Sohn als Symptomträger. Die Protagonisten der dazu konstruierten Geschichte sind ein Kapitän, der sich oft in der Kabine einschließt, ein Schiffsjunge, der die falschen Segel setzt und ein erster Steuermann, der ihn zu korrigieren versucht, bevor der Kapitän den Fehler bemerkt. Zum gleichen Zweck hätte eine Geschichte über eine Tierfamilie erfunden werden können. Es soll keine homomorphe Transformation des Kontextes, sondern der Beziehungen vorgenommen werden.

Die Bausteine der therapeutischen Situation und damit auch der zu konstruierenden Geschichte sind das Problem, das angestrebte Ziel und eine Strategie, die beides verbindet. Die Information, wie diese verbindende Strategie aussehen könnte, erhält der Therapeut aus der Schilderung der bisherigen Lösungsversuche des Patienten. Durch sie beschreibt er, wo er feststeckt, was er versuchte und – implizit – was zu tun ist, damit das Ziel erreicht wird. Wie die Übertragung der Patientenmetapher auf die Therapeutenmetapher erfolgt verdeutlicht Abb. 18.1.

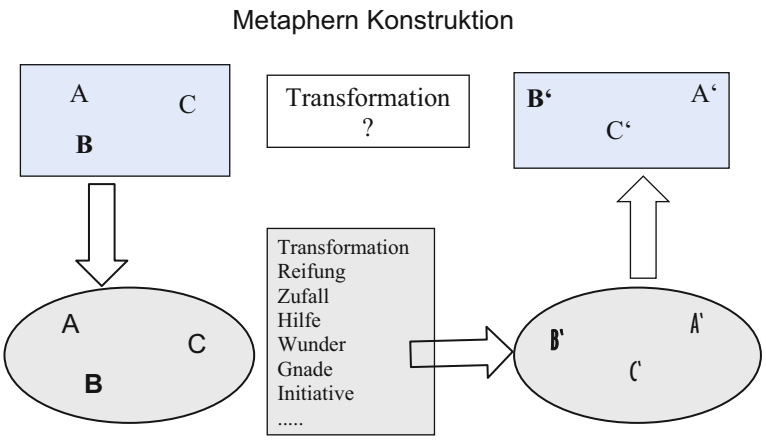


Abb. 18.1. Konstruktion homomorpher Metaphern. Die Elemente der Patientenmetapher werden homomorph in Elemente einer therapeutischen Metapher transponiert, in dieser wird dann eine Transformation eingeführt. Daraus ergibt sich eine veränderte Anordnung der Elemente, von der dann angenommen wird, dass der Patient sie in seiner eigenen Metapher einführt und dadurch veränderte Schemata der Realitätsbewältigung auslöst

Schritte zur Konstruktion einer homomorphen Metapher (nach Mills u. Crowley 1986):

- **Rahmen**: Am Anfang sollte eine relativ neutrale Rahmengeschichte stehen, in die man Dinge einstreuen kann. So kann man z. B. von einem Kaufhaus erzählen, in dem man alles mögliche bekommt, was man braucht, oder von einem Baum, der das Gefühl gibt, dass man sich auf etwas verlassen kann, oder von einem Garten, in dem im Sommer viel wächst, in dem es ein Vorankommen gibt, aber auch ein Stocken durch den Schnee im Winter.
- »**Pacing**«: Das Eingehen auf die Gegebenheiten des Patienten ist besonders wichtig, um die Hemmung in Trance zu gehen, das mit dem Verlassen der Bewusstheit der Gegenwart und des Hier und Jetzt verbunden ist, zu überwinden.
- **Konfusion**: Um den Übergang zu erleichtern, der durch Schwanken, Pendeln und Destabilisierung gekennzeichnet ist, kann es hilfreich sein, Geschichten zu erzählen, die so langweilig und mühsam sind, dass es für den Patienten eine Wohltat ist, nicht mehr mitzudenken, sondern stattdessen tiefer in Trance zu gehen.
- **Ressource**: Ist der Zustand der Dissoziation erreicht, kann die Aufmerksamkeit aufgeteilt werden, um unter Nutzung des eigenen Potenzials neue Möglichkeiten zu suchen. Analoge Lernerfahrungen können bei der Suche nach neuen Lösungen sehr hilfreich sein, weil sie zeigen, dass die Situation prinzipiell bewältigbar ist.
- **Wendung**: Es wird eine metaphorische Krise eingeführt, meist ein drastischer Akt, der neue Harmonie wieder möglich macht.
- **Integration**: Reassoziation von Ressourcen zu der Problemsituation.
- **Rituelle Neudefinition der Identität**

Die Autoren geben dazu folgendes Fallbeispiel:

18

Fallbeispiel

Die Patientin, eine 23-jährige Frau, war von ihrem Vater missbraucht worden. Sie ist lesbisch und wohnt in einer Wohngemeinschaft mit anderen lesbischen Frauen; eine davon hat Kinder, die die Patientin gegen Bezahlung gelegentlich hütet. Sie hat eine Freundin. Beruflich hat sie eine Schreinerlehre abgeschlossen und ist seither arbeitslos.

Die **Patientenmetapher** besteht darin, dass die Patientin von ihrem Vater ausgenutzt wurde und sich auch von der Frau, deren Kinder sie gelegentlich betreut, ausgenutzt fühlt. Von ihr fühlt sie sich aber auch abhängig wie von ihrer Freundin. Ständige Streitereien haben sie schließlich in die Therapie gebracht.
Die **Therapeutenmetapher** lautet folgendermaßen: Die Patientin sei ein Bach, der Vater ein Bauer, der die Äcker überdünge und damit das Wasser vergifte. Ihr Beruf sei ein zu schweres Mühlrad an diesem Bach, das

nicht bewegt wird. Die Freundin wird als die Sonne dargestellt, die zusammen mit dem Wasser des Bachs (Patientin) den Acker fruchtbar machen könne. Die Mutter der Kinder wird als Bachbett, die Kinder selbst als Steine im Bach dargestellt.
Die **Transformation**: Das Wasser des Baches fließt und wird breiter, größer und stärker, durchfließt Städte und Dörfer. Es ist aber abgestorben und stinkt, ist faulig und braun. Der Bauer besucht die Stadt, durch die der Bach fließt und fragt, weshalb dieser so abgestorben sei. Man berichtet ihm, dass dies durch die Überdüngung der Äcker verursacht werde. Er lässt sich beraten und bereut, dass er in dieser Weise mit dem Wasser umgegangen sei. Der Berater erzählt ihm an dieser Stelle das Märchen von der »Steinpalme« (s. oben).
Nachdem der Bauer diese Geschichte gehört hat, wandert er aus. Unterhalb der Stadt fließt der Bach mit einem anderen zusammen und bildet mit diesem einen Strom. In diesem ist viel Leben, was zu seiner Regeneration führt (Selbstreinigung). Nach Jahren kommt der Bauer zurück und sieht, dass das Wasser wieder klar ist, dass Fische darin schwimmen und Vögel am Ufer nisten. Weiter unten sieht er, dass das alte Mühlrad immer noch steht und als Antiquität besichtigt wird, dass mittlerweile aber eine Turbine eingerichtet wird, die die Wasserkraft nutzt. Ein wichtiges strategisches Element ist das Reframing. (»Umdeutung«, ▶ Kap. 19). In der Geschichte kann das Problem von einer anderen Seite beleuchtet und seine nützlichen Anteile hervorgehoben werden, sodass eine Neuinterpretation stattfindet.

Für die Konstruktion einer Metapher notwendige Schritte (Gordon 1986):

- **Einschätzung des Patienten**: Welcher Kontext spricht den Patienten an und könnte in der Metapher verwendet werden (Märchen, Geschichten von heute, Sciencefiction usw.).
- **Informationssammlung mit Identifizierung** der relevanten Personen und ihrer Beziehungen, der relevanten Ereignisse, der Ziele des Patienten, der bisherigen Lösungsversuche.
- **Bilden der Metapher** mit Auswahl eines Kontextes. Auswahl von Darstellern und Handlung so, dass die Problemsituation homomorph abgebildet wird, Festsetzen einer Lösung, die das angestrebte Ziel und eine Umdeutung des Problems einschließt. Bei der Formulierung der Geschichte muss ein Kompromiss zwischen konkreten und eher vage vorgebrachten Schilderungen gefunden werden. Liegen dem Therapeuten konkrete Informationen vor, kann er diese verwenden. Andererseits ist dort, wo Information fehlt, eine vage Formulierung angebracht, da sonst eine Diskrepanz zwischen therapeutischer Metapher und der Vorstellung des Patienten entstehen kann. Die Ausstattung von Räumlichkeiten, in denen die Geschichte stattfindet, kann z. B. eher vage bleiben und der Phantasie des Patienten überlassen werden, wenn sie für den weiteren Verlauf der Metapher irrelevant ist. Auf diese Weise wird er Zusammenhänge zwischen Metapher und Problemsituation selbst leichter herstellen können. So konstruiert er quasi die Einzelheiten seiner Geschichte selbst. Nominalisierungen können hilfreich sein. Spricht der Erzähler z. B. darüber, dass der Hauptdarsteller seiner Geschichte »eine Wut in sich spürt«, so bleibt offen, auf wen und worüber er wütend ist und wie sich diese Wut äußert. Diese fehlende Information wird der Patient selbst hinzufügen müssen, wenn er der Geschichte einen Sinn geben will, womit er sie für sich passender macht, als es der Therapeut könnte.

Eine weitere wichtige Komponente sieht Gordon darin, das bevorzugte Repräsentationssystem des Patienten zu beachten:

> Eine häufige Ursache bei Fehlkommunikation ... ist die Tatsache, dass die beteiligten Menschen (oder Teile) verschiedene Repräsentationssysteme verwenden, um zu verstehen (zu repräsentieren), worüber geredet wird (Gordon 1986, S. 83).

Den Grund, der zur bevorzugten Verwendung eines bestimmten Sinneskanals führt, sieht er darin, dass ein System, das häufig benutzt wird, eine höhere Funktionsebene erreicht, als ein System, das selten benutzt wird. Die Übertragung der Metapher auf seine Problemsituation wird dem Patienten leichter gemacht, wenn sie seiner Wahrnehmung entsprechend formuliert ist. Ein Patient, dessen Wahrnehmung überwiegend über den visuellen Kanal läuft, wird eine Geschichte, die vermehrt kinästhetische Bilder enthält, weniger passend finden, als eine, die mehr visuelle Elemente enthält.

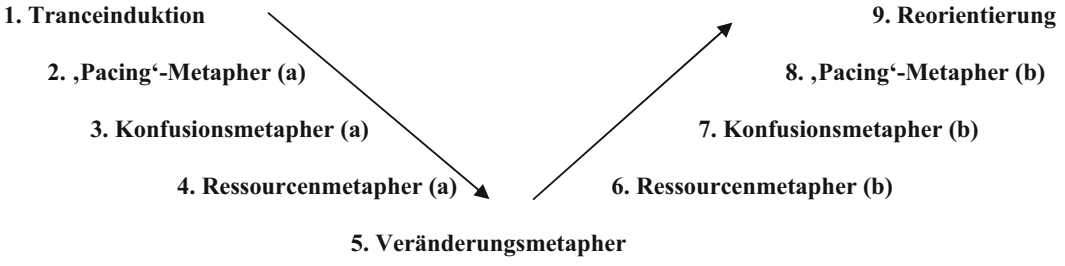
Ein Nachteil bei der Nutzung eines primären Repräsentationssystems ist, dass durch die bevorzugte Wahrnehmung einer Modalität die Information, die eine andere Modalität bieten würde, verpasst wird. So kann z. B. jemand primär den Gesichtsausdruck des anderen wahrnehmen und diesen als abweisend interpretieren, während ihm der warme, liebevolle Tonfall seiner Stimme entgeht. In einem solchen Fall kann in der Metapher auf diese Vernachlässigung wichtiger Informationen durch die einseitige Fokussierung der Aufmerksamkeit auf einen Sinneskanal hingewiesen werden. Die Beachtung der ausgeblendeten Aspekte kann suggeriert werden, indem z. B. der Hauptdarsteller der Geschichte durch ein Ereignis, etwa dem Einbruch der Nacht, im Bereich seines primären Repräsentationssystems eine Einschränkung erlebt und dadurch erst auf die Wahrnehmungen anderer Sinneskanäle aufmerksam wird. Durch die Koppelung zweier Modalitäten in einem Satz kann vom einen auf den anderen Sinneskanal übergeleitet werden. In dem Satz »Jedesmal, wenn er das Lied hörte, verspürte er wieder dieses aufregende Kribbeln im Bauch, das ihn durch jene Tage der Verliebtheit begleitet hatte« wird von einer akustischen Wahrnehmung zu einer kinästhetischen übergegangen.

18.6 Komposition mehrerer Metaphern

Innerhalb einer Trance können unterschiedliche Aspekte einer Problemsituation durch verschiedene Metaphern angesprochen werden. Dabei müssen diese keineswegs alle deckungsgleich mit der Problemsituation des Patienten sein. Vielmehr kann sich ihre Relevanz durch eine gemeinsame Schnittmenge der Inhalte (Schnittmengen- oder Kettenmetapher) bzw. durch ihre Thematisierung auf verschiedenen Ebenen (Schachtelgeschichte) zeigen. In diesem Sinn lassen sich die verschiedenen Metaphern sowohl nacheinander als auch ineinander verwoben erzählen, wobei jeder dieser Bausteine einer anderen Intention folgen kann (Lankton u. Lankton 1983).

Eine geschachtelte Metapher (»embedded metaphor«) kann mehrere Aspekte des Veränderungsprozesses beachten. Das Prinzip ist dabei, die einzelnen Geschichten jeweils zur Hälfte zu erzählen, dann die nächste Geschichte zu beginnen und schließlich die Geschichten in umgekehrter Reihenfolge abzuschließen. Eine mögliche Struktur zeigt ◘ Abb. 18.2.

Üblicherweise findet im ersten Schritt eine formale Tranceinduktion statt. Dabei wird eine Bewusst-Unbewusst-Dissoziation eingeführt. Auch ohne formale Induktion kann sich eine natürliche Trance durch die Fixierung der Aufmerksamkeit auf die Erzählung einstellen. Die »**Matching**«- oder »**Pacing**«**-Metapher** dient dazu, maximale Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Das wird durch



◘ **Abb. 18.2.** Struktur geschachtelter Metaphern

Parallelen zum Problem des Patienten erreicht, die eine Identifikation erleichtern. Manche Patienten werden bei einer allzu offensichtlichen Nähe der Geschichte zur eigenen Situation Widerstände entwickeln, während andere diese Übereinstimmung akzeptieren oder sogar hilfreich finden. Im ersten Fall kann es günstig sein, eine Geschichte zu erzählen, die der Problemsituation nur wenig ähnelt, um die Aufmerksamkeit des Patienten dadurch zu fesseln, dass er über den Sinn der Geschichte innerhalb des Problemkontextes nachdenken muss. Daneben soll sie aber auch den Bezugsrahmen ändern, d. h. einen Rahmen schaffen, in dem neues Lernen erleichtert wird. Das kann dadurch geschehen, dass z. B. in der Geschichte ein ähnliches Symptom positiv umgedeutet oder Wandel und Heilung suggeriert wird. Durch ihre Position im Gesamtaufbau wird der Patient das Ende der »Pacing«-Metapher, das unmittelbar vor der Reorientierung erzählt wird, mit großer Wahrscheinlichkeit erinnern. Lankton u. Lankton (1983) empfehlen daher, hierfür eine Geschichte mit positivem Ausgang zu verwenden, die in das Glaubenssystem des Patienten passt (»pacing«).

So hatte z. B. ein ehrgeiziger Geschäftsführer mit einem Kollegen im Vorstand Konflikte, der ihm immer wider in seiner Karriereentwicklung behinderte. Der Geschäftsführer war diszipliniert und kämpferisch. Als »Pacing«-Metapher wurde die Beschreibung eines Stierkampfes gewählt, in der der Patient dem Torero und der Vorstand dem Stier glichen. Dabei konnten der Nutzen des spielerischen Umgangs und die Sinnlosigkeit des offenen Widerstands betont werden, aber auch die nötige Disziplin, der Mut und die Kompetenz des Toreros (Revenstorf 1993).

Eine darauf folgende **Konfusionsmetapher**, deren Bedeutung unklar ist (und bleibt), ist dann sinnvoll, wenn der Patient durch ein sehr fest gefügtes Wertesystem an Veränderungen gehindert wird. Vorgefasste Erwartungen im Bezug auf mögliche Lösungen sollen hiermit gestört werden (s. oben). Die Ressourcenmetapher soll Erinnerungen an frühere positive Erfahrungen des Patienten wecken, die im Problemkontext hilfreich sein könnten. Die Ressourcen, die hier aktiviert werden, müssen im Vorgespräch identifiziert worden sein. An dieser Stelle können auch indirekte Suggestionen eingestreut werden. Im zweiten Teil der Ressourcenmetapher, nach der anschließenden Veränderungsmetapher, werden Ressourcen und angestrebte Zielsituation verknüpft. In der Geschichte sollten an dieser Stelle die zuvor identifizierten Ressourcen in einem sozialen Kontext auftauchen, die der zukünftig zu erwartenden sozialen Situationen des Patienten ähnelt. Lernziel ist, zu erkennen, wie die Ressourcen im sozialen Kontext nutzbringend angewendet und in realen Situationen konstruktiv eingesetzt werden können. Im Sinne posthypnotischer Suggestionen können die Ressourcen an bestimmte »cues« des Alltags, wie z. B. eine bestimmte Stimme, ein Gesicht oder einen Ort assoziativ gekoppelt werden.

Die **Veränderungsmetapher** soll sich direkt mit dem Kernthema des Patienten beschäftigen und die therapeutische Intervention enthalten, wobei das Kernthema nicht mit dem »Vorzeige«-Symptom verwechselt werden soll. Bei der Intervention kann es sich um indirekte Suggestionen handeln oder um eine Neuentscheidung des Protagonisten der Geschichte (»Redecision«, Golding u. Golding 1979). Die Geschichte kann auch einen dissoziierten Rückblick des Protagonisten auf eine traumatische Situation beinhalten, die der des Patienten ähnelt und damit bei ihm eine Altersregression auslösen, oder sie kann vom notwendigen, evtl. symbolischen Abschiednehmen von einer Person, einer Lebensphase oder einem Ort erzählen. Sie kann die Umdeutung des Symptoms als positiven Ausdruck eines Bedürfnisses anregen oder durch die Erzählung von den »Drei Türen« (s. oben) dichotomes Denken überwinden helfen. Die Veränderungsmetapher steht im Zentrum der Struktur der eingebetteten Metaphern, weil sie an dieser Stelle gegen verzerrende Einflüsse und Limitierungen des bewussten Denkens am besten geschützt ist. Infolge dieser Stellung im Aufbau könnte man vermuten, dass die mittlere Metapher am ehesten amnestisch ist, da der Anfang und das Ende einer Sequenz am leichtesten behalten werden (»Primacy«- und »Recency«-Effekt, Lindsay u. Norman 1981), was aber bisher nicht nachgewiesen werden konnte (Krause 2000). Im Anschluss an die Veränderungsmetapher wird die Ressourcenmetapher und schließlich auch die »Matching«-Metapher zu Ende erzählt. Eine Reorientierung schließt das Ganze ab.

Als Beispiel sei der folgende Fall zitiert (Revenstorf 1993):

Fallbeispiel

Die Patientin hatte in der Jugend zu rauchen begonnen, als sie eine »68erin« gewesen war. Ihr Ziel war es von 20 Zigaretten pro Tag ihren Zigarettenkonsum auf 4–5 »Genusszigaretten« zu reduzieren.

Die **Patientenmetapher** besteht darin, dass sie angibt, sie rauche aus Stressgründen. In der »Pacing«-Metapher wird Rauchen als etwas interpretiert, das für Jugendliche revolutionär ist. Wenn die Person älter wird, hört sie auf zu revoltieren, raucht aber weiter. Als **Ressourcenmetapher** macht der Protagonist eine genussreiche Reise in ein Zwei-Sterne-Hotel im Elsass mit erlesenen Speisen und Weinen. Die **Veränderungsmetapher** wurde der Odyssee entnommen. Odysseus bestand eine ganze Reihe von Abenteuern: Zwischen Skylla und Charybdis konnte er sich retten, weil er sein Boot verließ und sich an den Ästen des Baumes über den Strudeln festhielt. An den Sirenen konnte er schadlos vorbeifahren, weil er sich an den Mast fesseln und die Ohren der Mannschaft mit Wachs verschließen ließ. Von Circe wurde er nicht verzaubert, weil er das angebotene köstliche Essen nicht zu sich nahm, sondern nüchtern blieb, während seine Kumpane zu Schweinen wurden. Er dagegen betörte Circe und verlebte einige genussreiche Wochen mit ihr.

Ein weiterer Fall wird von Lankton u. Lankton (1986, S. 258) beschrieben:

Fallbeispiel

Eine adipöse Frau, die unzufrieden und sozial isoliert lebt, sieht die Wurzeln ihres Unglücks in ihrer unbefriedigenden Kindheit und im nachlässigen Verhalten ihrer Eltern. In ihrer Fixierung auf die Vergangenheit versäumt sie, ihre Gegenwart aktiv in eine wünschenswerte Richtung zu lenken und die Verantwortung dafür zu übernehmen.

Der erste Teil der **»Pacing«-Metapher** handelt von einem Mann, dessen Auto in der Wüste streikt. Der Mann richtet seine ganze Wut über dieses Missgeschick gegen das verflixte Auto, das ihn – ohne eigenes Verschulden – in diese Situation gebracht und zu einem hilflosen Opfer gemacht hat. Schließlich merkt er, dass ihm diese Wut auf das Auto beim Erreichen seines Zieles nicht hilft und geht zu Fuß weiter. Zu Beginn der **Ressourcenmetapher** erzählen die Autoren von einer anderen Patientin, der sie eine Variante der Geschichte von den »3 Türen« (s. oben) erzählten. Sie suggerieren, dass sie zunächst all die unangenehmen Dinge der Vergangenheit (erste Tür) und anschließend die angenehmen Dinge (zweite Tür) genau betrachten könne, und setzen damit die Existenz angenehmer Erfahrungen (Ressourcen) voraus. Eine dritte Tür, die in einen Raum mit der »noch viel schlimmeren Vergangenheit« führt, suggeriert, dass noch schlimmere Erlebnisse möglich gewesen wären, relativiert so die gemachten Erfahrungen und verändert das Bezugssystem der Patientin. Die **Veränderungsmetapher** ist wiederum eine Fallgeschichte von einer alten Frau, die an chronischem Schmerz leidet, mit dem sie sich den ganzen Tag beschäftigt. Erst als sie sich auch mit anderen Dingen und Personen befasst, bemerkt sie, dass der Schmerz nachlässt. Sie überprüft, was ihr gut tut und nimmt sich in der Folge das Recht heraus, diese Dinge auch zu tun. Mit dieser Geschichte wird (auch mittels einer Reihe indirekter Suggestionen) ausgedrückt, dass die permanente Beachtung der eigenen Probleme diese verstärkt und dass man sein Leiden selbst beeinflussen kann, indem man tut, was gut für einen ist. Die Verantwortung für das eigene Leben wird betont. Der anschließende **zweite Teil der Ressourcenmetapher** enthält den Blick durch eine vierte Tür, die in die Zukunft führt. Die in der Geschichte erwähnte Patientin wird gebeten, zu überprüfen, wie ihr Verhalten aussah, das sie zum erwünschten Zielzustand führte. Der Zusammenhang zwischen Verhalten und erwünschtem Ergebnis sowie zwischen Kognitionen und Gefühlen wird hergestellt. Der Abschluss der **»Pacing«-Metapher** führt wieder zum Mann in der Wüste, der seinen Zorn hinter sich gelassen hat und nun, Schritt für Schritt, seinen Weg geht. Dabei macht er die Erfahrung der Stille und der inneren Ruhe. Das schrittweise Vorgehen wird auf die Adipositas der Patientin übertragen, die mit dem Verlust eines jeden Gramms an Körpergewicht von einem kleinen Teil der Bitterkeit über ihre Biografie, die sie jahrelang mit sich herumgeschleppt hatte, Abschied nehmen könne.

18.7 Metaphern für Kinder erzählen

Zum Schluss soll noch die Vorgehensweise beim Erzählen von therapeutischen Geschichten für Kinder erläutert werden. Sie stammt aus dem Buch: *»Anna zähmt die Monster: therapeutische Geschichten für Kinder«* (Brett 1993). Man versucht,

sich darauf einzustimmen, wie das Kind sich fühlt oder wie es mit dem Problem kämpft. Wie muss die Situation aus der Sicht des Kindes aussehen? Welche Vorstellungen sollen dem Kind übermittelt werden? Welche Art Lösung oder Entscheidung soll die Geschichte nahe legen? Die Lösung muss nicht komplex sein. Sie kann auf Techniken basieren, die der Erzähler im eigenen Leben gefunden hat. Diese Lösungen könnten beinhalten: das Lernen von praktischen oder sozialen Fähigkeiten, das Finden von Trost bei Freunden und in der Familie, die Erfahrung, dass »die Zeit alle Wunden heilt« usw.

Man beginnt die Geschichte mit einem Helden oder einer Heldin, der/die die Ängste des Kindes, seine Furcht oder Konflikte widerspiegelt. Dies gibt dem Kind die Möglichkeit, sich mit dem Helden/der Heldin zu identifizieren; es »verwickelt« das Kind in die Geschichte. Die Heldin soll einige der Stärken- und Talente haben, die das Kind besitzt. Wenn die Angst den Patienten überwältigt, vergisst er oft, dass er überhaupt Stärken und Talente aufzuweisen hat. Es ist gut, das Kind daran zu erinnern.

Zu Beginn wird in der Handlung der Konflikt im Leben des Kindes gezeigt und dann zu einer positiven Lösung geführt. Es ist darauf zu achten, wann das Kind gefesselt scheint oder ungeduldig wird. Sein Verhalten wird Hinweise darauf geben, wo die Geschichte ins Schwarze trifft. Wenn das Kind Kommentare abgibt oder Fragen stellt zur Geschichte, sollen diese aufgenommen werden. Dadurch werden häufig wertvolle Einblicke in das Denken des Kindes vermittelt. Wenn es schwerfällt, die Fragen zu beantworten, können diese mit den Worten: »*Was denkst Du denn?*« an das Kind zurückgegeben werden. Wenn das Kind sagt: »*Ich weiß es nicht*«, kann daraus ein Ratespiel gemacht werden. Die Vermutungen des Kindes in einer solchen Situation geben gute Hinweise darauf, was das Kind denkt. Wenn nicht bekannt ist, warum das Kind in einer besonderen Situation Angst hat, können die Geschichten benutzt werden, um dies herauszufinden.

Beim Erzählen der Geschichte ist es gut, sie mit Fragen zu unterbrechen wie: »*Und was, denkst Du, hat Anna bedrückt?*« oder »*Und was, denkst Du, hat Anna Angst gemacht?*« oder »*Was dachte Anna wohl, was passieren würde?*« usw. Wenn das Kind eine Lösung ausprobiert, die in einer vorhergehenden therapeutischen Geschichte vorgeschlagen wurde und sie funktioniert nicht, gilt es herauszufinden, was das Kind getan hat und was schief gegangen ist. Dann kann man eine Geschichte über ein kleines Mädchen erzählen, das genauso wie das Kind vorgegangen ist und das zu seinem Kummer feststellte, dass es nicht funktionierte. Aber das Mädchen gab nicht auf und fand eine andere Lösung.

Es könnte sein, dass es keinen Hinweis darauf gibt, warum die in der Geschichte vorgeschlagene Technik danebenging. In diesem Fall kann eine Geschichte angebracht sein, in der Anna enttäuscht ist über den Fehlschlag, aber dennoch versucht, einen Weg aus ihrem Dilemma zu finden. Es kann auch das Augenmerk auf die Tatsache gelenkt werden, dass Anna und ihre Familie sehr stolz darauf waren, dass sie es überhaupt versucht hatte, auch wenn dieser Versuch fehlschlug. Das Vokabular ist auf das Niveau des Kindes einzustellen und die Länge der Geschichte auf die Zeitspanne einzurichten, in der das Kind aufmerksam sein kann. Beim Erzählen aufgetretene Fehler können einfach korrigiert werden, etwa mit einem »Huch, ich hätte beinah vergessen, sie ist ja gar nicht allein gegangen, sondern mit einem Freund« oder worin der Fehler auch immer bestand. Oft wird das Kind den Erzähler mit einem mitleidigen Blick korrigieren, der sagt: »Oh je, der kann noch nicht mal 'ne Geschichte richtig behalten.« So etwas wird jedoch weder den Spaß noch den Nutzen der Geschichte bei dem Kind schmälern.

Fazit

Metaphern entziehen sich einer eindeutigen Beschreibung ihrer Funktion, weil sie das Denken in den Bereich des Primärprozesses (ver-) führen, der sich dadurch auszeichnet, dass er nicht durch Abgrenzung, sondern durch Ambivalenz und verschwimmende Grenzen Kreativität fördert. Deshalb erübrigt sich eine scharfe Definition der Funktion einer bestimmten Geschichte. Sie ist ein Vehikel um den Kontext zu erweitern und die Begrenztheit des Sekundärprozesses bei der Lösung von Problemen hinter sich zu lassen. Das mit Metaphern angeregte analogische Denken soll die Definitionsmacht des Bewusstseins sprengen und die volle Kapazität der kognitiven Verarbeitung verfügbar machen.

Trotzdem sind Klassifikationen und Zuordnungen bestimmter Metaphern zu bestimmten Themen und Fragestellungen als Orientierungshilfen sinnvoll. So ordnen Lankton u. Lankton (1983) ihre 83 Metaphern neben der Förderung von Trancephänomenen 7 psychotherapeutischen Zielsetzungen zu, nämlich der Veränderung von Gefühlen, Einstellungen, Verhalten, Disziplin/Vergnügen, Familienstruktur, Rollenerwartungen und Selbstbild. Scholz u. Sauer (1999) haben eine inhaltsanalytische Klassifikation vorgenommen und finden allerdings nur 4 Cluster, nämlich die Themen: emotionale Erlebnisinhalte, soziale relevante Einstellungen, Verhaltensänderung und Identitäts- und Rollenentwicklung. Die Autoren versuchen auch eine inhaltliche Zuordnung der Metaphern zu Grawes (1995) 4 Prinzipien einer allgemeinen Psychotherapie (Motivationsklärung, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und aktive Hilfe zur Problembewältigung). In dieser Hinsicht erweisen sich knapp die Hälfte der Metaphern theoretisch als unergiebig, was nichts über die empirische Nützlichkeit der Metaphern aussagt.

Geschichten sind immer auch **Regressionshilfen**. In einer leistungsorientierten Gesellschaft, in der Vernunft und Zielstrebigkeit dominieren, haftet Geschichten etwas Kindliches, Unvernünftiges an. Im therapeutischen Zusammenhang erlauben sie dem erwachsenen Patienten, den erworbenen Charakterpanzer versuchsweise abzustreifen und frühere, lustbetonte Verhaltensweisen und Einstellungen wieder aufzunehmen. Schon dadurch tragen sie dazu bei, das durch Stress geprägte Alltagsverständnis des Patienten zu entzerren.

Reframing

Wilhelm Gerl

19.1 Paradox – Symptom – hypnotisches Phänomen – 254

19.2 Theoretische Aspekte – 255
19.2.1 Kontext und Bedeutung – 255
19.2.2 Zeitliche Kontexte – 256

19.3 Kurzreframing – 258
19.3.1 Bedeutungsreframing – 258
19.3.2 Kontextreframing – 260

19.4 Symptomverschreibung als implizites Reframing – 261
19.4.1 Prozess steuernde Umdeutungen in der Hypnose – 262

19.5 Prozessreframing – 263
19.5.1 Sechs-Schritt-Reframing – 263
19.5.2 Verhandlungsmodell – 265

19.6 Diskussion – 266
19.6.1 Kontraindikation – 267

Eine der Grundideen Milton Ericksons besagt: Die eigenen Erfahrungen des Patienten, auch die unbewusst gewordenen, sind so zu reorganisieren und neu miteinander zu verknüpfen, dass Ereignisse, die einst als Begrenzungen erlebt wurden, zu Ressourcen für das heute nötige Wachstum werden. Er selbst war ein Beispiel dafür: Gefragt, wie er seine ganz ungewöhnliche Beobachtungsfähigkeit entwickelt habe, sagte er einmal:

> Oh, ich hatte mehr Glück als die meisten anderen. Als junger Mann wurde ich gelähmt, so dass ich liegen musste und jede Menge Gelegenheit hatte, die Menschen genau zu beobachten (zit. in Markova 1997, S. 61).

Reframing ist verwandt mit kognitiver Umstrukturierung, Relabeling, positiver Konnotation, paradoxer Intervention und therapeutischer Doppelbindung. Alle diese setzen die Tatsache methodisch um, dass Subjekte subjektiv denken und Wahrnehmung selektiv ist. Daraus resultiert ein spezifischer Problembegriff: Im Unterschied zu einer **Schwierigkeit** des Lebens wird ein **Problem** von der Person konstituiert und aufrechterhalten durch die spezifische Art, wie sie wahrnimmt, wie sie über sich, die Welt und das Problem denkt und auf dieser Basis handelt. Es sind nicht die Dinge selbst, die uns beunruhigen, sondern die Ansichten, die wir von den Dingen haben (Epiktet).

Dementsprechend hat Psychotherapie nicht Probleme in Bezug auf die »Wirklichkeit erster Ordnung« (also die Schwierigkeiten des Lebens; Watzlawick 1978, S. 142 ff.) zu lösen, sondern zielt auf den **kognitiven Bezugsrahmen**, die »Wirklichkeit zweiter Ordnung«. Dieses Gefüge der Annahmen über uns und die Welt determiniert die Bedeutungen, den Sinn und den Wert, die wir den Inhalten unserer Wahrnehmung (und damit auch den Schwierigkeiten des Lebens) zuschreiben. Der Denkrahmen (»frame« = Rahmen) umgrenzt die in ihm denkbaren Bedeutungen und begrenzt die Möglichkeiten der Erfahrung (und damit auch die Möglichkeiten, die Schwierigkeiten des Lebens erfolgreich zu bewältigen).

Die Erweiterung des Denkrahmens und das Auffinden bisher unterrepräsentierter Bedeutungen sind insbesondere dann angezeigt, wenn es um ein »Problem zweiter Ordnung« geht. Bei einem solchen behindert der kognitive Bezugsrahmen und die aus ihm folgernde Handlungslogik die mögliche Lösung.

19.1 Paradox – Symptom – hypnotisches Phänomen

Bei psychologischen Problemen und psychosomatischen Leiden sind wir konfrontiert mit dem Paradox, das sich im Symptom äußert: Ein symptomatisches Erleben oder Verhalten ist etwas, das in der Person abläuft bzw. von ihr gestaltet wird. Diese aber erlebt es als etwas, das ihr widerfährt, sich also außerhalb ihrer Kontrolle und damit ihres Ichs befindet. Sie erlebt es als paradox, dass sie umso unausweichlicher und massiver mit dem Symptom konfrontiert wird, je mehr sie es zu vermeiden und zu unterdrücken versucht.

Fallbeispiel

Ein angehender Zahnarzt klagt: »Ich bemühe mich so, dass meine Hand nicht zittert – aber gerade am Behandlungsstuhl, wenn ich den Bohrer halte, wird es immer schlimmer – und je mehr ich es zu unterdrücken versuche, umso schlimmer wird es.«

Man spricht deshalb vom **Zwang** des Symptoms: Es wird nicht absichtlich gemacht, sondern geschieht »wie von selbst«. Das erinnert an das wesentliche Charakteristikum eines hypnotischen Phänomens: seine **Nichtwillkürlichkeit**. Auch das zweite Hauptmerkmal des Symptoms trifft auf das hypnotische Phänomen zu: seine **Evidenz**. Die Person erlebt es wirklich sinnlich. Sie macht sich nichts vor, sondern spürt, sieht, hört oder riecht tatsächlich, was ihr im hypnotischen Phänomen bzw. im Symptom begegnet. Deshalb bietet – aufgrund der Parallelität von Symptom und hypnotischem Phänomen – die Hypnotherapie einen geeigneten Rahmen, um mit Symptomen und anderen Paradoxa zu arbeiten. Für Hypnotherapeuten gehören Symptome zur umfassenderen Klasse des nichtwillkürlichen Verhaltens (Peter 1994c).

Der Erkenntnistheoretiker Ludwig Wittgenstein sagte in seinen Bemerkungen über die Grundlagen der Mathematik, dass die Tatsache, dass etwas als

Paradox erscheint, immer etwas mit seinem Kontext zu tun habe:

> Das Paradoxe ist paradox nur in einer gewissen, gleichsam mangelhaften Umgebung. Man muss diese Umgebung so ergänzen, dass das, was paradox schien, nicht länger so erscheint (Wittgenstein 1974, S. 410).

Wittgensteins Hinweis, wie man das Paradox auflösen kann, macht ihn zu einem der geistigen Väter des Reframing. Was er als Umgebung bezeichnet, nennt Gregory Bateson (1984) »Kontext«; dessen Reorganisation heißt bei ihm »Re-Kontextualisierung«.

Paradox und Zwang sind Kennzeichen des Symptoms. Sie existieren nicht vor dem Denken, sondern resultieren aus dem Problem erzeugenden Denken. Die Veränderung des betreffenden kognitiven Bezugsrahmens (Denkrahmen, Sichtweise) eröffnet alternative Möglichkeiten im Wahrnehmen, Schlussfolgern und Handeln. Dadurch wird die Erzeugung und Aufrechterhaltung des Problems beendet und das Symptom kann sich auflösen.

19.2 Theoretische Aspekte

Reframing (»reframe« = neu rahmen, in einen anderen Rahmen/Kontext setzen) bezeichnet in der Hypnotherapie die Denkstrategien der Umdeutung und Rekontextualisierung sowie Prozessmodelle, deren zentrale Aspekte wiederum Umdeutung und Rekontextualisierung sind. Beim Reframing ändert sich das konzeptuelle Gefüge, das Feld, der Kontext, der kognitive Rahmen, auf den bezogen ein Verhalten erfolgt und emotional bewertet wird. Der neue kognitive Bezugsrahmen (»frame«) umfasst alle wesentlichen Fakten und lässt gleichzeitig Aspekte hervortreten, die bisher unterrepräsentiert waren.

Dabei werden alte Zusammenhänge und daraus resultierende Sichtweisen relativiert; neue Zusammenhänge werden hergestellt. Die Fakten ergeben dann ein alternatives Gefüge, ein neues Bild – und damit einen neuen Sinn.

19.2.1 Kontext und Bedeutung

Es lässt sich nur im Hinblick auf den betreffenden Kontext sagen, ob ein Gedanke sinnvoll, ein Verhalten zielführend ist. Die Reaktionen, die ein Handeln in diesem Rahmen (»in diesem Zusammenhang«, der räumlich-zeitlich und sozial definiert ist) auslöst, qualifizieren es als wirkungsvoll. Der Kontext bestimmt also, was als richtig gilt: Jene Konzepte und Verhaltensweisen gelten als richtig und passend, mit denen die angestrebten Effekte hervorgerufen und die intendierten Ziele erreicht werden. Was Erfolg ist und was zu ihm führt, kann also nur in Bezug auf den betreffenden Kontext beantwortet werden. Wenn ein Denken und das von ihm initiierte Handeln zu Verlust und Leid führen, ist deshalb zu prüfen: Welche andere Sicht der Situation, welche andere Bewertung eines Verhaltens eignet sich besser, um das angestrebte Ergebnis zu erreichen?

Wie ein neuer Sinn schon lediglich durch die Veränderung des Umfangs des Betrachtungsrahmens entsteht, lässt sich anhand ◘ Abb. 19.1 zeigen:

Wenn wir anfangen, nach der Bedeutung des Vorliegenden zu suchen, interpretieren wir in der Regel die einzelnen Elemente als Figuren. Wir sehen dann vielleicht einen Hut, der auf der Krempe steht, einen Pfeil, einen Wasserhahn, einen stilisierten Indianerkopf oder Ähnliches. Eine Beziehung zwischen diesen Elementen ließe sich willkürlich herstellen; sie ergäbe aber keinen befriedigenden Sinn. Das Bild kann sich aber schlagartig ändern, sobald wir einen Rahmen hinzufügen, das Bild als Ganzes begrenzen, es »kontextualisieren«. Im vorliegenden



◘ **Abb. 19.1.** Beispiel für die Wirkung des Betrachtungsrahmens

Fall genügt es, zwei Linien zu ziehen, eine oben von der »Hutkrempe« zur »Indianerfeder« und eine analog unten – in Gedanken oder mit einem Stift, oder durch das Anlegen von zwei Blattkanten.

Aus dem diffusen »Grund« wird nun die sinnvolle Figur »FLY«. Die äußeren Grenzen der vorher sinnlosen Gestalten werden so zu inneren Grenzen des vorher nach außen unbegrenzten Grunds. Die deutsche Schule der Gestaltpsychologie hat sich vor dem 2. Weltkrieg eingehend mit solchen Phänomenen von Figur und Grund befasst (Wertheimer 1922/23). Durch eine einfache Veränderung von Grenzen bzw. des Rahmens wird die gesamte Wahrnehmung umstrukturiert und es zeigt sich ein völlig anderer Sinn. Dieser ist nicht willentlich konstruiert, sondern sinnlich evident. Die mit dem Reframing einhergehende Emotion verstärkt die Einprägung dieses »Aha-Erlebnisses«.

Selbst wenn diese Lösung zwischenzeitlich vergessen würde, wüssten wir uns immer zu helfen, wenn wir vor einer ähnlichen Aufgabe stünden. Wir würden nie mehr die Eingeschränktheit von früher erleiden; denn wir haben gelernt, dass eine Lösung darin bestehen kann, den Rahmen der Betrachtung zu fokussieren, anstatt einzelne Objekte zu interpretieren. »Aha-Erlebnisse« kommen vom plötzlichen Wechsel des Bezugrahmens (»frame«) beim Erkennen. Auch das »Haha-Erlebnis«, wie es der Witz uns schenkt, kommt durch ein solches, unvorhergesehenes Umschlagen der Bezugsebenen zustande.

Zum Beispiel ruft eine Patientin mit schwacher Stimme bei ihrem Hausarzt an: »Herr Doktor, sie haben mir doch letzte Woche dieses Stärkungsmittel verschrieben.« (»Ja, und?«) »Ich krieg die Flasche nicht auf!«

Schon eine minimale Veränderung in der kognitiven Struktur kann wie ein Hebel wirken und neue Ebenen und Sichtweisen eröffnen. Man erzielt, mit wenig Aufwand, eine weitreichende Wirkung; denn spontan zeigt sich eine neue Bedeutung, Richtung und Handlungsmöglichkeit.

19.2.2 Zeitliche Kontexte

Lebensphasen

Ob ein Handeln sinnvoll ist, hängt unter anderem vom Lebensalter ab. Kindlich zu schmollen mag für den Vierjährigen ein wirkungsvolles Verhalten sein. Beim Vierzigjährigen wirkt es kindisch und birgt mehr Nachteile. Das gleiche Verhalten kann also zielführend oder kontraproduktiv sein, in Abhängigkeit von dem räumlichen und/oder zeitlichen Kontext, in dem es auftritt.

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

Alle »Als-ob-Techniken« sind Reframing-Techniken. Jede therapeutische Altersregression und Zeitprogression ist eine Erweiterung des bisher genutzten Erfahrungsrahmens. Die »Pseudoorientierung in der Zeit« ermöglicht das Auffinden von problemrelevanten Ursachen und Faktoren sowie das Auffinden von unentbehrlichen Ressourcen in der Vergangenheit (Erinnerung) oder in der imaginierten Zukunft.

Damit aus Vorsätzen zielführende Handlungen werden, ist eine konstruktive Zukunftsorientierung erforderlich. Denn wenn sich jemand übermäßig damit beschäftigt, etwas zu vermeiden, das ihm einmal widerfahren ist, wird er mit seinem gegenwärtigen Verhalten dazu beitragen, dass seine Zukunft zu einer Wiederholung seiner Vergangenheit wird. Wenn er aber mithilfe seiner Zielimagination Möglichkeiten, die in der Zukunft liegen, in seinen gegenwärtigen Zeit- und Handlungsrahmen integriert, dann entwickelt er eine geeignetere Orientierung und die zielführende »Hin-zu-Motivation«.

»Die sanfte Kunst des Umdeutens« (Watzlawick et al. 1974)

Anschauungsmaterial für therapeutisches Reframing bieten die Fallgeschichten von Milton Erickson.

Fallbeispiel

Erickson benutzte bei einem Patienten, der in sein Bettlaken gehüllt auf der Psychiatriestation herumstand und sich für »Jesus« hielt, genau dessen Wahn, um ihn sinnvoller zu beschäftigen. Denn Jesus von Nazareth war der Pflegesohn von Joseph dem Zimmermann – und als solcher musste er etwas vom

Tischlern verstehen – und als Messias und Erlöser musste er bereit sein, den Menschen zu helfen. Diese neue Deutung fokussierte einen bisher unterrepräsentierten Aspekt des Symptoms. Es erhielt eine neue Bedeutung – und damit fand sich ein Weg zu seiner Auflösung. Der Patient wurde nun positiv in die Verantwortung für sein problematisches Verhalten genommen. Nachdem er sich dazu hatte bewegen lassen, den Mitpatienten in der Arbeitstherapie beim Zimmern von Regalen zu helfen, sprach er auch auf andere therapeutische Angebote an und konnte schließlich aus der Klinik entlassen werden. Erickson ließ diese Person Jesus sein und nutzte eine im Jesus-Konzept implizierte Bedeutung, die bisher unbeachtet geblieben war. So ließ sich der Wahn konstruktiv wenden und in den Therapierahmen einbeziehen.

Reframing ist also eine Methode, in der Symptome zu Ressourcen werden. Paul Watzlawick hat das Reframing als Technik zur Herbeiführung einer »Lösung zweiter Ordnung« beschrieben. Er betont, dass die Lösung eines Problems auf den betreffenden Bezugsrahmen abzuzielen hat,

> [denn] solange Klient und Therapeut in dem vom Klienten gesetzten Rahmen bleiben, kann sich das Problem nicht ändern. Innerhalb dieses Rahmens können viele verschiedene Lösungen versucht werden, führen aber unweigerlich zu keinem Wandel zweiter Ordnung. Innerhalb des Rahmens, führt die Frage, »Was könnte der Betreffende tun?« nur zu mehr desselben Problems (Watzlawick et al. 1974, S. 183).
> [Ein Reframing] ersetzt den begrifflichen und gefühlsmäßigen Rahmen, in dem eine Sachlage erlebt und beurteilt wird, durch einen anderen, der den »Tatsachen« der Situation ebenso gut oder sogar besser gerecht wird … Dadurch wird die Bedeutung, die der Sachlage zugeschrieben wird, verändert (Watzlawick et al. 1974, S. 119).

Die Literatur ist voll von Belegen dafür, wie die Änderung einer Bedeutungszuschreibung zu wesentlichen Änderungen im Erleben und Verhalten führt. Bei einer solchen Änderung der Sichtweise und Umstrukturierung des Denkens geht es darum, einen gerichteten minimalen Impuls zu geben – vergleichbar mit dem Umstellen einer Weiche, durch das der Zug in die neue Richtung fahren und seinen Bestimmungsort erreichen kann. Der Patient macht dann buchstäblich neue Erfahrungen.

Umdeutung in Familien- und Einzeltherapie

Die Familientherapie erhielt entscheidende Impulse, als Virginia Satir begann, das Verhalten des Symptomträgers so zu interpretieren, dass seine Funktion und Bedeutung im Kontext der Familie erkennbar wurde. Sie konnte damit in therapeutischen Rapport mit der Familie kommen und den fruchtlosen Streit darüber vermeiden, wessen Sicht die »Richtige« sei. Die Forscher des »Mental Research Institute« (Palo Alto) sowie später die Mailänder Schule der systemischen Familientherapie um Mara Selvini-Palazzoli begannen in den 1970er-Jahren das Symptom umzudeuten. Wesentlich ist, dass das bisher praktizierte problematische Denken, Erleben und Handeln als solches akzeptiert und auf eine neue Weise gewürdigt wird. Es wird davon ausgegangen, dass es – da es existiert – eine Funktion erfüllt und einen Beitrag zum Leben leistet, einmal geleistet hat oder in einer anderen Situation noch leisten könnte.

Der Versuch, eine problematische Idee, an der der Patient hängt, von außen durch direktes Infragestellen zu eliminieren, würde dessen Selbstverständnis oder gar »Weltkonstruktion« in Frage stellen. Selbstverständliche Annahmen oder tiefe Überzeugungen gehören zum »Eingemachten«, an das niemand rühren darf. Sie haben einen sakrosankten Status und werden verteidigt wie ein moralischer Wert. Dabei handelt es sich lediglich um einen Gedankengang von vielen denkbaren. Es ist deshalb hilfreich, einen neuen Gedankengang zu formulieren. Dabei wird dieselbe Idee in einer neuen Weise genutzt.

Fallbeispiel

Eine Frau klagt: »Ich wünsch mir so sehr einen Menschen, bei dem ich loslassen kann. Aber immer, wenn ich merke, dass mich jemand wirklich mag, werde ich ganz unruhig – bis ich es nicht mehr aushalte und Reißaus nehme.« Sie begründet das so: »Ich habe nämlich als Kind ganz schlimme Dinge erlebt, bin oft geschlagen und auch missbraucht worden. Das macht es mir unmöglich, mich in einer engen Beziehung sicher zu fühlen.«
Zu ihr lässt sich zunächst sinnvollerweise sagen: »Sie haben eine wirklich schlimme Kindheit gehabt und können sich an bestimmte Dinge genau erinnern. Sie haben kennengelernt, wozu Menschen imstande sind und merken schnell, wenn so etwas droht.« Nach die-

sem »pacing« wird mit einer neuen Ursache-Wirkung-Verknüpfung ein Denkimpuls in eine neue Richtung gegeben: »Sie wissen, dass Menschen mit einer glücklichen Kindheit kaum Gelegenheit hatten, dies alles zu lernen. Die haben oft keine Ahnung. Die mögen sich in einer engen Beziehung sicher fühlen – wie in einem Wolkenkuckucksheim, das doch jederzeit zerschlagen werden kann. Sie aber (Vorname) wissen, was passieren kann und können auf der Hut sein. – Und gerade deshalb wissen Sie viel besser, wann Sie wirklich sicher sind. Gerade aufgrund Ihrer Kindheit können Sie sich dessen viel sicherer sein als andere, die sich nur sicher fühlen, weil sie es nicht besser wissen.«

Nach einem solchen Reframing erfolgt keine Diskussion. Es wurde lediglich ein Aspekt eingeführt, der im alten Denkrahmen undenkbar war und paradox erschienen wäre. Damit aber konnte sich das Denken erweitern und so verändern, dass sich Handlungsalternativen eröffnen.

Reframing kann auch darin bestehen, dass andere Lebensphasen, die Vergangenheit und die Zukunft in den Rahmen der Betrachtung miteinbezogen werden. Umdeutung erfolgt in der Hypnotherapie durch die Formulierung der Idee in einer neuen Ursache-Wirkung-Verknüpfung oder durch das gezielte Säen einer Idee mittels indirekter Suggestionen, offener Fragen und therapeutischer Metaphern.

19.3 Kurzreframing

Ein Kurzreframing besteht in einer kurzen Umdeutung, meist in Form einer überraschenden Frage oder einer beiläufigen Bemerkung. Es können Bedeutungs- und Kontextreframings unterschieden werden.

19.3.1 Bedeutungsreframing

Beim Bedeutungsreframing wird überlegt: »*Welche andere Bedeutung, die bisher unbeachtet blieb, oder welche Funktion könnte das betreffende (symptomatische) Gefühl/Verhalten außerdem noch haben?*« Eifersucht kann z. B. auch als »Beweis einer sehr engagierten Liebe, die nicht zulassen will, dass die Partnerschaft fahrlässig gefährdet wird« gesehen werden. Zögern kann gedeutet werden als ein »Bemühen, real existierende Gefahren ausreichend zu berücksichtigen, um das vermeidbare Risiko zu minimieren«. Wenn eine Person ihre Tränen nicht zurückhalten kann und das als Zeichen der Schwäche interpretiert, können dieselben Tränen umgedeutet werden als »ein Ausdruck dieser Kraft in Ihnen, die sich da lösen möchte«. So betrachtet entpuppt sich das für problematisch Angesehene als eine potenzielle Ressource. Am selben Verhalten wird also ein bisher übersehener Aspekt entdeckt.

Fallbeispiel

Ein Psychotherapiepatient (der zudem unter Bluthochdruck litt) klagte über seine Angst angesichts eines unfair konkurrierenden Kollegen. Er interpretierte es als persönliche Unterlegenheit, wenn er schon beim Gedanken an diesen Menschen starkes Herzklopfen und ein »beschissenes Gefühl« bekam. Ich fragte ihn: »Haben Sie schon bemerkt, was in Ihrer Stimme schwingt, wenn Sie Ihren Kollegen so schildern? Ich höre da eine Menge Wut und dass Sie wirklich zutiefst empört sind. (Kl.: richtig!) Und achten Sie doch mal auf diese Power in Ihnen – diese Kraft, die den Butdruck hochtreibt, weil sie in Ihnen noch keinen rechten Platz bekommen hat!« Ein anderer beklagte seine Passivität, dass er immer wieder zögerte und nicht längst schon handelte. Zu seiner Überraschung interpretierte ich diese Passivität als eine spezielle Art von Aktivität, gewissermaßen als ein Abwägen und Abwarten des rechten Zeitpunktes.

Die Intervention kann darin bestehen, dem Patienten die alternative Bedeutung anzubieten. Er kann aber auch durch geeignete Fragen zur eigenständigen Entdeckung eines neuen Aspektes angeregt werden:

Fragen zum Auslösen eines Bedeutungsreframings:

- Was könnte dieses X außerdem noch bedeuten?
- Wie ließe sich X auch anders beschreiben?
- Wenn Sie entdeckten, dass X auch Y heißen könnte – wie wäre das?
- Wofür könnte X dienen? Wozu könnte es vielleicht nützlich sein?
- Was haben Sie gezwungenermaßen durch X gelernt?
- Welche Funktion hat X, die leicht übersehen wird? Vor was bewahrt es Sie?
- Wenn Sie nirgendwo und nie mehr in der Lage wären, X zu tun/zu erleben, also unfähig dazu, was würde dann in einer bestimmten Situation fehlen? Und welche Folgen hätte das womöglich?

Mithilfe solcher Fragen wird die gedankliche Fixierung des Patienten auf nur den einen, »schlechten« Aspekt von X gelockert. Witze demonstrieren diesen Punkt kurz und prägnant: Zum Patienten, der beharrlich beklagt, unnütz zu sein, sagt der Therapeut: »Keiner ist ‚unnütz'; er kann immer noch als schlechtes Beispiel dienen«, oder zu einem anderen, der wegen eines quälenden Minderwertigkeitsgefühls kam: »Wer in der Lage ist, mein Honorar zu bezahlen, der kann gar nicht minderwertig sein!«

Aber nicht nur eine fixe Idee kann durch die Umdeutung gelockert werden; ganze Sichtweisen können kippen und, wie beim Vexierbild, umschlagen zugunsten einer gänzlich neuen Sicht. Die neue Weise, in der das Vorliegende dann wahrgenommen und neu bewertet wird, wirkt sich zwingend auf das Erleben und Handeln aus (Abb. 19.1).

Weitergehendes Erkennen geht dann einher mit weiteren Reframingschritten. Dabei werden Übergeneralisierungen und Dichotomien im Denken ersetzt durch eine umfassendere und differenzierte Sicht; denn richtig betrachtet beinhaltet eine Sache sogar ihr Gegenteil. So ermöglicht z. B. Bindung gleichzeitig Ablösung, denn eine neue Bindung entmachtet alte Verbindlichkeiten. Vergessen ermöglicht die Konzentration auf Neues und damit den Erwerb von Wissen. Das Loslassen alter Sichtweisen, Vorsätze und Handlungsmuster ermöglicht das Erfassen neuer Chancen, so wie jedes Ausatmen Raum schafft für neue Luft. Der Patient kann also lernen, der polaren Bezogenheit im Leben Rechnung zu tragen. Mit Beispielen (»Sokrates, wenn er nicht weiterwusste, befragte das Orakel«) oder mit Bonmots lassen sich entsprechende Impulse geben:

- Ohne den Staub, worin er aufleuchtet, wäre der Strahl nicht sichtbar (A. Gide).
- Je planmäßiger die Menschen vorgehen, desto wirksamer trifft sie der Zufall (F. Dürrenmatt).
- Ich danke Gott von Herzen, dass er mich hat Atheist werden lassen (B. Russell).
- Wie macht man eine Revolution? – Indem man versucht, so wenig wie möglich zu ändern (W. Heisenberg).
- Je schneller du fährst, um so mehr Gegenwind hast du.
- Für einen Vater, den die Scheinalternative beschäftigt, ob man sich mehr um seine Frau oder mehr um seine Kinder kümmern müsse, kann man Theodore Hesburgh zitieren: »The best thing a father can do for his children is to love their mother.« (»Das Beste, was ein Vater für seine Kinder tun kann, ist ihre Mutter zu lieben.«)

Für die Umdeutung gilt, wie für jede Suggestion, dass sie vom Patienten umgesetzt werden muss, um ihre Wirkung zu entfalten. Auch wenn dieser nicht gleich eine konkrete Anwendung findet, lässt ihn die Erweiterung im Denken doch annehmen, dass eine solche Umsetzung für ihn möglich ist. Besonders jene Umdeutungen, die in einer geschickten Frage, einem Zitat oder in einer Geschichte indirekt gegeben werden, können unterschwellig weiterarbeiten und zur rechten Zeit am rechten Ort ihre Wirkung entfalten.

Wie gut eine Umdeutung wirkt, hängt davon ab, wie gut sie zum Bezugsrahmen des Patienten passt und mit dessen Wertesystem übereinstimmt. Je besser die Umdeutung die eigenen Argumente utilisiert, umso weniger kann er sich der neuen (eigenen) Logik entziehen. Am besten wirkt die Umdeutung, wenn der Patient spontan für sich entdeckt, dass in dem neuen Zusammenhang seine primären Werte noch besser und umfassender realisiert werden, sodass er noch mehr die Person sein kann, die er »eigentlich ist«.

Bei einem Bedeutungsreframing wird der Kontext beibehalten und nichts an ihm verändert. Jedoch wird ein Aspekt »entdeckt« und fokussiert, der in der Wahrnehmung des betreffenden Erlebens oder Verhaltens X bisher unterrepräsentiert war. Durch diese Änderung (Ergänzung) der Bedeutung von X veränderen sich die Sicht und die emotionale Bewertung von X.

19.3.2 Kontextreframing

Beim Kontextreframing wird die Bedeutung des betreffenden Erlebens oder Verhaltens X unverändert belassen. Gesucht wird ein anderer Kontext, also eine Situation, wo X passend war oder sein könnte:

Fragen zum Auslösen eines Kontextreframings:

- Gab es in Ihrem Leben einmal eine Situation, in der es für Sie irgendwie wichtig war, dieses Gefühl/Verhalten (X) zu haben?
- In welcher anderen Situation in der Gegenwart ist X unproblematisch?
- Wann in Ihrem Leben (Zukunft) könnte X noch einmal von Wert sein?
- Welche (Extrem-) Situation ist denkbar, in der X sogar notwendig ist?
- Wenn Sie nie mehr zu X in der Lage wären – in welcher Situation würde es fehlen?

Es ist also ein anderer Kontext zu finden, in dem das betreffende Verhalten andere Implikationen hat und möglicherweise sogar eine lebenswichtige Funktion erfüllt. So könnte z. B. das Zeigen einer Schwäche am Arbeitsplatz als Symptom verstanden werden; aber im Kontext von Liebe und Freundschaft kann das gleiche Verhalten helfen, eine Beziehung zu retten. Das in der Herkunftsfamilie noch als »Egoismus« abgewertete offene Vertreten eines persönlichen Interesses hilft heute, mit der nötigen Bestimmtheit aufzutreten, eine Führungsposition zu bekommen und diese überzeugend zu vertreten.

Fallbeispiel

Eine alleinerziehende Mutter zweier Töchter sagte: »Ich erschrecke über mich selbst, wenn ich mich so aggressiv erlebe«. Ihr gab ich zu bedenken: »Wenn Sie so aggressiv wirken können, dass man vor Ihnen erschrickt – könnte das für eine Mutter von zwei heranwachsenden Mädchen nicht irgendwo auch ganz beruhigend sein?« Die Patientin fragte: »Wo meinen Sie?« Ich: »Denken Sie ruhig an eine jener Situationen, die man nicht ausschließen kann, wo es einer kraftvoll aggressiv auftretenden Mutter bedarf, um ihre Tochter vor einem Übergriff zu bewahren.« Die Frau: »Ja, ich verstehe! So eine Mutter hätte ich auch gebraucht.« Ich: »Wissen Sie, Sie selbst könnten – mit ihrer gesunden Aggression – heute so eine Mutter sein!« Diese Frau lernte, ein zuvor abgelehntes und unverstandenes Erleben als etwas Eigenes anzunehmen, das prinzipiell von Wert für sie war und für bestimmte Situationen eine Ressource darstellte.

Auch das Kontextreframing wird entweder vom Therapeuten angeboten oder beim Patienten durch Fragen angeregt, die entsprechende Suchprozesse auslösen. Nötigenfalls kann der Bezugsrahmen mehr und mehr ausgedehnt werden:

Weitere Fragen zum Auslösen eines Kontextreframings:

- Welche Bedeutung wird dieses Thema (X) für Sie haben, wenn Sie heute Nacht im Bett liegen und gerade dabei sind, einzuschlafen?
- Wie wird es sich anfühlen, wenn Sie im Urlaub sein werden und daran denken?
- Wie würde Ihnen X von einer Weltraumstation aus erscheinen?
- Wenn Sie 70 sind – wie werden Sie es dann sehen?
- Wenn Sie X einmal mit den Augen Ihres Freundes (der bereits erfahrener, gelassener oder großzügiger ist) betrachten – wie schaut das dann aus?

Mittels des alternativen Kontextes wird erkannt, dass etwas nicht schlecht ist, sondern nur relativ schlecht zu der einen Situation passt – und ganz gut zu einer anderen. Sein Wert fürs Überleben in ver-

schiedenen Räumen und Epochen wird deutlich, wie in dem Sinnbild:

»Verachte nicht die Höhle, in der Du Dich einmal versteckt hast« (Suaheli).

Das Kontextreframing nimmt das Symptom heraus aus dem Bezugsrahmen einer Pathologie oder Bösartigkeit und setzt es in einen Kontext, in dem es nicht mehr als Ausdruck einer Krankheit, Unfähigkeit oder Charakterschwäche gilt, sondern eine spezifische Leistung darstellt, die Fähigkeiten voraussetzt. Was zuvor paradox erschien, wird nun verständlich, bekommt Sinn und Wert. Eine solche positive Konnotierung geschieht aber nur, wenn sich die neue Bedeutung mit den zentralen Werten der Person vereinbaren lässt.

Bei einem Kontextreframing wird die betreffende Idee, das Gefühl oder Verhalten X nicht verändert. Es wird lediglich ein alternativer Kontext (andere Situation, andere Lebensphase) gesucht, in dem das bisher nur negativ Bewertete einen Sinn oder gar Überlebenswert hatte oder noch haben könnte. Dies erweitert den Rahmen der Betrachtung, verändert seine Einschätzung/Bedeutung und die emotionale Reaktion.

Kurzreframings können während des ganzen Gesprächs erfolgen und am Ende auch mitgegeben werden. Bei einer Paar- oder Familientherapie kann dann z. B. die alternative Sicht (»jeder von Ihnen kämpft auf seine eigene Weise für die Existenz der Familie«) zu Hause weiterwirken. Die schriftlich festgelegte neue Beziehungsdefinition kann zuhause nachgelesen werden und auch den abwesenden Partner oder andere Familienmitglieder erreichen, die nicht zum Gespräch kamen.

19.4 Symptomverschreibung als implizites Reframing

Eine explizite Umdeutung erzeugt manchmal Widerstand. Für manche Patienten ist deshalb die Aufforderung, etwas zu tun, besser geeignet. Das betreffende Verhalten sollte möglich und gleichzeitig neu sein. Beides ist gegeben, wenn ein Patient aufgefordert wird, sein symptomatisches Verhalten (das er bereits so gut kann, dass es von alleine abläuft) bewusst und absichtlich zu zeigen.

Wenn der Therapeut dem Patienten auf diese Weise das Symptom verschreibt, können wir von einer impliziten Umdeutung sprechen. Diese Umdeutung wird nicht explizit verbalisiert, sondern leitet die Intervention des Therapeuten an. Dieser betrachtet das Symptom systemisch, also nicht als ein persönliches Merkmal des Patienten im Sinne einer Eigenheit oder Eigenschaft, die diesem inhärent wäre. Er nimmt das Symptom als Ausdruck und momentanes Ergebnis der Interaktionen, mit denen sich der Patient auf sein Umfeld und mit sich selbst abstimmt.

Im Bezugsrahmen des Patienten hat das Symptom keinen sinnvollen, anerkannten Platz. Im umfassenderen Denkmodell des Therapeuten aber lassen sich seine Funktion und das Muster, wie es aufrechterhalten wird, sinnvoll beschreiben. Die paradoxe Intervention des Therapeuten zielt dann nicht auf die Vermittlung einer intellektuellen Einsicht vor der Erfahrung, sondern führt direkt zur Erfahrung. Mittels des ungewöhnlichen »paradoxen« Handelns durchbricht der Patient das Muster und den Zwang seiner Symptomatik und findet sich jenseits der Grenzen wieder, die er durch sein Denken geschaffen hatte.

Symptomverschreibungen (Watzlawick et al. 1974, S. 142) sind dann angezeigt, wenn jemand seine Willenskraft gegen sein Symptom einsetzt, um es zu beherrschen. Er verstärkt dann bei sich die Annahme, ein Teil des Systems (das Ich) könne einseitig Kontrolle über das ganze System (das Selbst) ausüben, was nach Bateson (1971) ein gravierender »epistemologischer Irrtum« ist, der zwangsläufig zu destruktiven Konsequenzen führt.

Viele Erziehungs- und Partnerschaftsprobleme, psychosomatische Symptome, psychogene Schmerzen, Phobien und Vermeidungsängste (zu erröten, vor einem Auditorium zu sprechen etc.) beruhen auf diesem Irrtum und fallen unter die Störungen, bei denen sich leicht eine Sekundärsymptomatik (Selbstzweifel, Rückzug, Depression, Abhängigkeit in Beziehungen, Alkohol- und Drogensucht) entwickelt. Leistungsstörungen, wie Schreibkrampf, nervöses Zittern oder sexuelles Versagen, die Angst, langweilig oder dumm zu wirken sowie viele Schlafstörungen gehören ebenfalls hierher.

In allen diesen Konflikten wird mit einem unerwünschten Phänomen, das man in sich oder in der Familie erlebt (»Problemkind«) so umgegangen, als gehöre es nicht zu der Person oder Familie, wie diese »eigentlich« sei. Der Rahmen der erlaubten Selbsterfahrung ist dann durch blinde Flecken und Denkverbote dermaßen eingeengt, dass das nicht integrierte »Andere« ausgegrenzt wird. Als »Ich-fremde« Erfahrung bedroht es nun das Selbstbild des Einzelnen oder der Familie und es kommt zur Eskalation: Durch den Versuch, das Symptom unter Kontrolle zu bekommen, wird die Prämisse bekräftigt, diese Kontrolle sei prinzipiell möglich. Jedenfalls sollte man es immer wieder versuchen. Der Patient verfängt sich in diesem Kampf und erkennt nicht, wie er selbst dieses rekursive Geschehen (bis zur Panik) zum Eskalieren bringt.

Fallbeispiel

Hier sei nochmals der angehende Zahnarzt erwähnt. Die Anamnese hatte ergeben, dass das Zittern der Hand zum ersten Mal aufgetreten war, als er auf einer Einladung seinen Tischnachbarinnen Kaffee einschenken sollte. Tags darauf bemerkte er am Behandlungsstuhl »das gleiche Zittern« und befürchtete, die Assistentin würde es bemerken. »Also versuchte ich, den Tremor zu unterdrücken.« Daraufhin verstärkte sich das Zittern und wurde »so unbezwingbar«, dass er unter einem Vorwand den Arbeitsgang unterbrechen musste. Sein Lösungsversuch bestand also darin, sich zusammenzunehmen und sein Zittern zu verbergen. Damit aber verstärkte er das Symptom. Dies bestätigte seine Annahme, dass es gefährlich sei, eine Schwäche wie diese zu haben – also müsse man sie unbedingt verbergen und zu beherrschen versuchen (logische Begründung der falschen Strategie).

In der Therapie wurde dem jungen Arzt genau jenes Verhalten verschrieben, was er zu vermeiden versucht hatte, nämlich zu zittern. Er wurde gebeten, sein Symptom zu demonstrieren, damit es besser studiert werden könne. Dazu sollte er mir anhand einer gefüllten Teekanne vorführen, »wie das Zittern geht«. Hiermit wurde sein Symptom implizit umdefiniert zu einem erwünschten Kooperationsbeitrag. Dass er selbst (und nicht mehr das Symptom) das Zittern produzieren musste, konterkarierte seinen bisherigen Lösungsversuch, durch den er das Problem aufrechterhielt.

Das Zittern wurde also nicht mehr ausgegrenzt, sondern einbezogen. Dies führte zu dem Ergebnis, dass der Patient zu seiner Verblüffung völlig ruhig einschenken konnte. Seine Hand blieb auch beim Einschenken der zweiten Tasse ruhig, »obwohl« ich darauf pochte, dass – nach dem »Misserfolg« bei der ersten Tasse – er sich jetzt bitte wirklich anstrengen solle zu zittern.

Wenn jemand aufgefordert wird, ein als spontan definiertes Verhalten (das Symptom) zu zeigen, dann ist es diesem Menschen nicht mehr möglich, es spontan auszuführen (»Sei-spontan!-Paradoxie«). Indem es der Patient produziert, tritt er außerhalb des Rahmens seines symptomatischen Spiels ohne Ende (Watzlawick et al. 1969, S. 222). Mit diesem Heraustreten betritt er zwangsläufig einen neuen Bezugsrahmen, der dem Symptomverhalten eine andere Bedeutung gibt.

Die Verschreibung des symptomatischen Erlebens und Verhaltens ermöglicht auf elegante Weise, dem Paradox des Symptoms mit einem therapeutischen Gegenparadox zu antworten. Damit wird auch dem zweiten Suggestionsprinzip (»entgegengesetzter Effekt«) Rechnung getragen.

19.4.1 Prozess steuernde Umdeutungen in der Hypnose

Ganz allgemein spielen Umdeutungen eine wichtige Rolle bei jeder erfolgreichen Herbeiführung von hypnotischen Zuständen; man kann sogar sagen, dass die Fähigkeit, buchstäblich alles als Erfolg umzudeuten, was der Hypnotisierte in der Trance tut (oder nicht tut), die wichtigste Eigenschaft eines guten Hypnotherapeuten sein dürfte. Kann z. B. eine Handlevitation induziert werden, so ist das natürlich ein Beweis dafür, dass der Betreffende bereits in Hypnose ist. Wenn sich die Hand aber nicht bewegt und schwer bleibt, so kann dies dahin umgedeutet werden, dass er bereits so tief entspannt ist, dass er jetzt in noch tiefere Hypnose eintreten kann. Wenn der bereits levitierte Arm wieder abzusinken beginnt, so kann dies als Beweis dafür umgedeutet werden, dass die Entspannung des Hypnotisierten nun noch zunimmt und dass er, sobald seine Hand wiederum die Armlehne des Sessels berührt, doppelt so tief in Trance sein wird als zuvor … Jede

dieser Interventionen steht im Dienste der Vorbereitung, Herbeiführung und Vertiefung der hypnotischen Trance. (Watzlawick et al. 1974, S. 125 f.).

19.5 Prozessreframing

Die beiden folgenden Modelle eignen sich zur systemisch-ökologischen Auflösung von Konflikten. Um sie anwenden zu können, ist Training und Selbsterfahrung in diesen Techniken erforderlich.

In einem Prozessreframing wird der Patient oder das Paar angeleitet, für komplexere Zusammenhänge des Konfliktes eine alternative Sicht zu entwickeln. Dabei wird häufig mit dem Konstrukt der »Teile« des Systems gearbeitet. Bei einem Partnerstreit sind die beiden Teile des Konflikts die Kontrahenten. Beim Einzelpatienten ist es ebenfalls sinnvoll, klar zu unterscheiden, welche Seite der Person gegen die andere opponiert und welche Persönlichkeitsanteile außerdem noch ein Wort mitreden möchten. Aber auch dann, wenn es sich um keine »zwei Herzen in der Brust« handelt, sondern nur um eine Stimme, die im Kopf redet, und eine andere Seite, die im psychosomatischen Symptom sich meldet, hilft das Konzept der Teile, um die Kommunikation hilfreich zu strukturieren.

19.5.1 Sechs-Schritt-Reframing

Das sog. Sechs-Schritt-Reframing (Bandler u. Grinder 1985) ist ein Modell für das Lösen eines inneren Konflikts. Es eignet sich, wenn sich die Person mit der einen Konfliktseite (hier als A bezeichnet) positiv identifiziert und eine andere, »negative« Seite (B) ablehnt. Dabei steht A für das bewusste Ich; B verkörpert die als hinderlich oder bedrohlich erscheinende Gegenkraft (Symptom, Angst, Hemmung, Sucht, innerer Antreiber/Begrenzer/Perfektionist). Teil B steht auch für das »ungeliebte Ich«, für abgelehnte, verleugnete und noch nicht integrierte Lebensaspekte. Damit enthält B mehr unterbewusste Anteile.

Unausgesprochen wird angenommen, und das ist bereits das grundlegende Reframing, dass der Teil B bzw. das abgelehnte Symptom nicht allein steht, sondern der Ausdruck eines »inneren Teils«, einer Intention oder Motivation der Person ist, mit der im Verlauf des Reframingprozesses Kontakt aufgenommen wird.

Aufgrund der Implikationen der einzelnen Schritte stellen sich bei diesem Reframing die jeweils geeigneten Trancetiefen spontan ein, weshalb es auch als indirekte Trancearbeit genutzt werden kann.

Das Sechs-Schritt-Reframing

1. **Schritt:** Identifiziere das zu ändernde Verhalten (B).
   - Auf B verweisen Klagen wie *»Ich will A, aber etwas ist im Weg«* oder *»Ich möchte, dass B aufhört«*. Spezifiziere B als den antagonistischen Teil eines inneren Konfliktes und kläre, wie und wo er auftritt und was er bewirkt.
2. **Schritt:** Stelle Kontakt her zu dem Teil, der für B verantwortlich ist bzw. für B sorgt.
   - Frage einladend nach innen: *»Mag dieser Teil (der für B sorgt) mit mir in Kontakt treten und etwas mitteilen?«* Achte auf die innere Resonanz und beziehe alle Sinneskanäle ein. Sobald etwas erkennbar wird, ersuche den Teil (B), für eine Ja-Antwort noch deutlicher zu werden – für eine Nein-Antwort hingegen die betreffende Wahrnehmung schwächer, blasser, leiser, entfernter werden zu lassen. (Diese Antworten können ideomotorischer, ideosensorischer oder ideoaffektiver Art sein.)

▼

3. **Schritt:** Unterscheide das symptomatische Verhalten von der Intention, die Teil B damit positiv verfolgt.
   - Arbeite das »eigentliche« Bedürfnis von B heraus, seine Funktion im ganzen Organismus: Wofür sorgt Teil B mittels des Symptoms? Kläre das von B intendierte Ziel: Was müsste erreicht oder sichergestellt sein, damit B beruhigt und entlastet wäre und kein B-Verhalten produzieren müsste?
   - Frage dazu Teil B: *»Bist Du bereit, mich bewusst wissen zu lassen: Was ist es im Grunde, das Du für mich als Ganzes erreichen oder sicherstellen möchtest?«* Wenn ein »Ja« kommt, bitte den Teil, seine wohlgemeinte Absicht bzw. seine Funktion erkennen zu lassen. Bei einem »Nein« unterstelle, dass B eine wichtige Funktion erfüllt, und lass den Prozess auch ohne sprachlichen Austausch weitergehen. Ergänzende Fragen an B:
     - *»Ist Deine richtig verstandene Absicht für mein Bewusstsein annehmbar?«*
     - *»Möchtest Du, dass ein Teil von mir Deine Funktion mit übernimmt?«*
     - *»Wenn es Wege gäbe, mit denen Deine Funktion genauso gut oder besser als mit B erfüllt würde, wärest Du bereit, sie mit mir auszuprobieren?«*
4. **Schritt:** Aktiviere deine Kreativität und finde Alternativen, mit denen Bs Funktion befriedigender zu verwirklichen ist.
   - *»Was kann ich selbst dafür tun, damit das wohlverstandene Interesse von B berücksichtigt wird?«* Zur Erkundung solcher Möglichkeiten benutze:
     - Brainstorming und Pseudoorientierung in der Zeit (»Zukunftsprojektion«),
     - Tranceidentifikation mit einer Person, die Bs Intention gut realisiert.
     - Erinnere Situationen, wo du kreativ gewesen bist, und ankere diese Erlebnisse als deinen »kreativen Teil«. Bitte ihn um geeignete Vorschläge.
   - Imaginiere im Ressourcenzustand den problematischen Verhaltensablauf (B); unterbrich ihn an einem Punkt und lass etwas Neues eintreten.
     Sobald mehrere Alternativen deutlich wurden, bitte B, drei davon auszuwählen, mit denen sich seine Absicht genauso gut oder besser als mit dem Problemverhalten verwirklichen lässt. Ersuche B, ein »Ja«-Signal zu geben, wenn er eine solche Alternative gewählt hat.
5. **Schritt:** Frage B: *»Bist Du bereit zu tolerieren/mitzuwirken, wenn ich das neue Verhalten in einem geeigneten Kontext ausprobiere?«*
   - Bestimme mindestens zwei Verhaltensmöglichkeiten und zwei Situationen für dieses experimentelle Lernen und beschreibe sie konkret. Bitte dann Teil B, seine spezifische Erfahrung bereitzustellen, damit diese Situationen erkannt und die passendsten Verhaltensweisen ausgelöst werden.
   - Dann kann jede einzelne Situation imaginativ vorweggenommen werden (Probehandeln, »future pacing«): *»Wenn Du jetzt in dieser Situation einmal so handelst – wie ist das, konkret, wie schaut das aus, wie hört es sich an und wie fühlst Du Dich dabei? Welche Reaktion bekommst Du diesmal?«*
   - Wenn das Reframing in tieferer Trance erfolgt, ist ein ideomotorisches Signal zu vereinbaren für die innere Zustimmung sowie ein anderes für den Fall, dass noch etwas geklärt oder zusätzlich beachtet werden muss.

6. **Schritt:** »Ökologie-Check«
   - In Bezug auf jede einzelne neue Möglichkeit und Situation stelle nach innen die Frage: *»Sind **alle** Teile in mir einverstanden, dass ich das in dieser Situation so ausprobiere? – Ist da irgendein Teil in mir, der einen Einwand hat?«* Achte auf die innere Resonanz und beachte mögliche innere Einwände. Im Falle eines inneren »Nein« lasse die betreffende Möglichkeit stehen und gehe zur Überprüfung der nächsten über; oder gehe zurück zu Schritt 2, um diesen Einwand erneut zu »reframen«. In tieferer Trance ist der Ökologie-Check naturgemäß nicht erforderlich.

Als zusätzlicher Schritt empfiehlt sich bei Suchtproblematiken die Reframing des »Rückfalls«. Frage dich: *»Wenn das alte Verhalten noch einmal auftreten würde - wie kann ich das benutzen, um meine Möglichkeiten zu erinnern und mein Lernen zu ergänzen?«* Dadurch wird der Rückfall umgedeutet in einen Vorfall, der einem Gelegenheit gibt, weitere Erfahrungen zu machen, damit es schließlich zu einer stimmigen Lösung kommt (▶ Kap. 27 »Raucherentwöhnung«).

Wenn das Sechs-Schritt-Reframing explizit in Trance erfolgt, empfiehlt es sich im Anschluss an Schritt 1 ein ideomotorisches Signalsystem einzurichten sowie in Schritt 3 das Unbewusste zu ersuchen, das Ja-/Nein-Signalisieren jenem Teil der Person zu übertragen, der für das Verhalten sorgt.

Das Sechs-Schritt-Reframing ist bei Konflikten angezeigt, bei denen sich die betreffende Person mit der einen Seite positiv identifiziert (*»das bin ich eigentlich«*), während sie die andere als »negative« Seite ablehnt, dissoziiert oder somatisiert.
Es wird deshalb eine Kommunikation mit dem Symptom bzw. dem problematischen Persönlichkeitsteil initiiert, bei der dieser gewürdigt, reintegriert und in die Lösungsbemühungen eingebunden wird.

19.5.2 Verhandlungsmodell

Dieses Modell eignet sich, wenn eine Person in sich zwei Konfliktseiten erlebt, die ihr beide wichtig und nah sind. Es besteht dann keine einseitige Identifikation mit der einen und keine Abspaltung der anderen Seite (*»das bin nicht ich!«*). Auch eine Abdrängung ins Körperliche ist nicht erfolgt. Bildlich gesprochen hat die Person einen dyadischen Konflikt vor sich, so wie der Eheberater ein Paar vor sich hat, das sich nicht einigen kann. Deshalb passt das Verhandlungsmodell genau so gut für Konflikte in der Partnerschaft, bei denen es noch zu keiner Abspaltung (*»das ist nicht der, den ich geheiratet habe«*) und zu keiner Delegation an ein Kind gekommen ist.

Wichtig ist hier die Meta-Position, die es dem Therapeuten ermöglicht, ein für beide Seiten offener, »ehrlicher Makler« zu sein. Sobald abgegrenzt wurde, welche zwei Seiten im Patienten etwas miteinander zu klären haben, kann auch der Patient die größere Struktur sehen, welche die beiden Konfliktteile umfasst. In der Meta-Position ist er in der Lage, seine Widerparts so weit zu externalisieren (*»ich **bin** nicht der Konflikt, ich **habe** diesen Konflikt«*), dass er freier mit sich und seinem Konflikt umgehen lernt. Wie ein Paartherapeut oder Moderator wirkt er dann darauf hin, dass aus der Diskussion ein partnerschaftlicher Dialog wird, in dem die beiden Seiten sich umfassender äußern, einander zuhören und gemeinsam nach Lösungen suchen.

Es wird also darauf geachtet, dass beide Konfliktpartner aktiv miteinander austauschen und ihre positive Intention für das Ganze (das Leben in der Beziehung) erkennen und nutzen.

Schritte im Verhandlungsmodell

1. **Schritt:** Identifiziere beide Seiten und arbeite (mit jeder einzeln) heraus:
   - ihre individuelle Ausdrucksweise (wie?)
   - ihre Botschaft (was?)
   - ihr Bedürfnis (Absicht, Funktion für das Ganze: wozu?)
   - ihr Ziel (wohin?)

▼

2. **Schritt:** Frage jede Seite,
   - ob sie die eigentliche Absicht und die Funktion der andern erkennt,
   - ob sie deren Bedeutung für das ganze System (Gesamtorganismus, Partnerschaft, Familie) anerkennt.
3. **Schritt:** Frage jede Person, wieweit ihr klar ist, dass ihr Verhalten die Erreichung ihres Ziels behindert und damit ihren eigenen Interessen schadet.
4. **Schritt:** Findet ein gemeinsames Bedürfnis und Ziel (»Meta-Ergebnis«).
5. **Schritt:** Lass jede Person die Fähigkeiten der andern beschreiben, die sie selber brauchen könnte.
6. **Schritt:** Lass jede Person sich mit den Ressourcen der anderen assoziieren.
7. **Schritt:** Frage die Person dann nach ihrer Empfindung dabei (alle Sinnesmodalitäten einbeziehen und den Zustand vertiefen).
8. **Schritt:** Lass beide mit dieser Erfahrung in die Zukunft gehen und probehandeln (dabei geeignete posthypnotische Suggestionen geben).
9. **Schritt:** Reorientiere beide im Hier-und-Jetzt.

Die Konfliktpartner lernen so, ihre konträren Sichtweisen und Handlungen als Bestandteile eines größeren Zusammenhangs zu sehen. Diese Neudefinition wird unterstützt durch kurze Bedeutungs- oder Kontextreframings, die wie Weichenstellungen für ein neues Verständnis wirken.

Das Verhandlungsmodell ist angezeigt, wenn eine Person in sich zwei Konfliktseiten erlebt, die ihr beide wichtig und nahe sind. Die Person hat dann einen dyadischen Konflikt vor sich, wie ein Paarberater zwei Menschen, die sich nicht einigen können. Das Verhandlungsmodell eignet sich deshalb auch für Konflikte in der Partnerschaft, in Familien, Gruppen und zwischen Parteien.

Bei einem Prozessreframing müssen nicht immer alle Schritte durchlaufen werden. Bei einer Person, die über genügend Verhaltenskompetenz verfügt, genügt es, wenn sie den Punkt erreicht, an dem sie die Beziehung neu erlebt (beim Sechs-Schritt-Modell ist das Schritt 3). Sie hält dem Konfliktpartner (bzw. dem Teil B) dann zugute, dass er selbst an der Existenz der Beziehung (bzw. des Organismus) interessiert ist. Sie ist dann bereit zu »vertrauensbildenden Maßnahmen« und zu aufrichtiger Kommunikation. Dies wirkt sich auch nach der Therapiestunde auf die Befindlichkeit und das Verhalten aus.

19.6 Diskussion

Als Techniken werden Kurzreframings (Bedeutungs- und Kontextreframing) beschrieben sowie Prozessmodelle (Sechs-Schritt-Reframing zur Bearbeitung internaler Konflikte, Verhandlungsmodell für dyadische Konflikte). Die Symptomverschreibung wird als ein implizites Reframing diskutiert.

Funktionen und Zielrichtung des Reframing

- Systemgerechter Umgang mit »Widerständen« und Grenzen
- Wahrnehmung und Utilisation nicht integrierten Erlebens und Handelns
- Relativierung und Erweiterung der bisher benutzten Bezugsrahmen
- Entdeckung von Kontexten, in denen ein Verhalten sinnvoll ist
- Transformation von Störungen und Symptomen in Ressourcen
- Ökologisierung, indem alle Persönlichkeits- bzw. Systemteile Platz finden und ihre Funktion optimal erfüllen
- Aussöhnung, indem der Wert eines jeden Teils für das Ganze gewürdigt wird

Umdeutung ist eine allgemeine Strategie in der Psychotherapie, die besonders in der kognitiven Therapie in den Konzepten der kognitiven Schemata von Beck, dem Disput irrationaler Ideen bei Ellis und den Techniken der Umstrukturierung bei Meichenbaum zum Ausdruck kommt. Unabhängig davon

wurde sie in Ericksons Ansatz weiter elaboriert. Sie besteht in ihrem Kern in der Umdeutung eines Erlebens oder Verhaltens und beruht auf folgenden Grundannahmen: Wahrnehmung ist subjektiv und selektiv. Verhalten ist zielorientiert und adaptiv in Bezug auf den Kontext, für den es gelernt wurde. Es wird aber ineffizient, wenn sich der Kontext ändert und das Verhalten dieser Änderung nicht Rechnung trägt, oder wenn es auf Kontexte übertragen wird, für die es nicht passt. Damit einem »unsinnigen« Verhalten (Symptom) konstruktiv begegnet werden kann, ist entweder eine bisher unterrepräsentierte Bedeutung zu entdecken oder ein Kontext, in dem dasselbe Verhalten sinnvoll war, ist oder sein könnte.

19.6.1 Kontraindikation

Es ist immer zu berücksichtigen, dass der Patient eine neue Sicht zwar übernehmen kann, aber deshalb noch nicht entsprechend handeln muss. Der Therapeut darf dahin gehend keinerlei Druck ausüben. Er würde sonst gegen die Meta-Regel verstoßen, dass Therapie mehr Wahlfreiheiten zu eröffnen hat.

Zu beachten ist ferner, dass Reframing nicht nur zur Erweiterung sondern auch zur Immunisierung eines Weltbildes, einer Ideologie oder Machtstruktur benutzt werden kann. Je geschlossener aber eine Theorie ist, umso wahrscheinlicher ist ihr Missbrauch; das gilt auch für Therapiemethoden. Reframing ist deshalb nicht angezeigt, wenn der Patient selbst ständig umdeutet, z. B., wenn er »zwanghaft optimistisch« ist. Hier würde mehr desselben zu mehr desselben Problems beitragen.

Die Idee der positiven Konnotation darf nicht zu einem kurzschlüssigen »Alles-positiv-Sehen« und »Alles-Akzeptieren« verführen. Meine Akzeptanz ist nur dann echt, wenn sie auch mein Nichtakzeptieren umfasst.

Reframing darf nicht dazu benutzt werden, Sachverhalte zu leugnen, mit denen man nur schwer umgehen kann. So sagte z. B. die Mutter eines 17-jährigen Hauptschülers, der 3-mal eine Klasse hatte wiederholen müssen und einen IQ von unter 100 aufwies: »Mein Sohn, der muss hochbegabt sein!« Auf das überraschte »Wie kommen Sie denn darauf?« der Psychologin antwortete die Mutter: »Er sagt immer, er langweilt sich in der Klasse«. Reframing darf nicht der Schönfärberei dienen und auch keiner Aggressionsvermeidung.

Eine Umdeutung ins Positive ist nicht angebracht bei Verhaltensweisen, die eindeutig gefährlich oder schädlich für den Patienten oder sein Umfeld sind. Hier besteht ein therapeutisches Reframing darin, den Patienten deutlich aber taktvoll auf bedrohliche Aspekte und die wahrscheinlichen Konsequenzen seines Verhaltens hinzuweisen.

Wenn es um feindselig-destruktives Verhalten, Suizidtendenzen und Süchte (harte Drogen, Anorexie) geht, ist ein Reframing in Form der Verschreibung des Symptomverhaltens selbstverständlich kontraindiziert.

Dass Reframing nicht dazu verwendet werden darf, um sich oder anderen etwas vorzumachen, darauf achten wir nicht nur bei unseren Patienten, sondern auch bei uns selbst. Wir tun gut daran, selbstkritisch zu fragen: »Bist nicht vielleicht du es, der dieses bestimmte Reframing braucht, und weniger dein Patient?«

Auch für das Reframing gibt es, wie für jedes wirkungsvolle Mittel, Kontraindikationen. Diese sollten gekannt und beachtet werden.

20

Stellvertretertechnik

Bärbel Bongartz, Walter Bongartz

20.1 Kombination von Stellvertreter- und Einstreutechnik – 269

20.2 Beispiele für Stellvertreter – 270

20.2.1 Felsen, Bäume, Wasser – 270

20.2.2 Weitere Beispiele: Blumen, Feuer – 273

20.3 Die Reaktion von Patienten – 274

20.4 Zur Durchführung der Stellvertretertechnik – 275

20.4.1 Vorbereitung des Patienten – 275

20.4.2 Sprache – 275

20.5 Diskussion – 276

Um dem Patienten Gefühle und Erfahrungen zu vermitteln, die er (noch) nicht zulassen kann (z. B. verdrängte Aggression, die psychosomatische Probleme verursacht), bzw. zu denen er keinen Zugang findet, weil es nicht zu seinem Selbstbild passt (z. B. Gefühle von Selbstvertrauen und Souveränität, die fehlen, um sich selbstsicher verhalten und behaupten zu können), kann der Therapeut dem Patienten in Trance einen Stellvertreter anbieten, der genau die Erfahrungen macht, die dem Patienten fehlen. Dadurch, dass der Patient diese Szenen in Trance **mit**erlebt, erhält er dann Zugang zu diesen Gefühlen, wobei die Trance die Funktion hat, den Zugang zu emotionalen Erfahrungen zu erleichtern (Bongartz u. Bongartz 2000, S. 17). Stellvertreter können dabei Pflanzen, Tiere, andere Menschen, aber auch Landschaftsformationen (Berge, Felsen) oder »Elemente« wie Wasser und Feuer sein. Derartige durch Stellvertreter vermittelte Empfindungen erfahren wir übrigens auch im Alltag sehr häufig, wenn wir im Theater, Fernsehen oder in einem Roman emotionale Szenen oder Passagen miterleben, in denen die agierenden Personen Gefühle von Geborgenheit, Aggression, Traurigkeit etc. erleben.

Die Stellvertretertechnik ist etwa in folgender Situation indiziert: Erkennt der Therapeut, dass hinter der geschilderten Symptomatik einer Patientin eine bestimmte belastende Situation mit entsprechenden Gefühlen steht, wird er versuchen, die Symptome über eine Änderung der Lebenssituation unter Berücksichtigung der beteiligten Gefühle zu behandeln. Bei einer Patientin mit Schlafstörungen, depressiver Verstimmtheit und Anfällen von Atemnot wird er nach entsprechender Exploration z. B. annehmen, dass die Symptome der Patientin mit einer gestörten Beziehung zu ihrem Mann, der sie häufig demütigt und dabei oft gewalttätig wird, zusammenhängen. Ihr geringes Selbstwertgefühl, ihre Schuldgefühle sowie ihre Angst, ohne Berufsausbildung eventuell ein Leben allein führen zu müssen, verhindern, dass sie ihre Wut und ihren Hass offen zulässt und eine entsprechende Auseinandersetzung mit ihrem Mann wagt. Um eine Änderung der Lebensumstände zu erreichen, könnte der Therapeut als Erstes versuchen, der Patientin den Zusammenhang zwischen den Symptomen und ihrer Situation zu verdeutlichen und in Trance zunächst einmal ihre verdrängte Wut – u. U. als eine nutzbare Kraft – erleben zu lassen. Zu Beginn der Therapie wird die Patientin aber noch nicht bereit sein, diese Sichtweise zu akzeptieren und sich dieser Aufgabe zu stellen. Die Angst bzw. die antizipierten Schuldgefühle vor den Konsequenzen einer Auseinandersetzung mit ihrem Mann werden so groß sein, dass sie den Therapeuten bittet, sich doch »bitteschön« nur auf die Behandlung des Symptoms zu konzentrieren und ihr Alltagsleben aus dem Spiel zu lassen, »denn schließlich …«: Und hier folgt dann eine Reihe von Beispielen, die belegen sollen, dass die Symptome unmöglich etwas mit ihrer Beziehung zu tun haben könnten.

Als Erstes sollte der Therapeut natürlich in Erwägung ziehen, dass die Patientin recht hat. Kommt er aber nach sorgfältigen diagnostischen Bemühungen zu der Überzeugung, dass es doch die unglückliche Beziehung ist, steht er vor einem Dilemma: Beharrt der Therapeut auf seinem Standpunkt, stößt er auf den erbitterten, durch tiefsitzende Angst- und Schuldgefühle motivierten Widerstand der Patientin. Übernimmt er hingegen den Standpunkt der Patientin, darf er sich nicht mit der Ursache für ihre Probleme auseinandersetzen, und damit bleibt ihm die Möglichkeit verwehrt, die Probleme der Patientin effektiv zu behandeln. Beide therapeutischen Alternativen können u. U. zu einem Abbruch der Therapie führen, sei es, dass die Patientin dem Therapeuten mangelndes Verständnis vorwirft (»Zum letzten Mal: Meine Atemnot hat nichts mit meiner Beziehung zu tun!«) oder sei es, dass sie die Therapie wegen Ineffektivität der Behandlung aufgibt. In Fällen wie dem gerade geschilderten kann es sinnvoll sein, zu Beginn der Therapie einen dritten Weg zu wählen, nämlich die therapeutisch wichtigen Gefühle/Erfahrungen mit der Stellvertretertechnik indirekt zu bearbeiten, und dabei den Widerstand der Patientin zu respektieren anstatt zu versuchen, ihn zu beseitigen.

20.1 Kombination von Stellvertreter- und Einstreutechnik

Bei der Wahl eines Stellvertreters sollte darauf geachtet werden, auch die richtige »Dosierung« eines Gefühls zu bestimmen, das über den Stellvertreter vermittelt werden soll. Bei einer sehr aggres-

sionsgehemmten Patientin kann etwa der Stellvertreter »Staudamm«, der für eine aggressive Selbstbefreiung steht und der weiter unten beschrieben wird, zu stark sein, und beim Patienten eher ein Gefühl von Angst erzeugen anstelle eines starken Gefühls. Bei der gerade vorgestellten Patientin wäre es vermutlich nicht sinnvoll gleich den Stellvertreter »Staudamm« einzusetzen. Stattdessen könnte zunächst einmal indirekt Mut gemacht werden, sich einer Entscheidung zu stellen, was über den Stellvertreter »Zugvögel« geschehen könnte. Hier ein beispielhafter Ausschnitt:

»Wer hat nicht schon Zugvögel beobachtet, die sich im kalten Spätherbst sammeln und dabei sehr aufgeregt scheinen, was verständlich ist. ***Sie*** *müssen sich entscheiden, ob* ***sie*** *in der kalten, bedrohlichen Umgebung bleiben wollen oder sich auf einen Weg machen, der vielleicht länger ist, aber* ***sie*** *in die Wärme bringt, wo* ***sie*** *frei und leicht leben können. Natürlich wird diese Reise für die Vögel nicht einfach sein. Aber auch, wenn* ***sie*** *schwach scheinen, haben* ***sie*** *doch die Kraft dazu. Natürlich wird zu Beginn eine gewisse Unsicherheit vorhanden sein, aber* ***sie*** *werden es schaffen, denn* ***sie*** *haben die Fähigkeit dazu. Diese Reise ist ein Wagnis. Aber trotz der vielen Gefahren werden die Vögel nicht im kalten Winter zurückbleiben, der kaum ein Überleben ermöglichen würde. Um der bedrohlichen Gefährdung zu entgehen, müssen* ***sie*** *sich auf den Weg machen. Und es wird* ***ihnen*** *gelingen, wenn sie sich nur auf den Weg begeben. Und nach gar nicht allzu langer Zeit werden die Vögel im Süden angekommen sein.* ***Sie*** *werden dann geradezu stolz auf sich sein, diesen Weg geschafft zu haben, um dann nach dem Dunklen und Kalten das Helle und Warme zu genießen. Und die Angst vor dem langen Weg ist dann vorbei.* ***Sie*** *brauchen dann keine Angst mehr zu haben und werden sich stark und sicher fühlen.«*

Im vorangehenden Beispiel sind einige Wörter – wie »**sie**« und »**ihre**« – optisch hervorgehoben. Mit dieser Hervorhebung wollten wir wieder auf die Einstreutechnik hinweisen (▶ Kap. 16; Bongartz u. Bongartz 2000, S. 74ff.). Diese lässt sich gut mit der Stellvertretertechnik kombinieren. Wenn der Therapeut den Stellvertreter im Plural verwendet, kann er dann eine direkte Suggestion einstreuen, indem er »die Vögel« durch das entsprechende Personalpronomen »sie« ersetzt (»*Aber auch, wenn* ***sie*** *schwach scheinen, spüren* ***sie*** *doch die Kraft, um sich auf den Weg zu machen.*«). Mit dieser Technik können Suggestionen in eine »cover-story« (hier die »Zugvögel«) »eingestreut« werden, ohne dass der Patient direkt angesprochen ist. Da im Deutschen die 3. Person Plural (»sie/ihnen«) mit der höflichen Anrede (»Sie/Ihnen«) akustisch identisch ist, können sich die Suggestionen auf das Subjekt der »cover-story« (»sie«– die Vögel), aber auch auf den Patienten (»Sie«) beziehen. (In anderen Sprachen lässt sich die Einstreutechnik nicht so elegant verwenden wie im Deutschen bis auf das Dänische. Auch hier ist die 3. Person Plural des Personalpronomens (»sie«) identisch mit der höflichen Anrede (»Sie«). Allerdings duzen sich alle Dänen untereinander, nur die Königin wird mit »Sie« angeredet, sodass die elegante Form des Einstreuens direkter Suggestionen nur dem königlich-dänischen Hoftherapeuten vorbehalten bleibt.)

Was macht man nun, wenn man den Patienten duzt und die Einstreutechnik verwenden will? Hier wird man anstelle der direkten Suggestion (z. B. »*Sie werden die Kraft in sich spüren, durch das Dunkle ins Licht zu kommen.*«) die entscheidenden Elemente des Satzes – wie im Englischen – im Infinitiv wiederholen (»*die Kraft in sich spüren, durch das Dunkle ins Licht zu kommen.*«). Die Wiederholung von Wörtern wird den Patienten dabei nicht befremden, da Wiederholungen zur Trancesprache gehören und dem Patienten geläufig sein werden.

20.2 Beispiele für Stellvertreter

20.2.1 Felsen, Bäume, Wasser

Kommen wir zu unserer Patientin zurück. Nach dem indirekten »Mutmachen«, sich einer Entscheidungssituation zu stellen, könnte sich die Vermittlung von Stärke und Kraft über den Stellvertreter »Felsen« anschließen. Dazu bietet sich eine Tranceinduktion an, mit der keine Entspannung, sondern eine Erfahrung von Stärke vermittelt wird (Bongartz u. Bongartz 2000, S. 169 ff.), auf die dann der Stellvertreter »Felsen« folgt, mit dem das Erleben von Festigkeit und Stärke vertieft und auch schon die Erfahrung von Unangreifbarkeit angesprochen wird. Das Thema »sich zur Wehr setzen«

oder »aggressive Befreiung« spielt dabei noch keine Rolle.

»Und hier am Meer auf die Felsen zu schauen, lädt dazu ein, den Gegensatz wahrzunehmen zwischen den lauten, wogenden Wellen und den Felsen, und um sich wirklich einmal Zeit zu nehmen, die Felsen dabei zu betrachten, die in aller Ruhe fest und unerschütterlich in sich ruhen. ***Sie*** *ruhen fest und unerschütterlich in sich selbst und halten dem Ansturm stand. Und obwohl Tausende von Wellen wie eine Armee gegen das Land anrennen, setzen die Felsen hier eine mächtige Grenze. Mit der inneren unerschütterlichen Ruhe gelingt es* ***ihnen****, sich gegen die permanente Bedrohung und Unruhe abzugrenzen.* ***Sie*** *bleiben einfach unverrückbar stehen und lassen sich nicht verschieben. Und ob es in einer ruhigen Phase plötzlich still ist oder die Wellen mit ohrenbetäubendem Krach gegen die Felsen schlagen, die Felsen bleiben davon unbeeindruckt.* ***Sie*** *lassen sich von dem Krach, der* ***sie*** *umgibt, nicht beeinflussen. Obwohl diese unruhige Kraft immer wieder gegen* ***sie*** *anstürmt, ruhen* ***sie*** *fest und unerschütterlich in sich selbst. Tief in sich verankert, halten* ***sie*** *dem, was* ***sie*** *bedrängt, ja geradezu beiseiteschieben will, stand. Und je mehr das aggressive Anstürmen zunimmt, um so mehr beeindruckt* ***ihre*** *Ruhe und Festigkeit. Und das gilt nicht nur für die großen Felsen hier, sondern lässt sich auch bei kleinen Felsen beobachten, die aus dem Sand herausschauen und manchmal von den Wellen überrollt werden und die doch bleiben und standhalten.* ***Sie*** *gehen einfach nicht weg, sondern bleiben, fest und unverrückbar in sich ruhend, ohne sich von der scheinbaren Übermacht beeindrucken zu lassen. Für einen Betrachter kann diese Szene lebendig erfahrbar werden, indem er bei jedem Anbranden einer Welle mehr und mehr eine innere Kraft spürt, die sich zusammen mit dem Gefühl eines festen Verankertseins bei jedem Atemzug vertieft und gerade beim Ausatmen eine zunehmend tiefer werdende Erfahrung von unerschütterlicher Gelassenheit vermittelt.*

Ist es der Patientin nun möglich, in Trance ein Gefühl von Stärke zu erleben, könnte der nächste Schritt darin bestehen, sie erleben zu lassen, wie es sich »anfühlt«, passiven Widerstand leisten und Druck aushalten zu können. Zur Vermittlung dieser Erfahrung dient der Stellvertreter »Bäume«.

»Wenn man Bäume bei einem starken Sturm beobachtet, ist es schon überraschend wie diese einer solchen geradezu zerstörerischen und wütenden Kraft standhalten können. Auch wenn ***sie*** *nicht vom Platz weggehen können, auf dem* ***sie*** *nun mal stehen, können* ***sie*** *doch auf die Gefahr reagieren. Anstatt steif und unbeweglich und damit zerbrechlich den Sturm abzuwarten, biegen sich die Bäume immer gerade soviel, wie nötig ist, um dem Sturm standzuhalten. Indem* ***sie*** *flexibel auf die Bedrohung reagieren können, können* ***sie*** *der Gefahr wirkungsvoll begegnen, wobei* ***sie*** *sich halt nur soviel anstrengen müssen wie nötig. Aber neben der Flexibilität sind es natürlich die Wurzeln tief unter der Erde, die den Bäumen Halt und Kraft geben, dem Sturm standzuhalten. Und über welche Kraft müssen* ***sie*** *verfügen, dass* ***sie*** *bis jetzt standgehalten haben. Auch wenn die Wurzeln nicht sichtbar sind, erhalten die Bäume daher die Kraft zum Widerstand, wobei natürlich Wurzeln und Bäume eine Einheit bilden. Das Nichtsichtbare, das* ***ihnen*** *diese große Kraft gibt und geben wird, gehört natürlich auch zu* ***ihnen****, ist Teil von* ***ihnen*** *und darauf können* ***sie*** *sich voll und ganz verlassen. Dies und die Flexibilität garantieren* ***ihnen****, dass* ***sie*** *trotz der Gefahr wachsen und sich weiterentwickeln können.«*

Bisher wurde die Patientin indirekt an die Notwendigkeit einer Entscheidung, an die Erfahrung von Kraft sowie die Erfahrung, passiven Widerstand leisten zu können, herangeführt. Nach dieser Vorbereitung wird nun über den Stellvertreter »Wasser/Staudamm« die gefühlsmäßige Erfahrung einer aggressiven Befreiung vorgegeben. Als **stellvertretende Situation** für die Patientin wird eine »Staudammsituation« eingeführt, in der gestautes Wasser ohne Bewegungsfreiheit ist und durch die bedrohlich zunehmenden Algen dem Wasser immer mehr Sauerstoff entzogen wird, bis es droht, biologisch »tot« zu sein. Nur durch ein aggressives Sprengen der Staumauer kann dann eine Befreiung erfolgen – mit entsprechenden positiven Folgen. Der **Stellvertreter** für die Patientin ist das »Wasser«, für das nach einer Zeit der Freiheit und Selbstbestimmtheit (»Quellen hoch oben in den Bergen«), eine Zeit des Stillstandes und der Bedrohung eingetreten ist (»Wasser im Staudamm«). Nur durch ein starkes, aggressives Agieren kann die Freiheit und Selbstbestimmtheit wieder erreicht werden (»Das Wasser

durchbricht den Damm und bestimmt selbst seinen künftigen Weg«).

»… und nach der beginnenden Gelöstheit des Körpers bitte ich Sie, dem Folgenden einfach zuzuhören, ohne sich um irgendetwas bemühen zu müssen, und mit den Bildern, die ich ansprechen werde, den inneren Vorstellungsraum zu betreten. Bilder sind die Sprache des Unbewussten, die oft etwas in uns anklingen lassen, seien es Gefühle, Erinnerungen, Gedanken, was ganz von alleine passieren kann, und die auch den Körper beeinflussen können, ihn z. B. noch mehr entspannen.

Wie ich weiß, ist für Sie der Aufenthalt in der Natur immer wieder eine Erfahrung des »Zu-sich-Kommens«. Und auch die Berge laden dazu ein, sich von allem zurückzuziehen, mehr Zeit für sich zu haben, auch für Dinge, die im Alltag keinen Platz zu haben scheinen, und oft ist es dann die Umgebung, die etwas in uns auslöst und in Bewegung setzt, ja uns geradezu etwas zu sagen hat. So vermitteln z. B. die Berge, die fest und sicher in sich ruhen, auch dem Betrachter ein Empfinden von Ruhe und Gelassenheit, ohne dass er danach gesucht hätte. Und dazu zählen auch die Bäche und Quellen in den Bergen. Vielleicht wäre es gut, sich jetzt einmal Zeit zu nehmen, dem Murmeln der Quellen zu lauschen, die hier noch ganz neu sind, ganz klar und voller Sauerstoff, und deren Murmeln etwas Heiteres, Freies hat. Auch die größten Steine können die Quellen nicht aufhalten, die ganz frei ihre eigene Richtung bestimmen. Hier, wo ***sie*** *noch jung sind, können* ***sie*** *sich heiter und frei, ohne Einengung bewegen, hier kann* ***sie*** *nichts aufhalten oder* ***sie*** *in eine bestimmte Richtung zwingen … auch große Hindernisse können ganz leicht umgangen werden … und die Frische hier oben zusammen mit dem leisen Plätschern und Murmeln lässt auch den Zuhörer und Betrachter sich leicht fühlen und freier atmen, wobei sich das Gefühl der Leichtigkeit auch körperlich mitteilen kann und vielleicht gerade beim Einatmen in Armen und Beinen und im Oberkörper spürbar ist.*

Und der Lauf der Dinge kann sich manchmal ändern. Und so kann auch der freie Lauf der Quellen und Bäche plötzlich ein Ende in einem Stausee finden, wo die Quellen sich nicht mehr frei bewegen können und die Sonne das träge Wasser erwärmt, in dem sich die Algen vermehren, den Sauerstoff verbrauchen und dem Wasser dadurch geradezu die Luft zum Atmen genommen wird. Dabei wird das stehende, im Staubecken eingezwängte Wasser zunehmend grünlich, mehr und mehr von Algen überwältigt und in Besitz genommen, sodass ihm kaum Luft zum Leben bleibt und die Gefahr droht, dass es zu einem toten Gewässer wird. Die Lebendigkeit und Freiheit der Quellen ist verloren. ***Sie*** *sind bedroht und* ***ihr*** *Leben ist zum Stillstand gekommen, und wenn* ***sie*** *so verharren, wird sich an dieser bedrückenden und trostlosen Situation nichts ändern. Und für vorbeiziehende Wanderer, die diese bedrückende Szene betrachten, kann dieser Anblick auch körperlich erlebt werden. Das Bedrückende legt sich* ***ihnen*** *auf die Brust, sodass es wie eine Last beim Atmen wird.* ***Sie*** *spüren, wie das Bedrückende und Lähmende sich auf alle Glieder legt und wie schwerfällig* ***ihre*** *Atmung geht.*

Die Wassermassen, die hier gefangen sind, könnten sich befreien, indem sie der harten, unnachgiebigen Staumauer mit einem Gegendruck begegnen, der dann früher oder später etwas bewirkt. Zunächst mögen es nur feine Risse sein, aus denen Wassertropfen wie Tränen tropfen. Aber je mehr solche Tränen auftreten, um so mehr gewinnen sie an Kraft, werden eine Macht, die dann etwas in Bewegung setzt. Und vielleicht werden dann vereinzelte Steinbrocken aus der Mauer gesprengt, die in der Stille in die Tiefe fallen und deren Geräusch beim Aufprall schon ankündigt, dass etwas geschehen wird. Je mehr solche Brocken die lange, lähmende Stille unterbrechen, um so mehr gerät alles in Bewegung bis große Risse in der Mauer auftreten, durch die sich die Wassermassen herausstürzen. ***Sie*** *befreien sich durch* ***ihre*** *eigene Kraft, die man* ***ihnen*** *zuvor kaum zugetraut hat, gewinnen wieder einen Bewegungsfreiraum. Und während sich die Wassermassen ins Tal stürzen, bleiben die Algen an den Steinen hängen. Sie befreien sich von dem, was* ***ihnen*** *den lebensnotwendigen Sauerstoff genommen hat und suchen wieder den eigenen Weg, ohne sich durch Hindernisse aufhalten zu lassen. Und die Kraft der Wassermassen zeigt sich darin, wie mit ungestümer Wucht große Steine einfach beiseite geschoben werden und mit welchem Getöse das Wasser ins Tal herunterbraust. Und es ist eigentlich verwunderlich, dass das Wasser, das doch nur aus kleinen Tropfen besteht, diese Macht hat.* ***Sie*** *sind eben nicht schwach, sondern* ***sie*** *sind in Wirklichkeit stark, auch wenn die einzelnen Anteile schwach sein mögen.*

Und wenn die Wassermassen sich mit dieser Kraft den eigenen Weg ins Tal suchen und sich durch nichts dabei aufhalten lassen, müssen sie dort unten nicht in das vorgesehene, betonierte Flussbett. ***Sie*** *müssen sich nicht den weiteren Verlauf aufzwingen lassen, sondern werden* ***ihren*** *eigenen Weg finden, wobei* ***sie*** *Hindernisse einfach beiseite drücken und sich durch Hemmnisse nicht aufhalten lassen, sondern sie einfach umgehen oder umwerfen. Und das Wasser wird auf diese Weise ein passendes Flussbett finden, das nicht schnurgerade, sondern sich vielleicht in Windungen durch die Landschaft schlängelt, das dazu einlädt, begleitet von Büschen und Bäumen am Ufer den eigenen Rhythmus des Fließens zu finden, wobei die Sonnenstrahlen durch das klare Wasser scheinen. Und die Quellen, die einmal ganz von oben aufgebrochen sind, um sich ins Tal zu begeben, sind nun wieder klar und frei und nicht mehr bedroht wie im Staudamm.*

Und das war ja auch nicht ***ihr*** *natürlicher Zustand.* ***Sie*** *sind nur eine Zeit lang aufgehalten worden, haben sich befreit, um jetzt ihren eigentlichen, natürlichen Zustand zu erfahren und zu genießen.*

Und wie die meisten Flüsse, wird auch dieser im Meer münden, wo in der Weite des Meeres viel Raum ist. Und hier ist genug Platz, um all das, was ***sie*** *von früher mitgeschleppt haben, einfach abzulegen.*

20.2.2 Weitere Beispiele: Blumen, Feuer

Die vorangehenden Beispiele für die Anwendung von Stellvertretern kreisten um Gefühle wie unterdrückte Aggression oder Wut. Natürlich können mit der Stellvertretertechnik auch andere emotionale Erfahrungen angesprochen werden wie die beiden folgenden Beispiele illustrieren. Das Erste bezieht sich auf die Gestaltung einer Sitzung mit einem depressiven Patienten, dem zu Beginn der Sitzung indirekt ein Gefühl von Hoffnung vermittelt werden soll, um den Verlauf der weiteren Sitzung zu »erleichtern«. Als Stellvertreter werden Blumen verwendet, die unter Eis und Schnee so schwach scheinen, aber dennoch über soviel Kraft verfügen, um sich durch den Schnee in die Sonne zu arbeiten. Nach dieser Trancesequenz ist der depressive Patient gegenüber der weiteren therapeutischen Arbeit in der Sitzung vermutlich aufgeschlossener und zwar nicht, weil ihm kognitiv klar wurde, dass er Hoffnung haben könnte, sondern weil er sie hier in der Praxis in diesem Moment erlebt hat, ohne dass das Wort »Hoffnung« überhaupt erwähnt wurde.

»… Im Frühling gibt es in den Bergen immer noch Bereiche mit Schnee und Eis, obwohl im Tal schon die Blumen blühen. Und beim Wandern über solche schnee- und eisbedeckte Stellen ahnt man, dass dort unten in der Kälte Blumen sind. ***Sie*** *scheinen jetzt noch so schwach und ohne Kraft und doch werden* ***sie*** *es schaffen, durch die Kälte und Dunkelheit zu kommen. Auch wenn sie jetzt unter dem kalten Druck des Eispanzers keine Chance zu haben scheinen, werden die Blumen es doch schaffen.* ***Sie*** *werden sich auf den Weg machen, auch wenn es jetzt aussichtslos erscheint, und* ***sie*** *werden es schaffen, in die Wärme und Helligkeit zu kommen. Und sich auf den Weg zu machen, bedeutet natürlich für die Blumen zu wachsen. Wenn* ***sie*** *sich auf den Weg durch die Kälte begeben, werden sie an dieser Aufgabe wachsen und stärker werden, und obwohl sie nicht auf einmal diese Wegstrecke durchmessen können, merken sie schon in der Dunkelheit, dass es doch zunehmend heller und auch schon wärmer wird. Und dies wird das Wachstum der Blumen beschleunigen. Auch scheinbar geringe Veränderungen werden* ***sie ihrem*** *Ziel schneller entgegenbringen. Wenn* ***sie*** *dann aus* ***ihrer*** *Einsamkeit in der Dunkelheit in die Wärme kommen werden, ist klar, dass sich der Weg durch die Dunkelheit gelohnt hat.* ***Sie*** *werden nun nicht mehr allein sein, sondern sich in der Gesellschaft von anderen wohlfühlen können und* ***sie*** *werden sich entfalten können, um das Helle und Warme ganz in sich aufzunehmen.*

All das sieht man beim Wandern noch nicht, sondern sieht dort, wo die Blumen erscheinen werden, nur den kalten Schnee. Aber es ist ganz sicher, dass ***sie*** *aus der Dunkelheit und Kälte auftauchen werden, dass* ***sie*** *sich in der Wärme entfalten und entwickeln werden, und allein dadurch, dass* ***sie*** *da sind, mit ihrem Anblick erfreuen.*

Das nächste Beispiel bezieht sich auf einen Patienten, der Probleme mit Nähe und Distanz zu seiner Partnerin hat und dem der Therapeut indirekt vermitteln will, dass er selbst kontrollieren kann, welche Nähe er zulassen will, indem er

sich selbst »bewegt« oder sein Gegenüber entsprechend beeinflusst. Die Verwendung des Stellvertreters »Kind« im Plural (z. B.: »Die **Kinder** wagen sich an das Feuer heran.«), kann dann zur Einstreuung von direkten Suggestionen verwendet werden (»**Sie** haben keine Angst vor der gefährlichen Nähe.«), wobei das »sie« die Kinder aber auch den Patienten meinen kann. Die eingestreuten Suggestionen sind an den hervorgehobenen persönlichen Fürwörtern (»**sie**« und »**ihnen**«) erkennbar.

*»Vielen macht es Spaß, bei einem Spaziergang Kindern zuzuschauen, vielleicht, weil sie einen an einen selbst erinnern, z. B. im Herbst, wenn Kinder sich um ein Kartoffelfeuer geschart haben und je nach Wärme des Feuers einmal nah, einmal weiter weg vom Feuer sitzen. **Sie** bestimmen selbst wie nahe **sie** die Wärme an sich heran lassen und wie weit **sie** weggehen wollen, um die Wärme zu empfinden, die **ihnen** angenehm ist. **Sie** haben die Kontrolle darüber. Manche Kinder trauen sich nicht recht ran an das Feuer, um sich die Kartoffeln zu holen. Aber **sie** brauchen keine Angst vor der gefährlichen Nähe zu haben. Wenn **sie** es richtig machen, können **sie** sich genau das holen, was **ihnen** gut tut. Um das Feuer anzuheizen, werfen einige Kinder, die am Feuer stehen, Holzscheite ins Feuer, oder streuen Sand, um die Flammen zu dämpfen, wenn das Feuer zu hoch ist. Ohne dass **sie** sich bewegen müssen, hängt es ganz allein von **ihrer** Entscheidung ab, ob **sie** die Wärme verringern oder vergrößern wollen. Die Wärme kann immer gleichbleibend angenehm sein, indem entweder **sie** sich bewegen, auf Distanz gehen und näherrücken und sich dabei nach der Wärme richten, oder indem **sie** die Wärmequelle verändern, ohne sich selbst bewegen zu müssen.«*

20.3 Die Reaktion von Patienten

Die Reaktion eines Patienten auf die Arbeit mit einem Stellvertreter lässt sich natürlich nicht vorhersagen. Auf der einen Seite kann bei einem Patienten mit großer emotionaler Belastung die Anwendung der Stellvertretermethode zu sehr starken emotionalen Reaktionen während der Trance führen.

Fallbeispiel

Bei einer Patientin mit Lungenkrebs führte die Therapeutin einen Vulkan als Stellvertreter ein, der dazu dienen sollte, der Patientin in Trance die Erfahrung zu vermitteln, dass sie über genug Stärke verfügt, um nicht alles »schlucken« zu müssen und sich von den Zumutungen anderer befreien zu können. Nach der Trance äußerte die Patientin, dass ihr die »Vulkanerfahrung« sehr gut getan habe und sie dabei auch eine sehr intensive Erfahrung von Kraft und Befreitsein erfahren hätte. In der folgenden Sitzung berichtete sie der Therapeutin, dass sie sich »endlich« einmal gegen ihren Mann zu Wehr gesetzt hätte. Er habe sie wie üblich weder zur Chemotherapie begleitet noch habe er sie abgeholt, und sei stattdessen Tennis spielen gegangen. Nach ihrer Heimkehr erkundigte er sich nicht nach ihrem Befinden, sondern beschwerte sich gleich, dass sie kein Abendessen für ihn und zwei wichtige Geschäftspartner vorbereitet hätte. Anstatt nun die Vorhaltungen ihres Mannes – wie üblich – einfach zu ertragen und alles zu »schlucken«, hatte sie die Kraft, seine Forderungen mit Bestimmtheit abzulehnen und das zu tun, was ihr in diesem Moment gut tat, was die Patientin auf die Vulkanerfahrung zurückführte.

Andere Patienten zeigen keine besonderen Reaktionen während der Therapiesitzung, zeigen aber im Alltag eine spontane Änderung ihres Verhaltens, ohne dass diese spezifische Verhaltensänderung mit dem Patienten besprochen oder diese ihm gar suggeriert worden wäre. Dabei kann es passieren – wie das folgende Beispiel zeigt – ‚dass der Stellvertreter vom Patienten manchmal anders aufgefasst wird als es vom Therapeuten beabsichtigt war.

Fallbeispiel

Eines der Teilziele der Therapie eines 9-jährigen Neurodermitispatienten bestand darin, ihn vom Kratzen der juckenden Hautstellen abzuhalten. Dazu ließ die Therapeutin den Jungen bei einem Sommerspaziergang in Trance erleben, wie Ameisen und Bienen (als Stellvertreter für die juckenden Hautstellen) auf seinem Arm herumkrabbeln und er sie nicht verscheucht, sondern sie einfach krabbeln lässt. Er beobachtet sie dabei ganz gelassen und spürt, dass sie ihn nicht beißen wollen, wenn er sie nur krabbeln lässt. Außerdem hatte er über die Fernsehserie »Biene Maja« eine positive Beziehung zu Bienen, sodass auch sein Bemühen genutzt werden konnte, darauf zu achten, dass er den

Bienen nicht wehtut, die ja seine Freunde waren. In der folgenden Sitzung berichtet er begeistert, wie ihm die Hypnose geholfen habe. Als ihn seine beiden älteren Bruder wieder gehänselt hätten, habe er sie einfach gebissen, wie eine Biene und sich damit Respekt verschafft. Stolz präsentiert er der Therapeutin eine Zeichnung, die eine große, lachende Biene darstellt, die zwei kleine Jungen in ihrem Bauch hatte. Über die massive Reaktion ihres kleinen Bruders waren die beiden Älteren so erstaunt, dass sie aufhörten, ihn zu hänseln.

Mit der Stellvertretertechnik kann dem Patienten keine emotionale Erfahrung vorgeschrieben werden, sondern der Patient hat durchaus auch die Möglichkeit, die über den Stellvertreter vorgeschlagene Erfahrung auf sich zu beziehen, oder es auch nicht zu tun oder es auf seine eigene Weise umzudeuten, wie das Beispiel mit dem jungen Neurodermitispatienten zeigt. Manchmal verweigert sich der Patient auch aktiv der Stellvertretertechnik und folgt anfangs den Vorgaben des Therapeuten nicht:

Fallbeispiel

Bemerkung eines Patienten nach einer Trancesequenz mit der Stellvertretersituation »Staudamm«: »Als Sie von den Bergen sprachen, habe ich mich am Anfang und am Ende sehr schön entspannt. Aber in der Mitte, als Sie vom Staudamm sprachen, das war mir ein bisschen zu unruhig, da bin ich lieber wieder hoch auf die Berge zu den Quellen gegangen und habe mich dort entspannt.«

20.4 Zur Durchführung der Stellvertretertechnik

20.4.1 Vorbereitung des Patienten

Wenn der Therapeut bei Anwendung der Stellvertretertechnik über Entspannung und symptomorientierte direkte Suggestionen hinausgeht, könnte ein Patient nachdenklich werden und Erklärungen für das therapeutische Vorgehen fordern, die dann unter Umständen die Absicht des Therapeuten enthüllen und gerade damit den Widerstand beim Patienten hervorrufen, der vermieden werden sollte. Deswegen ist es in der Regel besser, dem Patienten einen Erklärungsrahmen vor der entsprechenden Trancesequenz anzubieten, sodass er das sonst unverständliche Vorgehen des Therapeuten einzuordnen weiß. So könnte in dem Beispiel, das wir zu Beginn eingeführt haben, die geschilderte Situation mit den Zugvögeln noch Teil einer Entspannungsszene mit dem Thema »Spaziergang im Herbst« sein. Bei der Vermittlung von Stärke über die Stellvertreter »Felsen« und »Bäume« kann der Therapeut darauf hinweisen, dass eine seelische Erfahrung von Kraft auch eine Stärkung und Kräftigung des Organismus bedeutet. Die Verwendung der Staudammszene könnte er mit dem Hinweis einführen, dass Bilder als »Sprache des Unbewussten« auch Stärken und Fähigkeiten des Patienten mobilisieren, ohne dass diese jetzt schon konkret angesprochen werden müssten.

Im Gespräch mit dem Patienten nach der Trance müssen die mit dem Stellvertreter angesprochenen Inhalte nicht thematisiert werden, zumal der Patient sich dann u. U. wieder von diesen – therapeutisch wichtigen – Gefühlen distanzieren könnte. Aber selbst wenn der Patient zu wissen glaubt, was der Therapeut eigentlich mit seiner indirekten Botschaft gemeint hat, ist er vielleicht gerade zu Beginn der Therapie froh, eine gefühlsmäßige Entlastung zu erfahren, ohne schon darüber sprechen zu müssen – wie er im späteren Verlauf der Therapie dem Therapeuten berichtet.

20.4.2 Sprache

Die hypnotherapeutische Arbeit zielt auf das unmittelbare Erleben von therapeutischen Inhalten in Trance durch den Patienten. Daher sollte die Trancesprache Erleben in Form von konkreten Wahrnehmungen abbilden, die nicht nur visuelle oder akustische Empfindungen beinhalten, sondern auch körperliche Empfindungen, wie Schwere, Leichtigkeit, Druck, Beweglichkeit etc. umfassen. Damit wird der Körper in der Hypnotherapie als Bedeutungsträger eingesetzt, d. h., Ressourcenerfahrungen wie Selbstbewusstsein, Hoffnung, Freiheit etc. werden dem Patienten nicht nur über innere Bilder, sondern auch über die direkte oder indirekte Suggestion von entsprechenden Körperempfindungen vermittelt. Und dies gilt auch für die Stellvertretertechnik: Daher sollte nicht nur die Situation, in der der Stellvertreter agiert, beschrie-

ben werden, sondern auch dessen »körperliche« Erfahrungen, um darüber entsprechendes Erleben im Patienten auszulösen. Die körperliche Reaktion des Patienten kann noch weiter betont werden, indem ein »Betrachter« – als weiterer Stellvertreter – eingeführt wird, dessen körperliche Reaktionen beschrieben werden (in der »Staudammszene«: »… *Und für vorbeiziehende* ***Wanderer****, die diese bedrückende Szene* ***betrachten****, kann dieser Anblick auch körperlich erlebt werden. Das Bedrückende legt sich* ***ihnen*** *auf die Brust, sodass es wie eine Last beim Atmen wird …*«). Zusätzlich zu den Körperempfindungen kann der Stellvertreter auch mit Merkmalen versehen werden wie »Freisein, Gegründetsein, Souveränität, Gelassenheit« etc., deren Betonung die emotionale Erfahrung des Patienten vertiefen hilft.

20.5 Diskussion

Zum Schluss wollen wir die Stellvertretertechnik noch einmal zusammenfassen, deren Anwendung (im Idealfall) folgende Schritte beinhaltet:

Fazit

Stellvertretertechnik

1. Bestimme das Verhalten, das für den Patienten für eine kritische Situation angemessen wäre.
2. Bestimme die Körperempfindungen, die für das zu vermittelnde Gefühl in dieser Situation charakteristisch sind (Atmung, Bewegung, Haltung, Blick, Muskeltonus).
3. Bestimme qualitative Merkmale, die für den Patienten mit dem gewünschten Gefühl zusammenhängen: (z. B. Freisein, Geborgenheit, Stärke, Gelassenheit etc.).
4. (1), (2) und (3) auf einen Stellvertreter »montieren« (z. B. Pflanzen, Berge etc.).

Nach formeller oder informeller Tranceinduktion den Stellvertreter in einer offenen, indirekten Sprache im Sinne des Milton-Modells (▶ Kap. 16) formulieren, um dem Patienten genau seine individuellen Erfahrungen ohne einengende direkte Vorgaben zu ermöglichen: Den Bezug zum Erleben des Patienten vertiefen über Einstreuung direkter Suggestionen bzw. Einführung eines Betrachters.

Hypermnesie und Amnesie

Burkhard Peter

21.1 Hypnotische Hypermnesie – 278
21.1.1 Definition – 278
21.1.2 Historischer Hintergrund – 278
21.1.3 Allgemeinpsychologisches Phänomen – 279

21.2 Posthypnotische Amnesie – 280
21.2.1 Definition – 281
21.2.2 Historischer Hintergrund – 282
21.2.3 Erklärungshypothesen – 282

21.3 Interventionen – 283
21.3.1 Direkte Suggestion – 283
21.3.2 Symbolisierung, Externalisierung und Ritualisierung – 283
21.3.3 Strukturiertes indirektes Angebot – 284
21.3.4 Überraschung und Konfusion – 285

21.4 Diskussion – 286
21.4.1 Indikation und Kontraindikation – 286

Die beiden Phänomene Amnesie und Hypermnesie sind in verschiedener Weise relevant für das folgende Kapitel (▶ Kap. 22 »Altersregression«). In der Altersregression geht es um ein gesteigertes Wiedererinnern (Hypermnesie) von vergessenen (amnestischen), abgespaltenen (dissoziierten) oder verdrängten Ereignissen aus der Biografie des betreffenden Menschen, welche zum Verständnis seiner Störung und zu deren Behandlung wesentlich sein können. Gerade weil in Hypnose dann auch traumatische Ereignisse zum Vorschein kommen können, ist manchmal auch eine posthypnotisch angebotene Amnesie von Nutzen. Hierzu gibt es therapeutische Strategien, welche in diesem Kapitel vorgestellt werden.

Hypnotische Hypermnesie ist das Phänomen, welches man am ehesten mit Altersregression in Verbindung bringt; auf die entsprechenden Techniken wird in ▶ Kap. 22 ausführlich eingegangen. Allerdings gibt es einen feinen Bedeutungsunterschied, auf den hier schon hingewiesen werden soll: Hypermnesie bezieht sich auf **Wiedererinnern** (ein eher kognitives, das semantische Gedächtnis betreffendes Phänomen), während mit Altersregression eher **Wiedererleben** gemeint ist (ein mehr das episodische und prozedurale Gedächtnis betreffendes Phänomen).

Hypnotische Hypermnesie taucht indessen auch in einem anderen Kontext auf, der nichts mit Altersregression zu tun hat, nämlich dem der allgemeinen Verbesserung von Gedächtnisleistungen bis hin zu sog. reinkarnatorischen Phantasmagorien, welche ich ausdrücklich nicht in dem Kapitel über Altersregression abhandeln will; sie sollen deshalb hier zur Sprache kommen.

21.1 Hypnotische Hypermnesie

21.1.1 Definition

Als hypnotische Hypermnesie werden außergewöhnliche Gedächtnisleistungen bezeichnet, die im Zusammenhang mit Hypnose erzielt werden können. Gemeint ist damit einmal die Möglichkeit, im Zustand der Hypnose sich bestimmtes Material besser einprägen zu können, um dieses länger und intensiver erinnern und/oder es dann später besser wiedergeben zu können (Godeby et al. 1993); eine Reihe von laien- und »pop«-hypnotischen CDs werben mit diesem Versprechen. Untersuchungen von Halsband (2004; ▶ Kap. 65) haben ergeben, dass dies für bildhaftes Material durchaus zutrifft, nicht jedoch für abstraktes; hier kann Hypnose sogar hinderlich sein. Meistens aber wird unter hypnotischer Hypermnesie die Möglichkeit verstanden, bestimmtes Material aus der jüngsten oder fernen Vergangenheit wieder zu erinnern, das ohne Hypnose nicht oder nicht so gut verfügbar wäre. Hierzu gehören auch jene Einzelfallgeschichten, in denen jemand angeblich »nur« unter Hypnose wieder erinnern konnte, wohin er/sie einen wertvollen Schmuck verlegt hatte, oder jene Berichte über spektakuläre Kriminalfälle, die dadurch gelöst werden konnten, dass sich die Zeugen unter Hypnose wieder an relevante Details erinnern konnten (Kroger u. Doucé 1979).

Als besondere hypermnestische Fähigkeit unter Hypnose werden manchmal auch jene reinkarnatorischen Phantasmagorien gepriesen, die von abenteuerlichen Erfahrungen aus »früheren Leben« berichten; eine Geschichte dieser Art ist im angloamerikanischen Sprachraum unter Bridey Murphy (Bernstein 1956) bekannt geworden, während im deutschen Sprachraum solche »Rückführungen« in den 80er-Jahren z. B. von Thorwald Detlefsen verbreitet wurden. Neuerdings hat der Psychoanalytiker Weiss umfangreiche Fallsammlungen geliefert (Weiss 1996).

In unserem Zusammenhang sind nur jene »hypnotischen Hypermnesien« interessant, welche in hypnotischen Altersregressionen entweder über die Psychogenese einer Störung oder über vorhandene Ressourcen Aufschluss geben. Bezüglich der Interventionen sei auf ▶ Kap. 22 verwiesen.

21.1.2 Historischer Hintergrund

Die spezielle Luzidität der magnetischen Somnambulen Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts lässt sich auf Puységurs berühmten Patienten Victor Race zurückführen (Puységur 1784a, 1786) und betrifft u. a. auch deren Fähigkeiten, sich im Zustand des magnetischen Somnambulismus an Ereignisse zu erinnern, für die sie im Normalzustand kein Bewusstsein besitzen. Das lässt sich in vielen Therapieberichten über magnetisch-

somnambule Patientinnen der Romantik finden (Wolfart 1815, S. 282 ff.; Kerner 1824).

Die wohl bekannteste Geschichte psychotherapeutischer Hypermnesie ist die von Breuers Patientin Berta Pappenheim (»Anna O.«, Freud u. Breuer 1895). Da sie durch Breuer nicht geheilt wurde, wissen wir auch nicht, ob bzw. welche Rolle die Phänomene der bei ihr beobachteten Hypermnesie gespielt haben. Bemerkenswert ist allerdings, dass Freud später in der Hypnose kein geeignetes Instrument gesehen hat, die psychoanalytische »Erinnerungsarbeit« zu erleichtern. Anders dachte damals offensichtlich Janet. Denn in einer Reihe seiner Behandlungen spielte hypnotische Hypermnesie in der Altersregression eine entscheidende Rolle, z. B. bei Marie, einer frühen Patientin von Janet (1889, S. 436 ff.):

Fallbeispiel

Die 19-jährige Marie wurde zu den Zeiten ihrer Menstruation regelmäßig finster und gewalttätig, bekam Krampf- und Schmerzanfälle und verfiel dann in ein tagelanges Delirium. Nach 8 Monaten vergeblichen Bemühens mit üblichen Behandlungsmaßnahmen versetzte Janet sie unter Hypnose zum Zeitpunkt ihrer Menarche (mit 13 Jahren) zurück und erfuhr, dass Marie damals aus Unwissenheit und Schrecken versucht hatte, die Blutung zu stillen. Sie hatte sich hierzu in ein Fass eiskalten Wassers gesetzt und darin so lange gewartet, bis die Blutung zum Stillstand gekommen war. Danach bekam sie Schüttelfrost, erkrankte schwer und fiel für mehrere Tage in ein Fieberdelirium. Der Erfolg dieser »Rosskur« war so gewaltig, dass ihre Mensis erst mit 18 Jahren wieder einsetzte, nun allerdings mit den beschriebenen Symptomen, die denen der Originalsituation glichen, ohne dass Marie sich dessen bewusst gewesen wäre. Janets erfolgreiche Intervention bestand darin, Marie wieder zu dieser Originalsituation zurückzuversetzen und ihr zu suggerieren, dass die Menstruation schon drei Tage normal verlaufen und durch keinerlei bedauerliches Ereignis in ihrem Verlauf gestört worden sei. Danach verlief die Regel der 19-jährigen Marie tatsächlich völlig normal und die entsprechenden Symptome waren verschwunden. Andere Symptome, die Marie auch noch hatte, konnte Janet via Altersregression ebenfalls auf traumatische Ereignisse zurückführen und durch die gleiche Technik der Neukonstruktion der Vergangenheit beheben.

In nahezu allen größeren klinischen Hypnose-Lehrbüchern der Folgezeit werden die besonderen hypermnestischen Fähigkeiten von Patienten unter Hypnose hervorgehoben (Bernheim 1888; Bramwell 1903; Moll 1889; Schultz 1916, 1924). Sogar die ersten experimentellen Bücher wie z. B. das von Hull (1933) nehmen darauf als ernst zu nehmendes Phänomen Bezug. Erst viel später tauchen Zweifel auf und es werden kritische Experimente durchgeführt, in Deutschland von Vladimir Gheorghiu (1973).

21.1.3 Allgemeinpsychologisches Phänomen

Frühe Studien zur hypnotischen Hypermnesie zeitigten widersprüchliche Ergebnisse, bis man schließlich den Charakter des zu lernenden Materials als unabhängige Variable mit berücksichtigte. Hier ergab sich nun, dass Hypermnesie sehr wohl für sinnvolles, nicht aber für sinnloses Material beobachtet werden kann; interessanterweise zeigte sich der Effekt eher bei aktiver Erinnerung (»recall«) als bei Wiedererkennungsaufgaben (»recognition«; Erdelyi 1988). Allerdings fand man bald heraus, dass der gleiche hypermnestische Effekt auch dann auftrat, wenn keine Hypnose im Spiel war, woraus geschlossen werden kann, dass Hypnose zur Hypermnesie nichts Wesentliches beiträgt (Erdelyi 1994, S. 382; 1996). Etwas differenzierter fallen die Ergebnisse von Halsband (2004) aus, die auf Untersuchungen von Bongartz (1985) und Crawford u. Allen (1996) aufbauen: Hochsuggestible können bildhafte Inhalte leichter lernen bzw. in der Aufbauphase besser reproduzieren; hierbei ist Hypnose durchaus hilfreich; das gilt aber offensichtlich nicht für wenig Suggestible und/oder abstrakte Inhalte.

Diese allgemeinen Aussagen hinsichtlich der Besonderheit hypnotischer Hypermnesie ist aber wie folgt noch weiter zu präzisieren, wenn es sich nicht bloß um das Erinnern von gelernten Wortpaaren handelt, sondern um komplexe, lebensnahe Inhalte: Hochhypnotisierbare produzieren meist rein quantitativ wesentlich mehr »Erinnerungsmaterial« als mittel- oder geringhypnotisierbare Personen, und zwar sowohl mit wie ohne Hypnose. Unter qualitativen Gesichtspunkten ist diese Produktion aber leider nicht viel wert, da sich neben

korrektem auch wesentlich mehr falsches, d. h. konfabuliertes Material unter dem Erinnerten befindet. Schlimmer noch: Hypnose erhöht im Allgemeinen die persönliche Sicherheit, mit der eine Person nach einer hypnotischen Trance an die Richtigkeit der Erinnerungen glaubt (Orne et al. 1988; zusammenfassend s. Lynn u. McConkey 1998).

Eigentlich sollte das nichts Neues sein: Wenn Hypnose die Suggestibilität erhöht, wie schon Bernheim behauptet hat, dann ist es leichter, einer Person in Hypnose etwas zu suggerieren relativ unabhängig davon, ob es nun richtig oder falsch ist, solange es nicht gegen fundamentale Glaubenssysteme dieser Person verstößt. Oder anders ausgedrückt: Durch Hypnose ist per definitionem der Evidenzgehalt des jeweils Erlebten erhöht und die Tendenz zur Realitätsprüfung eher reduziert; d. h. die jeweiligen Erlebnisinhalte werden mit größerer Deutlichkeit als wirklich angesehen.

Das ist die Grundlage für jegliche rekonstruktive Arbeit in hypnotischer Altersregression (▶ Kap. 22). Eine hypnotherapeutische Rekonstruktion oder gar Neukonstruktion der Vergangenheit wäre prinzipiell nicht möglich, wenn das autobiografische Gedächtnis eine fixe Größe wäre, also z. B. wie ein Videorekorder funktionieren würde. Es ist gerade die Plastizität und der konstruktive Charakter des autobiografischen Gedächtnisses, der hypnotherapeutisches Arbeiten ermöglicht (Barnier u. McConkey 1999b).

Allerdings war das Faktum der Konstruktivität des Gedächtnisses auch Ausgangs- und Angelpunkt für die »False-Memory-Syndrom«- (FMS) Bewegung in den 90er-Jahren in den USA, die sich heftig gegen eine Flut von – u. a. auch in Hypnose – »aufgedeckten« Fällen von Kindesmissbrauch wandte. Die Erfolge, welche die von einem angeklagten Elternpaar eigens gegründete »FMS-Foundation« erstritt, trugen wesentlich dazu bei, dass das Pendel nun in die andere Richtung schwang mit der Folge, dass man unter Hypnose erinnertem Material überhaupt keinen Glauben mehr schenkte, ohne in Betracht zu ziehen, dass die Wahrheit innerhalb des Therapieraumes prinzipiell nicht identisch sein muss mit der außerhalb des Therapieraumes (Hoencamp 1995), dass es also Unterschiede geben kann zwischen der narrativen und der historischen Wahrheit.

Die Probleme mit der hypnotischen Hypermnesie bedeuten also nicht, dass unter Hypnose wiedererlangte Erinnerungen – z. B. an einen Missbrauch – prinzipiell nicht »wahr« sind, das können sie durchaus sein. Wir haben innerhalb des hypnotischen Settings nur keine Möglichkeit zu entscheiden, ob bzw. wie viel der erinnerten Szene historisch richtig und wie viel paramnestisch konstruiert ist. Mit anderen Worten, die historische Faktizität des in der Hypnose Erlebten kann nur außerhalb und unabhängig von Hypnose belegt werden. Ein solcher hypnoseunabhängiger Beleg ist z. B. von Erickson (1937/1997) im folgenden Fall erbracht worden:

Fallbeispiel

Ein junger Patient, der vor der Hypnose lediglich angegeben hatte, er sei vor 2 Jahren entführt und zusammengeschlagen worden, erlebte während der Altersregression in allen Einzelheiten einen auf ihn (als Polizeiinformant) verübten Mordanschlag wieder, angefangen von der Verschleppung im Auto, dem Versuch der Vergiftung bis hin zu einem Schlag auf den Kopf mit anschließender offenkundiger Bewusstlosigkeit, die alle entsprechenden physiologischen Begleiterscheinungen sowie den Verlust des Rapports zu Erickson beinhaltete. Nach ca. 4 Stunden erwachte er aus der Ohnmacht, hatte eine retrograde Amnesie für das Vorgefallene, war aber sofort wieder im Rapport zu Erickson und immer noch im Zustand der hypnotischen Altersregression, sodass er schildern konnte, er befinde sich nun in einem Graben im Wald, friere, sei durchnässt und blute aus einer Stirnwunde. Er werde von jemandem in ein Krankenhaus gebracht, an dessen Name er sich nun wieder erinnerte.
Die Nachforschungen in diesem Krankenhaus sowie auf dem Polizeirevier erbrachten tatsächlich neben anderen Einzelheiten, dass der Patient damals nach zweieinhalb Tagen halb bewusstlos in einem Graben im Wald aufgefunden worden war, und bestätigten so den teilweise lückenhaften Bericht des Patienten.

21.2 Posthypnotische Amnesie

Posthypnotische Amnesie gehört (neben anderen posthypnotischen Reaktionen) mit zu den spektakulärsten hypnotischen Phänomenen. In der Psychotherapie sind diese Phänomene im Vergleich zu den übrigen allerdings am wenigsten zu gebrau-

chen, zumindest in der Art, wie der Laie sich das vorstellt. Auf fast allen Hypnoseskalen gehören Amnesie und posthypnotische Reaktionen zu den schwierigsten Hypnoseaufgaben; das heißt, sie werden in der trivialen Form (»*Du vergisst XY*«) nur von ganz wenigen Probanden bzw. Patienten gezeigt. Die Wunschvorstellung vieler Laien und Laienhypnotiseure, man könnte damit therapieren (»*Du vergisst deine Angst*«), wird deshalb frustriert; das musste bereits Sigmund Freud feststellen. Der Niedergang der Hypnose Ende des 19. Jahrhunderts ist u. a. auf die herbe Enttäuschung der in diesem Zusammenhang viel zu hochgesteckten bzw. falschen Erwartungen zurückzuführen.

Hingegen, richtig verstanden und angewandt, spielt die Amnesie in der Hypnotherapie eine wichtige Rolle: Amnesietechniken sind spätestens dann nötig, wenn man in Altersregressionen unverhofft auf traumatisches Material stößt und dieses in der aktuellen Sitzung nicht adäquat aufarbeiten kann. Vor allem aber sind Amnesietechniken dann unabdingbar, wenn man mit Traumapatienten arbeitet (Peter 2006b).

Manchmal hört man von Kollegen das Argument, sie würden hypnotische Amnesie deshalb nicht benützen, weil ihnen daran gelegen sei, dass ihre Patienten sich ihrer selbst, ihres Lebens und so auch ihrer Probleme bewusst seien. Solche Argumente erinnern etwas an die Passage in einem Interview mit Erika Fromm, der vor den Nazis aus Deutschland geflohenen großen Dame der Hypnoanalyse, die 2003 verstorben ist (Peter 2003). Als sie von John Watkins Hypnose gelernt hatte, gelang es ihr lange Zeit nicht, auch bei nur einem einzigen Patienten Amnesie zu erzeugen:

> Anfangs, im ersten Halbjahr, hatte ich enorme Schwierigkeiten mit posthypnotischer Amnesie. Watkins hatte gesagt, dass bestimmte Phänomene bei bestimmten Personen herbeizuführen sind und dass posthypnotische Amnesie etwas sehr Wichtiges ist, man sie nicht bei jedem hervorrufen könne, aber doch bei einem gewissen Teil der Probanden. Nun ja, ich konnte sie nie hervorrufen, absolut niemals. Ich hatte hunderte von Versuchspersonen, aber niemals habe ich eine posthypnotische Amnesie ausgelöst. Als guter Psychoanalytiker setzt du dich also hin und analysierst, was du tust, um das zu verhindern. Und so kam ich zu dem Schluss, dass die posthypnotische Suggestion zur Amnesie, also etwas zu vergessen, so ähnlich war, als würde man Verdrängung suggerieren, und das widersprach meinen Grundsätzen, meiner Moral. Deshalb ging es nicht. Die Untersuchungen von Rosenthal haben gezeigt, wenn der Untersuchungsleiter – selbst bei Intelligenztests – davon ausgeht, dass die Testperson wahrscheinlich nichts kann, dann spricht er mit etwas veränderter Stimme und erhält dann tatsächlich ein anderes Testergebnis als ein anderer Untersuchungsleiter bei derselben Testperson, der annimmt, sie kann die Aufgabe lösen. Das ist ja eine ganz bekannte Untersuchung. So muss ich wohl mit leicht veränderter Stimme gesprochen und damit angezeigt haben, dass ich nicht damit rechnete, eine posthypnotische Amnesie zu bewirken, denn es widersprach meinen Grundsätzen, etwas zu induzieren, das wie Verdrängung aussah. Nun, nachdem ich das erst einmal erkannt hatte, konnte auch ich die normale Rate posthypnotischer Amnesien erzielen (Peter 2000b, S. 165).

Wie weiter unten noch deutlich wird, sieht man in der posthypnotischen Amnesie keinen Verdrängungsprozess am Werk, sondern eher einen dissoziativen Prozess. Das psychoanalytische Konzept der **Verdrängung** bezeichnet ein »vertikales Hinunterdrücken« affektiv besetzter, unerwünschter Inhalte, während das auf Pierre Janet zurückgehende Konzept der **Dissoziation** eine »horizontale« Spaltung vormals zusammengehöriger Bewusstseinsinhalte postuliert. Ersteres erfordert den aktiven Einsatz psychischer Energie, um die Verdrängung zu bewerkstelligen und aufrechtzuerhalten; Letzteres geht davon aus, dass der assoziative »Leim«, der die unterschiedlichen Bewusstseinsinhalte normalerweise zusammenhält, durch bestimmte Manipulationen wie z. B. Hypnose nur gelockert werden muss, um einzelne Elemente abzuspalten.

21.2.1 Definition

Posthypnotische Amnesie bezeichnet die **Unfähigkeit** zu erinnern, was während der hypnotischen Trance erlebt oder gelernt wurde; sie bezieht sich auf Teile (Teilamnesie) oder auf alles (komplette Amnesie), tritt spontan auf oder auf eine entsprechende Suggestion hin (suggerierte Amnesie). Wesentlich ist, dass sie reversibel ist und auf eine entsprechende Suggestion hin oder in einer erneuten Trance wieder aufgehoben werden kann.

Zur Teilamnesie gehört auch die Quellenamnesie, welche Voraussetzung für eine erfolgreiche posthypnotische Suggestion ist: Der Inhalt bzw. die

Information (der posthypnotischen Aufgabe) wird zwar erinnert, nicht aber die Quelle der Information, d. h., wer wann die entsprechende Aufgabe gegeben hat. Im gewöhnlichen Leben entspricht das unbewusstem oder unbeabsichtigtem Plagiieren.

Amnesie gehört zu den »schwierigeren« kognitiven hypnotischen Phänomenen. Die entsprechende Amnesie-Aufgabe in den Suggestibilitätsskalen (z. B. HGSS-A; Bongartz 1985a) wird daher nur von relativ wenigen Versuchspersonen erfolgreich erfüllt; in Deutschland sind dies 36%, in den USA 48%, in Australien 33% und in Kanada nur 19%.

21.2.2 Historischer Hintergrund

Bereits Puységur war um 1784 aufgefallen, dass sein Patient (und Untergebener) Victor Race nicht immer alles erinnern konnte, was während der Magnetisierung vorgegangen war. Und während der Zeit des deutschen romantischen Somnambulismus Anfang des 19. Jahrhunderts war ein ausgeprägtes Zustandsgedächtnis eher die Regel als die Ausnahme, d. h. die Patientinnen erinnerten nur während des somnambulen Zustandes – nicht aber im Wachzustand – Ereignisse sowohl aus vorausgegangenen somnambulen Zuständen wie auch aus dem Wachzustand; sie waren also während ihres Wachzustandes amnestisch für den somnambulen Zustand, nicht aber umgekehrt. Zur Zeit des englischen Hypnotismus um die Mitte des 19. Jahrhunderts (Braid 1843) galt Amnesie sogar als ausdrückliches Kriterium dafür, dass man vom Vorliegen eines hypnotischen Zustandes sprechen durfte.

1889 lernte Freud von Bernheim in Nancy, dass man einen nach Hypnose amnestischen Patienten nur kräftig genug – mit festem Druck auf dessen Stirn – zum Erinnern auffordern müsse, um eine posthypnotische Amnesie wieder aufzuheben. Das fand er so überzeugend, dass er es auch auf andere Erinnerungsprobleme seiner Patientinnen übertrug und diese Technik eine Zeit lang gewissermaßen als erste »psychoanalytische« Technik praktizierte.

In den 1970-Jahren wurde in den USA die Suggestibilität ausführlich untersucht, und in diesem Rahmen natürlich auch die Amnesie. In der Regel wurde keine komplette Amnesie erwartet – die Versuchsperson konnte sich also durchaus an einige Ereignisse während der vorausgegangenen Trance erinnern, um das Amnesie-Item trotzdem zu erfüllen; als Kriterium genügte, wenn weniger als ein Viertel erinnert wurde (z. B. 3 oder weniger von 12 Aufgaben). Nach diesem Kriterium erfüllt ca. ein Drittel der Probanden die Amnesieaufgabe (Bongartz 1985).

Diese Prozentzahl sinkt erheblich, wenn eine hundertprozentige Amnesie gefordert wird, wie z. B. bei der populären Zahlen-Amnesie-Aufgabe: Eine Person erhält in Hypnose die Suggestion, eine bestimmte Zahl (etwa 4, 5 oder 7) zu »vergessen« und hat dann – im Erfolgsfalle – Schwierigkeiten, korrekt zu rechnen, wenn die Rechenaufgabe diese Zahl enthält.

21.2.3 Erklärungshypothesen

Als Erklärung für das Phänomen der posthypnotischen Amnesie sei zunächst auf das Phänomen der Dissoziation (Hilgard 1989) hingewiesen, wobei Verschiebung oder gar Spaltung (Dissoziation) kognitiver Subsysteme postuliert wird: Ein normalerweise dominantes Ich-System habe dann keinen Zugriff mehr auf sub-dominante Systeme, z. B. solche der Erinnerung, weil eine Umschichtung der Hierarchien stattgefunden hat oder weil eine »amnestische Barriere« den Zugang versperrt.

Bildhaft kann man sich das etwa folgendermaßen vorstellen: Erinnerungseinheiten bestehen in der Regel nicht aus kompakten Erinnerungspaketen, sondern aus einem, auch hirnanatomisch weitverzweigten Netzwerk unterschiedlicher kleiner Einheiten. Werden nun solche normalerweise zusammengehörenden Einheiten voneinander getrennt (z. B. die inhaltlich-semantischen Anteile von den episodisch-kontextuellen; Evans 1988), so ergeben sie u. U. keinen Sinn mehr und werden nicht mehr als bedeutungsvolles Ereignis erinnert. Zustands- und Kontextabhängigkeit des gelernten Materials spielen also eine wichtige Rolle: Was in einem bestimmten psychophysiologischen Zustand wie z. B. dem einer Trance erlernt oder erfahren wurde, ist in einem anderen Zustand, dem der normalen Wachheit, nicht mehr so leicht verfügbar, wenn sich beide Zustände nur deutlich genug voneinander unterscheiden (► Kap. 8). Amnesie wäre

in diesem Zusammenhang ein zustandsabhängiges Phänomen (vgl. »state-dependent learning«, Ho et al. 1978; Overton 1968).

Allgemeinpsychologisch handelt es sich in jedem Fall um die nichtpathologische Form einer funktionellen Amnesie. Die extrem pathologische Ausprägung kann man bei dissoziativen Identitätsstörungen finden (▶ Kap. 39; Van der Hart u. Peter 1995).

Das Benützen von Erinnerungsstrategien kann auch einfach nur geblockt sein. Das wird deutlich, wenn jemand positiv auf die Suggestion reagiert, dass er seinen Namen »vergessen« habe: Manche Versuchspersonen berichten, dass sie ihren Namen sehr wohl wussten, ihn aber nicht aussprechen konnten, weil ihre Zunge wie gelähmt gewesen sei (motorische Inhibition), oder dass sie ihn im Prinzip wohl wussten, dass sie ihn im Moment aber einfach nicht ins aktive Gedächtnis bringen konnten (amnestische Aphasie). Die sozialpsychologischen Hypnose-Theoretiker anerkennen das Phänomen ebenfalls als genuin, siedeln es in ihren Erklärungen aber eher im Bereich der Compliance an (Spanos u. Coe 1992, S. 123 ff.).

Zur Amnesie sind viele Untersuchungen durchgeführt und eine Anzahl von Überblickarbeiten zusammengestellt worden, die hier nicht im Einzelnen referiert werden (Barber u. Calverly 1966; Cooper 1979; Kihlstrom u. Evans 1979; Peter 1993b). Auch in der Erickson'schen Literatur gibt es eine Reihe von sehr illustrativen klinischen Arbeiten (Erickson 1997; Erickson u. Rossi 1974/1997; Zeig 1985).

21.3 Interventionen

Vorausgesetzt, die Indikation stimmt und es liegen keine Kontraindikationen vor, gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, eine Amnesie anzubieten. Zuvor sollte noch einmal betont werden, dass man eine Amnesie nicht per entsprechender Suggestion »verordnen«, sondern nur »anbieten« kann. Die Amnesiereaktion hängt von der grundsätzlichen Suggestibilität des Patienten, seiner intrinsischen Bereitschaft und natürlich auch von den entsprechenden Angeboten des Therapeuten ab.

21.3.1 Direkte Suggestion

Die Standardformel zur direkten Induktion einer Amnesie aus der SHSS-C (Weitzenhoffer u. Hilgard 1962, in der Übersetzung von Walter Bongartz 1982) lautet folgendermaßen:

»Ich zähle nun rückwärts. Wenn ich bei »eins« ankomme, werden Sie wieder ganz wach sein, im normalen Wachzustand. Sie werden sich aber so entspannt haben, dass Sie es schwierig finden werden, sich an alle Dinge zu erinnern, die ich Ihnen beschrieben habe und die Sie erlebt haben. In der Tat werden Sie es so mühsam finden, sich an alle Dinge zu erinnern, dass Sie keine große Lust haben, es überhaupt zu tun. Es wird viel einfacher sein, einfach alles zu vergessen, bis ich Ihnen sage, dass Sie sich wieder erinnern können. Sie werden sich an nichts erinnern, bis ich Ihnen sage: ‚So, nun können Sie sich an alles erinnern.' Sie werden erst dann alles erinnern.«

Abgesehen von dieser standardisierten Suggestion sind es im therapeutischen Zusammenhang eher die beiläufigen Sätze, die kurz vor Ende oder unmittelbar nach der Trance fallen, welche die Entwicklung einer spontanen Amnesie fördern, wie z. B.:

»So, da hören Sie jetzt auf, darüber nachzudenken, und auch das Gefühl XY vergessen Sie jetzt. Sie gehen jetzt zur Tür hinaus und wenden sich wieder Ihrer Aufgabe/Arbeit zu!«

Man sollte dabei vielleicht daran denken, wie Mutter oder Vater dem wehklagenden Kind eher leichthin sagen: *»Ja, ja, jetzt hör auf damit, vergiss es, geh hinaus, schau, wo deine Freunde sind und spiel mit ihnen!«* (Erickson 1997, S. 89).

21.3.2 Symbolisierung, Externalisierung und Ritualisierung

Das direkte Angebot zur Symbolisierung und Externalisierung sollte eine detaillierte Anleitung im Sinne eines Rituals sein, z. B.:

»Bitte wählen Sie sorgfältig aus, welche Teile des eben erlebten XY Sie bis zum nächsten Mal hier in diesem Therapieraum ablegen und zurücklassen möch-

ten. Suchen Sie sich einen geeigneten Platz aus, etwa dort in der Ecke, und legen sie es dort ab. Versichern Sie sich, dass Sie alles hier lassen, was Sie hier lassen sollen (wollen), sodass Sie anschließend wissen, wenn Sie nach draußen gehen und die Tür hinter sich schließen: Sie haben das und das XY hier im Raum zurückgelassen und können bis zum nächsten Mal ganz frei davon sein …«

Je nach Notwendigkeit, wenn z. B. selbstschädigendes Verhalten zu befürchten ist, muss sowohl Symbol als auch Ritual konkreter gestaltet werden. Wenn es sich um eine schmerzhafte Einsicht oder einen überwältigenden Affekt handelt, muss dem in der Imagination eine genaue, mit den Fernsinnen wahrnehmbare, d. h. am besten sichtbare Gestalt gegeben werden. Die kann man dann in einen ebenso gut sichtbaren Tresor geben, der mit einem Zahlen- oder Zeitschloss (»bis zur nächsten Stunde«) verschlossen wird.

21.3.3 Strukturiertes indirektes Angebot

Vor allem wenn vorauszusehen ist, dass sehr belastendes oder traumatisches Material über längere Zeit hinweg bearbeitet werden muss, z. B. in einer systematischen Altersregression, ist eine der folgenden strategischen Techniken angezeigt:

Markierung der Zustandsabhängigkeit

Nach einer kurzen, eher beiläufigen Konversation, die durchaus auch explorativ-anamnestischen Charakter haben kann, erfolgt Tranceinduktion und Arbeit in Trance. Nach der Rücknahme soll nun aber nicht nur jegliche weitere Bezugnahme auf die Themen während der Trance vermieden werden, sondern es soll sogar durch einen abrupten Wechsel im Ton und Inhalt des Gespräches so getan werden, als habe die Arbeit in Trance gar nicht stattgefunden. Das kann man am besten dadurch erreichen, dass man nach der Rücknahme ganz unvermittelt die letzten, vor der Trance angesprochenen Themen wieder aufgreift (Erickson 1960/1997, S. 440; ◘ Abb. 21.1).

Vor der Trance: »Sie kommen von draußen hier in unser warmes Zimmer.
Ist es sehr kalt draußen?
Wie ging es Ihnen seit dem letzten Mal?«

Arbeit in Trance

Nach der Trance: »Sie kamen (oder »kommen«, je nach Einschätzung der Ja-Haltung) von draußen hier in unser warmes Zimmer.
War (Ist) es sehr kalt draußen?
Wie ging es Ihnen seit dem letzten Mal?«, um dann hier u. U. das gleiche Gespräch wie am Anfang der Stunde bzw. vor der Trance (fort-) zu führen.

Der »Zustand« (normal versus Trance) ist hier an bestimmte, klar unterscheidbare Inhalte gebunden. Zusätzlich können noch räumliche Stimuli eingesetzt werden, um den Effekt zu unterstützen, z. B. indem die Arbeit in Trance auf einem anderen Therapiestuhl stattfindet als die Konversation, und der Patient nach Beendigung der Trancearbeit auf den »Konversationsstuhl« geleitet wird und erst dort ganz »aufgeweckt« wird (Erickson u. Rossi 1974/1997, S. 109 ff.).

Der gleichen Struktur folgen die therapeutischen Schachtelgeschichten von Lankton u. Lankton (1983, 1991): Man beginnt mit einer ersten Rahmengeschichte, unterbricht diese, um mit der zweiten Rahmengeschichte anzufangen, unterbricht diese ebenfalls, um dann die eigentliche therapeutische Geschichte zu erzählen. Danach wird zunächst die Rahmengeschichte zwei zu Ende erzählt und dann erst die Rahmengeschichte eins, wobei man hofft, dass der Inhalt der eigentlichen therapeutischen Geschichte bewusst nicht mehr erinnert wird (◘ Abb. 21.2).

»Trance in der Trance«

Nach Beendigung der therapeutischen Arbeit in Trance wird ohne Rückführung, also noch in Trance so getan, als würde nun erst eine Trance induziert (◘ Abb. 21.3), z. B.:

»Nun haben Sie so intensiv gearbeitet – das war ganz ausgezeichnet –, dass Sie es jetzt Ihrem Unbewussten überlassen können, hieraus zu lernen und das Gelernte sich setzen zu lassen. Also, Sie brauchen nun überhaupt nichts mehr zu tun, überlassen Sie alles Ihrem Unbewussten und gehen einfach in eine ganz tiefe Trance, ganz tief in Trance gehen …«

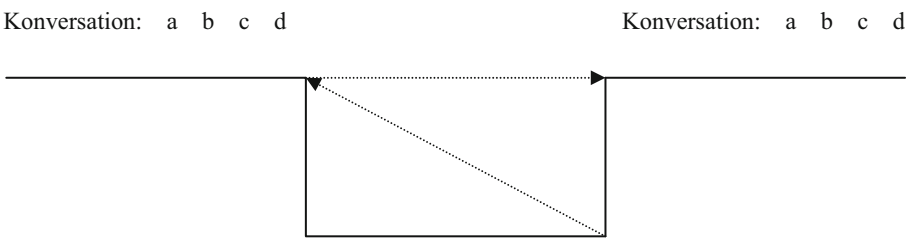


Abb. 21.1. Um indirekt ein Amnesieangebot zu machen, unterscheidet man klar die »Zustände« der Konversation mit den (fast) identischen Themen a, b, c, d vor und nach der Arbeit in Trance X, Y, Z



Abb. 21.2. Struktur von Schachtelgeschichten nach Lankton u. Lankton (1993)

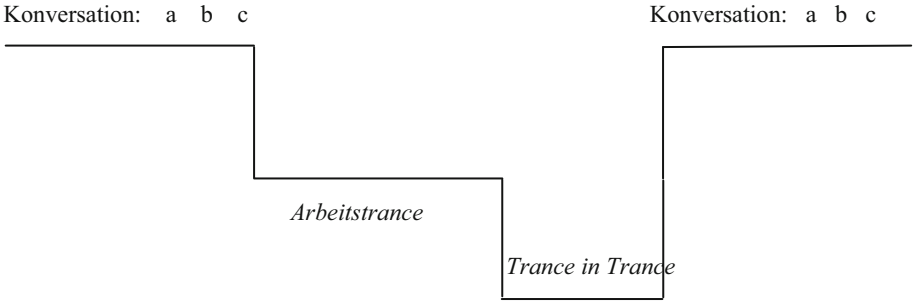


Abb. 21.3. Noch in der hypnotischen Trance, ohne den Patienten zurückzuholen, wird eine weitere Erholungstrance (»Trance in der Trance«) angeboten, indem tiefe Entspannung suggeriert wird

Anstatt Trance kann auch die Suggestion zum Ausruhen oder Schlafen gegeben werden:

»Nun haben Sie so intensiv gearbeitet – das war ganz ausgezeichnet –, dass Sie sich jetzt einfach ausruhen können, einfach ausruhen und einschlafen, in einen ruhigen, tiefen Schlaf fallen …«

21.3.4 Überraschung und Konfusion

Alles, was die Aufmerksamkeit unmittelbar nach der Trance auf ein anderes, irrelevantes Thema ablenkt und dort bindet, fördert die Amnesie. Es geht also darum, genau jene mehr oder weniger kurze Zwischenzeit zwischen Trance und völliger Reorientierung zu nutzen, um durch einen Witz, durch ein Rätsel, eine verwirrende Aufgabe oder

etwas anderes Geeignetes Konfusion zu stiften und die bewusste Aufmerksamkeit genügend lange zu fixieren, sodass das therapeutische Material amnestisch werden kann.

21.4 Diskussion

21.4.1 Indikation und Kontraindikation

Wie das obige Zitat von Erika Fromm deutlich zeigt, ist mit Amnesie **nicht** Verdrängen gemeint, sondern ein gezieltes, funktionales und vorübergehendes Zurückhalten der Bewusstwerdung bestimmter Informationen, oder die Abschwächung eines Affektes durch »Abspaltung« in solchen Situationen, in denen übermäßige Affekte therapeutisch hinderlich oder gar schädlich wären. Letzteres ist dann der Fall, wenn eine neue, spontan oder gezielt erinnerte Information oder ein überwältigender Affekt die Verarbeitungskapazität des Patienten überfordern, zu einer Dekompensierung führen oder den Patienten zu selbstschädigendem Verhalten veranlassen würde.

Das betrifft also zunächst Situationen in der ambulanten Therapie, wenn kurz vor Ende der Stunde spontan und unvorhergesehen z. B. ein traumatisches Ereignis erinnert wird oder ein überwältigender Affekt auftritt. Wenn die Stunde nun zu Ende ist, nicht verlängert werden kann und der Patient auf eine neue Stunde eventuell eine Woche oder noch länger warten muss, ist es sinnvoll, ihm ein Amnesieangebot zu machen.

Das Angebot einer Amnesie betrifft vor allem aber jene systematischen Traumatherapien, in denen eine kritische Situation oder ein traumatischer Lebensabschnitt nicht in einer einzigen Sitzung vollständig durchgearbeitet werden kann und deshalb notwendigerweise auf mehrere Stunden verteilt werden muss. In einer ambulanten Therapie muss der Patient zwischen den Sitzungen ein »normales« Leben führen können; das Angebot einer Amnesie hilft ihm dabei.

Seltener sind jene Patienten gemeint, die man manchmal gerne davon abhalten möchte, zwischen den Sitzungen an episodisch-affektivem Material destruktiv-rationalisierend zu manipulieren, das innerhalb der Therapie erhoben wurde oder spontan zum Vorschein kam. Zu denken ist z. B. an solche psychosomatischen oder somatoformen Patienten, mit denen in einer Therapiesitzung ein erstes Verständnis für ihre »körperlichen« Symptome erarbeitet wurde, und die nun bis zur nächsten Sitzung »gründlich darüber nachdenken« und finden, dass sie eigentlich doch »nur körperlich krank« sind.

Als **Kontraindikation** sind im Allgemeinen Gedächtnis- und Erinnerungsschwächen und eine Tendenz zur Verdrängung oder zur Dissoziation zu nennen.

Fazit

Die Fähigkeit, ein sorgfältig strukturiertes Amnesieritual anbieten zu können, ist Voraussetzung für jede Therapie, in der mit traumatischem Material gearbeitet wird. Das betrifft explizite Traumatherapien, aber auch allgemein die Arbeit mit hypnotischer Altersregression, wenn man – auch unbeabsichtigt – auf traumatisches Material stoßen kann. Das Angebot einer Amnesie hilft, das Gebot »nil nocere« zu beachten.

Altersregression

Burkhard Peter

22.1 Geschichtliche Aspekte – 288

22.2 Theoretische Perspektiven – 290

22.3 Praxis der hypnotischen Altersregression – 292

22.3.1 Techniken zur »Konstruktion von Wirklichkeit« – 292

22.3.2 Hypnoprojektive Techniken – 295

22.3.3 Sicherheitsmaßnahmen – 295

22.3.4 Kontraindikationen – 296

22.3.5 Indikationen – 296

22.4 Fallgeschichten – 296

Die Zeitachse – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft – bietet einen guten Rahmen, therapeutisches Handeln zu positionieren. In grober Einteilung kann man Verfahren aus der psychoanalytischen Tradition eher als vergangenheitsorientiert bezeichnen, verhaltenstherapeutische Verfahren eher als gegenwartsorientiert; lösungsorientierte Verfahren sind normalerweise zukunftsorientiert.

Hypnotherapie bewegt sich prinzipiell auf allen drei Ebenen, von Fall zu Fall eher auf der einen oder der anderen. In ▶ Kap. 6 wurde schon ausführlich auf die Zukunftsorientierung Bezug genommen, und die Gegenwartsorientierung findet sich in den meisten Beiträgen dieses Bandes. So soll in diesem Kapitel speziell die Vergangenheitsorientierung in Form der hypnotischen Altersregression behandelt werden.

22.1 Geschichtliche Aspekte

Eine der ältesten Beschreibungen einer Altersregression stammt vom Mesmer-Schüler Karl Christian Wolfart (1815, S. 282 ff.). Er berichtet über eine ehemalige Patientin, die er nach 13 Jahren besuchte und die inzwischen durch viele Schicksalsschläge

> zerrüttet sey, niemand kenne, von nichts wisse, unzusammenhängende Laute und Worte vorbringe … In magnetischen Schlaf und Schlafwachen versetzt, wird sie sogleich dieselbe wieder … sie kennt mich, weiß von allem, kann vollkommen zusammenhängend sprechen, auch erinnert sie [sich] an ihre ehemalige Voraussage [dass ihr eben dieses Schicksal bevorstehe], giebt über ihren innersten krankhaften Zustand im Gehirn die treffendste Nachweisung für die ganze Entwicklung (Wolfart 1815, S. 283).

Wolfart ist nur auf der Durchreise und so fällt seine ehemalige Patientin nach dieser luziden Episode einer somnambulen Hypermnesie wieder in ihren Dämmerzustand.

Janet (1889, S. 436 ff.) beschreibt sehr ausführlich die umfangreiche Behandlung durch hypnotische Altersregression bei seiner Patientin Marie, die in deutscher Übersetzung in Ellenberger (1985, S. 492–496; für eine Kurzfassung ▶ Kap. 21) zu finden ist. Hier handelt es sich nicht nur um die Exploration der Ursachen der vielfältigen Störungen – wie später bei Breuers Patientin Anna O. –, sondern auch um die Neukonstruktion traumatischer Aspekte der Vergangenheit. Eine ähnliche ausführliche Beschreibung einer altersregressiven Neukonstruktion findet sich in der Fallgeschichte »Der Februarmann« von Erickson (Erickson u. Rossi 1989) sowie bei Weitzenhoffer (2000, S. 367 f.). Erickson u. Kubie (1941/1997) haben eine sehr detaillierte Schilderung einer Traumabehandlung mithilfe von Altersregression gegeben, die auch notwendige Vorsichtsmaßnahmen, wie z. B. die Verwendung von Amnesie, gut beschreibt.

Ab 1959 beschreibt der Gynäkologe und frühe Kollege Ericksons, David Cheek, in einer Reihe von Artikeln (1959, 1962, 1964), wie er mithilfe ideomotorischen Signalisierens (Cheek 1994; Cheek u. LeCron 1968; ▶ Kap. 13) bestimmte Symptome von Patienten auf traumatische Vorkommnisse während einer Operation unter Vollnarkose zurückführen konnte. Er stellt die lange belächelte und erst sehr spät u. a. durch Kaiser et al. (1993) bestätigte Hypothese auf, dass es unter Vollnarkose zu akustischen Wahrnehmungen kommen kann, die einen postoperativ fortdauernden Einfluss ausüben können (▶ Fallbeispiel »Panikattacken nach ‚Operationsunfall'« am Ende dieses Kapitels). Er benutzte ideomotorisches Signalisieren als Technik für »Altersregressionen« in die perinatale (z. B. 1974) und pränatale, also intrauterine Zeit (z. B. 1990, 1993) und verhalf seinen Patienten so zu einem Verständnis von Bedeutungszusammenhängen, das symptomreduzierende Auswirkungen hatte. Da Cheek diese »Erinnerungen« an vorgeburtliche »Kommunikationen zwischen Fötus und Mutter« nicht als metaphorische, bedeutungsstiftende Konstruktionen, sondern als wirkliche Ereignisse schilderte, wurde er von Skeptikern in Bezug auf die Möglichkeiten der Hypnose (Sutcliff 1960, 1961; Weitzenhoffer 1963–64) heftig angegriffen. Bezüglich der Problematik des »created memory« (s. unten sowie ▶ Kap. 21) sollte man immer bedenken, dass es prinzipiell nicht möglich ist, innerhalb des hypnotischen Settings zwischen Fakt und Fiktion zu unterscheiden. Auch wenn wir heute beginnen, den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Mutter während der Schwangerschaft und bestimmten medizinischen Faktoren im späteren Leben des Kindes zu verstehen, oder wissen, dass sich schon im Mutterleib auditive und kinäs-

thetische Engramme ausbilden können, sollte man – der wissenschaftlichen Einfachheit halber – alle durch hypnotische Altersregression gewonnenen »Erkenntnisse« im Bereich des »Kreativ-Konstruktiven« belassen, wenn sie die Zeit vor dem 3. Lebensjahr betreffen.

Das gilt insbesondere für »hypnotische Reinkarnationen«, die ebenfalls ihre Geschichte haben: Es war ein ehemals berühmter Laienhypnotiseur, Colonel Albert de Rochas (1911), der die Möglichkeiten der Altersregression und -progression ad absurdum führte: In seinen in die Vergangenheit gerichteten Reinkarnationen waren die Personen (zeitlich) vor dem Zeitpunkt ihrer Zeugung – sowie nach einem gebührenden Intervall der Dunkelheit – zunächst greisenhaft alt, also kurz vor ihrem Tod im vorausgegangenen Leben, wurden dann immer jünger bis hin zur Geburt, noch jünger in die fötale Periode hinein bis hin zur Zeugung; dann kam in perfekter zeitlicher Logik wieder das Greisenalter des davor liegenden Lebens etc. Bei in die Zukunft gerichteten Altersprogressionen geschah alles in der umgekehrten Reihenfolge: Nach Greisenalter und Tod kam die Zeugung, die intrauterine Phase, die Geburt etc. Die Leichtigkeit des hypnotischen Seins konnte de Rochas (1925) dann nur noch durch die »Ausscheidung«, d. h. Übertragung des Empfindungsvermögens auf externe Objekte »beweisen«: Wenn man die Versuchsperson stach, empfand sie nichts; stach man hingegen jenen materiellen Gegenstand, auf welchen das Empfindungsvermögen »ausgeschieden« worden war, so »fühlte« die Person den Stich. Diese und ähnliche phantastische Vorkommnisse brachten Hypnose natürlich immer wieder in den Ruch des Bühnenzaubers und der Scharlatanerie.

Es ist schon sehr lange her, dass mich eine Kunststudentin per Rechtsanwalt dazu zwingen wollte, bei ihr eine ähnliche »Transportation« Ihres Ich vorzunehmen: In Hypnose wollte sie fähig werden, sich in ihre Objekte »hinein zu versetzen«, welche sie zu malen beabsichtigte. Es dauerte eine Weile, bis ich verstand, dass sie das nicht metaphorisch, sondern ganz wörtlich meinte: Sie wolle z. B. wie eine Blume oder ein Stein sehen, hören, fühlen, riechen etc. Nachdem ich das abgelehnt hatte, erhielt ich einen Brief von ihrem Rechtsanwalt mit der nachdrücklichen Forderung, ihrem Verlangen zu entsprechen. Mit Hinblick auf potenzielle Kontraindikationen (▶ Kap. 10) verweigerte ich erneut und habe nichts weiter gehört.

1952 hypnotisierte ein Herr Bernstein eine Frau in New York, Virginia Tighe. Sie begann dann, mit irischem Akzent zu reden, irische Lieder zu singen und irische Geschichten zu erzählen. Schließlich behauptete sie, Bridey Murphy aus Irland zu sein. Bernsteins Buch »The Search for Bridey Murphy« (1954) wurde ein Bestseller und löste in den USA einen Reinkarnationsboom aus, der später von Thorwald Detlefsen in Deutschland rezipiert wurde.

Ob es sich nun um bewusstes oder »unbewusstes Simulieren« (de la Tourette 1889) handelt, es muss jedes Mal neu entschieden werden, wie viel historische Wahrheit die hypnotisch-regressive Erinnerung oder Reinszenierung beinhaltet. Der Wiener Psychiatrieprofessor Richard von Krafft-Ebbing (1888) beschrieb z. B. ausführlich eine Reihe von Experimenten mit einer begabten Somnambulen, Caroline P., die in Altersregressionen angeblich fähig war, ihre Stimme und ihre Handschrift so zu verändern, dass Krafft-Ebbing überzeugt war, es handle sich um ihre wahrhaftige Rückkehr zu jeweils früheren Phasen ihres Lebens, die nach wie vor in ihr lebendig seien. Sein Kollege Moriz Benedikt (1894, S. 74 ff.) hingegen empörte sich mit sehr deftigen Worten – »O sancta simplicitas!« – über die dilettantische Leichtgläubigkeit, mit der Krafft-Ebbing auf die Komödie einer begabten Schwindlerin hereingefallen war. Gleicher Meinung waren auch andere; Köhler (1897) z. B. wies in eigenen Experimenten nach, dass es sich bei Altersregressionen in die frühe Kindheit meist nur um eine mehr oder weniger gut gemeinte und gut gespielte Simulation handle.

Es ist allerdings fraglich, ob das auch auf den berühmten Fall von Erika Fromm (1970) zutrifft, der sie darin bestärkte, in der Hypnose eine effektive Methode der Psychotherapie zu sehen: Ihr japanischer Patient sprach in der Altersregression spontan und fließend wieder jenen japanischen Dialekt, den er bis zu seinem 3. Lebensjahr gesprochen hatte, solange er nämlich mit seiner Familie nach dem Überfall auf Pearl Harbour in einem Camp nur unter Japanern gelebt hatte. Vor der Hypnose hatte er behauptet, er könne außer ein paar wenigen Worten überhaupt kein Japanisch verstehen oder sprechen. Selbst als er nach der Trance das Tonband

hörte, konnte er vieles nicht verstehen, was er in der Regression als Dreijähriger in Japanisch gesprochen hatte. Erst in den Wochen danach kam ihm mehr und mehr seine offenbar verdrängte Muttersprache zu Bewusstsein; gleichzeitig ließ seine Arbeitsstörung nach, derentwegen er Erika Fromm aufgesucht hatte.

Leopold Loewenfeld hat schon 1901 darauf hingewiesen, dass es sich »bei der Durchführung suggerierter Kinderrollen seitens Somnambuler nicht um die Reproduktion früher durchlebter und der Vergessenheit völlig anheim gefallener Bewusstseinszustände, sondern um die Ausnützung von Erinnerungen … und Nachahmung« handelt (Loewenfeld 1901, S. 155). Er wies auch schon auf die Möglichkeit hin, dass man durch Suggestionen das Gedächtnis verfälschen kann, »indem man bei dem Hypnotisierten Vorstellungen erweckt, die keinem reellen Erlebnisse desselben entsprechen, und ihnen suggestiv den Charakter von Erinnerungen verleiht« (Loewenfeld 1901, S. 151).

Das Phänomen der Altersregression ist ein fester Bestandteil in der Geschichte der Hypnose. Neben eindrucksvollen Beispielen hypnotherapeutischer Neukonstruktionen (Janet 1889; Erickson u. Rossi 1989) wurden aber auch einige phantastische Reinkarnationen unkritisch der besonderen Macht der Hypnose zugeschrieben. Schon vor 1900 wird allerdings auch die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass Hypnose und Suggestion zu Erinnerungsverfälschungen beitragen können.

22.2 Theoretische Perspektiven

In den 1920er- bis 1970er-Jahren wurde eine ganze Reihe von Untersuchungen durchgeführt mit dem Ziel herauszufinden, ob es sich bei der Altersregression um eine echte temporale Revivifikation, also um eine wahrhaftige psychophysiologische Retrogression in das fragliche frühere Lebensalter handle. Nahezu alle geeigneten Indikatoren wie z. B. Babinsky- oder Moro-Reflex oder bestimmte Maße kognitiver Reifung wurden angewandt; einen Überblick dazu geben Nash (1987) und Peter (1993b). Als Fazit kann festgehalten werden, dass es unter Hypnose eine echte temporale Revivifikation nicht gibt. Ein Skeptiker würde ohnehin das logische Regressionsparadoxon als Beweis anführen: Wenn jemand tatsächlich in eine frühere Zeit hineinhypnotisiert werden könnte, dann müsste er ganz wortwörtlich den Kontakt zur Jetztzeit und damit auch zum Hypnotiseur verlieren und wäre mehr oder weniger hilflos in seiner Vergangenheit gefangen. Dass in der Hypnotherapie manchmal ein Rapportverlust zu verzeichnen ist, beweist aber nicht, dass dann eine solche Retrogression stattgefunden hat.

Wenn nun keine Retrogression stattfinden kann, was geschieht dann in hypnotischer Altersregression? Zwei theoretische Konzepte scheinen geeignet, hypnotische Regression zu verstehen: das psychoanalytische Konzept der topischen Regression (Freud 1914; Nash 1991, 1992) und das schon in ▶ Kap. 2 vorgestellte konstruktivistische Konzept der »Konstruktion von Wirklichkeit« (Peter 2000a).

Topische Regression geht davon aus, dass unter normalen Umständen eine hierarchische Struktur der psychischen Systeme vorliegt, d. h., dass die »psychische Erregung« normalerweise von einfacheren Strukturen wie Sensorik und Wahrnehmung hin zu höheren Strukturen wie Gedanken und Motorik fließt. Bei der topischen Regression ist diese Reihenfolge umgekehrt: Motorische Handlungen oder gedankliche Inhalte regredieren zur bloßen sensorischen Wahrnehmung oder zu einem imaginativen Geschehen wie z. B. im Traum, bei Halluzinationen oder eben in Hypnose; das wurde als Regression von sekundär- zu primärprozesshaften Prozessen verstanden, was bei unkontrollierten pathologischen Zuständen in klinische Symptome mündet, in Hypnose aber kontrolliert wird und damit adaptiven Charakter als Regression im Dienste des Ich annimmt (Gill u. Brenman 1961; Fromm 1979).

Nash (1991, 1992) führt dieses Konzept der **Hypnose als topische Regression** weiter aus, beschreibt die einzelnen Elemente der Ähnlichkeit zwischen einer topischen Regression und hypnotischen Phänomenen im Einzelnen und belegt das mit entsprechenden Studien:

- Bestimmte Veränderungen während einer hypnotischen Trance lassen, wie schon gesagt, auf eine Verschiebung von sekundär- zu primärprozesshaften Denkprozessen schließen.

- Unter Hypnose findet eine Regression im Dienste des Ich statt.
- Der Zugang zu affektivem Material ist erleichtert.
- Die Empfindung des Körpers, das Körperschema ist häufig verändert (Bongartz 1983).
- Es wird oft ein Verlust der »Autorschaft« bzw. des »Verursachergefühls« (▶ Kap. 13) bis hin zur Empfindung der »Willenlosigkeit« erlebt (Unwillkürlichkeit ist ja ein wesentliches Kriterium hypnotischen Erlebens).
- Es finden Prozesse der Verschiebung, der Verdichtung und der Identifikation mit dem Hypnotiseur statt.
- Der primäre Modus des Ich wechselt von Aktivität zu Rezeptivität.

All das sind Veränderungen, welche auf eine topische Regression hindeuten. Aus psychoanalytischer Sicht wird vielleicht auch verständlich, dass der Zustand der Hypnose generell eine Form der (topischen) Regression darstellt. In Hypnose allgemein und speziell in hypnotischer Altersregression werden solche Prozesse absichtlich hervorgerufen, verstärkt und je nach Zielsetzung gelenkt.

In ▶ Kap. 2 habe ich dargelegt, dass man Hypnose als den Versuch verstehen kann, **alternative Wirklichkeiten** zu konstruieren. In hypnotischer Altersregression kann es daher per definitionem nicht um a priori »wahre«, historisch korrekte Wirklichkeiten gehen. Deshalb sollte das entsprechende Regressionserleben in Trance nicht in erster Linie am Kriterium der historischen Wahrheit sondern an dem der Adaptivität gemessen werden. Wenn unser Gedächtnis in der Regel – zumindest was das biografische Material betrifft – nicht als eine Art mentaler Videorekorder funktioniert, der passiv alles Geschehene korrekt aufzeichnet, sondern Gedächtnisleistungen aus ständigen Rekonstruktionsprozessen bestehen, so sind biografische Erinnerungen nur noch die aktuellen Repräsentationen dessen, wovon man heute überzeugt ist, dass es früher einmal so oder ähnlich geschehen sein mag. Plastizität und Rekonstruktivität des Gedächtnisses sind ohnehin die Voraussetzung für therapeutische Veränderungen in hypnotischer Altersregression. Wenn es dieses Phänomen der Paramnesie nicht gäbe, wäre ein großer Teil hypnotherapeutischer (v. a. auch traumatherapeutischer) Arbeit nicht möglich. Denn eine Altersregression z. B. in eine problematische oder gar traumatische Situation allein mit dem Ziel, die Problematik der Vergangenheit oder den Schrecken des Traumas »wahrheitsgemäß« wieder zu erinnern, ohne den Versuch einer zumindest teilweisen Neukonstruktion bzw. den eines kleinen Perspektivenwechsels wäre absurd oder gar inhuman. Dass es aber auch in der Hypnotherapie manchmal gerade um den Versuch der möglichst korrekten Erinnerung geht, bestätigt nur die allgemeine Regel.

Altersregression ist keine echte Retrogression, wie das im vorigen Jahrhundert noch ernsthaft diskutiert wurde. Sie kann verstanden werden als eine topische »Regression im Dienste des Ich« bzw. als eine besondere Form der Konstruktion von Wirklichkeit, nämlich die in hypnotischer Trance wieder erlebte Rekonstruktion der eigenen Biografie.

Allerdings darf der Hinweis auf die Möglichkeit bzw. Gefahr ganz neu oder rekonstruierter Erinnerungen nicht dazu führen zu übersehen, dass in hypnotischer Altersregression durchaus auch historisch korrektes Material im Einzelnen zum Vorschein kommen kann; dies ist an anderer Stelle (▶ Kap. 21) schon hervorgehoben worden. Innerhalb des hypnotischen Settings haben wir lediglich kein geeignetes Kriterium, historisch wahre von konfabulierten Inhalten zu unterscheiden.

Die Repräsentationen vergangener Erfahrungen setzen sich aus verschiedenen Teilen zusammen, die im Gehirn auch an unterschiedlichen Stellen lokalisiert sind. In der klassischen kognitiven Psychologie (Paivio 1978; Tulving 1985; Revenstorf 1985b) ist schon früh darauf aufmerksam gemacht worden, dass es verschiedene Formen der Kodierung von Information gibt. Für unsere Zwecke soll die grobe Einteilung in **verbal** und **nonverbal kodierte Informationen** hinreichen.

Verbal kodierte Informationen entsprechen der **narrativen Erinnerung**, sind also Inhalte des sog. **deklarativen Gedächnisses** (»Faktenwissen«). Dies scheint zunächst die Domäne der kognitiven Therapien zu sein, nicht so sehr die der Hypnotherapie. Aber auch verbal kodierte Informationen können nicht bewusst sein, können allen Formen kognitiver Verzerrungen unterworfen oder zustandsab-

hängig sein, d. h. nur in einem bestimmten psychophysiologischen Zustand abrufbar; dann ist das Herbeiführen des entsprechenden psychophysiologischen Zustandes in Trance manchmal die einzige Möglichkeit, tief verwurzelte Glaubenssätze aufzudecken, die sich früher einmal aus expliziten Aussagen oder Handlungsanweisungen signifikanter Bezugspersonen gebildet haben (Revenstorf 1991a, 1994b, 1996a).

Fallbeispiel

Ein Beispiel dafür war die hartnäckige Überzeugung einer jungen Frau, die mit ihrem ersten Kind schwanger ging, dass ihr während der bevorstehenden Geburt etwas ganz grauenvoll Schreckliches zustoßen werde. Detaillierte Angaben über den Inhalt dieser Überzeugung konnte sie nicht machen und alle meine Versuche, sie zu beruhigen und von der Normalität einer Entbindung zu überzeugen, waren fruchtlos geblieben und hatten nichts an ihrem diffusen phobischen Gefühl ändern können. Erst in einer hypnotischen Altersregression erinnerte sie zwei »Merksätze« ihrer Mutter zum Thema Entbindung: »Gebären ist wie Backsteine scheißen, aber quer« und »Wenn Du meinst Du stirbst, dann ist es da!«

Daneben gibt es viele biografische Erfahrungen, die nicht verbal kodiert wurden, aber dennoch oder gerade deshalb Einfluss auf die heutige Symptomatik nehmen. Für die hypnotische Altersregression sind vor allem auch diese nonverbal kodierten Informationen, das **episodische** und **prozedurale Gedächtnis** (»Erfahrungswissen«) von Interesse. Hierzu gehören **sensorisch** (**visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch** oder **gustatorisch**) kodierte Erinnerungen (die syntaktischen Kriterien der Wirklichkeitskonstruktion, ▶ Kap. 2), samt den jeweiligen **affektiven Bedeutungen** (die semantischen Aspekte) sowie die **motorisch** kodierten Muster (die pragmatischen Aspekte).

Mithilfe dieser Einteilung lässt sich gut die Induktion und Führung einer Altersregression zeigen.

22.3 Praxis der hypnotischen Altersregression

22.3.1 Techniken zur »Konstruktion von Wirklichkeit«

Induktion

Die Kriterien zur Konstruktion von Wirklichkeit (▶ Kap. 2) können gut als Leitlinien zur intendierten, **stimulusgeleiteten** Induktion einer Altersregression dienen. Man kann mit der allgemeinen Frage beginnen:

»*Womit oder wie beginnen Sie sich zu erinnern?*«

Im Sinne des »pacing« sollte nun zuerst in der Sinnesmodalität (visuell, akustisch etc.) exploriert werden, mit der die Erinnerung beginnt, bevor auch andere Modalitäten abgefragt werden, z. B.:

»*Und während Sie das so und so* (visuelle Qualitäten) *sehen, was können Sie dabei hören. Achten Sie nicht so sehr auf den Inhalt, sondern* (z. B.) *auf die Stimme selbst, auf den Ton oder Klang der Stimme, wessen Stimme es ist etc.?*« (Fragen nach den akustischen Qualitäten).

Wenn es sich **nicht** um eine schwere traumatische Erinnerung handelt, können nun auch Fragen nach den anderen Modalitäten der Nahsinne und solche nach der affektiven Bedeutung folgen, wie z. B.:

»*Vielleicht ist da auch ein bestimmter Geruch, oder Sie haben einen besonderen Geschmack auf der Zunge? … Wie geht es Ihnen damit, was ist das für ein Gefühl?*«

Von dieser stimulusgeleiteten kann man die **reaktionsgeleitete** Altersregression unterscheiden, die unter dem Begriff **Affektbrücke** (Watkins 1971) in die Hypnoseliteratur eingegangen ist. Gemeint ist das Aufgreifen eines bestimmten, aus der aktuellen Situation heraus nicht verstehbaren Affektes und dessen Verstärkung und Rückführung in die passende Situation aus der Vergangenheit, z. B.:

»Lassen Sie nun das Gefühl stärker werden, deutlicher und größer, sodass es nur dieses eine Gefühl gibt, dass nur dieses eine Gefühl all ihre Wahrnehmung ausfüllt, und Sie beginnen nun, mit diesem Gefühl zurückzugehen in Ihrem Leben, immer weiter zurück, und lassen sich nur von diesem Gefühl leiten, über die Zeit hinweg zurück bis genau dorthin, wo dieses Gefühl seinen Anfang nahm … Wo sind Sie jetzt?« oder *»Lassen Sie nun das Gefühl stärker werden, sodass es eine Art Brücke bilden kann, eine Gefühlsbrücke, deutlich und stark, über welche Sie in Ihre Vergangenheit zurückgehen, genau dorthin, wo dieses Gefühl seinen Anfang nahm … Wo sind Sie jetzt?«*

Führung

Es wurde in ▶ Kap. 2 schon darauf hingewiesen, dass es in Bezug auf die affektive Bedeutung nicht beliebig ist, über welche Sinnesmodalität die Altersregression eingeleitet und geführt wird. Je mehr Sinnesmodalitäten angesprochen werden und je reichhaltiger die Sinnesqualitäten ausgefüllt werden, umso lebendiger und reichhaltiger ist auch das Erleben der hypnotischen Wirklichkeit in der Altersregression. Wenn aber die Gefahr besteht, dass traumatische Affekte in überwältigender Weise einschießen und damit eine bloß affektive Erinnerung bewirken, die nur retraumatisiert, dann sollte entsprechend dem Protokoll der hypnotherapeutischen Traumatherapie (Peter 2006b) zunächst eine sichere **Beobachterposition** gesucht werden, von der aus die kinästhetischen (olfaktorischen oder gustatorischen) Anteile dissoziiert sind und nur mehr die Fernsinne, Augen und Ohren, angesprochen werden, etwa:

»Nun lassen Sie Ihren Körper vom Hals abwärts einschlafen, sodass Ihr Körper vom Hals abwärts während der nächsten 10–20 min ruhig und tief schlafen kann, während Sie mit Ihren Augen beobachten, wie weit Sie sich von jener Szene entfernen müssen, um ruhig und sorgfältig hinschauen zu können. Suchen Sie sich eine Position aus, die geeignet ist, ganz ruhig alles zu betrachten. Von wo aus können Sie am besten hinsehen?«

Diese Letzten sind Fragen nach der genauen Position im Raum und der genauen Perspektive, wie z. B.: »20 m entfernt, von rechts oben« oder »von ganz oben, aus der Vogelperspektive«. Die Imagination technischer Hilfsmittel, wie z. B. eines Videorekorders oder einer Filmleinwand ist in den ▶ Kap. 36 und 38 speziell bei der Behandlung von spezifischen Phobien und posttraumatischen Belastungsstörungen ausführlich beschrieben.

Über die Fernsinne soll zunächst ein szenisches Verständnis erworben werden, um die biografische Geschichte für die betreffenden Zeitabschnitte inhaltlich so gut wie möglich zu rekonstruieren, für die keine oder eine nur unvollständige narrative Erinnerung vorliegt.

Bevor es nun zu einer affektiven Wiederannäherung bzw. Reassoziation kommt, ist es in manchen Fällen notwendig, konstruktiv einzugreifen und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, welche damals nicht vorhanden waren oder nicht genutzt werden konnten. Das ist die eigentliche **bedeutungsverändernde Neukonstruktion der Vergangenheit**. Ich bevorzuge dabei die folgende Rangfolge in der Einführung von Ressourcen:

Rangfolge hinsichtlich Einführung von Ressourcen:

1. An erster Stelle sollte versucht werden, dass der **Patient aus heutiger Sicht**, mit seinen heutigen Möglichkeiten, dem kleinen Kind von damals zu Hilfe kommt. Hierzu ist eine stabile Dissoziation der Beobachter- von der Erlebensperspektive nötig, damit Therapeut und Patient zusammen beraten können, welche Hilfe gegeben werden kann, z. B.:

   »Nun lassen Sie sich bitte Zeit, damit wir beide in Ruhe überlegen können, was das kleine Kind im Moment bräuchte, und wie Sie ihm von heute aus helfen können, mit allem, was Sie seit damals gelernt haben, was Sie heute verstehen und was das Kind damals nicht wusste …«

▼

2. Wenn das nicht möglich ist, hilft vielleicht die Frage nach **Hilfspersonen** in der damaligen Situation weiter:

   »Wer hätte Dir damals beistehen können, wen gab es noch, der Dir wohlgesonnen war und Dir nun Hilfe bringen kann …« (Zu beachten ist hier das regressionsadäquate »Du« und die sukzessive Veränderung der Zeiten vom Imperfekt zum Präsens, von war zu ist.)

3. Wenn auch damit niemand Hilfreiches auftaucht oder behilflich ist, so sollte zunächst der Versuch der **Symbolisierung** gewählt werden. Früher waren es die Schutzengel, manchmal sind sie es auch heute noch. Es können aber auch Übergangsobjekte (Winnicott 1976) eingeführt werden wie z. B. Tiere oder die Figur der alten weisen Gestalt in der Höhle oder schlussendlich auch die Figur des eigenen weisen und hilfreichen Unbewussten als »therapeutisches Tertium« (Peter 2000d):

   »Überlasse es nun Deinem Unbewussten, einen Weg zu finden, wie man diesem kleinen Kind helfen kann …«

4. Wenn auch das nicht möglich ist, also keine eigenen Ressourcen des Patienten gefunden oder benützt werden können, erst dann ist zu überlegen, inwieweit sich der **Therapeut selbst** einbringen kann, wie es in den Fallgeschichten von Pierre Janet (»Marie«), von Erickson (»Der Februarmann«) oder in der eigenen Fallgeschichte unten zum Ausdruck kommt.

Mit dem Schema der Wirklichkeitskriterien als Leitlinie kann nun überprüft werden, welche Elemente zu viel oder zu intensiv vorhanden sind, völlig oder teilweise fehlen oder verzerrt sind:

- Werden die **Sinnesmodalitäten** situationsadäquat benützt? Welche Modalität fehlt, obwohl sie hilfreich wäre? Welche Modalität ist überdeutlich präsent, obwohl sie hindert?
- Wie wird die Situation bewertet? Ist eine andere **Bedeutungsgebung** (Reframing, ▶ Kap. 19) möglich? Wodurch kann sie initiiert werden, durch eine Veränderung auf der Ebene der Sinnesmodalitäten (*»Schau genau hin!« »Horch hin!«*) oder durch eine Veränderung auf der Ebene der Handlung und Interaktion?
- Findet eine aktive **Handlung und Interaktion** statt oder ist der Patient als Kind hilflos und passiv einem Ich-dystonen Geschehen ausgeliefert (Fromm 1972)? Welche Aktion bzw. Interaktion wäre nötig? Wie kann sie initiiert werden?

Erst wenn so aktives Coping möglich geworden ist, empfiehlt sich – wenn überhaupt – der Versuch einer Reassoziation des Affektes:

»Nun versuchen Sie zu fühlen, wie es dem kleinen Jungen/Mädchen jetzt geht. Vielleicht können Sie sich mit diesem Gefühl jetzt wieder mehr und mehr annähern und wieder lernen zu spüren, dass man auch anders empfinden kann …«

In bestimmten Fällen traumatischer Erfahrung mag es durchaus angebracht sein, sich probeweise mit dem Aggressor bzw. dessen Affekten zu identifizieren (Butollo et al. 1999), z. B. um eine Introjektion der aggressiven Anteile aufzudecken und durch eine nun bewusst durchgeführte Dissoziation wieder zu lösen (für Details ▶ Kap. 39; Van der Hart u. Peter 1995).

Je nach Notwendigkeit und klinischer Einschätzung muss der Wirklichkeitscharakter des Erlebens in der Altersregression gesteigert oder verringert werden.
Der Wirklichkeitscharakter wird intensiviert, indem mehr und mehr Sinnesmodalitäten und die jeweiligen Sinnesqualitäten hinzugefügt werden, indem insbesondere auch nach den Nahsinnen gefragt und dadurch das affektive Erleben gesteigert wird. Eine Intensivierung bewirken auch Fragen nach Handlung und Interaktion.
Umgekehrt wird der Wirklichkeitscharakter verringert, indem nur auf die beiden Fernsinne, u. U. ausschließlich auf die visuelle Modalität fokussiert wird, indem die Sinnesqualitäten flach

gehalten, keine Affekte provoziert und keine Handlung oder Interaktion initiiert werden.

22.3.2 Hypnoprojektive Techniken

Erika Fromm et al. (Brown u. Fromm 1986; Fromm u. Nash 1996) haben eine Reihe von hypnoprojektiven Techniken beschrieben, welche dem Aufdecken unbewusster Bedeutungen dienen und deshalb auch in der hypnotischen Altersregression sehr gut angewandt werden können.

- Der Patient soll sich vorstellen, dass er auf dem Dachboden ein **altes Bild** findet, welches im Laufe der Zeit immer wieder übermalt wurde und nun zudem mit Staub und Spinnweben bedeckt ist. Die Aufgabe besteht darin, das Bild langsam und sorgfältig zu säubern und dann Schicht um Schicht die Übermalungen abzutragen, um so die Entstehungsgeschichte in die Vergangenheit zurückzuverfolgen.
- Bei der **Theatertechnik** (Wolberg 1948) soll sich der Patient vorstellen, wie er entspannt und neugierig im Sessel eines Theaters (heute vielleicht Kino oder vor dem Fernseher) sitzt, wie sich der Vorhang hebt und ein Stück beginnt, in welchem er eine bestimmte Szene oder Phase seiner Vergangenheit wiedererkennt.
- Bei der Imagination einer **Wolke** soll der Patient beobachten, wie eine vorgestellte Wolke am Himmel sich in Form und Farbe so verändert, bis sich daraus langsam Szenen und Gestalten seiner Vergangenheit entwickeln.
- Der Patient soll sich vorstellen, wie er eine Handvoll **Zahlen** und **Buchstaben** in die Luft wirft, welche sich beim Herunterfallen zu bedeutungsvollen Jahreszahlen und Wörtern formen.

Und schließlich kann man die Metapher der **drei Türen** benutzen, vor denen der Patient steht und weiß, dass hinter jeder ein bestimmter Zeitabschnitt seiner Vergangenheit liegt. Er lässt nun sein Unbewusstes entscheiden, auf welche Tür er zugeht, um sie zu öffnen und einzutreten.

Man beachte, dass all diese Techniken den Patienten zunächst in eine Beobachterposition versetzen, in der er verbleiben kann, wenn es die Situation erfordert. Sie gewähren alle auch Sicherheit – dass sich z. B. eine Tür nicht öffnen lässt, dass sich der Theatervorhang abrupt senkt oder sich erst gar nicht hebt etc.

22.3.3 Sicherheitsmaßnahmen

Drei Maßnahmen sind für eine Altersregression notwendig, sei sie nun bewusst initiiert oder als spontanes Ereignis zu erwarten:

Notwendige Maßnahmen für die Altersregression:

1. Die Metapher des **sicheren Orts** muss schon **vor** der Altersregression für den Patienten eine erfahrbare Wirklichkeit geworden sein, also hohen Evidenzcharakter besitzen. Diese Erfahrung muss so gut eingeübt sein, dass sich der Patient auch unter schwierigen Bedingungen an diesen Ort zurückziehen kann.
2. Es müssen **Amnesietechniken** (▶ Kap. 21) angewandt werden können, um den Patienten aus einer schwierigen, evtl. traumatisierenden Regressionssituation wieder herausführen und am Ende der Stunde gefahrlos auf die Straße und nach Hause gehen lassen zu können, auch wenn die Situation in der Regression noch nicht abgeschlossen oder befriedigend aufgearbeitet worden ist.
3. Es muss ein **stabiler Rapport** (▶ Kap. 4) bestehen als Grundlage für die therapeutische Führung in der Altersregression. Aufgrund des hohen Evidenzcharakters, den das Erleben in einer hypnotischen Altersregression annehmen kann – der Patient fühlt sich u. U. wieder hilflos wie ein kleines Kind – ist manchmal eine aktive Führung durch den Therapeuten nötig. Das bedeutet, er muss bereit sein, für die Zeit der Altersregression die Verantwortung und somit protektive, evtl. parentale Funktionen zu übernehmen.

22.3.4 Kontraindikationen

Es gelten zunächst grundsätzlich die gleichen Kontraindikationen wie für Hypnose allgemein (▶ Kap. 10). Insbesondere sollte von einer Altersregression Abstand genommen werden, wenn eben erwähnte Sicherheiten nicht gegeben sind und wenn der Patient die grundsätzliche Konstruktivität der Altersregression nicht akzeptiert und etwa gerichtlich verwertbare, historische Wahrheiten finden will.

Als kursorische Anmerkung sei in diesem Zusammenhang auf die absurde Situation hingewiesen, dass in den USA Therapeuten von ihren Patientinnen verklagt worden sind, weil die Erinnerung an einen sexuellen Missbrauch unter hypnotischer Trance erfolgt war. Jegliches Material, das unter Hypnose zum Vorschein kommt, kann in manchen US-amerikanischen Staaten aber nicht mehr vor Gericht verwendet werden. So konnten diese Patientinnen ihre Missbraucher nicht mehr vor Gericht bringen und waren dadurch – durch das »Verschulden« der Therapeuten – in der Ausübung ihrer Grundrechte behindert.

22.3.5 Indikationen

Hypnotische Altersregression ist in der **Explorationsphase** einer Therapie angebracht, wenn Patienten nicht die relevanten Informationen erinnern, die die Ätiologie einer Störung erklären; das betrifft Informationen sowohl aus dem deklarativen wie aus dem episodisch/prozeduralen Gedächtnis.

In der eigentlichen **Therapiephase** ist Altersregression zunächst zum Aufsuchen und Sammeln von Ressourcen nützlich, wenn solche in der Vergangenheit vermutet werden. Vor allem aber ist Altersregression immer dann von Nutzen, wenn offensichtlich ist, dass unbewusste Konflikte, maladaptive Glaubenssätze oder sonstige Wirklichkeitsrepräsentationen der Vergangenheit alle therapeutischen Bemühungen in der Gegenwart behindern oder gar unmöglich machen; d. h., ehe in der Gegenwart etwas verändert werden kann, müssen bestimmte Parameter der vergangenen Wirklichkeit korrigiert und der heutigen Situation angepasst werden; das ist Aufgabe der hypnotischen Neukonstruktion der Vergangenheit. Das bedeutet aber, dass hypnotische Altersregression nur die Ultima Ratio ist für all die Fälle, bei denen die Arbeit auf den Ebenen der Gegenwart und der Zukunft nicht zum Ziele führt.

22.4 Fallgeschichten

Fallbeispiel

Die »Bestrafung« des Kindermädchens

Als Beispiel für eine »Neukonstruktion der Vergangenheit« soll zunächst die Behandlung einer 35-jährige Frau dienen, welche wegen Fettsucht in Behandlung kam (Peter 1998d). Die Exploration erbrachte erst nach und nach, dass sie sich seit Jahren ausschließlich von Schokolade, Kuchen, Torten und anderen Süßigkeiten ernährte. Zudem war sie extrem sparsam, ohne das jedoch so zu empfinden; sie hatte sich z. B. abgewöhnt, ihr Zimmer im Winter zu heizen. Wenn sie von der Arbeit nach Hause kam, legte sie sich ins Bett, las Bücher und aß nebenher Süßigkeiten. Ihre sozialen Kontakte waren auf ein Minimum beschränkt, und obwohl sie sich danach sehnte, war sie noch nie mit einem Mann längere Zeit befreundet gewesen.

Nach einer Tranceinduktion fragte ich sie nach dem wirklichen Grund ihrer ungewöhnlichen Ess- und Lebensgewohnheiten. In einer spontanen Altersregression antwortete sie mir mit der Stimme eines kleinen Mädchens, sie sei mit einem großen Stück Kuchen in ihrem Zimmer eingesperrt. Genaueres Nachfragen ergab, dass ihre Eltern tagsüber voll beschäftigt waren und sie immer der Obhut eines Kindermädchens überlassen hatten. Dieses jedoch ließ öfter ihren Freund kommen oder vernachlässigte auch sonst ihre Pflichten. Die einfachste Möglichkeit, vor ihr, der Kleinen, Ruhe zu haben, war offensichtlich, sie einzusperren und mit Süßigkeiten zu beruhigen.

Die nun folgenden 35 Stunden der Behandlung verliefen alle nach dem gleichen Muster: Sie kam, und wir wechselten ein paar alltägliche Sätze über das Wetter, aktuelle Ereignisse oder andere Belanglosigkeiten. Auf meine beiläufige Bemerkung hin, sie solle es sich doch bequem machen, ging sie spontan in Trance und regredierte in ein Alter von ca. 4–6 Jahren. Am Ende der Stunde weckte ich sie auf, indem ich den Gesprächsfaden des Stundenanfangs wieder aufnahm, und wir machten noch ein wenig Konversation (indirektes Angebot der Amnesie; ▶ Kap. 21, ◘ Abb. 21.1).

In der Altersregression war ich für sie nicht mehr Therapeut, sondern eine nicht näher definierte Person, mit der sie sich freundschaftlich unterhalten konnte. So überlegten und beratschlagten wir, was sie in ihrer misslichen Lage des Eingesperrtseins am besten tun könne. Viele Vorschläge ihrerseits wurden diskutiert und viele Möglichkeiten erwogen, als nutzlos erkannt und wieder verworfen, bis sie schließlich das Bedürfnis hatte, das Kindermädchen zu bestrafen. So diskutierten wir mehrere Möglichkeiten einer effektiven Strafe: sie bei den Eltern verpetzen, trotzig sein, ihr gegen das Schienbein treten, laut schreien etc. Das alles wurde als wenig Erfolg versprechend verworfen. Schließlich kam uns die Idee, sie könnte das Kindermädchen in ihr Zimmer locken und es zum Süßigkeiten essen animieren. Gesagt, getan. Als das Kindermädchen jedoch satt war und wieder gehen wollte, wurde es eingesperrt mit der Ankündigung, dass es nicht eher herausgelassen werde, als bis es den ganzen Kuchen, die ganze Torte und alle Schokolade aufgegessen hätte.

Diese Prozedur wurde solange wiederholt, bis das Kindermädchen richtig dick und fett war. Erst jetzt schien das Rachebedürfnis des kleinen Mädchens gestillt und es konnte natürliches Mitgefühl entwickeln, als es sah, wie das Kindermädchen wegen seiner Unförmigkeit unglücklich war, darunter litt, dass sein Freund weggelaufen war, und dass die anderen es verächtlich anschauten.

Dem kleinen Mädchen wurde klar: Das Kindermädchen musste dringend abnehmen und wieder normale Sachen essen, um wieder einen Freund zu bekommen und von anderen wieder geachtet zu werden. Aber wie? Ich glaube, wir haben alle Möglichkeiten besprochen, die die Verhaltenstherapie für Fettsüchtige anzubieten hat – natürlich in einer Form, wie sie ein etwa 5-jähriges Mädchen versteht. Das Kindermädchen entwickelte nämlich all die Widerstände einer Person, die gewohnt ist, gern viel und vor allem Süßes zu essen. Aber das kleine Mädchen hatte auch eine sehr große Motivation aus seinem Mitgefühl heraus und – unausgesprochen – vermutlich auch wegen seines schlechten Gewissens. Etwa zwei Drittel der 35 Behandlungsstunden beschäftigten wir uns damit, das Kindermädchen effektiv zu behandeln und fanden trotzdem leider keine Möglichkeit, es abzuspecken, ohne dass es nicht tatsächlich bestimmte Dinge tun musste, wie z. B. weniger und vor allem normal zu essen.

So schwierig die Behandlung des Kindermädchens war, so einfach lief sie bei der 35-jährigen Frau: Ohne dass wir je direkt darüber gesprochen haben, war sie während der »Behandlung des Kindermädchens« normalgewichtig geworden und hatte auch sonst wesentliche Dinge in ihrem Leben verändert. Sie heizte ihr Zimmer, aß in Gaststätten oder kochte sich etwas, lud Bekannte zum Essen ein und ließ sich einladen. Ein halbes Jahr später bekam ich von ihr einen Brief aus Griechenland, wo sie mit ihrem Freund Urlaub machte, den sie nach Ende der Therapie kennen gelernt hatte.

Fallbeispiel

Panikattacken nach »Operationsunfall«

Eine 29-jährige Hausfrau, Mutter von 2 Grundschulkindern, kam wegen Panikattacken in klaustrophobischen Situationen in Therapie. Nach 2 Stunden Exploration erinnerte sie sich, dass sie diese Symptomatik seit einer Stirnhöhlenoperation vor ca. 3 Jahren habe; sie konnte aber keine näheren Zusammenhänge angeben, außer dass sie in diesem Zusammenhang immer an einen Verwandten denken müsse, dem Folgendes passiert sei: Nach einer Operation habe er eine kleine Stichnarbe über seinem Herzen festgestellt; ihm sei auch eine Art Traum eingefallen, den er während der Operation oder kurz danach gehabt habe, dass er sich nämlich von einer Position oberhalb der Tür auf dem Operationstisch habe liegen sehen, während die Ärzte sich ganz hektisch um ihn bemüht hätten. Auf seine direkte Frage hin habe ihm dann ein Arzt bestätigt, dass es einen Operationszwischenfall gegeben habe und dass er reanimiert werden musste.

Die Patientin war gut hypnotisierbar, was mir sehr bald erlaubte, ihr Unbewusstes zu »befragen«, ob es einen Zusammenhang gebe zwischen ihrer Stirnhöhlenoperation und den nachfolgenden Panikattacken. Die »Ja-Hand« ging hoch (ideomotorische Reaktion), und so fuhr ich fort, dass ihr Unbewusstes ihr nun weitere Einzelheiten mitteilen würde, falls die Ja-Hand weiter hochgehe. Das tat sie, und nach einiger Zeit berichtete die Patientin, dass sie sich am Abend vor der Operation im Krankenhaus allein in ihrem Zimmer befinde und dass sie furchtbare, unerklärliche Angst habe. Ich bat sie nun, sich von ihrem Körper zu lösen und sich so weit zu entfernen, dass sie diese ängstliche Frau in ihrem Bett in aller Ruhe betrachten und sich Gedanken über sie machen könne (Einnehmen der Beobachterperspektive). Mit dieser Beobachterin, die sich weit entfernt außerhalb des Zimmers im Gang befand, besprach ich nun in etwa Folgendes: Das ist jetzt eine ganz dumme Sache, diese Frau im Bett hat furchtbare

Angst vor der Operation, weil sie befürchtet, dass ihr das Gleiche passiert wie ihrem Verwandten. Da muss man zu ihr hingehen, sie aufklären und beruhigen. Ob sie sich das zutraue, wenn ich dabei bin und nun mit ihr ins Zimmer zurückgehe? Ja, sie traute es sich zu, und so gingen wir ins Zimmer und sie setzte sich zu der Frau ans Bett, nahm ihre Hand und sprach, z. T. unter meiner Anleitung, beruhigend auf sie ein: dass es extrem unwahrscheinlich sei, dass ihr so etwas Ähnliches wie ihrem Verwanden passiere, dass sie deshalb ganz ruhig sein könne etc.

In weiteren Sitzungen in Altersregression wurde zudem erinnert, wie sie am nächsten Morgen auf die Beruhigungstabletten paradox reagierte und unter panischen Angstgefühlen aber bei erschlaffter Muskulatur in den OP geschoben wurde. Auch hier griff sie als Beobachterin gemeinsam mit mir ein und wir »erklärten« der armen Frau auf der Liege, dass das jetzt leider wieder eine ganz blöde Situation seit, weil sie offensichtlich paradox auf Medikamente reagiere. Aber sie könne ganz ruhig sein, denn das sei »nur« eine körperliche Reaktion, künstlich durch das Medikament provoziert. Es fühlt sich wie Angst an, weil alle entsprechenden körperlichen Anzeichen vorhanden sind; am besten löse sie sich von ihrem Körper, damit sie alles richtig verstehen und ruhig werden könne. Schließlich wurde in mehreren Sitzungen Stück für Stück »rekonstruiert«, dass sie während der Operation aufgewacht war, zwar keine Schmerzen hatte, aber ein sehr unangenehmes Gefühl, denn sie konnte sich nicht rühren, spürte den Tubus im Hals, sah nichts und hörte undeutlich Stimmen, ohne etwas zu verstehen. Bevor sie nun panisch werden konnte, griff ich aktiv ein und erklärte, dass das jetzt wirklich eine saublöde Situation sei und sie wirklich zu bedauern sei, denn was so extrem selten geschieht, müsse nun ausgerechnet ihr passieren. Gerade deshalb muss sie nun ganz sorgfältig auf meine Worte hören und peinlich genau allen meinen Anweisungen folgen, denn sie wisse nur zu gut, dass sie anderenfalls panisch werden könne. Also, sie müsse nun ihren ganzen Körper tief einschlafen lassen, tief und ruhig ihren ganzen Körper einschlafen lassen, damit sie sich mit ihrem Geist völlig von ihrem Körper lösen könne, so weit von ihrem Körper lösen, dass sie weit genug über ihm schweben, auf ihn herabsehen und erkennen könne, was da vor sich geht, wie ihr Körper auf dem Operationstisch liegt, die Ärzte um ihn herum stehen und ihre Arbeit tun und niemand bemerkt, dass sie aufgewacht ist, weil sie alle so in ihre Arbeit vertieft sind, dass sie nichts anderes bemerken können. Nur sie selbst bzw. nur ihr Geist weiß, dass sie wach ist und wahrscheinlich gleich Angst bekommt. Deshalb muss sie nun wieder näherkommen und beruhigend mit ihr sprechen, am besten ihre Hand nehmen wie gestern Abend im Zimmer, und ganz liebevoll, sicher und ruhig mit ihr reden, dass alles in Ordnung ist, dass sie keine Schmerzen spürt, nur so ein blödes Gefühl, dass aber alles gleich vorbei ist, dass sie noch etwas geduldig sein soll, dass sie sich – wenn es zu lange dauern sollte – Gedanken machen soll über Dinge, über die sie sonst nie nachdenkt, dass ich bei ihr bin, und sie vielleicht ihre Hand streicheln solle. Wenn sie jetzt spürt, dass ihre Hand gestreichelt wird, dann hebt sich diese ganz von alleine (ideomotorisch), und dann weiß sie, dass alles in Ordnung ist, dass sie warten kann, ruhig sein kann, dass sie nun etwas ganz Neues lernen kann, ganz ruhig warten, bis alles vorbei ist …

Ihre linke Hand hob sich etwas, sie blieb sichtbar ruhig und bestätigte das auch jeweils nach den Trancesitzungen.

Mehrfach haben wir diese und ähnliche Szenen in verschiedenen Sitzungen durchgespielt; davor und danach, nicht nur während der Trance selbst, gab ich als Therapeut immer Informationen und Erklärungen. In diesen Vor- und Nachbesprechungen wurde immer wieder auch vorsichtig thematisiert, dass einiges dafür spreche, dass alles tatsächlich so gewesen sei, wie sie es nun erinnert habe, dass wir das aber nicht wirklich wissen. Es könne ja auch sein, dass nur Teile davon der historischen Wahrheit entsprechen und andere hinzu imaginiert worden sind, um dem Ganzen einen Sinn zu geben. Das macht aber letztlich keinen Unterschied, denn so funktionieren wir Menschen nun mal. Dem konnte sie gut zustimmen, weil im Verlauf der Therapie ihre Panikanfälle immer seltener wurden und nach 17 Stunden schließlich ganz verschwanden. Sie blieben es auch nach einem Jahr, wie die Katamnese ergab.

Fazit

Für viele der Fälle, in denen Patienten keine therapeutischen Fortschritte in der Gegenwart erzielen und keine positiven Zukunftsperspektiven entwickeln können, weil sie unter der Last einer extrem problematischen Vergangenheit leiden, ist hypnotische Altersregression mit der Möglichkeit der Neukonstruktion der Vergangenheit eine Option. Die kognitive Einsicht, das rationale Verstehen pathologischer Situationen in der eigenen Biografie allein mag zwar auch manchmal hilfreich sein, denn hierdurch werden schon Bedeutungen verändert; das episodische und/oder prozedurale Gedächtnis muss dabei aber nicht notwendigerweise eine erfahrungs- und handlungsrelevante Veränderung erfahren haben. LeDoux (1998) hat diese Problematik anhand der komplizierten Beziehungen zwischen der Amygdala und dem Hippocampus hirnphysiologisch schon einleuchtend dargestellt (Roth 1995). Das heißt, in vielen Fällen kommt es darauf an, dass das »Erfahrungswissen« einer Person nachhaltig verändert wird. Der Zustand der hypnotischen Trance ist hilfreich, um via Altersregressionen neue Wirklichkeiten in der Vergangenheit erfahrbar zu machen und damit die Gegenwart und Zukunft zu ändern.

23

Hypnoanalyse

J. Philip Zindel

23.1 Theoretische Grundlagen – 301

23.1.1 Allgemeines – 301

23.1.2 Theoretische Vorbemerkungen zur Hypnose – 301

23.2 Hypnoanalytische Interventionen – 303

23.2.1 Klassische Methoden – 303

23.2.2 Beispiele neuerer hypnoanalytischer Techniken – 304

23.1 Theoretische Grundlagen

23.1.1 Allgemeines

Der Begriff »Hypnoanalyse« beinhaltet verschiedene Bedeutungen:

- das Einbeziehen von Hypnose in die psychoanalytische Arbeit (Wolberg 1945),
- die tiefenpsychologisch fundierte Handhabung von Hypnose (Watkins 1992a),
- den psychoanalytischen Deutungsansatz im Rahmen einer Hypnotherapie,
- die psychodynamisch orientierte Analyse von hypnotischen Zuständen.

Andere Bezeichnungen wie analytische Hypnose (Palaci 1992) oder psychodynamische Hypnotherapie bzw. hypnodynamisch orientierte Psychotherapie (Brown u. Fromm 1986) bezeichnen geringfügige Nuancen. Den jüngsten umfassenden Überblick geben Fromm u. Nash (1996).

Die innere Gemeinsamkeit hypnoanalytischer Verfahren besteht in der expliziten Kombination von Trancearbeit mit bewusstem Verstehen der unbewussten Psychodynamik. Sie unterscheiden sich von der klassischen analytischen Arbeit vor allem durch das gezielte Nutzen von Trancephänomenen, wie der Fokussierung des Bewusstseins und der Trancelogik. Von der Erickson'schen Hypnotherapie unterscheidet sich Hypnoanalyse dadurch, dass Deutungen miteinbezogen werden, dass in einem nachträglichen Gespräch tiefenpsychologische Zusammenhänge geklärt werden und dass ihre Strategien weitgehend psychodynamischen Überlegungen folgen.

Gill u. Brenman (1959), Kubie (1961), Kubie u. Margolin (1944) oder Kline (1958) haben sich vornehmlich durch ihre Suche nach einem psychoanalytischen Erklärungsmodell der Hypnose hervorgetan (Kinzel 1993). Dabei wurden in erster Linie zwei Aspekte der Hypnose betont: die Regression im Dienste des Ich und die Auflockerung der Ich-Grenzen.

Hypnoanalytische Verfahren bestehen in der explizierten Kombination von Trancearbeit mit bewusstem Verstehen der unbewussten Psychodynamik.

23.1.2 Theoretische Vorbemerkungen zur Hypnose

Abstinente Nähe

Durch die hypnotische Induktion entsteht eine ganz eigentümliche, intensive Form von Nähe wie sonst in keiner Form zwischenmenschlichen Kontakts (Zindel 1994). Sie ähnelt der symbiotischen Mutter-Kleinkind-Beziehung (Kinzel u. Erazo 1996) oder auch der Verliebtheit, unterscheidet sich aber von ihnen in wichtigen Punkten:

- durch die therapeutische Zielsetzung,
- durch die damit verbundene Asymmetrie der Beziehung,
- durch die Abstinenz des Therapeuten,
- durch die zeitliche Begrenzung und
- durch die weitgehende Steuerbarkeit der Veränderungen des Bewusstseins.

Diese Nähe ist nicht projiziert oder neurotisch geprägt (also kein Übertragungsphänomen im strengen Sinn), sondern real, echt und gegenseitig. Das Aufkommen einer solchen guten Nähe stellt also kein zu bearbeitendes Thema dar, sondern ist ein wesentliches Ziel jeglicher Therapie.

Die durch die hypnotische Induktion entstehende Nähe ist für die Hypnoanalyse aus zwei Gründen von besonderer Bedeutung:

1. **Der Weg in den hypnotischen Zustand und die Widerstände dagegen können Gegenstand einer äußerst wichtigen und fruchtbaren analytischen Arbeit werden.**
2. **Diese abstinente Nähe sichert einen therapeutischen Schutz, und ermöglicht so, dass das Umstrukturierungspotenzial der Hypnose optimal ausgeschöpft werden kann.**

Zweiphasigkeit der Hypnose

Nach Roustang (1994) und anderen Autoren sind in der Hypnose zwei grundlegend verschiedenartige Phasen zu unterscheiden: die Induktionsphase und der hypnotische Zustand. In der ersten Phase spielen die Interaktionen auf bewusster und unbewusster Ebene (Übertragung) eine bestimmende Rolle, ob der Patient in Hypnose gelangen kann oder nicht. Die Kunst der Induktion besteht mit anderen Worten in der kurzfristigen Überwindung oder Umschiffung der Widerstände gegen die symbi-

otische, therapeutische Nähe. In der zweiten Phase, im hypnotischen Zustand, geschehen die Dinge gewissermaßen nur noch »intern«, wie beim Träumen.

Bei aller Vielfalt der hypnoanalytischen Möglichkeiten können doch einige Gemeinsamkeiten als charakteristisch festgestellt werden:

Charakteristische Gemeinsamkeiten der hypnoanalytischen Möglichkeiten:

- Der Therapeut **reflektiert** fortlaufend die hypnotische **Beziehung** unter psychodynamischen Gesichtspunkten (Übertragung-Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr etc.) und führt den Patienten umsichtig in seine Überlegungen ein.
- Die **Trance** dient sowohl als therapeutisches **Instrument** (Fokussierung der Aufmerksamkeit) wie auch als **Gegenstand der Analyse**. Die verschiedenen Spielformen der Bewusstseinszustände, im jeweiligen Zusammenhang ihres Auftretens betrachtet, können Gegenstand einer tiefenpsychologisch orientierten Arbeit werden.
- Auch der **semantische Inhalt der hypnoanalytischen Arbeit** (der hypnotischen Träume, der Altersregressionen etc.) kann nach tiefenpsychologischen Grundsätzen ausgewertet werden.
- Die rationale Deutungsarbeit, das Bewusstmachen unbewusster Konflikte – wie auch die Arbeit am Widerstand – tritt neben dem In-Vivo-Erleben in Hypnose und der **gefühlsmäßigen Einsicht** (Watkins 1992a) in den Hintergrund.
- Die hypnotische Nähebeziehung hat **reparativen** und **edukativen** Charakter. Ich-stärkende Faktoren der Trance sind z. B. die wachsende Fähigkeit zu frei schwebender Aufmerksamkeit für die eigene Innenwelt, die zunehmende Toleranz dem primärprozesshaften und dem assoziativen Denken gegenüber und die Fähigkeit zum Dialog mit Suggestionen im Unbewussten.
- Der hypnotische Traum (DeBenedittis 1996) leistet einen wesentlichen Beitrag zur **Symbolisierung** von inneren Erlebnissen. Aufgrund des in Hypnose erleichterten Zugangs zu den präverbalen Affekten sowie vermöge der Eigenschaft des hypnotischen Traums, Bilder zu gestalten, ist es möglich, neue Symbole und somit neue Brücken zwischen Affekt und Verständnis zu schaffen.
- Hypnose und Suggestion werden in der Hypnoanalyse in erster Linie zu **explorativen** Zwecken eingesetzt, was nicht ausschließt, dass sie manchmal auch supportiv-suggestiv, strategisch oder unspezifisch ressourcenorientiert angewandt werden können. Allerdings werden solche Interventionen nachträglich auch einer analytischen Betrachtung unterzogen.
- Das **empathische Zuhören** als essenzielles Wahrnehmungsinstrument wird in der Hypnoanalyse durch **parallele Trance** des Therapeuten noch um eine äußerst wertvolle Dimension erweitert.
- Die zeitaufwendige »Knochenarbeit« der klassischen Psychoanalyse (»Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten«, der Umgang mit Widerstand und Übertragung) wird durch die Hypnose (Hypermnesie, Gefühlsfokussierung) vereinfacht und **verkürzt** – nach Brown u. Fromm (1986) um ganze zwei Drittel.

23.2 Hypnoanalytische Interventionen

23.2.1 Klassische Methoden

Hier sollen nur die wichtigsten Interventionen der klassischen Hypnoanalyse im Überblick ohne genauere Beschreibung aufgelistet werden, da sie bei den jeweils zitierten Autoren in ausführlicher Darstellung studiert werden können (Fromm u. Nash 1996).

Die wichtigsten Interventionen der klassischen Hypnoanalyse im Überblick:

- **Freies Assoziieren** in Hypnose (Wolberg 1945; Brown u. Fromm 1986).
- Posthypnotische Suggestionen zur Produktion von **Schlafträumen**, mit oder ohne bestimmte thematische Ausrichtung (z. B. eines Traums, der einen bestimmten Widerstand verständlicher machen soll). Der Traum wird dann in klassischer Weise analysiert (DeBenedittis 1996).
- Suggestion von Träumen während der Hypnose (»hypnotische Träume«), (Wolberg 1945; Sacerdote 1982; Brown u. Fromm 1986).
- Primäres Akzeptieren und Utilisieren von **Abwehr-** und **Widerstandsphänomenen**, um sie erst nachträglich anzusprechen und in Hypnose zu bearbeiten (Brown u. Fromm 1986).
- Analytisch gewonnene **Einsichten** in Hypnose mittels Autosuggestionen und Imaginationen in Erlebnisse umsetzen (z. B. gestufte Aktivhypnose; Langen 1961).

Abreaktive Techniken

- **Direkte**, **stille** oder **fraktionierte Abreaktion** von traumatischen Erlebnissen (Kluft 1995; Watkins 1992a).
- Einfache **Altersregression** (Wolberg 1945).
- **Affektbrücke** (Watkins 1971).

Projektive Techniken

- Imagination einer Wolke, Leinwand, Bühne, Kristallkugel, eines Spiegels etc., in welche sich unbewusste Inhalte hineinprojizieren können. (Brown u. Fromm 1986; Watkins 1992a, 1992; Peter 1992).

Dissoziative Techniken

- Dissoziiertes (bewusst wahrgenommenes) oder automatisches (gänzlich unbewusstes) Schreiben, entweder real ausgeführt oder innerhalb eines hypnotischen Traums imaginiert (Watkins 1992a).

Gleichzeitig aufdeckende und gestaltende Techniken

- Hypnographie: Zeichnen in Hypnose (Wolberg 1945; Meares 1957).
- Hypnoplastie: Formen mit Ton etc. in Hypnose (Wolberg 1945; Raginsky 1962).
- Hypnodrama: Psychodrama in Hypnose (Moreno u. Enneis 1950).

23.2.2 Beispiele neuerer hypnoanalytischer Techniken

Die »analytische Armlevitation«

Das Phänomen der Armlevitation wird üblicherweise höchstens zur Ratifizierung des Trancezustands eingesetzt. Es kann aber auch gezielt hypnoanalytisch, d. h. aufdeckend und bearbeitend zur Exploration psychodynamischer Hintergründe genutzt werden, wie die folgende Intervention zeigt.

Eine »analytische Armlevitation« dient nicht nur zur Ratifizierung des Trancezustands, sie kann auch aufdeckend und bearbeitend eingesetzt werden.

Anleitung

Induktion. Eingeleitet wird die Hypnose über Augenfixation auf einen Punkt, welchen sich der Patient zuerst selbst an gut sichtbarer Stelle auf die nichtdominante Hand gemalt hat (entsprechende Körperhaltung im Sitzen). Der Therapeut fördert suggestiv das Eintreten des Lidschlusses.

Nutzung der Veränderung der Wahrnehmung. Unmittelbar nach dem Lidschluss macht der Therapeut den Patienten auf den spontan aufgetretenen Unterschied in der Wahrnehmung der beiden Hände aufmerksam. Denn allein durch die Fixation des äußeren Blicks auf eine Hand, und ohne dass dazu irgendeine Suggestion nötig wäre, verändert sich zwangsläufig deren Wahrnehmung. Dieses für den Patienten überraschende Phänomen wird utilisiert und suggestiv so gedeutet, dass es sich im Sinne einer Levitation verstärken lässt, etwa mit den Worten: *»Wenn Ihr Arm sein Gefühl schon spontan hat ändern können, wird er vermutlich auch in der Lage sein, sich allmählich von alleine zu heben«.* Diese Suggestion führt allerdings nur in seltenen Fällen zu einer spontanen, wirklich nicht bewusst und willentlich mitgesteuerten Levitation, was im nächsten Schritt utilisiert wird.

Einführung der Elternmetapher. Dieser »Widerstand« wird in metaphorischer Weise etwa folgendermaßen gedeutet: *»Ihr Arm muss sicher, wie fast jeder Arm, die Fähigkeit zu levitieren zuerst erlernen, in gleicher Weise, wie ein Kleinkind das Gehen lernen muss. Dazu bedarf es am Anfang der ermunternden, liebenden, manchmal aktiv unterstützenden Hilfe eines guten Vaters oder einer guten Mutter.«* Der Therapeut fordert den Patienten suggestiv auf, selber wie ein helfender Vater oder eine helfende Mutter seinem eigenen Arme bei dessen ersten Schritten jene minimale Hilfe zu gewähren, die notwendig ist, damit der Arm ein sicheres Erfolgserlebnis erreichen kann.

Armlevitation. Beginnt der Arm sich nun zu heben – und das muss er unter den erwähnten Bedingungen fast zwangsläufig irgendwann tun, weil ja der bewusste Wille des Patienten mitwirken darf und soll – so lädt der Therapeut den Patienten ein, neugierig zu sein und sich vom weiteren Verlauf überraschen zu lassen und sich daran zu freuen. Dem Arm wird völlige Freiheit gewährt, und der bewusste Wille des Patienten soll nur noch ermutigend wirken und an den entstehenden Gefühlen teilhaben. Nicht selten beobachtet man, dass der Arm beginnt, in der Luft automatisch zu schreiben oder zu zeichnen. Zum Abschluss wird auch das Niedersinken des Arms im gleichen Sinne suggeriert und begleitet.

Besprechung. Nach Beendigung der Hypnose kann dieses Levitationserlebnis in eine eigentliche, hypnoanalytische Arbeit eingebettet werden, indem verschiedenste Aspekte des Erlebten im anschließenden Gespräch einer vorsichtigen, analytischen Betrachtung unterzogen werden. Dabei lässt sich ebenso gut die Art besprechen, wie der Lidschluss zustande kam, wie das Erlebnis der Levitation im Rahmen der Elternmetapher.

Kommentar

- Die eingeflochtene Elternmetapher erlaubt, wertvolle Hinweise zu den inneren Eltern-Imagines zu gewinnen. Wenn das Levitationserlebnis auch nicht »eins zu eins« in Lebensgeschichte übersetzt werden darf, ist es doch zumindest höchst wahrscheinlich, dass die Art der inneren Auseinandersetzung, die schlussendlich zur sichtbaren Levitation führt, irgendeinen Aufschluss über entsprechende Erfahrungen aus der eigenen Kindheit geben muss.

- Eine hypnotische Dissoziation ermöglicht das innere »Rollenspiel« zwischen dem dissoziierten Arm als »lernendem Kind« und dem bewussten Willen als »Elternteil«. Dieses regt eine Reaktivierung unbewusster Konflikte im Rahmen einer geschützten Situation und in symbolhafter Weise an.
- Der Therapeut wirkt bei diesem inneren Dialog lediglich durch seine diskrete, schützende und die Auseinandersetzung fördernde Präsenz. Er hat die Vater- oder Mutterübertragung im Wesentlichen gewissermaßen auf den Patienten selbst und auf dessen Arm zurückgeworfen. Somit gewinnt der Patient an Freiheit, sich innerlich zu bewegen und gegebenenfalls zu opponieren, ohne sich dadurch mit dem Therapeuten in der Übertragung anlegen und sich den damit verbundenen, inneren Konflikten aussetzen zu müssen.
- Die explizite Erlaubnis, ja die Aufforderung, den bewussten Willen in die Levitation miteinzubeziehen, vermeidet den paradoxen, blockierenden Druck, dass die Dinge unbedingt von selbst geschehen müssen.
- Die Art, wie das Unbewusste des Patienten die Aufgabe der Levitation löst, liefert nicht nur Hinweise auf die Natur der unbewussten Konflikte im Zusammenhang mit der zu lösenden Symptomatik, sondern sie deutet auch schon an, wie deren Lösung anzugehen ist. So finden oft schon erste therapeutische Schritte statt.

Indikation und Kontraindikation

Diese Methode eignet sich vorzüglich zum **Einstieg** in eine hypnoanalytische Arbeit. Als erste Hypnoseinduktion, vielleicht schon in der ersten Therapiesitzung, ermöglicht sie dem Patienten von Anfang an eine eindrucksvolle Hypnoseerfahrung, und gleichzeitig kommt auch der analytische Dialog in Gang.

Als systematisch über mehrere Sitzungen in der gleichen Weise durchgeführte Hypnose hat sich diese Methode insbesondere bei **Zwangsneurosen** bewährt. Einerseits kommt das Repetitive in der Anwendung dieser Technik der zwanghaften Struktur des Patienten entgegen. Andererseits gestattet die sehr gut kontrollierbare Dissoziation in der Levitation auch eine für solche Patienten besonders wichtige Erfahrung: Gleichzeitig können das Gefühl der Ich-Kontrolle und das Erlebnis von Unvorhersehbarkeit und Spontanität nebeneinander bestehen.

Analytische Arbeit am Widerstand gegen die Hypnose

Hypnose und analytische Arbeit können auch auf einer ganz anderen Ebene kombiniert werden. Ein »Widerstand« gegen die Hypnose kann sich bei manchen Patienten darin zeigen, dass sie ein Gespräch so lange verlängern, dass keine Hypnose zustande kommt. Dann steht der Therapeut vor dem Dilemma, ob er auf der Hypnose beharren oder auf das »analytische« Angebot des Patienten eingehen soll. Die alte, autoritäre Hypnosetherapie würde hier den Widerstand vielleicht übend zu bezwingen suchen. Der Umgang mit einer solchen Situation im Sinne Ericksons bestünde vielleicht darin, mit indirekten Tricks, sozusagen auf Schleichwegen, doch noch zur Hypnose zu gelangen. Dem Hypnoanalytiker bietet sich die Möglichkeit, diesen Widerstand zum Thema analytisch orientierter Arbeit zu machen.

Der Therapeut geht zwar zunächst auf das analytisch orientierte Gespräch ein, behält aber gleichzeitig immer im Auge, dass das eigentliche Anliegen bleibt, in Hypnose arbeiten zu können. Er wird immer wieder zwischen dem jeweiligen Gesprächsthema und der Hypnose versucht, deutende Brücken zu schlagen. Dies bedeutet, dass er unter Widerstand gegen die Hypnose eigentlich einen Widerstand gegen die symbioseähnliche Nähe versteht, die durch die Hypnose entsteht. Patienten, die sich vor Hypnose fürchten, haben in aller Regel frühe Erfahrungen mit manipulierenden, symbiotischen Beziehungen gemacht, deren Wiederholung sie zu Recht scheuen. Das allmähliche Bewusstmachen dieses Zusammenhangs und das durch die gemeinsame analytische Arbeit gewonnene Vertrauen in den Therapeuten vermögen diese Blockierung mit der Zeit zu lösen, sodass dann mit Hypnose weitergearbeitet werden kann. Das Erlebnis der hypnotischen Nähe wird so zu einer »korrigierenden emotionalen Erfahrung« (Alexander u. French 1946), welche gewissermaßen der dazugehörigen, analytisch gewonnenen Einsicht folgt und sie vervollständigt. Häufig widerspiegelt sich dieser Fortschritt in den folgenden hypnotischen Träumen so, dass der Therapeut in irgendeiner Form als

eine wohlwollende, begleitende Präsenz symbolisiert wird, die den Patienten ohne jegliche Manipulation beschützt.

Es ließe sich allenfalls einwenden, die Hypnose sei als Therapiethema künstlich eingeführt worden. Dagegen lässt sich argumentieren, dass die ursprüngliche Indikation für die Hypnosebehandlung nicht aus objektiven Gründen, sondern aus inneren, unbewussten Widerständen aufgegeben wurde. Demzufolge müsste man eher eine unbesehene Weiterarbeit mit analytischen Gesprächen als Mitagieren eines Widerstands betrachten.

Widerstand gegen die Hypnose kann vom Hypnoanalytiker zu analytisch orientierter Arbeit genutzt werden.

Hypnotische Amplifikation von Nachtträumen

Es wurden schon vielfach Formen vorgeschlagen (Wolberg 1945; Watkins 1992a; Brown u. Fromm 1986; DeBenedittis 1996), wie die Hypnose als Brückenpfeiler zwischen dem chiffrierten Erlebnis des Traums und dem bewussten bzw. umsetzbaren Verständnis der Traumbotschaft eingesetzt werden kann. Hier soll ein hypnoanalytischer Zugang zum Traum vorgestellt werden, der es gleichsam dem Traum überlässt, sich selbst zu erklären.

Anleitung

Vorspann. Der Therapeut lässt sich den Traum erzählen und schreibt ihn möglichst wörtlich nieder. Gegebenenfalls liest der den Text ein erstes Mal vor, um sich zu vergewissern, dass er alles richtig notiert hat.

Induktion. Die Induktion soll in eine kurzfristige Altersregression bis zum Zeitpunkt des Erwachens aus dem betreffenden Traum münden.

Reaktualisierung des Traums. Nun liest der Patient in hypnotischer Weise den Traumtext vor, und der Patient soll sich wieder in diesen Traum versenken lassen, so gut es ihm gelingt. Es darf dabei nicht darum gehen, eine perfekte Replik des Traums anzustreben, im Gegenteil: Jede spontane Veränderung des ursprünglichen Gehalts des Traums stellt schon eine Bereicherung dar, die nachträglich in die Analyse einbezogen werden kann.

Hervorhebung eines Traumelements durch das Unbewusste. Der Patient kann dem Therapeuten durch ein Fingersignal bestätigen, sobald ihm diese Reaktualisierung gelungen ist. Nun wird der Patient eingeladen, sein Unbewusstes solle, ohne Beimischung irgendwelcher bewusster Zielsetzung, ein bestimmtes Traumelement seiner Wahl in den Vordergrund rücken. Auch hier soll der Patient wieder über Fingersignale mitteilen, wenn dies geschehen ist.

Spontane Weiterentwicklung dieses Elements. Im nächsten Schritt lädt der Therapeut den Patienten ein, dieses Traumelement ganz absichtslos zu betrachten. Er kann suggerieren, sein Unbewusstes werde dieses Element bei Bedarf verwandeln, weiterentwickeln und dadurch verständlicher machen, und er solle sich von der Entwicklung der Dinge einfach überraschen lassen. Auf diese Weise entsteht eine hypnotische Fortsetzung des Traums, eine neue Geschichte, die von diesem Traumelement ausgeht. Es kann aber auch bei der einfachen Hervorhebung des Elements bleiben, was auch als gültige Antwort zu betrachten ist.

Besprechung. Nun kann der Traum und seine Beziehung zum hypnotischen Folgetraum noch kurz im analytischen Gespräch vertiefend oder klärend besprochen werden. Meist erübrigt sich aber eine längere verbale Aufarbeitung.

Zur hypnoanalytischen Arbeit mit Träumen werden Nachtträume nach einer Tranceinduktion reaktualisiert.

- **Der Patient lässt ein bestimmtes Traumelement in den Vordergrund treten.**
- **Es kann sich eine hypnotische Fortsetzung des Traums oder eine neue Geschichte entwickeln.**
- **Eine anschließende verbale Aufarbeitung ist möglich.**

Weitere hypnoanalytische Techniken

Analytische Deutung als Induktion

Wenn in einer analytisch orientierten Arbeit die Deutungen in absichtlich »hypnotischer« Weise gegeben werden, ist dies auch als hypnoanalytisch im weiteren Sinne zu bezeichnen. Die verbale Form einer Mitteilung kann ja unterschiedlich gestaltet

werden, ohne dass sich dadurch ihr semantischer Gehalt verändert. Ruhiger Tonfall, tiefe Stimmlage, langsamer, monotoner Sprachrhythmus, Wiederholungen und aufeinanderfolgende, ähnliche Formulierungen fördern beim Patienten das Loslassen der wachen, rationalen Aufmerksamkeit. Werden analytische Deutungen zudem in Form von offenen, metaphorischen Bildern formuliert, ausführlich, körper- und sinnennah beschrieben, so laden sie zu bildhaften Antworten des Patienten ein. Schließt der Therapeut dabei sogar selber die Augen und lässt er sich in eine parallele Trance sinken, so fördert er eine »Resonanz« der Bewusstseinszustände, und gleichzeitig wird seine Kreativität und Empathie gesteigert. Auch unvermittelt ins Gespräch eingeworfene, äußerst knappe, aber prägnante Deutungen können u. U. eine erwünschte Trance auslösen.

Analyse von Trancezuständen

Die psychoanalytische Denkweise bezieht die einem Erlebnis jeweils zugehörige Qualität des Bewusstseinszustands nicht in ihre Betrachtung mit ein. In der Hypnotherapie arbeitet man zwar sehr pragmatisch mit Veränderungen von Bewusstseinszuständen, aber meist bleibt es bei der Neuordnung dieser Zustände (z. B. Reassoziation von dissoziierten Bewusstseinszuständen), ohne deren Bezug zur Lebensgeschichte zu erforschen. Ein eigenständiger, hypnoanalytischer Ansatz versucht, über einen aktuellen, inadäquat erscheinenden Bewusstseinszustand Rückschlüsse auf biografisch relevante Ereignisse zu ziehen und diese Erlebnisse dem Bewusstsein wieder zugänglich zu machen.

Anleitung

Beobachtet der Therapeut beim Patienten einen auffälligen, unangepassten Bewusstseinszustand, z. B. anhand merkwürdiger, unbewusster Verhaltensweisen, an Besonderheiten der unwillkürlichen Motorik oder an einer befremdlichen Färbung der Atmosphäre eines Gesprächs, so beobachtet er zunächst sorgfältig alle Äußerungen dieses Zustands. Dann begibt er sich, diesen Marksteinen folgend, in eine »mimetische«, parallele Selbsthypnose und lässt dann seine spontanen, inneren »Resonanz«-Bilder aufkommen. Diese unterbreitet er dem Patienten als Verständnisangebot. Häufig wird wieder »per Resonanz« im Unbewussten des Patienten der entsprechende Erinnerungsinhalt mobilisiert.

- **Der Hypnoanalytiker kann die analytische Deutung zur Tranceinduktion umsetzen.**
- **Indem er in eine parallele Trance geht, fördert er eine »Resonanz« der Bewusstseinszustände und gewinnt an Kreativität und Empathie.**
- **Aktuelle Bewusstseinszustände des Patienten werden einbezogen, um Rückschlüsse auf biografisch relevante Ereignisse zu ziehen, und diese wieder bewusstseinsfähig zu machen.**

Methode der »aktiven Introjektion des Therapeuten in Hypnose«

Es handelt sich hierbei um eine hypnoanalytische Methode, die insbesondere strukturierend auf psychotische oder frühgestörte Patienten einwirken kann. Sie wird in ► Kap. 41 ausführlich dargestellt.

Fazit

Die Hypnoanalyse ist daran, sich aus einem »Kreuzungsprodukt« zweier Schulen zu einer eigenständigen, sehr flexiblen und kreativen Psychotherapieform weiterzuentwickeln (Fromm u. Nash 1996). Das Potenzial an Interventionsmitteln ist fast unbegrenzt, da es die Eigenheiten der verschiedenen analytischen Schulen, der unterschiedlichen hypnotischen Verfahren, der Individualität der Patienten, sowie die Kreativität und Empathie des Therapeuten integriert. Einschränkend muss man allerdings sagen, dass Hypnoanalyse nur von Psychotherapeuten mit einer soliden tiefenpsychologischen Ausbildung angewandt werden kann. Der korrekte therapeutische Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung – ein Grundpfeiler auch der hypnoanalytischen Arbeit – lässt sich nicht aus Büchern lernen, sondern muss in engagierter und supervidierter Arbeit am Patienten erworben werden. Hypnoanalyse kommt also kaum als eigenständige Grundausbildung in Frage, sondern bietet eine integrative Erweiterung der Fertigkeiten eines schon tiefenpsychologisch und hypnotherapeutisch ausgebildeten Psychotherapeuten.

24

Ich-Stärkung

Hans Riebensahm

24.1 Theoretischer Hintergrund – 309

24.2 Interventionen – 310

24.2.1 Unterschiedliche Ich-Aspekte – 311

24.2.2 Monologische Tranceinduktion mit Metapher – 312

Aus Sicht der psychoanalytischen Ich-Psychologie (Kohut 1979) ist ein normal funktionierendes Ich gekennzeichnet durch die gleichmäßige Verteilung libidinöser Besetzung auf das Selbst und auf Objekte (Kinzel 1993).

Im Modell der Transaktionsanalyse (TA) entspricht dem die sog. Grundposition des »Ich bin o. k. – Du bist o. k.« (Schlegel 1984). Damit gemeint ist eine allgemeine positive Einstellung gegenüber sich selbst (»Ich bin o. k.«) und anderen (»Du bist o. k.«). Demgegenüber sind die drei anderen Grundhaltungen der TA mit Abwertungen verknüpft: Entweder ich bin nicht in Ordnung oder/und andere sind nicht in Ordnung. Diese »Nicht-o.k.-Haltungen« führen typischerweise zu Kommunikationsmustern, die in der TA »Spiele« genannt werden (Berne 1970). Diese Art Kommunikationsstrategien bestätigen und suggerieren gleichzeitig entweder die Abwertung der eigenen Person (»Ich bin nicht o. k.«), der anderen (»Du bist nicht o. k.«) oder beider.

Adler in seinem »*Charakter des nervösen Menschen*« (2007) geht von einem gewissermaßen naturgegebenen Minderwertigkeitskomplex aus, der in der Kindheit zwangsläufig entsteht durch die Erfahrung der eigenen Unzulänglichkeit und Ohnmacht. In dem Maß, indem die eigenen Fähigkeiten sich entfalten und die Bewältigungsmöglichkeiten zunehmen, kann dieses Minderwertigkeitsgefühl kompensiert werden. Bei einigen Menschen kommt es dabei zur »Überkompensation«: einem über das als normal empfundene Maß hinausgehende Dominanz-, Geltungs- und Machtstreben.

Einer offenbar größeren Anzahl von Menschen jedoch gelingt die Kompensation des Minderwertigkeitsgefühls zunächst nicht in ausreichendem Maß, weil sie vonseiten ihrer Beziehungspersonen nicht genügend qualifizierte Unterstützung erfahren haben. Hierbei ist vor allem an einschränkende und/oder abwertende elterliche Suggestionen zu denken.

24.1 Theoretischer Hintergrund

Gefühle der eigenen Inkompetenz und daraus folgender Minderwertigkeit werden bei erwachsenen Patienten häufig besonders dann aktiviert, wenn sie mit einer neuen Herausforderung (z. B. einer neuen beruflichen Aufgabe mit größerem Verantwortungsbereich) oder Leistungsanforderung (z. B. einer Prüfung) konfrontiert werden. Solche Unzulänglichkeitsgefühle führen dann wiederum häufig zu Misserfolgserwartungen, die dann – »self-fullfilling prophecy« – den Misserfolg tatsächlich mit herbeiführen. Die Erfahrung des Misserfolgs verstärkt dann wiederum das Gefühl der Unzulänglichkeit und lässt weitere Misserfolge erwarten: ein Teufelskreis.

Zuweilen nehmen Minderwertigkeitsgefühle und die damit verknüpften negativen Selbstattribuierungen den Charakter von Glaubenssätzen an und sind dann besonders resistent gegen Änderungsversuche. So können z. B. tatsächliche eigene Erfolge und Leistungen nicht mehr als solche wahrgenommen und geschätzt werden. Erfolge werden in Misserfolge umgedeutet. Positive Rückmeldungen anderer werden als Irrtum, als »Höflichkeitsfloskeln« oder als »Manipulationsversuche« abgewertet. Eine nur rationale Argumentation muss gegen eine solche Einstellung wirkungslos bleiben. Ihre positive Funktion ist häufig darin zu sehen, dass die Person sich damit schützt vor möglichen Enttäuschungen und Überforderungen.

Im Verlauf der letzten Jahrhunderte hat sich das Bild vom Menschen deutlich gewandelt. Mindestens in den meisten europäischen und den Ländern Nordamerikas wurde das mittelalterliche Ideal des gottesfürchtigen, demütigen, folgsamen Menschen aufgegeben. An seine Stelle ist die Idealvorstellung eines autonomen, selbstsicheren Menschen getreten. Eine liberale Gesellschaft fordert und fördert Ich-starke Menschen, die für sich selbst und die Gemeinschaft Verantwortung übernehmen und im Rahmen geltender Gesetze für sich und andere sorgen können. Riesman (1968) unterscheidet den im Mittelalter vorherrschenden Typ des traditionsgeleiteten Menschen vom »innengeleiteten« Menschen des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts, der sich vor allem an selbst reflektierten ethischen Grundsätzen orientiert. Der im ausgehenden 20. Jahrhundert vorherrschende Menschentyp sei »außengeleitet«. Riesman charakterisiert den außengeleiteten Menschen als extrem anpassungsbereit und damit suggestibel. Das Ideal des autonomen, Ich-starken Menschen und die gesellschaftliche Forderung, sich den jeweiligen Situationen flexibel anzupassen, widersprechen sich allenfalls auf den ersten

Blick. In einer sich schnell verändernden Umwelt sind beide, Anpassungsbereitschaft einerseits und Ich-Stärke andererseits, überlebenswichtige Fähigkeiten. Habermas (1970) fasst diesen Gedanken mit dem Begriffspaar »soziale Identität – Ich-Identität«. Individuen, die eine innere ausgewogene Balance finden zwischen der Befriedigung eigener Bedürfnisse (Ich-Identität) und den Anpassungsforderungen der sozialen Umgebung (soziale Identität) werden sich »so wohl fühlen, wie die jeweilige Situation es irgend zulässt« (dies ist eine suggestive Formel, die sich in unterschiedlichen therapeutischen Zusammenhängen nutzen lässt).

Der Begriff »Ich-Stärkung« (»ego-strengthening«) wurde 1971 von John Hartland eingeführt. Sein Ansatz bestand im Wesentlichen aus unterstützenden Suggestionen, deren Ziel es war, das Selbstvertrauen der Patienten und die Fähigkeit zur Bewältigung unterschiedlicher Herausforderungen zu stärken sowie Angst bzw. Sorgen abzubauen. Er pflegte in nahezu jeder Induktion Ich-stärkende Suggestionen einzustreuen, um Selbstvertrauen und ein positives Selbstbild zu verstärken.

Bandura (1977) und andere (Marlatt u. Gordon 1985) haben mit dem Begriff **Selbstwirksamkeit** (»self-efficiacy«) gearbeitet. Gemeint ist damit die zuversichtliche Erwartung einer Person, mit einer Vielzahl unterschiedlicher Herausforderungen umgehen bzw. darauf zweckmäßig reagieren zu können. Selbstwirksamkeit wurde zu einem Schlüsselbegriff auf dem Gebiet der Rückfallprophylaxe bei Suchtkranken. Patienten mit hoher Selbstwirksamkeit glauben an ihre Fähigkeit zur Selbstkontrolle.

Angehörige sozialer Berufe, soweit sie mit hypnotherapeutischen Prinzipien (noch) nicht vertraut sind, verfügen im Allgemeinen kaum über wirksame Kommunikationsmuster, um Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit auch solcher Menschen (Patienten, Klienten, Studenten, Schüler, Auszubildende etc.) zu stärken, die positive Rückmeldungen und Komplimente zurückweisen oder auf andere Weise entwerten. Im Kontext kognitiver Therapien werden Patienten aufgefordert, bestimmte Überzeugungen (»irrationale« oder »automatische« Gedanken – Beck 1979, Ellis 1977) bzw. Annahmen in Frage zu stellen, die ihr Selbstvertrauen untergraben. Analytisch orientierte Therapeuten erkunden den lebensgeschichtlichen Hintergrund für schwaches Selbstvertrauen (Ich-Schwäche). Verhaltenstherapeuten (z. B. Bandura 1977) vertrauen darauf, dass die Selbstwirksamkeit von Patienten nach Erfolgserlebnissen zunimmt.

Eine praktische Schwierigkeit für Therapeuten und Patienten liegt oft darin, dass Versuche, den Patienten von seinen selbstabwertenden Überzeugungen abzubringen, Widerstand provozieren. Je nachdrücklicher der Versuch, desto stärker die Reaktanz: Ein Zusammenhang, den J. Brehm in seiner »Theorie der psychologischen Reaktanz« formuliert hat (Brehm 1966). Man kann die Reaktanz mit einem Wachhund vergleichen: Sobald ein Fremder sich nähert, wird er verbellt, fortgejagt oder gebissen, ob der Fremde nun ein Einbrecher oder nur der Briefträger ist. Bei den meisten Menschen und wenn alles ruhig ist, schläft der Wachhund normalerweise. Allerdings haben Hunde einen unterschiedlich leichten Schlaf. Manche schlagen schon beim leisesten Geräusch an. Andere reagieren erst, wenn der Fremdling ihnen auf den Schwanz tritt. Bestimmte hypnotherapeutische Kommunikationsmuster sind nun gut geeignet, um – ohne den Hund zu wecken – die therapeutische Botschaft direkt ins Schlafzimmer (eine andere Metapher für das Unbewusste) zu transferieren und dort unter dem Kopfkissen des schlafenden Patienten zu deponieren.

Im Zustand einer hypnotischen Trance sind Patienten im Allgemeinen eher bereit, Ich-stärkende Suggestionen zu akzeptieren. Die im wachen Zustand oft reflexhaft einsetzende Zurückweisung positiver Attribuierungen tritt im Trancezustand selten auf. Allerdings kommt es gelegentlich vor, dass ein Patient nach dem Aufwachen aus der Trance positive Suggestionen nachträglich entwertet. Um dem vorzubeugen, kann zusätzlich Amnesie suggeriert werden.

24.2 Interventionen

Je nach der individuellen Situation und dem Therapieauftrag des einzelnen Patienten können Ich-stärkende Suggestionen unterschiedlichster Art und Form dargeboten werden. Normalerweise wird jeder Therapeut Suggestionen so darbieten, wie es seinem eigenen persönlichen Stil und seiner intuitiven Einschätzung des Patienten entspricht. Des-

halb können die hier beschriebenen Beispiele nur Anregungen sein für eigene Kreationen.

24.2.1 Unterschiedliche Ich-Aspekte

Die Ich-stärkenden Suggestionen können auf unterschiedliche Ich-Aspekte bzw. Teilziele bezogen sein. Hier eine Auswahl:

Zutrauen in die eigenen Bewältigungsfähigkeiten (z. B. vor einer anstehenden Prüfung)

Es empfiehlt sich, den Patienten zunächst in einem »Wachgespräch« nach der Situation zu fragen, die er nach bestandener Prüfung vorfinden wird; d. h., durch entsprechende Fragen werden positive Vorstellungen und Erwartungen suggeriert. Im Allgemeinen wird der Patient durch die Fokussierung nach innen schon während eines solchen Gesprächs in eine Konversationstrance gehen. Anschließend kann in einer explizit induzierten Trance die zuvor erarbeitete Vorstellung der bestandenen Prüfung vom Therapeuten mit weiteren Details ausgemalt (unter Einbezug möglichst aller Sinnes-Modalitäten) und damit verstärkt werden.

Gefühl des eigenen Wertes (Selbstakzeptanz)

Hintergrund geringer Selbstakzeptanz sind häufig unrealistische Perfektionsansprüche, die z. B. durch geeignete Umdeutungen (Reframing) und Metaphern relativiert werden können. Etwa so:

Übrigens fällt mir da gerade ein kleines Gedicht von Wilhelm Busch ein:
Früher als ich jung und unerfahr'ner war als heute,
hatten meine höchste Achtung and're Leute.
Später traf ich auf der Weide außer mir noch and're Kälber.
Und nun schätz' ich sozusagen erst mich selber.
(Wilhelm Busch)

Ökonomisch denkende Patienten können unangemessene Perfektionsansprüche (und daraus folgende Selbstabwertungen) relativieren, wenn man sie mit geeigneten Beispielen aus ihrem Erfahrungsbereich auf das »Gesetz vom abnehmenden Grenznutzen« hinweist:

Um eine bestimmte Aufgabe oder Leistung zu 90% zu erfüllen, muss man eine bestimmte Menge Arbeit aufwenden. Für die restlichen 10% bis zur 100%igen Perfektion brauche ich noch einmal den gleichen Arbeitsaufwand wie für die ersten 90%. Also kann ich mit meiner (begrenzten) Energie doch viel ökonomischer umgehen, wenn ich mich mit 90% Perfektion begnüge. Außerdem werden im Allgemeinen unvollkommene Menschen mit kleinen Fehlern von anderen als sehr viel sympathischer eingeschätzt als perfekt erscheinende Zeitgenossen.

Bewusstsein der eigenen Einzigartigkeit (Selbstbewusstsein) und Identität

Folgende suggestive Formulierungen können in eine Tranceinduktion eingebettet werden:

»Jeder Mensch ist einzigartig. Es gibt niemand, der genau Ihre Erfahrungen, genau Ihr Wissen und Ihre Fähigkeiten hätte. Es gibt keinen zweiten Menschen mit genau Ihrer Lebensgeschichte. Deshalb bin ich sicher, Ihr Unbewusstes findet Ihre ganz persönliche Lösung. Niemand anders kann wirklich wissen, was genau für Sie gut ist.«

Bewusstsein/Glaube an die eigene Wirksamkeit gegenüber anderen

Der Glaube, nichts bewirken zu können, ist in der Regel das Lernergebnis von generalisierten Kindheitserfahrungen. Diesem (Irr-) Glauben kann mit einer hypnotherapeutischen Intervention begegnet werden, die auf dem Prinzip des Ressourcentransfers beruht.

Fallbeispiel

Der Patient (Manfred) ist als Schulkind von einer Gruppe von Klassenkameraden regelmäßig verprügelt worden (wegen abweichender Sprache und Religionszugehörigkeit). Er hatte sich damals absolut ohnmächtig gefühlt und sein Heil ausschließlich in der Flucht gesucht. Dieses generalisierte Ohnmachtsgefühl hinderte ihn später als Erwachsenen häufig daran, eigene Interessen aktiv zu verfolgen. In der Trance erlebte Manfred wieder, wie die Meute der Klassenkameraden hinter ihm her war:

- Therapeut: »Und jetzt, Manfred, während Deine Verfolger näher kommen, wie in Zeitlupe, ganz langsam kommen sie näher, schau hin, schau sie

Dir an. Und Du weißt, jetzt während Du sie anschaust, weißt Du heute (»heute« betont mit der Implikation: »heute als der erwachsene Mann), was Du tun kannst, jetzt. (Pause). Was ist es, was Du jetzt tust?«

- Manfred: »Ich hebe die Hand wie ein Stoppzeichen.«
- Therapeut: »Was passiert?«
- Manfred: »Sie bleiben stehen?«
- Therapeut: »Was passiert weiter?«
- Manfred: »Ich gehe ganz langsam auf sie zu. – Sie weichen zurück. – Ich werde schneller, gehe zügig auf sie zu. – Sie drehen sich um und laufen weg.«
- Therapeut: »Wie fühlst Du Dich jetzt?«
- Manfred: »Super.«

Vertrauen in kreative (Problemlöse-) Fähigkeiten des eigenen Unbewussten

Wenn es um folgenschwere Entscheidungen geht (Heirat, Kind, Berufswahl, Arbeitsplatz, Wohnortwahl etc.), fühlen sich Patienten häufig blockiert. Aus Furcht, die falsche Entscheidung zu treffen, wird die Entscheidung hinausgezögert und u. U. eine Lebenschance vertan. Diese Gefahr, die den Betroffenen in der Regel durchaus bewusst ist, erhöht wiederum den erlebten inneren Druck, sich **bewusst** entscheiden zu müssen. Ähnliches gilt für Situationen, in denen einfach eine Lösung gefunden werden soll für ein komplexes Problem. Die erlebte Unfähigkeit, trotz intensiven Nachdenkens eine Lösung zu finden, erhöht wiederum den inneren Druck, wodurch das Finden einer Lösung zumindest nicht leichter wird. In derartigen Fällen hilft oft die Vorstellung eines kreativen Unbewussten:

»Ihr Unbewusstes hat in diesem veränderten Zustand freien Zugang zu dem riesigen Vorrat Ihrer Erfahrungen, zu Ihrem gesamten Wissen und zu allen Ihren Fähigkeiten, auch zu den bislang verborgenen Fähigkeiten, von denen Ihr Bewusstsein noch nichts weiß. Und ich weiß nicht welche Ihrer Erfahrungen, welches Wissen und welche Ihrer Fähigkeiten Ihr Unbewusstes nutzen wird, um Antworten zu finden auf diese Frage. Vielleicht werden Sie überrascht sein, wenn Ihr Bewusstsein die Antwort erfährt. Ich weiß nicht, auf welche Weise Ihr Unbewusstes die Antwort Ihrem Bewusstsein mitteilen wird. Ich würde mich jedenfalls nicht wundern, wenn Sie in einem Augenblick die Antwort erfahren, in dem Sie mit etwas ganz anderem beschäftigt sind.«

Die folgende Geschichte eignet sich für naturwissenschaftlich Interessierte – sonst nehmen Sie eine andere Metapher, die besser zum Erfahrungshintergrund Ihres Patienten passt:

»Kennen Sie die Geschichte von dem Chemiker Kekulé? Kekulé erforschte die bis dahin noch unbekannte Struktur des Benzol-Moleküls. Er hatte viel experimentiert, viele Daten und viel nachgedacht. Aber er konnte in seinen Daten keinen Sinn erkennen. Als er nach stundenlangem vergeblichen Grübeln endlich in erlösenden Schlaf fiel, träumte er von einer Schlange, die ihr eigenes Schwanzende im Maul hatte. Als er sich nach dem Erwachen an den Traum erinnerte »wusste« er plötzlich, dass die 6 Kohlenstoffatome im Benzolmolekül einen Ring bilden wie die Schlange. Das war die Lösung.«

24.2.2 Monologische Tranceinduktion mit Metapher

Sprechen im Atemrhythmus (»Atempacing«)

Die Trance induzierende Wirkung eines gesprochenen Induktionstextes verstärkt sich bekanntlich spürbar, wenn der Therapeut seinen Sprechrhythmus dem Atemrhythmus des Patienten angleicht (»Atempacing«). Dabei spricht der Hypnotherapeut vorwiegend während der Ausatemphasen. Dadurch entstehende Pausen während des Einatmens stören den Patienten normalerweise nicht. Oder man spricht kontinuierlich über die Einatemphasen hinweg, achtet aber zugleich darauf, dass die Satzbetonungen (Hauptakzente) in die Ausatemphasen fallen. Aus dem aktiven »Atempacing« entwickelt sich meistens von selbst eine Synchronisation der Atemrhythmen beider Beteiligten.

Tab. 24.1. Induktionstext

	Text	Kommentare
1.	*»Machen Sie es sich in diesem Stuhl einfach bequem. Sie brauchen jetzt nichts Bestimmtes zu denken, nichts Bestimmtes zu empfinden. Sie können Ihre Gedanken kommen und gehen lassen wie sie/Sie wollen.*	Der Text beginnt mit der Induktion einer allgemeinen körperlichen Entspannung. Falls Patient die Augen spontan schließt, die folgenden Absätze überspringen und mit Schritt 8 fortfahren. ↓
2.	*Es genügt, wenn Sie sich dort vorne einen Punkt suchen, irgendeinen Punkt, auf dem Sie Ihren Blick ruhen lassen können. (Sobald geschehen, verstärken:) So ist's gut oder fein oder einfach ‚mhm'.*	
3.	*Und während Sie nun weiterhin Ihren Augen dort ruhen lassen, während Sie weiterhin meine Worte und meine Stimme hören, werden Sie nach einiger Zeit bemerken, wie das Bild beginnt zu verschwimmen, wie die Konturen unscharf werden.* (Pause).	
4.	*Sie können Ihre Augen sich schließen lassen oder nicht schließen, ganz wie es Ihnen angenehm ist, jetzt oder später.*	← Sobald Anzeichen dafür erkennbar sind, dass Patient sich gegen den Impuls wehrt, die Augen zu schließen.
5.	*Sie können die Augen auch zunächst nur für einen kurzen Moment sich schließen lassen und dann sie wieder öffnen. Und nachdem Sie gemerkt haben, es ist alles in Ordnung, können Sie danach umso gelassener die Augen wieder sich schließen lassen. Gut.*	Wenn erkennbar ist, dass der Patient sich weiterhin bemüht, die Augen offen zu halten. ← Sobald Patient eine entsprechende Reaktion zeigt, verstärken.
6.	*Und nun, da Sie die Augen geschlossen haben, können Sie früher oder später beginnen, mit jedem Ausatmen sich ein Stück tiefer und tiefer sinken zu lassen. Tiefer und tiefer. Gut. Genau so.*	Wenn der Patient die Augen weiterhin offen hält und wenn es aus irgendeinem Grund notwendig erscheint, dass er die Augen schließt.
7.	*Und während Ihre Gedanken weiterhin kommen und gehen wie sie/Sie wollen – während Sie weiterhin meine Stimme hören,*	← »Pacing«
8.	*werden Sie nach einiger Zeit bemerken, wie bestimmte Muskeln beginnen, sich zu lösen, zu lockern und weicher zu werden. Ich weiß nicht, welche Muskeln als Erste beginnen werden oder sogar schon begonnen haben, sich zu lösen, zu lockern und weicher zu werden. Lösen und weich werden.*	
9.	*Anfangs nur unmerklich – erst später deutlicher zu spüren, wie die entsprechenden Körperpartien anfangen, sich schwerer anzufühlen als vorher – manchmal auch leichter – je nachdem.*	
10.	*Das ist unterschiedlich. Jeder Mensch reagiert auf seine ganz eigene persönliche Art und Weise. Jeder Mensch ist einzigartig – wie sein Fingerabdruck, und es gibt keinen zweiten Menschen auf der Welt, der genau Ihre Erfahrungen und Ihre Geschichte hätte.*	← Eingestreuter erster Hinweis auf die Einzigartigkeit, die Individualität des Patienten.
11.	*Und es ist interessant, diese Veränderungen im Körper zu beobachten. Ich weiß nicht, in welchem Teil Ihres Körpers Sie jetzt schon eine gewisse Veränderung der Empfindung spüren. Ich weiß nicht, ob sich die Hände schon schwerer oder leichter anfühlen als vorher; oder die Füße, den Kontakt mit dem Boden intensiver spüren als zuvor – oder weniger intensiv – die Beine, die Sitzfläche, der Rücken …*	Fördert eine Haltung des neugierigen Beobachtens. Dissoziation. ← Körperpartien benennen, die Kontakt mit dem Stuhl haben.

Tab. 24.1. (Fortsetzung)

	Text	Kommentare
12.	*Und auch andere Vorgänge im Körper beginnen früher oder später sich zu verändern. Der Atemrhythmus hat sich bereits verändert, der Herzschlag, Durchblutung, die Haut wird trockener. Ich weiß nicht, was davon Sie schon bemerkt haben. Und das braucht seine Zeit. Wie alle Veränderungen ihre/Ihre Zeit brauchen. Und Sie können sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen – alle Zeit der Welt – und alle Freiheit, die Sie brauchen – alle Freiheit der Welt.*	
13.	*Interessant ist übrigens auch zu beobachten, wie sich Ihre Aufmerksamkeit in diesem angenehm veränderten Zustand auf mehrere Bereiche gleichzeitig richten kann.*	
14.	*Sie hören weiterhin meine Worte und meine Stimme, Sie beobachten gewisse Veränderungen in Ihrem Körper, und zur selben Zeit können sich Ihre bewussten Gedanken mit etwas ganz anderem beschäftigen,*	← »Pacing«
15.	*während Ihr Unbewusstes jetzt freien Zugang hat zu dem riesigen Vorrat Ihrer Erfahrungen, aller bisherigen Lebenserfahrungen, auch zu den Erfahrungen, von denen Ihr Bewusstsein jetzt nichts weiß, zu Ihrem Wissen, auch zu dem verborgenen Wissen, und zu Ihren Fähigkeiten, selbst zu den Fähigkeiten, von denen Ihr Bewusstsein noch nichts weiß.*	← »Leading«/Implikation: Sie verfügen über Ressourcen, von denen Sie bisher noch nichts wussten. Sie haben einen unbewussten Persönlichkeitsanteil, der Zugang hat zu diesen Ressourcen.
16.	*Und ich weiß nicht, welche dieser Erfahrungen, welches Wissens und welche Ihrer Fähigkeiten Ihr Unbewusstes nutzen wird, jetzt und später.*	
17.	*Und ich weiß auch nicht, wann Ihr Unbewusstes das gelernt haben wird, was Sie sich wünschen und brauchen, jetzt und später. Aber ich bin sicher, Ihr Unbewusstes lernt auf Ihre ganz persönliche Art und Weise. Denn nur Sie allein verfügen über genau diese Erfahrungen, dieses Wissen und diese Fähigkeiten, und nur Sie selbst, Ihr Unbewusstes kann entscheiden, auf welche Weise Sie Ihre Ressourcen nutzen.*	
18.	*Während nun Ihr Körper angenehm hier ruht, hier in diesem Stuhl sitzend ruht – fast wie in einer mit angenehm warmem Wasser gefüllten Wanne, während Ihre Gedanken und Empfindungen weiterhin kommen und gehen, kennt Ihr Unbewusstes schon diesen Ort der Ruhe und der Kraft, diesen Ort in Ihrer Mitte, in Ihrem Innern, Ihren ganz persönlichen Ort der Erholung, den Ort, an dem niemand etwas fordert von Ihnen, den Ort der Ruhe und Gelassenheit. Ich weiß nicht, welche Farben sich dort zeigen, hell leuchtende oder eher dunkle, satte Farben, welche Formen, runde weiche oder andere, welche angenehmen Klänge und Geräusche, das Rauschen eines Wasserfalls vielleicht, oder auch eine liebevolle Stimme Sie vernehmen, und welchen angenehmen Duft – würzig oder blumig, erdig oder flüchtig, leicht.*	
19.	*Das ist der Ort, an dem Sie frische Kräfte sammeln können für die Herausforderungen des nächsten Tages. Ihr ganz persönlicher Ort der Ruhe, wo Sie sich wirklich sicher fühlen können, ganz sicher. Der Ort, an den Sie sich immer wieder zurückziehen können, wenn Sie es brauchen oder wünschen, Ihr ganz persönlicher Ort der Gelassenheit.*	

Tab. 24.1. (Fortsetzung)

	Text	Kommentare
20.	*Ich nehme an, Sie genießen diesen angenehmen Zustand, jetzt. Jetzt und später, hier und anderswo, wann immer Sie wollen – können Sie sich an diese heilsame Erfahrung erinnern. Und das wird Ihnen gut tun.*	Hier können je nach therapeutischer Intention weitere Suggestionen zur Ich-Stärkung eingefügt werden. Als Beispiel für eine komplexe Suggestion wird im Folgenden die Geschichte eines 12-jährigen Jungen erzählt. Der Therapeut erzählt sie als eigenes Erlebnis in Ich-Form: ↓
21.	*Ich möchte Ihnen jetzt eine Geschichte von mir erzählen. Ich war damals 12 Jahre alt, und ich weiß nicht, ob Sie jetzt schon neugierig sind, was ich Ihnen erzählen werde:«*	

Reifeprüfung im Wasser

»In jenem Jahr war ein warmer Sommer, fast den ganzen Juli und August hindurch schien jeden Tag die Sonne, nur weit verstreut schwebten ein paar von diesen weißen Quellwolken am ansonst tiefblauen Himmel, Sommerferien. Jeden Tag nach dem Mittagessen fuhr ich mit dem Fahrrad an denFluss hinunter zum öffentlichen Badeplatz. Da standen ein paar einfache Umkleidekabinen, es gab eine Imbissbude und auf einem großen hölzernen Podest konnte man sich in die Sonne legen und trocknen lassen. Ich traf dort jeden Tag eine Gruppe von sechs Jungen, alle etwa älter als ich. Ich kannte zwar jeden von ihnen aus der Schule, aber mit keinem war ich richtig befreundet. Moses, der Älteste von ihnen und Anführer der Gruppe, war schon 16, die Übrigen zwischen 13 und 15 Jahre alt.

Ich wünschte mir sehr, zu dieser Gruppe dazuzugehören. Deshalb hielt ich mich immer in ihrer Nähe. Sie ließen das zwar geschehen, zeigten mir aber deutlich, dass sie mich nicht wirklich dabei haben wollten. An ihren Aktivitäten ließen sie mich nicht teilhaben. Ab und an machte einer eine Bemerkung zu mir oder über mich. Dann nannten sie mich wohlwollend und herablassend ‚der Kleine'. Einmal zweifelten sie sogar an, dass ich überhaupt schwimmen könnte. Ich zeigte es ihnen. Aber sie schienen mir trotzdem nicht viel zuzutrauen.

Ein anderes Mal, als einer aus der Gruppe fehlte, ließen sie mich dann doch mit ihnen Fußball spielen. Aber meine Mannschaft verlor, und meine beiden Mannschaftskameraden verlangten, dass statt meiner einer von den drei anderen zu ihnen kommt, und ich sollte zur Gegenpartei wechseln. Nach einigem Hin und Her einigten sie sich darauf, dass ich mit jedem neuen Spiel die Partei wechseln sollte, damit keine Mannschaft durch mich einseitig im Nachteil wäre. Natürlich hat mich das gekränkt, aber ich mochte das nicht zeigen.

Was mich ebenfalls kränkte und zugleich neugierig machte war, dass die Gruppe miteinander ein Geheimnis hatte, in das mich keiner einweihen wollte, obwohl ich auf unterschiedliche Art versuchte, hinter dieses Geheimnis zu kommen. Jeden Nachmittag nämlich, so gegen drei Uhr, wenn alle sechs am Badeplatz angekommen waren, stiegen sie gemeinsam ins Wasser, schwammen hinüber ans andere Ufer, kletterten dort die Uferböschung hinauf und liefen dann flussaufwärts, bis ich sie nicht mehr sehen konnte. Ungefähr eine halbe Stunde, nachdem sie meinen Blicken entschwunden waren, kamen sie wieder den Fluss heruntergeschwommen und legten sich zum Trocknen auf ihre Handtücher, auf die aufzupassen sie mir freundlicherweise erlaubt hatten. Obwohl ich sie immer wieder bat und bettelte, manchmal auch versuchte, mich einfach anzuhängen, duldeten sie nicht, dass ich mitkam. Für den Fall, dass ich noch einmal versuchen sollte, ihnen heimlich zu folgen, drohten sie mir Prügel an. Bei anderer Gelegenheit bemerkte Moses, ich sei noch zu jung, und überhaupt solle ich endlich aufhören, sie zu nerven.

Da ich aber keine Ruhe gab und jeden Tag wieder drängte mitzukommen, gab Moses eines Tages seinen Widerstand auf. ‚Gut', sagte er, wenn du es unbedingt willst, kannst du diesmal mitkommen. Aber ich warne dich, eigentlich bist du noch nicht groß genug dafür. Also, wenn dir was passiert, ist das deine Sache. Dann war es das erste und letzte Mal, dass du dabei warst. Und wenn du Schiss hast, bleib besser hier. Also wie ist es – willste immer noch mitkommen oder haste Schiss?' – ‚Nee!' sagte ich energisch und fühlte danach mein Herz umso mehr bis zum Halse klopfen. ‚Dann pass auf', sagte Moses, ‚du musst dich nur hinter dem Letzten halten und alles genau so machen wie wir, kapiert?' Ich nickte nur und fragte nicht weiter, war nur ungeheuer aufgeregt und stolz, dass ich nun endlich dabei sein konnte.

Einer von den anderen Jungen hatte noch einen Einwand, meinte, die Gruppe könnte Ärger kriegen, wenn mir, ‚dem Kleinen', dabei etwas passierte. Aber Moses wischte den Einwand mit der beiläufigen Bemerkung beiseite: ‚Der Kleine macht das schon' und klatschte mir dabei gönnerhaft eine Hand auf die Schulter, dass ich fast stolperte. Wie eine warme Welle durchströmte mich ein Gefühl der Verbundenheit. Moses, der Älteste, traute mir etwas zu, noch dazu etwas offenbar Schwieriges. Und er hielt in diesem Moment zu mir – sogar gegen einen seiner eigenen Leute! In diesem Moment hätte ich ihn umarmen mögen. Aber ich wusste natürlich, dass man so etwas nicht tut. Nicht als Junge und schon gar nicht vor anderen.

Tab. 24.1. (Fortsetzung)

	Text	Kommentare
	Gleich darauf aber bekam ich nun doch noch weiche Knie. Denn nach diesem Vertrauensbeweis von Moses ging es ja für mich nicht nur darum, hinter das Geheimnis zu kommen und eine schwierige Aufgabe zu bestehen. Ich durfte auch Moses Vertrauen in mich nicht enttäuschen. Er hatte seine bisher unbestrittene Führerschaft – vielleicht unbedacht – in meine Hände gelegt. Wenn ich versagte, würden ihm die anderen nicht mehr so bereitwillig folgen wie bisher. *Bei diesem Gedanken schnürte mir das Gefühl der Verantwortung für einen Augenblick den Hals zu. Doch jetzt konnte ich nicht mehr zurück, und ich hatte auch keine Zeit mehr zum Nachdenken, denn auf Moses Zeichen hin rannten alle ins Wasser, und diesmal war ich mit dabei.* *Obwohl wir wegen der starken Strömung den Fluss nicht im rechten Winkel überqueren konnten, kam ich leicht hinüber. Ich nutzte die Kraft des Wassers, indem ich von vornherein eine Stelle am Ufer anpeilte, die ein ganzes Stück weiter flussabwärts gelegen war als die Uferstelle genau gegenüber. Die anderen Jungen vor mir machten es ebenso. Als Letzter kam ich am anderen Ufer an und hatte etwas Mühe, die glitschige Uferböschung hinaufzuklettern. Der nasse Lehm quoll zwischen meinen Zehen hindurch, die Füße rutschten immer wieder zurück. Erst als ich die Finger tiefer in den Lehm krallte und einige Grasbüschel zu fassen bekam, konnte ich mich mit den Händen Stück für Stück hinaufziehen. Als ich oben war, sah ich die anderen schon ein ganzes Stück voraus; ich musste mich eilen, um wieder Anschluss zu finden. Dann liefen wir – einer hinter dem anderen – im Laufschritt auf einem Trampelpfad den Fluss entlang flussaufwärts an Wiesen und Büschen vorbei.* *Nach ungefähr 10 min Dauerlauf hielten wir an. Das Ufer war an dieser Stelle flach, träge floss das lehmtrübe Wasser vorbei, spiegelglatt lag die gelbgrüne Wasserfläche vor uns. Sehr viel breiter als unten am Badeplatz glich der Fluss hier eher einem See, dessen Ufer an einer Seite von einer Staumauer unterbrochen wurde. Laut rauschten die Wassermassen über den Rand der Staumauer hinunter. Hier hatte anscheinend früher ein Sägewerk gearbeitet; mehrere verfallene Gebäude standen noch dort, mit verrosteten Maschinen, einem zerbrochenen hölzernen Schaufelrad. Das Anwesen wirkte tot und geheimnisvoll; weit und breit sahen wir außer uns keine anderen Menschen. Wir hörten nur das Rauschen des Wassers, das über den oberen Rand der Staumauer hinunter stürzte.* *Unsere Uferstelle war ungefähr eine Stadionlänge von der Staumauer entfernt. Moses überzeugte sich mit einem Blick, dass alle da waren, nickte mir kurz zu und sprang dann mit einem Kopfsprung ins Wasser. Nach dem Auftauchen begann er, ohne sich noch einmal umzuschauen, auf das jenseitige Ufer zuzuschwimmen. Einer nach dem anderen sprang hinterher. Als Letzter ließ ich mich vorsichtig ins Wasser rutschen. Vor mir sah ich jetzt nur noch die Köpfe der anderen, wie sie sich langsam auf die Mitte Flusses zu bewegten.* *Seit wir von unserem Badeplatz aufgebrochen waren, hatte keiner mehr gesprochen. Auch jetzt war außer dem Rauschen des Wassers und den vereinzelten Schreien einer Krähe nichts zu hören. Es war ein Gefühl von gesammeltem Ernst, von konzentrierter Achtsamkeit, in dem ich den anderen mit den Augen und mit meinem Körper folgte. Einer von Moses Sätzen fiel mir ein: ‚Dann pass auf, du musst dich nur hinter dem Letzten halten und alles genau so machen wie wir.' Ich begann zu ahnen, auf welches Abenteuer ich mich eingelassen hatte.* *Angst stieg in mir hoch. Ich dachte an Umkehr. Aber als ich zum Ufer zurückschaute, wurde mir klar, dass ich keine Chance mehr hatte, heil ans Ufer zurückzukommen. Zu nah schon hatte uns die Strömung auf die Staumauer zugetrieben. Da sah ich, wie Moses seine Richtung änderte. Er schwamm jetzt direkt auf die Mitte der Staumauer zu. Und die anderen nach ihm taten dasselbe. Ich kam mir hilflos und verloren vor. Ich bereute meine Neugier und meinen Wunsch, bei dieser Gruppe mitzumachen, und gleichzeitig wusste ich, dass ich in diesem Augenblick keine Wahl mehr hatte. ‚Du musst dich nur hinter dem Letzten halten und alles genau so machen wie wir!' An diesen Satz klammerte ich mich, und als der letzte Junge vor mir auf die Staumauer zuschwamm, tat ich es ihm nach. Ich wusste, ich konnte kein rettendes Ufer mehr erreichen, die Strömung würde mich in jedem Fall gegen die Staumauer treiben.* *Mein einziger Trost und meine Hoffnung war der Gedanke, dass die anderen Jungen ja offenbar schon mehrmals dieses Abenteuer bestanden hatten, ohne Schaden zu nehmen. Und außerdem: Moses traute mir zu, heil durchzukommen. Und ich vertraute auf sein Urteil. Er hat sich auch mir anvertraut. Er hätte das nicht getan, wenn er nicht wirklich sicher wäre, dass ich es kann.* *Langsam fühlte ich mich wieder sicherer werden. Dann sah ich Moses Kopf über dem Rand der Staumauer nach unten verschwinden. Gleichzeitig merkte ich, dass das Wasser mich mit zunehmender Kraft und Geschwindigkeit gegen die Staumauer trieb. An der Stelle, an der Moses Kopf verschwunden war und nun – einer nach dem anderen – auch die Köpfe der anderen Jungen vor mir abtauchten, schien eine Lücke in der Staumauer zu sein, durch die das Wasser mit besonders starker Gewalt hindurchschoss. Wie in einen riesigen Trichter wurde das Wasser in diese Lücke hineingezogen und gedrückt, es schäumte, brodelte und rauschte. Aussichtslos, sich dieser Naturgewalt zu widersetzen.* *Während ich so immer schneller wie ein Korken auf dem Wasser auf die Mauerlücke zutrieb, wurde ich plötzlich ganz ruhig, und ich wusste mit aller Klarheit und Sicherheit, was ich zu tun hatte: Ich hörte auf zu schwimmen, machte mich ganz lang, hielt die Luft an, schloss die Augen und überließ mich der Gewalt des Wassers.*	

Tab. 24.1. (Fortsetzung)

	Text	Kommentare
	Sekunden später spürte ich, wie ich umhergewirbelt wurde, kopfüber, kopfunter, glitt rasend schnell über Kies und an runden Steinen entlang, vor meinen geschlossenen Augen wurde es erst dunkel, dann wieder hell, und dann nach einiger Zeit wieder ruhiger. Noch unter Wasser öffnete ich die Augen und fand mich knapp unter der Oberfläche rasch dahintreiben. *Ich tauchte auf und sah hinter mir – sich weiter und weiter entfernend – das haushohe Wehr mit dem herabstürzenden Wasser, wusste, dass ich gerade eben mich da hatte hindurchtragen lassen, und fühlte zugleich eine unbeschreibliche Freude, Glück, Stolz. Vergessen, was vorher war.* *Die anderen Jungen standen ein Stück weit voraus im flachen Wasser und auf warteten auf mich. ‚Na wie war's?' fragte Moses und grinste. ‚Toll', sagte ich. Mehr konnte ich in dem Moment nicht sagen. ‚Siehste, ich wusste es!' sagte Moses mit einem triumphierenden Seitenblick zu dem Zweifler.* *Zurück zum Badeplatz schwammen wir nicht mehr hintereinander in Reihe sondern ungeordnet im Pulk, wir alberten herum, balgten uns im Wasser, spritzen im Vorüberschwimmen einige Mädchen nass, die sich am Ufer sonnten, und freuten uns.* *Seit diesem Tag gehörte ich als 7. Mitglied zu Moses Gruppe. Ich bekam den Spitznamen Rübe, und bei den Fußballspielen hatte ich die ehrenvolle Aufgabe des Schiedsrichters.* *Auch an jedem der folgenden sonnigen Sommertage ließ ich mich gemeinsam mit den anderen Jungen immer wieder durch die Lücke im Wehr treiben, und ich lernte dabei mehr und mehr zu genießen, mich der Kraft des strömenden Wassers anzuvertrauen.«*	
22.	*»Sie können sich weiterhin so viel Zeit nehmen, wie Sie brauchen, und wenn Sie dann – in einigen Minuten – wieder beginnen zurückzukehren in den normalen Wachzustand, dann nehmen Sie sich auch dafür soviel Zeit, wie Ihnen angenehm ist, so langsam zurückzukehren, in Ihrem eigenen Tempo, so langsam, dass Sie sicher sind, auch nach dem Öffnen der Augen, diese Ruhe und Gelassenheit in Ihrem Körper zu spüren, während Ihr Geist zur selben Zeit ganz wach ist und konzentriert.*	
23.	*Also bitte ich Sie, die Augen nicht eher wieder zu öffnen, als bis Sie sicher sind, diese heilsamen Erfahrungen jederzeit, wann immer Sie es brauchen, zur Verfügung zu haben.«*	Nun den Aufwachvorgang begleiten, z. B. mit Kommentaren über die zunehmende Beweglichkeit des Körpers, das Ansteigen von Pulsfrequenz und Blutdruck, Wohlbefinden u. Ä. Es kann die Rückkehr aus der Trance auch durch Rückwärtszählen begleitet werden, wobei die Zahlen einzelne Schritte des Zurückkommens markieren.

Fazit

Die Wiederholung von suggestiven Formeln, auch von ganzen Geschichten oder Handlungsabläufen ist ein gern genutztes Mittel zur suggestiven Verstärkung therapeutischer Wirkungen (▶ Kap. 15).

So kann z. B. der vorstehende Induktionstext (Tab. 24.1) mit einem jeweils aktualisierten inhaltlichen Akzent ohne Bedenken in aufeinanderfolgenden Therapiesitzungen wiederholt (»gebetsmühlenartig«) dargeboten werden. In dieser Weise genutzt, können Tranceinduktionen nach und nach den Charakter eines (Ich-verstärkenden Rituals annehmen, das den Patienten in seinem Alltag mental begleitet (vgl. Erickson: »Meine Stimme begleitet Sie überall hin.«). Die Stimme des Therapeuten kann so für eine Übergangszeit zur »inneren Stimme« des Patienten werden, die erwünschtes Verhalten (Gedanken, Gefühle) anregt, ermutigt und belohnt.

Ein solcher Prozess wäre im günstigsten Fall die positive Umkehrung des Prozesses, der ursprünglich zu den negativen Selbstattributierungen des Patienten geführt hat.

25

Selbsthypnose

Brian Alman[1]

25.1 Was ist Selbsthypnose? – 319

25.2 Technik der Selbsthypnose – 320

25.2.1 Allgemeines – 320

25.2.2 Wer kann Selbsthypnose verwenden? – 320

25.2.3 Wie Sie am besten Ihre Trancefähigkeiten entwickeln – 321

25.2.4 Die besten Übungsorte – 321

25.2.5 Die Dauer der Ausübung: Momente, Minuten oder Stunden – 322

25.2.6 Selbsthypnose zur Steigerung der Kreativität – 325

25.2.7 Eine Selbsthypnose, die jeden Tag gut tut – 327

25.2.8 Die Macht der posthypnotischen Suggestion – 327

25.3 Diskussion – 329

25.3.1 Grenzen der Selbsthypnose – 329

25.3.2 Aufrechterhaltung der Motivation – 330

1 Übersetzung Denise Hufer, überarbeitet von Alida Jost-Peter und Elsbeth Freudenfeld.

25.1 Was ist Selbsthypnose?

Selbsthypnose ist eine selbst induzierte Erfahrung, die man macht, um das eigene unbewusste Potenzial zu utilisieren. Das sog. Unbewusste, d. h. die unbewusste Informationsverarbeitung, erteilt und empfängt im Verlauf eines jeden Tages unzählige Informationen, Befehle und Mitteilungen, die zeigen, dass es auf seine Weise funktioniert. Milton Erickson half mir die Weisheit des Unbewussten zu verstehen, als er sagte:

> Es ist ein weiser Schritt, dem Unbewussten bestimmte Probleme zu überlassen. Es würde das Kunststück des Magiers zerstören, wenn du wüsstest, wie der gezeigte Trick funktioniert. Wenn du das Schwimmen genießen willst, analysiere es nicht. Wenn du mit jemandem schlafen willst, versuche es nicht zu analysieren. Das Bewusste und das Unbewusste sind unterschiedliche Systeme. Ein idealer Mensch wäre jemand, der einfach bereit ist, den Austausch zwischen dem Bewussten und dem Unbewussten zu akzeptieren (Erickson, persönliche Mitteilung).

Viele Experten sind sich darin einig, dass Selbsthypnose hilft. Cheek kam zu dem Schluss, dass womöglich jedes hypnotische Phänomen Selbsthypnose beinhaltet (Cheek u. Le Cron 1968). Wolberg (1948) berichtete, dass medizinische Probleme die positiv auf Heterohypnose reagierten, trotzdem mit Selbsthypnose verstärkt werden müssen. Obwohl er viele Menschen in Fremdhypnose ausbildete, betrieb Erickson für sich lediglich Selbsthypnose. Er zog dies vor und zwar auf einer täglichen Basis.

Sie können beim Üben der in diesem Kapitel beschriebenen Methoden eine Reihe neuer und positiver Erfahrungen haben. Viele der Ergebnisse aus Ihren Selbsthypnose Übungen können Ihren Erwartungen entsprechend ausfallen, während andere Entwicklungen Sie einfach nur angenehm überraschen werden. Es besteht keine Notwendigkeit, irgendeines der eingetretenen Ergebnisse zu analysieren.

Fast jeder hat sich schon einmal in einem tranceähnlichen Zustand befunden, ohne das als Selbsthypnose zu bezeichnen. Wenn man beim Tagträumen Luftschlösser baut, vergisst man einfach alles um sich herum. In solchen Augenblicken haben Sie Ihren Fokus nach innen gerichtet. Wenn Sie sich beim Sport verletzen, aber nicht aufhören wollen und in der Lage sind, den Schmerz zu verdrängen, befinden Sie sich in einer hoch motivierten Verfassung. Wenn Sie jemandem, der sie fasziniert und dem Sie begeistert zuhören, und dabei das Gefühl haben, alles andere um Sie herum sei unwichtig, befinden Sie sich in einer aktiven unbewussten Lernhaltung. Wenn Sie sich am Strand befinden und sich dort völlig dem Bau einer Sandburg widmen, befinden Sie sich in einem absorbierten Arbeitszustand. Wenn Sie ein Buch lesen, einem Konzert lauschen oder völlig versunken einen Film betrachten, dann können Sie ihr subjektives Tranceerleben beschreiben.

Ihre Individualität spielt in jeder Form der Selbsthypnose eine große Rolle. Manchmal werden Sie tiefer in eine Trance eintauchen als andere Male. Sie werden vielleicht das Gefühl haben, als gäbe es um Sie herum nichts, was Sie beunruhigen oder gar berühren könnte. Sogar Dinge, die Sie in der Vergangenheit als störend oder beunruhigend empfanden, können jetzt womöglich Ihr Tranceerleben intensivieren. Es ist egal, ob Sie sich in einem leichten, bequemen, entspannten Zustand der Selbsthypnose befinden und sich dabei all der Dinge, die um Sie herum sind, bewusst sind oder nicht. Es geht eher darum, sich nicht dagegen zu wehren, keinen Druck auszuüben und dem Erlebnis die Möglichkeit zu lassen, sich einfach zu entfalten. Für viele Menschen bedeutet es schon einen signifikanten Durchbruch, zu lernen, ihrem unbewussten Prozess Vertrauen zu schenken. Wenn Sie einmal gelernt haben, Ihr unbewusstes System bedingungslos akzeptieren zu können, sind Sie schon einen Schritt weiter auf dem Weg, diese Freiheit auch in Ihrem Alltagsleben zu spüren. Einer der positivsten Aspekte der Selbsthypnose ist das Entstehen eines angenehmen, stärkenden Zugangs zur Selbstveränderung. Die folgende Definition scheint geeignet, die Wirkungen dieses Phänomens zusammenzufassen:

Selbsthypnose ist ein geistig-körperlicher Zustand, in dem weitaus stärker auf Suggestionen reagiert wird, als unter normalen Bedingungen. Während der Selbsthypnose lässt man einen Teil der willkürlichen Kontrolle los, um eine andere Form, nämlich unwillkürliche Kontrolle zuzulassen. Auch die Verarbeitung

bewusster Kritik verändert sich dahin gehend, dass sie lockerer aufgenommen wird. Der Fokus wird auf einige wenige innere Realitäten reduziert, die für das Individuum aus seinen inneren Verknüpfungen und seiner Offenheit hierfür hervorgehen, ebenso wie auf ausgewählte mentale Fertigkeiten, die dann in neue und heilsame Resultate integriert werden können. Suggestionen können unterschiedlicher Art sein. Vorstellungen, Wörter, die als Selbstinstruktionen oder vorgestellte Hinweisreize verwendet werden, spontane oder geplante Bilder oder Symbole, die Veränderungen repräsentieren und eine Anzahl sensorischer Auslöser, um ein dauerhaftes Ergebnis in Form von posthypnotischen Suggestionen und Reaktionen zu erzeugen. Suggestionen werden so zugeschnitten, dass sie in der Zeit, in der die gerichtete Aufmerksamkeit und das Bewusstsein erhöht sind, das fehlerhafte Glaubenssystem umgehen und entweder direkt oder indirekt zur unbewussten Verarbeitung finden.

25.2 Technik der Selbsthypnose

25.2.1 Allgemeines

Die meisten Menschen sind neugierig und fast jeder kann Selbsthypnose erlernen und persönliche Veränderungen damit einleiten. Der Anlass, Selbsthypnose zu erlernen ist, bei vielen Menschen oft eine Mischung aus Neugier und einem bestimmten Bedürfnis. Meistens handelt es sich dabei um Gewohnheitsprobleme, Schmerzbewältigung, Stressreduktion, Gewichtsverlust und Leistungssteigerung.

Andere Menschen möchten Selbsthypnose erlernen, um ihr Selbstvertrauen zu erhöhen, neue Ziele zu erreichen, mehr positive Selbstverbalisierungen zu entwickeln, ihre Kreativität zu erhöhen und unerledigte Dinge zu beenden, um bereit zu sein, sie ein für alle Mal loslassen können.

Dieses Kapitel wird Sie mit einer Anzahl von Methoden vertraut machen, die Ihnen dabei helfen können, erfolgreich einen Zustand von Selbsthypnose zu erreichen und zu vertiefen. Es gibt Auskunft darüber, was Sie tun können, wenn Sie diesen Zustand erreichen und es versorgt Sie mit praktischen Beispielen dazu, wie Sie auf eine einfache, entspannende und kreative Art ihre Fähigkeit der Selbsthypnose ausbauen können[2].

Jeder der Selbsthypnose lernt, hat am Anfang bestimmte Fragen, die beantwortet werden sollen. Selbst wenn Sie sich irgendwann einmal Selbsthypnose Bänder gekauft haben oder eine Meditationsform erlernt oder etwas über Visualisierungstechniken gelesen haben, gibt es einige Aspekte der Selbsthypnose, die Ihnen helfen werden. Wenn Sie auf der anderen Seite, in dieser Richtung noch nie etwas getan haben, werden Sie es als sehr entspannend und beruhigend erleben, sich mit diesen praktischen Aspekten der Selbsthypnose zu befassen.

25.2.2 Wer kann Selbsthypnose verwenden?

Selbsthypnose berücksichtigt die individuelle Wahrnehmung der eigenen Erfahrungen und hat sich bei fast jedem als erfolgreich erwiesen. Milton H. Erickson, der Pionier dieser Methode legte nahe, dass Selbsthypnose am ehesten erfolgreich ist, wenn die Suggestionen mit Wörtern, Symbolen und Bildern verwoben sind, die persönlich bedeutsam sind.

Es kommt oft vor, dass Leute die schon fast alles versucht und unzählige Ärzte aufgesucht haben, es mit Selbsthypnose probieren. Sehr oft entsteht die Motivation aus einer großen Herausforderung oder weil nichts anderes geholfen hat. Wenn sie einmal gelernt haben, dass sie ihre Probleme in Ressourcen verwandeln können, kann etwas in ihnen auf subtile Art und Weise plötzlich umschalten. Wie Sie vielleicht vermuten, kann praktisch jeder die Vorteile der Selbsthypnose genießen. Es ist nur eine Frage der jeweils passenden Methode. Sie werden in diesem Kapitel viele Gelegenheiten finden, um eine Vielfalt an Möglichkeiten zu erleben, die Ihren einzigartigen Lebenserfahrungen und Bedürfnissen gerecht werden, sowie den Bedürfnissen der anderen Menschen, denen Sie Selbsthypnose beibringen.

2 Alle Methoden sind Auszüge aus meinem Buch »Selbsthypnose« und entstammen meiner Ausbildung bei M. H. Erickson.

25.2.3 Wie Sie am besten Ihre Trancefähigkeiten entwickeln

Es gibt eine außergewöhnliche Geschichte über drei Männer, die in einem Kanu einen Fluss überqueren. Sie geraten in einen Sturm und sind fast am ertrinken, schaffen es jedoch sich am Kanu festzuhalten, bis sie die andere Seite des Flusses erreichen, allerdings Tage später und vollkommen erschöpft. Sie sind so dankbar noch am Leben zu sein, dass sie das Kanu wochenlang auf ihren Köpfen durch die Stadt tragen. Dann, nach einiger Zeit fanden die Stadtbewohner das Verhalten recht ungewöhnlich und fragten die drei Männer: »Warum tragt ihr, wo immer ihr hingeht, dieses Kanu immer noch auf euren Köpfen?« Die Männer berichteten den Stadtbewohnern von den Geschehnissen auf dem Fluss, wie sie fast ertrunken wären und sie ihr Leben dem Kanu zu verdanken hätten. Also, als Zeichen ihrer Dankbarkeit trugen sie nun, wo immer sie auch hingingen, das Kanu auf ihren Köpfen.

Selbsthypnose ist eine Fähigkeit. Sie ist das, was Sie sind, und Sie, nicht die Technik, sind der wichtigste Faktor dabei. Die Methode ist das Vehikel, so wie das Kanu. Der Schlüssel zum Erfolg ist jedoch die Fähigkeit, die Sie in sich tragen. Sie können lernen, sich besser um Ihre Belange zu kümmern und vielleicht sogar mehr, als Sie es für möglich hielten. Es ist wie Fahrrad fahren eine Fertigkeit, die fast jeder von uns auf natürlichem Wege erwerben kann. Mit Übung und Unterweisungen lernen Sie, nicht nur geradeaus zu fahren, sondern neue Richtungen einzuschlagen, langsamer zu werden, sodass Sie sich der Dinge um sich herum und in Ihnen bewusster werden. Sie können sich genauso gut schneller bewegen, wenn es Ihnen beliebt. Erlauben Sie mir Ihnen vorzuschlagen, dass Sie die Methoden lediglich als Medium, als Beförderungsmittel betrachten, um einen Zugang zu Ihren eigenen unbewussten Ressourcen zu erhalten. Sie sollten nie übersehen, dass der Schlüssel zur Veränderung sich in Ihnen befindet und nicht in der Methode selbst.

Sie haben vielleicht ein oder mehrere Ziele, an denen Sie mit Selbsthypnose arbeiten möchten. Zuerst sollten Sie sich mit der Vielzahl der Methoden, die zu einer Trance führen können, vertraut machen. Während Sie sich in einem selbst induzierten Trancezustand befinden, wird die Zugbrücke zwischen dem Unbewussten und dem Bewussten heruntergelassen und es findet eine Verbindung statt. In diesem Zustand können hilfreiche Suggestionen in Ihr Unbewusstes gelangen und auch von ihm gegeben werden.

Manche Menschen lernen Selbsthypnose schneller und andere wiederum benötigen mehr Zeit. Ich werde Ihnen einige Abkürzungen beibringen, und trotzdem macht es eigentlich gar nichts aus, wie schnell oder langsam Sie lernen, da die Geschwindigkeit nichts mit der Effektivität zu tun hat. Hinzu kommt, wenn Sie einmal gelernt haben sich in diesen selbst induzierten Trancezustand zu versetzen, Sie es nicht mehr vergessen werden und niemand es Ihnen jemals wegnehmen kann. Es ist ein positives Erleben der Selbstbeherrschung.

25.2.4 Die besten Übungsorte

Tatsächlich können Sie Selbsthypnose fast überall üben. Es ist zwar besser, wenn Ruhe herrscht, aber bei Lärm lässt sie sich auch durchführen. Wenn Sie z. B. für 10–15 min einen ruhigen Ort aufsuchen, werden Sie sich sehr leicht entspannen können, zu träumen anfangen, um dann in einen fruchtbaren und kreativen selbsthypnotischen Zustand überzugehen. Wenn Sie sich andererseits an einem lauten und unruhigen Ort befinden, können Sie die Geräuschkulisse mit einbeziehen, um Ihr Tranceerlebnis zu vertiefen, sodass sie einen entspannten, träumerischen Zustand erreichen, der dann leicht in eine Selbsthypnose übergeht.

Wichtig ist, dass Sie sich dessen bewusst sind, dass es sich bei der Selbsthypnose um einen natürlichen Zustand handelt. Sie tragen ihn immer mit sich herum, wo immer Sie auch hingehen. Dieser Zustand wird nicht durch irgendwelche äußeren Gegebenheiten ausgelöst. Sie können aber mit verwendet werden, um dieses Erlebnis zu verbessern. Natürlich muss jeder Mensch selbst herausfinden, welche Situation für ihn am besten geeignet ist, um Selbsthypnose zu erlernen. Das bedeutet für einige Menschen Ruhe, während andere wiederum aus den Möglichkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen, das Beste machen müssen. Es ist also empfehlenswert, an so vielen unterschiedlichen Orten wie möglich zu üben, sodass Sie jederzeit an jedem Ort und ungeachtet dessen, was um Sie herum

geschieht, sich entspannen, Selbsthypnose praktizieren und auf sich selbst achtgeben können (▶ folgende Übersicht):

Orte, an denen Menschen im Allgemeinen erfolgreich Selbsthypnose durchführen:

- Draußen an einem ruhigen, friedlichen Ort
- Bei der Arbeit mit geschlossenen Türen und abgestelltem Telefon
- Im Kino, bevor der Film anfängt
- Im geparkten Auto, bevor man aussteigt
- Unter einem Sternenhimmel bei Nacht
- Im Wohnzimmer mit gedämpftem Licht
- Draußen im Gras sitzend
- Im Flugzeug sitzend
- Als Beifahrer im Auto
- Während des Spazierengehens (ja Sie werden diese Möglichkeit erlernen, wie viele andere, an die Sie noch nicht gedacht haben)
- Während Sie Musik hören
- Während Sie sich im Fitness Studio quälen
- Beim Lachen, beim Singen
- Beim Tanzen

Hoffentlich fallen Ihnen noch mehr Orte ein, die für Sie ruhig, entspannend, interessant und einladend sind. Es ist oft besser dabei aufrecht zu sitzen, da Sie sonst womöglich Liegen mit Einschlafen assoziieren, was aber gar nicht Ihre Absicht ist. Jeder ist anders. Somit gibt es auch eine Menge Möglichkeiten, aus denen sich der geeignete Ort auswählen lässt. Vielleicht stellen Sie darüber hinaus auch fest, dass zu unterschiedlichen Zeiten und Tagen bestimmte Orte für Sie verlockender sind als andere. Wenn Sie z. B. morgens, kurz vor dem Aufstehen, 5 min lang Selbsthypnose ausüben, wird das im Bett stattfinden, während Sie nachmittags hierfür 2 min an Ihrem Schreibtisch einlegen. Vielleicht bevorzugen Sie auch lieber 20 min Selbsthypnose am Vormittag irgendwo draußen. Wenn Sie sich nicht wohlfühlen, kann es auch vorkommen, dass Sie über den ganzen Tag verteilt Selbsthypnose praktizieren sowie am Abend, wenn Sie im Bett liegen. Sie sehen, es liegt an Ihnen, wo Sie Selbsthypnose ausüben wollen. In Ihnen befindet sich immer ein Teil, der Ihnen bei all diesen Dingen helfen kann, Sie müssen lediglich den Zugang zu Ihren natürlichen Fähigkeiten erlernen, sodass Sie sie einsetzen können, wann immer Sie wollen.

25.2.5 Die Dauer der Ausübung: Momente, Minuten oder Stunden

Selbsthypnose werden Sie stufenweise erlernen. So, wie Sie lesen gelernt haben, Fahrrad zu fahren oder den Umgang mit einem Computer, schwimmen, tanzen oder segeln. Das Schöne beim Erlernen der Selbsthypnose ist, dass Sie sie für einen Moment, für eine Minute oder länger ausüben können. Dadurch können Sie üben, wann immer es Ihnen passt. Eines der Ziele der Selbsthypnose ist es, Ihnen beim Lernen behilflich zu sein, sodass Sie bei allem, was Sie machen, immer Ihr Bestes geben können. Sie können sich also darauf freuen, rundum effektiver zu werden. Als Beispiel: Stellen Sie sich vor, Sie wollen so schnell wie möglich ein Musikinstrument beherrschen und dabei rasch die Anfangsphase hinter sich lassen. Bevor Sie also Ihr Instrument spielen, werden Sie sich selbst in Hypnose versetzen, um einen positiven und aufnahmefähigen Zustand zu erlangen. Nach Ihrer Selbsthypnose werden Sie Ihre Erlebnisse überprüfen und in Gedanken alles durchgehen, was Sie beim nächsten Mal erreichen wollen. Die Prämisse hierbei ist, dass Sie diese neu erworbene Lernformel auf alles, was Sie sonst noch erlernen wollen, anwenden können, wenn Sie sie einmal für sich herausbekommen haben.

Angenommen, Sie haben nur ein paar Augenblicke Zeit

Hier ein Beispiel für eine schnelle Selbsthypnoseübung. Sie heißt: »In ein Ziel hinein zu atmen«.

»Entspannen Sie Ihre Atmung und überlegen Sie sich, was Sie in den nächsten 24 h alles erreichen wollen. Hierbei atmen Sie einfach ein und halten Ihren Atem an, sobald er das höchste Atemvolumen erreicht hat. Zählen Sie bis drei: 1 … 2 … 3. Wenn Sie Ihren Atem wieder loslassen, sagen Sie dabei »eins«: Spüren Sie, wie sich Ihr Atem hebt und senkt. Machen Sie beim Einatmen nichts, sagen Sie aber beim wieder Ausatmen »eins«. »Eins« steht für Einigkeit, Ganzheit und Einheit; aber Sie brauchen sich darüber keine Gedan-

ken zu machen. Schon allein das Wissen darum hilft. Falls Sie beim Entspannen Ihrer Atmung Schwierigkeiten haben sollten, berühren Sie einfach Ihren Hals, Ihren Brustkorb oder Ihren Bauch (wo immer Sie eine Spannung bemerken), und sagen dabei: »Entspanne Dich bitte, sei natürlich«. Wenn Sie das Gefühl haben, Sie atmen jetzt entspannt, brauchen Sie sich nur noch zu überlegen, wie Ihre Stimmung in den nächsten 24 h sein soll, z. B. entspannt und offen oder entspannt und frei. Sie bestimmen und verwenden dabei Ihre eigenen Worte, um Ihre Absicht auszudrücken. Erwähnen Sie auch etwas, das Sie fertigbringen möchten, z. B. langsamer zu essen und jeden Bissen zu genießen oder spazieren zu gehen und sich dabei der Geräusche um Sie herum bewusst zu werden oder sich einfach nur jedes Mal, wenn Sie die Übung »In ein Ziel hinein zu atmen« ausführen, mehr zu entspannen. Sie können es aufschreiben, es sich selbst vorsagen, es sich vorstellen, es in sich spüren, wie die Dinge sich entwickeln sollen, sodass sie für Sie angenehm sind.«

Angenommen, Sie haben ein paar Minuten Zeit

Dann können Sie die folgende Strategie anwenden. Sie können sie mit geschlossenen Augen in einem bequemen Sessel sitzend üben oder mit offenen Augen beim Spazierengehen, beim Fahrrad fahren oder wo immer Sie wollen. Sie heißt: »In der Selbsthypnose einen Sinn entdecken«.

»Entspannen Sie Ihre Atmung, indem Sie auf die Geräusche achten, die während des Ein- und Ausatmens entstehen. Lassen Sie Ihren Atem wie Wellen am Strand ein- und ausrollen. Lassen Sie einen Atem- und Zuhörrhythmus entstehen, während Ihr Atem ein- und ausrollt. Dann spüren Sie einfach, wie Ihr Atem ein- und ausrollt ohne ihn zu hören, ihn einfach nur spüren. Nehmen Sie sich danach 1–5 min Zeit, um jedem Ihrer Sinne Aufmerksamkeit zu widmen. Einen Sinn nach dem anderen. Der Schluss wird zu einem fesselnden Erlebnis, wenn Sie allen Sinnen gleichzeitig Ihre Aufmerksamkeit widmen. Während dieser Zeit werden Sie sich selbst positive Suggestionen geben (in dieser Zeit sind Sie sehr offen und empfänglich). Vielleicht möchten Sie sich selbst suggerieren, dass Sie mit jeder Ausführung dieser Übung immer leichter in diesen entspannten Zustand kommen können. Sie werden bald merken, wie Ihre eigenen kreativen Suggestionen in diesen Zeiten der Offenheit und Entspannung von allein kommen. Und so gehen Sie vor beim Spazierengehen, im Sitzen oder wo immer Sie wollen« (▶ folgende Übersicht):

Schritte zur Übung: Durch die Selbsthypnose die Sinne entdecken

1. Widmen Sie allem, was Sie in Ihrer Umgebung **sehen**, Ihre Aufmerksamkeit. Achten Sie besonders auf die Details, die Sie sonst übersehen. Führen Sie diese Übung mit geschlossenen Augen durch, Sie können sich einen besonderen Ort vorstellen an den Sie gerne denken und ihn für sich schildern.
2. Achten Sie auf alle Geräusche in Ihrer Umgebung. **Hören** Sie genau darauf, besonders auf die, welche für Sie sonst kaum hörbar sind. Selbst die Geräusche, durch die Sie in der Vergangenheit eher abgelenkt wurden, können Ihr Erleben steigern. Es kann sogar so sein, dass alle Geräusche Sie daran erinnern, dass Sie gerade einige Minuten Zeit haben, um sich zu entspannen und sich auf fundamentale Art und Weise um sich selbst kümmern können.
3. Achten Sie auf jeden Duft in Ihrer Umgebung, den Sie **riechen** können. Schildern Sie für sich die Duftnoten, selbst die ganz subtilen. Vielleicht wissen Sie bereits, dass einige Menschen sagen, das Leben besäße einen Wohlgeruch.
4. Achten Sie auf alle Gefühle, die Sie **spüren**. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Körper, wie er sich anfühlt, vom Kopf bis zu den Zehen. Spüren Sie die Temperatur, Ihre Kleidung, Ihren Schmuck, falls Sie welchen tragen, und alles was Sie innen und außen spüren können.

▼

5. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den **Geschmack** in Ihrem Mund und beobachten Sie, wie er sich über den Tag verändert hat. Achten Sie darauf, ob Ihr Mund leicht trocken oder feucht ist. Schildern Sie für sich den Geschmack in Ihrem Mund. Wenn Sie Ihren Sinn für Humor mit einbeziehen wollen (was sagt er zu all dem) und Ihre Intuition (was spürt sie in diesem Augenblick in Bezug auf Sie), können Sie das gerne machen.
6. Und dann **alle** Ihre **Sinne gleichzeitig**. So ist es richtig. Erteilen Sie sich die Erlaubnis, sich von allen Sinnen gleichzeitig vereinnahmen zulassen. Dieses kann ein vollkommenes Vergnügen sein. Außerdem wird es Sie auf sehr einfache und natürliche Art und Weise immer in die Gegenwart versetzen.

Wenn Sie diese Gelegenheit ergreifen, um auf diese Art und Weise mit sich umzugehen, ist es so, als würden Sie sich selbst beschenken (was Sie auch allemal verdienen). Vielleicht werden Sie fast jedes Mal, wenn Sie aufhören und sich Ihren Sinnen öffnen feststellen, dass Sie sich dabei wohlfühlen, und dabei das erleben, was Gurdjieff »Selbsterinnerung« nennt. Dabei werden Sie sich ganz einfach an Ihr Gefühl für Ihr Selbst und die damit verbundene Kraft erinnern. »Motiviert zu bleiben, ist der Schlüssel, der alle Schlösser öffnet.« Etwas zu beobachten ist motivierend. Die Absicht dieser Metapher und dieser Selbsthypnose-Suggestionen liegt darin, die Aufmerksamkeit wiederholt darauf zu richten, jeden Tag motiviert zu bleiben. Das geschieht auf eine indirekte Art und Weise. Wenn man motiviert bleiben möchte bezüglich der Anwendung der Selbsthypnose und der Änderung irgendwelcher ungewollter Muster, ist es selbstverständlich, dass man kontinuierlich und bedingungslos lernt, das eigene, sich immer weiter entwickelnde Selbst zu akzeptieren.

Zu guter Letzt ist die Zeit für Suggestionen gekommen. Das beinhaltet, dass Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Dinge richten, die Sie innerhalb der nächsten 24 h oder in der nahen oder fernen Zukunft erreichen möchten. Sie können sich das, was Sie wollen, vorstellen oder es sich vorsagen. Sie können auch innen drin spüren, wie sich die Dinge jetzt oder später positiv entwickeln werden. Wie Sie immer wieder feststellen werden, handelt es sich hierbei um eine Zeit, in der Sie sehr empfänglich sind für das Säen eines Samens (geben Sie sich eine Suggestion). Es ist erstaunlich, was alles aus einem Samenkorn entstehen kann!

Angenommen Sie haben einige Stunden Zeit

Diese Selbsthypnose Strategie können Sie jederzeit und überall mit geschlossenen oder geöffneten Augen ausüben. Sie können Sie ausüben, wo immer Sie wollen. Sie heißt »Wahrnehmen und Hören«. Sie ist eine der vielen Übungen, die ich von Milton Erickson gelernt habe.

»Nehmen Sie alles um sich herum wahr. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auch auf das kleinste Detail. Schildern Sie sich dieses in Ihren Gedanken ohne es laut auszusprechen. Hören Sie auf alles, was um Sie herum und in Ihnen stattfindet. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auch auf die leisesten Geräusche. Genau wie bei dem Wahrnehmungserlebnis im vorangehenden Abschnitt. Beschreiben Sie leise für sich alles, was Sie hören können. Führen Sie diese Übungen über einen längeren Zeitraum hinweg fort, unabhängig von dem, was Sie zu dem Zeitpunkt gerade machen (wie spazieren gehen, arbeiten, kommunizieren, lesen oder irgendetwas anderes).Nach einiger Zeit werden Sie sich in einem Zustand befinden, den man als Fließen bezeichnet. Dabei werden Sie sich aufgrund Ihrer Fähigkeiten wahrzunehmen und zu hören vollkommen in der Gegenwart befinden. Dann ist die große Gelegenheit gekommen, dass Sie sich Ihren stärksten Wunsch oder Ihre stärkste Sehnsucht schildern. So ist es richtig, das wird ein geeigneter Zeitpunkt sein, Ihren Fokus auf das zu richten was, Sie wirklich in Ihrem Leben erreichen wollen: innerhalb der nächsten 24 h oder in der Zukunft, wie ein Gesamtbild, das Sie sich aus der 15. Reihe eines Kinos auf einer großen Leinwand anschauen, auf der Ihr Leben abläuft. Es könnte für Sie eine Hilfe sein, Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren größten Wunsch zu richten und außerdem alle Schritte zu schildern, die Sie machen müssen, um ihn zu verwirklichen. Schildern Sie sich diese Schritte – je genauer und detaillierter, um so besser. Seien Sie präzise; es hilft! Wo

immer Sie auch hingehen, Sie tragen diese natürlichen Fähigkeiten zur Selbsthypnose in sich. Mit diesen Übungen erreichen Sie langsam ein Gefühl für die Entfaltung Ihrer Selbsthypnosefertigkeiten und kommen auf den Geschmack.«

Mehr als progressive Muskelentspannung: Selbsthypnose für das tägliche Leben

Diese Methode beschäftigt sich mit Entspannung, nicht mit Konzentration. Sie sollen nicht versuchen, sich zu konzentrieren. Um Konzentration geht es überhaupt nicht. Entspannung wird Ihnen helfen. Vielmehr geht es um eine Gelegenheit, sich einfach nur zu entspannen, Ihre Aufmerksamkeit zurückzunehmen und aus jeder Anwendung etwas Positives mitnehmen zu können.

»Setzen Sie sich in einen Stuhl. Machen Sie es sich bequem, da Wohlgefühl der wichtigste Teil dieser Übung ist. Nehmen Sie eine Haltung ein, die für Sie angenehm ist. Das Licht kann dunkel oder abgedunkelt sein, je nach Belieben. Es sollte jedoch nicht hell sein. Teilen Sie jedem mit, dass Sie für die nächsten 20 min ungestört sein wollen. Das heißt: keine Anrufe, nichts – was auch immer. Als existiere die Welt in den nächsten 20 min nicht mehr. Schließen Sie die Türen, entspannen Sie sich im Stuhl, lockern Sie Ihre Kleidung, sodass sie Sie nicht einengt. Schließen Sie Ihre Augen und richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf alle Gefühle in Ihrem Körper, vom Kopf bis zu den Zehen. Dann achten Sie darauf, wo Sie in Ihrem Körper Spannung bemerken. Sollten Sie diese Spannung in Ihrem Knie bemerken, dann entspannen Sie Ihr Knie. Berühren Sie es und sagen Sie dabei diese zwei Worte: ‚Bitte entspanne'. Spüren Sie die Spannung in Ihren Schultern, berühren Sie diese Stelle und sagen dabei ‚Bitte entspanne'«.

Innerhalb von 3 Wochen werden Sie mit Ihrem Körper kommunizieren können. Und wenn Sie einmal angefangen haben, mit Ihrem Körper zu kommunizieren, werden viele Dinge vielleicht einfacher werden. Sie brauchen Ihren Körper nicht zu zwingen oder die Anspannung zu übertreiben. Sie können Ihren Körper überzeugen. Sie brauchen nicht mit Ihrem Körper zu kämpfen. Das kann unschön oder gewalttätig und aggressiv sein. Und jede Art von Konflikt führt zu mehr und mehr Anspannung. Sie werden möglicherweise viele angespannte Stellen finden. Die müssen zuerst entspannt werden, denn wenn der Körper nicht entspannt ist, kann sich auch der Geist nicht entspannen. Der Körper wird zum Vehikel für die geistige Entspannung. Wo immer Sie Spannung spüren, fahren Sie fort Ihren Körper mit tiefer, pflegender Fürsorge und Mitgefühl zu berühren. Der Körper dient Ihnen und Sie haben nie etwas für ihn bezahlt. Er ist einfach ein Geschenk. Er ist ein komplexes Wesen und obwohl die Wissenschaft schon versucht hat von ihm Kopien anzufertigen, so hat sie es noch nicht geschafft. Die meisten Menschen denken nie darüber nach. Sie haben noch nicht gelernt dankbar zu sein und Ihren Körper zu lieben. Fahren Sie mit diesen Übungen fort und umgeben Sie Ihren Körper mit Bildern, Farben, Gefühlen und Symbolik, die liebevoll, mitfühlend und fürsorglich sind.

Das wird mindestens 5 min dauern und Sie werden sich dann wahrscheinlich sehr, sehr entspannt und sogar schlaff fühlen. Gehen Sie dann auf gleiche Art und Weise an Ihre Atmung heran:

»Sagen Sie Ihrer Atmung: ‚Bitte entspanne'. Fahren Sie hiermit 2 min lang fort und das wird wahrscheinlich so entspannend sein, dass Sie offen sein werden für Ihre eigenen guten Vorsätze in Bezug auf das, was Sie in den nächsten 24 h erreichen möchten. Dieser Zeitpunkt ist dazu geeignet Ihre Aufmerksamkeit auf das, was Sie wollen und auf die dazu benötigten Schritte zu richten. Sie können die Schritte visualisieren, in Gedanken durchgehen und für sich schildern oder sogar auf ein Stück Papier schreiben (am besten mit geschlossenen Augen).«

25.2.6 Selbsthypnose zur Steigerung der Kreativität

Vielleicht entdecken Sie, dass es einfacher ist, als Sie erwartet haben, dem eigenen unbewussten Potenzial zu vertrauen und es genießen zu können.

Wie andere Prozesse auch wird Selbsthypnose als eine Möglichkeit gesehen, einen Zugang zu unbewussten Ressourcen und Kenntnissen zu finden, die dem bewussten Denken gewöhnlich nicht zur Verfügung stehen. Die folgende Prozedur kann mit oder ohne selbst induzierter Trance verwendet werden. Es ist zu beachten, dass eine Selbstveränderung am besten dann stattfinden kann, wenn

dadurch gleichzeitig eine aktive unbewusste Lernsituation erzeugt wird. Hierzu ein Beispiel:

Fallbeispiel

Stephanie war auf der Suche nach einer anderen Arbeitsstelle. Mehr als 12 Jahre lang ging sie derselben Arbeit nach, ohne jemals befördert zu werden. Auch wurde sie ungerechterweise immer wieder übergangen, wenn es darum ging, eine Stelle im Management zu bekommen. Sie kam, um für die kommenden Interviews mehr Selbstvertrauen und Selbstachtung zu erlangen. Auch wollte Sie Fähigkeiten erlernen, ihre Angst besser zu bewältigen. In der 5. Selbsthypnosesitzung visualisiert Stephanie eine Versammlung, in der folgende Personen anwesend sind: ihre Vorgesetzten, ihre Eltern, sie selbst, einmal als die 31-jährige erwachsene Frau, die sie jetzt ist und einmal als 5-jähriges Mädchen.
Gleich nachdem sie die selbsthypnotische Trance wiederherstellte, fing sie mit dem automatischen Schreiben an. Es war ihr Vorhaben das in jeder ihrer Selbsthypnosesitzungen durchzuführen, da sie sich mit dieser Herangehensweise schon nach dem ersten Versuch angefreundet hatte.

Stephanie verwendete ein sehr einfaches Selbsthypnoseverfahren:

1. **Schritt:** Das zu bearbeitende Hauptproblem/Thema erkennen. Dann denken, fühlen, visualisieren und/oder beschreiben Sie still für sich und in Ihren eigenen Worten alles, was Ihnen zu dem Hauptthema einfällt. Versuchen Sie, die gesamte Aufmerksamkeit auf eine Art und Weise beizubehalten, die es ihnen ermöglicht alles was damit zusammenhängt, so zu erleben, als befände es sich in Ihrem Körper. Ihr Körper wird als Gefäß für das Thema angesehen.
2. **Schritt:** Stellen Sie sich vor, mit dem Hauptthema geht eine Transformation vor sich und es verwandelt sich in irgendeine Farbe oder Farbenmischung. Sie können selbst entscheiden, indem Sie einfach die Visualisierung einer auftretenden Farbe zulassen, oder nur an Farben denken oder einfach entscheiden, welche Farbe wohl am besten passen könnte.
3. **Schritt:** Nehmen Sie 5 tiefe, befriedigende Atemzüge und atmen Sie die Luft aus, als wenn Sie einen Ballon aufblasen würden. Die Absicht hierbei ist das richtige Loslassen der Energie, Spannung und der soeben gewählten Farbe. Fahren Sie weiterhin mit der Vorstellung fort, das Hauptthema loszulassen, indem Sie mithilfe Ihres Atems die Farbe herausblasen und angenehm leicht ausatmen. Eine Umwandlung der Farbe in Energie ist hier beabsichtigt. Nun können Sie sich eine Energieform visualisieren, vorstellen, ausdenken und/oder beschreiben, in die sich die Farbe verwandeln wird. Es kann ein Kreisel, eine Spirale, eine Wolke oder Nebel sein oder auch irgendetwas anderes. Ganz so wie Sie es sich vorstellen.
4. **Schritt:** Erlauben Sie der Energieform, welche sich nun aufgrund des Ausatmens außerhalb von Ihnen befindet, sich noch einmal zu verwandeln. Dieses Mal in ein Bild. Ihre Erfahrung kann sich auf visueller oder auf gefühlsmäßiger Ebene abspielen, in Dialogen oder Gedanken. Der Zweck dieser Übung ist eine Umwandlung dieser Bilder, Gefühle, Dialoge oder Gedanken in Formen bestimmter Menschen, die Sie kennen oder Orte, die Sie besucht haben oder Geschehnisse, Tiersymbole, Naturlandschaften, Situationen, die Sie sich vorstellen, die auch einem Märchen entspringen könnten oder in irgendetwas das Ihnen während dieses Erlebnisses einfällt, irgendeine Eingebung. Seien Sie offen und schreiben Sie alles was Sie erleben und erfahren auf, indem Sie Ihre Augen weiterhin geschlossen halten. Es kann Ihnen helfen. (Je mehr Übung Sie hinsichtlich dieses Schreibens mit geschlossenen Augen bekommen, um so automatischer und müheloser wird es.)
5. **Schritt:** Zu guter Letzt schreiben Sie über und/oder besprechen Sie mit sich selbst irgendwelche Verbindungen oder Auffälligkeiten zwischen den persönlichen Bildern, die in Ihnen entstanden sind und dem Hauptthema vom Anfang dieser Selbsthypnosesitzung. Die gewünschte Wirkung wäre hier ein neues, unwillkürliches Bewusstwerden.

Die meisten Menschen können innerhalb der ersten 5 Sitzungen mit diesem Vorgehen gewöhnlich zu einem neuen Verständnis ihres Problems gelangen, neue Lösungsmöglichkeiten entwerfen sowie neue Gefühle erleben, andere Perspektiven sehen und neue Entschlüsse fassen. Stephanie konnte die-

se Methode während ihrer Selbsthypnoseübungen verwenden, um einen einzigartigen und starken Entschluss zu fassen. Sie war mit sich recht zufrieden und hatte das Gefühl, ihr Unbewusstes habe ihr etwas angeboten, was sie von ihrem bewussten System nie bekommen hätte.

25.2.7 Eine Selbsthypnose, die jeden Tag gut tut

Die »Beobachter-Methode«. Beobachten ist oft der Schritt, der viele Türen im Leben öffnet. Es mag auch die einzige Disziplin sein, die Sie in Ihrer Selbsthypnose entwickeln wollen. Sie brauchen nicht zum Heiligen zu werden. Machen Sie sich keine Sorgen, dass Sie nun all Ihre kleinen Sünden ablegen müssten. Diese Methode soll Ihnen helfen bewusster zu werden. In ganz natürlicher Weise kann sich in den Momenten, in denen Sie sich Ihrer Handlungen, Gedanken, Ihrer Gefühle bewusst werden, eines der größten Geheimnisse des alltäglichen Lebens offenbaren. Erinnern Sie sich an die Worte Sokrates': »Erkenne Dich Selbst«. In diesen wenigen Worten ist viel Weisheit enthalten, denn indem Sie sich selbst erkennen, werden Sie fast alles begreifen; fast alles erfüllt sich und wird erreicht.

Während Sie Selbsthypnose erleben und auch danach, gibt es drei Ebenen, auf die Sie Ihre Aufmerksamkeit richten sollten: Handlungen, Gedanken und Gefühle. Also, selbst wenn Sie spazieren gehen, sollten Sie sich dessen bewusst sein, dass Sie spazieren gehen. Seien Sie sich jeder Geste bewusst. Auch wenn Sie Ihre Selbsthypnose Übungen ausführen und sich dabei vorstellen, dass Sie spazieren gehen, seien Sie sich jeder Bewegung bewusst, so als ob alles in Zeitlupe abläuft oder als ob es sich hierbei um einen Tanz handelt, der studiert und beobachtet wird von Ihnen. Wenn Sie essen, essen Sie bewusst, aufmerksam und entspannt. Hören Sie auf damit, das Essen nur so in sich hineinzustopfen.

Wenn Sie denken, beobachten Sie Ihre Gefühle, aber seien Sie sich dessen bewusst, dass Ihre Gefühle und Stimmungen nicht Sie sind. Sie sind der Beobachter. Mit dieser Methode sind Sie also nicht Ihr Körper, nicht Ihre Gefühle. Sie befinden sich in der nächsthöheren Dimension. Das kann magisch sein. Sie sind der liebevolle Beobachter, der alles so viel leichter macht, auf natürliche Art und Weise. Wenn Sie der Beobachter sind, ist der Verstand wie ein Bio-Computer, von Ihnen unabhängig. Es ist ein schöner Mechanismus, einer der schönsten Mechanismen, den die Natur Ihnen gegeben hat. Beobachten Sie, ob Sie irgendein Gefühl von Geiz, Wut, Habgier, Neid oder Eifersucht spüren. Diese Disziplin ist diejenige, die Sie als Beobachter üben sollten. Identifizieren Sie sich nicht mit Dingen, beobachten Sie lediglich, sehen Sie und erfahren Sie auch Situationen als Beobachter. Sehr bald wird sich die Qualität des Beobachtens erweitern. Das geschieht auf subtile Art. Sie benutzen Ihre Fähigkeit um zu sehen, wie unterschwellig das Ego arbeitet und natürlich der bewusste Verstand. Es ist keine offensichtliche Sache. Oft ist es sehr fein und tief verborgen. Je mehr Sie zum Beobachter werden, um so besser werden Sie sehen können. Sie können sich tiefer in Dinge hinein bewegen und doch zwischen Ihnen und dem was Sie tun mehr Distanz aufbauen. Distanz hilft; ohne sie ist sehr wenig Erkenntnis möglich. Wie können Sie etwas sehen, wenn es sich zu nah vor Ihren Augen befindet? Wenn Sie zu dicht vor dem Spiegel stehen, können Sie Ihr eigenes Spiegelbild nicht sehen. Wenn Ihre Augen den Spiegel berühren, wie wollen Sie dann sehen können? Eine gewisse Distanz ist notwendig. Und nichts kann Ihnen so leicht eine Distanz ermöglichen, wie das Beobachten. Sie können es für sich selbst ausprobieren und selbst urteilen.

25.2.8 Die Macht der posthypnotischen Suggestion

Fallbeispiel

Kevin hat Selbsthypnose erlernt als Selbsthilfe bei der Gewichtsreduktion und Überwindung der Alkoholabhängigkeit. Er verstand die Gründe für sein Handeln: Erstens war für ihn Essen eine Form der Verwöhnung, wenn er eine Reihe unangenehmer Gefühle spürte, da er sich sowohl in guten als auch in schlechten Zeiten oft alleingelassen gefühlt hatte (als Kind, wie auch als Erwachsener). Essen war sein Freund, sein Verbündeter, seine Ablenkung, seine Arznei. Zweitens bedeutete für ihn Alkohol ein Weg, um seine Probleme zu vergessen, und er wusste schon als Teenager, dass der Alkohol dieses sehr gut erledigte. Die Schwierigkeit lag darin, dass er dabei auch die guten Zeiten vergaß. In den 2 Jahren Therapie erfuhr Kevin, warum er abhän-

gig war. Er wurde motiviert, seine Reaktionen auf Emotionen und Vergessen zu verändern. Kevin lernte vom Autor eine Selbsthypnosemethode, die er jeden Tag ausübte, und zwar wann immer er irgendeine Emotion spürte oder etwas vergessen wollte. Als er diese Methode zum ersten Mal probierte, brauchte er ungefähr 5 min, und schon nach einer Woche benötigte er dafür nur 30 s.

Selbsthypnose ermöglichte es ihm, in sich hineinzuhorchen, auf seine Bedürfnisse zu hören und seine unbewussten Prozesse, sein bewusstes Denken, seine physischen Bedürfnisse und seine emotionalen Verfassungen zu reorganisieren. Kevin fand diese Methode der Selbsthypnose motivierend, einfach, praktisch und effektiv im Umgang mit seinem unbewussten Widerstand sich zu verändern. Das konnte anhand seiner erfolgreichen Ergebnisse 2 Jahre später bestätigt werden. Die angewandte Methode war wie folgt: Zu beachten ist, dass er diese Methode mit geschlossenen Augen durchführte und in seiner unmittelbaren Nähe einen Stift und Papier hatte. Hiermit schrieb er mit geschlossenen Augen seine Erfahrungen auf, so wie unten beschrieben. Damit beabsichtigte er, sein Unbewusstes und seinen Ausdruck so vollkommen wie möglich zu erleben, indem er seine Aufmerksamkeit für die gesamte Zeit nach innen gerichtet hielt. Zu Anfang schloss er die Augen. Dann nahm er fünf tiefe, volle Atemzüge und stellte sich vor, wie er auf einem magischen Teppich bis zur Spitze seines »Selbsthypnose-Bergs« flog, den er sich selbst unter Einsatz aller seiner Sinne schilderte; das Bild stammte ursprünglich von einem Ausflug zu einem Ort, genannt Torrey Pines[3], zu dem der Autor ihn veranlasste. Seinem Verständnis und seiner Erfahrung nach war dieser Ort einmal ein heiliger Ort der amerikanischen Indianer:

1. **Schritt**: Kevin richtete seine Aufmerksamkeit auf sein körperliches Erleben (auf eine akzeptierende, verständnisvolle und ausdrucksvolle Art). Hier in seinen eigenen Worten ein Beispiel, das er aufschrieb, sobald er diese Erlebnisse hatte: »Ich werde auf alles hören, was mir mein Körper versucht mitzuteilen in Bezug auf Essen, Alkohol, Vergessen, meine Motivationen und Veränderungen. Mein Körper fühlt sich schwer, angespannt, belastet, leer, wackelig, gestresst, unglücklich, ängstlich, übersensibel, taub, nervös, gehetzt, festgefahren, und bedürftig an, als würde sich niemand um ihn kümmern.
2. **Schritt**: Kevin richtete auf eine akzeptierende, verständnisvolle und ausdrucksvolle Weise seine Aufmerksamkeit auf sein Herz, wie es sich unter der Last der Emotionen anfühlt. Mit geschlossenen Augen schrieb er alles auf ein Stück Papier: »Ich werde auf alles hören, was mein Herz fühlt in Bezug auf Essen, Alkohol, Emotionen, Vergessen und Veränderungen. Mein Herz fühlt sich schwer, verschlossen, eng, gestresst, verängstigt, wütend, voller Groll, verletzt, hoffnungsvoll, wackelig an, als ob ich weglaufen möchte und nur beten, dass ein Wunder geschieht.«
3. **Schritt**: Kevin richtete seine Aufmerksamkeit auf das, was ihm seine Intelligenz auf eine akzeptierende, verständnisvolle und ausdrucksvolle Weise über all dieses sagen wollte, so wie in Gedanken, Träumen, Phantasien und Hoffnungen. Er schrieb dies mit geschlossenen Augen auf: »Ich finde es lächerlich, dass ich keine Kontrolle über mich habe. Warum muss ich mein eigener schlimmster Feind sein? Ich hasse mich hierfür, warum hat mir all diese Therapie nicht geholfen mich zu verändern? Ich wünschte, ich könnte einfach aufhören, ich will frei sein von dem Bedürfnis mich mit Essen vollzustopfen, ich möchte in der Lage sein, innerhalb eines sozialen Rahmens trinken zu können oder sogar überhaupt nicht, wenn es sein muss, es ist nicht die Schuld meiner Eltern, da sie getan haben, was sie konnten, ich bin so unglücklich, meine Frau hilft mir auch nicht, es ist auch nicht ihre Schuld, ich mag Schokolade, ich mag Kuchen, ich mag Brot, was würde ich ohne meinen Drink machen? Ich möchte wieder Kontrolle haben, ich habe keine Kontrolle, ich saufe, ich kann so nicht weiter machen, sonst werde ich immer kränker, wie werde ich mir selbst helfen, ich bin verrückt.«
4. **Schritt**: Kevin wurde zu guter Letzt sehr offen und vertraute seinem Unbewussten (er erlebte es als seine Intuition). Es konnte ihm alles was es wollte mitteilen in Form neuer Ideen, neuer Verhaltensweisen, neuer Gefühle, neuer Möglichkeiten, neuer Perspektiven (er schrieb alles auf): »Ich weiß, wie gut ich mich fühle, wenn ich atme und mich entspanne, ich bin froh, dass ich lebe, ich bin dankbar, eine zweite Lebenschance erhalten zu haben und vielleicht kann ich wie eine Katze neu

3 Eine Steilküste in La Jolla, bei San Diego, Kalifornien.

anfangen, ich kann jeden Tag mit dieser Herangehensweise aufwachen und sie den ganzen Tag über ausüben … Ich werde meinen Körper fragen, wie er sich in den unterschiedlichsten Umständen fühlt, dann mein Herz, dann meine Intelligenz. Zu guter Letzt und auf natürliche Weise werde ich Vertrauen in mein Unbewusstes haben, dass es mir mithilfe meiner Intuition die beste Antwort gibt. Und das werde ich dann tun!«

Als Letztes, nach Beendigung seiner Selbsthypnoseübung, gab er sich posthypnotische Suggestionen, die er in den nächsten 24 h ausführen wollte und auch in die ferne Zukunft mitnehmen konnte. Er tat dies, indem er zu den Torrey Pines (den Felsklippen am Meer, wo seine Trancearbeit begann) zurückkehrte. Er führte mit einem imaginären Medizinmann Dialoge und gemeinsam entwickelten sie bestimmte Dinge, die er tun könnte. Diese basierten auf seinen Vorstellungen und auf dem, was ihm sein Unbewusstes und seine Intuition vorschlugen. Kevin stellte sich diesen Dialog vor und schrieb mit beständig geschlossenen Augen alles auf. Oftmals waren es sehr spezifische Anweisungen, wie z. B. der Umgang mit bestimmten Situationen und Menschen oder allgemeine Dinge, wie sich an das Atmen und Entspannen zu erinnern, beim Spaziergang öfter hoch zu schauen, zu singen, um sich etwas Gutes zu tun, Gedichte zu lesen und sie zu genießen, gleichzeitig aber den genauen Wortlaut zu vergessen, während er sich an den Grundgedanken erinnerte und dabei gelassener wurde. Er stellte Verbindungen her zwischen all seinen posthypnotischen Suggestionen und seiner entspannten Atmung sowie dem Anheben seines rechten Zeigefingers, um ihn dann fallen zu lassen (der posthypnotische Hinweisreiz). Nachdem er dieses eine Woche lang mindestens 5 Mal pro Tag durchgeführt hatte, brauchte er nur noch den Hinweisreiz (Atmung, Finger heben), um die posthypnotischen Reaktionen auszulösen, die er mithilfe seines unbewussten Systems entwickelt hatte.

Kevin hat also seine eigenen inneren Ressourcen, Gefühle und Konflikte utilisiert. Er genoss seine Selbsthypnose Trance mithilfe der Reise auf dem magischen Teppich zum heiligen Ort. Dann arbeitete er mit seinen inneren Erlebnissen auf eine einfache, wertfreie und offene Weise. Als Letztes, nachdem er alles aufgeschrieben hatte und sich dadurch auf eine Art von seinem Stress befreit hatte, war er in der Lage, seine eigenen Antworten auf jede Situation zu entwickeln. Kevin benutzte die Selbsthypnose wann und wo er wollte. Oft setzte er sie für ein paar Minuten jeweils morgens, nachmittags und abends ein. Fast jeder kann diese Methode für fast jeden Zweck verwenden. Man soll aber sicher gehen und beobachten, was für eine Version jedes einzelne Individuum für sich selbst entwickelt. Jede Person wird ein einzigartiges Erlebnis haben und womöglich wird sich jedes Erlebnis vom vorherigen unterscheiden. Vielleicht macht das deutlich, wie die Anwendung von Selbsthypnose die Weiterentwicklung des Selbst erleichtert. Wie Erickson sagte: »Jetzt ist eine Veränderung nicht nur möglich, sondern auch unausweichlich.«

25.3 Diskussion

25.3.1 Grenzen der Selbsthypnose

Während der Selbsthypnose übernehmen Sie sowohl die Rolle des Regisseurs als auch die des Darstellers. Sie können diese Rollen auch sehen als eine, die führt und eine, die geführt wird. Hieraus ergeben sich einige Besonderheiten und einige Umstände, die angesprochen werden müssen. Weiterhin spielen die folgenden Aspekte eine Rolle:

- Aufrechterhaltung der Motivation zur Veränderung,
- unbewusste Widerstände,
- Übungskonsistenz.

Die Methoden zur Selbsthypnose in diesem Kapitel sprechen diese Aspekte an und zeigen spezielle Techniken auf, die es ermöglichen, Erfolge zu steigern und Entscheidungen zu bestärken. Es gibt besondere Leistungen des Unbewussten, die Sie für sich nutzen können. Etwa wurden im Bereich der Schmerzkontrolle schon bedeutende chirurgische Eingriffe durchgeführt, in denen Selbsthypnose als einziges Betäubungsmittel zum Einsatz kam. Auch können Sie lernen, wie man Ängste beherrscht und Selbstvertrauen stärkt. Im Bereich der medizinischen, athletischen und psychologischen Anwendung können Sie Ihr Durchhaltevermögen vergrößern. Ericksons Erklärung hierzu war: »Selbsthypnose ist ein Erlebnis, in dem die Person etwas annimmt, was aus ihr selbst kommt.«

25.3.2 Aufrechterhaltung der Motivation

Wenn Sie eine wichtige Entscheidung zu treffen haben, geht dem oft eine gewisse Unruhe voraus. Das ist ganz natürlich. Es entsteht fast immer ein Widerstreit zwischen der Veränderung zu etwas Neuem hin und dem Festhalten an alten, vertrauten Mustern, egal wie wenig sie auch funktioniert haben mögen. Selbsthypnose scheint das effektivste Werkzeug zu sein, um Ihnen beim Loslassen alter Probleme und Angewohnheiten behilflich zu sein. Dieses Festhalten beruht oft lediglich auf dem »Vertrautsein«. Manchmal hören Sie nicht auf Ihre inneren Signale, selbst wenn es um Ihre Gesundheit geht. Sie halten vielleicht am Schmerz fest oder an Ihrem Unglücklichsein, da es Ihnen gewohnt ist. Sie haben schon so lange damit gelebt. Wenn Sie die Motivation haben, sich in Richtung eines gesunderen und freieren Zustandes hin zu verändern, könnte es wie ein Verrat am alten Zustand wirken, wenn Sie ihn verlassen würden, um gesünder zu werden. Dieses ist etwas, was wir mit berücksichtigen müssen, wenn wir Selbsthypnose einsetzen und dabei motiviert bleiben wollen, uns zu verändern und unsere unbewussten Potenziale anzuzapfen.

Die Selbsthypnosemethode, die ich zu vermitteln suche, ist darauf gerichtet, dass Menschen motiviert bleiben, sich zu verändern. Sie beinhaltet immer die Entwicklung persönlicher Metaphern für Veränderungen, Offenheit, Flexibilität und Bewegung. Dies soll auf einer täglichen Basis durchgeführt werden. Es sollen posthypnotische Auslöser einbezogen werden, die sich in der alltäglichen Umwelt befinden. So kann man mehr Mut zum Weitermachen entwickeln, seine Kreativität erhöhen, neue Erfahrungen machen und das Verständnis dafür ausbauen, dass Veränderungen und Entscheidungen alltägliche Vorkommnisse sind. Eine Autosuggestion, die in der Selbsthypnose oft verwendet wird, ist die Folgende:

»Das einzig Dauerhafte ist die Veränderung. Alles außer Veränderung verändert sich. Das Wesen des Lebens zu akzeptieren, mit all seinen Zyklen und Stimmungen, seinem konstanten Fluss, der nie auch nur für einen einzigen Augenblick stillsteht, ist erfüllend. Ich kann Umstände herbeiführen, um mich wohlzufühlen. In jeder Situation werde ich versuchen herauszufinden, was mich unglücklich macht und was mich glücklich macht. Und die letztendliche Macht ist die Macht wählen zu können.«

Dieses Beispiel zeigt, wie man motiviert bleiben kann, einerseits um sich zu verändern, andererseits um in den Zustand der Selbsthypnose zurückzukehren. Diese Suggestion war laut Erickson die wichtigste, da er glaubte, dass sich die Wahrscheinlichkeit fortlaufender positiver Veränderungen erhöht, wenn ein Mensch immer wieder zu seinen inneren Potenzialen zurückkehren kann:

»Ich suche mir ein neues Leben aus und bin bereit viele Erfahrungen zu machen, die bisher noch unvorhersehbar und nicht kalkulierbar sind. Ich bin bereit, mich der Herausforderung zu öffnen, die vom Unbekannten herrührt. Der sicherste Ort auf dieser Welt ist das Grab und dort passiert gar nichts. Steckenbleiben, unmotiviert sein und sich nicht zu verändern ist sehr vorhersehbar. Leben bedeutet Veränderung. Da ist diese Brücke. Die Brücke, die dazu führt motiviert zu bleiben, sich zu verändern und weiterzuentwickeln befindet sich in mir. Ich bin die Brücke und ich kann alles beobachten und die Überbrückung findet ganz von alleine statt, ohne dass ich es bewerten muss.«

Während Sie kontinuierlich erfolgreich lernen, Ihre Trancezustände in der Selbsthypnose weiter zu entwickeln, ist es ein Ansporn, in Bezug auf besondere Ziele Erfolg zu haben.

Fazit

Drei Fragen sollten Sie sich auf dem Weg zu diesem Erfolg stellen:

1. Was sind die Beweggründe, die hinter meiner Motivation mich zu verändern stehen? (Es scheint so zu sein, dass eine Motivation aus eigenen Beweggründen heraus viel besser ist, als eine, die einem äußeren Druck entspringt).
2. Gibt es irgendwelche negativen Effekte, die einer positiven Veränderungen entspringen? (Respektieren und akzeptieren Sie jeden Widerstand und arbeiten Sie mit ihm, so wie vorher beschrieben).
3. Welche Art Unterstützung erhalte ich von den Menschen, die mir nahestehen oder vom Leben selbst, um bei meinen Veränderungen erfolgreich zu sein? (Es ist wichtig, auch den kleinen, täglichen Schritten eines Neuanfangs gegenüber so offen wie möglich zu sein, dass Sie selbst tief in Ihnen drin wissen, dass sie unausweichlich sind).

Die Fertigkeiten, die Sie während der Selbsthypnose entwickeln, halten ein Leben lang an. Sie brauchen nur zu üben und ihnen gegenüber entspannt und offen zu sein. Ihre Talente können sich entfalten, während Sie spielerisch mit ihnen umgehen. Genießen Sie Ihre Fähigkeit zur Veränderung, Gesundheit und zum Glücklichsein.

Wirkfaktor Grimm: Märchen in der Hypnotherapie

Ulrich Freund

26.1 Lehrgeschichten als Therapeutenmetaphern – 334
26.1.1 Die Vorgehensweise – 334

26.2 Das Froschkönigmärchen – 334
26.2.1 Das Froschkönigmärchen als Lehrgeschichte – 335
26.2.2 Der Weg zum Selbst, der Weg zum Märchenwunder – 335
26.2.3 Das Märchenwunder als »Wirkfaktor Grimm« – 336

26.3 Was genau aber ist das Märchenwunder? – 338
26.3.1 Zur Vertiefung des Kriteriums des Zaubermärchens – 338
26.3.2 Zur Sprache der Tiere im Zaubermärchen – 338

26.4 Märchenwirklichkeit und Märchenwirkung – 339
26.4.1 Zuerst die Antwort, dann die Frage – 340
26.4.2 Vom Risiko der Lehrgeschichten – 340
26.4.3 Vom Risiko der Zaubermärchen – 341

26.5 »Verzählte« Märchen – 341
26.5.1 Wenn Patienten erzählen – 341
26.5.2 Vom guten Ende – 343

26.6 Zur Sprache finden, ein Fallbeispiel – 344

Das Ziel des Beitrags ist, die Wirkung des Märchenerzählens im Therapieprozess (»Wirkfaktor Grimm«) unter mehreren Aspekten darzustellen.

- **Märchen können als Lehrgeschichten erzählt werden.** Der Therapeut wählt intentional ein Märchen oder eine andere Geschichte aus, die eine Lösungsbahnung für den Patienten enthält. Die Lösung wird vom Therapeuten vorgeschlagen und zur Reduktion der Reaktanz indirekt vermittelt.
- **Märchen dienen der (Selbst-) Exploration**, denn Märchen können ohne Intention erzählt werden. Der Patient kann sich mit dem Märchenhelden vergleichen. Indem er das tut, wird er sich selbst explorieren.
- **Märchen sind Antworten**. Beginnt der Therapeut (nachdem er die Erlaubnis des Patienten eingeholt hat) die erste Sitzung mit einem Märchen, gibt er dem Patienten die Aufgabe, die Frage, die ihm das Märchen beantworten könnte, selbst zu suchen. Deshalb kann die Auswahl des Märchens weitgehend dem Zufall überlassen bleiben.
- **Märchen sind Türöffner**, sie schaffen Rapport und erleichtern die therapeutische Arbeit.
- **Märchen leiten Regression ein**. In der Regression ist die Ressourcensuche erleichtert.
- **Märchen denken in Wunsch und Wunscherfüllung**, nicht aber im Problem. Der erste Satz der Sammlung der Brüder Grimm lautet: »In den alten Zeiten, wo das Wünschen noch geholfen hat«. Märchen bahnen den Gedanken, dass Wünsche erfüllbar sind. Märchen sind geradlinig erzählt und radikal. Die Erzählung ist, trotz der Umwege und Gefahren, in der Regel auf den gewünschten Schluss ausgerichtet.
- **Märchen sind eindimensional**. Märchen sind Zaubermärchen (Bechstein), weil das Übernatürliche, das Wunder also, natürlich ist und eine bestimmende Rolle im Handlungsablauf spielt. Die Figuren des Märchens erfahren dieses Übernatürliche nicht als wunderbar. Es ist ganz alltäglich. Das gibt dem Märchen Kraft. Van der Kooi (2006) schreibt dazu:

> Dass ein Wolf reden kann, ist für Rotkäppchen eine Selbstverständlichkeit, dass es Drachen, Riesen, Hexen und Zauberer gibt, bringt zwar Probleme mit sich, wundert jedoch den Helden ganz und gar nicht. Die Dimensionen des jenseitigen Magisch-Mythischen und des diesseitigen Alltäglich-Irdischen sind im Märchen nicht verschiedene Welten, die gelegentlich aufeinander stoßen können, sondern es wird eine Dimension geformt, in der beide Sphären untrennbar in- und durcheinander geraten sind. Eindimensionalität nennt Max Lüthi dieses Wesensmerkmal des Märchens (Van der Kooi 2006, S. 30).

- **Das Märchen widerspricht dem Selbstbild des Patienten**. Das Märchen stellt die Welt auf den Kopf (Van der Kooi 2006). Es ist in sich selbst ein Widerspruch und mit diesem Reframing führt es die Ereignisse zu einem wunderbaren Ende. »Der Jüngste, Dümmste gewinnt, der Hirtenknabe bekommt seine Prinzessin, das arme Mädchen ihren Prinzen, und sie leben noch lange und glücklich, nachdem ihre Gegner eine gerechte, aber schreckliche Strafe erhalten haben« (Van der Kooi 2006).
- **Das Märchen ignoriert Bereiche der Tatsachenwelt**. Es kennt Verzerrungen, Hinzufügungen und Auslassungen. Es kennt dämonische Geschöpfe ebenso wie realitätsferne Ereignisse. Insoweit gibt es Parallelen zur Weltsicht psychisch gestörter Menschen, bei denen ominöse Geschöpfe seelische Teilfunktionen ihres Schöpfers sein können (Röhrich 1951).
- **Das Märchen kennt keine Psychologisierung**. Es abstrahiert, stilisiert und symbolisiert unmissverständlich. Durch seine holzschnittartige Erzählweise lässt es dem Patienten Raum, sich selbst einzubringen und selbst zu deuten, was ihm das Märchen bedeutet. Dies wird dem Patienten erleichtert, indem psychische Veränderungen, an die der Patient nicht glauben kann, als äußere Handlungsgeschichten erzählt werden.
- **Märchen können Leitlinie im Therapieprozess sein**. Während des Hörens, des Lesens verwickelt sich der Patient immer wieder in das Märchen. Während er sich verwickelt, beginnt der Prozess der Veränderung: die Entwicklung.
- **Märchen ermöglichen Ratifikation**. Nach unbewussten Veränderungsprozessen steht am Ende der bewusste Satz: »Genauso wie im Märchen«. Die Veränderung wird bewusst integriert.

Ein Therapeut, der Märchen erzählt, wird konkret nur einige der oben genannten Ziele erreichen kön-

nen, trotzdem bleibt das Märchen als Ganzes wirksam und erleichtert die therapeutische Arbeit.

Die Sprache als Schlüssel

Was erzählt wird, das zählt! Was nicht erzählt wird, zählt nur scheinbar nicht. Auch Unausgesprochenes haftet nachhaltig. Dieser Bodensatz behindert oft genug Lösungen, gerade bei sprachfernen Patienten. Es ist gut, wenn es der Sprache zugänglich gemacht wird. Das Märchen erleichtert dem Sprachfernen den Weg zur Sprache. Kein Patient, der nicht ein Märchen kennt, keiner, der nichts dazu zu sagen hätte. Und über vermeintlichen Kinderkram zu reden ist leicht, da ist die Schwelle eher niedrig! Das öffnet den Weg!

26.1 Lehrgeschichten als Therapeutenmetaphern

Auch Patienten erzählen Geschichten. Es ist sinnvoll, dass Therapeuten auf Patientengeschichten mit Geschichten antworten. Sie können Patientengeschichten sowohl lösungsorientiert fortführen als auch eigene Geschichten erzählen, von denen sie denken, dass sie dem Patienten Lösungen erleichtern. Man spricht dann üblicherweise von »maßgeschneiderten Lösungsgeschichten«. Deren Inhalt enthält meist Vorschläge, die – verpackt in die Geschichte – aufzeigen, wie sich der Patient der Erfüllung seiner unerfüllten Wünsche – landläufig Probleme genannt – nähern könnte. Der Therapeut bahnt Lösungen!

26.1.1 Die Vorgehensweise

Therapeutenmetaphern als Geschichten »maßzuschneidern« beinhaltet eine schwerwiegende Implikation: Ich, der Therapeut, weiß, was für meinen Patienten gut ist!

Eine solche Annahme kann durchaus richtig sein, denn der Patient ist mitunter in sein Problem so sehr verwickelt, manchmal von seinem Problem sogar fasziniert. Er ist kaum noch in der Lage, neue Wege auch nur zu denken. Er sieht Bäume, aber nicht den Wald. Er verharrt im vorhandenen Rahmen, sucht wohl auch nach Rekonstruktion, nicht aber nach Neukonstruktion. Eine Metapher, die auf Neukonstruktion zielt, ist dann hilfreich. Die Präsentation dessen, was neu konstruiert werden sollte, in Form einer Märchenmetapher, reduziert möglichen Widerstand. Der durch das Erzählen induzierte Trancezustand mindert zusätzlich noch die Reaktanz, die therapeutische Arbeit notwendigerweise auch auslöst.

Die Sammlung der Brüder Grimm enthält nicht nur Märchen, sondern auch Lehrgeschichten, die man durchaus auch als Therapeutenmetaphern verwenden kann. Ein Beispiel ist etwa »Der Nagel« in den *Kinder- und Hausmärchen* (KHM 184). Die Geschichte endet mit dem Satz: »Eile mit Weile«. Selbst das Märchen von »Hase und Igel« (KHM 187) endet mit zwei ausdrücklich formulierten Lehren: »Keiner soll über den geringen Mann sich lustig … machen«; und wer »en Swinegel is, de mutt tosehn, dat sine Fro ook en Swinegel is«. (Wie problematisch solche Lehrschichten sein können, sieht man daran, dass der Nationalsozialismus die Brüder Grimm mit diesem Satz als Befürworter der Rassenreinheit vereinnahmt hat).

Und auch das Froschkönigmärchen (KHM 1) kann durch den moralisierend und belehrend auftretenden König-Vater als Lehrgeschichte verstanden werden.

Lehrgeschichten führen in der Regel nicht zu einer tief greifenden Veränderung der (neurotischen) Persönlichkeitsstruktur des Patienten. Werden sie aber erzählt, wenn der Patient in Trance ist, sind sie durchaus wirksam. Unerwünschte Verhaltensweisen (Rauchen, Nägelbeißen) sind durch Lehrgeschichten gut behandelbar (»habitcontrol«).

Im Nachfolgenden beschäftige ich mich immer wieder mit dem Ansatz der Lehrgeschichte. Es ist wichtig zu wissen, dass in jeder Geschichte eine Lehrbotschaft steckt, so sehr sich der Therapeut auch bemühen mag, frei von Indoktrinationen zu sein. Wichtiger aber ist mir der Weg des Märchens, der den Patienten zur Beschäftigung mit eigenen Gefühlen führt, der zur Selbstexploration des Patienten führt.

26.2 Das Froschkönigmärchen

In allen Ausgaben der Sammlung der Brüder Grimm steht dieses Märchen an erster Stelle: KHM 1.

An diesem Märchen kann man einige Wirkmechanismen des Märchens in der Psychotherapie gut verdeutlichen.

Ich habe die Wahl dieses Märchens auch deshalb getroffen, weil ich vermute, dass es jedem bekannt ist. Ich habe noch keinen Patienten getroffen, dem ich dieses Märchen – warum auch immer – nicht hätte erzählen wollen. Und ein weiterer Aspekt hat mich veranlasst, viele Beispiele aus diesem Märchen zu nehmen:

Es gibt kein Märchen, das so gegensätzlich rezipiert wird. Viele glauben, dass der Frosch erlöst wird, indem die Prinzessin ihn küsst, genauso viele glauben, dass er an die Wand geworfen wird und als Prinz herunterfällt. Die zweite Version ist die, die wir bei den Brüdern Grimm tatsächlich finden.

Wenn man ein Märchen erzählt, dann ist die Rezeption allein Sache des Patienten. Er hört das, was er hört, und es ist auch Sache des Patienten, ob er das Märchen als Lehrgeschichte oder als Einleitung einer Selbstexploration versteht.

26.2.1 Das Froschkönigmärchen als Lehrgeschichte

Zunächst ein erstes Fallbeispiel. Hier hat die Patientin das Froschkönigmärchen als Lehrgeschichte gehört:

Fallbeispiel

Die Patientin sagt von sich selbst, sie sei ein braves Mädchen, gut katholisch aufgewachsen und auch so geblieben. Und nachdem ich den »Froschkönig« in der Version der Brüder Grimm erzählt hatte, sagte sie, dass sie sich nur an wenige Märchen erinnern könne, aber dass die Prinzessin den Frosch an die Wand »geknallt« hat, das wisse sie noch sehr genau. Das Ende dieser Fallgeschichte ist gleichermaßen zauberhaft und wunderbar, wie ein zweites Märchen. »Als wir vor 20 Jahren geheiratet haben, da habe ich versprochen, dass ich schwimmen lerne, um mit meinem Frosch baden zu gehen und das habe ich für diesen Frosch auch getan. Und er hat versprochen, dass er mit mir einen Tanzkurs macht, was ja für einen Frosch mit einiger Mühe verbunden ist. Da hat er sich immer gedrückt. Jetzt habe ich ihn klar konfrontiert. Und er wird's jetzt tun. Und dann habe ich auch meinen tanzenden Prinzen. Seitdem denke ich ganz oft an die tanzende Froschkönig-Prinzessin in mir«.

Die Patientin hat also das Märchen als Lehrgeschichte verstanden, sie hat in ihm die Aufforderung erkannt, sich endlich durchzusetzen und ihren Froschkönig nicht länger zu schonen. Mit einem Prozess tief greifender Selbstexploration hat dies wenig zu tun.

26.2.2 Der Weg zum Selbst, der Weg zum Märchenwunder

Ist dem Patienten das Ziel jedoch eher unklar, der Auftrag schwammig und der Lösungsweg führt durch ein Moor mit wenigen trockenen, belastbaren Grashügeln, so wird das maßgeschneiderte, zielorientierte Vorgehen einer Lehrgeschichte bisweilen zur Falle für den Therapeuten. Er sucht engagiert nach Lösungswegen und hat das Gefühl, dass der Patient alles, was er vorschlägt – sei es nun in der direkten Kommunikation oder in Form von Metaphern – im Sumpf absacken lässt. Allzu leicht stellt sich das Gefühl ein: »Der will ja gar nicht«. Der Patient ist unmotiviert, er bleibt im Widerstand. Dann kommt es dazu, dass der Therapeut enttäuscht reagiert und denkt: »Ich soll ihm die Karre aus dem Dreck ziehen und er will noch draufsitzen.« Der gemeinsame Prozess mündet dann in einer Krise, die Falle ist zugeschnappt, denn nun hat sich die scheinbar mangelnde Motivation auf den Therapeuten übertragen.

Um solche Fallen zu vermeiden, sollte man besser ganz offen, also ohne geplante therapeutische Intervention, nur Gedanken aussäen, die der Patient als Nagel aufgreifen kann, an den er sein eigenes Bild zu hängen vermag, ohne eingeengt zu sein. Ich meine, dass dafür das Märchenerzählen die Methode der Wahl ist. Dem liegt folgende Annahme zugrunde:

Der Patient ist in seine (Lebens-) Geschichte verwickelt. Um sich zu entwickeln, bedarf es nicht eines großen »Eingriffs«, sondern vieler kleiner Spiegelungen in umständlich ausgeschmückten Details.

Im Verlauf der Märchenerzählung, ihrer faszinierenden Erzählweise kommt es schließlich zu der Auseinandersetzung mit dem Unglaublichen, dem

Unerhörten, dem Undenkbaren, dem Märchenwunder!

Dem verwickelten Patienten, dem die Entwicklung als unvorstellbare Entfesselung erscheint, an deren Sinn er nicht zu glauben vermag, weil dieser Glaube mit zu vielen Befürchtungen einhergeht, kann durch das Märchen so etwas wie der Kinderglaube zurückgegeben werden. Er hört, dass Wunder ganz und gar »alltägliche Ereignisse« sind. Scheinbar Metaphysisches hat urplötzlich einen Platz in der Alltagswelt. Die Welt hat nur noch eine Dimension, Himmel und Hölle finden auf der Erde statt.

Märchenwunder können also im Patienten Zweifel am eigenen fest gefügten System der inneren Trostlosigkeit auslösen. Sie befördern die Konfusion, die jeder Neukonstruktion vorausgeht. Der Verwicklung in seine Symptome folgt, lösungsorientiert, die Verwicklung in die Märchenwelten. Irgendwann kann er der Entwicklung des Märchenhelden folgen und durch die Hölle gehen, damit ihm der größte Wunsch erfüllt wird: seine Frau behalten zu dürfen (»Der Teufel mit den drei goldenen Haaren«, KHM 29).

Zur Verdeutlichung

Als ich vor Jahren meinen Freund, den großen Märchenerzähler Rudolf Geiger, fragte, was denn nun einen guten Märchenerzähler von einem schlechten unterscheide, hat er mir, statt eine Antwort zu geben, zwei Geschichten erzählt; die erste lautete:

»Mutter und Kind gehen vom Kindergarten nach Hause. Das Kind hat den gebastelten großen Schmetterling in der Hand. Ein Windstoß kommt und der Schmetterling hängt im Baum. Das Kind weint, die Mutter trägt es nach Hause. Am nächsten Morgen gehen sie den Weg zurück. Das Kind sagt: ‚Lieber guter Schmetterling, komm bitte herunter.' Ein Windstoß kommt und er ist da. Die Mutter sagt: ‚Das ist ja nicht zu glauben!' Das Kind sagt: ‚Gell, Du hast es nicht geglaubt?'«

An diese Geschichte schloss Geiger unmittelbar eine zweite an:

»Eine Erzählerin fragt die andere, wie sie das nur mache, dass die Kinder so ruhig sitzen bleiben, wenn sie erzählt. Die sagt: ‚Dann komm doch mal dazu.' Und sie kommt auch. Nachdem die Erzählstunde zu Ende ist, sagt sie: ‚Du machst Dir's ja einfach. Du glaubst ja, was Du erzählst.'«

Ein guter Erzähler ist der, der während er erzählt, das Erzählte glaubt. Das Erzählen muss authentisch sein. Wenn ein Therapeut, trotz des höchst skeptisch dreinblickenden Patienten, in seinem Märchenglauben authentisch bleiben kann, dann hat er in der Regel die Basis geschaffen, die es dem Patienten ermöglicht, von seinem Glauben abzukommen, dass es für ihn einen Wende zum Besseren nicht geben kann. Dann ist das Fundament für das Wunder der Veränderung gegeben.

Bechstein schreibt im Vorwort zu seinem »Neuen deutschen Märchenbuch« von 1856:

> Das eigenste Element des Märchens ist das *Wunderbare*, wo dieses fehlt, ist ein wenn noch so gut erzählter und dichterisch bearbeiteter Stoff kein Märchen. Es muss im Märchen etwas geschehen, das im gewöhnlichen Leben *nicht* geschieht, z. B. dass Tiere *reden*, dass Menschen und Tiere sich *verwandeln* oder verwandelt werden … [Alles,] was in das Gebiet der *Wunsch*dinge gehört (Bechstein 1856/2003, Vorwort; kursive Hervorhebungen im Original).

Bechstein hat das Märchen also auf das Zaubermärchen mit glücklichem Ende reduziert, auf das »Gebiet der Wunschdinge«. Mag sein, dass die Philologie dies anders sieht, aber für die Psychotherapie ist, wenn man die bereits erwähnte Eindimensionalität in die Definition noch einfügt, die Sichtweise Bechsteins gut brauchbar.

26.2.3 Das Märchenwunder als »Wirkfaktor Grimm«

Der Patient hört, wenn ihm Zaubermärchen vorgelesen werden, dass in den Märchen das Wunder etwas Alltägliches ist, worüber bei der literarischen Gattung Grimm sich in der Tat niemand wundert. Dem gemäß spricht Solms (1996) vom »alltäglichen Märchenwunder«. Und Röhrich (2001) hat in seinem Buch »Märchen und Wirklichkeit« diesen Transfer eingehend untersucht.

Märchenwunder lösen auch Zweifel aus: Kann das sein, gibt es so etwas, wie kann das geschehen? Und mit dem Fragen setzt, ob er will oder nicht,

die Suche des Patienten ein. Durch die Suche aber kann es zu neuen Sichtweisen kommen, die aus dem inneren Dialog zwischen Patient und Märchen erwachsen. Der Zweifel wird utilisiert.

Dieser Dialog wird leider oftmals abgebrochen durch den Gedanken: »Märchen sind alberner Kinderkram«. Schon während des Hörens oder des Lesens kommt es zu einer ganz bewussten Verweigerung der Regression, die durch das Märchenhören in der Regel ausgelöst wird. Der Wirkfaktor Grimm kommt nur dann zustande, wenn auch eine Bereitschaft da ist, sich faszinieren zu lassen.

Aufgabe des Therapeuten ist es, mit der Abwehr des Patienten umzugehen, will er die Regression nutzen und Entwicklungen durch Märchen fördern. Das bedeutet konkret, die Abwehr ernst zu nehmen, indem man Wahlfreiheit öffnet. Zum einen muss am Anfang der Arbeit immer das ausdrückliche Einholen der Erlaubnis stehen, das Märchen erzählen oder vorlesen zu dürfen und bei längeren Märchen sollte man auch noch den voraussichtlichen Zeitumfang benennen. Zum anderen sollte man dem Märchen Autorität und Kraft attestieren, etwa mit dem Hinweis, dass das meistgedruckte Buch deutschen Ursprungs in der Welt die *Kinder- und Hausmärchen* der Brüder Grimm sind und dass das Wort »Hausmärchen« dafür steht, dass sehr viele Märchen nicht für Kinder, sondern für Erwachsene in die Sammlung aufgenommen wurden. Schließlich sollte man auch noch darauf hinweisen, dass die Brüder Grimm Wissenschaftler waren, Sprachforscher, und dass das von ihnen begonnene *Deutsche Wörterbuch* erst vor wenigen Jahren vollendet wurde. All das gehört zum Öffnen der Tür, durch die das Märchen eintreten kann, um dann das Wunder der Wunscherfüllung, der Problemlösungen denkbar zu machen. »Wirkfaktor Grimm« habe ich das, was durch Erzählen von Märchen im Patienten ausgelöst werden kann, eingangs genannt. Wenn der Patient durch das Erzählen besser mit sich selbst in Kontakt kommt, dann ist das der Märchenwirkung zuzuschreiben.

Bei dieser Arbeitsweise ist dem Therapeuten erst einmal unbekannt, was den Patienten im Märchen, das er erzählt, ansprechen wird. Es gleicht dem Roulette. Sicher ist nur, dass die Kugel rollt, dass sie am Ende in einem Feld liegen wird, niemand weiß in welchem. Im Unterschied zum Roulette ist es unerheblich, in welchem Feld sie liegt. Jedes Feld ist ein Gewinn. Diese Metapher ist ähnlich dem Gleichnis vom Samenkorn in der Bibel, das unter die Dornen oder auf fruchtbaren Boden fallen kann. Die Erfahrung lehrt, dass der Patient dafür Sorge trägt, dass das Korn immer auf fruchtbaren Boden fällt, lässt man ihm nur die Freiheit, die Suchrichtung selbst zu bestimmen. Im Unterschied zum biblischen Gleichnis fällt also kein Märchen unter die Dornen. Samenkorn und Boden werden stets in rechter Weise aufeinandertreffen. Und ebenfalls im Unterschied zum Roulette gibt es nur Gewinner.

Der Therapeut kann sich demnach ganz darauf beschränken, in welcher Weise er den Veränderungsprozess anregt, wie die Kugel von ihm angestoßen wird. Man nennt dies auch »modale Lenkung«, der Modus ist das Hinlenken zum Märchentext. Dem Patienten so viel Einfluss auf den Therapieverlauf, auf das »Wie«, zu überlassen, fällt manchem Therapeuten schwer, macht ihn unsicher. Das aber ist die wesentliche Aufgabe des Therapeuten. Im Gegensatz dazu steht die inhaltliche Lenkung, das »Was«, wie es Ziel der Lehrgeschichte ist, die metaphorische Aufforderung oder Anbahnung, das Problem in dieser oder jener Weise zu lösen.

Bei der Arbeit mit Märchen hat vorwiegend der Patient die Aufgabe, inhaltliche Aspekte anzusprechen oder auch fallen zu lassen. Wirksam wird die Autopoiese, denn allein das Samenkorn ist Träger des Inhalts und dessen Wirksamkeit. Es ist gut, wenn der Therapeut sich auf den »Wirkfaktor Grimm« mit all den wundersamen Begebenheiten in den Märchen verlässt und wenn er dem Boden des Patienten die Auswahl des gewünschten Korns überlässt. Dies gerade deswegen, weil der Patient selbst auch nicht wissen kann, »warum« dies oder jenes Korn wachsen wird. Er wählt unbewusst und deshalb meist zutreffend, was für ihn wirksam werden wird. Er wundert sich über Wunderbares, überdenkt, ob es so etwas in seinem Leben auch schon gegeben hat, geben könnte, geben wird, geben sollte, geben muss. Und arbeitet effektiv.

26.3 Was genau aber ist das Märchenwunder?

26.3.1 Zur Vertiefung des Kriteriums des Zaubermärchens

Wer an sich selbst und der Welt gleichermaßen verzweifelt, der muss nicht nur Unmögliches erwarten, mehr noch, der erwartet Wunder. Wunder aber wird er nur im Märchen finden, denn die Märchenwelt ist die Welt, in der Wunder ganz selbstverständlich sind. Sie ereignen sich und niemand fragt, wie es sein kann, dass gerade ein Wunder geschehen ist.

Umgekehrt: Wenn in der Tat uns im Alltag etwas widerfährt, was wir für ein Wunder halten könnten, wir würden nicht darüber reden, um nicht für verrückt gehalten zu werden. Die Hoffnung auf ein Wunder ist jedem Menschen eigen, aber diese Hoffnung geht mit ausgeprägter Skepsis einher. Verborgene Wundererwartungen sollte man »pacen«. Es ist naheliegend, dass man dann auf das Märchen und seine Wunder zurückgreift. Die Märchenwelt ist eindimensional, in dieser Welt ist das Wunder normal.

Bechstein nimmt die Sprachfähigkeit der Tiere als Kriterium für ein »richtiges Märchen«. Dem folgend will ich versuchen, der märchenhaften Kommunikation von Mensch und Tier nachzugehen.

Gott, der Teufel und der Tod begegnen im Märchen vom »Gevatter Tod« (KHM 44) dem armen Mann. Sie wollen seinem 13. Kind Pate stehen. Und der arme Mann redet nicht anders mit ihnen, als wenn es seine Nachbarn wären. Im Märchen »Die Gänsemagd« (KHM 89) antwortet der angenagelte Kopf des Pferdes der Prinzessin in Reimform, während im Märchen »Der Fuchs und die Gänse« (KHM 86) die Gänse nachhaltig und laut beten, weswegen der Fuchs sie nicht fressen kann. Im Märchen »Der Speckhöker und das Wichtelmännchen« (Andersen) kann der Zwerg der Frau das geschwätzige Mundwerk abnehmen, wenn sie schläft, und dem Bottich, der Kaffeemühle und dem Butterfass aufsetzen, die dann lautstark ihre Ansichten kundgeben.

Eindimensionalität sagt also, dass alles möglich ist. Es gibt keine Hierarchie von Himmel, Erde und Hölle, ebenso wenig wie zwischen Mensch und Tier. Alles ist horizontal angeordnet, nichts vertikal. Und auch Tote und Lebende haben regen sprachlichen Austausch.

Diese Eindimensionalität ist auch ein höchst wirkungsvolles Konstruktionsprinzip therapeutischer Metaphern, allerdings auch mit Risiken behaftet. Die Gefahr ist groß, dass der Patient dem Therapeuten nicht folgt, wenn der selbst erfundene, eindimensionale Metaphern »maßgeschneidert« erzählt. Da ist es doch besser, relative Glaubwürdigkeit im Märchen zu suchen, das geeignet ist, Tiere und Menschen miteinander sprechen zu lassen. Man kann sich letztlich immer auf die Eigenart des Märchens zurückziehen.

26.3.2 Zur Sprache der Tiere im Zaubermärchen

Warum glauben Menschen, dass Tiere sprechen können? Ist dieser Glaube naiv und unaufgeklärt? Ist es ein Relikt der Vergangenheit, das nur bei einfachen Gemütern ankommt? Beschreibungen dieser Mensch-Tier-Beziehungen sind häufig, von Thomas Manns *Herr und Hund* bis zum *Pferdeflüsterer*. Alle lassen keinen Zweifel daran, dass sie mit Tieren sprechen, mit oder ohne Worte!

Im Froschkönigmärchen (KHM 1) verhandelt die Prinzessin mit dem Frosch über die Gegenleistungen für eine Wiederbeschaffung der goldenen Kugel. Sie gibt ihm das Versprechen, dass er ihr Geselle (= Liebhaber) werden wird. Kaum ist das Geschäft abgeschlossen, so denkt sie »Was der einfältige Frosch schwätzt, der sitzt im Wasser bei seinesgleichen und quakt …«. Sie hört also, dass er redet und behauptet im gleichen Moment, er könne nur quaken. Ihr Denken ist zweckdienlich. Sie will sich nicht an ihr Versprechen halten. Um zu ihrem Ziel zu kommen, war die Sprache hörbar, um den Preis nicht zahlen zu müssen, hört sie ihn nur noch quaken. Hier ist erkennbar, dass die Tierstimmen auch die Stimmen des Dialogs der inneren (Wunsch-) Teile der Prinzessin sind.

Im Märchen »Die drei Sprachen« (KHM 33) lernt der Sohn zum Ärger des Vaters die Sprache der Frösche, der Vögel und der Hunde. Er findet seine Nachtherberge in einem Turm, der voller Hunde ist, denen man bisweilen einen Menschen zum Fraß vorwerfen muss. Die Hunde aber offenbaren ihm in ihrer Sprache, dass sie einen groß-

en Schatz hüten müssen und sie wurden ruhig, als die Truhe mit Gold gehoben worden war. »Vater, ich habe gelernt, was die Hunde bellen«. Wer mit seinem eigenen tierisch-wilden Anteil im Kontakt steht, wer mit ihm reden kann, der kann auch den vergrabenen Schatz seiner Ressourcen heben.

Bechstein (o. J.) nennt nicht nur die sprechenden Tiere, sondern auch die Tiermetamorphose des Menschen als Kriterium für das Zaubermärchen. Aus diesem Blickwinkel ist Kafkas *Verwandlung* ein Zaubermärchen mit einem Ausgang, der in seiner Bitterkeit allerdings nicht märchentypisch ist. Wäre es anders, dann wäre es wohl nicht Kafka.

Die klassische Literatur ist, ebenso wie die zeitgenössische voll von sprechenden Tieren und tierverwandelten Menschen, wenn auch die Form, in der man sich dem Thema nähert, nicht immer die märchenhaft naive ist.

Jüngstes Beispiel: Monika Maron gab dem Spiegel anlässlich des Erscheinens ihres letzten Romans *Ach, Glück* ein Interview. Sie hat diesen Roman möglicherweise ihrem Hund Bruno (»für B.«) gewidmet. Ob es so ist, will sie nicht verraten, Fragen dazu bezeichnet sie als indiskret. Der Hund in ihrem Roman heißt Bredow. Sie sagt:

> Der Hund trägt der Heldin des Romans (Johanna) seine unerschöpfliche Liebe an, wobei sie plötzlich merkt, dass es in ihrem Leben diese Art von Liebe, die Wärme und Erregung auslöst, gar nicht mehr gab – obwohl sie mit ihrem Leben nicht unzufrieden ist … [Und am Ende dieser Passage lesen wir:] Und die unerklärliche Lebensfreude des Hundes lässt Johanna ihr bis dahin erträgliches Defizit als Unglück empfinden (Der Spiegel Nr. 30, 23.07.2007, S. 140).

Monika Maron gibt die Antworten, aber sie gibt sie so, dass wir die nahtlose Identifikation von Autorin und ihrer Heldin erkennen, sie hat Johanna nicht erfunden, sie hat sie in sich gefunden. Was sie selbst sagt, gleicht dem Dialog zwischen Hund und Johanna, der Romanheldin. Er ist Gesprächspartner, denn es gibt keinen Zweifel, Johanna spricht mit Bredow, Monika Maron mit Bruno. Und so löst sich die Märchenfrage »Können Tiere sprechen?« ohne Mühe ganz von selbst auf und kann, nicht anders als in der Literatur, auch im therapeutischen Arbeiten, eine Komponente der Leichtigkeit einbringen, die dem Klienten ebenso zum Nutzen wird wie dem Therapeuten.

Nun erahnen wir, warum es im Märchen so viele »Helfer-Tiere« gibt. Märchenwunder sind ganz alltägliche Wunder, sind intrapsychische Prozesse, die in der Tat höchst alltäglich sind. Nur die Erzählform ist interpersonell. So wie Monika Maron Johanna für sich sprechen lässt, so lässt das Märchen Tiere mit Menschen als deren innere Teile sprechen. Märchen sind wunderbare Geschichten, die vorwissenschaftlich schon sehr genau über das Wesen des Menschen Auskunft gaben, bevor sich die Wissenschaft der Psychologie dieser Aufgabe angenommen hatte. Das Tier ist also einerseits real existent, andererseits Projektionsfläche für Wünsche und Ängste des Menschen.

Der Maler Paul Klee sagte:

> Zwei Berge gibt es, auf denen es hell ist und klar, den Berg der Tiere und den Berg der Götter. Dazwischen aber liegt das dämmrige Tal der Menschen. Wenn einer einmal nach oben sieht, erfasst ihn ahnend eine unstillbare Sehnsucht ihn, der weiß, dass er nicht weiß, nach ihnen, die nicht wissen, dass sie nicht wissen, und nach ihnen, die wissen, dass sie wissen. (Klee 1903, notiert unter Bild Nummer 539).

In diesem Satz setzt Paul Klee die Tiere den Göttern gleich. Beiden ist das beredte Schweigen gemeinsam, das im Zaubermärchen zur Sprache wird.

26.4 Märchenwirklichkeit und Märchenwirkung

Gerade weil bei Erwachsenen die Tendenz zur Abwehr durch Abwertung besteht, bedarf es vor dem Erzählen des sorgfältigen Einholens einer Erlaubnis, Märchen erzählen zu dürfen. Die Erlaubnis wird vom Patienten meist arglos erteilt. Er denkt, dass solcher Kinderkram keine Wirkung auf ihn, den erwachsenen Menschen haben kann. Da er aber während des Erzählens (oder Vorlesens) in aller Regel entgegen der eigenen Annahme doch regrediert, werden Märchenwunder wirksam und er befindet sich unvermittelt wieder im kindlichen Koordinatensystem. Jetzt kann der »Wirkfaktor Grimm« seine verändernde Kraft entfalten, der der Patient, gerade weil er sich vor der Märchenwirkung sicher glaubte, schnell erliegt. Und durch den »Wirkfaktor Grimm« verändert sich auch der Suchprozess,

orientiert sich weg vom kognitiven hin zum emotionalen Lösungsmuster.

Das Märchen ist dann zugleich Bühne, auf der die inneren Teile des Menschen durch äußere, handelnde Personen repräsentiert werden. Und es verläuft in einem linearen Handlungsstrang, der »Story« also, die fasziniert, weil Tiere und Tote zu Wort kommen, ebenso wie Gott und Teufel, alle also, von denen man außerhalb des Märchens nur wenig zu hören bekommt. Wenn Kinder sich in ihrer Entwicklung in der magischen Phase befinden, dann haben sie die Möglichkeit, während des Hörens das Märchen auf beiden Ebenen zugleich zu erfahren, also intuitiv wahrzunehmen. Erst später, wenn sie erwachsen sind, werden sie das Märchen abwehren mit dem Satz: »Erzähl mir keine Märchen«.

Wenn aber der Erwachsene in kindliches Erleben zurückfindet, wenn er durch das Märchenhören regrediert, dann kann er zum Erleben der beiden Ebenen zurückfinden und auf der Bühne der handelnden Teile Lösungen finden, die kognitiven Lösungen verschlossen bleiben müssen. Daraus leitet sich die Aufgabe des Therapeuten ab.

26.4.1 Zuerst die Antwort, dann die Frage

Neben der Authentizität des Erzählens ist bei der Arbeit mit Märchen die Umkehrung der Abfolge von Frage und Antwort von Bedeutung.

Das Märchen versucht, Antworten zu geben. Die Antworten stellt das Märchen frei, offen und unspezifisch in den Raum und jeder kann nun prüfen, ob das erzählte Märchen ihm eine seiner Fragen beantwortet. Der Suchprozess, den das Märchen im Hörer auslöst, liegt also, anders als vermutet, in der Frage. Und an der Frage entlang entwickelt sich die Bedeutung des Märchens als Antwort. Auf diese Weise entstehen neue Selbstbilder und die sind weniger verzerrt, haben weniger Auslassungen oder Hinzufügungen. Das Selbstbild hat tendenziell weniger neurotische Anteile.

In diesem retrograden Prozess, der von der Antwort zur Frage führt, den Patienten einfühlsam zu begleiten, ist vornehmliche Aufgabe des Therapeuten.

Nachdem der Therapeut das Märchen beendet hat, wird der Patient in aller Regel fragen: »Und warum haben Sie mir das Märchen erzählt?«

Die Frage zu beantworten ist bei einer Lehrgeschichte nicht einfach, denn der Therapeut kennt seine Intention, sein »Warum«. Würde er die Frage ehrlich beantworten, so wäre die Geschichte überflüssig gewesen, er hätte dem Patienten sofort seine Meinung offen darlegen können. Deshalb ist es sinnvoll vage zu antworten.

Etwa so: »Ich weiß es nicht so genau, ich dachte, es könnte sinnvoll sein. Sollten wir nicht versuchen, den Grund gemeinsam herauszufinden?« In der Regel folgt dem ein Prozess, der sowohl aus der Selbstexploration des Therapeuten als auch aus der Selbstexploration des Patienten besteht. Andere Schulen sprechen hier von einem Prozess der Übertragung und Gegenübertragung, was diesen Vorgang ebenso zutreffend definiert. Das Märchen hat also die Rolle des Katalysators, durch seine Anwesenheit gibt es die Leitlinie für einen Entwicklungsprozess.

Hat aber der Therapeut in der Tat das Märchen offen gewählt, also keine Intention damit verbunden, so kann er völlig authentisch und offen reagieren und sagen: »Als ich Ihnen zugehört habe, ist mir dieses Märchen eingefallen. Ich dachte, ich erzähl es Ihnen mal, vielleicht ist es ja für Sie die Antwort auf die Frage, die ich noch nicht verstanden habe«. Dann ist der Prozess der Selbstfindung durch das Märchen ebenso glaubwürdig wie plausibel eingeleitet. Der Therapeut kann wieder begleiten.

26.4.2 Vom Risiko der Lehrgeschichten

In einem Lehrseminar zum Thema »Therapeutische Metaphern« erzählt der Seminarleiter ein :

Fallbeispiel

Er habe einen deutschen Kollegen getroffen und der habe ihn um Hilfe gebeten. Der Kollege sagte: »Ich führe eigentlich eine gute Ehe, aber meine Frau kommt mit meiner Mutter nicht aus.« Der Seminarleiter fährt fort: »Ich habe ein Erstinterview durchgeführt und dabei habe ich festgestellt, dass die Ehe tatsächlich gut ist. Die Frau sagte immer: »Wenn die Schwiegermutter nicht wäre, dann wäre ich die glück-

lichste Frau.« Ich habe gesagt: »Ich erzähle Ihnen eine Geschichte und dann sagen Sie mir, was das für Sie bedeutet.«

Ein Mullah hatte ein sehr schönes Kamel gehabt und hatte sich einmal über sein Kamel geärgert. Und er sagte: »Ich schwöre Dir, wenn Du das nächste Mal so unvernünftig bist, dann werde ich Dich im Bazar für 5 Tuman (persische Währung) verkaufen.« Wie Sie sich ausmalen können, war dieses Kamel wieder unvernünftig und er war auf dem Weg zum Bazar, um das Kamel zu verkaufen. In diesem Augenblick ist ihm die Idee gekommen: Dieses Kamel ist doch viel wertvoller als 5 Tuman, wie kannst Du das machen? Aber andererseits habe ich es geschworen, was mache ich denn jetzt? Die Menschen kamen in Scharen, um das Kamel zu kaufen. Er sagte: Dieses Kamel kostet 5 Tuman, aber dazu gehört eine Katze, die kostet 500 Tuman. Alle Leute sind weggegangen, nur einer ist stehen geblieben und sagte: Weil mir das Kamel so gut gefällt, deswegen bin ich bereit, die Katze in Kauf zu nehmen.

Die Frau sagte spontan zu mir: »Mein Mann ist das Kamel und die Schwiegermutter ist die Katze.«
Das war nicht die ganze Therapie, aber es war der Einstieg in die Aufarbeitung. Sie hat mir später berichtet, dass sie zuhause ein Bild gemalt hat von einem Kamel und einer Katze, mit einer Schnur verbunden. Und sie hat das Bild im Schlafzimmer angebracht und hat immer wieder assoziiert: »Das Kamel ohne Katze ist nicht möglich.« Soweit der Fallbericht.

In vielen Ländern des Orients, dem auch der Seminarleiter entstammt, ist es kulturelle Norm, dass bei einem Konflikt zwischen Mutter und Ehefrau der Ehemann der Mutter Folge zu leisten hat. Dementsprechend kann der Mann die Scheidung einseitig aussprechen, der Frau bleiben wenige Rechte.

In dem Fall, von dem berichtet wird, hat der Therapeut offensichtlich nicht diese, sondern eine andere Norm vorgegeben: Er will die gute Ehe retten, indem er (letztlich auf Kosten der Frau) alle miteinander versöhnt.

Der Auftrag zu diesem Vorgehen stammt vom Ehemann, nicht aber von der Patientin, der diese Parabel erzählt wird und die Lehre, die diese ziehen muss, ist eindeutig. Generell ist richtig, dass man im Leben auch verzichten üben muss, wenn man etwas erlangen will. So muss man auf das Geld verzichten, wenn man etwas kaufen will. Im vorliegenden Fall wird die Geschichte so erzählt, dass die Frau glauben muss, es gäbe keine andere Lösung als das Erdulden der Schwiegermutter. Die suggestive Kraft des Therapeuten, der diese orientalische Weisheitsgeschichte mit großem Engagement erzählt, führt nur zu einem einzigen Ausweg ohne eine Wahlmöglichkeit für sie. Im Übrigen: Es ist nicht ohne Ironie, dass dem Ehemann in der Geschichte die Rolle des Kamels zugeschrieben wird.

Alle Gleichnisse oder Parabeln, alle Lehrgeschichten, stammen sie nun aus dem Orient, seien es Kalendergeschichten von Johann Peter Hebel oder aus Jörg Wickrams Rollwagenbüchlein, sind deswegen nur nach eingehender Reflexion der Tatsache, dass die Entscheidungsfreiheit eingeschränkt werden kann, in der Therapie einsetzbar. Eines ist in jedem Fall sicher: Wahlfreiheit, Selbstexploration und identitätsfördernde Entscheidungen werden durch diesen Typus von Geschichten nur selten begünstigt.

26.4.3 Vom Risiko der Zaubermärchen

Hier ist das Risiko vergleichsweise gering, wenn man zwei Dinge beachtet. Man muss eindeutig und nachhaltig die Erlaubnis zum Erzählen einholen. Ein »Machen Sie mal« ist keine Erlaubnis! Und man sollte das Märchen möglichst am Anfang der Sitzung erzählen, damit noch genügend Zeit bleibt, in der der Patient den Sinn oder auch Unsinn, das Märchen zu erzählen, an sich selbst erfahren kann. Das Risiko, dass der Patient sich veralbert fühlt oder sein Befremden äußert, ist dann gering, aber auch nicht völlig auszuschließen. Aber die Erfahrung zeigt, dass Patienten trotzdem wiederkommen.

26.5 »Verzählte« Märchen

26.5.1 Wenn Patienten erzählen

Zu den Patientenmetaphern gehören auch Märchen, die Patienten erzählen, weil sie sich derer erinnern. In der Erickson'schen Therapie unterscheiden wir, wie bereits dargelegt, zwischen The-

rapeuten- und Patientenmetaphern. Wenn von Metaphern gesprochen wird, dann sind in der Regel Therapeutenmetaphern gemeint. Patientenmetaphern sind sehr wichtig, aber im Therapieprozess nicht planbar. Sie sind aber provozierbar. Die Frage: »Können Sie mir ein Märchen erzählen, das Ihnen in Erinnerung geblieben ist?«, bringt meist ein Ergebnis. Das erzählte Märchen wird oft in einer verformten Fassung erzählt, mitunter werden auch Bruchstücke aus anderen Märchen mit eingebracht, aber immer sind in dem, was ich die »verzählte Fassung« des Patienten nenne, in Abweichungen, Auslassungen und Hinzufügungen wesentliche Aspekte seiner Geschichte, seiner Weltsicht und seiner unerfüllten Wünsche enthalten. Der festgelegte Buchtext des Märchens wird individualisiert, es entsteht, philologisch gesehen, eine neue Märchenvariante. Das früher einmal Gelesene wird vom »Druck«, unter den es zwischen den Buchdeckeln gekommen ist, befreit. Es wird wieder gegenwärtig und lebendig. In den Erzählungen von Patienten wird das Märchen wieder frei. Mit dem Patienten gemeinsam das Original des Grimm-Märchens und die eigene »Verzählung« zu vergleichen, führt zu erstaunlichen »Aha-Erlebnissen«. Die Veränderungen sind selten Zufall und meist konkret nachvollziehbare Ausdrucksformen von Sehnsüchten oder Ängsten.

Die häufigste »Verzählung« ist, wie an anderer Stelle schon gesagt, die »Kuss-Fassung« des Froschkönigmärchens. Den Kuss oder auch die Umarmung als Erlösungsritual finden wir nicht nur in Dornröschen und Schneewittchen, sondern auch in einer großen Zahl weiterer Zaubermärchen.

Dass die Erlösung durch einen Akt der Gewalt stattfinden soll, dass die Prinzessin den Frosch an die Wand werfen soll, das scheint vielen Menschen wahrhaft unglaublich. Liebende lieben sich und dabei muss es bleiben! Und außerdem gehen alle Märchen gut aus. Häufigster Einwand: Dann wäre ja der Frosch tot und könnte gar kein Prinz mehr werden.

Man muss das Zaubermärchen »Der Ranzen, das Hütlein und das Hörnlein« (KHM 54), lesen, um zu wissen, dass ein Märchen auch als Katastrophe enden kann. Eine selbst zerstörerische Katastrophe, wie sie dieses Märchen schildert, finden wir mitunter bei alkoholsüchtigen (meist) Männern, ihren Partnerinnen und Familien. Dieses Märchen zu erzählen würde bedeuten, eine Lehrgeschichte auch noch mit erhobenem Zeigefinger anzubieten. Da bleibt man besser beim Froschkönigmärchen.

Fallbeispiel

Die Patientin ist 48 Jahre alt und verheiratet mit einem Koch, der in einer Speisewirtschaft die Küche alleine »schmeißt«. Kinder haben sie nicht. Er trinkt öfter, aber nicht regelmäßig. Sie sagt: »Wenn er aus dem Haus geht, ahne ich schon, ob er abends betrunken zurückkommt.« Befürchtet sie das, steht sie abends stundenlang im Treppenhaus, schließt ihm auf und sorgt dafür, dass die Nachbarn möglichst nichts merken.

Am Silvesterabend hat er frei, er betrinkt sich zu Hause. Er fordert von ihr mehrfach nacheinander, dass sie sich auszieht, sobald sie im Bett liegt kommt das Kommando: »Aufstehen, anziehen«. Das »Spiel« dauert die ganze Nacht über fort, bis die Frau aus der Wohnung zu Nachbarn flieht. Den Schein der heilen Welt kann sie nicht länger aufrechterhalten. Sie sucht Beratung.

In der ersten Stunde schildert sie ihren Mann als liebenswürdig und einfühlsam, sie möchte ihn nicht verlieren. Sie möchte nur wissen, wie sie ihn vom Trinken abbringen kann. Sie will nichts ändern, sie will ihn nur »erlösen«.

Die Koalkoholikerin ist der Schutzengel des trinkenden Mannes. Sie erträgt ihn, sie lässt sich von ihm demütigen. Trotzdem wird sie nicht müde, ihn zu küssen. Sie versteht nicht, wie es sein kann, dass er immer wieder trinkt, obwohl sie so lieb zu ihm ist. Sie hat ihn schon so oft, wie sie sagt, »innig« darum gebeten, aufzuhören. Auf die Frage, wie sie es schafft, ihn zu erdulden, kommt die Antwort: »Weil ich ihn liebe«. Tatsächlich ist die Beziehung zwischen Alkoholiker und Koalkoholikerin von einem »Win-win-Effekt« geprägt, insofern einer Liebesbeziehung durchaus ähnlich. Die Frau hat den Nutzen, dass sie der (Schutz-) Engel des Mannes ist. Wenn sie sich als Engel, mitunter auch als Heilige fühlen kann, dann ist das ein gutes Gefühl.

Umgekehrt: Der Mann hat den Nutzen, dass er weiter trinken kann, dabei von seiner Frau weitgehend abgesichert wird und sich beim Trinken groß, stark und männlich fühlt.

Ein solcher »doppelter Gewinn« ist sehr verhaltensstabilisierend. Die Patientin beendet die erste Stunde mit dem Satz: »Wenn er nüchtern ist, ist er der liebste Mann von der ganzen Welt.« Und ich antworte ihr: »Wenn er wieder einmal »unnüchtern« ist, sich ganz

unnötig völlig unmöglich benommen hat und in Ihnen unendlichen Unmut ausgelöst hat, dann ist es gut, wenn Sie wiederkommen.«
Und sie kam!
Nachdem sie neuerlich ihre Ohnmacht beklagt hatte, fragte ich sie: »Sie kennen das Märchen vom Froschkönig, sagen Sie mir bitte, wie macht das die Prinzessin, dass aus dem Frosch ein schöner Prinz wird?« Sie sagte: »Sie hat ihn geküsst«. Ich darauf: »Sie hat ihn an die Wand geworfen und, als er heruntergefallen war, stand ein schöner Prinz vor ihr«. Die Patientin protestierte heftig, ich musste das Buch holen, sie wollte es nachlesen. »In meinem Buch stand aber drin, dass sie ihn geküsst hat.« »Sehen Sie«, sagte ich, »ich glaube, Ihr Mann verlässt sich darauf, dass Sie ihn niemals werfen werden, bloß weil in Ihrem Buch was Falsches drin stand. Ich glaube, ich schenke Ihnen ein neues Buch, dann können Sie neu lesen und dann können Sie es in Zukunft vielleicht so machen, weil es die Brüder Grimm geschrieben haben. Nicht auszuschließen, dass sich dann was verändert!« Und nach einer längeren Pause: »Kann es sein, dass Ihr Mann ein bisschen ein Frosch ist, der vielleicht ganz gerne in Flüssigkeiten schwimmt? Wenn er sich dann fühlt wie ein Prinz, warum sollte er etwas ändern, bloß weil Sie ihn küssen.« Und nach einer weiteren Pause: »Als Sie das letzte Mal gegangen sind, haben Sie gesagt: Wenn er nüchtern ist, dann ist er der liebste Mann der Welt. Aber das Gefühl seiner Liebe scheint mir ein klein bisschen kleiner, als das Gefühl, das er hat, wenn er getrunken hat.« Sie schwieg und verabschiedete sich nach einiger Zeit.
Sie kam wieder und sagte: »Ich kann mich nicht wehren, ich kann ihn nicht werfen, ich kann mich nicht trennen. Ich kann ihn nicht ändern, ich kann mich nicht ändern.« »Jedes Wort wartet auf eine Ant-Wort«, sagte ich. »Das Märchen hat Ihnen Antwort gegeben, obwohl Sie gar nicht gefragt haben. Aber ich weiß, wie schwer es ist. Sie müssen zweimal Abschied nehmen, wenn Sie sich trennen: Einmal können Sie dann nicht mehr Engel sein. Das ist ein großer Verlust! Und dann bleibt noch dazu, dass Sie sich trennen müssen von einem geliebten Menschen. Das ist ein noch größerer Verlust! Und das, weil der den Alkohol mehr liebt als Sie. Ihn macht der Alkohol zum König der Frösche, aber ein Froschkönig zu werden, das schafft er vielleicht gar nicht!«
Die Patientin hat bitterlich geweint und ist ohne Hoffnung gegangen. Sie ist wiedergekommen. Der Verlust der Rolle des Engels und der Verlust des Geliebten, das zu verschmerzen war für sie eine lange schwere Arbeit. Während der Arbeit war das Froschkönigmärchen immer Leitlinie, an der sie sich in allen Untiefen, die sie durchschiffen musste, orientieren konnte.

26.5.2 Vom guten Ende

Ein gutes Ende wünschen sich alle Menschen, wie immer die Sache angefangen hat. Sie glauben fest an den Sieg des Guten im Märchen und meinen, dass auch das Märchen immer ein gutes Ende haben müsse, denn sonst sei es kein richtiges Märchen. Fast alle Märchen, die Patienten aus der Erinnerung erzählen, enden mit dem Satz »Und wenn sie nicht gestorben sind, dann leben sie noch heute«. In der Tat endet aber nur ein einziges Märchen der Sammlung der Brüder Grimm mit diesem Satz, das ist »Fundevogel« (KHM 51). Der magische Konditionalsatz, der mit »wenn« beginnt, öffnet eine Perspektive der Unsterblichkeit und das ist ein uralter Menschheitstraum. Die christliche Religion öffnet ein Leben nach dem Tode, die »Fundevogelformel« öffnet die Möglichkeit ewigen irdischen Daseins.

Fallbeispiel
Eine Patientin, 92 Jahre alt, mit schweren depressiven Störungen und Todesängsten kommt nach einem Jahr wieder in die Klinik. Ich begrüße sie mit dem abgewandelten Satz: »Und weil sie nicht gestorben ist, deswegen lebt sie noch heute«. Sie schaut mich an und sagt: »Und wenn sie nicht sterben wird, dann wird sie wiederkommen«. »Ja«, sage ich, »das ist doch schön so«. Und sie: »Das ist sogar sehr schön, allein es fehlt der Glaube!« Daraufhin sage ich: »Der Glaube ist des Wunders liebstes Kind!« – »Ja, im Märchen ist das so. Ich weiß, dass das Unfug ist, aber es wäre doch schön, wenn ich nicht sterben müsste.« – »Ja«, sagte ich, »dann wären Sie einfach tot, hätten nichts vom Sterben gemerkt und hätten auf ewig die Ruhe, die Sie sich so wünschen.«

Die Unterscheidung vom Sterben als oftmals sehr schwierigem Prozess und Totsein als erlösendem angstfreiem Ruhezustand ist wichtig. Und Gespräche über Sterben und Tod sind oftmals gesprochene Bilder. Bilder hängen an einem Nagel und dieser Nagel ist die »Fundevogelformel«, die

den Menschen, wenn sie vom Märchen sprechen, allgegenwärtig zu sein scheint.

Und dann ist es tröstend, wenn eine alte Frau daran glaubt, dass alle Märchen ein gutes Ende haben. Dann kann sie auch glauben, dass sie selbst ein gutes Ende haben kann. Auch volkskundliche Forschung ist dem gefolgt. Alle Märchen mit unbefriedigendem Ausgang hat sie schlichtweg als Antimärchen abgesondert.

26.6 Zur Sprache finden, ein Fallbeispiel

Im nachfolgenden Fallbeispiel soll gezeigt werden:

- Die Funktion des Türöffners, die das Märchen übernehmen kann,
- die »Pacing«-Funktion des Märchens,
- die Möglichkeit, den Patienten über das Märchen in eine eigene Geschichte zu verwickeln,
- die Selbstexploration im Widerstand,
- die strukturierende Funktion des Märchens als Leitlinie durch den Therapieprozess,
- die Möglichkeit, den »stummen Frosch im Menschen« durch das Märchen in einen »sprechenden Frosch« zurückzuverwandeln,
- den sprechenden Frosch durch das Märchenwunder zu einem Prinzen werden zu lassen,
- die Minderung der Reaktanz des Patienten auf die Zumutung einer Psychotherapie durch die Umkehr der Abfolge von Frage und Antwort und
- schließlich soll am Beispiel deutlich werden, dass das Märchen wegen seiner Polyinterpretabilität so beliebt ist (Holbek 1987, Van der Kooi 2006). Dies bedeutet, dass jeder Hörer/Leser dem Märchen einen anderen persönlichen Sinn zuschreibt. Und weil das so ist, führt das Märchen den Rezipienten näher zu sich selbst und seinen Ressourcen. Dies sollte in der Therapie utilisiert werden.

Fallbeispiel

Der Patient, 56 Jahre alt, verheiratet, Beamter an einer Wohnungsbehörde, groß, auffällig hager und sehr ernst, leidet an einer psychosomatisch bedingten Herzstörung und ist in seiner Angst um seine Gesundheit sicher, dass nur der somatisch orientierte Arzt ihm zu helfen vermag. Der kann keinen Befund erheben und schickt ihn mit der Diagnose »Befindlichkeitsstörung« innerhalb der Klinik zu mir. Ich habe 5 Sitzungen mit ihm gehabt:

Als er zum ersten Mal zu mir kam, fragte ich ihn, was ich für ihn tun könne. Der Mann antwortete: »Weiß ich doch nicht.« – »Und warum sind Sie dann zu mir gekommen?« – »Der Arzt hat mich geschickt.« – »Und warum hat der Arzt Sie geschickt?« – »Da müssen sie ihn schon selbst fragen, wie soll ich denn das wissen?« – »Er hat es Ihnen nicht gesagt?« – »Nein«. – »Was glauben Sie, würde er sagen, wenn ich ihn fragen würde?« – »Weiß ich nicht! Da kann ich Ihnen leider nicht helfen.«

Ich verstand! So wie ich üblicherweise arbeite, würde ich nicht weiterkommen. Er reagierte auf das Abgeschobenwerden vom somatisch orientierten Arzt, der ihm helfen sollte, zum Psychotherapeuten mit Reaktanz. Dies stand nicht im Einklang mit seiner Grundannahme, dass er körperlich krank sei, und so kam es zur Beschädigung des Einklangs zwischen uns beiden.

Ein Arbeitsauftrag war so nicht zu erhalten, ich musste mir den Auftrag auf einer anderen Ebene holen. Ich fragte ihn: »Darf ich Ihnen ein Märchen erzählen, würde es Sie stören?«, und die Antwort war: »Wenn's **Ihnen** hilft.« – »Ja, ich glaube schon«, sagte ich.

Ich habe bereits ausgeführt, dass ich noch nie einen Menschen gefunden habe, dem man den »Froschkönig« nicht hätte erzählen können. Jetzt würde es sich zeigen. Ich erzählte den »Froschkönig«. Nachdem ich mit dem Erzählen geendet hatte, sagte er: »Und warum haben Sie mir das erzählt?«

Diese Frage sucht Erklärung. Würde man eine Erklärung, eine Antwort geben, so hätte man den Suchprozess nach der ungestellten Frage, für die das Märchen Antwort ist, beendet. Der Patient würde die Frage, die der Therapeut an seiner Stelle gestellt hat, übernehmen, sie für wenig zielführend verwerfen, und dem Märchen als Antwort auf ungestellte Fragen wäre die Kraft geraubt. Der Suchprozess der Patienten ist das Wesen des »Wirkfaktors Grimm«, er begründet alle Metaphernwirkungen. Dessen eingedenk sagte ich wahrheitsgemäß: »Ganz einfach: Der Froschkönig ist das erste Märchen in Sammlung der Brüder Grimm und es ist mein Lieblingsmärchen. Ich erzähle es immer, wenn ich nicht mehr weiter weiß. Was sollte ich denn sonst tun?«

Da hat der Patient eine ganze Weile geschwiegen. Und nach einer Zeit sagte ich zu ihm: »Es sieht so aus, als ob sie meine Antwort nicht sonderlich befriedigend fin-

den. So etwas, was immer passt, das passt vielleicht zu niemandem oder zu nichts«. Und weiter: »Darf ich Ihnen als Antwort noch eine kurze Sufi-Geschichte erzählen, da ist der Held ein Mullah namens Nasreddin?« Nach Kopfnicken erzähle ich ihm nun kein Märchen, sondern ein Gleichnis, eine Lehrgeschichte, denn ich wollte ihn lehren zu verstehen, wie ein therapeutischer Prozess abläuft.
Und ich erzählte:

»Der Mullah hatte einen Schlüssel verloren und lief nachts ständig um die Lampe auf der Straße herum. Ein Mann fragte ihn: »Was machst Du da?« Der Mullah sagte: »Ich suche meinen Schlüssel«. Der Mann half beim Suchen. Nach einer Zeit fragte er: »Mullah, wo hast Du den Schlüssel verloren?« »Im Haus!« »Warum suchst Du denn dann hier?« »Du musst zugeben, hier ist es wenigstens hell!« Der Patient sah mich recht hilflos an. Das zeigte mir, dass der Augenblick ausreichender Konfusion da war.

Mein Patient war bislang kein Märchenpublikum im Sinne Scherfs. Er wollte wissen, statt wirken zu lassen. Er wartete nicht auf das erlösende Wunder, sei es nun im Wandwurf oder auch im Kuss symbolisiert. Vielmehr wollte er mit mir als Therapeut im Licht des Wissens und der Rationalität verbleiben und nur dort Erlösung finden, anstatt mit mir im Dunkel des Hauses nach dem Schlüssel zu suchen.
Durch die Lehrgeschichte war er ein wenig konfus geworden und diese Konfusion hatte ihn zum Märchenpublikum gemacht, denn er begann nun doch zu suchen, wo er den Schlüssel zu sich selbst finden könnte. Er brauchte für die Suche meine Unterstützung, und diese Suche liegt auch in der Frage der »Klugen Else«: Bin ich's oder bin ich's nicht? (KHM 34). Am Zweifel kann jeder Mensch verzweifeln, am wiedergewonnenen Zweifel kann er aber auch gesunden. Ich fürchtete, dass die Konfusion in Ärger umschlagen würde. Ich musste ihm mehr Sicherheit geben. Ich gab ihm eine klar strukturierte Hausaufgabe mit.
Ich fragte ihn: »Wem gleichen Sie am meisten in diesem Märchen? Der Prinzessin, dem Frosch, dem König oder dem Heinrich?« Dem Kern soll er den Pudel zuordnen, das ist der Sinn der Frage. Der Patient gab in der folgenden Stunde Antwort. Was er in einer Stunde explorierte, habe ich zu 6 Sätzen komprimiert:

- »Die Prinzessin bin ich nicht, ich bin weder jung noch schön«.
- »Der Frosch bin ich nicht, weil, hätte ich eine goldene Kugel, ich würde sie nicht achtlos auf die Wiese werfen.«
- »Die Kugel bin ich auch nicht, ich bin weder rund noch wertvoll.«
- »Der Brunnen bin ich nicht, ich bin nicht so tief.«
- »Der König bin ich nicht, ich habe wirklich nichts zu sagen.«
- »Der Heinrich, der bin ich auch nicht, weil, wenn mein Chef, der Herr Landrat, als Frosch im Brunnen säße, ich würde ganz schnell den Deckel draufmachen.«

Er hatte selbst den Zugang zur Personensymbolik und Dingsymbolik des Froschkönigmärchens gefunden. Bei allen Antworten ist aber auch erkennbar, dass seine Selbstexploration ihm nur deshalb möglich war, weil er sich im Widerstand der Negation gegen mich sicher fühlte.
Wir hatten ein langes Gespräch über das, was ihm da alles fehlt. Je länger er sprach, umso mehr trat das, was ihm fehlte, zurück hinter das, was er sich wünschte. Und je mehr er dem Wünschen Raum gab, umso mehr kamen seine Veränderungsressourcen in den Vordergrund. Das genau ist die Erklärung des Satzes: »In den alten Zeiten, wo das Wünschen noch geholfen hat«. Es ist der erste Satz des Froschkönigmärchens, der uns sagt, dass der Wunsch der Ursprung aller Wunder ist. Alle Umorientierungen entstehen immer zuerst einmal im Phantasieren neuer Möglichkeiten. Wenn dieser Prozess durch ein Märchen ausgelöst wird, dann dürfen wir vom »Wirkfaktor Grimm« sprechen. Und das Märchen blieb auch für die nächsten Stunden immer noch Rahmen, Leitlinie also, die ihn davor schützte, sich selbst zu verlieren, anstatt sich zu finden.
Schließlich kam der Patient zurück zu seiner Eingangsfrage: »Warum haben Sie mir das Märchen erzählt?« Inzwischen hatte er den Prozess erlebt, den das Märchen in ihm ausgelöst hatte. Zu Anfang hatte er es wohl nicht für möglich gehalten, dass eine Veränderung durch so einen Kinderkram wie ein Märchen in ihm ausgelöst werden könnte. Jetzt war er um eine Erfahrung reicher und das anfängliche Misstrauen gegen mich flammte erneut auf. Er fragte: »Ich vermute, Sie haben von Anfang an die Absicht gehabt, mich mit dem Märchentext zu etwas zu veranlassen, was ich nicht wollte. Haben Sie mich vielleicht reingelegt?«
Jetzt wurde deutlich, dass mir das Märchen als Türöffner erspart hatte, einen Auftrag einzuholen, son-

dern ich hatte – gut gemeint – das getan, was mir richtig schien! Ich hatte ihn indirekt verwickelt, während er geglaubt hatte, allein das Schutzschild der Negation sei ausreichend, um zu bewirken, dass ich ihn nicht verwickeln könnte. Nun hatte er sich entwickelt, nun verstand er auch, dass ich ihn, ohne zu fragen, verwickelt hatte. Ich war als »Trickser« entlarvt und war nun meinerseits ohne Schutz. Ich gab ihm recht und bat ihn um Vergebung. Ich sagte: »Ich habe es gut mit Ihnen gemeint, aber das war wohl nicht wirklich gut. – Bitte sagen Sie mir, was ich aus Ihrer heutigen Sicht hätte besser machen können.« Er ließ mich auf seine Antwort warten, unangenehm lange. Endlich sagte er: »Nichts«. Und damit war im Nachhinein der Auftrag doch noch erteilt. Er hatte mir meinen Übergriff verziehen und damit zugleich ja zur eigenen Veränderung gesagt.

In der letzten, der »fünften« Stunde, kam es dazu, dass aus der Geschichte seiner Ich-Symbole wieder eine Beziehungsgeschichte wurde: »Wissen Sie«, hat er gesagt, »ich glaube, ich hab's verstanden, ich habe meine Frau angerufen, die kommt die letzten drei Tage.« Ich darf vermuten, dass Frosch und Prinzessin wieder zur Sprache fanden und miteinander sprechen können. Das war die Wandlung, und die Wandlung ist stets eine Voraussetzung für die Verwandlung, die letztlich immer ein Wunder, weil unerwartet, ist. Was die Prinzessin tat, ob sie nun geworfen oder geküsst hat, das wird auf ewig der beiden Geheimnis bleiben, aber wir wissen, dass der sprechende Frosch durch die Sprache als Mensch von ihr erkannt wurde.

Die Handlung, Küssen oder Werfen, mag gar nicht das Wesentliche der Veränderung sein. Es ist wohl eher die Haltung, die sich durch die Sprache ausdrückt.

Und der Frosch konnte sprechen, konnte rufen: »Königstochter, Jüngste, mach mir auf«. Nun war es möglich, dass die Königstochter ihn hört und nicht mehr sagt: »Ein einfältiger Frosch sitzt im Wasser bei seinesgleichen und quakt und kann keines Menschen Geselle (= Liebhaber) sein.« Und was wir hoffen dürfen, ist, dass die Geschichte so endet, wie das Märchen, dass nämlich die Bande »vom Herzen des treuen Heinrich abspringen, weil sein Herr erlöst und glücklich war.«

Der »Wirkfaktor Grimm« wird wohl weiter wirken, über das Ende der kurzen therapeutischen Intervention hinaus, und verändert über die Psyche auch das Soma. Jedenfalls bleibt das zu hoffen.

Bleibt am Ende dieses Fallbeispiels noch zu bemerken, dass die ursprüngliche Intention, das Märchen zu erzählen, die Figur des »Eisernen Heinrich« gewesen ist. Heinrich hat, damit ihm nicht vor lauter Gram das Herz zerspränge, drei eiserne Bande um sein Herz legen lassen. Der Therapeutenüberlegung, dass dies ein Ansatz für die Selbstbefreiung dieses Herzpatienten sein könnte, ist der Patient nicht gefolgt. Er hat das Angebot, die Person des Heinrich als Nagel für sein Bild zu nutzen, um sein Herz von Gram zu befreien, nicht aufgegriffen. Der Patient ist seinen eigenen Weg gegangen, der sehr viel klüger und differenzierter war, als der eher plumpe Ansatz des Therapeuten, der eine Lehrgeschichte angeboten hatte.

Auf die Bitte des Therapeuten, sich selbst mit den Personen des Märchens zu vergleichen, ist er aber eingegangen, auch wenn er sich dabei vor Verwicklungen sicher glaubte, es war sein Wille. Und es war angemessen, diesen autonomen Weg einfühlsam und mit den unvermeidlichen Risiken zu begleiten.

Norbert Wiener, dem Vater der Kybernetik, wird der Satz zugeschrieben: »Bevor ich nicht die Antwort gehört habe, weiß ich nicht, was ich gefragt habe.«

In Abwandlung dieses Satzes von Wiener, kann man sagen: »Bevor ich nicht die Frage des Patienten kenne, kann ich nicht wissen, welche Antwort mein Märchen ihm gegeben hat.« Frage und Antwort stellte Wiener auf den Kopf, nicht anders, als es das Märchen tut.

Dies alles vor Augen wird man als Therapeut bescheidener.

Verhaltensstörungen

27 **Rauchen – 349**
Wilhelm Gerl, Ulrich Freund

28 **Alkohol – 364**
Henriette Walter

29 **Übergewicht – 373**
Marianne Martin

30 **Sexuelle Störungen – 387**
Patrick Wirz

31 **Schlafstörungen – 400**
Angelika A. Schlarb

32 **Stress – 413**
Reinhold Zeyer

33 **Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungssteigerung im Sport – 426**
Reinhold Bartl

Rauchen

Wilhelm Gerl, Ulrich Freund

27.1 Störungsbild – 350

27.2 Interventionen – 350

27.3 Diskussion – 359

27.3.1 Indikation – 359

27.3.2 Kontraindikation – 360

27.3.3 Mit Erfolg korrelierte Faktoren – 361

27.3.4 Empirische Belege – 361

Die Autoren arbeiten seit 1993 in der Raucherentwöhnung mit hypnotherapeutischen Techniken. Ihre Erfahrungen verweisen auf eine besondere Eignung dieses Repertoires. Wissenschaftliche Effektivitätsstudien (Universität Tübingen) erbrachten für die hypnotherapeutische Raucherentwöhnung gute Ergebnisse sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting (Revenstorf et al. 1998, 2001; Schweizer 2003). Eine neuere Studie (Universität Hamburg) zur Wirksamkeit der speziellen »SMOKEX-Methode« nach Gerl wurde 2007 begonnen (zu SMOKEX: Gerl 2002; Jochims u. Gerl 2004). Der wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung bestätigte 2006 der Hypnotherapie eine nachgewiesene Wirksamkeit im Indikationsbereich Nikotinabusus (Revenstorf 2006).

27.1 Störungsbild

In den Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV erscheint die Nikotinabhängigkeit, die bei Rauchern in der Regel gegeben ist, innerhalb der Kategorie »Störungen durch psychotrope Substanzen« (F17.2 bzw. F305.10). Rauchen aber bedeutet nicht in jedem Fall, dass eine Nikotinabhängigkeit vorliegt. Die Toleranzentwicklung und das Entzugssyndrom fehlen bei nichtsüchtigen Gewohnheitsrauchern. Zur Einschätzung der stofflichen Abhängigkeit (im Unterschied zur psychischen) kann vor Behandlungsbeginn ein Fragebogen wie der FTQ (»Fagerström Tolerance Questionnaire«; Fagerström 1978) gegeben werden.

Weil die Nikotinabhängigkeit in der Regel durch das Rauchen von Zigaretten zustande kommt, konzentrieren wir uns hier auf die Arbeit mit Rauchern, die

- täglich Zigaretten rauchen (mit Ausnahme ungewöhnlicher oder entscheidend behindernder Situationen), wobei die Anzahl der Zigaretten variabel ist,
- Zigaretten und das Rauchritual zu einem vorhersagbaren Bestandteil ihrer Verhaltensorganisation gemacht haben, und
- sich selbst als Raucher definieren.

Im Falle, dass die stoffliche Abhängigkeit extrem ausgeprägt ist und massivere Gewichtsprobleme bestehen, kann als begleitende Maßnahme die zeitweilige Nikotinsubstitution (Nikotinpflaster) erwogen werden. Gesundheitliche Risikofaktoren und eine eventuelle Mehrfachabhängigkeit sind zu eruieren und bei der Therapieplanung zu berücksichtigen. Es empfiehlt sich, davon auszugehen, dass beim Rauchen in der Regel eine Sucht oder »suchtartige Gewohnheit« gegeben ist.

Rauchen ist in der Regel eine Sucht und entsprechend zu behandeln. Dabei sind Risikofaktoren und Mehrfachabhängigkeit zu berücksichtigen.

27.2 Interventionen

Ein Entwöhnungsritual mit Hypnose wirkt bei einigen Menschen bereits aufgrund der positiven Erwartung und der festen Überzeugung vom Erfolg, die in der Hypnose vermittelt werden. Eine andere Frage ist die Stabilität der so erzeugten Wirkung. Die unten aufgeführten Untersuchungen zeigen, dass die Rate anhaltender Erfolge nach einer **einmaligen**, ritualisierten Hypnosebehandlung **nicht** höher ist als das statistische Mittel aller gängigen Verfahren. Solche minimalistischen Hypnoseanwendungen vernachlässigen die Möglichkeiten der Hypnose als Therapie und gefährden ihren Ruf als hocheffizientes Verfahren.

Für das Rauchverhalten gilt, dass es aus persönlichen Gründen entwickelt wurde und aufrechterhalten wird. Deshalb muss der abhängigen Person ermöglicht werden, in einer individuell auf sie zugeschnittenen Weise ihre eigene Lösung zu finden. Einen Lösungsweg, den sie als ihren eigenen erkennt, wird sie eher gehen, denn dieser »kommt ihr entgegen«. Eine am Individuum orientierte Hypnotherapie führt zu eigenständigen Lösungen. Wenn darauf fokussiert wird, dass das Entscheidende von der Person selbst kommt, wird außerdem sichergestellt, dass die alte Abhängigkeit nicht ersetzt wird durch eine neue – zu einem Hypnotiseur, zu einer »übernatürlichen Kraft« oder einem »magischen« Unbewussten. Gleichwohl sind bei der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung die wesentlichen Agentien der Hypnose wirksam, insbesondere die Erfahrung, dass etwas **tatsächlich** (evident) und **wie von selbst** (nichtwillkürlich) (Peter 1993a) geschieht.

In der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung wird auf das Hypnoseritual (Peter 1998d) Wert gelegt; aber auch andere Techniken kommen zum Einsatz, welche die Ressourcen der jeweiligen Person nutzen und ihre notwendige Entwicklung fördern.

In der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung angewandte Techniken:

- Nutzung der Entsprechung von Symptom und hypnotischem Phänomen
- Einführung des Unbewussten als »Dritter im Bunde«
- Reframing
- Blockierung der linearen Lösungsversuche der Patienten
- Ablenkung der Aufmerksamkeit vom relevanten Änderungsgeschehen
- Übernahme des »skeptischen Parts« in der Beziehung
- Ergänzung der »Weg-von-Motivation« durch eine starke »Hin-zu-Motivation«
- Zielorientierung, imaginatives Erleben von Alternativen zum Rauchen
- Indirekte Suggestionen, posthypnotische Suggestionen
- Therapeutische Metaphern
- Altersregression und Zukunftsprojektion zur Generierung von Ressourcen
- Swish-Muster
- Fokussierung der personalen Identität als höchste funktionale Stufe des Wandels
- Reflektiertes Umgehen mit möglichen Rückschlägen
- Rituale
- Selbsthypnose
- Informationsgabe, Ernährungshinweise

Nutzung der Entsprechung von Symptom und hypnotischem Phänomen. Weshalb Hypnose bei einer Suchtproblematik angezeigt ist, ist wesentlich darin begründet, dass zwischen dem Symptom (gekennzeichnet durch Nichtwillkürlichkeit/Zwang) und der Hypnose eine strukturelle Entsprechung besteht. Beim Zwang, eine Zigarette anzuzünden, drückt die Person aus: »Eigentlich mache **nicht ich** das, sondern **diese Sucht zwingt mich**, das zu tun«; und bei der Hypnose sagt der Therapeut, wenn ein Trancephänomen identifiziert oder suggeriert wird, das ebenfalls nicht gemacht wird, sondern nichtwillkürlich auftaucht: »Nicht **Sie** tun das, sondern **Ihr Unbewusstes**, auf ganz eigene Weise.« Diese Art Dissoziation kennzeichnet das Symptom sowie das hypnotische Phänomen. Da beide strukturell zueinanderpassen, kann dem **pathologischen** Paradox ein **hypnotherapeutisches** Paradox entgegengesetzt werden. Daraus beziehen die sog. **paradoxen Interventionen** ihre Berechtigung und ihre Potenz, z. B. die Symptomverschreibung und das Setzen eines alternativen Zwanges. Beispiele dafür, wie Erickson Rauchertherapie mittels solcher »ordeals« durchführte, finden wir bei Rosen (1982), Rossi (1997) und Zeig (1980).

Eine zweite Entsprechung zwischen Symptom und Therapiemethode rührt daher, dass Raucher stärker als Nichtraucher davon ausgehen, dass ihr Leben von Kräften außerhalb ihrer selbst bestimmt wird. Ihre meist höheren Werte auf Skalen zur **Extraversion** und **externen Kontrolle** (Smith 1970) verweisen auf eine stärkere Abhängigkeit von äußeren Faktoren. Wenn eine Raucherentwöhnung in kurzer Zeit erfolgen soll, muss sie mit solchen individuellen Orientierungen und Reaktionsbereitschaften arbeiten, also den Aspekt der externen Kontrolle einbeziehen und nutzen. Dies geschieht, wenn wir in Hypnose den Kontakt zum Unbewussten herstellen, das sich per definitionem außerhalb des bewussten Ich befindet.

Einführung des Unbewussten als »Dritter im Bunde«. Das Unbewusste stellt, vom Ich her betrachtet, für die meisten etwas Externales dar. In der Trance kann diese Dissoziation aufgehoben werden, sodass es zu einer Erweiterung des Ich und zur Reinternalisierung des Unbewussten im Selbst kommt. Diesem Unbewussten werden Wohlwollen, umfassendes Wissen und Veränderungspotenz zugeschrieben. Das ist von Vorteil, wenn es darum geht, einen weisen Verbündeten für die Lösungsarbeit zu finden oder eine neue Kraft, die alte Muster zu ersetzen hilft und neue schneller verfügbar macht. Vielleicht möchte die Person auch einen Hinweis auf den Tag erhalten, an dem sie die Zigarette verabschieden kann. Dazu ist es hilfreich, das Unbewusste als »Dritten im Bunde« (Gerl, 1998;

s. »therapeutisches Tertium« Peter 1998d, 2000d; ▶ Kap. 5) einzuführen und ihm Orientierungs- und Entscheidungsfunktionen zu übertragen:

»Weder ich noch Sie wissen im Moment, wann – aber Ihr Unbewusstes mag uns vielleicht einen Hinweis geben, sobald Ihre Hände beginnen, sich noch etwas weiter aufeinander zu zubewegen«.

Um den erforderlichen Kontakt mit dem Unbewussten in überzeugender Weise zu gestalten, bedarf es eines Kommunikationssystems, das sich ideomotorischer und/oder ideosensorischer Signale bedient. Wenn Raucher dann auf eine solche, nicht intellektuell kontrollierte Weise das Datum erfahren, an dem sie die Zigarette endgültig verabschieden werden, ist für sie klar, dass sie aufhören - auch wenn bewusst noch Zweifel bestehen, wie das wohl gehen wird. Ein solcher »Tag X« kann mittels der Technik der **implizierten Direktive** (Erickson et al. 1978) mit dem Unbewussten »ausgehandelt« werden. Auch wenn ein Datum spontan als Ergebnis eines suggerierten Suchprozesses in der Trance, als eine posthypnotische Reaktion im Traum oder in der Selbsthypnose auftaucht, wird es als ein gutes Omen erlebt. Auf einem Videoband von Freund (1995b) wird anschaulich demonstriert, wie ein nichtwillkürliches, unbewusst gesteuertes Verhalten (Katalepsie der Finger) zur Beendigung des Rauchens beitragen kann: Mittels ideomotorischer Signale als Beweis für die Beendigung der Rauchgewohnheit wird in der Probandin die tiefe Überzeugung gefördert, dass sie nun frei wird.

Reframing. Neben dem **Umdeuten** (z. B. des **Rück**falles als eines **Vor**falles, der einem hilft, noch etwas Wichtiges beachten zu lernen) sind manchmal auch komplexere Reframingprozesse angezeigt. Dabei wird mit dem anfangs kaum bewussten Persönlichkeitsteil Kontakt aufgenommen, »der für das Rauchen sorgt«. Seine im Grunde gut gemeinte Absicht – die wesentliche Funktion, die das Rauchen für die Person erfüllt – wird herausgearbeitet. Was dieser »Teil« bislang mittels des Zigarettenkonsums zu erreichen oder sicherzustellen versuchte (z. B. Selbstbelohnung, Aktivierung oder Sedierung, Kontrolle unerwünschter Affekte Einsamkeitsgefühle bannen und Kontakt erleichtern), soll geklärt und durch ein gesünderes alternatives Handeln gewährleistet werden. Das sog. **Six-Step-Reframing** (Bandler u. Grinder 1984) bietet hierzu eine hilfreich strukturierte Anleitung. Es ermöglicht, die Beziehung zum anfangs unterbewussten Sucht-Teil so zu gestalten, dass dieser gewürdigt und in die Lösungsbemühungen mit einbezogen werden kann (▶ Kap. 19).

Blockierung der linearen Lösungsversuche der Patienten. Für Raucher bedeutet das unter anderem, dass sie nicht gegen das Rauchverlangen ankämpfen, sondern – bis zur endgültigen Verabschiedung der Zigarette – bewusst noch rauchen **müssen** (»Um von wo wegzukommen, muss man erst wo sein«). Dies ist gerade dann wichtig, wenn die Person meint, das Rauchen willentlich beenden zu sollen oder versucht, die Anzahl der Zigaretten zu reduzieren. Verzichten würde aber zu einer Überhöhung der noch verbleibenden »letzten« Zigaretten und zu Phantasien führen, mit denen das Suchtmuster immer wieder aufs Neue verschärft wird – auch wenn tatsächlich eine Zeit lang nicht geraucht wird. Der Versuch, durch Willensanstrengung das Suchtproblem zu lösen, muss deshalb blockiert werden. Er würde das Problem aufrechterhalten.

Übernahme des »skeptischen« Parts. Der Therapeut ist zwar implizit optimistisch, explizit aber skeptisch. So z. B. hinterfragt er es kritisch, wenn die Person schnelle Erfolge berichtet. Dadurch wird sie angeregt, sich nichts »vorzumachen«, andererseits aber echte Fortschritte zu »verteidigen«, noch weiter auszubauen und sich mit ihnen zu identifizieren.

Ablenkung der bewussten Aufmerksamkeit vom Änderungsgeschehen. Die Ablenkung findet statt, damit sich die Änderung ungestört entwickeln kann. Es ist hilfreich, den Fokus weg vom Aufhören und stattdessen auf Lebendigkeit, Stimmigkeit, selbstbestimmte Aktivitäten, Wohlbefinden etc. zu lenken. Statt auf Zigaretten, lernt die Person sich auf die wichtigen Dinge des Lebens zu konzentrieren.

In der ersten Sitzung ist es erforderlich, den Erwartungsdruck zu reduzieren. Wenn deshalb gleich zu Beginn angekündigt wird: »Die Hypnose wird zum Ende der Sitzung stattfinden«, schafft das

Freiraum für die gesprächsweise Induktion leichter Trancezustände, für eingebettete Suggestionen, Metaphern und Zitate. So werden Ideen gesät und geeignete Reaktionen vorbereitet.

Wie Milton Erickson zwei dieser Prinzipien einsetzte, zeigt der folgende Fall:

Fallbeispiel

Ein 32-jähriger Mann kam zu Erickson, damit dieser dafür sorge, dass er nicht mehr rauche. Der Mann ging damals 2-mal pro Woche in eine Psychoanalyse. Zwei Jahre zuvor, als er mit der Psychoanalyse begonnen hatte, trug er immer 2 Päckchen Zigaretten bei sich; inzwischen benötigte er 6 Packungen, um sicher zu sein, dass ihm die Zigaretten nicht ausgehen würden. Erickson versicherte ihm: »I can not make you stop smoking.« (»Ich kann es nicht machen, dass Sie mit dem Rauchen aufhören(!)«, Übersetzung des Autors). Daraufhin begann er zu wiederholen, was der Mann über sich erzählt hatte, sodass dieser dabei in Trance ging. Während der Trance bat Erickson ihn, genauer auszuführen, was er benötige, um das Rauchen zu beenden. Zwei Jahre später ließ der Patient wieder von sich hören. Er hatte gleich nach der Hypnose aufgehört zu rauchen, was auch sein Analytiker bestätigte, und war seither frei (Rossi 1997).

Indirekte Suggestionen, posthypnotische Suggestionen, Metaphern. Bei Zeig (1990) finden sich viele Beispiele indirekter Suggestionen für Raucher. Hoogduin (1985) beschreibt speziell eingebettete Suggestionen, wie:

> Man ist selbst immer wieder **überrascht von der Wirkung**, welche die Hypnotherapie **immer wieder** hat; dass zum Beispiel überzeugte Raucher **plötzlich sich entscheiden**, mit dem Rauchen **ganz aufzuhören** – von einer Minute auf die andere! Man kann **davon ausgehen, dass unbewusst in ihnen bereits eine starke Abneigung gegen diese alte Gewohnheit existiert hat** (Hoogduin 1985, Übersetzung und Hervorhebungen der indirekten Suggestionen vom Autor).

Geeignete indirekte Suggestionen können mannigfaltig formuliert in das Gespräch und in die Trancekommunikation eingeflochten oder unbemerkt in Fragebögen, CDs und Informationspapieren untergebracht werden.

Im Zustand der hypnotischen Trance erhaltene Suggestionen entfalten eine weiter gehende Wirkung in dem Maß, wie sie zu lebendigen Imaginationen führen (»Evidenzprinzip«). Das verleiht gerade den posthypnotischen Suggestionen ihre manchmal verblüffende Wirksamkeit. Es geht dabei weniger um die Worte als um das, was sie innerlich auslösen und gestalten helfen. Anders als bewusste Vorsätze können diese Erlebnisbilder mit ihrer Depotwirkung intensiv, beständig und nachhaltig das Verhalten bestimmen. Auch anschauliche Metaphern und gleichnishafte Geschichten haben so häufig die Funktion und Wirkung von posthypnotischen Suggestionen.

Personen, die »nur zur Raucherentwöhnung« kommen, sehen keinen Grund, viel von sich zu erzählen. Aber sie finden es durchaus interessant, wenn ihnen von Rauchern erzählt wird, die in einer ganz ähnlichen Situation waren. Es lässt sich dann anschaulich schildern, wie jene es schafften und was sie dafür tun mussten. Therapeutische Metaphern kommen der Situation einer Raucherentwöhnung entgegen, in der in kurzer Zeit relevantes Wissen aktiviert und einiges an Information vermittelt werden muss. Sie sind auch eine ökonomische Möglichkeit, um den Rapport auf unbewusster Ebene zu entwickeln.

Altersregression. In der Vergangenheit können Erfahrungen wieder entdeckt werden, die das Beenden des Rauchens und schwierige Situationen erleichtern. Schließlich hat man als Kind tatsächliche Bedrohungen und nicht enden wollende Stunden, Tage und Wochen überstanden, ohne an eine Zigarette auch nur zu denken. Zur Erkundung von Ressourcen kann sich die Person auch in angenehme Situationen ihrer Kindheit zurückversetzen. Sie reaktiviert dabei, wie sie sich da fühlt, bewegt, sieht, riecht – ganz ohne Zigaretten. In der jüngeren Vergangenheit gemachte Erfahrungen mit dem Aufhören können genauer erinnert und verwertet werden, ebenso Erfolge in anderen Bereichen.

Zielorientierung. Wenn eine Person sich ständig vor Augen hält, welche Entzugserscheinungen sie haben könnte und welche Nachteile die Abstinenz mit sich bringen könnte, schafft sie sich eine Ursache für weiteres Rauchen. Das Befürchten ist gewissermaßen ein »Herbeifürchten«, um dann vor der

eigenen Fiktion davonlaufen und weiterrauchen zu können. Ob die Person das Rauchen beendet, hängt also zum erheblichen Teil davon ab, was sie in der Zukunft erwartet. Ihre »Vision«, die lebendige Imagination eines zukünftigen Ereignisses oder Ergebniszustandes, ist eine mächtige Ressource. Zukünftiges wird dabei vergegenwärtigt und dadurch zur Ursache für zukunftsgerichtetes Handeln in der Gegenwart. Beim Entwickeln der »Hin-zu-Motivation« und in der **sich selbst erfüllenden Prophezeiung** der Hypnose nutzen wir dieses »teleologische Prinzip« (von lat. telos = der Speer, der auf sein Ziel weist).

In ▶ Kap. 6 beschreibt Gerl, wie ein Ich-syntones und verhaltensrelevantes Therapieziel bestimmt wird. Sobald das Ziel konkret und spezifisch definiert ist, wird es lebendig imaginiert, woran alle Sinnesmodalitäten beteiligt sind. Hierbei wird das Ziel sinnlich überprüft, validiert und als Ressource verankert. An diesem Punkt bieten sich bei der Raucherentwöhnung zwei weiterführende Schritte an, die sich teilweise ergänzen: die **Zukunftsprojektion** und das sog. **Swish-Muster**.

Zukunftsprojektion. Die Zukunftsprojektion hat in der Raucherentwöhnung nicht nur die Funktion, das Therapieziel sinnlich evident und anziehend zu machen und als Hilfsquelle zu ankern, sondern die Person im ressourcehaften Ergebniszustand auch verweilen zu lassen. Dadurch »gewöhnt« sie sich schon jetzt an dieses Erleben. Sie genießt diesen Zustand, sodass es für sie eine Zumutung darstellt, wieder ins Raucherdasein zurückkehren zu müssen (Freund 1995a; Martin 1991). Sie imaginiert sich als die attraktive Person, die sie – sichtbar, hörbar, spürbar – an diesem Ort der Zukunft ist, der definiert wurde und konkret beschrieben wird. Sie genießt es, hier gut angekommen und schon eine Weile da zu sein, sodass sie bereits auf eine Zeit neu gewonnener Freiheit zurückblicken kann mit Genugtuung, tiefer Befriedigung und Dankbarkeit. Sie erlebt ihr Wohlbefinden ganz sinnlich und vergegenwärtigt sich ihre gesunden Lebensmöglichkeiten und verbesserten Zukunftschancen.

Swish-Muster. Die Zukunftsprojektion, das leuchtend klare, farbige Bild der Person, wie sie tatsächlich (und frei vom Rauchen) sein kann, wird als eine Art Standbild festgehalten und verankert. Es impliziert die verbesserten Möglichkeiten für ihre Gesundheit, ihr Aussehen, Erleben und Handeln und wird über das Bild einer typischen Rauchsituation gelegt, sodass jene vollkommen überdeckt wird und verschwindet. Dieses Lernen geschieht mit einem präzisen Timing, das den Konditionierungsprozess optimiert (Bandler u. MacDonald 1988). Ein solches Swish-Muster erfordert weniger als eine Minute und wird pro Set 5-mal wiederholt. Gewissermaßen handelt es sich bei dieser Technik um eine Abfolge kurzer Tranceinduktionen mit schnellen Rückorientierungen. Sie ist damit eine Art »fraktionierter Trance«. Wenn dieser Prozess selbsthypnotisch weitergeübt wird, erfolgt jedes Mal eine positive Verstärkung, und die neuropsychologische Umschaltung wird zunehmend automatisiert. In dieser Technik geübte Patienten berichten, dass schließlich der bloße Gedanke ans Rauchen spontan »ihr« Bild auslöst, sowie die damit verknüpfte Physiologie (z. B. ein vitalisierendes Atemmuster) und die entsprechende Kognition (z. B. einen unterstützenden, liebevoll geäußerten Satz zu sich selbst).

Identität als höchste funktionale Stufe des Wandels. Die Wirkung der Zukunftsprojektion und des Swish-Musters kann also nicht nur unter dem Aspekt der Zielorientierung, sondern auch im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der persönlichen Identität gesehen werden. Sie ist für das Freiwerden vom Rauchen von Bedeutung, wenn die Person eine Antwort sucht auf die Frage: »Was bin ich, wenn ich kein Raucher mehr bin?« Der Beginn des Rauchens in der Pubertät war mit einer labilen Identität und dem vorrangigen Bedürfnis verbunden, »wer zu sein«. Wenn die Person nun weiter ist und das Rauchen beenden will, steht sie vor einer neuen Phase persönlicher Entwicklung. Zum Schritt über die Schwelle hilft ihr eine flexiblere Selbstdefinition.

Die Ebenen, auf denen der Wandel entsteht und sich auswirkt, lassen sich in einer funktionalen Hierarchie beschreiben. In einem Fünf-Ebenen-Modell (Dilts 1994) sind das:

Fünf-Ebenen-Modell

1. Personale Identität
2. Werte/Überzeugungen
3. Fähigkeiten
4. Verhaltensweisen
5. Umwelt/Außenaspekte

Je höher eine Ebene ist, auf der eine Veränderung erfolgt, umso umfassender ist deren Auswirkung auf das Gesamtsystem. (Was der Chef tut, hat in der Regel mehr Auswirkungen auf den Betrieb, als das, was der Lehrling tut.) Im Prozess der kognitiven Selbstorganisation hat die Identität die umfassendste Auswirkung auf unser Verhalten und unsere Erfahrung. Das Gesamtsystem kann am effizientesten von seiner »Führungsspitze« her moduliert werden. (Diese existiert selbstverständlich nicht aus sich heraus, sondern ist in rekursiven zyklischen Kommunikationsprozessen mit allen anderen Ebenen verbunden und wird durch diese mitbedingt.) Eine starke Identität erleichtert ein zielgerichtetes und flexibles Verhalten. Faktoren der Außenwelt werden dann weniger als Einschränkung erlitten, sondern als Herausforderung genutzt.

Wenn die personale Identität mit dem Begriff »Raucher« besetzt ist, kann das für sie nur eine bedauerliche Reduzierung bedeuten. Auch andere Etikettierungen geben keine befriedigende Antwort auf die Frage »Wer bin ich?«– schon gar nicht der Begriff »Nicht-Raucher«. »Nicht mal ein Raucher« zu sein, suggeriert keine starke Identität, im Gegenteil. Deshalb stellen wir nicht gedankenlos in Aussicht, »Nichtraucher« zu werden. Die Person, die sich vom Rauchen und gleichzeitig vom Raucheretikett freimacht, benötigt ihre ganz eigene, sinnlich fundierte Selbstdefinition. Hierzu tragen die Zukunftsprojektion und das Swish-Muster bei.

Weitere Möglichkeiten, das Selbstbild positiv zu entwickeln, sind in Trance gegebene Suggestionen und die Identifikation mit geeigneten Personen. Die komplexe Ich-stärkende Wirkung, die vom befriedigenden Kontakt mit einer sozial attraktiven Persönlichkeit ausgeht, ist von größter Bedeutung. Dies gilt besonders für den hypnotischen Rapport. Sich verstanden zu fühlen bedeutet, nicht mehr allein, sondern angenommen zu sein und dazuzugehören. Für »Nochraucher« impliziert das Erlebnis des therapeutischen Rapports: »Sobald ich die Zigarette verabschiedet haben werde, stehe ich nicht einsam da, sondern gehöre zu diesen respektablen Menschen (die vom Therapeuten repräsentiert werden), bei denen ich mich schon jetzt gut aufgehoben fühle, die offensichtlich leistungsfähig sind und Freude am Leben und an ihrer Arbeit haben.«

Reflektiertes Umgehen mit möglichen Rückschlägen. Mit der Tatsache, dass eine anhaltende Abstinenz nicht immer und gleich im ersten Anlauf zu erreichen ist, sollte offen umgegangen werden, sonst könnte ein »Rückfall« schnell zum Anlass für weiteres Problemverhalten werden. Die Möglichkeit, dass noch etwas dazugelernt werden muss, wird rechtzeitig erwähnt. Die Anlass gebende Situation wird nicht als **Rück**- sondern als ein **Vor**fall definiert, mit dessen Hilfe eventuell etwas deutlich wird, das noch nicht genügend berücksichtigt wurde.

Langfristig erfolgreiche Patienten berichteten uns, dass sie nach einem »Ausrutscher« sofort wieder aufstanden und das konstruktive Lernen erneut aufnahmen. Sie dachten dabei an den Therapeuten, brauchten ihn aber nicht anzurufen. Sie reassoziierten selbstständig ihre ressourcehaften Lernerfahrungen und Anker, fanden eine Lösung für die betreffende Situation und konnten daraufhin frei bleiben. Jemand, der in einer einzigen Sitzung mit autoritärer Hypnose entwöhnt wurde, wüsste in einer solchen Situation nicht, an welches Lernen er selbstständig anknüpfen könnte.

Der realistische Umgang mit der Rückfallwahrscheinlichkeit ermöglicht eine vertrauensvolle Arbeit. Er hilft, die therapeutische Beziehung gerade auch dann aufrecht zu erhalten, wenn es um das Dranbleiben und den Erhalt der Chance, endgültig frei zu werden, geht. Dieser Möglichkeit wird sowohl im Gespräch Rechnung getragen als auch in der tieferen Trance. Für die effiziente Rückfallprophylaxe können kritische Situationen imaginiert und vorwegnehmend bewältigt werden.

Rituale. (Gerl 1998; Gilligan 1995; Van der Hart u. Nijenhuis 1995; Fourie 1995). Da symptomatisches Verhalten strukturell eingeengt (redundant, starr geregelt, zwanghaft) ist und damit rituell abläuft, besteht eine funktionale Entsprechung zu anderen Ritualen. Rituale beinhalten unter- und unbewuss-

te Elemente und bekräftigen in ihrem Vollzug ihren Sinn. So bestätigt z. B. das Rauchen eine bestimmte Beziehung der Person zu sich selbst, zu den Mitrauchenden und zu anderen Menschen (»Nichtraucher«). Es stiftet damit eine Identität, die mit jeder Zigarette aufs Neue gefestigt wird.

Das Anstecken einer Zigarette und die ersten Züge können auch als ein ritualisiertes Innehalten und Pausieren gesehen werden, das zur Erholung, zur Belohnung oder zur Motivierung auf eine bevorstehende Aufgabe dient. So wird der Alltagsroutine und bedrohlichen Situationen mit etwas begegnet, das man »für sich selbst« tut. In Gemeinschaft mit anderen erfüllt das Rauchen auch soziohygienische Zwecke.

In der Therapie werden dem Rauchritual alternative Rituale, Hypnose und Selbsthypnose, entgegengesetzt. Damit verbunden können Aussöhnungs- und Verabschiedungsrituale inszeniert werden. Auch etwas Triviales wie das Atmen lässt sich in ritueller Form utilisieren. So kann geübt werden, mittels Fokussierung des Ausatmens lösend und vertiefend zu atmen – oder, mit Fokus auf dem Einatmen und Halten der Luft aktivierend zu atmen. Wie beim Hatha-Yoga wird damit die Fertigkeit gefördert, sich sehr schnell zu entspannen oder wirksam anzuregen. Damit übernimmt das bewusste Atmen Funktionen des Rauchrituals, nämlich Musterunterbrechung, Selbstbestätigung (»*Ich bestimme über diesen Augenblick*«), Selbstbelohnung (»*Ich tue jetzt etwas für mich*«), Kontakt (»*Zuerst komme ich mal zu mir, und dann schaue ich mir die Sache da an*«), Selbstaktivierung (»*Mit dieser frischen Kraft in meinen Lungen spüre ich mich aufs Neue*«) und Selbstmotivierung (»*So, jetzt gehe ich die Sache an*«).

Rituale dienen der Fixierung und sicheren Orientierung. Das Unterschreiben eines »Vertrags«, den der Raucher mit sich selbst schließt, nutzt den Bindungsaspekt eines solchen Rituals, besonders dann, wenn eine zweite, unterstützende Person mit unterschreibt und den Akt damit beurkundet. Für Übergänge in neue Lebensphasen haben sich von alters her Rituale bewährt, weil sie das Gefühl geben, den Lauf der Dinge positiv beeinflussen zu können. In der Schwellensituation einer Raucherentwöhnung ist es für die betreffende Person beruhigend und wohltuend, wenn sie die Zigarette, die sie über Jahrzehnte begleitet hat, in einer gültigen Weise endgültig verabschieden kann. Das Ritual vermittelt das sichere Gefühl, diesem Teil der eigenen Geschichte gerecht geworden und mit sich im Reinen zu sein.

Selbsthypnose. Die Heterohypnose kann erweitert werden zu einer individuell angepassten Selbsthypnose (King 1985; Revenstorf u. Zeyer 1996; Alman 1995), die von der Person selbstständig geübt und im Alltag eingesetzt wird. Anfangs kann das durch CDs (Gerl 1999) unterstützt werden, die einen Transfer des therapeutischen Rapports in die Übungssituation bewirken. Eine solche CD sollte Hinweise zur entspannenden und zur aktivierenden Atmung beinhalten sowie Anleitungen zur Selbsthypnose und deren Nutzung. Mittels Selbsthypnose wird dann die Therapiesituation und das in ihr Gelernte reassoziiert, erweitert und mit immer mehr Situationen verknüpft. Kritische Augenblicke, in denen die Person früher zur Zigarette gegriffen hätte, können dann gelassener betrachtet und kompetenter gehandhabt werden. Selbsthypnose hilft, die Person aktiv an der Therapie zu beteiligen und die Zahl der Sitzungen gering zu halten.

Informationsgabe. Je nach Bedarf werden Hinweise gegeben über körperliche und psychologische Zusammenhänge des Rauchens. Den Patienten wird nahe gelegt, ihre zwischenmenschlichen Ressourcen gezielt für das Aufhören zu nutzen. Auch wird ihnen erläutert, welche Rolle die Ernährung und die Neurotransmitter beim Rauchen spielen. Hier stellt sich nämlich die Frage, welche Ersatzfunktionen das Nikotin als »Nährmittel« beim Raucher übernimmt. Insbesondere der Zusammenhang zwischen **Blutzuckerspiegel**, **Serotoninspiegel** und **Nikotin** sollte hierbei beachtet werden.

Exkurs
Zusammenhang zwischen Blutzuckerspiegel, Serotoninspiegel und Nikotin

Das Serotonin wird im Körper aus L-Tryptophan aufgebaut. Diese Aminosäure muss ihm durch geeignete Nahrung zugeführt werden. Als Neurotransmitter leitet das Serotonin im Zentralnervensystem Impulse weiter und hat, abhängig von seiner Konzentration, unterschiedliche Wirkungen auf Blutgefäße und Muskulatur. Es beeinflusst unter anderem die Stimmungslage und die Schmerzverarbeitung und ist somit auch an der Entstehung und an der Heilung von Depressionen beteiligt. Die Erlebnisqualität bei ausreichend hohem Serotoninspiegel lässt sich mit »Ich habe (bekommen), was ich brauche und bin jetzt satt, zufrieden und gelassen« in Worte fassen.

Beim Raucher dockt das Nikotin an dieselben Rezeptoren im Gehirn an wie das Serotonin, wirkt aber intensiver (schneller) als dieses. Auch deshalb greifen Raucher kurz mal zur Zigarette, statt sich eine ausgewogene, nährstoffreiche (und tryptophanhaltige) Mahlzeit zuzubereiten. Ein Teil der appetithemmenden Wirkung des Nikotins ist seiner Funktion als »sättigendes« Ersatz-Serotonin zuzuschreiben.

Beim Raucher gewöhnt sich das Gehirn bald an das schnell wirkende Nikotin: Die Rezeptoren lernen entsprechend um, bevorzugen schließlich das Nikotin als das »bessere Serotonin« und »jammern immer wieder, dass sie ihren Stoff möchten«.

Das Gehirn verbraucht Glucose (Energie), und wenn dabei der Blutzuckerspiegel absinkt, sinkt auch der Serotoninspiegel. Zuerst noch unterschwellig beginnt dann eine Orientierung, die dem Unterzucker und einem Serotonindefizit begegnen soll, »bevor es unangenehm wird«, das heißt, bevor der Mangel bedrohlich wird und zu gierigem Verhalten treibt. Diese Suche nach schneller Befriedigung eines mehr oder weniger bewusst wahrgenommenen Bedürfnisses führt zum Konsum des »Ersatznahrungsmittels« Zigarette. Der relative Mangel an Nährstoffen, die den Blutzucker- und den Serotoninspiegel nachhaltig stabilisieren, verstärkt beim Raucher die Abhängigkeit vom »Stoff« Nikotin zusätzlich. Deshalb sollten Entwöhnungswillige ihren Blutzuckerspiegel stabil halten (mit niedrigglykämischer Nahrung). Ein absackender Blutzuckerspiegel würde sofort wieder Suchtverhalten bzw. Entzugssymptome auslösen.

Auch das Zusammenspiel von Serotonin und Dopamin, dem Botenstoff, der unsere Suche nach Befriedigung bzw. Sättigung antreibt, sollte berücksichtigt werden. Je nachdem, welcher dieser Neurotransmitter dem Raucher fehlt, gleicht er mittels einer Zigarette das jeweilige Defizit kurzzeitig aus. Fehlte Dopamin, dann benutzt er das Rauchen einer Zigarette, um wieder zupacken zu können und für eine Weile konzentrierter zu arbeiten oder engagierter zu spielen. Andererseits kann er sich, indem er eine Zigarette raucht, kurzfristig beruhigen und gelassener werden, weil er mithilfe des Nikotins seinen niedrigen Serotoninspiegel anhebt.

Dieser Biochemie der Sucht können Raucher mittels einer geeigneten Ernährung den Boden entziehen und werden dann »rauchfrei ohne zuzunehmen« (Jochims u. Gerl 2004).

Damit sich Informationen wirksam einprägen, reicht eine leichte Trance meist aus. Deshalb können sie gesprächsweise vermittelt oder auch schriftlich mitgegeben und zu Hause nachgelesen werden. Die Person kann dabei noch eine ganze Reihe Suggestionen verarbeiten, die in den Text eingewoben sind.

Eine Raucherentwöhnung, die am Individuum orientiert ist, führt zu eigenständigen Lösungen. Mit moderner Hypnose kann der Suchtdynamik strukturell angemessen begegnet werden. Die Hypnotherapie nach Erickson verfügt über ein reiches Repertoire an wirksamen Kommunikations- und Änderungstechniken für Raucher. Hierzu zählt unter anderem die Praxis in Selbsthypnose. Abstinenz wird erleichtert, wenn durch eine geeignete Ernährung der Sucht ihr biochemischer Boden entzogen wird.

Fallbeispiel

Eine verheiratete 41-jährige Frau (raucht seit 25 Jahren, zuletzt 36 Zigaretten pro Tag) kommt auf Empfehlung ihrer Frauenärztin und ihres Bruders, der das Rauchen beendet hat. Nach ihrem Anruf in der Praxis erhält sie vorab ein umfangreiches Informationspapier zugeschickt, um ihre Motivation abzuklären und die Erwartungen zutreffend zu strukturieren.

In der **1. Sitzung** wird überprüft: Kommt die Patientin auf Drängen ihrer Umwelt (Ehemann, Familie, Arbeitsstelle) oder ist es ihr eigener Entschluss, das Rauchen zu beenden? Spürt sie dazu eine innere Bereitschaft oder ist es lediglich eine ehrgeizige Idee? Existieren auch andere Abhängigkeiten von Suchtstoffen? Welche gesundheitlichen Risikofaktoren sind bei ihr gegeben? Fühlt sie sich durch einen medizinischen Befund gezwungen, etwas zu tun? Dabei wird das soziale Umfeld der Person im Hinblick auf ihr Rauchen erkundet. Die Patientin will ihrem Mann erst dann etwas von der Raucherentwöhnung sagen, wenn sie es geschafft hat. Daraufhin wird die 2. Sitzung davon abhängig gemacht, dass sie ihren Mann schon jetzt informiert und um Unterstützung bei ihrem Vorhaben bittet.

Die Frage: »Warum wollen Sie denn überhaupt aufhören?«, regt die Patientin an, ihre eigenen Argumente gegen das Rauchen zu artikulieren. Bisher gemachte Erfahrungen mit dem Beenden werden erkundet und gewürdigt. Dann werden drei typische Situationen herausgearbeitet, in denen das Rauchen der Befriedigung unterschiedlicher Bedürfnisse diente. Die speziellen Funktionen, welche die Zigarette dabei für die Patientin hat, werden definiert.

Daraufhin entwickelt die Patientin mithilfe einer Zukunftsprojektion (ins folgende Jahr) ein anziehendes Bild von sich selbst. Sie sieht sich im Zustand nach der erfolgreichen Entwöhnung. Dieses sehr ansprechende Ergebnisbild und der Satz, mit dem sie sich da herzlich begrüßt, werden geankert (klassisch konditioniert).

Die zweite Hälfte der Sitzung ist offiziell hypnoseorientiert. Nach Klärung der typischen Fragen (Trance, Unbewusstes, Kontrolle während und Rückkehr aus der Trance) werden Charakteristika der therapeutischen Hypnose und der Selbsthypnose erläutert. Die beiläufig entstehende Trance wird dann in einem Hypnosetest vertieft. Die Patienten macht dabei die Erfahrung einer autonomen Reaktion (Zeitverzerrung und Katalepsie einer Hand). Diese Trance wird gleichzeitig als Selbsthypnosetraining genutzt. Die Katalepsie und die Zeitverzerrung werden als Beweis für die ausreichende Vertiefung des Trancezustands genutzt. Für die Zeit bis zur nächsten Sitzung in 2 Wochen werden Informationspapiere, ein Fragebogen zu den Ressourcen und eine vom Therapeuten besprochene CD zur Vertiefung des Erlebens und der Beziehung (Rapport) mitgegeben.

In der **2. Sitzung** wird das (Selbst-) Hypnosetraining gezielt für Imaginationen genutzt: Das Bild einer typischen Rauchsituation wird dabei zum Auslöser für das attraktive Ergebnisbild. Diese anziehende Vision aktiviert stimulierende physiologische Reaktionen (z. B. vertieftes Atmen) und eine positive Erwartung. Sie reaktiviert Erfahrungen von Lebenslust, Verbundenheit und Zuversicht in einer für die Patientin stimmigen Weise. Eine eigenständige Ich-Identität tritt hervor. Sie ist nun weder Raucher noch Nichtraucher, sondern ganz sie selbst.

Dann wird ein Signalsystem zum Unbewussten entwickelt. Mithilfe der Technik der implizierten Direktive werden dabei ideomotorische und ideosensorische Trancephänomene als Antworten des Unbewussten auf Fragen zur Beendigung des Rauchens genutzt. Anhand einer Fallgeschichte wird vermittelt, dass vom Unbewussten Hinweise und Daten kommen können, die sich auf den Tag des Aufhörens beziehen. Im Rahmen eines kurzen Imaginationstrainings tauchen dann spontan zwei Ziffern und drei Buchstaben auf, welche die Patientin nach der Trance auf Papier bringt und mit nach Hause nimmt, »um einmal darüber zu schlafen«. Auch die Möglichkeit eines Rückfalls wird angesprochen. Er wird umgedeutet als ein Vorfall, der einem zeigt, wo etwas noch nicht ausreichend gewürdigt wurde (und wo noch etwas zu lernen ist). Für die Gewichtskontrolle werden die nötigen Informationen gegeben, was die Patientin sehr erleichtert. Sie erhält auch ein Papier zu den Funktionen des Nikotins im Stoffwechselgeschehen und zur richtigen Ernährung gerade in der Zeit des Aufhörens; ebenso eine Anleitung »für den Tag, an dem Sie die Zigarette verabschieden«. Auch der Vertrag wird ausgehändigt, den die Patientin am Tag X mit sich schließen wird (und den ihr Mann mitunterschreiben soll).

In der **3. Sitzung** wird der »Tag der endgültigen Verabschiedung der Zigarette« bestimmt. In Trance wird die Idee, welche die Patientin dazu hat, weiterentwickelt und durch ein automatisches, ideosensorisches Fingersignal vom Unbewussten bestätigt. Es ist ein Tag, an dem ich in der Praxis bin. Ich werde einen Ter-

min freimachen. Dann werden die drei typischen Rauchsituationen, in denen die Zigarette unterschiedliche Funktionen hat, in Trance durchgespielt. Dem Unbewussten wird für jede Situation ein Suchprozess anheimgestellt und die Patientin erlebt nun jede einzelne Situation, in der Sie früher geraucht hätte, als eine stimulierende Lernsituation. Dieses Vorwegerleben des Gelingens wird auch von verbalen posthypnotischen Suggestionen begleitet.
In der abschließenden **4. Sitzung** wird das bisher Gelernte kurz zusammengefasst. Es erlaubt, die Zigarette heute in einer gültigen Weise zu verabschieden. Als Szenarium dafür wählt die Patientin den Flughafen. Für »Zigarettes Rückflug« in die USA liegt ein »First-class-Ticket« bereit. Die Patientin will an »Gate G« der Zigarette, ihrem Helfer in vielen Situationen der vergangenen Jahre, Dank und Lebewohl sagen.
Nach der Induktion der Trance und des persönlichen Ergebnisbildes werden die drei typischen Situationen imaginiert, in denen früher geraucht wurde. Mit ihren kreativen Möglichkeiten erlebt die Patientin diese nun in einer neuen, zutiefst befriedigenden Weise. Posthypnotische Suggestionen für das weitere Praktizieren von Selbsthypnose und für die Zeit des Überganges schließen sich an. Der »innere Versucher« wird angesprochen und in seiner eigentlich positiven Absicht gewürdigt. Er soll beitragen, diese nun in einer gesunden Weise zu verwirklichen, was letztlich (bei der verlängerten Lebenserwartung) auch ihm selbst zugutekommen wird. Für die weitere Unterstützung durch das Unbewusste werden ideomotorische und ideosensorische Bestätigungen eingeholt. Lustvolle Tätigkeiten werden imaginiert, die mit dem Rauchen unvereinbar sind. Sodann wird die Verabschiedung in der oben skizzierten, »end-gültigen« Weise innerlich in Szene gesetzt. Nach der Beendigung des Rituals gratuliere ich der Patientin und danke auch ihrem Unbewussten für die gute Zusammenarbeit.
Nach 5 Wochen ruft die Patientin, wie vereinbart, an. Sie berichtet, dass zu rauchen aufzuhören leichter ging, als sie dachte. Bei der Nachuntersuchung ein Jahr später ist sie weiterhin frei und sagt: »Ich kam letztes Jahr ursprünglich nur, um das Rauchen aufzuhören. Heute weiß ich, dass ich tatsächlich viel mehr gelernt und für mich gewonnen habe.«

Effektive Raucherentwöhnung kann in 4 Sitzungen erfolgen und ermöglicht dabei die Lernprozesse, die für eine anhaltende Freiheit von der Zigarette erforderlich sind.

27.3 Diskussion

27.3.1 Indikation

Die Qualität der Motivation und der Mitarbeit des Rauchers ist von entscheidender Bedeutung dafür, dass die erreichte Abstinenz nicht nur kurzzeitig besteht, sondern anhält. Die Indikation für die Raucherentwöhnung wurde bisher nur ungenügend thematisiert. In vielen Studien ist nicht erkennbar, welche Kriterien de facto angelegt wurden. Es reicht manchmal aus, sich als Raucher an einem Kurort oder in einer Reha-Klinik zu befinden, um an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilzunehmen. Die relativ niedrigen Kosten bei einer Gruppenbehandlung in einer Sitzung verführen zum Gießkannenprinzip, fördern aber erfahrungsgemäß nicht die Motivation zu anhaltenden eigenen Bemühungen. Beides wirkt sich dann negativ auf die Erfolgsstatistik aus. Die unterschiedlichen, meist wenig geklärten Eingangsbedingungen mögen maßgeblich zu der großen Varianz (4–88%) in den Erfolgsuntersuchungen beigetragen haben.

Ob eine hypnotherapeutische Raucherentwöhnung indiziert ist, hängt auch davon ab, welchen Prozess und welchen Erfolg eine Person von der Hypnose erwartet. Die meisten wünschen eine Art Schnellschuss und denken, es käme dabei auf eine Kraft an, die der Hypnose innewohne. Nach dem Scheitern ihrer willentlichen Abstinenzversuche misstrauen sie den eigenen Fähigkeiten. Es ist aber eher die Ausnahme, wenn eine Person nach nur einer Sitzung anhaltend frei bleibt. Dazu muss sie nicht nur aufhören wollen, sondern dazu »bereit sein«. Sie muss »soweit sein« und auch in der Lage, verschiedene Verhaltensweisen, Einstellungen und einige Lebensumstände positiv zu ändern. Es ist ein Allgemeinplatz, dass Abhängige ihr Verhalten und das Suchtmittel, das für sie wichtige Funktionen übernommen hat, nicht aufgeben, solange es ihnen in ihrer subjektiven Bilanzierung mehr Vorteile verspricht.

Jemand ist in der Regel erst dann bereit, eine Sucht aufzugeben, wenn er in seinem Leben an einem Punkt angelangt ist, an dem er sich »umfas-

sender neu entscheidet«. In einer Untersuchung, bei der die Wirksamkeit der Entwöhnung in Relation zum Alter erfasst wurde (Hueber 1997), erwies sich dieses als ein guter Prädiktor: Die Chance, abstinent zu werden, stieg mit den Lebensjahren. Erfolgreiche Kursteilnehmer waren im Schnitt 46 Jahre alt; nicht abstinente waren signifikant jünger (M=39,47).

Interessant ist auch, dass die Erfolgreichen mit dem Rauchen später begonnen hatten. Das bedeutet, dass bei einer Person, die mit dem Rauchen später beginnt, die personale Identität in geringerem Maß durch das Rauchen definiert wird, als bei jemand, der früher damit anfängt.

Viele Raucher haben eine sozial und wirtschaftlich gesicherte Position erreicht, verfügen über Lebenserfahrung und persönliche Autonomie und wollen eine Abhängigkeit beenden, die aus einer früheren Zeit herrührt. Sie erkennen, dass sie durch den Zigarettenkonsum ihre Selbstkontrollmöglichkeiten und ihre Lebensqualität entscheidend beeinträchtigen. Solche änderungsbereiten Menschen wollen nicht deshalb aufhören, weil das der Trend ist; sie haben es nicht nötig, »in« zu sein. Es ist auch nicht die bedrohliche Diagnose eines Internisten, die sie zwingt, aufzuhören. Sie spüren ein eigenes, intrinsisches Bedürfnis. Das Rauchen zu beenden ist für sie ein weiterer Akt der Übernahme von Eigenverantwortung. Für sie gelten jetzt andere Prioritäten als damals, als sie mit dem Rauchen anfingen.

Mit einer solchen Person, die nicht nur für die Therapie »reif geworden« ist, kann in wenigen Sitzungen erfolgreich gearbeitet werden. Mitunter reicht eine Einzige aus (Gerl 2004a, S. 120). Die Erfahrung und die Forschungsergebnisse lassen aber 4–5 Treffen angeraten erscheinen. Eine kürzere Behandlungsdauer ist nur bei denjenigen Personen gerechtfertigt, die lediglich eines außerordentlichen Ereignisses bedürfen, um die Beendigung des Rauchens zu legitimieren und zu ratifizieren. Die hypnotische Trance gilt für sie dann als ein solch signifikantes Ereignis und erfüllt die Funktion eines Übergangsrituals zur Verabschiedung des Alten und Bejahung des Neuen.

Das Beenden einer langjährigen Nikotinsucht setzt eine angemessene Motivation voraus. Diese wird durch Lebenserfahrung und das Erlangen persönlicher Autonomie begünstigt. Sie machen die Person »reif fürs Aufhören« und erleichtern es ihr.

27.3.2 Kontraindikation

Wenn der Raucher die oben skizzierte Bereitschaft, aus welchen Gründen auch immer, noch nicht entwickelt hat, wird es zu keiner dauerhaften Entwöhnung kommen. Der Therapeut hat der Hilfe suchenden Person seine Einschätzung mitzuteilen, damit entschieden werden kann, ob und wie die Zusammenarbeit fortgeführt wird. Die Zigarettenabhängigkeit ist manchmal lediglich der Anlass, nicht aber der Grund, weshalb eine Person therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt. Manchmal kommen diese Patienten dann nach einer psychotherapeutischen Abklärung und Verbesserung ihrer Situation auf ihr ursprüngliches Anliegen zurück. Meist erfolgt die Entwöhnung dann in wenigen Sitzungen.

Für manche Personen würde eine schnelle Beendigung des Rauchens den plötzlichen Entzug einer Ressource bedeuten. Die Zigarette hilft, akuten Stress, Dauerstress und eine aktuelle Not zu ertragen, die psychische Befindlichkeit und Affektlage zu regulieren, die physiologische Balance aufrecht zu erhalten (z. B. bei einem labilen Herz-Kreislauf-System) oder soziale Beziehungen zu stabilisieren (z. B. eine konfliktträchtige Partnerschaft). In einer repräsentativen Studie fand Glassmann 1988), dass bei 60% der Raucher, die sich einer Entwöhnung unterziehen wollten, die Krankheitsgeschichte eine schwere Depression aufwies, die meist nicht angemessen behandelt worden war. Wenn die Zigarette einfach abgesetzt wird und die Person auf die Veränderungen nicht eingestellt ist, kann das in solchen Fällen zu massiven Entzugsproblemen und dramatischen Entwicklungen führen.

Es muss im Einzelfall entschieden werden, ob eine schnelle Beendigung des Rauchens die Person nicht zu sehr labilisiert, sodass sie binnen Kurzem wieder in den alten Zustand zurückkehren würde, statt zu einer neuen, befriedigenderen Stabilität zu finden.

Mit zunehmenden Lebensjahren werden die Chancen für das Aufhören besser. Jedoch im hohen Alter, bei der immer kürzer werdenden Lebens-

spanne, kann eine solche Umstellung für die Betreffenden unökonomisch sein. Möglicherweise ist sie destabilisierend und bedroht ein zwar nicht optimales aber dennoch funktionierendes System. Es empfiehlt sich deshalb in jedem Fall eine Risiko-Nutzen-Abwägung.

Ausgesprochen kontraindiziert aber ist eine Behandlung von Personen mit ausgeprägter passiv-rezeptiver Haltung oder solchen, die sich aus eitelehrgeizigen Gründen unter einen Perfektions- und Leistungszwang stellen. Es wäre unverantwortlich, eine Entwöhnung zu beginnen, nur weil eine Person sich dazu überweisen ließ oder verlangt, man solle sie möglichst umgehend von ihrer lästigen Gewohnheit befreien (die sie sich vor einiger Zeit selbst antrainiert hat). Einen solchen Auftrag anzunehmen, wäre letztlich nicht im Sinne dieser Personen, der überweisenden Instanzen und der Behandler. Gezwungenermaßen tätig zu werden, kurzschlüssig zu handeln und vorhersehbare Misserfolge zu provozieren, widerspräche außerdem unserem Bemühen um Qualitätssicherung. Die Indikationsstellung ist Sache des Therapeuten.

Das Klagen über »diese dumme Abhängigkeit vom Rauchen« erlaubt einer erheblichen Zahl von Rauchern, einmal über Ihre krankmachende Situation und diverse Symptome zu klagen. Manche benötigen vorab eine Bearbeitung von Konflikten und die Korrektur von Haltungen, die zu Dauerstress und psychosomatischen Leiden geführt haben. Die Zigarette als stabilisierender Faktor kann dann erst abgesetzt werden, wenn sich die psycho- oder soziotherapeutischen Wirkungen einstellen.
Eindeutig kontraindiziert ist die Anwendung von Hypnose bei Rauchern mit ausgeprägter passiv-rezeptiver Haltung oder narzisstischer Persönlichkeitsstörung.

27.3.3 Mit Erfolg korrelierte Faktoren

Agee (1983) und Holroyd (1980) hoben in ihren Meta-Analysen hervor, dass **mehrere Sitzungen** und **individuelle Suggestionen** mit höheren Abstinenzraten korreliert waren. Zum Erfolg trug bei, wenn die Therapeuten **anwesend** und **erfahren** waren. Von Bedeutung war auch die **Entschiedenheit** der Person, sowie die **Art der Motivation** aufzuhören. Für das Durchhalten in der kritischen Übergangszeit erwiesen sich Telefonkontakte als hilfreich. Neuere Studien betonen zusätzlich den positiven Einfluss **sozialer Unterstützung**, insbesondere durch **nichtrauchende Bezugspersonen**. Von praktischer Relevanz ist die Beobachtung, dass eine Vermeidung des Begriffes »Hypnose« sich nachteilig auswirkt: Der mit Hypnose verbundene Erwartungseffekt (Kirsch et al. 1995) geht dabei verloren.

Zur Wirksamkeit beitragende Faktoren:
- Die explizite Verwendung des Begriffes Hypnose
- Eine geeignete Motivation der Patienten
- Ein erfahrener Therapeut, der persönlich anwesend ist
- Mehrere Sitzungen (3–5)
- Individuelle und Ich-stärkende Suggestionen
- Posthypnotische Suggestionen
- Anwendung von Selbsthypnose
- Unterstützende Telefonkontakte nach der letzten Sitzung
- Eine geringere Zahl von Rauchern im näheren sozialen Umfeld, insbesondere nicht rauchende Partner, Familienangehörige und Freunde

27.3.4 Empirische Belege

Kritische Vorbemerkungen

Hypnose kann sehr wirkungsvoll dazu beitragen, das Rauchen zu beenden. Deshalb bietet auch eine größere Zahl Laien Hypnose zur Raucherentwöhnung an. Mehrere von ihnen nennen sich Hypnosetherapeuten. In Medienauftritten geben sie völlig überzogene Erfolgsversprechen und erwecken den Anschein, diese beruhten auf den Ergebnissen seriöser Studien, z. B.: »Unsere 90%-Dauer-Erfolgsquote sind belegt durch Langzeitstudie, Erfolgskontrollen und Garantieleistungen« (Originaltext Ziegler 2008). Die zitierten Wirksamkeitsstudien existieren aber nicht. Jedenfalls wurden sie nicht publiziert und keiner Überprüfung zugänglich gemacht.

Einfache Hypnose kann zwar bei hochsuggestiblen Menschen, schon aufgrund ihrer Erfolgserwartung, erstaunlich wirksam sein (Gerl 2004a, S. 93). Die Abstinenzrate ist dann anfangs hoch – allerdings auch die Zahl der Rückfälle in der Folgezeit. Dieses Nachlassen der Wirkung ist nicht verwunderlich. Eine Sitzung mit einer schnell erlernbaren Psychotechnik (standardisierte Hypnose) ist noch keine Suchttherapie. Die **Hypnotherapie** hingegen ist ein wissenschaftlich anerkanntes Therapieverfahren mit signifikanter Wirksamkeit bei Nikotinabusus (Revenstorf 2006; WBP 2006).

Diese Unterscheidung ist bei den meinungsbildenden Nachrichtenmagazinen noch nicht angekommen. Aber auch in Wissenschaftsmagazinen wird dem Leser noch zu selten vermittelt, dass Hypnose und Hypnotherapie nicht dasselbe sind – und dass sich das unter anderem in den längerfristigen Abstinenzraten der Raucherentwöhnung niederschlägt.

- Wenn der Forschungsstand bis heute keine genügend eindeutigen Aussagen darüber erlaubt, welche Variablen letztlich entscheidend für eine erfolgreiche und stabile Entwöhnung sind, dann hat das nicht zuletzt mit der Art der Forschung zu tun. Die geforderten und geförderten quantitativen Studien sagen generell zu wenig über die subjektiven Erfahrungen und Lernprozesse aus, die mit dem Erfolg korreliert sind. Sie überprüfen nicht einmal, ob die Person tatsächlich eine valide Tranceerfahrung hatte. Neuere Untersuchungen (Revenstorf et al. 2001) sind hier präziser und aussagekräftiger. Schweizer (2003) berichten zum Beispiel eine hochsignifikante Überlegenheit der Probanden mit hoher Suggestibilität bzw. profundem Tranceverhalten, weisen aber darauf hin, das dies im Bereich Raucherentwöhnung bereits verschiedentlich gezeigt wurde.

In den meisten Raucherstudien kamen standardisierte Techniken zum Einsatz, bei denen alle Teilnehmer die **gleichen direktiven** Interventionen appliziert bekommen. Dies reicht bei vielen nicht aus, um die Lernprozesse auszulösen und optimal zu begleiten, die wir für eine therapeutische Umstrukturierung und Entwicklung für erforderlich halten. Weitaus mehr Menschen sind aber in der Lage, **indirekte** Methoden erfolgreich für sich zu nutzen – gleichgültig wie eingeschränkt sie zuvor bei Suggestibilitätstests oder auf direkte Suggestionen reagierten (Barber 1977). Die moderne Hypnose und die mit ihr einhergehende Individualisierung erweitern die Indikation und verbessern die Chancen der Raucherentwöhnung.

Die fachliche Kompetenz der in die Studien involvierten Hypnosepraktiker bleibt häufig unerwähnt. Wir erfahren meistens nicht, ob es sich um voll ausgebildete und mit der Suchtproblematik vertraute Therapeuten handelt oder um Studenten, die mit einer Raucherstudie erste Erfahrungen im therapeutischen Feld machen.

Es ist zu unterscheiden zwischen einfacher, standardisierter Hypnose und einer elaborierten Hypnotherapie, die nachweislich bei Nikotinabusus indiziert ist. Quantitative Studien sind wenig geeignet, die subjektiven Erfahrungen und Lernprozesse zu erfassen, die für eine erfolgreiche Methode kennzeichnend sind. Auch die fachliche Kompetenz der Behandler wird in diesen Studien nicht eruiert.
Die Individualisierung und die Erweiterung der methodischen Möglichkeiten durch die Hypnotherapie nach Erickson vergrößern den Indikationsbereich und die Chancen der Raucherentwöhnung.

Erfolgsraten

Generell kann gesagt werden, dass die Wirksamkeit der Hypnose in der Raucherentwöhnung empirisch gut bestätigt ist (Agee 1983; Holroyd 1980; Schweizer 2003). Wenn als Kriterium das anhaltende Freibleiben vom Rauchen gilt, jedoch nur Hypnose und keine Hypnosetherapie zum Einsatz kommt, ist die durchschnittliche Erfolgsquote mit ca. 25% aber nicht höher als der Mittelwert aller professionellen Entwöhnungshilfen. Bei Hypnose mit standardisierten Suggestionen wird zu wenig von dem gelernt, was notwendig ist, um nach dem Entzug frei zu bleiben (Gerl 1997, S. 68–70). Dies gilt vor allem, wenn die Behandlung in nur einer Sitzung und ausschließlich in Gruppen erfolgte, wie z. B. in der oft erwähnten Studie von Spiegel (1970): Von den 615 Teilnehmern meldeten sich nach 6 Monaten 44% zurück. Davon waren wiederum 44% abstinent. Das sind tatsächlich nur ca. 20% der Teilnehmer insgesamt. Wir gehen heute davon aus, dass

ausbleibende Rückmeldungen in der Regel mit Fehlschlägen gleichzusetzen sind.

In einer Übersicht über 19 amerikanische Studien (Agee 1983) variierten die Erfolgsquoten von 4–88%. Wenn nicht die Zahl der sich rückmeldenden, sondern die Gesamtzahl der teilnehmenden Personen als Berechnungsbasis genommen wird, ergibt sich eine dauerhafte Abstinenz bei durchschnittlich 25%. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass in der Raucherentwöhnung nicht nur ein **Verhaltensproblem** angegangen wird. Bei über 90% aller Raucher liegt eine **Sucht** vor (Peele 1985; Koop 1988; Wise 1988; Russel 1990). Für eine Suchttherapie ist es aber ein Erfolg, wenn 25% sofort abstinent bleiben.

Doch ist zu bedenken: »Bedeutet diese Zahl nicht umgekehrt, dass bei drei von vier Entzugswilligen die Behandlung zu einem Erlebnis des persönlichen Versagens führt? Und weiter: Sind jene »Nichtrauchergruppen«, die seit Jahrzehnten aus Steuer- und Versichertenmitteln in erheblichem Umfang subventioniert werden, wirklich ihr Geld wert? Es gibt seriöse Methoden, die deutlich höhere Erfolgsquoten aufweisen und bei denen dieses Geld sinnvoller investiert wäre« (Gerl 2004a, S. 99).

Dass einzelne Hypnotherapeuten schon früher weitaus bessere Ergebnisse erzielten, ist bekannt. So berichten z. B. Wester u. Robinson (1991) eine reliable Erfolgsquote von 70%. In Deutschland existieren mittlerweile einige kontrollierte Untersuchungen. In der Arbeit von Hueber (1997) kam die standardisierte Gruppenmethode eines Laienhypnotiseurs zum Einsatz (Abstinenzrate nach 7 Monaten: 28,1%, im Telefonat erhoben). Revenstorf et al. (1998) hingegen erprobten ein individualisiertes hypnotherapeutisches Vorgehen. Sie berichten eine Abstinenzrate nach 3 Monaten von über 60% und überprüften die Patientenaussagen mit einer Messung des Kohlenmonoxidgehalts der ausgeatmeten Luft. Revenstorf et al. (2001) testeten die hypnotherapeutische Raucherentwöhnung erfolgreich im Gruppendesign. In der Studie von Schweizer (2003) bewirkte die hypnotherapeutische Methode bei 48,1% der ehemaligen Raucher einen dauerhaften Erfolg (Katamnese nach 12 Monaten).

Wenn lediglich Hypnose zum Einsatz kommt, ist die durchschnittliche Erfolgsquote mit ca. 25% nicht höher als die aller professionellen Entwöhnungshilfen.
Mit hypnotherapeutischem Vorgehen werden signifikant bessere Ergebnisse erzielt.

Nachuntersuchung

Der **Zeitpunkt der Nachuntersuchung** wurde in den früheren Studien uneinheitlich angesetzt. Manche Forscher gaben sich mit einer Katamnese nach 3 Monaten zufrieden und berichteten dann höhere Erfolgsraten als jene, welche die Abstinenz nach einem Jahr oder noch später überprüften. Zwar erfolgen die meisten Rückfälle innerhalb der ersten 4 Monate; für die Überprüfung des entscheidenden Effektes der Behandlung ist dennoch ein späterer Katamnesezeitpunkt (1 Jahr) sinnvoll.

Bei den Nachuntersuchungen gab und gibt es auch **qualitative Unterschiede**: Während sich einige Autoren auf die Selbstaussagen der Teilnehmer bei einer telefonischen Nachfrage verlassen, erheben andere objektive Daten, wie den CO-Gehalt der Atemluft. Zwar konnte in mehreren Studien eine gute Übereinstimmung von Selbstberichten und objektiven Messungen nachgewiesen werden (Rabkin et al. 1984). Dennoch ist bei jeder Studie, die sich auf Selbstaussagen verlässt, zu prüfen, wie diese zustande kamen.

Als Zeitpunkt für aussagekräftige Katamnesen gilt inzwischen 12 Monate nach Beendigung des Rauchens. Dabei sollte neben der Selbstauskunft des Ex-Rauchers und einer Fremdauskunft auch eine objektive Messung (CO-Gehalt des Ausatems) erfolgen.

28

Alkohol

Henriette Walter

28.1 Störungsbild – 365

28.2 Hypnotische Interventionen – 366

28.2.1 Therapiezeitpunkt – 366

28.2.2 Hypnotherapie unter Berücksichtigung der Typologie nach Lesch – 367

28.1 Störungsbild

Im WHO-Diagnosemanual ICD-10 wird Alkoholabhängigkeit im Kapitel V unter der Kategorie F10 »psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol« klassifiziert; F10.2 kennzeichnet das »Abhängigkeitssyndrom«, wobei als wesentliche Spezifikationen »gegenwärtig abstinent«, »gegenwärtig Substanzgebrauch«, »Entzugssyndrom« (F10.3) und diverse Folgezustände, wie z. B. »Delir« (F10.4), amnestisches Syndrom (F10.6), unterschieden werden. Diese ausschließlich kategorielle Einteilung bietet zwar ein Ordnungsprinzip, jedoch keine Informationen über die Ätiologie, aus der therapeutische Überlegungen abzuleiten wären.

International wird Abhängigkeit als multifaktorielles Geschehen gesehen, bei dem die Ätiologie erheblich in die Behandlungsstrategie einfließt. So macht es einen erheblichen Unterschied in der Therapie, ob ein Patient Alkohol gegen unangenehme Gefühle, wie z. B. zur Angstlösung, trinkt oder um Zugang zu den eigenen verdrängten Gefühlen zu finden. Eine möglichst frühe und möglichst spezifische Behandlung senkt die Gesundheitskosten.

Daher brauchen wir für eine effiziente Psychotherapie eine genauere Diagnostik. Dies wird derzeit im Rahmen des weltweiten Trends zur Bildung von Untergruppen zu erreichen versucht. Ziel dieser Untergruppendiagnostik ist es, mehr Informationen für die Art der Therapie zu gewinnen. So wurden unterschiedliche Typologien entwickelt (Cloninger et al. 1981; Babor et al. 1992; Zucker u. Gomber 1986; Lesch et al. 1990; Lesch u. Walter 1996; DelBoca u. Hesselbrock 1996; Windle u. Scheidt 2004). In Europa wurden bisher 2 Typologien entwickelt (Lesch et al. 1990; Cardoso et al. 2006), wobei die 4 Verlaufsformen der von Lesch et al. (1990) entwickelten Typologie (s. Übersicht »Typologie der Alkoholabhängigkeiten«)) für die Psychotherapie gut anwendbar sind. Die Typen II und III sind gut mit Hypnotherapie zu behandeln, während bei den Typen I und IV andere Behandlungskonzepte im Vordergrund stehen.

Typologie der Alkoholabhängigkeiten nach Lesch et al. 1990:

- **Typ I:** »Allergie« (Problem liegt im Alkoholstoffwechsel)
- **Typ II:** »Angst« (Alkohol als »Konfliktlöser«)
- **Typ III:** »Depression« (Alkohol als »Antidepressivum«)
- **Typ IV:** »Bestehende Vorschädigung« (voralkoholische zerebrale Schäden

Typ I: »Allergie«

Die Störung liegt vor allem im Alkoholstoffwechsel. Alkohol wird besonders rasch aus dem Blut eliminiert und zu Aldehyd abgebaut. Der (subjektiv unangenehme) Aldehydabbau wird bei erneuter Alkoholeinnahme gestoppt (dies bewirkt z. B. ein Sektfrühstück gegen Kater). Patienten dieses Verlauftyps trinken vor allem gegen Kater bzw. gegen Entzugssymptome (Zittern, Schwitzen, Unruhe). Es handelt sich um eine eher biologische Abhängigkeit, der keine explizite psychische Störung zugrunde liegt. Daher ist bei diesem Verlaufstyp die Psychotherapie nicht die Therapie erster Wahl. Patienten des Typ I vertragen Alkohol schlechter als andere, und haben daher schon früh im Lauf der Erkrankung schwere Begleit- und Folgeschäden, wie z. B. schwere Entzugssymptome, Alkoholhalluzinose, Delir, Grand-Mal-Entzugsanfälle.

Typ II: »Angst«

Alkohol wird gegen Ängste und zur Dämpfung von zu intensiven Gefühlswahrnehmungen eingesetzt. Häufig besteht auch eine abhängige Persönlichkeitsstörung. Typ-II-Patienten sind aufgrund ihrer Ängstlichkeit meist sozial »überangepasst«, jedoch kommt es oft unter Alkoholeinfluss zu Enthemmung und auch zu Aggressionen. Psychotherapie ist die Therapie erster Wahl.

Typ III: »Depression«

Komorbiditäten mit affektiven Störungen prägen diesen Verlaufstyp. Alkohol wird als »Antidepressivum« getrunken, ebenso auch als Einschlafhilfe. Ohne Alkohol haben Typ-III-Patienten of wenig Zugang zu ihren verdrängten Gefühlen. Alkohol erleichtert oder ermöglicht erst diesen Zugang.

Typ IV: »Bestehende Vorschädigung«
Zerebrale Schädigungen vor Abschluss der Gehirnreifung, also vor dem 14. Lebensjahr, prägen diesen Verlaufstyp (z. B. Sauerstoffmangel bei Geburt, schwere Komplikationen bei Kinderkrankheiten, Unfälle mit Bewusstlosigkeit usw.). Erhöhter Alkoholkonsum im Erwachsenenalter entspricht dann einer Zusatzschädigung. Jede Therapie hat hier eher einen begleitenden Stellenwert und mit häufigen Rückfällen ist zu rechnen.

28.2 Hypnotische Interventionen

Abhängigkeit ist ein Verlangen nach einem bestimmten inneren Zustand, welcher dem Bewusstsein nicht oder nur teilweise zugänglich ist. Schmidt (in einem Lehrvideo) weist darauf hin, dass dadurch unbewusste innere Veränderungen entstehen, die bewusst nicht rückgängig gemacht werden können. Hypnotherapie zielt daher bei abhängigen Patienten auf Such- und Lösungsprozesse im Unbewussten hin. Ein »nicht durch den Willen« gesteuertes Verhalten ist der Abhängigkeit wie auch dem hypnotischen Zustand gemeinsam. Des Weiteren ist ein Fokussieren auf Selbstwahrnehmung, Selbstkompetenz, Selbstverantwortung und Selbstachtung wichtig, um von der passiven Rolle (»Alkoholrückfall passiert«) zu einer aktiven Rolle (»wenn ich mich nicht wohlfühle, in welchem Bereich kann ich noch mehr auf mich achten; wie kann ich mir Angenehmes gönnen und mich mehr als sonst vor Alkohol schützen?«).

28.2.1 Therapiezeitpunkt

Zeit vor dem Entzug. Rapport herstellen, Empathie zeigen, die Patienten in deren Bezugsrahmen sehen und klären, was für das Weitertrinken und was für das Aufhören spricht. Was sind eventuelle Beweggründe aufzuhören? Was alles wurde schon probiert? Vorhandene Ambivalenz dem eigenen Verhalten und dem Trinken gegenüber verstärken und als Motivation für den Beginn einer Behandlung nützen (z. B. wie wäre es, die Freiheit der Wahl zu haben?).

Während des Entzugs. Im akuten Alkoholentzug stehen vegetative Symptome, wie Zittern, Unruhe, Schwitzen und Schlafstörungen im Vordergrund. Das Unbewusste als »therapeutisches Tertium« (Peter 2000, 2000a) kann in dieser Phase zur Linderung der körperlichen Symptome eingesetzt werden – z. B.: *»Ihr Unbewusstes hilft Ihnen, damit Ihr Körper wieder zu einem klaren Rhythmus von Wachheit und Schlaf findet; damit die Hände wieder Ruhe finden, damit die Haut wieder trocken sein kann, damit auch Ihr Körper wieder Ruhe finden darf.«*

Im Typ II ist zusätzlich eine ängstliche, sich selbst beobachtende Haltung im Entzug zu erkennen. Daher liegt hier noch zusätzlich ein Fokus auf Angstlösung – z. B.: *»Ihr Unbewusstes findet einen Weg, den Ihr Bewusstes vielleicht noch nicht kennt, die inneren Ängste zu lösen und sich mehr innere Sicherheit zu gönnen. Wenn sich die Angst auch auf Hypnose bezieht, dann paradoxe Intervention: »Gehen Sie nicht zu tief in Trance.«* Bereits im Entzug können zur weiteren Motivation »imaginative Vorstellungen von Veränderung« im Gespräch, wie auch in Trance, eingestreut werden. »Safe-Place-Metapher« als Rückzugsmöglichkeit anbieten.

Entwöhnung, Rückfallprophylaxe. In und nach der Entwöhnungsphase soll die »Achtsamkeit auf interne und externe Stimuli«, die Verlangen (»Craving«) nach Alkohol auslösen, so lange gefördert werden, bis die meisten der Stimuli bekannt sind.

Arbeit mit Teilen. Kontaktaufnahme mit dem inneren Anteil, der für die Aufrechterhaltung des Trinkens/für Rückfälle verantwortlich ist/war und positives Einbeziehen in die Lösungsansätze.

Alte und neue Lösungen. Die Art und Dynamik der therapeutischen Erwartung und die therapeutischen Ziele sind meist dieselben, die zum Problem geführt haben (s. Schmidt im Lehrvideo). Damit wird eine häufig zu findende Haltung, die dem eines »Autoservices« entspricht, vermieden und der Fokus darauf gelegt, die Therapie für eine Veränderung zu nützen. Alte Lösungen erforschen hilft, alte Fehler zu vermeiden. Die alten Lösungsversuche führten zwar manchmal zu einer Stabilisierung der Probleme, hatten jedoch über längere Zeit zu wenig Erfolg (sonst wäre die jetzige Therapie nicht notwendig).

Danach ist das Ziel, vom Thema Alkohol inhaltlich weg zu gehen und **Ablenkung** einzusetzen (beginnend mit Beachten des eigenen Befindens, ohne Alkohol im Körper zu haben) und danach immer mehr auf Themen wie Wohlbefinden, Selbstsicherheit, Kompetenzen, Kreativität, Sozialkontakte, neue Erfahrungen wertschätzen, Altes loslassen, überzugehen.

Die weitere Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte sind mittels üblicher hypnotischer Techniken wie **Imagination**, **Metaphern** (z. B. dissoziative Metaphern wie bei Angsttherapie). Auch die Löwengeschichte von Trenkle (2005) eignet sich gut, besonders die Passage am See (»… *Durst haben und trotzdem warten können, das war neu für unseren Löwen …*«). **Altersregression**, **Progression in Zukunft** usw. sind notwendig.

28.2.2 Hypnotherapie unter Berücksichtigung der Typologie nach Lesch

Bei den Typen I und IV ist Hypnose im Sinne des Stressabbaus, der Entspannung sinnvoll. Mit der Arbeit an Ambivalenzen und an alten und neuen Lösungen kann gearbeitet werden. Für Typ-I-Patienten (guter Spontanverlauf) ist eine laufende Psychotherapie nicht vorrangig, sondern ein **Reframing** der Therapiesituation mit zum Teil auch **Übernahme des skeptischen Anteils** (*bin gespannt, ob Ihnen das gelingt …*). Typ-IV-Patienten zeigen den ungünstigsten Verlauf, bei dem mit vielen Rückfällen gerechnet werden muss. Der Fokus liegt auf dem Gewinnen von neuen Erfahrungen aus dem Rückfall (»*Was nehmen Sie für sich diesmal mit?*«) und auf viel Geduld der Therapeuten.

Die Typen II und III brauchen Psychotherapie als Mittel der ersten Wahl.

Hypnotherapie bei Typ-II-Patienten

Ätiologie

»Entlastungstrinken« bei Angst, Angststörungen/Phobien. Aggressionshandlungen unter Alkohol entsprechen der Enthemmung. Oft liegt auch eine abhängige Persönlichkeitsstörung nach ICD-10, vor (s Übersicht »ICD-10: Abhängige Persönlichkeitsstörung«). Das »Suchtmachende« ist nicht die Krankheit, sondern der zweckgebundene Gebrauch von Alkohol als dem »einzigen« Regulierungsmechanismus für Spannungen und »für alle Probleme des Lebens«. Trinken entspricht dabei einem fehlgeleiteten Selbsthilfeversuch.

ICD-10: abhängige Persönlichkeitsstörung

- Bei Entscheidungen wird an andere appelliert bzw. diese anderen überlassen
- Unterordnung eigener Bedürfnisse
- Mangelnde Bereitschaft eigene Ansprüche zu äußern (gegenüber Personen, zu denen Abhängigkeit besteht)
- Unbehagliches Gefühl bei Alleinsein, Angst nicht allein für sich sorgen zu können
- Angst verlassen zu werden
- Eingeschränkte Fähigkeit bei Alltagsentscheidungen – ohne in hohem Maß von Ratschlägen oder Bestätigungen abhängig zu sein

Metaphern

Typ-II-Patienten leben in einem »Dschungel von Gefühlen«. Alles wird zu viel und mitunter bedrohlich. Als Metapher kann man gut ein Dschungelbild nehmen; z. B. ausgesetzt sein in einem Dschungel (von Gefühlen), alles erscheint chaotisch und Gefühle sind wie verschlungene Wurzeln, über die man stolpern kann, wie Giftschlangen, Spinnen, wilde Tiere und weitere Bedrohungen. Der therapeutische Weg ist, zu lernen dieses Gefühlschaos zu ordnen, lernen sich auszukennen, Impulse zu kontrollieren, das Für und Wider bei anstehenden Entscheidungen abzuwägen und darüber langsam die eigenen Gefühle zu akzeptieren, lernen diese zu regulieren. Eine gelungene Affektregulation führt dazu, dass Alkohol als »Affektregulator« seltener und schließlich nicht mehr gebraucht wird.

Gegen die geringe Frustrationstoleranz eignet sich z. B. Trenkles Löwengeschichte (Trenkle 1995) (vor allem das Thema: »Warten können und wie geht das«).

Gegen Gefühle von Leere und Wertlosigkeit sind Metaphern, die sich mit magischen Kraftquellen, magischen Helfern beschäftigen gut (z. B. Baum umarmen und sich die Energie geben lassen; sich

lebendig fühlen, Selbstachtung durch Beachtung in der Metapher »*Baum hat auf Sie gewartet*«).

Aggressionsmuster bearbeiten (Inhalt: Aggression ist nicht immer nur »negativ«). Wo ist Aggression hilfreich, wo destruktiv, wo kann sie gut eingesetzt werden und wie (Metaphern zum Thema Grenzen setzen).

Während der Therapie sind kleine Rückfälle möglich, stellen aber an sich kein großes Problem dar. Typ-II-Patienten haben sehr häufig die Merkmale der abhängigen Persönlichkeitsstörung (s. Übersicht »ICD-10: Abhängige Persönlichkeitsstörung«), daher gilt es, neue Möglichkeiten des Konfliktumgangs, der Konfliktlösung zu finden und Ich-stärkende Motive einzusetzen.

Stabilisieren, Vertrauen zu eigenen Gefühlen stärken.

Assoziation/Dissoziation. **Assoziativ** in eine Situation gehen, in der man sich gut gefühlt hat (Ich-Stärkung; Zielorientierung); **dissoziativ** in frühere unangenehme Situationen (Sicherheit geben, andere Perspektive zulassen).

Arbeit mit Teilen (Wo ist Gefühl deutlicher zu spüren, wo weniger deutlich; welcher Teil will was?).

Textbeispiele für Typ II

- *… das ist jedes Mal eine neue Entscheidung, das ist mit einmal nicht getan.*
- *… erstrebenswerte Unabhängigkeit.*
- *… die freie Wahl zu haben.*
- *… es ist vielleicht nicht ganz einfach, bei all dem zu wissen, was man selbst will.*
- *... diese beruhigende Ordnung (im Inneren).*
- *… es ist etwas Schönes, nach und nach auf die eigenen Fähigkeiten zu kommen, während Ihr Unbewusstes durch den Fundus Ihrer Erfahrungen geht.*
- *… die Kunst der Abstinenz ist nicht, darauf zu hoffen, dass Alkohol fern bleibt, sondern darauf zu bauen, dass man bereit ist, sich neuen, interessanten Aufgaben zu widmen.*
- *… nicht auf die Möglichkeit zu hoffen, dass Alkohol keine Rolle spielen wird, sondern auf die Tatsache, dass man gerüstet ist, kann man gut aufbauen.*

Fallbeispiel für Typ II

Eine 61-jährige Frau kommt auf Drängen der Tochter, die Medizin studiert. Sie trinke bis zu 2 Liter Wein pro Tag und schaffe es nicht aufzuhören. Ein Termin zur diagnostischen Abklärung und Beratung wird vereinbart. Sie zeigt einen späten Trinkbeginn (ungefähr ab dem 50. Lebensjahr begann sie vermehrt zu trinken) und gibt an, mit Familie, Beruf und Pflege der Schwiegermutter überlastet zu sein. Sie zeigt ein klassisches Entlastungstrinken. Diagnostisch wird sie dem Typ II anhand des Fragebogens der Lesch-Typologie zugeordnet, da sie Alkohol zur Beruhigung von Ängsten trinkt. Sie beschreibt hohe Absorptionsfähigkeit auch schon für die Zeit vor dem Alkoholismus (kann sich so vertiefen, dass sie oft das Klingeln an der Tür nicht hört) und erhofft sich von der Hypnose vor allem Entspannung.

In der ersten Sitzung wird die Außenmotivation angesprochen und überprüft, inwieweit Eigenmotivation vorliegt. Die Eigenmotivation wird durch Empathie und vor allem durch die Frage: »Glauben Sie, dass Sie Alkohol wie ein Medikament verwendet haben?«, deutlich verstärkt. Die Patientin ist nach Ausräumen einiger Hindernisse (Angst vor Entzugsbeschwerden; geniert sich für Alkoholkonsum) durchaus motivierbar, vor allem über das Thema, »sich eine Pause gönnen, Abstand gewinnen«, und wird 10 Tage stationär zum Entzug aufgenommen. In der Entzugszeit profitiert sie von den Gruppenhypnosen an der Station (»Die Nervosität kann sich lösen wie Schnee im warmen Wasser; Ihr Unbewusstes hilft Ihnen, Ruhe und Schlaf zu finden; mit jedem Tag wird der Abstand zum Trinken größer und größer«; Stichfield et al. 1994). Mit einer Rückfallprophylaxemedikation und mithilfe einer Zukunftsprojektion in die ersten Wochen nach dem Entzug wird der Übergang zum ambulanten Teil der Behandlung vorbereitet. Im Gespräch wird ein Plan ihrer Wohnung mit alkoholbesetzten »gefährlichen« und »ungefährlichen« Stellten (»Hotspots, Coolspots«) gezeichnet, wobei besprochen wird, dass sie sich besonders in der ersten Zeit nach der Entlassung niemals lange an den »Hotspots« aufhalten soll. Wenn Verlangen nach Alkohol auftritt, soll sie an die »Coolspots« flüchten.

Nach der Entlassung folgt die erste ambulante Sitzung. Die Patientin hat sich innerlich an das Bild, das sie in der Zukunftsprojektion entworfen hat, gehalten. Es ist dies ein Bild von »freier Beweglichkeit«, von »freier Entscheidung«, von »ohne Krücken gehen können«. Dies

wird verstärkt und für ein Selbsthypnosetraining verwendet. Sie hat nun eine neue Möglichkeit, ihre eignen Ressourcen zu verwenden, um aus dem Alltag auszusteigen. Die Patientin entscheidet sich für beides, für Selbsthypnose und eine regelmäßige Therapie. Mittlerweile ist die Patientin seit 3 Jahren in regelmäßiger Behandlung. Es gab zwei kurze Rückfälle (jeweils nur einige Tage, »slips«). Die Patientin ist inzwischen pensioniert, hat begonnen, allmählich auch körperlich aktiver zu werden. Im Lauf der Arbeit mit Teilen hat sie auch begonnen, Zwangssymptome anzusprechen (z. B. muss sie die Wäsche immer in einer bestimmten Reihenfolge aufhängen, sonst droht ihrer Familie Gefahr). Mit Metaphern kann sie gut umgehen, besonders mit dem Rucksackmotiv (»auf dem Weg sein und immer wieder einen großen Stein aus dem Rucksack geben«). Seit einem Jahr ist sie durchgängig abstinent und die Intensität ihres Abstinenzwunsches wird regelmäßig mit einer Armlevitation nachgefragt, bejaht und geankert.

Hypnotherapie bei Typ-III-Patienten

Ätiologie

Alkohol wird als Antidepressivum und Einschlafmittel konsumiert. Die Patienten sind häufig überstrukturiert, nehmen immer rasch Verantwortung und Führungsrollen ein und verdrängen ihre Gefühle, bis sie diese kaum noch wahrnehmen. Wenn dann alles zu viel Druck macht, wenn das Alltagsleben zu gefühlsarm und daher langweilig geworden ist, wird mit Alkoholkonsum der Druck vorübergehend gelöst und der Zugang zu den eigenen Gefühlen – zumindest für die Wirkdauer des Alkohols – gefunden. Aus diesem Entlastungswunsch resultiert ein episodisches Trinkmuster. Typ-III-Patienten weisen oft zwanghafte, depressive und narzisstische Persönlichkeitszüge auf. Wenn das der Fall ist, entsteht der Trinkdruck auch aus dem Wunsch nach Belohnung (»Belohnungstrinken« bei innerer Einstellung: »niemand belohnt mich adäquat«, »niemand versteht mich«). Alkohol übernimmt die Funktion eines Teil- oder Übergangsobjektes und ist insofern »perfekt«, als er scheinbar »kontrolliert«, immer wieder neu aufgenommen und vereinnahmt werden kann.

Rapport herzustellen gelingt bei Typ-III-Patienten über Appell an ihre Kompetenz (z. B. »*Sie, der/die ja schon … das und das kann … die und die Erfahrung hat …*«). Das ist vor allem auch für das Beziehungsmuster wichtig, da diese Patienten gerne die Kompetenz und Verantwortung für ihr Trinken oder ihre Abstinenz an die Therapeuten übertragen. Sehr wichtig ist es, darauf zu achten, diese Verantwortung nicht anzunehmen bzw. diese Verantwortung den Patienten auch nicht abzunehmen. Es gilt, den Patienten zu vermitteln, dass Therapie ihre Zeit braucht, um zu wirken.

Metaphorische Vergleiche im Gespräch mit Typ-III-Patienten sind z. B., dass sie ihre Gefühle in einen Schlossturm verbannt haben, in ein Verließ einsperrt haben, in einen Aktenschrank eingeordnet haben. Daher scheint es dann immer wieder notwendig geworden zu sein, hinaus zu gehen ins Leben, wo vielleicht nicht alles so perfekt ist, aber lebendig (und um diesen Schritt zu wagen wird Alkohol konsumiert). Kurzfristig ist bei Typ-III-Patienten Abstinenz leicht zu erreichen, aber ohne Psychotherapie kommt es episodisch zu schweren Rückfällen. Frauen repräsentieren diesen Typ häufiger als Männer (Walter et al. 2003).

Substitut für Alkohol: Schluckweise Wasser trinken (*»mit jedem Schluck entfernen Sie sich weiter vom Verlangen nach Alkohol«*), Tee trinken (Zeremonie), bestimmte Erfolgsgesten (oft auch aus dem Sport).

Metaphern

Typ-III-Patienten laden sich generell viel auf, glauben, perfekt sein zu müssen, und werten andere Menschen häufig ab. Daher eignen sich Metaphern zum Loslassen, z. B. das Motiv »Wanderer mit Rucksack« (Stein für Stein im Zuge der Wanderung aus dem Rucksack heraus nehmen und am Weg zurücklassen). Auch die Löwengeschichte (Trenkle 2005) eignet sich gut (erstens ist die Assoziation mit einem Löwen für diese Patienten leicht herstellbar und zweitens ist die Ressourcenorientierung gerade für diese Patienten so wichtig).

Eine weitere Metapher, spezifisch für Typ-III-Patienten, utilisiert deren Wunsch nach rascher Heilung. Es ist dies das Motiv (und der Wunsch), einen Schalter umzudrehen, ein- und ausschalten zu können, das dann weiter in allen Sinneskanälen strukturiert werden kann (z. B.: »*Wie fühlt sich das an, wo ist es als Erstes zu spüren, wo ist es am deutlichsten zu spüren, wie würde sich das anhören, wie riecht das und in welche Geschmacksrichtung könnte das gehen …*« usw.). Danach ankert man die-

se Vorstellungen (z. B. das Geräusch des Schalters an »Kippen« in die innere abstinente Verfassung: *»Wann immer Sie ein Verlangen nach Alkohol verspüren, können Sie dieser Gefahr begegnen und ihr Wissen nützen, ihre Erfahrung, wie es ist, den Schalter umzulegen, das Hören dieses ganz bestimmten Geräusches, das Sie blitzartig in eine ganz andere, eine alkoholfreie Verfassung versetzt … in der das schluckweise Trinken aus der Wasserflasche so notwenig und wichtig und angenehm erscheint, in der sie wertschätzen können, dass sie bei klarem Bewusstsein bleiben dürfen«*).

Assoziation/Dissoziation: Assoziativ in eine Situation gehen, in der man sich gut gefühlt hat (Ich-Stärkung; Zielorientierung), und dissoziativ in frühere unangenehme Situationen (gibt Sicherheit, andere Perspektive zulassen).

Stabilisieren: Vertrauen zu Gefühlen verstärken und immer wieder den hohen Stellenwert der »Freiheit zu wählen« betonen.

Konfusionstechniken sind bei Typ-III-Patienten gut anzuwenden, da diese Patienten rationale Erklärungen und kognitive Leistung hoch bewerten, die Beschäftigung mit Gefühlen hingegen eher gering schätzen (Gefühle werden subjektiv als »zu schwammig«, zu unexakt wahrgenommen; es zählt nur, was berechenbar ist und über den »Kopf« geregelt wird).

Nach einem Rückfall geht es um Vermeidung von Schuldgefühlen, denn diese würden nur ein Weitertrinken auslösen. Günstiger ist ein **Reframing** mit **Utilisieren** der Persönlichkeitszüge oder des Leistungsaspekts: *»Es bricht etwas auf, es löst sich etwas, ist oft nicht einfach erklärbar, manche halten das Neue noch nicht so lange durch.«*

Arbeit mit Teilen: Z. B.: *»Was will der trinkende Teil, was will der abstinente Teil, wie können diese beiden Verhandlungen beginnen, worüber können die beiden reden?«*

Ego States: In welchem »Ego State« ist welches Verhalten dominant? In welchem »Ego State« kann ich was gut? Hilfreich ist auch anzuregen, für das »abstinente Ich« einen Namen, eine Benennung zu finden.

Textbeispiele für Typ III

- *… es ist vielleicht nicht ganz einfach, bei all dem zu wissen, was man im Grunde selbst will.*
- *… überrascht, wie viele Möglichkeiten Sie haben?*
- *… die Freiheit zu wählen.*
- *… Sand ins Getriebe bringen.*
- *… abstinent werden ist ein schrittweiser Prozess …*
- *… Hindernisse ausräumen …*
- *… Alternativen finden, wie Bewegung …*
- *… Ihr Körper wird Ihnen danken, dass Sie ihn gut behandeln.*
- *... für Genießer ist trockener Humor wirklich was Feines.*
- *… wie Sie die Verantwortung für andere übernommen haben, übernehmen Sie diese ab jetzt auch für sich selbst.*
- *… Platz und Luft haben.*
- *... ein neuer Name für das »abstinente Ich«.*
- *… »die Dinge sind dieselben Dinge, die in uns sind. Es gibt keine Wirklichkeit als die, die wir in uns haben. Darum leben die meisten Menschen so unwirklich, weil sie die Bilder außerhalb für das Wirkliche halten und ihre eigene Welt in sich gar nicht zu Worte kommen lassen« (Hermann Hesse).*

Fallbeispiel für Typ III

Ein 47-jähriger Mann, Manager von Beruf, der aber häufig wegen Alkoholkonsum in der Arbeit entlassen wird, kommt über Zuweisung eines Analytikers. Er will abstinent sein, der Weg dahin sei auch kein Problem, eigentlich wolle er sich hier ja nur informieren, denn die Ambulanz heißt »Ambulanz für Alkoholgefährdete«, und er sei bestenfalls gefährdet. Er zeigt viel Abwehr, verleugnete Schuldgefühle und deutlich narzisstische Züge. Die präsentierte Haltung ist, »überzeugen Sie mich von einer Therapie« (d. h. bei späterem Rückfall war vermutlich die Therapie schuld). Die Außenanamnese mit der Ehefrau ergibt, dass er auf großem Fuß lebe, viel einkaufe, auch Unnötiges, nur aus Prestigegründen, und eigentlich könne sich die Familie das nicht leisten. Seinem primären Wunsch nach Information wird entsprochen, jedoch die Kriterien dafür werden um die Diagnostik erweitert. Im Gespräch wird mit paradoxer Intervention gearbeitet, z. B. bei Blutabnahme: Therapeutin: »Blut sollen wir wohl nicht abnehmen, oder?« Patient: »Warum nicht?« Therapeutin: »Ich dachte, Sie würden sich davor fürchten.« So konnten die Alkoholmarker und Leberwerte bestimmt werden. Ähnlich bei der Besprechung der

Fragebogenergebnisse. Therapeutin: »Ich glaube, das Ergebnis der Diagnostik wird Sie schon verblüffen.« Patient: »Wieso?« Therapeutin: »Nun ja, weil der Fragebogen zeigt, dass sie zwar die Fähigkeit haben, lange Zeit gar nichts zu trinken, aber dann immer wieder aus dem Alltagsverhalten mit Alkoholtrinken aussteigen **müssen**. Der Test zeigt, dass Sie – noch – nicht frei handeln können.« Nach einigem Zögern entschied er sich für einen Entzug und dann für eine weitere Behandlung. Hypnose erschien ihm interessant und als etwas Besonderes (»Das bekommen hier nicht alle, was?«). Schon in der ersten Sitzung zeigte sich ein großer Wunsch nach »Aussteigen«. Daher wurde das »Sich-etwas-Gönnen« (aus der Anamnese) verwendet für »sich Ruhe gönnen, sich diese besondere Pause gönnen, die eigene Kreativität voll ausschöpfen können«. Danach folgten einige Metaphern, wobei die Löwengeschichte vom Patienten besonders gut angenommen wurde und er begann, auch zwischen den Sitzungen darüber nachzudenken. Die Funktion dieses Zeitraumes der Therapie war vor allem Vertrauen und Zeit zu gewinnen.

Erst im Verlauf der weiteren Therapie konnte geklärt werden, wie es zu den meisten Rückfällen kam: Er sammle alte Uhren und aus Angst, dass diese gestohlen würden, habe er alle verpackt und im Keller gelagert. Und immer wenn er mit seinen Uhren allein sein will, dann setzt er sich in den Keller, mit einigen Flaschen guten Rotweins, packt die Uhren aus, zieht sie auf und lässt sie alle ticken. Dann trinkt er, schaut sich seine Uhren an, hört das unterschiedliche Ticken und verliert die Kontrolle über den Alkoholkonsum. Dieses Motiv konnte in der nächsten Hypnose verwendet werden: »Das Ticken der Zeit, das Ticken der Lebensuhr; die Zeit tickt, auch für die inneren Organe, für jedes Organ speziell; jedes Organ hat sein eigenes Ticken«.

So gelang es, an die Depression heranzukommen, was mit einem massiven Rückfall beantwortet wurde. Danach konnte die Therapie fortgesetzt werden; es waren zusätzlich Antidepressiva verschrieben worden. Über die Arbeit mit Teilen konnte allmählich eine Integration der depressiven Anteile erreicht werden und er konnte sich sagen: »Solange ich lebe, kann ich etwas für mich und meine Familie tun«, und der Satz: »Ich will mein Leben schützen«, (d. h. auch, ich will meine Familie schützen, das gibt ihm Gefühle der Macht) wurde zum Leitsatz. Eine realistischere Sichtweise konnte erreicht werden, in der Achtsamkeit seiner Familie gegenüber wurde er bestärkt, indem die Achtsamkeit als ein ganz spezieller Teil dieses neuen »Schützen-Könnens« benannt wurde.

Fazit

Generell werden zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit verhaltenstherapeutische Methoden nach dem bekannten Suchtbehandlungsmodell von Prohaska und DiClemente (Prohaska et al. 1992) herangezogen, wie Selbstmanagement und des Weiteren Psychoedukation, vor allem gegen zwanghaftes Trinken (messbar mit der 14-Item »OCDS-Scale«; Anton et al. 1996). In allen Institutionen werden aber in erster Linie Gruppentherapien aller Art angeboten. Hester u. Miller (2003) äußern starke Zweifel über deren Wirksamkeit. Die Motivationsstrategien richten sich nach den Modellen von Miller u. Rollnick (2002), d. h. motivierendes Interview, Empathie zeigen und Ambivalenzen verstärken (Rollnick et al. 1999). Die Erfolge dieser Behandlungsformen sind vielfach belegt und auch widerlegt (Hester u. Miller 2003). Die Abstinenzrate liegt – je nach Katamnesedauer – nach 5 Monaten bei 50%, nach 6 Monaten bei etwa 30%, nach 1 Jahr bei etwa 18% (Lesch et al. 2001). In allen Verfahren gibt es eine hohe Varianz der Abstinenzraten.

Auch mit hypnotherapeutischen Verfahren sind die Erfolgsraten bisher nicht wesentlich anders, jedoch ist der Vorteil, dass eine Kombination aus einer gezielten Diagnostik mit einem ressourcenorientierten Ansatz deutlichere Erfolge bringen kann. Es gibt Erfolgsberichte, wie z. B. eine 1-Jahres-Follow-up-Studie mit einer 77%-Erfolgrate (Potter 2004), wie auch Kritik (Hester u. Miller 2003), die sich meist auf die mangelnde methodische Qualität der Studien bezieht (dies betrifft vor allem Selektionskriterien, Alter, Geschlecht, Folgekrankheiten etc.). Pekala et al. (2004) berichten über Zunahme des Selbstbewusstseins und Abnahme der Aggressivität, was in der Lesch-Typologie dem Typ II entspricht. Aus eigenen klinischen Erfahrungen mit der

▼

Typologie und Hypnotherapie wissen wir, dass bei Typ-II-Patienten das Verlangen nach Alkoholkonsum und die Aggressivität reduziert werden. Auch bei Typ-III-Patienten haben wir sehr positive Erfahrung mit Verringerung des Verlangens nach Alkohol gemacht. Dennoch, die Alkoholkrankheit wird heute als eine Erkrankung mit rezidivierendem Verlauf gesehen und mit Rückfällen ist zu rechnen. Der Stellenwert des Rückfalls in der Therapie, die Dauer und das Ausmaß des Rückfalls bestimmen aber wesentlich den weiteren Verlauf. Hypnose verwendet den Rückfall als »Vorfall« und generiert daraus neue Motivation zur weiteren Beschäftigung mit den eigenen Vor- und Nachteilen. Im Entzug und vor allem dann in der weiteren Behandlung und Rückfallprophylaxe kann Hypnose gut eingesetzt werden und wesentlich dazu beitragen, Gesundheitskosten zu sparen.

Übergewicht

Marianne Martin

29.1 Störungsbild – 374

29.2 Interventionen – 374

29.2.1 Behandlungsauftrag klären und präzisieren – 374

29.2.2 Trancearbeit I: Zeitprogression – 378

29.2.3 Trancearbeit II: Rückschau aus der Zeitprogression – 379

29.2.4 Der »Trampelpfad« und das Tonband – 380

29.2.5 Einsatz positiver Affirmationen – 380

29.2.6 Zusätzliche Utilisationen – 381

29.3 Diskussion – 384

29.3.1 Überlegungen zur Übertragung und Gegenübertragung – 384

29.3.2 Indikation und Kontraindikation – 384

29.3.3 Empirische Belege – 385

Die erforderlichen Anstrengungen von Übergewichtigen zum Abnehmen können wohl mit den Anforderungen an Spitzensportler verglichen werden: Ausdauer, tägliches Training, Disziplin – auch die Freude am messbaren Erfolg scheint ähnlich. Da liegt es nahe, die Hilfen für Spitzensportler (z. B. Unestahl 1993, 2004, 2006) dahin gehend zu prüfen, ob sie nicht auch für abnahmewillige Übergewichtige brauchbar sind.

Die Erfahrung gibt dieser Überlegung recht: Das Imaginieren des bereits erreichten Ziels, in diesem Fall des Wunschgewichts, ist auch für Übergewichtige hilfreich. Bei Vorliegen einer Essstörung wie z. B. Bulimie verweise ich an hierin erfahrene Kolleginnen und Kollegen. Ich beziehe mich im Folgenden auf die Gewohnheitskontrolle.

Ich habe mit dem hier beschriebenen Vorgehen in 5–6 Sitzungen gute Erfahrungen gemacht (die ersten beiden Sitzungen innerhalb einer Woche, die dritte Stunde nach etwa einer Woche und die weiteren Sitzungen je nach Behandlungsprozess in längeren Intervallen).

29.1 Störungsbild

Im ICD-10-Diagnosemanual findet sich unter F50.4 die Beschreibung »Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen«. Damit soll übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse codiert werden, das zu Übergewicht führt. Das übermäßige Essen kann als Gewohnheit beibehalten werden und/oder nun auch bei eher gering belastenden emotionalen Spannungen eingesetzt werden. Gemeint in diesem Beitrag ist Übergewicht durch hyperphage Essstörungen, nämlich »das Verschlingen großer Mengen von Esswaren bei emotionalen Alltagsspannungen, ohne entsprechenden Impuls zur Beendigung des Essvorganges« (Hänsel 1995, S. 662), sowie Übergewicht durch hyperphage Reaktionen (Überessen), die sich einschleichen und bei minimalen alltäglichen Auslösesituationen auftreten können. Davon zu unterscheiden sind Bulimie (F50.2, F50.3) sowie Fettsucht (E66) und Übergewicht als Nebenwirkung von Medikamenten (E66.1).

Adipositas wird zwar in der ICD-10-Klassifizierung nicht als Störung angeführt, jedoch ist der medizinische und psychische Nutzen einer Hypnosebehandlung für diese Menschen von hohem Wert (Revenstorf 2006).

29.2 Interventionen

29.2.1 Behandlungsauftrag klären und präzisieren

Der vage Wunsch »Ich will abnehmen« ist für konkretes Arbeiten unzureichend. Nach kurzer Anamnese und Erstdiagnose der psychischen Stabilität wird in der ersten Sitzung geklärt und präzisiert:

- Welches Wunschgewicht? Bewährt hat sich hier die konkrete Kilo/Pfund-Angabe – nicht, um wie viel kg jemand weniger wiegen will. Statt Gewicht kann auch eine bestimmte Kleidergröße oder der Umfang eines Oberschenkels als Maß dienen. Scheint die Realisierung eher unwahrscheinlich, so ersuche ich um Angabe eines anzupeilenden Teilziels, das dann sozusagen einen Etappensieg darstellt.
- Was wurde bisher versucht, um dieses Ziel zu erreichen? Was half, was nicht (Akupunktur, Diäten, Selbsthilfegruppen u. a.)? Oft wird berichtet, dass der Kurzerfolg von Radikalkuren völlig entmutigt (Umdeutung: Der Körper stellt sich eben auf Notzeiten ein und verwertet jedes Brösel, ist ja vom Organismus her gescheit).
- Worin besteht nun konkret der Behandlungsauftrag: Den Willen zu unterstützen, weniger oder anderes zu essen – möglichst angenehm und ohne Qualen? Den Willen zu unterstützen, eine bestimmte Diät einzuhalten? Durch Suggestionen das Hungergefühl verschwinden zu lassen? Hilfe, dem Frustgefühl etwas Besseres als Essen entgegenzusetzen? Eine andere Entspannungsmöglichkeit zu lehren? Bestimmtes Essverhalten anzuregen/zu befehlen (je nach hilfreichem und gewünschtem Beziehungsmuster)? – Gewünscht wurde z. B.: Ab 18 Uhr nichts mehr zu essen, höchstens einen Joghurt(!) oder die Zusammensetzung der Nahrung zu ändern, wie z. B. mehr Gemüse und Fisch sowie Hilfen, ein Bewegungsprogramm emotional positiv zu werten und durchzuführen.

- Die Frage, was dafür spricht, zu viel zu essen und danach, was für das Abnehmen spricht, zeigt nicht nur die Motivationen für beide Verhaltensweisen, sondern lässt auch manchmal psychische Komponenten für das Dicksein zutage kommen, wie z. B. sich »eine dicke Haut« als Speckschicht wachsen zu lassen, z. B. als Abgrenzungshilfe gegen (zu) Nahestehende, als Schutz gegen eigene und fremde sexuelle Wünsche (Originalausspruch: »Jetzt friss i(ch) mi(ch) auf ein Drachen, dann schaut mi keiner mehr an«).

Den sprichwörtlichen »Kummerspeck« erlebe ich selten in meiner Praxis. Wenn dieser, wie der Volksmund sagt, eine Trauerreaktion darstellt, dann ist auch verständlich, wenn dieser Speck mit Voranschreiten der Trauerarbeit wieder weggeht. Beim Trauernden bleibt ja das Selbstwertgefühl erhalten, im Gegensatz zum depressiv Reagierenden. Bei zu viel Essen wegen depressiver Reaktionen und leichteren depressiven neurotischen Störungen ist die hier beschriebene Vorgangsweise oft auch erfolgreich – flankiert von Ich-stützenden Suggestionen im Wach- und im Trancezustand (z. B. »Jeder Mensch ist wertvoll und liebenswert, allein durch seine Existenz, weil es ihn gibt« – der Hinweis auf die individuellen Fingerkuppenmuster beweist manchem die Einzigartigkeit und damit den Wert jedes einzelnen Menschen). Zusätzlich zum dabei angeregten oder geförderten »Ich schau auf mich«-Verhalten wirkt hier auch die Metapher von der Blume, die jedes Mal, wenn der Gärtner alle Blumen und anderen Pflanzen gießt, leise sagt: »Ich brauch' kein Wasser, gib es den anderen.« Selbst als sie schon welkt und alles hängen lässt, bleibt sie bei diesem Verhalten. Was kann der Gärtner oder die Blume selbst tun, um ihr sicher zu helfen?

Der Behandlungsauftrag muss klar und präzise sein:

- **Welches Wunschgewicht in Kilo/Pfund, welche Kleidergröße, welchen Oberschenkelumfang möchte der Patient erreichen?**
- **Mit welchen Hilfen (bestimmtes Essverhalten, Entspannung etc.) möchte er das Wunschgewicht erreichen?**
- **Welche Motivation, welche psychischen Komponenten erhalten das Dicksein aufrecht, begünstigen die Veränderung?**

Gezielt Informationen sammeln und erste Utilisationen

- Nicht nur, welche Motivationen gibt es zum Abnehmen, sondern auch, welche Einstellungen und Werte bestimmen das Verhalten, welches Weltbild hat dieser Mensch?
- Welche Persönlichkeitsstruktur (Mentzos 2000) liegt schwerpunktmäßig vor: eher zwanghaft, hysterisch, schizoid, depressiv, narzisstisch?
- Welcher Sinneskanal ist bevorzugt ansprechbar: eher visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch/gustatorisch?
- Wie sind die Erwartungen, Phantasien und/oder evtl. Befürchtungen bezüglich Hypnose?
- Welches Ich-Struktur-Niveau ist vorhanden: Vor einer Hypnose ist es für mich wichtig zu erfassen, ob der betreffende Mensch psychisch gesund bzw. mehr oder weniger neurotisch gestört ist oder aber den Persönlichkeitsstörungen (Kernberg 1993) oder dem psychotischen Bereich zuzuordnen ist. Beim Ich-Struktur-Niveau einer Persönlichkeitsstörung und bei Psychosen führe ich keine Hypnosen durch (▶ Kap. 10 und 42).

Motivationen

Nach Motivationen lässt sich direkt fragen. Einstellungen und Werte enthüllen sich durch den Inhalt der Motivationen und natürlich durch die Wahl der Worte (einige Utilisationen sind kursiv in Klammer angeführt):

- »Ich will es schaffen; ich muss es diesmal bewältigen; wenn ich das nicht erreiche, fühle ich mich als Versager« bei Leistungsorientierten. *(»Und vielleicht sind Sie dann selbst überrascht, wie gut Sie das geschafft haben.«)*
- Eine Variante dabei sind jene, für die Rivalisieren als Energie- und Motivationsquelle wichtig ist: »Meine Schwester schafft das nie, meine Mutter hat's bis zum Tod nicht geschafft, aber ich werd's allen zeigen, dass ich's doch kann!« (*»Und Sie schaffen es besser als die Schwester, … jetzt können Sie es allen zeigen.«*)

- Die ökologisch Eingestellten – »Wir leben ja so ungesund, so unnatürlich, das Dicksein ist eine Zivilisationskrankheit, das System ist nicht in Ordnung.« (»*Geben Sie Ihrem Organismus eine Chance, sich selbst zu regulieren*«) – Geben sich genauso zu erkennen wie die Gesundheitsbewussten, wobei hier natürlich Angst eine große Motivationshilfe zum Abnehmen darstellt: »Mein Bluthochdruck, die Gelenke schmerzen, ich krieg keine Luft mehr beim Stiegensteigen«, auch »Ärzte lehnen es ab, mich zu operieren, weil ich zu fett bin.« (»*Ihr Körper wird's Ihnen danken, dass Sie ihn gut behandeln.*«)
- Jene mit eher mechanistischem Weltbild: »Ein Schalter im Gehirn muss sich da umlegen, dann geht es. Ich will ja, aber irgendwo spießt sich's. Da ist Sand im Getriebe.« (»*Wie könnte dieser Schalter aussehen? … Stellen Sie sich vor, wie jemand diesen Schalter zum Abnehmen umschaltet, wie Sie das machen.*«)
- Die deutlich Verantwortungsbewussten: »Ich will noch lange für meine Kinder sorgen können.« (»*Und Sie haben Verantwortung für Ihren Körper, dass Sie ihm nur das geben, was er braucht.*«)
- Speziell bei Übergewicht sind auch Einstellungen der (Nach-) Kriegsgeneration merkbar, dass es eine Sünde sei, nicht aufzuessen oder Essen wegzuwerfen bzw. dass es zum Überleben wichtig war, Eigenreserven an Speck für schlechte Zeiten anzulegen. (»*Sie können jetzt beginnen, Reserven für Ihre Gesundheit anzulegen, indem Sie das Fett außerhalb Ihres Körpers lagern, diese Last braucht man nicht ständig mit sich herumzutragen.*«)
- Die Genießer und Bequemen – und deren gibt es verständlicherweise bei Übergewichtigen viele: »Ich esse einfach immer wenn ich Lust habe, weil ich mir etwas Gutes gönnen will. Ich will nicht verzichten.« (»*Und warum sollten Sie sich nicht gönnen, Ihr Wunschgewicht zu haben? … Warum sollten Sie auf eine schicke Figur verzichten? Ihr Körper kann sich reichlich aus den prall gefüllten Depots nach Herzenslust nehmen, sich bedienen.*«)

Utilisation der Motivationen

Was immer auch für übermäßiges Essen spricht – der Patient und ich arbeiten gemeinsam daran, Alternativen zu finden, die zum selben Ziel führen (Entspannung, Beruhigung, Genuss, sich etwas Gutes tun, Alibi für eine Arbeitspause) und neutral oder günstig für den Organismus wirken. Je nach Vorlieben kommen wir z. B. auf Selbsthypnose, Atemübungen, aromatischen Tee in ästhetisch schönen Tassen, Musik, Sauna, Massage, Blumenpflege. Dabei mag eine Ressourcenübung auch unmittelbar vor dem Essen günstig sein, z. B. als Baum mit den Wurzeln und mit den Teilen über der Erde sich all das zu holen, aufzutanken, was man gerade brauchen kann: »Dann hat die Seele bekommen, was sie braucht und anschließend erhält der Körper die Nahrung, die er benötigt.«

Erfüllt Dicksein die Funktion einer Art »Schutzschicht«, so kann dieser Wunsch mit den dazugehörigen Problemen einerseits durch eine psychotherapeutische Behandlung bearbeitet oder anderseits einfach umgeleitet werden (z. B. auf ein imaginiertes dickes Bärenfell oder einen Mentalzaun/ein Energiefeld um sich herum) je nach Behandlungsauftrag.

Passt bei jemandem das Dicksein nicht zur Identität: »Wenn ich in den Spiegel schaue, das bin nicht ich, so dick!«, so ist nur wenig Unterstützung notwendig, wieder »Ich selbst« zu werden.

Was auch immer fürs Abnehmen spricht, diese Motivationen werden konkretisiert und bei Bedarf erweitert: »Gesundheit« als Motivation ist gut, aber welches Organ/welche Körperteile (z. B. Herz, Gelenke) sind am meisten betroffen vom »Übergepäck« und sollen durch Abnehmen geschützt werden?

Ist Lebensqualität die Motivation, so stellt sich die Frage: Wie zeigt sich das konkret, z. B. wieder im Sommer baden gehen zu können, Boutique-Kleider anziehen zu können oder sich wieder bücken zu können, wodurch auch schicke Schuhe wieder möglich werden, nicht nur lose Slipper. Oder das Kleid von früher wieder anziehen wollen – oft ist der Schrank voll davon: »*Welches Kleid würden Sie am liebsten wieder anziehen können: Wie sieht es aus, welcher Schnitt, welche Farbe, welches Material, wie fühlt sich das an, wie riecht das? Vielleicht nehmen Sie es mal heraus und fassen es an, damit es*

konkret wird. Je konkreter wir arbeiten, umso mehr hilft es Ihnen.«

Ist die Motivation »Wieder andere Blicke bekommen von Männern und Frauen«, so wird an der Image-Pflege angesetzt und – je nachdem – an der Freude am Flirten und Rivalisieren, z. B. wie gut das tut, in den Blicken wieder Interesse und Flirtangebote zu lesen; oder z. B. auch welch gutes Gefühl es ist, von attraktiven Frauen als mögliche Rivalin angesehen zu werden.

Situationen, in denen der Patient sich beim Essen zurückhält (z. B. im Restaurant wegen der Blicke anderer Gäste, oder auch, wenn eine bestimmte Person anwesend ist: Vater, Mutter, Freund, Chef), können ebenfalls die Motivation stärken. Seit ich diese Wirkung bei einer Patientin miterlebt habe, frage ich gezielt danach und utilisiere diese Information, z. B.: *»Wann immer Sie den Impuls zum Futtern verspüren sollten, stellen Sie sich vor, Ihr Chef schaut Ihnen dabei über die Schulter.«* Dies kann auch bereits beim Einkaufen hilfreich sein, wenn es um die Art der zu kaufenden Lebensmittel geht, etwa so*: »Und zu Ihrer Überraschung kommt es Ihnen so vor, als ob beim Einkaufen Ihr Vater neben dem Einkaufswagen mitginge und genau zuschaute, wonach Sie greifen.«* Eine Patientin kommentierte danach: »Es war toll, zwischen meinem Einkaufswagerl und dem Regal mit Speck stand mein Vater, ich bin gar nicht mehr hingekommen.«

Speziell bei der zuletzt angeführten Gruppe trifft zu, dass Hilfe nur innerhalb des eigenen Bezugsrahmens angenommen werden kann, wie die folgende Eulenspiegelgeschichte schön veranschaulicht:

Eines Tages kommt Till zu einer Menschenmenge am Fluss; als ein als Geizhals bekannter Mann am Ertrinken ist. Keiner kann ihm helfen, da er die hingestreckten Hände nicht ergreift, obwohl die Leute ihm zurufen: »Gib! Gib!«, damit er seine Hand geben möge. Till streckt ihm seine Hand mit dem Zuruf hin: »Nimm! Nimm!« – der Geizhals greift zu und ist gerettet.

Motivationen und deren Utilisation sollen maßgeschneidert sein.

Aspekte der Beziehungsgestaltung

Ob im Einzelfall ein partnerschaftliches oder eher wohlwollend autoritäres Eltern-/Lehrer-Beziehungsmuster hilfreich ist (Diamond 1987) – wichtig scheint mir, dass die Verantwortung für eine Änderung des Verhaltens und für die Erreichung des Wunschgewichts bei den Patienten bleibt und diese das auch wissen. Diese Verantwortung nehme ich nicht auf mich, gebe aber jede mir mögliche Unterstützung zur Erreichung des Ziels. Hier müssen manchmal die Erwartungen und Wünsche bezüglich Hypnose korrigiert werden. Diese Erwartungen, Wünsche und auch Ängste in Bezug auf Hypnose zeigen sich als Antwort auf die Frage: *»Was bedeutet für Sie Hypnose? Ihre Phantasien darüber sind wichtig für unsere Arbeit.«*

Utilisation der Persönlichkeitsstruktur

Im Wach- und im Trancezustand fördert diese Utilisation nicht nur wesentlich den Rapport, sondern ist auch ein gutes Transportmittel für Suggestionen. Einige solcher Utilisationen bei der Tranceinduktion sollen als Beispiele dienen:

- Der **hysterisch** Strukturierte mit der Angst, sich festzulegen und seine Freiheit zu verlieren, kann »sich die Freiheit nehmen, so schnell oder so langsam in eine angenehme Trance zu kommen, wie es ihm gerade gefällt«.
- Der **depressiv** Strukturierte mit dem Wunsch nach Geborgenheit und Harmonie kann »die Geborgenheit, die Harmonie genießen, die sich nach und nach immer mehr und mehr im ganzen Körper ausbreitet«.
- Der **schizoid** Strukturierte, der Nähe und Distanz selbst bestimmen will, »bestimmt selbst, wie weit er schon jetzt in die Entspannung gehen möchte«. Außerdem achte ich darauf, ihm räumlich und emotional einen Distanzspielraum zu lassen, den er nach seinem Bedürfnis verändern kann.
- Der **zwanghaft** Strukturierte mit seinem Hang zur Genauigkeit zählt wohl gerne von 20 bis 1 und kommt dabei jedes Mal eine Stufe tiefer in Trance – oder: *»Jetzt sind Sie beim Entspannungslevel A. Bitte nicken Sie mit dem Kopf, wenn Sie doppelt so tief entspannt sind wie jetzt, das ist dann das Level B.«*
- Dem **narzisstisch** Strukturierten mit dem Anspruch, etwas ganz Besonderes zu sein und

mit der Angst vor der totalen Wertlosigkeit, sage ich anerkennend, dass »ich staune, denn nur wenige Menschen können so schnell, so tief, so gut wie er in Trance kommen, das ist ganz unüblich« usw. Gegen die Eigensuggestion, bei ausbleibendem Erfolg oder Rückfall ein totaler Versager zu sein, wirkt die Metapher vom Gehenlernen gut: »*Haben Sie mal ein Kind beobachtet beim Gehenlernen? Wie vital und voll Willen das Kind immer wieder aufsteht und es wieder probiert, selbst wenn es anfangs nicht gleich klappt (beim Rückfall: wenn es hingefallen ist und einen blauen Fleck hat). Und Sie haben diese Kraft, diesen Willen auch, sonst hätten Sie nicht gehen gelernt.*«

Utilisation von Tierverhalten als zusätzliche Ressourcen

Bei Tieren der freien Wildbahn gibt es kein Übergewicht. Diese Tatsache nutzend, frage ich nach einem solchen Tier, das der Patient mag (oft Panther, Wolf, Elefant), und nach einem überzüchteten Haustier, das er nicht mag (oft Pudel, Mops). Diese Information hebe ich mir für die Trancearbeit auf: Die Utilisation besteht dann einfach darin, dem Patienten zu sagen, er verhält sich von jetzt an so klug wie ein Panther, der nur soviel an Nahrung zu sich nimmt, wie sein Körper braucht. Außerdem lässt sich hier mit der doppelten Bedeutung des sie/Sie der deutschen Sprache (Plural und Höflichkeitsform) spielen:

»Diese Tiere der freien Wildbahn, besonders die Panther – wie gescheit sind sie/Sie: Wenn der Körper genug hat, hören sie/Sie auf zu essen. Und wie elegant und schön sie/Sie sind dadurch … und die Bewegung ist einfach schön, macht ihnen/Ihnen Freude usw.«

Auch das abgelehnte Tier wird utilisiert:

»Dagegen so ein Mops, der dick und fett in seinem Körbchen liegt, der frisst sogar Dinge, die ihm gar nicht gut tun, wie Bonbons (bzw. die Nahrung, die der Patient als »Falle« berichtet hat – Süßes, fettes Fleisch/Wurst), so instinktlos und dumm ist der: Der futtert sogar noch immer weiter, obwohl er sich schon gar nicht mehr richtig bewegen kann (besonders, wenn der Patient sich nicht mehr bücken kann) und in seinem Körbchen bleiben muss. – Und Sie hören auf, sich wie so ein dummer Mops zu verhalten, sondern machen es wie dieser schöne, elegante, gesunde Panther.«

Fällt jemandem kein abgelehntes Tier ein, biete ich in der Trance das Bild der gestopften Gans an:

»Und Sie kennen das sicher, wie so eine arme Gans gestopft wird, damit sie wirklich dick und fett wird und eine krankhaft vergrößerte Leber bekommt. Früher wurde sie zwischen den Knien festgehalten, und mit dem verkehrten Kochlöffel wurde das Futter nachgestopft, damit ihr Körper es aufnehmen musste – auch wenn er nicht wollte. Jetzt – das hab' ich vor kurzem im Fernsehen gesehen – geht das schon maschinell: Diesen armen Tieren wird ein Rohr bis in den Magen hineingesteckt und erst dann wieder herausgenommen, wenn der Magen von der Futtermenge ganz prall voll ist. Diese armen Gänse können sich nicht wehren, aber Sie können sich wehren – und Sie hören auf, sich wie eine arme, dumme Gans zu behandeln, sie machen es so wie der Panther (Elefant etc.), der nur das an Nahrung zu sich nimmt, was der Körper braucht, und auch nur soviel an Nahrung, wie der Körper braucht – und Ihr Körper wird es Ihnen danken, dass Sie ihn gut behandeln.« Und falls das passt: *»Und Sie bekommen dann vielleicht einen Dankesbrief von Ihren Kniegelenken.«*

Das Gans-Bild greift sehr gut – funktionierte allerdings einmal nicht, als mir ein Patient nach der Trance mitteilte: »Wissen S', das mit der Gans geht nicht; ein Gansl schmeckt mir halt so gut.«

29.2.2 Trancearbeit I: Zeitprogression

Um Trance einzuüben und die Suggestibilität zu erfassen, führe ich in der **1. Sitzung** eine Ruhehypnose ohne spezielle Suggestionen durch, mit anschließendem Bericht des Patienten, wie er dies erlebt hat, da ich ihn dann besser unterstützen kann. Bei der Induktion wird natürlich alles an erhaltenen Informationen utilisiert, auch die Erwartungen und Phantasien bezüglich Hypnose. Wie der Patient die Trance erlebt hat, was er gespürt hat, was an Suggestionen besonders gut ankam und was gestört hat, notiere ich, um dies beim nächsten Mal einzusetzen.

Fallbeispiel

Eine Überraschung erlebte ich einmal bei einer großen, etwa 140 kg schweren Patientin, vom Typ her eine Mischung zwischen Walküre und schlagfertiger, uriger Marktfrau. Auf die Frage, woran sie merken würde, dass sie in Trance ist, kam postwendend die Antwort: »Wann i(ch) beim Fleischer vorbeigeh und die Leberkas-Semmel springt mi nimmer (nicht mehr) an, dann weiß i, i war in Trance.«

Bleibt in der ersten Sitzung noch Zeit, – was bei gut strukturierten Patienten, die ihre Motivationen sofort präzise auflisten, durchaus der Fall ist – folgt eine zweite Hypnose mit Zeitprogression. Dazu genügt die Anregung nach einer Trancevertiefung:

»Bitte stellen Sie sich jetzt sich selbst vor, zu dem Zeitpunkt in der Zukunft, wo (und nicht »wann«, um die Trance zu fördern; Freund 1993) *Sie Ihr Ziel schon erreicht haben und 80 kg wiegen* (das angegebene Wunschgewicht). *Ob Sie sich nun neben sich oder vor sich sehen oder wie in einem Spiegelbild, eher vage oder genauer, sich irgendwie zu dem Zeitpunkt vorstellen – nicken Sie bitte mit dem Kopf oder sagen Sie es mir, wenn Sie sich das irgendwie vorstellen können … und vielleicht sehen Sie bei Ihrer Körperhaltung oder sogar beim Gesichtsausdruck, wie Sie mit Recht froh und stolz darauf sind, das erste Ziel erreicht zu haben.«*

Es ist für mich immer wieder erstaunlich, wie Menschen ohne Tranceerfahrung dies ganz selbstverständlich imaginieren.

In der **2. Sitzung** wird diese Zeitprogression wiederholt. Die Hauptarbeit gehört nun der Ausgestaltung dieser Imagination mit allen Sinnen und dem Einswerden mit dieser Imagination:

»Und jetzt werden Sie bitte irgendwie eins mit dieser Vorstellung von sich, zu dem Zeitpunkt, wo Sie es bereits geschafft haben (für Leistungsorientierte) – *bzw. wo Ihr Körper bereits zu seiner gesunden Selbstregulation gefunden hat* (für ökologisch Eingestellte) – *ob Sie nun einfach verschmelzen mit dieser Vorstellung von sich selbst oder in die Haut hineinschlüpfen oder ins Spiegelbild hineinsteigen oder anders – irgendwie eins werden. Und sagen Sie es mir bitte oder nicken mit dem Kopf, wenn Sie soweit sind. Ja, danke, – und dann können Sie so angenehm spüren, wie sich das anfühlt mit 80 kg, wie wohl Sie sich in Ihrer Haut fühlen, wie gut das tut, sich bücken zu können. Vielleicht haben Sie auch das grüne, taillierte Seidenkostüm an, sehen sich von vorne, vom Profil, die schlanke Form Ihres Gesichts … (entsprechend der vorher genannten Motivationen).«*

Manche imaginieren sich dabei in Bewegung, beim Sport, was ich im anschließenden Wachzustand utilisierend als Hinweis des Unbewussten auf die wichtige Hilfe durch Bewegung deute. Wenn möglich, nimmt der Patient sich so mit allen Sinnen wahr. An dieser Stelle lassen sich die im Gespräch gefundenen Alternativmöglichkeiten für Entspannung, Pausen usw. gut einbauen:

»Und Sie fühlen sich so wohl – und in Situationen, wo Sie früher nur das Essen hatten, um diese Situationen gut zu überstehen oder zu bewältigen, haben Sie jetzt andere Möglichkeiten, gute oder neutrale Möglichkeiten, damit umzugehen – bei Langeweile, bei Frust, zur Entspannung: Wenn Sie sich entspannen möchten, haben Sie ja nun mehr als nur die eine Möglichkeit zu futtern, Sie können Selbsthypnose (autogenes Training, Meditation, Ressourcenübung) machen, Ihre Musik hören, mit den Katzen spielen …, ohne dass Sie Ihren Körper voll stopfen.« Falls keine Alternativmöglichkeit im Vorgespräch gefunden werden konnte: *»Und es wird interessant sein zu erfahren, auf welche Möglichkeiten Ihr Unbewusstes (Ihr Organismus) kommt, um Entspannung (Pause mit gutem Gewissen etc.) zu erreichen, ohne Ihren Körper vollzustopfen.«* Die Utilisation des Tierverhaltens lässt sich hier gleich anschließen.

In einer ersten Trancearbeit stellt der Patient sich mit all seinen Sinnen den Zeitpunkt in der Zukunft vor, wo er sein Wunschgewicht erreicht hat, imaginiert Situationen und sein Empfinden.

29.2.3 Trancearbeit II: Rückschau aus der Zeitprogression

»Und wenn Sie bitte von dem Zeitpunkt, wo Sie 80 kg haben und sich so rundherum wohl fühlen und das gute Gefühl im Körper spüren, zurückschauen bis zur Gegenwart, bis zum heutigen Tag, und sich anschauen, was Ihnen dabei geholfen hat, dieses Ziel

zu erreichen: Was hat viel geholfen, was hat flankierend unterstützt, was hat ein bisschen mitgeholfen.« Hierbei sollen alle möglichen Reaktionen abgedeckt werden: *»Ob das nun als Farbe, Bild, als Idee, als Geruch, Geräusch, Geschmack, Gefühl, Körpergefühl oder anders kommt – früher oder später – gleich auf dem Heimweg, vor dem Einschlafen, als Traum – oder wie auch immer. Egal, wann, wie und wo es auftaucht, was geholfen hat, es bleibt im Bewusstsein, bleibt im Gedächtnis, sodass Sie es einsetzen können. Und es ist völlig gleichgültig, ob Sie mit dem Verstand gleich begreifen, wieso gerade das hilfreich war.«*

Da es dabei um Kreativität geht, betone ich im anschließenden Wachgespräch nochmals, dass es gleich, auf dem Heimweg oder später, in den nächsten Wochen oder Tagen ins Bewusstsein kommen kann. Leistungsdruck würde hier kontraproduktiv wirken. Es ist schön, die Kreativität der Menschen dabei mitzuerleben: Ob nun der Geschmack nach Himbeeren dazu führt, bei Bedarf jeweils nur eine gefrorene Himbeere aus dem Tiefkühlpaket zu nehmen und minutenlang im Mund hin und her zu rollen ohne Bedürfnis nach Essen; ob es das Lachen der Enkelkinder ist, mit welchen man aktiv noch etwas unternehmen möchte …

In einer zweiten Trancearbeit blickt der Patient aus der Zeitprogression zurück auf alles, was auf seinem Weg zum Wunschgewicht hilfreich war.

29.2.4 Der »Trampelpfad« und das Tonband

Kennen Sie das? Wenn man einmal übers Gras geht, steht es wieder auf. Geht man oft darüber, entsteht ein Trampelpfad, ein Weg. (Übrigens ist die Großglockner-Hochalpenstraße so entstanden, wie mir ein Patient erzählte.)

Diese Metapher ist hilfreich, wenn der Erfolg durch die Gewichtsabnahme auf sich warten lässt oder sehr gering ist. Beides lässt sich natürlich auch utilisieren: *»Wissen Sie, die Änderung Ihres Verhaltens, das Abnehmen, beginnt im Gehirn: Wenn sich die Einstellung ändert, folgt auch die Waage; das hab ich schon oft erlebt.«* Wenn es dem Patienten zu langsam geht: *»Das ist ja so wichtig, dass es langsam geht, dann bleibt der Erfolg auch. Wenn es so schnell geht, ist das lange nicht so bleibend, das haben Sie ja schon erlebt. Dass es langsam geht, heißt, dass es diesmal ganz anders als bisher ist, diesmal bleibt das Wunschgewicht.«*

Zum Trampelpfad gehört das Tonband bzw. Diktafon oder Mobiltelefon mit Aufnahmefunktion. Je nachdem, wenn ich genug Informationen habe, lasse ich in der 2. oder 3. Sitzung während der Trancearbeit ein Tonband mitlaufen. Dieses Band hat der Patient auf mein Anraten mitgebracht und nimmt es für die Arbeit zwischen den Sitzungen mit. Vergisst der Patient, eine Leerkassette bzw. Diktafon oder entsprechendes Mobiltelefon mitzubringen, verschiebe ich die Aufnahme auf die nächste Sitzung – wegen der Bedeutung dieser scheinbaren Kleinigkeit für die Beziehungsgestaltung: Ich arbeite nicht für ihn, nehme ihm die Arbeit nicht ab; aber ich unterstütze ihn bei seiner Arbeit.

Die meisten Patienten arbeiten gern und oft mit diesem Tonband, können auch nach Behandlungsende bei Bedarf wieder darauf zurückgreifen. Wie oft und wann sie das Tonband einsetzen, überlasse ich in der Regel den Patienten. Die Ausnahme sind deutlich zwanghaft Strukturierte, die eine genaue Anweisung mit Zeit- und Häufigkeitsangabe schätzen und einen Sicherheit gebenden Rahmen brauchen.

Der Einsatz eines Tonbands mit einer Aufnahme der Trancearbeit ist hilfreich.

29.2.5 Einsatz positiver Affirmationen

Patienten gegenüber nenne ich sie »Werbeslogans für die Seele«. Wiederholt im Entspannungs- und Wachzustand innerlich vorgesagt, aufgeschrieben oder gezeichnet und angeschaut, können die positiven Affirmationen ihre günstige Wirkung entfalten. In Bezug auf das Thema sind es altbekannte Sätze wie *»Ich bin rasch satt«*, *»Ich esse langsam mit Genuss«* und auch neu kreativ gestaltet, wie z. B. *»Weniger essen macht's leichter«* (im wörtlichen Sinn) oder gezielt für mehr Bewegungsfreude: *»Für Power, froh und fit, der Körper macht jetzt mit«*. Ein Patient fand für sich die Formulierung: *»Ich werd's den andern richtig zeigen und täglich auf den Stepper steigen«* (Martin 2005).

Oft reicht die bisher beschriebene gemeinsame Arbeit aus, um eine Änderung des Ess- und Bewegungsverhaltens und damit eine Gewichtsreduktion zu erreichen, was die Motivation natürlich deutlich stärkt.

Dadurch und durch das selbstständige Arbeiten mit dem Tonband wird das Erreichte stabilisiert. Außerdem werden die in den nächsten Sitzungen berichteten Reaktionen und Erfolge in die Interventionen im Wach- und im Trancezustand hereingenommen, z. B.: »*Und Sie sind auf dem richtigen Weg, Ihr Ziel zu erreichen, Sie haben das gestern ganz toll geschafft und können mit Recht stolz darauf sein, dass da etwas ins Rollen kam – und die Kilos können auch rollen, abrollen von Ihrem Körper, der braucht kein Übergepäck …*«

Zusätzlich stützt meine Anerkennung: Ob es nun zu Einstellungsänderungen kam, zu minimalen Änderungen im Einkaufs-, Ess- oder Bewegungsverhalten, bereits zu einer messbaren Gewichtsabnahme oder einem lockerer sitzenden Rock- bzw. Hosenbund (da die Skala der Waagen meist nur bis 130 kg reicht, ist dies das erste sichere Zeichen des Abnehmens), meine Reaktion bleibt anerkennendes Staunen, dass dies schon jetzt in diesem Ausmaß möglich ist. Ab und zu vergehen bereits bei geringer Gewichtsabnahme (z. B. 1 kg) durch die Entlastung und Entspannung Schmerzen im Wirbelsäulenbereich – was zusätzlich Motivation zum Durchhalten vermittelt.

Neben der Änderung der Essgewohnheiten stellt die körperliche Aktivität die zweite Säule zur bleibenden Gewichtsreduktion dar. Regelmäßige Bewegung im aeroben Bereich ist wichtig, »*sodass Sie sich währenddessen gut unterhalten können, sprechen können*«. Die indirekte Suggestion des »Sich-gut-Unterhaltens«, der Spaß daran, wird dabei mitgeliefert. Neben Schwimmen wird gerne Bewegung an Heimsportgeräten gewählt, um sich bei Musik oder Fernsehen im geschützten Raum etwas Gutes zu tun. Der positive Einfluss von Bewegung speziell der Oberschenkel- und Rückenmuskulatur auf die Stimmung motiviert zusätzlich. Posthypnotische Aufträge stützen das neue Verhalten, z. B.: »*Und Sie setzen sich auf das Zimmerfahrrad und radeln, radeln immer näher zu Ihrem Wunschgewicht, kommen Ihrem Ziel von Tag zu Tag näher – und wenn Sie dann überrascht sind, wie gut das gegangen ist, wie gut das gewirkt hat, ist das völlig in Ordnung.*«

Positive Affirmationen als »Werbeslogans für die Seele« und posthypnotische Aufträge zur Änderung der Essgewohnheiten und zur Aufnahme und Beibehaltung körperlicher Aktivität sind eine wesentliche Säule zur bleibenden Gewichtsreduktion.

29.2.6 Zusätzliche Utilisationen

Erfolgt keine Reaktion in Richtung Abnehmen, öffne ich die nächste »Schublade«:

Einstellungsänderung. Ich betone die Wichtigkeit der Einstellungsänderung, die Waage bzw. das Maßband folgt dann nach. Es kommt eben darauf an, was einem wichtiger ist: kurzfristiger Genuss oder langfristige Lebensqualität (bzw. die jeweilige Hauptmotivation). Ich frage dabei auch, wie alt sich der Patient fühlt, wenn er so in sich hineinfuttert oder eben unbedingt sofort die Schokolade haben muss. Kleinkind- bis Volksschulalter, also etwa 3–10 Jahre kommt meistens als Antwort. Die Anregung, dieses Kind mit liebevoller Konsequenz zu erziehen, können viele gut aufnehmen und gehen dann bei Impulsen zum Futtern mit sich um wie mit so einem Kleinkind: ablenken, gut zureden, auf später verschieben, konsequent etwas anderes geben usw. Für manche ist es sogar ein Anfang, sich mit dem eigenen inneren Kind liebevoll zu beschäftigen und es zu akzeptieren. Der Vorteil dieser Arbeitsweise ist das Wegfallen von Selbstvorwürfen, denn ein Kind versteht das ja noch nicht, das kann nichts dafür.

»Fallen« entschärfen. Die besonderen »Fallen« für den Einzelnen können entschärft werden: So wird z. B. der Kühlschrank samt Inhalt blass und farblos suggeriert (z. B. bei einer Patientin, die nachts heimlich, wahllos und durcheinander aus dem Kühlschrank heraus futterte), der Wurst sieht man das versteckte Fett offen an und riecht es auch. Bei gezuckerten Getränken wird auf einmal der Zuckeranteil offen sichtbar, wobei ich diese Suggestion durch die Mitteilung unterstütze, dass eines meiner Kinder in der Chemiefachschule nach getaner Laborarbeit mit ein paar anderen etliche dieser Getränke analysiert und dabei herausgefunden hat, dass manche zu einem Drittel aus reinem Zucker bestehen.

Zusammenarbeit aller Kräfte. Alle Kräfte, alle Teile müssen zusammenhelfen, damit das Ziel erreicht wird: gesunder Menschenverstand, Gefühl, Eitelkeit, Verantwortungsbewusstsein, der Wunsch nach Lebensqualität usw. Die Metapher vom Regatta-Ruderboot veranschaulicht dies gut: Das Boot kommt nur dann vorwärts, wenn alle Ruderer in dieselbe Richtung hin aktiv sind – und wie es dann in Richtung Ziel nur so dahinzischt! Ein Orchester bietet sich hier ebenfalls als brauchbare Metapher an. Manchmal hilft schon vor der folgenden Anregung der Körper mit: *»Und vielleicht wehrt sich Ihr Körper gegen das »Vollgestopftwerden«, gegen das Zuviel an Nahrung: Er hilft mit, das Ziel der 80 kg zu erreichen, und es wird interessant sein, auf welche Weise. Ob das nun das Gefühl einer Sperre im Hals ist, die »stopp« sagt, oder der Magen weigert sich mit Völlegefühl oder Übelkeit, zu viel aufzunehmen, oder etwas ganz anderes …«*

29

Aversionsbehandlung. Die Aversionsbehandlung, das »Vergrausen« (= Vermiesen), liegt mir zwar nicht, ich setze dies nur dann ein, wenn sonst nichts half oder der Patient es einige Male ausdrücklich gewünscht hat. Dabei folgt nach dem Erfassen dessen, wovor dem Einzelnen ekelt, die Verknüpfung der »Essfalle« mit diesem Grauslichen: So z. B. ekelte einer Patientin vor Oliven, aber sie konnte keiner süßen Cremetorte widerstehen. Ab sofort sah und roch sie automatisch auf jedem Tortenstück eine Olive, mit einem Zahnstocher draufgesteckt, wobei das Fett und damit der Geschmack der Olive sich sichtbar durch das ganze Tortenstück zog. Oder das eklige, schmierige, fette Wurstpapier klebt auf jeder Wurst – oder bei der fetten Wurst sind immer schon Maden darin und ringeln sich darauf.

Weitere Möglichkeiten der Utilisation:

- **Einstellungsänderung; bisweilen braucht »das innere Kind« liebevolle Unterstützung**
- **Individuelle Fallen entschärfen**
- **Zusammenarbeit aller Kräfte, vielleicht mit Hilfe von Metaphern**
- **Aversionsbehandlung: Verknüpfung der »Essfalle« mit etwas Aversion**

Fallbeispiel

Eine 52-jährige gepflegte Frau, mittelgroß, 73 kg, mit kurzen, mattblond gefärbten Haaren, kommt nach monatelangem Überlegen und einigen Wochen Wartezeit zum Termin. Eine Vermittlung an jemand anderen hatte sie bittend abgelehnt. Etwas von ihrem kindlich wirkenden Vertrauen, dass sie mit mir ihr Ziel erreichen werde, kam schon beim ersten Telefonat bei mir an und berührte mich während der gesamten Behandlung. Sie meinte, es sei nun die Zeit für sie da, abzunehmen. Den letzten Impuls erhielt sie durch eine Fernsehsendung, in der Abnehmen mithilfe von Hypnose Thema war. Sie wirkt mäßig übergewichtig, der »Schwimmreifen«, wie sie die Speckschicht um den Bauch nennt, ist geschickt mit der Kleidung kaschiert, jedoch verrät das Gesicht mit beginnendem Doppelkinn die überflüssigen Pfunde. Nach der Handelsschule als kaufmännische Angestellte tätig, hörte sie nach der Geburt eines körperbehinderten Kindes zu arbeiten auf. Der Mann sorgt für die Familie, die Partnerbeziehung scheint gut zu sein, jedoch liegt die Fürsorge für das Kind fast ganz bei ihr. Sie schafft es schon, aber jetzt will sie sich den Wunsch erfüllen, von 73 kg auf 65 kg zu kommen.

Für mich spricht nichts gegen eine Hypnosebehandlung. Im Gegenteil, die depressiven Tendenzen, die im Gespräch spürbar werden, könnten dabei »mitnaschen«, sodass Selbstwertgefühl und Lebensfreude mehr Chancen erhalten. Die Frau wirkt psychisch integriert, belastbar und humorvoll. Wie sie die Tatsache und den Alltag mit dem behinderten Kind bewältigt, ist nicht unser Thema, mein Respekt ist trotzdem für sie und mich spürbar: Der Rapport stimmt von beiden Seiten, wir können anfangen. Bis jetzt führte sie verschiedene Diätprogramme durch, nahm jedes Mal nach Beenden der Diät wieder zu. Sie mag jetzt nichts mehr rechnen und abwiegen. Was fürs Futtern spricht? Frustration, wenn sie in der Küche kocht, Langeweile, beim Fernsehen, und sie nascht gerne, vor allem Süßes und Schokolade. Die Anregung, wenn Süßes, dann nur Schokolade mit hohem Kakaoanteil zu essen, greift sie nach meiner kurzen Erklärung über den im Kakao enthaltenen »Stimmungsaufheller« gerne auf. Zum Entspannen braucht sie das Essen nicht, da hilft ihr eine CD und ihr Garten.

Was spricht fürs Abnehmen? Sie möchte sich wieder gefallen, dem Ehemann gefallen, sich wohlfühlen, im Sommer einen Badeanzug anziehen, hübsch aussehen, sicher im Auftreten sein. Ein bestimmtes

buntes Sommerkleid würde sie gerne wieder anziehen können. Auf die Frage, wie sie denkt, dass Hypnose sei, meint sie: »Dass Sie mich verzaubern«. Aufklärung über Hypnose ändert wenig an diesem Wunsch und der Idealisierung, also utilisiere ich dies später in der Trance mit mehrmaligem Hinweis darauf, dass sie vielleicht ganz überrascht davon sein wird, wie leicht sie ihr Ziel erreicht, wie sich »wie von selbst« ihre Verhaltensweisen beim Einkaufen, Essen und Sich-Bewegen günstig ändern. Änderung und teilweise »Entsorgung« ist auch wichtig beim inneren Dialog, sodass sie innerlich mit sich selbst in netter und positiver Weise spricht. Das ihr sympathische frei lebende Tier ist das Wildpferd, das unsympathische überzüchtete Tier ein fettes Hausschwein. Die kurze Ruhehypnose enthält auch vorbereitende Suggestionen: »Kein Mensch kennt alle seine Fähigkeiten ganz genau, jeder hat Fähigkeiten, die er gar nicht oder nur zum Teil kennt. Und es ist etwas Schönes, so nach und nach, in der richtigen Zeit, die eigenen Fähigkeiten zu entdecken.« Sie kann sich gut entspannen und berichtet ein angenehmes Schweregefühl. Da in der ersten Sitzung noch Zeit bleibt, folgt gleich die zweite Hypnose mit der Vorstellung von sich selbst mit 65 kg und Einswerden mit dieser Vorstellung. Die von ihr vorher geäußerten Motivationen für das Abnehmen flechte ich hier ein – dass sie sich gefällt, ihrem Mann gefällt, sich wohl fühlt etc. und zusätzlich, dass sie zur richtigen Zeit beginnt, sich selbst zu mögen. Nach der Hypnose meint sie, sie habe nicht ganz abschalten können. Mein Aufgreifen ihrer Überzeugung, es ist jetzt die richtige Zeit, dass sie abnimmt – mit meinem Zusatz: und etwas für sich tut – erhält ihr Nicken und beendet die 1. Sitzung. Sie wirkte auf mich etwas enttäuscht, vielleicht hatte sie doch etwas »Wundervolles« erwartet.

Durch Terminschwierigkeiten ihrerseits ist die 2. Sitzung erst 11 Tage später. Sie kommt zu Fuß die 5 Stockwerke zu meiner Praxis herauf, strahlt: »Sie haben mir ein Vernunftmännlein/-weiblein eingepflanzt.« Es geht ihr gut. Sie hat 3 kg abgenommen. Nach der 1. Sitzung dachte sie zwar, dass man nichts spüre, aber dann, dass sie sich überraschen lassen werde. Und sie war überrascht. Ohne Mühe aß sie weniger, vom Süßen nur Schokolade. In der Küche bewege sie ihre Beine auf einem Steppgerät, die Bewegung macht ihr Spaß. Meine Annahme behalte ich für mich, dass wohl auch weniger Wasser im Körper für diese Gewichtsabnahme verantwortlich zeichnet. Laut staune ich über ihren Erfolg. Wegen leichter Beschwerden in den Knien empfehle ich, unbedingt wegen ihres Turngerätes einen Arzt zu fragen, ob diese Art der Bewegung ihr gut tut. In der Hypnose erlebt sie Zeitprogression und Verschmelzung mit der Zielvorstellung nochmals. Ich rege die Rückschau bis zur Gegenwart an, was geholfen habe. Ihr kommt nichts Hilfreiches in den Sinn, es wird früher oder später zugänglich werden. Zusätzlich sind aufgrund ihres Wunsches jetzt Suggestionen dabei, dass sie ab 21 Uhr nichts mehr isst, sowie die Anregung, was sie von den eleganten, instinktsicheren Wildpferden lernen kann: Nur das und auch nur so viel an Nahrung zu sich zu nehmen, wie sie/Sie brauchen. Dagegen macht so ein fettes Schwein keine Bewegung, frisst alles in sich hinein, bis der Trog leer ist. Sie macht es wie die Wildpferde und hat ja schon bemerkt, wie gut ihr das tut. – Die Tiere kommen bei ihr gut an, die Pferde hat sie galoppieren lassen. Das Erlebnis einer Handlevitation bestätigt ihr, dass sie Fähigkeiten hat, die sie nicht kannte.

Sechs Tage später ist die 3. Sitzung. Sie hat nun im Ganzen »etwas mehr als 4 kg« abgenommen, es geht ihr sehr gut. Der Arzt informierte sie, wie sie auf das Steppgerät steigen soll, seither sind die Beschwerden in den Knien weg. Sie isst vernünftig, es fällt ihr leicht. Das »Vernunftmännlein/-weiblein« hilft ihr, dass sie sich »gar nichts richtig vornehmen muss, es geschieht von allein«. Die folgende Hypnose greift das Erreichte auf und vertieft es. Sie erlebt dies angenehm, dass sie sich absichtlich fallen lassen kann, dass sie wirklich alles von sich weist, sich ganz konzentriert. Da sie von dieser 3. Sitzung ein Tonband von der Trancearbeit mitnimmt, ist die 4. und letzte Sitzung erst in etwa 3 Wochen.

Sie hat nun insgesamt 6,5 kg abgenommen, es fehlt demnach nur noch ein halbes kg auf ihr Wunschgewicht, das schafft sie ohne mich. Ihr Steppgerät ist kaputt, was nichts macht, da es inzwischen Frühling geworden ist und sie im Freien regelmäßig schnell geht. Die nun durch das Abnehmen attraktiver gewordene Frau freut sich über ihren Erfolg. Sie spricht jetzt von meiner Unterstützung für das, was sie geschafft hat. Die Suggestionen für ihre eigene Wertschätzung kann sie offensichtlich gut umsetzen. In der abschließenden Hypnose spreche ich das Halten des Wunschgewichts an und biete eine Reihe von Suggestionen für ihr Selbstwertgefühl. Dazu zählt folgende Metapher: »Die Tatsache, dass Sie viel mehr können als Sie glauben – das haben Sie ja gemerkt – und die Sicherheit, dass Sie sich früher oder später mögen, was wohl

schon jetzt begonnen hat, sickert wie Regen auf die Erde, die den Regen schon notwendig gebraucht hat. Das Wasser sickert ins Erdreich hinein, und diese Sicherheit, dass es ganz wichtig ist, dass Sie gut auf sich schauen, erreicht so immer tiefere Schichten, sickert immer tiefer, bis zu den Wurzeln, die es brauchen und aufnehmen.« Meine Bitte, sie möge sich in 3 Monaten telefonisch melden, wie es ihr gehe, freut sie. Spontan meint sie, es sei mir ja auch nicht egal. Ich bin für sie offensichtlich nicht mehr die total idealisierte Heilerin; dem Menschen, den sie schätzt, will sie wichtig sein.

29.3 Diskussion

29.3.1 Überlegungen zur Übertragung und Gegenübertragung

Meistens ist diese Arbeit eingebettet in eine positive Übertragung, ob mich der Patient nun als Mutter, Trainerin, wohlmeinende Lehrerin, oder auch idealisierend als »weise Frau« erlebt. In diesem Behandlungsrahmen von 5–6 Sitzungen zur Gewichtskontrolle spreche ich eine positive Übertragung nicht an, weil ich es nicht für notwendig erachte und dies den Patienten Zeit und damit Geld kosten würde. Hier finde ich auch eine Übertragungsheilung in Ordnung, dass z. B. ein Patient mir zuliebe sein Essverhalten ändert oder diszipliniert seine Mahlzeiten ohne süßen Nachschlag isst, weil ich ihm doch vertraue und er dieses Vertrauen nicht enttäuschen will (»Dann denk ich an Sie und es geht«). Durch den Erfolg der Gewichtsabnahme, das Näherkommen und Erreichen seines Ziels, kann der Patient dann »umsteigen« auf die eigene Motivation. Eine negative Übertragung spreche ich an, da diese die Arbeit erschweren bis verhindern kann (etwa bei aggressiven Elementen); ich frage dann »Wie erleben Sie mich, was bin ich für Sie, kennen Sie diese Gefühle, diese Reaktionen aus anderen Situationen, usw.«, um dies bearbeiten zu können.

Die gesunden oder leicht neurotischen Dicken, die in meine Praxis kommen, sind mir einfach sympathisch. In der Regel sind es gemütliche, humorvolle Menschen, die gerne genießen, die leben und leben lassen. Selbst wenn sich manche in ihrem Essverhalten wie unvernünftige, verwöhnte Kinder benehmen, bleibt meine Sympathie – ich mag auch dieses Kind in ihnen. Ich fühle mich meistens als Mutter, die Unterstützung zur Selbstständigkeit gibt, manchmal als Nachhilfelehrerin, bei der jemand etwas aufholen kann, was er bisher versäumt hat. Zu meiner Sympathie trägt bei, dass die Arbeit mit diesen Menschen lustig ist, in den Sitzungen wird auch gelacht. Die angebotenen Bilder (Mops, Gans) lösen bei all ihrer Wirkung auch oft Heiterkeit aus: Stellen Sie sich mal vor, Sie sind soeben dabei, eine zweite Portion nachzufassen und sehen auf Ihrem Teller eine Gans, die aus vollem Halse schreit: »Hör auf, hör auf!« (Ich wollte bei dieser Patientin während der Trancearbeit die Sirene eines vorbeifahrenden Rettungswagens utilisieren und war gerade bei der »gestopften Gans«.)

Kommen Patienten aus dem Arbeiter- und Handwerkermilieu, gibt es für mich als Tochter eines Handwerkers eine besondere gemeinsame Wellenlänge: die Sprache meiner Kindheit. Die Färbung eines Vokals kann dabei genügen, dass vergessen geglaubte Ausdrücke und Wendungen wieder verfügbar sind. Für mich ist es herzerfrischend, dem Rapport kommt es zugute.

29.3.2 Indikation und Kontraindikation

Die Indikation besteht für Menschen, die Kontrolle für ihre Essgewohnheiten brauchen **und wollen**, wenn sie für eine Hypnosebehandlung geeignet sind. Neben ausreichender psychischer Stabilität sollten sie zur Mitarbeit motiviert sein.

Sind die zum Übergewicht führenden Essgewohnheiten Folgen einer psychischen Erkrankung, wie z. B. einer Angststörung oder einer Depression, sind diese Erkrankungen vorrangig zu behandeln. Der Einsatz der hier beschriebenen Interventionen erscheint dann nicht sinnvoll, kann jedoch bei leichterer Ausprägung einer solchen Erkrankung zusätzlich hilfreich sein. Eine Kontraindikation besteht auch dann, wenn das Übergewicht funktionalen Charakter erhalten hat.

Kontraindiziert sind die hier geschilderten Interventionen auch bei Bulimie und bei atypischen Essstörungen. Andere hypnotische Techniken im Rahmen einer Psychotherapie versprechen für solche Erkrankungen einen besseren Behandlungsef-

fekt (Griffith et al. 1994, 1996; Vanderlindenet al. 2002).

Kontraindikation:

- **Die zum Übergewicht führenden Essgewohnheiten sind Folge einer psychischen Erkrankung**
- **Bulimie**
- **Atypische Essstörungen**

29.3.3 Empirische Belege

Hypnose wird oft als hilfreich für die Behandlung von Übergewicht beschrieben (Revenstorf 2006). Obwohl Cochrane (1992) die methodischen Mängel bei vielen dieser Studien beklagt, hatte er selbst zusammen mit Friesen (Cochrane u. Friesen 1986) die Effektivität von Hypnose gegenüber einer Kontrollgruppe gezeigt (17 vs. 5 Pfund Gewichtsabnahme 6 Monate nach der Behandlung).

Auf die unterschiedlichen Ergebnisse und Meinungen über die Effektivität von Hypnose bei der Behandlung von Übergewicht weisen auch Vanderlinden u. Vandereycken (1994) hin. Sie empfehlen einen mehrdimensionalen Ansatz mit Entspannung, Selbstkontrolle, körperlicher Aktivität, Änderung von Selbstwertgefühl und Körperschema, Stärken der Motivation und Herausarbeiten der Ambivalenz hinsichtlich der Veränderung. Coman u. Evans (1996) empfehlen den zusätzlichen Einsatz von Hypnose bei Essstörungen und Übergewicht.

Auch Fawzy et al. (1983) treten für einen umfassenden psychologischen Ansatz und die Kombination verschiedener Therapien ein, wie Verhaltens- und Familientherapie, medikamentöse Therapie und psychologische Interventionen in Konsultation/Liaison.

Johnson u. Karkut (1996) setzen bei übergewichtigen Frauen erfolgreich Hypnose, Imagination, Diät, Tonband und Verhaltensmanagement ein. Ein Vergleich übergewichtiger Raucherinnen und Nichtraucherinnen (Johnson 1997) zeigte, dass Rauchen keinen Einfluss auf die Gewichtsabnahme hatte. Anderseits ist interessant, dass gerade das Risiko der Gewichtszunahme bei Frauen die Raucherentwöhnung erschwert und Frauen 3-mal häufiger zur Gewichtskontrolle rauchen als Männer (Walter u. Martin 2007).

In einer Meta-Analyse (Kirsch et al. 1995) wurden 18 Studien berücksichtigt – darunter 6 Studien in Bezug auf Übergewicht –, in welchen kognitive Verhaltenstherapie allein und in Kombination mit Hypnose verglichen wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass der zusätzliche Einsatz von Hypnose den Behandlungseffekt wesentlich verbesserte, was besonders für Übergewicht zu gelten schien: Die zusätzlich mit Hypnose behandelten Personen nahmen auch nach Behandlungsende weiter ab.

Ein Jahr später wurde diese Meta-Analyse insbesondere in Bezug auf die Studien über das Abnehmen heftig kritisiert (Allison u. Faith 1996). Die Autoren errechneten eine geringere Effektstärke als Kirsch et al. (1995). Kirsch (1996) konterte mit einer Meta-Reanalyse der um 2 Studien erweiterten Daten zur Gewichtsabnahme durch kognitive Verhaltenstherapie mit und ohne Hypnose: Es blieb bei einer etwa doppelt so großen Gewichtsabnahme der zusätzlich mit Hypnose behandelten Personen (durchschnittlich 2,74 kg ohne Hypnose vs. 5,37 kg mit Hypnose). Bei späteren, katamnestischen Messungen war der Nutzen durch zusätzliche Hypnosebehandlung sogar noch größer. In dieselbe Richtung weist auch eine Untersuchung aus England (Stradling et al. 1998): Der Einsatz von Hypnotherapie vs. Diätberatung allein brachte bei 60 übergewichtigen Patienten nach 3 Monaten eine Gewichtsabnahme von 2–3%. Nach 18 Monaten zeigte aber nur die Hypnotherapiegruppe (mit Schwerpunkt Stressreduktion) weiterhin eine signifikante Gewichtsabnahme.

Insgesamt zeigen diese Studien ermutigende Anzeichen für den positiven Effekt von Hypnose zusätzlich zu einem anderen Behandlungsprogramm, vor allem bei längerfristiger Betrachtung der Wirkung. So auch bei Bolocofsky et al. (1985), die zwar bei Behandlungsende nach 9 Wochen keinen Unterschied der Gewichtsabnahme bei Verhaltenstherapie mit oder ohne zusätzliche Hypnose sahen, jedoch nach 8 Monaten und nach 2 Jahren für die Hypnosepatienten eine signifikante zusätzliche Gewichtsabnahme fanden.

Speziell zum Effekt der in diesem Beitrag beschriebenen Interventionen gibt es keine Untersuchung. Zusammen mit den Kollegen, die auch damit arbeiten, bin ich aufgrund unserer Erfahrungen von der Wirksamkeit überzeugt. Wir werten als Erfolg, wenn die Patienten regelmäßig lang-

sam abnehmen (etwa ein halbes Kilogramm pro Woche), die Gewohnheiten beim Essen und der körperlichen Aktivität günstig geändert haben und meinen, nun können sie selbstständig mit dem Tonband weiterarbeiten. Das angepeilte realistische Wunschgewicht wird meistens erst viel später erreicht – was angesichts des gewollt langsamen Abnehmens verständlich ist. Das Erreichen von Normalgewicht wird in der Regel nicht angestrebt – ähnlich wie bei anderen Konzepten, wie z. B. jenen für Kleingruppen von Klein et al. (2006).

Mit dieser Sichtweise des Erfolges liegt die Erfolgsquote der seit dem Jahre 1993 in meiner Praxis so behandelten Patienten bei etwa 80% zu Behandlungsende. (Die Katamnese gestaltet sich leider weiterhin schwierig, da nur etwa ein Fünftel der Patienten die versprochene Rückmeldung gibt.)

Für dieses Ergebnis ist ein günstiges Zusammentreffen mehrerer Faktoren anzunehmen. Neben der hohen Motivation zur Mitarbeit und der Verwendung des Tonbandes spielt wohl die hohe Erwartung und unsere gemeinsame Arbeit eine entscheidende Rolle. Den positiven Einfluss der Erwartung auf das Ergebnis haben schon Oettingen u. Wadden (1991) speziell für Gewichtsabnahme gezeigt.

Sexuelle Störungen

Patrick Wirz

30.1 Störungsbilder – 389

30.2 Theoretischer Hintergrund – 390

30.3 Interventionen – 392

30.3.1 Interventionen im HSS-Modell – 392

30.4 Problem- und symptomspezifische Interventionen im HSS-Modell – 396

In der Sexualtherapie werden Störungen der Appetenz, der Erregung und des Orgasmus sowie Leiden an der sexuellen Orientierung und Unsicherheiten bezüglich der Geschlechtsidentität behandelt. Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf die Behandlung sexueller Funktionsstörungen (Klassifizierung nach ICD-10: F52).

Die Art, wie Sexualtherapeuten die Psychologie der Sexualität beschreiben und definieren, formt die Modalität der Behandlung und diese wirkt sich wiederum auf die Konstruktion des Sexuellen aus. Nach langjähriger empirischer Sexualforschung legten Masters u. Johnson (1970) das Fundament für die Konzeption der modernen Sexualtherapie.

Die Ära vor Masters und Johnson begann in den 1920er-Jahren und kann als Periode der Sexualtechniken (Apfelbaum 2001) bezeichnet werden. In Ehemanualen, die durch ihre große Verbreitung ganze Generationen prägten, wie z. B. Van der Velde (1926), wurden Techniken empfohlen, wie die Sexualität für beide Geschlechter gewinnbringender inszeniert werden kann. Dabei geriet vieles zu Forderungen und steigerte die Erwartungen an die Sexualität westlicher Paare enorm. Sie wurde zum Kompetenztest bezüglich der Erfüllung von Erwartungen an die Männlichkeit und Weiblichkeit. Ein Hauptverdienst von Masters und Johnson liegt darin, dass sie in unsere Aufmerksamkeit rückten, wie ein »technischer« Ansatz in der Sexualität die Vulnerabilität für die Angst vor der Durchführung der Sexualität (»performance anxiety«) steigert. Das gleichzeitige Konstruieren der Sexualität als »natürlicher« Prozess, dem die Menschen einfach ihren Lauf lassen sollten, führte zudem zur Idee, dass die Durchführungsangst ein persönlicher Makel, eine Störung sei und zu überwinden ist. Das Fehlen von Anzeichen der Erregung in sexuellen Kontakten wurde – losgelöst vom Grad der Erotisierung – als unangemessenes weibliches oder männliches Reagieren interpretiert.

Masters und Johnson zeigten, dass die Durchführungsangst, die Angst, die sexuelle Technik nicht kunstvoll anwenden zu können, der primäre Hintergrund bei sexuellen Funktionsstörungen ist und – in Umkehr der bisherigen Annahme – Einschränkungen durch Religionen, gesellschaftliche Moral und Erziehung sekundäre Probleme sind. Diese Sekundärprobleme verursachen nur dann sexuelle Funktionsstörungen, wenn sie durch die Angst, in der Sexualität zu versagen, potenziert werden.

Die Stärke der Masters-Johnson-Therapie zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen liegt in ihrer Effektivität der Symptombehandlung von Erektions- und Lubrikationsstörungen sowie Hemmungen des Orgasmus. Bezüglich der Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit und der Steigerung der sexuellen Appetenz zeigt sich jedoch die Begrenztheit dieses Verfahrens. Oft sind die Patienten am Ende einer Masters-Johnson-Therapie über die Symptomheilung zufrieden, beklagen aber weiterhin eine als mittelmäßig erlebte Sexualität, die keine Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit erbracht hat. Die Sehnsucht nach intensivem sexuellem Erleben und einer nachhaltigen sexuellen Zufriedenheit bleibt unerfüllt. Dieser Wunsch an eine Behandlung wird durch die klassische Sexualtherapie häufig nicht eingelöst. Das wiederholte Erleben dieser Begrenztheit regte Sexualtherapeuten (Ellison 2001; Schnarch 1991) zur Suche nach einer neuen Ausrichtung der Sexualtherapie an. Der Erfolg soll nicht mehr primär in der Begrifflichkeit physiologischen Funktionierens definiert werden, sondern in Termini wie sexuelle Freude, Intimität, Befriedigung, wechselseitiges Vergnügen und Selbstachtung. Mit ihrer Erlebnisorientierung und Fokussierung der Aufmerksamkeit bietet Hypnose die gewünschte Neuorientierung der Sexualtherapie an.

Vor über 60 Jahren veröffentlichten Erickson u. Kubie (1941, zit. in Hammond 1990) die erste Fallgeschichte einer erfolgreichen hypnotherapeutischen Behandlung gehemmten sexuellen Verlangens. Anfang der 1980er-Jahre wurden zwei ausführliche Monografien (Araoz 1982; Beigel u. Johnson 1980, zit. in Hammond 1990) mit vielen Vorschlägen zur Hypnotherapie sexueller Funktionsstörungen vorgelegt.

Hypnotherapie bei sexuellen Funktionsstörungen ist vielversprechend zur Angstreduktion vor der Sexualität, zur Dissoziation negativer Kognitionen, zur Konzentrationssteigerung auf sexualisierende Gedanken und Sinnesreize und zum Erleben sexueller Lösungen in der Altersprogression. Dennoch wird das Potenzial der Hypnose in der Sexualtherapie kaum genutzt. Nur 7% (Killman et al. 1986, zit. in Hammond 1990) der zertifizierten Sexualtherapeuten der USA nutzen in ihrer klinischen Arbeit Hypnose. Es ist bedauerlich, dass

der hypnotische Ansatz zur Behandlung sexueller Dysfunktionen nicht breiter akzeptiert ist (Stanley u. Burrows 2001).

Hammond (1990) sieht Vorteile in der Verwendung von Hypnose in der Sexualtherapie bei denjenigen Fällen, in denen kein kooperativer Partner zur Verfügung steht, und unterstreicht auch die Möglichkeit der schnellen Exploration und Identifikation von Hintergrundkonflikten. Ein weiterer Nutzen sieht der Autor in der Selbsthypnose. In der Tranceratifizierung sieht Hammond eine Überzeugungsmöglichkeit für die Patienten, dass Hypnose ihnen helfen kann. Zudem eröffne Hypnose eine Reihe von Techniken, um problematische Emotionen zu ändern und gewünschte Zustände (in diesem Falle Begehren, Erotisierung und Steigerung der Erotisierung zum Orgasmus) zu erleichtern.

Im Folgenden wird ein Konzept vorgestellt, das neben der Symptomheilung versucht, dem Bedürfnis der Patienten nach größerer sexueller Zufriedenheit gerecht zu werden. Die praktische Erfahrung mit der »Hypno-Systemischen-Sexualtherapie« (HSS-Modell) zeigt, dass die Patienten sich bezüglich des Problemzusammenhanges schnell entlastet und entpathologisiert fühlen und die Behandlung selbst als angenehm erotisierend erleben. Dies steigert die Hoffnung, sexuelle Zufriedenheit zu finden, was die Bereitschaft zur Therapiekooperation stärkt.

- **Sexualtherapeutische Ansätze unterlagen einer Entwicklung, bei der das Hauptaugenmerk zunächst auf der Behandlung sexueller Funktionsstörungen lag.**
- **Sexuelle Funktionsstörungen wurden als Charakterdefekt angesehen.**
- **Die Angst vor sexuellem Versagen potenziert die Dysfunktion.**
- **Eine neue Ausrichtung der Sexualtherapie legt den Schwerpunkt auf sexuelle Freude, Intimität, Befriedigung, wechselseitiges Vergnügen und Selbstachtung.**
- **Hypnotherapie in der Sexualtherapie ist vielversprechend**
  - **zur Angstreduzierung,**
  - **zur Konzentrationssteigerung auf sexualisierende Gedanken und Sinnesreize.**
- **Ziel ist neben der Symptomheilung eine größere sexuelle Zufriedenheit des Patienten.**

30.1 Störungsbilder

Das Ausbleiben oder Versagen körperlicher und mentaler Sexualreaktionen ist im »Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen« (DSM-IV) und in der »International Classification of Disease 10th Revision« (ICD-10) als »Sexuelle Funktionsstörungen« (F52) definiert.

Liegt ein generalisiertes, während mindestens 6 Monaten ausnahmslos in allen Situationen auftretendes Ausbleiben von Genitalreaktionen vor und wird subjektiv eine deutliche Erotisierung erlebt, ist vor einer Sexualtherapie eine medizinische Abklärung erforderlich.

Partner-, situations- und praktikbezogene Störungen hingegen weisen auf eine psychogene Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung hin. Medizinische Abklärung ist in diesen Fällen nur zur Beruhigung der Patienten indiziert.

Hauptmerkmal der »Störung mit verminderter sexueller Appetenz« (302.71 bzw. F52.0) ist der Mangel oder das Fehlen sexuellen Verlangens.

Der Widerwille gegen genitalen, bei starker Ausprägung gegen jeglichen körperlichen Kontakt mit einem Sexualpartner wird als »Störung mit sexueller Aversion« (302.9 bzw. F52.1) definiert.

Das Ausbleiben sexueller Reaktionen in der Erregungsphase wird als »Versagen genitaler Reaktionen« (302.72 bzw. F52.2) klassifiziert. Sie manifestiert sich bei der Frau als anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine adäquate Lubrikation und ein Anschwellen der äußeren Genitalien zu erlangen oder bis zur frei gewählten Beendigung der sexuellen Aktivität aufrechtzuerhalten. Die Erektionsstörung beim Mann ist die parallele Symptomatik. Dies bezeichnet die anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erreichen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.

Mit der »weiblichen Orgasmusstörung« (302.72 bzw. F52.3) und der »männlichen Orgasmusstörung« (302.74 bzw. F52.3) wird die anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Ausbleiben des Orgasmus nach anfänglichen sexuellen Reaktionen bezeichnet.

Als »Ejaculatio praecox« (302.75 bzw. F52.4) wird das anhaltende oder wiederkehrende Einsetzen des Orgasmus und der Ejakulation vor, bei oder

kurz nach der Penetration, und bevor die Person es wünscht, bezeichnet.

Eine weitere Behinderung bis hin zur Unmöglichkeit eines Geschlechtsverkehrs stellt der »Vaginismus« (306.51 bzw. F52.5) dar. Wenn das Einführen eines Penis oder eines Fingers versucht wird, erfolgt eine wiederkehrende oder anhaltende unwillkürliche Kontraktion der Muskulatur im äußeren Drittel der Vagina.

Eine genitale Schmerzempfindung, die mit dem Geschlechtsverkehr einhergeht und nicht die Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors ist, wird als »Dyspareunie« (302.76 bzw. F52.6) diagnostiziert.

Störungsbilder der sexuellen Funktion sind:

- **Verminderte sexuelle Appetenz**
- **Sexuelle Aversion**
- **Störung der sexuellen Erregung bei der Frau bzw. beim Mann**
- **Erektionsstörung und »Ejaculatio praecox« beim Mann**
- **Weibliche und männliche Orgasmusstörung**
- **Vaginismus**
- **Dyspareunie**

Medizinische Abklärung kann erforderlich sein.

Das Geflecht des Entstehungs- und Aufrechterhaltungszusammenhanges psychogener sexueller Funktionsstörungen setzt sich aus den 5 Komponenten zusammen, die in der ▶ Übersicht »Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen sexueller Funktionsstörungen« zusammengefasst sind.

Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen sexueller Funktionsstörungen:

1. Einseitige Präferenz einer Sinnesmodalität mit gleichzeitiger Entwertung und/oder Dissoziation der anderen vier
2. Stressreaktionen (meist Durchführungs-/Leistungsängste) während sexuellen Aktivitäten
3. Fehlende Erotisierung
4. Affektive Belastungen
5. Polarisierung der Sexualbeziehung

30.2 Theoretischer Hintergrund

Die Hypnotherapie, mit ihrer Möglichkeit des Fokussierens auf das Erleben, modifiziert die Sexualtherapie erfolgreich, indem sie die Aufmerksamkeit der Patienten auf die Kunst der Erotik lenkt und sie erfahren lässt, dass sexuelles Funktionieren selbsttätig auf eine Erotisierung als unwillkürliche körperliche Antwort erfolgt. Zu einer Verbesserung der sexuellen Freude der Patienten ist die Verhaltensorientierung der Sexualtherapie mit einer angemessenen »ars erotica« zu ergänzen, um nicht in einem Funktionalitätsdenken stecken zu bleiben, bei dem Liebe, Leidenschaft und sexuelle Freude sich aus dem Bewusstsein verflüchtigen.

Die sexuelle Zufriedenheit und die Selbstachtung sind abhängig davon, ob die innere Beziehung zu den verschiedenen Aspekten des eigenen Begehrens harmonisch ist und in der Sexualbeziehung mehr Ergänzung und Intensivierung als Einschränkung erfährt. Ist das innere und/oder äussere Gleichgewicht des Begehrens beider Sexualpartner unausgeglichen, sinkt die Erregung, die Betroffenen und ihre Partner geraten unter Leidensdruck, da die sexuelle Paarung erschwert oder gar verunmöglicht wird.

Die Voraussetzung für nachhaltiges sexuelles Reagieren ist eine deutliche Erotisierung, die sich in der Erickson'schen Hypnotherapie als »erotische Trance« beschreiben lässt. Der Sexualtherapeut Bernie Zilbergeld sieht in gutem Sex das beste Beispiel für eine hypnotische Trance. Man ist so intensiv mit dem beschäftigt, was man selbst und der Partner erlebt, dass beide an nichts anderes mehr denken. Im Orgasmus ist der Mensch von den Gefühlen in seinem Körper in Bann genommen (Pietropinto u. Simenauer 1994). Dieses Sich-der-Erotik-Überlassen führt zu einem Vorherrschen des Bewusstseinssystems der Unwillkürlichkeit.

Je mehr sich das sexuelle Erleben von einer »erotischen Trance« unterscheidet, umso wahrscheinlicher ist das Auftreten einer sexuellen Funktionsstörung. Das Versagen unwillkürlicher sexueller Reaktionen ist die direkte Folge einer dysfunktionalen Wahrnehmungsfokussierung auf negative Affekte bezüglich sexueller Leistungsanforderungen. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf das Nichtfunktionieren oder auf unerotische Reize.

In der Steigerung des sexualdestruktiven Kognitionszirkels richtet sich die Konzentration im Weiteren auf die Auswirkungen des eigenen Nichtfunktionierens auf den Partner. Dies führt einerseits zu ängstlicher Selbstbeobachtung und gleichzeitig zu einer besorgten Fixierung auf die Partnerreaktionen. Dieses unerfreuliche Erleben der sexuellen Aktivität führt zur Eskalation der negativen »Sexuellen Mentalen Verarbeitung« (Wirz 2001) mit ihren sexualdestruktiven Autosuggestionen. Der Symptomträger, meist auch beide Partner, verfangen sich in einer Problemtrance, die eine Deerotisierung bewirkt. Die Problemtrance blockiert die »erotische Trance« und die unwillkürlichen Sexualreaktionen lassen nach.

Eine Sexualbeziehung kann als ein System von intrapsychischen und interaktionellen erotischen Teilaspekten definiert werden, die sich zueinander in Beziehung setzten. Die Teilsysteme der inneren sexuellen Welt der Partner und die interaktive sexuelle Welt des Paares bilden zusammen das System ihrer Sexualbeziehung. Veränderungen auf der Ebene des intrapsychischen Systems rufen Veränderungen im interpsychischen System hervor und umgekehrt, da aneinander angrenzende Systeme sich gegenseitig reflektieren (Schwartz 2002). In der Sexualtherapie wird daher sowohl im Einzel- wie auch im Paarsetting gearbeitet. Die Wahl des jeweiligen Settings ist abhängig von der diagnostischen Einschätzung und der Motivationslage des Partners. Nicht selten kombinieren sich in der Sexualtherapie Einzel- und Paarsetting.

Sexuelles Erleben in einer Sexualbeziehung ist bestimmt von der erotischen und sinnlichen Wahrnehmung. Die Erickson'sche Hypnotherapie geht von der Annahme aus, dass Wahrnehmung durch willkürliche und unwillkürliche Fokussierung der Aufmerksamkeit selbst organisiert gesteuert wird. In einer hypnotherapeutischen Sexualtherapie ist die Art und Weise, wie die Individuen auf internaler Ebene ihre Wahrnehmung selektiv steuern und im interaktionellen Wechselspiel den Partner zu sexuellen Aktivitäten suggestiv einladen, eine zentrale Frage.

Im Folgenden wird ein Modell der »Hypno-Systemischen-Sexualtherapie« (HSS-Modell) vorgestellt, das neben den intrapsychischen auch die interaktiven Aspekte sexuellen Erlebens mitfokussiert. Für die Grundannahmen des HSS-Modells, ▶ Übersicht »Grundannahmen der »Hypno-Systemischen-Sexualtherapie«:

Grundannahmen der »Hypno-Systemischen-Sexualtherapie« (HSS-Modell):

- Gutes sexuelles Erleben und Funktionieren bedingt eine Bewusstseinsveränderung im Sinne einer »erotischen Trance« (ET).
- Eine rational kontrollierende Nüchternheit in sexuellen Inszenierungen verhindert eine ET.
- Das Loslassen von Kontrollfunktionen ermöglicht eine angstfreie Konzentration auf das sinnliche Erleben und auf erotisierende Praktiken.
- Paardynamisch abgestimmtes Sexualverhalten ermöglicht dem Paar das gegenseitige Induzieren einer ET.
- Sexuelles Desinteresse, mangelnde Sexualbefriedigung und/oder Störungen der Sexualfunktionen sind symptomatisch für das Fehlen einer ET.

Im HSS-Modell werden die Patienten beim Suchen nach zu ihnen passenden Wegen in eine »erotische Trance« unterstützt, ausgehend von der Annahme, dass Menschen grundsätzlich Ressourcen besitzen, um ein ausgeglichenes und harmonisches Sexualleben zu führen. Diese Ressourcen können jedoch durch sexualdestruktive intra- und interpsychische Muster eingeschränkt sein. Zur Erfassung der relevanten Einschränkungen der sexuellen Fähigkeiten werden Fragen auf 4 Ebenen geklärt, ▶ Übersicht »Einschränkungen der sexuellen Reaktionsfähigkeit«:

Einschränkungen der sexuellen Reaktionsfähigkeit:

- **Sexueller Reaktionszyklus**: Welche Phasen des sexuellen Reaktionszyklus werden störungsfrei genossen und in welcher Phase der sexuellen Aktivität tritt welche Art von Störung (ICD-10- oder DSM-IV-Diagnostik) auf?
- **Psychisches System**: Grad der Erotisierung? Partnerwahrnehmung? Wie verläuft die Wahrnehmungsfokussierung auf Erotik? Wie ist die Bewertung der mentalen und körperlichen Ereignisse während sexueller Aktivitäten? Affektlage beim Sexualakt? Angst vor der Durchführung sexueller Inszenierungen? Andere Stressreaktionen? Welche einzelnen Sinnesmodalitäten werden in sexuellen Aktivitäten bevorzugt wahrgenommen, welche dissoziiert? Insbesondere hat für die affektive Bedeutsamkeit sexuellen Erlebens in Langzeitbeziehungen die Unterscheidung von Wahrnehmung bezüglich der Nah- und Fernsinne (Peter 2001a, ► Kap. 2) große Bedeutung. Wenn die visuelle Sinnesmodalität primär und die kinästhetische dissoziiert ist, langweilt sich die betreffende Person in länger dauernden Sexualbeziehungen. Unbehagliche Gefühle bei olfaktorischen oder gustatorischen Wahrnehmungen können die sexuelle Reaktionsfähigkeit ebenfalls beeinträchtigen.
- **System der Alltagsbeziehung**: Verhältnis der Positivität zur Negativität in der Paarbeziehung? Können Groll und Feindseligkeit außerhalb der Sexualbeziehung geklärt werden? Sind die Grenzen zum »Teilsystem Kinder« klar?
- **System der Sexualbeziehung**: Wie gelingt die Kunst der Verführung, d. h. die gemeinsame Konstruktion einer alternativen Wirklichkeit des Sexuellen? Wie ist das Repertoire der Verführungsrituale? Wie harmonisch oder polarisiert ist die sexuelle Inszenierung? Wie ist die Kooperation bezüglich unterschiedlicher sexueller Wünsche? Wie ist die Flexibilität der sexuellen Inszenierungen?

In der Einleitung wurden einige Gründe für eine Anwendung von Hypnose in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen erwähnt. Die Eignung der Hypnotherapie zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen gründet im Wesentlichen auf der strukturellen Entsprechung von hypnotischen Zuständen und den Phänomenen der Bewusstseinsveränderung der Erotisierung.

Gute und lustvolle Sexualität ist geprägt vom Erleben der Unwillkürlichkeit. Direkte und indirekte Kommunikations- und Imaginationstechniken auf allen Sinneskanälen aktivieren die gewünschten sexuellen Erlebnisprozesse. Die Patienten erleben, wie sie auf ihre ganz persönliche Weise Zugangsmöglichkeiten zum ersehnten Erleben bekommen. Die hypnotische Bearbeitung wirkt eher auf der unwillkürlichen Ebene. Mit diesem Verfahren lassen sich die Möglichkeiten der traditionellen Sexualtherapie optimieren, die mit den »Sensate-Focus-Übungen« das körperliche Erleben anspricht, kognitiv ist die Sexualität jedoch eher nach den Kriterien des Alltagsbewusstseins analysiert. Die Hypnosexualtherapie unterstützt das (sexuelle) Unbewusste in seinen Möglichkeiten, den Sinnenakt losgelöst vom Alltagsrahmen der Sexualbeziehung zu entfalten.

Die gleichen kognitiven Prozesse, die eine hypnotische Erfahrung ermöglichen, fördern auch das sexuelle Genießen, das wiederum eine conditio sine qua non für sexuelle Reaktionen ist. Dies sind:

- **Imaginationen und phantasiendramatisierende Darstellungen**
- **Dissoziationsfähigkeit**
- **Ablenkung von Alltagsfragen**
- **Hingabe**
- **Bewusstheit der Körperempfindungen**

30.3 Interventionen

30.3.1 Interventionen im HSS-Modell

Dem HSS-Modell wird ein Allgemeinkonzept psychotherapeutischen Vorgehens bei Hemmungen der sexuellen Reaktion zugrunde gelegt. Ergänzt wird diese allgemeine Strategie mit Interventionen, die für die differenziellen sexuellen Funktions-

störungen zur Zielerreichung hilfreich sind. Das Hauptziel ist die Entwicklung einer konzentrierten Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Erotisierung und das Genießen der Sinnlichkeit (»erotische Trance«), unbeeinträchtigt von Durchführungsängsten (Problemtrance) bezüglich der sexuellen Aktivität.

Das HSS-Modell lässt den Anwendern viel kreativen Spielraum. Dennoch empfiehlt sich meist ein gewisses sequenzielles Vorgehen, um sich nicht in den subjektiv hochspezifischen erotischen Tranceprozessen zu verlieren und einen geordneten Lernprozess zur Zielerreichung zu ermöglichen. ▶ Übersicht »Die 7 Schritte des HSS-Modells« fasst diese 7 wichtigsten Schritte zusammen. Die Schritte 4–7 wiederholen sich jeweils in den weiteren Konsultationen. Das allgemeine Grundverfahren wird zudem, bezogen auf die Art der Aufrechterhaltungsmuster des Symptoms und auf die Diagnose, mit spezifischen hypno- und sexualtherapeutischen Techniken ergänzt.

Die 7 Schritte des HSS-Modells:

1. Sexualanamnese
2. Explorationshypnose sexueller Funktionsstörungen
3. Informationsvermittlung zur sexuellen Reaktion
4. Harmonisierung der sexualdominanten Persönlichkeitsanteile
5. Umfokussierung auf sexuelle Reize
6. Beobachterperspektive: Aufspüren sexueller Lösungen
7. Altersprogression: Mentaltraining sexueller Lösungen

Zu Schritt 1: Sexualanamnese. Nachdem ein klarer Auftrag zur psychotherapeutischen Bearbeitung der sexuellen Problematik vorliegt, wird als erster Behandlungsschritt – wie in jeder Sexualtherapie – eine fundierte Problemanalyse vorgenommen. Sie dient einer ersten Orientierung und einer klaren diagnostischen Einordnung des sexuellen Problems. Ziel einer Sexualanamnese ist die Erfassung der symptomatischen wie auch der konfliktfreien Aspekte des sexuellen Reaktionszyklus. Meist empfiehlt sich ein sinnlich-konkretes Auflebenlassen einer erlebten sexuellen Begegnung. Folgende Fragen sind dabei zu klären: Wie sieht das Symptomerleben auf den Ebenen Körper, Psyche und Sexualbeziehung aus? Wie sind die kognitiv-affektiven Muster der Person bezüglich sexueller Aktivitäten (Leistungsansprüche, Angst vor Misserfolg, moralische Einschränkungen, Angst vor Kontrollverlust, Lusterleben, sexuelle Freude, Ausbalancierung der Fähigkeit, den Partner als Sexualobjekt sehen zu können, und der Fähigkeit, sich auf den Partner persönlich beziehen zu können (Apfelbaum 2001, S. 18), Angst vor Nähe, Angst vor Partnerreaktionen). Wie war der Lebens- und Beziehungskontext bei Auftreten der Symptomatik? Was ist die subjektive Erklärung für die Symptomatik? Wie ist die Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen kognitiven Mustern und dem Fehlen von Anzeichen der Erregung? Wann treten Ausnahmen zu Sexualproblemen auf, in der Gegenwart oder nur in der Vergangenheit? Was sind die gewünschten und realisierbaren Ziele der Behandlung?

Zu Schritt 2: Explorationshypnose sexueller Funktionsstörungen. Für die Orientierung in der Hypnosexualtherapie steht das Problemerleben in Trance im Vordergrund und nicht ein Reden **über** das Problem. Das sinnlich-konkrete Erinnern an sexuell schwierige Situationen stellt sich leichter ein und ist von zensurierenden Persönlichkeitsanteilen weniger eingeschränkt. Sexualpatienten sind meist zu Beginn der Therapie sehr angespannt und aufgeregt, wie sich der Prozess entwickeln wird. Die Induktion einer Entspannungstrance mit der Suche nach einem sicheren Ort erleichtert den Zugang zum entspannten hypnotischen Bearbeiten sexueller Schwierigkeiten. Nach einem sinnlich-konkreten Erleben der Entspannung und Sicherheit im momentanen Erleben, erfolgt die Konfrontation mit sexuellen Situationen. Bei Wiederanstieg der Anspannung empfiehlt sich ein wiederholtes Zurückgehen an den sicheren Ort des Wohlbefindens mit einem erneuten Entspannungserleben. Dieses Pendeln zwischen ungestörtem Genießen der Sinnlichkeit und der Stressreaktion vermittelt erste Erfahrungen der Möglichkeiten der Selbstberuhigung in Sexualsituationen. Im Problemerleben werden die verschiedenen Ebenen der Anamnese (Bongartz u. Bongartz 1998) erhoben. Was geschieht körperlich (z. B. Verspannung, Schweiß-

ausbruch, Wirkung in den Genitalien)? Was denken Patienten in dieser Situation (z. B. »Heute klappt es wieder nicht«)? Was sind dabei ihre Gefühle (Angst, Ärger, Traurigkeit, Gelassenheit)? Wie beurteilen Sie sich selbst in dem Moment (z. B. »Ich bin keine richtige Frau/Mann, das Natürlichste der Welt kann ich nicht«)? Was tun sie in dieser Situation (z. B. abbrechen, reden, nichtgenitale Zärtlichkeit)? Es ist klinisch sinnvoll, immer zuerst nach negativer Selbsthypnose im inneren Dialog zu suchen (Araoz 1998). Was sagen sie zu sich selbst, oder was kommt ihnen in den Sinn, wenn sie an ihr sexuelles Problem denken? Was für Bilder (Imaginationen) kommen ihnen in den Sinn? Wie sehen sie sich vor ihrem geistigen Auge, wenn sie zu sich dies und jenes sagen? Wie verändert sich dann ihre Stimmung?

Sexuelles Tranceerleben wird oft durch kleine innere oder äußere Störungen beeinträchtigt. Dies kann sich auf gewisse Bewegungen und Stimulationsweisen beziehen oder auf das Aussehen oder den Geruch des Partners. Bei starken Negativreaktionen reißt der innere Film der erotischen Trance. In therapeutischen Trancen wird dieses Gefühl der Irritation, im Wachbewusstsein oft als moralisch unzulässige Partnerentwertung disqualifiziert, eher unzensuriert zugelassen und geäußert. Dies wiederum ermöglicht erst eine psychotherapeutische Bearbeitung der sexuellen Interaktionsprozesse, die sich trancebehindernd auswirken.

Fallbeispiel

Ein Patient, der unter dem Versagen seiner genitalen Reaktion stark litt, erlebte in Trance, wie er beim Vorspiel durchaus mit einer Gliedversteifung reagierte, die er dann jeweils verlor. Die Exploration ergab die folgende Ablaufsequenz: Er genießt die feinen Berührungen der Partnerin zu Beginn des Vorspiels. Mit zunehmender Erregung geht seine Frau zu einem festeren Zugreifen über, das der Patient als aggressiv und unangenehm bis schmerzhaft empfindet. Er wird ärgerlich auf die Frau, gleichzeitig versuchte er den Ärger zu unterdrücken und zu überspielen. Diese Art der mentalen Verarbeitung führt zu einem Abfall der sexuellen Lust, die mit einem Rückgang der Erektion einhergeht. Dies wiederum bewertet der Patient jeweils als Beginn seiner Erektionsstörung, das Startsignal zur kommenden Katastrophe. Mental bewegt er sich zwischen Ärger auf sich selbst, seinem Versagen und Zorn auf die Frau. Die sexuelle Ernüchterung scheint ihm unaufhaltbar und er bricht in diesen Situationen die sexuellen Aktivitäten regelmäßig ab. Die weitere Exploration ergibt, dass zu diesem Zeitpunkt der Patient noch zu wenig erregt ist, um ein intensiveres Streicheln genießen zu können, was bei stärkerer Erregung durchaus möglich wäre.

Innere Behinderungen der »erotischen Trance« manifestieren sich durch das Auftauchen von – manchmal unbewussten – Empfindungen der Nervosität, des Schmerzes oder der Empfindungstaubheit gegenüber bestimmten Sinnesmodalitäten. Letzteres ist oft eine Folge dissoziativer Prozesse gegenüber den kinästhetischen Wahrnehmungen. Die Nervosität ist der Ausdruck von bewusstem oder unbewusstem Stresserleben. Die inneren Behinderungen werden vom wachen Alltags-Ich häufig nicht bemerkt. Der Patient ist daher in der Sexualanamnese nicht in der Lage darüber zu berichten. Erst eine Exploration in Trance kann diese inneren Trancebehinderungen – oft zum Erstaunen der Patienten – eruieren.

Fallbeispiel

Ein 45-jähriger Mann mit primären Erektionsschwierigkeiten war in der Sexualanamnese der festen Überzeugung, keine Angst oder Stressreaktionen beim genitalen Versagen zu erleben. In der Exploration in Hypnose realisierte er vor dem Nachlassen der Erektion eine Anspannung der Bauch- und Oberschenkelmuskulatur. Auf einer Skala von 0–10 skalierte er die Spannung im Bauch mit 8 und in den Oberschenkeln mit 7, d. h. der Patient erlebt eine beachtliche Anspannung im Bauch-, Becken- und Oberschenkelbereich. In der weiteren Exploration konnte bearbeitet werden, welche Fehlannahmen über die Aufrechterhaltung einer Erektion und über seinen Beitrag zum Erleben eines Orgasmus der Partnerin zu Durchführungsängsten führten.

Zu Schritt 3: Informationsvermittlung zur sexuellen Reaktion. Sexuelle Funktionsstörungen werden von vielen Patienten als unverstehbar erlebt. Sie sehen kaum Zusammenhänge zwischen ihrer sexuellen Klage und den intra- und interpsychischen Erlebnissen. Die Erotik und das sexuelle Interesse versanden meist langsam, kaum merklich. Wenn die Sexualität nicht in der erwarteten Art und Weise geschieht, klagen sie sich selbst oder ihre Sexualpartner an. Zilbergeld (1994) beschreibt eine Viel-

zahl sexueller Mythen, die mit ihren für die Erotisierung destruktiven Suggestionen sexuelle Aktivitäten zu einem Feld der Bewährung konstruieren. Das Fehlen eines medizinischen Krankheitsfaktors bei sexuellen Funktionsstörungen wird oft nicht als Entlastung und als Hoffnung auf Veränderbarkeit, sondern als Kränkung wahrgenommen. Deshalb empfiehlt sich, zu Beginn der HSS angemessen limitierte Informationen über den Zusammenhang zwischen Erotisierung (erotischer Trance, Leidenschaft, Begehren, sexueller Rausch) und den sexuellen Reaktionen zu vermitteln. Die Unerfüllbarkeit der inneren, gesellschaftlich geprägten Leistungsanforderung, willkürlich und direkt eine sexuelle Reaktion auslösen zu können, kann einfach und spielerisch erlebbar gemacht werden. Feststellungen im Sinne von »Sie können ihrer Frau müde und lustlos, einfach weil sie es angemessen und fair finden, eine Pizza zubereiten; ohne Lust können Sie ihr jedoch keinen erigierten Penis bieten, selbst wenn sie es noch so angemessen und fair finden« erleichtern auf humorvolle und einfache Weise das kognitive Verständnis für die Unwillkürlichkeit sexueller Reaktion. Das motiviert die Patienten, nicht weiter erfolglos Lösungen im Bewusstseinssystem der direkten Willkürlichkeit zu suchen.

Zu Schritt 4: Harmonisierung der sexualdominanten Persönlichkeitsanteile. Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen neigen zu einem inneren Dialog der Selbst- und Partnerabwertung. Dieser negative innere Dialog induziert eine lösungsbehindernde Problemtrance. Araoz (1998) sieht in der »negativen Selbsthypnose« während sexueller Aktivitäten den Hauptgrund für das Ausbleiben sexueller Reaktionen. Dieses Ausbleiben einer Sexualreaktion wird als Versagen im »natürlichen« Akt der Sexualität gesehen und stimuliert wiederum die negative Selbsthypnose. Dass sexuelle Reaktionen jedoch höchst subtil auf innerpsychische Dissonanzen und Spannungen in der Sexualbeziehung reagieren, wird aus dem Bewusstsein dissoziiert. Sexuelle Funktionsstörungen können im Sinne Erickson'scher Hypnotherapie auch als Ausdruck beziehungsgestaltender Fähigkeiten gesehen werden. Das Symptom hat in der intra- und interpsychischen Beziehungsdynamik eine Funktion. Der Persönlichkeitsteil (Sensibilität, Wunsch nach zärtlicher Bezogenheit, Lust, den Partner als Sexualobjekt zu nehmen), der sich mit der Symptomatik schützt, wird entweder gar nicht wahrgenommen oder als unmännlich bzw. unweiblich oder als unethisch abgewertet. In einer Sexualtherapie ist das Aufspüren und Respektieren von Anteilen wirkungsrelevant, die aus dem subjektiven oder dyadischen Bewusstsein dissoziiert oder abgewertet werden. Aus der Beobachterperspektive können Patienten oder Paare verdrängte Persönlichkeits- oder Beziehungsanteile meist selbst orten. Die Patienten lernen ihre persönlichen Voraussetzungen für sexuelles Reagieren kennen. Dies ermöglicht ein Reframing symptomatischer sexueller Inszenierungen, das ein lösungsförderndes Respektieren und Wertschätzen der verdrängten Anteile unterstützt. Ziel ist die Umwandlung der intra- und/oder interpsychischen Interaktion des Kampfes der verschiedenen Persönlichkeitsanteile (Schwartz 2002) in eine Kooperationsbeziehung, die erst ein Wohlbefinden und Genießen in der Sexualbeziehung ermöglicht.

Zu Schritt 5: Umfokussierung auf sexuelle Reize. Sexuelle Reize bedürfen der Bewertung als sexuell bedeutsam, um den sexuellen Reaktionszyklus in Gang zu setzen. Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen neigen im Sexuellen oft zu einer passiv-rezeptiven Haltung, in der eine Erregungssteigerung schwierig ist. Passiv warten sie auf Gefühle der Erotisierung und Signale körperlicher Erregung. Damit sind sie fokussiert auf die sexuelle »Nichtreaktion« und nehmen ihre erotisierenden und erregenden Handlungsmöglichkeiten nicht wahr. Sie fühlen sich als Opfer ihrer Symptomatik. Die Imagination von Verführung und sexuellen Aktivitäten in der Trance ermöglicht das Wiedererleben von Erotisierung und Sinnesstimulation. Dabei ist der Fokus auf ihr mental und körperlich aktives Handeln, und damit auf die Wiedergewinnung ihrer Gestaltungsmöglichkeiten zu richten.

Zu Schritt 6: Beobachterperspektive: Aufspüren sexueller Lösungen. Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen sind aufgrund ihrer Affektlage stark mit ihrer Problemtrance assoziiert. Dies behindert das Finden sexueller Lösungen. Insbesondere übersehen die Patienten in der Problemtrance ihre Gestaltungsmöglichkeiten auf der intrapsychischen und interaktionellen Ebene. Aus der Beobachterperspektive, in der die Patienten sich selbst und

ihre Partner von außen sehen, sind diese besser fähig, ihre sexualdestruktiven Muster zu erkennen. Die Frage an das beobachtende Ich – »Was würde der Person/dem Paar in dieser Situation helfen?« – ermöglicht die Entwicklung von Lösungsperspektiven, die zu den Patienten passen und erweitert den Möglichkeitsraum der Selbstgestaltung sexueller Aktivitäten. Bei Patienten, die sich mit der Lösungsentwicklung schwer tun, bietet sich an, sich Personen vorzustellen, die diese sexuelle Schwierigkeit sicher nicht haben. Dies ermöglicht ein Lernen durch Identifikation und die Wahrnehmung der geistigen und körperlichen Haltung der vorgestellten Vorbilder. In einem zweiten Schritt können sich die Patienten dann identifikatorisch selbst in dieser körperlichen und mentalen Haltung erleben.

Zu Schritt 7: Altersprogression: Mentaltraining sexueller Lösungen. In der HSS finden einige Patienten nach Schritt 6 ihren eigenen Weg zu befriedigenden und funktionellen Sexualkontakten. Wenn es jedoch notwendig ist, die therapeutische Unterstützung fortzusetzen, empfiehlt sich das Einüben sexueller Lösungen in der Altersprogression. In einem ersten Teil erleben sich die Patienten in allen Sinnesmodalitäten in einem persönlichen Sexfilm, in dem alles gut und nach ihrem Wunsch geht. Sie erfahren dabei, wie sich ihre sexuelle Reaktion zunehmend steigert. Im nächsten Schritt lässt der Therapeut sie ihre sexuelle Problemsituation erleben, um dann Lösungen für Stressreaktionen, fehlende Erotisierung und Polarisierung der Sexualbeziehung zu suchen und einzuüben. Dabei kommen dann auch die symptomspezifischen Interventionen zum Tragen.

30.4 Problem- und symptomspezifische Interventionen im HSS-Modell

Die allgemeine Behandlung sexueller Funktionsstörungen wird durch die Anwendung spezifischer Interventionen unterstützt. Die Auswahl richtet sich nach der Differenzialdiagnose und dem identifizierten Entstehungs- und Aufrechterhaltungszusammenhang des symptomatischen Verhaltens (▶ Übersicht »Themen der sexualtherapeutischen Praxis«):

Themen der sexualtherapeutischen Praxis

1. Abbau von Stressreaktionen in sexuellen Begegnungen
2. Lösungen für Interaktionsstörungen in sexuellen Beziehungen
3. Modifikation sexualfeindlicher Bezugsrahmen
4. Selbstbestimmung des Ejakulationszeitpunktes
5. Auslösen des Orgasmus
6. Trennung affektiver Belastungen von sexuellen Aktivitäten

Zu 1. Abbau von Stressreaktionen in sexuellen Begegnungen. Stressreaktionen in sexuellen Aktivitäten sind die Folge von Angst, nicht in gewünschter Weise sexuell zu reagieren. Dies aktiviert das Kontrollbedürfnis, verhindert eine Regression im Dienste der Lust und ein Eintauchen in eine »erotische Trance«. Einerseits empfiehlt es sich immer wieder zu betonen, dass sexuelle Reaktionen unwillkürliche Reaktionen sind, die nicht direkt kontrolliert werden können. Sexuelle Reaktionen ergeben sich nur indirekt, über eine Erotisierung bei einem inneren Zustand der »Nichtalarmiertheit«. Die therapeutische Fragestellung ist: »Wie findet der Patient den Mut, sich auf sein sexuelles Selbst zu verlassen und seine Aufmerksamkeit auf seine Erotisierung zu fokussieren?« Um dieses Ziel zu erreichen, sind folgende Schritte hilfreich:

- Positive emotionale Ausrichtung auf sexuelle Aktivitäten,
- Aufbau sexueller Selbstsicherheit,
- Etablierung von bewusster Gedankenkontrolle,
- Aufbau einer Erwartungshaltung, die Umstände sexueller Aktivitäten günstig beeinflussen zu können,
- Sicherheit zu entwickeln gegen die Angst vor Kontrollverlust, so wird es möglich, sich dem unwillkürlichen Erleben überlassen zu können,
- Sensibilisierung für die Wahrnehmung der mentalen Erregung,
- Steigerung der Wahrnehmung der körperlichen Ansprechbarkeit auf Erotisierung,
- Fokussierung auf Genießen der Sexualität.

Fallbeispiel

Ein 28-jähriger Mann mit Erektionsstörungen, die die Partnerschaft stark belasteten, erlebte in der Problemtrance, wie sich seine Körperreaktionen und seine Wahrnehmung drastisch verändern. Er berichtete, wie er in diesen Momenten zu schwitzen begann und Angst vor den Reaktionen der Partnerin entwickelte. Er verlor die vorher noch intensive Erotisierung. Die Wahrnehmung der Haut und des Körpers seiner Partnerin, die eben noch in höchstem Maße erotisierend war, löste sich wie in Luft auf. Im ersten therapeutischen Schritt nach der Tranceinduktion imaginierte er einen sicheren inneren Ort. Mit dem entspannten Gefühl der Sicherheit und Kompetenz erfolgte im zweiten Schritt die Konfrontation mit der oben beschriebenen Problemsituation. Sein beobachtendes Ich unterstützte sein erlebendes Ich den Mut zu finden, der Freundin seine Angst zu kommunizieren und sich Zeit und Raum zu geben, um zu einer erneuten Erotisierung zurückzufinden. Das erlebende Ich rückte die Leistungsangst in den Hintergrund, indem es sich erneut auf innere und äußere sexuelle Reize konzentrierte. So erlebte er eine erneute Erotisierung, auf die sexuelle Reaktionen folgten. Als unterstützende posthypnotische Suggestion bot sich an, genau wie hier in der Imagination könne er sich in zukünftigen sexuellen Aktivitäten von seiner Angst wieder lösen und zurück zu einer erotischen Wahrnehmung der Situation finden. Dies unterstützte auch die Unterbrechung des Musters, beim Auftreten der Durchführungsangst seine sexuellen Aktivitäten abzubrechen. Die Anregung der Hausaufgabe, mit seiner Erektion zu spielen, d. h. sich bis zur Plateauphase zu stimulieren, dann mit der Stimulation zu stoppen, bis der Penis deutlich weniger steif ist, unterstützten ihn, den Mut zu finden, sich bei einem Rückgang der Erektion erneut auf sexuelle Reize zu konzentrieren. Als sinnstiftende Erklärung erhielt er den Hinweis, dass sich so ein »Körperwissen« entwickeln kann, wie Erektionen kommen und vergehen, vergehen und kommen können und ein Nachlassen der Erektion kein Grund zum Abbruch einer Sexualinszenierung ist. Die Anleitung zur Selbsthypnose ermöglichte zusätzlich – außerhalb des Therapiesettings – negative Gedanken zu seiner sexuellen Reaktionsfähigkeit durch positive zu ersetzen und kognitive Haltungen einzuüben, die sexuelles Genießen erlauben.

Zu 2. Lösungen für Interaktionsstörungen in sexuellen Beziehungen. In der sexuellen Inszenierung ist es entscheidend, ob dem Paar eine gleichzeitige, sich gegenseitig induzierende Sexualtrance gelingt. Bekanntlich können Heterosuggestionen eine Trance sowohl vertiefen wie auch behindern. Die Schwierigkeiten können in unkompatiblen Vorstellungen über geeignete Verführungsrituale oder in der Art der Sexualinszenierung liegen. Zur hypnotherapeutischen Behandlung empfehle ich eine Technik der »Feinabstimmung gleichzeitiger erotischer Trancen«: Nach der Tranceinduktion bei beiden Partnern erleben sie mithilfe gezielter Suggestionen ihre Sehnsucht nach Erotik und Sex, die durch die Dissonanzen oft nicht mehr spürbar ist, da das polarisierte Alltagsdenken die Partner in ihrer Lösungsfindung einschränkt und die innere Umstrukturierung behindert. Das Problemerleben, mit dem Gefühl sexuell nicht mehr zueinanderzupassen, ist Teil einer Paarbeziehungsproblemtrance. In der therapeutischen Trance imaginiert jeder für sich eine Paarszene, in der er Lust auf Sex hat und versucht, den anderen zu verführen. Dabei werden unterschiedliche Zugangsweisen zum erotischen Rausch, wie auch mögliche Kooperationsbereiche konkret sinnlich erlebt und aufeinander abgestimmt. Wegleitend ist dabei die systemische Idee des Wechsels von Mustern des »Entweder-oder« zu Mustern des »Sowohl-als-auch«. Günstig ist, dass sich die Partner in der Führung der erotischen Situation abwechseln. Gewünschte Inszenierungsaspekte, von denen man weiß, dass sie den anderen ernüchtern und abkühlen, sollen weggelassen werden. Im Mentaltraining können diese Umstrukturierungen in den weiteren Sitzungen mental eingeübt und erweitert werden. Beiden Partnern können auch Bilder der wechselseitigen Tranceinduktion fehlen, die nun in der Altersprogression entwickelt werden.

Zu 3. Modifikation innerer sexualfeindlicher Bezugsrahmen. Polarisierte, in Kampf und Widerspruch zueinander stehende Persönlichkeitsanteile bezüglich der Bewertung sexueller Wünsche und Praktiken oder der Einschätzung der eigenen sexuellen Kompetenzen führen zu Prozessen negativer Selbsthypnose. Einige Patienten können nach dem Bewusstwerden ihrer negativen sexuellen Autosuggestionen mithilfe der Technik des Gedankenstopps und dem Einüben alternativer, sexuell positiver

Autosuggestionen das Problem lösen. Manchmal jedoch sind sexualdestruktive Persönlichkeitsanteile tief im intrapsychischen System verankert, obschon das bewusste Ich vielleicht ein sexuell liberales Glaubenssystem bevorzugt. Mit hypnotherapeutischen Techniken können die Persönlichkeitsanteile harmonisiert werden. In Trance werden zunächst die Persönlichkeitsanteile eruiert, die im inneren Dialog für und gegen das sexuelle Genießen kämpfen. Im weiteren Prozess wird nach dem sexuellen »Kernselbst« gefragt, in dem Sinne, dass geklärt wird, welche Haltung ein passendes sexuelles Selbst einnehmen würde. Unter der Führung dieses sexuellen Selbst wird nach einer Harmonisierung der sexualrelevanten Persönlichkeitsanteile gesucht, indem diese lernen, zusammen statt gegeneinander zu arbeiten. Dies ermöglicht der Person das sexuelle Genießen und Funktionieren.

Zu 4. Selbstbestimmung des Ejakulationszeitpunktes. Die Fähigkeit, den Zeitpunkt des Samenergusses selber bestimmen zu können, haben mehr als 30% der Männer nicht entwickelt (Beier et al. 2001). Dies schränkt das Genießen der Sexualität für sie und ihre Sexualpartnerinnen stark ein. Eine der ersten Interventionen ist die Botschaft, dass mit dem nötigen Engagement und dem Aufbringen von Lernenergie alle Männer lernen, ihre sexuelle Energie langsam aufzubauen und halten zu können. Wichtig ist zu realisieren, was ein Mann diesbezüglich tatsächlich beeinflussen kann und was nicht. Da der Orgasmus ein Reflex ist, enthält der Begriff Ejakulationskontrolle eine in die Irre führende Suggestion. Unwillkürliche Reflexe können nicht kontrolliert werden. Auf das Maß seiner sexuellen Erregung hingegen kann der Mann Einfluss nehmen, indem er die körperlichen Stimulationen und die psychische Reizung steuert. Dies ist ein erreichbares Ziel bei der Behandlung der Ejaculatio praecox (EP). Auf dem Hintergrund dieser Eingangsinformation lernt der Mann, in Trance seine dissoziierte Wahrnehmung des Ausmaßes seiner sexuellen Erregung zu assoziieren, und entwickelt Möglichkeiten der Stimulationsmodulation in sexuellen Kontakten. Bei diesem Prozess ist auch auf eine passende Übereinstimmung zwischen den Kognitionen und der Phase des sexuellen Reaktionszyklus des Paares zu achten. Männer mit EP aktivieren oft ein Fantasiemuster, das die sexuelle Erregung zu früh in den orgastischen Bereich steigert. In der Therapie lernen die Patienten, ihre sexuellen Fantasien angemessen zu steuern. Als Hausaufgaben bewähren sich die von Zilbergeld (1994, S. 464–478) beschriebenen Masturbationsübungen und in einer fortgeschrittenen Therapiephase die Einbeziehung der Partnerin.

Fallbeispiel

Ein 35-jähriger Patient sucht Hilfe für seine Ejaculatio praecox. Seine 2-jährige Beziehung sei bedroht, da die Partnerin mit ihm noch nie einen koitalen Orgasmus erlebte, mit früheren Sexualpartnern diesbezüglich jedoch keine Schwierigkeiten hatte. Beide leiden zunehmend unter dem Problem und meiden aus Angst vor erneuter Enttäuschung sexuelle Aktivitäten immer mehr. Nach der Sexualanamnese informiere ich den Mann im obigen Sinne. Das »Spiel mit der Erregung« schult seine Wahrnehmung für die momentane Intensität seiner sexuellen Erregung und ermöglicht die Bestimmung des Übergangbereiches der Erregungssteigerung aus dem Kontrollbereich in den Reflexbereich des Orgasmus. In der zweiten Konsultation wird in Trance deutlich, wie sich seine Nervosität bezüglich des Sexualaktes und seine sexuelle Erregung vermischen und gegenseitig steigern. Aus der Beobachterperspektive wird ihm deutlich, wie hinter der Nervosität einerseits die Angst, sexuell gar nicht zu reagieren, und andererseits die Angst, wieder zu früh zu kommen, steht. Im Laufe der weiteren Therapie konnte der Mann im Mentaltraining Vertrauen in seine sexuelle Reaktionsfähigkeit finden. Dies erlaubte ihm, in Kooperation und in Abstimmung mit der Erregungssteigerung seiner Partnerin, seine sexuelle Erregung langsam zu steigern und in der Plateauphase zu halten, bis er durch eine weitere Intensivierung seiner Erregung sich dem Orgasmus hingeben konnte.

Zu 5. Auslösen des Orgasmus. Bei einer Hemmung des Orgasmus verharrt die sexuelle Erregung in der Plateauphase und den Betroffenen ist es nicht möglich, diesen Grad an Lust und Erregung zu überschreiten. In Trance lassen sich die Einschränkungen der Luststeigerung meist gut explorieren und therapeutisch bearbeiten. Im Orgasmus ist der Mensch in starkem Maße auf sich selbst bezogen und die Partnerwahrnehmung gerät in den Hintergrund. Die ersten Erlebnisse von Orgasmen ereignen sich meist bei der Onanie. Bei sehr rigiden

Orgasmusmustern oder bei ausgeprägten Widerständen gegen ein Loslassen der Selbstkontrolle in Gegenwart eines anderen Menschen kann die Partnerwahrnehmung die Intensivierung der eigenen erotischen Trance behindern. Ein inneres Glaubenssystem, das eine unbegrenzte Ausrichtung auf das geliebte Wesen verlangt, schränkt die Fähigkeit ein, den anderen als Sexualobjekt zu nutzen. Das selbstbezogene Lusterleben im Orgasmus ist blockiert. Für diese intrapsychischen Systeme ist eine psychotherapeutische Depolarisierung (s. oben) der Persönlichkeitsanteile hilfreich.

Zu 6. Trennung affektiver Belastungen von sexuellen Aktivitäten. Sexuelle Dysfunktionen sind häufiges Begleitsymptom von Depressionen und Traumatisierungen. Meist empfiehlt sich eine vorherige oder zumindest parallele Behandlung der Hauptsymptomatik. Auch nicht psychopathologische Belastungen (Prüfungen, Arbeitsstress, Trauer, Angst vor Partnerverlust) können zu sexuellen Dysfunktionen führen, die sich auch nach Nachlassen des Stresses verselbstständigt haben. In der diagnostischen Hypnose können die Muster, die eine Dissoziation des Sexuellen von den Lebensanforderungen unmöglich machen, eruiert werden. Das psychische System überverantwortlicher Mütter z. B. erlaubt diesen auch in Situationen, in denen die Kinder gut versorgt sind, nicht, diese für die Zeit des Eintauchens in eine »erotische Trance« zu vergessen. Die Sexualtherapie unterstützt in der Arbeit mit sexualitätsbejahenden und -verneinenden Persönlichkeitsanteilen die Entwicklung einer Harmonie des intrapsychischen Systems, das eine Abgrenzung zwischen Erotik und Sinnesfreude und Lebensverantwortungen erlaubt.

Fazit

Nicht nur bei Appetenzstörungen, sondern auch bei Erregungs- und Orgasmusstörungen liegt die Ätiologie meist in einer Einschränkung des Begehrens. Innere und äußere Hemmnisse trennen die Patienten von ihrer Fähigkeit zu sexueller Neugierde und Interesse. Auch in der Onanie finden sie nur über ein mechanistisches Abreagieren Entspannung und Erleichterung.

In diesen Fällen, die nach meiner klinischen Erfahrung in der Mehrheit sind, erweist sich die sexualtherapeutische Strategie, einzig die Erfahrungen der Patienten im »Sensate Focus« zu bearbeiten, oft als mühseliges, sexuell wenig stimulierendes Unterfangen, in dem allzu ausschließlich die sexuelle Funktion im Behandlungsfokus steht. Bei partnerbezogenen Einschränkungen des Begehrens bleibt auch eine systemische Bearbeitung oft in einer allzu nüchternen Sprache und ist zu sehr nur auf die Paardynamik konzentriert, sodass sich die Fähigkeit der Patienten zu ihrem erotischen Spektrum einen intensiveren Rapport zu finden, nicht entfaltet.

Schon vor vielen Jahren publizierten Autoren (Araoz 1982; Araoz u. Bleck 1991; Erickson u. Kubie 1941/1997) über die Möglichkeiten der Verwendung von Hypnose in der Behandlung sexueller Dysfunktionen.

Hypnose in der Sexualtherapie erleichtert einerseits das Verständnis der Patienten für ihr Problem (Fehlen einer »erotischen Trance«) und gibt ihnen Hoffnung, auch nach jahrelanger Symptomatik einen Lösungsweg (Eintauchen in erotische Tranceprozesse) zu finden. In den sexualtherapeutisch geführten Tranceerlebnissen erfahren die Patienten eine mentale Erotisierung, die sie den Kontakt zum eigenen Begehren und der möglichen Realisierung in sexuellen Beziehungen finden lässt.

Kontraindikationen gegen die Anwendung von Sexualtherapie sind nicht bekannt (Arentewicz u. Schmidt 1993). Für die Anwendung von Hypnose gelten die bekannten Kontraindikationen (Revenstorf u. Peter 2001; ► Kap. 10).

Sexuelle Reaktionen sind automatische Reaktionen der Erotisierung und Stimulierung und entwickeln sich am besten, wenn sie nicht gezielt beobachtet werden. Bei der Wahl von Suggestionen scheint mir deshalb wichtig, dass diese nicht aus einer Logik der Funktionsaktivierung oder gar der Leistungssteigerung gewählt werden, sondern auf die Fähigkeit des Genießens sexueller Gedanken, Gefühle und körperlicher Stimulationen zielen.

31

Schlafstörungen

Angelika A. Schlarb

31.1 Störungsbild – 401

31.2 Insomnie – 401

31.2.1 Prävalenz von Insomnien und Schlafstörungen – 402

31.2.2 Geschlechts- und Altersspezifität – 402

31.2.3 Störungsdauer und Störungsverlauf – 402

31.2.4 Theoretischer Hintergrund – 404

31.2.5 Interventionen – 406

31.2.6 Zur Kombination von Hypnotherapie und Verhaltenstherapie – 409

31.2.7 Darstellung der hypnotherapeutischen Techniken – 410

31.2.8 Wissenschaftliche Ergebnisse – 411

31.1 Störungsbild

Die Bedeutung des Schlafs wird häufig unterschätzt. Ist er doch essenziell für unser psychisches und physisches Wohlbefinden. Menschen, die an einer Schlafstörung leiden, fühlen sich oft körperlich und seelisch erschöpft, können sich schwerer konzentrieren, erleiden häufiger Arbeitsunfälle und sind vermehrt von Arbeitsunfähigkeit betroffen (Cohrs u. Hajak 1999; Edinger et al. 2000). Schlaflosigkeit ist ein in der Bevölkerung gebräuchlicher Begriff für eines der am weitesten verbreiteten medizinischen Probleme unserer Zeit (Hajak u. Rüther 1995). In den meisten epidemiologischen Studien liegt die Häufigkeit in westlichen Industrieländern zwischen 20–30%, wobei 10% der Befragten eine schwere, behandlungsbedürftige Schlafstörung aufweisen (Saletu u. Saletu-Zyhlarz 2000; Holzrichter et al. 1994; Weyrer u. Dilling 1991). Das Erscheinungsbild der Krankheit ist äußerst vielfältig. Daher differenziert das gegenwärtig umfassendste diagnostische Manual, die ICSD-II (Internationale Klassifikation der Schlafstörungen 2005), mehr als 88 verschiedene Schlafstörungsformen. Diese Anzahl verdeutlicht, dass der Begriff Schlafstörung nicht die Bezeichnung für ein homogenes Störungsbild ist, sondern ein Überbegriff für eine Vielzahl unterschiedliche Störungsbilder. Damit wird der Begriff Schlafstörungen als Sammelbezeichnung benutzt und meint damit den gestörten Schlaf, unabhängig von den spezifischen Symptomen und von den zugrunde liegenden ätiologischen Faktoren (Paterok 1993). Im Folgenden soll schwerpunktmäßig auf eine der häufigsten Schlafstörung eingegangen werden, die Insomnie.

31.2 Insomnie

Ungefähr 20% der Patienten, die den Arzt konsultieren, leiden an einer Insomnie, d. h. sie leiden an Ein- und Durchschlafstörungen bzw. nichterholsamem Schlaf sowie daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen (Hohagen et al. 1993). Ein- und Durchschlafstörungen nehmen mit dem Alter zu und sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Erwähnenswert hierbei ist, dass nur bei 46,7% der Patienten mit »schwerer Insomnie« die Hausärzte davon Kenntnis hatten.

Ähnlich wie bei der Definition des normalen Schlafs ist die Beschreibung der Insomnie schwierig, da es keine verbindliche Übereinkunft hinsichtlich der Frage der Quantifizierbarkeit des gestörten Schlafs gibt (Dement et al. 1984; Backhaus 1997). Zwar wurden von Dement u. Guilleminault (1973) Maße eines gestörten Schlafs (Gesamtschlafzeit weniger als 6,5 h, Einschlaflatenz mehr als 30 min) aufgestellt, doch waren diese nicht haltbar. Wie oben ausgeführt, schlafen »Schlafgesunde« durchaus weniger als 6,5 h, und bei Schlafgestörten sind Einschlaflatenzen von 15–45 min durchaus nicht selten (Knab 1987, zit. nach Paterok 1993).

Nach dem DSM-IV (APA 1994) liegt eine primäre Insomnie dann vor, wenn die Betroffenen über Schwierigkeiten klagen ein- bzw. durchzuschlafen, oder der Schlaf nicht erholsam ist und dies in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wesentlichen Funktionsbereichen führt, die Störung des Schlafs nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen Schlafstörung oder einer anderen psychischen Störung auftritt, und nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen ist.

Des Weiteren scheint Insomnie an der Entstehung unterschiedlichster körperlicher Erkrankungen beteiligt zu sein (Edinger u. Wohlgemuth 1999). Insomniepatienten haben eine Prädisposition für erhöhten Blutdruck, Diabetes und kardiale Insuffizienz (Bonnet u. Arand 1999). Darüber hinaus gilt Insomnie als Risikofaktor für Alkohol- und Drogenabhängigkeit und ist ein Prädiktor für das zukünftige Auftreten einer Depression (Bonnet u. Arand 1999).

Bei der Differenzierung in primäre und sekundäre Insomnie werden ätiologische Gesichtspunkte einbezogen. Mit »primär« werden die Schlafstörungen beschrieben, die keine zuordenbare Ursache aufweisen, wie z. B. Lärmeinwirkung, übermäßiger Koffeinkonsum, Schmerzen oder Schizophrenie. Es steht hierbei das Symptom ohne sonstige auffällige Besonderheiten im Vordergrund (Paterok 1993).

Bei Betrachtung »des Symptoms« ergibt sich allerdings die Schwierigkeit, dass zwischen subjek-

tiv berichteten und objektiv messbaren Beschwerden zum Teil erhebliche Diskrepanzen bestehen. So geben Insomniepatienten die Einschlaflatenz und die Dauer der nächtlichen Wachliegezeit als wesentlich länger und die Gesamtschlafzeit als wesentlich kürzer an, als es die bei einer Polysomnografie gewonnenen Daten beschreiben (Paterok 1993; Riemann et al. 1996).

Die Folgen der Symptomatik, wie z. B. häufig langes Wachliegen zu Beginn oder während der Nacht mit Schwierigkeiten beim Wiedereinschlafen, führen oft zu Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit. Oft sind Anspannung, Lustlosigkeit und Konzentrationsschwäche (Engel u. Engel-Sittenfeld 1980) zu beobachten. Diese Symptome machen es Menschen mit Insomnie schwer, ein normales Leben zu führen. Häufig prägen die Angst vor der nächsten schlechten Nacht und die Müdigkeit ihr Tagesempfinden (Bonnet u. Arand 1999). Tab. 31.1 gibt einen Überblick über die Klassifikation der Schlafstörungen nach ICSD-II.

31.2.1 Prävalenz von Insomnien und Schlafstörungen

Ungefähr 8 Mio. Deutsche sind durch Ein- und/oder Durchschlafstörungen in ihrer Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit am Tage beeinträchtigt (Hajak et al. 1997). Der Begriff der Insomnie wird in vielen Studien synonym zum Begriff der Schlafstörung gebraucht (Hajak u. Rüther 1995). Daher ist es sinnvoll, auf Prävalenzraten der Insomnie und anderer Schlafstörungen einzugehen. Verschiedene epidemiologische Untersuchungen nennen Prävalenzraten um ca. 20% für West-Europa und die Vereinigten Staaten (Bixler et al. 1979; Mellinger et al. 1985; Hohagen et al. 1993; Saletu u. Saletu-Zyhlarz 2000). Insgesamt jedoch variieren die Zahlen zwischen 10 und 48% (Ohayon et al. 1998). Auch eine Studie von Backhaus nennt eine ähnliche Quote (Backhaus et al. 1996). Danach leiden ca. 25% aller Westdeutschen zumindest zeitweilig an Ein- bzw. Durchschlafstörungen.

31.2.2 Geschlechts- und Altersspezifität

Generell leiden wesentlich mehr Frauen an Insomnie. So zeigt sich z. B. ein bemerkenswerter Anstieg der Frauen mit einer ausgeprägten Insomnie von 11% in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen, auf 21,9% in der Gruppe der 36- bis 45-Jährigen, bis auf 32,6% in der Gruppe der 56- bis 65-Jährigen an. Bei den Männern waren in denselben Altersgruppen »lediglich« 7,8% der 18- bis 25-Jährigen, 17,5% der 36- bis 45-Jährigen und 22,8% der 56- bis 65-Jährigen von einer ausgeprägten Insomnie betroffen (Hohagen et al. 1993). Neben diesen Unterschieden sei erwähnt, dass Frauen ihren Schlaf bei gleicher Schlafdauer schlechter beurteilten als Männer (Stephan 1988, zit. nach Paterok 1993). Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden gibt es auch durch das Alter bedingte Veränderungen. So steigt die Wahrscheinlichkeit an Insomnie zu erkranken mit zunehmendem Alter an (Mellinger et al. 1985; Hohagen et al. 1993; Backhaus 1997). Wie andere weist auch Paterok (1993) darauf hin, dass sowohl Frauen, als auch Männer in zunehmendem Alter schlechter schlafen. Der Anstieg zeigt sich jedoch nicht linear sondern orientiert sich an geschlechtsspezifischen kritischen Lebensphasen (Klimakterium, Rentenalter bei Männern) und verursacht dort steile Prävalenzanstiege (Paterok 1993). Eine Meta-Analyse von 65 Studien und 3577 Patienten im Alter von 5–102 Jahren erhob die altersspezifischen Veränderungen des Schlafs. Die Autoren zeigten, dass sowohl die Einschlafzeit als auch die Anzahl nächtlichen Erwachens mit dem Alter anstieg, jedoch die Schlafeffizienz, also der Anteil an »slow-wave-sleep« und REM-Schlaf, abnahm (Ohayon 2004).

31.2.3 Störungsdauer und Störungsverlauf

Obwohl Schlafstörungen recht häufig vorkommen, scheint das Phänomen doch eher akzeptiert zu sein. Denn nur 49% der Menschen, die länger als 2 Jahre unter Schlafstörungen leiden, suchen therapeutische Hilfe auf (Holzrichter et al. 1994). Von den Betroffenen konsultieren nur 15–20% gezielt einen Arzt (Fletcher 1986). Insgesamt kann man nach Durchsicht der vorliegenden Studien von einer

Tab. 31.1. Klassifikation der Schlafstörungen nach ICSD-II (2005)

Insomnie	– Anpassungsinsomnie (Akute Insomnie) – Psychophysiologische Insomnie – Paradoxe Insomnie – Idiopathische Insomnie – Insomnie aufgrund einer psychischen Störung – Inadäquate Schlafhygiene – Behaviorale Insomnie des Kindesalters – Insomnie aufgrund von Substanzen bzw. medizinischer Bedingungen
Atmungsstörungen	– Zentrales Schlafapnoe Syndrom – Obstruktives Schlafapnoe Syndrom – Schlafbezogenes Hypoventilations- /hypoxemisches Syndrom
Hypersomnien zentralen Ursprungs	– Narkolepsie mit/ohne Kataplexie – Narkolepsie aufgrund medizinischer Bedingungen – Wiederkehrende Hypersomnie (Kleine-Levine Syndrom/menstruationsbedingte Hypersomnie) – Idiopathische Hypersomnie mit/ohne lange Schlafenszeit – Behavioral induziertes insuffizientes Schlafsyndrom – Hypersomnie aufgrund von Substanzen bzw. medizinischer Bedingungen
Zirkadiane Rhythmusstörungen	– Zirkadiane Rhythmusstörung, verzögerter/vorverlagerter Schlafphasentypus – Zirkadiane Rhythmusstörung, unregelmäßiger Schlaf-Wach-Typus – Zirkadiane Rhythmusstörung, freilaufender Typus/Jetlag/Schichtarbeitstypus – Zirkadiane Rhythmusstörung aufgrund von Substanzen bzw. medizinischer Bedingungen
Parasomnien	**Arousal-Störungen (Aufwachstörungen aus NREM-Schlaf)** – Verwirrte Arousals – Schlafwandeln – Pavor nocturnus (Nachtschreck)
	Parasomnien (normalerweise assoziiert mit REM-Schlaf) – REM-Schlaf-Verhaltensstörung – Wiederkehrende isolierte Schlafparalyse – Albträume
	Andere Parasomnien – Schlafbezogene dissoziative Störung – Enuresis nocturna – Schlafbezogenes Stöhnen – »Exploding-head«-Syndrom – Schlafbezogene Halluzinationen – Schlafbezogene Essstörung – Parasomnie aufgrund von Substanzen bzw. medizinischer Bedingungen
Bewegungsstörungen	– Restless-legs-Syndrom – »Periodic limb movement disorder« – Schlafbezogene Beinkrämpfe – Schlafbezogener Bruxismus – Schlafbezogene rhythmische Bewegungsstörung (»rhythmic movement disorder«) – Schlafbezogene Bewegungsstörung aufgrund von Substanzen bzw. medizinischer Bedingungen

mittleren Störungsdauer von 12–14 Jahren ausgehen (Kales et al. 1984; Morin et al. 1994).

Vielleicht liegt der Grund darin, dass viele Menschen Schlafstörungen bzw. Schlafbeschwerden kennen und die Symptome direkt mit Belastungssituationen zusammenhängen, nach der Belastungszeit jedoch wieder reversibel sind. Der Übergang von einer momentanen Schlafveränderung durch ein stressiges Ereignis hin zu einer chronifizierten Schlafstörung ist schleichend und wird daher oft erst spät als Chronifizierungsprozess wahrgenommen. Bedacht werden sollte in diesem Kontext, dass mit einer Chronifizierung die Risiken, später an einer anderen Störung zu erkranken, wie z. B. einer Angststörung, einer depressiven Störung oder an einer Alkoholabhängigkeit (Selbstmedikation), deutlich ansteigen (Backhaus u. Riemann 1999).

31.2.4 Theoretischer Hintergrund

Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Insomnien

Für die Bildung von Erklärungshypothesen bei Insomnien wurden vorwiegend Untersuchungen herangezogen, die sich auf Querschnittsdaten stützen (Paterok 1993). Somit kann letztendlich keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, ob es sich bei den festgestellten Aspekten um die Ursache (primär) oder die Auswirkungen (sekundär) von Insomnien handelt. Mittlerweile wissen wir durch eine Reihe von Studien, dass Folgen einer Störung zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen können, auch wenn die Ursachen nicht mehr relevant sind (Miltner 1986). Bootzin vertritt die Meinung, dass Schlafstörungen durch Konditionierungsprozesse entstehen und vor allem auch dadurch aufrechterhalten werden (Bootzin 1972). Er geht davon aus, dass das Bett und seine Umgebung (Schlafzimmer) im Normalfall Hinweisreize für Müdigkeit und Schlaf darstellen. Wenn jedoch in dieser Umgebung mit dem Schlaf inkompatible, d. h. aktivitätsanregende Handlungen etabliert werden, kann nach Bootzin die Schlafumgebung ihren Hinweisreiz für das Schlafverhalten verlieren.

Auch Hyperarousal-Theorien werden als Grundlagen für Erklärungsansätze herangezogen. Diese Theorien nehmen an, dass Schlafstörungen auf ein erhöhtes physiologisches, kognitives und/oder emotionales Arousal vor oder während des Schlafs zurückzuführen sind. Zu unterscheiden ist hierbei die physiologische Hyperarousal-Theorie, die auf einer klassischen Untersuchung von Monroe (1967) basiert. In seiner Studie konnte er zeigen, dass sich beim Vergleich von »guten« mit »schlechten« Schläfern, nicht nur in Bezug auf verschiedene Schlafparameter ein Unterschied ergab, sondern auch in anderen physiologischen Maßen wie erhöhter Körpertemperatur, höherer Vasokonstriktion, vermehrten Körperbewegungen pro Stunde und erhöhtem Hautwiderstand. Diese Befunde wurden nur in wenigen Studien repliziert bzw. in späteren Studien kritisch diskutiert (Browman u. Tepas 1976). Vor dem Hintergrund der neueren Forschungsergebnisse wird die kognitive Hyperaraousal-Theorie diskutiert. Hier gilt die Hypothese der vermehrten kognitiven Aktivität bei Insomnikern. So konnte in diversen Studien (Heyden et al. 1984) bei Schlafgestörten eine vermehrte kognitive Aktivität nachgewiesen werden. Den Einfluss von physiologischem und kognitivem »Hyperarousal« auf die Schlafstörungen untersuchten Lichtenstein u. Rosenthal (1980). Ihren Ergebnissen zufolge berichteten 54% der 296 befragten Schlafgestörten über kognitive Erregung als den entscheidenden, das Einschlafen verzögernden Grund. Lediglich 5,4% gaben körperliche Aktiviertheit als Anlass für die Schlafstörung an, während für 34,8% beide Aspekte bedeutsam waren. Die von Lichtenstein u. Rosenthal gewonnenen Ergebnisse wurden von Nocassio (1985) bestätigt: Hier fand sich eine positive Korrelation von empfundener kognitiver Erregung und Einschlaflatenz. Bemerkenswert ist hier, dass auch bei »guten« Schläfern der Einfluss kognitiver Überaktiviertheit auf den Schlaf nachgewiesen wurde. In diversen Untersuchungen zeigte sich, dass schlafgesunde Probanden nach einer Provokation mit kognitivem Stress verlängerte subjektive und objektive Einschlaflatenzen aufwiesen (Haynes et al. 1981; Gross u. Borkovec 1982).

Die Diskussion, ob Insomniepatienten spezifische Persönlichkeitseigenschaften haben, ist trotz einiger Arbeiten noch nicht endgültig geklärt. Es gab zwar eine Anzahl von Forschungsarbeiten in den 1970er- und 1980er-Jahren, jedoch verfolgen neuere Untersuchungen diese Thematik nur selten weiter. Ein Grund könnte sein, dass Insomniepatienten eine große interindividuelle Variabilität hin-

sichtlich ihrer Persönlichkeitseigenschaften zeigen (Kales et al. 1983; Levin et al. 1984). Und selten liegen diese Persönlichkeitseigenschaften in einem signifikant pathologischen Bereich (Mendelson et al. 1986). Die in der Literatur beschriebenen Persönlichkeitsparameter findet man auch bei Patienten mit anderen klinisch auffälligen psychosomatischen Erkrankungen. Diese Patienten zeigen jedoch keinen gestörten Schlaf. Dennoch ist dabei zu berücksichtigen, dass auch die Spezifität dieser Befunde unklar ist (Hajak u. Rüther 1995). Und nach all den Untersuchungen bleibt die grundsätzliche Frage offen, ob die gefundenen Persönlichkeitseigenschaften die Insomnie bedingen oder ob sie sich nicht eher aus der Schlafstörung entwickeln (Schneider-Helmert 1987).

Grundannahme der Theorie der »performance anxiety« ist, dass Schlafstörungen durch den erfolglosen Versuch den Schlaf willentlich herbeizuführen, aufrechterhalten werden. Diese bewussten Bemühungen, die in den meisten Fällen scheitern, führen laut Ascher u. Efran (1978) zu einer kognitiven Überaktivierung. Die Angst, das Schlafgeschehen nicht mehr beeinflussen zu können und die Befürchtung, dass durch Schlafdefizite die psychische oder körperliche Verfassung gefährdet ist, intensivieren diesen Prozess (Ascher u. Efran 1978). Die Folge ist ein Anstieg der Erregung des sympathischen Nervensystems. Hierdurch wird ein entspannter Zustand weniger wahrscheinlich. Auf diese Weise entsteht ein »circulus vitiosus«, der zur Aufrechterhaltung der Schlafstörung beiträgt.

Bei der Diskussion der meisten Störungsbilder wird heute die Bedeutung kritischer Lebensereignisse und die Einflussnahme der »daily hassles« diskutiert. Auch Hohagen et al. (1993) belegte, dass Insomniker signifikant häufiger von belastenden Lebensereignissen (Arbeitsprobleme, persönliche Probleme, körperliche Erkrankungen) in den letzten 6 Monaten vor der Befragung berichteten als sog. »gute« Schläfer. Jedoch können eher die schon oben angesprochenen »daily hassles« – »die kleinen Hässlichkeiten des Alltags« – zu einer Symptomentwicklung und Chronifizierung beitragen als globale »life events«. Schindler et al. (1984) konnten in ihrer Studie bei Schlafgestörten signifikant höhere Werte sowohl für das Ausmaß an erlebter Belastung in verschiedenen Lebensbereichen, als auch bei den Reaktionen (vermehrte Spannung, Defizite in der Entspannungsfähigkeit) auf diese Auslöser aufzeigen. Hieraus lässt sich schließen, dass kognitive Bewertungsmuster und Bewältigungsfähigkeiten im Umgang mit Stress in ein Behandlungskonzept einbezogen werden sollten (Miltner 1986). Inadäquate Copingstrategien im Umgang mit Belastungen können zum Kreislauf der Schlafstörung beitragen. Diese zeigen sich auch in ungünstigen Denkstrukturen (Grübeln, »Nicht-abschalten-Können«), Überbewertung von Problemen, Internalisierung von Konflikten und der Unfähigkeit, Gefühle zu äußern (Heyden et al. 1984).

Multifaktorielle Erklärungsansätze

Nachdem in den frühen Jahren unikausale Ansätze vorrangig beachtet wurden, wurden in den 1980er-Jahren multifaktorielle Erklärungsansätze entwickelt. Diese Störungstheorien werden der Komplexität des Störungsbildes eher gerecht, und zeigen die Dynamik auf, die eine Chronifizierung herbeiführt. Backhaus (1997) berücksichtigt in ihrem Modell hauptsächlich die globalen »life events« (z. B. Todesfall, Trennung vom Partner, Verlust der Arbeit), die sie als die wichtigsten Auslöser der Schlafstörung einschätzt. So konnten auch Healey et al. (1981) und Kales et al. (1984) in ihren Untersuchungen zeigen, dass ca. 75% der Insomniker den Beginn ihrer Schlafstörung gehäuft mit einem belastenden Lebensereignis in Verbindung bringen. Jedoch stellen die »daily hassles« eine weit wichtigere Einflussgröße dar. Sie sind laut Schindler et al. (1988) eine die Störung aufrechterhaltende Bedingung. Die Autoren konnten nachweisen, dass Schlafgestörte die erlebte Belastung im Alltag signifikant höher einstufen und mit einer stärkeren Anspannung reagieren. Der Faktor »ungünstige Problemlösestrategien« basiert auf Arbeiten, die darstellen, dass Insomniker eher inadäquate Copingstrategien im Umgang mit Belastungen zeigen. Insomniker neigen im Vergleich zur Normstichprobe in frustrierenden Situationen eher seltener zu aggressivem Verhalten, neigen weniger zu projektiven Mechanismen und unterstellen ihrer Umwelt weniger feindliche Absichten (Hermann-Maurer et al. 1992). Es wird vermutet, dass dieser Verarbeitungsstil für die Aufrechterhaltung der Schlafstörung eine Rolle spielt. Ebenso sehen Heyden et al. (1984) in der Tendenz von Insomnikern, Probleme überzubewerten, Konflikte zu internalisieren und in

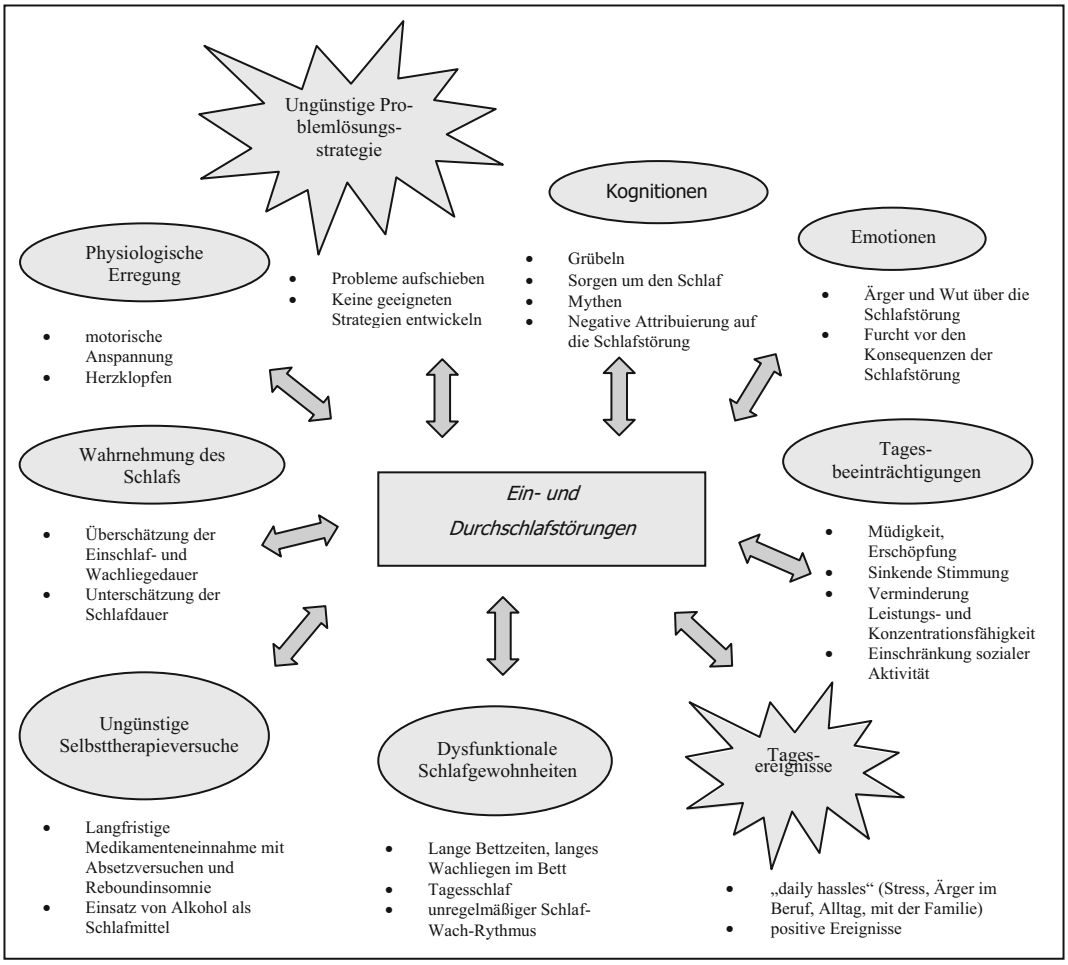


Abb. 31.1. Das erweiterte psychophysiologische Bedingungsmodell von Backhaus (1997) mod. nach Schlarb (2003)

der eingeschränkten Fähigkeit, Gefühle zu äußern, einen ungünstigen Copingstil.

Im folgenden Modell soll eine erweiterte Darstellung des Modells nach Backhaus grafisch dargestellt werden (Abb. 31.1).

31.2.5 Interventionen

Psychologische Therapie

Ein wesentlicher Bestandteil jeder Insomnietherapie ist die Vermittlung von Basiswissen über den normalen Schlaf, den gestörten Schlaf und die Funktion des Schlafs (Riemann u. Backhaus 1995). In diesem psychoedukativen Part geht es im Wesentlichen darum, die oft falschen und stark angstbesetzten Vorstellungen, die Patienten über ihren Schlaf haben, zu entkräften (Morin 1993). In Anlehnung an verhaltenstherapeutische Konzepte beinhaltet die Schlafhygiene einfache Empfehlungen zur Veränderung von Verhaltensweisen, die den Schlaf negativ beeinflussen (Hauri 1991; Hajak et al. 1997). Da Schlafgestörte das Bett und seine Umgebung nicht mehr mit Schlaf assoziieren, sondern mit schlafinkompatiblen Aktivitäten (Lesen, Fernsehen, Essen, Arbeiten, Grübeln, Problemlösen), stellt die Stimuluskontrolle einen weiteren wichtigen Baustein (Bootzin 1972) der Therapie dar und zählt zu den vorrangigen verhaltenstherapeutischen Methoden bei Schlafstörungen. In

Tab. 31.2 sind wichtige schlafbezogene Verhaltensweisen bzw. -regeln und die jeweiligen Begründungen aufgelistet:

Auch wenn viele dieser Regeln bedeuten, dass Sie auf die eine oder andere lieb gewonnene Gewohnheit verzichten müssen, sollten Sie doch keineswegs auf »Sparflamme« leben, sondern auch in den Abendstunden angenehmen Aktivitäten nachgehen. Bedenken Sie, dass nicht nur der Schlaf den folgenden Tag bestimmt, sondern umgekehrt es gilt auch: Der Tag bestimmt die Nacht. Nur ein aktiv gestaltetes Wachleben mit Arbeit, Hobbys und Interessen usw. kann zu einem erholsamen Schlaf beitragen.

Da Schlafgestörte sowohl in der Nacht als auch am Tag ein erhöhtes physiologisches und kognitives oder emotionales Erregungsniveau haben, sind Verfahren, die mit Entspannung arbeiten (progressive Muskelrelaxation, autogenes Training), indiziert und in ihrer Wirksamkeit belegt (Borkovec 1982). Beide Entspannungsverfahren zeigen sich als gleich geeignet (Nicassio u. Bootzin 1974). Therapieprogramme, die schlafbezogene Maßnahmen miteinander kombinieren, zeigen bessere Effekte (Backhaus 1997), ebenso Konzepte, die schlafbezogene Maßnahmen mit solchen kombinieren, die das Tagesgeschehen berücksichtigen (Aufbau sozialer Kompetenz, Stressbewältigung, Ausbau von Freizeitaktivitäten).

Tab. 31.2. Schlafbezogene Verhaltensregeln

Verhaltensweisen bzw. -regeln	Begründung
Halten Sie jeden Tag (auch am Wochenende) regelmäßige Aufsteh- und Zu-Bettgeh-Zeiten (max. Abweichung 30 min) ein	Regelmäßigkeit (nicht nur in Bezug auf die Schlafzeiten, sondern auch auf die Essenszeiten) stellt eine notwendige Voraussetzung dafür dar, dass sich die verschiedenen biologischen Rhythmen Ihres Körpers aufeinander abstimmen können. Die Einhaltung einer regelmäßigen Aufstehzeit ist dabei am wichtigsten, denn die Aufstehzeit ist für unsere biologischen Rhythmen der »Ankerpunkt«
Machen Sie kein Nickerchen tagsüber (Ausnahme: durch einen Wecker kontrollierter 10-min-Schlaf)	Selbst ein relativ kurzer Mittagsschlaf von z. B. 30 min führt bereits dazu, dass der Schlafdruck unverhältnismäßig stark reduziert wird. Ein- und Durchschlafstörungen in der Nacht können die Folge sein. Wenn Sie auf einen 10-min-Kurzschlaf nicht verzichten können, sollten Sie ihn auf keinen Fall nach 15 Uhr legen. Besonders gefährlich ist in dieser Hinsicht auch das kurze Eindösen vor dem Fernseher am Abend
Trinken Sie zwei Stunden vor dem Zubettgehen keinen Alkohol mehr	Alkohol verhilft zwar manchem Schlafgestörten zu einem leichteren Einschlafen. Er beeinträchtigt aber gravierend die Schlafqualität und führt gerade in der zweiten Nachthälfte oft zu Durchschlafproblemen. Was die wenigsten wissen: Schon relativ geringe Mengen (2 Gläser Wein, 1 l Bier) führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Schlaferholsamkeit. Als Schlafgestörter sollte man nicht häufiger als 1- bis 2-mal pro Woche am Abend Alkohol trinken – nach Möglichkeit mit genügend Abstand (pro Glas etwa eine Stunde) zum Zubettgehen
Trinken Sie 4–8 h vor dem Zubettgehen keinen Kaffee mehr	Dass Kaffee als »Wachmacher« erheblich zu Schlafstörungen beitragen kann, wird Ihnen als Binsenweisheit erscheinen. Die wenigsten Menschen wissen allerdings, dass je nach individueller Empfindlichkeit die schlafschädigende Wirkung von Kaffee 8–14 h anhalten kann. Beachten Sie, dass schwarzer und grüner Tee sowie Cola ebenfalls Koffein enthalten. Nach Möglichkeit sollten Sie versuchsweise für 4 Wochen ganz auf Kaffee/Tee verzichten und anschließend nicht mehr als 3 Tassen Kaffee vor 10 Uhr vormittags trinken

Tab. 31.2. (Fortsetzung)

Verhaltensweisen bzw. -regeln	Begründung
Rauchen Sie nicht mehr nach 19 Uhr abends (oder geben Sie das Rauchen ganz auf). Während der Nacht sollten Sie überhaupt nicht rauchen	Nikotin wirkt sich auf den Schlaf ähnlich negativ aus wie Koffein. Insbesondere die Wechselwirkung von Nikotin und Alkohol wirkt schlafstörend. Langfristig wird der Schlaf auch durch die vom Rauchen eingeschränkte Funktion der Lunge beeinträchtigt
Vor dem Zubettgehen sollten Sie 3 h keine größeren Mengen an Essen und/oder Trinken mehr zu sich nehmen. Ein kleiner Snack vor dem Zubettgehen (z. B. Milch mit Honig, eine Banane o. Ä.) kann aber hilfreich sein	Dass ein voller Bauch bzw. eine volle Blase dem Schlaf nicht zuträglich ist, erklärt sich von selbst. Das »Betthupferl« hat seine Begründung darin, dass Nahrungsmittel wie Milch, Bananen und Schokolade das sog. »L-Tryptophan« enthalten, ein Stoff, der im Gehirn eine Rolle bei der Selbstregulation spielt. Um allerdings dorthin zu gelangen, braucht das L-Tryptophan ein Zuckermolekül als »Taxi« – deswegen der Honig als Zugabe zur Milch
Vermeiden Sie körperliche Überanstrengung nach 18 Uhr. Gehen Sie aber grundsätzlich sportlichen Aktivitäten am Tage nach	Starke körperliche Anstrengung regt, ähnlich wie Kaffee und Nikotin, unser sog. »sympathisches Nervensystem« an, das für »Aktivität« und »Stress« zuständig ist. Es braucht mehrere Stunden, bis die Aktivität des sympathischen Nervensystems wieder abflaut
Gestalten Sie Ihre Schlafumgebung angenehm und schlaffördernd (Temperatur, Licht, Geräusche). Nach Möglichkeit sollte das Schlafzimmer nur zum Schlafen dienen und nicht gleichzeitig als Arbeitszimmer verwendet werden	Nutzen Sie Ihr Bett zu nichts anderem als zum Schlafen. Schauen Sie dort nicht fern, lesen Sie nicht, telefonieren Sie nicht …, Ausnahme: sexuelle Aktivitäten
Schaffen Sie zwischen Ihrem Alltag und dem Zubettgehen eine »Pufferzone«	Wenn sich der Schlaf unmittelbar an den normalen Alltag (z. B. Planung für den kommenden Tag, Arbeit, anstrengende Gespräche u. Ä.) anschließen soll, sind Einschlafprobleme leicht die Folge. Es sollten solche Aktivitäten 2 h vor dem Zubettgehen nach Möglichkeit abgeschlossen sein und der Rest der Zeit der Erholung gewidmet werden
Legen Sie sich ein regelmäßiges Zubettgehritual zu	Eine Reihe regelmäßiger, stets in der gleichen Abfolge durchgeführter Handlungen (z. B. Licht in den anderen Räumen löschen, Umziehen für die Nacht, Heizung abdrehen, Zähne putzen) kann helfen, den Körper bereits im Vorfeld auf die Schlafenszeit einzustimmen. Ihr Zubettgehritual sollte aber nicht länger als 30 min dauern
Wenn Sie nachts aufwachen, sollten Sie nichts essen	Regelmäßiges Essen in der Nacht führt innerhalb kurzer Zeit dazu, dass Ihr Körper von selbst nachts wach wird, weil er erwartet, von Ihnen »gefüttert« zu werden
Setzen Sie sich keinem hellen Licht aus, wenn Sie nachts wach werden und aufstehen müssen	Licht wirkt als »Wachmacher«
Vermeiden Sie es, nachts auf die Uhr zu schauen	Der Blick zur Uhr löst zumeist direkt entsprechende gedankliche (»3 Uhr – die Nacht kann ich mal wieder vergessen«) und körperliche Reaktionen (Anspannung, Erregung) aus und raubt den letzten Rest an Unbefangenheit gegenüber dem Schlaf. Drehen Sie am besten Ihren Wecker so, dass Sie ihn gar nicht sehen können, oder stellen Sie ihn ganz weg

Warum Hypnotherapie? Hypnotherapeutische Interventionen

Gerade bei Schlafstörungen können hypnotherapeutische Herangehensweisen sinnvoll sein. Ist es doch so, dass im Normalfall eine erhöhte Anstrengung ein Ziel zu erreichen auch zu dessen Realisierung beiträgt. Zur Bewältigung von Insomnie ist diese meist sehr erfolgreiche Strategie jedoch hinderlich. Je mehr sich Patienten mit Insomnie anstrengen einzuschlafen, desto weniger wird das Ziel erreicht. Hier kann die Hypnotherapie mit den indirekten Zugangsmethoden sehr wirksam sein. Durch Suggestionen und Metaphern kann indirekt auf die Symptomatik eingewirkt werden und das Verhaltensmuster des Patienten verändert werden, ohne dass dieser durch eine erneute erhöhte Anstrengung in den alten Kreislauf hineingerät. Die nun folgenden Studien sollen einen kurzen Überblick über die hypnotherapeutische Behandlung von Schlafstörungen geben.

Borkovec u. Fowles untersuchten an 37 Collegestudenten mit Insomnie die Wirksamkeit von 4 unterschiedlichen Behandlungsbedingungen. Die Patienten wurden zufällig einer der 4 Bedingungen – progressive Muskelrelaxation, hypnotische Entspannung, selbst angeleitete Entspannung oder einer unbehandelten Wartelistenkontrollgruppe – zugeordnet. Hierbei waren die progressive Muskelentspannung und die hypnotische Entspannung gleich effektiv und verbesserten die Einschlaflatenz, Aufwachhäufigkeit und die Erholsamkeit des Schlafs signifikant (Borkovec u. Fowles 1973).

Einen Vergleich verschiedener Verfahren versuchte auch Stanton (1989). In dieser Studie wurden 3 verschiedene Behandlungsbedingungen – hypnotische Entspannung, Stimuluskontrolle und Placebo – verglichen. Die Effektivität sollte sich in der Verringerung der Einschlaflatenz zeigen. Es wurden 45 Personen randomisiert einer der verschiedenen Bedingungen zugeteilt. Nach der Behandlung zeigte die Hypnosebedingung eine signifikante Abnahme der Einschlaflatenz, die auch nach weiteren 6 Monaten anhielt.

Eine weitere Studie von Becker (1993) wandte ebenfalls Hypnotherapie als Behandlungsverfahren bei Insomnie an. In dieser Studie wurden 6 Patienten behandelt und erhielten 6 hypnotherapeutische Sitzungen. Bei 3 der 6 Personen kam es zu einer deutlichen Verbesserung der Schlafeffizienz nach bereits 3 Behandlungssitzungen. Diese Verbesserung konnte bei dem 8–10 Monate späteren Follow-up aufrecht erhalten werden. Alle 3 erfolgreichen Patienten waren höher suggestibel als die nicht erfolgreichen. Die Störungsdauer hatte keinen Einfluss auf den Therapieerfolg.

Behre u. Scholz (1998) arbeiteten auf eine andere hypnotherapeutische Art und Weise mit Insomniepatienten. Sie überprüften an 21 Patienten die Wirkung hypnotherapeutischer, metaphergeleiteter Audiokassetten und untersuchten dabei an 2 verschiedenen Gruppen den Unterschied zwischen symptomspezifischen und symptomunspezifischen Kassetten. Innerhalb eines 3-wöchigen Behandlungszeitraumes bekamen die Patienten 7 Kassetten, mit jeweils einer Sprechdauer von ca. 30 min. Inhaltlich orientierten sich die symptomspezifischen Metaphern an den Richtlinien für die Modifikation von Einstellungen nach Lankton u. Lankton (1991). Die symptomunspezifischen Metaphern wurden aus Lankton u. Lankton (1983) zufällig ausgewählt.

Die Ergebnisse zeigten, dass der Einsatz von metaphergeleiteten Kassetten bezüglich aller Schlafparametern zu signifikanten Verbesserungen führte. Einschlaflatenz, Dauer des nächtlichen Wachliegens sowie Gesamtschlafdauer zeigten signifikante Verbesserungen. Kritisch ist hier anzumerken, dass eine mittlere Störungsdauer von 4 Jahren erhoben wurde, was im Vergleich zu anderen Angaben in der Literatur ungewöhnlich niedrig ist. Zusätzlich gab die Hälfte der Patienten an, Medikamente zum Schlafen einzunehmen. Leider wurden keine Katamnesedaten erhoben, sodass keine Aussage über einen Langzeiteffekt gemacht werden konnte.

31.2.6 Zur Kombination von Hypnotherapie und Verhaltenstherapie

Deutlich für eine kombinierte verhaltens- und hypnotherapeutische Intervention spricht die Metaanalyse (an 18 Studien) von Kirsch et al. (1995b): Danach kommt es durch eine Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und Hypnotherapie zu einem deutlichen Anstieg der Verbesserungen gegenüber 70% der Patienten, die allein mit kogni-

Tab. 31.3. Darstellung der hypnotherapeutischen Interventionen

Sitzung	Thema/Inhalt	Verhaltenstherapie	Hypnotherapie
1.	Veränderungsprozesse initiieren ungünstige Schlafgewohnheiten, Fehlwahrnehmung des Schlafs, Schlafmitteleinnahme	Gesunder Schlaf, Schlafstörungsfaktoren, Regeln des gesunden Schlafs	Entspannungstrance/ Kennenlernen der Trance, Metapher »Ast im Fluss«
2.	Psychophysiologische Faktoren wie Anspannung	Progressive Muskelrelaxation	Ruhebild, Rekonstruierte positive Schlaferfahrung, Metapher »Schlafbaum«
3.	Schlafbehindernde Gedanken, Tagesmüdigkeit	Veränderung von negativen Kognitionen bez. des Schlafs	Selbsthypnoseübung, Metapher »red balloon«
4.	Umgang mit Stress und »daily hassles«	Situation, Emotion, Kognitions- und Verhaltensmodell	Metapher »Der Wanderer«
5.	Individuelle Persönlichkeitsmerkmale	Veränderung von negativen Kognitionen allgemein	Metapher »Ritterrüstung«
6.	Loslassen von Problemen	Notfallkoffer	Metapher »Vom Wachland und vom Schlafland«

tiv-behavioraler Therapie behandelt wurden. Die Vorteile einer behavioralen und hypnotherapeutischen Methodenkombination liegen im Ansprechen von gleichermaßen bewussten und unbewussten Lernvorgängen (Kossak 2004). So lösen Suggestionen einfache sowie komplexe emotionale, kognitive und physiologische Reaktionen aus, die mitunter in bedingte, konditionierte Reaktionen münden, die keiner willentlichen Kontrolle unterliegen. Somit bedient eine Methodenkombination durch Verhaltenstherapie explizite, strukturierte Lernvorgänge und durch die Hypnotherapie das Prinzip des impliziten und assoziativen Lernens. Diese Art unbewussten Lernens unterliegt nach Kossak (2004) einer großen Löschungsresistenz und begünstigt lang anhaltende Effekte. Zudem wird dort auch davon ausgegangen, dass der hoch imaginative Charakter der Hypnose den Anwendungstransfer der stattgefundenen Lernprozesse erleichtert.

Das entwickelte hypnotherapeutische Programm basiert auf der Literatur, wie sie im vorigen Abschnitt vorgestellt wurde. Hier wurde versucht, eine Kombination von symptomspezifischen und allgemeinen Metaphern herzustellen, um damit ein höchstmögliches Ausmaß an Effektivität zu erzielen. Nach vorherigen Studien sind Metaphern, die symptomspezifisch gestaltet sind, effektiver als allgemeine Metaphern (Behre u. Scholz 1998). Daher stellt das vorliegende hypnotherapeutische Programm eine Kombination der Ableitungen aus den theoretischen Erkenntnissen und der Umsetzung dieser in hypnotherapeutische Interventionen dar.

Basierend auf dem dargestellten theoretischen Hintergrund können nun folgende Interventionsstrategien der Verhaltenstherapie und der Hypnotherapie als sinnvoll angenommen werden (Tab. 31.3):

31.2.7 Darstellung der hypnotherapeutischen Techniken

Sitzung 1. Da schlafgestörte Patienten (s. oben) häufig eine sehr lange Krankengeschichte aufweisen, wurde für den Beginn der Behandlung eine Metapher konstruiert, die Veränderungsprozesse initiieren sollte. Die Metapher »Ast im Fluss« beinhaltet das Bild eines feststeckenden Astes, der durch mehrere äußere Bedingungsfaktoren, die einzeln auftreten, keine wirkliche Veränderung erfährt (Wind, Regen). Erst durch das Auftreten mehrerer verschiedener Veränderungsfaktoren zu einem Zeitpunkt wird heilsame Veränderung und Lösung initiiert. Durch diese Hypnose soll der Pati-

ent angeregt werden, Veränderungsprozesse in die Wege zu leiten, durch die Therapie sein Verhalten zu variieren und am Ende damit eine Verbesserung der Symptomatik herbeizuführen.

Sitzung 2. Da bei Insomniepatienten auch körperliche Faktoren für die Beschwerden ausschlaggebend sein können, wurde die »Schlafbaum-Trance« konstruiert. Ziel dieser Metapher ist die Unterstützung natürlicher schlafbezogener körperlicher Prozesse wie die Ausschüttung von Melatonin als Schlafhormon. Ziel der Metapher ist eine Unterstützung des Körpers in seinem natürlichen Rhythmus, sodass am frühen Abend das Schlafhormon Melatonin ausgeschüttet und dadurch zu einem etwas späteren Zeitpunkt Müdigkeit verspürt wird.

Sitzung 3. Mit der »Red-balloon«-Technik (Hammond 1990), sollen die für Schlafgestörte typischen, zwanghaften Denkstrukturen und die übermäßige Besorgtheit gegenüber ihrem Schlafverhalten und den »daily hassles« positiv verändert werden. Kern der Metapher ist die Suggestion, Ballast an einen Heißluftballon abzugeben, der dann mit dieser Belastung davonfliegt. Über dieses Loslassen von Dingen soll eine Veränderung von Denk- und Verhaltensweisen angeregt werden, die wiederum mit einer grüblerischen Haltung von Insomniepatienten (auf etwas fixiert sein) unvereinbar ist. Dieses Abgeben von Ballast wurde unter Einbeziehung möglichst vieler Sinnesmodalitäten gestaltet. Die anschließende Zeitprogression, die dem Einzelnen die Möglichkeit bietet, die Veränderung im Erleben (eine ruhige und gelassene Haltung) zu visualisieren und zu spüren, vertieft diesen Prozess.

Sitzung 4. Da Insomniepatienten, wie schon im theoretischen Teil beschrieben, häufig in der Nacht grübeln und auch schon am Tage eine schlechte Nacht befürchten, wurde die Suggestion der Wanderer eingesetzt. Durch diese Metapher soll der Patient leichter Belastungen abgeben und sich von den Alltagsbeschwerden eher befreien können. Ziel ist, die Grundanspannung zu reduzieren sowie ein erleichtertes Einschlafen bzw. Wiedereinschlafen in der Nacht. In diesem Zusammenhang sind auch die hohen Leistungsanforderungen zu sehen, die Insomniker an sich stellen, darüber hinaus ihr starkes Verantwortungsgefühl für andere. Daher soll diese Suggestion die Oberpläne in Frage stellen und hier für Entlastung und Entspannung sorgen.

Sitzung 5. Da schlafgestörte Patienten sich in der Nacht häufig mit ungelösten Alltagsproblemen beschäftigen, wurde die Ritterrüstungstrance in dieser Sitzung eingesetzt. Durch diese Trance wird es dem Patienten möglich, alltägliche stressige Ereignisse an sich abprallen zu lassen. Diese Art der körperbezogenen Suggestion ermöglicht dem Patienten, ein Gefühl des Schutzes und der Sicherheit aufzubauen. Dem Patienten soll es so besser möglich sein, anstehende Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen.

Sitzung 6. Um die Grenzen zwischen Tagesereignissen und dem Tage zugehörigen Verhaltensweisen sowie die der Nacht und dem Schlaf zugeordneten Verhaltensweisen besser zu rekonstruieren und wieder stärker zu betonen, wurde eine Metapher konstruiert, die diese beiden verschiedenen Verhaltensweisen darstellen und die für Insomniepatienten typische Vermischung dieser Verhaltensweisen auflösen soll. Daher trägt die Trance der letzten Sitzung den Titel »Geschichte vom Schlafland und vom Wachland«. In dieser Metapher regiert ein alter König zwei Länder. Das eine davon ist das Wachland, das andere nennt sich Schlafland. Die Aufgaben und Grenzen der Länder haben sich über die Jahre vermischt, sodass die Einwohner der Länder irritiert bzw. krank sind, fremde, ihnen nicht entsprechende Gewohnheiten angenommen haben und keine Ordnung mehr wahrnehmen können. Aufgabe des Königs ist es nun, die Länder wieder mit den ihnen eigenen Aufgaben zu betrauen und darauf zu achten, dass die Gewohnheiten der einzelnen Länder beibehalten werden, sodass alle gesund werden und bleiben.

31.2.8 Wissenschaftliche Ergebnisse

Bei den Kombinationsprogrammen lassen sich zweierlei Programme unterscheiden. Zum einen gibt es Therapieprogramme, die schlafbezogene Maßnahmen miteinander kombinieren, zum anderen Konzepte, die schlafbezogene Maßnahmen mit solchen kombinieren, die das Tagesgeschehen berücksichtigen (Aufbau sozialer Kompetenz,

Stressbewältigung, Ausbau von Freizeitaktivitäten). Konzepte, die das Tagesgeschehen mitberücksichtigen, sind laut Backhaus (1997) etwas effektiver als rein schlafbezogene Therapieprogramme. So konnte Morin (1993) in ihrer Studie mit einem Kombinationsprogramm aus Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion, Schlafhygienevermittlung und kognitivem Umstrukturieren signifikante Verbesserungen gegenüber der Wartelistenkontrollgruppe aufzeigen. Die Schlafeffizienz erhöhte sich von 69% auf 83%. Die Wachliegezeit nach dem Einschlafen verringerte sich signifikant.

Paterok u. Weglage (1993) arbeiteten z. B. mit einem Kombinationsprogramm aus Schlaferziehung, progressiver Muskelentspannung, Problemlösestrategien und Ausbau von Freizeitaktivitäten. Dabei zeigten sich in der Polysomnografie im Prä-Post-Vergleich signifikante Verbesserungen in der Einschlaflatenz, der nächtlichen Wachliegezeit und in der Schlafeffizienz. In den Schlaftagebuch-Variablen traten keine Verbesserungen auf.

Die oben aufgeführte hypnotherapeutische Vorgehensweise zeigte eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der Einschlaflatenz, der Gesamtschlafdauer, der nächtlichen Wachliegezeit, der Schlaferholsamkeit und der Tagesmüdigkeit. Darüber hinaus zeigten die Insomniepatienten nach der Behandlung auch eine deutliche Verbesserung in den Parametern »Depressivität« und »Angst« (Schlarb 2003).

Stress

Reinhold Zeyer

32.1 Akuter Stress – 414

32.2 Dauerstress – 414

32.3 Störungsbild – 415

32.3.1 Akutes Stresssyndrom – 415

32.3.2 Chronisches Stresssyndrom – 415

32.3.3 ICD-10- und DSM-IV-Kriterien – 415

32.4 Interventionen – 416

32.4.1 Hypnotherapeutische Grundstrategien – 416

32.4.2 Prozessorientiertes Vorgehen: »Der Stresslösungsprozess« – 422

32.4.3 Hausaufgaben – 423

32.4.4 Kontraindikation – 423

32.4.5 Integration mit anderen Verfahren – 424

32.4.6 Empirische Belege – 424

32.1 Akuter Stress

Welche Faktoren entscheiden darüber, ob sich jemand gestresst, gar überfordert fühlt und seine Aufgaben nicht optimal meistern kann oder stressbedingt erkrankt? Nach dem allgemein anerkannten transaktionalen Ansatz (Lazarus u. Folkman 1987) entsteht Stress durch individuelle Bewertungsprozesse. Entscheidend ist dabei, dass die Situation als bedeutend eingeschätzt wird und dass eine ungünstige Bilanz zwischen eingeschätzten Situationsanforderungen und eigenen Ressourcen angenommen wird.

Eine Situation ist bedeutend für jemanden, wenn hier zentrale Ziele und Werte betroffen sind, z. B. Gesundheit, Anerkennung oder Erfolg. Wem harmonische soziale Beziehungen wichtig sind, der leidet mehr unter ständigen Konflikten am Arbeitsplatz oder der Stagnation in der Partnerschaft. Die Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten hängt von Personmerkmalen ab wie, welche Erfahrungen die Person mit ähnlichen Situationen assoziiert, wie kontrollierbar sie die Situation einschätzt. Solche Einschätzungen bzw. Überzeugungen können sich auf einen bestimmten Bereich oder Inhalt beziehen (situationsspezifische Kompetenz-Einschätzung), z. B. »Ich bin in der Lage (oder nicht in der Lage), unter Zeitdruck konzentriert zu arbeiten bzw. ein bestimmtes Problem zu bewältigen!«. Personen mit allgemein hoher Einschätzung ihrer Selbstwirksamkeit und Kompetenzen und geringer Leistungsängstlichkeit erleben Situationen generell als kontrollierbarer und nehmen vergleichbare Anforderungen eher im Sinne einer Herausforderung wahr. Sie schätzen diese als weniger bedrohlich ein als diejenigen, die ihre Kompetenzen generell als gering einstufen.

32.2 Dauerstress

Dauerstress resultiert aus lange Zeit bestehenden belastenden Lebensumständen bzw. den »daily hassles« als Summe alltäglicher Belastungen (Situationsvariablen), aber auch als Folge ungünstiger Lebenseinstellungen und Bewältigungsstrategien (Personvariablen). Menschen mit starken Bewältigungsressourcen gegen Stress gestalten auch in Zeiten starker Beanspruchung ihre Lebensweise und ihren Lebensrhythmus so, dass ihre körperliche Widerstandskraft nicht zusätzlich beansprucht wird (Erholungs- u. Ruhephasen, bewusste Ernährung, kontrollierter Alkohol- und Kaffeekonsum, Fitness). Wichtig ist soziale Unterstützung in Krisenzeiten, Belastungen und Situationen, in denen wir uns hilflos erleben, sowie die Lebensgestaltung in Übereinstimmung mit sich selbst und seinen Grundüberzeugungen. Gesund erhaltende bzw. gesundheitsfördernde Prozesse (Salutogenese) werden laut Antonovsky durch eine allgemeine Grundhaltung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben bestimmt (Antonovsky 1997), dem Kohärenzgefühl.

Kohärenzgefühl (»sense of coherence«, SOC) als Gesunderhaltungsfaktor

Überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht, dass

- die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrenswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit),
- die notwendigen Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen gerecht zu werden (Bewältigungbarkeit),
- dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen (Sinnhaftigkeit).

Die Gefahr von Stress und Überforderung lauert demnach, wenn das, was mir widerfährt, für mich nicht ausreichend differenziert erklärbar ist. Wer kein Gefühl der Handhabbarkeit bzw. des Bewältigenkönnens hat, erlebt sich immer wieder schrecklichen Ereignissen ausgeliefert, ohne etwas dagegen unternehmen zu können. Die Bewusstheit eigener fachlicher und sozialer Kompetenzen schützt uns vor voreiligen pessimistischen Situationsbewertungen und hilft, jeweils passende Copingstrategien auszuwählen. Ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben als Last empfunden und jede sich stellende Aufgabe als Qual erlebt.

32.3 Störungsbild

32.3.1 Akutes Stresssyndrom

Im Laufe der Evolution haben sich Mechanismen herausgebildet, die auf Notsituationen exakt zugeschnitten sind. Der Körper mobilisiert in der konkreten Stresssituation eine besondere Bereitstellungsenergie und setzt ein Reflexsystem in Gang, das auf Flucht (z. B. Vermeidung der Situation) oder Auseinandersetzung abzielt, d. h. darauf, das Problem anzugehen. Auf der physiologischen Ebene zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Hypophysen-Nebennierenrinden- und Nebennierenmarkaktivität und entsprechender peripher-autonomer physiologischer Prozesse. Hierzu gehören die Erhöhung von Herzrate, Muskelspannung und Blutdruck, die Beschleunigung von Puls und Atmung und die vermehrte Ausschüttung von Adrenalin und anderen ergotropen, d. h. aktivierenden Hormonen. Menschen unter Stress berichten von verstärktem Schwitzen, Kreislauf- und Magenbeschwerden, Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Die negative Einschätzung dieser Vorgänge kann die Besorgnis und Aufgeregtheit verstärken und dadurch die Informationsverarbeitung beeinträchtigen (Extremfall: Denkblockade, Black-out).

32.3.2 Chronisches Stresssyndrom

Dauerstress kann zu Überlastungssymptomen wie Depression oder »Burn-out« führen, oder zur Verschlimmerung somatischer oder psychischer Krankheiten bzw. deren Heilung erschweren. Bei dauerhafter Belastung bleiben einige hormonelle und autonome Reaktionen auch in Zwischen- und Ruhezeiten verändert. Es kommt zu Immunsuppression und psychophysiologischen Störungen (Ulcus, Bluthochdruck, Kopfschmerz, Gastritis) und einer Reihe anderer, oft durch anhaltende Corticosteroid-Ausschüttung verursachte Organschäden. Bei passiver Bewältigungstendenz kommt es zu Schäden bevorzugt im intestinalen System und im Immunsystem (z. B. Zwölffingerdarmgeschwür, Asthma), bei anhaltend vergeblichen aktiven Bewältigungsversuchen entstehen vorwiegend Schäden des kardiovaskulären Systems und des Muskel- und Halteapparats (z. B. chronische Muskelschmerzen).

32.3.3 ICD-10- und DSM-IV-Kriterien

Psychophysiologische Störungen kommen im DSM-IV in dieser Zuordnung nicht mehr vor. Im DSM-IV wird angenommen, dass jede Krankheit durch psychische Faktoren, wie etwa Stress, beeinflusst werden kann. Daher wird die Diagnose dem breiten Bereich »andere Bedingungen, die Anlass zur Beobachtung oder Behandlung geben« zugeordnet. Im ICD ist es die Kategorie »psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen«, wobei hierfür immer eine Diagnose auf Achse III des DSM-IV oder aus einem anderen Kapitel des ICD-10 zu stellen ist.

Stress kann verschiedene pathologische Prozesse fördern. Es kommt zu ungünstigen körperlichen Reaktionen (z. B. genannte stressbedingte Verschlimmerung von Ulcus, Hypertonie oder Spannungskopfschmerz) oder stressbedingt zu pathogenen Bewältigungsstilen (z. B. Verleugnung der Notwendigkeit einer Operation oder Typ-A-Verhalten, das zu einer kardiovaskulären Erkrankung beiträgt). Dysfunktionales soziales Verhalten wirkt sich aus auf der zwischenmenschlichen Ebene (z. B. als verminderte Konfliktfähigkeit) und kann kulturell bzw. familiär geprägte dysfunktionale Verhaltensmuster aktivieren (z. B. Gewaltneigung). Auch Angststörungen kann man als stressbedingt auffassen. Der Schnittpunkt von Angst und Stress liegt in der subjektiven Bedrohung und trifft hier sowohl den Examensängstlichen (akutes Stresssymptom) wie den Burn-out-Betroffenen (chronisches Stresssyndrom).

1. Stress findet vorwiegend im Kopf statt! Stresserleben ist abhängig von
   - **der subjektiven Bewertung der Situation,**
   - **Vorerfahrung mit Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten,**
   - **dem Ausmaß des Kohärenzgefühls (Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und des Sinns).**

2. Stress kann verschiedene pathologische Prozesse fördern:
   - **akute Stresssymptome (Kopfschmerzen, Schlafstörungen),**

- chronische Stresssyndrome (Immunsuppression, psychophysiologische Störungen).

3. Stress fördert dysfunktionale Verhaltensmuster und ist Folge von:
   - anhaltend passiven Bewältigungsstilen (z. B. Aufschieben notwendiger Arbeiten),
   - Stress verstärkendem sozialem Verhalten (z. B. verminderte Konfliktfähigkeit mit Aufschieben von Klärungsgesprächen oder Gewaltneigung).

32.4 Interventionen

Im Fokus stehen das Erkennen funktionaler Zusammenhänge, eine lösungsorientierte Situationsbewertung und diesbezügliche Einschätzung und Nutzung eigener Ressourcen und Fähigkeiten bzw. deren Ausbau. Ziel ist dann, die Aufmerksamkeit aufgabenspezifisch zu zentrieren (**Fokussierung**), andere Wahrnehmungen auszublenden (**Dissoziation**) und eine physiologisch-emotionale Eskalation zu vermeiden (**Distanzierung**). Chronische Stressbelastungen bedürfen zudem einer Stärkung der Widerstandsressourcen. Die Erfahrungswelt soll als geordnet und strukturiert erkennbar sein, Stressbelastung ableitbar sein und damit eine Stärkung des Kohärenzgefühls (Grundgefühls der Verstehbarkeit) und funktionalere Situationsressourcenbewertungen initiieren. Im Folgenden wird eine bewährte Sequenz hypnotherapeutischer Strategien im Umgang mit Stresssymptomatiken dargestellt (»hypnotherapeutische Grundstrategien«). Anschließend wird ein prozessorientiertes Verfahren beschrieben, welches diese Strategien in einen gestuften Tranceprozess integriert (»Stresslösungsprozess SLP«).

32.4.1 Hypnotherapeutische Grundstrategien

Hypnotherapeutische Grundstrategien

1. Problem- und Lösungsanalyse
2. Nutzung einer allgemeinen Ressource
3. Entwicklung positiver Selbstsuggestionen
4. Nutzung spezifischer Ressourcen
5. Altersregression zur Bearbeitung hinderlicher Vorerfahrungen
6. Zukunftsprojektion zur Bahnung einer positiven Bewältigung
7. Metaphern u. Geschichten zur divergenten Suche nach Lösungen

Zu 1. Problemanalyse- und Lösungsanalyse. Hierzu gehören die Erfassung von Situationsfaktoren, welche den Stress bedingen, ihn verstärken (Stressauslöser/Stressoren) und welche ihn reduzieren (z. B. soziale Unterstützung). Welche Faktoren der Person beeinflussen dabei das Stresserleben (hohe Ansprüche, Perfektionismus, Angst vor Misserfolg, Stärken und Kompetenzen)? Durch welche inneren Vorgänge (vergangenheits- gegenwarts- und zukunftsbezogene Kognitionen) schafft es also die Person unter den jeweiligen Bedingungen diesen Stress zu erleben? Wie sieht die Stressreaktion (Symptome) auf den verschiedenen Ebenen des Erlebens aus (körperliche Reaktionen, kognitive und verhaltensbezogene Bewältigungsstile)? Was wird dabei genau erlebt (Angst, Panik, Einsamkeit, Trauer)? Werden Symptome gespürt oder erst die Spätfolgen? Sind die Stressfolgen akut oder chronisch, sind vorherige Warnsignale zu erkennen, die Stress anzeigen? Wie ist das generelle Gesundheitsverhalten (z. B. Ernährung, Bewegung, Arbeits- u. Zeitmanagement, Beziehungen, Entspannungsphasen)? Schließlich Herausarbeiten realistischer Behandlungsziele hinsichtlich funktionalerer Denk- und Verhaltensweisen, (z. B. bezüglich günstiger Situations- und Kompetenzeinschätzung, soziale Skills, Arbeitstechniken) und hierfür Nutzung folgender hypnotherapeutischer Vorgehensweisen.

Zu 2. Nutzung einer allgemeinen Ressource. Das Tranceerleben an sich, vor oder während der Stresssituation, kann schon die nötige innere Freiheit, Ruhe und Distanziertheit auslösen, welche die Bedeutung der Situation relativieren und Lösungsschritte erleichtern. Damit wird eine körperlich-emotionale Überaktivierung verhindert und ein positives Selbstwertgefühl sowie eine positive Einschätzung allgemeiner Kompetenz und Selbstwirksamkeit begünstigt. Bei chronischen Stresssymptomen kann die notwendige mittelfristige psychosomatische Umstellung durch regelmäßige Anwendung von Selbsthypnosetechniken begünstigt werden. Ist das Atmen für den Patienten weitgehend unbelastet, kann man gleich zu Beginn mit einer Ateminduktion beginnen. Eine Vertiefung über die Körperwahrnehmung (»Körperscanning«) ist hilfreich, da dies die Fokussierung auf die Stresssymptomatik aufhebt und die Wahrnehmung erweitert.

Gehen Sie mit dem Patienten hierfür die Erfahrungen und Vorstellungen durch, die für ihn einen Zustand des Wohlbefindens auslösen: z. B. zusammen mit einer bestimmten Person, am Strand, auf einer Bergwanderung, an einem ruhigen See, in einer Märchenwelt. Erfragen Sie, was zu diesem Erleben gehört (sämtliche Sinnesmodalitäten einschließen). Man kann bewusst nach geeigneten Situationen und Erfahrungen suchen, oder die Auswahl einer entsprechenden Situation mehr der unbewussten Suche überlassen.

Laden Sie den Patienten ein, seine Ressourcen in der Vorstellung zu aktivieren (▶ Übersicht »Übung: allgemeine Ressourcen«).

Übung: allgemeine Ressourcen

- **Ruheinduktion:** z. B. über o. g. Ateminduktion: *»Machen sie es sich bequem und ...*
- **Vorstellung eines Ressourcenorts, in allen Sinnesmodalitäten genießen:** *»… und hat nicht jeder seine angenehmen Erinnerungen, an die er gerne zurückdenkt, oder kann sich vorstellen, wie es ist, einfach loszulassen. Vielleicht an diesem (o. g. bestimmten) Ort. Und schon während diese Vorstellungen beginnen, angenehme Gefühle sich auszubreiten … und diese Vorstellung taucht auf, dort zu sein, sich umzuschauen, die Geräusche, vielleicht Stimmen zu hören. Gerüche, Temperatur auf der Haut, die eigene Bewegung zu spüren (o. g. Sinnesmodalitäten) oder einfach Ruhe.«*
- **Vertiefung der Erfahrung mit Suggestionen zum psychophysiologischen Entspannungsprozess:** *»Während dieses Gefühl von Ruhe oder Geborgenheit sich ausbreitet, vielleicht im Bauch, in den Händen, vielleicht auch um die Augen, die Wangen, übers Gesicht sich ausbreitet, Hals, Schultern, immer tiefer … Oberkörper, Unterkörper …«*
- **Erfragen**, was diese angenehme Erfahrung vermittelt (z. B. Ruhe, Losgelöstheit, …) und diese dann in ihren Äußerungen immer wieder einfließen lassen. So wird die Erfahrung vertieft: *»Und während dieses inneren Sehens, Hörens, Spürens können Sie auch mitteilen, wo Sie sind, was Sie wahrnehmen. Wo sind Sie mit ihrer Wahrnehmung?«*
- Die **Ressourcenerfahrung** kann der Patient mit einem »Schalter« (Ankern von Ressourcen, ▶ Kap. 36) verknüpfen, indem er während des Erlebens (Schritt 2 dieser Übung) z. B. die Kuppen von Daumen und Zeigefinger zusammendrückt. Zur Vertiefung dieser Erinnerungsbrücke sollte die Szene 2- bis 3-mal »ein-« (Druck) und »ausgeschaltet« (Druck lösen) werden. Der Daumennagel lässt sich dabei auch als »Fernsehschirm« nutzen und der Druck des Zeigefingers schaltet als taktiler »Ressourcen-Anker« den »Ressourcen-Film« ein und aus.

▼

- **Geben Sie die Suggestion, dass das Unbewusste diese Erfahrung im Alltag nutzen wird:** *»… unbewusst diese Erfahrung mitzunehmen, diese Erfahrung von* (s. oben Schritt 2) *Ruhe und Losgelöstheit. Vielleicht ist da schon eine Idee, was sich ändern wird, wenn Ihr Unbewusstes diese Erfahrung mitnimmt in den Alltag … Unbewusst mit in den Alltag nehmen.«*
- **Rückführung: Was bringt der Patient aus der Trance mit?** *»Während Sie langsam in diesen Raum zurückkehren, kann Ihr Unbewusstes schon überprüfen, wo es Ihnen möglich ist, diese Erfahrung im Alltag einzubauen, sodass Sie wie nach einem Miniurlaub etwas von der Erholung und Frische mitbringen. In diesen Raum, in diese Zeit und wenn Sie tief einatmen und sich strecken, können Sie ganz da sein.«*

Zu 3. Entwicklung positiver Selbstsuggestionen. Gedanken, die in der Konfrontation mit Stress auftreten, zeigen Einstellungen zur Situation und zum eigenen Verhalten. Diese können Stress mindernd oder Stress fördernd sein. Stress steigernde Selbstverbalisationen sind üblicherweise solche wie »Ich halte das nicht aus«, »Ich schaffe das nie«, »Man hält mich für dumm« etc. Ziel ist, zugrunde liegende dysfunktionale Einstellungen (z. B. »Ich muss perfekt sein«) herauszuarbeiten, zu hinterfragen und sinnvollere innere Sätze zu entwickeln (»Jeder macht Fehler«, »Ich tu, was ich kann«). Es ist gut, möglichst viele alternative Selbstkommentare und Einstellungen zu erarbeiten, die realistisch und weniger belastend sind (»Wie würden sie gern mit der Situation umgehen können, welche innere Einstellung wäre hier günstig?«). Diese lassen sich dann gemeinsam überprüfen, inwiefern damit eine Herausforderung oder ein »Flow«-Erlebnis erreicht werden kann.

Zur Exploration dysfunktionaler und Entwicklung funktionaler Kognitionen ist die im Folgenden beschriebene spielerische Umkehrung der Therapieerwartung eine Möglichkeit, Konfusion zu erzeugen, damit eingefahrene Denk- und Verhaltensmuster zu unterbrechen und in kurzer Zeit Zugang zu Ressourcen und neuen Perspektiven zu finden.

Die »Gegenpol-Technik«: »hypnosystemische Fragen zur Umkehrung der Symptomdynamik«

- Dysfunktionales Stressdenken als Kompetenz:
  »Wie muss man denken, dass man die Situation optimal stressig erlebt? Wie muss man dabei über die Wichtigkeit der Situation denken? Wie über sich und seine eigenen Fähigkeiten denken? Wie muss man über andere und deren Gedanken denken?
- Funktionales Stressdenken verbieten:
  »Wenn sie weiterhin diesen Stress erleben wollen, was dürfen Sie in dieser Situation auf ***keinen*** *Fall denken?«* (Analog oben: eigentlich günstige Kognitionen über die Situation, über sich selbst und die eigenen Kompetenzen, was Andere denken etc. erfragen). Hier ggf. übertrieben humorvolle sowie realistische Vorschläge machen (z. B. *»Es gibt Wichtigeres«, »Ich könnte trotz Aufregung meine Sache richtig gut machen«* etc.*). »Wenn Sie so denken würden, wäre es schwierig sich gestresst zu fühlen. Also lassen sie es.«*

In Trance kann die positive rationale Einsicht leichter internalisiert werden.

Übung: Umstrukturierung

- Leiten Sie den Patienten an, in Trance zu gehen und führen ihn an seinen Ruheort (analog Übung »allgemeine Ressourcen«).
- Wechseln Sie das Bild. Lassen Sie ihn in der Vorstellung die potenzielle Stresssituation in allen Sinnesmodalitäten erleben. Gehen Sie möglichst viele Schritte des Ablaufs durch. Achten Sie auf auftretende Gefühle in den kritischen Momenten (Wut, Langeweile, Ärger, Panik usw.).
  «Und wie mit einem Fernsehschalter können Sie die Szene wechseln. Schalten Sie um in die bevorstehende Stresssituation und sehen … hören … spüren Sie die Unruhe und Sie können auf ihre Gedanken achten, die diese Unruhe hervorrufen … Sie können ihre Gedanken und Vorstellungen wahrnehmen, die hinter dieser Unruhe stecken«. (An dieser Stelle kann in Trance danach gefragt werden).
- Lassen Sie dann erleben, wie (vorher besprochene) konstruktivere Gedanken die Gefühle und das Verhalten in positiver Weise verändern. Wenn Sie im Dialog bleiben, können Sie den Erfolg der Intervention überprüfen und ggf. korrigieren:
  »Erleben Sie, wie jene Gedanken immer mehr zurückgehen und diese anderen, hilfreicheren auftauchen. Vielleicht wie eine angenehme Stimme, die Sie daran erinnert: … (hier positive Gedanken anführen) … Und stellen Sie fest, was sich damit verändert …«
- Wechseln Sie zum Ruhebild, verweilen Sie dort für eine Weile.
- Beenden Sie die Trance. Besprechen Sie, wie es erlebt wurde.

Zu 4. Nutzung spezifischer Ressourcen. Erinnerungen an positive, erfolgreiche Erlebnisse können eine Unterstützung bei der Bewältigung aktueller Herausforderungen und Belastungen sein. Dies können Erinnerungen an Motivation, an spielerische Neugier, der Standfestigkeit, an »Flow-Erlebnisse« und vieles mehr sein. Hypnose lässt sich gezielt einsetzen, um kognitive Schemata solcher Fähigkeiten und Fertigkeiten der aktuellen Stressbewältigung zugänglich zu machen. Hiermit wird eine Verbesserung der situationsspezifischen Kompetenzerwartung angestrebt. Analysieren Sie zunächst mit dem Patienten die Situation danach, welche Fähigkeit, welche Kompetenz er/sie zur erfolgreichen Bewältigung der Problemsituation benötigt.

»Welche persönliche Fähigkeit oder Fertigkeit brauchen Sie, um dieses Problem zufriedenstellend zu bewältigen? Stellen Sie sich etwa vor, über Nacht käme eine Fee u. würde Sie verwandeln, sodass Sie die Situation meistern. Welche Fähigkeiten würde sie Ihnen verleihen? Sicherheit, Heiterkeit, Gelassenheit oder Zurückhaltung?«

Die Antwort (z. B. »weniger Angst«) ist in Richtung einer realistischen und positiv formulierten Zielvorstellung (»mehr Vertrauen, Akzeptanz usw.«) zu korrigieren. *»Wann in Ihrem Leben haben Sie diese Erfahrung von Vertrauen bei sich erlebt? Was gehörte zu dieser Erfahrung (Sinnesmodalitäten)?«* Die Ressourcenfindung kann auch während der Trance stattfinden (»… und ihr Unbewusstes kann nun in der Zeit langsam zurückgehen und Situationen, Erlebnisse aufsuchen, die sie zur Bewältigung der aktuellen Situationen brauchen können«). Laden Sie den Patienten ein, seine Ressourcen in der Vorstellung zu aktivieren.

Übung: spezifische Ressourcen

- **Ruheinduktion:** *»Machen Sie es sich bequem und …*
- **Vorstellung der analogen Bewältigungserfahrung aktualisieren (in allen Sinnesmodalitäten):** *»Sie kennen diese Erfahrung von …«* (o. g. spezifische Kompetenz). *»Sie können jetzt diese Erfahrung innerlich wieder erleben und dabei wahrnehmen …«* (hier die oben explorierten Sinneswahrnehmungen der Erfahrung anführen). Die Ressource möglicherweise akustisch und taktil ankern, d. h. der Therapeut spricht durch Kopfwendung in die Richtung, in der der Patient seinen taktilen Anker setzt (analog Übung »allgemeine Ressourcen«).
- Wechseln Sie das Bild, lassen Sie die potenzielle Stresssituation in allen Sinnesmodalitäten erleben, gehen Sie möglichst viele Aspekte des Ablaufs durch. *»Lösen Sie den Druck von Ihrem ‚Schalter' und wechseln die Szene (akustischer Anker durch Kopfwendung in andere Richtung) und gehen Sie in die bevorstehende Stresssituation. Sie können sich vorstellen, es zu erleben ...«* (Situationsbeschreibung). Problemerfahrung mittels Daumen und Zeigefinger der anderen Hand ankern.
- Lassen Sie erneut in die Ressourcenerfahrung »zurückschalten« (Kopfwendung), die Bewältigungserfahrung erleben, und diese mit in die Problemsituation nehmen. *»Lösen Sie den Druck von diesem Schalter und wechseln Sie in die angenehme Erfahrung* (akustischer Anker durch Kopfwendung in andere Richtung, Bewältigungserfahrung beschreiben). *Und indem Sie diese Erfahrung mitnehmen in die bevorstehende Stresssituation* (entsprechender akustischer Anker durch Kopfdrehung) *können Sie feststellen, was sich verändert im Erleben …«* (Kopf hin und herpendeln, beide »Schalter« betätigen lassen, den Daumen, der die Ressource repräsentiert über den Daumen, der die Problemsituation repräsentiert, schieben lassen).
- **Rücknahme der Trance:** *»Kehren Sie in diesen Raum hier zurück.«*

Diese Übung ist erfolgreich durchgeführt, wenn in der Vorstellung die bisherige Problemsituation bewältigt wurde und dabei etwas von der angenehmen Atmosphäre der Ressourcensituation übernommen werden konnte. Falls nicht, reaktivieren Sie zunächst mehrmals die Ressourcenerfahrung, ohne die Problemsituation einzuführen oder wiederholen Sie die Übung mit einer neuen Ressource. Gute Erfahrungen habe ich auch damit gemacht, die Ressourcenerfahrung mit der Stresssituation imaginativ zu verknüpfen. So imaginierte eine angehende Fachärztin mit Lern- und Leistungsstörung unter Stressbedingungen zunächst ihre Ressourcenerfahrung am Strand. Anschließend stellte sie sich vor, wie sie dort an einem ruhigen Ort und an ihrem Schreibtisch ruhig und konzentriert arbeitet. Schließlich legte sie imaginativ dort auch die Facharztprüfung erfolgreich ab.

Zu 5. Altersregression zur Bearbeitung hinderlicher Vorerfahrungen. Mit der Fokussierung auf o. g. Ressourcen positiver Bewältigungserfahrungen wird die Fokussierung auf das Ziel begünstigt. Die subjektive Einschätzung der Bedrohung ist entscheidend abhängig von Erfahrungen in ähnlichen Situationen. Wenn eine negative Erfahrung in der Vergangenheit einen quasi hypnotischen Einfluss ausübt, lässt sie sich in Form der nächsten Übung bearbeiten:

Übung: Vergangenheitsbewältigung

- **Ruheinduktion:** *»Machen Sie es sich bequem und …«* Vorstellung eines Ressourcenorts, in allen Sinnesmodalitäten.
- *»Stellen Sie sich nun vor, Sie sitzen entspannt im Kinosessel und schauen sich Filme aus Ihrem Leben an. Sie fühlen sich sicher und lassen nun den Film mit der kritischen Situation einlegen und abspielen. Lassen Sie die gleiche Szene nochmals ablaufen, aber ändern Sie alle Aspekte der Situation, die es angenehmer machen, diesen Film anzuschauen: Z. B. den Ton leiser drehen, die Bildschärfe oder die Helligkeit verändern, aus dem Farbfilm einen Schwarz-Weiß-Film machen, die Geschwindigkeit verdoppeln, die Szene rückwärts ablaufen lassen, ein Standbild von der entscheidenden Szene machen und ins Fotoalbum kleben, es verblassen oder kleiner werden lassen …*
- *»Begeben Sie sich nun in den Film, schlüpfen in Ihre Rolle, entdecken Sie, wie in der Szene Lautstärke, Tempo, Farbigkeit, Helligkeit und die anderen Aspekte des Erlebens so verändert sind, dass Sie die Situation gelassener ertragen können.«*
- *»Gehen Sie die Szene ein zweites Mal durch und treten Sie als die Person von heute neben das damalige Ich – wie ein unsichtbarer, guter Geist – und unterstützen Sie das damalige Ich mit einem geeigneten Kommentar, z. B. einer Aufmunterung, Trost, Humor, Umdeutung aus späterer Sicht usw.«*
- *»Gehen Sie wieder an Ihren Ort der Erholung; genießen Sie die Ruhe.«*
- **Rücknahme der Trance:** *»Kehren Sie in diesen Raum zurück.«*

Zu 6. Zukunftsprojektion zur Bahnung einer positiven Bewältigung. Mit einer Bewältigungsphantasie lassen sich die erforderlichen Ressourcen zur Erreichung eines Zieles bereitstellen und der Weg dahin kann imaginiert werden. Indem man eine kommende Erfahrung vorwegnimmt, wird eine innere Bahnung erreicht. Der Therapeut kann den Patienten dazu einladen, ein Bild davon zu entwickeln, wie er sich idealerweise verhalten würde. *»Stellen Sie sich vor, Sie haben Ihr Ziel erreicht und verhalten sich in der gewünschten Weise: Wie wird Ihre Körperhaltung sein, was für eine innere Einstellung zu der Situation werden Sie haben, worauf werden Sie Ihre Wahrnehmung richten, wie werden Sie mit scheinbaren Hindernissen umgehen?«*

Der Patient kann diese Lösungsphantasie in Trance vertiefen.

Übung: Zukunftsbahnung

- **Ruheinduktion:** *»Machen Sie es sich bequem und …«*
- *»Stellen Sie sich vor, Sie sitzen entspannt im Kinosessel und schauen sich Filme aus Ihrem Leben an. Sie fühlen sich sicher. Stellen Sie sich in allen Einzelheiten vor, wie eine kompetente Person die von Ihnen angestrebte Tätigkeit erfolgreich bewältigt: ihre Bewegungen, ihre Körperhaltung, ihre Selbstkommentare, ihre Umstände … Treten Sie nun an ihre Stelle. Fühlen Sie sich wie ein Schauspieler in Ihrer Rolle.«*
- *»Beginnen Sie mit dieser Vorstellung vor dem Zeitpunkt, an dem die ersten Problemsymptome auftreten. Gehen Sie möglichst viele Schritte durch, die nötig sind, um Ihr Ziel zu erreichen – achten Sie auf die Gefühle, die dabei auftreten: besonders an den kritischen Momenten (Frustration, Langeweile, Ärger, Panik usw.). Gehen Sie weiter und nehmen Sie dann wahr, wie sich diese Gefühle verändern, wenn Sie die Schwierigkeit bewältigt haben.«*
- **Rücknahme der Trance:** *»Kehren Sie in diesen Raum zurück. Sie wissen, dass Sie den Ablauf jetzt kennen und ihn bei der Umsetzung im Alltag nun schon zum wiederholten Male erfolgreich ausführen.«*

Wichtig ist bei dieser Strategie, dass man über den Punkt hinausgeht, an dem der Patient normalerweise aufgibt oder sich überwältigt fühlt. Hier können spezifische Fertigkeiten vermittelt werden, z. B. Präsentationstechniken (*»Sie können wahrnehmen, entspannt und freundlich, haben Blickkontakt in alle Richtungen, spüren und hören, wie sie ruhig und deutlich sprechen«*).

Zu 7. Metaphern und Geschichten zur divergenten Suche nach Lösungen. Das hypnotherapeutische Vorgehen begünstigt die Aufhebung von Hyperintention (etwas Bestimmtes auf bestimmte Weise erreichen zu wollen), die Verwendung von Metaphern regt Suchprozesse nach divergenten und flexibleren Lösungsstrategien an. Es können individuell zugeschnittene Metaphern wie auch spezifische Standardmetaphern verwendet werden. Gezielte Einstreuungen von Problem- und Lösungsassoziationen des Patienten verstärken die individuelle Bedeutsamkeit.

Eine solche Metapher ist z. B. die folgende Geschichte:

Der Sultan auf der Suche nach dem richtigen Großvisier ließ alle Gelehrten kommen, um sie eine Tür mit kompliziertem Mechanismus öffnen zu lassen. Weder genaues Betrachten der Details, noch Abwägen aus der Entfernung brachte die Lösung und alle weisen Männer gaben auf. Erst der Hofnarr sah, dass die Tür nur leicht angelehnt war, und konnte sie mit einem kleinen Schubs öffnen.

Die folgende Geschichte weist auf die Folgen übergeordneter dysfunktionaler Denk- und Verhaltensweisen hin und sollte nicht während einer Trance erzählt werden:

Ein Mann ging zum Arzt und klagte: »Wo immer ich hinfasse, es tut höllisch weh«, und demonstrierte dies mit jeweils lautem Schreien. Als der Arzt ihn nach vielen Untersuchungen ins Besprechungszimmer rief, teilte er ihm die Diagnose mit: »Ihr Zeigefinger ist gebrochen!«

32.4.2 Prozessorientiertes Vorgehen: »Der Stresslösungsprozess«

Es gibt eine Reihe hypnotherapeutischer Strategien, welche implizites oder unbewusstes Wissen für Heilungsprozesse nutzen. Im Folgenden wird ein Vorgehen beschrieben, welches ich in Zusammenhang mit Stresssymptomatiken unter Einbindung der Grundstrategien nutze. Dabei wird über den Kontakt mit dem Stresssymptom ein Rückmeldesystem implementiert und systematisch genutzt.

Prozessorientiertes Vorgehen: »Der Stresslösungsprozess«

1. Wofür steht das Stresssymptom?
2. Bearbeitung hinderlicher Vorerfahrungen
3. Lösungsorientierung

Zu 1.: Wofür steht das Stresssymptom?

- **Kontaktaufnahme:** *»Wenn Sie die Stresssituation bzw. ihre Belastung vergegenwärtigen, wie fühlt sich das in Ihrem Körper an … wo genau?* (Häufig werden hier der Brust-, der Ober- oder Unterbauchbereich genannt). *Gehen Sie mit ihrer Wahrnehmung dorthin. Bedanken Sie sich für das klare Signal. Denn der Teil in Ihnen, der dieses Signal steuert, weiß sehr genau, was wirklich wichtig ist für Sie, was Ihnen gut tut. Was haben Sie wahrgenommen, als Sie sich bedankt haben?«* (Verifizierung des Kontaktes).
- **Stresssteigernde Selbstsuggestionen erfassen:** *»Wenn dieses Gefühl eine Stimme hätte, was würde es Ihnen sagen. Wenn es ein Bild oder einen Film zeigen würde, was wäre das? Fragen Sie also diesen Teil, was möchtest Du mir sagen, wofür stehst Du?«* (Darauf achten, dass der Patient die erste Wahrnehmung äußert und nicht bewusst sucht). Äußerungen, die hier kommen, entsprechen den (o. g.) Kommentaren zu »Stress steigernde Selbstsuggestionen« (z. B. »Mir ist alles zu viel«). Was immer der Patient hier äußert, fordern Sie ihn auf, diesen inneren Teil zu fragen, ob die Antwort von ihm kommt. (Wenn nicht, dann diesen Teil erneut fragen lassen, wofür dieses Signal steht.) Sich erneut bedanken (Verifizierung und Verstärkung der Rückmeldeschleife). Sollte der Patient hier »nichts« sehen oder hören, ist dies ebenfalls ein Signal und kann als Lösungshinweis interpretiert und überprüft werden: *»Nichts sehen müssen, nichts hören müssen … wie fühlt sich das an?«*

Zu 2: Bearbeitung hinderlicher Vorerfahrungen. *»Nun bitten Sie den Teil, Ihnen zu zeigen, wo das herkommt, dass Sie so reagieren. Aus welcher Zeit, welcher Situation kommt das? … Nun lassen Sie sich von ihm führen (die Trance ver-*

tieft sich hier) … Wo sind Sie gerade, was nehmen Sie wahr?« Arbeiten Sie die hier angebotenen Ansätze aus dem impliziten Wissen heraus (hier kommen oft prägende Situationen aus der Kindheit). Je nach Schwere der Prägung muss hier ggf. eine Aufarbeitung initiiert werden – analog o. g. Vorgehen zur Altersregression. Mitunter Lösungsangebote einbauen (»*Und wenn es damals logisch war, so zu reagieren … und das Unbewusste weiß, dass diese Zeit nun weit zurückliegt … ist es nun vielleicht jetzt gar nicht mehr nötig.*«)

Zu 3: Lösungsorientierung.

- **Lösungen generieren:** »*Und wieder können Sie sich diesem inneren Teil anvertrauen, der sehr genau weiß, was nun wirklich wichtig ist, der auch weiß, was Sie tun können, wie Sie mit der Situation besser in Zukunft umgehen. Fragen Sie ihn: Was kann ich für dich tun, damit es Dir in dieser Situation besser geht? Lassen Sie sich von ihm führen (Die Trance vertieft sich). Wo sind Sie gerade, was nehmen Sie wahr?*«
  Verifizieren Sie die Wahrnehmung und arbeiten Sie die hier angebotenen Ansätze heraus (mitunter kommen klare Anweisungen, z. B. »Nimm's mit der Ruhe« oder sie zeigt sich als spontanes Erleben). Manchmal kommen komplexere Bilder, und der Therapeut fragt nach, was sie für einen bedeuten (z. B.: Ein Landwirt mit stressbedingtem Tinnitus und Hyperakusis sah sich hier ein Arztwartezimmer kehren. Auf Nachfrage wusste er sofort die Botschaft zu deuten: Bring Deinen Hof und die Beziehung zu Deiner Frau in Ordnung!).
- **Zukunftsbahnung:** Dann ist es Aufgabe des Therapeuten, das Erleben zu formulieren: »*Es mit Ruhe nehmen*« oder »*Schritt für Schritt*«. »*Erleben Sie was sich verändert, wenn Sie mit diesem Gefühl in den Alltag gehen … Erleben Sie wie Sie die Dinge so in Ordnung bringen …*«

Hier sind Hinweise aus o. g. Arbeit einzubauen, im Beispiel (s. oben) die »Beziehung und den Hof in Ordnung zu bringen«. Dies kann in Form oben beschriebenen Zukunftsbahnung erfolgen.

Durch dieses Vorgehen wird der Weg vom Stressauslöser zur neuen Stressbewältigung gebahnt. Dieses prozessorientierte Vorgehen (»Sich von diesem inneren Teil führen lassen«) kann aufeinander aufbauend in verschiedenen Hypnosesitzungen eingesetzt werden. Hierdurch scheinen die für eine Gesundung tief ergreifend notwendigen Persönlichkeitsveränderungen begünstigt zu werden.

32.4.3 Hausaufgaben

Dysfunktional hohem Erwartungsdruck von außen kann in Form einer paradoxen Verschreibung begegnet werden (z. B.:«*Versuchen Sie sich nach außen noch nicht anders zu geben, auch wenn Sie bereits innerlich eine Besserung bemerken.*«).

Den Patienten »mit einem symbolischen Augenzwinkern« anweisen, notfalls aufzuschreiben, wie er auf keinen Fall schon denken darf, um weiterhin gestresst sein zu können (»Gegenpol-Technik«).

Die Tranceerfahrungen der Therapiestunden sollten jeweils als Teil eines Trainings in Selbsthypnose vermittelt werden und als Übung für zu Hause angewandt werden. Es empfiehlt sich, dabei die Trance- und Ressourcenerfahrung mit Ressourcenankern zu assoziieren, z. B. den Zustand während der Trance mit einem Wort »Ruhe« zu verknüpfen. Audiokassetten (als Mitschnitt der Therapiestunde, oder als Standardaufnahme) können zur Übung mitgegeben werden, wodurch die Therapiedauer verkürzt wird. Durch die Wiederholung der Trance verankert sich der Zustand in visuellen, akustischen und gefühlsmäßigen Reizen, die zum Auslöser der Trance werden, wenn sie mobilisiert werden.

32.4.4 Kontraindikation

Sofern keine anderen hinderlichen psychischen Störungen im Vordergrund stehen (z. B. floride Psychose) bestehen keine Kontraindikationen. Anderenfalls sollten diese vorrangig behandelt werden. Alternativen zum hypnotherapeutischen Vorgehen sind in den rein verhaltenstherapeutischen Stressbewältigungsansätzen zu sehen (Brengelmann 1988; Wagner-Link 1995).

32.4.5 Integration mit anderen Verfahren

Hypnose wurde oft in der Verhaltenstherapie eingesetzt, um die Internalisierung einer konstruktiven Denkweise zu begünstigen (Ellis 1987; Revenstorf 1991a). Für Ellis besteht die hypnotherapeutische Arbeit darin, den Patienten nach dieser Vorarbeit in einen Trancezustand zu führen und ihm dann durch direkte Anweisungen/Suggestionen eine funktionalere Denkweise zu vermitteln. Stehen konkrete Verhaltensdefizite im Vordergrund, die eine adäquate Bewältigung verhindern, sind die angeführten Methoden durch ein Verhaltenstraining zu ergänzen. Auch die Achtsamkeitsmethoden (»mindful mediation techniques«) benutzen aus der Hypnose bekannte Selbsthypnosetechniken (z. B. als regelmäßiges meditatives Versenken, »Körperscanning«) und verbinden sie mit Methoden kognitiver Umstrukturierung (Lau u. McMain 2005; Heidenreich u. Michalak 2006).

32.4.6 Empirische Belege

In einer Reihe kontrollierter Studien konnte die Wirksamkeit von Hypnose in der Bewältigung von Prüfungsstress bestätigt werden (Sapp 1991; Stanton 1988a, 1992; Kai-Ching Yu 2006). Empirische Belege liegen für ein rein hypnotherapeutisches Vorgehen wie auch für eine mit Verhaltenstherapie kombinierte Vorgehensweise vor. Das hier beschriebene Verfahren wurde bei prüfungsängstlichen Examenskandidaten angewandt und in seiner Wirksamkeit hinsichtlich Verringerung von Prüfungsstress und Steigerung der Arbeits- und Prüfungsleistung bestätigt (Zeyer et al. 1992; Zeyer 2004; Revenstorf u. Zeyer 2008).

Fallbeispiel

Herr Z. kommt nach Hörsturz mit Überlastungssyndrom in die Behandlung (Diagnose: psychologische Faktoren bei Tinnitus: ICD: F54, H93). Im Betrieb (Ingenieur) ärgert ihn die Inkompetenz der Kollegen, in der Partnerschaft habe er resigniert, alles hänge an ihm. Er hat begonnen zu bauen und die »Unfähigkeit« des Baubetreuers und der Handwerker sei nicht auszuhalten. Zunächst häufig Arbeitsausfall wegen körperlicher Erkrankungen, schließlich kam es zur Überforderungsreaktion mit Hörsturz und Tinnitusproblematik.

In einer Vorübung zur Trance konnte er sich entspannen, doch ihn ärgerte ständig ein Ziehen im rechten Bein. In den nächsten Sitzungen wurde er in die Methodik der Selbsthypnose eingeführt. Als allgemeine Ressourcenerfahrung führte ihn ein Flimmern vor seinen Augen an einen Urlaubsort am Gardasee. Hier erlebte er inneren Abstand. Die »Beinsymptomatik« blieb anfangs und wurde als seine typische Reaktion auf Störungen eingeordnet. Doch er erlebte entlang der Trancephänomene (Dissoziation, Anästhesie), sich in seiner Ruheerfahrung immer weniger stören zu lassen. In den ersten Therapiestunden wurden mittels lösungsorientierter Gesprächsführung positive Sichtweisen im Umgang mit den Problembereichen angeregt. Als spezifische Ressource nutzte er Erfahrungen beim Snowboarden. Dabei wurde statt Angespanntheit und Zynismus ein Spaß am Geschick im Umgang mit den schwierigen Stellen der Abfahrt eingeführt. Seine perfektionistische Art erkannte er in seiner Mutter wieder, die ihn unehelich in einem Dorf aufgezogen hatte. Er selbst wurde von den Gleichaltrigen ablehnend und als zweitklassig behandelt. In einer Altersregression ging er in sein Dorf zurück, gab sich die innere Unterstützung, die er damals vermisst hatte. Als er sich schließlich als Bub in den Arm nahm, war er den Tränen nahe. In der Therapiestunde wurde nun neben der Ressourcenaktualisierung über Zukunftsprojektion die Bahnung der Zielerreichung angestrebt. Dabei ging er in der Vorstellung um sein Haus, strich zufrieden leicht über den Verputz und betrachtete zufrieden den Garten.

Herr Z. wandte die Selbsthypnosetechniken regelmäßig in der Mittagspause an. Die körperliche Symptomatik ging zurück, der Tinnitus war in großen Phasen soweit aus der bewussten Wahrnehmung verschwunden, dass er manchmal vergessen hatte, ihn zu »suchen«. Bis zur Fertigstellung des Baus gab es noch einigen Ärger, doch war er deutlich weniger körperlich beeinträchtigt, die Partnerbeziehung besserte sich, und als er mit einem Abstand von knapp 4 Monaten zur Follow-up-Sitzung kam, hatte er sich entschlossen, sich beruflich zu verändern und sich neuen Herausforderungen zu stellen. Die Tinnitussymptomatik bestand weiterhin, doch subjektiv deutlich leiser und störte ihn nicht mehr.

Fazit

»From cure to care«, der Aufruf der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verweist darauf, nicht nur Krankheiten zu heilen, sondern sie vielmehr zu verhindern. Ansätze für ein funktionales Stressmanagement müssen beidem gerecht werden. Auf dem Hintergrund der Befunde der Stressforschung und dem transaktionalen Ansatz nach Lazarus u. Folkman (1987) wurde hier ein Ansatz vorgestellt, welcher für die Bewältigung akuter Stresssituationen sowie die Behandlung chronischer Stresssyndrome anwendbar ist. Ansätze der kognitiven Umstrukturierung werden in eine hypnotherapeutische Grundkonzeption integriert. Es sollen damit die subjektive Bedeutung einer Situation relativiert, die subjektive Einschätzung der Kompetenz erhöht und so die Erfolgszuversicht verbessert werden. Damit einhergehende Informationsverarbeitungsprozesse werden durch die hypnotische Trance unterstützt und ausgebaut (Assoziation, Dissoziation, konvergente und divergente Suchprozesse). Im Vergleich zum rein verhaltenstherapeutischen Vorgehen können positive Selbstsuggestionen leichter internalisiert und die Stressreaktionen mit weniger Übungsaufwand reduziert werden.

33

Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungssteigerung im Sport

Reinhold Bartl

33.1 Einführung – 427

33.1.1 Wenn der »Kopf« nicht will – 427

33.2 Interventionen – 429

33.2.1 Wenn Körper und Geist optimal kooperieren – 429

33.2.2 Lernen durch Identifikation – 430

33.3 Diskussion – 433

33.3.1 Indikation und Kontraindikation – 433

33.3.2 Empirische Belege – 434

33.1 Einführung

33.1.1 Wenn der »Kopf« nicht will

Jeder, der eine Sportart – vielleicht mühsam und »im Schweiße seines Angesichts« – erlernt und darin ein gewisses Leistungsniveau erreicht hat, weiß es: Über Sieg oder Niederlage, über die Frage, ob man die eigenen Leistungsmöglichkeiten erreichen und ausschöpfen kann, entscheiden im Wettkampf viele Faktoren. Neben der notwendigen körperlichen Fitness und einem hohen technisch-taktischen Ausbildungsniveau sind es vor allem die psychischen Leistungsvoraussetzungen, die bei dieser Frage eine wesentliche Rolle spielen. Vielleicht ist es Ihnen schon einmal passiert, dass sich Ihre Hand ausgerechnet beim Matchball schlaff und kraftlos anfühlte, dass Sie wieder einmal gegen ihren Angstgegner verloren haben, obwohl Sie von den technischen Fähigkeiten her klar hätten gewinnen müssen oder dass Sie genau dann von Ihrer optimalen Leistungsfähigkeit überrascht wurden, als Sie sich schon auf eine kommende Niederlage eingestellt hatten. Offensichtlich beeinflussen psychische Faktoren wie Motivation, Einstellung, Konzentration, Kampfstärke, Siegeswille etc. sportliche Leistungen entscheidend. Sind die psychischen Leistungsvoraussetzungen nicht gegeben oder für eine bestimmte Zeit nicht verfügbar, reichen auch körperliche Fitness und ein hohes technisch-taktisches Können für einen Platz auf dem berühmten »Stockerl« nicht aus.

Unterstrichen wird diese Aussage regelmäßig von Sportlern der absoluten Weltspitze, die in Interviews immer wieder erklären, dass Wettkämpfe »im Kopf« entschieden werden, oder man nur mit »mentaler Stärke« bei der heutigen Wettkampfdichte gewinnen kann (Muster 1996). Intensives körperliches Training und langjährige Wettkampferfahrungen sind auch oder vielleicht gerade auf höchstem Leistungsniveau noch keine Garantie für Erfolge und optimale Leistungen; zu sehr sind sie abhängig von den Vorgängen »im Kopf«(Innauer 1995).

Wer versucht zu verstehen, was unter »mentalen Prozessen« überhaupt verstanden werden kann, wird in den Konzepten der Erickson'schen Hypnotherapie hilfreiche Beiträge finden. Im Folgenden wird jede Art von Bewusstsein als Tranceprozess definiert, der durch unterschiedliche Fokussierungen von Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist. In diesem Sinne sind leistungsrelevante Bewusstseinsphänomene wie Konzentration, Motivation oder Siegeswille verstehbar als hochspezifische Tranceprozesse, die sportliche Höchstleistungen durch zieldienliche Aufmerksamkeitsfokussierungen möglich machen (Damasio 2004).

Die Komplexität sportlicher Leistungen auf körperlicher und psychischer Ebene erfordert situativ abgestimmte dynamische Wahrnehmungs-, Beobachtungs-, Koordinations- und Entscheidungsprozesse. Dies wird unmittelbar nachvollziehbar, wenn man sich z. B. einmal vorstellt, welche Voraussetzungen im mentalen Bereich gegeben sein müssen, um in einem Tennismatch einen Return, der mit ca. 200 km/h ins Feld geschlagen wird, präzise zu retournieren:

Der Sportler muss in diesem Fall den Ball vom gegnerischen Aufwurf bis zur Berührung mit dem eigenen Schlägerkopf genau beobachten und fixieren. Die Beobachtung des Balles dient zugleich der bestmöglichen Ansteuerung von hochkomplexen Bewegungen des gesamten Körpers, die das Ziel haben, beim Rückschlag in einer günstigen Schlagposition zum Ball stehen zu können. Diese komplexe sensomotorische Aktivität erfordert in Millisekunden eine Unzahl von Feedback- und Koordinationsprozessen zwischen Wahrnehmungs- und Bewegungssteuerungen. Beim Return muss man die Flugbahn des Balls fokussieren und die Bewegungsbahn des eigenen Schlägers genau kennen. Den Ball muss man mit den Augen fixieren, die Position des Schlägerkopfs hingegen fühlen. Wer während des Aufschlags auf den eigenen Schlägerkopf schaut, um zu wissen, in welchem Winkel zum Körper er sich befindet, kann sich die eigene Returnbewegung ersparen. Komplexe Fokussierungen auf der Ebene der visuellen Wahrnehmung müssen koordiniert werden mit Orientierungen auf der Ebene der Kinästhetik und Motorik.

Mangelhafte Fokussierungen auf der Ebene der Sinnesmodalitäten führen zu mangelhaften Bewegungsabläufen. Der Organismus reagiert schnell, präzise und unmittelbar auf Wahrnehmungsprozesse. Für ihn macht es keinen Unterschied, ob die mentalen Abläufe leistungsoptimierend sind oder nicht. Sie stellen für ihn bloß Steuerungsinformati-

onen zur Ausführung von motorischen Verhaltensfiguren dar.

Üblicherweise ist die Art und Weise, wie Sportler in Wettkampfsituationen ihre mentalen Prozesse gestalten, für Beobachter nicht unmittelbar zugänglich. Sie werden aber indirekt deutlich, wenn man Sportler bittet, typische Wettkampfsituationen zu imaginieren.

Fallbeispiel

In einer Arbeit mit einem Fußballspieler der österreichischen Bundesliga hatte ich den Sportler gebeten, seine Augen zu schließen und eine Wettkampfsituation zu imaginieren. Dafür wählte er eine ihm sehr bekannte Situation aus: Er war Stürmer, sehr antrittsschnell und wendig, seine Mannschaft spielte hervorragenden Konterfußball. Deshalb kam es relativ oft vor, dass er alleine auf den gegnerischen Tormann zulief, häufiger als von ihm gewünscht, diese Möglichkeit aber nicht für einen erfolgreichen Torschuss nutzen konnte. Als ich ihn bat, eine solche Spielszene mit geschlossenen Augen, mental und in Zeitlupe, durchzuspielen, fiel ihm auf, dass er im Lauf auf das gegnerische Tor vor allem einen sehr großen Tormann sah, dessen Körper die Sicht auf das Tor verstellt. Mit jedem weiteren Schritt auf das Tor zu beschleunigte sich seine innere Zeit, der Tormann wurde immer größer und die Torpfosten rückten weit in den Hintergrund und wurden kleiner. Der Sportler hatte also für diese Wettkampfsituation eine Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsfokussierung gewählt, die sich für sein Ziel als sehr schlecht erwies.

Wer ein Tor erzielen will, muss die Lösung (das Tor) fokussieren und nicht das Problem (den Tormann). Wer das Problem in den Mittelpunkt seiner Wahrnehmung stellt, braucht sich nicht zu wundern, wenn er eines bekommt. In dieser (autosuggestiven) Beziehung verhält sich der Organismus stets konsequent und stimmig.

Optimale und suboptimale Wahrnehmungsfokussierungen sind nicht nur auf der Ebene von Bewegungsabläufen, sondern auch bei Motivations- und Einstellungsproblemen von zentraler Bedeutung. Häufig ergeben sich schon aus der Art der sprachlichen Beschreibung von Wettkampfsituationen einige Hinweise darauf. Formulierungen wie »Sie spielt traumhaft«, »Er wächst über sich selbst hinaus«, »Auswärts sind wir um eine Klasse schwächer«, »Beim Matchball habe ich die schlaffe Hand bekommen«, »Er spielt mühelos«, »Meine Rückhand kam heute nicht«, »Er spielt unbewusst«, »Ich wollte heute endlich über meinen Schatten springen« etc. geben deutliche Hinweise darauf, wie Sportler in solchen Fällen ihre innere Wahrnehmung gestalten. Die sprachlichen Formulierungen stellen präzise bildhaft-metaphorische Beschreibungen von mentalen Abläufen dar, die auf der Ebene der visuellen, kinästhetischen, akustischen, olfaktorischen und gustatorischen Sinnesmodalität angesiedelt sind. Wer »über sich hinauswächst« verfügt über ein inneres Vorstellungsbild von sich selbst, in dem er sich größer oder kräftiger als gewohnt erlebt. Wer »eine Klasse schlechter spielt«, aktiviert auf einer vorbewussten Ebene Vorstellungen, die ihn auf ein niedrigeres (Schulklassen-) Niveau zurückversetzen. Nimmt man in diesem Sinne sprachliche Beschreibungen wörtlich, können in einer sehr anschaulichen und erlebnisnahen Weise Wahrnehmungsabläufe von Sportlern »im Kopf« nachvollzogen werden. Denn es ist sehr einfach zu verstehen, dass durch die Einheit von Körper und Geist derjenige, der »eine schlaffe Hand bekommt«, keinen kräftigen und präzisen Aufschlag in das gegnerische Feld schlagen wird. Dafür braucht es Aufmerksamkeitsleistungen, die auf das Erleben von Kraft, Koordination und Präzision fokussieren.

In diesem Sinne sind die bildhaft-metaphorischen Sprachbeschreibungen der Schlüssel zum inneren Erleben von Sportlern. Mentale Probleme, verstanden als suboptimale und leistungsbeeinträchtigende Steuerungsinformationen auf der Ebene der inneren Wahrnehmungsräume, erweisen sich als unmittelbar bedeutsam für optimale sportliche Bewegungssteuerungen (Bandler 1995).

Vor dem Hintergrund eines solchen Verständnisses von mentalen Prozessen sind Leistungsbeeinträchtigungen in folgende drei Kategorien einteilbar:

1. **Leistungsbeeinträchtigungen in der optimalen Wettkampfbewegung:** Dazu gehören Beeinträchtigungen in dem Erlernen oder dem Ausführen von erlernten und automatisierten sportartrelevanten Bewegungsmustern. Typische Problembeispiele dazu sind etwa: fehleranfälliger Vor- oder Rückhandschlag beim Tennis, Absprungprobleme beim Skisprin-

ger, Fehlschuss im Wettschießen, unpräzise Steuerungsimpulse am Lenkseil eines Bobs, Abschlagprobleme beim Golfspiel etc.

2. **Leistungsbeeinträchtigungen in der optimalen Wettkampforientierung:** Hier können Leistungsbeeinträchtigungen zusammengefasst werden, die im Zusammenhang mit motivationalen, emotionalen oder auch kognitiven Faktoren stehen. Beispiele dazu sind etwa: Sportler, die starke Trainingsleistungen bringen, aber im Wettkampf versagen (»Trainingsweltmeister«), Sportler, die spezielle »Angstgegner« haben, Teams, die unter einer »Auswärts- oder Heimschwäche« leiden, Sportler, die sich in bedeutsamen Wettkämpfen »übermotiviert« verhalten, Sportler, die scheinbar »Angst vor Erfolg« zeigen.
3. **Probleme in der Regeneration und Rehabilitation:** Damit sind Beeinträchtigungen gemeint, die Sportler nicht direkt in ihrer Leistung einschränken, wohl aber die Gestaltung notwendiger regenerativer und rehabilitativer Prozesse erschweren oder behindern. Beispiele dazu sind etwa: Schwierigkeiten in der Entspannung vor oder nach Wettkämpfen, problemorientierte Verarbeitung von Misserfolgen, einseitige Förderung von Ideen der »Unterwerfung« des Körpers unter den »Willen«, respektloser und destruktiver Umgang mit Verletzungssignalen des Körpers, lernblockierender Umgang mit chronischen Verletzungen etc.

Zwischen den genannten drei Kategorien bestehen enge Zusammenhänge und wechselseitige Beeinflussungen. So unterstützt z. B. eine ängstliche und problemorientierte Wettkampfeinstellung die Fehleranfälligkeit im technisch-taktischen Bereich. Erhöhte Fehleranfälligkeit wiederum wirkt sich aber eher angstförderlich auf das Wettkampfverhalten aus. Diese Orientierung kann das Verletzungsrisiko dadurch erhöhen, dass muskuläre Spannungen die notwendige Beweglichkeit des Körpers reduzieren.

Ausgehend von der Annahme, dass Körper und Geist, organismische und mentale Prozesse eine Einheit bilden, können präzise und leistungsoptimale Bewegungsausführungen nur dort stattfinden, wo optimal-lösungsfokussierte mentale Prozesse diese Bewegungsausführung steuern. Je präziser die Bewegungssteuerung, desto präziser die Bewegungsausführung. Daher sind hypnotherapeutische Vorgehensweisen daraufhin orientiert, den aktiv-steuernden Einfluss auf diese mentalen Fokussierungsprozesse zu verbessern. Sie werden üblicherweise unter dem Schlagwort »mentales Training« zusammengefasst (Zerlauth 1999).

Für das Verständnis von erfolgreichen und wettkampf-optimalen Bewegungsausführungen erscheint es sinnvoll, auf Folgendes hinzuweisen: Sportliche Höchstleistungen sind durch **bewusst-willkürlich-rationale Prozesse** allein nicht zu erbringen. Dazu sind die leistungsrelevanten Abläufe viel zu komplex, es wird eine viel zu große Zahl von Entscheidungen in zu kurzer Zeit verlangt. Wettkämpfe erfordern vor allem automatisierte Bewegungen und intuitive Entscheidungen in komplexen und sich ständig schnell verändernden Situationen.

Gerade bei optimalem Wettkampfverhalten hat man häufig den Eindruck, dass Sportler selbst die schwierigsten Bewegungsabläufe scheinbar mühelos und mit großer Leichtigkeit gestalten können. Auch offensichtlich Anstrengendes erscheint aus der Zuschauerperspektive leicht, einfach und ästhetisch. Das Verhältnis von energetischem Aufwand und Leistungsergebnis ist optimal. Sportler selbst beschreiben Wettkampferfahrungen dieser Art häufig als »traumhaft«, »wie in Trance« oder »wie von selbst« (Csikszentmihalyi 1997). Solche Formulierungen weisen darauf hin, dass die Koordinationsprozesse weniger durch bewusst-willkürlich-rationale als vielmehr durch vorbewusst-unwillkürlich-autonome Prozesse gekennzeichnet sind. »Den Körper spielen lassen« lautet die ungewöhnliche Empfehlung.

33.2 Interventionen

33.2.1 Wenn Körper und Geist optimal kooperieren

Von den bisherigen Überlegungen ausgehend kann das Anwendungs- und Aufgabengebiet hypnotherapeutischer Ansätze für den Bereich des Leistungssports nun differenzierter angegeben werden.

Interventionen, die eine direkte Beeinflussung von zieldienlichen Fokussierungsprozessen auf der Ebene der Sinnesmodalitäten zum Ziel haben (mentales Training im engeren Sinn)

Interventionen dieser Art sind überall dort sinnvoll, wo das Erlernen neuer oder das Verbessern erlernter Bewegungsabläufe als Ziel definiert wird. Insbesondere bewähren sich in diesem Bereich Konzepte, die als »Arbeit mit den Submodalitäten« (Sinnesqualitäten) bekannt wurden. Die Grundidee dieser Arbeitsweise besteht darin, wettkampfrelevante Submodalitäten »im Kopf« so zu verändern, dass man mehr körperinterne Informationen über notwendige Koordinationsleistung erhält. So kann man etwa die Phase Aufschlag-Return mental in Zeitlupe ablaufen lassen. Durch die zeitliche Dehnung erhält man dann sehr präzise Informationen über die Koordination von Wahrnehmungsprozessen und Bewegungsmustern.

Interventionen, die zur Optimierung der Kooperation zwischen bewusst-willkürlichen und vorbewusst-unwillkürlichen Prozessen dienen

Interventionen dieser Art sind insbesondere in solchen Fällen hilfreich und sinnvoll, wo die benötigten sportartspezifischen Bewegungsmuster gut erlernt und automatisiert sind, wo aber motivationale und emotionale Prozesse einen optimalen Zugang zu vorbewusst-unwillkürlichen Abläufen in der Körper-Geist-Kooperation erschweren. In diesem Bereich ist eine große Zahl von hypnotherapeutischen Techniken anwendbar, die zwischenzeitlich aus der hypnotherapeutischen Literatur bekannt sind.

Besonders bewähren sich dabei Techniken wie Personalisierung des Leistungsproblems, Arbeit mit Teilen, Identifikationstechniken, Zeitregression bzw. Zeitprogression, Arbeit mit Zeitlinien, Arbeit mit Ritualen, Symbolen und Metaphern (Kogler 2006).

Im Folgenden soll das Lernen durch Identifikation näher beschrieben werden.

33.2.2 Lernen durch Identifikation

Gerade für Anwendungen im Bereich der Leistungsoptimierung bietet es sich an, erfolgreiche Spitzensportler als Vorbild für Leistungsentwicklung zu nehmen. Sie lösen wettkampfspezifische Leistungsvoraussetzungen hervorragend und verfügen auch im mentalen Bereich über Fähigkeiten, die sie von anderen unterscheiden.

Lernen über Identifikation entwickelt sich üblicherweise so, dass man zunächst das Verhalten von Identifikationsfiguren aus der Außenperspektive sehr genau beobachtet. Dieser erste Schritt stellt eine Art mentaler Vorbereitung für die Übernahme des Verhaltens in das eigene Repertoire dar. Die nächsten Lernschritte bestehen darin, der Identifikationsfigur (auch räumlich) näher zu kommen, um sich dann langsam der Innenperspektive der Vorbildfigur anzunähern. Dies kann z. B. so geschehen, dass man (mental und/oder real) mit ihr spielt oder übt, sich von ihr die optimale Ausführung von Bewegungsmustern zeigen lässt oder einfach hinter ihr steht und beobachtete Bewegungsabläufe mental imitiert. Weitere Schritte können darin bestehen, sich so in die Innenwahrnehmung der Identifikationsfigur zu begeben, dass man »fühlt wie sie«. Dadurch wird es möglich, quasi von innen heraus die Erfahrungen des Vorbilds in Wettkampfsituationen zu beobachten und nachzuspüren. Dies stellt die intensivste Stufe des Identifikationslernens dar. Im Einzelnen sind folgende Schritte sinnvoll:

Lernen durch Identifikation

1. **Schritt:** Orientiere die Sportler auf Lernerfahrungen, bei denen sie von und mit Vorbildern gelernt haben. Aktiviere Erfahrungen dieser Art mit Hilfe von Tranceprozessen, um das Vertrauen in diese Lernform zu stärken.
2. **Schritt:** Benütze zielorientierte Fragestellungen, um vor allem sinnvolle und umsetzbare Ziele zu definieren.

▼

3. **Schritt:** Nutze Tranceprozesse, um Sportlern die Möglichkeit zu geben, eine gute Beobachterposition zur Identifikationsperson einzunehmen und aus einer angemessenen Distanz präzise Wahrnehmungen zu machen.
4. **Schritt:** Führe sie in der Beobachterrolle an die Identifikationsfigur heran, sodass ein nahes Beobachten möglich wird. Unterstütze dabei u. a. die präzise Beobachtung von Bewegungsmustern der Identifikationsfigur.
5. **Schritt:** Führe die Sportler so nahe an die Identifikationsfigur heran, dass ein gemeinsames Spielen oder Trainieren möglich wird.
6. **Schritt:** Unterstütze sie dabei, sich in den Körper der Identifikationsfigur einzufühlen. Hilfreich sind metaphorische Beschreibungen wie »hineinschlüpfen«, »hineingehen«, »einfühlen« oder »hineinspüren«.
7. **Schritt:** Unterstütze die Sportler, die Welt durch die Sinnesorgane der Identifikationsfigur zu sehen, zu hören, zu fühlen, vielleicht auch zu riechen und zu schmecken.
8. **Schritt:** Ankere die Lernerfahrungen und diskutiere realistische Trainingsmöglichkeiten, die eine Umsetzung in den Alltag systematischer gestalten.

Fallbeispiel

Ein 24-jähriger Sportler hatte gehört, dass ich mit Hypnose arbeite, und wollte sich erkundigen, ob ich ihm helfen könne. Er war Squash-Spieler auf einem Leistungsniveau, mit dem er zufrieden war (Bundesliganiveau). Er hatte den Eindruck, dass eine Verbesserung der mentalen Leistungsvoraussetzungen seine Wettkampfleistungen deutlich optimieren könnte. Trotz intensivem körperlichem und technischem Training stagnierte seine Leistung. Die Ursache dafür sah er vor allem im technisch-taktischen Wettkampfverhalten angesiedelt. Sein Wunsch war, über »mentales Training« eine Leistungssteigerung zu erzielen. Ich erklärte ihm am Telefon, selbst nicht Squash zu spielen und von technisch-taktischen Anforderungen in diesem Sport nichts zu verstehen. Er bot an, von seinem großen Vorbild, dem damaligen Weltranglistenersten, eine Videokassette mitzubringen und diese als Lernmaterial zu nutzen. Auf die Frage, was er denn genau von seinem Vorbild lernen möchte, meinte er, dass es ihm weniger um die Technik gehe – die sei für ihn sowieso unerreichbar – aber von dessen taktischem Verhalten glaubte er, lernen zu können.

Wir trafen uns also und sahen uns zunächst ca. 30 min Video-Ausschnitte aus einigen Wettkämpfen des Weltranglistenersten an. Dann schlug ich vor, unsere Arbeit in einzelne Teilschritte zu gliedern und beschrieb ihm die Vorgehensweise. Nach seiner Zustimmung begann die hypnotherapeutische Arbeit damit, in Trance Erfahrungen zu sammeln, die er mit dem Lernen an Vorbildern bereits gemacht hatte (1. Schritt). Es stellte sich heraus, dass er hierzu viele hilfreiche Erfahrungen aufweisen konnte. Als Jugendlicher war er oft stundenlang am Sportplatz gestanden, um seinen Idolen (damals Fußballspieler) genau »auf die Beine zu schauen«. Schon damals förderte es immer wieder seinen Trainingsehrgeiz, sich Situationen vorzustellen, in denen er seinen zukünftigen Erfolg genießen und die Aufmerksamkeit und Anerkennung einer breiteren Öffentlichkeit erhalten konnte. In diesem ersten Schritt unserer Arbeit fiel ihm auf, dass er auch heute noch sehr viel dadurch lernte, dass er »anderen auf die Beine schaut«.

Ich fragte ihn dann, was er von seinem Vorbild heute lernen wollte (2. Schritt). Seine klare Antwort war, dass er sich vor allem auf die Frage der Flüssigkeit in den Bewegungsabläufen konzentrieren wollte. Er glaubte nämlich, dass diese nicht allein durch eine gute Technik sondern vor allem durch die taktische Positionierung im Squash-Feld zustande käme.

So bot ich ihm an, sich nach innen zu orientieren, die Augen zu schließen und sich einen Ort zu suchen, von dem aus er sein Vorbild gut und genau beobachten konnte (3. Schritt). Er entschied sich, auf einer Art Tribüne Platz zu nehmen. Dieser Platz war ca. 15 m von der Squash-Box entfernt und ca. 4 m hoch, sodass er eine gute Sicht hatte. Dann schlug ich ihm vor, mental vor seinem inneren Auge ein Match des Weltranglistenersten ablaufen zu lassen. Hierbei fiel ihm vor allem auf, wie sparsam und ökonomisch die Bewegungsabläufe des Idols waren; er schien das Wesentliche und nicht das Mögliche auszuwählen.

Als Nächstes lud ich den Sportler ein, sich innerlich dem Spielfeld zu nähern (4. Schritt). Er zeigte sich sehr

überrascht davon, dass der Unterschied in der Wahrnehmung gegenüber dem Tribünenplatz vor allem der war, dass man nun genau erkennen konnte, mit welcher Präzision und energetischen Intensität die Bewegungen ausgeführt wurden. Was aus einiger Entfernung so leicht aussah, erwies sich aus der relativen Nähe als hochkonzentrierter und aggressiver Einsatz koordinierter Kräfte. Die Balance von Geschmeidigkeit und hartem Krafteinsatz beeindruckte ihn am meisten. Dann schlug ich vor, mental ganz in die Squash-Box hineinzugehen, sich beinahe mit Körperkontakt hinter sein Vorbild zu stellen und ein bisschen mit ihm mitzuspielen (5. Schritt). In diesem »Mitbewegen« verstärkte sich der Eindruck, dass die spezifischen Bewegungsausführungen den scheinbaren Widerspruch zwischen Geschmeidigkeit und deutlichem Krafteinsatz auflösten. Weichheit in der Bewegung und Kraft in der Ausführung waren optimal kombiniert. Dieser Eindruck verstärkte sich noch, als ich vorschlug, mental »in den Körper der Nummer eins hineinzuschlüpfen« (6. Schritt). Ich bot ihm an, sich sowohl in das ganzheitliche Körpererleben als auch in wichtige Körperbereiche einzufühlen. Er spürte nun, wie seine Muskeln optimal durch »den Kopf« vorbereitet wurden, so als ob die Muskeln ständig bereit wären, genau das zu machen, was der Kopf will. Am deutlichsten spürbar war das im Oberkörper und Beckenbereich. Diese Region stellte sich als eine Art von Fühlzentrale dar, von der die Steuerimpulse für den Körper ausgingen. Das ganze Geschehen war von einem Gefühl begleitet, als ob der Körper »von alleine spielt« und man selbst freudiger Beobachter am eigenen Wettkampfgeschehen sei.

Schließlich bat ich meinen Sportler, mental durch die Augen der Nummer eins zu sehen (7. Schritt). Sehr schnell zeigte er sich überrascht davon, wie groß die Squash-Box aus der Innensicht des Weltbesten aussah. Dieser Eindruck entstand dadurch, dass die Augen immer wieder für sehr kurze Zeit auch die Raumwinkel fokussierten, sodass vor allem ständig der potenzielle Spielraum und nicht der Gegner (der den Spielraum verdecken könnte) im Zentrum der Aufmerksamkeit stand. Offensichtlich pendelte also das Sehen in einer guten Balance zwischen defokussierter Raumwahrnehmung und fokussierter Ballwahrnehmung, so als ob ein eigener mentaler Bewegungsraum den Körper umgeben würde, der die Souveränität des eigenen Spiels vor unerwünschten Einflüssen des Gegners schützt. Und scheinbar stellte gerade diese Art der Wahrnehmung die optimale Voraussetzung dafür dar, notwendige Antizipationsleistungen im Sinne der inneren und äußeren Raumeroberung zu leisten.

Nach der Reorientierung aus der Trance diskutierte ich mit ihm seine Lernerfahrungen (8. Schritt). Er berichtete, im Sinne des Lernziels »Erweiterung seiner taktischen Fähigkeiten« sehr zufrieden zu sein. Ihm war bestätigt worden, dass die Flüssigkeit in den Bewegungsmustern der Nummer eins auch etwas mit dessen taktischem Verhalten zu tun hatte. Wie groß ein Raum erscheint, hängt nicht nur von seiner »wirklichen« Größe ab, sondern ganz offensichtlich auch davon, wie man Fokussierungsprozesse vornimmt. Und die optimale Fokussierung des Spiel-Raums eröffnet auch viel mehr Möglichkeiten für notwendige Antizipationsleistungen. Wer gut antizipiert, kann auch viel besser das Geschehen beeinflussen. Die notwendige Aggressivität und Präzision stellt in diesem Sinne also die Voraussetzung für flüssige Bewegungsabläufe dar. Dies alles war dem Sportler natürlich auch vor der Sitzung mit mir im Wesentlichen bekannt. Wie der Weltbeste dies auf der Ebene mentaler Prozesse gestaltet, war ihm erst durch unser mentales Training sehr viel genauer deutlich geworden.

Zum Abschluss besprach ich mit ihm noch einige Möglichkeiten zur Umsetzung der Lernerfahrungen in seinen Trainings- und Wettkampfalltag. Er meinte, dass er vor allem durch das kinästhetische Einfühlen in die Nummer eins profitieren könne. Dieses Gefühl, einen »mentalen Bewegungsraum« vor oder vielleicht besser um sich zu haben, war neu für ihn. Ebenso klar konnte er erleben und spüren, wie sehr für optimales Spielen vor allem vorbewusst-unwillkürliche Prozesse entscheidend sind. Ich empfahl ihm als Hausaufgabe, für dieses Gefühl einen Anker in Form eines Maskottchens zu suchen, das er in den Wettkampf mitnehmen konnte. Um das in der Trance Erlebte unmittelbar in seinen Trainingsprozessen zu integrieren, nahm er sich vor, eine Videoaufnahme seines Spiels von »hinten-oben« zu machen und mit der Idee des mentalen Bewegungsraums zu experimentieren.

33.3 Diskussion

33.3.1 Indikation und Kontraindikation

Wenn Körper und Geist nicht kooperieren

Die Ansätze der Erickson'schen Hypnotherapie sind in hervorragendem Maße geeignet, Sportlern dabei behilflich zu sein, ihre mentalen Leistungsvoraussetzungen weiter zu entwickeln. Diese Techniken erweisen sich zum Erlernen von Bewegungsmustern als ebenso hilfreich wie für das Auflösen von Problemen in Bewegungsmustern. Vor allem können Kooperationsprozesse zwischen Körper und Geist, zwischen organismischen und mentalen Prozessen optimiert werden. Mir erscheint das als besonders sinnvoll und wichtig, da so ein stimmiger und ökonomischer Umgang mit den Ressourcen des Körpers, dem eigentlichen Werkzeug der Sportler, unterstützt und gefördert wird. Meine Erfahrungen zeigen sehr klar, dass mit diesen Methoden die Verletzungsanfälligkeit zumindest reduziert werden kann. Gerade für Sportler, die ja häufig an Grenzerfahrungen, Gefahr, Risikobereitschaft und Dominanz-Unterwerfungsmustern orientiert sind, ist die sensible Beachtung organismischer Signale und Bedürfnisse eine wesentliche Bereicherung in der Gestaltung von Trainings- und Wettkampfprozessen. Der Leistungssport stellt ein gedankliches Kulturfeld dar, in dem Themen wie Ehrgeiz, Rivalität, Herausforderung, Siegen und Besiegen die Gefahr beinhalten, dass Spaß und Freude zu kurz kommen zugunsten einer ebenso einseitigen wie zweischneidigen Erfolgsorientierung (Maier 2005).

In diesem Zusammenhang fördern die Erickson'schen Konzepte die Orientierung auf organismische Prozesse, die unmittelbare Überzeugungskraft besitzen und unbestechliches Wissen anbieten. Übereinstimmend berichten Sportler, dass länger dauernder Erfolg und höchstes Leistungsniveau nur dort erreicht werden, wo neben Talent und Fleiß vor allem auch eine Haltung zum Sport vertreten ist, die durch Freude und Leidenschaft gekennzeichnet ist. Diese Gefühle stellt ein Organismus aber nur dann über längere Zeit zur Verfügung, wenn einigermaßen stimmige Kooperationsprozesse zwischen Bedürfnissen aus dem organismischen und dem geistigen Bereich stattfinden.

Andererseits weiß man natürlich auch sehr genau, wozu Menschen fähig sind, wenn Kontextbedingungen so gestaltet sind, dass eher destruktive und selbst oder fremd disqualifizierende Anteile Vorrang erhalten. Sicherlich ist es in einer Zeit, in der mit dem Sport so viel Geld verdient und soviel Prestige erworben werden kann, in der soviel an öffentlicher Aufmerksamkeit und Anerkennung über das »Spiel mit einer kleinen Filzkugel« (Zitat Boris B.) läuft, nur zu verlockend, körperliche Fitness und Gesundheit zugunsten dieser Ziele zu opfern. Damit sind mit dem Leistungssport, zumindest ab einem gewissen Niveau, zusätzliche Gefahren verbunden. Die übertriebene Identifikation mit erfolgreichen Vorbildern und eine übersteigerte Fokussierung auf Dimensionen von Erfolg und Ruhm sind nur einige Hintergründe für problematische Lebenswege von (zumeist jungen) Menschen. In diesem Sinne sind natürlich auch hypnotherapeutische Verfahren eine große Verführung für diejenigen, die davon ausgehen, dass man mithilfe dieser Methoden organismische Ressourcen noch besser »ausbeuten« und den Körper noch mehr »dem Willen unterwerfen kann«. Die mangelnde Unterscheidung von maximaler Leistungsbereitschaft und organismischer Selbstausbeutung ist gerade im Spitzensport weit verbreitet.

Tatsächlich ist es mit hypnotherapeutischen Angeboten sicher möglich, einem Boxer dabei »behilflich« zu sein, seine natürlichen Schmerzempfindungen stark zu reduzieren, damit er es noch länger aushält, sich verprügeln zu lassen. Mit Selbstsuggestionen können die Gefühle von sinnvoller Angst ausgeblendet werden. Nicht nur einmal habe ich bei Anfragen nach Hypnose im Sport den Eindruck gewonnen, dass hier eine Entwicklung unterstützt werden soll, die zu mehr Zwang, mehr Unachtsamkeit, mehr Gewalt gegen sich selbst führt. Damit wird deutlich, dass die Frage der Kontraindikation bei hypnotherapeutischen Verfahren im Sport dort zu Recht gestellt wird, wo Sportler die Beziehung von Körper und Geist als Unterwerfungsbeziehung verstehen, jenseits aller Kooperationsabsichten. Zu diesen Vorstellungen passen natürlich gerade Vorurteile, mithilfe von Hypnose werde das »Unbewusste völlig ausschöpft«, der Organismus »besiegt« oder der Körper »programmiert« und »neu eingestellt«. Dass solche Vorstel-

lungen über Hypnose für einige Sportler interessant sind und eine gewisse Attraktivität haben, liegt auf der Hand.

Für mich selbst habe ich zu diesem Thema, soweit ich es bewusst abschätzen kann, klare Entscheidungen getroffen. Ich mache kein Angebot an Personen, die auch nach Erstgesprächen mit mir noch denken, sie könnten Hypnose als Medium zur Verstärkung eines Dominanz-Unterwerfungsmusters zwischen Körper und Geist benutzen. In solchen Fällen (die allerdings eindeutig die Ausnahme darstellen) lehne ich eine Zusammenarbeit ab.

Meine weit häufigere Erfahrung ist aber, dass man Sportlern sehr schnell zu einer wertvollen Zusammenarbeit einladen kann, wenn man mit ihnen über eine leistungsrelevante Gestaltung der Kooperation von Körper und Geist spricht. Dann wird u. a. deutlich, dass der Organismus nur dann bereit ist, sein Leistungspotenzial über einen gewissen Zeitraum zur Verfügung zu stellen, wenn er mental von Motiven unterstützt wird, die tragfähig und motivationsförderlich sind. »Weltmeister werden« ist z. B. kein Motiv, das es ermöglicht, über sehr viele Jahre Entbehrungen und Mühen auf sich zu nehmen. Tragfähigeres entsteht eher durch die Antwort auf die Frage, was man mit der Idee von »Weltmeister« verbindet. Dann hört man Motive wie Zufriedenheit mit sich selbst, Sicherheit, Selbstvertrauen, soziale Bezogenheit oder auch die Freude an der lernenden Herausforderung. Und interessanterweise entwickeln sich diese Gefühle nicht in einem Klima der wechselseitigen Disqualifikation organismischer und geistiger Bedürfnisse. Ganz im Gegenteil. Das Erleben von Zufriedenheit, (Selbst-) Vertrauen und Sicherheit setzt voraus, dass wir eine stimmige Balance im Umgang mit der Vielfalt unserer Bestrebungen finden.

33.3.2 Empirische Belege

Meine inzwischen langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Sportlern zeigt, dass das, was wir »mentales Training« nennen, von Spitzensportlern intuitiv und ohne eigenen Mentaltrainer ohnehin betrieben wird (Samulski 1987). Sportler beschäftigen sich stundenlang mit dem mentalen Gestalten von Bewegungsmustern. Sie bereiten sich vor jedem Wettkampf durch das Imaginieren von Wettkampfsituationen auf Kommendes vor. Und sie begeben sich intuitiv, ohne viel über Tranceprozesse zu wissen, vor Wettkämpfen in für sie günstige Bewusstseinsprozesse.

In diesem Sinne kann die Hypnotherapie eigentlich an einem Punkt ansetzen, der von vielen Sportlern bereits erreicht ist, denn sie haben diese mentalen Trainingsmethoden häufig bereits in ihren Alltag integriert. Was Hypnotherapeuten noch tun können, ist eine Form von Systematisierung des intuitiv Entwickelten anzubieten, also etwa einfache und leicht durchführbare Methoden der Selbsthypnose erlernen zu lassen, oder diese zur Gestaltung regenerativer und rehabilitativer Prozesse anzuwenden, oder auch dort speziellere Angebote zu machen, wo Leistungsbeeinträchtigungen mithilfe von mentalen Trainingsverfahren aufgehoben werden können (Liggett 2004).

Leider gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt über die Auswirkungen der Anwendung von hypnotherapeutischen Verfahren auf die Wettkampfleistungen noch wenig Untersuchungen, die den strengen Kriterien von Wissenschaftlichkeit genügen. Aber das bisher Bekannte und Untersuchte erlaubt doch ermutigende Hinweise darauf, dass diese Ansätze in sehr sinnvoller Weise gerade im Sportbereich eingesetzt werden können (Eberspächer 2007). Und es darf an dieser Stelle wohl auch die Prognose gestellt werden, dass es immer notwendiger sein wird, etwas für das »Mental-Psychische« zu tun.

Einige Gründe für diese Behauptung sind schnell aufgezählt: Die Leistungsdichte in der Weltklasse wird weiterhin zunehmen; bei annähernder Gleichwertigkeit von körperlichen Leistungsvoraussetzungen werden mentale Prozesse noch größere Bedeutung erlangen. Körperliche Leistungs- und Trainingsgrenzen sind z. T. schon ausgereizt; die enorme Bedeutung des Wirtschaftszweiges Sport wird weiterhin bestehen oder eher noch zunehmen; dies erhöht den mentalen Druck auf Sportler. Deshalb gewinnen andere Fachdisziplinen zur Optimierung von Trainings- und Wettkampfleistungen an Bedeutung.

Es werden also vermehrt Fragen in eine bestimmte Richtung gestellt werden: Wie regeneriere ich nach intensiven Wettkampf- oder Trainingsleistungen? Wie erhalte ich mein Leistungsniveau

über längere Zeit aufrecht? Wie motiviere ich mich auf ein Wettkampfereignis hin optimal? Wie kann ich mit unvermeidbaren Niederlagen oder Leistungsschwächen psychohygienisch sinnvoll umgehen? Was unterstützt mich dabei, zunehmenden Erwartungsdruck leistungsförderlich zu beantworten?

In der Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen können die Ansätze der Erickson'schen Hypnotherapie hilfreiche und wesentliche Beiträge liefern.

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen

34 **Angststörungen – 439**
Paul Janouch

35 **Agoraphobie und soziale Phobie – 450**
Claude Béguelin

36 **Spezifische Phobien – 460**
Horst-W. Reckert

37 **Flugangst – 466**
Herbert Bergmeister, Uwe Prudlo

38 **Posttraumatische Belastungsstörung – 474**
Gisela Perren-Klingler

39 **Dissoziative Identitätsstörungen – 484**
Onno van der Hart

40 **Depressionen – 495**
Ortwin Meiss

41 **Frühe und Borderline-Störungen – 516**
J. Philip Zindel

42 **Psychosen – 526**
Henriette Walter

Angststörungen

Paul Janouch

34.1 Störungsbild – 440

34.2 Interventionen – 440

34.3 Diskussion – 449

34.3.1 Integration mit anderen Therapieformen – 449

34.3.2 Kontraindikationen – 449

Nach verschiedenen Schätzungen sollen in Deutschland über 2 Mio. Menschen unter Angstsymptomen leiden. Knapp 40% aller Psychotherapie in Anspruch nehmenden Patienten gehört zur Diagnosegruppe Angststörungen (Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz, BPtK-Newsletter 2007). Angststörungen gehören somit zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Aus diesem Grund ist es naheliegend, darüber nachzudenken, wie man die Behandlung der von diesen Symptomen Betroffenen vereinfachen und effektivieren kann.

Das vorliegende Konzept geht von der Annahme aus, dass Ängste nicht zufällig und grundlos entstehen, sondern meist auf problematischen (unverarbeiteten resp. »traumatischen«) Erfahrungen beruhen, mit anderen Worten: Jedes Angstsymptom, so irrational es – isoliert betrachtet – auch sein mag, hatte ursprünglich sehr wohl eine sinnvolle Funktion (oder es hat sie noch). Für die Therapie bedeutet das, dass es nicht darum geht, ein störendes oder dysfunktionales Verhalten zu eliminieren (»wegzusuggerieren«), sondern dass das Symptom als Ressource verstanden und genutzt wird. Für die meisten Angstpatienten ist es von enormer Bedeutung, die Hintergründe ihrer Symptomatik zu verstehen, weil sie sich selbst als äußerst irrational erleben (z. B. oft die Angst äußern »verrückt zu werden«). Insofern ist allein schon das Verstehen der Funktionalität des Symptoms therapeutisch wirksam.

Hypnotische Techniken sind in hervorragender Weise zur Angsttherapie geeignet, weil die meisten Angstpatienten über gute bis sehr gute hypnotische Fähigkeiten verfügen, und die Symptome und die hypnotische Reaktion einen gemeinsamen Nenner – die Unwillkürlichkeit – haben, also sozusagen eine gemeinsame Sprache sprechen.

34.1 Störungsbild

Angststörungen
- Phobische Störungen (ICD-10: F40)
- Andere Angststörungen (ICD-10: F41)

34.2 Interventionen

Interventionen:
1. Schritt: Orientierung
2. Schritt: Vertrautmachen mit der »Symptomseite«
3. Schritt: Vertrag mit der »Symptomseite«
4. Schritt: Exploration,
5. Schritt: Lösungsmetaphern:
   - »Vermischtes entzerren«
   - »Altes erledigen«
   - Schuldproblematik
6. Schritt: »ökologische Überprüfung«
7. Schritt: posthypnotische Suggestionen und Amnesie

Zu Schritt 1: Orientierung. Je nach Erklärungsbedarf der Person wird die Erläuterung unterschiedlich ausführlich sein. Es empfiehlt sich, möglichen Widerständen bereits an dieser Stelle ausführlich Rechnung zu tragen, also z. B. der Person zu sagen, dass sie völlige Kontrolle – bewusst oder unbewusst – über den Prozess habe, dass sie jederzeit unterbrechen könne, »falls es notwendig sein sollte«, dass sie sehr genau aufpassen solle, was mit ihr geschieht, welche Veränderungen sie an sich beobachte usw.

Nach allgemeiner Instruktion (Sitzhaltung, Blickrichtung usw.) wird über die Fokussierung der Aufmerksamkeit (Fernsinne – Nahsinne, vgl. VAKOG-Modell, ▶ Kap. 2) fließend übergeleitet zu einer allmählich expliziteren hypnotischen Induktion. Da Angstpatienten zunächst oft in besonderem Maße mit Spannung und Nervosität reagieren, ist es gut, sich genügend Zeit für ein angemessenes »pacing« des aktuellen Zustandes zu nehmen, etwa:

*»Es ist völlig normal, wenn Sie jetzt ein wenig Un**ruhe** spüren, z. B. das Klopfen ihres Herzens wahrnehmen … es ist völlig natürlich, dass Sie auch eine gewisse Spannung spüren … das braucht sich auch gar nicht **allzu schnell zu verändern** … nehmen Sie sich **ruhig** Zeit dazu … denn, wenn man un**ruhig** ist … kann man nicht sofort eine **tiefe Ruhe** erreichen … dazu braucht man schon mehr oder weniger Zeit … nehmen Sie Ihre Un**ruhe** also **ruhig** wahr … wie*

das im Moment so ist … vielleicht bemerken Sie nach einiger Zeit eher ***leichte Veränderungen*** *… so eine* ***leichte*** *Bewegung von Un****ruhe*** *zu etwas mehr* ***Ruhe*** *… das ist wichtig, dass Sie wirklich auf diese feinen Unterschiede zu achten lernen … denn bewusst wissen Sie ja gar nicht, wie Ihr Organismus (Unbewusstes) das macht … wenn Sie allmählich (ein bisschen)* ***ruhiger*** *werden … Sie können es eigentlich nur* ***passiv*** *beobachten … und sich daran freuen, dass Sie Ihrem Organismus vertrauen können, sodass Sie sich wirklich* ***sicher*** *fühlen können …«* (die hervorgehobenen Stellen können zusätzlich mit leicht veränderter Stimmlage markiert werden.)

Dies wird je nach Bedarf u. U. mehrfach wiederholt, in langsamer und eindrücklicher Sprechweise und mit genügend Pausen, um der Person ausreichend Zeit für die Reaktion und sich selbst Zeit für das Beobachten beginnender hypnotischer Phänomene zu lassen. Es sollte dann in jedem Fall die Metapher eines »sicheren Ortes« eingeführt werden, damit sich der Patient auch bei möglicherweise belastenden Situationen in der Explorationsphase an diesen imaginären Ort zurückziehen kann. Man sollte den Patienten anregen, dies auch selbstständig einzuüben, damit er sich dieser Erfahrung wirklich sicher sein kann.

Nach Erreichen der ersten hypnotischen Phänomene (Bewegungslosigkeit und beginnende Katalepsie, Lidschluss bzw. Fehlen des Lidschlagreflexes) wird eine Hand- oder Armlevitation induziert. Am einfachsten gelingt deren Induktion, wenn man sie mit dem therapeutischen Ziel verbindet, also etwa:

»Ich werde Ihnen gleich eine einfache Frage stellen und möchte eine ebenso einfache Antwort, und ich möchte, dass Sie Ihr Unbewusstes antworten lassen … Sie können nicht wissen, wie Ihr Unbewusstes antwortet, und ich weiß es auch nicht, aber Sie können Ihrem Unbewussten auf eine ganz einfache Weise Gelegenheit geben, sich zu äußern: Sie können spüren, wie Ihre beiden Hände auf den Oberschenkeln (auf den Stuhllehnen) liegen und können auch die Veränderungen in ihren Händen und Unterarmen sehr genau wahrnehmen, nicht wahr? (Warten auf Bestätigung.) *Also jetzt meine Frage: Wird Ihr Unbewusstes Sie bei der Überwindung Ihrer Ängste (bzw. je nach Ziel: Veränderung, Klärung, besseres Verstehen usw.) in vollem Umfang unterstützen? Wenn ja, wird sich gleich eine Ihrer beiden Hände langsam heben, und nun warten Sie einfach ab, wie Ihr Unbewusstes sich äußert«* (▶ Kap. 13).

Diese Instruktion muss u. U. mehrfach wiederholt werden, um ausreichend Zeit zur Reaktion zu geben; es ist, wenn die Reaktion sehr zögerlich erfolgt, zweckmäßig, eine Nein-Alternative anzubieten (etwa, dass die Hand schwerer wird, nach unten zieht oder drückt). Wenn eine Nein-Antwort erfolgt, wertet man das als erfolgreiche Reaktion in der Hinsicht, dass das Unbewusste offensichtlich auch ohne Einwirkung des bewussten Denkens gut aufpasst (da es ja bestimmt gute Gründe gibt, die Zusammenarbeit – noch – zu verweigern) und bemüht sich erst weiter darum, die Hinderungsgründe abzuklären. Nur in sehr wenigen Fällen habe ich bisher erlebt, dass auf diese Frage keine Reaktion erfolgte. Es handelte sich in diesen Fällen um Personen, die aus meiner Sicht überhaupt wenig reagibel waren, und mit denen ein hypnotisches Arbeiten aus diesem Grunde ohnehin kaum möglich war. Bei sehr zögerlicher Reaktion ist es auch statthaft, eine leichte Unterstützung zu geben, denn manchmal ist eine Levitation für Menschen, die damit nicht vertraut sind, schwierig, wenn die Muskulatur schon sehr kataleptisch ist. Meist reicht eine leichte Berührung (für die man sich zuvor die Erlaubnis einholt) des Handrückens (bei eigener leicht kataleptischer Hand) aus, um eine nonverbale Unterstützung zu geben und eine Levitation leicht zu induzieren.

Die Levitation wird gleichzeitig benutzt, um die beginnende Trance zu bestätigen (»ratifizieren«) und zu vertiefen, z. B.:

»Sie bemerken ja jetzt schon, wie angenehm es sein kann, zeitweise die Kontrolle über einen Körperteil einfach abzugeben … ganz bewegungslos zu werden … einfach still … gelassen … und ist es nicht sehr einfach und schön, nur dazusitzen und zu beobachten, wie sich dieser Zustand allmählich vertieft, während ihr Arm von selbst höher geht?«

Es sollte darauf geachtet werden, diesen Zustand mit allen Sinnesqualitäten zu ankern (z. B. die eigene Stimme bei »höher« leicht zu heben) und mit der Metapher des »ruhigen Ortes« (s. oben) zu ver-

knüpfen. Das Verankern des ruhigen Ortes und die Etablierung dissoziativer Fähigkeiten wird mit posthypnotischen Angeboten entsprechend unterstützt, z.B.:

»*So wie Sie sich jetzt erleben, haben Sie innigeren Kontakt zu manchen Fähigkeiten als sonst, und Sie können ganz sicher sein, sich daran erinnern zu können … beim nächsten Mal hier … so ruhig und entspannt … wann immer Sie es brauchen … Sie brauchen sich nicht einmal bewusst erinnern, weil Ihr Organismus sich erinnern wird …*« usw.

Die Verankerung eines »Ruheortes« und die Etablierung ideomotorischer Signale sind für die nachfolgenden Schritte unerlässlich. Die Dauer der Orientierungsphase hängt neben der Suggestibilität des Patienten vor allem vom guten Rapport ab. Je sorgfältiger am Anfang gearbeitet wird, desto leichter ist die nachfolgende Arbeit.

Zu Schritt 2: Vertrautmachen mit der »Symptomseite«. Fast alle Menschen mit Angstsymptomen, auch solche, die offen darüber sprechen, werten sich dafür ab, dass sie so eine irrationale Angst haben, und es ist ihnen meist ziemlich peinlich, unter solchen Verhaltenseinschränkungen zu leiden. Wirkungsvoller, als mit den Patienten über den Sinn und die Funktion von Symptomen zu diskutieren, ist es, sie in Kontakt mit dem Symptom zu bringen, um darüber eine anerkennende und respektvolle Haltung gegenüber diesem Teil der eigenen Person zu fördern und damit eine Basis für die weitere Arbeit zu bekommen. Ausgangspunkt dafür ist die oben etablierte Ruhehaltung, also etwa:

»*Während Sie hier jetzt ganz ruhig sitzen … und anfangen, sich mehr und mehr auf sich selbst zu zentrieren … können Sie sicher … nach einer Weile … anfangen, sich vorzustellen, wie das war, als Sie das letzte Mal diese Angst hatten …* (warten auf physiologische Reaktion, bzw. Bestätigung) … *gut so, jetzt können Sie das deutlich, wenn auch etwas distanziert spüren, nicht wahr?*« (Bestätigung abwarten) *Falls die Reaktion zu heftig wird, muss die Dissoziation gefördert werden, z. B.: »Ist es nicht merkwürdig, dass Sie jetzt hier, indem Sie jetzt hier ganz ruhig sitzen, das so deutlich spüren können? … Können Sie das jetzt genau lokalisieren, wo das im Körper spürbar wird? … Ja? … O.k., dann können Sie diese Reaktion, die Sie ja jetzt herbeigerufen haben, ein klein wenig auf Abstand bringen … so, als wäre es nicht ganz direkt in/bei Ihnen, sondern in einer mäßigen Entfernung vor oder neben Ihnen, o.k.?*« (Bei allen Fragen: auf Bestätigung warten).

Nachdem die Person erfolgreich die symptomatische Reaktion zu dissoziieren beginnt, kann man fortfahren, den Kontakt zum Symptom zu etablieren:

»*Jetzt, nachdem Sie wieder ein wenig freier atmen können, sind ein paar Dinge wichtig: Da ist zunächst einmal die Anerkennung dieser Spannung und Unruhe … sie setzt Sie ja sozusagen in einen Zustand der Hochspannung, in dem Sie alle Energien auf einen Punkt hin mobilisieren, um auch schwierigste Situationen zu meistern, nicht wahr? … Das Problem ist nur, jetzt brauchen Sie diese Energie gar nicht und in vielen Situationen sonst auch nicht, aber … vermutlich war es irgendwann einmal richtig, genauso zu reagieren … das wissen wir im Moment nicht … das Nächste ist, ob diese Seite in Ihnen, diese Unruhe-Energie bereit ist, mit Ihnen, also mit Ihrem bewussten Denken, zu kooperieren … wie ist das im Moment … spüren Sie diese Unruhe mehr auf der rechten oder mehr auf der linken Seite? …* (nach Reaktion oder Antwort:) *Gut, dann wird, sobald eine innere Bereitschaft da ist, eine unwillkürliche Reaktion erfolgen … Sie kennen das schon: dann hebt sich ganz einfach dort Ihre Hand … ganz von selbst … warten Sie einfach ein wenig …* (nach erfolgter Reaktion:) *gut, das ist sehr schön, dass dieser Teil, den Sie bisher als so schwierig angesehen haben, mitarbeitet … ist es jetzt vielleicht möglich, dass Sie diesem Teil eine Gestalt geben können? … Wie sieht das aus? … Warten Sie einfach darauf, was von selbst kommt …* (nach Bestätigung) *Gut, wie ist das jetzt: Können Sie mit dieser Gestalt reden? Bekommen Sie eine Reaktion, wenn Sie fragen, warum Sie so bedrängt werden, warum Sie Ihnen auf die Nerven geht?*«

Je besser der Kontakt mit dem Symptom gelingt, desto mehr wird sich der innere Konflikt entschärfen (Reframing der Symptombewertung) und desto leichter wird es, mit dem Symptom als Ressource zu arbeiten.

Zu Schritt 3: Vertrag mit der Symptomseite. Dieser Schritt ist besonders bei solchen Patienten sinnvoll, die durch ihre Symptome stark in ihren Verhaltensmöglichkeiten eingeschränkt sind und bei denen man daher eine schnelle Veränderung anstrebt, bevor man auf der inhaltlichen Ebene weiter arbeiten kann (z. B. konnte eine Patientin mit einem Paniksyndrom, das vor allem bei der morgendlichen Fahrt zur Arbeit auftrat und sich intensivierte, sodass Gefahr bestand, dass sie nicht mehr zur Arbeit fahren konnte, nach einem Kontrakt mit ihrem Symptom – wie weiter unten beschrieben wird – den Stress erheblich mindern und war in den folgenden Wochen in der Lage, ohne größere Schwierigkeiten zur Arbeit zu fahren).

Es handelt sich bei diesem Vorgehen im Grunde lediglich um eine weitere Ausgestaltung des oben geschilderten zweiten Schrittes (Symptom als Ressource). Im Einzelnen werden die bereits etablierten dissoziativen Fähigkeiten genutzt, um den inneren Konflikt zu entschärfen, z. B.:

»Ich möchte Ihnen gleich einen Vorschlag machen: Sie haben gemerkt, dass Ihr Ankämpfen gegen Ihre Symptome bisher überhaupt nicht geholfen hat, sondern im Gegenteil sind die Symptome schlimmer und schlimmer geworden, manchmal haben Sie es ganz drastisch spüren können: Je mehr Sie Ihre Angst kontrollieren wollten, desto stärker wurden Ihre Ängste … das bringt also gar nichts! … Richtig? … Daher möchte ich Ihnen jetzt vorschlagen, einen Vertrag mit Ihren Symptomen zu schließen: Sie verpflichten sich, Ihren nutzlosen Kampf gegen die Symptome einzustellen und zu akzeptieren, dass diese einen bestimmten Sinn für Sie haben (oder hatten), und dass Sie alles Nötige hier (mithilfe der Therapie) tun werden, um diesen Sinn zu verstehen (zu klären, was zu klären ist/Unerledigtes zu erledigen usw.) … (nach Bestätigung:) *Auf der anderen Seite kann der Teil Ihres Unbewussten, der für das Symptom verantwortlich ist, Ihnen signalisieren: O.k., dann gebe ich etwas mehr Ruhe … Falls das so ist, und dieser Teil seine Zustimmung gibt, wird sich gleich Ihre Hand heben.«*

In aller Regel ist – nach entsprechender Vorbereitung (s. Schritt 2) – eine solche Zustimmung ziemlich prompt zu erhalten, eine spürbare Entlastung ist dann fast immer die Folge. Neben der erwünschten größeren Handlungsfähigkeit der Person wirkt sich das auch positiv auf die Therapiemotivation aus.

Ein Vertrag mit der Symptomseite ist bei stark einschränkender Symptomatik eine einfache und hilfreiche Maßnahme.

Zu Schritt 4: Exploration. Dies ist nun der Kern der eigentlichen inhaltlichen Arbeit: Aufbauend auf den bereits etablierten Reaktionsmöglichkeiten wird die Person dabei begleitet, die inneren Zusammenhänge (Funktionen, Bedeutungen) der Symptomatik zu untersuchen. Hierbei ist mit Widerständen zu rechnen, da die Person genau das bisher vermieden hat. Daher ist es sinnvoll, auch an dieser Stelle die Berechtigung von Widerstand ausdrücklich anzuerkennen und Einvernehmen darüber herzustellen, dass die Person jederzeit unterbrechen kann (»wann immer es **notwendig** ist«). Ein implizites Ziel kann dabei auch sein, insbesondere bei zögerlichen oder ambivalenten Patienten eine gewisse Ungeduld (und Bereitschaft endlich anzufangen) zu fördern. Je sorgfältiger diese Schritte vorbereitet werden, desto leichter geht im Allgemeinen die eigentliche Arbeit. Zu Beginn wird die unbewusste Zustimmung zur Problemexploration eingeholt:

»Sobald Ihr Unbewusstes (inneres Wissen, Organismus etc.) bereit ist, die Frage zu untersuchen, womit genau Ihre Ängste zu tun haben, hebt sich Ihre Hand (Ihr Ja-Finger, Ihr Arm; ► Kap. 13).«

Bei schwierigen Problemstellungen kann es durchaus passieren, dass man über mehrere Sitzungen hinweg diese Frage thematisieren muss, bis eine unwillkürliche Zustimmung erfolgt. Es ist selbstverständlich, dass dieses Zögern nicht nur respektiert, sondern als eine sinnvolle Schutzreaktion des Unbewussten (»das am besten weiß, **wann** Sie etwas wirklich genau betrachten wollen«) unterstützt werden sollte. Auch bei weniger schwierigem Material ist dieses Zögern in der Regel kein Ausdruck von bewusster Unwilligkeit, sondern es kann als ein Ausdruck einer (meist unbewussten) Ambivalenz und/oder als ein Austesten der Person des Therapeuten und der therapeutischen Situation verstanden werden. Sobald eine Reaktion erfolgt, ist dies aufzugreifen und zu unterstüt-

zen, und die beginnenden dissoziativen Reaktionen sind zu fördern:

»Jetzt, nachdem Sie Ihre innere Bereitschaft spüren konnten, lassen Sie sich ruhig Zeit, den inneren Abstand zu den Dingen, die Sie untersuchen wollen, richtig einzurichten … Sie werden merken, dass Sie innerlich stiller und ruhiger werden, während Ihr Arm sich weiter hebt … sehr gut … immer stiller und ruhiger … die Distanz zu allen Dingen wird größer, aber irgendwie genau richtig.«

Sobald Augenbewegungen erkennbar werden (das ist auch bei geschlossen Augen meist gut sichtbar), kann man davon ausgehen, dass innere Bilder sich ankündigen, die allerdings nicht immer gleich für die Person selbst sichtbar sind, da die physiologischen Reaktionen den emotionalen und kognitiven vorausgehen. Die Person wird darin unterstützt, den inneren Suchprozess geduldig zu begleiten (u. U. einige Zeit abzuwarten, bis innere Bilder sich zeigen) und sehr genau zu explorieren:

»Schauen Sie sich jetzt sehr sorgfältig und genau an, was Ihnen in den Sinn kommt … achten Sie auf alles, was Sie sehen … hören/denken … empfinden … usw.« (je nach Reaktion ist dies u. U. mehrfach mit unterschiedlichen Formulierungen zu wiederholen, bis deutlich wird, dass die Person anfängt, neue Informationen zu verarbeiten).

Das gefundene Material sollte unmittelbar mit den ursprünglichen Symptomen in Verbindung gebracht werden können, da manchmal zunächst auch irrelevante Informationen bei dem Suchprozess auftauchen können, orientierende Fragen helfen dem Patienten dabei, auf der Spur zu bleiben:

»Nun, da Sie diese Dinge sehr klar vor sich sehen … können Sie jetzt schon verstehen, was das mit Ihren Ängsten zu tun hat? … Ist das genau das?«

In der Regel ist es für den Patienten unmittelbar evident, wenn relevantes Material auftaucht, weil es fast immer mit entsprechenden physiologischen Reaktionen verbunden ist. Solange eine solche Evidenz sich nicht herstellt, muss weiter exploriert werden.

Die Exploration in Trance erfordert Sicherheit im Umgang mit dissoziativen Techniken und Altersregression.

Zu Schritt 5: Lösungsmöglichkeiten. Fast immer lassen sich aus der Exploration unmittelbar Lösungsschritte ableiten. Manchmal reicht es für die Patienten auch schon aus zu erkennen, worauf sich ihre Ängste ursprünglich beziehen, um im Sinne einer kognitiven Neubewertung (Reframing) dem Symptom einen angemessenen Platz im inneren System einräumen und sich aktuell davon befreien zu können. In den meisten Fällen stellt sich allerdings eine Lösung nicht spontan ein, sondern die Patienten bedürfen einer gewissen Hilfestellung, um ihr Problem zu überwinden. Im Folgenden werden einige einfache Lösungsstrategien skizziert, die nach meiner Erfahrung in sehr vielen Fällen erfolgreich angewendet werden können. Diese Lösungsmetaphern sind inhaltlich eher vage und sollen eher dazu dienen, das problematische Material zu ordnen und zu strukturieren.

»Vermischtes entzerren«

Fast immer haben Angstsymptome damit zu tun, dass in einer sonst eher neutralen oder wenig belastenden Situation eine alte unerledigte Geschichte sich wie eine Folie darüber legt und diese Vermischung zu einer starken emotionalen Belastung führt.

Fallbeispiel

Eine junge Frau bekam eine massive Panikattacke, kurz bevor ihr Sohn 2 Jahre alt wurde. Als sie zur Therapie kam, bestand die Angstsymptomatik relativ unvermindert schon mehrere Jahre. Die Problemexploration zeigte, dass sie einen inneren Zusammenhang herstellte zwischen ihrer eigenen Kindheit (sie war im Alter von 2 Jahren von den Eltern verlassen worden und bei den Großeltern aufgewachsen) und der Sorge um ihren kleinen Sohn. Sie konnte ihre Ängste recht schnell überwinden, nachdem sie aufgefordert worden war, ihre eigene Geschichte als etwas Eigenes zu identifizieren:

*»All die **unangenehmen Gefühle und Erinnerungen aus der Zeit** können Sie wie in ein **Standbild** bringen und auf die eine Seite stellen, o.k.? … Und auf der anderen Seite können Sie Ihren Sohn sehen und seine Entwicklung o.k.?*

*… Und dann können Sie **sehen**, dass beides nichts miteinander zu tun hat, Sie halten es ganz einfach vollständig **auseinander**, nicht wahr? … Natürlich kann man nie wissen, was einem Kind so alles zustoßen kann, und ich würde es ganz in Ordnung finden, wenn Sie sich manchmal um Ihr Kind Sorgen machen … aber **diese** Ängste werden Sie nicht mehr brauchen … und wenn wieder so ein Angstgefühl auftaucht, werden Sie sich ganz einfach **erinnern** … die Dinge auseinanderzuhalten … so wie jetzt.«*

Die Lösungsmetapher »Vermischtes entzerren« bietet sich in vielen Fällen als erster (und manchmal ausreichender) Lösungsschritt an, worauf u. U. weitere folgen können (s. unten).

»Altes erledigen«

Diese Lösungsmetapher wird für solche Probleme gebraucht, die z. T. lange zurückliegen, manchmal vergessen sind, aber nicht wirklich aufgelöst sind. Dabei kann eine Rolle spielen, dass die Person wegen extremer Stressreaktion (z. B. Schock nach einem Unfall) nicht in der Lage war, das Geschehen adäquat zu verarbeiten, oder dass die Person aufgrund ihres Lebensalters die Dinge nicht begreifen konnte. Die unverarbeiteten Reste manifestieren sich nach einiger Zeit als Symptom, gelegentlich spielen sie lange Zeit keine Rolle und geraten völlig in Vergessenheit, bis eine strukturell ähnliche Situation das Ganze wieder aktiviert. Die Metapher »Altes erledigen« soll dazu verhelfen, fehlende Stellen im Lebensskript zu ergänzen bzw. kann der Patient angeleitet werden, das stehen gebliebene (»eingefrorene«) Video weiterlaufen zu lassen.

Fallbeispiel

Die Patientin war als Kind im Alter zwischen 12 und 15 Jahren wegen wiederholter Operationen fast ständig im Krankenhaus. Sie hatte diese Situation als »absoluten Horror« verarbeitet, vor allem deswegen, weil sie über Monate hinweg einer sadistischen und demütigenden Behandlung durch die Stationsschwester völlig hilflos ausgesetzt war:

*»Wenn Sie jetzt diese ganze schreckliche Zeit noch einmal in der richtigen Distanz vor sich sehen … dann können Sie jetzt **beginnen zu verstehen**, dass das für Ihre körperlichen und emotionalen Reaktionen immer noch nicht abgeschlossen ist, obwohl Ihr Verstand Ihnen sagt, dass das doch so viele Jahre vorbei ist … das liegt ganz einfach daran, dass Sie damals noch so jung waren … ein Kind in dem Alter erlebt die **Zeit** ganz anders … eine Woche ist schon ein **kleine Ewigkeit** … ein Monat kaum zu überblicken … und Sie waren so viele Monate dort … und **immer wieder** … es erschien Ihnen **absolut unendlich** … und Sie glaubten, **das hört niemals auf** … ein **unendlicher Albtraum**, nicht wahr? … Und wenn Sie draußen waren, konnten Sie **nie wirklich sicher** sein, endgültig draußen zu sein, der Horror konnte jederzeit wieder anfangen, und Sie konnten nichts dagegen tun … völlig **hilflos** … **ausgeliefert** … Aber: **Jetzt**, **heute** wissen Sie, dass es **wirklich** und **tatsächlich** vorbei ist … **für immer** … und Sie selbst können jetzt dem kleinen Mädchen, das Sie da so deutlich vor sich sehen, verständlich machen, dass es **wirklich begreift: Es ist vorbei! Endgültig! Für immer! Es wird so nie wieder passieren!** … und sobald dieses Begreifen dort ankommt und zu wirken beginnt, kann Ihr Arm langsam sinken.«*

»Altes erledigen« führt eine (im Unbewussten fehlende) Zeitdimension ein und ergänzt »missing links«.

Schuldproblematik

Ungelöste Schuldprobleme spielen bei vielen Angstsymptomen (aber auch bei anderen Störungen) eine große Rolle. Meist konnte die Person in einer Situation hoher emotionaler Belastung, z. B. Tod eines Angehörigen, das Geschehene nicht oder nicht vollständig verstehen und verarbeiten. Schuldgefühle spielen auch oftmals eine Rolle, wenn sich Patienten ein Versagen, eine übermäßige Stressreaktion o. Ä. nicht verzeihen können und sich auch Jahre später noch (häufig unbewusst) dafür verurteilen, eine solche Schwäche gezeigt zu haben. Es gehören also auch alle Phänomene, die mit Scham, Peinlichkeit und überwertigen Verantwortungsgefühlen zu tun haben, in diesen Bereich.

Mit hypnotherapeutischen Techniken ist es möglich, sich »direkt an das Gewissen« zu wenden als der Instanz, die für moralische Fragen zuständig ist. Die Kooperationsbereitschaft des Gewissens wird mithilfe ideomotorischer Signale eingeholt (s. oben).

Fallbeispiel

Eine ca. 50-jährige Frau hatte unter massivem Druck seitens der Ärzte einer medizinisch lebensnotwendigen Operation ihrer Mutter zugestimmt. Nachdem

die Mutter während der Operation verstorben war, hatte die Patientin verständlicher Weise zunächst heftige Schuldgefühle, die sie aber auf der bewussten Ebene bald zu zerstreuen wusste. Nach einiger Zeit entwickelte sich jedoch eine ausgeprägte Angstsymptomatik: Die Patientin war nach einiger Zeit nicht mehr in der Lage, allein das Haus zu verlassen und konnte alle Besorgungen nur noch in Begleitung ihres Mannes erledigen. Die hypnotische Exploration ergab, dass die Entlastung von Schuldvorwürfen nur auf der bewussten Ebene stattgefunden hatte, auf der unbewussten Ebene hingegen waren die Schuldgefühle unvermindert wirksam. Sie fühlte sich als Muttermörderin und konnte deshalb nicht in die Öffentlichkeit, weil sie in ihrer unbewussten Sicht der Dinge davon überzeugt war, dass alle ihr das ansehen könnten. Nach der Klärung dieser Bedingungen wurde eine Verhandlung mit dem Gewissen initiiert:

»Nun, nachdem Ihr Gewissen seine Zustimmung zur Mitarbeit gegeben hat, möchte ich Sie bitten, sich die ganze Situation ***vor*** *der Entscheidung noch einmal sehr genau anzuschauen … Ihr Gewissen bewertet nämlich das Ganze aus der* ***Rückschau, nachdem*** *Sie wussten, dass Ihre Mutter gestorben ist … das ist zwar verständlich … aber nicht angemessen … als Sie erfuhren, dass Ihre Mutter gestorben war, erstarrten Sie vor Schreck, Sie glaubten tatsächlich: Ich habe Sie umgebracht! Und Ihr Gewissen ist in dieser Frage völlig unerbittlich, obwohl Ihr Verstand weiß, dass es so nicht stimmt … aber Ihr Verstand erreicht Ihr Gewissen nicht … was Sie jetzt zu tun haben, ist also: Ihr Gewissen prüfen lassen, ob Sie* ***vorher*** *wirklich eine Möglichkeit, eine ernsthafte Chance hatten, anders zu entscheiden … solange Ihr Arm oben bleibt, weiß ich, dass Ihr Gewissen diese Frage sorgfältig prüft.«*

In diesem Fall konnte sich die Patientin nach dieser Prüfung, die etwa 10–15 min dauerte, aus der Schuldvorstellung befreien.

Nicht immer gelingt das natürlich so prompt, und die Patienten brauchen dann bei der Lösung weitere Hilfestellung. Man muss sich dabei vor Augen führen, dass auch Erwachsene in moralischen Fragen oft kindlich undifferenziert urteilen, sodass eine Neubewertung dadurch erschwert werden kann. Man kann dann etwa sagen:

»Offensichtlich ist Ihr Gewissen in dieser Frage bisher sehr streng und lässt nichts anderes gelten … Ihr Verstand urteilt aber in dieser Frage ganz anders … das liegt daran, dass unser Gewissen sich herausbildet, wenn wir noch sehr jung und unerfahren sind … da ist es ganz richtig, die Dinge zu verkleinern und zu vereinfachen … nur richtig oder falsch gelten zu lassen … nur schwarz oder weiß … keine Zwischentöne … das ist für eine kindliche Welt ganz in Ordnung … aber heute … Sie wissen, dass die Dinge oft viel komplizierter sind … dass es viele Zwischentöne gibt … dass man sehr genau hinschauen muss, um urteilen zu können … so wie Sie in der Schule das kleine Einmaleins mit dem großen Einmaleins erweitern mussten, braucht Ihr Gewissen jetzt eine Erweiterung in dieser Frage … Sie brauchen also jetzt Ihr ganzes heutiges Wissen und Ihre ganze Erfahrung, um wirklich angemessen urteilen zu können.«

Natürlich kann als Ergebnis auch herauskommen, dass nach sorgfältiger Prüfung die Person zum Schluss kommt, einen schweren Fehler begangen zu haben. In diesem Fall ist dann weiter danach zu fragen, ob inzwischen ein **Verzeihen** möglich ist, auch diese Frage kann direkt nach obigem Muster an das Gewissen gerichtet werden. Falls diese Frage verneint wird, ist danach zu suchen, welche Art von Wiedergutmachung (Buße, Sühne etc.) für die Person in Frage kommt bzw. als angemessen angesehen wird.

Wie schwierig die moralischen Fragen und Probleme oft auch auf den ersten Blick erscheinen mögen – sobald erst ein solcher Suchprozess in Gang gekommen ist, kann man zuversichtlich sein, dass die Person sich auf einem produktiven Lösungsweg befindet.

Bei Schuldfragen (schlechtes Gewissen, Scham, Peinlichkeit, überhöhtes Verantwortungsgefühl) Verhandlung mit dem Gewissen initiieren.

Fallbeispiel

Dieses Beispiel soll die Kombination verschiedener Lösungsstrategien veranschaulichen. Die Patientin wird mit der Diagnose »Angst und depressive Störung, gemischt« (ICD-10: F41.2) vom behandelnden Psychiater zur Psychotherapie überwiesen. Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns ist sie 29 Jahre alt, sie arbeitet als Nachtschwester in der Psychiatrie. Nach ihren Anga-

ben bestehen die Ängste seit 2–3 Jahren, sie äußern sich überwiegend in engen Räumen (Fahrstühle, enge Treppenhäuser, Tiefgaragen, Autos usw.). Inzwischen praktiziert die Patientin ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, ist z. B. seit Jahren nicht mehr mit dem Fahrstuhl gefahren und auch nicht geflogen. Nach dem Hintergrund der Angstsymptome gefragt, gibt sie an, nicht die geringste Vorstellung davon zu haben; ihr Verhalten sei ihr selbst vollkommen unverständlich, außerdem sei es ihr peinlich, sich so irrational zu verhalten, sie bemühe sich daher meistens, ihre Ängste vor anderen zu verbergen. In der 1. Sitzung wird außer der Anamneseerhebung noch über den Einsatz von hypnotischen Techniken gesprochen, die Patientin wünscht ausdrücklich Hypnose, äußert allerdings die Befürchtung, dass sie dazu vielleicht nicht imstande sei. In der 2. Sitzung wird mit einer hypnotischen (Ruhe-) Induktion begonnen, die Patientin erreicht ohne Schwierigkeiten eine mittlere Trancetiefe, es wird außerdem eine Armlevitation zur Kommunikation mit dem »Unbewussten« induziert. In der 3. und 4. Sitzung wird die erste Panikattacke, an die sich die Patientin erinnert, genauer exploriert. Die Patientin vermutet einen Zusammenhang zwischen beruflichen Anforderungen und Angstsymptomen, da die erste sehr massive Angstreaktion während eines Nachtdienstes auftrat und sie von Kollegen und ihrem Freund nach Hause gebracht werden musste, weil sie nicht einmal mehr in der Lage war zu gehen. Die genaue Exploration dieser Situation ergibt allerdings keinen prägnanten Zusammenhang, sodass in der folgenden Sitzung der Fokus erweitert wird mit der Bitte, sie solle sich alles, was in ihrer Vorgeschichte für die Angst von besonderer Bedeutung war, in Erinnerung rufen. Sehr prompt treten daraufhin sehr starke physiologische Reaktionen, begleitet von heftigen Emotionen, auf. Die Patientin berichtet, dass sie sich vor etwa 10 Jahren von der »Liebe ihres Lebens« getrennt habe, das sei ein großer Fehler gewesen, sie komme von diesem Mann nicht los, obwohl sie inzwischen seit mehreren Jahren in einer neuen Partnerschaft lebe. Bei der Besprechung der Zusammenhänge zwischen diesem Hintergrund und den Angstsymptomen wird deutlich, dass die Angstreaktionen symbolisch die von der Patientin tief empfundene Ausweglosigkeit zum Ausdruck brachten, ohne dass sie dies auf der bewussten Ebene wahrnehmen konnte oder wollte (das Phänomen, dass sehr klare Zusammenhänge nicht beachtet werden, ist übrigens gerade bei Ängsten ziemlich häufig zu beobachten, weil die Beschäftigung damit emotional belastend und vorübergehend sehr unangenehm sein kann). Für die Lösung spielen zwei Aspekte eine wesentliche Rolle: a) Erledigung eines Kapitels der Lebensgeschichte (s. »Altes erledigen«) und b) sich selbst verzeihen können, nicht schon früher eine Lösung gefunden zu haben (s. »Schuldproblematik«). Beide Lösungsvorschläge werden in Trance präsentiert. Lösungsteil b) ist relativ leicht von der Patientin zu bewältigen, für Lösungsteil a) sind zwei Zugänge nötig: als Erstes wird die Patientin aufgefordert, die für die Symptomatik relevanten Aspekte zu rekapitulieren und zu überprüfen, wie sie »unerledigte Reste« bewältigen kann, insbesondere zu prüfen, ob für sie eine reale Option besteht, die alte Beziehung wieder aufleben zu lassen. Nach Beendigung der Trance erklärt die Patientin, dass sie, um die Geschichte wirklich abschließen zu können, ein Gespräch mit ihrem »Ex« führen müsse. Dieser zweite, vom Therapeuten nachdrücklich unterstützte Schritt, fällt der Patientin doch erheblich schwerer als zunächst gedacht, sie braucht mehrere Wochen und verschiedene Anläufe, um ihren Vorsatz auszuführen. Nachdem das Gespräch stattgefunden hat, ist sie einerseits traurig (er hat ebenfalls eine neue Beziehung aufgenommen und befindet sich in Hochzeitsvorbereitungen), letztlich aber doch befreit und erleichtert, sie kann sich endlich von vergeblichen Träumen und Illusionen verabschieden. Einige Wochen später kann sie von einer deutlichen Reduktion der Angstsymptome berichten. Ein katamnestisches Gespräch nach einem halben Jahr ergibt vollständige Symptomfreiheit. Die Behandlungsdauer betrug 13 Sitzungen in 5 Monaten.

Zu Schritt 6: »Ökologische Überprüfung«. Dieser Schritt dient der imaginativen Überprüfung von Lösungsmöglichkeiten. Der Patient wird aufgefordert, mit der veränderten physiologischen Reaktion des Lösungsbildes (Ruhe, Gelassenheit) die angstauslösende Situation aufzusuchen und zu beobachten, ob der »Lösungs-State« sich aufrechterhalten lässt. Das gelingt umso besser, je prägnanter sich die symptomatische Reaktion anfangs manifestiert hat und somit »Problemtrance« und »Lösungstrance« gut unterscheidbar sind.

»Jetzt, nachdem Sie schon eine gute Möglichkeit gefunden haben, um ihre Schwierigkeiten zu überwinden, können Sie das jetzt ja auch schon deut-

lich spüren, wie sich das körperlich auswirkt, nicht wahr? (u. U. Veränderungen beschreiben lassen) … *und wenn Sie jetzt, so wie Sie sich jetzt fühlen, sich in ihrer Vorstellung in die x-Situation hineinbegeben … dann achten Sie bitte auf alles, was Sie dann wahrnehmen … was Sie sehen (Umgebung, Personen etc.) … hören (auch innerer Monolog, Gedanken) … empfinden … fühlen …«* usw.

Die Person wird weiter aufgefordert, genau auf mögliche Spannungen und Diskrepanzen zu achten. Wenn wieder symptomatische Reaktionen auftreten, muss weiter exploriert werden, was evtl. zuvor übersehen wurde. Die Lösungsmetaphern müssen u. U. auf dieser Basis komplettiert werden.

Mit der »ökologischen Überprüfung« ist in einer wenig aufwendigen Prozedur eine aussagekräftige Prüfung von Lösungsideen möglich. Je entspannter die physiologische Reaktion bleibt, desto wahrscheinlicher wird die Situation auch realiter besser bewältigt.

Zu Schritt 7: posthypnotische Suggestionen und Amnesie. Posthypnotische Suggestionen sind ohnehin selbstverständlicher Bestandteil des gesamten Therapieprozesses. An dieser Stelle soll lediglich darauf aufmerksam gemacht werden, dass es am Ende einer Hypnosesitzung sinnvoll und förderlich ist, der Person Angebote zu machen, dass der begonnene Prozess sich auf mehreren Ebenen fortsetzen kann, z. B.:

»Es ist ganz klar, dass Ihr Unbewusstes (Ihr Gewissen), auch wenn es jetzt schon eine Bereitschaft erkennen lässt, noch nicht alle Details und Verästelungen überblicken und überprüfen kann … und Sie können Ihr Unbewusstes weiter an dieser Aufgabe arbeiten lassen … vielleicht des Nachts, wenn Sie träumen … oder wenn Ihre Gedanken mal tagsüber abschweifen, und Sie wissen gar nicht so recht, woran Sie gerade gedacht haben … aber sie spüren, es ist etwas in Bewegung.«

In solchen Formulierungen sind bereits auch implizite Amnesieangebote enthalten, die immer dann sinnvoll sind, wenn eine zu frühe und/oder zu intensive bewusste Beschäftigung mit Problemlösungen eher hinderlich erscheint. In vielen Fallbeispielen ist nachzulesen, dass Erickson bei seinen Patienten oft sehr sorgfältig Amnesie förderte, weil er der Auffassung war, dass die bewusste Auseinandersetzung mit den noch sehr fragilen Lösungsideen den Veränderungsprozess erschweren oder sogar vollständig verhindern kann. Amnesieangebote sind darüber hinaus erforderlich, wenn man die Exploration schwierigen Materials (etwa bei stark traumatisierten Patienten) am Ende der Stunde unterbrechen muss. Man kann dabei direkte und indirekte Suggestionen miteinander mischen, etwa:

»Wenn Sie gleich beginnen, sich zurückzuorientieren, können Sie gleichzeitig alles, was noch unerledigt ist, gut verpacken und einen Ort finden … hier … an dem Sie alles deponieren können … hier lassen können … und Sie können sicher sein, es hier beim nächsten Mal wieder zu finden, um die Arbeit fortzusetzen … und je mehr Sie jetzt auftauchen, desto mehr können diese Dinge zurücksinken … verblassen … auf ganz natürliche Weise, so wie ein Traum verblasst, wenn man erwacht …und wir alle wissen ja gar nicht, wie wir das machen: vergessen! … Obwohl wir ja ständig genau das tun: vergessen! … Und Sie können ganz sicher sein, dass Sie nichts Wichtiges wirklich vergessen! … Und ich bin mal neugierig, an was Sie sich beim nächsten Mal erinnern werden … ich fände es ganz richtig, wenn Sie diese Aufgabe ganz Ihrem Unbewussten überlassen, das Sie ja bisher ganz offensichtlich gut schützt … lassen Sie es also getrost weiter produktiv für sich arbeiten!«

Posthypnotische Suggestionen können schwierige Situationen vorbereiten helfen (z. B. Prüfungsangst) und die Auftretenswahrscheinlichkeit erwünschten Verhaltens erhöhen. Amnesieangebote sind sinnvoll als Schutz vor Überlastung (Traumatherapie) sowie vor zu schnellen Lösungsschritten und bewusster Dekonstruktion von Lösungsschritten.

34.3 Diskussion

34.3.1 Integration mit anderen Therapieformen

Das hier vorgestellte Behandlungskonzept ist sehr gut mit verhaltenstherapeutischen Verfahren kombinierbar. Insbesondere dann, wenn Patienten zu ausgeprägtem Vermeidungsverhalten neigen, kann z. B. eine Expositionsbehandlung mit Unterstützung durch den Therapeuten sinnvoll sein. Manchmal fühlen sich auch gut motivierte und selbstsichere Patienten nicht in der Lage, die angstauslösenden Situationen allein zu bewältigen.

Fallbeispiel

Eine bei Therapiebeginn ca. 40-jährige Patientin kommt mit klaustrophobischen Symptomen (insbesondere Tunnelangst) in die Therapie. Die hypnotische Exploration ergibt, dass die Symptome auf dem Hintergrund eines massiven Partnerkonflikts entstanden sind. Der Konflikt eskalierte auf einer Urlaubsfahrt in Südfrankreich, die Patientin erlebte die Rückfahrt durch einen »endlosen« Straßentunnel extrem stressig. Seither begann sie, Tunnels und vergleichbare Situationen zu meiden. Unterdessen hatte sie sich von dem damaligen Partner getrennt. Die Lösungsvariante »Vermischtes entzerren« schien imaginativ Erfolg versprechend, doch zeigte sich, dass die Patientin sich nicht in der Lage sah, die Situation allein zu bewältigen. Vielmehr meinte sie, dass es zu gefährlich für sie sei, ein Auto zu steuern, wenn sie dabei heftige Stresssymptome bekäme. Es wurde mit ihr eine Exposition in einem Straßentunnel durchgeführt (Therapeut am Steuer), die zu dauerhafte Symptomfreiheit führte (katamnestische Befragung nach 2 Jahren).

34.3.2 Kontraindikationen

Es gelten die üblichen (relativen) Kontraindikationen, d. h. Patienten mit »instabilen Ich-Funktionen« (z. B. präpsychotische, psychotische oder Borderline-Patienten) sollten in der Regel nicht nach diesem Konzept behandelt werden. Auch sehr rigide Zwangssysteme sind mit der hier vorgestellten Verfahrensweise meist nicht gut ansprechbar.

Fazit

Mit der hier vorgestellten hypnotherapeutischen Konzeption lässt sich meiner Erfahrung nach eine große Zahl von Angstsymptomen wirkungsvoll und relativ rasch günstig beeinflussen. Um möglichen Missverständnissen vorzubeugen, muss jedoch gesagt werden, dass auch bei einer relativ geringen Anzahl von Therapiesitzungen viele Patienten häufig längere Zeit brauchen, um dauerhafte Veränderungen zu erreichen. Man sollte sich sehr vor der Versuchung hüten, das Tempo zu forcieren. Die individuell sehr unterschiedliche Zeit für Veränderungen ist in jedem Fall unbedingt zu respektieren. Oft ist sogar eher ratsam, bei ungeduldigen Patienten auf eine Verzögerung des Veränderungstempos hinzuwirken. In sehr vielen Fällen ist eine deutliche Verbesserung bzw. weitgehende Symptomfreiheit in 4–6 Monaten zu erreichen, die Anzahl der Therapiesitzungen variiert sehr stark und liegt zwischen 5 und 20 Sitzungen. Sobald die Lösungsphase erreicht ist, sollten die Abstände zwischen den Therapiesitzungen größer werden, um ausreichend Zeit zu geben, die Ergebnisse zu verarbeiten und Lösungsschritte oder neue Möglichkeiten zu erproben. Wenn deutliche Verbesserungen erreicht sind, kann man die Abstände noch einmal vergrößern, die Therapiesitzungen dienen dann vorwiegend dazu, das Erreichte zu überprüfen. »Rückfälle«, besonders in der Anfangsphase sind normal und dienen der Überprüfung und ggf. Korrektur von Lösungsstrategien. Die meisten Rückfälle sind allerdings mit dem dann bereits vertrauten methodischen Inventar relativ leicht und schnell zu klären und zu überwinden. Es bietet sich an, den Patienten Selbsthypnose zu vermitteln. Oft sind sie damit in der Lage, schwierige Situationen (oder Rückfälle) auch ohne therapeutische Hilfe zu meistern.

35

Agoraphobie und soziale Phobie

Claude Béguelin

35.1 Störungsbild – 451
35.1.1 Agoraphobie (F40.0) – 451
35.1.2 Soziale Phobien (F40.1) – 451

35.2 Interventionen – 451
35.2.1 Interventionen bei Agoraphobie – 452
35.2.2 Interventionen bei sozialer Phobie – 456
35.2.3 Indikation und Kontraindikation – 459
35.2.4 Integration mit anderen Verfahren – 459

Dieses Buch ist nach Symptomen oder Krankheitsbildern geordnet. Die Hypnotherapie darf allerdings nicht als reine Symptombehebung angesehen werden. Die Indikation der Anwendung der Hypnose orientiert sich weniger am Symptom selbst als an Faktoren (wie Umwelt, Ressourcen, Motivation des Patienten, Interesse des Therapeuten usw.), die im allgemeinen Teil beschrieben wurden. Trotzdem gibt es spezifische Techniken, die für bestimmte Krankheitsbilder besonders geeignet sind.

Jedes Tun findet in einem Rahmen, einem Kontext statt. Das hier Vorgestellte darf nur im Rahmen einer psychotherapeutischen (psychiatrischen) Praxis verstanden werden.

Die Lehre und die praktische Anwendung von Hypnose beeinflussen Therapeuten auf zwei Ebenen:

1. **Kommunikative Ebene:** Durch das Üben von Hypnose und Tranceeinleitung (vor allem nach Milton Erickson) lernt der Therapeut eine besondere Art zu kommunizieren.
2. **Spezifisch-hypnotherapeutische Ebene:** Im Rahmen einer Psychotherapie (systemisch, psychoanalytisch, kognitiv usw.) wird Trance induziert, um einen veränderten Bewusstseinsprozess einzuleiten (durch klassische oder naturalistische Trance), den wir Hypnose nennen.

Die Ebene 1 (die kommunikative Ebene) ist grundlegend. Sie sollte Bestandteil der psychotherapeutischen Grundausbildung sein. Die Ebene 2 (die spezifisch hypnotherapeutische Ebene) ist dagegen Thema einer Zusatztherapie, die in andere Therapieformen integriert werden kann. Ich werde in diesem Kapitel nur Punkt 2 beschreiben, obschon Punkt 1 nicht wegzudenken ist.

35.1 Störungsbild

Die in diesem Kapitel behandelten Störungen beziehen sich auf die Definition der »International Classification of Disease 10« (ICD-10).

35.1.1 Agoraphobie (F40.0)

Diese Störung bezeichnet eine zusammenhängende und sich häufig überschneidende Gruppe von Phobien, mit der Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf einen öffentlichen Platz zu begeben oder allein im Zug, Bus oder Flugzeug zu reisen. Diese Phobie ist besonders einschränkend, da einige Betroffene völlig ans Haus gefesselt sind. Viele Patienten stellen sich z. B. vor, sie könnten kollabieren und geraten dadurch in Panik. Es sind überwiegend Frauen, meist im jungen Erwachsenenalter betroffen. Ohne adäquate Behandlung wird die Agoraphobie häufig chronisch, wenn auch fluktuierend.

35.1.2 Soziale Phobien (F40.1)

Diese Störung besteht in der Annahme des Patienten, von anderen Menschen beobachtet und bewertet zu werden. Sie führt schließlich zur Vermeidung von sozialen Kontakten bis hin zu gänzlicher Isolation. Soziale Phobien sind bei Männern und Frauen gleich häufig und können sich auf klar eingegrenzte Situationen wie essen oder öffentlich reden beziehen. Sie gehen meist mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einher und können mit Beschwerden wie Erröten, Schwitzen, Vermeiden von Blickkontakt, Händezittern u. a. verbunden sein.

Zu jeder der beiden Diagnosen wird ein Fall vorgestellt. Innerhalb dieser Fälle werden die folgenden hypnotischen Techniken beschrieben.

35.2 Interventionen

Hypnotische Techniken bei Agoraphobie und sozialer Phobie

- Körperbewusste Entspannung und Auffinden eines »sicheren Ortes«
- Konfrontationsübung in Trance
- »Affektbrücke« und Regression
- Verdinglichung des Symptoms (Identifikation und Modifikation der durch die Angst hervorgerufenen Körperwahrnehmungen)

Zur Diagnostik und Theorie der Angststörungen verweisen wir auf die gute und knappe Übersicht von Hoyer et al. (2005).

35.2.1 Interventionen bei Agoraphobie

Fallbeispiel

Agoraphobie

Anamnese: Frau P. ist Ausländerin aus dem Mittelmeerraum. Sie ruft auf Anraten ihres Hausarztes in der Praxis an. Sie ist zwar arbeitsfähig, wird aber von Angstzuständen erfasst, wenn sie ohne Begleitung eines Familienmitgliedes das Haus verlässt. Wir vereinbaren ein Gespräch mit der Patientin und ihrem Mann. Sie erzählen folgende Geschichte:

Vor 14 Jahren, am 2. Tag nach der Geburt ihrer Tochter, hatte die Patientin einen kurzen Ohnmachtsanfall in der Toilette des Spitals. Der Arzt und die Krankenschwester rügten sie, weil sie ohne zu läuten aufgestanden war. Sie hätte ihre Tochter verwaist zurücklassen können. Es wurde ihr Bettruhe verordnet und untersagt, alleine aufzustehen. Seit diesem Tag durfte sie ihre Tochter kaum mehr in die Arme nehmen, wenn sie alleine war. Sie fürchtete, zu stürzen und die Tochter zu verletzen. Sie wagte nicht mehr, alleine mit der Tochter spazieren zu gehen. Kaum betrat sie das Badezimmer, traten Angstzustände auf. Den 5 Jahre älteren Sohn hatte sie bis dahin problemlos aufgezogen.

Als die Tochter mit 6 Jahren in die Schule ging, verbesserte sich die Symptomatik. Vor 2 Jahren traf sich die Patientin mit der Tochter in der Stadt. Diese hatte sich verspätet und konnte ihre Mutter anschließend nicht nach Hause begleiten. Frau P. fühlte sich verlassen, und seither verschlechterte sich ihr Zustand. Eine medikamentöse Therapie mit Anxiolytika brachte keine Besserung. Seit 7 Jahren arbeitet sie als Beamtin, manchmal fährt sie mit dem Bus. In Begleitung ihres Mannes traut sie sich ins Kino, muss aber in der Nähe des Ausganges sitzen. Im Restaurant, auch in Begleitung, wird sie plötzlich von Ängsten befallen. Zu Hause hat sie keine Schwierigkeiten. Sie fühlt sich von der Familie total abhängig. Es ist ihr unmöglich, etwas ohne Ehemann oder Kinder, vor allem ohne die Tochter, zu unternehmen. Sie will selbstständiger werden.

Erste Beurteilung

Die Paarbeziehung wirkt stabil. Es gibt vorläufig keine Anhaltspunkte, um die Symptomatik auf der Basis von versteckten Konflikten zu erklären. Es bestehen weder wiederholte Träume oder »Flashbacks« noch Sinnlosigkeitsgefühle, die auf ein posttraumatisches Stresssyndrom hinweisen würden. Da keine früheren psychiatrischen Störungen bestehen, kann man hier von einer eigenständigen Phobie sprechen.

Therapieplanung

Um den Therapieplan zu gestalten, orientieren wir uns an 4 verschiedenen Ebenen der Angst (nach Reinecker 1993):

Die 4 verschiedenen Ebenen der Angst:

1. Interaktionelle Ebene: Wie organisiert die Phobie die sozialen Kontakte (Familie, Freundschaft, Arbeitsplatz)?
2. Verhaltensebene: Wie organisiert die Phobie das allgemeine Verhalten im Leben (Vermeidung, Flucht vor Situationen)?
3. Physiologische Ebene: Wie wird die Angst körperlich erlebt?
4. Subjektiv-kognitive Ebene: Wie organisiert die Phobie die Gedanken, die Meinungen, die Selbstbeurteilung, die Emotionen. Wie wird die Sinngebung des Lebens verändert?

Ich versuche, jede Ebene in den Therapieplan zu integrieren. Das primäre Ziel ist eine Ausweitung der Möglichkeiten sowohl im Interaktions- und Verhaltensbereich als auch auf der physiologischen Ebene (kann ich anders empfinden?). Auf der subjektiven Ebene stößt man unvermeidlich auf die Sinnfrage: Warum bin ich betroffen? Hat es einen Sinn weiterzuleben? Diese Fragen können nur mit Empathie und Menschlichkeit angegangen werden und haben wenig mit Technik zu tun. Hypnose wird auf den Ebenen 2., 3. und 4. angewandt.

Praktische Durchführung

Arbeit auf der interaktionellen Ebene

Die Anwesenheit des Partners ist von großer Bedeutung für eine erfolgreiche Veränderung auf dieser Ebene.

Es wird dem Paar verschrieben, bis zur nächsten Konsultation in 3 Wochen, das Symptom genau zu beobachten und aufzuschreiben, wann es auftaucht und wie lange es dauert, ohne darüber zu sprechen. Zusätzlich wird folgende »Wunder«-Frage (abgeändert nach de Shazer 1989) gestellt:

»Nehmen wir an, eine Fee würde Sie diese Nacht von Ihrem Symptom befreien, ohne dass Sie es wüssten. Nehmen wir weiter an, ein Marsmensch hätte sie seit Jahren beobachtet und würde Sie gut kennen. Er hätte die Fee aber nicht gesehen. Woran würde er merken, dass das Symptom nicht mehr vorhanden ist, ohne zu wissen, wie Sie sich fühlen, nur indem er Sie beobachtet. Was würde sich an Ihrem Verhalten verändern, Frau P.? Und bei Ihnen, Herr P.? Was würden Sie anders machen? Wie wäre es mit dem Rest der Familie, bei der Arbeit? Bis zum nächsten Mal notieren sie sich 10 neue Verhaltensweisen, die der Marsmensch beobachten würde.«

Fallbeispiel

Agoraphobie (Fortsetzung)

Das nächste Mal bringt das Paar seine Liste mit. In der Zwischenzeit hat der Mann keine Symptome mehr beobachtet. Frau P. bemerkte kaum Probleme, sie ist den Schwierigkeiten ausgewichen. Sie will aber nicht länger ausweichen, weil sie sich dabei unfrei und eingeengt fühlt. Wir sprechen über die sozialen Veränderungen, die das Symptom mit sich bringt. Wir versuchen, dem Symptom einen Namen zu geben (im Sinne einer Symptomexternalisierung nach White u. Epston 1990). Frau P. nennt es Anonymität: Sie fühle sich in solchen Momenten verlassen und anonym. Der Mann nennt es Behinderung: Die ganze Familie sei wie eine Stütze, die gegen die Behinderung kämpfe. Es wird vereinbart, dass Frau P. fortan alleine zur Konsultation kommen wird. Sie wird Aufgaben erhalten, die darin bestehen, sich mit schwierigen Situationen zu konfrontieren, wie z. B. einkaufen oder alleine zum Friseur gehen. Frau P. ist damit einverstanden. Das deklarierte Ziel der Behandlung, der Auftrag, besteht darin zu finden, was »Anonymität« oder »Behinderung« stärker oder schwächer macht, und aus diesen Erkenntnissen Nutzen zu ziehen.

Arbeit auf der Verhaltensebene mittels Hausaufgaben und Hypnose

Nach dem ersten Teil, in welchem der Auftrag definiert und die Motivation getestet wird, arbeite ich jetzt auf der Verhaltensebene. Die Patientin soll sich verpflichten, sich bis zur nächsten Konsultation 1- bis 2-mal in eine Angstsituation zu begeben. Frau P. z. B. verpflichtet sich, einmal alleine zum Friseur, zum Arzt und einkaufen zu gehen. Sie muss sich dabei Notizen machen, wann sie was zu welcher Zeit tut, und was sie dabei auf den 3 folgenden Ebenen beobachtet:

1. Auf kinästhetischer Ebene: Was empfindet sie körperlich?
2. Auf visuell- (auditiver) Ebene: Was sieht sie innerlich, welche Bilder (oder akustischen Assoziationen) tauchen auf?
3. Auf kognitiver Ebene: Was denkt sie dabei, welche kurzen Sätze sagt sie sich?

Das Ziel dieses Handelns wird als Informationssammlung definiert; die meisten folgenden Sitzungen beginnen mit dem Ablesen der Notizen. Das eigentliche therapeutische Ziel einer solchen Verordnung ist die Beobachtung des Symptoms. Als Selbstbeobachter empfindet man anders: Man kann nicht gleichzeitig drinnen und draußen sein.

In den Sitzungen werden jetzt hypnotische Trancen induziert.

Ziele der hypnotischen Trance:

1. Erlernen einer körperbewussten Entspannung
2. Suchen nach einem sicheren Ort
3. Konfrontationsübung in Trance

Zu 1. Erlernen einer körperbewussten Entspannung. Diese Trance enthält sehr viele kinästhetische Suggestionen, die von Bedeutung bei Angstpatienten sind, deren diffuse Angststörungen auf körperlichen Symptomen basieren, auch wenn sie nicht bewusst registriert werden. Besagte Symptome sind, im Sinne von Damasio (1997) eher

grundlegende körperliche »Sinneskarten«, die dann zu Emotionen führen. Die körperbewusste Entspannung schafft neue »Sinneskarten«. Sie kann zu Hause in Form von Selbsthypnose geübt werden. Dem Patienten wird erklärt, dass diese Übung die Basis der weiteren Arbeit ist und dass dadurch sein Befinden verbessert wird (verbesserter Schlaf, reduzierte innere Spannung), ohne dass er jetzt Veränderungen an seinem Symptom erwarten darf. Zu diesem Zweck ist der erste Teil sehr strukturiert. Die Tranceinduktion lautet etwa so:

»Machen Sie es sich bequem in diesem Sessel, und überprüfen Sie, ob Sie sich wohlfühlen, so wie Sie sitzen. Suchen Sie dann auf Augenhöhe einen Punkt auf der gegenüberliegenden Wand, konzentrieren Sie sich nur auf diesen Punkt und beobachten Sie, wie Ihre ganze Aufmerksamkeit sich in diesem Punkt bündelt. Mit der Zeit werden Sie vielleicht bemerken, dass sich dieser Punkt in gewisser Weise zu verändern beginnt. Vielleicht wird er schärfer, oder trüber, oder es bildet sich eine diffuse unklare Kontur um diesen Punkt oder es passiert sonst noch etwas. Und ganz egal was passiert, Hauptsache ist, dass Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz auf diesen Punkt lenken. Und sicherlich haben Sie dabei noch verschiedene Gedanken, die Ihnen durch den Kopf gehen. Dabei müssen Sie vielleicht lächeln, weil Sie so dasitzen und die Situation Ihnen noch ungewohnt erscheint. Aber nehmen Sie dies alles zur Kenntnis, beobachten Sie alles was passiert, das ist wichtig. Ich bin überzeugt, dass Sie den Eindruck gewinnen werden, dass alles, was passiert, nur für Sie geschieht und Ihnen gut tun wird. Während Sie den Punkt immer noch fixieren, ja anstarren, werden Sie früher oder später merken, dass die Augen leicht zu brennen beginnen, das ist ganz natürlich, weil die Augenoberfläche etwas trocken wird, und Sie müssen öfters zwinkern deswegen. Alles geschieht ganz automatisch und zu Ihrem Wohl, Sie müssen gar nichts erzwingen oder wollen, beobachten Sie einfach ganz ruhig, was passiert. Mit der Zeit werden Sie auch merken, dass Sie Mühe haben, Ihre Augen offen zu halten, dass die Augen müder werden und die Lider nach unten drücken. Kämpfen Sie aber noch ein wenig dagegen an, irgendwann werden Sie beobachten, dass sie sich von selber schliessen. Versuchen Sie, nichts zu erzwingen. Es gibt Menschen, die mit offenen Augen in Trance gehen, und es gibt Menschen, die gehen mit geschlossenen Augen in Trance, und alles ist gleichgültig außer der Aktivität Ihres Unbewussten … (nach Augenschluss oder kataleptischer Starre) Gut. Jetzt können Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Atem lenken. Gut so … Einfach geschehen lassen. Und Sie können sich mit Ihrem eigenen Rhythmus verbinden … dem Rhythmus Ihres Atems. Und bei jedem Ausatmen können Sie sich mehr und mehr gehen lassen. Der Stuhl, auf dem Sie sitzen, ist dazu da, Ihnen Unterstützung zu geben. Während Sie das machen, haben Sie sicher noch bewusste Gedanken, aber gleichzeitig hilft Ihnen Ihr Unbewusstes, sich mehr und mehr zu entspannen, indem es den Blutdruck oder den Atem reguliert. Oder vielleicht ist es umgekehrt. Während Ihr Unbewusstes mit andern Sachen beschäftigt ist, können Sie sich ganz bewusst entspannen, indem Sie Ihren Atem wahrnehmen. Sehr gut!

Jetzt werden wir eine Körperreise machen: Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz auf Ihren Körper. Zuerst in die Füße. Versuchen Sie, die Kontaktfläche Ihrer Füße mit dem Boden zu spüren. Sie werden bemerken, dass es eine kleine Brücke gibt zwischen Ihrer Ferse und den Zehen. Gibt es einen Unterschied zwischen links und rechts? Gut. Von den Füßen geht es langsam hinauf in die Waden zum Knie. Überprüfen Sie die Temperatur in Ihren Beinen, in den Oberschenkeln. Können Sie die Kontaktfläche des Stuhls mit den Oberschenkeln wahrnehmen? An welcher Stelle können Ihre Oberschenkel das Körpergewicht am besten spüren? Gibt es einen Unterschied zwischen links und rechts? Und jeder Körperteil, den Sie wahrnehmen, kann sich genau so viel oder so wenig entspannen, wie Ihr Unbewusstes das für Sie jetzt richtig findet. Und ich bin überzeugt, dass Sie das Gefühl haben werden, dass alles was passiert, nur aus Ihnen und Ihrem Unbewussten stammt … Weiter nach oben: Unterbauch und Bauch … Rücken … Welche Stellen berühren die Stuhllehne, vom Kreuz bis zu den Schulterblättern? Über den Nacken, über den Hinterkopf bis zur Stirn. Vielleicht können Sie sich vorstellen, wie Ihre Gesichtshaut ganz weich ist, wie Ihr Kinn etwas hinunterfällt? Weiter in die Oberarme. Die Ellbogen haben Kontakt mit der Armstütze, die Unterarme liegen bequem auf … Können Sie den Kontakt der Hände mit den Oberschenkeln wahrnehmen? Sehr gut. Einfach so sein, nichts machen, nur beobachten.«

Die verschiedenen Etappen dieser Übung werden nach der Trance bewusst rekapituliert:
- sich bequem hinsetzen,
- seine Aufmerksamkeit auf einen Punkt leiten und Augenschluss abwarten,
- Rhythmus der Atmung beobachten,
- Körperreise von Fuss bis Kopf und in die Arme,
- zum sicheren Ort gehen (s. unten).

Zu 2: Suchen nach einem »sicheren Ort«. Diese in der Hypnose sehr verbreitete Technik ist besonders nützlich bei Angstpatienten. Üblicherweise erfolgt sie anschliessend an die körperbewusste Entspannung. Dies erfordert genügend Zeit und sorgfältige, indirekte Suggestion, um den Patienten bei seiner Suche nach einem **genügend** sicheren Ort zu unterstützen, weil Angstpatienten häufig nach absoluter Sicherheit suchen und dabei erfolglos sind. Unsere Patientin findet ein Bild aus der Kindheit: Sie sieht sich mit ihrem Bruder an einem runden Tisch.

Zu 3: Konfrontationsübung in Trance. In der folgenden Sitzung, nachdem die Patientin schon Tranceerfahrung gesammelt hat, wird mit der Konfrontation gearbeitet. Es wird zuerst eine leichte Trance induziert. Anstelle eines sicheren Ortes wird die Patientin aufgefordert, sich an einen Übungsort zu begeben. Dort besteht die Möglichkeit, zwischen Assoziation und Dissoziation zu spielen.

Die Patientin wird unterstützt, um den problematischen Weg bis ins Detail zu visualisieren. Das therapeutische Ziel dieses Teils besteht in einer ersten sanften, »virtuellen« Konfrontation (in sensu), die den Schritt in die Realität erleichtern soll.

»Stellen Sie sich vor, Sie sehen eine Leinwand, auf der ein Film läuft. Sie sehen sich, wie Sie aus dem Haus und alleine zum Kaufhaus gehen. Ich möchte, dass Sie nur ein wenig von den Ihnen bekannten, unangenehmen Gefühlen empfinden. Genau so viel, um diese zu erforschen, genau so wenig, dass sie erträglich bleiben. Dabei können Sie die Kamera von sich entfernen, ein Schwarz-Weiß-Bild entstehen lassen oder den Ton abstellen (usw.). Jetzt möchte ich, dass Sie mir erzählen, was Sie sehen.«

Die beschriebene Sequenz wird dann mit verschiedenen Techniken bearbeitet: Änderung der Perspektive (Kamera von oben, von unten, seitwärts), der Farbe, der Tonqualität. Der Patient soll verschiedene Möglichkeiten ausprobieren und die für ihn angenehmere suchen. Jede abgeschlossene Sequenz wird rückwärts abgespielt (▶ Kap. 36 »Rückwärtstechnik«).

Arbeit auf der physiologischen Ebene, die Verdinglichung des Symptoms

In den folgenden Sitzungen wird erneut Hypnose angewandt, um den Patienten mit phobischen Situationen zu konfrontieren. Das Ziel ist dabei die Erforschung und Veränderung der Körpersymptomatik. Diese sehr effiziente Hypnosetechnik wird in ▶ Abschn. 35.2.2 »Interventionen bei sozialer Phobie« genau dargestellt.

Arbeit auf der subjektiv-kognitiven Ebene

1. Affektbrücke
2. Regression

Meist genügen die oben beschriebenen Techniken. Doch bei gewissen, schwer beeinträchtigten Patienten oder bereits lange bestehenden Phobien, ergibt sich die Sinnfrage (warum muss ich soviel leiden) und die Frage nach der Ursache. Da ich lösungsorientiert und nicht ätiologieorientiert arbeite, wird diese Frage mittels Regression und Affektbrücke nur im Sinne einer Bedeutungsänderung (Fourie 1995) und nicht als kathartische Methode angegangen.

Fallbeispiel

Agoraphobie (Fortsetzung)

Affektbrücke: Am Anfang jeder Sitzung soll die Patientin kurz vorlesen, welche Konfrontationsübungen sie gemacht und welche Beobachtungen sie gesammelt hat. Dabei sagt Sie: »Ich habe es gemacht – trotz meiner Panik; ich bin stolz auf mich.« Diese Bemerkung ist Zeichen einer wesentlichen Bedeutungsänderung: jetzt hilft ihr das Symptom stolz zu sein, anstatt sie zu demütigen. Beim Lesen ihrer Notizen fällt ihr auf, wie bedeutungsvoll ihre Angst ist, sobald sie das Haus verlässt. Es wird mit ihr vereinbart, in Trance herauszufinden, welche Ereignisse dazu führten, dass das Weggehen für sie so schmerzhaft ist.

Es wird nach dem Kontext gesucht, in welchem die Angst ursprünglich ausgelöst wurde, um dann der Angst in diesem speziellen Kontext einen Sinn zu

geben (z. B. Schutzfunktion). Dieser Sinn muss sich vom Unsinn der später unerklärbaren Phobie unterscheiden. Eine der Gefahren dieser Übung besteht darin, die festgefahrenen Meinungen über das Symptom zu bestätigen. Man findet, was man vermutet, und die Situation wird noch hoffnungsloser.
Nach einer kurzen Induktion wird die Patientin gefragt, ob sie bereit sei, sich imaginativ in die Situation zu begeben, in der sie diese Angst vor dem Weggehen spürt. Dann wird sie aufgefordert, in die Vergangenheit zu reisen. Sie solle sich vorstellen, wie sie vor einem halben Jahr war, … vor einem Jahr … Da bricht sie in Tränen aus, öffnet die Augen und berichtet: »Vor einem Jahr habe ich meinen Vater verloren.« Sie beginnt dann über ihre Familie im Ausland zu sprechen, über ihre Schuldgefühle, als sie mit 17 Jahren in die Schweiz kam, weil sie das Gefühl hatte, ihre Eltern zu verlassen. Der Tod des Vaters habe wieder alles verstärkt. Obschon ihr Ehemann und ihre Kinder in der Schweiz ihr alles bedeuten, fühlt sie sich alleine, wenn sie an ihre Eltern denkt. Aber sie kann und will nicht in ihr Land zurück, sie hätte dann Schuldgefühle ihren Kindern gegenüber. Diese Affektbrücke ermöglicht es, das Thema der Verbundenheit mit der Ursprungsfamilie und die Verlassenheitsgefühle zu besprechen und psychotherapeutisch zu erarbeiten. In den nächsten Sitzungen werden Geborgenheits- und Verlassenheitsgefühle im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte besprochen (Sinngebung). Geborgenheitsgefühle werden verankert und eine Altersregression zur auslösenden Situation wird geplant.
Regression: Die Phobie begann bei der Geburt der Tochter. Durch Regression soll besagte Zeit wieder erlebt werden. Nach meiner Absicht jedoch nicht im Sinne einer Katharsis. Vielmehr besteht die Möglichkeit, das auslösende Ereignis zu erforschen, um zu wissen, was anders hätte ablaufen können. Die Regression respektiert die Ursachenfrage der Patientin und trägt gleichzeitig zum Erwerb einer neuen Information bei. Vor der Hypnose wird eine Sequenz mit Anfang und Ende definiert. Die Patientin wählt als Beginn den ersten Tag nach ihrem Sturz, als sie im Bett liegt und die Hebamme ihr sagt, sie hätte ihre Tochter mutterlos zurücklassen können. Das Ende der Sequenz ist im Säuglingszimmer, in welchem sie ihre Tochter mit größter Mühe pflegt. In Trance wird zuerst diese Sequenz erlebt. Anschließend wird gefragt, was sie sich anders gewünscht hätte. Nach einer Weile sagt die Patientin, die Hebamme hätte ihr das nicht sagen sollen, als sie ihr ihre Tochter überreichte. In Trance wird die neue Sequenz suggeriert, dann noch einmal gefragt, ob etwas zu ändern sei. Wenn keine Wünsche mehr kommen, wird die letzte Sequenz einige Male wiederholt. Am Schluss wird folgende Suggestion gegeben: »Und Sie können sich mit Ihrer Tochter sehen und ihre Nähe erleben, wie Sie die Nähe ihrer eigenen Mutter erleben konnten. Dabei können Sie Ihrer Mutter danken für das, was sie Ihnen gegeben hat.«
Die Patientin weint am Schluss (wie übrigens häufig in der Therapie). Sie fragt: »Wieso muss ich hier immer so weinen? Draussen mache ich das nie.« Der Therapeut antwortet, ohne zu überlegen: »Wenn man seine Mutter als schwach erlebt, glaubt man, man selbst müsse wie ein Fels sein.« Diese Aussage trifft die Patientin zutiefst. Sie stellt fest, dass sie sich nur in der Krankheit Schwäche erlauben kann.
Schlussbemerkung: Nach 10 Monaten und 16 Sitzungen Therapie kann Frau P. alleine an einer Versammlung teilnehmen, und statt zur Ursprungsfamilie von Frau P. reist die Familie zum ersten Mal an ein selbst gewähltes Ferienziel. Auch wenn Frau P. die Selbstentspannungsübungen als sehr nützlich ansieht, kostet es sie immer noch Überwindung, das Haus zu verlassen und etwas nur für sich selbst zu unternehmen. Trotzdem empfindet sie die Ängste als deutlich geringer und beschließt, die Therapie zu beenden. Der Entschluss fällt ihr trotz Restsymptomatik leicht, denn sie hat das Gefühl, den Auftrag erfüllt zu haben, nämlich die »Anonymität« zu schwächen und zu wissen, wie sie sich vor der Überwältigung durch das Symptom schützen kann.

35.2.2 Interventionen bei sozialer Phobie

Fallbeispiel

Soziale Phobie

Anamnese: Herr Z., 30 Jahre alt, verheiratet und Vater einer 2-jährigen Tochter, kommt auf Rat des Hausarztes in Psychotherapie. Der Patient behandelt seine seit 10 Jahren bestehende Nervosität mit Anxiolytika und Alkohol. Herrn Z. ist es im Alltag unerträglich, beobachtet zu werden. Er fühlt sich dabei minderwertig und schämt sich. Vor einem Jahr wurde er wegen einer Depression stationär behandelt und ist seither arbeitsunfähig. Mehrere Entzugskuren und psychiat-

rische stationäre Behandlungen konnten ihm nicht helfen. Seine Frau begleitet ihn zum ersten Gespräch, in dem beschrieben wird, dass er entweder nüchtern, d. h. ohne Alkohol und Medikamente zu Hause bleibt, oder arbeiten geht und dann trinkt. Beide Partner sind überzeugt, eine Alternative gebe es nicht. Frau Z. hat das Gefühl, sie sei seit einem Jahr eingesperrt und müsse sich wegen des Leidens ihres Mannes verstecken. Sie geht zwar arbeiten, während ihr Mann zu Hause bleibt; mit Freunden pflegen sie aber keine Kontakte mehr.

Die zweite Sitzung dient hauptsächlich der Klarstellung, dass ohne ihre aktive Mitarbeit im Hinblick auf eine konkrete Änderung der bisherigen Situation der Therapeut dem Paar nicht helfen kann. Meine Botschaft lautet, dass es vielleicht gar nicht so schlecht sei, dass der Mann zu Hause bleibe: So benötige er keine Therapie. Wenn er aber bereit sei zu sagen: »Ich möchte trotz meiner Angst Leute treffen«, statt »Ich möchte Leute treffen, aber dazu bin ich zu nervös«, dann könne ich ihm helfen.

Erste Beurteilung

Die Hauptkomponenten der Störung sind die Angst und die Unsicherheit in sozialen Situationen. Im Gegensatz zur oben beschriebenen Patientin hat er nicht Angst um seinetwillen (dass er stirbt oder verunglückt), sondern es ist ihm unerträglich, beobachtet zu werden; er fühlt sich hierbei minderwertig und schämt sich. Dies ist ein typisches Kriterium, um eine soziale Phobie von einer Agoraphobie zu unterscheiden. Es bestehen keine früheren psychiatrischen Störungen. Der Patient und seine Frau wirken offen. Ressourcen sind vorhanden. Eine komplizierte Familiengeschichte, nämlich der Tod des Vaters, als der Patient noch minderjährig war, sowie Kontaktschwierigkeiten mit dem Stiefvater werden vom Patienten als mögliche Ursache angesehen. Herr Z. leidet also im Wesentlichen an einer »reinen« sozialen Phobie mit sekundärer Polytoxikomanie. Meiner Erfahrung nach sollte die Sinn- (Ursache-) Frage dann in der Therapie berücksichtigt werden, wenn sie vom Patienten gestellt wird. In diesem Fall maß der Patient seiner Geschichte große Bedeutung bei; das hatte eine wesentliche Auswirkung auf die Entwicklung der Therapie.

Therapieplanung

Zuerst soll es darum gehen, die Motivation des Patienten zu stärken, um ihm eine Konfrontation mit Angstsituationen zu ermöglichen. Anschließend sollen die 4 im Abschnitt »Therapieplanung« (s. oben) aufgeführten Punkte (▶ Übersicht »Die 4 verschiedenen Ebenen der Angst«) berücksichtigt werden, beginnend mit der Verhaltensebene und der physiologischen Ebene. Wie der Therapieverlauf zeigt, wurde die interaktionelle Ebene in Paargesprächen erst dann thematisiert, als es dem Patienten besser ging. Die subjektiv-kognitive Ebene mit der Sinn-Frage zog sich wie ein roter Faden durch die Therapie. Wie so oft lässt sich im Nachhinein feststellen, dass der ursprüngliche Plan durch die therapeutische Interaktion Änderungen erfahren hat.

Praktische Durchführung

Die Therapie war komplex. Die Techniken, die oben beschrieben worden sind, wurden hier ebenfalls benutzt. Ich werde hier vor allem die Arbeit auf der physiologischen Ebene beschreiben.

Arbeit auf der physiologischen Ebene

Es wird am körperlichen Unwohlsein gearbeitet.

Vor der Induktion wird eine klare Sequenz mit dem Patienten definiert, in welcher er Angst spürte (z. B. vor 3 Tagen um 17 Uhr).

Technik der Verdinglichung des Symptoms

1. Kurze Induktion ohne tiefe körperliche Entspannung. (»safe place« und Bildschirm).
2. Bildschirm benützen, um die Sequenz zu visualisieren und das körperliche Symptom hervorzurufen.
3. Arbeit, um aus einem oder mehreren körperlichen Symptomen oder Wahrnehmungen eine Einheit zu machen.
4. Andere Körperteile durchsuchen.
5. »Gegenstände« oder »Dinge« definieren und rekapitulieren.

▼

6. Patient soll die beiden für ihn wichtigsten »Dinge« auswählen.
7. Welche Verknüpfung, welche Beziehung zwischen diesen beiden Elementen wird beobachtet? Oder entsteht etwas Neues zwischen diesen beiden Gegenständen? Nur beobachten, was zwischen diesen beiden Gegenständen geschieht, ohne etwas willentlich zu ändern.
8. Mit dem Patienten Zeichen vereinbaren, wann es für ihn richtig ist, den Prozess dieser Verknüpfung zu beenden.
9. Der Patient soll noch in Trance beschreiben, was geschah.
10. Rückführung

Die Trance verlief beim Patienten folgendermaßen:

»Wie fühlen Sie sich jetzt? – Schlecht. – Wo fühlen Sie das im Körper? – Ich weiß nicht … im Bauch. – Wie ist es? – Wie ein Druck. – Wie groß ist dieser Druck im Bauch, welche Form hat er? – Er ist rund. – Wenn es ein Gegenstand wäre, was wäre es? – Es ist wie ein Sack … nein, wie zwei Säcke auf beiden Seiten des Bauches. – Bewegen sich die Säcke? – Nein … aber sie sind wie mit Luft aufgefüllt und hart. – Gut. Was spüren Sie noch? – Etwas Komisches im Gesicht. – Wo? – Mehr auf den Seiten, auf den Wangen. Wie wenn meine Wangen aufgeblasen wären und ich schäme mich, dass man es mir ansieht. – Ist es warm oder kalt? – Eher warm. – Gut, was noch?

– Ich spüre etwas im Brustkasten … wie ein Druck. – Welche Form hat es? – Länglich … es ist wie eine Röhre. – Aus welchem Material ist diese Röhre? Ist sie eher aus Metall oder Holz oder Gummi? – Es ist hart, wie Plastik … Jetzt spüre ich es. Die Säcke im Bauch sind wie ein umgekehrtes Herz und sind mit dem Mund und den Wangen mit dieser Röhre verbunden. – Gut, versuchen Sie den Druck in den Wangen zu spüren, der durch diese Säcke und die Röhre kommt … Welche Möglichkeit haben Sie, den Druck in den Wangen zu reduzieren? – Ich weiß es nicht. – Versuchen Sie die Farbe oder die Form oder das Material dieses Systems zu ändern und einfach zu beobachten, was passiert. – Jetzt mache ich aus beiden Säcken im Bauch nur einen in der Mitte … er ist blau und weicher … bewegt sich mit dem Atem. – Was passiert oben? – Die Spannung ist anders, nicht mehr so stark und konstant. – Gut, bleiben sie ein Weile so und beobachten Sie einfach, was passiert … Geben Sie mir ein Zeichen mit dem Kopf, wenn Sie bereit sind fortzufahren … (Zeichen) *… Gut. Jetzt möchte ich, dass Sie sich wieder in der Szene sehen als 18-Jähriger mit den Kollegen, in welcher Sie das erste Mal dieses Gefühl erlebten … Sie können mir ein Zeichen geben, wenn das geschieht …* (Zeichen) *… Gut. Jetzt können Sie wieder die Wangen beobachten und den Druck spüren … Gut. Ich möchte jetzt, dass Sie dem 18-jährigen hilflosen Z.* (Vorname) *helfen und zur Seite stehen, indem der heutige Z. mit all seiner Erfahrung dem jungen Z. einflüstert, was er für Möglichkeiten hat. So kann er z. B. das System mit Säcken, Röhren und Wangen spüren … dann die Säcke verändern, wie Sie es vorher gemacht haben. Nehmen Sie sich genug Zeit, den 18-jährigen Z. zu unterstützen. Unterstützung, die er vom heutigen Z. bekommt, der so viel Erfahrung gesammelt hat, und heute viel weiter ist.«*

Fallbeispiel

Soziale Phobie (Fortsetzung)

Ab diesem Moment geht es in der Therapie nicht mehr um eine diffuse, unfassbare Angst, sondern um ein System oder ein Ding namens »Röhre«. Im weiteren Verlauf muss Herr Z. in Konfrontationsübungen (Restaurantbesuch) seine »Röhre« beobachten, wie sie sich je nach Situation verändert. Dann soll er sie mit seiner Vorstellung noch dazu bringen, sich so zu verändern, dass sie weniger lästig ist.

Schlussbemerkung: Nach 10 Monaten entschied sich Herr Z., wieder arbeiten zu gehen. Seine zweite Tochter wurde geboren. Dies erleichterte ihm die Entscheidung, ein gesunder, verantwortungsvoller Vater zu werden und nicht ein liebevoller, aber invalider, untauglicher Vater zu bleiben.

Insgesamt kam Herr Z. während 4 Jahren in die Sprechstunde, wobei verschiedene Phasen unterschieden werden können. Definiert man Therapie als die Phase der ziel- und veränderungsorientierten Arbeit, so dauerte diese ungefähr ein Jahr. Nach 10 Monaten war der Patient wieder arbeitsfähig, auch wenn er vorübergehend Alkohol konsumierte. Im Anschluss an die Phase der eigentlichen Therapie folgte eine Phase der Begleitung. Die Konsultationsfrequenz war im letzten Jahr ungefähr ein monatliches Treffen. Als es dem Patienten im Lauf der Therapie und Begleitung zuse-

hends besser ging, geriet das Paar in eine Beziehungskrise. Durch intensive Paarsitzungen konnten die Rollen neu definiert werden. Ein wichtiger Schritt im Therapie/Begleitungsprozess war die Modifikation von Selbstattributionen des Patienten: Anstatt zu denken: »Ich bin ein Versager«, »Ich wurde nie geliebt« konnte er sich jetzt sagen: »Ich habe es geschafft«, »Ich kann Krisen überwinden«.

35.2.3 Indikation und Kontraindikation

Indikation: Angststörung ohne Komorbidität.

Absolute Kontraindikation:
- **Akute Suizidalität**
- **Angst bei psychotischen Störungen. Vor allem die Verdinglichungstechnik sollte bei diesen Patienten nicht angewendet werden.**

Relative Kontraindikation/Vorsicht: bei Patienten mit Komorbidität wie Depression, Persönlichkeitsstörungen (Borderline, abhängige Persönlichkeit usw.).

35.2.4 Integration mit anderen Verfahren

Wie in den Fällen gezeigt wurde, sind die hypnotischen Techniken, mit Verhaltens-, kognitiven- sowie systemischen Ansätzen vermischt. Die psychodynamische Seite besteht darin, ständig die Beziehungsqualität zu überprüfen und zu nutzen.

Fazit

Die oben genannten hypnotischen Techniken können für jede Art von Phobie kombiniert werden. Priorität hat – auch in der Therapie von Phobien – das eigentliche Anliegen der Patienten. Bei Frau P. war es Autonomie im weitesten Sinne, auch gegenüber ihrer Ursprungsfamilie. Bei Herrn Z. war es soziale Reintegration. Er lief Gefahr, Invalidenrentner zu werden. Nach der Besserung musste er die Beziehungen zu seiner Umgebung reorganisieren.
Die Falldarstellungen sollen zeigen, wie Hypnose sinnvoll und effizient in die Psychotherapie integriert werden kann. Ich habe bewusst zwei besonders schwierige Therapien gewählt, damit man nicht automatisch denkt, alle Probleme seien einfach und quasi mechanisch-technisch zu beseitigen. Ich vertrete eine Sicht der Therapie, die Komplexität und Kreativität mit einbezieht. Meine Erfahrung zeigt aber, dass man in vielen Fällen schneller und direkter zum Erfolg kommen kann als in den hier beschriebenen.

36

Spezifische Phobien

Horst-W. Reckert

36.1 Störungsbild der spezifischen Phobie – 461
36.1.1 Hypnotische Interventionen: die Kinotechnik – 461
36.1.2 Das Anker-Kollabieren – 462

36.2 Diskussion – 464
36.2.1 Indikationen und Kontraindikationen – 464
36.2.2 Integration mit anderen Verfahren – 464
36.2.3 Empirische Belege – 465

36.1 Störungsbild der spezifischen Phobie

Schon in der Antike sind phobische Reaktionen beobachtet worden: Ein Schüler des griechischen Arztes Hippokrates berichtet: »Immer wenn Nicanor zum Trinken ausging, fürchtete er sich vor dem Flötenmädchen. Beim Klagen der Flöte auf Trinkgelagen befiehl ihn stets die Angst«. Unter dem im Alltag häufig auftauchenden Störungsbild der spezifischen Phobie wird in den Diagnosemanualen DSM-IV und ICD-10 eine anhaltende Angst vor einer Situation (Subtypus situative Phobie) oder vor einem Tier (Subtypus Tierphobie) oder vor einem Objekt verstanden. Die unter der Phobie leidende Person erkennt die Unangemessenheit ihrer Angst, kann aber dennoch die Situation nur mit großer Mühe aushalten. Oft vermeidet die Person die angstauslösende Situation soweit wie möglich. Epidemiologische Studien geben eine Lebenszeitprävalenz von 10–11,3% an und eine 1-Jahresprävalenz von 9% für spezifische Phobien an.

36.1.1 Hypnotische Interventionen: die Kinotechnik

Hypnotische Interventionen: die Kinotechnik

1. Schritt: Einfache Dissoziation
2. Schritt: Doppelte Dissoziation
3. Schritt: Affektbrücke
4. Schritt: Aktivierung der phobischen Situation
5. Schritt: Rückwärtstechnik
6. Schritt: Validierung

Zu Schritt 1: einfache Dissoziation. Der Patient wird gebeten, sich gedanklich in ein Kino zu versetzen. In einem Kino gibt es eine Leinwand, mehrere Kinosesselreihen und einen Vorführraum. Man bittet den Patienten, sich vor seinem inneren Auge vorzustellen, dass er in einem Kinosessel säße, die Bequemlichkeit des Sessels genießen könne und sich vorne auf der Leinwand sehen würde, wie er eine angenehme Situation aus seinem Leben nochmals erlebe. In dieser Perspektive ist die Person in einer einfachen Dissoziation, d. h., sie sieht die Szene von damals nochmals vorne auf der Leinwand und ist dabei dissoziiert von ihren körperlichen Gefühlen, da sie sich körperlich im Kinosessel fühlt. In einem zweiten Durchgang achtet der Patient außer auf die Bilder auch auf das, was in der Situation damals zu hören war.

Zu Schritt 2: doppelte Dissoziation. Dann wird der Patient gebeten, seinen Platz im Kinosessel zu verlassen und sich in den Vorführraum des Kinos zu begeben und dort zu stehen oder Platz zu nehmen. Aus der Perspektive von oben bittet man ihn, sich selber unten im Kinosessel sitzen zu sehen, quasi als gedankliche Doppelgänger, und zu beobachten, wie dieser auf die Leinwand schaut und sich selbst noch ein weiteres Mal auf der Leinwand sieht. Aus dieser Perspektive, der doppelten Dissoziation, bittet man den Patienten, sich den Film mit der positiven Lebenssituation nochmals anzuschauen, um auch die doppelte Dissoziation einzuüben. Auch bei der doppelten Dissoziation sollte der Patient die akustischen Signale der Situation von damals hören. Der Erfahrung nach reagieren die Patienten angenehm überrascht auf das Angebot, sich gedanklich in ihr Lieblingskino zu versetzen. Der Therapeut hat die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass der Patient dissoziiert bleibt. Dabei hilft die Vorstellung, der Patient halte sich an den Armlehnen des Sessels fest oder hält die Hand einer Vertrauensperson, mit der er im Kino sitzt.

Zu Schritt 3: Affektbrücke. Der Patient identifiziert als Nächstes das Gefühl, das erin der phobischen Situation hat. Der Therapeut gibt dazu folgende Instruktion: »Vorne auf der Leinwand wird gleich eine Situation auftauchen, die mit einem ähnlichen Gefühl wie dem phobischen verbunden ist. Überlegen Sie sich eine solche Situation, und wenn sie Ihnen eingefallen ist, erzeugen sie bitte ein Schwarz-Weiß-Bild von sich selbst dort auf der Leinwand.«

Erfahrungsgemäß haben Patienten zunächst Schwierigkeiten, solche Situationen zu finden, die mit dem phobischen Gefühl verknüpft sind. Hier hilft eine leichte Tranceinduktion zur Steigerung der Erinnerungsfähigkeit. Oft sehen Patienten auch die Situation, die sie selber als Ursache für ihre Phobie halten (die primäre Erfahrung). Es tauchen

auch Situationen auf, die für die Patienten – kognitiv betrachtet – überhaupt nichts mit diesem phobischen Gefühl zu tun haben. Alle Situationen, die der Patient erinnert, können mit der hier beschriebenen Technik bearbeitet werden. Das bringt jeweils eine Erweiterung der Wahlmöglichkeiten und führt zumindest zu einer Abschwächung auch der eigentlichen phobischen Situation.

Zu Schritt 4: Aktivierung der phobischen Situation. Der Patient wird nun gebeten, in die vorher geübte doppelte Dissoziation zu gehen, und schaut sich – ausgehend von dem schwarz-weißen Standbild – die komplette Problemsituation, so wie er sie erinnert, aus der doppelten Dissoziation an. Der Therapeut achtet auf die Einhaltung der doppelten Dissoziation. Der Patient hört sich auch die passende »Tonspur« dazu an. Wenn er trotz der doppelten Dissoziation beim Blick auf die Leinwand noch Missempfindungen hat oder wenn er den Ton dazu hört, dann kann der Patient den Film einfach über die kritische Stelle hinweglaufen lassen.

Zu Schritt 5: Rückwärtstechnik. Der Patient kehrt in die einfache Dissoziation zurück und nimmt wieder in seinem bequemen Kinosessel Platz. Aus dieser Perspektive schaut er sich nochmals den Film an, diesmal in umgekehrter Reihenfolge. Das im Originalfilm letzte Bild wird das erste und das erste wird das letzte. Dieses Rückwärtsanschauen des Filmes wird in maximal 3–4 s durchgeführt. Bis zu 7 Durchgänge, jedoch zumindest 3 Durchgänge haben sich bewährt. Der Patient wird vom Therapeuten angehalten, auch die Komik wahrzunehmen, die dadurch auftritt, dass der Film rückwärts läuft. Ebenso soll er sich vorstellen, die Tonspur rückwärts anzuhören. Zur Erklärung des schnellen Rückwärtslaufens kann die entsprechende Erfahrung mit einem Videorekorder herangezogen werden, die fast jeder gemacht hat. Der Videorekorder hat eine Taste zum schnellen Rücklauf, die man den Patienten zu benutzen bittet. Die Tonspur rückwärts anzuhören bereitet mehr Schwierigkeiten als die Filmbilder anzusehen. In der assoziierten Form erlebt der Patient das Rückwärtslaufen ohne Dissoziation und hört die Tonspur, wie sie rückwärts abläuft, ebenfalls assoziiert. Die assoziierte Form empfiehlt sich, wenn die dissoziierte Form ohne Erhöhung der Wahlmöglichkeiten blieb.

Zu Schritt 6: Validierung. (Dieser Schritt kann bei traumatischen Erfahrungen unterlassen werden, wenn »Verletzungsgefahr« besteht.) Der Patient geht auf die Bühne (Leinwand), begibt sich in den Film und erlebt ihn noch einmal. Abschließend wird der Patient gebeten, sein Gedankenkino wieder zu verlassen und in den Therapieraum zurückzukehren. Der Therapeut fragt den Patienten, wie er seine Angst bei der nächsten Konfrontation mit dem phobischen Stimulus einschätzt (»future pace«). Allerdings berichten die Patienten in der Regel, dass sie es nicht wüssten, es auf einen Versuch ankäme.

36.1.2 Das Anker-Kollabieren

Es handelt sich um ein Verfahren, um Bewältigungsmechanismen zu mobilisieren und läuft in folgenden Schritten ab (Reckert 1999).

1. Schritt. Der Patient imaginiert die Problemsituation auf allen Sinneskanälen (visuell, akustisch, taktil-kinästhetisch, olfaktorisch-gustatorisch). Der Therapeut fragt den Patienten nach den Submodalitäten in den 5 Repräsentationssystemen. Beispiele:

- Für das **Sehen**: Ist das Bild, das Sie sehen können, eher farbig oder eher schwarz-weiß?
- Für das **Hören**: Ist das, was Sie hören können, eher laut oder eher leise?
- Für das **Fühlen**: Ist das Gefühl, das Sie spüren können, eher punktförmig oder hat es eine breitere Ausstrahlung?
- Für das **Riechen**: Wenn Sie etwas riechen können, ist das, was Sie riechen können, eher angenehm oder eher unangenehm?
- Für das **Schmecken**: Wenn Sie etwas schmecken können, ist der Geschmack eher salzig, bitter oder süß?

Nach Abfragen der Submodalitäten der Problemsituation berührt der Therapeut den Patienten an einer zuvor vereinbarten Körperstelle, z. B. am linken Handrücken für ca. 15 s, um diese Situation zu

ankern, d. h. einen externen Auslöser für diese Vorstellung zu etablieren.

2. Schritt. Der Therapeut fragt den Patienten nach etwas, was ihm in der Problemsituation nützlich sein könnte. Man kann dazu die Märchenfee einführen:

»Wenn jetzt eine gute Fee zur Tür reinkäme und Ihnen genau das geben könnte, was Sie in der Problemsituation brauchen, was würden Sie sich von der guten Fee wünschen?«

Die Erfahrung zeigt, dass dieser fiktive Rahmen hilfreich ist, da Menschen oft so auf Problemsituationen fokussiert sind, dass Ihnen keine Ressource einfällt. Im folgenden Fallbeispiel war die Ressource Sicherheit und Geborgenheit.

3. Schritt. Der Therapeut bittet den Patienten, sich an eine Situation aus seinem Leben zu erinnern, in der er die eben beschriebene Ressource schon einmal erlebt hat. Geduldiges, akzeptierendes Nachfragen erleichtert das Auffinden der Ressource. Hilfreich ist es, unterschiedliche Kontexte zu benennen, in denen solche Ressourcen auftauchen können, z. B. bei der Ausübung des Hobbys, alleine oder zusammen mit einer Vertrauensperson.

4. Schritt. Der Therapeut bittet den Patienten, diese Situation zu erinnern. Hilfreich ist wieder das Abfragen der Submodalitäten, damit der Patient sich leichter in die Situation hineinversetzen kann. Diese Ressourcensituation, bei der die Patientin im folgenden Fallbeispiel das Sitzen in Ihrem Lieblingssessel erinnert, wird z. B. an der linken Schulter »geankert«.

5. Schritt. Im letzten Schritt bittet der Therapeut den Patienten, nochmals ansatzweise in die Problemsituation zu gehen. Er löst dazu den passenden Anker an der linken Hand aus. Unmittelbar danach löst der Therapeut den Anker der Ressourcensituation aus. Von außen ist manchmal beobachtbar, wie sich dabei Mimik, Atmung oder auch die Körperhaltung verändern (z. B. nimmt der Patient eine aufrechtere Haltung ein).

Bewährt hat sich, die Problem- und Ressourcensituation mit einem Namen benennen zu lassen. Im 5. Schritt wird dann bei der Auslösung der Problemsituation/Ressourcensituation durch Berührung auch der Name der Situation genannt. Dadurch wird die Situation auch zusätzlich durch einen akustischen Reiz ausgelöst.

Fallbeispiel

Eine 33-jährige Frau, die seit ihrem 8. Lebensjahr an einer Höhenphobie (Akrophobie) litt, war in normalen sozialen Aktivitäten wie z. B. Einkaufen in einem Kaufhaus durch die Höhenphobie beeinträchtigt. Dies ist ein diagnostisches Merkmal, das die Diagnose einer spezifischen Phobie rechtfertigt. Die Patientin hatte Mühe, die Rolltreppe im Kaufhaus hinunterzufahren, da der Blick auf den Boden bei ihr die Höhenphobie auslöste. Die Behandlung umfasste 4 Sitzungen. In der 1. Sitzung fand die Diagnostik statt, in der 2. die Behandlung der Rolltreppen-Situation mit der beschriebenen Phobietechnik. In der 3. Sitzung wurde zusätzlich eine Behandlung mit der Technik des sog. »Anker-Kollabierens« durchgeführt (s. oben), bei der in Trance eine Bewältigungsressource mit der Problemsituation assoziiert wird. Als Ressource fand die Patientin das Sitzen in ihrem Lieblingssessel für sie mit Sicherheit und Geborgenheit verknüpft. Zum Abschluss (4. Sitzung) wurden die irrationalen Gedanken der Patientin bearbeitet. Eine dieser Überzeugungen war »Ich kann von Höhen nicht hinunterschauen«. Eine Katamnese nach 6 Monaten durch Fragebögen (STAI, Spielberger 1972) zeigte, dass der Effekt der Angstreduktion in Bezug auf Höhen bei der 33-jährigen Patientin dauerhaft reduziert war. Nach der Phobiebehandlung war die Patientin wegen Adipositas in hypnotherapeutischer Behandlung und sie berichtete, dass die Höhenangst stark gelindert sei. Die Einschätzung auf dem Angstthermometer lag vor der 1. Sitzung bei 80, einen Monat nach der letzten Behandlung bei 10, 3 Monate später bei 10 und 6 Monate später bei 20. Bemerkenswert erscheint, dass schon nach der 2. Sitzung der vollständige Behandlungseffekt eintrat.

36.2 Diskussion

36.2.1 Indikationen und Kontraindikationen

Indiziert scheinen dissoziative Verfahren und die der Assoziation (Ankern) bei spezifischen Phobien (▶ Kap. 36) und bei der posttraumatischen Belastungsstörungen (▶ Kap. 38). Vorausgesetzt wird, dass der Patient die doppelte Dissoziation umsetzen kann. Hier helfen Instruktionen des Therapeuten wie z. B. *»Das ist alles nur ein Film, was Sie jetzt sehen, das ist nicht real«* oder die Vergrößerung der inneren Distanz zum Film.

Als nützlich erwies sich das Vorgehen auch bei der Agoraphobie, wenn Patienten konkrete Situationen benennen können, die sie in Kontakt zu ihren Ängsten bringen. Die Technik der Dissoziation kann auch bei der Behandlung von Panikattacken nützlich sein, wenn die Person die erste Panikattacke nochmals auf der Leinwand sieht und dann diese Situation mithilfe von Ressourcen in ihrer Wirkung abschwächt.

Eine relative Kontraindikation der genannten Verfahren besteht bei Patienten, die trotz reichlicher Übung nicht zur Visualisierung in der Lage sind. Auch bei generalisierten Ängsten erscheint das beschriebene Vorgehen wenig nützlich, weil das Objekt der Angst relativ präzise vorgestellt werden sollte. Absolute Kontraindikationen in Bezug auf Angststörungen sind nicht bekannt. In Situationen, in denen Trauer von entscheidender Bedeutung ist, kann die Dissoziation kontraindiziert sein, da Trauerarbeit eine Assoziation mit der Verlusterfahrung erfordert.

36.2.2 Integration mit anderen Verfahren

Eine weitere Möglichkeit, spezifische Phobien hypnotherapeutisch zu behandeln, ist die Heilung von angstbesetzten Erfahrungen aus einem früheren Lebensabschnitt, die möglicherweise für die phobische Haltung prägend gewesen sind.

Die genannten Behandlungstechniken lassen sich gut im Rahmen einer Verhaltenstherapie anwenden – besonders dann, wenn der Patient zur unmittelbaren Exposition der phobischen Situation nicht bereit ist. Die Bearbeitung des Themas in der Vorstellung (In-sensu-Konfrontation) dient als Vorbereitung für die In-vivo-Konfrontation. Die Behandlungstechniken sind auch dann angezeigt, wenn der Patient auf eine systematische Desensibilisierung nicht reagiert, weil er sich die phobische Situation nicht vorstellen kann.

Grundsätzlich sollten die beiden Verfahren immer dann angewendet werden, wenn das Therapieziel eine Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten ist. Wenn es darum geht, die Ursachen zu beheben, kann die Affektbrücke im zweiten Verfahren helfen, dem Patienten die Ursache der Phobie bewusst zu machen.

EMDR-Techniken können ebenfalls gut integriert warden. EMDR (»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«) wurde von Shapiro am Mental Research Institute in Palo Alto, Kalifornien entwickelt. Sie basiert auf der Beobachtung, dass sich seelische Belastungen verringern, wenn die Augen schnell und rhythmisch bewegt werden, während der Betroffene an das belastende Ereignis denkt. Shapiro erforschte dieses Phänomen systematisch und entwickelte eine Methode, die in acht Schritten angewandt werden kann. Die erste Studie (1989) umfasste 22 Patienten, die als Folge von Vergewaltigungen, Misshandlungen oder Kampfeinsätzen an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) litten. Als Kontrollgruppe fungierte eine Gruppe mit verzögerter Behandlung. Beide Gruppen waren am Anfang deutlich klinisch beeinträchtigt. Bei der Gruppe, die sofort mit EMDR behandelt wurde, nahm die Belastung ab, während bei der Gruppe ohne EMDR die Belastung gleich blieb. Da die Ergebnisse so deutlich zugunsten der EMDR-Behandlung sprachen, wurde die zweite Gruppe dann ebenfalls mit EMDR behandelt. Auch in dieser Gruppe sank die Belastung nach EMDR in den normalen Bereich ab. Die Ergebnisse waren zur Zeit der Nachbefragung 3 Monate später stabil geblieben.

Diese neue Methode vermag auch bei Patienten hilfreich zu sein, bei denen andere Therapieformen versagt haben, wie z. B. bei schweren phobischen Reaktionen. Untersuchungen zu EMDR und Phobie liegen bislang allerdings noch nicht vor.

36.2.3 Empirische Belege

Faist (1987) hat in einer unveröffentlichten Studie das dissoziative Interventionsmuster nach Bandler u. Grinder untersucht. Dieses Modell ist nicht identisch mit dem hier beschriebenen Vorgehen. Es wurden 11 Phobiker behandelt, 8 von ihnen litten unter spezifischen Phobien. Verglichen wurden die Angst-Maße vor und nach der Behandlung, und es wurde eine Katamnese nach 4 Wochen durchgeführt. Zur Diagnose wurde ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung der phobischen Symptome in einer In-vivo- und In-sensu-Bedingung verwendet. So zeigten 8 von 11 Patienten im Vergleich vor und nach der Behandlung eine deutliche Abnahme in der Einschätzung der Phobie in der In-vivo- und der In-sensu-Bedingung. Der Autor sieht seine Studie als Pilot-Studie an, da die Kontrollgruppe nur aus 3 Patienten bestand. Er weist daraufhin, dass die Technik nicht wirksam ist bei fehlender Visualisierungsfähigkeit eines Patienten, bei unverständlicher Anweisung des Therapeuten, bei mangelndem Rapport und wenn der Patient bei der Vorstellung des »Filmes« kein neues Verständnis der Situation entwickelte.

Allen (1982) behandelte 36 Schlangenphobiker (32 Frauen, 4 Männer). In der Untersuchung wurde die einfache Dissoziation (in 25 min) verglichen mit einer massierten Desensibilisierung in einer Sitzung. Die Ausprägung der Phobie wurde mit dem »Fear Survey Schedule«, dem Angstthermometer und dem »Behaviour-Avoidance-Test« erfasst. Die Werte vor und nach der Behandlung wurden ohne Katamnese verglichen. Zwischen einer Wartelisten-Kontrollgruppe und den beiden Experimentalgruppen bestanden signifikante Unterschiede ($p=0{,}05$). Die Probanden der Dissoziationsgruppe berichteten häufiger als die der Desensibilisierungsgruppe, sie hätten den Eindruck, ihre Angst überwunden zu haben, zeigten jedoch bei der In-vivo-Exposition (Schlange 30 s in die Hand nehmen) und in den subjektiven Angstwerten keine Überlegenheit. Die massierte Desensibilisierungsgruppe unterschied sich in den genannten Maßen nicht signifikant von der Kontrollgruppe.

Reckert (1997) untersuchte die NLP-Dissoziationstechniken in der Behandlung spezifischer und sozialer Phobien als Therapievergleichsstudie mit der systematischen Desensibilisierung in sensu. Sowohl die Kino-Technik als auch die »Heilung des jüngeren Selbst« zeigte bei den starken Phobien in allen drei abhängigen Variablen signifikante Ergebnisse, desgleichen die Arbeit mit den Überzeugungen durch die Imaginationstechnik »Switch«. Mithilfe der »Switch-Technik« werden in Bezug auf das therapeutische Ziel hemmende Überzeugungen verändert. Der Patient imaginiert eine Leinwand, auf der er sich links oben groß die hemmende Überzeugung und links unten klein eine realistische Überzeugung vorstellt. Der Patient vertauscht die Position der Überzeugungen, sodass nach der Intervention links oben groß die förderliche Überzeugung und links unten klein die hemmende Überzeugung zu sehen ist. Große und rechts platzierte Bilder sind nach praktischen Erfahrungen verhaltensbestimmender. In der Kombination der Interventionen (Dissoziationstechnik, Anker-Kollabieren und Switch-Technik) liegen in den drei abhängigen Variablen auch über den Katamnese-Zeitraum von 6 Monaten teils hochsignifikante Ergebnisse vor. Der Vergleich zwischen den NLP-Techniken mit der VT-Bedingung zeigt überwiegend keine signifikanten Unterschiede. Die Herzraten wiesen überwiegend keine signifikanten Veränderungen auf.

Fazit

Die beiden Behandlungsansätze, die aus der Erickson'schen Hypnotherapie stammen und im NLP zu standardisierten Techniken modelliert wurden, haben sich für die Behandlung spezifischer Phobien als nützlich erwiesen. Auch wenn bisher nur wenige empirische Daten vorliegen, ist die kurze Therapiedauer oft beeindruckend. Im Vergleich zu den In-vivo-Konfrontationsverfahren aus der Verhaltenstherapie sind die hypnotischen In-sensu-Verfahren, die hier beschrieben wurden, für die Patienten mit weniger Aversion verbunden und deshalb lassen sich die Patienten leichter auf diese Behandlung ein. Sie sind möglicherweise aufgrund der intensiveren Vorstellung während der Trance und der Nutzung der Dissoziation effizienter als die klassische Desensibilisierung.

37

Flugangst

Herbert Bergmeister, Uwe Prudlo

37.1 Störungsbild und Diagnose – 467

37.2 Empirische Belege und eigene Studienergebnisse – 467

37.3 Interventionen – 467

37.1 Störungsbild und Diagnose

Laut einer Umfrage des Instituts für Demoskopie in Allensbach (2003) haben 16% der Bevölkerung Angst vorm Fliegen, 22% geben ein deutliches Unbehagen an und nur 52% sagen, sie hätten keine Angst. Diese Zahlen zeigen, wie weit Fliegen in der Bevölkerung mit emotionalen Beeinträchtigungen verbunden ist. Bei der Flugphobie handelt es sich nach der ICD-10-Klassifikation um eine spezifische Phobie (F40.2). Dabei lassen sich verschiedene Subtypen unterscheiden. In einer Befragung von Van Gerwen et al. (1997) gaben die Flugängstlichen selbst folgende Kernpunkte ihrer Angst an: Angst vor einem Flugzeugunglück (38%), Klaustrophobie (37%), die Verletzung eines starken Kontrollbedürfnisses (36%), Höhenangst (28%) und die Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren (27%). Und nach Kinnunen (1996) leiden 43% der Flugängstlichen gleichzeitig unter Klaustrophobie und 53% unter einer Akrophobie. Dies bedeutet, dass die Flugangst häufig in Kombination mit anderen Angststörungen vorkommt oder auch als Ausdruck einer anderen Angststörung gewertet werden muss (z. B. Panikstörung).

Flugangst bezieht sich auf:

- **die Angst vor einem Flugzeugunglück,**
- **klaustrophobische Angst,**
- **die Verletzung eines starken Kontrollbedürfnisses,**
- **Höhenangst,**
- **die Angst vor Verlust der Selbstkontrolle.**

37.2 Empirische Belege und eigene Studienergebnisse

In einer ganzen Reihe von Untersuchungen konnte die Wirksamkeit von Hypnose in der Behandlung von Angststörungen im Vergleich zu anderen Behandlungsverfahren belegt werden (Revenstorf u. Prudlo 1994; Spinhoven et al. 1997; Revenstorf 1997). Die Behandlung von Flugphobikern wurde jedoch nur selten untersucht. Bakal (1981) behandelte 21 Flugphobiker mittels Hypnose, wobei er die Personen im entspannten Zustand unangenehme Flugerfahrungen erleben ließ. Als Ergebnis berichtet er, dass alle 21 Personen anschließend einen Flug genießen konnten. Spiegel et al. (1981) untersuchten 178 Personen, die in nur einer Hypnosesitzung Selbsthypnose erlernten. Inhaltlich sollten die Patienten das Flugzeug als Erweiterung ihres Körpers wahrnehmen, während sie ein Gefühl des Schwebens und der Entspannung beibehielten. Als Ergebnis zeigte sich, dass 92% derjenigen, die schon früher wegen ihrer Flugphobie eine Psychotherapie gemacht hatten, einen teilweisen oder vollständigen Erfolg hatten; 65% der Personen, die noch nie eine Therapie gemacht hatten und 48%, die bereits wegen anderer Probleme in Psychotherapie gewesen waren, zeigten ebenso einen teilweisen oder vollständigen Erfolg.

In einer eigenen Untersuchung (Teschner 2001) wurden 30 Flugphobiker mit einer unbehandelten Kontrollgruppe (n=16) verglichen. Die Behandlung bestand in dem unten dargestellten hypnotherapeutischen Verfahren und wurde innerhalb mehrerer Sitzungen mit insgesamt 3,5 h Dauer durchgeführt[1], ◘ Tab. 37.1 gibt die Ergebnisse dieser Untersuchung wieder.

37.3 Interventionen[2]

Das im Folgenden beschriebene, in der Praxis bewährte Vorgehen berücksichtigt die Tatsache, dass der überwiegende Anteil der Patienten mit Flugangst eine rasche Symptombeseitigung in möglichst kurzer Zeit erhofft, zumal die Flugangsttherapie von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt wird. Die hier vorgestellte Behandlung lässt sich in 3 ca. 1- bis 1,5-stündigen Sitzungen durchführen. Bei einem Teil der Patienten ist die Flugangst Folge einer traumatisierenden Flugerfahrung. In diesen Fällen erscheint ein vorausgehendes spezifisches Verfahren zur Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer akuten Belastungsstörung notwendig, wie es z. B. von Perren-Klingler in ▶ Kap. 38 dargestellt wird, oder auch unter Einsatz von EMDR.

1 Jeweils 10 Patienten wurden in Einzelsitzungen von den Autoren sowie Clemens Krause angeleitet.

2 Einen Teil der Interventionen verdanken wir Mitteilungen in Seminaren von Walter Bongartz, Götz Renartz und Dirk Revenstorf.

Tab. 37.1. Vergleich von 30 behandelten Flugphobikern mit unbehandelter Kontrollgruppe 1 Monat nach Therapieende (Drop-out Kontrollgruppe: 3)

	Behandelte Gruppe (n)	Kontrollgruppe (n)
Klinisch verbessert	10	–
Verbessert	17	5
Gleich geblieben	3	8
Verschlechtert	–	–
Klinisch verschlechtert	–	–

Protokoll einer Flugangstbehandlung:

- **1. Sitzung:**
  1. Schritt: Exploration
  2. Schritt: Methodenbeschreibung
  3. Schritt: Etablierung eines Ankers
  4. Schritt: Tranceinduktion
  5. Schritt: Ideomotorik
  6. Schritt: Metaphern
  7. Schritt: posthypnotische Ankerung des hypnotischen Zustandes
- **2. Sitzung:**
  8. Schritt: Aktivierung und Ankerung von Ressourcen
- **3. Sitzung:**
  9. Schritt: Zielorientierung mit Zeitprogression

1. Sitzung:

Die erste Sitzung dient der Herstellung eines Rapports mit einer ausreichend vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Dem Patienten soll eine Tranceerfahrung im therapeutischen Kontext ermöglicht werden und dabei soll eine zuversichtliche Haltung in Bezug auf unbewusste Bewältigungsstrategien gefördert werden.

1. Schritt: Exploration. Der Patient wird gebeten, detailliert die bisherigen Flugerfahrungen mit ihren problematischen Aspekten zu schildern. Erfahrungsgemäß wirkt für viele Patienten das oft erstmalige ausführliche Reden über die Ängste entlastend und begünstigt den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Die Exploration dient auch dazu, die besonders angstbesetzten Etappen oder Situationen von der Flugbuchung bis zur Landung herauszuarbeiten. Nicht selten zeigt sich hier eine Komorbidität mit insbesondere klaustrophobischen, agoraphobischen und sozialphobischen Symptomen. Diese Informationen können dann für gezielte Formulierungen bei der Arbeit mit der Zeitprogression genutzt werden.

2. Schritt: Methodenbeschreibung. Viele Patienten assoziieren Hypnose mit Fremdbeeinflussung und Kontrollverlust. Eine ausführliche Darstellung der Hypnose, z. B. unter Einbeziehung von Historie, wissenschaftlichen Studien und Wirksamkeitsnachweisen fördert daher nach unserer Erfahrung die Bereitschaft und den Wunsch der Patienten, eine Tranceerfahrung im therapeutischen Kontext zu machen. Natürlich bietet die allgemeine Beschreibung der Hypnose eine hervorragende Möglichkeit, einen positiv konnotierten Trancekontext zu etablieren und die Patienten auf eine zuversichtliche Haltung bezüglich der Nutzung unbewusster Ressourcen und Potenziale einzustimmen.

3. Schritt: Etablierung eines Ankers. Vor Beginn der Hypnoseeinleitung wird der Patient aufgefordert, ein Kreuzchen auf das Endglied einer Daumenstreckseite (vorzugsweise der nichtdominanten Hand) zu malen. Erklärungen sollten an dieser Stelle nur dann erfolgen, wenn der Patient nachfragt, und in dem Fall nur vage beantwortet werden (*»das nutzen wir nachher in der Hypnose«*). Erfahrungsgemäß hat diese Aufforderung mit ihrer rituellen Komponente, einer dadurch ausgelösten leichten Verwirrung und der Initiierung eines inneren Suchprozesses einen trancefördernden Effekt.

4. Schritt: Tranceinduktion. Im Rahmen der Studie wurde die Augenfixationsmethode gewählt, die aus Platzgründen hier nicht ausführlich dargestellt werden soll. Nachdem sich die Augen des Patienten geschlossen haben und die Hypnose vertieft wurde, erfolgen die Ratifizierung der Hypnose und zugleich die bewusst erfahrbare Mobilisierung unbewusster Problemlösungsbereitschaft mithilfe ideomotorischer Signale.

5. Schritt: Ideomotorik. Der Patient wird aufgefordert, die Hände vor die Brust zu halten mit einander zugewandten Handflächen (Abstand zwischen den Handflächen 10–15 cm), angewinkelten Armen, bequem den Körperseiten anliegend, mit leicht gekrümmten Fingern, und dem Unbewussten die Führung über Arme und Hände zu überlassen. Es ist für den Prozess förderlich, als Therapeut ebenfalls diese Armhaltung einzunehmen und in eine leichte Trance zu gehen:

»Und wenn Sie jetzt auf das Gefühl in Ihren Handflächen achten, können Sie vielleicht ein feines Kribbeln wahrnehmen, oder ein ganz bestimmtes Temperaturempfinden. Wenn Sie nun für eine Weile Ihre Hände ganz ruhig halten, spüren Sie vielleicht eine Dichte zwischen den Handflächen, so, als wäre der Raum zwischen den Händen dichter als die Umgebung. Das kann sich so anfühlen, als hielten Sie eine große, elastische Seifenblase zwischen den Händen. Und wenn Sie, ganz unmerklich, die Hände ein klein wenig aufeinander zu bewegen, nur einen Millimeter, dann können Sie vielleicht spüren, wie die Dichte zwischen den Händen weiter zunimmt. Wenn Sie das ein paar Mal machen, die Hände ganz unmerklich aufeinander zu und voneinander wegbewegen, kann dieses Gefühl noch deutlicher werden. Man kann sich auch Magnete in den Handflächen vorstellen, und wie Sie wissen, stoßen sich gleichsinnige Pole ab, gegensinnige Pole ziehen sich an. Ich werde jetzt gleich eine Frage an Ihr Unbewusstes richten, und Ihr Unbewusstes kann antworten, indem es die Arme und Hände in eine bestimmte Richtung bewegt. Wenn sich die Hände aufeinander zu bewegen, bedeutet das ein Ja. So, wie wir es ganz automatisch machen, wenn wir mit etwas einverstanden sind oder eine Ja-Haltung signalisieren wollen, z. B. beim Applaudieren. Oder wenn Kinder über etwas entzückt sind, dann bringen sie spontan ihre Hände zueinander und klatschen. Und wenn das Unbewusste mit Nein antwortet, gehen die Hände und Arme auseinander. Übergeben Sie jetzt bitte die Führung über Hände und Arme ganz Ihrem Unbewussten und lassen Sie es mit den Armbewegungen auf folgende Frage antworten: ‚Unbewusstes von (Name des Patienten), bist Du damit einverstanden, mit Hypnose zu arbeiten?' Sie können diese Frage noch einmal für sich im Stillen wiederholen, und dann geben Sie Ihrem Unbewussten die Zeit, die es braucht, um die Frage zu beantworten. Sie können die Bewegungen beobachten, mit offenen oder geschlossenen Augen, oder Sie können in Gedanken irgendwo hingehen, dort wo Sie sich besonders wohl fühlen.«

In den allermeisten Fällen erfolgt eine ideomotorische Zustimmung mit den typischen ruckartigen Bewegungen und einer Zeitdauer von mehreren Minuten bis zur Berührung der sich einander nähernden Finger. Falls es zu keiner oder zu einer stagnierenden Bewegung ohne Fingerberührung kommt, sind entsprechende Interventionen notwendig (»*Gut. Ihr Unbewusstes ist offensichtlich noch nicht bereit, jetzt schon mit Hypnose zu arbeiten. Fragen Sie Ihr Unbewusstes, welche besonderen Bedingungen es gibt, die wir beachten sollten*« etc.) bzw. die Bearbeitung einer eventuell zugrunde liegenden Ambivalenz. Nein-Signale sind sehr selten, stellen aber eine Kontraindikation für die Hypnosebehandlung der Flugangst dar, zumindest zum aktuellen Zeitpunkt und bis zur Bearbeitung des maßgeblichen Widerstandes.

Im Anschluss an die bejahenden ideomotorischen Signale wird die Hypnose mit der Zählmethode und weiter mit der Erzählung von Metaphern vertieft.

6. Schritt: Metaphern. Zu Bedeutung und Funktion von therapeutischen Metaphern ▶ Kap. 18. Für die Therapie im Rahmen der Flugangststudie wurden 3 Metaphern gewählt und ineinander geschachtelt präsentiert. Alle 3 können stehen für die Nutzbarmachung unbewusster Ressourcen. Die erste Metapher zielt unter anderem ab auf den notwendigen Mut, sich auf das Unbewusste einzulassen (s. »Die Löwengeschichte«, Trenkle 1997): Die Geschichte handelt von einem Löwen, der in ein unbekanntes Revier vordringt, vor seinem Spiegelbild im Wasser eines Sees erschrickt, es schließlich

aber doch noch schafft, aus diesen tiefen Wassern zu trinken. Die zweite Metapher dreht sich allgemein um den Reichtum unbewusster Ressourcen. In der Geschichte wird das Wachstum eines Baumes beschrieben, der seine Lebenskraft unter anderem aus der Tiefe der Erde bezieht. Die dritte Metapher handelt von der Entdeckung wertvoller Ressourcen im eigenen Unbewussten. Erzählt wird von einem armen Mann, der schließlich erkennt, dass ein vergeblich in der Ferne gesuchter Schatz in der Tiefe des eigenen Gartens vergraben liegt.

7. Schritt: posthypnotische Ankerung des hypnotischen Zustandes. Vor Beendigung der Hypnose wird die Tranceerfahrung auf dem Daumenkreuzchen geankert:

»Sie können die Erfahrung machen, in Trance zu bleiben auch dann, wenn Sie die Augen gleich öffnen. Und es kann eine merkwürdige Empfindung sein, wahrzunehmen, wie der Körper vom Hals abwärts in Trance ist, während die Umgebung auf eine ganz neue Weise, vielleicht mit einem Gefühl von Gleichmut oder Gleichgültigkeit, wahrgenommen wird. Und ich möchte Sie bitten, dass Sie langsam Ihre Hand mit dem Daumenkreuzchen heben und vor Ihr Gesicht führen und dann das Daumenkreuzchen anschauen. Und während Sie Ihren Blick auf dieses Kreuzchen richten, lassen Sie Ihre Trance in dieses Daumenkreuzchen hineinfließen. Es ist dabei nicht wichtig, bewusst zu wissen, wie das genau geschieht, weil Ihr Unbewusstes weiß, was es tun muss, um Ihre Tranceerfahrung mit diesem Daumenkreuzchen zu verbinden und immer dann diese angenehme und wohltuende Tranceerfahrung hervorzurufen, wenn Sie Ihren Blick gezielt auf dieses Daumenkreuzchen richten. Und wenn Sie das Gefühl haben, dass die Trance ganz in das Daumenkreuzchen hineingeflossen ist, dann lassen Sie Ihren Arm wieder hinabsinken und Ihre Augen sich schließen.«

2. Sitzung:

Die zweite Sitzung dient der Aktivierung und Ankerung von Ressourcen, die genutzt werden können zur Angstkontrolle oder zur Stabilisierung eines emotionalen Zustandes mit der Befähigung, Angstgefühlen in einem frühen Stadium entgegenzuwirken oder im besten Fall ihre Entstehung zu verhindern.

8. Schritt: Aktivierung und Ankerung von Ressourcen. Der Patient wird wieder gebeten, das Daumenkreuzchen aufzumalen. Nach Tranceinduktion und Trancevertiefung wird er aufgefordert, die Tranceerfahrung auf dem Kreuzchen zu ankern. Danach erfolgt die Ressourcenaktivierung:

»Mit jedem Ausatmen kann Ihr Unbewusstes die Trance weiter vertiefen, so wie es für Sie richtig und angenehm ist. Und nun bitten Sie Ihr Unbewusstes, dass es in Ihrem inneren Erleben eine Situation entstehen lässt, in der Sie sich besonders gut und stark gefühlt haben, vielleicht eine Erinnerung an eine Szene oder eine Erfahrung, in der Sie sich sehr wohl gefühlt haben, eine Situation mit einem Gefühl des Wohlbehagens. Und geben Sie Ihrem Unbewussten die Zeit, die es braucht, um diese Situation wieder ganz erfahrbar zu machen. (Rückmeldung geben lassen, Sinnesmodalitäten beschreiben lassen). *Achten Sie auf die Formen und Farben. Was ist im Vordergrund, was weiter weg (Wetter, Temperatur, draußen in der Natur oder im Raum, Menschen, Bewegung, Wind, Wellen, Geräusche, Tastsinn, Gerüche, evtl. Geschmack usw.) … Nun lassen Sie bitte diese Erinnerung in den Hintergrund treten und verblassen und bitten Ihr Unbewusstes, eine weitere gute und starke Situation aus der Erinnerung entstehen zu lassen, in der es Ihnen besonders gut ging, eine Situation mit der Erfahrung innerer Stärke, dem Gefühl von Stimmigkeit oder einfach ein Wohlbehagen, und lassen Sie mich bitte wissen, wenn Sie eine solche Situation vor Augen haben* (Vorgehen wie mit erstgenannter Ressourcensituation) … *Jetzt lassen Sie bitte auch diese Situation in den Hintergrund treten, um aus Ihrem Unbewussten eine dritte Erinnerung auftauchen zu lassen, eine Situation oder ein Erleben, bei dem es Ihnen besonders gut ging. Wenn Sie diese Situation haben, geben Sie mir bitte ein Zeichen.* (Vorgehen wie oben) … *Nun lassen Sie bitte diese Situation in den Hintergrund treten und bitten Sie Ihr Unbewusstes, aus diesen drei Situationen oder Erinnerungen diejenige auszuwählen, bei der Sie am meisten Ihre innere Kraft und Stärke und dieses Gefühl von Souveränität und Wohlbehagen erfahren haben. Bringen Sie dazu Ihre Hände in die Position mit einander zugewandten Handflächen, wie Sie es aus der letzten Sitzung kennen, und lassen Sie Ihr Unbewusstes die Hände aufeinander zu bewegen, bis sie sich berüh-*

ren, und spätestens in dem Augenblick steht Ihrem Bewusstsein diese kraftvollste Situation zur Verfügung. Und ich weiß nicht, ob es eine dieser drei Erinnerungen ist, oder vielleicht eine Mischung aus diesen Situationen oder etwas vermeintlich Neues, das sich aus dem Zusammenwirken dieser Erinnerungen ergibt. Und lassen Sie sich dafür all die Zeit, die Sie brauchen. (Berührung der Hände abwarten, dann Situation mit Submodalitäten beleben.) … *Nun heben Sie bitte langsam Ihre Hand mit dem Daumenkreuzchen, führen Sie sie vor Ihr Gesicht, öffnen Sie dann Ihre Augen und lassen Sie diese starke Situation in Ihr Daumenkreuzchen hineinfließen, in der Zeit, die dafür notwendig ist.* (Während der Patient auf seinen Daumen schaut:) *Und Ihr Unbewusstes sorgt dafür, dass Ihnen diese innere Stärke zur Verfügung steht, immer dann, wenn Sie sie brauchen, und sobald Sie gezielt Ihren Blick auf Ihr Daumenkreuzchen richten. Und wenn Sie das Gefühl haben, dass diese starke Situation ganz in das Daumenkreuzchen hineingeflossen ist, dann lassen Sie Ihren Arm wieder hinabsinken und Ihre Augen sich schließen. Und sich erlauben, das Wohlgefühl und die innere Ruhe zu genießen.«*

An dieser Stelle wird die Trance beendet, und nach vollständiger Reorientierung soll der Patient die für ihn denkbar schlimmste Situation während eines Flugs schildern. Erfahrungsgemäß wird ein möglicher Absturz nur selten befürchtet. Vielmehr stehen Krisensituationen mit dem Gefühl des Eingeschlossenseins oder des Ausgeliefertseins im Vordergrund, außerdem die Furcht vor sichtbaren und schambesetzten vegetativen Angstreaktionen bei Turbulenzen oder das Erleben von Panik bei einem Mitpassagier. Nachdem diese befürchtete Krisensituation eruiert ist, wird erneut eine Tranceinduktion durchgeführt. Der Patient bringt dann seine Hände in die ideomotorische Ausgangsposition, und der Therapeut wendet sich direkt an dessen Unbewusstes mit der Aufforderung, ein Bild zur Verfügung zu stellen, das stärker ist als die Panik in einer eventuellen Belastungssituation.

»*Unbewusstes von* (Name des Patienten), *bitte lass' ein inneres Bild in seinem/ihrem Bewusstsein entstehen, ein Bild dieser Kraft, die absolut stärker ist als die Panik – in dem Moment, in dem dieses Bild ganz klar ist, berühren sich die Hände, nicht vorher.«*

Nachdem sich der Therapeut vergewissert hat, dass ein Bild entstanden ist, verbindet er die Ankerung auf das Daumenkreuzchen mit folgender posthypnotischen Suggestion: »*Unbewusstes von (*Name des Patienten*), von nun an wirst Du diese Kraft, die eng mit diesem Bild verbunden ist, dem Bewusstsein von* (Name des Patienten) *in besonderen Krisensituationen zur Verfügung stellen, wann immer es notwendig ist.«*

Danach wird die Trance beendet. In den ganz seltenen Fällen, in denen sich kein Bild zeigt, kann das Unbewusste (noch in Hypnose) beauftragt werden, den Suchvorgang über die Trance hinaus fortzusetzen und dem Patienten den Erfolg »*auf eine überraschende Weise, vielleicht schon heute oder erst morgen zu präsentieren«.*

3. Sitzung

In der 3. Sitzung erleben die Patienten in Hypnose den gesamten Ablauf von der Buchung des Flugs bis zur Ankunft am Reiseziel. Die Schilderung dieses Ablaufes geschieht in chronologisch umgekehrter Reihenfolge, d. h., Ausgangspunkt ist die Ankunft am Reiseziel mit dem positiven Gefühl, eine Aufgabe souverän bewältigt zu haben.

9. Schritt: Zielorientierung mit Zeitprogression. Nach Hypnoseinduktion:

»*Sie sind jetzt an Ihrem Zielort, an dem Ort, den Sie mit dem Flugzeug erreicht haben. Sie befinden sich in einer angenehmen und ruhigen Umgebung und Atmosphäre. Sie haben den Flug erfolgreich gemeistert und spüren die Freude und den Stolz darüber. Und während Sie diese Freude, die Ihnen auch Kraft gibt, in sich spüren, können Sie sich an alles erinnern, an alles, was Sie gemeistert haben, um dorthin zu kommen, und um es jetzt zu genießen, hier zu sein, es geschafft zu haben. Sie sehen die Situation klar und deutlich, hören die Geräusche, als wären Sie jetzt wirklich da, und spüren sich selbst. Sie erinnern sich an die Fahrt vom Ankunftsflugplatz hierher an diesen Ort, ihr Reiseziel. Sie erinnern sich, wie Sie vor Kurzem am Ankunftsort durch die Flughalle gehen, um Ihr Gepäck abzuholen. Sie gehen mit kräftigen Schritten und zugleich beschwingt nach diesem erfolgreichen Erlebnis. Sie sind ausgeglichener und freudiger Stimmung, weil Sie mit diesem Flug etwas Neues wiedererlebt haben. Sie sind mit sich zufrie-*

den, tief zufrieden. Und Sie können sich erinnern, wie Sie nach der Landung aus der Flugzeugtür treten, wie Sie locker und entspannt hinausblicken, die Atmosphäre des Flugplatzes genießen und in sich das Gefühl des Erfolges über den angenehm erlebten Flug frisch in sich spüren und genießen können. Sie erinnern sich daran, wie Sie vor Kurzem während des Ausrollens des Flugzeugs auf der Rollbahn nach der Landung auf Ihrem Platz sitzen und den Sicherheitsgurt lösen. Sie tun dies ruhig und selbstverständlich, so als stünden Sie zuhause von Ihrem Lieblingsstuhl oder -sessel auf. Ihnen kommt der Moment in den Sinn, als das Flugzeug mit den Rädern auf der Landebahn aufsetzt, und Sie spüren, wie das Flugzeug die Rollbahn entlang rollt und Sie mit dem Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens das weitere Ausrollen und Abbremsen der Maschine miterleben. Und wenn Sie auch kurz Anzeichen einer unerwünschten Erregung spüren, so können Sie sich mit einem Blick auf das Daumenkreuzchen vergewissern, dass Sie alles, was Sie brauchen, dabei haben, um diesen Moment zu Ihrer Zufriedenheit und mit einem Gefühl innerer Stärke und Gelassenheit zu bewältigen. Sie erinnern sich, wie Sie zuvor, als der Landeanflug beginnt und Sie über den Lautsprecher oder über die Anzeige zum Anlegen des Sicherheitsgurts aufgefordert werden, den Gurt gelassen und sicher befestigen. Sie hören das klickende Geräusch, als der Gurt einrastet. Und wie Sie das Einschwenken des Flugzeugs eher neugierig verfolgen, und die Bewegungen zur Seite oder nach unten nichts weiter für Sie sind als Bewegungen des Körpers, die wir als Kinder so genießen, und wie Sie sie auch aus anderen Situationen kennen. So, als ob Sie diese Flugbewegungen selbst machen. Als sei das Flugzeug nur eine Erweiterung Ihres eigenen Körpers. Sie merken, wie das Flugzeug die Reiseflughöhe verlässt und sinkt. Wenn Sie aus dem Fenster sehen, erkennen Sie immer deutlicher die Details der Landschaft, und Sie spüren das angenehme Gefühl der Entspannung, das diese Bewegungen begleitet. Und Sie können sich zurückerinnern, wie Sie vorher während des Flugs eins mit sich selbst sind, und die Menschen, die mit Ihnen fliegen, obwohl Sie sie gar nicht kennen, mögen, weil Sie mit Ihnen diesen vielleicht sogar sehr angenehmen Flug machen. Sie erinnern sich, was Sie während des Flugs unternommen haben, vielleicht haben Sie in einem schönen Buch gelesen, sich gut unterhalten, die Landschaft gelassen oder interessiert betrachtet oder nur gedöst oder geschlafen und es sich einfach gut gehen lassen. Und Sie erreichen mit Ihren Gedanken den Moment, wo das Flugzeug seine Reiseflughöhe einnimmt und Sie den Sicherheitsgurt lösen. Wie Sie in der Zeit während des Flugs vielleicht etwas für Sie Neues und Bereicherndes erfahren können. Sie spüren im Flugzeug ein Gefühl der Behaglichkeit. Sie genießen die Annehmlichkeiten, die Ihnen angeboten werden. Und Ihnen fällt der Moment ein, als das Flugzeug seine ganze Kraft entfaltet, und die Startbahn entlang immer mehr beschleunigt, bis es abhebt, und Sie spüren deutlich und gelassen die Lageveränderungen der Maschine und Ihres Körpers. Und genauso, wie Sie diese Lageveränderungen spüren, spüren Sie das Vertrauen und die Sicherheit, die Sie in dieser Situation erleben können. Und wenn Sie auch kurz Anzeichen einer unerwünschten Erregung spüren, so können Sie sich mit einem Blick auf das Daumenkreuzchen vergewissern, dass Sie alles, was Sie brauchen, dabei haben, um diesen Moment mit einem Gefühl der Souveränität zu bewältigen. Und wie Sie das Flugzeug zu Beginn des Flugs betreten. Sie erinnern sich, wie es sich anfühlt, als Sie in das Flugzeug eintreten, die Stewardess oder der Steward Sie begrüßt, und Sie zu Ihrem Platz gehen. Sie lassen ruhig den Blick durch den Raum schweifen und begeben sich ruhigen Schrittes zu Ihrem Sitzplatz, wo Sie Ihr Handgepäck verstauen, und mit einem Blick auf das Daumenkreuzchen können Sie die ganze Sicherheit, das Selbstvertrauen und die Gelassenheit, die Sie mit diesem Anblick verbinden, in sich aufnehmen. Und Ihnen fällt der Moment ein, als Sie aus dem Fahrzeug aussteigen, das Sie zum Flughafen bringt. Wie Ihr Blick sicher und gelassen das Flughafenareal überstreicht, und Sie sich mit Ihrem Gepäck in Richtung Flughafeneingang aufmachen. Sie erleben die Geschäftigkeit in der Halle, mit der Sie nichts zu tun haben, und können sich ganz ruhig in Richtung Ihres Abfertigungsschalters begeben, wo Sie eine freundliche und vielleicht geschäftige Angestellte oder ein Angestellter um das Vorzeigen des Flugtickets bittet. Und Sie erinnern sich, wie Sie morgens aufstehen. Sie sind ausgeruht, voller Kraft und Zuversicht und Freude auf die Aktivitäten, die Sie am Reiseziel vorhaben. Sie machen sich zurecht, nehmen Ihren gepackten Koffer oder Ihr Handgepäck. Sie erinnern sich an die neugierig-freudige Erregung, bald zu fliegen, wie Sie Ihren Koffer packen und alles mitnehmen, was Sie brauchen, Kleidung, Kulturtäschchen

und auch die Gewissheit, die Ihnen sagt: ‚Du hast alles Notwendige dafür getan, um sicher und ruhig einen entspannten Flug zu erleben.' Und Sie gehen weiter zurück in der Zeit bis zu diesem Augenblick heute, jetzt, in dem Sie das alles erleben können mit Zuversicht. Sie nehmen Ihren entspannten Zustand wahr, und vielleicht ist da auch eine kleine Vorfreude darauf es bald anzugehen.«

Vor Beendigung der Hypnose wird der Patient wie beschrieben aufgefordert, diese Tranceerfahrung auf dem Daumenkreuzchen zu ankern. Für den Fall, dass Patienten vergessen, vor dem Flug das Kreuzchen aufzumalen, aber auch im Sinne einer suggestiven Verstärkung sollte Ihnen verdeutlicht werden, dass das Unbewusste und seine Ressourcen aufgrund der inzwischen stattgefundenen Hypnosetherapie auch beim Blick auf die nicht mit einem Kreuzchen versehene Daumenstreckseite aktiviert werden.

Ca. 3 Hypnosesitzungen von ca. 1 bis 1,5-stündiger Dauer unter Zuhilfenahme von

- **Metaphern,**
- **Ankern,**
- **persönlichen Ressourcen und**
- **Zeitprogression**

haben sich entsprechend der hypnotherapeutischen Vorgehensweise bei Angststörungen in der Forschung und Praxis als effizient und wenig zeitaufwendig erwiesen.

Fazit

Die bisherigen Ergebnisse aus Forschung und Praxis zeigen eindeutig, dass eine effiziente und schnelle Behandlung der Flugphobie mittels Hypnose möglich ist. Die von uns beschriebene Vorgehensweise orientiert sich an Techniken, die sich in der Hypnotherapie von Angststörungen gut bewährt haben und z. T. auch empirisch geprüft sind. Insbesondere die kurze Dauer der Behandlung ist für viele Patienten von großer Bedeutung.

38

Posttraumatische Belastungsstörung

Gisela Perren-Klingler

38.1 Störungsbild – 475

38.2 Hypnotherapeutische Interventionen – 476

38.2.1 Voraussetzungen – 476

38.2.2 Therapeutische Prinzipien – 476

38.2.3 Bearbeitung von Flashbacks – 477

38.2.4 Bearbeitung der dissoziativen Zustände – 479

38.2.5 Bearbeitung der Übererregung – 480

38.3 Indikation und Kontraindikation – 481

38.4 Empirische Daten – 482

Gewalterfahrungen, bei denen die psychische und/oder physische Integrität eines Individuums oder einer Gruppe schwer gefährdet ist, führen bei allen Menschen zu direkten Reaktionen und bei einem bestimmten Anteil später zu bleibenden Störungen. Nicht nur der Leib des Menschen reagiert auf Gewalt, sondern auch die Seele.

Während der Gewalterfahrung reagiert der Mensch entweder mit einer erhöhten Stressreaktion, der sog. Kampf-Flucht-Reaktion nach Selye (1980) oder der Einfrierreaktion. Beide Reaktionen funktionieren im Sinne des Überlebens und in beiden werden sowohl somatische wie auch psychische Automatismen aktiviert. Es werden das autonome Nervensystem, sowohl Sympathikus als auch Parasympathikus, die neurohumorale Stress-Kaskade und gewisse Kerne im Mittelhirn massiv aktiviert und andere Kerne des Mittelhirns abgeschottet. All diese Reaktionen treten automatisch auf, bevor das Bewusstsein die Gefahr wahrgenommen hat. Es werden nicht nur die klassischen adrenergen »Stress-Hormone« sondern auch cholinerge Substanzen und andere Neuropeptide, wie Endorphin und Serotonin, in den Kreislauf abgegeben.

Dadurch bedingt laufen auf der somatopsychischen Ebene spezifische Prozesse ab: Die Aufmerksamkeit wird fokussiert, die Emotionen werden dissoziiert und die Erregung steigt. Die Aufmerksamkeit kann dabei entweder nach außen (sympathikoton) fokussiert werden, was dann als »Monitoring« (Miller 1980) bezeichnet wird, oder nach innen (parasympathisch) im sog. »Blunting«. Im Allgemeinen, d. h. solange Kampf oder Flucht nützlich sind, hilft das »Monitoring« besser zum Überleben, doch in Situationen, in welchen jede Reaktion sinnlos ist, wie z. B. unter Folter, aber auch in Typ-II-Traumen bei Kindern, kann das »Blunting« dem Überstehen einer Extremerfahrung besser dienen (Perren-Klingler 1995). Diese direkten somatopsychischen Reaktionen während der Gewalterfahrung sind die Grundlage sämtlicher weiterer Reaktionen, die in deren Folge entstehen können.

38.1 Störungsbild

Wenn die akute Gefahr nachlässt, d. h. der davon betroffene Mensch wieder ruhiger werden könnte, tritt nun eben keine Beruhigung auf, sondern diese Reaktionen dauern an in Form der akuten posttraumatischen Reaktion (»Acute Stress Disorder«, DSM-IV: 308.3; ICD-10: F43.0) mit:

1. Massiver körperlich-psychischer Übererregung und deren Auswirkungen;
2. fokussierter Aufmerksamkeit in Form von Flashbacks, zwanghafter Rumination, Albträumen, Panikattacken, kurzen, intrusiv-rekurrenten Erinnerungen usw.;
3. Vermeidungsreaktionen nach außen in Bezug auf Personen, Orte und an das Trauma erinnernde andere Symbole; nach innen in Form von dissoziativen Phänomenen wie »Unwirklichkeitsgefühlen«, Emotionsstupor, Konzentrationsstörungen, bis hin zu Depersonalisation.

Diese Reaktionen sind kurz nach einem traumatogenen Ereignis eigentlich bei allen Personen nachweisbar und sind normale und natürliche Reaktionen auf abnorme, d. h. außerhalb der gesellschaftlichen Norm liegende Gewalterfahrungen (Frankl 1963), genauso wie Verletzungen und Blutungen eine normale somatische Reaktion auf physische Gewalt sind.

Im Wesen der akuten traumatischen Reaktion liegt es nun, dass sie sich im Normalfall bei guter sozialer Unterstützung und einer gesunden Persönlichkeit im Verlauf von ein paar Wochen langsam zurückbildet und nach 1–2 Monaten vollständig verschwindet. Abhängig von der Art des Traumas, der Dauer der Exposition, den Risikofaktoren (d. h. u. a. dem somatopsychischen Zustand, der Intelligenz, der körperlichen Resistenz und dem Alter des Opfers), der Präsenz und Fähigkeit des sozialen Netzes zur Unterstützung und der »Sinnhaftigkeit« bzw. »Sinnlosigkeit« der Erfahrung, kann diese normale Reaktion in eine länger andauernde Störung übergehen, die posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (DSM-IV: 309.81; ICD-10: F43.1).

Die spezifischen Symptome der PTBS (Kriterien A–D) sind wieder vor dem Hintergrund der Reaktion während der Traumaexposition zu sehen:

Kriterium A verlangt, dass ein Ereignis außerhalb der Norm stattgefunden hat (Kriterium A_1) und dass die Betroffenen sich absolut hilflos und/oder von Todesangst erfüllt erlebt haben (Kriterium A_2).

Die weiteren Kriterien sind:

1. Fokussierte Aufmerksamkeit: Sie bleibt weiter präsent durch verschiedene Arten von immer wiederkehrendem Wiedererleben (Kriterium B, mindestens 1 Symptom), wie Flashbacks, zwanghafte Rumination, Albträume, traumatisches Wiederagieren, traumatisches Spiel (bei Kindern; Terr 1981) usw.
2. Dissoziative Phänomene (Kriterium C, mindestens 3 Symptome): Sie bestehen weiter in Form von Emotionsstupor, Gefühllosigkeit, Konzentrationsstörungen, Unwirklichkeits-, Distanz- und Depersonalisationsgefühlen; die Vermeidungsreaktionen intensivieren sich zu phobischen Haltungen.
3. Übererregung (Kriterium D, mindestens 2 Symptome): Sie geht weiter, manifestiert sich in innerer und äußerer Unruhe, Schlafstörungen, Ungeduld, Aggressivität usw.

Bei gewissen Menschen wird sich die oben beschriebene PTBS auch ohne therapeutische Hilfe zurückbilden, doch bei einem Teil entwickelt sie sich unbehandelt weiter zu einer chronifizierten PTBS. Zusätzlich zu den oben erwähnten Störungen treten dann Sekundärreaktionen ins Zentrum der Störung: Depressive Erkrankungen und Suizidalität, Zwangsstörungen, soziale Invalidisierung durch Vermeidungsreaktionen nach innen und außen, Missbrauch jeglicher legaler und/oder illegaler Medikamente und Drogen, um die Übererregung zumindest für kurze Zeit zu dämpfen, und daraus entstehende Abhängigkeiten, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, und eine generelle Verminderung der Lebensqualität sind die Folgen der Chronifizierung.

Die Reaktionen auf Traumata sind immer biopsychosozialer Natur. Das soziokulturelle Netz in seiner Tragfähigkeit, mit seiner Bewertung des Traumas und seiner Solidarität spielt eine entscheidende Rolle bei der Integration des Erfahrenen.

Es gilt zu unterscheiden zwischen Trauma Typ I (Terr 1981), einem einmaligen Trauma mit klarem Beginn und Ende, z. B. bei Unfällen oder Naturkatastrophen, und Trauma Typ II, dem chronischen, immer wieder auftretenden Trauma, das wie eine Drohung im Raum schwebt und dem man vollkommen hilflos ausgeliefert ist wie z. B. bei familiärer Gewalt. Wenn ein Typ-II-Trauma im Kindes- oder Jugendalter stattfindet, werden nicht nur die Reaktionen darauf immer schwieriger, sondern die ganze Entwicklung wird zusätzlich verzerrt (De Bellis 1999).

38.2 Hypnotherapeutische Interventionen

38.2.1 Voraussetzungen

Voraussetzung für jegliche Arbeit mit Menschen, die Traumen ausgesetzt waren, ist, dass sie sich in der therapeutischen Beziehung sicher fühlen. Dazu ist es nötig, als Therapeut gewillt zu sein, eine mehr als neutrale Atmosphäre aufzubauen, ein »Holding Environment« (Winnicott 1965) oder einen »Vinculo comprometido«(engagierte Verbindung; Lira et al. 1989) zu bieten, nicht an der Wahrhaftigkeit der Erlebnisse zu zweifeln und sie nicht in den Bereich neurotischer Verarbeitung verweisen zu wollen. Respekt vor Menschen, die Schweres, häufig Extremerfahrungen überlebt haben, Hoffnung auf die inhärenten Ressourcen und die Resilienz des Menschen müssen die Gegenübertragung prägen. Nur dann ist es sinnvoll, sich mit diesen Menschen auf den Weg zu begeben, auf welchem die Abgründe der traumatischen Erfahrung, die spezifischen Symptome und die unspezifischen Reaktionen (Mollica 1990), wie Schrecken, »shattered assumptions« (erschütterte Überzeugungen; Horowitz 1976), der Verlust von Selbstkohärenz (Antonovsky 1988) und Urvertrauen (Homburger Erikson 1950/2005) nochmals konfrontativ kognitiv und emotional durchgegangen werden müssen.

38.2.2 Therapeutische Prinzipien

Das Verfahren sollte narrativ-konfrontativ konzipiert sein, wobei dem Therapeuten nicht unbedingt alle schrecklichen Episoden mitgeteilt werden müssen. Die narrative Rekonstruktion (Meichenbaum 1993) der Traumageschichte muss hauptsächlich für

den betroffenen Menschen selbst einen realen roten Faden erhalten.

Mit einer narrativen Rekonstruktion kann der Traumatisierte häufig zum ersten Mal Zeugnis ablegen von Dingen, die fast unsäglich sind (Agger 1989), und dieser Akt ist in sich schon heilend. Zusätzlich kann mithilfe des Therapeuten in einer sicheren Umgebung das Chaos von Kognition und Emotion, das für das traumatische Erleben typisch ist, zu einer ersten Entwirrung und Ordnung kommen (Mitchell 1993).

Ziel der Interventionen ist, die drei spezifischen Symptomgruppen in ihrer Intensität zu dämpfen und dann, wenn noch nötig und vom Patienten gewünscht, die unspezifischen Reaktionen zu bearbeiten.

Voraussetzung ist, wie in jeder Psychotherapie, das Einverständnis und der »informed consent«. Dies ist hier besonders wichtig, da Traumatisierte dazu neigen, sich wieder als Opfer anzubieten, was in jeder Sitzung erneut vermieden werden muss, um als Therapeut ja nicht in die Position eines Täters zu geraten. Es lohnt sich daher, bei der Planung jeder Sitzung neu das Einverständnis des Patienten einzuholen.

38.2.3 Bearbeitung von Flashbacks

Bearbeitungsschritte von Flashbacks

1. Schritt: Sicherheit
2. Schritt: Konfrontation mit dem Vorgefallenen
3. Schritt: Aufbau der »Superperson«
4. Schritt: Kontrolle
5. Schritt: Instruktion im Hier-und-Jetzt
6. Schritt: Beenden des Films
7. Schritt: Film rückwärts laufen lassen
8. Schritt: Rückwärts durchtauchen
9. Schritt: Test

Zu Schritt 1: Sicherheit. Ein Gefühl der Sicherheit herbeizuführen gelingt am einfachsten, wenn man mit dem Patienten über Situationen spricht, in denen er sich sicher, kompetent, ruhig und wohlgefühlt hat. Mindestens drei solcher Situationen (vorzugsweise aus verschiedenen Kontexten, wie Beruf, Familie, Hobbys) müssen erarbeitet und hypnotisch aktualisiert werden.

Die hierbei auftretende, zum Angenehmen veränderte und tonisierte Physiologie muss vom Patienten emotional und vom Therapeuten visuell wahrgenommen und bei jedem Durchgang verstärkt werden.

Hilfreich kann hier sein, dass man zuerst mittels einer beruhigenden Atemübung oder einer »Ruhehypnose« einen guten Tonus und eine Senkung der Übererregung herbeiführt. Der gute Tonus und eine gewisse Ruhe und Vertrauen sind Voraussetzung allen weiteren Vorgehens.

Zu Schritt 2: Konfrontation mit dem Vorgefallenen. Das Ziel jeder Traumatherapie ist, das Erlebte kognitiv einzuordnen, ohne dass die vormals damit verbundenen Emotionen zwanghaft wieder auftreten.

Das Erlebte soll in der Vergangenheit abgelegt werden können, nach dem Motto: »Das **war** schlimm, und jetzt ist ein anderes Kapitel aufgeschlagen.«

Dazu muss die Geschichte nochmals bei dissoziiertem Affekt visualisiert werden. Eine Möglichkeit ist, das Geschehen wie im Fernseher weit von sich weg zu betrachten. Die Visualisation in einem ersten Fernseher genügt erfahrungsgemäß nicht, um sie emotionslos ansehen zu können: Es muss eine multiple Dissoziation aufgebaut werden, mit vielen Fernsehern im Fernseher, zusätzlich müssen die Qualitäten (»Submodalitäten«) der visuellen Wahrnehmung verändert werden, indem die Fernseher nur schwarz-weiß, verschwommen, in der Zeit gerafft (Bilder beschleunigt) und stumm, d. h. ohne Ton, eingestellt werden. Als weitere Sicherheit sieht der Patient immer nur seinen Hinterkopf in jedem Fernseher, mit der Hand des Therapeuten auf der Schulter; man spricht vom Patienten auch nur in der dritten Person, wenn man die traumatische Erfahrung erwähnt. Es entsteht also ein mehrfach dissoziiertes Bild: »Ca. 10 Fernseher mit dem Kopf von X und meiner Hand auf seiner Schulter, ein Fernseher im andern drin, und in jedem Fernseher sitzt wieder X, von hinten gesehen, mit meiner Hand auf der Schulter … Der hinterste Fernseher, klein wie eine Zündholzschachtel, nur schwarz-weiß, unscharf, stumm (ohne Ton)

und nur mit der Möglichkeit, die Geschwindigkeit des Bildablaufs zu vergrößern, ist leer.«

Diese visuelle Konstruktion braucht etwas Zeit, ist aber von den meisten Traumatisierten (Spiegel 1988) zu leisten. Verwendung von »Als-ob-Metaphern«, kulturangepassten Vergleichen (wenn der Fernseher noch nicht in die Gesellschaft Einzug gehalten hat) sind selbstverständliche Flexibilitätsübungen für den Therapeuten. Sobald man annimmt, dass der Patient die multiple Dissoziation geleistet hat, muss die Trance des Patienten unterbrochen werden, um in einem Feedback im Hier-und-Jetzt zu erfahren, was er sich vorstellt. Dazu eignet sich der »Test mit dem Lieblingstier«:

»Nachher werden Sie im hintersten, kleinsten Fernseher, stumm, schwarz-weiß, verschwommen und ganz schnell, von unten links nach oben rechts Ihr Lieblingstier laufen sehen«. Man kann der Augenbewegung ansehen, wie das Tier durchläuft. Die Testfrage ist: *»Was für ein Tier war es?« … »und was für eine Farbe hatte es?« …* und wenn das Tier eine Farbe hatte, muss der Film nochmals in den vorgeschriebenen Submodalitäten, *»stumm, schwarz-weiß, verschwommen und ganz schnell, von unten links nach oben rechts«* visualisiert werden.

Zu Schritt 3: Aufbau der »Superperson«. Um die Dissoziation noch weiter voranzutreiben, kann nun, links im Bild neben dem größten Fernseher, ein farbiges Bild des Patienten in einem emotional stark positivierten Zustand aufgestellt werden. Dazu lässt man Schritt 1 nochmals wiederholen: *»Denken Sie nochmals an alle Ihre Ressourcen* (Physiologie muss wieder beobachtbar sein) *und tun Sie, als ob Sie sich jetzt hier, lebensgroß, im Spiegel ansehen würden«*. Geführt von der genauen Beobachtung sollen nun weitere Suggestionen gegeben werden: *»Glänzende Augen, rosige Wangen, Lippen, die zu einem Lächeln ansetzen, beste Bekleidung, schönster Hintergrund, alles in glänzenden Farben. Zusätzlich legen Sie jetzt um diese Superperson (»Super Peter«) noch eine Aura, von Kopf bis Fuß, in die Sie eingehüllt und durch die Sie beschützt sind, wie ein lebensgroßer Heiligenschein, am besten in Lichtfarbe. Und dann stellen Sie diese Superperson links neben den größten Fernseher.«* Dieser Schritt muss unbedingt unter genauem Feedback durch die positive, sich verstärkende Physiologie bestätigt werden.

Zu Schritt 4: Kontrolle. Der Therapeut überzeugt sich, dass der Patient im Hier-und-Jetzt ein kompliziertes Bild vor sich hat: Einen großen ersten Fernseher, links davon in Farbe das »Super-Ich«; der Fernseher selbst ist schwarz-weiß, unscharf, stumm, im ersten Fernseher der Kopf von X von hinten, mit meiner Hand auf der Schulter, wieder vor einem kleineren Fernseher, mit Kopf von X und meiner Hand auf der Schulter, und so weiter ca. 10 Fernseher im Fernseher. Der letzte, kleinste und am weitesten entfernte Fernseher ist leer.

Zu Schritt 5: Instruktion im Hier-und-Jetzt. *»Nachher wird auf dem letzten Fernseher nochmals die traumatische Szene, resp. der Inhalt des Flashbacks stumm, schwarz-weiß, unscharf und ganz schnell, vom letzten Moment an, als noch alles in Ordnung war, bis alles vorbei war, ablaufen. Dabei lassen Sie den Film immer unscharf laufen und nirgends anhalten. Das Einzige, was Sie können, ist den Film beschleunigen. Zur gleichen Zeit sehen Sie mit einem halben Auge ständig die Superperson, die ruhig danebensteht, weil sie überlebt hat. Sobald der Film zu Ende ist, schauen Sie mich an.«* Diese ganze Instruktion muss unter Blickkontakt mit dem Patienten gegeben werden, um das mögliche Auftreten des Flashbacks abzufangen. *»Jetzt, zum letzten Mal die Geschichte nochmals ansehen, während Sie hier bei mir bleiben und da vorne im letzten Fernseher die traumatische Geschichte von außen nochmals ansehen.«*

Während des ganzen Prozesses soll der Therapeut verbal aktivieren, unterstützen, sodass es dem Patienten unmöglich gemacht wird, seiner latenten traumatisch überflutenden Emotionen gewahr zu werden.

Zu Schritt 6: Beenden des Films. Nach Beenden des Films fragen, **was** (nicht **ob** etwas!) anders ist als sonst. Normalerweise wird die Distanz sofort erkannt und das erstmalige Darandenken ohne Emotionen mit Erstaunen und Erleichterung wahrgenommen.

Zu Schritt 7: Film rückwärts laufen lassen. Den eben visionierten Film vom letzten Moment an rückwärts laufen lassen bis zu dem Augenblick, als alles noch in Ordnung war. Von dort direkt mit den Augen aus dem letzten, ca. 10. Fernseher auf die

Superperson links neben dem größten Fernseher springen (was man als Therapeut an den Augenbewegungen wahrnehmen kann). Diesen Vorgang des Rückwärtsdrehens des Films 5- bis 6-mal wiederholen und genau die Augenbewegung beobachten, unter ständigem verbalen Führen.

Zu Schritt 8: Rückwärts durchtauchen. Der Patient erhält nun die Anweisung sich vorzustellen, wie er in jene Person (die ihn verkörpert) am Ende des Films einsteigt und in riesiger Geschwindigkeit rückwärts durch die vorher visualisierte Geschichte »durchtaucht« bis in jene Person, bei der alles noch in Ordnung war, und schließlich noch in die Superperson hinein, links außerhalb des Fernsehers. Während des Tauchens hält er den Atem an. Wenn er in der Superperson angekommen ist, kann er weiteratmen, die Augen öffnen und den Therapeuten ansehen. Auch diesen Prozess 5- bis 6-mal wiederholen, bis sich die Augen automatisch in die Position der Superperson stellen, wenn man an den traumatischen Film erinnert.

Zu Schritt 9: Test. Nachfragen, wie es mit der traumatischen Erfahrung steht: Eine konfuse und emotionslose psychophysiologische Reaktion zeigt, dass die Arbeit richtig durchgeführt worden ist.

In dieser hypnotischen Intervention werden zwei Dinge erreicht: Der Patient konfrontiert sich nochmals, allerdings nur auf der kognitiven Ebene, mit seiner traumatischen Erfahrung, macht eine klare Geschichte daraus, eine Vorbedingung, damit das Ganze im definitiven Gedächtnis abgelegt werden kann (Perrig et al. 1993).

Mit den Schritten 7–9 werden Flashbacks zuverlässig und definitiv »desensibilisiert«. Häufig ist diese Desensibilisierung zentral für das erste Wohlbefinden und es wird damit neues Vertrauen gefasst und Hoffnung geschöpft. Nach diesem Schritt braucht der Patient eine Pause, denn das Vorgehen ist sehr ermüdend. Um den Patienten dennoch an der langen Leine zu halten, lohnt es sich, eine kognitive Hausaufgabe zu geben; z. B. soll er sich aufschreiben, wann ihm die traumatische Erfahrung nun anders wieder in der Sinn kommt, oder wann er eher etwas Bestimmtes genießen möchte und dies wegen der Dissoziation nicht kann.

38.2.4 Bearbeitung der dissoziativen Zustände

Dissoziative Zustände sind bei vielen Patienten mit Vermeidungsverhalten gekoppelt. Es ist wichtig, dies diagnostisch wahrzunehmen, bevor man anfängt, damit zu arbeiten. Dissoziative Zustände sind leider weniger schnell zu beheben als Flashbacks. Es braucht ein richtiggehendes Training, um Patienten in ihren Körper zurückzuholen. Dies erreicht man durch die geduldige hypnotische Induktion vorher eruierter genussvoller Situationen – allein oder mit anderen Personen, an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten in der Geschichte des Patienten. Es lohnt sich, genussvolle Situationen auf jeder Wahrnehmungsebene einzuführen; häufig sind dies ganz tiefe persönliche oder kulturelle Ressourcen: Lieblingsgericht, Nationalgericht, von der Mutter zubereitete Gerichte, Gerüche aus der Kindheit, aus dem Heimatland (»Wie riecht in Ihrer Heimat die Erde, wenn es eben geregnet hat?«), Sonnenuntergänge, Farben des Himmels, der Landschaft, Nationalflagge, Nationalhymne (wichtig bei Drittweltpatienten), Klänge, die einem lieb sind, Vogelgezwitscher, Rauschen eines Wasserfalls, Stimmen in der Muttersprache etc. Für jede einzelne Begebenheit sollen alle Sinneswahrnehmungen angesprochen werden, bis sie völlig aktualisiert sind. Die beobachtbare »blühende Physiologie« ist das Zeichen, dass die Person wirklich »drin« ist. Wer Anker zu setzen weiß, kann hier ankern oder den Patienten sich selbst ankern lassen. Diese Übung muss viele Male und in mehreren Sitzungen wiederholt werden, doch kann über die Hausaufgabe, neue genussvolle Situationen zu entdecken, auch in der Zeit zwischen den Sitzungen Arbeit geleistet werden. Von einem gewissen Punkt an kann der Patient dies selbst tun, und dann erübrigt sich der Therapeut.

Dissoziative Zustände sind auch sehr gut und erfolgreich durch bilaterale Stimulation, wie EMDR- oder TFT-Techniken anzugehen.

Das äußere Vermeiden muss ebenso bearbeitet werden, kann aber einfach in Trance verhaltenstherapeutisch angegangen werden.

38.2.5 Bearbeitung der Übererregung

Die vielleicht schwierigste Arbeit ist die Beruhigung der Übererregung. Auch dies kann mittels assoziativer hypnotischer Techniken, Atemübungen und ruhiger genussvoller Situationen erreicht werden. Das fällt dem Patienten nach Desensibilisierung der Flashbacks bedeutend leichter. Die auditive Schreckreaktion (»startle reaction«) ist diejenige, die am längsten andauert. Als Hausaufgaben hierfür können sich Übungen eignen, die zu einer Stärkung der kognitiven Verarbeitung des vergangenen Traumas beitragen, Ressourcen und Bewältigungsfähigkeit erschließen und Assoziationen an gute, ruhige Zustände ermöglichen.

Alle diese Übungen können mit posthypnotischen Suggestionen verstärkt, oder explizit als »Hausaufgaben« übermittelt werden. Persönlich ziehe ich jeweils die Techniken vor, die dem Patienten das Gefühl der maximalen Steuerbarkeit als Antidot zur erlebten Hilflosigkeit vermitteln können.

Manchmal ist es nötig, nach der Traumabearbeitung auch noch Trauerarbeit über den Verlust der »heilen Welt« oder des geliebten Menschen zu leisten. Doch häufig sind die Patienten dazu selbst fähig. Rituale zum Zeichen, dass die traumatische Erfahrung definitiv vorüber ist, gehören eher ans Ende der Therapie (Kruse u. Dreesen 1995).

Fallbeispiel

Eine 35-jährige Lehrerin wird mir von ihrer Physiotherapeutin wegen akuter Suizidalität aus einer Klinik überwiesen, nachdem sie ca. 1,5 Jahre vorher auf einer Gruppenwüstenreise mit Hobbyfotografen von einer Räuberhorde überfallen, beraubt und vor der Gruppe als Einzige vergewaltigt worden war. Sie hatte das Angebot der Gruppe abgelehnt, sofort gemeinsam in die Schweiz zurückzukehren. Die restlichen 10 Tage der Reise hatte sie mit ihrem Fotoapparat, dem Einzigen nicht geraubten, dokumentiert. Nach Hause zurückgekehrt hatte sie Hilfe bei einer Stelle für vergewaltigte Frauen gesucht und sich auf Anraten der Beraterin in eine psychosomatische Abteilung begeben. Dort hatte sie aber keine Möglichkeit erhalten, über das Geschehene zu sprechen und war nach 4 Wochen wieder gegangen. Nun war sie seit 4 Monaten in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert, da sie angefangen hatte, übermäßig Alkohol zu trinken, ständig von ihren Flashbacks verfolgt wurde und als Lehrerin arbeitsunfähig geworden war. In der Klinik ließ die Therapeutin sie täglich, in jeder Sitzung den Vorfall wieder beschreiben, wobei sie jedes Mal wieder mit Flashbacks reagierte. Sie fühlte sich schuldig dafür, da die Therapeutin (im Verständnis der Patientin!) ihr die Verantwortung für die Flashbacks zuschob. Sie war hoffnungslos, und es bedurfte eines intensiven guten Rapports, um mit der Patientin in ein Gespräch zu kommen. Da ich selbst von Wüsten fasziniert bin und gerne reise, konnte ich sie mit eigenen Erfahrungen zu einer ersten Aufmerksamkeitsreaktion animieren und das erste Mal etwas über ihre Ressourcen erfahren: Wüste als Faszinosum auch auf religiösem Gebiet (und mit hypnotischer Wirkung), Reisen als Möglichkeit, Neues kennenzulernen etc. Damit konnte ich ihr auch eine weitere therapeutische Intervention als Reise in eine andere Erfahrung anbieten und sie fragen, was sie verändern möchte. Die Antwort war allumfassend: »Alles!« Ich betonte, dass ich nur in kleinen Schritten arbeiten könne, dass ich ihr aber z. B. anbiete, sie von den Flashbacks befreit gehen zu lassen. Sie willigte ein und es begann eine lange sorgfältige Suche nach Ressourcen: Reiseerlebnisse, Natur, die sie als Fotografin sehr genau beobachten kann, Musikerlebnisse etc. Jedes Erlebnis und jede Episode wurde hypnotisch durch Fokussierung auf alle fünf Sinne intensiviert und geankert, bis ich an der Physiologie der Patientin wahrnehmen konnte, dass wir genügend Ressourcen für die dissoziative therapeutische Arbeit hatten. Die multiple Dissoziation wurde aufgebaut, mit der Superperson usw. In multipler Dissoziation wurde nun nochmals, ein letztes Mal, das traumatische Ereignis, resp. der Inhalt ihres Flashbacks und gleich daran anschließend der Film rückwärts gedreht. Am Ende der Arbeit war die Patientin ruhig und nahm auch meine Suggestion an, bis zum nächsten Tag keinen Alkohol zu trinken, da dies die Integration des Erarbeiteten, besonders auch nachts, verhindere. Um sicherzugehen, dass ein Draht zu mir bestehen blieb, bat ich sie, mich tags darauf zur gleichen Zeit anzurufen, um mir zu berichten, wie die Nacht und der Tag verlaufen seien. Sie rief an, erleichtert, denn weder Albträume noch Flashbacks hätten sie belästigt, zum ersten Mal seit langer Zeit. Sie wolle weiterhin zu mir kommen, getraue sich aber nicht, ihrer Therapeutin in der Klinik zu sagen, dass sie keine Therapiesitzungen mehr wolle. In einer zweiten, kurz darauf folgenden Sitzung bei mir in der

Praxis wurde erarbeitet, dass es das Beste sei, die Klinik zu verlassen und wieder anzufangen, halbtags zu arbeiten. Die weiter bestehenden Schlafstörungen wurden mittels posthypnotischer Suggestion, wieder ganz ruhig und friedlich zu werden, behoben.
Die dissoziative Störung, die ihr das Überleben in der Gruppe nach der Vergewaltigung ermöglicht hatte, musste in mühsamer Kleinarbeit mit vielen hypnotischen assoziativen Einzelübungen, in denen wir immer wieder andere Ressourcen mobilisierten, langsam »abgewöhnt« werden. Meist wurde das Thema, das in der Stunde bearbeitet und zur Wiederholung als Hausaufgabe gegeben worden war, danach von der Patientin freiwillig in Fotos festgehalten, die ich dann vor der nächsten Sitzung erhielt. Dieses Feedback zeigte mir, wie motiviert sie einerseits war, andererseits auch, wie viele Ressourcen sie im künstlerischen Bereich zur Verfügung hatte; dies motivierte mich wieder, die nächste Ressource zu suchen. Sie nahm die Arbeit als Lehrerin bald wieder auf. Nachdem durch einen Test klar wurde, dass sie HIV-negativ geblieben war und ihre Befürchtungen diesbezüglich unbegründet waren, begann sie nun, nicht mehr über die Probleme des Traumas, sondern über Beziehungsprobleme mit einer Freundin und mit Männern im Allgemeinen zu berichten.
In der 7. Sitzung wies ich sie darauf hin, dass wir die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung abschließen könnten (die Kosten dafür trug die Unfallversicherung, nicht die Krankenkasse), und dass es ihr freistehe, die Beziehungsprobleme bei einem näher an ihrem Wohnort arbeitenden Psychotherapeuten zu bearbeiten oder auch weiterhin damit zu leben. Sie wollte sich dies überlegen und meldete in der 8. Sitzung, dass jetzt die Zeit gekommen sei, auch dies zu bearbeiten.

Dieser Fall zeigt, wie ein Mensch an einer posttraumatischen Belastungsstörung schwer leiden und invalidisiert werden kann. Die in der ersten Sitzung beobachtete Suizidalität musste sehr ernst genommen werden, gerade weil die Hilflosigkeit durch die Flashbacks enorm war und die fehlinterpretierte Reaktion der Therapeutin diese noch erschwerte. Die direkt nach der Traumatisierung bestehende Dissoziation hatte der Patientin einerseits ermöglicht, als Mitglied in der Gruppe zu verbleiben und primär die Opferrolle abzulehnen; sekundär aber hatte sie es ihr dann in der Schweiz unmöglich gemacht, mit dem Arzt in der psychosomatischen Klinik glaubwürdig über das traumatische Ereignis zu sprechen und Hilfe zu erhalten. Es bedurfte eines Zusammenbruchs und eines langen, bis zur Suizidalität führenden Klinikaufenthalts, bis die Physiotherapeutin sie zu mir (illegal) schickte, mit der Bitte um hypnotherapeutische Interventionen.

In der Zwischenzeit hat diese Patientin zweimal im Fernsehen über ihre Erfahrung und die erhaltene Hilfe berichtet. Mir sagte sie dazu, sie finde es so wichtig, andern vergewaltigten Frauen Mut zu machen, Hilfe zu suchen.

38.3 Indikation und Kontraindikation

Hypnotische Interventionen sind bei Traumatisierten im Prinzip immer indiziert, denn fast alle Traumapatienten sind gut hypnotisierbar (Spiegel u. Cardeña 1991). Es zeigt sich eine eindrucksvolle Parallele zwischen den drei Säulen der Hypnose, nämlich Suggestibilität, Fokussierung der Aufmerksamkeit und Dissoziation und den drei Grundreaktionen des Traumatisierten, nämlich Übererregung, rekurrente intrusive Erinnerungen und Dissoziation.

Das affektlose dissoziierte Visualisieren ist immer die Vorbedingung, um auch über die überwältigenden Emotionen sprechen zu können, ohne Flashbacks zu provozieren. Flashbacks sind bedrohlich, machen hilflos, deprimieren und erregen, sodass es fast immer sinnvoll ist, sie schon am Anfang der Behandlung anzugehen. Neuere Arbeiten (Southwick et al. 1994) heben hervor, dass – wenn irgend möglich – Flashbacks in den Sitzungen unbedingt vermieden werden sollten, da jeder Flashback die mnestische Spur des Traumas noch tiefer einprägt.

Kontraindiziert scheint das geschilderte Vorgehen zur Desensibilisierung der Flashbacks nur dann zu sein, wenn die traumatische Erfahrung Schutz vor weiterem riskanten Handeln bedeutet, so z. B. dem Drogensüchtigen unmöglich macht, auf die Straße zu gehen, oder den Delinquenten daran hindert, eine strafbare Handlung zu wiederholen.

Für die assoziative Arbeit mit Ressourcen, Atmung und Ruhe gibt es keine Kontraindikation.

Bei der Traumabehandlung sollte man der Versuchung widerstehen, neurotischen Reaktionen allzu viel Aufmerksamkeit zu schenken, denn häufig werden sie durch das Trauma »überhöht«, d. h. sie hatten den Patienten vorher nicht sonderlich gestört, fallen dem Therapeuten indessen als sehr neurotisch auf. Diese Reaktionen müssen im Sinne des Therapievertrags zu Beginn der Behandlung zurückgestellt werden, bis der Patient sich nach Erledigung der Traumaarbeit dazu bereit erklärt – oder auch nicht.

Neben der Hypnotherapie gibt es auch neuere Verfahren, wie z. B. EMDR (»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«; Shapiro 1993, 1995) oder die »Thought Field Therapy« nach Callahan (1990). Für den Hypnosetherapeuten ist in beiden Verfahren die Arbeit mit Suggestion, fokussierter Aufmerksamkeit und Dissoziation unverkennbar. Auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden werden mit Erfolg angewandt (Meichenbaum 1993).

38.4 Empirische Daten

Es gibt bis jetzt nur eine Effizienzstudie, in der Wirkung von verhaltenstherapeutischer Desensibilisierung, Hypnotherapie und psychodynamischer Therapie als kurzzeittherapeutische Interventionen bei 112 holländischen PTBS-Patienten miteinander verglichen wurden (Brom et al. 1989). Alle drei Behandlungsgruppen zeigten gegenüber einer Warteliste-Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen; zwischen den Behandlungsgruppen ließen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede feststellen. Es lässt sich aus dem Studienbericht aber nicht eindeutig entnehmen, ob die hypnotischen Interventionen mit den in diesem Beitrag dargestellten vergleichbar sind.

Foa et al. (2000) haben für »Guidelines« der ISTSS (»International Society for Traumatic Stress Studies«) in ihrem Buch über »effective treatments for PTSD« viel Material zusammengetragen, doch kaum quantifizierte und vergleichbare Therapieerfolge bei verschiedenen Interventionsformen gefunden. Besonders Foa (Van Minnen u. Foa 2006) hat sich intensiv mit der Effizienz ihrer Expositionstherapien befasst und auch statistisch signifikantes Material geliefert. Die Länge der Exposition scheint dabei keine zentrale Rolle für die Desensibilisierungseffekte zu spielen.

Ich selbst habe 3 Jahre lang sämtliche (n=50) nach diesem Schema behandelten Patienten mit PTBS ein Jahr später telefonisch nach ihrem Ergehen gefragt: Für Typ-I-Traumatisierte (n=35) war die Intervention in Bezug auf Flashbacks, Dissoziation und Übererregung erfolgreich geblieben. Bei Typ-II-Traumatisierten (n=10) waren die Flashbacks ebenfalls behoben; doch besonders Patienten, die in der Kindheit traumatisiert worden waren, berichteten von Reviktimisierungen (Effekte der Dissoziation?) sowie Schwierigkeiten mit Partnern und Kindern. Häufig wurden diese Probleme aber nicht als therapiewürdig eingestuft, sondern als Schuld des anderen wahrgenommen. Hier fragt sich natürlich, ob ich nach der Therapie der unmittelbaren Traumasymptomatik mehr hätte darauf bestehen sollen, dass auch noch andere Probleme therapiebedürftig seien.

Bei den letzten 5 Patienten wurden in einer längeren Individual- oder Familientherapie (30–40 Sitzungen) auch die systemischen Schwierigkeiten bearbeitet, bis die Patienten mit dem Therapieerfolg zufrieden waren. Dies war nach Behebung der traumatischen Anteile meist einfacher und wurde manchmal zeitweise auch mittels Psychopharmaka unterstützt.

Das dargestellte Verfahren ist für den erfahrenen Hypnotherapeuten relativ einfach anzuwenden, und für die Behebung von Dissoziation, Übererregung und rekurrenten Erinnerungen effizient. Das ressourcen- und zielorientierte Vorgehen macht es dem Traumatisierten einfach, sich in eine Therapie von definierter Länge (zwischen 5 und 10 Stunden) zu begeben und die Autonomie voll zu wahren, die im Trauma so schwer verletzt worden war.

Für Menschen, die nach Typ-II traumatisiert wurden, sind die Techniken sicher auch sinnvoll, doch müssen sie im Rahmen einer längeren Therapie eingebracht werden (Gold 2000), in der auch die verzerrte Wahrnehmung, die problematischen Interaktionsmuster, das tiefe Misstrauen, die Entwicklungsdissonanzen usw. verringert oder sogar verlernt werden. Ferner muss die häufig komorbid auftretende Depressivität oder Borderline-Störung bearbeitet werden (Van der Kolk et al. 1996; Van der Hart u. Peter 1995; DeBellis et al. 1999).

Fazit

Hypnotisches Vorgehen ist bei jeder Form von Traumareaktionen indiziert, da Traumapatienten sehr leicht hypnotisierbar sind. Kognitiv-verhaltenstherapeutische und lerntheoretisch beeinflusste Techniken helfen beim Trauma vom Typ-I schnell und effizient. Voraussetzung für das Gelingen der Interventionen ist aber die Kenntnis des biologisch fundierten Traumakonzeptes, die Fähigkeit, schnell eine sehr sichere Atmosphäre bzw. ein gutes Holding aufzubauen, eine hoffnungsvolle Gegenübertragung aufrechtzuerhalten und salutogenetisch an die Ressourcen und die Resilienz des Überlebenden glauben zu können. Die hypnotische »Verpackung« der hauptsächlich kognitiv-behavioralen Techniken trägt viel zur ökologischeren Rekonfrontation und Narrativ-Erstellung bei und beschleunigt die Prozesse auf nicht retraumatisierende Art.

39

Dissoziative Identitätsstörungen

Onno van der Hart[1]

39.1 Trauma, Dissoziation und hypnoseähnlicher Modus der Informationsverarbeitung – 485

39.1.1 Dissoziation und Hypnose – 485

39.1.2 Trauma, Dissoziation und Hypnose – 485

39.1.3 Dissoziative Störungen – 486

39.1.4 Dissoziation – 486

39.1.5 Die Rolle der Hypnose in der Ätiologie der DIS – 488

39.2 Behandlungsmodell – 489

39.3 Die Anwendung klinischer Hypnose in der Behandlung dissoziativer Störungen – 490

39.4 Therapeutische Interventionen – 491

39.5 Die therapeutische Beziehung – 493

1 Übersetzung aus dem Englischen von Alida Iost-Peter. Da die überwiegende Anzahl von Patienten mit dissoziativer Identitätsstörung weiblich ist, gebrauchen wir im Folgenden ausschließlich die weibliche Form.

39.1 Trauma, Dissoziation und hypnoseähnlicher Modus der Informationsverarbeitung

Im Bereich von Trauma und dissoziativen Störungen haben sich in den letzten Jahrzehnten sowohl in Nordamerika als auch in Europa tief gehende klinische und wissenschaftliche Entwicklungen gezeigt. Die Konzepte von Trauma, Dissoziation und Hypnose werden innerhalb dieses Bereiches häufig in einem Atemzug genannt. Wir wollen hier zunächst Arbeitsdefinitionen dieser drei Konzepte formulieren und anschließend deren begriffliche Verwandtschaft diskutieren:

Trauma. **Bezeichnung für** überwältigende Erlebnisse, die die (normalen) Copingfähigkeiten des Organismus übersteigen (Van der Kolk u. Van der Hart 1989), den Willen des Individuums brechen (Spiegel et al. 1988) und schließlich zu einem Gefühl extremer Angst und Hilflosigkeit führen (Van der Hart 2003).

Dissoziation. Bezieht sich auf eine Aufspaltung oder Aufteilung der Persönlichkeit oder des Bewusstseins (Van der Hart et al. 2006a, 2008): Einzelne Teile der Persönlichkeit, mit einem eigenen Sinn für das Selbst, sind nicht mehr zu einem einheitlichen Ganzen integriert.

Hypnose. Ein bestimmter psychischer Zustand, in welchem ungewöhnliche mentale Prozesse möglich sind (Bliss 1986). Charakteristische Eigenschaften der Hypnose sind Umverteilung der Aufmerksamkeit, vertiefte und fokussierte Konzentration, gesteigerte Absorption, große Suggestibilität unter Aufhebung des kritischen Urteils, veränderte Wahrnehmung, ein veränderter Zustand des Gewahrwerdens, Veränderungen im kognitiven Bereich, in der Stimmung sowie im Erinnerungsvermögen (Frankel 1990; Van der Hart 2003).

In der klinischen Praxis wird angenommen, dass diese drei Konzepte eng miteinander verbunden sind.

39.1.1 Dissoziation und Hypnose

Einige dissoziative Erfahrungen wie Zeitverzerrung, visuelle und akustische Halluzinationen, andere sensorische Veränderungen und Amnesie gleichen typischen hypnotischen Phänomenen (Kihlstrom et al. 1994; Loewenstein 1993; Spiegel et al. 1988). Klinische Beobachtungen legen nahe, dass sowohl Hypnose als auch Dissoziation vergleichbare Veränderungen im Bewusstsein hervorrufen (Van der Hart et al. 1990), und dass Hypnose als Beispiel einer kontrollierten und strukturierten Dissoziation verstanden werden kann (Spiegel u. Cardeña 1991). Es ist aber doch zu fragen, ob es sich tatsächlich um die gleichen Prozesse und Phänomene handelt. Frankel (1990) warnte vor der Tendenz in der klinischen Literatur und Praxis, die Konstrukte der Hypnotisierbarkeit und der dissoziativen Kondition gegeneinander auszutauschen. Obgleich keines der beiden Konstrukte ohne eine gewisse Kenntnis des jeweils anderen verstanden werden kann, zeigen sich doch in jedem einige Phänomene, die nicht völlig deckungsgleich sind.

39.1.2 Trauma, Dissoziation und Hypnose

Ende des 19. Jahrhunderts stellten bekannte Kliniker eine deutliche Ähnlichkeit zwischen Erfahrungen bei emotional überwältigenden Ereignissen und Erfahrungen unter Hypnose fest (Breuer u. Freud 1893; Janet 1894, 1907, 1919/1976). Sie beobachteten die spontane Beschwörung eines hypnotischen oder Trancezustandes zur Abwehr überwältigender und unerträglicher Emotionen und traumatischen Erlebens. Entsprechend gehen heutige Autoren davon aus, dass das Trauma eine erhöhte physiologische und emotionale Erregung induziert, die mit einem hypnoseähnlichen Zustand einhergeht. Gleichzeitig tritt eine Polarisierung des Bewusstseins ein (Absorption und Dissoziation), wie sie auch in Hypnose zu beobachten ist. Charakteristisch ist die Absorption vom wesentlichen Aspekt des traumatischen Ereignisses, und dies ist eine der drei Komponenten traumatischen Erlebens. Die Absorption oder Einengung der Aufmerksamkeit wird noch intensiviert durch die Dissoziation von Erlebnissen am Rande des Bewusst-

seins, was eine weitere Komponente der hypnotischen Erfahrung darstellt (Spiegel 1993; Spiegel et al. 1993). Nach Frankel (1990) spielt die Suggestibilität, die dritte Komponente der Hypnose, wohl keine erhebliche Rolle bei diesen deutlich veränderten Bewusstseinszuständen. Es gibt klare Hinweise dafür, dass Patientinnen mit posttraumatischen (PTSD) und dissoziativen Störungen hoch hypnotisierbar sind (Bliss 1986; Spiegel et al. 1988). Viele Personen aber scheinen demnach während traumatischer Erfahrungen eine Form der Informationsverarbeitung einzusetzen, die durch Dissoziation und hypnoseähnliche Phänomene gekennzeichnet ist (Spiegel u. Cardeña 1991).

39.1.3 Dissoziative Störungen

Im Diagnosemanual DSM-IV (APA 1994) sind dissoziative Störungen beschrieben als »Bruch in den gewöhnlich integrierten Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung des Umfelds«. Indessen können auch einige körperliche Funktionen dissoziiert sein und sich z. B. in psychogener Lähmung oder pseudoepileptischen Anfällen ausdrücken. Deshalb werden Konversionssyndrome in der ICD-10-Diagnostik (WHO 1992) unserer Meinung nach zu Recht als dissoziative Störungen klassifiziert (Nijenhuis 2006; Van der Hart u. Nijenhuis 1993).

Im DSM-IV werden die folgenden dissoziativen Störungen aufgeführt:

1. Dissoziative Amnesie
2. Dissoziative Fugue
3. Dissoziative Identitätsstörung (DIS)
4. Depersonalisation
5. Nicht anderweitig spezifizierte dissoziative Störung (DDNOS)

Dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, DIS und DDNOS sind dadurch gekennzeichnet, dass Verhalten und Bewusstsein der Patientinnen zeitweilig vollständig vom dissoziativen Persönlichkeitsanteil beherrscht werden. Als Folge leidet die Patientin unter Gedächtnisverlust (Amnesie), von ihr selbst als »Black-out« oder »absolute Leere« bezeichnet. Im Zustand **dissoziativer Fugue** verlässt die Patientin unvermittelt den Wohnort, zeigt einen umschriebenen Erinnerungsverlust für ihre Vergangenheit oder Verwirrung hinsichtlich ihrer Identität oder aber sie kann eine neue Identität annehmen. Bei **dissoziativer Amnesie** zeigt sich die Patientin unvermittelt unfähig, wichtige persönliche Informationen – meist traumatischer oder belastender Art – zu erinnern und zwar in einem solchen Ausmaß, wie es nicht mehr mit normaler Vergesslichkeit zu erklären ist. Sowohl dissoziative Fugue als auch dissoziative Amnesie treten gewöhnlich im Gefolge schwerer psychosozialer Belastungssituationen auf. Die Genesung erfolgt in der Regel rasch und Rückfälle sind selten. Im Verlauf einer DIS indessen können diese Störungen täglich oder wöchentlich wiederkehren. Im DSM-IV wird **Dissoziative Identitätsstörung (DIS)** definiert als das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen; zugleich besteht eine Unfähigkeit, wichtige persönliche Fakten zu erinnern, in einem Ausmaß, das nicht mit normaler Vergesslichkeit erklärt werden kann. Patientinnen mit **Depersonalisation** können die ständige und wiederkehrende Empfindung haben, von ihren geistigen Prozessen oder von ihrem Körper losgelöst zu sein bei gleichzeitig intakter Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Die Diagnose **DDNOS** wird dann gestellt, wenn das vorrangige Kennzeichen der Störung ein dissoziatives Symptom ist, sie sonst aber keiner spezifischen dissoziativen Störung entspricht. Dazu gehört eine Vielfalt von dissoziativen und Trancephänomenen im Zusammenhang mit Stress und Trauma (Boon u. Draijer 1993).

39.1.4 Dissoziation

Das Konzept der Dissoziation ist ebenso wie das der Hypnose vielschichtig und beinhaltet viele Phänomene innerhalb einer weiten Definition (Coe et al. 1995; Frankel 1990). Pierre Janet, Charles Myers und anderen folgend teilen Van der Hart et al. (Nijenhuis et al. 2004; Steele et al. 2004; Van der Hart et al. 2006a, 2008; Van der Hart et al. 2006b) die folgende Sichtweise hinsichtlich traumabezogener struktureller Dissoziation:

Myers (1940) erklärte eine Grundform der strukturellen Dissoziation, die bei akut traumatisierten (»shell-shocked«) Soldaten des 1. Welt-

krieges beobachtet wurde. Diese Dissoziation beschreibt einen ständigen Wechsel zwischen der »emotionalen Persönlichkeit«, welche wir **emotionalen Persönlichkeitsanteil (EP)** nennen – fixiert in der traumatischen Erinnerung und den damit verbundenen Erfahrungen – und der »anscheinend normalen Persönlichkeit« – von uns **anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP)** genannt, welcher in einer phobischen Vermeidung der traumatischen Erinnerung fixiert ist und sich durch Abspaltung, emotionale Betäubung (»Numbing«) sowie in einer teilweisen oder kompletten Amnesie des traumatischen Erlebens äußert. Die Aufteilung der Persönlichkeit zwischen einem einzelnen ANP und einem einzelnen EP beschreibt die **primäre strukturelle Dissoziation**, wie wir sie bei einfachen posttraumatischen dissoziativen Störungen einschließlich der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) finden.

Die traumabezogene strukturelle Dissoziation ist kein Zufallsprodukt, sondern hat sich sehr wahrscheinlich im Laufe der Evolution als psychobiologisches Überlebenssystem (Fanselow u. Lester 1988), oder als **emotional arbeitendes System** (Panksepp 1998) entwickelt. Zweck dieser Systeme ist die Regelung adaptiver Aktionen, weswegen wir diese Systeme auch **Aktionssysteme** nennen. Einige Aktionssysteme sind von Natur aus defensiv und beziehen sich auf das Überleben des Einzelnen bei direkter Bedrohung (Fanselow u. Lester 1988), während andere für das Alltagsleben und für das Überleben der Spezies von Bedeutung sind (Panksepp 1998). Aktionssysteme beinhalten als Reaktion auf Bedrohungen Verteidigungssysteme, die wiederum eine Reihe von Subsystemen umfassen. Und sie beinhalten Alltagssysteme, zu denen das Bindungssystem, gesellschaftlicher Umgang, Neugierde, das Spielen, Regulation des Energiehaushalts (Schlafen/Wachen, Nahrungsaufnahme etc.), Fortpflanzung/Sexualität sowie die Fürsorge gehören.

Der EP (emotionaler Persönlichkeitsanteil) verkörpert weitgehend das animalische Verteidigungssystem mit festgelegten Reaktionen angesichts tatsächlicher oder vermuteter überwältigender Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit. Angeborene Subsysteme dieser Verteidigungssysteme beinhalten Hypervigilanz, Flucht, Einfrieren, Anästhesie/Analgesie, Kampf und totale Unterwerfung. Verschiedene Genesungssubsysteme, wie z. B. die Wundversorgung, Erholung und Rückzug aus der Gruppe, stehen der Abwehr nahe und können leicht unter dem Schlagwort Verteidigungssystem eingeordnet werden. Typischerweise fixieren sich EP auch in unsicheren Bindungsmustern, welche entweder durch fehl angepasste Abhängigkeit oder Unabhängigkeit zum Ausdruck kommen. EP erleben eine unwillkürliche, rigide und extreme Begrenzung ihres Bewusstseinsbereiches; dies ist ein eingeschränkter Aufmerksamkeitsfokus, der sich primär auf eine Bedrohung konzentriert, die vermutet, (wieder-) erlebt und als aktuelles Ereignis behandelt wird. Aus diesem Grund kann der EP sowohl einzelne oder kombinierte Reaktionsmuster aufzeigen, die dem Verteidigungsverhalten von Tieren ähneln, als auch – wie z. B. wie bei der akuten oder einfachen PTBS – sich zu einer rudimentären oder – wie bei der komplexen PTBS, NNBDS und DIS – zu einer elaborierteren und autonomeren Selbstrepräsentation entwickeln.

Beim Menschen führen tierähnliche Verteidigungsmuster zu komplizierten Kombinationen von verhaltensbestimmten geistigen Aktionstendenzen und biologischen Reaktionen. Einfrieren z. B. steht im Zusammenhang mit Unbeweglichkeit, Schweigen, Erregung, Analgesie und mit der Einschränkung des Bewusstseinsfeldes auf bedrohliche Signale und Fluchtwege. Der EP kann eine Reihe von mentalen Aktionstendenzen zur Verteidigung aufzeigen, z. B. Selbstbeschuldigung für den Missbrauch, Projektion unerträglicher Gefühle, Verleugnung und Verweigerung. Eine verwandte verhaltensorientierte Verteidigungsreaktion ist die Selbstverstümmelung, basierend auf reflexiven Überzeugungen, wie z. B.: »Ich bin ein schlechter Mensch und verdiene es, bestraft zu werden.« Selbstverletzung kann abwehrenden Funktionen dienen, indem sie die Freisetzung von endogenen Opioiden auslöst, die zeitweise den traumabezogenen körperlichen und psychischen Schmerz dämpfen.

Der ANP (anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil) hat die Funktion, Alltagsaufgaben zu erfüllen, die für das Leben und Überleben der Art notwendig sind: Bindung, Regulation des Energiehaushaltes, Fortpflanzung, das Aufziehen von Kindern, gesellschaftlicher Umgang, Spielen und Neugierde. Dabei ist die wichtigste mentale Abwehr dieses Anteils im Wesentlichen die Vermeidung der

traumatischen Erinnerungen des EP. Dieses Vermeidungsverhalten ist insoweit angepasst, als eine Integration außerhalb der Möglichkeiten des überlebenden Traumaopfers liegt. In diesem Fall wären die Alltagsfunktionen des ANP gefährdet, wenn die traumatischen Erinnerungen zugänglich würden. ANP sind auch in anderen geistigen Verteidigungen involviert, von denen einige primitiver sind als andere. Verhaltensbestimmtes Vermeiden kann in der Form stattfinden, dass traumatische Auslöser vermieden werden, aber auch durch Substanzmissbrauch und durch sexuelles Fehlverhalten.

Wenn traumatische Ereignisse zunehmend als überwältigend erlebt werden und/oder über einen langen Zeitraum andauern, kann das eine weitere Aufspaltung des EP zur Folge haben, während ein einfacher ANP unversehrt bleibt. Diese **sekundäre strukturelle Dissoziation** könnte auf einer fehlgeschlagenen Integration zwischen tierähnlichen Abwehr- und Genesungssubsystemen basieren. Wir betrachten die Fälle mit sekundärer struktureller Dissoziation als komplexe posttraumatische dissoziative Störungen einschließlich vieler Fälle mit NNBDS.

Schließlich kann eine Aufspaltung des ANP geschehen, wenn bestimmte unvermeidbare Aspekte des Alltagslebens auf spezielle Weise mit dem traumatischen Ereignis der Vergangenheit verknüpft werden. Das heißt, dass diese Aspekte durch Verallgemeinerungen zu konditionierten Stimuli werden, die traumatische Erinnerungen reaktivieren können. Zusätzlich können sich neue ANP entwickeln, wenn der ANP ein so schlechtes Funktionsniveau aufzeigt, dass der normale Alltag nicht bewältigt werden kann. Weitere Dissoziationen des ANP als Reaktion auf Stressfaktoren des Alltagslebens können sich sogar zur »normalen« Lebensweise entwickeln. Die **tertiäre strukturelle Dissoziation** schließt neben der Aufspaltung der EP noch die der ANP mit ein und bezieht sich nur auf Patienten mit DIS.

39.1.5 Die Rolle der Hypnose in der Ätiologie der DIS

Die Entstehung der DIS kann als Entwicklung unterschiedlicher besonderer Bewusstseinszustände beschrieben werden; die unwissentliche Nutzung von Selbsthypnose trägt erheblich dazu bei (Bliss 1986; Boon u. Van der Hart 2003). Diese Beschreibung wird durch den klinischen Eindruck bestätigt, dass DIS-Patientinnen ungewöhnliche hypnotische Fähigkeiten haben. Viele DIS-Patientinnen scheinen – als Abwehrreaktion auf traumatische Erlebnisse wie Vernachlässigung, sexuellen oder körperlichen Missbrauch – seit ihrer Kindheit spontan in Hypnose gegangen zu sein. Die Fähigkeit, leicht hypnotisierbar zu sein, ist bei Kindern verbreiteter als bei Erwachsenen. Durch einfaches Umschalten in einen hypnotischen Zustand werden überwältigende Erfahrungen an imaginierte Spielgefährten verwiesen, während das betroffene Kind selbst innerlich auf Distanz geht. Zusammen mit anderen prädisponierenden Faktoren könnte dies zur Entwicklung einer dissoziativen Psychopathologie und zur DIS beitragen (Bliss 1986; Kluft 1990). Die meisten Traumatherapeuten stellen eine Verbindung her zwischen dissoziativen Störungen und vorangegangenem Missbrauch und Trauma; zu erklären, welche Rolle genau Kindesmisshandlung in der Entstehung dissoziativer Störungen spielt, bleibt allerdings Thema weiterer multidisziplinärer Forschung (Coe et al. 1995; Mullen et al. 1993; Nash et al. 1993).

Auch Entwicklungspsychologen und Bindungsforscher haben bei kleinen Kindern tranceähnliche Zustände beobachtet (Bowlby 1988; Cicchette et al. 1990; Main u. Hesse 1990). Wenn in Beziehungen mit angstbesetzter Bindung, in denen die primären Sorgepersonen nicht verfügbar sind, sich unvorhersagbar und Furcht einflößend verhalten, zeigt das Kind Reaktionsweisen wie Erstarrung, Benommenheit, Verstummen, Gefühllosigkeit, Schaukeln, raschen Wechsel zwischen Annäherungs- und Vermeidungsverhalten und veränderte Bewusstseinszustände. Beobachter beschreiben diese Kinder als gefühllos, roboterhaft, unreagibel, als Tagträumer, als seien sie nicht anwesend, mit glasigem Blick ins Leere starrend (Perry et al. 1995, S. 281). Diese selbsthypnotischen und dissoziativen Reaktionen können insbesondere in sog. desorganisiert/desorientierten Bindungen (Main 1994) beobachtet werden; sie werden als »Copingstrategien« gewertet, um mit den Widersprüchen und unhaltbaren Emotionen dieser unentrinnbaren Beziehungen umzugehen (Coe et al. 1995; Liotti 1992, 1993, 1999). Kindesmisshandlung findet sich oft im Zusammenhang

mit dem desorganisiert/desorientierten Bindungstyp (Cicchetti et al. 1990). Liotti (1993) sieht das Induzieren von Selbsthypnose vornehmlich als eine Möglichkeit an, bedrohliche zwischenmenschliche Beziehungen zu handhaben. Seine Hypothese geht dahin, dass der desorganisiert/desorientierte Bindungsmodus der Vorläufer dissoziativer Psychopathologie im Erwachsenenalter sein könnte. Coe et al. (1995) fanden bei ihren Untersuchungen spezielle konzeptuelle Zusammenhänge zwischen Arten erwachsener Bindungsgestaltung und (schweren) dissoziativen Erfahrungen. Van der Hart et al. (Van der Hart et al. 2004; Van der Hart et al. 2006a, 2008) heben hervor, dass viele, wenn nicht gar die meisten DID-Patienten von frühem Alter an nicht nur Missbrauch erlebt haben, sondern auch beträchtliche Vernachlässigung und unterbrochene Bindungen. Wenn Vernachlässigung und Trauma bereits in frühen Jahren stattfinden, so besteht die Tendenz zur Entwicklung eines desorganisiert/desorientierten Beziehungsstils (Liotti 1999; Lyons-Ruth et al. 2006). Dieser Bindungstyp scheint tatsächlich organisiert und gekennzeichnet zu sein durch einen bisweilen schnellen Wechsel von Bindungssystemen, anderen emotionalen Systemen des Alltagslebens (ANP) und Abwehrsystemen (EP). Die Trennung vom missbrauchenden Versorger aktiviert das Bindungssystem, die Nähe zu dieser Person das Abwehrsystem. Dieses wechselnde Muster schlägt sich nieder als eine Bindungs- und Distanzphobie. Die chronische strukturelle Dissoziation zwischen Bindung und Abwehr kann Kinder befähigen, in einem fortgesetzt Missbrauch begehendem Umfeld zu überleben. Allerdings wird diese Art der Dissoziation dysfunktional, wenn sie auf eine andere sichere Beziehung angewandt wird.

39.2 Behandlungsmodell

Das wichtigste Therapieziel bei chronisch traumatisierten DIS- und DDNOS-Patientinnen besteht darin Wege zu finden, die ihnen Erleichterung verschaffen von der Qual und Bedrängnis durch ihre Vergangenheit und die dissoziativen Persönlichkeitsanteile. EP zu explorieren und zu bearbeiten ist nicht immer möglich. Es kann sein, dass die Patientin dem Behandlungsziel ambivalent gegenübersteht, oder aber das Risiko einer Desintegration kann zu hoch sein aufgrund eines schwachen Ich; oder es bestehen andere vorrangige Behandlungsziele oder fortgesetzter Missbrauch; oder die Patientin ist aufgrund des Alters oder intellektueller Mängel unfähig zu einem therapeutischen Bündnis. Falls ein umfassendes Behandlungsziel ins Auge gefasst wird, muss es in angemessenem Tempo verfolgt werden, was die Schwere der traumatischen Intrusion als auch die Fähigkeit des Einzelnen betrifft, mit heftigen Emotionen umzugehen (Van der Kolk et al. 1996c). Als Garantie für das richtige »pacing« und Timing (Wahl der Schritte und des Zeitpunkts) wird Traumaarbeit gewöhnlich nach einem phasenorientierten Behandlungsmodell stattfinden (Herman 1992; Huber 2003; Van der Hart et al. 2006a; Van der Hart et al. 2006b), wie es Pierre Janets ursprünglichem Behandlungsansatz bei dissoziativer Psychopathologie entspricht (Van der Hart et al. 1989). Häufig bedürfen diese Phasen im Behandlungsverlauf einer wiederholten Neueinschätzung.

Phase 1: Halt, Stabilisierung und Symptomreduktion. In diesem Stadium besteht eines der ersten und vorrangigen Ziele darin, ein sicheres therapeutisches Setting einzuführen und aufrecht zu erhalten, in welchem die Patientin als ANP ein Gefühl relativer Sicherheit und Verlässlichkeit entwickeln kann. Da zwischenmenschliche Traumata sich häufig unter unberechenbaren Bedingungen mit unklaren Regeln ereignen, wobei Bindungen oft durch Gleichgültigkeit und Verantwortungslosigkeit gekennzeichnet sind, muss die besondere Aufmerksamkeit den Regeln, den Grenzen, der Beständigkeit, Vorhersagbarkeit und gegenseitigen Verantwortlichkeit gelten (Herman 1992; Huber 2003; Van der Hart et al. 1993; Van der Kolk et al. 1996a). Da chronische zwischenmenschliche Traumatisierung des weiteren zu intensiven Gefühlen von Hilflosigkeit und Kontrollverlust führen kann, wird der Patientin gezeigt, wie sie überwältigende Emotionen, wiedererstehende Erinnerungen und pathologisches Abwehrverhalten wie fortgesetzte Dissoziation kontrollieren kann. Dazu gehört, einen kognitiven Rahmen zu entwickeln und der Patientin als ANP zu helfen, ihre (dissoziativen) Symptome zu verstehen, ihre Emotionen zu erkennen und zu benennen, reaktivierende Stimuli zu identifizieren, in einen Zusammenhang zu bringen, aus-

zuschalten oder zu neutralisieren, Unterstützung zu finden, Alltagstätigkeiten vorauszuplanen, regelmäßig Übungen zur Entspannung durchzuführen, mehr Boden unter die Füße zu bekommen und eine angemessene Medikation mit Psychopharmaka zu erhalten (Boon u. Van der Hart 1996; Van der Hart et al. 1993; Van der Kolk et al. 1996a,b). Handelt es sich um chronische vielschichtige posttraumatische Störungen wie DIS, so kann sich diese Phase über Monate, bisweilen sogar über Jahre hinziehen. Gewinnt die Patientin als ANP im Laufe dieser Phase das subjektive Gefühl, Dinge meistern zu können, stabil zu sein, die Kontrolle und eine Perspektive zu haben, so kann die Behandlung beendet werden. Allerdings hat eine gewisse Anzahl von Patientinnen das Bedürfnis, die EP zu integrieren, um ganz und gar das Gefühl der Kontrolle zu erlangen und ihre persönliche Lebensgeschichte ertragen zu können. Diese Patientinnen sind jetzt besser als zuvor gerüstet, mit dem traumatischen Material, mit den dissoziativen Symptomen und den invasiven Erlebnissen zurechtzukommen (Brown 1990b).

Phase 2: Identifikation, Exploration und Modifikation der traumatischen Erinnerungen. DIS-Patientinnen sind nicht fähig gewesen, ihre traumatischen Erlebnisse in ihre Lebensgeschichte zu integrieren. Es genügt nicht, diese Erinnerungen nur einfach aufzudecken, um die betreffenden EP wieder in Besitz zu nehmen. Schrittweise müssen die EP innerhalb eines sicheren therapeutischen Settings reaktiviert werden, in Worte gefasst, der Realität zugeführt und wieder zusammengefügt werden zu einer persönlich bedeutsamen Geschichte, angefangen bei dem, was am wenigsten bedrohlich ist. So verlieren diese Anteile an Macht, wieder spontan aktiv zu werden. Die Patientin lernt, die affektiven, kognitiven und somatischen Anteile des traumatischen Erlebens miteinander zu verbinden und ihnen ihren jeweiligen Platz in ihrer Biografie zuzuweisen, ohne sich dabei überwältigt zu fühlen (Van der Hart et al. 2006a, 2008; Van der Hart et al. 2006b).

Phase 3: Reintegration und Rehabilitation der Persönlichkeit. Sobald die traumatischen Erinnerungen zur Gänze verbalisiert und in die persönliche Geschichte der Patientinnen integriert sind, muss das Augenmerk weiter auf die Auswirkungen in den Funktionen der Persönlichkeit, des Selbst-Erlebens und der Bindungen und Beziehungen gerichtet werden. Die Patientin muss sich der schwierigen Aufgabe stellen, voll und ganz zu begreifen, dass die traumatischen Ereignisse ihr zugestoßen sind. Dadurch wird oft eine existenzielle Krise heraufbeschworen und eine Phase der tiefen Trauer beginnt, in welcher neue Zusammenhänge für Sicherheit, Hoffnung, Vertrauen, Kontrolle und Wertschätzung entwickelt werden müssen. Diese existenziellen Themen sind eng verknüpft mit zwischenmenschlichen Erfahrungen: Nur allzu oft haben Patientinnen in ihren früheren furchterregenden Beziehungen eine Ablehnung ihres Rechts erfahren, sie selbst zu sein. Die Begriffe für das Selbst und für andere, die sich in der Folge entwickelt haben, sind häufig durch das Trauma bestimmt und führen zur Unfähigkeit, Vertrauen und Nähe zu erleben. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung soll ein Gefühl der (zwischen) menschlichen Zulänglichkeit und die Fähigkeit, sich um sich selbst zu kümmern und sich selbst wertzuschätzen, wieder aufgebaut werden, und sichere soziale Bindungen müssen wieder hergestellt werden (Huber 2003; Steele et al. 2004; Van der Hart et al. 2006a, 2008).

39.3 Die Anwendung klinischer Hypnose in der Behandlung dissoziativer Störungen

In diesem Abschnitt möchte ich darstellen, weshalb klinisch-hypnotische Techniken eine wesentliche Rolle bei der Behandlung dissoziativer Störungen spielen können, und beschreiben, wann hypnotische Interventionen indiziert und wann sie kontraindiziert sind.

Fromm (1987) nannte Hypnose den »Königsweg ins Unbewusste«. Fachleute für Dissoziation würden lieber vom »Königsweg zu dissoziativen Persönlichkeitsanteilen« sprechen. Wie bereits im ersten Abschnitt erwähnt, scheinen dissoziative Symptome mit unkontrollierten hypnotischen Zuständen in Beziehung zu stehen. Sie mithilfe klinischer Hypnose zu induzieren ist der erste Schritt zu mehr Kontrolle über dissoziative Zustände (Van der Hart u. Spiegel 1993). Im unkontrollierten selbsthypnotischen Zustand, d. h. als EP, werden trauma-

tische Erinnerungen als zeitlos und bruchstückhaft erlebt, und mental ist es nicht möglich, diese Erlebnisse nüchtern und sachlich zu betrachten und zu bemerken, dass sie schließlich auch ein Ende nehmen (Van der Kolk et al. 1996a). Im Gegensatz zu spontanen dissoziativen Zuständen (EP) kann der klinisch-hypnotische Zustand von Therapeut und Patient kontrolliert und reguliert werden. Mithilfe klinischer Hypnose können DIS-Patientinnen lernen, zwischen Ich-rezeptiven und Ich-aktiven Weisen der Informationsverarbeitung hin- und herzuwechseln. Fromms Theorien zur Ich-Orientierung (Fromm 1972; Peter 1992a) helfen uns zum Verständnis dieses Prozesses. Fromm schlug vor, Ich-Aktivität und Ich-Passivität als Kontinua zu betrachten, entlang deren sich die hypnotische Erfahrung in ihrer Unterschiedlichkeit abspielt. Ein geschickter Hypnotherapeut unterstützt einen wohl abgestimmten und allmählichen Wechsel hin zum entsprechenden Zustand, und dabei reguliert er das Ausmaß an Dissoziation. Im Ich-aktiven Zustand bzw. in dem des Problemlösens lernt die Patientin als ANP, dem sich enthüllenden Erlebnis Gestalt zu geben, und sie erlangt Sinn für Kontrolle und für die Möglichkeit zur Wahl (Brown u. Fromm 1986; Brown 1990b). So werden dissoziierte reaktivierte traumatische Erinnerungen handhabbar und können als zeitlich begrenzt gesehen werden.

Klinische Hypnose wird also mehr zur Stabilisierung eingesetzt, damit DIS-Patientinnen Kontrolle und Halt zurückgewinnen und weniger zur Exploration der traumatischen Erinnerungen an sich (Kluft 1995). Es erfordert ein großes Maß an Geschick und Vorsicht, wenn man Hypnose als Werkzeug einsetzt, um traumatische Erinnerungen aufzudecken. gewiss kann Hypnose nicht als »Wahrheitsdroge« angewandt werden (Nagy 1995), und sie ist kontraindiziert bei eingeschränkten Ich-Fähigkeiten, begrenzter Selbstkontrolle und bei Erschöpfungszuständen (▶ Kap. 10 »Kontraindikationen«). Wird Hypnose eingesetzt, so immer als Teil einer umfassenderen Behandlung (Van der Hart et al. 1990). Während der Exploration traumatischer Erinnerungen können hypnotische Techniken angewandt werden, um den DIS-Patientinnen als ANP die Last zu erleichtern, mit den traumatischen Erinnerungen fertig zu werden, ehe sie sich stark genug dazu fühlen (Kluft 1995). Es stehen alle möglichen hypnotischen Interventionen zur Verfügung, um die Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen zu begleiten und unter Kontrolle zu halten sowie die Schranken der Amnesie wiederzuerrichten, falls die Erinnerungen zu überwältigend werden. Der vorzeitigen Beseitigung bestehender Dissoziationen, die zu schweren Krisen und möglichem selbstzerstörerischen Verhalten führt, kann mittels dieser Interventionen vorgebeugt werden (Kluft 1995; Van der Hart et al. 1990).

39.4 Therapeutische Interventionen

In diesem Abschnitt wird der Einsatz klinischer Hypnose im Rahmen des phasenorientierten Behandlungsmodells betrachtet (Peter 2006b).

Phase 1: Halt, Stabilisierung und Symptomreduktion. In der ersten Phase können hypnotische Techniken zur Affektmodulation eingesetzt werden, um wieder ein Gefühl innerer Sicherheit und Kontrolle zu gewinnen. Mittels Suggestionen zur Entspannung und zur Ich-Stärkung des Patienten als ANP wird ein Zuwachs an Souveränität und Selbstvertrauen angeregt. Themen wie Sicherheit, Beruhigung und Schutz können in visualisierten Szenarien erkundet werden. Das vorzeitige Auftauchen von EP und traumatischen Erinnerungen muss verhindert werden, ehe nicht eine angemessene Stabilisierung erreicht ist (Brown 1990; Herman 1992; Huber 2003; Somer 1994; Steele et al. 2004; Van der Hart et al. 1990; Van der Hart et al. 2006a, 2008; Van der Hart et al., 2006b). Tritt eine Reaktivierung traumatischer Erinnerungen ein, kann der Therapeut der Patientin zeigen, wie sie aktiv umschalten kann in einen visualisierten Zustand der Sicherheit. Auf diese Art lernt die Patientin, ihre dissoziativen Übergänge zu kontrollieren. In einem selbstbewusst geschaffenen sicheren mentalen Zustand kann die Patientin lernen, die Kontrolle über ihre sich aufdrängenden Erinnerungen und die damit einhergehenden emotionalen Reaktionen zu erlangen, ohne sich automatisch »auszuklinken« (Van der Kolk et al. 1996a,b). Um auch weiterhin festen Boden unter die Füße zu bekommen, kann die Patientin als ANP darin unterrichtet werden, auf ein bestimmtes Signal zu reagieren, indem sie in die sichere Gegenwart

zurückkehrt, während sie die traumatischen Erinnerungen in hypnotischem Zustand wieder erlebt. Darüber hinaus können die dissoziativen »Schutzwälle« gegen einige traumatisierte und hochgradig angstbesetzte Persönlichkeitsanteile zeitweilig mittels Hypnose verstärkt werden (Boon u. Van der Hart 1996).

Phase 2: Identifikation, Exploration und Modifikation traumatischer Erinnerungen. In dieser Phase kann Hypnose eingesetzt werden, um die Patientin zu den EP zurückzuführen; diese müssen bearbeitet, in Worte gefasst, verändert und integriert werden, um deren invasive und verstörende Wirkung zu löschen. Die Patientin wird in einen Zustand tiefer Konzentration geführt. Zur Aufdeckung traumatischer Erinnerungen können Regression und ideomotorisches Signalisieren eingesetzt werden (Huber 2003; Van der Hart 2003). Es gibt keine Beweise dafür, dass unter klinischer Hypnose rekonstruierte Erinnerungen ausschließlich wahre und genaue Fakten darstellen (Bloom 1994; Kihlstrom et al. 1994), deshalb ist es klug, die Patientin zu ermutigen, wiedererlangte Erinnerungen zunächst einmal mit der gebührenden Vorsicht zu betrachten, ehe sie konkrete Maßnahmen ergreift (Kluft 1994; Van der Hart u. Nijenhuis 1995). Aufdeckende hypnotische Techniken müssen in eine umfassende Behandlung eingebettet sein, in welcher die Patientin die Kontrolle behält (Herman 1992; Van der Hart et al. 1990). Hypnose zur Aufdeckung dissoziierter Erinnerungen ist nur deshalb relevant, weil so im Bewusstsein eine Integration von Material möglich wird, das andernfalls in psychiatrischen Symptomen zum Ausdruck käme (Van der Hart et al. 1998).

Falls Therapeut und Patient annehmen, dass die umfassende bewusste Kenntnis dissoziierter (traumatischer) Erfahrungen immer noch überwältigend sein könnte, wenn die Patientin als ANP aus der Trance kommt, dann können **Halt gebende hypnotische Techniken** sehr hilfreich sein. So kann der Therapeut in permissiver Weise offen eine Amnesie suggerieren oder diese kann imaginativ von der Patientin in einem Abschlussritual am Ende der explorativen Hypnosesitzung hervorgerufen werden, z. B. die Imagination eines sicheren Ortes, einer Stelle oder eines Safes, worin die traumatischen Erinnerungen aufgehoben werden. Damit ist der Patientin (als EP oder ANP) die Möglichkeit des Rückzugs an einen sicheren neutralen Ort gegeben, falls sie während des Durcharbeitens große Angst entwickeln sollte. Die Patientin kann sich dazu entschließen, diejenigen Bilder und Erinnerungen, die zu schwierig bei sich zu behalten sind, zwischen den Sitzungen in einem Tresor zu lagern. Eine weitere Variante dieser Technik besteht darin, die hypnotisierte Patientin einen imaginierten Fernsehbildschirm betrachten zu lassen. Sie kann wählen und hin und her schalten zwischen einem Arbeitskanal, in dem die traumatischen Ereignisse angesehen werden können, und einem »sicheren« Kanal. Dieser ist immer zuerst eingeschaltet, und es kann während der Arbeit an traumatischen Erinnerungen wieder zu ihm zurückgekehrt werden, zu einer »hypnotischen Ruhepause«. Hat die Patientin erst einmal genügend Copingstrategien entwickelt, so muss auch dafür gesorgt werden, dass sie die Trance nicht dazu benutzt, die Konfrontation mit schmerzvollen Umständen zu vermeiden (Brown u. Fromm 1986; Huber 2003; Van der Hart et al. 1993, 1995).

Zur Begleitung und zum richtigen Timing der Bearbeitung traumatischer Erinnerungen können **hypnotische Metaphern** und **projektive Techniken** verwendet werden. Zur metaphorischen Imagination werden die traumatischen Erinnerungen zunächst auf symbolischer Ebene und getarnt verarbeitet; so kann die eher aufdeckende Konfrontation zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie erleichtert werden. Projektive Techniken bieten die Möglichkeit einer geistigen Distanz, wenn z. B. ein vorgestellter Bildschirm oder eine Kinoleinwand betrachtet wird, oder die Verarbeitung wird begleitet, indem ein Video kontrolliert wird, das die Patientin anhalten, zurückspulen, rasch oder in Zeitlupe weiterlaufen lassen kann. Mit dem Lautstärke- und Helligkeitsregler kann sie die Intensität ihrer Gefühle kontrollieren. Eine weitere Intervention besteht darin, der Patientin zu zeigen, wie sie sich einen vorgestellten Regelwiderstand schaffen kann, um zu kontrollieren, welchen Bruchteil einer Emotion sie erleben möchte. Begleitende Techniken helfen der Patientin, schmerzvolles Material in kleinen Portionen und mit Unterbrechungen zu bearbeiten. Bei der »Sicker-Technik« z. B. wird die Patientin angewiesen, ganz langsam nur winzig kleine Tröpfchen an Gefühl und Eindrücken der trauma-

tischen Erinnerungen durchzulassen. Verschiedene Aspekte des Traumas, unterschiedliche Bewusstseinszustände und Erlebnisanteile können erst einzeln bearbeitet werden, ehe alles zu einer integrierten Erfahrung zusammengefügt wird. Andere Ich-Zustände (die z. B. dem Kind-Ich angehören) können während der stückweisen Bearbeitung an einem imaginierten sicheren Ort ruhen. Auf diese Art und Weise kann eine echte Desensibilisierung hinsichtlich der traumatischen Erfahrung zustande kommen, ohne dass die Patientin dekompensiert. Schließlich müssen die traumatischen Erinnerungen jedem Teil der Persönlichkeit mitgeteilt werden, außerhalb der Hypnose besprochen und in den richtigen zeitlichen Zusammenhang gerückt werden. Dies kann strukturiert werden, indem das traumatische Ereignis in 5 oder 10 Einzelteile zerlegt wird, welche Patient und Therapeut in chronologischer Folge durcharbeiten (Huber 2003; Kluft 1995; Somer 1994; Van der Hart 2006a, 2008; Van der Hart et al. 1993, 2006b).

Phase 3: Integration und Rehabilitation der Persönlichkeit. Wenn alle dissoziierten Anteile der Persönlichkeit sich die traumatischen Erfahrungen gegenseitig mitgeteilt haben, werden viele sich spontan zu einem Ganzen fügen. In diesem Therapiestadium kann der Therapeut ein positives Gefühl des Bewältigens und der Einheit suggerieren. Manche Patientinnen mögen hypnotische Interventionen brauchen, wie Bilder der Genesung und des Ganzwerdens, um die Integration der Persönlichkeit zu erleichtern (Huber 2003; Van der Hart 2003). Wird die notwendige Arbeit zur Rekonstruktion nicht vollendet, so bleibt ein derartiges hypnotisches Fusionsritual wirkungslos (Kluft 1995).

39.5 Die therapeutische Beziehung

Im ersten Abschnitt wurde die Entstehung selbsthypnotischer und dissoziativer Reaktionen im Rahmen angstbesetzter und desorganisierter Bindungen beschrieben; die wichtige Bezugsperson bzw. wichtige Bezugspersonen werden als nicht verfügbar, nicht berechenbar und als furchterregend erlebt. Beginnt die Patientin eine Therapie, so geht sie wieder eine Beziehung und Bindung ein. Häufig wird der Therapeut zumindest zeitweise zu einer der wichtigen Bezugspersonen der Patientin. Zuweilen erlebt die Patientin den Therapeuten in der Therapie als nicht verfügbar und furchterregend, so wie ihre früheren Bezugspersonen und damit werden traumabezogene interpersonale Übertragungsmuster aktiviert. In der therapeutischen Beziehung tauchen Themen wie Misstrauen, Verrat, Verlust der Grenzen, Gefährlichkeit und Abhängigkeit auf in Verbindung mit tranceabhängigen Phänomenen. Ebenso wie im Trancezustand entwickelte Kognitionen (»Trancelogik«) widersetzen sich derlei zwischenmenschliche Konzepte aus frühen furchterregenden Bindungen und Traumata hartnäckig einer Veränderung und tauchen in neuen Beziehungen automatisch wieder auf. Es ist entscheidend, dass der Therapeut begreift, dass Patientinnen alles, was er sagt oder tut, als furchterregend umdeuten, weil in der »Welt«, in der sie herangewachsen sind, Missbrauch und Ausbeutung die Norm waren. Der Therapeut muss diese Übertragungsphänomene deuten und den Patientinnen behilflich sein, diese wahrgenommenen Bedrohungen zu bearbeiten, ohne dabei unbewusst Zuflucht zur Selbsthypnose und Dissoziation zu nehmen. Vorhersagbarkeit, Klarheit, innere Stimmigkeit und Kooperation in der therapeutischen Beziehung können als Gegenmittel für diese dysfunktionalen zwischenmenschlichen Schemata wirken (Bliss 1986; Farber 1995; Liotti 1993; Loewenstein 1993; Van der Hart et al. 2006a, 2008; Van der Hart et al. 1993, 2006b; Van der Kolk et al. 1996).

Hat die Patientin die Fähigkeit entwickelt, bedrohliche zwischenmenschliche Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung in Worte zu fassen, anstatt sie abzuspalten, so ist eine notwendige Bedingung erfüllt, traumatische Erinnerungen zu erforschen und zu bearbeiten. Entwickelt sich Vertrauen zum Therapeuten, so kann die Patientin mit ihm auch während des Wiederauflebens traumatischer Erinnerungen in Kontakt bleiben. Beim erneuten Bearbeiten dient die Anwesenheit des Therapeuten dann als Sicherheitssignal. Diese sichere Bindung an den Therapeuten dient dazu, übermäßige Erregung zu verringern und damit wird der Grad der Bewusstheit bei der Patientin als ANP erhöht. Sie kann sich zumindest teilweise des gegenwärtigen Wiedererlebens bewusst werden, und allmählich ist sie dazu fähig, die abgespaltenen

traumatischen Erinnerungen bewusst zu bearbeiten. Indem sie im Rahmen der therapeutischen Beziehung die Traumageschichte realisiert und verbalisiert, bewegt sie sich weiter »vom autistischen Wiedererleben zum bezogenen Mitteilen« (Van der Hart et al. 1993, S. 172, Van der Hart 2003; Van der Hart et al. 1990).

Während der Behandlung ist der Wunsch die Patientin »gesundgeliebt« zu werden (Loewenstein 1993, S. 71) oft übermächtig und wird unwillkürlich durch viele Persönlichkeitsanteile zum Ausdruck gebracht. Die Patientin muss mithilfe des Verständnisses seitens des Therapeuten und innerhalb der sicheren Grenzen der therapeutischen Beziehung die Realität akzeptieren, dass der Therapeut nicht in der Lage ist, ihr die erhoffte »perfekte« Beziehung zu bieten (Farber 1995; Van der Hart et al. 1993, 1995). Schritt für Schritt lernt die Patientin in dem Halt und Unterstützung gebenden therapeutischen Rahmen, sich auf selbst entwickelte Copingstrategien und selbstberuhigendes Verhalten zu verlassen und die Balance zu finden zwischen menschlicher Nähe und Distanz.

Depressionen

Ortwin Meiss

40.1 Störungsbild – 496
40.1.1 Das innere Konto – 496
40.1.2 Aggression als Reaktion auf ein inneres Minus – 497
40.1.3 Aggression und Depression – 497
40.1.4 Die Hypersozialität der depressiven Patienten – 498
40.1.5 Die Entwicklung von Depressionen aus Kindheitserfahrungen – 499
40.1.6 Die Hoffnung stirbt zuletzt – 500
40.1.7 Lebensgeschichtliche Hintergründe von Depressionen – 500

40.2 Hypnotherapeutische Verfahren in der Arbeit mit depressiven Patienten – 501
40.2.1 Tranceinduktion bei depressiven Patienten – 502
40.2.2 Altersregression und Stellvertretertechnik: Das Kind, das sich so fühlt – 504
40.2.3 Fehlentscheidungen, die einen zum Opfer gemacht haben – 508
40.2.4 Indirekte Kommunikation und die Arbeit mit Geschichten – 511
40.2.5 Suiziddrohungen und die Kunst sich an den Patienten anzukoppeln – 513

40.3 Empirische Belege – 515

Der folgende Beitrag präsentiert hypnotherapeutische Methoden und Techniken, die sich in der Arbeit mit Patienten mit reaktiven Depressionen bewährt haben und sich leicht in schon bekannte Ansätze integrieren lassen.

40.1 Störungsbild

Depressionen gehören zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen. Im DSM-IV-Diagnosemanual werden sie als affektive Störung eingestuft, die in unterschiedlicher Form auftreten kann. Verschiedene Modelle sind zur Erklärung depressiver Störungen entwickelt worden. Das biologische Modell bezieht sich auf den veränderten Serotoninspiegel, die psychologischen Theorien verweisen auf den Verstärkerverlust, die erlernte Hilflosigkeit (Seligman 1992) und die inadäquaten Attributionen und Kognitionen des depressiven Patienten (Beck 1981; Hautzinger 1987), oder sehen in Depressionen nach innen gewendete Aggressionen.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Entwicklung von reaktiven Depressionen, wobei der Autor der Ansicht ist, dass viele Depressionen aufgrund ihrer schleichenden Entwicklung nicht als reaktiv erkannt werden.

40.1.1 Das innere Konto

Menschen und Säugetiere sind zutiefst ökonomische Wesen. Sie berechnen ständig, ob sich ein Verhalten lohnt und die Effekte bringt, die den Aufwand rechtfertigen. (Thibaut u. Kelly 1959) In gleicher Weise wird alles, was man für einen anderen tut, innerlich mit dem verrechnet, was man dafür wieder zurückbekommt. Soziale Systeme funktionieren nach diesem Prinzip der Gegenseitigkeit (De Waal 2006). Man leistet etwas und erzielt damit ein Resultat, investiert seine Arbeitskraft und erhält einen Lohn, tut anderen einen Gefallen und erhält etwas zurück. Dabei ist die Gegenleistung nicht unbedingt materieller Natur. Anerkennung, Würdigung, Status, Lob und Dankbarkeit sind mindestens ebenso erwünscht und Ziel vieler Leistungen, die zum Wohle anderer erbracht werden. Bleiben die Handlungen ohne Wirkung oder die erwarteten Gegenleistungen aus, so erlebt man sich als wenig selbstwirksam. Wurde viel in eine Sache investiert oder etwas für andere getan, ohne dass ein Ausgleich erfolgt, wird dies als Zumutung empfunden. Man erfährt andere oder auch das Leben als undankbar und ungerecht (Montana u. Lerner 1996). Unser inneres Konto weist einen Fehlbetrag aus. Es entsteht ein inneres emotionales Minus. Dabei rechnet eher der Bauch als der Verstand. Man kann über verschiedene Wege in ein emotionales, inneres Minus geraten.

Man hat sich bemüht, aber erzielt nicht das erwartete Resultat. Menschen möchten in ihrem Leben die Erfahrung machen, dass das eigene Tun etwas bewirkt und soziale Beachtung findet. Wenn die eigenen Bemühungen zu nichts führen und keine Resultate zeigen, steht der Aufwand in keinem Verhältnis zum erzielten Erfolg. Seligman (1992) konnte in seinen Experimenten zur gelernten Hilflosigkeit nachweisen, dass Hunde auf die Wirkungslosigkeit ihrer Aktionen mit depressivem Verhalten reagieren. Ähnliche Reaktionen ließen sich in Experimenten mit Menschen nachweisen. Das Erleben von Selbstwirksamkeit ist für Menschen und höhere Tiere von entscheidender Bedeutung für das seelische Wohlbefinden. Dies erklärt, warum auch Verwöhnung die Entwicklung von Depressionen begünstigen kann. Ein Jugendlicher, der von seinen Eltern auf einfache Weise ohne Gegenleistung alle Wünsche erfüllt bekommt, kann nicht die Erfahrung machen, dass er aufgrund seiner eigenen Leistungen etwas bewirkt.

Ebenso kann man im Verhältnis zu anderen in ein emotionales Minus geraten. **Man hat etwas für andere getan und keine Anerkennung, keinen Gegenwert bekommen.** Etwas für andere zu tun, ist in der Regel nicht ganz so edel und uneigennützig, wie es im ersten Moment erscheinen mag. Viele Menschen opfern sich für andere auf in der Hoffnung, irgendwann für die Aufopferung entlohnt zu werden. Wird der Ausgleich nicht gewährt, entstehen Enttäuschung, Ärger und Frust und in der Folge Aggressionen oder Depressionen. Ein typisches Beispiel ist der Mitarbeiter, der sich für seine Firma geschunden und abgearbeitet hat, ohne dass er entsprechend entlohnt wurde. Wird er ohne entsprechende Würdigung und Abfindung entlassen, entsteht das Gefühl gegeben ohne einen entsprechenden Ausgleich bekommen zu haben. Depressionen sind die Folge. Die Ehefrau, die ihrem Ehe-

mann über Jahre die Treue gehalten hat, ihm zugearbeitet und seine Karriere unterstützt hat, wird depressiv, wenn er sie wegen einer Jüngeren verlässt und sie bei der Scheidung finanziell übervorteilt.

40.1.2 Aggression als Reaktion auf ein inneres Minus

Die natürliche Reaktion auf eine Schieflage der inneren Verdienstkonten ist Ärger, Wut und Aggression. Ist die Bilanz zwischen dem, was man gegeben und dem, was man zurückbekommen hat im Minus, so entsteht Wut, Frustration und Ärger. Einen Computer, der im unpassenden Moment abstürzt, könnte man an die Wand werfen, ein Auto, das nicht anspringt, wenn man es eilig hat, treten. Ähnlich aggressiv wird man gegen Menschen, die einem schaden, die verdiente Anerkennung verweigern oder den Lohn nicht auszahlen, der einem zusteht. Ein schlechtes, überteuertes Hotel, ein Wagen, der kaputt aus der Reparatur kommt, eine überhöhte Rechnung für eine dahin verpfuschte Handwerkerarbeit führt zu Aggressionen gegenüber dem Verursacher. Man verlangt Kompensation des Schadens, Satisfaktion und Vergeltung, und wenn dies verweigert wird, dürstet man nach Rache, Genugtuung und sinnt danach, es dem anderen heimzuzahlen, was jedoch in vielen Fällen schlecht möglich ist.

Jemand der sich für die Eltern aufgeopfert hat und bei der Erbfolge benachteiligt wird, hat keine Möglichkeiten, seine Aggressionen an denen auszulassen, die ihm das Minus eingebracht haben, denn die haben das Zeitliche gesegnet. Ein Ehemann, der in »weiser Voraussicht« mit einem für ihn günstigen Ehevertrag vorgesorgt hat, ein betrügerischer Anlagenberater, der seinen Kunden über den Tisch gezogen hat, ein Großkonzern, der sich die Rechte für das Produkt eines anderen gesichert hat, bekommt vor Gericht recht, und so manch einer musste die Erfahrung machen, dass Recht nichts mit Gerechtigkeit zu tun hat.

Ist es nicht möglich, die Aggressionen gegen denjenigen zu richten, der einem geschadet hat, können sie sich gegen Unbeteiligte richten. Da die meisten jedoch wenig geneigt sind, die offenen Rechnungen zu bezahlen, die andere zurückgelassen haben, riskiert der Betreffende, dass die anderen sich von ihm zurückziehen, wenn er ihnen aggressiv begegnet.

Sind die Aggressionen nach außen blockiert, richten sie sich nach innen. Man beginnt sich selbst zu beschimpfen, wie konnte man so blöd sein und sich so betrügen, so ausnutzen zu lassen, wie konnte man nur in eine so wenig lohnende Sache investieren, warum hat man sich auf etwas eingelassen, das man eigentlich gar nicht wollte.

40.1.3 Aggression und Depression

Der Depressive empfindet genau dieses Ungleichgewicht in der Bilanz zwischen dem, was er investiert und gegeben hat, und dem, was er daraus erzielt. Er lebt mit dem unterschwelligen Gefühl, von anderen oder vom Leben betrogen, bestohlen und übervorteilt worden zu sein. Er ist zweifellos aggressiv, aber seine Aggressionen wirken gestaut und blockiert, werden indirekt geäußert oder richten sich gegebenenfalls gegen sich selbst und enden im Extrem im Suizid. Dies entspricht der psychoanalytischen Annahme, Depressionen seien nach innen gewendete Aggressionen.

Fallbeispiel

Ein Mann Anfang vierzig, litt unter schweren Depressionen. Er galt als arbeitsunfähig und konnte sich zu nichts aufraffen. Es ergab sich folgende Lebensgeschichte. Sein älterer Bruder hatte 12 Jahre zuvor eine Firma gegründet und ihm nach kurzer Zeit angeboten, in den Betrieb einzusteigen und ihn gemeinsam zu führen. Die Firma wuchs zu einem mittelständigen Unternehmen. Der Ältere war für die Geschäftsführung zuständig, der Jüngere kümmerte sich um die Produktion und die Verwaltung. 60-Stunden-Wochen waren die Regel. Der Patient hatte nicht ein einziges Mal Urlaub genommen und in seiner wenigen Freizeit ein auf dem Firmengelände gelegenes altes Fachwerkhaus renoviert, in das er schließlich mit seiner Lebensgefährtin einzog. Zum Zeitpunkt, zudem man die Früchte der Arbeit hätte ernten können, verwüstete ein schwerer Brand große Teile der Firmengebäude und auch das Fachwerkhaus des Patienten. Die zerstörten Gebäude erwiesen sich als unzureichend versichert, sodass der entstandene Schaden nicht ausgeglichen wurde. Da die administrative Führung des Unternehmens und somit auch die Versicherung der

Gebäude im Bereich des älteren Bruders lagen, machte der jüngere diesem nun schwere Vorwürfe, und es kam zu einer heftigen Auseinandersetzung. Während dieses Streites erinnerte sich der Ältere, wer der eigentliche Besitzer der Firma sei. Obwohl der Jüngere kurz nach der Gründung des Unternehmens eingestiegen war, waren die Rechts- und Besitzverhältnisse nicht verändert worden. Kurzerhand kündigte der Ältere dem Jüngeren die Zusammenarbeit. Dessen schwere Depressionen entwickelten sich nur wenige Wochen nach diesem Ereignis.

Werden in einem solchen Fall die Aggressionen blockiert, ist der Weg frei für die Depression. Im beschriebenen Fall spielte die Mutter der beiden Brüder eine entscheidende Rolle. Während der jüngere den Impuls verspürte, dem älteren an die Gurgel zu gehen, wollte die Mutter keinen Streit zwischen ihren Söhnen. Ja sie bestand darauf, dass beide wie bisher zu bestimmten Feiertagen und Familienfesten anwesend seien und sich dort miteinander vertrugen. Der Patient fügte sich diesen Forderungen mit entsprechenden Folgen.

40.1.4 Die Hypersozialität der depressiven Patienten

Die Entwicklung von Depressionen wird begünstigt durch die Tendenz depressiver Patienten, den Erwartungen der sozialen Umgebung gerecht zu werden. Unpassende Emotionen werden kontrolliert und verschleiert, eigene Bedürfnisse werden zurückgestellt.

Die Motivation zu diesem Verhalten ergibt sich aus der Angst, die Beziehung zu anderen zu gefährden, wenn man deren Erwartungen nicht erfüllt. Es besteht die irrige Meinung, andere durch Wohlverhalten in der Beziehung halten zu können.

Fallbeispiel

Ein unter schweren Depressionen leidender Mann lebte mit seiner Frau auf dem Land in einem Haus mit 8 Katzen, 2 Hunden und 2 Ponys. Von 8 Räumen waren 6 voller Chippendalemöbel, welche die Frau mit Hingabe pflegte. Diese Räume wurden kaum benutzt, um die Möbel nicht zu strapazieren. In den restlichen beiden Räumen drängten sich die Katzen und Hunde und spielte sich das sonstige familiäre Leben ab.

Das Haus hatte die Frau ausgesucht. Auf ihren Wunsch hin war man aufs Land gezogen. Dort waren nach und nach die Tiere angeschafft worden. Er berichtete, es sei ihm unmöglich gewesen, sich gegen die Anschaffung der Tiere zu wehren, da man ihm versichert habe, dass diese sonst getötet worden wären. Er habe nicht als »moralisches Schwein« dastehen wollen und schließlich des lieben Friedens willen nachgegeben. Die Tiere genossen Narrenfreiheit, sprangen auf den Tischen herum und belagerten alle halbwegs bequemen Sitzmöbel. Wenn er genervt eines der Tiere unwirsch vom Tisch oder Sessel schubste, bekam er zu hören, er solle sich nicht so aggressiv den Tieren gegenüber verhalten, schließlich seien diese schutzbedürftige Lebewesen. Die Schilderungen des Mannes ergaben den Eindruck, dass man es in der Familie als Hund oder Katze weit besser habe denn als Ehemann.

Auf die Frage, wie er seine Frau kennengelernt habe, berichtete er, diese sei damals noch in einer anderen Ehe gewesen. Ihr Ehemann habe sie übel behandelt, und sie habe ihm gegenüber geäußert, dass sie den Glauben an die Männer verloren habe. Er habe sich dann zum Ziel gesetzt, ihr zu zeigen, dass es noch andere Männer gebe, und versucht, ihr ein sorgenfreies Leben zu ermöglichen und ihr jeden Wunsch zu erfüllen. Entgegen seinen Erwartungen sei sie zunehmend unzufrieden geworden. Alle Bemühungen, es ihr Recht zu machen, seien gescheitert. Mittlerweile leide er unter Depressionen und sei eine Belastung für seine Frau.

Der Fall zeigt, wie jemand seine Minuskonten anwachsen lassen kann. Die Bemühungen und Anstrengungen, seine Frau zufriedenzustellen, sind vergeblich, stattdessen erfährt der Mann Kritik. Seine eigenen Bedürfnisse hat er weit zurückgestellt, die damit erhoffte Anerkennung seiner Großherzigkeit jedoch nicht bekommen. Die aufkommenden Aggressionen werden als Zeichen von Egoismus und Egozentrik gedeutet. Egoistisch und selbstbezogen möchte er jedoch auf keinen Fall sein. Er wendet die Aggressionen zunehmend gegen sich selbst. Die Depressionen schaffen nun zumindest in der Beziehung einen Ausgleich, da auch seine Frau jetzt zunehmend ins Minus gerät.

Depressive sind meist hypersozialisierte Wesen, die einen guten Eindruck machen und sympathisch erscheinen wollen. Sie neigen dazu, sich den Bedürfnissen und Wünschen ihrer Bezugspersonen und ihrer sozialen Umgebung unterzuordnen, wobei es die Bedürfnisse sind, die der depressive Patient

seiner sozialen Umgebung unterstellt, und nicht unbedingt die tatsächlichen. Mütter verzichten aus Rücksicht auf ihre Kinder auf eine Berufsausübung, obwohl es diesen mit einer zufriedenen berufstätigen Mutter besser ginge, als mit einer, die frustriert und depressiv zu Hause sitzt und von ihren Kindern Dankbarkeit für das gebrachte Opfer verlangt. Männer reiben sich im Beruf auf, um der Familie einen bestimmten Standard zu garantieren, obwohl diese den Vater und Ehemann lieber zu Hause hätte und auch gern etwas bescheidender leben würde. Es wird dann Dankbarkeit, Würdigung und Anerkennung für ein märtyrerhaftes Verhalten erwartet, das niemand will.

40.1.5 Die Entwicklung von Depressionen aus Kindheitserfahrungen

»Viele Depressionen brauchen eine langjährige Vorbereitungszeit, damit sie sich entwickeln können.«

So formuliert führt dieser Satz in meinen Fortbildungen oft zu Belustigung. Klassisch sind Konstellationen wie die Folgende:

Ein Mädchen wächst in einer Familie auf, wo jeder »Pups« des Bruders von der Mutter beklatscht wird, während von ihr erwartet wird, dass sie sich im Haushalt engagiert, ohne dass ihre Leistungen zur Kenntnis genommen oder gewürdigt werden. In der Familie führt sie ein »Aschenputteldasein«. So verbucht sie im Laufe der Jahre mehr und mehr Minus auf ihr inneres Konto und befindet sich in einem akuten Verrechnungsnotstand. Doch hat sie Hoffnung auf Ausgleich und Entschädigung, denn schließlich erlangt auch das Aschenputtel im Märchen den verdienten Lohn für seinen Einsatz. Während die bösen faulen Schwestern ihre gerechte Strafe bekommen, wird sie selbst zur Königin und für alles, was sie gut getan hat, wird sie entlohnt. Von wem erwartet also das ausgenutzte Mädchen den Ausgleich? – Von ihrem späteren Ehemann. Dieser ist in der Regel jedoch wenig interessiert, die aus der Ursprungsfamilie offenen Rechnungen auszugleichen. Bestenfalls fängt er bei null an (»was ich Dir gebe, verlange ich auch von Dir zurück«). Zudem ist er besser in der Lage, seine Bedürfnisse zu erkennen und diese durchzusetzen. In der Ehe »depressivelt« die Frau vor sich hin, ohne dass es zu einem klinisch relevanten Ausbruch von Depressionen kommt. Dazu bedarf es einiger zusätzlicher Komponenten. Entweder gehen nach langen Jahren der Aufopferung für die Familie die Kinder aus dem Haus, ohne danke zu sagen und das innere Konto der Mutter auszugleichen. (Meist haben sie nicht einmal bemerkt, dass Mutter sich aufgeopfert und ihre Bedürfnisse zurückgestellt hat.) Oder es ergibt sich eine Konstellation wie die Folgende: Der Ehemann stellt irgendwann fest, dass er eine pflegebedürftige Mutter hat, die sich alleine nicht mehr versorgen kann. Am Küchentisch sitzend redet er ins Leere: »Was machen wir nur mit ihr? Nehmen wir sie zu uns, oder geben wir sie ins Heim?« Da die Ehefrau nun nicht schuld sein will, und die ihr zugeschobene Verantwortung für die Heimunterbringung der Schwiegermutter scheut, antwortet sie: »Entscheide Du!« Da er selbst wenig zu Hause ist und die Arbeit die Frau haben wird, entscheidet der Mann: »Wir nehmen sie zu uns.« Zudem wird mit der häuslichen Pflege Geld gespart, dass »Mann« woanders ausgeben kann. Also kommt die Mutter und bleibt nicht ein Jahr oder zwei, sondern es werden fünf oder acht Jahre. Die Ehefrau stöhnt zwar unter der Belastung, ist aber die gesamte Zeit noch nicht klinisch auffällig depressiv. Dann stirbt die Schwiegermutter, ohne sich für all die Jahre der Versorgung und Aufopferung bedankt zu haben. Die Familie geht daraufhin zur Tagesordnung über. Noch immer entwickelt sich bei der späteren Patientin keine manifeste Depression. Diese entsteht erst ein halbes Jahr später, wenn die Patientin erkennt, dass kein angemessener Ausgleich mehr kommen wird und ihre jahrelange Aufopferung und Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse nicht gesehen wird. Schließlich sitzt eine Familie mit einer schwer depressiven Mutter in der Therapie, rat- und fassungslos über deren Zustand, und man hört den Satz: »Wir wissen auch nicht, was mit ihr ist. Eigentlich hat sie es jetzt, wo die Schwiegermutter tot ist, doch viel besser.« Worauf die Patientin jammernd zustimmt: »Ja, ich weiß.« Denn auch sie sieht keinen Zusammenhang zwischen den verlorenen Jahren und ihrer augenblicklichen Verfassung, sondern empfindet ihren depressiven Zustand als unangemessen und sich selbst als auffällig, unfähig und insuffizient, und Leistung war doch das Einzige, worauf sich ihr Selbstwertgefühl

begründete. In solchen Fällen wird oft eine endogene Depression diagnostiziert, eine Depression ohne äußeren Auslöser, wobei die tatsächlichen Zusammenhänge ignoriert werden, die Behandlung mit Medikamenten ratsam erscheinen mag und eine langfristige Besserung der Symptomatik erschwert ist. Dem depressiven Patienten bleibt der Zusammenhang zwischen seiner Lebensführung und seiner Symptomatik verborgen.

40.1.6 Die Hoffnung stirbt zuletzt

Der Zeitpunkt, wo die Hoffnung auf Ausgleich des inneren Minus schwindet, ist oft derjenige, an dem der Patient klinisch auffällig wird. Ein Zahnarzt hatte sich über Jahre aufgerieben und war zwischen drei Behandlungsstühlen hin und her gerannt. Er hatte das Ziel, möglichst schnell zu Reichtum zu kommen, um dann mit 55 Jahren die Praxis zu verkaufen und das Leben zu genießen. Als er Mitte 50 war, bekam er ein schweres Rückenleiden, wurde operiert und musste feststellen, dass er für den Rest seines Lebens in seinen Bewegungen schwer eingeschränkt sein würde und chronische Schmerzen haben würde. Er verfiel in Depression. »Die Hoffnung stirbt zuletzt«, sagt ein Sprichwort. So erklärt sich, wieso religiöse Menschen trotz eines hypersozialen Lebensstils weniger leicht depressiv werden. Sie hoffen immer noch auf den Ausgleich für das im Leben Geleistete, wenn nicht in diesem Leben so doch im späteren oder im Jenseits: »Wenn mir schon die anderen es nicht danken, was ich für meine Mutter getan habe, Gott wird es mir danken. Das weiß ich.« Verlieren solche Menschen ihren Glauben, entwickeln sich oft schwere Depressionen.

40.1.7 Lebensgeschichtliche Hintergründe von Depressionen

Die Hypersozialität eines depressiven Patienten hat ihren Hintergrund in der Lebensgeschichte. Die Tendenz, eigene Wünsche und Bedürfnisse zurückzustellen, entwickelt sich meist schon in der Kindheit. Oft wurde verlernt, sie überhaupt wahrzunehmen. Bestimmte familiäre Konstellationen und Verhaltensweisen der Bezugspersonen fördern dies (Linares u. Campo 2003).

Familiäre Konstellationen, die Depressionen fördern:

- Menschen mit depressiven Reaktionen hatten in der Kindheit oft Bezugspersonen, die selbst bedürftig waren. Oft finden sich psychisch gestörte Mütter oder Väter oder Konstellationen, in denen der Vater abwesend war und das Kind von der Mutter als Partnerersatz benutzt wurde.
- Die familiäre Konstellation war unsicher und verwirrend. Ein Ehepartner drohte mit Beziehungsabbruch und war nur durch Wohlverhalten in der Familie zu halten. Es gab Alkohol- und finanzielle Probleme. Der depressive Patient hat als Kind schon viel getan, um die Familie zu stabilisieren und dabei gelernt, sein Verhalten nach den Bedürfnissen anderer auszurichten und zum Wohle der Gemeinschaft eigene Wünsche zurückzustellen, oft um das Auseinanderbrechen der Familie zu verhindern.
- Die Bezugspersonen haben oft mit Schuldgefühlen und Schaffung eines schlechten Gewissens operiert, um das Kind gefügig zu machen und zum erwünschten Verhalten zu bewegen. Depressive Patienten waren in ihrer Kindheit selten frech und widerborstig.
- Auf die Verwirklichung eigener Bedürfnisse oder den Versuch sich abzugrenzen, wurde von einer wichtigen Bezugsperson mit der Drohung des Beziehungsabbruchs reagiert (»dann habe ich Dich nicht mehr lieb«). Viele depressive Patienten befürchten, bestimmten Ansprüchen nicht zu genügen und dadurch die Zugehörigkeit zu ihrer Bezugsgruppe zu verlieren.

- Als Kind wurden sie oft wenig bestätigt, bestimmte Leistungen wurde als selbstverständlich gesehen (in der Küche helfen) oder als gering geachtet (»hätte auch besser sein können«). Bestenfalls entstand das Gefühl, etwas wert zu sein, wenn man etwas für andere tat. Durch das geringe Selbstwertgefühl neigt der depressive Patient dazu, Beziehungen dadurch zu erhalten, dass er den Wünschen seiner Umgebung nachkommt und sich als nützlich erweist.

Diese Kindheitserfahrungen erklären die Bereitschaft, die Erwartungen anderer zu erfüllen und die Unfähigkeit für sich selbst einzutreten. Notwendige Auseinandersetzungen werden nicht geführt, dem natürlichen Wettbewerb um Vorteile und Ressourcen wird aus dem Wege gegangen. Vieles wird gemacht, was man eigentlich nicht will. Es gibt Schwierigkeiten nein zu sagen und sich abzugrenzen. Oft wurde von den Bezugspersonen das: »Ich will nicht!« nicht akzeptiert. Nur wenn man kommunizierte »Ich kann nicht!«, war es erlaubt, sich zu verweigern.

40.2 Hypnotherapeutische Verfahren in der Arbeit mit depressiven Patienten

Hypnotherapeutische Verfahren sind eine sehr gute Ergänzung verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer und systemischer Ansätze, da sie dem Patienten sein unbewusstes, latentes Wissen über sich selbst und seine Kernproblematik zugänglich machen. Sie bieten Möglichkeiten, den Widerstand und die verdeckten Aggressionen des Patienten zu umgehen und therapeutische Angebote so zu gestalten, dass der Patient sie annehmen kann.

Viele depressive Patienten machen es dem Therapeuten nicht leicht, den Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik und der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation aufzuspüren. Die Minuskonten werden vom Patienten gefühlt, er kann sie aber nicht benennen, und sie sind ihm nicht bewusst. Aggressionen und andere als unpassend empfundene Gefühle werden geleugnet. Oft beeindruckt der Patient mit einer kompletten Ratlosigkeit bezüglich seiner Problematik. »Eigentlich ist nichts los, alles in Ordnung, so wie immer.« Die Betriebsblindheit des depressiven Patienten ist vergleichbar mit derjenigen des psychosomatischen Patienten, und einige der in diesem Buch beschriebenen Techniken zur Stellvertretertechnik (▶ Kap. 20) und zur Psychosomatik (▶ Kap. 44) sind auch bei depressiven Patienten anwendbar.

Die im Folgenden beschriebenen Methoden haben nicht nur diagnostischen Wert für den Therapeuten. Sie machen dem Patienten den Zusammenhang zwischen seinen Lebenserfahrungen und seinem Lebensstil und den depressiven Gefühlszuständen erfahrbar. Der Patient gewinnt nicht nur eine kognitive Erkenntnis, er macht eine sinnesspezifische Erfahrung, die eindrucksvoll und emotional nachvollziehbar die Beziehungen zwischen den Depressionen und den Lebensumständen deutlich werden lässt. Vielfach entstehen in der Arbeit starke Trauergefühle, denn der Depressive hat guten Grund über sein emotionales Minus traurig zu sein. Oft war genau dieser Trauerprozess blockiert, was verhinderte, dass der depressive Patient seine Minuskonten bearbeiten, seine Verluste realisieren und sie hinter sich bringen konnte. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Depression und Trauer nicht das Gleiche ist. Wenn eine Person trauert, setzt sie sich mit den entstandenen Verlusten auseinander. Bei den Depressiven fehlt genau diese Auseinandersetzung. Die Verluste werden weder betrauert noch abgeschlossen, sondern mit der Zukunft verknüpft (»bringt ja alles nichts; wenn ich versuche etwas zu ändern, wird es wieder so kommen«), und wirken als posthypnotische Suggestion und verstärken die Problemtrance. Der Depressive realisiert und verbucht die Verluste nicht, sondern besteht auf Ausgleich (»ehe die anderen mein Minus nicht ausgleichen, ehe die Welt sich nicht ändert, bewege ich mich nicht«). Kommt es zu einem Trauerprozess, ist ein wesentlicher Schritt in der Therapie getan.

Alle im weiteren Verlauf beschriebenen Techniken bedürfen der Arbeit mit Trance, da entscheidend ist, dass der Patient sich auf die Fragen des Therapeuten nicht irgendetwas zusammenreimt und mit seinem bewussten Verstand nach einer Antwort sucht, sondern die Antwort ideodyna-

misch entsteht, als eine Antwort, die dem Patienten spontan in den Sinn kommt und aus seinem Unbewussten aufsteigt.

Für die folgenden Ziele sind die hier dargestellten hypnotherapeutischen Techniken einsetzbar:

- Die Auflösung der Betriebsblindheit des depressiven Patienten bzw. Nutzung von idiodynamischen Prozessen für die Diagnostik und Therapie.
- Die Bearbeitung der Hintergründe des hypersozialen Verhaltens, der kindlichen Ängste vor Verlust (Liebe, Platz in der Familie, Status) und Zurückweisung.
- Die Erfahrung, dass es einem helfen würde, sich in bestimmten Punkten besser abzugrenzen; die Erfahrung, dass es einem tatsächlich besser gehen kann.
- Die Veränderung inadäquater Lebensbewältigungsstrategien über Metaphern und Geschichten.
- Das Umgehen von Widerstand durch indirekte Kommunikation und der kreative Umgang mit Ambivalenzen.

40.2.1 Tranceinduktion bei depressiven Patienten

Depressionen erfüllen die Kriterien einer Problemtrance. Der Patient ist fokussiert auf seine negativen Gefühle und assoziiert mit seinen negativen Erfahrungen. Positive Erfahrungen sind nicht zugänglich, Lösungsmöglichkeiten für aktuelle Probleme werden nicht wahrgenommen, sondern ausgeblendet, die Zukunft scheint verbaut, Perspektiven sind nicht vorhanden. Jeder mit Hypnose arbeitende Therapeut weiß, wie schwierig es ist, eine Trance zu aktivieren, indem man einen solchen Patienten auf positive Wahrnehmungen und Erfahrungen orientiert. Innerhalb des hypnotherapeutischen Ansatzes von Erickson ist man geneigt, die Fähigkeiten zu nutzen, die der Patient mitbringt, im Fall des depressiven Patienten ist dies die Fähigkeit, nach innen zu gehen und sich auf die negativen Gefühle zu konzentrieren. Mithilfe dieser Strategie gelingt es meist leicht, innerhalb kurzer Zeit eine ausreichend tiefe Trance zu aktivieren: »*Erlauben Sie sich zu spüren, wie erschöpft sie sind, und wie schwer alles ist …*« Entgegen der Befürchtung vieler Kollegen versinken die Patienten nicht unrettbar in den Tiefen ihrer Depression, sondern berichten häufig, dass es für sie angenehm war, endlich mal die Erlaubnis zu bekommen, das fühlen zu dürfen, was ihnen ständig zusetzt, aber nicht akzeptabel ist und nicht gefühlt werden soll.

Die Depression als »ungebetener Hausgast«

Symptome, die infolge negativer Entwicklungen der psychosozialen Situation des Patienten entstehen, sind ein Hinweis, dass seine Lebenssituation änderungsbedürftig ist. Reaktive Depressionen sind eine Botschaft: »Ändere etwas, denn so, wie es ist und sich entwickelt hat, tut es Dir nicht gut!« Die Bedeutung der Depressionen, und deren Beziehung zu psychosozialen und psychischen Faktoren, ist dem Patienten jedoch meist nicht bewusst. Dies ändert sich, wenn der Patient sich selbst von außen aus der Perspektive seines Symptoms betrachtet. Dazu eignet sich die Vorstellung, die Depression sei ein »ungebetener Hausgast«, der sich in der eigenen Wohnung, im eigenen Haus breitgemacht habe.

Rapport schaffen und »seeding« der Hausgastmetapher. Häufig gebrauchen die Patienten bereits Metaphern und Analogien, welche die Vorstellung nahe legen, die Depression hätte sich wie ein Fremdkörper in ihrem Leben ausgebreitet: »Es ist wie ein Brei, der sich über alles legt. Ich sehe keinen Weg mehr da raus. Das nimmt mir jede Bewegungsmöglichkeit. Ich kann nichts mehr tun. Das nimmt allen Raum ein. Das steht mir überall im Wege.« Der Therapeut kann diese Metaphern aufnehmen oder auch anbieten und schauen, wie der Patient darauf reagiert: »Es hört sich so an, als wenn sich die Depression in Ihrem Leben richtig breitgemacht hat, und Ihnen praktisch überall im Weg steht, Ihnen jeden Raum nimmt, und Sie kaum noch Luft zum Atmen haben.« Stimmt der Patient den Metaphern und Analogien des Therapeuten zu (indem er nickt oder sie bejaht), dann wird das nachfolgende Angebot passen und vom Patienten angenommen.

Tranceinduktion und Etablierung der Vorstellung des »ungebetenen Hausgastes« in Trance. Man fokussiert den Patienten auf seine negativen Gefühle und verwendet die metaphorischen Beschreibungen

der Depression als etwas, was sich im Leben breitgemacht hat:

»Und erlauben Sie sich zu spüren, wie diese Gefühle allen Raum einnehmen, wie sie jede Bewegung erschweren, einen einschränken und einem alle Möglichkeiten nehmen. So als hätte man einen ungebetenen Hausgast, der da ist, ohne dass man ihn eingeladen hat, und der sich überall breitmacht, allen Platz beansprucht, einem überall im Wege steht und einen behindert und die Luft zum Atmen nimmt. Und dann erlauben Sie sich, sich vorzustellen, Sie könnten diesen ‚Hausgast' sehen, und seien Sie neugierig, wie er ausschaut, was ganz von selbst erscheint, und schauen Sie ihn sich dann, wenn Sie ihn sehen können, erst einmal nur an.«

Wenn dem Patienten ein Bild erscheint, sollte man ihn anleiten, es erst einmal nur zu beschreiben, ohne es zu interpretieren. Hat die Vorstellung genügend Plastizität und Lebendigkeit entwickelt (»Ich sehe einen dicken fetten Kerl, der mich breit und selbstgefällig angrinst«) ergeben sich verschiedene weitere Optionen:

1. **Verändern des Symptoms.** Man kann den Patienten anregen, zu schauen, was die Figur des »ungebetenen Hausgastes« verändern könnte. Was macht ihn größer, was macht ihn kleiner? Was macht ihn aggressiver, wann wird er friedlich?
2. **Kommunikation mit dem Symptom.** Der Patient kann dem »Hausgast« Fragen stellen, z. B.: *»Was willst Du, warum bist Du da? Wieso tust Du das, was Du tust? Was tust Du für mich? In welchen Situationen kommst Du? Wann kannst Du gehen? Was willst Du von mir?«*
3. **Perspektivenwechsel und Identifikation mit dem Symptomteil.** Die wertvollsten Informationen ergeben sich durch einen Perspektivenwechsel, bei dem der Patient sich selbst aus der Perspektive des ungebetenen Hausgastes betrachtet. Folgendes Vorgehen ist sinnvoll:
   a) **Vorbereitung des Perspektivenwechsels über Truismen:** Jeder Mensch ist in der Lage, sich in andere Menschen hineinzudenken, wie man sich in Personen hineindenkt, wenn man Bücher liest, und die Welt durch deren Augen wahrnimmt, aus deren Perspektive, wie in diese Person ein Stück hineinschlüpft und wahrnimmt, was man da fühlen kann. Was Kinder schon tun, wenn sie sich vorstellen jemand anders zu sein (suggeriert, dass dies jeder kann).
   b) **Positionswechsel und Identifikation mit dem »ungebetenen Hausgast«:** *»Und erlauben Sie sich, sich nun vorzustellen, Sie würden auf die Seite dieses Hausgastes gehen, und aus seiner Perspektive, aus seinem Blickwinkel, mit seiner Sichtweise, fast aus seinen Augen auf sich selbst schauen. Und dann sehen Sie diese Person, bei der Sie sich breitgemacht haben. Was nimmt man wahr, wenn man aus dessen Perspektive auf diesen Menschen schaut, dem man da so zusetzt? Was ist das für ein Mensch? Was ist mit ihm los? Und warum ist es so einfach, sich da breitzumachen?«*
   c) **Fragen nach Verschlimmerung und nach Auflösung der Symptome:** Wann hat man richtig Lust, diesen Menschen zu ärgern oder ihm noch mehr zuzusetzen? Wann würde man eher von ihm ablassen, und wie hätte er sich verändert, wenn man sich entschließen würde, ganz von ihm abzulassen?

Das beschriebene Vorgehen ist nicht nur bei Depressionen einsetzbar, sondern auch bei Ängsten, Panikattacken, Zwängen und selbst bei Psychosen unter der Voraussetzung, dass sich der Patient zuvor wieder stabilisiert hat. Es gibt wertvolle Informationen über die Entstehung und die aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptome und über eventuelle sekundäre Krankheitsgewinne. Es entstehen konkrete Hinweise für die notwendigen Schritte zur Veränderung.

Fallbeispiel

Ein Patient beschreibt seinen Hausgast als einen schwarzen großen Affen, der sich in seiner Wohnung herumrekelt und alles durcheinanderbringt und von Zeit zu Zeit die Wohnung regelrecht verwüstet. Aus den Augen des Affen sieht er auf sich selbst: »Da ist einer, der sich nie abgrenzt, der nie sagt, was er will und was er nicht will. Der lässt sich von den anderen alles Mögliche vorsetzen und wehrt sich nicht. Und solange der sich nicht wehrt und sein Leben in die Hand nimmt, mache ich mich bei ihm breit.«

Metaphern zur Beschreibung der Lebenssituation des depressiven Patienten

Metaphern sind ein Hilfsmittel, über das sich das unbewusste Wissen des Patienten äußern kann. Sie geben Hinweise zur Lebenssituation des Patienten. Dazu regt man den Patienten in Trance an, neugierig zu sein, welche Metaphern zu seiner Lebenssituation passen. Beispiel: *»Wenn zu ihrer Lebenssituation etwas passen würde wie eine Landschaft, welche wäre es?«*

Fallbeispiel

Abgeerntet

Eine Patientin sieht spontan ein Stoppelfeld, auf dem brennende Autos stehen. Auf einem Stoppelfeld gibt es nichts mehr zu ernten. Autos sind Fortbewegungsmittel. Wenn diese brennen, kann man sie weder nutzen noch sich entfernen. Das Feuer deutet auf eine Aggression, der sie sich ausgesetzt fühlt. Die Patientin arbeitet als Chefredakteurin in einem Verlag, wo sie vom Verlagsleiter gemobbt wird, der sie offensichtlich loswerden will. In diesem Arbeitsumfeld gibt es für sie keine Perspektive mehr. Sie kann sich aber auch nicht einfach entfernen, denn der Verlagschef provoziert ihre Kündigung, sie will aber nicht selbst kündigen, um die ihr vertraglich zustehende Abfindung nicht zu verlieren.

Fallbeispiel

Fata Morgana

Ein Jurist berichtet, es sei ihm gelungen, innerhalb seiner Behörde die zweithöchste Position zu erlangen. Zu seiner Überraschung könne er sich darüber nicht freuen, sondern fühle sich deprimiert und niedergeschlagen.

Als Bild für seine Lebenssituation erscheint ihm eine große Sandwüste. In dieser wühlt sich ein müder, ausgemergelter Wanderer eine Düne empor. Wo dieser denn hin wolle, frage ich ihn. Da weit in der Ferne sei ein Palmenstrand, gibt er zur Antwort. Aber immer, wenn der Wanderer eine Düne geschafft habe, rücke der Palmenstrand eine Düne weiter nach hinten.

Die Metapher beschreibt eindrucksvoll die Lebenssituation des Patienten. Jeder berufliche Aufstieg hat ihn seinem eigentlichen Ziel, symbolisiert durch den Palmenstrand, keinen Meter näher gebracht. Wie deprimierend!

Fallbeispiel

Lustlosigkeit

Ein Mann Mitte 40 beklagt eine zunehmende Lustlosigkeit, welche sich auch in der sexuellen Beziehung zu seiner Frau zeigt. Dies alles hätte sich entwickelt ohne konkreten Anlass, denn wie er betont, sei alles wie immer.

In Trance assoziiert er zu seiner Beziehung einen Rosenstrauch. Er berichtet: »Der Rosenstrauch hat wunderschöne lachsfarbene Rosen. Die sind wirklich schön.« Plötzlich wird er traurig und beginnt zu weinen: »Die sind alle aufgeblüht, und da gibt es keine Knospen.« Therapeut.: »Da weiß man, die blühen noch eine Weile und dann fallen sie ab, ist das so.« Patient: »Ja.« Therapeut: »Und ohne Knospen gibt es keine neuen Blüten. Und warum gibt es keine neuen Knospen?« Patient: »Es fehlen die Bienen. Da fehlen die Bienen.«

Wie nach der Trance zur Sprache kommt, wünscht sich der Mann Kinder. Seine Frau hatte ablehnend reagiert, als er das Thema einmal angesprochen hatte. Danach hat er es nicht mehr gewagt, seinen Kinderwunsch zu äußern.

40.2.2 Altersregression und Stellvertretertechnik: Das Kind, das sich so fühlt

Das hier vorgestellte Vorgehen gehört zu den wirksamsten und effektivsten Techniken in der Arbeit mit depressiven Patienten. Es führt den Patienten in die Zeit, als depressive Haltungen und Sichtweisen sowie inadäquate Problemlösungsmuster entstanden sind. Da manchmal traumatische Situationen erinnert werden, sollte der Therapeut Erfahrungen in der Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen haben.

Über diese Trancetechnik erkennt der depressive Patient, wie sehr er gegen sich selbst gelebt, und wo er überfordert und emotional vernachlässigt wurde. Die wesentlichen Schritte lassen sich wie folgt beschreiben (eine ausführliche Darstellung in dem anschließenden Fall):

1. **Vorbereitung auf das Konzept, sich ein Kind vorzustellen, das sich so fühlt, wie man sich selbst fühlt.** Als »seeding« wird eine Analogie zwischen dem Patienten und dessen Ratlosigkeit sich selbst gegenüber und einer Elternfigur

und deren Ratlosigkeit einem Kind gegenüber hergestellt.

2. **Aktivierung der Vorstellung, ein solches Kind zu sehen.** Im nächsten Schritt, führt man den Patienten zu der Vorstellung, ein Kind hätte die Gefühle, die er selbst hat, befände sich in einem solchen Zustand, in einer solchen Lage, wie er selbst.
3. **Nutzung der ideodynamisch entstehenden Vorstellung.** Wenn das Kind dann sichtbar geworden ist, können folgende Fragen gestellt werden: »*Wie sieht dieses Kind aus? Wie geht es ihm? In welchem Zustand ist es? Was fühlt es? Was ist mit ihm geschehen, sodass es ihm so geht, dass es das fühlt, was es fühlt? Was braucht es? Was täte ihm gut? Was würde ihm helfen. Wenn es einem etwas mitteilen könnte, was wäre das?*«

Bei vielen Patienten entstehen mittels dieser Technik Erinnerungen an Kindheitserfahrungen, die mit den Depressionen in Zusammenhang stehen (Phillips u. Frederick 2003). Es zeigen sich Situationen von Hilflosigkeit und Überforderung sowie Verlustereignisse und Drohungen seitens wichtiger Bezugspersonen, die Beziehung abzubrechen, falls das Kind den Wünschen der Erwachsenen nicht nachkommt. Hier finden sich direkte Bezüge zur Hypersozialität der depressiven Patienten.

Fallbeispiel

Innerlich hohl und leer

Ein ca. 40-jähriger Mann gibt an, sich leer und hohl zu fühlen. Das Leben sei freudlos. Er würde oft nur noch mechanisch funktionieren. Er wisse nicht, was los sei. Er habe das Gefühl, da nicht »rauszukommen«. Wenn plötzlich Freiräume entstünden, habe er keine Idee, wie er diese füllen solle. Eigentlich sei seine berufliche und familiäre Situation in Ordnung. Er habe selbst keine Ahnung, wieso er sich so miserabel fühle.

Das therapeutische Vorgehen beginnt mit der Fokussierung des Patienten auf die geschilderte Problematik. Der Patient wird gebeten, die Augen zu schließen und nachzufühlen, was er dann genau wahrnimmt, wenn er sich so freudlos und hohl und leer fühlt.

- Patient: »Es fühlt sich an, als ob die Seele nicht drin ist.«
- Therapeut: »Wie spürt man das im Körper?«
- Patient: »Als Druck im Magen, im Sonnengeflecht – da ist ein flaues Gefühl und gleichzeitig ist da ein Selbstvorwurf: ‚Du Idiot, was machst Du mit Dir? Was machst Du da mit Deinem Leben?' Es entsteht dann so eine Traurigkeit.«
- Therapeut: »Und erlauben Sie sich, dieser Traurigkeit Raum zu geben und dann den Satz zu sagen: ‚Du Idiot, was machst Du da? Was machst Du mit Deinem Leben?' – Und die Frage entsteht, was ist zu ändern? Man merkt, es ist etwas los, und weiß nicht was.«

Die Vorstellung eines Kindes als Stellvertreter für den Patienten wird vorbereitet.

- Therapeut: »Wie bei Kindern, bei denen man merkt, die haben etwas, irgendetwas ist nicht in Ordnung, aber man weiß nicht genau was. Man weiß nicht, was das Kind genau hat. Sodass man manchmal sehr genau schauen muss, warum sie schreien oder weinen, denn oft sind sie nicht in der Lage zu beschreiben, was ihnen zugestoßen ist, und was geschehen ist, warum sie sich fühlen, wie sie sich fühlen. Und oft wissen sie nicht genau, was sie brauchen, und man muss das Kind genau anschauen, damit man sieht, was nicht in Ordnung ist. Aber wenn man sich den Kindern zuwendet und sich dabei Zeit lässt, bemerkt man oft genau, wie es ihnen geht, und was sie eigentlich brauchen.«

Nun wird der Patient aufgefordert, sich ein Kind vorzustellen, dem es genau wie ihm selbst geht. Eine mögliche Einleitung ist: »Ich möchte Ihnen eine merkwürdige Frage stellen«, anderenfalls würden viele Patienten auf die Frage irritiert reagieren. Die Als-ob-Formulierungen, »erlauben Sie sich, sich vorzustellen, Sie könnten …« reduzieren die kognitiven Einwände gegen eine derartige Vorstellung.

- Therapeut: »Und erlauben Sie sich, etwas Merkwürdiges zu tun. Erlauben Sie sich, ein Kind zu sehen, dem es genauso geht, das genauso traurig ist, sich genauso fühlt; das traurig ist und das Gefühl hat, dass das Leben an ihm vorbeigeht. Und seien Sie neugierig, was für ein Kind da erscheint, und wenn Sie es sehen können, schauen Sie es sich erst einmal in Ruhe an. Wie es sich bewegt, in seiner Körperhaltung und in seiner Gestik und Mimik.«
- Patient: »Ich sehe einen 10-jährigen Jungen, der versucht, der Mutter ein guter Sohn zu sein. Der

Vater ist für die Mutter eine Enttäuschung, aber der Sohn nicht.«

- Therapeut: »Der versucht auszugleichen, was der Vater nicht bringt. Der Mutter das zu geben, was der Vater ihr nicht gibt?«
- Patient: »Er gibt sich Mühe und strengt sich an, und versucht gleichzeitig zu verbergen, dass er sich Mühe gibt und sich anstrengt, denn die Mutter soll das Gefühl haben, es kommt freiwillig. Und er versucht, ihr die Wünsche zu erfüllen, die sie an ihn hat. Es irgendwie hinzukriegen. Er strengt sich an und beobachtet immer genau, was sie will.«
- Therapeut: »Und da ist man mit der Aufmerksamkeit bei den anderen und ganz wenig bei sich selbst.«
- Patient: »Irgendwo macht das traurig und schmerzt.«
- Therapeut: »So verständlich, dass das wehtut, dass das schmerzt. Man strengt sich an und niemand sieht es – und keiner sieht, dass man traurig ist. (Patient weint.) Da hat man Grund, traurig zu sein. Da ist man einsam, kann sich keinem mitteilen – bleibt ganz allein – bloß keine Enttäuschung für die Mutter sein, wenn der Vater schon eine ist. Da kommt man nicht mehr zu den eigenen Bedürfnissen.«
- Patient: »Die gibt es gar nicht. Die kann ich nicht mehr spüren. Da ist kein Raum dafür – da ist kein Platz für eigene Bedürfnisse.«
- Therapeut: »Und das ist schlimm. Wie geht es einem auf die Dauer in dieser Familie mit dieser Mutter? Wie ist das Leben, das man da führt?«
- Patient: »Es ist grau und freudlos.«
- Therapeut: »Wie soll man da rauskommen?«
- Patient: »Man ist halt drin – und denkt gar nicht ans Rauskommen.«
- Therapeut: »So als gäbe es da keine Lösung, – ist das so?«
- Patient: »Da wird nicht über Lösungen nachgedacht.«

Würde man den Patienten in der Position des Kindes fragen, welche Möglichkeiten der Veränderung bestehen, so erntet man oft Ratlosigkeit, denn das Kind hat nicht die Fähigkeiten, den potenziell vorhandenen Handlungsspielraum zu erkennen. Entscheidend ist, auf die Erwachsenenebene zu wechseln und aus der Perspektive und mit dem Erfahrungshintergrund eines Erwachsenen auf die Situation des Kindes zu schauen (Phillips u. Frederick 2003).

- Therapeut: »Und erlauben Sie sich, mit Ihren erwachsenen Augen auf diesen 10-Jährigen zu schauen, der so einsam und so traurig ist. Der versucht, die Erwartungen seiner Mutter zu erfüllen. Und schauen Sie, was bräuchte der, was würde ihm helfen?«
- Patient: »Der bräuchte erst mal jemanden, der ihn da rausführt, weil er selbst gar nicht auf den Gedanken kommt, er könnte da rauskommen. Er bräuchte einen Erwachsenen, der zum Jungen sagt: ‚Schau mal, wir machen etwas für Dich, etwas was für Dich gut ist.' – Etwas was ihn raus führt aus der Enge mit der Mutter, jemand der ihn da begleitet.«
- Therapeut: »Und dann schauen Sie einfach mal, was diesem Jungen Spaß macht?«
- Patient: »Draußen was machen. Der ist gerne in der freien Natur. Der möchte auf Bäume steigen, Hütten bauen, Löcher graben, etwas zusammenzimmern, etwas gestalten. Der bewegt sich gerne.«
- Therapeut: »Klar, der bewegt sich gerne, und alle 10-Jährigen lieben es, Hütten zu bauen, Löcher zu graben und auf Bäume zu steigen.«

Die Aussage: »Alle Jungen machen das gerne …« verhindert Schuldgefühle, denn wenn das alle Jungen machen, ist es in Ordnung, auch an sich selbst zu denken. Im nächsten Schritt wird überprüft, ob die erzielte Veränderung den Jungen zu einem neuen Erleben, zu neuen Gefühlen und Erfahrungen, also heraus aus der Depression führt.

- Therapeut: »Und schauen Sie, wie der Junge sich verändert.«
- Patient: »Der fängt richtig an zu strahlen. Der sieht richtig gut aus – der strahlt.«
- Therapeut: »Prima! – Und wenn man dem dann noch was geben würde, was ihm hilft in Bezug auf die Mutter. Was kann er da gebrauchen?«
- Patient: »Ich sehe, wie ich ihm eine Glaskugel gebe. Hüte das gut – das ist Dein Schatz – um den musst Du Dich kümmern. Und schütze den vor anderen, wie ein kleines Geheimnis.«
- Therapeut: »Ein Geheimnis auch vor der Mutter.«
- Patient: »Ja – und das hilft ihm, sich selbst zu schützen.«
- Therapeut: »Da ist etwas Wertvolles in Dir, gib acht darauf, schütze es wie ein gutes, wertvolles Geschenk. Schauen Sie sich diesen 10-Jährigen an

und seien Sie neugierig, ob es noch irgendetwas gibt, was Sie dem mitteilen möchten.«

- Patient: »Schau Dir nicht zu viel die Mutter an, kümmere Dich auch um andere Dinge.«

Es zeigt sich, wie wichtig es ist, dass das Kind sich von der Mutter abgrenzen darf. Das Geheimnis steht für das Recht auf ein eigenes Leben.

Der Effekt der Arbeit verstärkt sich, wenn man den Patienten animiert, nun wieder die Kindposition einzunehmen und ihn animiert, sich mit diesen Gefühlen zu assoziieren. Damit wird eine Erfahrung nachgeholt, die der Patient als Kind nicht machen konnte, die gleichwohl für die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten wesentlich ist.

- Therapeut: »Wenn man als 10-Jähriger jemanden hat, der einen rausführt und einem sagt, das gehört nur Dir, das ist Dein wertvoller Schatz, wie geht es einem dann als 10-jährigem Jungen? Was erlebt man dann?«
- Patient: »Dann kommt ein Leuchten wieder zurück. Man strahlt, und es öffnet sich eine Tür zu einem neuen Leben.«
- Therapeut: »Was ist das für ein Gefühl, dieses Leuchten in sich zu spüren und zu strahlen und zu merken, da öffnet sich eine Tür zu einem neuen Leben?«
- Patient: »So ein Gefühl, als ob das Innere sich wieder füllen würde. Voller Lebendigkeit!« (Zu Beginn der Sitzung hatte der Patient geklagt, sich leer und hohl zu fühlen.)
- Therapeut: »Und wo spürt man das im Körper?«
- Patient: »Man kann durchatmen und richtet sich auf, man fühlt sich lebendig und kann sich bewegen. Das spürt man im Atem und in den Armen und Beinen und im Sonnengeflecht, eigentlich überall.«

Das therapeutische Ergebnis wird in einem nächsten Schritt mit der aktuellen Situation und mit zukünftigen Erfahrungen verknüpft. Man lässt den Patienten mit den neuen Erkenntnissen, Einstellungen und Gefühlen älter werden und verankert diese dann mithilfe von posthypnotischen Suggestionen mit aktuellen und zukünftigen Auslösern.

- Therapeut: »Und erlauben Sie sich mit diesen Erfahrungen und diesem Wissen langsam älter zu werden. Mit dem Wissen, dass man diesen inneren Schatz hat, den man schützen kann. Und dass Jungen nicht dazu da sind, das zu ersetzen, was die Väter nicht auf die Reihe bekommen, und Jungen nicht dazu da sind, die Erwartungen von Müttern zu erfüllen. Denn niemand wird geboren, um die Erwartungen anderer zu erfüllen. Und ein Junge sollte wissen, dass die Mutter das mit dem Vater klären kann und auch sollte. Denn Jungen sollten die Freiheit haben, auf Bäume zu klettern, Hütten zu bauen und Löcher zu graben. Und wahrzunehmen, wie es ist so älter zu werden. Den inneren Schatz zu schützen. Und diesen 10-Jährigen innerlich mitzunehmen, sodass man zu zweit diesen Schatz schützt, diese Kraft, dieses Strahlen, dieses Leuchten. Und irgendwann erwachsen zu sein, und es macht Spaß neugierig zu sein, auf welche Bäume man als Erwachsener klettern will, welche Hütten man als Erwachsener bauen kann und Löcher zu graben. Denn dieser Junge kann ein Begleiter sein für jeden Tag, einen erinnern, wenn man aufsteht, dass man einen Schatz besitzt, der jeden Tag leuchten und strahlen kann.«

Der Patient berichtet im Nachgespräch, dass er spontan ans Motorradfahren gedacht habe, was er aus Rücksicht auf seine Frau aufgegeben habe.

So wie der hier dargestellte Patient, sehen viele Patienten ihr jüngeres Selbst. Es entstehen relevante und bedeutungsvolle Erinnerungen, die einen direkten Bezug zu den Depressionen haben. Sieht der Patient ein ihm fremdes Kind, so bildet dieses Kind die Problematik des Patienten in verdichteter Weise ab. Häufig ist das Kind vernachlässigt, verdreckt, traurig und verzweifelt. Es wird auf symbolische Weise deutlich, was dem Patienten fehlt, und was er bräuchte, damit es ihm besser geht.

Fallbeispiel

Würdevoll begraben

Eine österreichische Patientin klagt über quälende Rückenschmerzen. Sie habe das Gefühl, sie habe einen Dolch im Rücken. Sie berichtet, dass ihr bei einer osteopathischen Behandlung die Tränen gekommen seien. Sie habe geweint, ohne zu wissen warum.

In Trance sieht sie ein halb totes Kind, das erdolcht worden ist. Sie hat das Gefühl, dieses Kind nicht mehr retten zu können und weint. Ich fordere sie auf, sich dem Kind langsam und behutsam zu nähern und zu schauen, ob sie irgendetwas für dieses Kind tun kann, und ob sie erkennen kann, was das Kind möchte. Sie berichtet, dass das Kind gleichzeitig sterben und leben möchte.

Aufgefordert das Kind zu sehen, das sterben möchte, und gleichzeitig das zu sehen, das leben möchte, sieht sie zwei Kinder. Auf die Frage, was die beiden Kinder möchten, antwortet sie, das eine möchte begraben und betrauert werden, und das andere sagt: »Kommt wir gehen auf die Berge!« Beides wird ihr in Trance ermöglicht.

Als Hintergrund ergibt sich die folgende Lebensgeschichte. Die Patientin hat einen behinderten Sohn und einen behinderten Mann und ist aufgewachsen mit einer Mutter, die – als die Patientin 3 Jahre alt war – multiple Sklerose bekam. Sie berichtet, dass sie durch die Behinderung ihrer Mutter schon als Kind sehr eingeschränkt gewesen sei. Dann habe sie eine kurze Phase in ihrem Leben gehabt, wo es ihr gelungen sei, sich von ihrer Mutter zu lösen. Sie sei, wie die anderen Jugendliche auch, in die Berge gegangen und habe mit 15 Jahren das Skifahren gelernt. Kurze Zeit später habe sie ihren späteren Mann kennengelernt. Sie habe sich aufgrund von dessen Gehbehinderung vieles versagt, was ihr eigentlich Spaß gemacht hätte. So sei sie auch nicht mehr in die Berge gegangen und sei nicht mehr Ski gefahren.

Übertragbarkeit des therapeutischen Ergebnisses auf andere Situationen

Wie schon erwähnt, entwickelt sich die depressive Symptomatik aus einer Lebensgeschichte und weniger aus Einzelsituationen, wie sie in der therapeutischen Sitzung auftauchen. Diese Situationen stehen jedoch stellvertretend für die Entwicklung, die der Patient genommen hat. Lösungen, die sich in der Therapie für diese Situationen ergeben, sind gleichfalls Lösungen, die der Patient auf andere Lebenssituationen überträgt. Im Laufe der Therapie kann man auf dieses Verfahren zurückkommen und schauen, wie sich das Kind entwickelt hat. Oft kann der Patient feststellen, dass sich der Zustand des Kindes verbessert hat, was gleichzeitig eine Ratifizierung des Therapiefortschritts ermöglicht.

40.2.3 Fehlentscheidungen, die einen zum Opfer gemacht haben

Das hypersoziale Verhaltensmuster und die damit verbundenen Tendenzen, die eigenen Interessen unzureichend und auf inadäquate Weise (durch Schmollen, beleidigt sein, den Märtyrer spielen) zu vertreten und faule Kompromisse zu schließen, führen zu einer Fülle von problematischen Entscheidungen, die der Patient gegen seine eigenen Bedürfnisse trifft. So entstehen die Voraussetzungen für die Entwicklung von Depressionen.

Der Betroffene ist jedoch nicht in der Lage dies zu erkennen. Vielmehr werden die Depressionen als Folge des Verhaltens der anderen oder des Zustandes der Welt oder als völlig unabhängig von den eigenen Lebenserfahrungen gesehen. Entsprechend reagiert der Betroffene mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit und sieht keine Ansatzpunkte, seine Situation zu verändern. McCullough (2006) betont, dass es entscheidend für einen therapeutischen Fortschritt ist, dass der depressive Patient den Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und seinen depressiven Gefühlen herstellen kann. Dabei reicht die kognitive Erkenntnis keinesfalls aus. Es ist wichtig, dass der Patient eine emotional nachvollziehbare Erfahrung macht. Das folgende Vorgehen lässt genau diese Erfahrung entstehen. Viele meiner Patienten hörten danach spontan auf, zu klagen und zu jammern und begannen, Verantwortung für die entstandene Situation zu übernehmen.

1. **Identifizieren von Entscheidungspunkten.** Dort, wo der Patient offensichtlich eine Entscheidung getroffen hat, mit der er sich in seinen inneren Bilanzen ins Minus gebracht hat: *»Wann wäre der richtige Zeitpunkt gewesen, sich abzugrenzen und zu sagen, nein, das will ich so nicht, und klare Bedingungen zu stellen? Wo war der Punkt, wo Sie gemerkt haben, dass Ihre Bedürfnisse und Interessen verletzt wurden, Sie aber nicht reagiert haben?«*
2. **Vorstellung, die Entscheidung zu korrigieren.** Hat man diesen Entscheidungspunkt gefunden, führt man den Patienten in Trance zu diesem Punkt zurück, und fordert ihn auf, sich vorzustellen, er würde die Entscheidung anders treffen: *»… und erlauben Sie sich jetzt, sich vorzustellen, Sie würden anders entscheiden, und Ihre Bedürfnisse und Interessen klar vertreten.«*
3. **Veränderung ratifizieren.** Daraufhin leitet man den Patienten an, nun zu schauen, wie sich sein Leben nach der veränderten Entscheidung entwickelt (langsam vorgehen). Insbesondere ist interessant, wie er sich fühlt, und ob die Depression in gleicher Weise oder eben

nicht entsteht. »... *und schauen Sie, wie Ihr Leben weitergeht. Wie geht es Ihnen nach dieser Entscheidung, wie geht es Ihnen dann heute? Welches Verhältnis haben Sie zu anderen Menschen?*«

Das beschriebene Vorgehen hilft dem Patienten zu erkennen, dass er Einflussmöglichkeiten auf seine Stimmungen hat, diese aber bisher ungenügend ausgeübt hat. Er bemerkt, dass seine Aggressionen und Depressionen mit Grenzüberschreitungen zu tun haben, die er zugelassen hat. Er erkennt seine faulen Kompromisse, die ihm geschadet haben, und dass er, wenn er rechtzeitig die eigenen Interessen vertritt, weder auf andere wütend sein noch enttäuscht reagieren muss.

Oft entsteht an diesem Punkt Trauer über die nicht genutzten Möglichkeiten und die verlorenen Lebensjahre, manchmal auch Wut auf sich selbst. Die Trauer braucht Raum, es macht für den Patienten Sinn, sich bei sich selbst zu entschuldigen und sich versprechen, sich in Zukunft besser zu vertreten, also nicht in den negativen Gefühlen zu versinken, sondern Verantwortung zu übernehmen und in Zukunft das Steuer in die Hand zu nehmen und sich nicht steuern zu lassen.

Fallbeispiel

Wut auf den Exmann

Eine junge Frau suchte mich wegen wiederkehrenden depressiven Episoden auf. Beim Eingangsgespräch zeigte sie sich mir gegenüber äußerst aggressiv, reagierte äußerst ungehalten auf eine Wartezeit von wenigen Minuten und wertete wohlgemeinte Nachfragen als Angriff auf die von ihr vertretene Position zu ihrer Problematik. Voller Wut zog sie in üblem Ton über ihren Exehemann her und betonte, dass sie ihrer 6-jährigen Tochter am liebsten den Umgang mit ihm verbieten würde, das Kind könne gar nicht erkennen, was es für einen abscheulichen Kerl als Vater habe. Sie nahm es ihrer Tochter offensichtlich übel, dass sie eine Beziehung zu ihrem Vater anstrebte, und es verletzte sie, wenn diese gut gelaunt von Besuchen bei ihm zurückkam.

Wie sich auf Nachfragen ergab, war ihr Mann ihr Märchenprinz gewesen, ein erfolgreicher Anwalt, gut aussehend, der sie materiell gut versorgte. In den ersten Jahren ihrer Beziehung hatte er sie umschwärmt und verwöhnt und ihr ein angenehmes Leben ermöglicht. Schließlich hatten sie eine Märchenhochzeit. Dann begann er sie zu drängen, schwanger zu werden. Sie berichtete, sie sei eigentlich noch nicht so weit gewesen, habe aber seinem Drängen nachgegeben. Als sie schwanger war und begann an Gewicht zuzunehmen, machte ihr Mann einige verletzende Äußerungen über ihr Aussehen. Zudem begann er sich nach anderen Frauen umzudrehen. Zu all dem sagte sie nichts, sondern schluckte ihren Unmut hinunter, um die Beziehung nicht zu gefährden. Als das Kind zur Welt kam, war die erste Reaktion ihres Mannes: »Och, ein Mädchen, ich hatte mich auf einen Jungen eingestellt!« Auch hier reagierte sie nicht, verbarg ihre Gekränktheit und versuchte weiter, ihre Rolle als Ehefrau und Mutter zu spielen, um die Familie nicht zu gefährden. Gleichzeitig begann sie sich innerlich von ihm abzuwenden und verweigerte sich sexuell, wobei sie das Kind als Grund vorschob. Er ertrug dies 2 Jahre und begann dann eine Nebenbeziehung, worauf die Ehe endgültig in die Krise geriet und nach heftigen Auseinandersetzungen zerbrach.

Der Ex-Ehemann hatte ihr eine geräumige Eigentumswohnung in guter Lage hinterlassen, was sie jedoch keinesfalls besänftigte, denn er selbst wohnte mit seiner neuen Freundin in einem luxuriösen Haus. Alle Versuche des Ex-Ehemannes, das Verhältnis zu seiner Ex-Frau zu verbessern, beantwortete sie mit schroffer Ablehnung, stattdessen überhäufte sie ihn mit Vorwürfen und versuchte sein Verhältnis zur Tochter zu torpedieren.

In der therapeutischen Arbeit zeigte sie sich bezüglich ihrer Aggressionen und der Tendenz, das Kind als Waffe gegen ihren Mann zu missbrauchen, vollkommen uneinsichtig. In Trance wurde sie zurück in die Zeit geführt, als ihr Mann sie zur Schwangerschaft drängte, und ich ermutigte sie, in der Vorstellung seinem Drängen zu widerstehen und zu schauen, wann für sie der richtige Zeitpunkt käme. Dann stellte sie sich vor, dass sie schwanger sei, und dass er begänne, in der geschilderten Weise mit ihr umzugehen. Ich forderte sie auf, ihn zur Rede zu stellen, und ihm zu vermitteln, dass dies nicht mit ihr zu machen sei. Sie fühlte sich aufrechter und selbstbewusster. Dann forderte ich sie auf zu schauen, wann der Zeitpunkt sei, zu dem sie selbst eine Entscheidung herbeiführen sollte: »Entweder ändert sich irgendetwas oder ich trenne mich!«. Sie bemerkte, dass sie unter der Bedingung, dass es ihr gelänge, ihre Würde zu wahren und sich rechtzeitig abzugrenzen, wesentlich weniger wütend auf ihren

Ex-Mann wäre und sie aufrecht und ohne Depressionen aus der Beziehung herauskommen würde.

Fallbeispiel

Quartalssaufen

Der folgende Fall bezieht sich auf eine Patientin, die mit einem Alkoholproblem zu mir kam, welches eine latente Depression überdeckte. In regelmäßigen Abständen erlebte sie regelrechte Alkoholexzesse mit schweren Abstürzen, wobei sie tagelang permanent betrunken war. Nach diesen Exzessen fing sie sich wieder, gepeinigt von Scham- und Schuldgefühlen und versuchte, ein hoch kontrolliertes Leben zu führen, in dem nichts als Arbeit und Pflichten existierten. Der Alkohol diente ihr als Medikament, um unerwünschte Gefühle, insbesondere aufkommende Depressionen hinunter zu saufen. Er bot gleichzeitig die Möglichkeit, Aggressionen zu kanalisieren und sowohl Eigenaggressionen auszuleben, indem sie sich selbst schadete, wie auch sich der Kontrolle der Umwelt zu entziehen und etwas sozial Unakzeptables zu tun.

Als Hintergrund ergab sich Folgendes: Die Patientin, in ihrem Beruf überaus erfolgreich, hatte in Spanien ein Haus gekauft, das sie ihren Eltern zur Nutzung überließ, in der Hoffnung damit die von ihr lang ersehnte Anerkennung zu erlangen. Sie selbst hatte sich dort eine kleine Einliegerwohnung eingerichtet. Ihre Eltern zeigten sich jedoch weder dankbar noch anerkennend, sondern nahmen alles als Selbstverständlichkeit. Sie verhielten sich, als gehöre das Haus ihnen. Die Patientin konnte die von ihr eingerichtete Wohnung oft nicht nutzen, da die Eltern diese ohne Absprache ihrer Schwester überlassen hatten.

Nach ein paar Jahren hatten die Eltern eine heftige Auseinandersetzung mit einem Nachbarn. Die Patientin führte daraufhin einen Prozess für ihre Eltern und beauftragte und bezahlte dafür ihren Rechtsanwalt. Als der Prozess gewonnen war, gaben die Eltern eine Feier, als hätten sie selbst den Prozess gewonnen. Das Engagement der Patientin wurde mit keinem Wort erwähnt. Reichlich Alkohol wurde ausgeschenkt, und obwohl den Eltern bekannt war, dass ihre Tochter ein Alkoholproblem hatte, wurde sie zum Bierholen geschickt und sollte die Gäste bedienen. Weder protestierte die Patientin gegen diese Behandlung noch verweigerte sie die an sie gerichteten Forderungen. Sie fügte sich, wenn auch widerwillig.

Noch auf dem Rückflug von Spanien nach Hamburg ging die Sauferei los. In einer Mischung aus Enttäuschung, Verletztheit, Wut und Depression schüttete sie sich mit allem zu, was an Board zur Verfügung stand. Zu Hause angekommen rief sie ihre Familie an, um sie im Suff übel zu beschimpfen und ihnen all das an den Kopf zu werfen, was sie sich im nüchternen Zustand nicht traute. Dies wurde nicht als ihre Meinung gewertet, sondern ihrem Zustand der Volltrunkenheit zugeschrieben und galt als Zeichen eines schweren Rückfalls. Nachdem sie sich nach einigen Tagen wieder gefangen hatte, versank die Patientin in Scham- und Schuldgefühlen. Die Vorfälle in Spanien wurden nicht mehr angesprochen. In der Familie war lediglich der schwere Alkoholexzess Thema.

Der Patientin waren die Zusammenhänge zwischen ihren Alkoholexzessen und ihren familiären Problemen sowie ihren depressiven Verstimmungen nicht bewusst. In Trance wurde ihr die Szene mit den Eltern noch einmal präsent gemacht:

- Therapeut: »Sagen Sie ihnen: ‚Was ihr hier feiert, ist das, was mein Rechtsanwalt in meinem Auftrag für euch erstritten hat, und ich würde erwarten, dass von euch wenigstens mal ein Danke kommt.'«
- Patientin: »Meine Mutter sagt: ‚Mein Gott, nun mach mal nicht so eine große Sache daraus!' – Da kann ich nichts drauf antworten.«
- Therapeut: »Da würde ich vorschlagen zu antworten: ‚Ich mache überhaupt keine große Sache daraus, ich möchte einfach ein Danke hören.'«
- Patientin: »Meine Mutter sagt ironisch: ‚Na, wenn es Dich zufrieden stellt, dann Danke, mein kleines Kathrinchen, vielen, vielen Dank. Und nun hol mal das Knabbergebäck aus der Küche!'«
- Therapeut: »Dann sagen Sie ihr: ‚So nicht, dann feiert mal alleine', und schauen Sie, wie sie reagiert.«
- Patientin: »Sie macht sich lustig und sagt: ‚Mein Gott, jetzt ist sie auch noch beleidigt.'«

Ich ermutige die Patientin daraufhin, die notwendigen Konsequenzen zu ziehen und abzureisen. In ihrer Vorstellung steigt sie ins Flugzeug und fliegt nach Hamburg zurück. Sie schildert, wie sie landet und in ihre Wohnung fährt.

- Therapeut: »Wie geht es Ihnen?«
- Patientin: »Irgendwo frage ich mich, ob das alles so richtig war, ob das in Ordnung war, das so zu machen. – Aber gut geht es mir, richtig gut.«
- Therapeut: »Und nun schauen Sie mal, wie es jetzt wäre, sich zu besaufen.«
- Patientin: »Das geht gar nicht. Das passt da nicht rein. Dazu stehe ich zu aufrecht. Da brauch ich mir

doch jetzt keinen drüber zu geben. Da habe ich gar keine Lust zu.«

Ein entscheidender Aspekt, um eine Veränderung vollziehen zu können, besteht in der konkreten Erfahrung, dass man sich anders fühlen kann, wenn man sein Leben anders gestaltet. Hiermit vollzieht sich eine entscheidende Veränderung im Weltbild des Patienten, denn es wird emotional nachvollziehbar, dass die depressiven Stimmungen nicht Reaktionen auf die Welt, sondern Reaktionen auf die eigenen, selbst geschaffenen Erfahrungen sowie die spezifische Lebensführung und die eigenen Entscheidungen sind.

40.2.4 Indirekte Kommunikation und die Arbeit mit Geschichten

Depressive Patienten sitzen oft auf einem Berg von Groll, Hader und Bitterkeit, wagen es aber nicht, ihren Gefühlen offenen Ausdruck zu verleihen. Der depressive Patient macht dies auf indirekte Art, in dem er die Bemühungen ihm zu helfen, ins Leere laufen lässt und die Hilfeleistungen entwertet (*»bringt nichts, hat nicht geholfen, macht alles schlimmer«*). Er leistet Widerstand auf sozial akzeptierte Art. Er überzeugt andere und sich selbst, dass er guten Willens ist, die Depression ihn jedoch davon zurückhält, das sozial erwünschte Verhalten zu zeigen. Der depressive Patient wehrt sich, indem er versichert, er wolle ja, aber es gehe nicht.

Das Umsorgung provozierende Verhalten (»care eliciting behavior«) ist oft die effektivste Möglichkeit des Patienten, Einfluss auf seine Umwelt auszuüben, denn wie könnte man ihn in einem solchen Zustand im Stich lassen. Die Entwertung der Hilfebemühungen ist oft nur die »Retourkutsche« für die jahrelange Entwertung der Bemühungen des Patienten um Anerkennung und Würdigung. Das trübe Spiel, zu dessen Teilnahme der depressive Patient sich mitgerissen fühlt, lässt sich folgendermaßen beschreiben: *»Du lässt mich leiden, indem Du das, was ich mache, nicht schätzt, und ich bestrafe Dich, indem ich leide und Dich hilflos mache, da alles was Du tust, um mir zu helfen nicht funktioniert!«* (Linares u. Campo 2003). Durch die beständige Entwertung der Hilfsbemühungen treibt der Patient auch seine Umgebung ins Minus, da deren Bemühen und deren Opfer keinerlei Wirkung erzielt. Auch dort entstehen Aggressionen, die sich jedoch schlecht auf den Patienten richten können, da es diesem so schlecht geht. Die über lange Zeit aufgestauten Aggressionen können sich dann entladen, wenn es dem Patienten plötzlich besser geht. Ich habe es mehr als einmal erlebt, dass die Familie des Patienten über diesen herfiel, als er es wagte, den Kopf aus seinem depressiven Loch zu strecken, und man ihm vermittelte, wie sehr man jahrelang unter ihm gelitten habe. Es wurde ihm sodann die Rechnung für die durchlittenen Jahre präsentiert. Das habe er nun wieder gut zu machen. Der Patient war daraufhin hoch motiviert, in den Schutz seiner Depression zurückzukehren.

Therapeuten sind ebenso gefährdet, in den Strudel von Aggression und Hilflosigkeit zu geraten, vor allem wenn sie sich mit Überengagement bemühen, den Patienten in Bewegung zu bringen. Experimentelle Studien konnten die verheerende Wirkung zeigen, die der selbst nur wenige Minuten dauernde Kontakt zu depressiven Patienten auf das Gemüt der Therapeuten haben kann (Gotlib u. Robinson 1982). Ist der Therapeut weniger depressiv organisiert, macht der Depressive ihn aggressiv, was er spürt, aber nicht zeigen darf. Aggressionen aufseiten des Therapeuten entstehen, wenn dieser zugelassen hat, dass seine eigenen Grenzen überschritten wurden, und er sich übermäßig engagiert hat.

Umgang mit den unterschwelligen Aggressionen und Widerständen des Patienten

»Don't work harder than the client« (»arbeite nicht härter als der Patient«) ist ein legendärer Ausspruch Milton Ericksons. Für die Arbeit mit depressiven Patienten ist dieser Satz von besonderer Bedeutung. Die meisten Therapeuten finden es mühsam und anstrengend mit dieser Patientengruppe zu arbeiten, was als Zeichen zu sehen ist, dass in der Arbeit etwas unrund läuft. Depressive Patienten haben die Fähigkeit, ihre Therapeuten dazu zu verleiten, Verantwortung für ihre Stimmung und die Fortschritte in der Therapie zu übernehmen. Passivität und Jammern verführten den Therapeuten dazu, selbst aktiv zu werden und die Sache in die Hand zu nehmen, Vorschläge zu entwickeln und Anweisungen und Ratschläge zu geben, die dann vom Patienten verworfen und entwertet werden. Der Patient reagiert mit zunehmender Unbeweglichkeit

und Widerständen, als wolle er dem Therapeuten beweisen, dass alles keinen Zweck hat und dieser genauso unfähig ist, seinen Zustand zu ändern wie er selbst. Je aktiver der Therapeut wird, desto passiver wird der Patient. Statt sich an die innere Welt seines Patienten anzukoppeln, hat er ihn schließlich verloren.

In der Weise, in der der Patient auf direkte therapeutische Angebote reagiert, reagiert er auf direkte Formen der Hypnose. Man kann dem Patienten die Depression weder weghypnotisieren noch ihm einsuggerieren, das Leben sei lebenswert. Andere Ergebnisse erzielt man über die von Erickson entwickelte indirekte Hypnose, deren Sprachmuster sich auch im normalen Gespräch mit dem Patienten wirkungsvoll einsetzen lassen. Die Arbeit wird für den Therapeuten entspannt, die indirekt formulierten und vermittelten Angebote sind für den Patienten leichter annehmbar. Der Therapeut wird gleichzeitig weniger zur Zielscheibe für die Aggressionen des Patienten. Beispiele für indirekte Angebote sind hier aufgeführt.

Eingestreute Suggestionen. Über eingestreute Suggestionen können therapeutische Botschaften so verpackt werden, dass sie der Patient unbewusst auf sich bezieht.

»Es würde Ihnen vielleicht wenig helfen, wenn jemand käme und sagen würde: Du hast eine Menge Talente, nutze sie! Du hast liebenswerte Seiten an Dir. Es gibt viele Möglichkeiten, die Du nutzen kannst. Und noch weniger würde es nützen, wenn Ihnen gesagt würde: Verändere endlich was! Schau auf das, was Dir schon gelungen ist! Es ist sicher schwer, jemandem zu glauben, der sagt: Sie schaffen es, da rauszukommen!«

Der Therapeut gerät nicht in die Position desjenigen, der für die Veränderung plädiert und den Patienten damit in den Widerstand treibt. Der Therapeut kann entspannt die Reaktionen des Patienten beobachten und schauen, worauf er positiv reagiert.

Die Ambivalenzen des Patienten berücksichtigen

Depressive Patienten sind grundsätzlich hoch ambivalent gegenüber Veränderungen. Die Ambivalenz äußert sich in dem Bewusstsein, dass es notwendig ist, die aktuelle Situation zu verändern und in der gleichzeitig vorhandenen Überzeugung, das bringt ja doch nichts. Für Therapeuten ist es wichtig sich klar zu machen, dass man bei einer ambivalenten Person augenblicklich die Alternative stärkt, wenn man für die eine Variante plädiert. (»Trenn Dich doch!« – »Nein, das geht nicht.« – »Dann bleib doch bei Deinem Partner!« – »Nein, das halte ich nicht aus.«) Diese Ambivalenzfalle zu umgehen gelingt, wenn man die therapeutischen Angebote indirekt macht.

Das »Nicht« einstreuen. *»Ich denke, ich kann verstehen, dass Sie sich in so einer Verfassung nicht vorstellen können, dass es Ihnen helfen würde, wenn Sie wieder aktiv auf Menschen zugehen. Und da kann man nicht glauben, dass es andere Menschen auch geschafft haben, solche Situationen zu überwinden.«*

Veränderungsmöglichkeiten implizieren. *»Wenn man sich so fühlt, sieht man die Möglichkeiten nicht, die da sind. Und da können Sie nicht erkennen, welche Wege Sie gehen können. Und man hat kein Gefühl für die Dinge, die man verändern könnte.«*

Das Unterstellen von Fähigkeiten, Ressourcen und Potenzialen. *»In so einer Situation können Sie nicht merken, was Sie an positiven Eigenschaften haben, und dass Sie Ressourcen haben, die Sie in sich selbst aktivieren können.«*

Diese therapeutischen Angebote kann der Patient nicht abzulehnen, denn sie wurden ihm ja nicht gemacht bzw. sofort wieder zurückgenommen.

Das Verschreiben von Nicht-Veränderung. Steckt der Patient in seinen Ambivalenzen fest und hat sich über lange Zeit nichts verändert, so kann man den Status quo verschreiben. Mit dieser Verschreibung kommuniziert man zudem auf indirekte Weise, dass Veränderungen möglich sind.

Die beschriebenen Sprachmuster können ebenso in Tranceinduktionen platziert werden. Die Erlaubnis, nichts verändern zu müssen, führt oft dazu, dass die Patienten sich entspannen und berichten, sie hätten sich seit langer Zeit wieder etwas wohler gefühlt.

40.2.5 Suiziddrohungen und die Kunst sich an den Patienten anzukoppeln

Suiziddrohungen können Therapeuten unter Druck setzen, da sie sich in der Verantwortung für den Patienten sehen. Dadurch können Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden und problematische Beziehungsmuster entstehen, in denen die Therapeuten übermäßig aktiv werden. Man kann den Selbstmorddrohungen ihre Schärfe nehmen, indem man den Suizid nicht als Endpunkt einer unglücklichen Entwicklung sieht, sondern als zielgerichtete Handlung interpretiert, die vollzogen wird, um etwas Bestimmtes zu erreichen. Man kann den Patienten fragen: »Was möchten Sie mit dem Suizid erreichen? Was soll sein, und was genau soll aufhören?« Oft kommen Aussagen wie, endlich Ruhe haben, nicht mehr kämpfen müssen, diesen Schmerz, diese Angst, diese Einsamkeit, diese Trauer etc. nicht mehr ertragen müssen. Da die Ziele in der Regel vollkommen in Ordnung sind, kann man den Patienten fragen, ob es in Ordnung ist, an diesen Zielen zu arbeiten, und wie lange der Patient sich selbst Zeit gibt, den Zielen mithilfe des Therapeuten näher zu kommen.

Die Nutzung von Geschichten

Eine Möglichkeit, auf kunstvolle Weise therapeutische Botschaften so zu verpacken, dass sie das Bewusstsein des Patienten umgehen und keine Widerstände erzeugen, sind therapeutische Geschichten. Im folgenden Beispiel gibt es nicht einmal einen offiziellen Therapieauftrag. Eine in dieser Weise verwendete Geschichte ist ein offenes Angebot, das der Angesprochene annehmen oder ablehnen kann.

Fallbeispiel

Suizidgefährdete alte Dame

In dem Haus, in dem sich meine Praxis befindet, wohnte unter mir eine alte Dame mit dem Namen Lia, zu der ich losen Kontakt hatte. Man traf sich im Hausflur, grüßte sich und wechselte von Zeit zu Zeit ein paar Worte. Irgendwann erfuhr ich, dass sie erkrankt war, wusste aber weder, was sie hatte, noch wie es um sie bestellt war. Eines Tages klingelte es an meiner Praxistür Sturm. Zwei Hausbewohner standen aufgelöst vor der Türe und riefen: »Die Lia stirbt!« Nach Beendigung der therapeutischen Sitzung begab ich mich zu der alten Dame, die ich jammernd im Bett vorfand: »Ich will nicht mehr, ich will sterben, lasst mich sterben!« In der Kürze der Zeit schien es wenig angebracht irgendetwas zu tun, so nutzte ich einen Moment, wo das Jammern aussetzte, um die alte Dame zu fragen, ob es in Ordnung sei, wenn ich nach Beendigung meines Arbeitstages nach ihr schauen würde. Sie stimmte zu, ich besorgte mir einen Schlüssel, denn wie ich erfahren hatte, hatte sie mehrere Wochen kaum das Bett verlassen.

Als es Abend war, suchte ich sie verabredungsgemäß auf. Da niemand auf das Klingeln reagierte, gebrauchte ich den Schlüssel. Sie lag im Bett und war offenbar eingeschlafen. Als sie mich bemerkte, begann sie erneut zu jammern, sie wolle nicht mehr, man solle sie doch sterben lassen, alles hätte keinen Sinn mehr. Ich antwortete: »Weißt Du Lia, ich weiß ja nicht, wie es Dir geht. Aber ich bin der Meinung, wenn jemand wirklich nicht mehr leben und lieber sterben will, dann hat er auch das Recht dazu. Meinen Segen hast Du, für mich ist das in Ordnung.« Das Jammern hörte auf, sie wendete sich mir zu und begann normal zu reden. »Weißt Du«, sagte sie, »ich habe schon alles geregelt. Da hinten habe ich Broschüren zum humanen Sterben. Und für die Imme (den Dackel) habe ich auch ganz liebe Leute gefunden, die sich um sie kümmern werden.« Ich lobte sie für ihre Voraussicht und wartete auf die Chance, etwas zu platzieren, was sie auf andere Gedanken bringen könnte. Schließlich schaute sie mich an und sprach: »Weißt Du, wir kennen uns nun schon so lange, aber eigentlich weiß ich gar nicht, was Du da oben machst.« – »Ja Du weißt doch, ich bin Psychologe und Psychotherapeut,« antwortete ich, »und zu mir kommen Menschen mit ganz unterschiedlichen Themen.«

Die nun folgende Geschichte basierte auf einer Erfahrung mit einem Mann, der sich am Telefon mit den Worten: »Ich melde mich an für mein letztes Seminar« für einen Workshop zum Thema Psychosomatik anmeldete. Am Telefon war es nicht möglich nachzufragen, was diese merkwürdige Anmeldung bedeute, und so war ich gespannt, was für ein Teilnehmer kommen würde. Es kam ein 83-jähriger ehemaliger Neurologe. Im Seminar blickte er die ganze Zeit missmutig in die Runde. Ich demonstrierte bestimmte Techniken und alles, was klappte, schien ihn zunehmend missmutiger und übellauniger werden zu lassen. Schließlich meldete er sich für eine Demonstration. Er berichtete, er

habe das Problem, dass sein Gesichtsfeld auf einer Seite abfallen würde. Ich wusste weder, ob dies veränderbar wäre, noch ob ich ihm helfen könnte. Wir beschlossen, es auszuprobieren. Ich bereitete mich darauf vor, dass es schwierig werden könne. Wie erwartet reagierte er auf die therapeutischen Angebote ablehnend, nichts schien zu passen, nichts voranzugehen. Ich überlegte, was das eigentliche Thema sei. Er wirkte suizidal. Daraufhin erzählte ich ihm eine Geschichte von einem großen schlossähnlichen Haus mit vielen Zimmern, die jemand durchschreite. In einem Zimmer findet er Babysachen und in einem anderen Spielsachen für kleine Kinder. Im nächsten findet er Spielsachen für etwas ältere Kinder und im nächsten ein kleines Pult. Und so durchschreitet er Zimmer für Zimmer und findet Küchen und mehrere Schlafräume, Arbeitszimmer und Bibliothek, einen Fernsehraum und vieles mehr. Einige Zimmer durchquert er mehrmals. So geht er hin und her, und immer wieder trifft er auf eine neue Tür. Doch dann kommt er plötzlich zu einer Tür, wo ihm schlagartig klar wird, diese Türe durchquert man nur in eine Richtung, und dahinter ist ein leerer Raum, den man durchschreitet, und dann kommt wieder eine Tür. Was hinter dieser Türe ist, weiß man nicht, man weiß nur, dahinter ist es hell.

Das Durchschreiten vieler Räume symbolisiert das Leben, in dem man durch verschiedene Zeiträume geht. Die Räume stehen für die Lebensphasen. Die Türe, die man nur in eine Richtung geht, der leere Raum und die Türe zu einem hellen unbekannten Raum sind Symbole für das Sterben und Abschiednehmen.

Spontan sah der 83-jährige Kollege diese Tür und rannte »mit Vollgas« hinein. Doch zu seiner Überraschung kam er auf der gleichen Seite wieder heraus, denn es war eine Drehtür und er hatte zu viel Schwung. Die Botschaft seines Unbewussten, die das Bewusstsein offenbar vollkommen unvorbereitet traf, war: Es ist noch nicht so weit, es bringt nichts, sich beim Sterben zu beeilen! Nach dieser Sequenz war es leicht mit ihm zu arbeiten. Als er aus der Trance erwachte, berichtete er, sein Gesichtsfeld wäre wieder gerade.

Lia erzählte ich die Geschichte in veränderter Form: »Einem Patienten von mir ging es in der letzten Zeit sehr schlecht, und er sah wenig Möglichkeiten, an seiner Situation etwas zu ändern. Ja er hat sich nur noch Gedanken darüber gemacht, wie er alles hinschmeißen und einfach abhauen könnte. Er war der Meinung, dass alles ohnehin keinen Sinn mehr hätte.« Diese Einleitung beschreibt analog die Situation der alten Dame und bietet Identifikationsmöglichkeiten mit dem Protagonisten. »Ich wusste auch nicht so recht, was ich ihm hätte raten können und habe ihm gesagt, dass sein Unbewusstes ihm einen Traum schicken könne, der ihm helfen könne herauszufinden, was für ihn das Richtige sei. Tatsächlich kam er einige Tage später und erzählte mir den folgenden Traum.«

Wenn man sich selbst als unwissend darstellt, vermeidet man, dass die Geschichte belehrend wirkt, was den Widerstand gegen das therapeutische Angebot reduziert. Den Lösungsweg findet letztendlich das Unbewusste des Patienten.

Ich schloss mit der Bemerkung, dass es seltsam sei, was mache Menschen träumen. Dann lenkte ich sie unvermittelt wieder auf ein Thema, das wir schon besprochen hatten, um ihr die Möglichkeit zu geben, eine Amnesie für die Geschichte zu entwickeln, erkundigte mich nach den Personen, die den Hund nehmen würden und nach den Broschüren über humanes Sterben. Wir sprachen noch einmal davon, dass der Mensch das Recht habe, selbst zu entscheiden, wann er aus dem Leben gehen will, und es eine würdige Entscheidung zur rechten Zeit sein sollte. Ich versicherte ihr, dass sie schon wisse, wann ihre Zeit käme, und sie dann eine weise Entscheidung treffen würde, und verabschiedete mich mit dem Versprechen, wieder nach ihr zu schauen.

Da der Abend weit fortgeschritten war, ging ich noch einmal hoch in meine Praxis, um meine Mails zu bearbeiten. Als ich eine Stunde später das Haus verließ, es war mittlerweile 23 Uhr, traf ich die alte Dame mit ihrem Hund im Hausflur. »Lia, was machst Du denn hier?« fragte ich sie. »Ach«, antwortete sie, »ich hatte plötzlich die Idee, mit meiner Imme noch einmal vor die Tür zu gehen. Sie läuft nicht weg, sie geht nur ein Stück und macht ihr Geschäft. Und dann kommt sie zurück.«

Wie sich herausstellte, war die Zeit zum Abschiednehmen noch nicht gekommen. Die alte Dame begann wieder Spaziergänge zu machen, setzte einen Teil ihrer Schmerzmittel ab und veranstaltete ein Fest für die Hausgemeinschaft.

40.3 Empirische Belege

Empirische Studien zur Effektivität hypnotherapeutischer Verfahren in der Behandlung von Depressionen gibt es erst wenige. Alladin u. Alibhai (2007) verglichen 98 chronische depressive Patienten mit der Diagnose »Cronical Major Depression«, die entweder mit kognitiver Verhaltenstherapie oder mit Hypnotherapie behandelt wurden. Die Ergebnisse wurden mit dem Depressionsinventar nach Beck (BDI-II) und der Hoffnungslosigkeitsskala nach Beck (BHS) erhoben.

Beide Verfahren erwiesen sich als wirkungsvoll und erzielten eine Reduzierung der depressiven Symptomatik sowohl während der Behandlung als auch in Follow-up-Studien. Der Effekt der Hypnotherapie war sowohl während der Behandlung als auch nach der Behandlung größer. Kombinationen von Hypnotherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie zeigten einen additiven Effekt. Die Resultate bestätigten die Untersuchungen von Bryant et al. (2005), Kirsch et al. (1995b) und Schoenberger (1996), dass kognitive Verhaltenstherapie mit Hypnotherapie kombiniert bessere Resultate erzielt als kognitive Verhaltenstherapie ohne Hypnotherapie.

Es wurden relativ einfache hypnotherapeutische Techniken verwendet. Es ist anzunehmen, dass die hier beschriebenen Verfahren die Effektivität der Hypnotherapie noch deutlich erhöhen könnten.

41

Frühe und Borderline-Störungen

J. Philip Zindel

41.1 Theoretische Grundlagen – 517
41.1.1 Einige Bemerkungen zur Hypnose – 517
41.1.2 Störungsbild »frühe Störungen« – 518

41.2 Die Methode der aktiven Introjektion des Therapeuten in Hypnose – 519
41.2.1 Praktisches Vorgehen – 519
41.2.2 Indikation und Kontraindikation – 523

41.3 Hausaufgaben – 524

Trotz der oft erheblichen Schwierigkeit, mit frühgestörten Patienten einen stabilen Rapport herzustellen, kann Hypnose unter bestimmten Voraussetzungen ein ausgezeichnetes therapeutisches Werkzeug darstellen. Je nach therapeutischer Grundausbildung des Therapeuten sind verschiedenste Ansätze möglich. Im Folgenden soll eine hypnoanalytisch wie auch eine nach Erickson orientierte Arbeitsweise vorgestellt werden: die »Methode der aktiven Introjektion des Therapeuten«. Diesem Ansatze liegt eine offene, utilisierende und – soweit bei solchen Patienten möglich – ressourcenorientierte hypnotische Vorgehensweise zugrunde sowie ein analytisches Konzept, das sich hauptsächlich an Benedettis (1983, 1987) Psychotherapie mit schizophrenen Patienten und an Kernbergs (1993) psychodynamischer (oder »expressiver«) Psychotherapie orientiert.

41.1 Theoretische Grundlagen

Wichtige Vorbemerkung: Für die hypnotherapeutische Arbeit mit frühgestörten Patienten gilt in jedem Fall, dass ein Therapeut ohne solide Erfahrung in der Behandlung solcher Patienten niemals Hypnose einsetzen soll (► Kap. 10). Aus diesem Grund werden hier die einschlägigen theoretischen Vorkenntnisse als weitgehend bekannt vorausgesetzt.

41.1.1 Einige Bemerkungen zur Hypnose

Hypnose als therapeutische, symbiotische Nähe

Unabhängig davon, welcher Theorie über die Hypnose man sich anschließen mag, ist ein Aspekt der Hypnose therapeutisch von zentraler Bedeutung: Durch die Induktion – und schon in deren Vorfeld – entsteht eine ganz besondere und intensive, symbioseähnliche Form zwischenmenschlicher Nähe (► Kap. 23). Diese Nähe ist gekennzeichnet durch verschiedene Punkte:

- Sie erinnert in ihrem Wesen am ehesten an die frühe Mutter-Kind-Beziehung.
- Sie ist echt und real und nicht das verzerrte Produkt einer Projektion.
- Sie ist dem Wesen der Therapie nach asymmetrisch, aber gleichzeitig auch symmetrisch, indem auch der Therapeut diese Nähe für sich selber zulassen muss und dadurch auch immer in irgendeine Form von »Gegentrance« gleitet (Vas 1993).

Hypnose als Zustand erhöhter psychischer Plastizität

Loslassen heißt beweglicher werden. Durch das Aufgeben des zielgerichteten, kontrollorientierten Denkens in Hypnose wird nicht – wie befürchtet werden könnte – Tür und Tor geöffnet für das bedrohliche Chaos, sondern für eine therapeutische Symbiose, vorausgesetzt die Hypnose bietet wirklich den symbiotischen Schutz. Das geschützte Loslassen ist unabdingbare Voraussetzung, um neue Erlebens- und Verhaltensweisen zu entwickeln. Weil diese nach der Hypnose nicht verloren gehen, sollte treffenderweise von hypnotischer Plastizität und nicht von Flexibilität gesprochen werden (Zindel 1988).

Der hypnotische Traum als Ort der Symbolisierung und der Introjektion

Neben dem REM-Schlaf stellt auch der hypnotische Zustand eine privilegierte psychophysiologische Bedingung für das Entstehen von Träumen dar (DeBenedittis 1996). Eine wesentliche Funktion des Traums liegt darin, dass er Erlebnisse in Symbolen formuliert, welche ihrerseits eine synthetisierende Mittlerfunktion zwischen Innen- und Außenwelt, zwischen Wahrnehmung und Kognition und zwischen Bekanntem und Neuem einnehmen. Die Symbolisierung stellt eine Grundfunktion im Aufbau und in der Organisation des Ich dar, indem sie ihm ermöglicht, Kontrolle über das Erleben zu erlangen, eine Fähigkeit, die bei frühgestörten Patienten mangelhaft ausgebildet ist.

Die hypnotische Symbiose ist geradezu ideal für die therapeutische Symbolisierung: Sie schafft erstens einen direkten Zugang zu den präverbalen Affekten und sie bettet sie zweitens gleichzeitig in eine schützende Beziehung ein und gestattet so, dass neue Symbole, neue Brücken zwischen dem Unbewussten und dem Bewussten entstehen. Die hypnotische Beziehung bildet also eine Art positivierendes Magnetfeld, das gleichzeitig mit dem Entstehen der Symbole introjiziert wird.

41

In der Hypnose entsteht eine ganz besonders intensive, therapeutische Nähebeziehung, die den Aufbau von tiefen Ressourcen ermöglicht.

41.1.2 Störungsbild »frühe Störungen«

Verschiedene Diagnosen

Der psychopathologische Begriff »frühe Störung« umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern mit unterschiedlichen symptomatologischen Gesichtern, deren Gemeinsamkeit in schwerwiegenden Störungen der frühen affektiven Entwicklung, und demzufolge in erheblichen Schwierigkeiten im Umgang mit zwischenmenschlicher Nähe und Realität liegt. Je nach Symptombild und Klassifikationssystem tragen sie ganz unterschiedliche Namen:

- »Borderline-Patient« ist der Hauptvertreter (ICD-10: F60.31; DSM-IV 301.83), desweiteren gehören in diese Kategorie:
- »Persönlichkeitsstörungen« (schizotypisch, histrionisch, antisozial, narzisstisch etc.),
- »Charakterneurosen«,
- »Narzisstische Neurosen«
- »Dissoziative Störungen« wie z. B. »multiple Persönlichkeitsstörung« (van der Hart u. Peter 1995; ▶ Kap. 39),
- Frühe Störungen verstecken sich auch häufig unter dem Gewande anderer Diagnosen wie Anorexie, Bulimie, schwere Formen von Zwangsstörungen, alle möglichen Formen von Substanzabhängigkeiten etc.

Wesentliche Symptome und Psychodynamik

Charakteristisch für die Symptomatik frühgestörter Patienten ist eine auffällige Kombination von weitgehend intakter Fähigkeit zur Realitätsprüfung und zugleich dramatischen Mängeln der Ich-Strukturen im Umgang mit der Realität. Wichtigste Symptome sind: eine ausgeprägte Instabilität der Affekte und der Beziehungen, eine chronische Insuffizienz der Identität (Identitätsdiffusion oder multiple Identität), eine auf Spaltungsmechanismen zurückgreifende Abwehr, ein chronisches Gefühl von Leere und Sinnlosigkeit, eine manchmal überwältigende Impulsivität, die sich in destruktiver Weise ebenso nach außen wie nach innen richten kann, sowie eine ausgesprochene Unfähigkeit, Gefühle zu nuancieren (»Alles-oder-Nichts-Prinzip«). Es können psychotische Phasen mit Depersonalisation oder Wahnsymptomen auftreten. Solche Patienten flüchten auch vor allen Formen verbindlicher, zwischenmenschlicher Nähe, weil darin die Gefahr einer Regression in eine als schrecklich erlebte symbiotische Phase liegt. Eine solche Regression könnte höchst widersprüchliche, primitive und deshalb bedrohliche Regungen aktivieren, denen solche Patienten keine stabile Identität entgegenzustellen haben. Dieser Aspekt der Pathologie ist bei der Indikationsstellung für Hypnose von zentraler Bedeutung.

Neben diesen schweren Mangelerscheinungen der Identität darf aber das lebensgeschichtlich völlig legitime Bedürfnis nach stärkender und spiegelnder Symbiose nicht vergessen werden. Dieses Verlangen manifestiert sich wegen der mit ihm verbundenen Spaltung der Gefühle als weitgehend unbeherrschbarer und unstrukturierter Trieb. Hypnose einzusetzen heißt in dieser Situation, aufbauende Wärme auf direktestem Weg, geradezu frontal anzubieten. Der Therapeut muss sich dabei natürlich sorgfältig hüten, in irgendeiner Form die Ambivalenz des Patienten bezüglich Nähe mitzuagieren.

Abgrenzung

Frühe Störungen unterscheiden sich von Neurosen weniger in der Darstellungsweise der Symptomatik als im Schweregrad der Störung, in der Instabilität der Persönlichkeitsstruktur. Deshalb sind hier psychotherapeutische Techniken, die eine gewisse Ich-Stärke voraussetzen, kontraindiziert. Zu diesen zählen die allzu abstinenten analytischen Vorgehensweisen wie auch manche üblichen ressourcenorientierten Erickson'schen Techniken, insbesondere die Konfusionstechniken (Erickson 1964/1995).

Frühgestörte Patienten unterscheiden sich von psychotischen vornehmlich in zwei Merkmalen: in der korrekten Realitätsprüfung und in der Inkonstanz der Abwehrmechanismen. Psychotische Patienten haben die Möglichkeit zur Realitätsprüfung weitgehend verloren und sind in ihrem Wahnsystem im Wesentlichen stabil. Dies bedeutet, dass Hypnose unterschiedlich gehandhabt werden muss (Zindel 1992). Bei psychotischen Patienten wird

Hypnose zwar auch eingesetzt, um symbiotische Nähe zu fördern, doch konzentriert sich dort die Arbeit viel direkter auf eine tiefe gegenseitige Partizipation des Unbewussten des Patienten mit dem des Therapeuten mit dem Ziel der Bildung eines »Übergangssubjekts«. Darunter versteht Benedetti (1983) ein komplexes Gebilde aus Anteilen der beiden Unbewussten, das sich in Form von gegenseitigen Phantasien und Träumen darstellt und eine Art von Kristallisationskern für entstehende Ich-Strukturen des Patienten bildet. Auf die Behandlung frühgestörter Patienten lässt sich dieses Modell teilweise übertragen, mit dem wesentlichen Unterschied, dass der noch vorhandenen Möglichkeit des Patienten zur Realitätsprüfung Rechnung getragen werden muss.

Frühe Störungen zeichnen sich in erster Linie durch Strukturdefizite der Persönlichkeit und durch Instabilität der Affekte und der Beziehungen aus. Nähe beruhigt zunächst nicht, sondern neigt dazu, Angst vor Kontroll- bzw. Ich-Verlust auszulösen.

41.2 Die Methode der aktiven Introjektion des Therapeuten in Hypnose

Wichtige Vorbemerkung: Es bewährt sich in der Arbeit mit frühgestörten Patienten, möglichst alle therapeutischen Schritte sehr explizit im Voraus zu besprechen und zu erklären (so auch das Wesen der hypnotischen Nähe und weshalb diese eingesetzt wird). Dies gewährt Sicherheit, die für das Sich-Einlassen auf die hypnotische Beziehung sehr förderlich ist.

41.2.1 Praktisches Vorgehen

Praktisches Vorgehen

1.	Schritt:	Induktion
2.	Schritt:	der hypnotische Traum
3.	Schritt:	Einbringen des symbolisierten Therapeuten
4.	Schritt:	Identifikation des Therapeuten mit dem Symbol
5.	Schritt:	Aktionsweisen des introjizierten Therapeuten
6.	Schritt:	Abschluss der Sitzung

Zu Schritt 1: Induktion. Es braucht keine größtmögliche »Tiefe« der Hypnose angestrebt zu werden, vielmehr soll die schützende Nähe des Therapeuten für die nun folgende innere Arbeit intensiv spürbar gemacht werden. Diese Rückendeckung soll den Patienten möglichst wappnen, um die Konfrontation mit seinen inneren Bildern bzw. mit seinen chaotischen Anteilen wagen zu können. Die Wortwahl der Induktion ist demzufolge zwar sehr frei, muss den Patienten aber im inneren Loslassen sehr nahe begleiten. Es ist von Vorteil, wenn der Therapeut diese angestrebte, schützende Präsenz explizit ausspricht, mit Sätzen wie etwa:

»Sie hören meine Stimme, die Ihnen vertraut ist, eine Stimme, die Sie begleitet, zu Ihnen steht und Sie völlig frei lässt …«, oder *»Und wenn ich vielleicht zwischendurch schweige und warte, so bin ich doch die ganze Zeit da, bei Ihnen …«*, oder auch *»Lassen Sie in sich das Gefühl von Vertrauen aufkommen, soweit es Ihnen möglich ist, nicht mehr, aber auch nicht weniger …«*

Auf diese Weise werden die inneren, integrationsfähigen Anteile angesprochen, mobilisiert und in eine reale Beziehung zum Therapeuten gebracht. Diese reale, hypnotische Nähe wird zu einer Art positivierendem Magnetfeld, entlang dessen Feldlinien die folgende Arbeit stattfinden wird. Die Hypnose bietet eine therapeutische Sicherheit, die der Patient allmählich introjizieren kann.

Die Induktion dient hier allein dem Entfalten der größtmöglichen gegenseitigen Nähe.

Zu Schritt 2: der hypnotische Traum. Sobald die Trance passend erscheint, wird der Patient eingeladen, sich in ein freies, ungesteuertes Träumen sinken zu lassen. Es spielt dabei keinerlei Rolle, ob die aufkommenden Bilder Erinnerungen sind oder chiffrierte Bilder, ob sie sich eindrucksvoll oder unscheinbar zeigen; wesentlich sind nur die Spontaneität und die emotionale Beteiligung am inneren Erleben. Der Therapeut lässt sich diesen Traum nun im Ablauf schildern. Nur bei Bedarf kann er vorsichtig dieses oder jenes Detail nachfragen.

Unter dem Schutz der entstandenen Nähe kann ein relativ ungesteuertes Träumen riskiert werden.

Zu Schritt 3: Einbringen des symbolisierten Therapeuten. Der nächste Schritt muss mit großem Takt und doch mit Entschiedenheit vonseiten des Therapeuten vollzogen werden. In der Regel dann, wenn der Patient erste Zeichen einer starken Emotion erkennen lässt, stellt ihm der Therapeut folgende Frage: *»Wo bin ich und wer bin ich in Ihrem Traum?«* und fordert ihn so indirekt auf, ein symbolisches Bild des Therapeuten zu entwerfen und in seinen Traum einzubauen. Beim ersten Mal wird der Patient meist überrascht sein und die Präsenz des Therapeuten in seinem Bild zunächst verneinen. Doch soll der Therapeut, ohne aufdringlich zu wirken, insistieren:

»Sie leben jetzt in Ihrem Traum und hören meine Stimme, also bin ich irgendwo, in irgendeiner Form auch darin. Suchen Sie mich und lassen Sie sich überraschen, in welchem Gewand Sie mich finden werden.«

Erst wenn ein solches Therapeutenbild zustande gekommen ist – wenn auch nur als ein ferner Punkt am Ende des Kosmos – wird die Suche abgeschlossen. In der Regel ist es günstiger, wenn der Therapeut nicht als fotografisches Abbild, sondern in symbolisierter Weise erscheint, denn dann ist auch die rationale Kontrolle über dieses Bild geringer. Der Therapeut führt von nun an eine Art doppelter Existenz im inneren Erleben des Patienten; er ist gleichzeitig im Raum der äußeren Realität wie auch in dem der hypnotischen Traumwelt. Im normalen Wachzustand würde ein solches Manöver als unsinnig empfunden werden, doch dank der Trancelogik (Orne 1959) wird das in Hypnose als völlig normal aufgenommen und beantwortet. Dieses Bild des Therapeuten ist auch in anderer Hinsicht doppelt, janusköpfig: Einerseits stellt es den realen Therapeuten bzw. die Wahrnehmung des Patienten von ihm dar, und andererseits spiegelt es auch den »inneren Therapeuten« des Patienten wider, also seine ureigenen, synthetisierenden Fähigkeiten, die aber noch der Dualisierung bedürfen, um sich verwirklichen zu können. Im Laufe einer Therapie, in den verschiedenen Entwicklungsphasen, werden in diesem Symbol die Anteile des realen Therapeuten zugunsten derer des Patienten abnehmen. Dieses Vorgehen erinnert, mit Unterschieden, an Ericksons berühmte Fallgeschichte des »Februarmanns« (Erickson u. Rossi 1989).

Aufgrund der Trancelogik kann der Patient ein symbolisiertes Bild des Therapeuten entwerfen, das eine gewisse Synthese seines eigenen »inneren Therapeuten« und des realen, äußeren Therapeuten darstellt.

Zu Schritt 4: Identifikation des Therapeuten mit dem Symbol. Der nun folgende Schritt ist von entscheidender Bedeutung und stellt den eigentlichen Angelpunkt der Methode dar. Sobald der Patient eine solche symbolische Darstellung des Therapeuten entwickelt und sie mitgeteilt hat, versucht dieser, sich möglichst intensiv in dieses ihm zugedachte Bild hineinzuleben. Er sucht, soweit möglich, sich mit dieser »Rolle« zu identifizieren und sie in einem eigenen »Spiegelbild« wiederzufinden. Er soll von all seinen eigenen therapeutischen Absichten zunächst bewusst Abstand nehmen und sich ganz unvoreingenommen in dieses Bild hineinversetzen. Zu diesem Zweck lässt er sich in eine parallele, symmetrische Selbsthypnose gleiten. Dieses »Spiegelbild« besteht aus einer Mischung von Identifikation mit dem Patienten, Introjektion von Teilen des Patienten und Gegenübertragung des Therapeuten. Nimmt sich der Therapeut Zeit, seine aufkommenden Gefühle und Phantasien bewusst wahrzunehmen und selbstkritisch zu reflektieren,

so wird er die einzelnen Komponenten gegeneinander abgrenzen können.

Die parallele Trance des Therapeuten ist ihrem Wesen nach eine Art »Schwellen-« oder »Doppelbewusstsein« in dem Sinne, dass zwar der eine Teil des Therapeutenbewusstseins im Traumgeschehen versunken ist, gleichzeitig aber ein anderer Teil die rationale, beobachtende Kontrolle sicherstellt, um abzuschätzen, ob überhaupt, wann, mit welcher therapeutischen Absicht und in welcher Form seine therapeutischen Einfälle und Bilder eingebracht werden sollen.

Die Identifizierung des Therapeuten mit seinem Bild gestattet ihm aber auch einen ganz besonderen, realistischen Einblick in seine Übertragungsposition im Erleben des Patienten. Zudem regt sie seine therapeutische Phantasie dergestalt an, dass sie Bilder und Einfälle hervorbringt, welche der inneren Lage des Patienten besonders genau entsprechen und in dessen Sprache formuliert sind. Oftmals werden wertvolle Bilder als eigentliche »Gegenträume« des Therapeuten in seiner Selbsthypnose auftauchen. Diese lassen sich leicht daran erkennen, dass deren Inhalt den Therapeuten selber überrascht und ihm nicht wie üblich als Spiegelbild seiner eigenen Existenz erscheint.

In der Regel drückt das symbolische Bild eine positive Übertragung aus, und der Therapeut wird als Helfer wahrgenommen. Doch schließt dies nicht aus, dass manchmal das Bild des symbolisierten Therapeuten auch zum Träger negativer Gefühle werden kann. Doch auch hier muss sich der Therapeut entgegen all seinen Widerständen bemühen, in diese negative Rolle hineinzuschlüpfen – und sei es nur, um die aggressiven Anteile des Patienten empathisch besser wahrnehmen zu können – und gleichzeitig doch seine positiven Gefühle dem Patienten gegenüber weiterwirken zu lassen.

Der Therapeut geht selbst auch in Trance und lebt sich in die ihm vom Patienten zugedachte Rolle ein. So partizipiert er einerseits am Leiden des Patienten (feinere Empathie), und andererseits spiegelt dieses Bild symbolisch die Übertragungssituation, was dem Therapeuten eine bessere Einschätzung seiner Position im Gefühlsleben des Patienten ermöglicht.

Zu Schritt 5: Aktionsweisen des introjizierten Therapeuten. Für den so mit dem Bild identifizierten Therapeuten bieten sich verschiedene Interventionsmöglichkeiten an.

- Zunächst kann er sich an ein rein mitschwingendes, schweigendes Begleiten halten. In dieser Zurückhaltung greift der Therapeut der Kreativität des Patienten sicher nicht vor. Die Präsenz des Therapeuten dient lediglich dem Schutz und der Stimulierung der ureigenen Traumschöpfung des Patienten. Diese Haltung ist die hilfreichste Intervention, solange der Patient die zu seiner Imagination gehörigen Emotionen selber bewältigen kann, und solange er sich nicht im Kreis der Widerstände dreht. Der Therapeut beschränkt sich darauf, seine eigenen Phantasien und Gefühle in der parallelen Trance minutiös zu beobachten, abzuwägen, äußert sich aber dazu nicht.
- Spürt der Therapeut aber, dass er seine Präsenz aktiver einbringen oder aufrechterhalten muss, um eine positive Entwicklung der Bilder zu gewährleisten, so kann er sich nach den Gefühlen, Absichten oder den Möglichkeiten seines Bildes erkundigen. Er fragt dann z. B.: »Was empfindet die Gestalt (die mich darstellt) angesichts Ihrer Angst?« Auch hier wirkt dank Trancelogik ein solches Fragen absolut sinnvoll und wird entsprechend beantwortet.
- In besonders schwierigen Situationen können manchmal aktivere und direktere Interventionen notwendig werden, in welchen der Therapeut in der Ich-Form selber Initiativen ergreift, um einen Schritt zu ermöglichen, vor dem der Patient alleine vielleicht zurückschreckt.

Im Verlaufe einer solchen Therapie – oder genauer gesagt im Verlauf einer Sequenz, in der mit dieser Methode gearbeitet wird – kommt es natürlich immer wieder vor, dass der Therapeut je nach Szenenwechsel auch seine Gestalt ändern wird. Diese Wandlungen sind insofern willkommen, als sie verlässliche Anhaltspunkte zum Verlauf der Therapie liefern. So können zwar im Leben des Patienten Rezidive und Krisen auftreten, die auf den ersten Blick ebenso schrecklich aussehen mögen wie am Anfang der Therapie. Anhand der Gestalt des symbolisierten Therapeuten und der Beziehung, die der Patient zu ihm ausdrückt, kann aber viel präziser

eingeschätzt werden, wie gefährlich solche Episoden wirklich sind. In der bisherigen, mehrjährigen Erfahrung mit dieser Methode ist es übrigens noch nie vorgekommen, dass die Darstellung des Therapeuten im hypnotischen Traum keine Progression gezeigt hätte.

Der Therapeut soll die Regie in erster Linie dem Patienten überlassen, soll sich aber wo nötig kreativ und abstinent einbringen.

Zu Schritt 6: Abschluss der Sitzung. Die Beendigung der Sitzung erfordert wie die Induktion eine flexible Handhabung. Man kann dem Patienten zum Abschluss die posthypnotische Suggestion mitgeben, dass das, was er soeben erlebt hat, in seinem Unbewussten weiterwirken wird und sich vielleicht in Form eines Nachttraums darstellen wird.

Fallbeispiel

Das folgende Beispiel illustriert anhand einer einzelnen Sitzung, wie die Reaktion des Unbewussten auf die Methode der aktiven Introjektion bei einer frühgestörten 40-jährigen Patientin nach 2 Jahren Therapie ausfallen kann.

Nach der Induktion (Schritt 1), in der ich die Patientin sehr behutsam im Loslassen der körperlichen Spannungen verbal begleiten musste, lud ich sie ein, sich im Schutze meiner Gegenwart in ihre Bilderwelt sinken zu lassen und mir zu berichten, wenn sie ein Bild sehe (Schritt 2). Sie sah vor sich eine öde, surrealistische Landschaft, die »war und doch nicht war«, und darauf einen Weg, der ständig seine Richtung änderte und von dem sie nicht erahnen konnte, wohin er führte. Dies lähmte sie, auch nur einen Schritt zu wagen, obwohl sie gleichzeitig spürte, dass das der einzige Ausweg wäre. Auf meine Frage, wer und wo ich sei (Schritt 3), sah sie mich als nicht näher definierbaren Menschen (womit sie eine frühkindliche Art von Wahrnehmung des Gegenübers ausdrückte) neben ihr stehen. Er blieb an ihrer Seite, zwar wohlwollend, aber lediglich abwartend. Dieser Haltung gegenüber empfand sie eine starke Ambivalenz: Wohl war er nicht bedrohlich, aber er bot auch nicht den gewünschten Druck um weiterzukommen. In dieser Rolle (Schritt 4) fühlte ich mich zunächst einmal unverstanden. In Wirklichkeit empfand ich mich nicht als undifferenziertes menschliches Wesen, sondern als engagierter Therapeut. Recht hatte sie wohl mit der abwartenden Haltung. War ich tatsächlich allzu zurückhaltend, übersah ich in mir eine unbewusste Angst? Andererseits wusste ich aus der Erfahrung mit ihr, dass jeder Versuch meinerseits, Initiativen zu ergreifen, an ihrem unerbittlichen Widerstand abprallen würde. Über meine Lage nachsinnend kam ich zur Erkenntnis, dass ich mich tatsächlich in der Situation der Patientin als Kind befinden musste: Ich fühlte mich klein, nicht wahrgenommen als eigenständiger, lebendiger Mensch, der Beziehungen sucht, immer wieder zurückgewiesen und mit unerfüllbaren Ansprüchen überladen wird. Mein eigenes Unbewusstes nach Auswegen fragend, fiel mir folgender »trancelogische Trick« ein (Schritt 5): Ich sagte ihr, ich würde am liebsten diesen Menschen (mein Abbild) bitten, doch zu versuchen, mit der Patientin den Weg zu beschreiten. Auf diese Weise brachte ich meinen Vorschlag auf einem Umweg ein und vermied, sie in einen direkten Konflikt mit mir zu bringen. Der Begleiter vernahm zwar meine Bitte, blieb aber einfach treu neben ihr stehen, und es gelang ihnen bis zum Ende der Sitzung nicht, den Weg zu beschreiten. Ich schloss die Hypnose mit der posthypnotischen Suggestion, vielleicht könne ihr ein weiterführender Nachttraum helfen (Schritt 6). In der nächsten Nacht hatte die Patientin folgenden, für sie völlig neuartigen Traum: Sie stand des Morgens in ihrer Wohnstube. Darin sind üblicherweise über Nacht alle Rollläden aus Sicherheitsgründen verschlossen. Ein Laden war aber angehoben und das Fenster geöffnet worden, und Saint-Exupérys »Kleiner Prinz« sprang in die Stube hinein. Er kam auf die Patientin zu und reichte ihr die Hand und sie reichte ihm die ihre. Dieser Traum kündete einen wesentlichen Entwicklungsschritt an, indem der kleine Prinz eine neue, eindeutig hilfreiche, liebevoll naive Selbstrepräsentanz darstellte. Er hatte es geschafft, in den fest verschlossenen Raum einzudringen. Im Traum war also im Sinne Benedettis ein Übergangssubjekt entstanden, da es sowohl aus Anteilen der Patientin (das Kind in ihr, die Hoffnung, das Interesse, ihr Animus) wie auch aus Anteilen des Therapeuten (der Begleiter im vorangegangenen hypnotischen Traum, auf den sich dieser Nachttraum eindeutig bezieht) bestand.

41.2.2 Indikation und Kontraindikation

Die »Methode der aktiven Introjektion des Therapeuten« kommt für den Beginn einer Psychotherapie mit frühgestörten Patienten kaum infrage. Sie setzt voraus, dass zuvor schon eine gewisse therapeutische Allianz zustande kam. Ohne genügend Vertrauen und Offenheit dem Therapeuten gegenüber kann sich der Patient nicht auf eine solch intensive Interaktion einlassen. Ebenso ist eine gewisse Fähigkeit zur Introspektion – nicht unbedingt zum Infragestellen seiner selbst – unabdingbare Voraussetzung für Fortschritte mit dieser Methode. Mit anderen Worten, solange der Patient eine gewisse Konfrontation mit seinem »Chaos« nicht wagen kann, müssen andere Wege gesucht werden.

Dies bedeutet nicht, dass Hypnose schlechthin am Anfang einer Therapie kontraindiziert wäre. Für das Zustandekommen der anfänglichen therapeutischen Allianz kann sie in anderen Kontexten durchaus wertvolle Beiträge leisten. Sie kann z. B. großen Nutzen bringen, wenn frühgestörte Patienten sich mit selbstgestellter »Indikation« zur Hypnosetherapie anmelden mit den entsprechenden, mehr oder minder magischen Erwartungen. Erkennt der erfahrene Therapeut dahinter die legitime, wenn auch ambivalente Sehnsucht des Patienten nach »magischer« Symbiose und lässt er sich auf dieses Angebot ein, indem er es geschickt einsetzt, um einen konstruktiven Dialog auch auf unbewusster Ebene einzuleiten, so wird der Aufbauprozess einer tragfähigen Beziehung sogleich beginnen sich einzuspielen. Dabei kann der Therapeut z. B. mit relativ unspezifischen Ich-stärkenden Suggestionen (Hartland 1971) seinen Glauben an die Potenziale des Patienten belegen. Ebensogut können in einer solchen Phase Hypnosen durchgeführt werden, die darauf abzielen, den Patienten durch Reizverminderung vor Überflutungen zu schützen (Maurer 1992). So wird der Therapeut zunächst Begleiter auf dem Weg zu erhöhter sozialer Kompetenz.

Eine andere bewährte Art, Hypnose sehr bald in die Therapie einzuführen, bietet sich an, wenn der Patient Sitzungen mit schweigendem, erwartungsvollem Blick beginnt und so versucht, dem Therapeuten den Ball zu überlassen. Deutet der Therapeut diesen Blick nicht als Widerstand oder Aggression, sondern als unausgesprochenen Wunsch des Patienten, sich zunächst an die Wirklichkeit des Therapeuten heranzutasten, als schüchternen Versuch einer Annäherung, so kann er daraus eine Abwandlung der »Faszinationshypnose« entstehen lassen. Er kann dem Patienten vorschlagen, diesen Blick gemeinsam explizit als Ausdruck dieses legitimen Bedürfnisses zu erleben und solange darin zu verweilen, wie er es wünscht, um dabei zu beobachten, welche Gefühle, Bilder, Phantasien, Körperwahrnehmungen etc. auftauchen. Diese gegenseitige Augenfixation führt meist bald, aufgrund der entstehenden Nähe, in eine (ebenfalls symmetrische) Trance, ohne dass es zu einem Gefühl des Kontrollverlusts kommt. Die mit offenen Augen wahrgenommene Präsenz des Therapeuten verhindert das abrupte Aufkommen der bedrohlichen, inneren Leere.

Kontraindiziert sind alle hypnotischen Verfahren natürlich, wenn der Patient der Hypnose oder dem Therapeuten gegenüber paranoide Vorstellungen entwickelt hat, oder solange die erste chaotische Phase der Beziehung nicht überwunden ist und das Agieren die Therapie in einer Weise beherrscht, die den therapeutischen Rahmen gefährdet. Dann ist es nötig, mehr »pädagogisch« zu wirken und, wie Kernberg (1993) empfiehlt, den therapeutischen Rahmen vertraglich abzusichern sowie psychische Fehlhaltungen des Patienten zuerst zu klären und zu bereinigen. Eine weitere Kontraindikation für jede Art von einsichtorientierter Psychotherapie, also auch für alle hypnotischen Verfahren, besteht nach Kernberg bei ausgeprägter antisozialer Persönlichkeitsstörung aufgrund der Aussichtslosigkeit, eine therapeutische Allianz aufzubauen.

Die wichtigsten Kontraindikationen für jegliche hypnotische Arbeit mit frühgestörten Patienten finden sich allerdings in Faktoren, die den Therapeuten betreffen:

- Wenn er in sich irgendwelche ablehnende Haltungen dem Patienten gegenüber spürt (diese würden dann ebenfalls introjiziert);
- wenn er sich nicht fähig fühlt, sich in konstruktiver Weise genügend abzugrenzen und dabei doch empathisch zu bleiben,
- wenn er selbst nicht in der Lage ist, das Einhalten des therapeutischen Rahmens genügend durchzusetzen bzw. wenn er sich vor einer starken negativen Übertragung fürchtet.

Neben der Methode der aktiven Introjektion kommt eine Vielzahl hypnotischer Interventionen in Frage, die je nach Situation mit verschiedenen Zielsetzungen eingesetzt werden können.

41.3 Hausaufgaben

Hausaufgaben bedeuten grundsätzlich eine wichtige Ergänzung jeder hypnotherapeutischen Arbeit, können aber frühgestörten Patienten, vor allem in der Anfangsphase, oft nur sehr eingeschränkt zugemutet werden. Ihre schwache Selbstverfügbarkeit, ihre Ängste, der eigenen Innenwelt und deren Spaltungsphänomenen begegnen zu müssen, macht ihnen introspektive Übungen außerhalb der realen, unmittelbar spürbaren und schützenden Präsenz des Therapeuten zunächst unmöglich. Im Laufe der Stabilisierung, wenn die Auflösungsängste an Wirkkraft eingebüßt haben und sich der Patient mehr zutraut, kann zunehmend an die Eigenverantwortung des Patienten appelliert werden. Dann dienen die Hausaufgaben auch der Ratifizierung des Fortschritts hinsichtlich seiner Selbstständigkeit.

Übende Verfahren. Unter der beschriebenen Bedingung können Anweisungen nützlich sein, in Selbsthypnose die Arbeit der Hypnosesitzung im Alltag weiterzuführen, müssen aber vom Therapeuten mit großer Geduld und Toleranz im Fall des Versagens gehandhabt werden. Auch das autogene Training hat sich in geeigneten Situationen hervorragend bewährt: die Grundstufe zur Beruhigung und für den Aufbau eines positiven Körperselbst und die Oberstufe als Erweiterung der Arbeit mit Nachtträumen, um das Vertrauen zum Unbewussten zu fördern.

Posthypnotische Suggestionen. Eine besondere Form von »Hausaufgaben« bilden posthypnotische Suggestionen. Sie können sich auf positive, stärkende Verhaltensweisen, Haltungen usw. beziehen, die in der Therapiestunde thematisiert wurden (z. B. Ich-stärkende Suggestionen). Vorsicht ist geboten, dass eine posthypnotische Suggestion, unabhängig von ihrem Inhalt, nicht paranoid als Verfolgungsversuch verarbeitet wird. Doch wenn die Grundbeziehung zum Therapeuten positiv ist, bleibt dieses Risiko minimal.

Träume sind Ausdruck einer tiefen, inneren Lebendigkeit und können, unter der Voraussetzung, dass schon eine konstruktive Beziehung aufgebaut werden konnte, dem Gefühl der inneren Leere frühgestörter Patienten effizient entgegenwirken. Werden sie in einer Therapie in die Arbeit miteinbezogen, so ist es lohnend, das Auftreten von Nachtträumen posthypnotisch zu suggerieren.

Audiokassetten. Das Mitgeben von persönlich abgestimmten Audiokassetten zur Beruhigung führt bei frühgestörten Patienten zu sehr unterschiedlichem Erfolg. Obwohl diese Tonbänder als Übergangsobjekt theoretisch eine Brücke zum Therapeuten bilden können und dies manchmal auch tun, empfindet ein Teil der frühgestörten Patienten aufgrund ihrer inneren Leere häufig die Irrealität der Stimme stärker als die symbolische Präsenz des Therapeuten, was die Ängste verstärkt. In fortgeschrittenen Phasen der Therapie hingegen können Kassetten durchaus dazu beitragen, die therapeutische Bindung zu festigen, sofern sie nicht von Patient oder Therapeut grundsätzlich als technologisches Beiwerk abgelehnt werden.

Fazit

Im Vordergrund der therapeutischen Wirkung der Hypnose steht die reparative Möglichkeit einer positivierenden Symbiose, die erlaubt, den zentralen Mangel, der sich in der Pathologie frühgestörter Patienten zeigt, in einer realen Beziehung nachzuholen. Voraussetzung ist allerdings, dass diese therapeutische Nähe auch vom Therapeuten in echter Gegenseitigkeit und in abstinenter Weise zugelassen wird. Dann können die spiegelnde Empathie des Therapeuten und seine Kreativität vom Patienten introjiziert werden. Im Gegensatz zu Kernbergs expressiver Therapie sucht die »mütterlichere« Methode der aktiven Introjektion weniger den Fortschritt über die Konfrontation mit der Realität zu strukturieren, sondern mehr die Bindungsfähigkeit über die partizipierende, wärmende, hypnotische Nähe zu fördern und auf diese Weise das chaotische Agieren überflüssig zu machen. Die Methode der aktiven Introjektion beansprucht freilich nicht, mehr als ein Baustein in einem gesamten Therapieplan zu sein, in welchem der Therapeut auch auf konfrontative, verhaltenstherapeutische, hypnotherapeutische oder auf andere bewährte Interventionsformen zurückgreifen kann.

42

Psychosen

Henriette Walter

42.1 Störungsbild – 527

42.2 Interventionen – 527

42.3 Spezielle Techniken – 528

Die Frage, ob man Hypnose auch bei Patienten mit einer Psychose therapeutisch einsetzen kann, wird in der Literatur und im Kollegenkreis meist mit »nein« beantwortet. Generell gilt, dass affektive Störungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und andere psychotische Erkrankungen eine Kontraindikation für die Behandlung mit Hypnose darstellen. Dennoch gibt es eine Reihe von Patienten, die nach einer psychotischen Erkrankung den Wunsch entwickeln, mit Hypnose behandelt zu werden. Dies könnte vielleicht damit zu tun haben, dass ein psychotisches Erleben eine fundamental neue Erfahrung oder Erschütterung darstellt, die in den Betroffenen große Verunsicherung auslöst. Möglicherweise wollen diese Patienten mittels Hypnose einen kontrollierten Zugang zum früheren psychotischen Erleben finden bzw. trauen einem therapeutischen Gespräch weniger zu, diese tief greifende Erschütterung der »täglichen Selbstverständlichkeit des Seins« bearbeiten zu können.

Was ist bei Patienten mit einer psychotischen Grunderkrankung zu beachten, wenn Hypnotherapie zum Einsatz kommen soll?

Aus meiner Sicht kann die Frage nach Hypnotherapie bei Psychosen nicht eindeutig mit Ja oder Nein beantwortet werden. Es kommt vielmehr auf die eigene Einstellung an und auf das Konzept, auf welchem die Therapie basiert.

Legt man der Therapieentscheidung das Krankheitskonzept zugrunde, so kommt es auf den richtigen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf und auf die Symptomkonstellation an, ob Hypnose zum Einsatz kommen soll oder nicht. Nimmt man ein psychodynamisches Konzept, das die Persönlichkeit, die Entwicklung, die Identität, die Konstellation der Herkunftsfamilie, der aktuellen Beziehungen, die Abwehrmechanismen und Ähnliches einbezieht, so ergeben sich zwei grundlegend unterschiedliche Zugänge.

1. Kommt ein Patient aus einer Überstrukturiertheit (der Familie, der Erziehung, mit einem zu rigiden und einengenden Über-Ich), die das Leben unerträglich macht, in einen psychotischen Zustand, so ist Hypnotherapie – achtsam angewandt – eine gute Möglichkeit, das hinter dem psychotischen Zustand gelegene Starre, Stagnierende wieder sanft in Fluss zu bringen; um innere Grenzen erweitern und dazu z. B. in allen Sinnesmodalitäten imaginative Erfahrungen im geschützten Kontext der Hypnose erfahren zu können.
2. Kommt das psychotische Erleben jedoch aus einer generellen Instabilität und Identitätsdiffusion, würde ich von Hypnose generell abraten.

Keinesfalls ist Hypnose im Zustand der akuten Erkrankungsphase mit floridem psychotischem Erleben, paranoiden Vorstellungen, bei Wahn oder bei akuter Manie anzuwenden.

Zum Zeitpunkt der hypnotherapeutischen Behandlung muss eine ausreichende Reflexionsmöglichkeit gegeben sein. Keinesfalls darf die Hypnose dazu beitragen, einen Rückzugswunsch in die Innenwelt zu fördern.

42.1 Störungsbild

Der Begriff Psychose wird unterschiedlich gebraucht (Walter 2001). Im Folgenden bezieht sich der Begriff Psychose auf psychotisches Erleben und produktive Symptombildungen bei affektiven, schizoaffektiven und schizophrenen Störungen nach ICD-10-Klassifizierung.

42.2 Interventionen

Hypnose bei Psychosen anzuwenden, erfordert viel Erfahrung im psychiatrischen stationären und ambulanten Bereich. Nur dann kann sich Sicherheit und Vertrauen (auf beiden Seiten) entwickeln.

Im stationären Bereich. Hier sind einzelne Elemente aus der Hypnose gut anwendbar, in erster Linie Sicherheit gebende Suggestionen (ohne Trance) und sehr behutsam angebotene Nähe. Patienten mit psychotischen Zuständen können so stabilisiert und immer wieder in der realen Welt verankert werden. Bei Fremdheitserlebnissen, wie z. B. »meine rechte Hand ist fremd, gehört nicht zu mir«, empfiehlt sich eine graduelle sprachliche Annäherung mit Stärkung der Subjektbeziehung (»die« Hand, »Ihre« Hand als Anregung der Vorstellung: »meine« Hand) und eine Kombination mit körpertherapeutischen Elementen (zur Veran-

kerung der Suggestion, z. B. Berühren, Streichen, sanfter Druck).

Im ambulanten Bereich. In diesem Bereich und wenn man den Patienten noch nicht gut kennt, gilt es, mit Hypnose zuzuwarten und in **mehreren Vorgesprächen** nicht nur die relevanten Informationen zu gewinnen, sondern vor allem Vertrauen aufzubauen, das richtige Nähe-Distanzverhältnis zu finden und dann auf sehr achtsame Weise die gefundene Nähe möglichst konstant aufrecht zu erhalten. Erst in einer sicheren Beziehung können neue Bewusstseinszustände erlebt werden (Rapport).

Induktion. Vorsichtig, wiederholend, Sicherheit gebend. Als Sicherheit kann der Therapeut auch z. B. den eigenen Rhythmus des Körpers verwenden. Erst allmählich von der Sicherheit zu Möglichkeiten überleiten (wie z. B. Veränderung der Physiologie, Ruhe einkehren lassen, langsame Hinführung zu psychischen Möglichkeiten).

Rolle der Entspannung bei Psychosen. Loslassen bewirkt auch Lockerung von Strukturen. Lockerung bedeutet dann, dass innere Ordnungen verändert werden können. Daher gilt auch hier: behutsam und langsam, in kleinen Schritten, und immer mit neuen emotionalen Verknüpfungen gestalten.

42.3 Spezielle Techniken

Symbolarbeit. Eignet sich bei depressiver Grunderkrankung gut, um Symptome zu verändern. Oft werden sogar von den Patienten Symbole beschrieben, die dann bearbeitet werden können (z. B. das Erleben einer Glaswand zwischen sich und der Umwelt). Gleiches gilt für Anregungen zu szenischen Vorstellungen (Wege aus der Depression entdecken) und **inneren Suchprozessen** (was können Sie hier in der Gegenwart für sich tun?).

Metaphern. Diese gilt es für »den richtigen Platz zu finden«, »ein Fluss kann nach Überschwemmung in seine Bahn kommen« (z. B. nach einer Manie), »während einer Wanderung den Rucksack erleichtern« (um ein Ablegen zu rigider Werte zu fördern); immer wieder dazwischen stabilisieren und Sicherheit vermitteln, um Mut zu geben.

Teilearbeit. Kann nur bei depressiven Patienten ohne aktuelle psychotische Symptome erfolgen. Den depressiven Anteil (mit allen seinen Vor- und Nachteilen) mit den gesunden Anteilen kommunizieren lassen. Teilearbeit hilft, um die Grundstörung (hinter der Erkrankung) zu bearbeiten. Bei schizoaffektiven oder schizophrenen Störungen jedoch nicht zu empfehlen.

Regression. Um die zugrunde liegenden Konflikte vorsichtig zu bearbeiten, um mit Erinnerungen anders umgehen zu lernen.

Progression. Als Ausblick auf neue Möglichkeiten des Umgangs mit Problemen – ohne einen »Ausstieg« in die Psychose zu benötigen.

Auch alle weiteren Techniken – außer der Konfusionstechnik – können je nach Fall zur Anwendung kommen. Von der Anwendung von Audiokassetten oder Hypnose-CDs würde ich bei Psychosen generell abraten, da aus meiner Erfahrung die Anwesenheit des Therapeutenbei diesem Klientel von hoher Bedeutung ist.

Dehypnose. Eine exakte und straffe Reorientierung ist hier sehr wichtig.

Fallbeispiel

Ein 27-jähriger Mann erlebt, rasch zunehmend, immer mehr drängende Gefühle, jemandem Leid zuzufügen, jemanden umbringen zu müssen. Dies löst solche Ängste aus, dass er sich freiwillig stationär aufnehmen lässt. Er gibt auch an, solche Szenen optisch und akustisch zu halluzinieren, was die Angst noch verstärkt. Aus der Vorgeschichte ergibt sich eine sehr geordnete Kindheit mit strengen Regeln, die bis zur Starrheit reichen. Guter Schüler, keine Probleme in der Pubertät. Nach einigen kurzen Beziehungen mit Frauen entdeckt er um das 24. Lebensjahr, dass er sich mehr zu Männern hingezogen fühlt. Er outet seine Homosexualität gegenüber seinen Eltern, wobei die Mutter offenbar damit akzeptierend umgehen kann, der Vater hingegen nicht. Vom Vater übernommene innere Wertvorstellungen und die reale Ablehnung seitens des Vaters kollidieren nun mit seinen Wünschen und Lebensvorstellungen in einer für den Patienten nicht mehr erträglichen Weise, da ihm jede Möglichkeit, sich »innerlich zu wehren, abzugrenzen« fehlt. Nach medikamentöser Behandlung und Entlassung aus dem

Krankenhaus entschied sich der Patient für eine Hypnotherapie. Nach der sehr langsamen und behutsamen Induktion bat ich den Patienten, die Muskelanspannung allmählich loszulassen und bot ihm meine Begleitung in das weite Land des eigenen Ich an. Auf die Frage, was er sähe, antwortet der Patient, er sieht sich ganz klein und ausgeliefert in einer wüstenähnlichen Ebene, alleine, ausgesetzt, da er die Aufgaben, die ihm gestellt waren, nicht erfüllt habe. Er fühle sich abgewiesen und wertlos. Auf die Frage, ob es Sehnsucht gibt, antwortet er mit: »Ja, aber die ist eingekapselt«. Er beschreibt, dass er in dieser Weite ist, er wisse nicht, ob er steht oder sitzt. Die Frage, ob er geht, verneint er. Die Frage, ob er gerne gehen würde, bejaht er (mit Änderung in der Mimik), aber es ginge nicht. Auf die Frage, was er dazu brauchen würde, antwortet er, dass er einen Menschen zum Reden brauche und etwas Schützendes, wie … – nach einer Pause – einen Mantel und einen Kompass. Plötzlich taucht ein Fuchs auf, der ihm erzählt, dass er sehr gefährlich sei, aber er sei sein Fuchs und er verdanke ihm seine Freiheit, denn er hatte lange im Käfig leben müssen, in Südafrika, und der Patient war es, der ihn freigelassen hatte. Gleichzeitig fühlte der Patient Liebe und Misstrauen diesem Fuchs gegenüber, der ihn die gesamte weitere Therapie begleitete.

Es war ein Übergangssubjekt entstanden, das Anteile des Patienten und seiner Wünsche, Anteile des Vaters und dessen Erwartungen sowie Anteile der gesamten Situation inklusive Anteile der so erlebten Therapeutin zum Inhalt hatte.

Fazit

Wenn das psychotische Erleben einen »Ausstieg« aus einer unerträglichen Realität darstellt oder wenn es drogenbedingt (z. B. »Haschischpsychose«, »Flashbacks« nach LSD) auftritt (Drogenkonsum stellt ja ebenfalls einen Ausstiegsversuch dar), wenn es also im Grunde von der Neurose her kommt, ist Hypnotherapie durchaus, aber nur von Therapeuten mit ausreichender psychiatrischer Erfahrung, anzuwenden. Wenn das psychotische Erleben aus dem Erleben einer psychischen Instabilität und Identitätsdiffusion kommt, oder wenn Halluzinationen chronifizieren und immer wieder eng mit dem Alltagserleben verknüpft werden, würde ich von Hypnotherapie generell abraten. Bei einer solchen Störung hat die Fragestellung, ob Hypnotherapie zur Anwendung kommen kann, wohl mehr theoretischen als praktischen Charakter (Biddle 1967). Kauders habe bei deliranten klinischen Bildern Beruhigung erzielen können (s. Biddle 1967). Heute wissen wir jedoch, dass die hohe Suggestibilität gemeinsam mit der Orientierungsstörung (bezüglich Ort, Zeit, Person und Situation) ein Charakteristikum deliranter Bilder ist. Hypnose ist nicht notwendig, es genügt in diesen Fällen, eine klare, ruhige, suggestive Sprache anzuwenden, um delirante Patienten zu beruhigen. Van der Hart u. Spiegel (1993) beschreiben, dass Breukink bei psychotischen Erkrankungen die klinische Hypnotisierbarkeit zur Entscheidung heranzog, ob Hypnose helfen werde. Es gibt heute Spezialisten, wie z. B. Zindel (▶ Kap. 41), und es hat auch immer einzelne Therapeuten gegeben, die mit diesen Patienten – dank hoher klinischer Erfahrung – arbeiten können und konnten. Generell würde ich raten, eher bei Biddle zu bleiben und von der Breukink'schen Methode Abstand zu halten.

Psychosomatik

43 **Hypnotherapie in der Psychosomatik – ein therapeutisches Modell – 533**
Reinhard Weber

44 **Psychosomatische Störungen – 547**
Ortwin Meiss

45 **Reizdarmsyndrom – 558**
Winfried Häuser

46 **Rheumatoide Arthritis und andere Autoimmunkrankheiten – 569**
Jillian Horton-Hausknecht

47 **Warzen – 577**
Josy Höller, Claude Béguelin

Hypnotherapie in der Psychosomatik – ein therapeutisches Modell

Reinhard Weber

43.1 Störungsbild – 534
43.1.1 Diagnostik nach ICD- und DSM-Klassifikation – 534
43.1.2 Epidemiologie – 535

43.2 Interventionen – 535
43.2.1 Symptome als Botschaften – 535
43.2.2 Vorüberlegungen zur Rapportgestaltung – 536
43.2.3 Allgemeine Therapieziele – 537
43.2.4 Idealtypisches Therapieablaufschema – 537

Dieser Abschnitt beschreibt ein therapeutisches Modell für die Behandlung von Patienten mit psychosomatischen und funktionellen Krankheiten.

Patienten mit psychosomatischen Störungen haben meist einen distanzierteren Zugang zu psychischen Phänomenen als Patienten mit klar definierten psychischen Störungen und sehen sich selbst zunächst nicht als Psychotherapiepatienten. Auch das Behandlungssystem und die übrige Umgebung des Patienten reagieren auf psychosomatische Leiden anders als auf psychische Probleme. Genügend therapeutischer Rapport lässt sich nur aufbauen, wenn solche Vorerwartungen ausreichend berücksichtigt werden. Daher kommt der Rapportgestaltung eine besondere Bedeutung zu. Eine wichtige Vorerwartung des Patienten ist die Orientierung der Therapie am Symptom, so wie es in der Medizin üblich ist. Das hier vorgestellte Behandlungsmodell folgt dieser Erwartung und bleibt zunächst eng an der Symptomatik. Schritt für Schritt wird anschließend gemeinsam mit dem Patienten eine psychologische Umgangsweise mit den Problemen erarbeitet.

Nach einer kurzen diagnostischen Übersicht und Angaben zum Ausmaß psychosomatischer Probleme in der Bevölkerung werden die therapeutischen Grundannahmen benannt; anschließend wird ein idealtypisches Verlaufsmodell der Behandlung beschrieben.

43.1 Störungsbild

43.1.1 Diagnostik nach ICD- und DSM-Klassifikation

Welche Störungen unter den Begriff der psychosomatischen Krankheiten fallen, ist nicht abschließend definiert. Nach klinischen Gesichtspunkten werden die psychosomatischen Störungen häufig in drei Untergruppen eingeteilt:

- Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn,
- funktionelle Störungen und
- somatopsychische Störungen (Studt 1995).

Psychosomatische Krankheiten im engeren Sinn

In der Ätiologie dieser körperlichen Krankheiten mit **organischen oder funktionellen** Veränderungen spielen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle. Im ICD-10-Diagnosemanual werden sie als »psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten« (F54) kodiert, wobei gleichzeitig die Kodierung für die somatische Diagnose angegeben wird. Im DSM-IV werden diese Krankheiten ebenfalls doppelt verschlüsselt: einmal als »psychologische Faktoren, die medizinische Krankheitsfaktoren beeinflussen« (316), zum anderen ebenfalls unter der entsprechenden Kodierung für die somatische Diagnose.

In diese Kategorie fallen traditionell z. B.:

- Asthma bronchiale
- Ulcus pepticum
- Urtikaria
- Colitis ulcerosa und mucosa
- Dermatitis
- Ekzeme

Diese Kategorie ist für die Behandlung mit psychotherapeutischen Methoden besonders wichtig, denn prinzipiell können seit dem DSM-III bei allen Krankheiten psychologische Faktoren beteiligt sein.

Funktionelle Störungen (somatoforme Störungen)

Bei den funktionellen Störungen handelt es sich um **Beschwerdebilder ohne organpathologischen** Befund, die in verschiedenen Organsystemen auftreten können. Im ICD-10 und im DSM-IV bilden sie als »Somatisierungsstörung« (F45.0; 300.81) oder als »undifferenzierte somatoforme Störung bzw. undifferenzierte Somatisierungsstörung« (F45.1; 300.82) eine Untergruppe der »somatoformen Störungen«. Das ICD-10-Diagnosemanual berücksichtigt außerdem die »somatoforme autonome Funktionsstörung« (F45.3), innerhalb derer die verschiedenen Organsysteme angegeben werden können, in denen sich das Problem somatisch manifestiert.

Als charakteristisch für diese Störungen gilt neben anderen Hinweisen die »wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit

hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind« (ICD-10-Klassifikation, Dilling u. Freyberger 2006, S. 177). Ein mindestens 2-jähriges Bestehen der Symptomatik wird vorausgesetzt.

Somatopsychische Störungen

Der Vollständigkeit halber sollen drittens die somatopsychischen Störungen genannt werden. Bei ihnen handelt es sich um seelische Reaktionen auf körperliche Leiden, z. B. um Ängste oder Depressionen bei körperlichen Erkrankungen etwa nach einem Myokardinfarkt oder einer Karzinomdiagnose. Von einer besonderen individuellen Vulnerabilität wird ausgegangen. Man nimmt aber an, dass die Störung nicht entstanden wäre, wenn die Belastung ausgeblieben wäre. Die somatopsychischen Störungen werden diagnostisch meist den Anpassungsstörungen (F43.2; 309.x) zugeordnet, gelegentlich kommen Diagnosen aus dem neurotischen Formenkreis in Betracht.

Die weiteren Ausführungen beziehen sich nicht mehr auf Patienten mit somatopsychischen Störungen, sondern nur noch auf die Behandlung bei funktionellen oder psychosomatischen Störungen, weil in der Therapie von Patienten mit somatopsychischen Störungen andere Grundmuster zur Anwendung kommen.

43.1.2 Epidemiologie

Man geht davon aus, dass etwa 8–10% der Gesamtbevölkerung an einer psychosomatischen Erkrankung (ohne somatopsychische Erkrankungen) leiden (Fichter 1990). Der Anteil der Patienten mit den entsprechenden Störungen in medizinischen Polikliniken und internistischen Praxen liegt zwischen 25 und 35% (Studt 1995; Stuhr u. Haag 1989). Bevor eine adäquate Behandlung eingeleitet wird, vergeht bei diesen Erkrankungen meist sehr viel Zeit. Die mittlere Anamnesedauer des Klientels einer psychosomatischen Fachklinik mit neurotischen und psychosomatischen Störungen beträgt 7 Jahre, wobei 30% aller Patienten seit mehr als 10 Jahren unter der Symptomatik leiden. Gegenüber den neurotischen Störungen zeigen die psychosomatischen Störungen eher die längeren Anamnesedauern (Zielke 1993).

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen aus verschiedenen Gründen psychotherapeutisch unterversorgt sind, obwohl von einer entsprechenden Behandlung erhebliche kostensparende Effekte zu erwarten sind (Zielke 1993; Stuhr u. Haag 1989).

43.2 Interventionen

43.2.1 Symptome als Botschaften

Ich möchte nun drei wichtige Aspekte meines therapeutischen Grundverständnisses wiedergeben, die für mich im Therapieprozess handlungsleitend sind. Psychosomatische Symptome verstehe ich als die symbolhaft/metaphorische Ausdrucksweise eines Menschen, die für ihn bisher nicht oder nicht ausreichend verständlich und interpretierbar waren (Seemann 1998). Die symptomatische Ausdrucksweise des Körpers hat für den Patienten bisher keine hilfreichen Informationen enthalten, sodass die Beziehung des Patienten zu einem wesentlichen Teil seiner selbst, zu seinem Körper, gestört ist. Den Schlüssel zum Verständnis und zur Veränderung der Beziehung besitzt der Patient selbst. Die Aufgabe der Therapie besteht darin, in dieser Beziehung einen »Versöhnungsprozess« in Gang zu setzen, indem die in der Symptomatik enthaltenen »Informationen« erschlossen, auf Verwertbarkeit überprüft und im realen Leben des Patienten umgesetzt werden. Die Therapie verändert also ein Symbol oder eine Metapher mit negativen Implikationen (Symptom) zu einer Metapher mit hilfreichen Implikationen (Roderburg 1996). Als eine Therapie, die sich im Beziehungssystem zwischen Patient, Symptomatik, Familiensystem und Therapeut abspielt, ist das einzeltherapeutische Vorgehen systemisch. Häufig ist es hilfreich, wenn ich den Umgang des Patienten mit seiner Symptomatik, das heißt mit seinem eigenen Körper, als Metapher für seinen Umgang mit wichtigen Bezugspersonen verstehen kann. Die Arbeit mit der Symptomatik steht dann als Metapher für die Arbeit im Beziehungssystem. In der Erickson'schen Hyp-

notherapie geht man davon aus, dass das Material, das der Patient bietet, stets mehr oder weniger metaphorische Informationen auf mehreren Ebenen enthält. Ich interpretiere diese Zusammenhänge dem Patienten gegenüber – zumindest zunächst – nicht, sondern respektiere sein Symptomangebot und versuche, ihm auf der Ebene seiner geklagten Beschwerden zu begegnen.

Psychosomatische Symptome sind als metaphorische Botschaften zu verstehen. Die Therapie erschließt und nutzt die darin enthaltenen Informationen, um die Beziehung des Patienten zu sich selbst und seinem Körper zu fördern. Die Beziehung des Patienten zum eigenen Körper kann systemisch als Metapher für Beziehungen des Patienten zu bestimmten Bezugspersonen verstanden werden.

43.2.2 Vorüberlegungen zur Rapportgestaltung

Für den therapeutischen Kontakt gelten einige besondere Bedingungen gegenüber der Behandlung bei psychischen Störungen. Deshalb soll hier gesondert darauf eingegangen werden.

Durch die gegenseitigen Vorerwartungen von Patient und Therapeut ist die therapeutische Beziehung oft bereits vor der Behandlung belastet. Besonders trifft dies auf Patienten mit funktionellen Störungen zu, die in unserem Medizinsystem oft negativ stigmatisiert werden. Dass sie »nichts haben« und im Grunde keiner Therapie bedürften, ist noch eine harmlosere Variante. Abwertend verwendete Begriffe wie »Simulanten, Hypochonder, hysterische Persönlichkeiten« bis hin zum Begriff des »Koryphäen-Killers« tauchen auf. Patienten mit funktionellen Störungen passen nicht in die allgemeinen medizintherapeutischen Schemata. Sie sind »Grenzgänger« im Behandlungssystem, stellen diagnostische und therapeutische Ansprüche, häufig ohne wesentliche Verbesserungen zu erzielen. Ärzte und Therapeuten werden von ihnen im Bemühen zu heilen leicht enttäuscht. Umgekehrt sind die Patienten vom medizinischen Behandlungssystem enttäuscht, denn sie haben meist eine lange Vorgeschichte mit vielfältigen diagnostischen Maßnahmen und einer langen Reihe gescheiterter Therapieversuche hinter sich. Trotz wiederholter Versicherungen, dass sie »nichts Körperliches haben«, zeigen sie ein somatisch geprägtes Krankheitsverständnis und folglich eine somatische Therapieerwartung. Sie leiden unter erheblichen Befürchtungen, als Simulanten oder Hypochonder abgewertet zu werden. In eine psychotherapeutische Maßnahme setzen sie entweder wenig Hoffnung oder begegnen ihr mit übertriebenem Optimismus, der durch die Vorerfahrungen der Patienten nicht gerechtfertigt ist. Meistens besteht nur eine geringe Hoffnung auf eine durchgreifende Änderung ihrer Leiden. Patienten mit psychosomatischen Störungen im engeren Sinn verstehen oft nicht, wozu eine psychotherapeutische oder psychologische Maßnahme sinnvoll sein soll, bezweifeln von Anfang an ihre Effektivität, fühlen sich unter Umständen von ihrem behandelnden Arzt zum Psychotherapeuten abgeschoben.

Für den Psychotherapeuten ist bedeutsam, dass Patienten beider Gruppen nicht an einem inneren Konflikt leiden, sondern an körperlich empfundenen Symptomen, die als autonom und kaum beeinflussbar betrachtet werden. Die Symptome werden als sinnlos erlebt und sollen schnellstmöglich beseitigt werden. Häufig werden dazu therapeutische »Patentrezepte« gewünscht. Eine Überweisung zum Psychotherapeuten oder den Hinweis auf die Wichtigkeit einer psychotherapeutischen Maßnahme erleben die Patienten leicht als Kränkung und Abwertung. In der Regel suchen sie den Psychotherapeuten nicht aus eigenem Antrieb auf, sondern folgen einer Überweisung, sodass ein Therapeut sie eher im Rahmen einer stationären Behandlung als im Rahmen einer ambulanten Praxis sieht.

Eine Rapport fördernde Gesprächsführung bei Patienten mit psychosomatischen Krankheiten zeichnet sich durch folgende Punkte aus:

- Sie stellt das somatische Erleben des Patienten in den Vordergrund und verzichtet anfangs auf konfliktbezogene oder psychodynamische Interpretationen.
- Sie verspricht keine Heilung, sondern eher Erleichterung der Beschwerden.
- Sie kämpft nicht mit vielen Methoden gegen die Beschwerden an.

- Sie bietet psychologische Erklärungen erst an, wenn der Patient selbst damit begonnen hat (Nahler 1996).

43.2.3 Allgemeine Therapieziele

Die Patienten erleben ihre Symptomatik als den konkreten Ausdruck einer zugrunde liegenden Krankheit, ob es sich um funktionelle Beschwerden handelt wie Globusgefühle, Magen- oder Darmbeschwerden, Herzsensationen oder um somatisch besser fassbare Symptomatiken, wie Hauterkrankungen oder Beschwerden im Rahmen einer chronischen Kolitis. Sie sehen in der Symptomatik keinen symbolhaften oder metaphorischen Ausdruck ihrer persönlichen Lebenswirklichkeit. Sie betrachten sie als ein autonomes Geschehen, auf das sie bewusst keinen oder kaum Einfluss nehmen können, sodass sie sich der Krankheit hilflos ausgeliefert fühlen. Ihre Interaktionsform mit dem Symptom entspricht – metaphorisch gesprochen – einer Kampfsituation. Wenn es möglich wäre, würde eine oft aggressiv gefärbte Art der Beseitigung der Symptomatik angestrebt, die etwa dem Bild eines chirurgischen Eingriffs entspricht, bei dem das Problem »herausoperiert« wird. Dabei werden Therapeuten als Verbündete gesucht, die helfen sollen, den »Feind« zu besiegen. Diese Auffassung ist übrigens nicht verwunderlich, denn sie ist in unserem Medizinsystem die führende Metapher im Umgang mit Krankheiten (Lakoff u. Johnson 1980). Gleichzeitig glauben die Patienten nicht wirklich daran, siegen zu können, sodass sie zwischen Hoffnung und Resignation schwanken.

Die Symptomatik wird von ihnen nicht als kommunikativ bedeutsam oder sinnvoll eingeordnet. Wenn Bedeutungen zugeordnet werden, sind sie stark negativ gefärbt. Wäre die Symptomatik eine Person, würde sie zumindest als behindernd und ängstigend eingestuft, wenn nicht gar als traumatisierend oder zerstörerisch. Nützliche oder sinnhafte Aspekte werden regelmäßig übersehen. Diese Art der Betrachtung der Symptomatik und der daraus folgende Umgang mit ihr führen sekundär zu einer zusätzlichen Belastung, die den Stress im Umgang mit den »reinen« Krankheitsfolgen weiter erhöht. Aus diesen Überlegungen lässt sich die Zielrichtung angeben, die dem hier skizzierten psychotherapeutischen Umgang mit psychosomatischen Symptomen und Symptomkomplexen zugrunde liegt.

Die Therapie soll bewirken, dass die Symptomatik

- von einem autonomen Geschehen zu einem beeinflussbaren Geschehen wird,
- statt einer konkreten Interpretation eine metaphorische Interpretation erfährt,
- von einer sinnlosen Kommunikation zu einer sinnvollen Kommunikation wird,
- von der Interaktionsform des »Kampfes« zur Interaktionsform der »Kooperation« übergeleitet wird.

Diese Betrachtungsweise kann dem Patienten nicht kognitiv »beigebracht« werden, sie ist implizite und zunächst indirekte Leitlinie der Behandlung.

43.2.4 Idealtypisches Therapieablaufschema

Ich werde in diesem Kapitel eine idealtypische Abfolge der wesentlichen Therapieschritte angeben und sie anschließend detaillierter beschreiben.

Idealtypisches Therapieablaufschema:

1.	Schritt:	Zentrierung des Therapeuten
2.	Schritt:	Gestaltung des Rapports
3.	Schritt:	individuelle Diagnostik
4.	Schritt:	Herausarbeiten von Zielen und Ressourcen
5.	Schritt:	Erzeugung einer symbolischen Symtomrepräsentation
6.	Schritt:	Externalisierung der Symptomrepräsentation
7.	Schritt:	Utilisation der Symptomrepräsentation
8.	Schritt:	Zukunftsprojektion
9.	Schritt:	Reintegration der Symptomrepräsentation

Zu Schritt 1: Zentrierung des Therapeuten. Ich führe diesen Punkt hier an, obwohl er vermutlich selbstverständlich erscheint. Gerade im medizinischen Kontext ist es aber oft wichtig, sich bewusst

zu machen, ob man als Therapeut dem Patienten und seiner Symptomatik gegenüber offen sein kann, oder ob man innerlich ein medizinisches Modell verfolgt, in dem das Entfernen des Symptoms meist erste Priorität hat. Es kann hilfreich sein sich bewusst zu machen, dass Symptome wesentliche Funktionen besitzen (können), die als Beiträge zum Leben des Patienten bisher nicht gewürdigt wurden.

Eine vorbereitende Übung kann dabei helfen: Bevor ich den Patienten sehe, dessen Symptomatik ich vielleicht aus einer Anmeldung oder einem Arztbrief kenne, frage ich mich, unter welchen Bedingungen oder in welchem Kontext eine solche Symptomatik in meinem eigenen Leben mindestens **eine** akzeptable Botschaft enthalten könnte? Die Frage danach lässt mich neugierig werden, wie die Symptomatik das Leben des Patienten – positiv und negativ – beeinflusst. Dies ist der Versuch, Abstand von einem »chirurgischen« Behandlungsmodell zu gewinnen, um nicht einseitig für einen »Anteil« des Patienten Partei zu ergreifen.

Zu Schritt 2: Gestaltung des Rapports. Art und Ausmaß des Rapports entscheiden über die Wirksamkeit direkter und indirekter Suggestionen und sind daher für die hypnotherapeutische Behandlung zentral (Peter 1996). Neben den bereits angesprochenen Überlegungen zum Rapport erscheint mir besonders bedeutsam, dass der Therapeut nicht der Versuchung erliegt, Psyche gegen Soma, medizinische Therapie gegen psychologische Therapie oder Arzt gegen Psychotherapeut auszuspielen. Für den Patienten ist es wichtig, dass er sich sowohl psychisch als auch somatisch angenommen fühlt, und dass er sich nicht entscheiden muss, wer der bessere Therapeut oder welches die bessere Therapie ist, wenn Arzt und Psychotherapeut gleichzeitig behandeln. Eine »Entweder-oder-Haltung« wertet nicht nur den behandelnden Kollegen ab, sondern implizit auch einen »Anteil« des Patienten.

Zu Anfang der Behandlung ist es oft wichtig, dass der Patient die Möglichkeit der Beeinflussung des Körpers durch psychische Prozesse (Gedanken, Vorstellungen, Phantasien, Ängste) erfährt. Daher ist in dieser Phase die Vermittlung psychophysischer Einflussmöglichkeiten durch Beispiele aus dem täglichen Leben und durch konkrete Erfahrung hilfreich. Gedankenübungen (»aufgeschnittene Zitrone«), eine Armlevitation, das Chevreuil-Pendel oder das Erleben anderer hypnotischer Phänomene (Kossak 1989, S. 79–98; Peter 1993b) können vorbereitend sehr hilfreich sein.

Zu Schritt 3: individuelle Diagnostik. Vorausgesetzt wird, dass eine ausreichende Abklärung der Beschwerden auf der somatischen Ebene in jedem Fall erfolgt. Die Kenntnis des Befundes ist für den Psychotherapeuten wichtig, weil die im Therapieprozess benutzten Bilder, Vorstellungen und Metaphern nicht allein den inneren Vorstellungen der Patienten entsprechen müssen, sondern auch physiologisch so weit wie möglich korrekt sein sollten.

Beschreibung der Symptomatik

Die Diagnostik beginnt, den Erwartungen des Patienten folgend, mit der genauen Exploration der Beschwerden. Dabei werden die Bedingungen des Auftretens der Symptomatik ebenso erfasst wie ihre Konsequenzen. Tages- und jahreszeitliche Rhythmen, Zusammenhänge mit anderen Problemen und die Ursachenzuschreibungen des Patienten sollen sorgfältig erhoben werden, damit spätere Erklärungen des Therapeuten und die therapeutischen Interventionen dazu passen.

Die Formulierungen des Patienten bei der Beschreibung der Symptomatik erlauben Rückschlüsse über die innere Repräsentation der Beschwerden, über Erlebnisqualitäten und über die Beziehung des Patienten zur Symptomatik. Oft sind darin Vergleiche oder spontane »Mini«-Metaphern enthalten, die später im hypnotherapeutischen Prozess als Ausgangspunkte für eine symbolische Arbeit effektiv genutzt werden können (»Die Haut fühlt sich an wie ein Kleid, das kratzt! Ich brauche Abstand!«).

Die bisher ausprobierten Methoden im Umgang mit der Symptomatik sowie frühere Therapieversuche – die erfolglosen und die erfolgreichen – werden erfasst, entweder um sie nicht erneut vorzuschlagen oder um sie auszubauen. Die Erhebung gibt gleichzeitig Informationen darüber, wie der Patient üblicherweise Probleme löst, und zeigt damit wichtige Lebensmuster auf.

Hinweise auf zeitliche oder metaphorische Zusammenhänge mit Konflikten werden vom Therapeuten registriert aber nicht vertieft.

Überweisungskontext

Unbedingt wichtig ist es, den Überweisungskontext anzusprechen:

»Wie kommen Sie her? Wer hat Sie überwiesen und mit welcher Absicht?« Hier kann oft ein kleines Reframing angemessen sein, indem man die Überweisung, die der Patient eventuell als Abschieben bewertet, als einen Akt der Fürsorge kennzeichnet: *»Was glauben Sie, wollte Ihr Arzt mit der Überweisung an mich erreichen? Was könnte er für Sie wollen? Er versucht offenbar, weitere Möglichkeiten für Sie zu finden!«* Es sollte in diesem Rahmen oder bei erster Gelegenheit (eher indirekt) verdeutlicht werden, dass man die medizinischen Methoden nicht gegen die psychologischen Methoden ausspielen wird. Man kann z. B. betonen, dass die jeweils angewendeten Methoden einander gut ergänzen können, weil es wirksame medizinische Methoden und wirksame psychologische Methoden im Umgang mit Symptomen oder deren Folgen gebe. Ein Hinweis auf die verbreitete Nutzung des mentalen Trainings im Sport (▶ Kap. 33) kann helfen, die Behandlung in einen leichter akzeptierbaren Zusammenhang zu stellen.

Biografische Anamnese

Die biografische Anamnese erfasst die augenblickliche Lebenssituation und die berufliche Entwicklung ebenso wie die Lebensbedingungen der Ursprungsfamilie. Familiäre Werthaltungen, überdauernde Lebensmuster und miteinander geteilte Glaubenssysteme sind von besonderer Bedeutung (z. B.: »Wir waren immer eine Familie, in der hart gearbeitet wurde!«). Auch die biografischen Bedingungen beim ersten Auftreten der zu behandelnden Symptomatik sind wichtig, weil sie Hypothesen über die entwicklungsbedingten Anforderungen erlauben, denen die Person damals ausgesetzt war (Haley 1978). Die Erhebung dieser Informationen erfolgt eher formell und zurückhaltend: *»Damit ich etwas von Ihrem Leben weiß, sodass ich mich besser auf Sie einstellen kann!«*

Konflikte, auch solche, die dem Untersucher offensichtlich erscheinen, werden zunächst **nicht** thematisiert. Sollte der Patient Konflikte von sich aus ansprechen, werden sie, soweit es der Rapport zulässt, auf später verschoben. Dieser Schritt ist wichtig, weil der Therapeut für die Konfliktbearbeitung noch kein Mandat hat, sondern allenfalls für die Behandlung der körperlichen Symptomatik. Außerdem nimmt er die zu erwartende Ambivalenz des Patienten konflikthaften Themen gegenüber ernst und gibt ihm die Möglichkeit, sich diesem Bereich langsam anzunähern. Bezogen auf die Gesprächsmethodik handelt der Therapeut in diesem Fall ebenso wie die meisten Patienten, nämlich eher konfliktvermeidend. Das wirkt als »pacing« und daher rapportfördernd.

Das frühzeitige Ansprechen eines Konflikts führt demgegenüber häufig zu Therapieabbrüchen, selbst dann (oder gerade dann), wenn eine Therapiestunde vom Therapeuten als intensiv oder nah erlebt wurde!

Diese Nähe löst beim Patienten Ängste aus, die er durch Distanzierung löst. Deshalb ist es oft günstig, Konflikte und therapeutische Nähe (noch!) etwas zurückzuschieben, auf später zu vertrösten und stets einen Schritt hinter den diesbezüglichen Wünschen des Patienten zu bleiben (Reisch 1994).

Hypnotherapeutische Diagnostik

Für die Erickson'sche Hypnotherapie ist die Nutzung (Utilisation) des persönlichen Stils und der individuellen Sichtweisen der Patienten ein entscheidendes methodisches Kennzeichen. Zeig (persönliche Mitteilung) hat eine Reihe hilfreicher Kategorien zusammengestellt, die ich zur hypnotherapeutischen Diagnostik verwende. Ziel dieser Diagnostik ist es, das hypnotherapeutische Vorgehen, etwa die spezifischen Metaphern, Suggestionen oder Umdeutungen (Reframings) möglichst genau auf die persönlichen Muster des Patienten zuzuschneiden (◘ Tab. 43.1).

Dabei soll nicht nur der Inhalt, sondern auch die Methodik der Therapie, etwa ihre Geschwindigkeit oder ihre Präsentation, an den Patienten angepasst werden. Zunächst gebe ich Zeigs Kategorien in eigenen Worten wider und gehe dann auf einige von ihnen beispielhaft ein, um mögliche Verwendungen zu illustrieren (◘ Tab. 43.1).

Die Beschreibungen der einzelnen Kategorien sollen kurz, konkret und verhaltensorientiert sein.

Tab. 43.1. Interaktionsmerkmale zur Rapportgestaltung

Aufhänger (Werte)	Welche Werte/Einstellungen schätzt der Patient? Durch welche individuelle Brille schaut er?
Ansprechbarkeit	Würde er eher auf direkte oder eher auf indirekte Vorschläge reagieren?
Aufmerksamkeit	Nach innen gerichtet – nach außen gerichtet fokussiert – diffus
Beziehungsgestaltung	Intrapunitiv – extrapunitiv »one up« – »one down« Geber – Nehmer intrinsisch motiviert – extrinsisch motiviert übernimmt Verantwortung – gibt Verantwortung ab
Informationsverarbeitung	linear – mosaikhaft vergrößern – verkleinern
Widerstand	Wogegen zeigt er Widerstand? Wie äußert sich der Widerstand?
Motivation	Wozu ist er motiviert? Wie motiviert er sich selbst? Beschreibe auch Inkonsistenzen
Kontrollstil	Wie kontrolliert der Patient die Beziehung? Zu welcher Art Kontrolle lädt er ein? Was erwartet er vom Therapeuten?
Repräsentationssysteme	Im Problembereich – im Ressourcenbereich
Nonverbales Verhalten	Im Problembereich – im Ressourcenbereich
Humor	Fröhlich, zynisch, resigniert etc.
Stärken	Welche Stärken sind erkennbar? Welche Schwächen könnten Stärken sein?
Symbolische Sprache	Welche Sprachbilder, Metaphern oder »Minimetaphern« benutzt der Patient selbst?
Problemstabilisierende Mechanismen	Durch welche Mechanismen und Strategien wird das Problem aufrechterhalten?
Hypnotische Phänomene	Welche hypnotischen Phänomene wird der Patient besonders gut können?
Konspirative Abwesenheit	Welche Details oder welche offensichtlich wichtigen Informationen fehlen?
Ziele der Stunde/Ziele der Therapie	Was möchte ich als Therapeut dem Patienten in dieser Stunde mitteilen? Welches wäre die kleinste Veränderung in Richtung auf das Ziel?
Compliance	Wie zeigt der Patient seine Mitarbeit?
Symbol für das Problem	Welche Symbole für das Problem in Form von Metaphern oder im Rahmen hypnotischer Phänomene können gefunden werden?

Mit ihrer Hilfe lassen sich wichtige Hinweise für den Behandlungsplan gewinnen, weil einerseits nutzbare Fähigkeiten des Patienten erkennbar werden und andererseits möglicher Entwicklungsbedarf deutlich wird. Ist etwa der Aufmerksamkeitsfokus des Patienten bevorzugt nach innen gerichtet, wird der Therapeut die Ressource »Innenwahrnehmung« nutzen, wobei das therapeutische Ziel möglicherweise die Förderung der »Außenwahrnehmung« beinhaltet. Ist jemand eher »Geber« als

»Nehmer«, kann das »pacing« darin bestehen, auf die Vorteile des Handelns für andere, etwa als Vorbild für die Kinder, zu verweisen, während das »leading« in Richtung »Sich-selbst-wichtig-nehmen« geht.

Besonders wichtig erscheint mir die Kategorie Aufhänger (Werte). Wenn ich z. B. erfahre oder erschließe, dass für einen Patienten »hart arbeiten« ein bedeutsames Wertekriterium ist, kann ich diese Information sowohl für das »pacing« (»es ist im Leben oft wichtig, sich voll und ganz für etwas einzusetzen.«) als auch für das »leading« nutzen. Ein therapeutisches Teilziel könnte sein, eine größere Genussfähigkeit zu entwickeln, ohne jedoch die Einstellung »harte Arbeit ist wichtig« abzuwerten. Sowohl für die Motivierung des Patienten aber auch für wirksame Reframings, akzeptierbare indirekte Suggestionen oder angemessene Metaphern ist die Kenntnis grundlegender Wertsetzungen des Patienten von entscheidender Bedeutung.

Weiterhin ist die Kenntnis der Repräsentationssysteme des Patienten im Problem- und im Ressourcenbereich hilfreich. Patienten mit psychosomatischen Störungen erleben und verarbeiten Probleme oft körperlich-kinästhetisch. Die Therapie nimmt daher die kinästhetische Wahrnehmung zum Ausgangspunkt und bewegt sich hin zu einer visuellen und akustischen Repräsentation der Symptomatik.

Eine Therapie mit Metaphern und Symbolen kann die Eigenmetaphern und Sprachbilder des Patienten, aber auch die metaphorische Verwendung einzelner Worte sehr effektiv nutzen. Der Satz: »Das musste ich in letzter Zeit alles schlucken«, kann z. B. Anlass sein, in einer Trance metaphorisch verschiedene Aspekte des »Schluckens« aufzubereiten. Besonders wenn die Patientenmetaphern mit dem Problembereich, im Fall des »Schluckens« vielleicht mit einem Globusgefühl, mit Magen- oder Darmbeschwerden verknüpft sind, fordern sie eine weitere Verwendung geradezu heraus, da sie einen Teil des inneren Prozesses des Patienten bereits beschreiben und damit ein gutes »pacing« darstellen.

Hypnotherapeutisch interessant ist weiterhin der Bereich »problemstabilisierende Mechanismen«. Es ist hilfreich, wenn der Therapeut erkennt, welche Strategien der Patient anwendet, um sich in den Problemzustand hineinzuhypnotisieren, was er denkt, sich vorstellt, sich sagt oder innerlich spürt, um seine Problemhypnose zu erzeugen. In der Therapie kann man diesen Prozess aufgreifen und ihn anwenden, um dann den üblichen Ablauf inhaltlich oder formal so zu verändern, dass er zu einem neuen und besseren Ende kommt. Daneben ist in diesem Zusammenhang an mögliche Auslöser aus der Umwelt sowie an Funktionen des Symptoms im System des Patienten zu denken.

Was die »hypnotischen Phänomene« betrifft, so können Patienten mit psychosomatischen Symptomen üblicherweise positive kinästhetische Halluzinationen leichter verwenden, jedoch weniger leicht visuelle Halluzinationen. Allerdings sind die kinästhetischen Wahrnehmungen oft negativ besetzt. Die Kategorie »hypnotische Phänomene« zielt zudem auf die Frage, welche davon zur Symptomerzeugung angewendet werden. Der Problemzustand könnte etwa mit einer spontanen Altersregression verbunden sein. In diesem Fall fällt dem Patienten eine Altersregression auch unter anderen Bedingungen leicht, sodass sie auf einfache Weise zu therapeutischen Zwecken utilisiert werden kann.

Zu Schritt 4: Herausarbeiten von Zielen und Ressourcen. Die zu erarbeitenden Ziele und Ressourcen müssen in dieser Phase noch nicht notwendigerweise in eindeutigem Zusammenhang mit der Symptomatik stehen. Da Stressphänomene regelmäßig psychosomatische Symptome verstärken und im Gegenzug die psychosomatischen Symptome Stress hervorrufen, ist oft eine allgemeine Stressreduzierung z. B. als Ressourcenorientierung zu Beginn der Therapie nützlich. Diese Stressreduzierung kann etwa durch Einleitung einer Tranceerfahrung am Beispiel einer entspannenden Erinnerung, eines Ruhebildes oder eines erwünschten Wohlgefühls im Körper begonnen werden. Dafür bieten sich »Sekundärziele« an, die den Wünschen des Patienten entsprechen, z. B. Entspanntheit, Wärme, Kühle, Schwere, Weichheit, Gelassenheit, innere Ruhe, Geborgenheit. Will man dem Patienten später Selbsthypnosemethoden anbieten, können diese Erfahrungen dafür ausgebaut werden. Außerdem lernt der Patient dadurch auf indirekte Weise, dass die Behandlung weniger durch »Entfernen« von Symptomen als durch »Hinzufügen« von Ressourcen geschieht.

In einem weiteren Schritt kann man mit dem Patienten auf die Symptomatik bezogene Ziele erarbeiten, die er in seiner Selbsthypnose – auch mithilfe individuell erstellter Audiokassetten – verwenden kann:

»Mein Bauch ist ganz ruhig. Das Herz schlägt ruhig und gleichmäßig. Das Blut durchströmt meine Hände gleichmäßig und warm.«

Wirksamer als solche direkten allgemeinen Suggestionen, aber auch aufwendiger herzustellen, sind metaphorische Geschichten, in denen auf indirekte Weise Methoden und Möglichkeiten im Umgang mit den Symptomen und den vermuteten Hintergründen angeboten werden (Krause u. Revenstorf 1997; Fahle u. Ertle 1996; Harvey 1989; Horton-Hausknecht u. Mitzdorf 1997; Schmidt 1992; Weber 1991; Whorwell 1984).

Dieser Zugang zur Behandlung ist häufig hilfreich, bleibt aber vielleicht unvollständig, wenn er stärker auf die »Entfernung« der Symptomatik fokussiert als auf eine psychische Integration. Aus einer so begonnenen Therapie lässt sich später die weitere Integrationsarbeit entwickeln.

Zu Schritt 5: Erzeugung einer symbolischen Symptomrepräsentation

Symptomatik mit Trauma oder traumaähnlicher Erfahrung

Manche Symptome können von ihrer Genese her in engem Zusammenhang mit einem psychischen Trauma gesehen werden. Dann kann es sinnvoll sein, zunächst die entsprechende Situation aus der Vergangenheit zu bearbeiten und zu bewältigen.

Folgende Schritte haben sich bewährt:

- Auffinden der traumatischen Erfahrung mithilfe einer Altersregression
- Veränderung der traumatischen Erfahrung in der Vergangenheit
- Extrahieren von Lernerfahrungen
- Zukunftsprojektion (s. Schritt 8)

Fallbeispiel

Eine Patientin mit juckenden Ausschlägen am ganzen Körper suchte in einer Altersregression nacheinander mehrere Szenen auf, in denen sie ähnliche Körpergefühle erlebt hatte. Sie sah im Alter von etwa 7 Jahren eine Szene, in der sie von ihrer Mutter dazu gezwungen wurde, ein kratzendes Kleid zu tragen. Gefühle von Wut und Hilflosigkeit begleiteten damals wie heute die Szene. In der Behandlung wurde ihr angeboten, zuerst dem Kind zu helfen und es mit Ressourcen zu versorgen, es zu trösten und zu beschützen. Anschließend wurde aber auch nach Ressourcen gesucht, die hilfreich für die Mutter gewesen wären. Es wurde durchgespielt, wie die entsprechenden Szenen unter anderen, hilfreicheren Bedingung abgelaufen wären. Diese Arbeit führte dazu, dass eine innere Verständigung mit der Mutter stattfinden konnte, die ihr half, die richtige Distanz zu wahren und die Symptomatik Stück für Stück zu vermindern. Längere Zeit blieb »etwas von dem Jucken« als Hinweisreiz für eine ungenügende Klarheit in der Beziehung bestehen. Mit diesen Hinweisen war die Patientin aber durchaus einverstanden, weil sie sie sehr nützlich fand.

Wichtig erscheint mir in diesem Fallbeispiel, dass am Ende alle Beteiligten adäquat behandelt worden sind. Auch in diesem Fall steht therapeutisch der Aspekt der Integration und Versöhnung im Vordergrund. Das ist keine Frage von Schuld oder Unschuld, sondern eine Frage wirksamen und hilfreichen Vorgehens. Wenn man sich bewusst macht, dass die inneren Repräsentanzen eines Menschen (hier das innere Bild der Mutter) immer auch eigene Anteile repräsentieren, wird dieser Zusammenhang sofort klar.

Symptomatik ohne Trauma

Anknüpfend an die Symptombeschreibung wird eine symbolische visuelle oder (selten) akustische Repräsentation des Symptoms erzeugt. Da im psychosomatischen Bereich der Problemkontext auf der körperlich/kinästhetischen Ebene erlebt wird, bedeutet eine Umwandlung des kinästhetisch erlebten Symptoms in eine visuelle Repräsentation häufig einen Übergang zu einem Bereich, in dem mehr Ressourcen vorhanden und nutzbar sind. Methodisch werden hier Fragen nach den einzelnen Qualitäten (Submodalitäten) der Sinnesempfindungen und das Überlappen der Repräsentationssysteme verwendet.

Beispiele für verschiedene Sinnesqualitäten

Qualitäten des kinästhetischen Sinnes

- Lokalisation und Ausdehnung der Empfindung

- Qualität: angespannt, entspannt, prickelnd, weich, fest
- Bewegung: ruhig, stetig, ausstrahlend, rhythmisch, gleichmäßig
- Temperatur: kalt, kühl, warm, lau, heiß
- Empfundene Form: rund, eckig, eiförmig, symmetrisch, unsymmetrisch
- Empfundene Oberflächenbeschaffenheit: glatt, rau

Qualitäten des visuellen Sinnes

- Farbe: schwarz/weiß, farbig, einzelne Farben
- Helligkeit: hell, dunkel
- Farbkonstanz: gleichbleibend, changierend, pulsierend
- Form und Größe: quadratisch, rund, rechteckig
- Bewegung: lebhaft, schnell, langsam, rhythmisch
- Rahmen/Begrenzung: vorhanden oder nicht, welcher Art
- Anzahl: einzelnes Bild, mehrere Bilder, Filmsequenz

In Trance – z. B. mit Rückgriff auf ein anfänglich entwickeltes Ruhebild – wird der Patient gebeten, sich auf den Problembereich innerhalb seines Körpers zu konzentrieren. Ist das Symptom im Augenblick nicht vorhanden, kann er sich an eine Situation erinnern, in der es deutlich spürbar war. Der Therapeut fragt dann nach kinästhetischen Sinnesqualitäten, wobei zunächst die am leichtesten zu beantwortenden Fragen gestellt werden (Ort, Ausdehnung, Bewegung, Druck, Temperatur). Die Antworten können ausgesprochen werden, es reicht aber, wenn der Patient sie sich innerlich vorstellt. Anschließend wird zu den Sinnesqualitäten übergegangen, die bereits eine gewisse Verbindung zum visuellen Repräsentationssystem haben (Form, Oberflächenbeschaffenheit). Sobald der Therapeut feststellt, dass die Nähe zur visuellen Wahrnehmung hergestellt ist, kann der Übergang zum visuellen System erfolgen. Es werden nun Fragen aus dem Bereich der Sinnesqualitäten des visuellen Systems gestellt, z. B.:

»Angenommen, der Gegenstand hätte eine Farbe, welche Farbe würde am besten passen? Ist die Farbe glänzend oder matt, hell oder dunkel, gleichmäßig oder changierend? Wie sieht – wenn vorhanden – die Umgebung aus?« etc.

Diese symbolische Repräsentation des Symptoms wird so weit angereichert, dass eine möglichst klare visuelle Vorstellung entsteht. Man muss beachten, dass die Anreicherung der Vorstellung das ursprüngliche Symptom zumindest in abgeschwächter Form hervorbringt. Dies ist einerseits ein wichtiger Hinweis darauf, auf dem richtigen Weg zu sein; andererseits wird der Patient abbrechen wollen, wenn die Symptomatik zu unangenehm wird. Daher ist es wichtig, die nonverbalen Zeichen genau zu registrieren und zum nächsten Schritt, der Externalisierung, überzugehen, bevor die Empfindungen zu belastend werden.

Der eben beschriebene längere Prozess kann manchmal umgangen oder abgekürzt werden, indem der Patient in Trance angeleitet wird, sich von seinem Unbewussten ein passendes Symbol für das zu bearbeitende Symptom geben zu lassen. Dies wäre eine Intervention für hypnotherapeutisch »geübte« Patienten und für solche, die die Metapher des Unbewussten bereits verinnerlicht haben. Ich ziehe bei ungeübten Patienten den ausführlicheren Prozess aber auch deshalb vor, weil er implizit die Suggestion enthält, dass der Patient selbst aktiv ist und den Prozess der Symbolentwicklung mitbestimmt. Die Metapher des »Unbewussten« (Peter 1998) muss für den Entwicklungsprozess noch nicht eingeführt oder gar akzeptiert sein, sondern ihre individuell bedeutsame Funktion ergibt sich erst langsam und organisch.

Zu Schritt 6: Externalisierung der Symptomrepräsentation. Sobald eine klare visuelle Repräsentation erreicht ist, wird die symbolische Repräsentation externalisiert. Das bedeutet nichts anderes als das Symptom aus einer anderen Perspektive zu betrachten (White u. Epston 1994) bzw. das, was Piaget mit dem Begriff der Dezentrierung als signifikanten Schritt in der kognitiven Entwicklung beschrieben hat (Peter 1987). Der Therapeut kann den Patienten fragen:

»Wenn das Bild hier im Raum wäre, wo würden Sie es lokalisieren? … Wie weit wäre es von Ihnen entfernt? … Wie groß wäre es? … Hätte es einen Rah-

men? … Wäre es ein Bild wie ein Foto oder Dia, oder wäre es ein Film?«

Diese Fragen dienen der Stabilisierung und Verankerung der Vorstellung sowie ihrer weiteren Anreicherung. Die Externalisierung des Bildes empfindet der Patient gewöhnlich als Erleichterung. An dieser Stelle bietet sich gegebenenfalls eine Unterbrechung an. Man kann die Stunde damit beenden, dass man etwa dem Bild einen passenden Rahmen zuordnen lässt und einen »guten Platz« findet, »an dem es bis zur nächsten Stunde aufgehoben ist, und Sie es, wenn Sie wollen, gelegentlich betrachten können.«

Wichtig ist, dass der gewählte Platz adäquat ist, keinesfalls sollte er für den Patienten negativ besetzt sein. Denn hier wird bereits symbolisch mit einem persönlichen Anteil des Patienten gearbeitet, der bisher noch unverstanden ist, aber nicht – auch nicht indirekt – mit Zustimmung des Therapeuten negativ bewertet werden sollte.

Fallbeispiel

Ein Patient, dessen zuerst genanntes Ziel »Abstand gewinnen« war, berichtete in der nächsten Stunde nach einer solchen Arbeit von verstärkten Symptomen. Auf die entsprechende Nachfrage erzählte er, er habe das Bild soweit »auf Abstand« gebracht, dass es für ihn nicht mehr sichtbar gewesen sei. Offenbar war dies der Versuch einer »chirurgischen« Lösung, die nicht gelungen war, und eine Symptomverstärkung zur Folge hatte.

Zu Schritt 7: Utilisation der Symptomrepräsentation. Die weitere Arbeit mit dem Symbol betrachte ich als eine »Versöhnungsarbeit« (Seemann 1998). Ziel ist es, von einer Kampfbeziehung zu einer kooperativen Beziehung in Bezug auf das Symptom zu kommen. Dazu ist es notwendig, wichtige, bisher nicht wahrgenommene Aspekte der symbolischen Repräsentation (bzw. der Symptomatik) neu und sinnhafter als bisher zu bewerten, enthaltene nützliche »Informationen« zu verstehen, das Symptom als Partner kennenzulernen und mit ihm eine kooperative Beziehung aufzubauen. Verschiedene Möglichkeiten stehen dafür zur Verfügung.

Nutzung des Symbols als Meditationsbild

Nach der Entwicklung des Symbols wird der Patient im Rahmen einer Trance, die nicht notwendigerweise tief sein muss, angeleitet, das Bild wahrzunehmen, es zu betrachten und auf mögliche Veränderungen zu achten. Solche Veränderungen sollen nur wahrgenommen, jedoch nicht absichtlich erzeugt werden. Handelt es sich um einen inneren Film, kann er eine Weile betrachtet werden. Häufig ergibt schon die geduldige Betrachtung zunehmend angenehmere Bilder. Ist man bis zu einem Bild angelangt, dessen Inhalt nicht nur negative Assoziationen auslöst, kann man dem Bild einen Platz geben, an dem es mehrmals täglich angeschaut werden kann, ohne dass es absichtlich verändert wird. Zeigt das Bild »spontane« Veränderungen, sollen diese registriert aber nicht absichtlich verändert werden.

Fallbeispiel

Einer Patientin, die wegen einer anderen Diagnose in psychotherapeutischer Behandlung war, waren wegen eines unklaren Zahnschmerzes bereits drei Weisheitszähne entfernt worden. Nun schmerzte der Vierte und auch diesmal gab es keine ausreichende Erklärung für den Schmerz. Als der Zahn gezogen werden sollte, bat sie um Behandlung. Aus der Schmerzempfindung wurde ein »Meditationsbild« entwickelt, dem sie einen persönlichen Platz gab, an dem sie es morgens und abends betrachten konnte. Im Verlauf der Symbolentwicklung war das Symbolbild nach einer längeren Reise durch sehr verschiedenartige Gegenden – zuerst wüstenartige dann immer lebensfreundlichere – zu einem persönlichen Ruhebild am Strand geworden. Dies reichte aus, das Schmerzerleben so zu verändern, dass es auch ein Jahr später keinen Grund mehr gab, den Zahn zu entfernen. Eine kognitive Interpretation fand nicht statt.

Utilisation der Qualitäten des Symbols

Einen stärker kognitiven Ansatz stellt das Herausarbeiten der »nützlichen« Qualitäten des Symbols dar. Dabei entwickelt der Patient aus dem Bild Qualitäten, die er anerkennen kann. So z. B. kann ein Brikett (gepresste Kohle oder Holzkohle) die Qualitäten »geballte Energie«, »Festigkeit« oder »abwartende Hitze« besitzen. Man kann den Patienten Vorschläge machen lassen, oder als Thera-

peut selbst Angebote machen. Wichtig ist, dass der Therapeut die nonverbalen Reaktionen des Patienten genau beachtet und alle Vorschläge wieder verlässt, die nonverbal keine Zustimmung finden. Häufig reicht es, wenn für negativ getönte Qualitäten eine positive Formulierung (Reframing) gefunden wird. Anschließend kann man den Patienten nach Gelegenheiten in seinem Leben fragen, an denen ihm die gefundenen Qualitäten hilfreich sein könnten. Mit diesen Qualitäten als Ressourcen können sowohl vergangene Ereignisse bewältigt als auch zukünftige im Rahmen einer Zukunftsprojektion durchgespielt werden.

Symbole als Kommunikationspartner

Eine weitere Möglichkeit ist, das Symbol zu einem Kommunikationspartner weiter zu entwickeln. Enthalten die bisher entwickelten Bilder Personen, dann können diese Personen zum Sprechen gebracht werden. Sind die Symbole beweglich oder verändern sie sich, können sie wie ideosensorische Signale weiterbehandelt werden:

»Angenommen, das Symbol würde mit Ihnen Kontakt aufnehmen, wie würde es Ihnen ein »Ja« signalisieren? Bitten Sie das Symbol um ein Ja-Signal und beobachten Sie es!«

Genauso lässt sich ein ideosensorisches Nein-Signal etablieren. Ziel der weiteren Arbeit ist, in einen Interaktionsprozess mit dem Symbol einzutreten, sodass der Patient »Informationen« erhält, was dieser innere »Teil«, der für die Symptomatik verantwortlich ist, ihm rät, wozu er wichtig ist, was seine Funktion ist. Aufgabe des Therapeuten ist, den Interaktionsprozess zwischen Patient und Symptomrepräsentation so zu begleiten, dass eine Interaktionsform entsteht, in der der Patient die Informationen der Symptomrepräsentation Stück für Stück mehr akzeptieren und die enthaltenen Botschaften als Hilfen nutzen kann.

Auf der direkten Ebene werden in dieser Phase zunächst Informationen gesammelt, die ein besseres Verständnis der Symptomatik erlauben und daher für den Patienten und sein Leben bedeutungsvoll sind. Auf der indirekten Ebene ist die Weiterentwicklung einer partnerschaftlichen Interaktionsform von entscheidender Bedeutung. Ihr Gelingen ist das Hauptkriterium für den positiven Verlauf des therapeutischen Prozesses. Manchmal sind dazu längere »Verhandlungen« nötig. Formell kann in diesem Prozess etwa das Modell des Symptomreframings (Stahl 1988) verwendet werden. Wenn der Patient – meist mehrere – wichtige Informationen über wesentliche Ziele und über ihre Umsetzungsmöglichkeiten in sein Leben erhalten hat, wird zur Zukunftsprojektion übergeleitet.

Zu Schritt 8: Zukunftsprojektion. In der Zukunftsprojektion werden die Ideen, Vorschläge und Hilfen, die der Patient im vorherigen Schritt erfahren hat, probeweise in eine Zukunftsszenerie umgesetzt. In Trance wird eine Altersprogression in einen bestimmten Abschnitt der Zukunft des Patienten vorgenommen. Er kann wahrnehmen, wie bestimmte Abschnitte seines Lebens verlaufen werden, wenn die vorher gefundenen Möglichkeiten umgesetzt sind. Sollten sich verbale oder nonverbale Einwände gegen die Veränderungen ergeben, kehrt man zum vorherigen Schritt zurück und findet Wege, die Einwände einzubeziehen und zu bewältigen (zum Thema Altersprogression ► Kap. 22).

Zu Schritt 9: Reintegration der Symptomrepräsentation. Zum Schluss wird die Externalisierung der Symptomrepräsentation wieder rückgängig gemacht. Im Laufe der Behandlung hat sich das Symbol für die Symptomatik verändert. Es ist von einem abgelehnten Anteil zu einem Ratgeber oder Helfer geworden, der unter Umständen noch eine Weile gebraucht wird. Ist die Symptomrepräsentation auf der Symbolebene geblieben, kann es hilfreich sein, dass sie einen guten Platz im Körper findet, wo der Patient sich mit ihr wohlfühlt. Sie wird zu einem positiven »Anker«, der wichtige Informationen repräsentiert. Hat sie sich zu einer »Person« entwickelt, ist vielleicht ein Abschiedsritual angemessen oder es ist eine Form gelegentlichen Wiedertreffens zu vereinbaren. Der passende Weg wird gemeinsam mit dem Patienten und dem Symbol als Kommunikationspartner entwickelt.

Fazit

Bei der Behandlung psychosomatischer Leiden werden häufig verschiedenartige weitere Probleme deutlich, die zusätzliche oder begleitende Interventionen notwendig machen. Das hier beschriebene Vorgehen deckt nicht alle notwendigen Maßnahmen ab, sondern zeichnet eine Therapie nach, die möglichst nah an der Symptomatik bleibt und metaphorische und systemische Bezüge integrieren kann. Sie ist grundsätzlich als Kurztherapie angelegt, wobei die Länge der einzelnen Therapiephasen je nach Kontext- und Rapportbedingungen sehr unterschiedlich sein kann.

Psychosomatische Störungen

Ortwin Meiss

44.1 Störungsbild – 548

44.1.1 Überlegungen zu Alexithymie und Informationsverarbeitung – 548

44.2 Intervention – 549

44.2.1 Hypnotherapie für die Diagnostik psychosomatischer Patienten – 549

44.2.2 Zur Methodik des hypnotherapeutischen Vorgehens – 550

44.2.3 Umgang mit Patienten mit Widerstand – 553

44.2.4 Metaphern und Symbole – 554

44.2.5 Symbolisierung und Positionswechsel – 555

44.2.6 Altersregression in der Arbeit mit psychosomatischen Patienten – 556

44.2.7 Fokussierung auf das Symptom und Nutzen der Affektbrücke – 556

44.2.8 Arbeit mit Symbolen als Einstieg in Regressionsprozesse – 557

Hypnotherapeutische Methoden sind bei psychosomatischen Patienten in vielfältiger Weise einsetzbar und ermöglichen eine deutliche Beschleunigung der therapeutischen Behandlung. Der Beitrag beschreibt die Arbeit mit Trance und die Nutzung des unbewussten Wissens des Patienten für die Diagnostik und Therapie psychosomatischer Störungen.

44.1 Störungsbild

44.1.1 Überlegungen zu Alexithymie und Informationsverarbeitung

Da genauere diagnostische Informationen zu den verschiedenen psychosomatischen Störungsbildern schon im vorausgehenden Kapitel gegeben wurden, sollen im Folgenden nunmehr einige Überlegungen zu Alexithymie und Informationsverarbeitung angestellt werden.

Patienten mit psychosomatischen Störungen gelten als schwierige Patienten, da sie oft wenig Informatives über die psychischen und sozialen Hintergründe ihrer Störung zu berichten wissen. Tatsächlich scheinen viele dieser Patienten wenig Zugang zu ihren Gefühlen zu haben und nur schwer eine Beziehung zwischen den beklagten Störungen und ihrer Lebenssituation sowie ihrer emotionalen Befindlichkeit herstellen zu können. Der Begriff »Alexithymie« (Nemiah 1977; von Rad 1983; Franz et al. 1996) dient üblicherweise als Bezeichnung für dieses Phänomen: Psychosomatische Patienten könnten Gefühle und belastende Lebensumstände schlecht wahrnehmen und gerade deshalb entstünden ihre Störungen.

Bei genauer Betrachtung findet man dieses Phänomen auch bei anderen Störungen. Depressive Patienten können ebenfalls oft nicht beschreiben, was ihnen im Leben fehlt. Viele Angstpatienten behaupten, die Angst käme aus heiterem Himmel, sonst sei im Leben alles in Ordnung. Paare sind ratlos, warum in ihrer Beziehung die Sexualität verschwunden ist, Familienmitglieder verstehen nicht, warum die Tochter magersüchtig geworden ist, obwohl sich doch alle gut verstehen.

Darüber hinaus gibt es durchaus psychosomatische Patienten, die in der Lage sind, ihre Gefühle wahrzunehmen und zu beschreiben. Nach meiner Beobachtung sind dies meist Patienten, die unter Störungen leiden, die situationsspezifisch auftreten oder sich direkt infolge bestimmter Lebensereignisse entwickelt haben.

Wann ergeben sich also Probleme bei der Wahrnehmung der psychischen und psychosozialen Hintergründe einer Störung? Sie entstehen vor allem dann, wenn sich die Symptome langsam und schleichend entwickeln, oder wenn die Symptome aus langvorhandenen Lebensumständen und grundlegenden Lebenseinstellungen resultieren.

Beides ist bei der Entstehung vieler psychosomatischer Störungen von Bedeutung. Die Symptomatik entsteht oft als Folge von chronischen Überbelastungen und langandauerndem Stress. Bedingt durch die langsame Entstehung der Störung bei gleichbleibenden Lebensumständen und -einstellungen entstehen keine wahrnehmbaren Veränderungen, die der Patient seinem Missbefinden zuordnen kann: »Eigentlich ist alles wie immer.« Es entsteht kein Unterschied, der einen Unterschied macht, und damit keine relevante Information (Bateson 1971). Wenn sich etwas sehr langsam verändert oder wenn etwas chronisch wird, entgleitet es unserer Beobachtung. Das gilt für unsere Psyche wie für unseren Körper. Eine chronische Verspannung ist kaum noch spürbar, ein eingefahrenes Verhaltensmuster wird kaum bemerkt und reflektiert. Der psychosomatische Patient ist somit »blind« für die Zusammenhänge, die ihm das Entstehen seiner Störungen erklären könnten.

Wie kann aus einem Blinden wieder ein Sehender werden? Eine in vielen Fällen mühsame und unpraktikable Methode ist die Befragung und Exploration des Patienten nach verhaltensdiagnostischen und anamnestischen Schemata, die in der Regel sowohl den Patienten wie auch den Therapeuten frustriert. Ähnlich ist es mit Deutungen und Interpretationen, die den Patienten entweder nicht überzeugen oder nur oberflächlich erreichen. Selbst wenn dem Behandler eine zutreffende Deutung gelingt, ist es für den therapeutischen Prozess wesentlich förderlicher, wenn der Patient selbst die therapeutisch bedeutsamen Zusammenhänge erkennt und seine Deutungen und Interpretationen selbst findet.

Bezug nehmend auf Bateson wäre also zu fragen: Wie wird aus dem, was der Patient bisher nicht

wahrnehmen konnte, ein Unterschied, der einen Unterschied macht?

44.2 Intervention

44.2.1 Hypnotherapie für die Diagnostik psychosomatischer Patienten

Die Beobachterperspektive und die Externalisierung von Symptomen

Bei anderen die Fehler zu sehen, die man selbst macht, und anderen gute Ratschläge zu geben, die man selbst gut gebrauchen könnte, ist einfacher, als die eigenen Mängel und Änderungspotenziale wahrzunehmen. »Der Schuster hat die schiefsten Schuhe!« sagt das Sprichwort, und wer kennt nicht Kollegen, die anderen ausgezeichnet helfen können, aber völlig hilflos vor den eigenen Problemen stehen. Sich selbst kritisch ins Gesicht zu schauen, ist eine schwierige Übung.

Paare, die sich ständig streiten, merken meist nicht, wie sie miteinander umgehen. Das ändert sich dramatisch, wenn sie sich streitend auf Video sehen. Der erhellende und Erkenntnis bildende Effekt entsteht durch die Beobachtungsperspektive, in der der Zuschauer, sich selbst und seine soziale Umgebung von Außen sieht. Satire und Kabarett nutzen diesen Effekt und führen den Zuschauern in übertriebener und pointierter Weise das vor Augen, was sie alltäglich erleben.

Eine Patientin aus der Film- und Medienbranche bat ich, bestimmte Interaktionssequenzen, die sich zwischen ihr und ihrem Freund abspielten, und die sie selbst als völlig normal empfand, in einen Liebesfilm einzubauen. Trotz redlicher Bemühungen gelang ihr das nicht. Vielmehr führte sie die Vorstellung, diesen Interaktionsstil auf einer Kinoleinwand zu sehen, zu der Erkenntnis, dass in ihrer Beziehung Achtung und Liebe verloren gegangen waren.

Wieso sind wir durch den Blick von Außen fähig, Muster und Strukturen wahrzunehmen, die uns sonst verborgen bleiben? Es ist die **Beobachterperspektive**, die das Erkennen ermöglicht. Führt uns jemand unser eigenes Verhalten vor Augen, so unterscheidet sich dieses von dem Verhalten anderer Personen, welches wir ebenfalls aus der Perspektive des Zuschauers beobachten. Sehen wir uns und unserer Verhalten und unsere Interaktionen auf Video, so unterscheidet sich das, was wir wahrnehmen, von der Beobachtung der Interaktionen und dem Verhalten anderer Menschen, denen wir sonst zuschauen. Was vorher nicht erkennbar war, macht wieder einen Unterschied und wird zu einer Information, die Bedeutung bekommt.

Piaget hat es als einen wichtigen Schritt in der kognitiven Entwicklung des Kindes beschrieben, die ursprünglich egozentrische Position verlassen und eine andere Perspektive einnehmen zu können; er nannte diesen Vorgang **Dezentrierung** (Peter 1987). In der Sprache von Piaget müssen viele Patienten wieder neu lernen zu dezentrieren.

Therapeutische Nutzung der Beobachterperspektive

Für die Psychotherapie ist dieser Effekt in vielfältiger Form nutzbar. In diesem Beitrag wird lediglich die Anwendung bei psychosomatischen Störungen dargestellt. Wie erwähnt sind psychosomatische Erkrankungen oft die Folge von psychophysiologischen Fehlsteuerungen im Zusammenhang mit grundlegenden Lebenseinstellungen und über längere Zeit bestehenden Lebensumständen. Sie sind für den Betroffenen mit den eigenen Einstellungen, Haltungen, Wertvorstellungen und zu dem ihn umgebenden psychosozialen Umfeld schwer in Beziehung zu setzen. Dieses ändert sich, wenn der Patient eine Vorstellung von einer Person entwickelt, die die gleiche Störung bzw. Erkrankung hat wie er, der Patient selbst. In dem Moment gerät er in die Beobachterperspektive sich selbst gegenüber und erkennt in der Regel sofort und ohne Mühe, was im Leben dieser Person und damit unausgesprochen in seinem eigenen Leben nicht stimmt.

Fallbeispiel

Verstopfung (Die Betonwüste)

Eine junge Studentin klagt seit Jahren über chronische Verstopfung. Behandlungsversuche mit Naturheilmittel und Medikamente bleiben ohne Ergebnis, sodass sie schließlich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nimmt. Bei der Schilderung ihrer augenblicklichen Lebenssituation erklärt sie auf Befragen, dass sie seit Jahren keinen Urlaub mehr gemacht habe und auch keine Beziehung zu einem Freund habe. Dies alles brauche sie nicht, da ihr andere Dinge, wie z. B. ihr Stu-

dium, wichtiger seien. Auf vorsichtiges Nachfragen versteift sie sich auf diese Ansicht.
Eine Trance wird induziert, und ich frage sie nach einem Bild, das zu ihrer Lebenssituation passt.

- Therapeut: »Wenn zu dem Leben, das Sie führen, etwas passen würde, wie eine Landschaft, seien Sie mal neugierig, welche Ihnen ganz von selbst erscheint.«
- Patientin: »Ich sehe eine Betonwüste.«
- Therapeut: »Und wenn da ein Mensch lebt, schauen Sie einmal, wie der aussieht.«
- Patientin: »Der sieht aus wie ein Strichmännchen. Ganz dürr, nur Knochen und ganz verspannt. Der rennt da ganz alleine durch diese Häuserschluchten. Sonst ist da niemand.«
- Therapeut: »Wenn man fühlen könnte, was dieser Mensch fühlt, was sind das für Gefühle.«
- Patientin: »Der fühlt nichts, der hat keine Gefühle. Der steht nur unter Spannung. Das ist wie eine Situation, die man aushalten muss, wo man irgendwie nicht raus kann.«
- Es ist zu beobachten, dass Verstopfungen häufig in Situationen auftreten, wo die Betroffenen ihre Gefühle unterdrücken und sich verspannen, um eine unangenehme Situation auszuhalten. Man spricht im Volksmund davon, »den Arsch zusammen zu kneifen«, um etwas Unangenehmes durchzuhalten.
- Therapeut: »Was würde denn passieren, wenn diese Person die Fassung verliert, und was würde sie fühlen, wenn sie etwas fühlt?«
- Patientin: »Dann entstände ein Gefühl von Ausweglosigkeit und Verzweiflung.«

Die Patientin wird nun gebeten, sich eine Person vorzustellen, zu der diese psychosomatische Störung überhaupt nicht passt, und die diese Störung niemals bekommen könnte. Spontan entwickelt sich das Bild einer über eine saftige bunte Wiese hüpfenden jungen Frau, die auf eine Gruppe von jungen Leuten zuläuft, die ein Picknick machen. Ihr Leben ist bunt und reichhaltig, enthält ausreichend Freizeit und Raum für eigene Interessen. Sie fühlt sich beweglich und hat einen guten Kontakt zu ihrem Körper, den sie spürt und der ihr Freude bereitet. Sie kann gut allein sein und fühlt sich gleichzeitig verbunden mit der Natur und mit anderen Menschen.

44.2.2 Zur Methodik des hypnotherapeutischen Vorgehens

Meinen Erfahrungen nach führt das beschriebene Verfahren bei nahezu allen psychosomatischen Patienten zu wertvollen Informationen, welche die Entstehungsdynamik der Störung sowie ihren Zusammenhang zu Lebenshaltungen und Lebensumständen deutlich werden lässt. Das Vorgehen ist besonders effektiv, weil es dem Patienten die Möglichkeit gibt, selbst die Zusammenhänge zu erkennen, er also nicht auf Deutungen des Therapeuten angewiesen ist. Über die Vorstellung einer Person, zu der die Störung überhaupt nicht passt, entwickelt der Patient Ideen und Lösungsstrategien zur Veränderung seiner Problematik. Hierzu sind folgende therapeutischen Schritte notwendig.

Therapeutische Schritte

1. Vorbereitung – die Aktivierung von Trance
2. Aktivierung der Beobachterperspektive
3. Erweiterung des Verfahrens
4. Nutzung der »symptomfreien Person« als Ressource

Zu 1: Vorbereitung – die Aktivierung von Trance. Man erhält sehr unterschiedliche Ergebnisse bei dem skizzierten Verfahren, je nachdem ob man den Patienten in einem normalen Wachzustand oder in Trance dazu anregt, die oben beschriebene Beobachterposition einzunehmen. Fragt man den Patienten im normalen Gespräch nach einer Person, welche die gleichen Störungen aufweist wie der Patient selbst, fällt ihm entweder keine ein (»Woher soll ich das wissen?«), oder er präsentiert vorgedachte Erklärungen und Denkweisen.

In Trance entstehen die Bilder, Vorstellungen und Phantasien ideodynamisch, d. h. wie von selbst ohne bewusstes Zutun. Es sind spontane Einfälle, die wir als **unwillkürlich** erleben. Ähnlich wie bei Träumen werden wir überrascht von dem, was uns einfällt, von dem, was wie von selbst entsteht. Patienten sind oft verblüfft über das Evidenzerlebnis, über den Inhalt und vor allem die Intensität ihrer Phantasien (»Komisch, ich sehe eine menschenleere Steinwüste!«) und sind im ersten Moment

nicht in der Lage, das Entstehende zu interpretieren. Unwillkürlichkeit und Evidenz sind essenzielle Trancecharakteristika (Peter 1994c).

Um ideodynamische Prozesse zu aktivieren, ist bei den meisten Patienten eine leichte Trance vollkommen ausreichend. Es genügt ein Zustand, in dem der Patient in der Lage ist, gelenkten Phantasien zu folgen, wie es in Traumreisen und bei vielen Entspannungsmethoden der Fall ist. Danach ist der Patient bereit für den nächsten Schritt.

Zu 2: Aktivierung der Beobachterperspektive.

Schritt 1: Der Therapeut bittet nun den Patienten, sich jemanden vorzustellen, der genau die gleiche Störung hat, unter der der Patient selbst leidet.

Therapeut: »Erlauben Sie sich, nun etwas Merkwürdiges zu tun. Erlauben Sie sich, sich einfach vorzustellen, Sie könnten eine Person sehen, die die gleiche Störung, die gleichen Symptome hat, und seien Sie einmal neugierig, was für eine Person ganz von selbst vor ihrem inneren Auge erscheint!«

Dabei wird der Patienten aufgefordert, erst einmal nur das Verhalten, die Körperhaltung, die Gestik und Mimik und die Art der Körperbewegung dieser Person zu beschreiben:

»Und wenn Sie diese Person sehen, beschreiben Sie einfach, wie sie aussieht, wie sie sich bewegt, wie sie steht oder geht …«

Eine anfängliche Beschreibung aus der Beobachterposition hält den Patienten davon ab, zu schnell nach der Bedeutung des Phantasierten zu suchen, noch bevor er ausreichend Zeit hat, genau zu betrachten, welches innere Bild ihm erscheint. Ist die Beschreibung in wesentlichen Bereichen vollständig, folgt der nächste Schritt.

Schritt 2: Der Therapeut fragt den Patienten dann nach den Gefühlen und dem Befinden der imaginierten Person:

Therapeut: »Wenn Sie wüssten, was mit dieser Person los ist, was sie fühlt, wie es ihr geht: Was könnte es sein? Wie lebt diese Person und wie ist ihr Verhältnis zu sich und zu anderen? Welche Einstellung hat sie zum Leben?«

Bei diesem Schritt geht es um die Aktivierung eines Identifikationsprozesses, bei dem sich der Patient in die Person, die ihm erscheint, hineinversetzt. Man könnte meinen, dass der Patient dabei nichts Neues erlebt, da er sich quasi in ein Abbild seiner selbst einfühlt. De facto ist der Patient aber jetzt eher in der Lage, über das Einfühlen in die vorgestellte Person jene Gefühle zu empfinden, die er bei sich selbst nicht wahrnehmen kann. Es ist dabei erstaunlich, wie präzise diese Gefühle und die damit verbundene Lebenssituation beschrieben werden.

Im nächsten Schritt geht es nun um die Veränderungen, die stattfinden müssten, damit der Patient seine psychosomatischen Störungen überwindet.

Schritt 3: Was fehlt dieser Person und was bräuchte sie, damit es ihr besser geht? Was müsste sich in ihrem Leben ändern?

Auch auf diese Frage kann der Patient in der Regel präzise Antworten geben. So liefert er sich selbst konkrete Informationen über das, was in seinem Leben nicht stimmt und sich ändern sollte, was also zu tun ist, damit seine Störungen verschwinden. Dies hat einen wesentlich größeren Effekt, als wenn der Patient vom Therapeuten oder einer anderen externen Person Ratschläge oder Anweisungen erhält. Weil dieses Vorgehen (das Einfühlen in die vorgestellte Person) den Patienten emotional erreicht, entsteht ein intensiverer therapeutischer Effekt als durch eine rein kognitive Reflexion der psychosomatischen Zusammenhänge. Erst das emotionale Nachempfinden überzeugt den Patienten davon, dass seine psychosomatischen Störungen tatsächlich in Zusammenhang mit bestimmten Lebenssituationen und Einstellungen zu sehen sind.

Zu 3: Erweiterung des Verfahrens. Nach Ablauf der ersten drei Schritte sollte man den Patienten auffordern, sich jemanden vorzustellen, zu dem die beklagten psychosomatischen Störungen und Reaktionen nicht passen. Dadurch wird ihm noch deutlicher, was er selbst an seinem Zustand ändern kann. Er erkennt den »Unterschied« zwischen einer Person mit den beklagten Störungen und einer anderen, die diese Störungen nie bekommen würde. Folgende Schritte sind zu empfehlen:

Schritt 1: Der Patient soll sich eine Person vorstellen, die seine Störung niemals bekommen

könnte, zu der diese Störung überhaupt nicht passt:

Therapeut: »Stellen Sie sich nun vor, Sie könnten eine Person sehen, zu der ihre Störung überhaupt nicht passt. Eine Person, die diese Störung niemals bekommen würde. Und seinen Sie neugierig, was für eine Person vor ihrem inneren Auge erscheint. Und wenn Sie diese Person sehen können, schauen Sie und beschreiben Sie, was Sie an ihr wahrnehmen.«

Schritt 2: Nun fragt man nach den Eigenschaften, Werthaltungen und Einstellungen dieser Person:

Therapeut: »Was ist das für ein Mensch? Welche Eigenschaften und Einstellungen hat er? Wie lebt er? Welches Verhältnis hat er zu sich und zu anderen Menschen?«

Schritt 3: Schließlich soll sich der Patient mit dieser Person identifizieren:

Therapeut: »Wenn man so lebt, wie diese Person, wie fühlt man sich? Wo und wie genau spürt man diese Gefühle? Was für ein grundlegendes Lebensgefühl ist das? Was ändert sich im Leben? Was genau ist anders?«

Die Identifikation mit der vorgestellten Person kann unterschiedliche Effekte nach sich ziehen. Entweder bringt es den Patienten seinem Ziel näher, die psychosomatische Störung zu überwinden, indem er sich – ähnlich wie bei der Zeitprogression – die Erreichung des Zieles innerlich vorstellt; oder aber es entstehen an dieser Stelle Einwände gegen die Lebensart und Lebenseinstellung der vorgestellten Person (»Das finde ich rücksichtslos! So möchte ich nicht sein!«). Dann erhält man für den weiteren Verlauf der Therapie wichtige Informationen über die Einstellungen, Werthaltungen und die Beschränkungen, die sich der Patient auferlegt.

Zu 4: Nutzung der »symptomfreien Person« als Ressource. Man kann zudem fragen, was die symptomfreie Person der anderen, symptombehafteten raten würde, was sie im Leben anders machen sollte. Hierzu kann man den Patienten anleitet, mit den Augen der symptomfreien Person auf die andere, symptomatische Person zu schauen. Dabei werden oft noch weitere Aspekte deutlich, die zeigen, was der Patient ändern könnte. Es zeigen sich sowohl Defizite und Einschränkungen als auch ungenutzte Potenziale, Fähigkeiten und Handlungsalternativen:

Therapeut: »Und erlauben Sie sich, aus den Augen der Person, die dieses Symptom nie bekommen könnte, der dieses Symptom völlig fremd ist, auf die andere zu schauen. Was denkt man dann über die andere Person? Was kann man erkennen? Was würde man raten? Wenn man an deren Stelle wäre, was könnte man tun?«

Fallbeispiel

Übermäßiges Schwitzen (Die durchsichtige Bluse)

Im Rahmen einer Ausbildungsgruppe stellt sich eine Kollegin für die Demonstration der oben beschriebenen Therapietechnik zur Verfügung. Als Problem gibt sie häufiges, heftiges Schwitzen an, dass sie überfallartig befalle, oft in Situationen, wo sie es überhaupt nicht gebrauchen könne. Da sie Ende vierzig ist, vermutet sie, auch hormonelle Veränderungen könnten für die Schweißausbrüche verantwortlich sein.

Auf die Aufforderung, eine Person zu sehen, die das gleiche Problem habe wie sie, vielleicht sogar noch etwas ärger, entwickelt sie spontan die folgende Vorstellung:

- Patientin: »Ich sehe eine Frau.«
- Therapeut: »Was ist das für eine Frau, die Sie da sehen?«
- Patientin: »Sie ist ca. 50 Jahre alt, blond und ziemlich vollbusig.« (Die Patientin ist braunhaarig und unauffällig proportioniert. Da die Frage auf eine Person zielt, die das beklagte Symptom noch etwas stärker hat, ist zu erwarten, dass eine Übertreibung sich auch in den Merkmalen der Person niederschlägt.) »Sie trägt eine helle Bluse und darunter einen schwarzen BH.«
- Therapeut: »Sodass man ihren BH durch die Bluse sieht?«
- Patientin: »Ja.«
- Therapeut: »Und wie fühlt sie sich, so wie sie angezogen ist?«
- Patientin: »Sie will die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, und gleichzeitig ist es ihr unangenehm.« (Die Patientin ist in einem Alter, wo sie sich auf der einen Seite sexuelle Beziehungen ersehnt, auf der

anderen Seite aber Probleme hat, zu sich und ihrem Alter zu stehen.)

- Therapeut: »Was braucht sie denn, damit es ihr besser geht.«
- Patientin: »Sie braucht mehr innere Ruhe und mehr Selbstvertrauen und Wissen, was sie will.«

Die nun folgende Aufforderung, jemanden zu sehen, der dieses Problem nie bekommen könnte, zu dem es überhaupt nicht passen würde, führt zu der Vorstellung von einer anderen Frau.

- Patientin: »Sie hat strahlende Augen und sie schaut einen direkt an. Sie geht aufrecht und hat einen so offenen Gesichtsausdruck. Sie fühlt sich wohl in ihrer Haut und fühlt sich wohl mit sich selbst.«
- Therapeut: »Und wenn man mit den Augen dieser Person auf die andere schaut, die so schwitzt, was fällt einem auf, und was würde man der raten.«
- Patientin: »Die nimmt andere Leute zu wichtig. Sie sollte zu dem stehen, wie sie ist und sich weniger Gedanken machen, was die anderen von ihr denken. Die sollte zu ihren Bedürfnissen stehen. Und dazu, dass sie eine Frau ist.«

Chronische Verspannungen (Das Kreuz, das man zu tragen hat)

Ein junger Kaufmann, der im Unternehmen seines Vaters arbeitet, leidet seit Jahren unter chronischen Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich. Bei der Vorstellung einer Person mit dem gleichen Symptom sieht er einen Mann, der ein schweres Kreuz trägt, dass ihm andere aufgeschnallt haben, und das ihn daran hindert, nach rechts oder links zu schauen. Eine Person, zu der die Störung überhaupt nicht passt, ist jemand, der sein eigenes Leben lebt und seine eigenen Interessen wahrnimmt. Als der Patient aus den Augen der symptomfreien Person auf denjenigen schaut, der das Kreuz trägt, kommt er zu dem Schluss: »Der orientiert sich zu viel an den Erwartungen anderer, lebt nicht sein eigenes Leben, sondern das, was ihm andere auferlegt haben. Der lebt ein Leben, das nicht zu ihm passt.« Auf sich selbst schauend sieht er hinter sich seinen Vater, der versucht, ihn in den Familienbetrieb hineinzuziehen, ohne ihm Möglichkeiten zu eigener Entwicklung zu geben, der sich ständig in seine Belange einmischt und seine beruflichen und privaten Entscheidungen kritisiert und überwacht. Er sitzt seinem Sohn quasi »im Nacken«.

44.2.3 Umgang mit Patienten mit Widerstand

Manche Patienten scheuen sich, den Hintergrund ihrer Problematik anzuschauen. Dafür gibt es verschiedenste Gründe. Manche werden mit unangenehmen Wahrheiten konfrontiert oder stellen fest, dass sie wesentliche Bereiche ihres Lebens verändern müssen. Andere nutzen ihre Störungen für ihr inneres, ökologisches Gleichgewicht (»Ohne meinen Schmerz wäre ich ganz allein«) oder erkennen, dass ihnen die Störung im zwischenmenschlichen Bereich Vorteile bringt (sekundärer Krankheitsgewinn z. B. durch vermehrte Aufmerksamkeit). Wieder andere haben gelernt, sich selbst und die eigenen Bedürfnisse soweit zurückzustellen, dass sie diese nicht mehr wahrnehmen, und sind bestrebt sie auszublenden, um nicht in Konflikt mit ihren inneren Ansprüchen und Verboten zu geraten. Die Patienten sehen dann entweder nichts oder manipulieren oder verschweigen die spontan entstehenden Vorstellungen.

Ausgehend von der Annahme, dass Widerstand auch als Botschaft zu verstehen ist, dass das therapeutische Angebot in Form oder Inhalt nicht passt, ergibt sich die Frage, wie man das therapeutische Angebot so anpassen kann, dass der Patient sich darauf einlässt. Allgemein gilt: Je mehr Widerstand zu erwarten ist, desto indirekter sollte man vorgehen. Sich selbst von außen zu sehen, ist direkter als eine andere Person zu sehen, die die gleiche Störung hat. Der Patient kann sich von dieser besser dissoziieren und Abstand halten. Reicht dieser Abstand nicht, sollte man ihm anbieten, erst einmal ein Lebewesen zu phantasieren, das zu der Störung passt. Noch indirekter ist eine Landschaft. Phantasiert der Patient eine Landschaft, kann man nach einem Lebewesen fragen, das in dieser Landschaft lebt, und den Patienten bitten zu schauen, wie es diesem Lebewesen geht. Schließlich kann man nach einem Menschen fragen, der in dieser Landschaft lebt, und fragen, wie er lebt und was er fühlt. So kann man in kleinen Schritten den vorher geschaffenen Abstand wieder verringern.

Fallbeispiel

Chronische Kopfschmerzen (Der arme Yeti)

Eine 26-jährige Patientin kommt wegen chronischen Verspannungen und Kopfschmerzen, die seit Jahren stärker werden. Sie hat kaum Kontakt zu Freunden und Bekannten, lebt ein asketisches, spartanisches Leben in einer winzigen, mit alten verschlissenen Möbeln eingerichteten Wohnung. Sie vernachlässigt sich selbst und ist trotz guter finanzieller Rahmenbedingungen nicht in der Lage, etwas für sich selbst zu tun und sich etwas zu gönnen. Vielmehr setzt sie sich beständig unter Leistungsdruck und widmet sich ausschließlich ihrer beruflichen Karriere.

Gebeten, neugierig zu sein, welche Landschaft ihr erscheint, wenn es eine gäbe, die zu ihrem Leben passt, sieht sie spontan eine kahle, kalte und windige Hochgebirgslandschaft, in der nichts wächst. Gefragt nach einem Lebewesen erscheint ihr ein Yeti, der in dieser kahlen, kalten und vegetationsarmen Hochgebirgswüste ganz auf sich gestellt, sein Dasein fristet. Bei der Frage, wie sich ein Mensch fühlt, der gezwungen ist, in dieser Umgebung zu leben, bricht sie in Tränen aus, und antwortet: »Ganz schrecklich!«

Insbesondere dann, wenn den Patienten eine direkte Konfrontation mit den zugrundeliegenden Problemen überfordern würde, ist es möglich, Problembeschreibung und Problemlösung auf der symbolischen Ebene zu belassen.

Durchfälle (Der traurige Babydinosaurier)

Eine 35-jährige Ärztin bittet wegen chronischer Durchfälle um Hilfe. Sie arbeitet in einem psychiatrischen Krankenhaus auf einer Station unter sehr schwierigen Arbeitsbedingungen mit chronifizierten Patienten. Die Durchfälle haben über die Jahre kontinuierlich zugenommen und behindern sie mittlerweile in ihrer Berufsausübung. So rennt sie während der Chefvisiten oft unvermittelt aus dem Raum und erreicht gerade noch die Toilette. Ihrem Chef aber wagt sie nicht, sich zu offenbaren, um nicht als psychisch labil zu gelten. Neben ihrer Arbeitstätigkeit absolviert sie eine Lehranalyse, in der sie zusammen mit ihrem Lehranalytiker nach der Ursache für ihr missliches Symptom sucht. Dieser gibt ihr die Deutung, sie wolle ihrem Chef auf den Tisch »scheißen«, eine Interpretation, die an der Symptomatik wenig ändert. Zu mir kommt sie für eine einzige Sitzung mit dem Ziel, die Hintergründe ihrer Durchfälle zu erkennen. Nur eine Sitzung bucht sie unter anderem auch deshalb, weil sie ihren Lehranalytiker nicht hintergehen will, indem sie parallel zur Psychoanalyse eine zweite Therapie beginnt. In der Trance wird sie auf ihren Unterleib und die dort vorhandenen Gefühle orientiert. Nachdem sie diese gut wahrnehmen kann und beschrieben hat, frage ich sie:

- Therapeut: »Wenn zu dem, was Sie da wahrnehmen, ein Tier passen würde, das sich genauso fühlt, seien Sie mal neugierig, welches Ihnen ganz von alleine erscheint.«
- Patientin: »Komisch, ich sehe einen Babydinosaurier.«
- Therapeut: »Wie geht es dem, und was fühlt der?«
- Patientin: »Dem geht es ganz schlecht. Der fühlt sich allein und hat Angst, zugrunde zu gehen. Er hat das Gefühl, keine Überlebenschance zu haben.« (Dinosaurier sind bekanntlich Wesen, die ausgestorben sind. Diese Phantasie deutet darauf hin, dass sie sich unbewusst Sorgen macht, dass etwas nicht realisiert werden kann, was ihr selbst wichtig ist.)
- Therapeut: »Stell Dir vor, Du könntest diesen Babydinosaurier fragen, was er denn brauche, um sich besser zu fühlen, und Du würdest ihm die Freiheit geben, alles so zu gestalten, dass es ihm gut geht. Sei neugierig, was er Dir antwortet.«
- Patientin: »Er antwortet, ich arbeitete zu viel. Und außerdem ist er der Meinung, dass mich Stefan mal 2 Jahre versorgen kann. – Mhm, komisch!«

Wie sich herausstellt, ist Stefan der derzeitige Freund der Patientin. In der Symbolik verbirgt sich ein Kinderwunsch. Da sie sich in ihre Arbeit vergräbt und sich mit ihrer Facharztausbildung und ihrer Lehranalyse lange und intensive Ausbildungen ausgesucht hat, hat sie die unterschwellige Befürchtung, ihr Wunsch nach einem eigenen Kind könne nicht realisiert werden. Die Durchfälle sind als die körperlichen Auswirkungen der Schreckreaktionen zu verstehen, die diese Befürchtung auslöst.

44.2.4 Metaphern und Symbole

Nutzung spontan entstehender Metaphern und Symbole

Für die Beschreibung körperlicher Empfindungen verwenden wir ohnehin Metaphern und Symbole. Schmerzen können brennend sein wie »Feuer«, stechend oder schneidend wie ein »Messer«, etwas liegt wie ein »Stein« im Magen, drückt wie ein

»Gewicht« auf unsere Brust. Gibt man einem Patienten die Gelegenheit, sich auf seine Symptomatik zu focussieren, und bittet ihn um eine Beschreibung seiner Empfindungen, liefert er meist spontan Metaphern und Symbole, die für den therapeutischen Umgang nützlich sind. Dies entspricht der assoziativen Struktur unserer neuronalen Netzwerke. Darüber hinaus kann man den Patienten auffordern, neugierig zu sein, welche Assoziationen ihm spontan zu seinen Missempfindungen kommen. Zu Beginn wird das psychosomatische Symptom oft mit unbelebten Gegenständen assoziiert (»Es fühlt sich an wie ein Ring um die Brust, wie eine Klammer um den Kopf, wie ein Messer im Rücken«). Um verwertbare Informationen zu bekommen, empfiehlt es sich, zu der Assoziation mit einem unbelebten Gegenstand eine weitere Assoziation mit einem Lebewesen entstehen zu lassen. (Therapeut: »… *und wenn sich der Gegenstand in ein Lebewesen verwandeln würde, oder wenn eines dazu passen würde, seien sie neugierig, welches ihnen erscheint!*«).

Fallbeispiel

Menstruationsbeschwerden (Die verknäulte Schlange)

Eine Patientin mit Menstruationsbeschwerden assoziiert zu ihren Beschwerden einen Sack, in dem schwere Steine hin und her poltern. Zu den Steinen assoziiert sie eine völlig verknäulte Schlange (Symbol für ihre sexuelle Gehemmtheit), der es in dem Sack zu eng ist, die aber nicht heraus darf, da sie zu gefährlich ist. Nach der Aufforderung, einen Käfig um den Sack zu bauen, ist sie in der Lage, die Schlange freizulassen und stellt fest, dass sie nicht gefährlich ist. Sie sieht die Schlange daraufhin auf einem alten verknöcherten Baum (Symbol ihrer sexualfeindlichen, katholischen Erziehung), auf dem sie sich sehr unwohl fühlt.

- Therapeut: »Gib ihr einfach die Erlaubnis, sich den Platz zu suchen, an dem sie sich wohlfühlt, und schau, wie sie den ganz von allein findet.«
- Patientin: »Komisch, jetzt ist sie weg.«
- Therapeut: »Wo ist sie denn?«
- Patientin: »Keine Ahnung.«
- Therapeut: »Wie fühlt sie sich denn da, wo sie jetzt ist.«
- Patientin: »Prima!« (Die Patientin berichtet daraufhin von einem warmen Gefühl im Unterbauch.)

Chronische Kopfschmerzen (Druck von oben)

Eine Patientin mit chronischen Kopfschmerzen liefert als Erklärung für ihren Schmerz: »Vielleicht kommt es von den Türen, die mein Mann vor 2 Jahren gestrichen hat.« Sie habe auch schon die Umweltbehörde informiert, damit diese die Türen auf eventuell schädliche Lösungsmittel überprüfe. Als Beleg für diese Theorie gibt sie an: Wenn ich bei meiner Mutter übernachte, habe ich diese Kopfschmerzen nicht. In Trance auf ihren Schmerz orientiert, berichtet sie von der Empfindung, dass etwas von oben auf sie drücke. Aufgefordert zu spüren, wie genau sich das anfühlt, sagt sie, es sei wie eine Hand, die auf ihren Kopf drücke.

- Therapeut: »Ist es eine Männerhand oder eine Frauenhand?«
- Patientin: »Ich sehe eine Männerhand.«
- Therapeut: »Und zu einer Hand gehört ein Arm.«
- Patientin: »Mhm.«
- Therapeut: »Und ein Arm gehört zu einer Person. Und seien Sie einmal neugierig, welche Ihnen erscheint, welche da sichtbar wird.«
- Patientin: »Komisch, ich sehe meinen Mann.«

Die Patientin hat einen leicht behinderten Mann, der sie in ihrer Entwicklung bremst, sie niederdrückt und verhindert, dass sie zu groß wird. Sie hat seit der Heirat ihre Beziehungen zu Freunden und Freundinnen nahezu eingestellt, wagt nicht mehr auszugehen und hat sich verboten, etwas ohne ihren Mann zu unternehmen. Seit Jahren fahren sie jedes freie Wochenende im Wohnwagen an die Ostsee.

Nach dieser Therapiestunde geht die Patientin voller Groll nach Hause, beginnt dort einen heftigen Streit mit ihrem Ehemann und teilt diesem mit, dass sie das nächste halbe Jahr nicht mehr in diesem Wohnwagen fahren werde. Weiterhin werde sie ihre Freundschaften wiederbeleben. Danach ist sie kopfschmerzfrei.

44.2.5 Symbolisierung und Positionswechsel

Die spontan entstehenden Symbole, insbesondere von Lebewesen, können ebenfalls für einen Positionswechsel genutzt werden, in dem der Patient aus der Perspektive des Symbols auf sich selbst schaut.

Fallbeispiel

Menstruationsstörungen (Die eklige Robbe)

Eine Patientin assoziiert zu ihrem Unterleib eine Robbe, die sie ausgesprochen eklig findet. Als sie sich hinter die Robbe stellt und aus deren Perspektive auf sich selbst schaut, berichtet sie:

- Patientin: »Ich sehe eine Frau, die sich ganz angeekelt abwendet. Aber dahinter stehen noch zwei, die sind noch viel schlimmer.«
- Therapeut: »Wer ist das?«
- Patientin: »Meine Mutter und meine Großmutter.«

Migräne (Das Wissen der Schildkröte)

Eine Patientin assoziiert zu ihren Kopfschmerzen eine Schildkröte, die einfach den Kopf einzieht, wenn sie sich bedroht fühlt oder sich zurückziehen will. Aus den Augen der Schildkröte auf sich selbst blickend sieht sie eine Frau, über die sie sagt:

- Patientin: »Ich kann ja den Kopf einziehen und mich in meinen Panzer verkriechen, wenn mir etwas nicht gefällt. Die aber kann das nicht, die kann sich nicht abgrenzen und braucht immer ihre Kopfschmerzen als Rechtfertigung, um sich zurückziehen zu können.«

44.2.6 Altersregression in der Arbeit mit psychosomatischen Patienten

Spontane Altersregression bei der Nutzung der Beobachterposition

Das Verfahren der Externalisierung der Symptome (Nutzung der Beobachterposition) kann spontan Altersregressionen auslösen. Es kommt häufig vor, dass Patienten sich dann selbst als Kind oder ein anderes Kind sehen, oder auch Mutter oder Vater, was einen Zusammenhang von tradierten Werten und Einstellungen mit den psychosomatischen Störungen offenbart.

Fallbeispiel

Harndrang (Eine Pisserin)

Eine Patientin spanischer Herkunft berichtet, dass sie seit ihrer Kindheit unverhältnismäßig häufigem Harndrang habe, selbst dann, wenn sie gerade eine Toilette aufgesucht habe. Die Symptomatik ist seit Langem unverändert. Als ihr kleiner Sohn ihr einmal den Ratschlag gegeben hatte, es doch einfach laufen zu lassen, sei das Symptom kurzzeitig zurückgegangen. Die Besserung habe aber leider nicht angehalten.

Aufgefordert, eine Person zu sehen, die das gleiche Symptom hat wie sie, sieht sie zu ihrer Überraschung ihre Mutter mit einem dicken Bauch.

- Patientin: »Das sieht aus, als wenn sie schwanger wäre. Ich habe irgendwie das Gefühl, den Bauch anstechen zu müssen, damit das Wasser herauslaufen kann, und ich habe das Gefühl, es ist nicht in Ordnung, dass sie so einen dicken Bauch hat. Das macht mir irgendwie Angst.«

Die Patientin erinnert, dass ihre Mutter nicht verheiratet gewesen ist, als sie zum zweiten Mal schwanger war, und das war nicht in Ordnung. Sie selbst war ein unerwünschtes Kind, und ihr sei erzählt worden, dass ihr Onkel, der Bruder der Mutter, erfolglos versucht habe, eine Abtreibung zu erzwingen. Dann erinnert sie, dass ihr einmal erzählt wurde, dass dieser Onkel bei ihrer Geburt gerufen habe: »Oh Gott, auch noch ein Mädchen, eine Pisserin.«

- Therapeut: »Und der meint, dass es wenigstens ein Junge hätte sein sollen?«
- Patientin: »Ja, wenn schon, dann ein Junge.«
- Therapeut: »Und der denkt, dass Jungen mehr wert sind als Mädchen. Dabei gäbe es gar keine Jungen, wenn es nicht Mädchen gäbe, denn die Männer können keine Kinder bekommen, das können nur die Frauen. Und die Menschen würden aussterben, wenn es nur Jungen gäbe und keine Mädchen geboren würden.«

Die Patientin sieht daraufhin spontan ihren kleinen Sohn, der in die Luft springt und ruft: »Hurra, dass es Dich gibt, und Du mich geboren hast!«

Als eine Person, die das Problem nicht hat, fällt der Patientin ihr Sohn ein, der das Leben genießt und sich Raum gibt. In der Position ihres Sohnes auf sich selbst blickend, fragt sich dieser, warum seine Mutter sich so viel Gedanken mache. Sie solle sich auf ihr Leben konzentrieren, denn eigentlich sei alles in Ordnung.

44.2.7 Fokussierung auf das Symptom und Nutzen der Affektbrücke

Eine andere Möglichkeit ist die Focussierung des Patienten auf seine Symptomatik und die dabei langsam entstehenden Gefühle (▶ Kap. 22), welche

die im Körpergedächtnis gespeicherten Informationen abrufen.

Eine Patientin mit Herzrasen gerät in Angst und Panik, als sie sich auf die Empfindungen in ihrem Herzen konzentriert. Auf die Frage, wie alt sie sich fühlt, antwortet sie, »wie vier«, und erinnert daraufhin spontan eine Szene aus diesem Alter, als sie befürchtete, ihre Mutter zu verlieren.

Ein anderer Patient mit Asthma und Neurodermitis (das oft ausgelöst oder verstärkt wird in Situationen der Hilflosigkeit und durch unterdrückte Gefühle) hat nach der ersten Sitzung ein merkwürdiges Jucken, ausgehend von der Nasenspitze und um den Mund herum. In der folgenden Sitzung, wieder mit diesem Gefühl assoziiert, regrediert er in ein Alter von 2 Jahren, wo er auf seinem Kinderstuhl sitzt. Vor ihm steht sein Brei, und er mag diesen Brei nicht. Das ihn fütternde Kindermädchen tritt hinter ihn und hält ihm die Nase zu, bis er den Mund öffnet und nach Luft schnappt. In dem Moment schiebt sie ihm mit dem Löffel den Brei in den Mund.

Die Aufarbeitung der belastenden Ereignisse erfolgt nach dem in dem Beitrag über Altersregression beschriebenen Verfahren (▶ Kap. 22). In vielen Fällen verschwinden die Symptome vollständig oder lassen sich zumindest weniger leicht auslösen.

44.2.8 Arbeit mit Symbolen als Einstieg in Regressionsprozesse

Fallbeispiel

Eine andere Patientin, selbst Ärztin, leidet unter einem Hautausschlag am ganzen Körper. In Trance entwickelt sich als Symbol für ihre Symptomatik ein Krokodil. Angeleitet, einen Perspektivenwechsel zu vollziehen und sich selbst aus den Augen des Krokodils zu sehen, sieht sie sich als Kind im Beisein ihrer Tante. Zu dieser Zeit leidet sie an Übergewicht. Sie macht sich ein Brot mit Margarine, da sie gehört hat, dass diese weniger Kalorien habe. Die Tante hänselt sie daraufhin und meint, bei ihrem Gewicht könne sie ruhig Butter nehmen, das mache auch nichts mehr aus – eine Äußerung, die ihr unter die Haut geht.

In Trance wird ihr die Mutter, die in dieser Situation fehlt, zur Seite gestellt. Diese versichert ihr, dass sie sie liebt, und dass sie nicht auf die blöde Tante hören soll, denn die ist ganz unwichtig. Die Symptome begannen schon am nächsten Tag abzuklingen, bis sie schließlich vollkommen symptomfrei war.

Bestimmte Lebensumstände können alte Reaktionsmuster aktualisieren. Ähnlich strukturierte Situationen und Probleme aktivieren alte Gefühle und neu auftretende Probleme können die alte Symptomatik wieder zum Vorschein bringen.

In dem oben geschilderten Fall kam die Patientin nach einem Jahr wieder in die Behandlung, da ihre Symptome in abgeschwächter Form wieder aufgetaucht waren. Auslösend war ein herabwürdigender Führungsstil ihres Chefarztes.

Fazit

Die Arbeit mit Trance ermöglicht vielfältige Möglichkeiten für die Diagnostik und Behandlung psychosomatischer Patienten. Hier wurden nur einige davon dargestellt.

Die beschriebenen Verfahren eignen sich natürlich auch für die Behandlung anderer Störungen und sind vor allem dort eine große Hilfe, wo Patienten über direkte Fragen wenig zur Aufklärung der Hintergründe ihrer Störung beitragen können. Hier liefern die vorgestellten Techniken schnelle und eindrucksvolle Resultate.

45

Reizdarmsyndrom

Winfried Häuser

45.1 Störungsbild – 559
45.1.1 Definition – 559
45.1.2 Häufigkeit und Schweregrad – 560
45.1.3 Ursachen des RDS – 560

45.2 Hypnotherapeutische Interventionen – 561
45.2.1 »Manchester«-Hypnoseprotokoll – 561

45.3 Indikationen und Kontraindikation – 565
45.3.1 Integration mit anderen Verfahren – 565
45.3.2 Empirische Belege – 567
45.3.3 Wirkungsweise von Hypnotherapie beim RDS – 568

45.1 Störungsbild

45.1.1 Definition

Bei etwa 50% der Menschen, die sich wegen bauchbezogener Beschwerden (z. B. Schmerzen, Stuhlunregelmäßigkeiten, Völlegefühl) bei einem niedergelassenen Arzt vorstellen, kann mit den Mitteln der klinischen Routinediagnostik keine die Beschwerden erklärende Organschädigung (z. B. Entzündung oder Krebs) nachgewiesen werden. Diese Beschwerden werden als funktionelle gastrointestinale Störungen bezeichnet (Drossman u. Thompson 1992). Die häufigsten funktionellen gastrointestinalen Störungen sind das **Reizdarmsyndrom** RDS (Synonyme: Colon irritabile, irritables Darmsyndrom, spastisches Colon; engl.: »Irritable Bowel Syndrome«, IBS; Kodierung gemäß ICD-10: K58) und das **Reizmagensyndrom** (funktionelle Dyspepsie; ICD-10: K30). Diese Syndrome werden durch einen charakteristischen Komplex, eine Mindestdauer der Beschwerden sowie das Fehlen von die Beschwerden erklärenden Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. Entzündungen, Krebs) bzw. biochemischen Anomalien definiert. Die aktuelle Definition des Reizdarmsyndroms durch ein internationales Expertenkomitee (Longstreth et al. 2006) ist in der nachfolgenden Übersicht »Definition des Reizdarmsyndroms«) aufgeführt.

Definition des Reizdarmsyndroms (Rom III-Kriterien; Longstreth et al. 2006)
Wiederkehrende bauchbezogene Schmerzen oder Missempfindungen an mindestens 3 Tagen im Monat in den letzten 3 Monaten einhergehend mit mindestens 2 der folgenden Symptome:

1. Nachlassen der Beschwerden nach dem Stuhlgang
2. Einsetzen der Beschwerden mit einer Veränderung der Stuhlfrequenz
3. Einsetzen der Beschwerden mit einer Änderung der Stuhlform

In Abhängigkeit von den Hauptsymptomen können eine durchfall- und eine obstipationsdominante sowie eine Mischform des RDS unterschieden werden (Longstreth et al. 2006). Menschen, deren Beschwerden die gastroenterologischen Kriterien eines Reizdarmsyndroms erfüllen, klagen häufig über weitere körperliche Beschwerden. Aufgrund der Art der Beschwerdeschilderung, des Vorliegens weiterer Symptome vegetativer Stimulation (Hitzewallungen, Errötung, Schwitzen, Herzklopfen, Zittern) sowie der Arzt-Patienten-Interaktion (Beharren auf organischen Ursachen der Störung) erfüllt ein Teil der Patienten mit der gastroenterologischen Diagnose eines Reizdarmsyndroms die ICD-10-Kriterien

- einer somatoformen autonomen Störung des unteren Gastrointestinaltraktes (F45.32) oder
- einer Somatisierungsstörung (F45.0) oder
- einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F 45.1) (Loew et al. 1998).

Weiterhin findet sich bei Patienten, welche sich in Krankenhäusern und Spezialambulanzen für Magen-Darm-Erkrankungen vorstellen, im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung sowie zu Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen eine höhere Rate von Angststörungen und depressiven Störungen. Die Häufigkeit von komorbiden somatoformen Angst- und depressiven Störungen wird zwischen 40–94% angegeben (Whitehead et al. 2002). Die Häufigkeit einer komorbiden Somatisierungsstörung wurde bei Patienten einer gastroenterologischen Universitätsklinik mit 20% angegeben (North et al. 2004).

Das Reizdarmsyndrom (ICD-10: K58) ist durch einen typischen Symptomkomplex (Bauchschmerzen einhergehend mit Stuhlunregelmäßigkeiten über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten sowie Fehlen von krankhaften Veränderungen im Magen-Darm-Trakt bei klinischer Routinediagnostik) definiert. Ein Teil der Patienten mit Reizdarmsyndrom erfüllt auch die Kriterien einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes (ICD-10: F45.32).

45.1.2 Häufigkeit und Schweregrad

In den westlichen Industrieländern erfüllen 12–20% aller Menschen die Kriterien eines RDS. Etwa 50% der Betroffenen suchen wegen der Beschwerden einen Arzt auf (Longstreth et al. 2006). Patienten mit RDS haben eine im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung und zu Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität und verursachen hohe direkte (medizinische Behandlung) und indirekte (Krankschreibungen, Berentung) Krankheitskosten (Jones et al. 2000).

Das Ausmaß der Beschwerden und der Einschränkungen im Alltag ist unterschiedlich (Tab. 45.1).

Unter klinischen Gesichtspunkten werden eine leichtgradige Form des RDS (gelegentliche Beschwerden ohne Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen), eine mittelgradige Form (häufige Beschwerden mit gelegentlichen Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen) sowie ein schwergradiges RDS (anhaltende Beschwerden mit dauerhafter Einschränkung der Alltagsfunktionen) unterschieden.

Etwa die Hälfte der Betroffenen mit Reizdarmbeschwerden begibt sich in medizinische Behandlung. Beim Reizdarmsyndrom lassen sich drei Schweregrade (leicht, mittel, schwer) unterscheiden.

45.1.3 Ursachen des RDS

Dem RDS liegen wahrscheinlich verschiedene Pathomechanismen zugrunde, die bei einzelnen Patienten unterschiedlich ausgeprägt sein können und somit Art und Schwere der Symptomatik bestimmen (Hotz et al. 1999; Longstreth et al. 2006). Gesichert ist der Pathomechanismus einer viszeralen Hyperalgesie: Empfindungen aus dem Gastrointestinaltrakt (z. B. Luftfüllung des Darms), welche von Gesunden überhaupt nicht bzw. nicht als schmerzhaft wahrgenommen werden, werden von Reizdarmpatienten als schmerzhaft erlebt. Bei ca. 90% der Reizdarmpatienten lässt sich eine erniedrigte Schmerzschwelle im Enddarm nachweisen, welche wahrscheinlich durch psychologische Faktoren (selektive Aufmerksamkeit für und negative Bewertung von gastrointestinalen Stimuli) bedingt ist. Ein RDS kann sich nach einer ausgeheilten bakteriellen oder viralen Darminfektion entwickeln. Psychologische Faktoren sind wahrscheinlich (psychosomatische Erkrankung): Die Entscheidung, wegen der genannten gastrointestinalen Beschwerden überhaupt einen Arzt aufzusuchen, wird durch psychologische Faktoren (Angst, erlerntes Krankheitsverhalten) bestimmt. Stress (Alltagsbelastungen, belastende Lebensereignisse) können Reizdarmsymptome auslösen oder verschlimmern. Die bei Patienten mit Reizdarmsyndromen berichteten psychopathologischen Auffälligkeiten (Depressivität, Angst, Somatisierung) sind unspezifisch und finden sich im vergleichbaren Umfang auch bei Patienten mit anderen funktionellen (somatoformen) Störungen. Die psychopathologischen Auffälligkeiten sind bei Patienten mit leichtgradigen Reizdarmsyndromen in der Regel nicht so stark ausgeprägt, dass sie die Kriterien einer weiteren psychischen Störung nach ICD-10 erfüllen. Die genannten psychologischen Faktoren beeinflussen jedoch das Erleben der Erkrankung und das Krankheitsverhalten und damit die Schwere der Erkrankung. Bei Patienten mit mittel- und schwergradigem RDS finden sich in der Regel zusätzliche psychische Störungen und/oder Persönlichkeitsstörungen und/oder frühere anhaltende psychosoziale Belastungen, insbesondere sexuelle Traumatisierungen (Drossman 1997). Bei einem Teil der Patienten können Veränderungen der Darmmotilität eine Rolle spielen (nicht eindeutig gesicherter Pathomechanismus) (Hotz et al. 1999): Negative Emotionen wie Aufregung und Ärger führen zu einer Zunahme der Kolonmotilität (Häufigkeit und Amplitude der Kolonkontraktionen).

Das Reizdarmsyndrom ist eine psychosomatische Erkrankung: Psychologische Faktoren sind in Entstehung und Verlauf von nachgewiesener Bedeutung.

45.2 Hypnotherapeutische Interventionen

45.2.1 »Manchester«-Hypnoseprotokoll

Im Folgenden wird das in den RDS-Hypnosestudien (Whorwell et al. 1984, Gonsalkorale et al. 2002) verwendete »Manchester«-Hypnoseprotokoll dargestellt:

Der spezifische hypnotherapeutische Ansatz beim RDS wird von Whorwell et al. (1984) als »gut-directed-hypnosis« (darmbezogene Hypnose) beschrieben: Die Suggestionen gelten (überwiegend) dem Gastrointestinaltrakt und nicht psychologischen Aspekten wie Stress oder Angst. Das Protokoll schließt jedoch mehrere Ich-stärkende Suggestionen ein. Die hypnotherapeutische Exploration und Behandlung unbewusster Konflikte wird in dem Behandlungsprotokoll explizit ausgeschlossen. Es werden direkte Suggestionen verwendet. Vor Beginn der Hypnosebehandlung wird dem Patienten ein einfaches Modell des RDS im Sinne einer gestörten Motilität und veränderten viszeralen Sensitivität vermittelt und er erhält Informationen über die Physiologie der Darmmuskulatur. Alle Sitzungen beginnen mit dem Besprechen des Symptomtagebuchs, der Fortschritte im eigenständigen Üben sowie der Fragen des Patienten. Er wird darauf hingewiesen, dass eine Symptomreduktion in der Regel nach 3-wöchigem Üben erfolgt.

Häufigkeit: 7 (bis maximal 12) Einzelsitzungen zu 30–60 min über 3 Monate mit abnehmender Häufigkeit.

Sitzung 1–2

Die Induktion wird mit einer klassischen Augenfixationstechnik durchgeführt. Die Vertiefung erfolgt über die Zunahme der muskulären Entspannung. Die Ratifizierung der Trance wird über eine Armlevitation durchgeführt. In der Utilisationsphase werden Ich-stärkende Suggestionen angeboten: Es wird dem Patienten suggeriert, sich selbst als eine Weide vorzustellen. Diese ist einerseits tief und fest im Boden verwurzelt, andererseits können ihre flexibel sich wiegenden Äste selbst durch den stärksten Sturm nicht gebrochen werden. Die eigene innere Stärke des Patienten wird mit dem Bild der Weide verknüpft. Weiterhin werden unspezifische Suggestionen zur Entdeckung eigener Fähigkeiten sowie zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und der Gesundheit gegeben. Die in der Utilisationsphase angebotenen Suggestionen (Ich-Stärke, Verbesserung des Wohlbefindens) werden ohne Verknüpfung spezifischer Situationen für die Zeit nach der Trance im Sinne einer posthypnotischen Suggestion gegeben.

Sitzungen 3–12

Induktion, Vertiefung und Ratifizierung wie in den ersten beiden Sitzungen. In der Utilisationsphase wird eine sog. darmbezogene Imagination durchgeführt: Patienten, die zur Visualisierung fähig sind (in den Studien 80% der Patienten) werden gebeten, sich einen sanft fließenden Bach mit Wasserfällen vorzustellen und das harmonische Fließen eines ruhigen Flusses mit der sanften rhythmischen Aktivität ihres Gastrointestinaltraktes zu verbinden. Dieses Vorgehen wird bei der durchfalldominanten Form des RDS dahin gehend modifiziert, dass dem Patienten vorgeschlagen wird, sich seinen Darm als schnell fließenden Fluss vorzustellen, ihn zur Quelle zurückzuverfolgen, bis er langsamer (ohne exzessive Turbulenzen oder Strömungen) wird. Dann wird der Patient gebeten, seinen Darm »zurückzustellen« (»to reset«) zu dem Bild eines ruhig sich schlängelnden Flusses. Bei der obstipationsdominanten Form des RDS wird eine Flussbeschleunigung suggeriert. Kinästhetisch orientierte Patienten bzw. Patienten, die nicht visualisieren können, werden gebeten, ihre Hand auf den Teil des Bauches zu legen, der am meisten schmerzt. Es wird dann eine Suggestion von Wärme in der betreffenden Hand gegeben, die sich auf den Bauch ausdehnt. Einhergehend mit der zunehmenden Wärmeempfindung in der Hand und im Bauch wird ein Nachlassen der Schmerzen und der muskulären Verspannung suggeriert. Visuell/kinästhetisch orientierte Patienten können die Ausbreitung der Wärme in der Hand und im Bauch zusätzlich visualisieren. Die schmerzlindernde Wirkung des Bildes eines ruhig fließenden Flusses bzw. der Hand auf dem Bauch wird als posthypnotische Suggestion gegeben (*»immer wenn Sie Ihre Hand auf den Bauch legen, wird sich das angenehme Wärmegefühl einstellen, Sie werden eine angenehme Entspannung in Ihrem Bauch empfinden und der Schmerz wird nachlassen«*). Weiterhin werden die in Sitzung

1 und 2 genannten Ich-stärkenden Suggestionen sowie unspezifische Suggestion bezüglich der Verbesserung des Wohlbefindens wiederholt. Weiterhin werden unspezifische posthypnotische Suggestionen gegeben, sich gut und positiv in Bezug auf die eigene Person zu finden.

Hausaufgaben

Manchester-Protokoll. Nach der 3. Sitzung erhalten die Patienten eine Audiokassette der therapeutischen Sitzung zum selbstständigen Üben mit der Bitte, täglich 2×10 min zu üben. Weiterhin wird ein Symptomtagebuch (Protokollierung der Dauer und Intensität der Bauchschmerzen, Stuhlhäufigkeit, des psychischen Befindens, Häufigkeit des Übens, besonderer Ereignisse am Tag) geführt.

Eigenes Vorgehen

In Ergänzung zu dem dargestellten Vorgehen werden bei weniger suggestiblen Patienten die direkten Suggestionen des dargestellten Therapieprotokolls durch indirekte Suggestionen ergänzt. Reagieren die Patienten positiv auf das indirekte Vorgehen, erhalten sie zum täglichen Üben eine CD mit einem aufgesprochenen Text (Häuser u. Wambach 2003). Bei der Vorbereitung auf das Abhören der CD werden eingestreute Suggestionen bezüglich Sicherheit gegeben. Trance wird als Ort und Zeit der Sicherheit, Erholung und Aktivierung unbewusster Heilungsprozesse definiert. Bei der Induktion werden neben der Fixierung der Aufmerksamkeit auf das rhythmische Heben und Senken der Hände auf dem Bauch im Rhythmus des Atmens weitere unspezifische Angebote zum In-Trance-gehen gemacht (Abdecken aller Möglichkeiten). In der Utilisationsphase wird das Einatmen mit dem Bild eines fließenden, goldenen Lichts verbunden, das positive Energie und Sicherheit durch den ganzen Körper (inkl. Magen-Darm-Trakt) strömen lässt und das mit dem Ausatmen innere Anspannung fortspült. Die Weisheit des Unbewussten, körperliche Vorgänge wie das An- und Entspannen der Bauch- und Magen-Darm-Muskeln in optimaler (angenehmer, rhythmischer) Weise zu koordinieren, wird mehrfach angesprochen. Der Eintritt der bewusst erlebten Symptomlinderung wird über eine zeitliche Konfusion suggeriert. Abschließend wird eine Geschichte vom Schaukelnlernen in der Kindheit erzählt, in die Suggestionen zum Lernen muskulärer Koordination, Vertrauen in den eigenen Körper (»Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen«) und angenehmer bzw. lustvoller Empfindungen im Verdauungstrakt (einschließlich Mund) eingestreut werden. Es wird die posthypnotische Suggestion gegeben, dass sich in Alltagssituationen, wann immer es benötigt wird, das positive Gefühl der Trance (optimale muskuläre Koordination, Wohlbefinden, Vertrauen in sich selbst) unmittelbar einstellen wird, wenn die Hände auf den Bauch gelegt werden.

Bei leicht- und mittelgradigen Formen des RDS schlage ich den Patienten vor, zuhause mittels der von mir besprochenen CD »Schmetterlinge im Bauch« (Häuser u. Wambach 2003), welche den Text des Manchesterprotokolls als auch einen Text mit Erickson'schen Sprachmustern enthält, zuhause in den ersten 2 Wochen täglich, später 2- bis 3-mal pro Woche zu üben (sog. Ablationshypnose; Klumbies 1952). Der Patient kann entscheiden, ob ihm die direkte oder indirekte Technik mehr zusagt. Berichtet der Patient, dass er zuhause mit der CD positive Tranceerfahrungen macht, verzichte ich auf das Durchführen einer individualisierten (»tailored«) »Livehypnose«. Symptomorientierte (darmbezogene) »Livehypnosen« führe ich bei den Patienten durch, die nicht in der Lage sind, eigenständig mit der CD zu üben. Weiterhin führe ich bei Patienten mit schwergradigem RDS und psychischer Komorbidität konfliktbearbeitende hypnotherapeutische Sitzungen durch (s. Fallbeispiel). Die Hypnosesitzungen werden dann mittels eines MP3-Players aufgenommen und das File dem Patienten zum weiteren eigenständigen Anhören unter häuslichen Bedingungen zur Verfügung gestellt.

Mit Patienten, welche ein Vermeidungsverhalten aufgrund ihrer Darmbeschwerden bzw. ihrer Angst, nicht rechtzeitig eine Toilette zu erreichen, entwickelt haben, wird ein graduiertes, eigenständig (eventuell initial mit Unterstützung von Angehörigen) durchzuführendes Expositionstraining durchgeführt. Die Patienten werden ermutigt, die Hypnosetexte der CD bzw. die individuell aufgesprochenen Texte vor und eventuell auch während des Expositionstrainings mittels eines MP3-Players zu hören.

Nach meiner klinischen Erfahrung ist im medizinischen Kontext die Vorbereitung einer Hypno-

therapie unter Nutzung rationaler Informationen sowie Nutzung allgemeiner Erickson'scher Therapieprinzipien (Utilisationsansatz) und hypnotherapeutischer Sprachmuster im ärztlichem Gespräch wichtiger als elaborierte indirekte Suggestionen (Häuser 1997a).

Fallbeispiel

Die 30-jährige Soziologin (wissenschaftliche Universitätsangestellte) stellt sich auf Empfehlung ihres Hausarztes in der interdisziplinären Schmerzambulanz des Klinikums Saarbrücken mit der Frage der weiteren Diagnostik und Therapie von Bauchschmerzen und Durchfällen vor. Im Erstgespräch gibt die Patientin an, seit ihrer Jugend bei »Stress« gelegentlich an Bauchschmerzen, Durchfällen und Übelkeit zu leiden, die Beschwerden hätten jedoch nur kurze Zeit angehalten und hätten sich ohne spezifische Behandlung zurückgebildet. In den letzten 4 Monaten seien die Bauchschmerzattacken zunehmend häufiger und intensiver aufgetreten, einhergehend mit »Verdauungsproblemen« (Wechsel Verstopfung/Durchfall, Übelkeit, Ekel vor dem Essen, Gewichtsabnahme von 4 kg). Zuletzt habe sie täglich mehrere Schmerzattacken gehabt, Dauer 30 min bis 3 h. Sie sei wegen der Schmerzen seit 3 Wochen krankgeschrieben und weitgehend bettlägerig. Die durchgeführte medizinische Diagnostik (Ösophago-Gastro-Duodenskopie, Ileokoloskopie, Blut- und Stuhluntersuchungen) hätten keine auffälligen Befunde ergeben, verschiedene Medikamente seien wirkungslos gewesen. An schmerzlindernden Faktoren gibt sie Wärme (Bettflasche auf dem Bauch), an schmerzverstärkenden Faktoren Stress am Arbeitsplatz an. In den letzten Monaten habe es Konflikte (Rivalität) mit einem männlichen Kollegen gegeben. Die Patientin betont, dass sie sich nicht vorstellen könne, dass ihre Beschwerden »nur psychisch« bedingt seien. Sie sei ein wissenschaftlich und rational orientierter Mensch. Es sei für sie nicht vorstellbar, dass Alltagsbelastungen wie Konflikte mit ihrem Kollegen zu solch starken Bauchschmerzen führen können, wie ihr Hausarzt behaupte. Sie befürchte, an einer bisher noch nicht festgestellten Erkrankung zu leiden.

Ich sage der Patientin, dass unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde und ihrer Beschwerden mit großer Wahrscheinlichkeit eine funktionelle gastrointestinale Funktionsstörung vorliege. Auf gezieltes Nachfragen bestätigt die Patientin, dass sie in den letzten Monaten unter weiteren körperlichen Symptomen wie gelegentlichen Kopfschmerzen, innerer Unruhe und Durchschlafstörungen gelitten habe. Im weiteren Gesprächsverlauf werden die Befürchtungen der Patientin vor einer körperlichen Erkrankung sowie ihre Befürchtungen, als psychisch krank bzw. »belastungsschwach« angesehen zu werden, thematisiert. Über die Exploration der Auswirkungen der körperlichen Beschwerdesymptomatik auf ihre Arbeitsplatzsituation (Arbeitsunfähigkeit) erfahre ich, dass die Patientin im Nebenfach Psychologie studiert habe und dabei auch eine Vorlesung über funktionelle Störungen gehört habe. Ich frage sie, ob sie an weitergehenden Informationen über funktionelle gastrointestinale Störungen interessiert sei (Aufbau einer Ja-Haltung). Nachdem dies bestätigt wird, zeige ich der Patientin anhand einiger Abbildungen aus einem von mir verfassten Kapitel über psychosomatische Aspekte in der Gastroenterologie in einem gastroenterologischen Lehrbuch (Utilisation des wissenschaftlichen Interesses der Patientin; Signalisieren von Kompetenz) Wechselwirkungen zwischen zentralem Nervensystem und Gastrointestinaltrakt. Dabei erwähne ich beiläufig, dass insbesondere Hypnotherapie zu messbaren Veränderungen der Darmmotilität und -sensitivität führt. Die Patientin wendet ein, dass ihr Psychologieprofessor Hypnose als wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode bezeichnet habe. Weiterhin könne sie sich nicht vorstellen, sich in die »Hand eines Hypnotiseurs« zu begeben. Ich frage die Patientin, ob sie bereit sei, »auf dem Boden der Wissenschaft« ihre »Arbeitshypothesen bezüglich der Hypnose zu überprüfen« (Herausforderung unter Utilisation des Wertesystems). Weiterhin betone ich, dass es bei der (Selbst-)Hypnose nicht darum gehe, Kontrolle abzugeben, sondern eine bessere Kontrolle über die eigenen körperlichen Reaktionen und Affekte zu gewinnen (Utilisation der Kontrollbedürfnisse). Nach nochmaligem Aufbau einer Ja-Haltung erhält die Patientin wissenschaftliche Publikationen über die Grundlagen wissenschaftlicher Anwendungen von Hypnose sowie mehrere Internetadressen über funktionelle gastrointestinale Störungen. Ich schlage der Patientin vor, anhand dieser Unterlagen selbst zu überprüfen, ob die Diagnose eines Reizdarmsyndroms auf sie zutrifft, und biete ihr ein weiteres Beratungsgespräch über weitere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten an (Respektieren von Autonomiebedürfnissen).

Nach 14 Tagen vereinbart die Patientin einen Termin für ein zweites Gespräch. Sie gibt an, aufgrund ihrer

Literaturrecherchen zu der Entscheidung gekommen zu sein, die Diagnose eines Reizdarmes zu akzeptieren, keine weitergehende medizinische Abklärung zu wünschen und wegen ihrer Reizdarmsymptomatik einen psychotherapeutischen Behandlungsversuch zu machen. Durch die ihr überlassenen Unterlagen habe sie ihre Meinung über Hypnotherapie revidiert und sei neugierig auf eine Therapie in Trance. Andererseits könne sie sich nicht vorstellen, dass sie »in eine tiefe Trance gehen könne«. Auch habe sie Angst davor, dass jemand Kontrolle über sie haben könne (dabei leichte Gesichtsrötung beobachtbar). Ich entgegne, dass es zu therapeutischen Zwecken nicht notwendig sei, in eine tiefe Trance zu gehen, und dass der Schwerpunkt der Behandlung ihres Beschwerdebildes auf Selbsthypnose liegt. Aufgrund der von der Patientin bereits mehrfach geäußerten Ängste vor Kontrollverlust einschließlich beobachtbarer vegetativer Reaktionen sowie der in der Literatur beschriebenen Assoziation zwischen Reizdarmsymptomatik und sexuellen Missbrauch entschließe ich mich an dieser Stelle, von einer weitergehenden Exploration bzw. explizitem Eingehen auf den Beziehungsaspekt der Aussage der Patientin zu verzichten, weil ich zu diesem Zeitpunkt nur einen Behandlungsauftrag bezüglich einer Reizdarmsymptomatik eingeholt habe. Ich schlage der Patientin daher ein »stufenweises« Experiment vor, bei dem sie gleichzeitig Probandin und Versuchsleiterin sein könne. Sie könne bei jedem Schritt erneut entscheiden, ob sie das Experiment fortführen wolle. Ich erkläre der Patientin, dass ein Faktor, der positiv mit dem Erfolg einer Therapie korreliere, Imaginationsfähigkeit sei. Ich bitte sie, mehrere Gegenstände und Szenen (zuletzt Bild eines ruhig dahin fließenden Flusses) zu imaginieren, und ihre Imaginationsfähigkeit auf einer numerischen Skala von 0–10 einzuschätzen. Aufgrund der detaillierten Schilderung der Imaginationen bestätigt sich ihre Einschätzung einer exzellenten Imaginationsfähigkeit. Danach zeige ich der Patientin in einem Videoausschnitt, wie mittels der Thermografie beim autogenen Training eine messbare Zunahme der Hauttemperatur feststellbar ist (Seeding, Anregung der szenischen Vorstellung). Dann frage ich die Patientin, ob sie sich vorstellen könne, selbst ihre Hautdurchblutung und Temperatur steigern zu können, und ob sie das überprüfen wolle (Ja-Haltung). Mithilfe einer Hauttemperaturmesssonde kann ich der Patientin zeigen, dass sie unter Nutzung der Selbstsuggestion (»meine rechte Hand ist angenehm warm«) ihre Hauttemperatur um 0,5°C steigern konnte und dass die Hauttemperatur noch um weitere 0,3°C zunimmt, als sie sich vorstellt, angenehm, entspannt und sicher an einem Strand in der Sonne zu liegen und das Rauschen des Meeres zu hören. Danach zeige ich ihr Diagramme der messbaren Veränderungen von gastrointestinaler Motilität und Sensitivität durch Hypnose (Wechsel von Entspannung/Imagination, Information im Sinne einer fraktionierten Trance). Ich bitte die Patientin, ein Wärmegefühl in ihrer rechten Hand hervorzurufen und bei der Empfindung zunehmender Wärme in der rechten Hand diese auf die Stelle des Bauches zu legen, an der sie in der Regel die meisten Schmerzen empfindet (zum Zeitpunkt der Übung keine Bauchschmerzen). Beim Auflegen der rechten Hand gibt die Patientin plötzlich starke Bauchschmerzen an, ich kann Blässe im Gesicht, Schweißausbrüche, Anspannung der Gesichts- und Bauchmuskulatur sowie beschleunigte Atmung beobachten. Ich schlage ihr vor, die Hand vom Bauch zu entfernen und mache unter der Hypothese einer stattgefundenen Reaktivierung schmerzlicher Erlebnisse unspezifische Suggestionen zur räumlichen, sensorischen und affektiven Distanzierung von Erlebnissen und Empfindungen. Es dauert ca. 5 min, bis die Patientin eine erträgliche Schmerzreduktion angibt und in der Lage ist, die Ergebnisse des Experiments auszuwerten. Ich deute die Schmerzauslösung als Beweis dafür, dass Bilder/Gedanken/Gefühle zu mess- und spürbaren körperlichen Veränderungen führen können. Als ich die Patientin frage, was passiert sei, als sie die rechte Hand auf ihren Bauch gelegt habe, sagt sie unter leichtem Erröten und beschleunigter Atmung, dass sie darüber nicht reden wolle. Ich akzeptiere diese Entscheidung, die **sicherlich gute bewusste und unbewusste Gründe** habe, mit mir darüber **noch nicht zu sprechen**. Ich schlage ihr vor, zu Hause 3-mal täglich 5 min das als angenehm empfundene Bild des Strands hervorzurufen. Wenn sie sich **sicher fühle**, könne sie den Versuch mit der Hand auf dem Bauch wiederholen und eventuell die dabei entstandenen Bilder/Gedanken/Gefühle aufschreiben. Nur wenn sie sich **sicher sei, mir vertrauen zu können**, solle sie die Aufzeichnungen zum nächsten Termin mitbringen. Weiterhin bitte ich sie, ein Symptomtagebuch zur Selbstkontrolle zu führen. Beim 3. Termin nach 14 Tagen berichtet die Patientin, dass sie durch das Führen des Symptomtagebuchs Zusammenhänge zwischen innerer Anspannung und Symptomzunahme festgestellt habe. Es sei ihr teil-

weise gelungen, die Intensität und Häufigkeit der Schmerzattacken durch die Vorstellung des Strands zu reduzieren. Weiterhin habe sie sich entschlossen, mir zu berichten, was bei der letzten Sitzung passiert sei und unter welchen Beschwerden sie noch leide. Die Patientin berichtet über einen Flashback einer sexuellen Traumatisierung im 16. Lebensjahr. In den letzten Monaten sei es einhergehend mit den Konflikten mit dem Arbeitskollegen, der sie an den Vergewaltiger erinnere, zu einer Zunahme der Flashbacks und Albträume gekommen. Aufgrund ihres Vermeidungsverhaltens und weiterer Symptome und erhöhter vegetativer Anspannung erfüllt die Patientin die Kriterien einer anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung. In den nächsten Sitzungen (insgesamt 10 Sitzungen über 6 Monate) erfolgt neben dem eigenständigen Durchführen einer darmgerichteten Selbsthypnose (Visualisierung eines ruhigen Flusses) eine therapeutische Aufarbeitung der Traumata, wobei neben hypnotherapeutischen Techniken auch andere psychotherapeutische Methoden (EMDR) zum Einsatz kommen.

45.3 Indikationen und Kontraindikation

Gemäß der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen zur Diagnostik und Therapie des RDS ist eine psychotherapeutische Behandlung bei folgenden Indikationen gegeben (Hotz et al. 1999):

- Eine klinisch relevante psychische Störung liegt vor bzw. psychosoziale Faktoren spielen eine Rolle für Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf des RDS.
- Internistisch-pharmakotherapeutische Maßnahmen hatten keinen oder nur einen unzureichenden Erfolg.
- Die Beschwerden persistieren langjährig und/oder verursachen großen Leidensdruck.

Prädiktoren eines positiven Ansprechens von Psychotherapie sind (Lackner et al. 2004):

- Symptomauslösung oder -verstärkung durch Stress
- Vorhandensein von Angst und Depression
- Abwesenheit konstanten Schmerzes
- Relativ kurz bestehendes Beschwerdebild

In einer Studie unter den Bedingungen der klinischen Routineversorgung fanden sich außer der durchfalldominanten Form bei Männern keine negativen prognostischen Faktoren für die Wirksamkeit von Hypnotherapie. Insbesondere war ein fehlendes primäres Interesse der Patienten an Hypnose kein negativer prognostischer Faktor (Gonsalkorale et al. 2004).

Kontraindikationen ergeben sich aus den allgemeinen Ausschlusskriterien einer Hypnotherapie bei psychischen Störungen (▶ Kap. 10), unzureichenden Kenntnissen des Hypnotherapeuten bezüglich des RDS und der dabei einzusetzenden hypnotherapeutischen Methoden sowie ungenügender Vorbereitung des Patienten auf hypnotherapeutische Behandlung bzw. magischen Heilserwartungen (seitens des Patienten oder Hypnotherapeuten).

Hypnose ist bei Patienten mit geringer Suggestibilität und/oder Imaginationsfähigkeit nicht wirksam (Montgomery et al. 2000).

Alternativen bzw. Ergänzungen zur Hypnose sind die psychodynamische Therapie und kognitive Verhaltenstherapie, deren Wirksamkeit beim RDS ebenfalls belegt ist (Hotz et al. 1999; Jones et al. 2000). Insbesondere bei schwergradigen Formen des RDS mit psychischer Komorbidität ist eine Therapie mit Antidepressiva indiziert, welche auch mit den verschiedenen Psychotherapieverfahren kombiniert werden kann (Creed et al. 2003).

Psychotherapeutische Verfahren inklusive Hypnose sind beim RDS indiziert, wenn eine symptomorientierte medikamentöse Therapie versagt hat, beschwerdeassoziierte Beeinträchtigungen in Alltagsfunktionen vorliegen und eine Modulation der Beschwerden durch psychologische Faktoren gegeben ist.

45.3.1 Integration mit anderen Verfahren

Aufgrund der Häufigkeit des RDS und der limitierten personellen und finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems ist es nicht sinnvoll, alle Patienten mit RDS durch eine persönliche darmbezogene Hypnose zu behandeln. In Abhängigkeit des Schweregrades (■ Tab. 45.1) und des Anspre-

Tab. 45.1. Klassifikation des Reizdarmsyndroms nach klinischem Schweregrad. (Nach Drossman u. Thompson 1992)

Klinischer Schweregrad	Leicht	Mittel	Schwer
Parameter			
Prävalenz [%]	70	25	5
Behandelnde Institution	Primär	Sekundär	Tertiär
Symptomkonstanz	–	+	+++
Korrelation mit Befunden	+++	++	+
Beeinträchtigung täglicher Aktivität	–	+	+++
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	+	++	+++
Krankheitsverhalten	–	+	+++
Psychiatrische Diagnosen	–	+	+++

– nein; + gering; ++ mäßig; +++ ausgeprägt.

chens auf die jeweiligen Therapiemaßnahmen wird daher aus gastroenterologischer und psychosomatischer Sicht ein abgestuftes Vorgehen vorgeschlagen (s. Übersicht »Stufentherapie des Reizdarmsyndroms«) (Drossman et al. 1992; Hotz et al. 1999; Häuser 2002).

Stufentherapie des Reizdarmsyndroms. (nach Drossman u. Thompson 1992; Häuser 2002)

Stufe 1: ärztliche Beratung
- Positive Diagnose
- Vermeiden überflüssiger bzw. wiederholter medizinischer Ausschlussdiagnostik
- Information über Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten
- Beratung (Ernährung, Lebensführung)

Stufe 2: symptomorientierte medikamentöse Therapie

Stufe 3: ärztliche psychosomatische Grundversorgung
- Verbale Interventionen (Alltagsbelastungen/Affektregulation)
- Entspannungsverfahren Darmbezogene Hypnose (CD-unterstütztes eigenständiges Üben)
- Strukturierte Schulungsprogramme (Selbstmanagement)

Stufe 4: fachpsychiatrische-psychotherapeutische Behandlung
- Kognitive bzw. psychodynamische Therapie
- Hypnotherapie
- Psychopharmaka

Leichtgradige Formen des RDS bedürfen außer einer Aufklärung über die »Gutartigkeit« der Störung und einer Lebensstilberatung (Stressreduktion, Weglassen eventuell symptomauslösender Nahrungsmittel oder Genussstoffe) keiner weitergehenden medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlungen. Für die Patienteninformation setzen wir Broschüren, Internetinformationen (Häuser 1997b) und Filmbeiträge aus Wissenschaftsmagazinen (z. B. den Film über das »Bauchhirn« des Wissenschaftsmagazin »Sonde«) ein. In diesem Film werden Wechselwirkungen von Bauch- und Kopfhirn bzw. Darm und Gedanken/Gefühlen bei Gesunden und Reizdarmpatienten sowie Möglichkeiten der Kombination von Ablationshypnose und Verhaltenstherapie anhand der Fallgeschichte einer

von mir behandelten Patientin dargestellt. Bei mittelgradigen Formen des RDS sollte eine symptomorientierte medikamentöse Therapie erfolgen. Ergänzend oder alternativ können symptomorientierte psychotherapeutische Verfahren (kognitive Verhaltenstherapie bzw. symptomorientierte Hypnose) zum Einsatz kommen. Strukturierte Gruppenschulungsmaßnahmen für Patienten (Information über Erkrankungsbild und Behandlungsmöglichkeiten, kognitive Umstrukturierung, Entspannungs-, Stressbewältigungs- und Imaginationstraining) sind zeiteffektive und wirksame Behandlungen (Heitkemper et al. 2004; Robinson et al. 2005) im Übergangsbereich von psychosomatischer Grundversorgung und Fachpsychotherapie (http://www.klinikum-saarbruecken.de/np_show.phtml?nID=181). Bei schwergradigem RDS ist eine psychopharmakologische und fachpsychotherapeutische Behandlung der fast regelmäßig vorliegenden psychischen Komorbidität notwendig. Zur fachpsychotherapeutischen Behandlung begleitender psychischer Störungen (z. B. Panikstörung, posttraumatische Belastungsstörung) können auch hypnotherapeutische Techniken eingesetzt werden. Die Modifikation dysfunktioneller kognitiver Strukturen und Verhaltensmuster (z. B. negative Bewertung gastrointestinaler Sensationen) bzw. die Bearbeitung intrapsychischer Konflikte oder auch emotionaler Traumata können ebenfalls in Trance durchgeführt werden.

Darmbezogene Hypnose kann mit anderen psychotherapeutischen Verfahren und Psychopharmakatherapie kombiniert werden.

45.3.2 Empirische Belege

Bei Reizdarmpatienten können durch darmbezogene Hypnose eindrucksvolle therapeutische Erfolge erzielt werden, insbesondere bei Patienten, die sich gegenüber der medikamentösen Therapie refraktär zeigen. Die Wirksamkeit von darmbezogener Hypnose beim RDS ist auf der höchsten Stufe einer evidenzbasierten Medizin, nämlich durch systematische Reviews mit Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien, belegt (Tan et al. 2005; Whitehead 2006). Weiterhin liegen nichtkontrollierte Studien mit großen Fallzahlen unter den Bedingungen der klinischen Routineversorgung vor, welche die positiven Ergebnisse der kontrollierten Studien bestätigten. Nach den Wirksamkeitsleitlinien der »Clinical Psychology Division« der American Psychological Association erreicht die Anwendung von Hypnose den höchsten Grad von Wirksamkeit und Spezifität (Tan et al. 2005). Die Britische Gesellschaft für Gastroenterologie empfiehlt Hypnose bei Patienten, welche auf medikamentöse Behandlung nicht ausreichend ansprechen und eine geringe Psychopathologie aufweisen, mit dem Empfehlungsgrad B (Jones et al. 2000).

Eine Metaanalyse von 5 kontrollierten Studien mit 556 Patienten ergab eine mediane Responserate von 87% (Whitehead 2006). In den meisten Studien konnte nicht nur eine Reduktion der Magen-Darm-Beschwerden, sondern auch eine Reduktion extraintestinaler und psychischer Beschwerden nachgewiesen werden (Tan et al. 2005; Whitehead 2006). Aus gastroenterologischer Sicht wird die kleine Fallzahl der kontrollierten Studien, das Fehlen eines Vergleiches mit anderen Verfahren sowie die mäßige innere Validität der Hypnose-Studiendesigns kritisiert (Wilson et al. 2006).

Im Vergleich zu medikamentösen Therapieverfahren ist festzustellen, dass die Wirksamkeit von psychologischen Verfahren beim RDS höher ist als die medikamentöser Verfahren. Eine Metaanalyse von 17 kontrollierten Studien (inkl. Hypnose) ergab eine Odds Ratio einer mindestens 50% Symptomreduktion von 12,0 (95% Konfidenzintervall 5,6–26,0) und eine »Number needed to treat« von 2 (Lackner et al. 2004). Weiterhin ist im Gegensatz zu medikamentösen Verfahren bei den meisten Patienten eine anhaltende Symptomreduktion inklusive einer Reduktion von Arztbesuchen und Krankheitstagen in mehrjährigen Katamnesen nach Ende der Hypnosebehandlung gesichert (Houghton et al. 1996; Whitehead 2006).

Derzeit wird diskutiert, ob eine audiokassetten- bzw. CD-unterstützte Ablationshypnose mit niedrigfrequenter therapeutischer Begleitung (Vermittlung Krankheits- und Behandlungsmodell, Überprüfen des Ansprechens) Behandlungskosten und Versorgungsengpässe bei Hypnotherapeuten reduzieren könnte (Palsson u. Whitehead 2002). Ein Vergleich von 6 Sitzungen individueller Einzelhypnose versus standardisierte Audiokassetten ergab keine signifikanten Unterschiede in der Wirksam-

keit (Forbes et al. 2000). Da weitere Studien zur Ablationshypnose fehlen, kann sie der »Livehypnose« in ihrer Wirksamkeit bisher nicht gleich gesetzt werden.

Die Wirksamkeit der darmbezogenen Hypnose beim RDS ist auf der höchsten Evidenzstufe (Metaanalysen kontrollierter Studien) belegt. Weiterhin belegen nichtkontrollierte Studien ihre Effektivität in der klinischen Routineversorgung.

45.3.3 Wirkungsweise von Hypnotherapie beim RDS

In systematischen Reviews wurden die aktuellen Kenntnisse über die Wirkung von Hypnose beim RDS zusammengefasst. Die Konsistenz nachweisbarer psychologischer Effekte ist größer als die der nachweisbaren physiologischen Wirkungen (Tan et al. 2005; Simren 2006). Hypnose führte zu einer Reduktion von Angst, Depressivität, Somatisierung und dysfunktioneller darmbezogener Kognitionen (Gonsalkorale et al. 2004). Eine Anhebung der erniedrigten Schmerzschwelle und Reduktion der motorischen und sensorischen Komponente des gastrokolischen Reflexes konnte nachgewiesen werden (Simren 2006).

Die therapeutischen Effekte von Hypnose beim Reizdarmsyndrom können durch psychophysiologische Prozesse (Reduktion von psychologischem Distress; Normalisierung der gestörten Motorik und Sensorik des Gastrointestinaltrakts) erklärt werden.

Fazit

Das RDS gehört zu den häufigsten Beschwerdebildern im internistisch-gastroenterologischen Bereich und führt zu hohen direkten und indirekten Krankheitskosten. Darmbezogene Hypnose ist beim RDS wirksam, auch bei Patienten, die auf eine internistisch-medikamentöse Behandlung nicht ansprechen. Das RDS ist im Kontext einer »evidence based medicine« bzw. »psychotherapy« einer der am besten abgesicherten Indikationsbereiche von Hypnose (Evidenzgrad Ia). Darmbezogene Hypnose wird von gastroenterologischen Fachgesellschaften zur Behandlung des RDS empfohlen. Darüber hinaus ist Hypnose ein wichtiges Instrument in der psychophysiologischen Grundlagenforschung des RDS (Francis u. Houghton 1996; Simren 2006). Die Empfehlungen zum Einsatz von darmbezogener Hypnose beim RDS werden in der medizinischen Versorgung des RDS noch nicht ausreichend berücksichtigt: Patienten mit mittel- und schwergradigem Reizdarmsyndrom werden von ihren behandelnden Ärzten zu selten auf die Möglichkeit einer darmbezogenen Hypnose hingewiesen. Es ist zu hoffen, dass durch die laufenden Fortbildungsmaßnahmen in der psychosomatischen Grundversorgung geeignete Patienten früher erkannt und in entsprechende Fachpsychotherapie überwiesen werden bzw. dass somatisch orientierte Ärzte durch Erwerb von hypnotherapeutischen Grundkenntnissen in Curricula der medizinischen Hypnose eine darmbezogene Hypnose beim RDS selbst durchführen können. Bei Hinweisen auf eine psychische Komorbidität bzw. schwerwiegende psychosoziale Belastungen kann die darmbezogene Hypnose durch eine an den psychischen Problemen orientierte konfliktbearbeitende oder kognitive Therapie in Trance (Hypnotherapie) ergänzt werden.

Die von gastroenterologischen und psychologischen Fachgesellschaften empfohlene Behandlung des Reizdarmsyndroms mit darmbezogener Hypnose sollte in der klinischen Routineversorgung mehr berücksichtigt werden.

Rheumatoide Arthritis und andere Autoimmunkrankheiten

Jillian Horton-Hausknecht

46.1 Störungsbild – 570

46.1.1 Autoimmunkrankheiten – 570

46.2 Theoretischer Hintergrund – 570

46.2.1 Forschung auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie – 570

46.3 Interventionen – 572

46.3.1 Praktische Anleitung zum Einsatz der Hypnosetherapie – 572

46.3.2 Information und Erläuterung zur Hypnosetherapie – 572

46.3.3 Grundzüge der Hypnose – 573

46.3.4 Allgemeine Informationen – 574

46.3.5 Mögliche Schwierigkeiten während der Therapie – 574

Ziel dieses Kapitels ist es, den Einsatz von Hypnosetherapie im Rahmen der medizinischen Behandlung von Autoimmunerkrankungen vorzustellen. Zunächst wird der theoretische Hintergrund einer derartigen Maßnahme dargestellt und dann wird eine Anleitung zur Hypnosetherapie mit solchen Patienten gegeben.

46.1 Störungsbild

46.1.1 Autoimmunkrankheiten

Autoimmunstörungen treten dann auf, wenn das Immunsystem entgleist, dabei die normalen Körperzellen als Fremdkörper fehl deutet und beginnt, »Eigenes« mittels Gewebe schädigender Antikörper anzugreifen. Zell- und Gewebeschäden treten dann auf, wenn die Autoantikörper in bestimmten Bereichen des Körpers abgelagert werden, z. B. in den Gelenken, den Nieren, der Lunge usw. und dort unter Zusatz von Serum-Enzymen Entzündungsreaktionen hervorrufen (Brostoff et al. 1991). Besteht die Fehlreaktion im Autoimmunsystem erst einmal, so ergeben sich des weiteren Abweichungen in der normalen immunologischen Kontrolle wie die Abnahme zytotoxischer T- und CD-4-Zellen, ferner eine Überansprechbarkeit der B-Zellen, eine vermehrte Anzahl von Immunglobulin-Zellen und eine Autoantikörperproduktion, die weit über dem klinisch normalen Bereich liegt (Theofilopoulos 1987; Wekerle 1993).

Generell werden Autoimmunerkrankungen in zwei große Gruppen eingeteilt:

1. Die systemischen Erkrankungen, bei denen vielerlei Gewebe und Organe von dem pathogenen Prozess betroffen sind und
2. die Erkrankungen einzelner Organe, die mehr auf ein System lokalisiert sind (s. Übersicht »Autoimmunkrankheiten und deren Zielorgane«).

Bei organspezifischen Erkrankungen sind die betroffenen Organe die Schilddrüse, Nebennieren, Magen und Pankreas. Die unspezifischen Erkrankungen, zu denen der rheumatische Formenkreis gehört, betreffen Haut, Nieren, Gelenke und Muskeln (Brostoff et al. 1991). Noch ist unklar, wodurch die Autoimmunfehlreaktion ursprünglich verursacht wird, und es scheint noch keine einheitliche Pathogenese der Autoimmunkrankheiten zu existieren. Indessen spielen wohl bei Entstehung, Verlauf und Prognose der Autoimmunkrankheiten auch Faktoren wie Vererbung, Geschlechtszugehörigkeit, medikamentöse und psychologische Faktoren eine Rolle (Weiner 1991).

Autoimmunkrankheiten und deren Zielorgane

Organspezifische Krankheiten und Zielorgane

- Morbus Addison: Nebennieren
- Insulinabhängiger Diabetes mellitus: Pankreas
- Hyperthyreose (Gravis): Schilddrüse
- Goodpasture-Syndrom (Glomerulonephritis): Nieren und Lunge
- Multiple Sklerose: zentrales Nervensystem
- Autoimmune hämolytische Anämie: hämatopoietisches System
- Colitis ulcerosa: Dickdarm

Multiorganische (systemische) Krankheiten

- Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
- Multiple Bindegewebserkrankung
- Rheumatoide Arthritis
- Sklerodermie
- Sjögren-Syndrom
- Systemischer Lupus erythematosus

46.2 Theoretischer Hintergrund

46.2.1 Forschung auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie

Damit eine psychologische Therapie wie Hypnose in der Lage ist, Autoimmunprozesse auf der biochemischen Ebene zu beeinflussen, muss es Mechanismen geben, die es ermöglichen, kognitive Stimulation in Information umzuformen, die vom Immunsystem benutzt werden kann. Aufgrund des Zuwachses an Forschung auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie (PNI) kann man nunmehr davon ausgehen, dass tatsächlich Mechanismen vorhanden sind, die einen Austausch zwischen

ZNS, neuroendokrinem System und Immunsystem erlauben. Es hat sich gezeigt, dass diese Kommunikation und Einflussnahme bidirektional verläuft (Ballieux 1992) und mittels gemeinsamer Signalmoleküle, der Zytokine, der Peptidhormone und der Neurotransmitter ermöglicht wird, welche auf eine Reihe gemeinsamer Rezeptoren einwirken. Also werden die gleichen Botenstoffe und entsprechenden Rezeptoren sowohl für die intrasystemische Regulierung als auch für die intersystemische Kommunikation benutzt (Blalock 1994). Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse sowie die Innervation des lymphatischen Gewebes durch das autonome Nervensystem wird als der Weg angesehen, auf dem die Kommunikation zwischen den Systemen verläuft (Ballieux 1992).

Zusätzlich zur biomedizinischen hat die psychologische Forschung im Bereich der PNI gezeigt, dass negative emotionale Zustände wie Stress, Depression und Verlusterlebnisse die Funktion des Immunsystems unterdrücken können (Brosschot et al. 1992; Calabrese et al. 1987; Glaser et al. 1992; Snyder et al. 1993). Auch ein positiver Gemütszustand beeinflusst bestimmte Parameter des Immunsystems, insbesondere das IgA im Speichel, aber auch die Immunkompetenz (Laidlow et al. 1994). Diesen Prozess fasst Blalock (1994) zusammen, indem er feststellt: ZNS und peripheres Nervensystem erkennen kognitive Stimuli, die dann in chemische Information umgewandelt werden, welche von Rezeptoren des Immunsystems erkannt wird, und schließlich kommt es zu immunologischen Veränderungen.

Andere Forschungen, die sich des klassischen Konditionierungsparadigmas bedienen, konnten zeigen, dass Lernen die Funktionen des Immunsystems unterdrücken oder fördern kann, je nachdem, welches Medikament bei dem Lernprozess konditioniert wurde (Ader 1985; Buske-Kirschbaum et al. 1992; Gorezynski 1987; Klosterhalfen u. Klosterhalfen 1983). Dieses Phänomen gehört zu den eindrucksvollsten Demonstrationen, wie das Nervensystem das Immunsystem beeinflussen kann, obgleich die Vorgänge, die die klassische Konditionierungsreaktion vermitteln, noch weitgehend unbekannt sind.

Aus der PNI-Forschung ist also klar, dass im ZNS tatsächlich Mechanismen existieren, die es ihm ermöglichen, mit dem Immunsystem zu kommunizieren und dessen Funktionen zu beeinflussen. Ob indessen die Funktion des Immunsystems und dadurch der Gesundheitszustand von Patienten mit Absicht verändert und mittels kognitiver Stimulation verbessert werden kann, ist eine faszinierende Frage. In diesem Zusammenhang ist die Untersuchung von Autoimmunkrankheiten vielleicht am interessantesten, zeigt doch die derzeitige Forschung, dass psychosoziale Faktoren, wie z. B. psychologischer Stress, mit dem Ausbruch und der Verschlimmerung einiger entzündlicher Autoimmunkrankheiten verknüpft sind (Thomason et al. 1992). Außerdem scheint das Nervensystem insbesondere mittels an der Stressreaktion beteiligter neuroendokriner Faktoren bei der Regulierung der Entwicklung rheumatischer Erkrankungen eine Rolle zu spielen (Levine et al. 1985; Levine et al. 1988).

Bei Durchsicht der Hypnoseliteratur findet sich eine Reihe von Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Suggestionen unter Hypnose bei einigen gesunden Versuchspersonen spezifische Immunfunktionen verändern können (Hall et al. 1984 zit. nach Jemmott u. Locke 1981; Olness et al. 1989); dieses Gebiet hat allerdings nicht besonders viel Beachtung gefunden. Indessen hat sich Hypnosetherapie in der Behandlung einer Reihe von psychosozialen und medizinischen Problemen wie Asthma (Collison 1968; Perloff u. Spiegelman 1973), verschiedenen Hauterkrankungen (Kaneko u. Takaishi 1963; Shertzer u. Lookingbill 1987), Schmerzen (Domangue et al 1985; Spiegel 1986; Peter 1997b), Warzen (Johnson u. Barber 1978; Spanos et al. 1990) und Entzündungsprozessen bei Verbrennungen (Margolis et al. 1983; Moore u. Kaplan 1983) als erfolgreiches Verfahren zur Selbstregulation und Behandlung erwiesen. Unglücklicherweise sind der immunologische Status und die krankheitsspezifischen Blutparameter bei den verschiedenen Gesundheitsproblemen selten erhoben worden. Aus diesem Grunde ist wenig Information verfügbar, in welchem Ausmaß Hypnose diese gesundheitlichen Probleme bessert.

Vor Kurzem ist eine Untersuchung an Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) durchgeführt worden, um zu erforschen, ob gesundheitszentrierte visuelle Imaginationen während der Hypnose positive therapeutische Auswirkungen auf die Symptome und das Krankheitsgeschehen der rheumatoiden Arthritis haben können (Horton-Haus-

knecht u. Mitzdorf 1997). An dieser Studie nahmen 66 Patienten teil: 26 Patienten erlernten Hypnose, 20 Patienten eine Entspannungstechnik (Meditation); weitere 20 Patienten waren in einer Wartelisten-Kontrollgruppe. Die Patienten fanden sich 10 Wochen lang einmal pro Woche ein und dann noch einmal nach 3 und 6 Monaten zu Nacherhebungen. Die Wirkung von Hypnose auf die Symptome der rheumatoiden Arthritis wurde in jeder Sitzung mittels einer Reihe von Fragebögen erhoben. Außerdem wurden ungefähr jede 2. Sitzung, insgesamt 7-mal Blutproben entnommen, um objektive Informationen über die Krankheitsaktivität zu erhalten. Die Ergebnisse zeigten, dass Hypnose – und zu einem geringeren Grad auch Entspannung – einen ganz deutlichen Einfluss auf die Symptome und die Krankheitsaktivität der rheumtoiden Arthritis haben. Die Hypnosepatienten zeigten sowohl statistisch wie auch klinisch signifikante Verbesserungen hinsichtlich Gelenkschmerz und -schwellungen, bezüglich der Mehrzahl der Gelenkfunktion- und Mobilitätssubskalen und beim wichtigsten Blutparameter, der Erythrozytensedimentationsrate. Diese Verbesserungen waren bei denjenigen Patienten, die oft Hypnose anwandten, nach 3 und 6 Monaten noch deutlicher nachweisbar.

46.3 Interventionen

46.3.1 Praktische Anleitung zum Einsatz der Hypnosetherapie

Um praktische Informationen zur Verfügung zu stellen, wie Hypnose bei Patienten mit Autoimmunerkrankungen therapeutisch eingesetzt werden kann, soll das Wesentliche der Therapiesitzungen aus dem RA-Forschungsprojekt beschrieben werden. Ein genaues Transkript der Hypnoseanleitungen findet sich bei Horton-Hausknecht u. Mitzdorf (1997). Zunächst sei allerdings auf Folgendes hingewiesen: Wenn Hypnose und visuelle Imagination eingesetzt werden mit dem Ziel, den Gesundheitszustand und die psychische Verfassung von Patienten mit Autoimmunerkrankungen zu verbessern, so muss man über die jeweilige Autoimmunkrankheit informiert sein, über die medizinische Behandlung und die verschiedenen körperlichen und seelischen Auswirkungen der Erkrankung und der Medikation. Wichtig ist, wenn möglich mit dem behandelnden Arzt des Patienten zusammenzuarbeiten; ferner sollen jegliche Änderungen der Medikation im Therapieverlauf unter ärztlicher Überwachung vorgenommen werden. Es kann auch nötig sein, dem behandelnden Mediziner die Therapie zu erklären und sich mit allen Bedenken und falschen Vorstellungen hinsichtlich der Hypnosebehandlung auseinanderzusetzen.

46.3.2 Information und Erläuterung zur Hypnosetherapie

Ehe die Hypnosetherapie begonnen wird, ist es wichtig, sich mit allen irrigen Vorstellungen zu befassen, die sich Patienten davon machen. Bei Kossak (1989, S. 70 f.), Peter (1986) und Yapko (1984) finden sich gute Darstellungen, in welchen die üblichen falschen Vorstellungen über Hypnose beschrieben werden und wie damit umzugehen sei. Bei den spezifischen Hypnosemaßnahmen, die in diesem Kapitel skizziert werden, gilt es besonders aufmerksam für bestimmte Erwartungen zu sein, speziell, was den Glauben betrifft, Hypnose werde in der Lage sein, die Krankheit zu heilen. Es gilt hier eine scharfe Trennung zu vollziehen zwischen einer realistischen Sicht und allzu großem Optimismus. Das heißt, man muss die Tatsache ansprechen, dass Hypnose keine Wundertherapie ist und dass sie für manche Patienten wenig Wirkung im Bereich der Krankheitsentwicklung zeitigt; allerdings sollte man auch nicht zu negativ oder zweifelnd sein, denn dann könnten die Hoffnungen der Patienten so sehr gedämpft werden, dass dies ihrem positiven Engagement für diese Technik im Wege stünde. Es ist sehr viel wert, den Patienten ein paar schriftliche Informationen oder einen allgemeinen Artikel über Hypnose zukommen zu lassen. Wichtig ist ferner, den Patienten einige grundlegende Informationen über ihre Erkrankung zu geben sowie eine wissenschaftliche Begründung für die Hypnosetherapie. Diese Informationen können den Autoimmuncharakter der Krankheit betreffen, die speziellen Zellen, die an dem Autoimmunprozess beteiligt sind, die Funktion des Immunsystems unter normalen Bedingungen, derzeit verfügbare Behandlungsmethoden, übliche Symptome und die psychologischen Folgen der Erkrankung. Weiter sollten die

grundlegenden Informationen aus der PNI-Forschung umrissen werden bezüglich der Interaktion zwischen neuroendokrinem und Immunsystem sowie die Erkenntnisse darüber, wie psychologische Variablen wie Stress, Depression oder positive Gemütszustände die Arbeit des Immunsystems beeinflussen. Oft ist es hilfreich, den Patienten eine schriftliche Zusammenfassung dieser Informationen mitzugeben, sodass sie diese zuhause nochmals nachlesen können. Aufgrund ihrer Komplexität ist es günstig, diese Informationen auf 2 Sitzungen zu verteilen.

46.3.3 Grundzüge der Hypnose

Die Hypnosetherapie und die Bilder, die in der Hypnose benutzt werden, sollten beschrieben und besprochen werden. Wie weiter unten zu lesen ist, kann ein Teil der visuellen Bilder vom Therapeuten vorgegeben werden, die Abfolgen indessen, die sich auf die Symptomverbesserung und die Abschwächung des Krankheitsgeschehens beziehen, sollten von den Patienten selbst entwickelt werden.

Grundzüge der Hypnosetherapie

1. Induktion
2. Bilder zum »sichern Ort«
3. Eine angenehme Erinnerung an eine Zeit vor der Erkrankung
4. Bilder zum richtigen Funktionieren des Immunsystems und zur Symptomreduktion
5. Zum Abschluss das »goldene Licht«
6. Beenden der Hypnose

Zu 1: Induktion. Einleitung und Vertiefung der Hypnose können unterschiedlich vorgenommen werden, je nach den persönlichen Präferenzen des Therapeuten. Wichtig ist, den Patienten Zeit zu lassen, sich zu entspannen und sich wohlzufühlen, auch wenn das bedeutet, dass die Induktion in den ersten 3–4 Sitzungen viel Zeit in Anspruch nimmt.

Zu 2: Bilder zum »sicheren Ort«. Eine gute Möglichkeit, um mit dem visuellen Imaginieren zu beginnen, insbesondere für Patienten, die zuvor noch keine Erfahrung mit Hypnose hatten, stellt die Übung »sicherer Ort« dar. Sie visualisieren dabei einen Ort, gewöhnlich einen Raum, wo sie sich wohl, sicher und entspannt fühlen und wohin sie sich begeben können, um sich ihrem Wohlbefinden zu widmen.

Zu 3: eine angenehme Erinnerung an eine Zeit vor der Erkrankung. Die Patienten rufen sich dabei eine positive visuelle Erinnerung ins Gedächtnis, als sie noch glücklich und aktiv waren und noch keinerlei Anzeichen ihrer Krankheit hatten. Hierbei wird ein zweifaches Ziel angestrebt: Erstens soll versucht werden, zugunsten der eigentlichen Hypnosearbeit einen positiven Gemütszustand zu entwickeln, da dieser wiederum die Wirkung der Hypnose begünstigen kann (Laidlow et al. 1994). Das zweite Ziel ist, den Patienten dazu zu verhelfen, dass sie sich zurückerinnern, wie ihr Körper aussah und sich anfühlte, ehe er krank wurde. Zu vermuten ist, dass es hilfreich sein kann, ein positives Gefühl von Gesundheit zu entwickeln, wenn eine geistige Brücke hin zu einer früheren Zeit guter Gesundheit geschlagen und damit auch wieder ein Gefühl für körperliches Wohlbefinden hergestellt werden kann, welches der therapeutischen Veränderung dienlich ist (Morse 1989). Die Erinnerung, die die Patienten sich ins Gedächtnis rufen, kann sich bei jedem Einsatz von Hypnose verändern, soweit sie es wünschen.

Zu 4: Bilder zum richtigen Funktionieren des Immunsystems und zur Symptomreduktion. In der nächsten Phase werden – basierend auf den Informationen der ersten beiden Sitzungen – gemeinsam mit den Patienten spezielle visuelle Bilder zur Abschwächung der Autoimmunstörung und zur Symptombesserung entwickelt und dazu zwei Schritte unternommen. Erstens werden Bilder des falschen Funktionierens des Immunsystems und der daraus resultierenden Symptome hervorgerufen. Zweitens lässt man Bilder einer reduzierten Autoimmunaktivität visualisieren und dann kann gesehen werden, wie sich daraus eine Reduktion der krankheitsbedingten Symptome entwickelt. Insbesondere ist es nötig, dass die Patienten zunächst die zelluläre Störung im Autoimmunprozess (bzw. eine symbolische Repräsentation derselben) visualisieren, um sicherzugehen, dass sie

auf ihre Gesundheitsprobleme konzentriert sind. Dann soll der Fokus auf das Immunsystem gerichtet werden, wie es die Kontrolle über den Autoimmunprozess übernimmt, woraus eine Abnahme der Symptome und eine Besserung des Gesundheitszustands erfolgt. So beinhalten die Bilder von RA-Patienten z. B. Folgendes:

- die T-Suppressorzellen schwimmen mit großen »Staubsaugern« zum Ort des Problems, saugen alle fehlerhaften B-Zellen auf und hinterlassen den betreffenden Teil des Körpers rein und gesund; oder
- die T-Suppressorzellen schwimmen in einer großen Woge besänftigenden Wassers zum Problemort und spülen die B-Zellen heraus; oder
- die T-Suppressorzellen sind sehr hungrig und fressen alle fehlerhaften B-Zellen auf usw.

Die Patienten können sich entscheiden, eines dieser Beispiele zu verwenden oder sie können etwas Eigenes entwickeln. Es ist generell wichtig, dass diejenigen Zellen, die mit der Reduzierung der Autoimmunaktivität befasst sind, als »stark« visualisiert werden und als sehr effektiv in der Kontrolle und Beseitigung der fehlerhaften Zellen. Hat der Patient erst einmal seine Bilder entwickelt und zuhause ein paar Tage geübt, so ist es oft hilfreich, ihn zu bitten, diese Bilder zu malen, so werden sie in konkreter Weise verstärkt. Der Patient kann seine Zeichnung zur nächsten Sitzung mitbringen und sie kann zur Anregung der Diskussion verwendet werden, auch über etwa aufrauchende Schwierigkeiten. Empfehlenswert ist, die Bilder in diesem Teil der Hypnose unverändert während des gesamten Therapieverlaufs beizubehalten, da Wiederholung hilfreich ist, die positive Wirkung zu fördern.

Zu 5: zum Abschluss das »goldene Licht«. Eine hübsche Methode zum Abschluss ist die Patienten zu bitten, ein »goldenes Licht« oder irgendeine andere Substanz zu visualisieren, die durch ihren Körper fließt, alles Ungesunde mit sich fortnimmt und die Patienten neu belebt und positiv gestimmt zurücklässt. Das erlaubt ihnen, den Blick von den speziellen Bildern zu wenden und auf etwas Allgemeineres, Entspannendes zu richten. Diesen Bildern kann auch noch eine posthypnotische Suggestion folgen, wonach die positive Arbeit auf der Ebene der Zellen weitergehen wird, ohne dass sie darüber nachzudenken brauchen.

Zu 6: Beenden der Hypnose. Es ist nötig, dass die Patienten allmählich aus der Hypnose heraus geführt werden, wobei der Therapeut vorgehen kann, wie immer er es für sinnvoll empfindet. Als allgemeine Faustregel gilt: das umgekehrte Vorgehen wie bei der Trancevertiefung zu Beginn der Hypnose zu befolgen. Wenn der Therapeut z. B. Zählen zur Vertiefung eingesetzt hat, dann kann er beim Beenden der Hypnose zurückzählen.

46.3.4 Allgemeine Informationen

Die oben beschriebene Hypnosetherapie kann über 10–12 Sitzungen durchgeführt werden, mit entsprechenden Abweichungen je nach den anderen Themen, die in den Sitzungen auftauchen. Sehr nützlich ist es, den Patienten eine Tonbandkassette mit den Hypnoseanweisungen mitzugeben, um ihnen so das Üben zuhause zu erleichtern, denn die Übungshäufigkeit scheint ihren Einfluss auf das Ergebnis zu haben (Horton-Hasknecht u. Mitzdorf 1997). Während der ersten 6–7 Wochen sollten die Patienten versuchen, anhand der Kassette täglich zu üben, danach mindestens 2- bis 3-mal pro Woche. Im RA-Forschungsprojekt berichteten Patienten gelegentlich, dass es ihnen nach der ersten oder zweiten Woche mit Hypnoseübungen etwas schlechter gegangen sei, danach haben sie eine Besserung erlebt. Dies ist ein ähnlicher Effekt, wie er bisweilen beim Einsatz homöopathischer Medikamente beobachtet wird.

46.3.5 Mögliche Schwierigkeiten während der Therapie

Im Laufe einer Therapie pflegen auch Schwierigkeiten aufzutreten; einige dieser Schwierigkeiten, die häufiger im RA-Forschungsprojekt auftauchten, sollen hier angesprochen werden.

Schwierigkeiten, positive Erinnerungen zu finden

Da die Erfahrungen im Leben sehr unterschiedlich sein können, macht es manchen Patienten Schwierigkeiten, sich positive Erinnerungen ins Gedächtnis zu rufen. Mit etwas Unterstützung können die meisten positive Erinnerungen hervorholen und sei es einfach nur ein hübscher Spaziergang im Sonnenschein; allerdings kann man davon ausgehen, dass dies nicht allen Patienten so leichtfällt. Diejenigen Patienten, die in der RA-Studie Schwierigkeiten bei diesem Schritt hatten, berichteten interessanterweise, dass sie dann, wenn es ihnen erst einmal gelungen war, eine positive Erinnerung ausfindig zu machen und ihre Aufmerksamkeit ein paarmal darauf zu konzentrieren, auch andere positive Erinnerungen hervorrufen konnten, die sie zuvor vergessen hatten, und daraus ergab sich, dass sie ihr Leben insgesamt positiver sahen.

Spontanes Auftreten negativer Erinnerungen oder Gefühle

Bisweilen kann während des Visualisierens einer positiven Erinnerung sich eine negative in das Bildmaterial drängen. Geschieht dies, so muss eine Entscheidung getroffen werden, ob eine Unterbrechung der Hypnosetherapie angebracht ist, damit man sich auf dieses Problem konzentrieren kann. In Einzeltherapien ist das möglich und auch häufig angemessen, je nach Inhalt der negativen Erinnerung. Ist die negative Erinnerung nicht von allzu großer Bedeutung oder Verstörung, so kann der Patient angewiesen werden, seine Aufmerksamkeit doch einfach wieder auf seine positive Erinnerung zurückzulenken.

Manche Patienten verfallen auch in allgemeine Traurigkeit, wenn sie sich ihrer früheren Gesundheit und Stärke erinnern. Dies ist verständlich angesichts der körperlichen Einbußen und der zahlreichen Anpassungsleistungen, die chronischen Patienten abverlangt werden. Unterstützende Gespräche zu diesem Thema erlauben es den Patienten in der Regel, sich wieder auf ihre positiven Erinnerungen und Gefühle zu konzentrieren. Solche Gespräche sind auch deshalb wichtig, weil sonst dieser Teil der Imaginationen dem Ziel entgegenwirken könnte, eine positive Gefühlslage herzustellen, ehe mit den Imaginationen für das Immunsystem begonnen wird.

Einschlafen und mangelnde Konzentration

Eine Reihe von Patienten hat die Schwierigkeit, während der Hypnoseübungen häufig einzuschlafen. Dem kann begegnet werden, indem man sie bittet, die Übungszeiten zu verlegen. Bei anderen Patienten ist es vielleicht nötig, die Position zu ändern, d. h. im Sitzen anstatt im Liegen zu üben. Auch kann auf dem Tonband in regelmäßigen Abständen die Suggestion eingefügt werden, der Patient solle bereit und wach bleiben und sich weiterhin auf seine Bilder konzentrieren. Bei Personen, die auch weiter voll im Arbeitsprozess stehen, kann das Einschlafen ein Problem der allgemeinen Erschöpfung sein und bedeuten, dass sie lediglich an den Wochenenden Hypnose praktizieren können, wenn sich Zeit findet, zu der sie eher bereit sind.

Konzentrationsschwierigkeiten während der Hypnose können sich aus Müdigkeit ergeben, weil sich störende Gedanken aufdrängen, oder es liegt an der Medikation oder der eigentlichen Symptomatik. Bisweilen ist es hilfreich, den Patienten vorzuschlagen, unmittelbar vor dem häuslichen Üben eine Liste aller nur möglichen sich aufdrängenden Gedanken zu erstellen, die die Hypnose stören könnten, und sich nach Abschluss der Hypnose auf diese Gedanken zu konzentrieren. Auch könnte der Patient weitere ablenkende Gedanken während der Hypnose imaginativ auf diese »Liste« setzen, um sich später damit zu beschäftigen.

Manchen Patienten kann es aber auch weitgehend unmöglich sein, ihre Gedanken auf eine Sache zu konzentrieren oder visuelle Bilder entstehen zu lassen, selbst wenn alle Möglichkeiten versucht worden sind. Unter der Prämisse, dass Konzentration und Absorption wesentliche Komponenten der Hypnose sind, ist Hypnosetherapie für diese Patienten vielleicht nicht angemessen. Andere Therapieformen mögen für solche Patienten eher hilfreich sein.

Therapie zeigt hinsichtlich der Symptome keine positiven Veränderungen

Ergibt die Therapie keinerlei positive Veränderungen bezüglich der RA-Symptome, so muss überprüft werden, ob die Hypnose zuhause regelmäßig praktiziert worden ist (2- bis 3-mal pro Woche), denn man muss der Hypnose genügend Zeit einräumen ihre Wirkung zu entfalten (bei den

RA-Patienten wurden Veränderungen nicht vor der Katamnese nach 3 Monaten festgestellt). Allerdings ist es auch wichtig anzumerken, dass nicht alle Patienten im RA-Projekt auf die Hypnosetherapie ansprachen; ca. 60% der Patienten berichteten eine Symptomreduktion und fast 42% zeigten eine Verbesserung der Blutwerte. Es muss bei Therapiebeginn angesprochen werden, dass sich möglicherweise keine oder nur geringe Veränderungen der Symptome oder der Blutwerte einstellen können. Damit soll ausgedrückt werden, dass Visualisierung und Hypnose nicht bei allen Menschen gleich wirken, einige sind erfolgreicher, andere weniger. Wichtig ist, dass sich Patienten nicht in schlechtem Licht sehen, wenn die Therapie weniger Wirkung als erwartet gezeigt hat; andere Annehmlichkeiten der Hypnose, wie z. B. tiefe Entspannung, sind auch für solche Patienten eine Wohltat und sollen entsprechend betont werden. Wie zuvor angesprochen wurde, wiesen die Hypnosepatienten im RA-Forschungsprojekt auch signifikant verbesserte Werte auf den Depressions- und Angstskalen auf. Diese psychologische Besserung ist für jeden chronisch Kranken sehr wohltuend; so könnte die jeweilige seelische Verfassung während der Therapie registriert und ebenso als Ergebnis gewertet werden.

Kontraindikationen

Neben den allgemeinen Kontraindikationen (► Kap. 10) gilt es für Patienten mit Autoimmunerkrankungen noch zu bedenken, dass diese Krankheiten auch auf das Zentralnervensystem Einfluss nehmen können und ihre medikamentöse Behandlung Nebeneffekte beinhalten kann, die bei einer Hypnosebehandlung berücksichtigt werden müssen. So kann es z. B. zu psychotischen oder schweren depressiven Erscheinungen kommen, die als Gegenanzeige beachtet werden müssen. Einige Medikamente können sich zudem zentralnervös auswirken, zu Konzentrationsschwierigkeiten und in einigen Fällen zu psychiatrischen Störungen führen. Deshalb ist es, wie schon erwähnt, sehr wichtig, in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt zu arbeiten und von diesem Informationen über die Medikamente und deren Nebenwirkungen bzw. Nachricht über irgendwelche beobachteten psychiatrischen Auffälligkeiten zu erhalten.

Fazit

Seit die beschriebene Untersuchung durchgeführt wurde, gibt es nur wenig neue Studien, die die Effekte von Hypnose auf das Immunsystem und auf die Symptome von Patienten mit Autoimmunkrankheiten untersucht haben. Die Autorin machte aber bei ihrer Rückkehr nach Australien die Erfahrung, dass es aber oft ein Problem ist, genügend Forschungsgelder zu erhalten. Weitergehende psychologische und medizinische Untersuchungen auf diesem Gebiet sind aber dringend nötig. Auch ist eine grundsätzliche Änderung im medizinischen Denken ist notwendig, um den größeren Wert des hilfreichen Zusammenhangs zwischen Geist und Körper zu erkennen, einem Zusammenhang, dem sich viele Patienten bereits bewusst sind.

Warzen

Josy Höller, Claude Béguelin

47.1 Störungsbild – 578

47.2 Theoretischer Hintergrund – 578

47.3 Intervention – 579

47.3.1 Allgemeines – 579

47.4 Empirische Befunde – 581

47.1 Störungsbild

Warzen sind eine weltweit häufige, stetig zunehmende Erkrankung. Sie gehören zu den viralen Erkrankungen der Haut und werden durch eine Infektion mit dem menschlichen Papillomavirus verursacht. Die Viren replizieren sich im Epidermalzellkern (White u. Fenner 1986). Kinder und Jugendliche sind häufiger davon betroffen als Erwachsene. Die Papillomaviren können von Mensch zu Mensch, von Tier zu Tier und möglicherweise von Tier zu Mensch übertragen werden. Die Inkubationszeit ist nicht genau bekannt. Neue Warzen können auch durch Autoinokulation entstehen.

Vermutlich spielen Lokalisation der Warzen sowie Geschlecht und Alter der Patienten für die morphologische Ausprägung eine bedeutende Rolle. Es wird eine große Anzahl von Warzentypen unterschieden. Die Bekanntesten sind:

- gewöhnliche Warzen (Verrucae vulgares),
- Plantar-, Dorn- und Mosaikwarzen (Verrucae plantares) und
- flache Warzen im Jugendalter (Verrucae planae juveniles).

Die häufigste Warze ist die Verruca vulgaris. Sie kommt einzeln oder in Anhäufungen vor. Eine biologische Disposition scheint von Bedeutung zu sein. Besonders anfällig sind Hände, Füße und Genitalbereich, weil dort die Inokulation wegen verminderter Abwehr und Durchblutung erleichtert wird. Bei Patienten mit Immundefekten kann es zu einer Aussaat von Warzen kommen (z. B. bei immunsuppressiver Behandlung von Leukämien). Im Allgemeinen sind Warzen gutartig, in der Genitalgegend allerdings können sie maligne werden.

Verrucae vulgares heilen spontan nach Wochen, Monaten oder Jahren ab. Es gibt dabei kein typisches Verlaufsbild der »natürlichen Heilung« wie bei andern viralen Störungen wie etwa einer Erkältung. Eine entzündliche Umwandlung der Warzen signalisiert die immunologische Abwehrreaktion des Körpers mit nachfolgender Abstoßung der Warzen (Braun-Falco et al. 1984). Da Warzen immer in der Epithelschicht lokalisiert sind, heilen sie narbenlos ab, außer wenn tiefere Schichten durch invasive Behandlungen verletzt werden. Die medizinische Therapie der Warze erfolgt meist durch operative Entfernung, durch Vereisung mit flüssigem Stickstoff, durch Schälmittel, Fotochemotherapie mit UV-A-Bestrahlung oder Röntgenbestrahlung. Warzen treten jedoch oft nach standardisierten medizinischen Behandlungen wieder auf. Viele Patienten berichten über ein Wiederauftreten der Warzen nach 1–8 Wochen. In einer eigenen Untersuchung haben sich Patienten im Durchschnitt bereits 4-mal ohne stabilen Erfolg medizinisch behandeln lassen, bevor sie sich zur hypnotischen Therapie entschlossen haben (Höller 1988). Suggestivtherapien sind vor allem bei Kindern bekannt. Darunter fallen auch die Verschreibung von Farbstofflösungen und »Saft von Schnecken« aus Pflanzenextrakten (Thuja occidentalis), die auf die Warzen aufgepinselt werden.

47.2 Theoretischer Hintergrund

Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychischem Zustand und Hautzustand. Einerseits ist der Einfluss des Hautzustandes auf unsere psychoaffektive Entwicklung klinisch erwiesen (Bosse u. Gieler 1987). Andererseits weisen Experimente zur Blasenbildung unter Hypnose auf den Einfluss des Nervensystems auf die Haut hin (Chertok 1979). In Bezug auf Warzen existieren verschiedene theoretische Annahmen, die die Wirkung der Hypnose erklären (Hoareau 1996; Höller 1988). Meist werden dabei einzelne hypnotische Vorgänge betrachtet. Es mangelt indes an einer umfassenden Erklärung des Phänomens.

Die Psychoneuroimmunologie führte erst in den 80er-Jahren zu Untersuchungen über Wechselwirkungen zwischen Zentralnervensystem, Immunsystem und neuroendokrinem System. Diese Disziplin bemüht sich um das Verständnis von Interaktionen zwischen Psyche (z. B. Emotionen) und Körper (z. B. körperliche Krankheiten), um somatischen Beschwerden und ihrer psychologischen Bedeutung gerecht zu werden (Hoareau 1996). Im Allgemeinen werden zwei theoretische Annahmen herangezogen, die als Grundlage für die Behandlung von Warzen durch Hypnose dienen (Hoareau 1996; Bongartz 1996; Revenstorf 1990a):

- Suggestionen wirken auf das autonome Nervensystem und bewirken Gefäßerweiterung bzw. Verengungen, die den Blutfluss zu den Warzen verändern;

- Suggestionen modulieren auf noch ungeklärte Weise die Immunreaktionen.

Diese beiden theoretischen Annahmen sind Grundlage für den hypnotischen Suggestionsinhalt. Einerseits kann die Verringerung oder der Abbruch des Blutzuflusses zu den Warzen intensiv visualisiert werden. Die entsprechende Reaktion des autonomen Nervensystems kann zum Austrocknen und Rückgang der Warzen führen. Andererseits kann eine Dilatation der die Warzen versorgenden Blutgefäße suggeriert werden, um die Viren auszuschwemmen und durch Antikörper und Lymphozyten anzugreifen.

47.3 Intervention

47.3.1 Allgemeines

In den experimentellen Studien zur Warzenbehandlung werden meistens zwei Behandlungssitzungen im Abstand von 6 Wochen angeboten, was sich auch im klinischen Setting bewährt hat. Gewöhnlich zeichnet sich der Erfolg der Behandlung nach der ersten Sitzung ab. Darauf aufbauend und aus den Erfahrungen der ersten Hypnosesitzung kann die nächste Sitzung gestaltet werden. Wir haben in der Regel die Hypnoseinduktion und die therapeutischen Suggestionen auf Tonband registriert und die Patienten gebeten, anhand der Aufzeichnungen 2-mal in der Woche sich in Selbsthypnose zu üben.

In einem ersten Kontakt soll dem Vorgespräch zur hypnotischen Warzenbehandlung genügend Zeit eingeräumt werden. Der Therapeut soll folgende Faktoren klären:

- Indikationsstellung,
- Zielsetzung in Bezug auf den Effekt der Therapie,
- Vorwissen des Patienten über Warzen und über Hypnose,
- subjektives Krankheitsmodell des Patienten,
- Motivation und Zeitpunkt des Behandlungswunsches,
- bisheriger Krankheitsverlauf und Behandlungsversuche sowie
- Schweregrad und Ausmaß der täglichen Behinderung.

Im Vorgespräch wird bereits die therapeutische Beziehung aufgebaut und der Therapeut erhält Informationen, wie er die Ressourcen des Patienten utilisieren kann. Dabei soll der Patient auch über den vorhersagbaren zeitlichen und inhaltlichen Ablauf der Sitzungen informiert werden. Es soll ihm das theoretische Modell der Wirkungsweise von Hypnose bei Warzen in verständlicher Sprache mitgeteilt werden und noch offene Fragen beantwortet werden. Zur Veranschaulichung sei der Induktionstext des Fallbeispiels (s. unten) angegeben.

Praktisches Vorgehen

1. Einleitung der Trance
2. Spiegelbildmetapher
3. Suggestionen zur Blutzirkulation
4. Posthypnotische Suggestionen
5. Rücknahme der Hypnose

Zu 1: Einleitung der Trance. Die Hypnose kann mit einer Augenfixationsmethode eingeleitet werden. Die anschließenden Entspannungsinstruktionen haben die Funktion, die Trance zu vertiefen und bieten Hilfestellungen, die Aufmerksamkeit zu fokussieren. Damit der Hypnotherapeut überprüfen kann, wo sich die Patientin im Ablauf befindet, und ob sie den Instruktionen folgen kann, wird nach der Hypnoseinduktion ein ideomotorisches Zeichen vereinbart: *»Hebt sich der rechte Zeigefinger, so heißt das ja oder gut, hebt sich der linke Zeigefinger, heißt das nein oder noch nicht«*. Ist eine leichte Trance erreicht, kann die spezifische Arbeit an den Warzen beginnen.

Zu 2: Spiegelbildmetapher. *»Sind Sie bereit weiterzumachen? – Gut, dann stellen Sie sich in einem Spiegel vor. Können Sie sehen, wie Ihr Spiegelbild vor Ihnen steht in voller Größe? Können Sie Ihr Spiegelbild wahrnehmen? Es wird Ihnen helfen, die Warzen zu beeinflussen und erst wenn Sie Ihr Spiegelbild ganz gut sehen können, geben sie mir ein Zeichen, dann machen wir weiter, aber nehmen Sie sich Zeit dazu. Jawohl, sehr gut! Schicken Sie nun Ihr Spiegelbild auf eine Reise durch Ihren Körper, dazu muss es ganz klein werden, damit es in Ihren Körper hineinkommen kann, z. B. durch den Mund. Stellen Sie sich*

vor, dass das Spiegelbild immer kleiner und kleiner wird, damit es in Ihrem Körper wandern kann. Wenn Sie soweit sind, so geben Sie mir ein Zeichen mit dem Ja-Finger. Gut! Das Spiegelbild kommt in den Körper hinein, und vielleicht geht es an den Knochen oder Nerven entlang oder schwimmt in den Blutbahnen. Wichtig ist, dass Sie den Weg gut beobachten, der über die Schultern in den Oberarm führt und letztlich bei den Warzen endet. Das Spiegelbild nimmt sich genug Zeit, diesen Weg zu machen. Wenn es bei der Hand angekommen ist, geben Sie mir bitte ein Zeichen. So ist es gut! Und Sie beobachten nur was passiert, schauen Sie genau hin, und nun sehen Sie, wie diese Warzen von innen aussehen. Schauen Sie hin, versuchen Sie die genaue Temperatur zu spüren, die dort herrscht, welche Farbe vorherrscht, welche Formen die Warzen haben. Es kann sein, dass es dort etwas Besonderes gibt. Damit nun das Spiegelbild etwas Hilfe von außen bekommt, um zu sehen, wie die Warzen aussehen, können Sie mit Ihrer anderen Hand die Warzen berühren und sie mit dem Finger leicht eindrücken. Um mit der rechten Hand von außen dem Spiegelbild von innen zu helfen, und gleichzeitig von innen zu schauen, was Sie machen können.«

Zu 3: Suggestionen zur Blutzirkulation. *»Vielleicht sehen Sie, dass Blutgefäße zu den Warzen führen und diese ernähren, vielleicht können Sie die Blutzufuhr eindämmen. Sie wissen, der Körper hat gewisse Flüssigkeiten, die gegen das Virus kämpfen und die Warzen angreifen. Sie können solche Säfte auf die Warzen auftragen, damit sie austrocknen und die Haut ganz glatt und weich wird. Oder Sie finden eine andere wirksame Möglichkeit, gegen die Warzen zu kämpfen. Hauptsache ist, dass Sie jetzt etwas in Gang bringen in Ihren Händen und etwas gegen die Warzen unternehmen. Früher oder später, wenn es Zeit ist, werden die Warzen austrocknen und weggehen.*

Und während Sie die Warzen von innen und außen wahrnehmen, spüren Sie ein Kribbeln, ein Wärmerwerden oder ein Kälterwerden oder einen leichten Schmerz, ein Zeichen, dass die Veränderung in Ihrem Körper beginnt. Erst wenn das Spiegelbild für jede Warze etwas gemacht hat, damit sie abheilt und verschwindet, nehmen Sie die Hände wieder auseinander und legen sie auf die Armlehne zurück. Und Sie wissen, dass das, was Sie jetzt tun, den Heilungsprozess in den kommenden Wochen fördert. Begutachten Sie nochmals ihre Arbeit, dann macht sich das Spiegelbild wieder auf den Weg zurück. In Ihrem Tempo geht es zurück auf demselben Weg, den es gekommen ist, es tritt aus Ihrem Körper heraus und wird wieder größer und größer, bis es seine ursprüngliche Größe erreicht.«

Zu 4: Posthypnotische Suggestionen. *»Sie können mit dem Spiegelbild ein Rendezvous vereinbaren. Einen Zeitpunkt aussuchen, zu dem Sie sich mit ihm treffen und die Reise durch den Körper veranlassen, damit Ihr Spiegelbild Ihnen hilft, die Warzen zu heilen. In der Zwischenzeit wird sich das, was Sie heute in Gang gesetzt haben, ganz von selbst weiterentwickeln.«*

Zu 5: Rücknahme der Hypnose. *»Dann können Sie sich von dem Spiegelbild verabschieden und orientieren sich wieder hierher. Nehmen Sie sich Zeit die Augen zu öffnen. Konzentrieren Sie sich wieder auf Ihren Atem, auf Ihre Füße, auf Arme und Beine und Hände. Geben Sie Energie und Kraft in Ihre Glieder, und strecken Sie sich nach Bedürfnis aus, beginnen Sie sich zu bewegen. Orientieren Sie sich im Hier-und-Jetzt, bewegen Sie sich, bis Sie wieder frisch und munter sind.«*

Fallbeispiel

Eine 21-jährige Patientin kam in die Warzensprechstunde an der Dermatologischen Klinik Bern und nahm die Möglichkeit wahr, anstelle der üblichen medizinischen Behandlung, sich mit Hypnose behandeln zu lassen. Sie hatte bereits mehrere erfolglose Schälkuren und 2 Vereisungen mit flüssigem Stickstoff hinter sich. Auf ihrem rechten Handrücken hat sie 9 mittelgroße Warzen des Typs Verruca vulgaris, die kreisförmig auf der Höhe von Zeige- und Mittelfinger lokalisiert sind. Die Patientin ist Grafikerin und stört sich täglich am »nahen Anblick« ihrer Warzen, wie sie es ausdrückte. Die Behandlung umfasste 3 Sitzungen. In der zweiten Sitzung wurden die im vorangehenden Abschnitt beschriebenen hypnotischen Suggestionen gegeben. In der nächsten Sitzung 6 Wochen später bestand eine vollständige Remission der Warzen. Die Patientin berichtete, dass sie die Reise ihres Spiegelbildes gut erleben konnte, und dass sie während der Trance ein sehr intensives Bild von ihren Warzen entwickelte. Ihr Spiegelbild betrachtete die Warzen, die wie Trau-

ben von einem Baum herunterhingen. Mit einer bläulichen Tinktur, die dort zur Verfügung stand, bepinselte sie die Warzen. Nach der Therapiesitzung habe sie ihre Warzen fast vergessen. Sie konnte sich auch nicht genau erinnern, wann sich eine Remission abzeichnete. Offenbar nutzte die gelernte Grafikerin ihre visuellen und handwerklichen Ressourcen in der Trance optimal, um die Warzen zu behandeln.

47.4 Empirische Befunde

Hypnotherapie bei Warzen ist eines der eindrucksvollsten Beispiele für den Zusammenhang zwischen Geist und Körper. Da kein Verlauf der Spontanheilung bekannt ist, sind Kontrollgruppenuntersuchungen besonders wichtig. Eine der ältesten Untersuchungen über die suggestive Warzenbehandlung führte Bloch (1927) durch. Die Warzen wurden mit einem Farbstoff bepinselt und unter einem speziellen Gerät vermeintlich bestrahlt, bis sie »tot« waren. Von 179 Patienten wurden 55% geheilt. Sinclair-Gieben u. Calmers (1959) kontrollierten die Spontanremissionsrate, indem sie eine Körperhälfte der Patienten nicht behandelten. Sie suggerierten 14 Patienten unter Hypnose, dass ihre Warzen nur auf der einen Seite ihres Körpers verschwinden würden. Nach 5 Wochen bis 3 Monaten zeigten 9 Patienten einen Rückgang der Warzen auf der »behandelten« Seite, während die andere Seite unverändert blieb. Surman (1973) behandelte bei 17 Patienten nur eine Körperhälfte, aber es kam bei 9 Personen zu einem beidseitigem Erfolg und nur bei einer Person zu einer einseitigen Besserung. Eine Wartegruppe zeigte keine Veränderung. Diese Ergebnisse belegten zwar die Wirksamkeit von Hypnosetherapie, bestätigten aber nicht ihre selektive Wirkung, wie sie bei Sinclair-Gieben u. Calmers (1959) eingetreten war.

Barber u. Johnson (1978) verglichen Hypnosebehandlung mit einer »nichthypnotischen« Suggestivbehandlung. Während in beiden Bedingungen dieselben Suggestionen und Hausaufgaben gegeben wurden, fand in der Hypnosetherapie zu Beginn der Behandlung eine Hypnoseinduktion statt. Den größeren Erfolg der hypnotischen Gruppe erklären die Autoren damit, dass diese Patienten wegen der Hypnose kamen und im Gegensatz zur Kontrollgruppe hoch motiviert waren. Der Glaube an die Effektivität einer Therapie (»belief-in-efficacy«) scheint eine wichtige Rolle dabei zu spielen, ob Hypnose Warzen erfolgreich beeinflussen kann. Diese Annahme stützen auch die von Allington (1934) beschriebene Placebostudie und der Strahlenversuch von Hellier (1951, zit. nach Feuchter 1986) in denen nichthypnotische Suggestivverfahren ebenso gute Ergebnisse wie hypnotische Verfahren zeigten, wenn die Versuchspersonen von der Wirksamkeit der Behandlung überzeugt waren.

Spanos et al. (1988) stellten ebenfalls eine höhere Heilungsrate der Hypnose gegenüber der Behandlung mit einem angeblichen »Lasergerät« (Placebogruppe) fest (50% gegenüber 25% in der Placebogruppe und 11% in der unbehandelten Kontrollgruppe). Der Unterschied zwischen Placebo- und Kontrollgruppe war nicht mehr signifikant. Es zeigte sich, dass in beiden Behandlungsgruppen Personen mit vielen Warzen signifikant häufiger ihre Warzen verloren, als jene, die nur eine Warze aufwiesen. Hypnotisierbarkeit, die mit einem standardisierten Suggestibilitätstest erhoben wurde, spielte keine Rolle, doch schätzten die erfolgreich hypnotisch Behandelten ihre Vorstellungskraft bezüglich des Verschwindens der Warzen signifikant höher ein als die Erfolglosen.

Höller (1988) fand eine Erfolgsquote von 5 bei 14 hypnotisch behandelten Warzenpatienten. Hingegen fand sich in der Wartegruppe nur bei 2 von 12 Warzenpatienten eine Verbesserung , bei 2 Fällen sogar eine Verschlechterung. Es ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen erfolgreich und erfolglos behandelten Probanden in Bezug auf die Rapportqualität, Trancetiefe und Suggestibilität. Zudem ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und der Dauer des Warzenleidens, Anzahl der Behandlungsversuche, Behandlungsmotivation sowie der subjektiv erlebten Schwere und dem Ausmaß des Warzenleidens.

Erfolgreiche Patienten hatten eine höhere Imaginationsfähigkeit als erfolglose. Wie in der Untersuchung von Spanos et al. (1988) hatten Erfolgreiche signifikant mehr Warzen als Erfolglose. Die Wirksamkeitserwartung an die Therapie war bei den Erfolgreichen höher als bei den Nichterfolgreichen. Sie zeigten einen größeren Optimismus bezüglich eines erfolgreichen Ausgangs – auch in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten, den Heilungsprozess zu fördern (Selbstwirksamkeitserwartung).

Fazit

Es ergeben sich aus der Literatur, den Forschungsergebnissen und den eigenen klinischen Erfahrungen folgende Schlussfolgerungen:

- Warzen können durch Suggestion verändert werden.
- Hypnosetherapie ist wirksamer als reine Suggestionsbehandlung.
- Jüngere Patienten sind suggestibler und weisen in suggestiven und hypnotischen Verfahren bessere Ergebnisse auf.
- Juvenile Warzen haben eine bessere Prognose als jene des vulgären Typs.
- Hypnose ist erfolgreicher beim Vorliegen vieler Warzen, als wenn nur eine Warze vorhanden ist.
- Hypnose ist in chronischen Fällen wirksam.
- Die Fähigkeit, sich das Verschwinden der Warzen möglichst lebhaft vorzustellen, ist bedeutsam für den Erfolg.
- Die hohe positive Erwartung an die Hypnosetherapie korreliert mit Therapieerfolg.
- Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist relevant für den Therapieerfolg. Möglicherweise wird sie in der Hypnosetherapie spezifisch gefördert, unspezifisch erhöht oder eine aktive Einbindung des Patienten in das Geschehen während der Hypnose unterstützt sie.
- Suggestibilität und Trancetiefe scheinen keine Vorbedingung für gute Erfolge zu sein.
- Als Wirkmechanismus der Suggestivverfahren werden emotionale Prozesse, vasomotorische Veränderungen und immunbiologische Reaktionen angenommen.

Der Therapeut oder der Patient selbst kann mit Hypnose einen besonderen Bewusstseinszustand herstellen, in dem eine umfassendere Kommunikation zwischen Körper und Psyche als im Alltagsbewusstsein möglich zu sein scheint. Physiologische Phänomene können dabei mit psychologischen Mitteln über psychosomatische Kanäle durch das autonome Nervensystem, Hormon-, Immun- und Neuropeptidsystem beeinflusst werden (Rossi 1986/1993). Die dabei stattfindende Bewusstseinsdissoziation erlaubt es dem Patienten, sich selbst und seine Problematik und Ressourcen in einer anderen und individuell zugeschnittenen Perspektive zu verstehen und zu verändern. Dafür ist es nach unseren Erfahrungen wertvoll, dem Patienten ein möglichst breites Repertoire an Hypnoseinduktionen und therapeutischen Suggestionen anzubieten (z. B. Ansprechen verschiedener Repräsentationssysteme), damit er eine für ihn adäquate Suggestion annehmen kann.

Die Metapher des Spiegelbildes scheint dafür in mancher Hinsicht sehr nützlich zu sein. Zum einen spricht es indirekt das Selbstbild des Patienten an. Dies erleichtert die Akzeptanz der Suggestionen. Zum anderen fördert es die Selbstwirksamkeit der Patienten. Dies unterstützt die Entwicklung einer dem individuellen Wertesystem angepassten Behandlung und den Therapieerfolg. Des weiteren erwies sich als eines der entscheidenden Bestimmungsstücke des Therapieerfolgs, dass das visuelle Repräsentationssystem angesprochen wird, weil so die Umsetzung einer möglichst lebendigen Vorstellung der hypnotischen Suggestionen erleichtert wird.

Schmerz

48 **Psychosomatische Schmerzen – 585**
Hanne Seemann

49 **Chronischer Schmerz – 603**
Frank Hoppe

50 **Phantomgliedschmerzen – 612**
Burkhard Peter

Psychosomatische Schmerzen

Hanne Seemann

48.1 Störungsbild – 586
48.1.1 Theoretischer Hintergrund – 587
48.1.2 Fehlregulation als Rhythmusstörung – 588
48.1.3 Beispiel: Migräne – 589
48.1.4 Schmerz als Indikator für eine Rhythmusstörung – 590

48.2 Therapieziele – 591

48.3 Hypnotherapeutische Interventionen – 591
48.3.1 Bildersprache – 592
48.3.2 Schmerzfokussierung – 592
48.3.3 Schmerzkommunikation als Partnerbeziehung – 593
48.3.4 Entspannungsübungen – 594
48.3.5 Ungehorsamkeitsregel – 594
48.3.6 Sortieren – 595
48.3.7 Wunschtrance – 596
48.3.8 Wünsche – 596
48.3.9 Wünsche und Sehnsüchte öffnen die Zukunft – 596
48.3.10 Altersregression in der Schmerzbehandlung – 597
48.3.11 Reizabschirmung – 597
48.3.12 Symptombezogene Interventionen – 598
48.3.13 Hausaufgaben – 598

48.4 Diskussion – 600
48.4.1 Indikation und Kontraindikation – 600
48.4.2 Integration mit anderen Verfahren – 600
48.4.3 Empirische Belege – 601

Der Beitrag stellt psychosomatische Schmerzen als Kommunikationsstörung zwischen den willkürlichen und unwillkürlichen Funktionssystemen des Patienten dar, die metaphorisch als **Ich** und **mein Körper** konzipiert werden. Innerhalb dieses metaphorischen Raumes wird die Therapie als Beziehungsbildung zwischen zwei sich weitgehend fremden Personen verstanden, von denen die eine (der Organismus) sich mithilfe eines Schmerzsymptoms beklagt und um Hilfe ruft, während die andere (der »Besitzer« des Organismus) die Aufgabe hat, herauszufinden, was dem Körper fehlt bzw. was er braucht, um die Schmerzklagen aufgeben zu können. Prinzipiell ist der Organismus fähig, seine interne funktionelle Ordnung autoregulativ aufrechtzuerhalten. Psychosomatische Symptome weisen darauf hin, dass er Störungen nicht mehr selbsttätig kompensieren kann und Unterstützung von »außen« benötigt.

48.1 Störungsbild

Im ICD-10-Diagnosemanual (Dilling et al. 1993) findet man Schmerzen, die ich im Folgenden als psychosomatische Schmerzen bezeichne, unter folgenden Kategorien klassifiziert:

Kategorien psychosomatischer Schmerzen nach ICD-10-Klassifikation

- Somatoforme Störungen (F45)
- Kopfschmerzen und Migräne unter den Störungen des Nervensystems (G43, 44)

Im früher häufig benutzten Kategoriensystem DSM-IV sind somatoforme Schmerzen als »Schmerzstörung assoziiert mit psychologischen Faktoren« unter 307.8 beschrieben.

Als Charakteristikum der **somatoformen Störung** wird die »wiederholte Darbietung körperlicher Symptome [genannt] in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber somatische Störungen vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung der Patienten.« Dies gilt auch für die **anhaltende somatoforme Schmerzstörung** (F45.4), die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. »Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtlich gesteigerte Suche nach persönlicher oder medizinischer Betreuung oder Zuwendung. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten.«

Die ICD-10-Klassifikation bildet sehr genau die derzeit gültige Landkarte ab, mit deren Hilfe sich Patient und Behandler im medizinischen und psychotherapeutischen Kontext bewegen (zu müssen glauben): Auf allen Wegweisern ist vermerkt, wo es **nicht** hingeht: **kein** Organbefund; **keine** Erklärung, wie es die emotionalen Belastungen und Konflikte anstellen, Schmerzen hervorzubringen; **kein** Verständnis oder zumindest Anerkennung für das Leiden und die innere Beteiligung der Betroffenen, ihr Umherirren in der medizinischen Angebotslandschaft und ihren Wunsch, doch noch einen Ort zu finden, wo anerkannt wird, dass sie nicht nur Schmerzen darbieten bzw. klagen, sondern dass sie Schmerzen **haben**. Der einzige Wegweiser, der irgendwohin führen könnte, nämlich in Richtung Psychosomatik – Schmerzen assoziiert mit psychischen Faktoren – wird im ICD nicht mehr verwendet.

Psychosomatische Schmerzen sind nicht »eingebildet«, sondern reale Körperschmerzen. Sie sind für den Patienten meist nicht in einer Weise verstehbar, dass er sie produktiv nutzen könnte.

Für Patienten ist allerdings die Bezeichnung ihrer Schmerzen als **psychosomatische Störung** ohne weitere Erklärung nicht nützlich, denn sie hören sehr oft nur die erste Silbe und reagieren daraufhin ängstlich und abwehrend. Sie können die erforderlichen »schwerwiegenden emotionalen Konflikte und sozialen Probleme« weder vorweisen, noch könnten sie nachvollziehen, wie diese sich im Körper in Schmerzen verwandeln. Ihre Schmerzen befinden sich jedoch eindeutig im Körper, und das ist ein realer Ort. Das Dilemma der Schmerzpatienten ist die prinzipielle Unsichtbarkeit von

Schmerzen einerseits und andererseits ihr Wissen, dass sie nicht unter »psychischem Schmerz« leiden. Sie fürchten jedoch die Unterstellung, dass sie sich die Schmerzen lediglich »einbilden« würden. Auf ihrer inneren Landkarte ist die Psyche ein Ort, an dem Verantwortlichkeit und Aktivität gefordert sind und folglich schließen sie, sie seien an ihren Schmerzen selbst schuld und für sie verantwortlich, wenn sie die Diagnose psychosomatisch akzeptieren.

Fallbeispiel

Eine 53-jährige Patientin mit chronischen Rückenschmerzen ohne Befund (altersbedingter Verschleiß erklärt chronische Schmerzen meist nicht ausreichend) kam zu uns mit ihren gesammelten neurologischen und orthopädischen Diagnosen und der Aussage ihres Arztes: »Wir haben nichts finden können, Ihre Schmerzen sind psychisch, besorgen Sie sich eine Psychotherapie.« Sie sagte: »Ich kann mir das bei mir gar nicht vorstellen.« Damit meinte sie, dass sie sich psychisch ganz in Ordnung fühle – was ich nur bestätigen konnte. »Aber für seine Psyche ist man doch selbst verantwortlich, und wenn man das nicht hinkriegt, dann ist das so, wie wenn man versagt hat. Sagen Sie mir: **Was muss ich tun**, damit die Rückenschmerzen weggehen.«

Das psychosomatische Symptom ist ein Wegweiser bzw. Ratgeber, der die Wahrnehmung des Patienten auf sich selbst hin orientieren soll.

Auf dem Hintergrund dieser typischen Äußerung will ich versuchen, eine Landkarte zu entwerfen, in der der psychosomatische Schmerz selbst ein Wegweiser ist, der in eine Region führt, die Schmerzpatienten (noch) nicht kennen – in seine Innenräume, zu sich selbst.

Schmerzpatienten halten sich vorwiegend bis ausschließlich in Gegenden auf, wo es Aufgaben zu erledigen, Probleme zu lösen, also etwas zu **tun** gibt. Ihre Aufmerksamkeit ist gerichtet auf die konkrete Außenwelt mit ihren Aufgaben und Anforderungen, die sie sehr oft bestens bewältigen. Auch ihr Körper ist ein derartiger Gegenstand, den man gewissermaßen von außen beobachten und beurteilen kann – weshalb sie ihn gern, ohne eigene innere Beteiligung der ärztlichen Inspektion überlassen möchten: »Tun Sie was!« Alles was als willkürliche Aktivität beschrieben werden kann, ist bei ihnen sehr gut entwickelt und stellt ihre wichtigste Ressource dar, die sie in der Welt erfolgreich sein lässt.

Willkürliche Aktivität ist bei Patienten mit psychosomatischen Schmerzen sehr gut ausgebildet – unwillkürliches Geschehenlassen und achtsame Gelassenheit sind hingegen fremdes Terrain.

48.1.1 Theoretischer Hintergrund

Psychosomatische Schmerzen weisen auf diese Überbetonung der Auseinandersetzung mit der konkreten Außenwelt, man könnte auch sagen, auf die Überbetonung der Ich-Funktionen hin, während die unwillkürlichen Funktionen für diese Patienten unzugänglich sind. Von dort her meldet sich nun ein Schmerz, der sagt: Schau hierher, unterbrich deine Alltagsroutine und kümmere dich um mich – das heißt: um dich selbst!

Zu den autonomen, unwillkürlichen Funktionssystemen, die Groddeck (1984) das »Es« nennt, gehören – anders und weiter gefasst als bei Freud – die Funktionen des »Vegetativums« und des »limbischen Systems«, die von den »älteren Hirnteilen« (MacLean 1964) gesteuert werden. Sie generieren die psychosomatische Schmerzstörung; d. h., der Schmerz befindet sich auf einer autonomen, unwillkürlichen Ebene, zu der diese Patienten aber wenig Zugang haben. Die ideomotorische Wahrnehmung ist bei ihnen gestört, sodass sie Signale ihres »Fühlkörpers« (Ciompi 1986) nicht bemerken und beantworten können. Dem liegt u. a. die bekannte Selbstwahrnehmungsstörung der Schmerzpatienten zugrunde (Traue u. Kessler 1992), was die Dauerhaftigkeit und Stärke der Schmerzen erklärt: Sie müssen stark, bedrängend und vor allem auffallend störend sein, um überhaupt wahrgenommen zu werden.

Prinzipiell ist der Organismus intelligent und in der Lage, seine eigene Funktionsfähigkeit autoregulativ zu erhalten. Der Organismus kennt seinen individuellen, wohlgeordneten Zustand, erkennt Abweichungen und ist kompetent, Störungen selbsttätig zu kompensieren bzw. zu reparieren – also Selbstheilungskräfte zu mobilisieren.

Wenn jedoch »willkürlich« Druck auf diese autonomen Funktionen entsteht, wenn sie z. B. von höherrangigen Leistungsnormen, sozialen Verpflichtungen, unbekömmlichen Lebensbedingungen unangemessen in die Pflicht genommen und gewissermaßen »versklavt« werden, kann die Regulationsfähigkeit des Organismus überfordert sein. Dann schickt er ein deutliches Symptom an das Willkürsystem mit der Bitte um Kenntnisnahme und Unterstützung. Unter dieser Perspektive kann man sagen: Die psychosomatische Schmerzstörung weist auf eine nicht autonom kompensierbare Störung in den unwillkürlichen Funktionen hin und hat die Funktion, die betroffene Person in ihrem Lebensvollzug so sehr zu stören, dass sie ihre Wahrnehmung auf sich selbst richtet.

Die psychosomatische Schmerzstörung weist auf eine nicht kompensierbare Störung in den unwillkürlichen Funktionen des Organismus hin und hat die Funktion, die betroffene Person in ihrem Lebensvollzug zu stören.

Das unwillkürliche Funktionssystem hat sich bei chronischen Schmerzen auf maligne Weise verselbstständigt und festgefahren, was in der Schmerzliteratur als sog. Aufschaukelungsspirale (Circulus vitiosus) beschrieben wird. Dies geschieht, wenn positive Feedbackprozesse überhandnehmen bzw. negative Feedbackprozesse fehlen. Alle vegetativen, muskulären und affektiven Funktionskreisläufe sind normalerweise geprägt von Reaktion und Gegenreaktion, z. B. von sympathischer und parasympathischer Aktivität, von Anspannung und Entspannung, Einatmen und Ausatmen, Freude und Traurigkeit und sind dabei in ihrer je eigenen Zeitstrukturierung immer rhythmisch verfasst. In den Regulationsfunktionen aller Lebewesen findet man diese implizite Rhythmik – eine Art Pendeln zwischen gegensätzlichen Reaktionen – die zwar anforderungsbedingt (sehr) dehnbar ist, jedoch nicht zugunsten eines Poles überstrapaziert werden darf. Wie sich Vereinseitigung auf verschiedenen Funktionsebenen (motorisch, vegetativ, kognitiv, sozial) bei der Schmerzchronifizierung auswirkt, wie vom willkürlichen System her, z. B. über Kognitionen und soziale Normen, die autonomen Funktionen der unwillkürlichen Ebene dominiert und versklavt werden, ist ausführlich in Seemann u. Zimmermann (1996) dargestellt. Dabei kann man sich den Organismus als ein komplexes Kommunikationsnetz vorstellen (Weiner 1991), wobei das Überwiegen positiver Feedbackschleifen als »Mehr-desselben-Information« (Watzlawick et al. 1974) zu verstehen ist. Der Schmerz hat als Signal die Funktion sowohl eine Regulationsstörung zu melden als auch den Lebensvollzug deutlich zu stören, um damit eine (Gegen-) Reaktion zu provozieren bzw. zu erzwingen.

48.1.2 Fehlregulation als Rhythmusstörung

Fehlregulation als Vereinseitigung kann als **Rhythmusverlust** (Weiner u. Mayer 1990), also in der **zeitlichen** Dimension beschrieben werden, was z. B. den bekannten Durchhaltestrategien von Schmerzpatienten entspricht: Sie arbeiten zu lang, zu intensiv, sind an der Zeitforderung der Aufgabe orientiert, nicht an ihrem eigenen körperlichen und emotionalen Rhythmus, sind entweder 100% fit oder überhaupt nicht (Hasenbring 1992), d. h., es fehlt an zeitlicher Ausgewogenheit zwischen Durchhalten und Nachgeben, zwischen Tätigkeit und Muße.

So werden Schmerzen vom Anspannungstyp (am häufigsten sind Kopfschmerzen und Rückenschmerzen) durch eine Überforderung der Haltemuskulatur verursacht, die hier in ihrem natürlichen Rhythmus von An- und Entspannung außer Kraft gesetzt ist, was zu dauerhaften Fehlregulierungen der Muskelspannung führen kann (Hartspann, Myogelosen, Triggerpunkte). Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass nicht die Stärke des Muskeltonus, sondern die Unbeweglichkeit bzw. Erstarrung ausschlaggebend ist. Das Schmerzsignal weist darauf hin, dass der natürliche Wechsel von Reaktion und Gegenreaktion nicht (mehr) stattfindet, und das System einseitig festgefahren ist.

Fehlregulation kann auch **räumlich** dargestellt werden, also als **einseitige Aufmerksamkeitsorientierung** auf die Außenwelt, wie bereits weiter oben dargestellt. An dieser Stelle sei bereits angemerkt, dass für solche Schmerzen Ablenkungsstrategien, die den Aufmerksamkeitsfokus noch stärker auf die Außenwelt lenken würden, nicht angezeigt sind, auch wenn sie der persönlichen Grundhaltung solcher Patienten sehr entgegen kämen.

Fehlregulation kann als Rhythmusstörung dargestellt werden: Lebendige Funktionen unterliegen zeitlichen Rhythmen (Biorhythmen), also Pendelbewegungen, die nicht künstlich (zu sehr) verzerrt werden dürfen.

48.1.3 Beispiel: Migräne

Die Schmerzstörung, an der man die zeitliche Rhythmusstörung und das Phänomen der Außenorientierung am besten zeigen kann, ist die Migräneattacke. Sie gilt heute allgemein als Reizverarbeitungsstörung des Nervensystems (daher die ICD-Kategorie mit Bezug zur Neurologie). Der Begriff wird verständlich, wenn man bedenkt, dass die Betroffenen sehr viel Außenreize aufnehmen (müssen), da ihnen aufgrund ihrer neuronalen Konstitution und darauf fußender Lernprozesse »Wahrnehmungsfilter« fehlen. Unsere wichtigsten Filter sind Hemmsysteme, z. B. im endogenen antinozizeptiven System, die aus sensorischen Reizen die aversiven Komponenten herausfiltern. Dies ist ein Unterscheidungs- oder Sortierprozess, der bei Migränepatienten nicht präzise funktioniert, sodass sie viele sensorische, akustische und visuelle Reize als unangenehm erleben (Göbel 1996). Viele Migränepatienten berichten zusätzliche Phono- und Photophobie sowie Geruchsüberempfindlichkeit.

Das Vorhandensein von Filtern erkennt man auch an Prozessen der Reizhabituation: Die neuronale Antwort auf bekannte Reize schwächt sich normalerweise ab, sie werden ausgeblendet. Migränepatienten haben ständig ihre Aufmerksamkeitsantennen ausgefahren und habituieren kaum (Gerber u. Kropp 1993). Sie nehmen sehr viel mehr Reize auf als andere Menschen und müssen diese dann auch verarbeiten, was ihre zentralnervösen Kapazitäten wiederkehrend so stark überlastet, dass ein Systemzusammenbruch erfolgt, den man dann Migräneattacke bzw. -anfall nennt. Dies geschieht manchmal auch ohne Schmerzen (»migraine sans migraine«). Bevor dieser Zusammenbruch stattfindet, ist das Nervensystem durch sympathische Aktivität gewissermaßen »übersteuert« (es fehlen die gegenregulatorischen Funktionen), was sich bei manchen Menschen in euphorischer Stimmung und Hochleistungsgefühlen bemerkbar macht. Sacks (1994) vergleicht diesen Zustand mit der manischen Phase bei zyklothymen Störungen. Der Anfall beginnt im Stammhirn und entordnet nach und nach und in unterschiedlicher Weise verschiedene vegetative, zentralnervöse und biochemische Prozesse. Es kommt zu einem Kippvorgang im Sinne einer Entgleisung, in der die geordneten Funktionsabläufe zusammenbrechen und chaotisch werden bei lang anhaltender und tiefer parasympathischer Absenkung, um danach in einen Prozess der Erholung zu münden, von dem die Patienten sagen: »Ich fühle mich wie neugeboren.« Dies ist die Phase, in der die beteiligten Funktionssysteme wieder Tritt fassen und sich (im Sinne von Selbstorganisation) wieder geordnet einregulieren. Es ist auch bekannt, dass bei Migränepatienten eine einseitig festgefahrene Stimmungslage vor dem Anfall, sei sie euphorisch oder dysphorisch, dann von ihrem Gegenteil abgelöst wird. Auch dies weist auf den nötigen Wechsel zwischen Gegensätzen hin, was für die Therapie relevant ist.

Bei der Entspannungsmigräne wartet das Nervensystem gewissermaßen ab, bis eine Entspannungsbereitschaft entsteht – z. B. am Wochenende oder im Schlaf – und bricht erst dann zusammen. Aber auch hier muss den Betroffenen gesagt werden, dass die Anspannungsphase zu lang war bzw. früher aktiv unterbrochen werden muss, um der Entgleisung zuvorzukommen. Der Mechanismus der Entspannungsmigräne erinnert an die Fähigkeit des Körpers, in Notzeiten Energien zu mobilisieren. Wie Wall, einer der Pioniere der Schmerzforschung, der sich besonders mit der Funktionalität des Schmerzes auseinandergesetzt hat, 1996 beim Weltschmerzkongress sagte: »Der Schmerz kommt, wenn es passt, und er kommt nicht, wenn es nicht passt.« Es ist z. B. auch bekannt, dass psychosomatische Schmerzen bei einem körperlichen Trauma, z. B. einem Beinbruch, verschwinden und erst nach dessen Abheilung wiederkehren. Auch in Zeiten der Not und des puren (auch psychischen) Überlebens zieht sich die Migräne – wie andere psychosomatische Störungen – zunächst zurück.

Die zeitliche Dynamik des Migräneanfalls fällt dadurch auf, dass nicht **rechtzeitig** die parasympathische Gegensteuerung zur sympathischen Aufschaukelung des Nervensystems einsetzt – oder vom betroffenen Menschen als Entspannungspause eingesetzt wird – sodass das gesamte unwillkürliche System hochgradig sympathisch übersteuert. Im

Stammhirn existiert ein Fühler, der diese Übersteuerung registriert und einen sog. Migränegenerator in Gang setzt, der den Migräneanfall auslöst – als Notfall- und Schutzreflex. Bereits im Anfall beginnen sich alle beteiligten Funktionen durch autonome Gegenregulation in die parasympathische Richtung wieder zu normalisieren (ausführlicher hierzu und zur Migränetherapie: Seemann 2000.

Der Migräneanfall ist ein Notfallreflex, der das Nervensystem vor Überlastung schützt, um danach seine normale Funktionsfähigkeit autoregulativ wieder herzustellen – am besten in Ruhe bzw. im Schlaf.

48.1.4 Schmerz als Indikator für eine Rhythmusstörung

Während bei der Migräne der Rhythmus von Erregung und Entspannung durch extreme Aufschaukelung und anschließende Entgleisung und Zusammenbruch gekennzeichnet ist, stellt sich die Rhythmusstörung bei den oben genannten Schmerzen vom **Anspannungstyp**, den Rücken- und Spannungskopfschmerzen und der Fibromyalgie ganz anders dar. Bei ihnen kommt es nicht zum Zusammenbruch, vielmehr reguliert sich das muskuläre und vegetative Funktionssystem auf einem Niveau ein, das zwar dauerhaft schmerzhaft ist, aber einen sehr stabilen Zustand darstellt. Man könnte auch sagen: Die schwingende Rhythmik geht verloren und erstarrt in Unbeweglichkeit. Diese Unbeweglichkeit in der Muskulatur und im Vegetativum (von den Naturheilkundlern als Regulationsstarre bezeichnet) wird häufig von hierarchisch übergeordneten Funktionsebenen ausgelöst. So sind z. B. diesen Patienten Spiel- und Freiheitsräume im Leben verloren gegangen, sie fühlen sich eingeengt und gefangen: Sie können sich nicht mehr frei bewegen – was sich genau so in ihrem Körper abbildet.

Bei Schmerzen vom **Erschöpfungstyp** sind die Funktionskapazitäten immer bis an den Rand ausgelastet und von daher keine Spielräume mehr vorhanden. Hier warnen die Schmerzen vor weiterer Überlastung.

Psychologisch kann die Rhythmusstörung auch als **Vereinseitigung**, also als Verlust an Pendelbewegungen zwischen Gegensätzen, konzipiert werden, als Überbetonung der Funktionen des Neokortex gegenüber den Funktionen der alten Hirne (Stammhirn und limbisches System) bzw. mangelhafter Abstimmung zwischen ihnen (Vroon 1993) oder, um es mit Ciompi (1986) zu sagen, der Unausgewogenheit zwischen Denkwesen und Fühlwesen. Auch die Beobachtung, dass Schmerzpatienten zwar hervorragend konkrete Aufgaben lösen, jedoch nicht einfach »da sein« können, geht in diese Richtung.

Das Alexithymie-Konzept (Nemiah 1977) psychoanalytischer Provenienz betont ebenfalls die Abspaltung des Denkens von den Gefühlen, allerdings im Sinne eines Defizits: Patienten mit psychosomatischen Störungen haben kaum Introspektionsfähigkeit bezüglich unwillkürlicher Prozesse wie ihren Träumen, Phantasien, Bildern, infolgedessen sind sie wenig bis gar nicht suggestibel und kaum hypnosefähig (Frankel et al. 1977). Ihre ausgeprägte Außenorientierung wird unter dem Begriff »pensée opératoire« gefasst. Eine ähnliche Überlegung drückt sich in der Diskordanztheorie der Migräne aus (Gerber 1986), wonach in Stresssituationen negative Emotionen nicht wahrgenommen werden können.

Eine Schmerzart, die besonders deutlich auf die Verselbstständigung bzw. Abspaltung der unwillkürlichen Funktionssysteme hinweist, sind **Schmerzen vom Assoziationstyp**. Hier werden schmerzhafte Erinnerungen im Körper reinszeniert, ohne dass das bewusste Gedächtnis Zugang zum ursprünglichen Konditionierungsvorgang hat. Auch biografisch aktuelle Assoziationen, z. B. bedrohliche Gedanken können zu massiven Muskelkontraktionen und damit zu schweren Schmerzen führen. Eine Patientin, die ihre Krebserkrankung vollständig verdrängen musste, hatte solche spontanen Schmerzattacken immer dann, wenn jemand in ihrer Umgebung die Rede auf ihre Krankheit zu bringen drohte. Diese Schmerzen waren auch durch Opioide kaum zu lindern, traten aber nie dann auf, wenn sie sich »in Sicherheit« wähnte.

Aber auch wenn der Betroffene die Ursprungssituation kennt, **geschieht es** einfach. Viele Menschen kennen den Vorgang, wie präzise und schmerzhaft bestimmte Muskelgruppen auf das Nahen einer verhassten Person reagieren, zu der man freundlich sein muss. Hier kann die in Stress-

situationen unwillkürlich ausgelöste Alarmreaktion nicht durch Auseinandersetzung oder Flucht aufgelöst werden, die Energieabfuhr wird blockiert und im Symptom festgeschrieben, gewissermaßen als schmerzhafte Mahnung, dass eine Lösung für diesen Konflikt gefunden werden muss.

In die assoziative Kategorie gehören auch Schmerzen aufgrund »paläophysiologischer Reflexe« (Jonas 1981), wie z. B. reflektorische Muskelkontraktionen oder Atemblockaden. Das kann in »objektiv« ganz ungefährlichen Situationen passieren, z. B. wenn jemand mit dem Rücken zur offenen Tür hin sitzt und konzentriert arbeitet und der Körper unterschwellig befürchtet, ein »Feind« könne jederzeit unbemerkt den Raum betreten.

Das Konzept des psychosomatischen Schmerzes, wie es hier vertreten wird, stellen wir uns also vor als eine Landschaft, in der die Patienten sich chronisch in der konkreten Realität, gewissermaßen den Außenbezirken aufhalten, ihre Innenräume meiden oder gar nicht als vorhanden erleben, wobei ein Schmerzsignal von dort ertönt, das sie zwingt, die Aufmerksamkeit dorthin zu richten. Dieses Notsignal weist darauf hin, dass etwas unausgewogen oder in Unordnung geraten ist.

Es verwundert nicht, dass die Betroffenen, da der Ruf nicht verlockend, sondern eher abschreckend ist, sich beharrlich und drängend auf konkret Sichtbares, z. B. medizinische Befunde kaprizieren, da sie sich in diesen Regionen gut auskennen.

Psychosomatische Schmerzen können als Protest und Klage des »Körpers« aufgefasst werden. Die Klage ertönt aus einer Gegend, die den Patienten unvertraut und fremd ist – sie benötigen den Therapeuten als Fremdenführer, der ihnen ihren eigenen (Fremd-) Körper zu erschließen hilft.

48.2 Therapieziele

Das Therapieziel der Patienten, keine Schmerzen mehr zu haben, ist im Rahmen der Auftragsklärung so selbstverständlich wie unproduktiv, weil dahinter kein für den Patienten verstehbares Konzept steckt.

Das erste Ziel ist deshalb die Verständigung über das Problem »psychosomatischer Schmerz«. Hierfür sind die oben dargestellten Erklärungskonzepte geeignet. Wichtig ist, dass der Patient versteht, dass sein Körper den Schmerz produziert und ihm damit etwas zu sagen versucht, was zwar weder er selbst noch der Therapeut unmittelbar versteht, dass es sich bei diesem Signal jedoch um den Hinweis auf eine Unausgewogenheit handelt. Das Ziel ist es, diese Unausgewogenheit aufzulösen, indem man das/den Gegen-Teil sucht und reinstalliert. Positiv formuliert heißt das, herauszufinden, womit der »Körper« zufrieden zu stellen wäre, damit er mit den Schmerzklagen aufhören kann.

Es geht bei psychosomatischen Schmerzen nicht um Schmerzbewältigung!
Das Therapieziel besteht darin herauszufinden, was der Körper als Vertreter der unwillkürlichen Funktionen braucht, um mit seinen Schmerzklagen aufhören zu können.

48.3 Hypnotherapeutische Interventionen

Schmerzpatienten sind leicht dafür zu gewinnen, den Schmerz, der sich, wie wir wissen, langfristig allen somatischen und pharmakotherapeutischen Heilungsversuchen widersetzt hat, als einen **Protest** ihres Körpers anzuerkennen. Dass der Schmerz auf etwas hinweist, was nicht in Ordnung ist, ist eine vertraute Denkfigur. Wenn sich der Körper seinem Besitzer durch Schmerzen bemerkbar macht, so kann dies als **Kommunikationsangebot** verstanden werden. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, die Botschaft des Protestes bzw. der Klage umzudeuten in eine **Forderung** bzw. einen **Wunsch**.

Hypnotherapeutische Interventionen
- Bildersprache
- Schmerzfokussierung
- Schmerzkommunikation als Partnerbeziehung
- Entspannungsübungen
- Ungehorsamkeitsregel
- Sortieren
- Wunschtrance
- Wünsche

48.3.1 Bildersprache

Der Therapeut beginnt damit, eine bildhafte Sprache zu benützen, sodass die betroffenen Person anfangen kann zu denken: »Mein Körper und ich«, und für das unzufriedene und klagende Fühlwesen Interesse und Fürsorge zu entwickeln. Ich sage immer: »Schmerz ist ein sehr lautes und deutliches Wehgeschrei. Wie reagieren Sie, wenn einem Kind etwas wehtut und es weint? Sie wenden sich ihm zu und fragen: Was ist los?«

Das Kind (der Körper) möchte, dass Sie zuerst einmal **bei ihm sind**.

Der sprachliche Übergang zum unwillkürlichen Geschehen geht über »das Kind« besonders leicht. Der Schmerz befindet sich auf der Ebene, wo **es geschieht**: Es schlägt mir auf den Magen. Es tut mir weh. Es geht mir schlecht, wenn der Schmerz kommt. Man sagt nicht: Ich schlage mir auf den Magen usw. Es ist nützlich, in dieser ersten Phase die Sprache des Patienten zu benützen (ideoelektisches Sprechen nach Jonas u. Daniels 1987), die bei Schmerzbeschreibungen sowieso sehr bildhaft und metaphernreich ist.

Die Zuordnung der Schmerzen zum unwillkürlichen Geschehen entlastet von Schuld, ist aber auch unheimlich für Menschen, die gewohnt sind, alles unter Kontrolle zu haben. Deshalb sind frühzeitige Interventionen günstig, die den Patienten versichern, dass und wie er Verbindung zu seinen unwillkürlichen Prozessen aufnehmen kann. Wenn bei psychosomatischen Schmerzen eine symptombezogene Intervention wie die nachfolgende Schmerzfokussierung eingesetzt wird, dann eher unter dem Gesichtspunkt der Kommunikation mit dem Unwillkürlichen als unter dem Label »Therapie«, da diese Patienten dazu neigen, symptombezogene Autohypnosetechniken zur Schmerzlinderung fleißig anzuwenden und ansonsten alles beim Alten zu lassen. Es besteht dann die Gefahr, dass die Schmerzen langfristig schlimmer werden, um ihrem eigentlichen Anliegen Gehör zu verschaffen.

Die Teile des Gehirns, die die unwillkürlichen Funktionen steuern, reagieren besser auf Bilder als auf Begriffe.

48.3.2 Schmerzfokussierung

Eine sehr früh einsetzbare hypnotherapeutische Intervention, die den Zugang zur Bilderebene öffnet, also zu der Sprache, die das Unwillkürliche spricht und versteht, ist die Schmerzfokussierung. Mit dieser Technik ist es möglich zu demonstrieren, dass der Schmerz auf angemessene Kommunikation reagiert. Fokussierung schult die Selbstwahrnehmung und lehrt den Patienten, den Körper etwas zu fragen und dann höflich zu warten, bis er antwortet. Sie ist insofern auch ein Beispiel dafür, wie Kommunikation in Gang kommen kann.

Die Schmerzfokussierung benützt man für Schmerzen, die gut lokalisierbar sind (also nicht für diffuse Ganzkörperschmerzen) und man setzt sie am besten dann ein, wenn die Schmerzen nicht gut diagnostiziert wurden bzw. wenn sie schwer verstehbar oder interpretierbar sind. Man könnte die Fokussierungstechnik auch als das **bildgebende Verfahren** in der Psychotherapie bezeichnen.

Die Schmerzfokussierung braucht nur mit einer **kurzen** Körperentspannung eingeleitet zu werden. Dann wird der Patient aufgefordert, mit seinem inneren Auge bzw. seiner Aufmerksamkeit genau an den Ort in seinem Körper zu gehen, wo der Schmerz sich aufhält und ihn genau anzusehen. Dann fragt der Therapeut einige einfache Fragen, z. B.:

»Ist der Schmerz groß oder klein, wie groß? Ist er flach oder räumlich ausgedehnt? Dicht oder diffus? Hell oder dunkel?«

Der Patient antwortet und der Therapeut hilft ihm, ein Bild zu formen, indem er die Worte des Patienten benutzt.

Der nächste Schritt besteht aus der Frage, ob sich in diesem Bild eine Bewegung entdecken lässt, als Vorläufer der Veränderungsinduktion. Diese kann man etwa so formulieren:

»Wie sollte sich dieses (Gebilde) verändern, damit es sich angenehmer anfühlen würde?«

Die Ausgestaltung der Veränderung sollte sorgfältig und mit großer Geduld verfolgt werden, damit der Patient den Eindruck bekommt: Es verändert sich ganz einfach von selbst – aufgrund seines

Wunsches, dass es sich zum Besseren hin verändern möge. Danach darf der Patient das gute Bild behalten und zuhause autohypnotisch weiterverwenden.

Schmerzfokussierung in Gruppen bedarf einer größeren Routine, da der Gruppenleiter keine Rückmeldung erhalten kann und allen Teilnehmern genügend Raum lassen muss zur Ausgestaltung ihres individuellen Bildes. Wie bei allen Gruppentrancen wird hier sehr unspezifisch gearbeitet. Eindrucksvoll für die Teilnehmer ist es, wenn man danach die Bilder malen lässt. Bei (Nach-) Trancemalerei ist es günstig, wenn auf dem Boden gemalt wird und nicht an Tischen sitzend, weil sonst der Oberkopf wieder die Oberhand gewinnt.

Was die Bildfähigkeit betrifft, so brauchen psychosomatisch reagierende Menschen in der Tat Unterstützung. Deshalb ist die Fokussierung, die geduldig und in kleinen Schritten ein Bild entstehen lässt, für sie nützlicher, als wenn man erwartet, sie könnten gleich vollständige Bilder generieren. Die Schmerzfokussierung ist der Schmerzumwandlung sehr ähnlich (ausführliche Beschreibung s. Peter 1996a).

Die Schmerzfokussierung kann man auch als »bildgebendes Verfahren« der Psychotherapie bezeichnen.

48.3.3 Schmerzkommunikation als Partnerbeziehung

Nach der Deutung des Schmerzes als Wunsch oder Forderung sollte dem Körper ausreichend Respekt oder gar Bewunderung zuteilwerden für seine große Wahrnehmungsfähigkeit und Klugheit, Weisheit vielleicht, weil er schon so alt ist (was seine alten Hirne betrifft):

»Er merkt, wie es Ihnen geht. Er merkt sogar, ob Sie glücklich sind, oder traurig, wahrscheinlich noch eher, als Sie es selbst merken. Er ist verzweifelt und versucht Ihnen etwas zu sagen – denn er übernimmt Fürsorge nicht nur für sich selbst, sondern für die ganze Person. (Das ist der Unterschied zum Immunsystem, das für die Störungen der Körperfunktionen zuständig ist). Wenn es Ihnen gut geht, oder wenn der Körper weiß, dass er Sie nicht stören darf, ist er still. Der Körper verhält sich solidarisch.«

Hier kann man viele Metaphern aus dem Bereich der Partnerbeziehung verwenden. Philemon und Baucis sind da ein gutes Beispiel, bei denen man sich vorstellt, sie leben einträchtig miteinander und verstehen sich auch ohne Worte. Bei dieser Mehrebenenkommunikation gehen die Patienten sehr leicht in Trance. Diese Gesprächsphase sollte dort ankommen, wo man gemeinsam darüber phantasiert, was eine gute Paarbeziehung wäre, wie jeder dabei auf seine Kosten kommen könnte, unter welchen Umständen beide zufrieden sein könnten.

Dann empfiehlt es sich, die Trance zu unterbrechen und eine wichtige Frage der Schmerzanamnese zu stellen:

»Wann und unter welchen Umständen wird es besser, lässt der Schmerz nach, geht er weg? Was verlangt der Schmerz von Ihnen, das Sie tun oder unterlassen sollen?«

(Spannungskopfschmerzen verlangen z. B. Bewegung, Migräne verlangt Rückzug und Reizabschirmung.)

Bei der Beantwortung dieser Frage befinden wir uns wieder auf der kognitiven Ebene. Wenn da etwas zu finden ist, wissen es die Patienten und teilen es mit. Falls der Therapeut den Eindruck hat, dass ein Patient Beobachtungsdefizite hat, kann er die Therapiesitzung unterbrechen und ein Schmerztagebuch als Hausaufgabe geben mit der Auflage, sorgfältig darauf zu achten, wann und unter welchen Bedingungen der Schmerz **besser** wird oder zeitweise ganz verschwunden ist.

Für den Fall, dass Patienten solche günstigen Bedingungen kennen – z. B. Urlaub, Entspannung, Sorglosigkeit, ausreichend Sport etc. – wird man schnell feststellen, dass genau diese Bedingungen nicht ausreichend realisierbar sind. Der Blick ist dabei auf die Außenwelt gerichtet, die, rational betrachtet, eben nicht so ist, wie man sie bräuchte.

Hier ist es der Eigenart des Therapeuten überlassen, wie er die Misslichkeiten des Lebens zu beklagen wünscht. Ein 5-Jähriger aus meiner Nachbarschaft sagt immer, wenn etwas nicht zu ändern ist, mit einem tiefen Seufzer: So ist das eben!

Es kann sein, dass dann der Patient sagt: »Wenn ich die Umstände nicht ändern kann, dann muss ich mich selbst ändern«, was ihm der Therapeut sogleich ausreden sollte.

Nach der darauf folgenden Erleichterung (wer ändert sich schon gern?) entsteht Ratlosigkeit und steigt die Spannung: Wenn zwei Wege verschlossen sind, öffnet man am besten einen dritten: Man müsste herausfinden, auf welches Angebot der Schmerz langfristig, d. h. **wirklich** reagieren würde. Die meisten Patienten mit psychosomatischen Schmerzen, und ebenso ihre Behandler, berichten, dass viele Therapieversuche kurzfristig Besserung gebracht haben, danach der Schmerz aber eher schlimmer wurde. Daran sieht man, dass der Schmerz ein gutartiges Wesen ist und sich zurückzieht, wenn man sich um ihn kümmert. Wenn es aber nicht das Richtige ist, kommt er zurück und insistiert umso stärker.

Die wichtigste Frage in der Schmerzanamnese: Wann und wo, also unter welchen Bedingungen wird der Schmerz besser oder verschwindet ganz?

An dieser Stelle ist wiederum eine Hinwendung zum Unwillkürlichen nützlich, das aus dem Angebot, das wir ihm machen, selbstständig das heraussuchen darf, was »Es« brauchen kann (»Es« im Sinne von Groddeck 1974, S. 121 ff.). Die darauf folgenden Suchstrategien sind für solche Schmerzen geeignet, die darauf hinweisen, dass in diesem individuellen Leben etwas fehlt bzw. dass etwas Wichtiges gebraucht wird. Hierfür können verschiedene hypnotherapeutische Interventionen eingesetzt werden.

48.3.4 Entspannungsübungen

Den Erwartungen vieler Schmerzpatienten entgegenkommend kann man hier sogleich mit der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) beginnen (zu Entspannungsverfahren s. Peter u. Gerl 1983). Das autogene Training ist unter der hier vertretenen therapeutischen Perspektive ungünstig, weil man dabei z. B. von seinem rechten Arm **verlangt**, dass er schwer und warm werden **soll**. Schmerzpatienten verlangen von ihrem Körper und von sich selbst immer etwas. Wenn sie im autogenen Training ihren Arm fragen würden, wonach ihm gerade zumute sei, dann wäre das eine akzeptable Variante.

Beim Jacobson-Training muss allerdings **der Therapeut** aufpassen, dass er nicht verlangt, es sollte z. B. eine Faust gemacht werden, sondern dass er die Art und Stärke der Anspannung auswählen lässt. In dieser Form enthält die PMR ein implizites Wahrnehmungstraining, das diesen Patienten mit ihren Selbstwahrnehmungsdefiziten sehr zugutekommt. Die Muskelrelaxation hat den Vorteil, dass sowohl Anspannung als auch Entspannung als angenehm erlebt werden können und dass der Wechsel und die individuelle zeitliche Rhythmik wieder installiert werden. Wichtig ist nur, dass der Patient Raum genug erhält, seine eigene Form zu finden. Das gelingt am besten mit der sog. **Ungehorsamkeitsregel**, die früh genug in die (gesamte) Therapie eingeführt werden sollte, damit sie stilbildend werden kann.

Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson reinstalliert den rhythmischen Wechsel von Anspannung und Entspannung.

48.3.5 Ungehorsamkeitsregel

Da der Therapeut bei einer Entspannungsübung gar nicht umhin kann, dem Patienten zu sagen, was er tun soll, ist die unmittelbar vorgeschaltete Ungehorsamkeitsregel als paradoxe Intervention sehr nützlich:

»Wenn Sie eine Entspannungsübung unter Anleitung machen, also z. B. jetzt mit mir, oder mit einer Kassette, dann ist das Wichtigste, was Sie beachten müssen, die Ungehorsamkeitsregel. Sie lautet: ‚Folgen Sie mir nicht – oder nur, wenn Sie wirklich mögen.' Im Übrigen können Sie sowieso machen was Sie wollen – Sie können sich kratzen, wenn es Sie juckt, oder sich bequemer hinsetzen oder husten, wenn Sie müssen. Sie können auch einschlafen. Sie brauchen mir auch gar nicht zuzuhören. Wenn Sie Lust haben, dann ‚segeln' Sie einfach ab. Sie können meine Stimme benutzen wie einen Ariadnefaden, und sich daran festhalten, wenn Sie ihn brauchen. Jedenfalls werde ich Sie später ganz sicher wieder aufwecken. Das einzig Wichtige ist, dass Sie merken, was Sie von dieser Übung brauchen können – aber Ihr Körper merkt das sowieso von selbst.

Alles was Sie nicht brauchen können, das können Sie ganz einfach überhören.«

Der letzte Satz sollte pointiert gesprochen werden und garantiert den Erfolg. Da die Patienten nicht entspannen, sondern suchen sollen, entspannen sie sich bestens. Außerdem blenden sie sofort alles aus, was sie sonst störend fänden.

Ein ärztlicher Schmerztherapeut, der bei einer Gruppenentspannung direkt neben mir saß, sagte bei der Rückmeldung: »Ihre Stimme war mir sehr unangenehm!« Als ich ihn fragte, wie er denn die Übung überlebt hätte, sagte er: »Kein Problem, ich habe Ihre Stimme gleich ausgeblendet – aber die Inhalte waren vorzüglich!«

Die »Ungehorsamkeitsregel« als paradoxe Intervention ist eine allgemeine therapeutische Suggestion, die »unauffällig« in eine Entspannungsübung eingebettet werden kann.

48.3.6 Sortieren

Nach der Entspannungsübung ist genügend Zeit für die Rückmeldung nötig und zwar für die Frage:

»Was von dieser Übung konnten Sie brauchen, was nicht? Was Sie brauchen können, nehmen Sie mit, alles andere lassen Sie am besten hier, vielleicht kann es ein anderer brauchen.«

Patienten mit psychosomatischen Schmerzen sollen lernen heraus zu finden, was ihnen wirklich fehlt und was sie wirklich brauchen.

Bei Migränepatienten fällt auf, dass manche die oben erwähnte Wahrnehmungshypersensibilität für aversive Reize auch in der Entspannung erleben, dass sie also höchst negativ auf musikalische Untermalung oder deutliche Gerüche reagieren. Dieser Besonderheit wird am besten unter der Kategorie »das kann ich überhaupt nicht brauchen!« sorgfältige Beachtung geschenkt und später mit einer Übung zur symptomatischen Reizabschirmung (s. unten) wiederaufgegriffen. Die Entspannungsübung kann dafür benutzt werden, herauszufinden, wie und wo man sich am leichtesten und angenehmsten entspannen kann – das wird dann im weiteren Therapieverlauf für die Tranceinduktion und vom Patienten für seine Selbstanwendung genutzt.

Unter diesem Aspekt sollte vor allem die erste Entspannungsübung sehr vielfältig sein, damit jeder darin etwas finden kann.

Vorschläge für Entspannungsübungen

- **Muskelspannung**: Wie viel Anspannung kann ich brauchen, sodass sie angenehm ist? Wo mag ich mich überhaupt nicht anspannen?
- **Entspannung**: Wie lang soll sie sein, bis es mir reicht und ich wieder aktiv etwas tun will? Mag ich lieber Ruheentspannung oder Entspannung in der Bewegung (Tanzen, Tai Chi, Qi Gong, Yoga)?
- **Körperwanderung**: Wandere ich in meinen Innenräumen lieber visuell (mit dem inneren Auge) oder kinästhetisch? Wo fühlt es sich wie an? Wo tut es weh? Verändert es sich?
- **Dissoziation**: Wo bin ich gern, wenn ich draußen bin? In einem Bild, an einem Ort, nirgendwo?
- **Atem**: Wohin kann ich ihn schicken? Lässt er sich verwandeln in Wärme, Flüssigkeit, Licht? Welche Rhythmik bekommt der Atem, wenn er einfach von selbst kommt und geht?
- **Erlaubnis**: Wie ist das, wenn ich meinem Körper die Erlaubnis gebe, seiner Wege zu gehen, selbst sein Wohlbefinden zu suchen, wenn ich mich darum nicht zu kümmern brauche? Wenn ich nicht tun muss, was mir jemand sagt, sondern tun kann, was mir beliebt?

Zur deutlicheren Unterscheidung von Suchprozessen als willkürliche Aktivität und als unwillkürliches Geschehen bietet sich folgende Übung an. Sie wirft die Frage auf: »Der Mensch denkt – wer lenkt?«

48.3.7 Wunschtrance

Die Wunschtrance ist eine Übung, die sowohl in der Einzeltherapie als auch mit Gruppen durchführbar ist. Ich beschreibe sie hier als Gruppenübung.

Die Teilnehmer setzen sich in Kleingruppen zusammen, erzählen sich gegenseitig: »Was mir gut täte«, und jeder schreibt seine Einfälle in Stichpunkten untereinander auf einen großen Zettel. Was die anderen nicht wissen sollen, wird mit xxx markiert. Danach sitzt die Gruppe wieder im Kreis, jeder legt seinen Zettel vor sich auf den Boden, schaut hinunter und sucht sich **das** heraus, was in der derzeitigen Lebensphase oder gerade im Augenblick das Beste wäre. Danach wird eine leichte Trance induziert, indem jeder an den Ort geht, wo **das** am besten zu tun oder zu bekommen wäre, fängt damit an, lässt es sich entfalten zu seiner besten Form und sich dann weiterentwickeln, wohin es auch führt – dahin nämlich, was zur Zeit genau **das** wäre man am besten brauchen könnte. Nach der Übung stellt sich sehr oft heraus, dass einige Teilnehmer im Laufe der Trance ganz woandershin geraten sind, als sie es sich vorher ausgedacht hatten. Sie sind darüber gar nicht verärgert, sondern eher erfreut und finden es passend. Man sollte den Teilnehmern genügend Zeit lassen, sich darüber zu wundern.

48.3.8 Wünsche

Hin und wieder kommt in diesen Suchübungen bereits das Thema zum Vorschein, mit dem therapeutisch weiter gearbeitet werden kann: »Was fehlt mir wirklich?« Es kann auch mit der einfachen Frage provoziert werden:

»Wenn Sie sich etwas wünschen dürften, was Sie natürlich nicht dürfen, weil Sie schon erwachsen sind, aber einmal angenommen: Was würden Sie sich am meisten wünschen?«

48.3.9 Wünsche und Sehnsüchte öffnen die Zukunft

Dieses Thema ist oft in einfachen Tätigkeiten verschlüsselt. Motorradfahren kann z. B. einen großen Wunsch nach Freiheit enthalten. Das Gefühl der Einschränkung und Enge bezogen auf den Stuhl, in dem die Entspannungsübung durchgeführt wurde, entpuppt sich als Einengung in anderen Lebensbereichen. Der Wunsch nach Geselligkeit mit anderen Menschen erscheint als Reaktion auf den Rückzug in die Zweisamkeit mit einer eifersüchtigen Freundin etc.

Fallbeispiel

Ein 43-jähriger Patient nach Bandscheibenvorfall und langjährigen Rückenschmerzen, die ihn fast völlig unbeweglich machten, kam nach einer Reha-Kur zur Beratung. Auf die Frage, was er täte, wenn er könnte, wie er wollte, antwortete er spontan: »Dann würde ich meinen Rucksack nehmen und einfach so losgehen.« Seine Frau, die dabei war, antwortete ebenso spontan: »Das könnte dir so passen, und mich mit den Kindern zuhause sitzen lassen!«

Die Frage nach den Wünschen ist deshalb so nützlich, weil diese Wünsche nicht realisierbar und deshalb (aktuell) völlig ungefährlich sind: Der Ehemann konnte ja nicht einfach losgehen, er lag auf dem Rücken wie ein Käfer.

Da er erzählt hatte, dass er sich früher einmal sehr vital gefühlt habe, suchten wir mittels einer Altersregression nach seiner irgendwo liegengebliebenen Vitalität. Ich hatte ihm vorher gesagt, wohin wir gehen wollten und so hatte er sich ausgedacht, dass er mit 17 so richtig vital gewesen war. Er gelangte in der Trance jedoch an einen ländlichen Ort, wo er mit 12 Jahren gewohnt hatte und da hörte er seinen Vater zu seiner Mutter sagen: »Den Bub musst du laufen lassen – der ist ein Vagabund!«

Ich fragte ihn, ob sein Vater recht hatte und er sagte: »Ja, der war auch ein Vagabund. Aber meine Mutter wollte immer wissen, wo er hinging.« Die Frau des Patienten nun war so sicherheitsbedürftig, dass er ihr sogar immer zurief, wohin er sich im eigenen Haus gerade bewegte, damit sie genau wusste, wo er war. Was war in seinem Leben aus dem Vagabundieren geworden?

In der weiteren Therapie wurde keine hypnotische Intervention mehr gebraucht, da das Thema gefunden war. Es kam nunmehr darauf an, Formen sozialverträglichen Vagabundierens ausfindig zu machen. Der Rückenschmerz reagierte darauf sofort und präzise mit Rückzug. Der Körper behielt jedoch über längere Zeit eine sehr lästige Morgensteifigkeit bei, weil er nicht an den gemeinsamen Arbeitsplatz gehen wollte, ein Pro-

blem, das sich durch zeitpartielles Tanzen, Jonglieren und Einradtraining lösen ließ, Tätigkeiten, die sonst im Büro eines Industriemanagers eher selten ausgeübt werden.

48.3.10 Altersregression in der Schmerzbehandlung

Wenn Schmerzen darauf hinweisen, dass in der Vergangenheit etwas liegen geblieben ist, was jetzt fehlt, können, wie eben erwähnt, die Suchprozesse dorthin gerichtet werden, es wiederzufinden und in die Gegenwart zu holen.

Für Schmerzen des Assoziationstyps aufgrund einer (verborgenen) Traumatisierung ist die Altersregression besonders geeignet. Hier kann zuerst die ursprüngliche Situation in der Trance rekonstruiert werden bzw. vollsinnlich wiederbelebt und dann zum Positiven hin verändert werden. Dies ähnelt dem Vorgehen bei der Schmerzfokussierung, beschränkt sich jedoch nicht auf das innere Bild des Schmerzes, sondern richtet sich auf das gesamte komplexe Geschehen. Für Schmerzen nach einer (weit) zurückliegenden Traumatisierung ist die oben erwähnte Dissoziation zwischen den bewussten Ich und dem klagenden (Körper-) Kind doppelt nützlich, weil das Kind in der früheren Konditionierung stecken geblieben ist und Beratung des jetzt erwachsenen Teils brauchen kann, um die alten Assoziationen aufzulockern bzw. aufzulösen und durch neue zu ersetzen (Meiss 1997).

Allerdings ist es auch möglich, **zuerst** danach zu suchen, was das Kind damals gebraucht oder gewünscht hätte, oder wie die Situation hätte sein sollen. Das Damals kann dabei vorerst noch im Dunkel bleiben und wird sich erfahrungsgemäß enthüllen, wenn eine akzeptable Alternative gefunden ist – dann wird die Erinnerung weniger schmerzlich sein. Ich bevorzuge dieses Vorgehen, obwohl die allgemein vertretene Meinung seit Freud (Breuer u. Freud 1895) bis heute davon ausgeht, das Trauma müsse **zuerst** wiederbelebt werden, damit es »geheilt« werden könne (Hoppe 1993b; Meiss 1997). Nach meiner Erfahrung öffnet sich die Vergangenheit leichter, wenn zuvor eine passende Ressource ins Leben gerufen wurde, d. h., die psychischen Abwehrprozesse können ihre Schutzfunktion leichter aufgeben, wenn eine solide Selbstachtung entstanden ist (Peter 1990).

In der Altersregression öffnet sich die Vergangenheit für neue Erfahrungen.

Das Phänomen der sich öffnenden Vergangenheit ereignet sich des Öfteren auch ungezielt, wenn der Therapeut zufällig etwas Wichtiges inszeniert hat, was früher fehlte. Eine Patientin, die ich zwecks Hypnose spontan zu einer Zahnoperation begleitet hatte, berichtete danach, dass ihre Eltern sie früher als kleines Kind nie zum Arzt begleitet hatten, wenn sie operiert werden musste, was sehr häufig nötig war und dass damals alle psychosomatischen Probleme (einschließlich ihres Stotterns) begonnen hätten, woran sie sich seltsamerweise erst jetzt wieder erinnere (Seemann 1998).

Die bisher vorgestellten Interventionen sind, wie das vorgestellte Konzept des psychosomatischen Schmerzes nahelegt, problembezogen (Hoppe 1993b).

Andere hypnotherapeutische Interventionen richten sich direkt auf die **Auslösebedingungen** des Schmerzes. Ich nenne sie symptombezogen, obwohl auch bei ihnen nicht direkt mit dem Schmerz gearbeitet wird.

48.3.11 Reizabschirmung

Wie oben schon erwähnt, haben Schmerzpatienten, besonders ausgeprägt diejenigen mit Migräne, psychophysiologische Filterprobleme. Hier helfen imaginative Filter zur Reizabschirmung, z. B. »der Regenschirm«. Wenn der Betroffene merkt, dass wieder einmal besonders viel auf ihn einstürmt (z. B. visuell und auditiv), so kann er einen großen bunten Regenschirm aufspannen, unter dem ein angenehmes diffuses Licht herrscht, und an dessen Außenhaut alle Geräusche abprallen, wie ein leichter Landregen. Man kann den Schirm auch wieder schließen und unter den Arm klemmen.

Kopfschmerzpatienten haben sehr oft Probleme mit der **Distanzregelung**, weshalb sie lernen wollen, »nein« zu sagen. Dies würde aber zumindest kurzfristig zusätzlichen Stress bringen.

Ihnen kann man das Bild vom »Mantel« anbieten:

Jeder Mensch braucht einen Ort, wo er ganz ungeschützt und nackt sein kann. Wenn er Glück hat, dann ist dieser Ort sein Zuhause. Wenn man aber hinausgeht in die Welt, so weiß man ja nicht, was einem dort begegnet und so ist es nützlich, immer einen Mantel oder ein großes Tuch bei sich zu haben, worin man sich einhüllen kann.

Die Patienten werden gebeten, einmal einen Tag lang genau darauf zu achten, wann und bei wem sie gern den Mantel öffnen und wem gegenüber sie ihn verschlossen halten möchten, vielleicht sogar bis obenhin zugeknöpft. Manche Mäntel sind so wirkungsvoll wie Tarnkappen. – Diese Übung ist ein guter Ersatz für den Wegtauch- und den Totstellreflex (Jonas 1981), den manche Schmerzpatienten unwillkürlich benutzen, um einer Gefahr zu entgehen. – In manchen Gegenden, besonders dort, wo Männer sich oft aufhalten, reichen leichte Mäntel zum Schutz nicht aus, da braucht es vielleicht einen Schild oder Brustpanzer – nur sollte er nicht angewachsen sein, sondern sich leicht öffnen lassen.

Bei beiden Bildern ist der Wechsel zwischen Öffnen und Schließen, Sich-schützen und Entgegenkommen bzw. Entgegennehmen bedeutsam.

Zur Distanzregelung sind Imaginationen und innere Bilder nützlich und einfach anzuwenden.

48.3.12 Symptombezogene Interventionen

Unmittelbar auf die Schmerzsymptomatik bezogene Imaginationen

- Bilder gleichmäßigen Fließens – in Heizungsrohren (Hoppe 1985) oder Flusslandschaften–, die zur Gefäßregulierung eingesetzt werden können.
- Kühlesuggestionen für die Stirn und Wärmesuggestionen für die Hände.
- Imaginiertes Auftragen heilsamer Salben und Kräuter (selbstinduzierter Placeboeffekt nach Besser-Siegmund 1989)
- Hypnotische Induktion von Parästhesien und Substitutionen, d. h. Umwandlung der Schmerzen in andere Sensationen wie Taubheit oder Prickeln.
- Neubewertung des Schmerzes aufgrund verbesserter Copingressourcen (Hoppe 1993b).

Ausführliche und gut nachvollziehbare Darstellungen hierüber und viele weitere praktische Anregungen zur hypnotherapeutischen Schmerzbehandlung finden sich bei Meyer (1992), Barber (1996a) und Peter (1996a) sowie in den anderen Schmerzkapiteln dieses Buchs.

Die wohl am häufigsten bei Schmerzen angewandte (auto-) hypnotische Intervention ist die Dissoziation, d. h. ein Abspaltungsvorgang, bei dem man z. B. die Emotionen (das Schmerzliche) vom physiologischen Prozess abtrennt, sodass ein »weißer Schmerz« (Peter 1996a) ohne subjektive Beteiligung resultiert. Schmerzhafte Körperteile können dissoziiert, also als nicht mehr zugehörig erlebt werden und schließlich kann der Patient seinen Körper zurücklassen und sich hinwegflüchten: an einen angenehmen Ort, in eine vergangene oder zukünftige Zeit ohne Schmerzen. Solche unmittelbar symptombezogenen Interventionen können vom Patienten erlernt und autohypnotisch angewendet werden. Sie sind bei psychosomatischen Schmerzen als Hilfstechniken sehr nützlich, reichen aber, wie oben dargestellt, nicht aus, um den Schmerz zum Rückzug zu bewegen. Das wird er nur tun, wenn seine Forderungen langfristig erfüllt werden.

Direkt symptombezogene Hypnosetechniken können vom Patienten erlernt und autohypnotisch angewendet werden.

48.3.13 Hausaufgaben

Entspannungskassetten

Viele Arten von Entspannungskassetten sind zur Durchführung von Hausaufgaben geeignet, wenn man sie sorgfältig mit der Ungehorsamkeitsregel und einer Suchaufgabe verbindet. Die Aufgabe besteht darin, die Kassette (mindestens ein-

mal auf jeder Seite) anzuhören, um herauszufinden, ob überhaupt etwas dabei ist, was der Patient brauchen kann. Das soll er dann in die nächste Sitzung mitbringen, damit man für ihn dann eine Entspannungsübung maßschneidern kann. Das Ziel ist dezidiert nicht, sich zu entspannen, sondern auf Angenehmes zu achten. Wenn der Patient nichts findet, bekommt er eine andere Kassette.

Man muss die Patienten immer darauf aufmerksam machen, dass sie Entspannungsübungen nicht beim Autofahren hören sollen, weil die meisten Übungen so gemacht sind, dass man, ohne es zu merken, tief entspannt oder einschläft.

Wünsche sammeln

Diejenigen Patienten, die im ersten Gespräch nicht auf die Bilderebene zu führen sind, also im Konkreten und Kognitiven bleiben wollen, bekommen eine Hausaufgabe, die der oben beschriebenen Wunschtrance ähnelt. Man überreicht ihnen ein leeres Blatt Papier und einen Stift und bittet sie, auf das Blatt im Hochformat eine Längslinie zu ziehen, sodass zwei Spalten entstehen. Über die linke Spalte wird geschrieben: »Was tut mir gut (Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft)?« Diese Spalte sollen sie bis zur nächsten Sitzung ausfüllen mit allem, was ihnen dazu **einfällt**.

Hier lässt sich der Unterschied zwischen **Nachdenken** und **einen Einfall haben** gut klären. Das heißt, man macht diese Hausaufgabe nicht, indem man sich hinsetzt und nachdenkt, sondern man steckt diesen Zettel in die Hosentasche oder legt ihn an eine häufig frequentierte Stelle in der Wohnung und schreibt auf, was einem gelegentlich einfällt. Man sagt ja auch: »**Ich** denke nach« im Gegensatz zu: »**Es** fällt mir etwas ein«.

In die rechte Spalte schreibt der Patient: »Was ich mir wünschen würde, wenn ich mir etwas wünschen dürfte.«

Hier kann man den Unterschied zwischen Plänen und Wünschen erklären: Pläne realisiert man – oder auch nicht, Wünsche dagegen gehen in Erfüllung – oder auch nicht. Ich erkläre dies meinen Patienten so:

»Wünsche zu haben, ist sehr wichtig und zwar wegen der vielen arbeitslosen Zufälle, die draußen in der Welt umherirren und nicht wissen, was sie tun sollen. Wenn man einen Wunsch in die Welt hinausschickt, dann begegnet er vielleicht einem Zufall und sagt, könntest du nicht mitkommen, ich kenne da jemanden, der könnte dich gut gebrauchen. Wenn die beiden dann zurückkommen, sagen Sie vielleicht: Das kann doch kein Zufall sein – das ist eine Fügung! Und das stimmt. Wenn man keinen Wunsch ausschickt, dann kommt irgendein Zufall dahergelaufen, der gerade nichts zu tun hat, und da er nicht weiß, was Sie möchten, vergreift er sich und Sie sagen: so ein dummer Zufall – das ist nicht nett, er kann wenig dafür.«

Während man diese Geschichte erzählt, fällt den Patienten meist schon etwas ein, was sie sich wünschen. Man kann dann sofort die Sitzung beenden und das nächste Mal gleich auf die Wünsche zurückkommen, in denen fast immer das Thema versteckt ist, mit dem man weiter arbeiten kann.

Die Anfangsinterventionen nehmen bei den Schmerzpatienten am besten ihren Ausgangspunkt im **Tun** und leiten unbemerkt zum Wahrnehmen dessen, was **geschieht**. Der Therapeut sorgt dafür, dass die Patienten (mit der Zeit) merken, dass das Unwillkürliche auch andere als nur so schreckliche Dinge wie Schmerzen auf Lager hat und dass man ihm vertrauen kann. Wenn man das Richtige findet, verschwindet die Schmerzklage und Zufriedenheit macht sich breit. Allerdings sollte man die Patienten abschließend darauf hinweisen, dass ihr Körper weiterhin aufpasst und (möglicherweise mit den gleichen Schmerzen) reagieren wird, wenn sie in ihre alten Muster zurückfallen. Sie können aber psychosomatische Symptome auch als Ratgeber nutzen und ihren Körper bitten, rechtzeitig Bescheid zu sagen.

Psychosomatische Schmerzen und andere Symptome können als Ratgeber genutzt werden, die einem Menschen deutlich machen, wenn etwas in seinem Leben nicht (mehr) stimmig ist.

48.4 Diskussion

48.4.1 Indikation und Kontraindikation

Die differenzielle Indikation für den dargestellten Ansatz richtet sich auf die eingangs beschriebenen psychosomatischen Schmerzen.

Bei Schmerzen anderer Art, z. B. Akutschmerzen (Zahnbehandlung, Knochenmarkpunktionen) oder solchen, die keine implizite Botschaft haben, weil ihre Genese in einer Nervenschädigung zu finden ist, wie z. B. nach Herpes Zoster oder nach radiologischer Bestrahlung, sind die oben erwähnten symptombezogenen Interventionen indiziert, die für die psychosomatischen Schmerzen nur als vorübergehende Hilfen eingesetzt werden. Die Wirkung ist hier (nur) auf die Dauer der Intervention begrenzt, was aber für manche Patienten eine große Erleichterung bedeutet, besonders wenn sie diese Techniken autohypnotisch anzuwenden lernen.

Kontraindiziert sind Hypnosetechniken immer bei symptomatischen (auf einen somatischen Krankheitsprozess hinweisenden) Schmerzen. Bei Kopfschmerzen betrifft das etwa 5% der Patienten; bei Bauchschmerzen müssen natürlich Blinddarmentzündung oder andere somatische Ursachen ausgeschlossen sein. Wenn bekannte Schmerzen sich in ihrer Qualität oder Stärke dramatisch verändern, sollte vorsichtshalber immer eine erneute Ausschlussdiagnostik stattfinden.

Die im Alexithymie-Konzept verankerte geringe Suggestibilität der Patienten stellt bei den oben dargestellten Verfahren **keine Kontraindikation** dar, wenn keine standardisierten Techniken verwendet werden, sondern sehr eng an den Bedürfnissen und Gestaltungsmöglichkeiten der Person gearbeitet wird. Die Patienten entwickeln ihre eigenen Bilder und gestalten ihre eigenen Innenräume selbsttätig aus. Die oben erwähnte schlecht ausgeprägte Hypnosefähigkeit sollte so verstanden werden, dass die Patienten tatsächlich Hilfe benötigen, um den Zugang zur Sprache des Unwillkürlichen zu finden. Bei ihnen sind Inszenierungen und anregende Geschichten nötig. Ist der Innenraum erst einmal geöffnet, und haben sie sich daran gewöhnt, ihn zu bewohnen, so gibt er seinen Reichtum frei, was von den Patienten als Vervollständigung ihrer Lebenswelt geschätzt wird.

48.4.2 Integration mit anderen Verfahren

Hypnotherapie als Integration Trance induzierender Interventionen mit einem lösungs- und ressourcenorientierten Therapiekonzept ist m. E. bei der Behandlung psychosomatischer Schmerzen die Therapie der Wahl, da die aufdeckenden (kathartischen) Verfahren der klassischen Psychosomatik allein, auch dann, wenn sie mit hypnotischen Altersregressionen arbeiten, oft nicht genügend greifen.

Viele Interventionen der Verhaltenstherapie sind lösungs- und ressourcenorientiert und können durch hypnotische Elemente effektiver gestaltet werden (Peter et al. 1991). Insbesondere bei dem hier vertretenen Konzept psychosomatischer Schmerzen ist es essenziell, nicht auf der willkürlichen kognitiven und handlungsbezogenen Ebene hängenzubleiben. Hoppe (1985) macht in diesem Zusammenhang eine nützliche Unterscheidung zwischen Aufmerksamkeitslenkung, Schmerzimpfung, Schmerzbewältigung als einer bewusstintentionalen Leistung und hypnotischer Dissoziation und Imagination als primärprozesshaftem Verarbeitungsmodus, der durch das Fehlen kognitiver Anstrengung gekennzeichnet ist (Bowers 1989). Verhaltenstherapeutische Elemente sind im »Pacing-Prozess« der Therapie sehr nützlich. Wie und in welchen Therapiephasen die Patienten selbst Trancen erleben und für sich nutzen und inwieweit Therapeuten suggestiv arbeiten, ist an den Etiketten der Therapieverfahren nicht abzulesen. Denken wir allein an die Trance induzierende Kraft von Entspannungsübungen, auch des Jacobson-Trainings, das als ein genuin übendes und verhaltensorientiertes Verfahren gilt.

Auch gestalttherapeutische, transaktionsanalytische Elemente und alle Imaginationstechniken, das katathyme Bilderleben eingeschlossen, sind in die psychosomatische Schmerztherapie integrierbar, insofern sie die unwillkürliche Bildersprache aktiv anregen und gleichzeitig den Patienten genügend Spielräume zur eigenen Ausgestaltung lassen. Was die Gesprächspsychotherapie betrifft, so ist sie gerade wegen ihres passiv nondirektiven Vorgehens für Schmerzpatienten oft nicht ergiebig, da sie das eher hilflos macht – die Patienten brauchen aktive Unterstützung.

Sehr nützliche Ergänzungen sind körpertherapeutische Verfahren wie Qi-Gong, konzentrative Bewegungstherapie, freies Tanzen, aber auch Musiktherapie und Ausdrucksmalen.

48.4.3 Empirische Belege

Ein Überblick über Evaluationsstudien der letzten 10 Jahre zeigt, dass psychologische Schmerzbehandlung mit hypnotischen Interventionen sich gegenüber einer solchen ohne Hypnose zumindest als gleichrangig, meist jedoch als überlegen erwiesen hat. Elton et al. (1980) berichten eine gut kontrollierte Studie, in der Hypnose der Verhaltenstherapie und einem Pillenplacebo überlegen war. Ebenso fanden Edelson u. Fitzpatrick (1989) deutlich bessere Effekte hypnotherapeutischer Interventionen gegenüber kognitiv-behavioralen Verfahren. Whorwell et al. (1984) fanden Hypnose der Langzeitpsychotherapie überlegen bei 30 Patienten mit nervösen Darmbeschwerden, die sowohl bezüglich ihres Allgemeinzustandes als auch hinsichtlich der Schmerzen dramatische Verbesserungen erlebten.

Spätestens seit Gracely (1995a) in einem Editorial der Zeitschrift *PAIN* nachweisbare Hypnoseeffekte auf Schmerzhemmsysteme des ZNS herausgestellt hat, ist die Hypnose aus dem Verdacht der sozialen Erwünschtheitshypothese (Spanos 1986b) entlassen und in der wissenschaftlichen Schmerzgesellschaft anerkannt, wenn auch nicht häufig beschrieben. Holroyd (1996) hat sehr vielfältige Wirkmechanismen von Hypnose bei klinischen Schmerzzuständen konstatiert und diese theoretisch dem Konditionierungslernen zugeordnet.

Hoppe (1993b) unterscheidet symptom- und problembezogene Hypnose und beschreibt Letztere als effektiver bezüglich chronischer Schmerzen ohne Organbefund. Nur bei der direkt schmerzsymptombezogenen Hypnose scheint die Suggestibilität eine Rolle zu spielen.

Empirische Belege zur Wirksamkeit von Hypnose in der Schmerzbehandlung sind zwar zahlreich, jedoch schwer interpretierbar, da oft nicht nachvollziehbar ist, wie Hypnose, Hypnotherapie und andere psychologische Therapieverfahren gegeneinander abgrenzbar sein könnten. Ter-Kuile et al. (1995) berichten über eine Studie mit 156 Kopfschmerzpatienten. Nach einer Therapiephase mit autogenem Training und Selbsthypnose zeigte sich in der 6-Monats-Katamnese, dass die besten Prädiktoren für einen Therapieerfolg positive Therapieerwartungen vor der Therapie und gut ausgeprägte Kontrollüberzeugungen waren. Beispiele für autosuggestive, selbsterfüllende Prophezeiungen allein bei der Ankündigung hypnotischer Verfahren sind sicher auch bei nicht explizit hypnotischen Verfahren zu finden, wobei die Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten als eine wichtige Voraussetzung für den Nutzen jeglicher psychologischer Therapie gelten kann (Spinhoven et al. 1992). Wie sehr ein Patient therapeutische Interventionen autosuggestiv umsetzt und für sich nützen kann, hängt sicher ebenso stark von der Suggestivkraft des Therapeuten ab, wie vom Verfahren.

Metaanalysen zur hypnotherapeutischen Behandlung von Schmerzen, wie z. B. von Montgomery et al. (2000), erbrachten gute Effektstärken zwischen d=50 bis d=80 (s. Übersicht in Revenstorf 2003, 2005b). Bereits 1994 stellten Grawe et al. (1994) eine »gute Wirksamkeit« der Hypnotherapie bei Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden fest.

Was empirische Ergebnisse zur Hypnose bei psychosomatischen Schmerzen betrifft, so kommen Studien über Kopfschmerzen dieser Thematik am nächsten. Hier ist die Hypnose gut untersucht. Die Langzeiteffekte von Hypnose bei Migränepatienten waren in der Studie von Anderson et al. (1975) besser als unter Medikamenten. Primavera u. Kaiser (1992) fanden in einer Literaturübersicht über 26 Studien vergleichbare Therapieeffekte bei Hypnose, Biofeedback und Entspannungstraining. Sie kommen zu dem Schluss, dass diese Verfahren eher als Selbsthilfetechniken verwendet werden sollten, da langfristige therapeutische Kontakte und Klinikaufenthalte keinen zusätzlichen Nutzen brächten.

Auch bei kindlichen Kopfschmerzen wurde schon sehr effektiv mit ressourcenorientierter Selbsthypnose gearbeitet, z. B. bereits 1987 wurde von Olness et al. 1987, die Propranolol, Placebo und Selbsthypnose bei jungen Patienten mit klassischer Migräne verglichen und deutlich bessere Therapieeffekte in der Selbsthypnosegruppe erzielte. Ähnlich gute Ergebnisse berichten Signer-Fischer et al. (Gysin et al. 2000) und unsere eigenen Studien mit einem ressourcenorientierten hypnothera-

peutischen Gruppentherapieprogramm (Seemann 2002; Seemann et al. 2002).

Hypnotherapie bei psychosomatischen Schmerzen ist effektiv, pharmakologischen und Placebotherapien überlegen und ist gut kombinierbar mit verhaltensmedizinischen und körpertherapeutischen Therapieansätzen.

Fazit

Der psychosomatische Schmerz, unter einem kommunikativen Gesichtspunkt betrachtet, hat eine Schutzfunktion für die gesamte Person bzw. ist ein Warnsignal, das auf einen (früheren oder aktuellen) Mangel hinweist. Wie der Schmerz selbst, so befindet sich dieser Mangel auf der unwillkürlichen Funktionsebene, die für die Patienten mit psychosomatischen Schmerzen ein weitgehend unbekanntes Terrain ist. Diese Region aufzuschließen und bewohnbar zu machen, indem der Forderung des Schmerzes nachgekommen wird, ist Aufgabe der Therapie. Dabei gilt es das Thema zu finden, das sich meist im Gegenteil dessen verbirgt, was im willkürlichen System »zu viel« vorhanden ist. Die Patienten sind für die geforderten Suchprozesse sehr motiviert, da sie selbst eine Unvollständigkeit erleben, die der Ergänzung bedarf. Die Faszination der Patienten an dieser Art des therapeutischen Vorgehens liegt nicht zuletzt darin, dass in ihren unwillkürlichen Regionen etwas anderes geschehen kann als der Schmerz. Alexithymie ist unter dieser Perspektive kein Persönlichkeitsmerkmal, sondern eher Ausdruck von Bedürftigkeit hinsichtlich der Erschließung der eigenen Innenräume. Der Vorteil der Hypnotherapie bei diesen Patienten ist auch, dass der »Bebauungsplan« bis hin zur »Innenarchitektur« von ihnen selbst frei gestaltet werden kann, sodass aus der inneren Wildnis mit der Zeit eine bewohnbare, ja reizvolle Landschaft wird.

Chronischer Schmerz

Frank Hoppe

49.1 Störungsbild – 604

49.2 Indikation – 604

49.3 Hypnotische Interventionen – 605

49.3.1 Vorbereitung – 605

49.3.2 Symptombezogene Techniken – 606

49.3.3 Problembezogene Techniken – 608

49.3.4 Hausaufgaben – 608

49.4 Empirische Belege – 610

49.1 Störungsbild

Im Gegensatz zum akuten Schmerz, der an eine Gewebsschädigung gekoppelt ist und mit ihrer Heilung abklingt, ist der chronische Schmerz (DSM-IV 307.80 oder 307.89; ICD-10 F45.4) von einer ursprünglich zugrundeliegenden körperlichen Schädigung oft weitgehend losgelöst und dauert über die normale Heilungszeit hinaus an. Zu solchen chronischen Schmerzen zählen sowohl anhaltende wie auch wiederkehrende Schmerzen (z. B. die anfallartig auftretende Migräne oder Trigeminusneuralgie), wenn sie länger als 6 Monate bestehen. Organische Ursachen sind, sofern überhaupt feststellbar, häufig nicht zu beheben (z. B. bei degenerativen Erkrankungen) oder in Ausmaß und Schwere nicht ausreichend, um die Intensität der Schmerzen zu erklären.

Bei der Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen spielen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle. Nach den Diagnosekriterien des DSM-IV lässt sich für dieses Krankheitsbild die Diagnose **Schmerzstörung** stellen, wenn psychische Faktoren allein (307.80) oder in Verbindung mit einem medizinischen Krankheitsfaktor (307.89) für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen von Bedeutung sind. Bei den psychischen Faktoren kann es sich um andere psychische Störungen (z. B. eine Depression) handeln oder um psychosoziale Belastungen (z. B. Eheprobleme) unterhalb der Schwelle für eine solche Störung. Außerdem können solche psychischen Faktoren **primär**, also vor der Schmerzstörung, bestanden haben und an der Schmerzentstehung beteiligt gewesen sein, oder sie können sich **sekundär**, d. h. im Krankheitsverlauf, entwickelt haben und an der Aufrechterhaltung der Schmerzen mitwirken. Ein Beispiel für den ersten Fall wäre eine primär bestehende zwanghafte Persönlichkeitsstörung, die über die damit verbundene Daueranspannung bei größerem Druck von außen, etwa bei Berufseintritt, zu Rückenproblemen führt, besonders wenn hier ein prädisponierender körperlicher Krankheitsfaktor vorliegt. Psychische Faktoren, die sich häufig sekundär entwickeln, sind sozialer Rückzug und Depression, Schlaflosigkeit, Medikamentenabusus, gedankliche Fixierung auf den Schmerz, Ärger über vermeintliche Fehlbehandlungen und Invalidität.

49.2 Indikation

Am Beginn der Behandlung stehen diagnostische Überlegungen:

- Welche anderen psychischen Störungen oder Probleme bestehen?
- Welche davon sind primär (und möglicherweise prädisponierend für die Schmerzstörung), welche sekundär?
- Welche spielen für die Aufrechterhaltung der Schmerzen eine Rolle?
- Welche sind vorrangig zu behandeln?

Hieran knüpft sich die Frage, ob primär das Symptom, also der Schmerz, behandelt werden soll, (symptombezogene Hypnose) oder die psychischen Faktoren, die den Schmerz aufrechterhalten (problembezogene Hypnose).

Für eine **problembezogene Hypnose** sprechen folgende Befunde:

Krankheitsmodell. Der Patient hat ein psychologisches Krankheitsmodell, d. h., er macht psychische Probleme für seinen Schmerz (mit-) verantwortlich und zeigt Bereitschaft, an ihnen zu arbeiten. Obwohl ein solches Modell natürlich auch falsch sein kann, sollte es in der Behandlung berücksichtigt werden, entweder durch eine Anpassung der Behandlung an das Modell oder durch eine vorsichtige Korrektur des Modells. Letzteres erscheint sinnvoll, wenn der Patient zu sehr »psychologisiert« und sich von der Lösung seiner Probleme ein Verschwinden der Schmerzen erhofft, während der medizinische Befund deutlich für das Verbleiben eines »Restschmerzes« spricht.

Psychische Faktoren. Krankheitsanamnese und Problemanalyse ergeben eine deutliche Abhängigkeit der Schmerzen von psychischen Faktoren in der aktuellen Lebenssituation und/oder in der Krankheitsentwicklung.

Problemdruck. In Hypnose treten spontan, d. h. ohne entsprechende Interventionen, negative Gefühle oder gedankliche bzw. bildhafte Probleminhalte auf. Dies kann z. B. bei einer symptombezogenen Technik geschehen, etwa in der imaginativen Ausgestaltung eines Schmerzbildes, das sich plötzlich in die wütende Ehefrau verwandelt

und damit auf ein Problem hindeutet. Obwohl der Zusammenhang des Problems mit den Schmerzen zunächst noch ungesichert ist, sollte man dieser Möglichkeit nachgehen.

Schmerzverstärkung. Die Aktivierung von Probleminhalten in Hypnose, z. B. durch eine Altersregression, führt zu einem Schmerzanstieg. Hypnose kann in diesem Zusammenhang explorativ für diagnostische Zwecke genutzt werden, um Abhängigkeiten zwischen psychischen Faktoren und Schmerz zu erhellen, indem potenziell relevante Problemthemen aktiviert und die Auswirkungen auf den Schmerz beobachtet werden.

Organbefund. Obwohl ein fehlender Organbefund für die potenzielle Bedeutung psychischer Faktoren spricht, sollte dieser Aspekt nicht überbewertet werden. Ein fehlender Organbefund allein beweist nicht die Beteiligung psychischer Faktoren, ebenso wenig wie ein vorhandener Organbefund die Beteiligung solcher Faktoren ausschließt.

Die Indikation für eine **symptombezogene Hypnose** ergibt sich analog aus den obigen Gesichtspunkten. Insbesondere sprechen also das Vorliegen eines klaren Organbefundes bei weitgehendem Fehlen psychischer Faktoren, ferner auch ein nicht korrigierbares medizinisches Krankheitsmodell des Patienten für eine Beschränkung der Arbeit auf das Symptom. In Mischfällen wird man ein kombiniertes Vorgehen wählen.

Hypnotisierbarkeit ist für beide Vorgehensweisen von Bedeutung, schon wegen ihrer Verknüpfung mit Imaginationsfähigkeit, die ein Katalysator für viele hypnotische Prozesse ist (▶ Kap. 9). Bei guter Hypnotisierbarkeit lässt sich oft eine erhebliche Schmerzreduktion **innerhalb** der Hypnose erzielen, die den Patienten gleich zu Beginn der Behandlung von deren Wirksamkeit überzeugt und ihn motiviert. Allerdings kann man aufgrund der Hypnotisierbarkeit allein nicht auf langfristige Effekte schließen (Hoppe 1993b). Obwohl einige Autoren Hypnotisierbarkeit für trainierbar halten (Gfeller 1993), wird man bei sehr geringer Hypnotisierbarkeit doch eher auf andere Methoden ausweichen, die weniger von hypnotischen Fähigkeiten Gebrauch machen. Dazu zählen v. a. Verfahren der Verhaltenstherapie wie Muskelrelaxation, Schmerzimpfung, kognitive Therapie, operante Maßnahmen zum Aktivitätsaufbau und Biofeedback.

Gründe, die gegen Psychotherapie überhaupt sprechen, gelten natürlich speziell für die Hypnose, z. B. geringe Veränderungsmotivation im Rahmen eines schwebenden Rentenverfahrens.

49.3 Hypnotische Interventionen

49.3.1 Vorbereitung

Vorbereitung
1. Ressourcenexploration
2. Erwartungsexploration
3. Exploration der Hypnotisierbarkeit
4. Spontaneffekte beachten

Zu 1: Ressourcenexploration. Exploriere die Lebensgeschichte des Patienten nach möglichen Ressourcen für Schmerzlinderung. Das können frühere erfolgreiche Bewältigungen von Schmerz oder anderen Symptomen (z. B. Überhören des Tinnitus) sein oder spezielle Erlebnisse und »Talente« (z. B. die Fähigkeit, Unangenehmes zu »verdrängen«). Solche Ressourcen wird man später mit symptombezogenen Techniken wie Altersregression oder Anekdoten gezielt reaktivieren.

Zu 2: Erwartungsexploration. Exploriere die Erwartung an die Hypnose (z. B. Bewusstseinsverlust, sofortige Schmerzfreiheit) und korrigiere sie, falls hinderlich, oder passe die Hypnosetechnik den Erwartungen an.

Zu 3: Exploration der Hypnotisierbarkeit. Exploriere Hypnotisierbarkeit und spezielle Bereiche des hypnotisch veränderten Erlebens. Für die symptombezogene Hypnose sind der sensorische und kognitive, für die problembezogene Hypnose der kognitive und affektive Bereich entscheidend. Beobachte dazu in einer Probehypnose die Reaktionen auf verschiedene Testsuggestionen, z. B. Armlevitation, Katalepsie, Altersregression sowie die Trancemerkmale (Hoppe 1991). Die Suggestionen sollten eher indirekt gegeben werden, um bei gerin-

gen Effekten keine Misserfolgseinstellung zu induzieren. Bei geringen Effekten kann diese Phase zu einem hypnotischen Training ausgedehnt werden mit dem Ziel, hypnotische Erfahrungen zu vertiefen und hinderliche Einstellungen abzubauen.

Zu 4: Spontaneffekte beachten. Häufig tritt bereits in der Probehypnose eine kurzfristige Schmerzreduktion ein, ohne dass eigens schmerzbezogen gearbeitet worden wäre (Hoppe 1993b). Ein solcher Spontaneffekt ist im Hinblick auf den weiteren Behandlungsverlauf günstig zu werten und kann in den folgenden Sitzungen ausgebaut werden.

49.3.2 Symptombezogene Techniken

Man exploriert zunächst die Schmerzcharakteristika einschließlich der Schmerzqualitäten, da sich hieraus Hinweise für die **Auswahl der geeigneten Technik** gewinnen lassen. So können bildreiche Schmerzbeschreibungen (»wie eine Faust in meinen Eingeweiden«) für die Arbeit mit einem Schmerzbild genutzt werden oder zeitliche Schmerzmerkmale (»blitzartig einschießend«) für die Arbeit mit Umdeutung. Weitere Hinweise für die geeignete Technik liefern Beobachtungen während der vorangegangenen Probehypnose: Treten dabei primär Empfindungsveränderungen auf, so legt dies die Verwendung sensorischer Techniken nahe, während das Auftreten innerer Bilder, besonders solcher von halluzinatorischer Qualität, für kognitive Techniken spricht.

Die folgenden Techniken 1–4 sind **sensorische Strategien**, die mit Aufmerksamkeitsfokussierung auf Körperempfindungen arbeiten. Innere Bilder treten dabei nicht notwendig auf, obwohl sie durch entsprechende Formulierungen zusätzlich angeregt werden können. Die dann beschriebenen Techniken 5–7 sind **kognitive Strategien**, die Erinnerungen oder Phantasien aktivieren, um diese als Ressourcen zu nutzen (Erickson u. Rossi 1981, S. 128 ff.; Hoppe 1991, 1993a; Peter 1996a, 1998b, 2002c, 2004, 2007a,b).

Systembezogene Techniken

1. Analgesie
2. Verschiebung
3. Umdeutung
4. Partielle Dissoziation
5. Totale Dissoziation
6. Schmerzbilder
7. Schmerzbezogene Anekdoten
8. Symptomverstärkung

Zu 1: Analgesie

1. Identifiziere als Zielzustand eine schmerzinkompatible Empfindung: Wie würde die schmerzende Stelle sich anfühlen, wenn sie warm, kühl, leicht, schwer, taub usw. wäre?
2. Induziere die Empfindung in einem schmerzfreien Körperteil, z. B. in der Hand. Koppele diesen Vorgang an einen sichtbaren anderen hypnotischen Prozess, z. B. Armlevitation (je höher der Arm steigt, desto kühler die Hand).
3. Entwickelt sich eine andere Empfindung, z. B. Kribbeln, arbeite mit dieser oder nutze sie als Vorstufe für die gewünschte Empfindung.
4. Induziere eine Ausbreitung (ein Fließen, Strömen, Wandern, Springen) der Empfindung auf die schmerzende Stelle, wieder gekoppelt an einen hypnotischen Prozess, z. B. Armsenken oder Lidschluss: »*Sobald Ihr Unbewusstes bereit ist, wird der Arm beginnen zu sinken, und je tiefer er sinkt, desto weiter wird diese Empfindung nach oben wandern, und wenn sie das Gesicht erreicht hat, wird der Arm auf der Lehne zur Ruhe kommen.*«
5. Ratifiziere das Ergebnis (»*Ist Ihr Unbewusstes mit dem erreichten Zustand einverstanden?*«) durch ideomotorische Befragung.

Zu 2: Verschiebung

1. Bestimme gemeinsam mit dem Patienten eine schmerzfreie Stelle, auf die der Schmerz verschoben werden soll, z. B.: »Wären Sie nicht neugierig herauszufinden, wie der Schmerz Ihrer rechten Gesichtshälfte sich auf der linken Seite anfühlen würde?«
2. Bitte den Patienten, darauf zu achten, in welcher Weise (Bewegungsart, Tempo usw.) der

Schmerz von der alten zur neuen Stelle wandert, fließt oder springt. Kopple diesen Vorgang an einen sichtbaren hypnotischen Prozess, z. B. Armlevitation.
3. Ratifiziere das Ergebnis ideomotorisch.
4. Induziere evtl. von der neuen Stelle ausgehend weitere Verschiebungen. Obwohl mit dieser Technik lediglich der Schmerzort verändert wird, kann sie für den Patienten subjektiv beeindruckend sein, sein Kontrollgefühl und seine positive Erwartung steigern.

Zu 3: Umdeutung. Setze bei den momentan bestehenden Schmerzqualitäten an (»pacing«) und verknüpfe sie mit zunehmend angenehmen Empfindungsqualitäten. So lässt sich z. B. ein dumpfer Schmerz über die Zwischenschritte dumpfes Gefühl – dumpfes, müdes Gefühl – bleischwere Müdigkeit – Wunsch einzuschlafen – in ein Gefühl der Müdigkeit und Entspannung umdeuten (s. Fallbeschreibung). Ähnlich kann ein brennender Schmerz evtl. in ein Gefühl der Wärme transformiert werden oder ein einschießender Schmerz in eine Schreckempfindung.

Zu 4: partielle Dissoziation. Diese lässt sich wie unter 1. durchführen, nur dass hier ein Gefühl der Nichtzugehörigkeit oder Losgelöstheit des schmerzenden Körperteils angestrebt wird. Man beginnt am besten mit einem Arm, wo sich durch Armlevitation oder Katalepsie relativ leicht eine solche Dissoziation herstellen lässt. Dann induziert man wie unter 1. eine Ausbreitung der Empfindung auf den schmerzenden Körperteil.

Zu 5: totale Dissoziation
1. Identifiziere einen Kontext mit positiven Empfindungen (Ressource).
2. Aktiviere ihn direkt oder indirekt, z. B.: »Sie kennen das Gefühl, bequem vor dem Fernseher zu sitzen und nichts wahrzunehmen als das Fußballspiel ihrer Lieblingsmannschaft, das Sie gebannt verfolgen.«
3. Elaboriere den Kontext, evtl. im Dialog mit dem Patienten, in allen Sinnesmodalitäten und verknüpfe deren Auftreten mit ideomotorischen Reaktionen. Gut hypnotisierbare Patienten halluzinieren dann nicht nur das Fußballspiel akustisch und optisch, sondern schlüpfen evtl. soweit in den Kontext, dass sich das Gefühl einstellt, den eigenen Körper verlassen zu haben und zu Hause vor dem Fernseher zu sein (s. Fallbeschreibung). Analog lässt sich eine **Altersregression** verwenden, nur liegt der Kontext dabei in der Vergangenheit.

Zu 6: Schmerzbilder
1. Bitte den Patienten, dem Schmerz eine symbolische Gestalt zu geben und sie in den verschiedenen Sinnesmodalitäten zu entwickeln: Wenn der Schmerz eine Form, Farbe, Stimme, Temperatur usw. hätte, wie würde die aussehen/sich anhören/sich anfühlen etc.?
2. Bitte den Patienten, in den einzelnen Modalitäten Veränderungen am Schmerzbild vorzunehmen bzw. auf Veränderungen zu achten, die sich von selbst einstellen. Dieser Vorgang kann an ein ideomotorisches Signal geknüpft werden. Mit dieser Technik nimmt der Schmerz z. B. die Gestalt eines harten, kalten Klumpens an, den der Patient in die Hand nimmt (kinästhetische und optische Halluzination), allmählich erwärmt, aufweicht und wie Knetmasse zu modellieren beginnt. Ein Schmerz »wie Ameisenlaufen« wird evtl. zu einer Ameisenschar, die mit einem visualisierten Insektenspray bekämpft wird. Das Ausmaß, in dem das Schmerzbild erfolgreich verändert wird, lässt im Allgemeinen auf die damit einhergehende Schmerzlinderung schließen.

Zu 7: schmerzbezogene Anekdoten. Anekdoten beschreiben in Geschichtenform erlebnisnahe Beispiele für Prozesse, die bei der Schmerzlinderung genutzt werden können. Dazu zählen z. B. Gewöhnung (ein Arbeiter in einer Lackierwerkstatt nimmt nach einiger Zeit den Farbgeruch nicht mehr wahr) oder selektive Wahrnehmung (während der Kinovorstellung »vergisst« man seine volle Blase) (Hoppe 1984 1985, 1986; Hoppe u. Winderl 1986).

Zu 8: Symptomverstärkung. Mit dieser Technik kann man in einem vorbereitenden Schritt eine negativistische Einstellung nutzen, dass »alles immer schlimmer wird«. Die Technik lässt sich sensorisch oder kognitiv ausführen. Die Implikation besteht in beiden Fällen darin, dass auch eine Schmerzveränderung in die andere Richtung mög-

lich ist. **Sensorisch**: Man bittet den Patienten, jetzt nur auf seine Schmerzen zu achten, auf das stärker werdende Stechen usw. **Kognitiv**: Man reaktiviert eine frühere Schmerzepisode oder eine andere Negativerfahrung, die assoziativ mit Schmerzen verknüpft ist (Altersregression).

49.3.3 Problembezogene Techniken

Die folgenden Techniken sind am effektivsten dann einsetzbar, wenn vorher die schmerzrelevanten psychischen Probleme eingehend exploriert und spezifische Hypothesen gebildet wurden. Andererseits haben besonders die Techniken 1. und 3. ein erhebliches exploratives und aufdeckendes Potenzial, da sie gezielt eine innere Suche nach problematischen Erlebnissen anregen. Insofern können sie mit Aussicht auf Erfolg auch dann angewendet werden, wenn keine oder nur wenig Vorinformation vorliegt.

Problembezogene Techniken

1. Rekonstruktion negativer Erfahrungen
2. Problembezogene Anekdoten
3. Reframing

Zu 1: Rekonstruktion negativer Erfahrungen

1. Aktiviere eine problematische oder traumatische Erfahrung, die nach der Problemanalyse vermutlich mit den Schmerzen zusammenhängt. Um Zugang zu einer solchen Erfahrung zu erhalten, verwende Techniken wie Altersregression oder -progression (je nach zeitlicher Lage des Problems), ideomotorische Befragung, Affektbrücke oder Symptomverstärkung (s. oben). Gib dabei je nach Vorinformation eine mehr oder weniger spezifische Suchrichtung vor.
2. Verändere die problematische Erfahrung durch Dissoziation von negativen und Assoziationen von positiven Erlebnisaspekten. Ein Beispiel für Dissoziation wäre die Einnahme einer Beobachterperspektive, die eine gefühlsneutrale Betrachtung der Szene erlaubt. Beispiele für Assoziation wären das Ausagieren von Gefühlen oder das Hinzuimaginieren von problemlösenden Handlungen.
3. Wiederhole das Vorgehen mit weiteren problematischen Erfahrungen, bis keine neuen mehr aufgedeckt werden (zur Vorgehensweise: Hoppe u. Winderl 1986; Hoppe 1991, 1993a).

Zu 2: problembezogene Anekdoten. Ist das Problem hinlänglich bekannt, so können Problemlösungen über Anekdoten, Geschichten und Metaphern vermittelt werden. Das gilt besonders dann, wenn problematische Erfahrungen mit der obigen Technik unter Punkt 1 nicht in der erforderlichen Intensität zugänglich gemacht werden können.

Zu 3: Reframing

1. Deute den Schmerz als Signal um, das eine positive Funktion oder Bedeutung besitzt. (Dies ist im problembezogenen Vorgehen plausibel, da der Schmerz hier auf ein psychisches Problem hinweist.)
2. Bitte den Patienten, Kontakt mit einer »inneren Instanz« (dem Symptom oder einem dafür verantwortlichen »Teil«, einem inneren Heiler usw.) aufzunehmen, um zu erfahren, welche Bedürfnisse mit dem Symptom signalisiert werden sollen. Stelle den Kontakt her, indem die innere Instanz imaginiert oder ideomotorisch befragt wird.
3. Bitte den Patienten, im Dialog mit der inneren Instanz Lösungsmöglichkeiten für das Problem zu finden, die das Symptom überflüssig machen. Nutze wieder Imagination oder ideomotorische Befragung zur Mitteilung dieser Lösungsmöglichkeiten.

49.3.4 Hausaufgaben

In Fällen, bei denen die Schmerzlinderung auf die Hypnose beschränkt bleibt oder sie nur wenig überdauert, sind zusätzliche Interventionen notwendig. Dies trifft besonders (aber nicht nur) auf solche Patienten zu, bei denen medizinische Krankheitsfaktoren die entscheidende Rolle spielen. Es werden dann posthypnotische Suggestionen gegeben:

1. für eine zunehmende **zeitliche Ausdehnung** der Schmerzlinderung sowie
2. für Selbsthypnose.

Im 1. Fall kann man den Patienten bitten, die in Hypnose erzeugte Empfindung, z. B. die Wärme im Fuß, auf den Nachhauseweg mitzunehmen und herauszufinden, wie lange er sie behalten möchte. Die Ratifizierung dieses Vorschlags durch eine ideomotorische Reaktion unterstützt den Prozess. Man kann in einem vorbereitenden Schritt zunächst auch eine andere hypnotische Reaktion, z. B. eine Katalepsie des Handgelenks oder das Hören einer Melodie, posthypnotisch für eine Weile bestehen lassen und dies als Modell für die später suggerierte posthypnotische Schmerzlinderung nutzen.

Im 2. Fall erklärt man dem Patienten, er könne jederzeit, wenn es ihm angenehm oder notwendig erscheine, auf dieselbe Weise wie in den Hypnosesitzungen (d. h. mit derselben Induktionsmethode, z. B. Armlevitation oder Zählen von 1–20) in diesen Zustand zurückkehren, um in ihm beliebig zu verweilen, und er werde mit zunehmender Übung immer mehr Nutzen daraus ziehen. Man ratifiziert diesen Vorschlag ideomotorisch und lässt den Patienten am besten gleich in Anwesenheit (und, falls erforderlich, unter zusätzlicher Anleitung) des Therapeuten seine erste Selbsthypnose durchführen. Bei Bedarf können die posthypnotischen Suggestionen spezifischer gegeben werden, z. B. bei einem Patienten mit Neigung zum katastrophisierenden (und schmerzverstärkenden) Denkstil, dem aufgetragen wird, bei Auftreten der Negativgedanken in Hypnose zu gehen, um seinen Kopf »leer« zu machen.

Posthypnotische Suggestionen können weiterhin genutzt werden, um Probleme wie sozialen Rückzug und geringes Aktivitätsniveau zu behandeln, indem der zunehmende Wunsch nach Kontakten suggeriert wird und bestimmte Aktivitäten verschrieben werden.

Fallbeispiel

Der 53-jährige Patient hat seit 10 Jahren ständige, an Intensität zunehmende Rückenschmerzen, bei multiplen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, an der er auch schon einmal operiert wurde. Wegen der Beschwerden hat der gelernte Maschinenbauer zuletzt als Pförtner gearbeitet, ist jetzt seit 3 Monaten krankgeschrieben und steht vor der Frühberentung, bei vorhandenem Wunsch weiterzuarbeiten. Angesichts dieser Lage besteht (sekundär) eine depressive Gereiztheit, außerdem ist der Schlaf schmerzbedingt gestört. Die medizinischen Möglichkeiten sind ausgeschöpft, wegen einer Medikamentenunverträglichkeit nimmt er nur pflanzliche Medikamente. Die Schmerzanamnese ergibt lediglich eine Abhängigkeit der Schmerzen von Körperhaltungen, scheitert im Übrigen aber an der Verschlossenheit des Patienten; seine früheren Probleme seien inzwischen gelöst, und seine Ärztin habe ihm geraten, sie ruhen zu lassen. Ich lehne die Behandlung deswegen zunächst ab, mache aber doch einen Behandlungsversuch, als er wiederholt um einen Termin bittet.

Die erste Hypnosesitzung ergibt eine sehr gute Hypnotisierbarkeit; entsprechende Suggestionen liefern Armlevitation, einen hypnotischen Traum, Altersregression mit Schriftveränderung, Augenkatalepsie und drei taube Finger der linken Hand auf eine offene posthypnotische Suggestion (»herauszufinden, wo eine veränderte Empfindung bleibt«). Diese Ergebnisse zusammen mit der geringen Selbstöffnung des Patienten lassen eine symptombezogene Strategie aussichtsreich erscheinen.

In der nächsten Sitzung beschreibt der Patient seine Beschwerden als dumpfen Schmerz in der Hüfte. In Hypnose bitte ich ihn, jetzt auf diesen **dumpfen Schmerz** zu achten, auf nichts anderes als dieses **dumpfe Gefühl**, und nur dieses **dumpfe, müde Gefühl** zu spüren, diese **bleischwere Müdigkeit** der Hüfte, diesen enormen **Wunsch** seiner Hüfte, **einzuschlafen** und nichts zu fühlen als diese **schwere Müdigkeit** (Umdeutung). Innerhalb weniger Minuten verliert der Patient vollständig sein Körpergefühl mitsamt seinem Schmerz. Er sei jetzt nur noch ein schwebender Geist ohne Körper, antwortet er auf die Frage, was er jetzt spüre. Innere Bilder treten nicht auf, der Kopf sei »leer«. Nach dem Aufwachen aus der Hypnose kommt der Schmerz langsam wieder durch und wird auf dem Heimweg stärker. In den folgenden Sitzungen wird mit kognitiven Techniken derselbe Effekt erzielt; der Patient spielt mit seinem Enkelkind (totale Dissoziation), erlebt sich als blödelnden Schuljungen (Altersregression) oder visualisiert seinen Schmerz als schwarzen Klumpen, den er zunächst kleiner werden und anschließend hinter einem Vorhang verschwinden lässt (Schmerzbild). Da die Schmerzfreiheit die Hypnose nicht wesentlich überdauert, werden posthypnotische Suggestionen gegeben, die Hüfte in Hypnose zu lassen, um einige dieser angenehmen Körpergefühle mit auf den Heimweg zu nehmen, und jederzeit, wenn es nötig ist, durch Gedanken an den

»blödelnden Schuljungen« in diesen Zustand zurückzukehren. Der Patient berichtet später von einer längeren Schmerzlinderung nach der Hypnose; außerdem habe er täglich, besonders bei stärkeren Schmerzen oder großer Gereiztheit, für ca. 45 min Selbsthypnose praktiziert, indem er sich auf dieselben Gedanken wie in den Hypnosesitzungen konzentriert habe und dabei in den gleichen schwebenden, körperlosen Zustand geraten sei. Starke Schmerzen träten jetzt nur noch sporadisch auf.

Am Ende der Behandlung wird in einem problembezogenen Vorgehen die Bedeutung möglicher Negativerfahrungen hypnotisch exploriert, indem ich ihn bitte, an schmerzreiche und traurige Erfahrungen zurückzudenken. Der Patient regrediert in einen frühen Kindheitsabschnitt mit verschiedenen traumatischen Erfahrungen, die sofort zu einem kurzfristigen Schmerzanstieg führen. Er lehnt aber die weitere Arbeit an diesen Erlebnissen ab mit der Begründung, es ginge ihm soweit recht gut und er könne seine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen. Die Behandlung wird daher nach 10 Sitzungen beendet, obwohl eine Fortsetzung therapeutisch aussichtsreich erscheint. Telefonische Kontakte 6 und 12 Monate später bestätigen ein unverändertes Andauern des positiven Befindens und der Arbeitsfähigkeit des Patienten.

49.4 Empirische Belege

Die Wirksamkeit von Hypnose bei chronischen Schmerzen wurde in verschiedenen klinischen Studien belegt, wobei im Allgemeinen nicht zwischen symptom- und problembezogenem Vorgehen differenziert wurde. Die Mehrzahl der Studien bezieht sich auf Kopfschmerzen oder heterogene Schmerzsyndrome. Hypnose führte im Vergleich zu unbehandelten oder mit Placebo behandelten Patienten zu Verbesserungen in Schmerzstärke, Krankheitsverhalten, Copingstrategien, Medikamentenverbrauch und anderen Parametern. Einige Arbeiten zeigten auch eine Überlegenheit gegenüber einer rein medikamentösen Behandlung. Die Effekte blieben meistens langfristig erhalten (Hoppe 1986; Peter 1996a; Revenstorf 1988).

In drei deutschen Studien an chronischen Schmerzpatienten mit weitgehend standardisierten Behandlungen wurden unterschiedliche Suggestionsformen verglichen (Hoppe 1983, 1984, 1985, 1986; Winderl 1986; Hoppe u. Winderl 1986). Eine Untersuchung zur **Einstreutechnik** zeigte, dass in eine positive Kontextgeschichte eingestreute und tonal leicht hervorgehobene Analgesie-Suggestionen wirksamer waren als die Suggestionen allein. Allerdings reduzierte auch die Kontextgeschichte allein einige Schmerzparameter, was auf die durch die Geschichte ausgelösten positiven Imaginationen zurückgeführt wurde (Hoppe 1983). Zwei weitere Untersuchungen ergaben, dass **schmerzbezogene Anekdoten** deutlich wirksamer waren als direkte Suggestionen (Hoppe 1984), und dass Anekdoten ohne therapeutische Botschaft keine Schmerzlinderung erzielten (Winderl 1986).

Ein Vergleich zwischen **symptom**- und **problembezogener Hypnose** ergab stärkere Langzeiteffekte für die letztere, die allerdings auch etwas länger dauerte (Hoppe 1993a,b). Der beste Erfolgsprädiktor in der problembezogenen Hypnose war die erfolgreiche Rekonstruktion (Bewältigung) der aktivierten Negativerfahrungen, wobei der Erfolg der Rekonstruktion durch einen guten Zugang zu den mit den Erfahrungen assoziierten inneren Bildern und negativen Gefühlen erleichtert wurde; die Effekte waren am stärksten bei Patienten ohne Organbefund. In der symptombezogenen Hypnose war das (suggerierte oder spontane) Auftreten von positiven Schmerzbildern (bei gleichzeitigem Fehlen von Negativgedanken) in der Hypnose der beste Erfolgsprädiktor, der seinerseits vom Zugang zu inneren Bildern abhing. Dieser Zugang zu Imaginationen korrelierte mit Hypnotisierbarkeit.

Was das symptombezogene Vorgehen anlangt, so wird kontrovers diskutiert, ob innere Bilder wirklich notwendig sind (Hargadon et al. 1995). Möglicherweise ist Aufmerksamkeitsfokussierung auf positive Körperempfindungen ein zweiter Weg zur hypnotischen Analgesie. Tatsächlich beobachteten wir intrahypnotisch vielfach Schmerzlinderung bei gleichzeitiger Abwesenheit von Gedanken und Bildern (s. oben Fallbeschreibung); am engsten war die intrahypnotische Schmerzlinderung allerdings an gleichzeitig auftretende positive Schmerzbilder und generell positive Imaginationen gekoppelt (Hoppe 1993b). Aufmerksamkeitsablenkung schlechthin dürfte nicht der entscheidende Wirkfaktor sein, da die Aktivierung negativer Schmerzbilder oder problematischer Erfahrungen häufig mit einem gleichzeitigen Schmerzanstieg einher-

geht, besonders bei hoher Absorbiertheit des Patienten.

Hypnotisierbarkeit hing in unseren Studien nicht oder nur tendenziell mit der langfristigen Schmerzlinderung zusammen, und zwar unabhängig davon, ob sie vor oder nach der Behandlung erfasst wurde (Hoppe 1983, 1993b; Winderl 1986). Hypnotisierbarkeit korrelierte nicht einmal mit der kurzfristigen Schmerzlinderung innerhalb der Behandlungssitzungen (Unterschied vor und nach der Hypnose). Sie korrelierte allerdings, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus Laborstudien an künstlich erzeugtem Schmerz, mit der Schmerzlinderung **innerhalb** der Hypnose (Hoppe 1993b). Obwohl Hypnotisierbarkeit Schmerzreduktion und andere Prozesse (z. B. Imagination) innerhalb der Hypnose fördert, hängt die langfristige Schmerzlinderung vor allem davon ab, ob es auch gelingt, diese intrahypnotischen Prozesse therapeutisch zu nutzen.

Fazit

Die Anwendung von Hypnose bei chronischem Schmerz besteht im Allgemeinen nicht darin, einfach Entspannung oder ein Verschwinden der Schmerzen zu suggerieren. Obwohl unspezifisch als Entspannungstechnik nutzbar, wird man Hypnose in der Regel verwenden, um Zugang zu sensorischen, kognitiven oder affektiven Prozessen zu erhalten, die als Ressourcen für therapeutische Veränderung dienen können. Dazu gibt es eine Reihe von Techniken, die entweder auf eine Veränderung des Schmerzes oder auf die Lösung psychischer Probleme abzielen, die den Schmerz mit aufrechterhalten. Hypnose kann also symptom- oder problembezogen eingesetzt werden. Um herauszufinden, welche Vorgehensweise Erfolg verspricht, ist zunächst eine psychologische Diagnostik erforderlich, die eine Problemanalyse und die Erarbeitung eines einzelfallbezogenen Störungsmodells umfasst. Weiterhin ist die Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt nötig, um Fragen wie Organbefund oder Medikamentenabusus abzuklären.

In der symptombezogenen Anwendung der Hypnose ist das primäre Behandlungsziel häufig die Veränderung des subjektiven Schmerzerlebens, besonders bei guter Hypnotisierbarkeit. Erfährt ein Patient in der Hypnose eine starke Schmerzreduktion oder sogar Schmerzfreiheit, so ändert das damit verbundene Kontrollgefühl seine Krankheitsüberzeugung, schmerzbezogenen Gedanken und sein Schmerzverhalten (oder kann zumindest in dieser Hinsicht genutzt werden). Insofern setzt die Hypnose einen anderen Akzent als verhaltenstherapeutische Verfahren, die eher an den kognitiven und verhaltensmäßigen Aspekten von Schmerz ansetzen.

Ähnliches gilt für die problembezogene Anwendung von Hypnose. Hier geht man davon aus, dass die Lösung der relevanten psychischen Probleme zur Schmerzlinderung beiträgt. Auch in diesem Fall ist das primäre Behandlungsziel meistens das subjektiv veränderte Erleben (hier: von problematischen Erfahrungen einschließlich der assoziierten Gefühle). Gedanken und Verhalten, die mit dem Problem zusammenhängen, ändern sich dann oft als Folge des veränderten Erlebens, ohne dass es einer eigenen Bearbeitung bedarf.

Sowohl in der symptom- wie auch in der problembezogenen Anwendung liefert die Hypnose damit einen therapeutischen Zugang, der primär über die Veränderung des Erlebens führt und gerade für den Schmerzpatienten subjektiv sehr überzeugend sein kann.

Phantomgliedschmerzen

Burkhard Peter

50.1 Störungsbild – 613

50.2 Behandlung – 613

50.3 Fallbeispiele – 614

50.4 Kontraindikationen – 618

50.5 Theorie – 619

50.5.1 Neuropsychologische Theorien: Neuromatrix, Schmerzgedächtnis und Kortikalisierung von Schmerzen – 619

50.5.2 Psychologische Theorien: affektive Schmerzaspekte, Rentenneurose, traumatische Aspekte und Coping – 620

50.1 Störungsbild

Der Begriff Phantomglied geht auf Weir Mitchell zurück, der 1871 eine detaillierte Untersuchung dazu veröffentlichte.

Grundsätzlich kann man drei Arten von sog. Phantomgliedern unterscheiden:

- die Empfindung von Körper und Beinen trotz Querschnittslähmung;
- die Empfindung von Armen trotz Ausriss der zervikalen Wurzeln (Deafferenzierung, z. B. nach Motorradunfall);
- die positive kinästhetische Halluzination einer Extremität (Arm oder Bein oder eines Teiles wie Finger, Hand, Unterarm, Zehen, Fuß etc.), welche vor kurzer oder sehr langer Zeit amputiert worden ist.

Man unterscheidet weiterhin zwischen schmerzhaften und nichtschmerzhaften Phantomgliedern. Nichtschmerzhafte, fremdartige Empfindungen (Par- oder Dysästhesien) werden von beinahe allen Patienten berichtet und umfassen Prickeln, Stechen oder Temperaturempfindungen, oder sie beziehen sich auf Lage, Länge, Umfang oder auf autonome Bewegungen des Phantomglieds. Schmerzhafte Empfindungen treten bei bis zu 85% der Amputierten auf. Sie sind manchmal nur die Intensivierung der nichtschmerzhaften Parästhesien, häufig jedoch sehr spezifische Schmerzen, welche die Patienten zuvor so nicht kannten, wie z. B. plötzlich einschießende Schmerzen, intensives Brennen, wie wenn das Glied über offener Flamme verbrennen würde, oder Schmerzen, als sei das Glied extrem verkrampft oder in einer unnatürlichen Stellung (Melzack 1992). Manchmal korrelieren die Schmerzen vor der Amputation mit denen danach; und manche Patienten berichten, dass sie ihr Phantomglied samt Schmerzen in genau der gleichen, verunglückten Stellung spüren wie während des Unfalls, was auf eine Art somatosensorisches Gedächtnis hindeutet (Katz u. Melzack 1990).

50.2 Behandlung

In einer Übersicht listeten Sherman et al. (1980) mehr als 40 unterschiedlichee Behandlungen von Phantomgliedschmerzen auf. Bezüglich Hypnose liegen erstaunlicherweise nur wenige, im Wesentlichen sogar nur Einzelfallberichte vor. In einer frühen klinischen Studie konnten Melzack u. Perry (1975) mithilfe von Alpha-Feedback und Hypnose die Phantomschmerzen von ca. 70% der untersuchten Patienten um ein Drittel oder mehr reduzieren. Baker (1984) berichtet von der erfolgreichen Kombination von Hypnose und Verhaltenstherapie.

Fallbeispiele

Eine frühe Einzelfallbeschreibung (Siegel 1979) betrifft eine amerikanische Frau, deren linkes Bein oberhalb des Knies amputiert wurde und die 3 Wochen danach in eine Reha-Einrichtung mit psychologischer Betreuung kam. Nachdem Muskelentspannung nach Jacobson keinen Erfolg für die einsetzenden Phantomschmerzen erbracht hatte, wurde sie darin unterwiesen, mithilfe von Kühleimaginationen eine sog. Handschuhanästhesie zu erzeugen und diese Sensationen auf den Stumpf zu übertragen. Innerhalb von 10 Sitzungen, 7 davon unter Hypnose, erlernte sie diese Form von Schmerzkontrolle offensichtlich so gut, dass sie bei ihrer Entlassung nach 2 Monaten ihre Schmerzmedikation halbieren konnte.

Ein weiterer sehr interessanter Einzelfall eines fast 69-jährigen Rentners, dem vor 43 Jahren infolge einer Kriegsverletzung das Bein amputiert wurde, wird von Bongartz (1988) berichtet: Mithilfe mesmerischer »Passes« (d. h. »Bestreichen« des Körpers, ohne ihn zu berühren) bewirkte er zunächst eine unmittelbare Schmerzreduktion. Die Durchführung dieser Technik übertrug er auf die Frau des Patienten, die bei nächtlichen Schmerzanfällen die gleichen Streichungen mit gutem Erfolg anwandte. Danach brachte er den Patienten dazu, auf sein Holzbein zu verzichten, das ihm Schmerzen beim Gehen bereitete, und statt dessen seine Krücken zu benutzen; dies, zusammen mit dem Absetzen des Neuroleptikums Neurocil, das ihn intellektuell und sprachlich gehemmt hatte, brachte zusätzlich eine Verbesserung der sozialen Kontakte des Patienten. Und schließlich konnte er über eine Altersregression zurück zu dem traumatischen Ereignis vor 43 Jahren, als er bei einem Granateinschlag getroffen worden war, den Verlust des Beines psychisch akzeptieren.

Traumaarbeit mithilfe von Altersregression zurück zu dem traumatischen Ereignis stellte auch bei

einem 17-jährigen Studenten, dem bei einer Explosion sein rechter Arm abgerissen worden war, ein wesentliches Element der Therapie dar (Rosen 1996). Darüber hinaus war sowohl bei diesem wie bei zwei anderen Patienten die hypnotische Imagination von aktiver Bewegung der Phantomglieder therapeutisch relevant: Unter Hypnose waren die Patienten instruiert worden, eine angenehme Position für das Phantomglied zu finden, d. h. es so lange zu »bewegen« bzw. dessen Lage zu verändern, bis der Schmerz gelindert oder ganz verschwunden war. (Dieses Verfahren wird unten in einem wörtlichen Transkript noch eingehender geschildert.) Bei einem der drei Patienten konnte über bildgebende Verfahren (fMRI) nachgewiesen werden, dass das dem amputierten linken Arm kontralateral zugeordnete, d. h. rechte motorische Gehirnareal während der imaginierten Bewegungen ähnlich reagierte wie das entsprechende linke Areal bei der gleichen, realen Bewegung der Finger des nichtamputierten rechten Arms (Ersland et al. 1996).

50.3 Fallbeispiele

Es gibt also nicht viel hypnosespezifische Literatur zur Behandlung von Phantomgliedschmerzen und die nichthypnotische Literatur ist unglücklicherweise auch nicht sehr ermutigend hinsichtlich erfolgreicher Behandlungen. Das hat sicher seine Gründe, die später durch die Theorie vielleicht noch plausibel werden. Bevor ich aber auf Theorien über Phantomgliedschmerzen eingehe, will ich drei hypnotherapeutische Behandlungsstrategien vorstellen, die in den beiden letzten Beispielen von Bongartz und Rosen eine Rolle gespielt haben und sich auch meiner eigenen Erfahrung nach gut bewährt haben: Training in sensorischen hypnotischen Phänomenen, Rekonstruktion des Phantomglieds und Traumatherapie. Im Einzelfall sind diese drei Strategien natürlich nicht unabhängig voneinander.

Hypnotherapeutische Behandlungsstrategien bei Phantomgliedschmerzen

1. Training in sensorischen hypnotischen Phänomenen
2. Rekonstruktion des Glieds
3. Traumatherapie

Zu 1: Training in sensorischen hypnotischen Phänomenen. Diese erste Strategie habe ich schon früher anhand eines Fallbeispiels ausführlicher beschrieben (Peter 1983a). Ich werde hier deshalb nur die einzelnen Schritte anführen, wobei im Folgenden der rechte Arm der amputierte ist.

- **Akzeptanz des Phantomglieds:** Der Patient hatte zuvor zur Induktion der Trance eine Armlevitation mit dem vorhandenen linken Arm entwickelt und wird nun aufgefordert, das gleiche Phänomen mit dem amputierten rechten Arm zu entwickeln, z. B.:

  »Sehr schön hat dies Ihre linke [vorhandene] Hand gemacht. Was aber Ihre linke Hand kann, soll man Ihrer [amputierten] rechten nicht verwehren. In dem Maße, wie … Ihre Augen beginnen sich zu öffnen … und Sie anfangen, Ihre rechte Hand wirklich zu sehen, beginnt diese sich auf die gleiche Weise zu heben – völlig von allein und selbstständig – wie eben die linke. Nun überlassen Sie es Ihrem Unbewussten, die Augen zu öffnen, die rechte Hand zu sehen und ganz sorgsam zu beobachten wie … sie beginnt sich zu heben …«

  Es wird hier nicht nur die wahrnehmungsmäßige Wirklichkeit des Phantoms durch die Aufforderung für dessen Levitation bekräftigt, was kinästhetische ja gespürt wird, sondern auch noch durch die explizite Aufforderung zur visuellen Halluzination.
- **»Verschiebung« der Schmerzen:** An die Levitation entweder des vorhandenen oder amputierten Arms kann gleich oder später die Suggestion zur Verschiebung der Schmerzen angeknüpft werden, z. B.:

»In dem Maße wie … Ihre rechte/linke Hand beginnt sich (wieder) zu heben … und nun passen Sie genau auf … wie beginnt sich das Gefühl der Schmerzen zu verschieben … von der rechten [Phantom] auf die linke Hand … beobachten Sie genau, auf welche Weise … die Schmerzen beginnen zu fließen von rechts nach links … Geht es den rechten Arm hoch, über den Schultergürtel in den linken Arm … oder direkt durch die Luft, von rechts nach links … Werden sie erst rechts schwächer und verstärkt sich dann links das Gefühl … oder umgekehrt, beginnt es erst links richtig stärker zu werden, damit es dann rechts schwächer werden kann … etc.«

Die Empfindung eines Phantomglieds mit oder ohne Schmerzen ist eine positive kinästhetische Halluzination. Die eben beschriebene Verschiebung der Schmerzen auf den nichtschmerzenden, vorhandenen Arm kann man als zweifache **kinästhetische** Halluzination verstehen, negativ in Bezug auf die Phantomschmerzen und positiv in Bezug auf den nichtschmerzenden Arm.

Dieses Training in **kinästhetischen** Halluzinationen zur Veränderung der Perzeption befasst sich eo ipso immer mehr oder weniger direkt mit den Schmerzen und kann deshalb manchmal Vermeidungsreaktionen auslösen mit der Folge, dass der Patient anfangs motiviert mitarbeitet und dann mit der Zeit beginnt, trotz Erfolgs »Widerstände« zu zeigen. Deshalb ist ein stellvertretendes Training auf anderen sensorischen Ebenen in vielen Fällen sinnvoll. Man muss es den Patienten allerdings meist ausdrücklich erklären, da sie sonst nicht verstehen, warum sie sich mit Dingen beschäftigen sollen, die mit ihren Schmerzen direkt nichts zu tun haben.

- **Training in nichtkinästhetischen Halluzinationen.** Dieses Training bezieht sich hauptsächlich auf den visuellen und auditiven Modus und betrifft sowohl positive wie negative Halluzinationen; z. B. das Kreuz eines Fensters fixieren und nur dieses Fensterkreuz sehen und alles andere dahinter ausblenden, oder ein vorhandenes Bild an der Wand nicht sehen (negative visuelle Halluzination) bzw. ein nichtvorhandenes Bild positiv visuell halluzinieren; die nichtvorhandene Stimme eines bekannten Menschen oder eine bekannte Musik hören (positive) oder vorhandene Musik nicht hören (negative auditive Halluzination).
  Hierbei bieten sich manchmal von selbst Altersregressionen an und damit das implizite Angebot zur Traumabearbeitung, falls dies nötig sein sollte und möglich ist. Darauf gehe ich unten noch ein.

Zu 2. Rekonstruktion des Glieds. Auf diese Möglichkeit der Rekonstruktion des Glieds bin ich Anfang der 90er-Jahre durch einen Patienten aufmerksam geworden, der von sich aus beschrieb, in welcher unnatürlichen Position sich sein schmerzender Phantomarm befand und wie dieser sich autonom und unwillkürlich hin zu einer natürlichen Position veränderte, nachdem ich sein »Unbewusstes« gebeten hatte, eine Position zu finden, die akzeptabel und angenehm sei.

Fallbeispiel

Im Folgenden bringe ich das wörtliche Protokoll einer ähnlichen Therapiesitzung, die 1995 stattgefunden hat. Der Patient hatte bei einem Motorradunfall Anfang der 80er-Jahre seinen linken Arm so sehr beschädigt, dass er zuerst oberhalb des Ellbogens und später ganz amputiert werden musste. Er hatte schmerzhafte Gefühle in der Hand und im Ellbogen.

- Therapeut: Wo genau und wie spürst Du Deine linke (nicht vorhandene) Hand?
- Patient: Das ist schwierig zu lokalisieren. Also, ich könnte grob sagen … vielleicht am Rücken hinten.
- Therapeut: Am Rücken hinten? Wie, wenn das etwa so wäre …? (Therapeut verdreht seinen Arm hinter seinen Rücken.)
- Patient: Ja, so.
- Therapeut: Aha. Dann lehnst Du gewissermaßen gegen die Hand?
- Patient: So ungefähr. Könnte ich mir vorstellen, ja.
- Therapeut: Kannst Du die Hand jetzt willentlich vom Rücken hinten nach vorn auf den linken Oberschenkel legen?
- Patient: Ich kann es versuchen. Ich habe es noch nie gekonnt …
- Therapeut: Noch nie gekonnt?
- Patient: Ich habe das Phantom noch nie bewegen können. Es gibt Menschen, die ein Phantom haben, das sich willentlich bewegen lässt oder das

sich unwillkürlich bewegt. Ich habe also keine willentliche Kontrolle. Wir sprechen ja immer von dem Phantom, das es gar nicht gibt …

- Therapeut: Ja.
- Patient: … und dass es starr ist und nicht willentlich bewegt werden kann und sich auch nicht unwillkürlich bewegt und …
- Therapeut: O. K. Versuche es einmal willkürlich. Ja, konzentriere Dich und versuche, das Phantom willkürlich zu bewegen. Lass Dir Zeit. Probiere ruhig aus. Vielleicht ein Stückchen zur einen Seite hin, ein Stückchen zur anderen Seite. Überhaupt erst mal locker kriegen …, ja? (Lange Pause, während der Patient seine Augen auf einem Punkt ruhen lässt.)
- Patient: Ich habe das Gefühl, dass es (das Phantomglied) sich vom Rücken löst.
- Therapeut: … löst sich vom Rücken?
- Patient: Mmh …
- Therapeut: Und einen Vorschlag noch zusätzlich: Da weiß ich jetzt nicht, ob das hilfreich ist und wenn ja, wie viel das hilft …, dass Du mehr und mehr jetzt Dein Unbewusstes darum bittest mitzuarbeiten. In dem Maße, wie sich das jetzt vom Rücken löst, hebt sich Deine rechte (vorhandene) Hand. Und um beides versuche Dich jetzt weniger und weniger zu kümmern. Einfach versuchen …
- Patient: Ich glaube, das habe ich jetzt schon getan, irgendwie.
- Therapeut: Gut …
- Patient: Also, ich habe das mit der willentlichen Anstrengung sowieso nicht geschafft.
- Therapeut: Ja.
- Patient: Und dann gebe ich meistens auf …
- Therapeut: Mmh …
- Patient: … und überlasse dem Unbewussten sowieso die Initiative.
- Therapeut: Ja. Also in dem Maße, wie sich das löst … geht die rechte Hand hoch. Und immer höher und höher. Und versuche zu beschreiben, was Deine linke Hand gerade macht, während die Rechte nach oben geht.
- Patient: Ja also, man kann sagen, die rechte Hand geht senkrecht nach oben und die linke geht vom Körper weg nach links außen.
- Therapeut: Wie die rechte Hand nach oben geht, geht die linke nach links außen …
- Patient: Mmh.
- Therapeut: Die Linke. Und wie verändert sich jetzt die Empfindung an diesen (zuvor als schmerzhaft beschriebenen) Stellen in der linken Hand oder auch an anderen Stellen, wo Du was spürst.
- Patient: Eigentlich intensiver.
- Therapeut: Wird intensiver?
- Patient: Mmh.
- Therapeut: Ah, stop!
- Patient: Also nicht aversiver, sondern intensiver.
- Therapeut: Ach so. Intensiver. Aber in einer ganz angenehmen Form?
- Patient: Ja, als Gefühl der Durchblutung.
- Therapeut: Durchblutung. O. K. Dann mehr und mehr das dem Unbewussten überlassen, dass die linke Hand sich mehr und mehr verändert … und beschreibe einfach weiter, wie sie sich im Einzelnen verändert. Versuche, das irgendwie mitzuteilen.
- Patient: Es wird einerseits intensiver und andererseits auch die Gestalt des Symptoms …
- Therapeut: … die Gestalt, ja …
- Patient: … verändert sich, und zwar verkürzt sich das …
- Therapeut: … es verkürzt sich die Hand oder der ganze Arm?
- Patient: Der Arm … Während das Gefühl in der Hand intensiver wird, also angenehm intensiver …
- Therapeut: … mmh …
- Patient: … spüre ich noch den Ellenbogen und dazwischen eigentlich nichts, also … mmh … als ob das Teleskop zusammengefahren wird …
- Therapeut: Aha, ja.
- Patient: … oder worden ist …
- Therapeut: … also, dass die Hand zum Ellbogen hingeht …
- Patient: … und der Ellbogen und das Ganze dann Richtung Schulter.
- Therapeut: So, wie wenn sich das Ganze dann reinzieht. Wenn sich das jetzt langsam mehr und mehr reinzieht, wird es ja irgendwann kürzer und kürzer werden und näher und näher an die Schulter gehen. Was passiert dann weiter im Gefühl, wenn das näher und näher an die Schulter rankommt?
- Patient: Also, es ist nicht unangenehm. Ich kann mich erinnern, dass mir das früher unangenehm war. Ich hatte da so eine Vorstellung von Contergan geschädigten Kindern. Die sind jetzt keine Kinder mehr, jetzt sind sie erwachsen und, mmh,

das war mir unangenehm. Das habe ich jetzt nicht mehr.

- Therapeut: Also, jetzt kannst Du den Arm ganz kurz werden lassen, wie wenn die Hand hier irgendwo dran ist, direkt an der Schulter dran ist.
- Patient: Ja.
- Therapeut: Und während die rechte Hand noch höher geht, schön hoch zur Stirn (Armlevitation rechts jetzt bis auf Gesichtshöhe), achte doch mal darauf, wie Dein Unbewusstes das Gefühl in der Hand, die direkt an der Schulter ist, noch mehr verändert. In welcher Richtung Dein Unbewusstes die Empfindung hier verändert. Schön darauf achten, ganz ruhig. Und wenn die Veränderung deutlicher wird … lass ruhig Deine Wahrnehmung sich verändern, immer klarer, deutlicher … (Pause) … Magst Du einen kleinen Moment innehalten und erzählen, wie es jetzt ist?
- Patient: Also, hmm, das oftmals unangenehme Gefühl vom Ellbogen, das ungefähr vergleichbar ist mit dem, wenn man sich an der Tischkante aufschlägt …
- Therapeut: … das unangenehme »Mäuschen« …
- Patient: … ja, das Mäuschen. Das ist eigentlich fast ganz verschwunden. Das ist ganz wichtig für mich, denn das hat mich früher unheimlich stark gestört.
- Therapeut: Das ist fast ganz verschwunden. Gut. So jetzt weiter. Schön weiter, langsam. Dass die Hand buchstäblich an der Schulter ansetzt und, ich weiß nicht wie genau, sich ganz in die Schulter zurückzieht. Überlass das dem Bewusstsein Deines Körpers, wie weit die Hand beginnt, sich noch weiter zu verändern. Beobachte, spüre, schaue es genau an.
- Patient: Es kann sein, dass ich sie trotz allem behalten möchte und … mmh … aber doch ganz froh bin, den eigentlich unnützen Ellbogen nicht mehr brauche, aber die Hand kann man gut gebrauchen.
- Therapeut: Mmh. Eine Hand kann man gut gebrauchen, eine Hand, die sich gut anfühlt.
- Patient: Und da ist es natürlich nicht schlimm, wenn man sie spürt.
- Therapeut: Da ist es nicht schlimm, wenn man sie spürt. Eine Hand, die man gebrauchen kann, kann man spüren. Wenn Deine Augen beginnen, irgendwann müde zu werden, wenn Deine Augenlider beginnen, irgendwann schwer zu werden, dann es einfach … wirklich Deinem Unbewussten überlassen, ein Gefühl zu formen, eine Empfindung auszubilden, eine Gestalt von Deiner Hand, ein Gefühl für Deine Hand bilden, mit der Du wirklich gut leben kannst. Und in dem Maße, wie Deine Hand beginnt, sich zu formen, Gestalt anzunehmen und ein Gefühl auszubilden … so ist es gut … wo Du alles andere ausblenden kannst und das, was nötig ist, einblenden kannst. Das, was gut ist, hinzunehmen und das, was nicht so gut ist, einfach auf die Seite stellen.
  Und so beginne, die Hand an Deiner Schulter zu formen, auf eine gute Art zu spüren, die Empfindungen auszuformen, die Gefühle so stark oder so leicht, mit Schattierung oder Farbe, mit Ton oder Melodie zu formen. (Die levitierte rechte Hand beginnt sich zu bewegen.) Spüre, wie Du buchstäblich modellieren kannst, wie Du Dein Unbewusstes bittest, Stück für Stück die Hand an Deiner Schulter zu formen, zu bilden, sodass Du sie gut formen, spüren, nutzen kannst. Benutze ruhig alle Deine Fähigkeiten, dass Du die Dinge ausblendest, die nicht dazugehören, und die Dinge einblendest, die dabei zu haben gut sind. Gut. Sehr schön. (Die rechte Hand bewegt sich weiterhin leicht.) Vielleicht gelingt es Dir, die Hand zu betrachten, von außen zu betrachten. Wie Du vielleicht beginnst, von der Seite oder von vorne ruhig hinzugucken, sie von außen zu betrachten und zu sehen, ob das alles stimmt. Wie Du auch von außen wirklich zufrieden sein kannst. Du kannst gerne etwas sagen, je nachdem. Lass Dir Zeit.
  (Die rechte Hand beginnt sich zu senken.) So ist es schön, gut. Ja. Stückchen für Stückchen. Und in dem Maße, wie jetzt Deine rechte Hand nach unten geht … ich weiß nicht genau wie … aber diese Form Deiner Hand links und die Empfindungen in Deiner linken Hand beginnen zu bleiben, genau in dem Maße, wie die rechte Hand nach unten geht. Gerade diese Form, diese Gestalt, mit der Empfindung Deiner linken Hand an der Schulter, beginnt zu bleiben. Nicht immer absolut gleich, aber leicht wiederherstellbar. So ist es gut. Und wann immer es nötig ist, bitte Dein Unbewusstes, das wieder herzustellen. Wie wird es sein, wenn Deine rechte Hand das (die Hose am Oberschenkel) berührt, das Gefühl in den Fingerspitzen in der linken Hand, jetzt?
- Patient: Ich spüre die Fingerspitzen schon, immer noch, aber eigentlich genauso, wie an der rechten

Hand, den Daumen leicht abgespreizt, die hintere Hand (den Handballen) auch leicht auf etwas aufliegend. Genauso, wie es auf der rechten Seite ist, spüre ich das jetzt links, aber in einer anderen Position. Aber an der Schulter dran und ein leichtes Pulsieren. Durchblutung.

- Therapeut: Gut. Sehr gut.
- Patient: Mmh, ich finde es auch ganz angenehm so.
- Therapeut: Kann es so bleiben?
- Patient: Ich hoffe es.
- Therapeut: Die Frage jetzt des Bleibens und Wiederherstellens. Wie kannst Du es herausfinden? Ich denke, dass es gut ist für Dein Inneres … es könnte … den ganzen Tag so bleiben oder ein paar Stunden so bleiben. Wie lang kann es bleiben?
- Patient: Es kann ein paar Stunden so bleiben.
- Therapeut: Gut. Was müsste geschehen, dass es ein paar Stunden länger bleibt?
- Patient: Das habe ich mich auch schon oft gefragt. Das ist die Kardinalfrage. Es ist natürlich beeinflussbar durch äußere Faktoren, Kälte, Wärme, Wachheit, Stress.
- Therapeut: Wie früh genug beginnst Du zu spüren, dass es sich verändert?
- Patient: Es kommt darauf an. Wenn ich es gut mache, spüre ich die Veränderung und kann es auf die Situation umdeuten. Hier stimmt etwas nicht. Hier möchte ich nicht sein, es gefällt mir nicht, und so weiter.
- Therapeut: Dass es also ein Warnsignal ist.
- Patient: Ja. Und manchmal ist es zu spät, dann ist es die Reaktion auf etwas Aversives und dann ist es schlechter.
- Therapeut: Das ist klar, wenn Du reingerutscht bist in eine Situation, ohne darauf zu achten, dann bist Du mittendrin. Gut. Wie das dann wiederherstellen? Das Gefühl links, den Arm lockern, ihn einfahren lassen und die Hand und alle (guten) Empfindungen wieder ausbilden lassen.
- Patient: Also, ich denke, ich kann das schon. In manchen Situationen erlaubt es die Zeit oder der Umstand nicht, also ich brauche da natürlich etwas Zeit oder Ruhe, das zu machen.
- Therapeut: Wie kannst Du schnell in Trance gehen?
- Patient: Wenn ich etwas ansehe, z. B. den Fokus der Linse der Kamera.
- Therapeut: Ganz von allein. Richtig? Gut! Was ist mit Deiner Hand links an der Schulter?
- Patient: So wie vorher.
- Therapeut: Du kannst es sehr gut. Sehr, sehr gut. Wunderbar.
- Patient: Alles nur Übung!
- Therapeut: O. K. Lassen wir es damit gut sein.

Zu 3: Traumatherapie. Viele Amputationen finden in der Folge eines schweren körperlichen Traumas statt, das auch Auswirkungen auf das Selbstbild und die psychische Befindlichkeit des Betroffenen hat, und so scheint es bei manchen Patienten ganz offensichtlich, dass traumapathologische Aspekte eine Rolle spielen. Das gespürte Phantomglied mit seinen Schmerzen – manchmal so, wie wenn dessen zerstörter Zustand im Augenblick des Unfalls bzw. kurz danach perzeptiv eingefroren wäre – kann als posttraumatischer körperlicher Ausdruck des psychisch unverarbeiteten Traumas verstanden werden. Die therapeutische Aufarbeitung des Traumas erscheint in solchen Fällen sinnvoll und notwendig; die in ▶ Kap. 38 sowie bei Peter (2006b) aufgezeigten therapeutischen Prinzipien können analog übertragen werden.

50.4 Kontraindikationen

In den nunmehr fast 30 Jahren meiner hypnotherapeutischen Tätigkeit haben, verglichen mit der Zahl der Schmerzpatienten, insgesamt nur wenige Phantomschmerzpatienten bei mir um Behandlung nachgesucht. Verallgemeinert man diesen Umstand, so wäre das vielleicht auch eine Erklärung für die wenige Literatur zu diesem Thema. In der Tat hat es den Anschein, als ob Phantomschmerzen ausschließlich dem neurologischen Fach zugeordnet würden und solche Patienten deshalb nur sehr selten den Weg zum psychologischen Schmerztherapeuten finden.

Dauerhaften Erfolg in dem Sinne, dass die Schmerzen auch nach mehrjährigen Katamneseintervallen in erheblichem Ausmaß sowohl quantitativ reduziert als auch qualitativ verändert waren und es dem Patienten möglich war, mit eigenen Mitteln selbsthypnotisch vereinzelt auftretende Schmerzanfälle zu kontrollieren, kann ich nur in etwa der Hälfte meiner bisherigen Patienten ver-

zeichnen. Folgende Gründe sind bei den Misserfolgen deutlich geworden:

An erster Stelle stehen **Regressansprüche**. Amputationen, die durch Unfälle nötig geworden sind, beinhalten meistens auch den Aspekt der finanziellen Kompensation durch den Unfallgegner bzw. dessen Versicherung, die erfahrungsgemäß grundsätzlich den Betrag der Entschädigung gering halten und den Zeitpunkt der Auszahlung auf Jahre hinaus verzögern will. Die Nachweispflicht für das Ausmaß der Schädigung bzw. die Höhe der Entschädigung liegt in der Regel aufseiten des Patienten bzw. bei dessen Ärzten, und so spielt in nicht wenigen Fällen – verfahrensbedingt – ein massiver sekundärer Krankheitsgewinn eine entscheidende Rolle in der Aufrechterhaltung der Schmerzen (Peter 1999a). Meiner Erfahrung nach sind es zwei Aspekte, die auf »begehrensneurotische« Aspekte hindeuten und so eine symptomorientierte Behandlung kontraindiziert erscheinen lassen:

- Die Häufigkeit, mit der über Probleme mit der Versicherung in der Behandlung gesprochen wird, und
- ein typischer Behandlungsverlauf mit gutem bis sehr gutem Behandlungserfolg in den ersten Stunden und dann einem jähen Rückfall, auf den keine Besserung mehr erfolgt.

Eine passiv-rezeptive Grundhaltung gehört generell zu den Kontraindikationen jeglicher hypnotherapeutischer Behandlungen, ebenso eine **zu geringe Hypnotisierbarkeit**, die speziell bei Schmerzen mit einem hohen sensorischen Anteil hinderlich ist. Ebenso scheint eine **niederfrequente Behandlung** ungünstig zu sein, zumindest am Anfang der Behandlung. Ein Indiz dafür sind u. a. auch die Berichte von Crasilneck (1995) über eine massierte, anfangs sehr hochfrequente Behandlung, d. h. mehrere Stunden pro Tag und dies eine ganze Woche lang. Abrechnungstechnische Probleme erschweren bei uns allerdings diese spezielle Form des hypnotischen »Bombardements«, wie es Crasilneck etwas martialisch bezeichnet, auch wenn es in einem lerntheoretischen Sinne durchaus sinnvoll sein könnte, wenn der Patient dadurch eindringlich lernt, dass er mit eigenen Mitteln über lange Stunden schmerzfrei sein kann.

Und schließlich scheint eine bei anderen Schmerzen gut wirksame Technik bei Phantomschmerzen nicht günstig zu sein, nämlich die der Neuinterpretation des Schmerzes z. B. in symbolischer Form und/oder auf einer anderen sensorischen Modalität (Peter 1996a, 1998b). Die Schwierigkeiten von Phantomschmerzpatienten in der Konstruktion und anschließenden Modifikation einer »Symptomgestalt« (Peter 2007a,b) hat möglicherweise damit zu tun, dass diese Strategie zunächst assoziativ ist, also die Hinwendung zu und die intensive Beschäftigung mit dem Schmerz erfordert, was zunächst schmerzverstärkend wirkt.

50.5 Theorie

Verschiedene Theorien zur Entstehung von Phantomgliedschmerzen wurden vorgeschlagen. Die meisten konzentrierten sich nur auf einzelne Aspekte der Schmerzprozesse und wurden daher leicht durch andere, widersprechende Ergebnisse widerlegt. So kann die Ursache weder allein in Neuromen (überschießende knotenförmige Regeneration peripherer Nerven nach Durchtrennung) noch in der Aktivität der primären afferenten Fasern gesucht werden; sie liegt weder allein auf spinaler noch supra-spinaler Ebene, denn verschiedene neurochirurgische Läsionsmethoden im Bereich des Rückenmarks, des Thalamus oder auf den somatosensorischen Rindenarealen brachten keine dauerhaften Erfolge.

Im Folgenden will ich nur jene neueren Theorien vorstellen, welche im Zusammenhang mit einer hypnotherapeutischen Behandlung von Phantomgliedsensationen und -schmerzen relevant sein könnten.

50.5.1 Neuropsychologische Theorien: Neuromatrix, Schmerzgedächtnis und Kortikalisierung von Schmerzen

Möglicherweise stehen die Schmerzen in Zusammenhang mit dem, was Melzack (1990, 1995) die Neuromatrix des Körpers genannt hat, zu verstehen als neurologisches Substrat dessen, was psychologisch Körperschema heißt, mit multiplen thalamokortikalen und thalamolimbischen Rückkopplungen und durch kontinuierlichen senso-

rischen Input ständig modifiziert. Fehlt nun dieser Input wegen einer Amputation, so kann es in diesem Bereich zu sich aufschaukelnden Aktivitätsmustern kommen – den Phantomschmerzen oder -empfindungen. Wenn z. B. ein »Aktionsneuromodul« eine Tonusveränderung von (peripher nicht mehr vorhandenen) Muskeln initiieren will, so kann sich diese Aktivität zu krampfenden Schmerzen verstärken. Dass es so etwas wie eine angeborene Neuromatrix des Körpers geben könnte, darauf deuten u. a. auch Phantomempfindungen bei manchen Personen hin, die mit fehlenden Gliedmaßen geboren wurden (Scatena 1990).

Seit einiger Zeit zeichnet sich ab, dass Phantomgliedschmerzen dann weniger bzw. weniger wahrscheinlich sind, wenn der Patient dahin gehend **präventiv** behandelt wird, dass er **vor der Amputation** mit geeigneter Medikation schmerzfrei gehalten wird und/oder dass während der Amputation zusätzlich zur Allgemeinnarkose noch eine geeignete lokale Analgesie zur möglichst vollständigen Abschottung spinaler Neuronen verabreicht wird (Bach et al. 1988; Katz 1992b). Man vermutet, dass dadurch eine »Erinnerungsspur« schon im Rückenmark und die Ausbildung eines somatosensorischen Schmerzgedächtnisses auf supraspinaler, thalamokortikaler Ebene verhindert wird (Tölle 1997).

Inzwischen ist gut nachgewiesen, dass sich Schmerzen durch Lernprozesse nach kurzer Zeit kortikalisieren, also eine massive Reorganisierung von kortikalen Strukturen bewirken können (Birbaumer et al. 1995). Nachdem man bei Handamputierten Phantomsensationen dadurch auslösen konnte, dass man bestimmte Bereiche im Gesicht oder auf dem Rumpf (nichtschmerzhaft) stimulierte, vermutete man, dass die entsprechenden sensorischen Repräsentationen dieser Bereiche in jene somatosensorischen Gehirnareale hineingewachsen seien, welche vormals das nun amputierte Glied repräsentiert hatten (Ramachandran et al. 1992). Eine solche plastische Veränderung neurologischer Strukturen ist aufgrund der großen Nähe der Repräsentationen von Hand, Gesicht und Rumpf des kortikalen »Homunculus« durchaus vorstellbar und wurde in verschiedenen nachfolgenden Untersuchungen auch bestätigt (Elbert et al. 1994; Knecht et al. 1996).

Flor et al. (1995) konnten darüber hinaus zeigen, dass das Ausmaß der kortikalen Reorganisation mit dem Ausmaß der Phantomschmerzen positiv korreliert. Entsprechend der Theorie der kortikalen Reorganisation heißt dies, dass im primären somatosensorischen Kortex bestimmte, durch eine Amputation »frei gewordene« Areale nun von Nervenbahnen infiltriert werden, die ursprünglich zu anderen Körperteilen gehörten und nun in dieser neuen, für sie »fremden« Umgebung ein pathologisches Chaos verursachen, welches als Schmerz wahrgenommen wird. Dies spricht eigentlich für die oben beschriebene hypnotherapeutische Technik der Rekonstruktion des Phantomglieds.

In einen Zusammenhang mit kognitiver Reorganisation gebracht wurde auch das sog. Teleskop-Phänomen, das besagt, dass manche Patienten ihr Phantomglied in Länge und Größe verändert erleben, dass es ähnlich einem Teleskop gewissermaßen ausfährt oder sich einziehen kann, wobei folgendes beobachtet wurde (Katz 1992a,b): Eine Verkürzung korreliert mit Schmerzlosigkeit; im umgekehrten Fall verhindern oder verzögern vorhandene Schmerzen das Einziehen; ein normalerweise eingezogenes Glied verlängert sich wieder während Schmerzattacken; wenn einmal eine weitgehende Schmerzlinderung erzielt worden ist, geschieht häufig automatisch und unmittelbar danach eine dramatische Verkleinerung des Phantomglieds. Seit Kurzem wird die »Spiegeltechnik« in den Medien wieder als sehr erfolgsversprechend angepriesen; sie wurde von Ramachandran u. Rogers-Ramachandran (1996) schon beschrieben. Sowohl Teleskopphänomene wie Spiegeltechnik sprechen für die oben beschriebene hypnotherapeutische Technik der Rekonstruktion. In diesem Zusammenhang ist es vielleicht sinnvoll, nochmals daran zu erinnern, dass man hypnotische Therapie nicht nur als ausführliches Wahrnehmungstraining, sondern auch als explizites Training zur Kontrolle unwillkürlicher Reaktionen verstehen kann (Peter 1994c, 1998d).

50.5.2 Psychologische Theorien: affektive Schmerzaspekte, Rentenneurose, traumatische Aspekte und Coping

Traditionellerweise unterscheidet man in der Schmerzforschung und -therapie zwischen sensorischen und affektiven Komponenten des Schmerzerlebens (Hilgard u. Hilgard 1994; Peter 1986c, 1996a, 1998b). Bisher haben wir gewissermaßen nur die sensorischen Aspekte behandelt. Welche Rolle spielen die affektiven, psychologischen Aspekte?

Es ist bekannt, dass spezifische belastende Faktoren wie Stress, Angst oder Depression Phantomgliedschmerzen triggern oder gar verstärken können (Hill et al. 1995; Katz 1992a,b), weshalb von manchen Autoren eine entsprechende Psychoedukation der Patienten gefordert wird. Solche »psychischen« Faktoren tragen sicherlich auch zur Implementierung eines spezifischen somatosensorischen Schmerzgedächtnisses bei und spielen sehr wahrscheinlich eine entscheidende Rolle in der Ausbildung rentenneurotischen Verhaltens. Auch wenn man sie nicht als primär verursachend für die Phantomschmerzen ansehen kann, so stellen sie in vielen Fällen doch erhebliche emotionale Folge- und Begleiterscheinungen der Amputation dar: Der Verlust eines Körperteils ist nicht nur ein einschneidendes traumatisches Erleben per se, sondern hat für den Betroffenen erhebliche lebensgeschichtliche Auswirkungen, die eine enorme Anpassungsleistung (»Coping«) erfordern. Das sich hieraus ergebende klinische Bild von »Läusen und Flöhen«, d. h. die Mixtur aus sensorischen und affektiven Schmerzanteilen, ist in manchen Fällen sehr komplex. Es darf aber nicht in jedem Fall zu dem Trugschluss eines »post hoc ergo propter hoc« und einer darauf folgenden Pathologisierung der Patienten führen. Ein Patient hat also nicht in jedem Fall deshalb Schmerzen, weil er das Trauma des Unfalls nicht ordentlich verarbeitet und deshalb eine Psychopathologie ausgebildet hat – das mag für manche Fälle zutreffen –, sondern viel häufiger hat sich bei ihm deshalb eine Psychopathologie ausgebildet, weil er nicht kontrollierbare Schmerzen hat.

Die Möglichkeit, von der Versicherung des Unfallverursachers eine nicht unbeträchtliche Geldleistung zu erhalten oder eine vorzeitige Berentung zu erreichen, schafft in manchen Fällen die zusätzliche Komplikation der sog. Begehrens- oder Rentenneurose.

Für die Behandlung bedeutet dies:

- Der therapeutische Fokus allein oder hauptsächlich auf neurotische Begleiterscheinungen der Phantomgliedschmerzen beeinflusst diese nur bedingt.
- Umgekehrt aber kann eine effektive Kontrolle der Phantomgliedschmerzen deren affektive oder neurotische Folgeerscheinungen mindern oder ganz aufheben.
- Bei chronifizierten Phantomgliedschmerzen sind Kombinationen von sensorischen und affektiven Komponenten mit einem so profunden sekundären Krankheitsgewinn – wie z. B. einer zu erzielenden Berentung – vorstellbar und bekannt, dass bestenfalls eine »bloße« therapeutische Begleitung, aber keine wirksame Behandlung mehr möglich und sinnvoll ist.
- In manchen Fällen schließlich wiegt der traumatische Aspekt des Unfalls so schwer, dass die Schmerzen als Teil einer komplexeren posttraumatischen Belastungsstörung angesehen und entsprechend traumatherapeutisch behandelt werden müssen.

Fazit

Phantomgliedschmerzen gehören mit zu den am schwierigsten zu behandelnden Schmerzzuständen, die den betroffenen Patienten von Neurologen und Versicherungen häufig auch noch als schicksalsgegeben »verkauft« werden. So finden nur wenige dieser Patienten ihren Weg zum psychologischen oder hypnotherapeutischen Schmerztherapeuten. Dies scheint einer der Gründe zu sein, warum sich in der psychotherapeutischen und speziell auch in der hypnotherapeutischen Literatur nur relativ wenig Berichte über erfolgreiche Behandlungen finden. Es wäre wünschenswert, wenn mehr dieser Patienten schmerztherapeutisch und speziell auch hypnotherapeutisch behandelt würden. Dann könnte man auch eine fundiertere Aussage darüber treffen, ob die hier beschriebenen Techniken des sensorischen Trainings, der Rekonstruktion und der Traumatherapie über die berichtete Studie und die wenigen Einzelfälle hinaus wirksam sind.

Somatik

51 **Medizinische Notfallsituationen – 625**
Katalin Bloch-Szentágothai

52 **Vorbereitung auf medizinische Eingriffe – 630**
Christel J. Bejenke

53 **Chirurgie – 641**
Graham R. Wicks

54 **Verbrennungen – 652**
Dabney Ewin

55 **Magen- und Darmspiegelungen – 659**
Stefan Junker

56 **Krebserkrankungen – 673**
Hansjörg Ebell

57 **Immunerkrankungen – 692**
Harald Krutiak

58 **Tinnitus und Hörsturz – 704**
Rüdiger Steinriede

59 **ZNS-Patienten – 723**
Karin Görz

60 **Zahnärztliche Problempatienten – 734**
Albrecht Schmierer

Medizinische Notfallsituationen

Katalin Bloch-Szentágothai

51.1 Hypnotische Interventionen – 626
51.1.1 Verschiedene Notfallsituationen – 626
51.1.2 Hausaufgaben – 627

51.2 Indikation und Kontraindikation – 628

51.3 Integration mit anderen Verfahren – 628

In einer Notfallsituation verliert der Patient unvorbereitet die Kontrolle über sich und über das Geschehen um sich herum; er befindet sich in einer psychischen Extremsituation. Er ist verkrampft und verspannt, er weint und schreit – oder er hat sich vollkommen in sich zurückgezogen. Häufig hat er einen hohen Blutdruck, ist tachykard und hat eine außerordentlich niedrige Schmerzschwelle. Unter diesen Umständen ist er meist nicht in der Lage, Fragen zu beantworten, und noch viel weniger, sich Erklärungen anzuhören. Im Idealfall sagt er: »Tun Sie doch etwas«, und verweigert damit jegliche Eigenverantwortung und Mitarbeit. Als behandelnde Ärzte stehen wir zudem unter Zeitdruck, weil die medizinische Versorgung vorgenommen werden muss. So liegt es auf der Hand, dass unter diesen Umständen unsere Standardhypnosetechniken kaum angewendet werden können. Uns fehlt neben Zeit und Raum vor allem die Kooperation des Patienten.

In dieser Situation muss man zum Einstieg in die Hypnose jene Ressourcen verwenden, die der Patient selbst offeriert. Dies sind in erster Linie seine Spannung oder sein Schreien, eventuell sogar sein Schmerz. Dieses »pacing« des manifesten Verhaltens ist eine gute, häufig sogar die einzige Möglichkeit, den Patienten zu erreichen (Erickson 1958/1998).

Wir sollten auch nicht vergessen, dass sich der Patient oft in einer tiefen negativen Trance und in einer spontanen Altersregression befindet. Das bedeutet, dass wir sehr klar und direktiv, vielleicht sogar autoritär auftreten müssen. Von großer Wichtigkeit ist das Überraschungsmoment: Der Patient erwartet, dass der Therapeut – wie die anderen Helfer zuvor – ihn zum x-ten Mal auffordern werde, sich doch endlich zusammenzunehmen und zu entspannen und dass er doch endlich aufhören soll zu schreien. Er erwartet Fragen, Aufforderungen, Spritzen oder ähnliche unangenehme Dinge – und dann kommt der Therapeut oder Arzt mit etwas völlig Unerwartetem. Dies erfüllt alle Kriterien der Konfusionstechnik (Erickson 1964/1995).

51.1 Hypnotische Interventionen

Die folgenden drei Interventionsmethoden haben sich in der Notfallpraxis bewährt. In allen drei Fällen wird das aktuelle Verhalten des Patienten systematisch utilisiert (»pacing«), um ihn dann zu einer Veränderung in seiner Wahrnehmung hinzuführen (»leading«).

51.1.1 Verschiedene Notfallsituationen

Patient im Schockzustand

Der Patient ist akut verletzt, vollkommen verspannt, in sich gekehrt und kaum ansprechbar: Seine einzigen Antworten lauten, »Ich kann nicht« und »Ich weiß nicht«. Er ist in einem vollkommen regredierten Zustand. Nun fordere ich ihn in autoritärem Ton auf:

»Ballen sie Ihre Hand. Machen Sie eine Faust. Ihre Faust ist steinhart. Noch härter.«

Da diese Aufforderung in seine ohnehin verkrampfte Allgemeinhaltung hineinpasst, befolgt er sie. Auch den weiteren Aufforderungen entspricht er meist sofort:

»Ihre Faust ist steinhart. Noch härter. Setzen Sie Ihre ganze Kraft ein. Ihre ganze Kraft in die Faust.«

Die Spannung wird für 30–60 s aufrechterhalten. Ich spreche in sehr klarem, autoritärem Tonfall – und wechsle dann plötzlich die Tonart und sage ganz sanft:

»Und jetzt können Sie loslassen … Vollkommen loslassen … Den ganzen Körper loslassen … Alle Muskeln loslassen … Spüren Sie, wie gut das tut!«

Eine Berührung der Stirn bewirkt regelmäßig den Augenschluss.

»Wenn Sie wollen, können Sie die Augen schließen … und spüren, wie gut das tut … Spüren … wie sich der ganze Körper … entspannt.«

Der Patient ist üblicherweise innerhalb von 3–4 min vollkommen entspannt, Blutdruck und Puls normalisieren sich, er ist in der Lage, Fragen zu beantworten, z. B. über Medikamenteneinnahme, Allergien und andere Erkrankungen. Ebenso kann er das weitere Vorgehen mit uns besprechen und selbst mit-

helfen. Von nun an kann jeder Therapeut die Trance in seiner eigenen, ihm vertrauten Art vertiefen, und die medizinische Versorgung kann ihren normalen Verlauf nehmen.

Innerhalb kürzester Zeit haben wir einen nicht ansprechbaren, sich mit Händen und Füßen wehrenden Patienten sich verändern sehen und einen kooperativen Mitarbeiter gewonnen. Das bedeutet Sicherheit! Überdies gibt es dem Patienten Vertrauen zu sich selbst und zu uns.

Tobendes Kind

Das Kind im Krankenhaus oder in der Praxis schreit, tobt und wehrt sich gegen die medizinische Versorgung. Es besteht keine Möglichkeit, mit ihm Kontakt aufzunehmen. In dieser Situation kann man von ihm nichts erfahren, was unter Umständen zu einem hohen Sicherheitsrisiko führt. Auch sollte ein Eingriff auf keinen Fall mit Gewalt begonnen werden – soweit es die medizinische Situation erlaubt und kein lebensgefährlicher Zustand besteht.

Auch in diesem Fall verwende ich das aktuelle Verhalten zum Einstieg:

»Ist das alles? Kannst Du nicht lauter schreien? Noch lauter … noch lauter … So laut, wie Du nur kannst! Zeig's uns!«

Auch hier ist die laute und befehlende Tonart wichtig. Ich habe noch nie ein Kind erlebt, das mich nicht nach einigen Sekunden mit offenem Mund angeschaut hätte und ob seiner Verwirrung das Schreien vergessen hätte. Verständlich, denn bisher wurde es ja nur aufgefordert, doch endlich zu schweigen oder wenigstens leiser zu sein.

Den autoritären Ton muss ich natürlich mit permissiver Zuwendung auflösen. Ob anschließend besser mit dem Zauberhandschuh, mit dem fliegenden Teppich, mit dem weichen Fell der Katze oder mit anderen Metaphern (Mrochen et al. 1993) gearbeitet wird, ist individuell verschieden und sowohl vom Therapeuten als auch vom Kind abhängig, aber eher nebensächlich. Worauf es ankommt, ist die Aufmerksamkeit zu gewinnen und diesen Moment der Aufmerksamkeit sinnvoll zu nutzen – entweder zur Vertiefung der Trance oder zur Erklärung der Situation, sodass ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Anschließend können wir mit dem Einverständnis des Kindes in aller Ruhe die notwendige medizinische Behandlung aufnehmen.

Schwere Schmerzen

Der Patient ist in akutem schwerem Schmerzzustand. Er ist nicht ansprechbar. Wenn er überhaupt eine Reaktion zeigt, so beschränkt sie sich auf »Ich kann nicht«. Einen solchen Patienten bitte ich kurzerhand, seine Schmerzen ganz genau zu beobachten. Da er ohnehin nichts anderes tut, ist er einverstanden:

»Beobachten sie den Schmerz ganz genau … Ganz genau: Wie ist er? Ganz genau … Wann spüren sie den Schmerz am stärksten? Können Sie ihn verändern? Wie ist er beim Einatmen? Und beim Ausatmen? Spüren Sie den Unterschied? Einatmen … Ausatmen … Den Unterschied … Unterschied …«

Ich spreche konsequent nur dann, wenn der Patient ausatmet (»pacing«). Meistens merkt er nach einiger Zeit, dass beim Ausatmen eine minimale Erleichterung aufkommt. Und langsam kann ich zum »leading« übergehen:

»Ausatmen, langsam ruhig ausatmen … Das Ausatmen ist wie eine Treppe … Mit jedem Ausatmen können Sie sich noch weiter entspannen … So ist es gut … Sie tun es für sich … Ausatmen … Loslassen …«

Hier besteht dann die Möglichkeit, einen »sicheren Ort« (»safe place«) einzubauen, eine **Dissoziationstechnik** (Peter 1996a) zu zeigen oder eine andere hypnotische oder medikamentöse Schmerztherapie einzuleiten. Und dies geschieht dann wieder im Einverständnis mit dem Patienten und in Zusammenarbeit mit ihm.

51.1.2 Hausaufgaben

Vor allem für Schmerzpatienten ist wichtig, dass sie Selbsthypnose lernen und dadurch ihre Autonomie wiedererlangen. Bei jeder Notfallinduktion gebe ich deshalb Instruktionen zur Selbsthypnose, sobald eine Entspannung erreicht worden ist:

Jederzeit, wenn Sie diesen angenehmen Zustand nötig haben, … oder gern wieder erleben würden, … können Sie sich auf das Ausatmen konzentrieren, … auf das gute Gefühl … der Entspannung, … das während der Ausatmung aufkommt. Sie können das verstärken … mit der Konzentration auf das Ausatmen, … und Sie werden spüren, … wie gut Sie das können … und wie sehr Ihnen das helfen wird. Ich möchte, dass Sie das jeden Tag … 5 min üben. Konzentrieren Sie sich auf das Ausatmen, … das Ausatmen ist die Treppe, … die Sie in die Entspannung führt. Sie können Ihren speziellen Ort aufsuchen, … an dem Sie sich … vollkommen geborgen … und sicher fühlen. Geborgen und sicher … Wo Sie Kraft schöpfen … und Ruhe finden können.

51.2 Indikation und Kontraindikation

Die geschilderte Art der Hypnoseinduktion ist indiziert bei Patienten, die durch ein unerwartetes, plötzliches Ereignis in den Zustand einer »negativen Trance«, einer spontanen Altersregression und einer Nein-Haltung kommen. Solche Patienten sind a priori nicht in der Lage, sich kooperativ zu verhalten, obwohl rasches Handeln geboten ist und der Arzt aus Gründen der Sicherheit auf Informationen über bestehende Krankheiten, Allergien, letzte Mahlzeit, Medikamenteneinnahme usw. nicht verzichten kann. Nur wenn die Notfallversorgung so dringlich ist, dass auch diese wenigen Minuten nicht zur Verfügung stehen, ist eine Hypnose kontraindiziert bzw. nicht durchführbar.

Es wird häufig befürchtet, dass Borderline-Patienten durch eine Hypnose entgleisen könnten (► Kap. 10 »Kontraindikationen«). Diese Meinung kann ich in Bezug auf Notfälle nicht teilen. Es ist anzunehmen, dass die psychische Befindlichkeit im Notfall durch suggestive oder hypnoseähnliche Verfahren nur verbessert werden kann. Mit einer guten Führung können wir in solchen Situationen wohl kaum schaden; eventuell aber können wir die gefürchteten Auslösefaktoren etwas verringern, die Bedrohlichkeit der Situation mildern und zugleich dem Patienten ermöglichen, die Kontrolle über sich selbst wieder zu gewinnen.

51.3 Integration mit anderen Verfahren

Als Alternative zur Hypnose bietet sich natürlich die medikamentöse Sedation (Ruhigstellung) an. Allerdings habe ich häufig erlebt, dass sich sedierte Patienten zwar ganz ruhig verhielten, sich aber nachträglich über ganz massive Angstzustände beklagten, die sie wegen der Sedation nicht äußern konnten. Das heißt, dass der Arzt oder Zahnarzt einen ruhigen Patienten vor sich hat, der überhaupt nicht stört, für welchen der psychische Folgeschaden aber unter Umständen beträchtlich sein kann. Mit dem Einverständnis des Patienten lassen sich jedoch Hypnose und medikamentöse Sedation gut kombinieren.

Ich habe hier den autoritären Einstieg bei nichtkooperativen Patienten beschrieben; unerlässlich ist dabei immer der anschließende Wechsel in die Permissivität. Wichtig ist, dass der Patient, ob nun Kind oder Erwachsener, zuerst die Stärke und Bestimmtheit spürt, die ihm ruhig und klar den Weg zeigen. Ebenso wichtig ist aber, dass diesem Ton unbedingt der Ton der Empathie, der Zuwendung und des Erlaubens folgt.

Eine Zusammenarbeit mit dem Patienten ist nur möglich, wenn seine Nein-Haltung in eine Ja-Haltung überführt wird. Wird der Patient aus seiner Passivität oder seinem Widerstand herausgeholt, kann er aus der leidvollen Rolle des Opfers in die würdige Position des aktiven Mitarbeiters wechseln. Ist dieses Ziel der Kooperation einmal erreicht, kann mit nahezu allen Hypnoseverfahren weitergearbeitet werden (Gibson 1989).

Wichtig ist vor allem auch der Körperkontakt. Alle Notfallpatienten regredieren; das bedeutet, dass sie ein großes Bedürfnis haben, gehalten zu werden. Vorsichtige, respektvolle Berührungen können diese Geborgenheit vermitteln. Die Hand halten und den Puls fühlen sind vertraute medizinische Handlungen, und eignen sich daher gut, den ersten Kontakt aufzunehmen. Je nach Reaktion lässt sich erkennen, ob der Patient ein Bedürfnis nach mehr Körperkontakt hat. Nun kann ich meine Hand auf seinen Unterarm oder sogar den Arm um seine Schulter legen; ein Kind kann ich im Arm oder auf den Knien halten. Das wirkt beruhigend, schafft Vertrauen und eröffnet eine weitere Ebene der Kommunikation.

Fazit

Ich wollte darstellen, wie Hypnose rasch und effizient bei Patienten angewendet werden kann, die sich mit Händen und Füßen gegen alles und jeden wehren und nicht in der Lage sind, Fragen zu beantworten oder Erklärungen anzuhören. Es sind Patienten, über die wir nichts wissen und von denen wir momentan auch nichts erfahren können. Die Hypnose ist hier nicht Therapie, sondern eine Technik, die uns die Möglichkeit schafft, akut notwendige medizinische Maßnahmen risikoarm und gewaltfrei anzuwenden. Spannung, Schmerz, Panik und Regression, die gemeinhin als erschwerende Elemente gelten, können zu einer hypnotischen Intervention genutzt werden. Durch diese Technik wird der nicht kooperative Patient zu einem aktiven Mitarbeiter, der mündig an der notwendigen Therapie teilhaben kann (Bejenke 1996a,b,c; Häuser 1997b).

52

Vorbereitung auf medizinische Eingriffe

Christel J. Bejenke

52.1 Integration einfacher hypnotischer Interventionen in der somatischen Medizin – 632

52.2 Interventionen – 633

52.2.1 Häufige negative Suggestionen und mögliche Alternativen – 633

52.2.2 Geeignete Suggestionen während der präoperativen Visite – 634

52.2.3 Ansprechen bestimmter Funktionsbereiche – 636

52.3 Folgerungen – 637

52.4 Zusammenfassung – 638

Im Gegensatz zu psychologischen Fachgebieten wie Psychiatrie oder psychosomatischer Medizin, in denen Hypnose als Behandlungsmodalität akzeptiert ist und verwendet wird, gehen Ärzte, die **somatische** Erkrankungen behandeln, üblicherweise davon aus, dass in ihrer Arbeit Hypnose nicht brauchbar sei.

Zum einen benötige man zu viel Zeit um Hypnosetechniken zu erlernen, zum andern sei auch die Anwendung von Hypnose äußerst zeitaufwendig. Des Weiteren seien Patienten ohnehin nicht an Hypnose interessiert. Und schließlich würden weder Patienten noch Ärzte genügend davon profitieren, um einen solchen Aufwand zu rechtfertigen.

Diese Auffassung wird nicht nur seit Jahrzehnten durch zahlreiche empirische Berichte, sondern auch durch neuere Untersuchungen widerlegt. Erwähnt seien hier zwei randomisierte Studien, die Beweise für die klinische Wirksamkeit hypnotischer Interventionen erbrachten:

1. Für invasive röntgenologische Eingriffe (Lang et al. 1996, 2000) erhielten Patienten entweder standardisierte »patient-controlled conscious sedation« (»patientenkontrollierte Wachanalgesie«) mit Midazolam und Fentanyl oder eine Kombination hypnotischer Interventionen (Entspannungs- und Anti-Schmerz-Imaginationen) plus »patientenkontrollierter Wachanalgesie«. Durch zusätzliche Hypnose wurde eine signifikant bessere Schmerzkontrolle erreicht als mit Medikamenten allein, besonders gegen Ende des Eingriffs, wenn es für Patienten oft besonders schwierig ist.
2. In einer belgischen Studie (Faymonville et al. 1999) wurde zusätzlich zu »patientenkontrollierter Wachanalgesie« bei 218 Patienten für endokrine Operationen »Hypnosedierung« plus Lokalanästhesie eingesetzt und mit 121 Patienten, die Vollnarkose hatten, verglichen. Die Ergebnisse waren intraoperativ identisch. Aber postoperativ waren sie bei Patienten, bei denen Hypnose verwendet wurde, besser als bei Patienten, die Vollnarkose hatten.

Beide **Studien beweisen die Effizienz und Vorteile hypnotischer Sedierung und Analgesie** und zeigen zusammengefasst folgende Ergebnisse:

- Patienten, bei denen Hypnose eingesetzt wurde, hatten weniger Angst und Schmerzen sowie geringeren Medikamentenbedarf;
- es gab weniger hämodynamische Komplikationen wie z. B. Blutdruckabfall;
- der Blutverlust war geringer;
- die Eingriffe mussten seltener unterbrochen werden, was zu Zeitersparnis führte,
- postoperativ benötigten die Patienten weniger Schmerzmittel, hatten bessere Muskelkraft, waren wacher und zeigten geringere Ermüdung;
- es kam zu früherer Entlassung und früherer (Wieder-) Aufnahme der Berufstätigkeit (15 Tage bei Hypnosepatienten im Vergleich zu 28 Tagen bei Patienten mit konventioneller Narkose);
- nsgesamt waren die Patienten zufriedener und erlebten eine bessere Rekonvaleszenz.

Die diesem Kapitel zugrunde liegenden Beobachtungen der Autorin an über 5000 von ihr betreuten Patienten decken sich mit den erwähnten Studienergebnissen (Bejenke 1993, 1995, 1996a,b; 2000a,b, 2001, 2004).

Weitere Gründe sprechen für eine breitere Verwendung bzw. Einsatz von Hypnose in der somatischen Medizin. Denn neuere Forschungen beschreiben bisher unbekannte Risiken der konventionellen Narkose: z. B. als mögliche Ursache für neurodegenerative Erkrankungen wie Morbus Alzheimer sowie Beeinträchtigung des Immunsystems (Eckenhoff et al. 2004; Homburger u. Meiler 2006). Im Gegensatz dazu ist Hypnose praktisch ohne Risiko (außer, wenn sie missbraucht wird, was in der Medizin allerdings äußerst selten vorkommen dürfte).

Nützliche Effekte der Hypnose sind erwiesen.

- **Indikationen für den Einsatz von Hypnose in der somatischen Medizin sind sehr umfangreich, um nicht zu sagen fast unbegrenzt.**
- **Diese Tatsachen verleihen der klinischen Bedeutung und Relevanz von Hypnose für die moderne Medizin einen hohen Stellenwert.**

52.1 Integration einfacher hypnotischer Interventionen in der somatischen Medizin

Patienten, denen medizinische Eingriffe bevorstehen, die ein hohes Maß an Stress hervorrufen, sind für hypnotische Verfahren außergewöhnlich aufnahmebereit und können erheblichen Nutzen daraus ziehen (Bejenke 1993, 1995, 1996a,b). In diesem Beitrag werden Methoden vorgestellt, die von Ärzten, Schwestern und anderen **im somatisch-medizinischen Bereich** Tätigen ohne erhebliches Training und ohne großen Zeitaufwand in den medizinischen Alltag integriert werden können. Diese Methoden sind jedoch nicht nur **in praktisch allen somatischen Fachgebieten anwendbar**, sondern auch **von Psychiatern, Psychologen und anderen in psychologischen Berufen Tätigen**, deren Patienten entweder somatische Erkrankungen haben oder denen medizinische Eingriffe bevorstehen.

Die im Folgenden besprochenen Strategien ergeben sich aus meinen Beobachtungen über Zusammenhänge zwischen Stress und Suggestibilität (Bejenke 1995, 1996a,b).

Zusammenhang zwischen Stress und Suggestibilität

- Bei offenbar normalem Bewusstseinszustand sind Patienten in medizinischen Stresssituationen hochsuggestibel.
- Das Ausmaß an Stress wird meist unterbewertet.
- Viele Patienten sind in einem tranceähnlichen Zustand (allerdings oft in »negativer Trance« z. B. während einer Chemotherapie.) David Cheek, von Hause aus Gynäkologe, pflegte zu sagen, dass sich Patienten vor chirurgischen Eingriffen verhalten, »als seien sie hypnotisiert«.
- Das gesamte medizinische Milieu ist hochgradig suggestiv; jedoch sind unbeabsichtigte negative Suggestionen leider ubiquitär.
- Patienten sind während der gesamten medizinischen Behandlung Suggestionen ausgesetzt.
- Jede Aussage des Behandlers (sei es Arzt, Schwester etc.) kann als Suggestion wirken.
- Nonverbale Kommunikationsformen (Körpersprache, Seufzer, bedeutungsvolle Pausen, Blicke) sind ebenso suggestiv.
- Die erhöhte Suggestibilität erstreckt sich vom Beginn einer stressigen Situation bis zur völligen Genesung.
- Da »Wachsuggestionen« ebenso wirkungsvoll sind wie die in Trance gegebenen, ist formale Hypnose selten notwendig. (Die Bedeutung und Anwendung formaler Hypnose in der somatischen Medizin wird allerdings in diesem Beitrag nicht angesprochen.)
- Für Hypnose charakteristische Zeichen und Merkmale sind zu beobachten, wie etwa »fokussierte Aufmerksamkeit«, »Amnesie«, wortwörtliches und konkretes Verstehen, Aufhebung des kritischen Urteils (Bonke 1990).
- Diese Suggestibilität kann therapeutisch genutzt werden.

Das Ausmaß an Stress, das Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen erleben, **wird** oft **unterschätzt**, denn viele Patienten sind stark verängstigt, verwirrt, eingeschüchtert und fühlen sich ausgeliefert. Sie haben Gefühle der Hilflosigkeit, der Abhängigkeit und des Kontrollverlusts und sehen sich oft als Opfer ihrer Krankheit oder eines »feindlichen Systems« sowie als passive Rezipienten einer komplizierten, ihnen oft unverständlichen medizinischen Technologie. Wir schulden es unseren Patienten ihnen Strategien zur Verfügung zu stellen, die solche Empfindungen modifizieren können.

Trotzdem zieht die Mehrzahl der Ärzte, die somatische Erkrankungen behandeln, Hypnose bisher nur mit großem Vorbehalt in Betracht, selbst dann, wenn sie überzeugt sind, dass hypnotische Verfahren hilfreich sein könnten. Denn aufgrund herkömmlicher Ansichten besteht auch heute noch vielerorts die Überzeugung, Hypnose benötige »zu

viel Zeit«. Diese Zeit aber steht uns in unserer hektischen Alltagspraxis in der Tat nicht zur Verfügung. Und schließlich suchen unsere Patienten uns ja nicht auf, um sich »hypnotisieren zu lassen«, sondern zur schnellstmöglichen Behandlung ihrer somatischen Erkrankungen.

Meine Erfahrung als Anästhesistin mit Anwendung hypnotischer Strategien bei weit über 5000 chirurgischen und vielen anderen Patienten zeigt auf, dass **Erfolge überraschend schnell und viel einfacher erzielt werden können als gemeinhin angenommen.** Denn obwohl Anästhesisten vor einem Eingriff bekanntermaßen oft nur wenige Minuten für Patienten zur Verfügung haben, ist es trotzdem möglich, **in diesen wenigen Minuten**, in denen es viel zu tun gibt, **schnelle und dauerhafte Nutzeffekte zu erzielen:** beim Lagern des Patienten auf dem Operationstisch, während des Anlegens von Infusionen, beim Anschließen und Eichen der Monitore, während Lumbal-, Peridural- oder Block-Anästhesien gelegt werden usw. Wenn das in der Anästhesiologie möglich ist, dann können hypnotische Strategien in anderen medizinischen Fachgebieten ebenso effektiv eingesetzt werden.

Um Patienten den Nutzen von Hypnose zu ermöglichen, benötigen wir:
- **kein umfassendes Training in Hypnose,**
- **selten zusätzliche Zeit und**
- **keine formellen Hypnosesitzungen.**

52.2 Interventionen

52.2.1 Häufige negative Suggestionen und mögliche Alternativen

Ehe ich das Vorgehen bei einer Vorbereitung für medizinische Eingriffe anspreche, muss kurz auf **unbeabsichtigte schädliche Suggestionen** eingegangen werden, denen Patienten vonseiten des medizinischen Personals häufig ausgesetzt sind (Bejenke 1996a).

Hier einige Beispiele scheinbar unverfänglicher Bemerkungen, deren mögliche Bedeutung für den Patienten (Negativeffekt) in Klammern angegeben ist:

1. *»Sie werden jetzt eingeschläfert«*
   Für viele eine euphemistische Umschreibung für den Tod: Der geliebte Hund wurde vom Tierarzt »eingeschläfert«; oder die Großmutter ist »eingeschlafen« und nicht wieder aufgewacht).
2. Am Ende einer Operation: *»Es ist alles vorbei«; »Sie sind fertig«.*
   (Assoziation zu: »Ich bin tot«, »Ich sterbe«).
3. Nach einer Operation: *»Haben Sie Schmerzen?«* oder: *»Sagen Sie mir, … wenn die Schmerzen anfangen:«*
   (Impliziert: Ich werde auf jeden Fall Schmerzen haben, fragt sich nur, wann und wie schlimm).
4. Im Aufwachraum: Die Schwester stellt eine Nierenschale neben das Gesicht des Patienten: *»Ich stelle diese Schale gleich mal hier hin, damit Sie sie haben, wenn's Ihnen schlecht wird.« – »Rufen Sie mich, wenn Sie sich übergeben müssen.«*
   (Suggestion: Mir wird auf jeden Fall schlecht werden und ich werde mich übergeben; man erwartet das ja schließlich (auch) von mir. Die wissen doch, wie's ist, denn die sind ja Autoritäten.)

Die gleiche Information, die in den oben genannten Aussagen enthalten ist, kann genauso gut **mit neutraler Konnotation oder verbunden mit positiven Suggestionen** übermittelt werden, wie z. B.:
- Für 1.: *»Ein Anästhesist wird Ihnen Ihre Narkose machen. Narkose hat mit Entspannung, Wohlbefinden und Sicherheit zu tun. Und der Anästhesist wird bei Ihnen bleiben und für Ihre Sicherheit sorgen, während Sie vollkommen entspannt sind.«*
- Für 2.: *»Guten Morgen (Guten Tag/Abend)!«* (mit heiterer Stimme) *»Dr. X hat gerade Ihre Operation beendet und es ist alles gut gegangen«* (Letzteres wird weggelassen, wenn z. B. schwere Komplikationen aufgetreten sind, oder die Prognose schlecht ist).

Es dürfen nie falsche Eindrücke vermittelt oder unrealistische Versprechungen gegeben werden!

»Sehr bald werden Sie wieder einen klaren Kopf haben und vielleicht überrascht sein, wie viel einfacher das alles für Sie war und wie viel besser Sie sich fühlen, als Sie vorher dachten.«

- Für 3.: *»Kann ich es Ihnen noch etwas bequemer machen?«* (gefolgt von Beispielen: Nach Thoraxoperationen den Oberkörper etwas höher betten, nach Bauchoperationen Kissen unter die Knie schieben oder nach Brustkrebsoperation Kissen unter den Arm etc. Vieles davon wird automatisch getan, aber **es ist für den Patienten beruhigend und ermächtigend, wenn ihm erklärt wird, worum es geht und er die Wahl – also »das Sagen« hat.**

Jede vom Patienten getroffene Entscheidung – mag sie noch so minimal sein – wirkt dem Gefühl der Entmachtung und des Kontrollverlustes entgegen und stärkt stattdessen das Gefühl der Autonomie (Selbstbestimmung).

- Für 4.: Man braucht keine Nierenschale vor die Nase des Patienten zu stellen – besonders nicht mit einem solchen Kommentar – leider eine alte, schlechte Sitte. Wenn notwendig, kann sie schnell gereicht werden. Wenn Patienten sich tatsächlich übergeben, kann dies **utilisiert** werden: *»Gut! Das sind Sie los! Ihr Magen war einfach nicht in der Laune, dieses alte Zeugs zu verdauen … Jetzt können Sie sich gleich viel besser fühlen … und sich sogar schon darauf freuen(!), Ihren Hunger und Durst zu stillen(!) … sobald Dr. X es erlaubt.«* (Der letzte Nachsatz ist wichtig um Risiken vorzubeugen.)

Selbst gut gemeinte Ermahnungen können negative Auswirkungen haben, wie etwa: *»Entspannen Sie sich doch einfach«*, was dem Patienten nur seine diesbezügliche Unfähigkeit bestätigt und so das Gefühl der Hilflosigkeit verstärkt. Bei Sätzen wie: *»Sie brauchen keine Angst zu haben …«*, ist das, was der Patient wirklich hört, das Wort »Angst«, und die wird er auch bekommen. Stattdessen sollte man dem Patienten zeigen, **wie** er entspannen kann, und ihn gleichzeitig aufklären, **warum** er keine Angst zu haben braucht.

52.2.2 Geeignete Suggestionen während der präoperativen Visite

Bei der präoperativen Visite haben wir vermutlich die wichtigste Interaktion mit unseren Patienten. Denn bereits hier entscheidet sich, ob der Eingriff bis hin zur Genesung positiv oder negativ erlebt wird. Deshalb ist es wichtig, diese Gelegenheit zu nutzen. Die **Hauptelemente Instruktion, Information und Suggestion** werden miteinander verwoben und verstärken sich gegenseitig, um maximale Effekte zu erzielen (Bejenke 1996a,b).

Arten von Suggestion

Suggestionen ohne formale Tranceinduktion (auch **»Wachsuggestionen«** genannt) sind Teil eines fortlaufenden Dialogs und werden im üblichen Konversationston vermittelt. Offensichtlich sind **direkte, autoritäre Suggestionen nicht angemessen** (wie z. B. *»Sie werden keine Schmerzen haben«* oder *»Es wird Ihnen nicht übel werden, und Sie werden sich alles mit großem Appetit schmecken lassen, was Ihnen zu essen angeboten wird«*). Diese Sprechweise entspricht nicht dem normalen Umgangston und Patienten würden sie absurd finden.

Dagegen empfinden Patienten **indirekte, permissive und offene Suggestionen** als Teil eines normalen Gesprächs. Diese Art von Suggestionen lässt Patienten Wahlmöglichkeiten, respektiert ihre Individualität und Freiheit und ruft deshalb keinen Widerstand hervor. Das Gegenteil ist sogar der Fall: Solche Suggestionen fordern und **fördern die Kreativität der Patienten** und ermutigen sie, sich **noch** bessere Lösungen einfallen zu lassen – was häufig auch der Fall ist. Jedoch erkennen weder Ärzte noch Patienten diese Art von Suggestionen als solche, wenn sie nicht zufällig Erfahrung mit Hypnose haben. Beispiel: Um indirekt die Angst vor früher erlebter Übelkeit und Schmerzen anzusprechen, kann man etwa wie folgt formulieren: *»… hätten Sie was dagegen, wenn es diesmal anders wäre … und um einiges leichter als Sie dachten?«*

Es werden keine Versprechungen gemacht, aber dem Patienten wird die Möglichkeit gegeben, seine Erwartungen zu modifizieren und das Erlebte positiv zu interpretieren,

das bedeutet ferner, dass sogar Ärzte, die keine Erfahrung mit Hypnose haben, mit Suggestionen arbeiten können, da diese Art von Suggestion unauffällig in Routinegespräche eingebettet werden kann.

Die Frage, ob **»posthypnotischen Suggestionen (Aufträgen)«** Folge geleistet wird, ist hier irrelevant, denn dem Patienten wird lediglich eine **zusätzliche Möglichkeit angeboten** – und die meisten Patienten werden sie ergreifen. Weder Arzt noch Patient müssen Anforderungen erfüllen und deshalb besteht keine »Gefahr des Versagens«.

»Wachsuggestionen« sind ebenso wirksam wie Suggestionen in Trance.

Weitere Beispiele

Während der Anästhesievorbesprechung:

»Oft sind Patienten angenehm überrascht, … wenn ich ihnen sage, … dass ihre Operation bereits abgeschlossen ist« (nicht »vorbei ist« oder »zu Ende ist«). »Und ich weiß natürlich nicht, … worüber Sie mehr überrascht sein werden: …, dass alles anscheinend schneller abgelaufen ist, als Sie vielleicht erwartet hatten, … oder dass Sie so leicht aufwachen können … oder sogar noch mehr darüber, dass Sie sich so viel besser fühlen … als Sie gedacht hatten.« (Merke: Anzahl der Suggestionen: 4)

Beachte: Verwendung von Mehrfachbindungen.

Oder: *»Oft sagen mir Patienten, dass sie so erleichtert sind …«* (Erleichtert worüber? Ich führe es nicht aus; der Patient wird es so interpretieren, wie es für ihn zu diesem Zeitpunkt angebracht ist.) *»… wenn Sie so etwas Druck unter dem Verband spüren …«* (»Druckgefühl« statt »Schmerzen«) *»… während Sie aufwachen, … weil Sie dann nämlich wissen, … dass die Operation abgeschlossen ist… und dass das Heilen (Gesundwerden) schon begonnen hat.«* (Merke: Anzahl der Suggestionen: 4)

Auch bei »nichthypnotisierten« Patienten kann die hypnotische Technik der Zeitprogression angewandt werden, ohne dass sie als etwas anderes als »normale Unterhaltung« wahrgenommen wird:

So z. B.: »Wenn Sie nach Ihrer Operation zurückblicken, … dann können Sie vielleicht feststellen, … dass … (z. B.: der wirklich schwierige Teil an der Sache … nicht diese Operation selbst war, sondern das, was Sie jetzt schon längst hinter sich haben: einen Arzt konsultieren, Laboruntersuchungen, Informationen sammeln, Entscheidungen treffen etc.«).

Über andere Nutzeffekte hinaus begegnet diese Technik auch der **Angst, während der Operation zu sterben**, da der Eingriff in Rückschau aus einer **Zukunftsperspektive** gesehen wird.

Selbstverständlich werden **alle Sinneskanäle (Sinnesmodalitäten)** einbezogen; aber der **auditive Kanal** sollte besonders beachtet werden, da die (implizite und explizite) auditive Wahrnehmung sogar unter starker Sedierung und Narkose stärker persistiert als die anderer Sinneskanäle. Die **»Kakofonie der Krankenhausgeräusche« stresst Patienten besonders.** Daher ist es wichtig, Patienten schon vorher darauf vorzubereiten, dass sie viele, oft unbekannte, unerwartete und unangenehme Geräusche hören werden. Damit dieser empfundene »Lärm« nicht zum üblichen Stressauslöser wird, wird die Möglichkeit geboten, diese Geräusche zu **reinterpretieren**, nämlich sozusagen als Grundlage für Sicherheit: D. h. diese Geräusche werden als **Anker** oder **Signale** der Beruhigung und des Wohlbefindens **utilisiert**, z. B.:

»Wie Sie ja wissen, … gibt es viele Geräusche im Operationssaal (im Aufwachraum/der Intensivstation), … und manchmal wird viel geredet. … Und wahrscheinlich finden Sie es sehr beruhigend, … dass diese ganze Betriebsamkeit und Geschäftigkeit, … dass alles, was in diesem Raum geschieht, … nur zu Ihrem Nutzen … zu Ihrem Besten ist.«

Wenn man die Aufmerksamkeit des Patienten auf Geräusche fokussiert, die sich garantiert wiederholen, dann können solche **Geräusche für zuvor suggeriertes Verhalten utilisiert** werden:

»Wenn Sie also das Piepsen der vielen Monitore hören, … dann wissen Sie, dass Sie in Sicherheit sind, … weil ja alles so genau beobachtet wird … Und wenn Sie die Geräusche der Beatmungsmaschine hören … und fühlen, wie sich Ihr Brustkorb mit langen(!), … leichten(!) Atemzügen hebt und senkt, … weil Ihnen die Maschine beim Atmen hilft … (die Maschine »hilft«, sie zwingt nichts auf und überwältigt nicht) *… dann können Sie **noch** mehr entspannen,* (»entspannen« ist Reinterpretation der an

sich als bedrohlich empfundenen Muskellähmung durch Curareverwandte Mittel) … *weil die Maschine sogar die Arbeit des Atmens für Sie übernimmt … Und all diese Geräusche bedeuten, dass jemand all diese Signale überwacht … und sehr gut auf Sie aufpasst … damit alles so perfekt wie möglich vor sich geht … und Sie ganz sicher sind …*« (Letzteres wirkt der häufigen Angst entgegen, niemand wäre zur Überwachung da; Moerman et al. 1993.) Diese Suggestionen eignen sich vor allem auch für Patienten, die auf der Intensivstation künstlich beatmet werden.

»*Sie sind sicher/in Sicherheit*« ist eine der wichtigsten Aussagen, die ein Patient vor, während und nach einer Operation überhaupt zu hören bekommen kann.
Da wir andererseits annehmen müssen, dass ein Patient negativen Suggestionen ausgesetzt sein wird, ist es wichtig, ihn so vorzubereiten, dass er solche Suggestionen auch ausblenden oder zurückweisen kann; sind sie nämlich erst einmal aufgenommen, dann ist es nicht leicht, sie zu verändern oder zu löschen.

52

52.2.3 Ansprechen bestimmter Funktionsbereiche

Somatische, autonome, auch vegetative Funktionen können durch Suggestionen – ob unter formaler Hypnose oder nicht – beeinflusst werden: z. B. die **Peristaltik** im Hinblick auf eine möglichst frühe Aufhebung eines postoperativen Ileus (Disbrow et al. 1993); intraoperativer **Blutverlust** (Bennett et al. 1986; Enqvist et al. 1995a, Enqvist 1996); das Tolerieren von Blasenkathetern sowie die Wiederaufnahme der spontanen **Blasenfunktion** nach Eingriffen, die meist Harnverhaltung zur Folge haben (Bejenke 1996a,b); Übelkeit und Erbrechen.

Suggestionen können Angst beseitigen und dadurch **autonome Stressreaktionen** kupieren (z. B. Tachykardien, akute Dysrhythmien, Hypertension). Sie verringern den **Bedarf an Sedativa und Narkosemitteln**; helfen Patienten, schmerzhafte oder unangenehme medizinische Eingriffe leichter zu ertragen, wie etwa Endotrachealtubusse, künstliche Beatmung, Blasenkatheter, Thoraxdrainage, Magen- und andere Sonden oder auf der Intensivstation Lähmung durch Muskelrelaxantien (euphemistisch »Muskelentspannung« genannt). Suggestionen mindern postoperative **Schmerzen** bzw. ermöglichen Patienten auch nach großen Operationen Schmerzfreiheit und führen zu früherer Entlassung.

Folgendes Fallbeispiel illustriert, was ein so einfacher Behandlungsansatz bewirken kann:

Fallbeispiel

Mrs. Green, bei der wegen Malignität eine totale Thyreoidektomie durchgeführt werden sollte, hatte panische Angst, hatte mehrere Nächte nicht geschlafen und wies trotz starker blutdrucksenkender Mittel gefährlich hohe Blutdruckwerte auf (225/125). Nach unserem routinemäßigen Vorbereitungsgespräch war sie ihren Angaben zufolge »so entspannt, wie schon lange nicht mehr«; und der Blutdruck war nach Beendigung unseres Gesprächs auf nahezu normale Werte (150/87) gefallen. In der Nacht vor dem Eingriff schlief sie ohne Schlafmittel. Als sie am Morgen der Operation im Krankenhaus ankam, war sie vollkommen entspannt und ihr Blutdruck völlig normal (134/84), ja sogar erheblich niedriger, als für sie üblich. Sie benötigte keine Sedativa und wenig Narkose. Vor und während der Einleitung der Narkose sowie während der Operation wurden Suggestionen fortgesetzt. Die Operation verlief gut. Sie war sofort hellwach, nachdem die letzte Naht gesetzt war, noch mit dem Endotrachealtubus (Beatmungstubus) in der Luftröhre. Normalerweise verursacht ein solcher Tubus beim wachen oder halbwachen Patienten reflektorisch nicht unterdrückbares Husten, Würgen und Greifen nach dem Tubus. Mrs. Green war jedoch völlig ruhig und lächelte (das tun Patienten nach Operationen ohnehin selten, aber nie, wenn sie intubiert aufwachen); sie folgte ruhig meinen Anweisungen und der Tubus wurde ohne Schwierigkeit entfernt. Aufzeichnungen der Schwestern auf der Wachstation zufolge hatte sie weder Übelkeit noch Schmerzen, benötigte keinerlei Medikamente, lächelte aber stattdessen. Auch auf Station benötigte sie keine Schmerzmittel und wurde früher als geplant aus dem Krankenhaus entlassen.
Ähnliches trifft gleichermaßen für Patienten nach weitaus schmerzhafteren Operationen zu.

Unerwartete und unerwünschte intraoperative Wachheitszustände während Allgemeinanästhesie (»intraoperative awareness«) sind ein Phänomen, das seit

den Publikationen von Moerman et al. (1993) und Schwender et al. (1994) ernst genommen wird im Gegensatz zu Cheeks (1959, 1960, 1962a,b, 1964a,b, 1966) und Levinsons (1965) Berichten, die von Chirurgen und Anästhesisten verlacht wurden. Trotzdem kann intraoperatives Bewusstwerden auch heute noch nicht mit Sicherheit verhütet werden, selbst unter Einsatz komplizierter Überwachung (EEG- bzw. Bispectral-Index-Monitoring; vgl. ASA Task Force 2006; Bergman et al. 2002; Ghoneim 2000; Kerssens 2003; Mathews et al. 2005; Myles et al. 2004; Sebel et al. 2004). Ein solches Bewusstwerden während der Operation stellt wohl **das traumatischste Erlebnis dar, das einem chirurgischen Patienten zustoßen kann**: nicht nur – je nach Grad unterschiedlich intensiv – zu spüren, zu hören und evtl. zu riechen, sondern meistens durch die »Muskelrelaxantien« (curareverwandte Mittel) gelähmt zu ein, und deshalb weder atmen, sich bewegen, noch sich mitteilen zu können. Solche Patienten sind überzeugt, dass sie sterben und niemand sei da, sie zu schützen; deshalb kann ein solches Erlebnis nicht selten eine schwerwiegende Komplikation, nämlich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) zur Folge haben (Sebel 2004; MacLeod u. Maycock 1992).

Präventive Vorbereitung mit oder ohne Hypnose sowie intraoperatives Sprechen mit dem »bewusstlosen« Patienten (in der Sprache der Hypnose) kann schwerwiegende Folgen und Spätschäden zwar nicht in jedem Falle verhüten, so aber doch abschwächen (Bejenke 1996c). Auch in der Behandlung der Folgeschäden ist der Einsatz von Hypnose von großem Nutzen. Gleichzeitig kann die oft sehr schwierige Operationsvorbereitung von Patienten, die intraoperative Wachheit bereits einmal erlebt und in der Tat so panische Angst haben, dass sie nicht einmal als Besucher ein Krankenhaus betreten können, durch Mitverwendung hypnotischer Techniken erleichtert werden.

52.3 Folgerungen

Aus den Patientencharakteristika (s. Übersicht »Zusammenhang zwischen Stress und Suggestibilität«) folgt, dass **jede Interaktion zwischen Behandlungspersonal und Patienten eine größere Bedeutung annehmen kann als erwartet und möglicherweise auch unvorhersehbare Folgen haben kann.** Dies illustriert auf dramatische Weise der Fall meiner Patientin (Bejenke 1996a), die sich soeben unter Hypnoanästhesie vollkommen schmerzfrei einer großen Operation unterzogen hatte. Jedoch sofort danach, nämlich bei Ankunft im Aufwachraum, hatte sie unerträgliche Schmerzen, die auch mit stärksten Opiatgaben nicht unter Kontrolle gebracht werden konnten. Als Anlass hierfür konnte schließlich in tiefer Trance eine beifällige Bemerkung (»höllische Schmerzen im Aufwachraum«) ausgemacht werden, die ihr Chirurg viele Wochen zuvor hatte fallen lassen, an die sich die Patientin aber bewusst nicht erinnerte. Erst diese Information ermöglichte es mir, das Problem mittels gezielter Suggestionen zu lösen. Danach hatte die Patientin für den Rest ihrer Genesung sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause **keine** Schmerzen mehr und nahm auch keinerlei Schmerzmittel.

Aus diesen und vielen anderen Beobachtungen habe ich folgende Schlüsse gezogen:

Ärzte, Schwestern und sonstiges Pflegepersonal sollten die möglichen Auswirkungen jedes scheinbar »unverfänglichen« Gesprächs und jeder »beiläufigen« Bemerkung beachten.

- **Diese Beobachtungen implizieren, dass wir mit nichthypnotisierten Patienten in »hypnotischer Sprache« sprechen können.**
- **Da Patienten in einem hochsuggestiblen, »hypnoiden« Zustand sind, können wir direkt zur Utilisation übergehen, ohne Zeit auf Induktion und Vertiefung »verschwenden« zu müssen.**
- **Therapeutische Suggestionen können ein integraler Bestandteil unserer alltäglichen Interaktion mit Patienten sein.**
- **Da jede Kommunikation beabsichtigte aber auch unbeabsichtigte Suggestionen enthalten kann, sollten wir beim Umgang mit Patienten unsere Worte genauso umsichtig wählen wie während formaler Hypnose.**
- **Die hier erwähnten Suggestionen können ebenso gut ohne wie auch mit Hypnose verwendet werden.**

Informationen und Instruktionen sind grundlegende Bestandteile der Patientenvorbereitung. Egbert (1986; Egbert et al. 1963, 1964) bewies, dass eine

Interaktion, die diese beiden Komponenten beinhaltet, nicht nur hinsichtlich der Angstreduktion einer pharmakologischen Sedierung überlegen ist, sondern zusätzlich auch den Bedarf an postoperativen analgetischen Maßnahmen vermindert. Ähnliches stellten auch Faymonville et al. (2000) fest. Wenn **zusätzlich Suggestionen** eingeflochten werden, ist die Wirkung verstärkt.

Informationen, Instruktionen und Suggestionen müssen allerdings ohne medizinischen Jargon in einer **Sprache** gesprochen werden, die unsere Patienten verstehen. Sie müssen aber auch **spezifisch** genug sein, um den Patienten ein adäquates Verständnis ihrer Mitarbeit beim bevorstehenden Eingriff, der Rekonvaleszenz sowie der zu erwartenden Ereignisse und Empfindungen zu vermitteln. Überraschenderweise ängstigen solche Details Patienten nicht. **Vielmehr erhöht die ausreichende Kenntnis der Einzelheiten die Copingfähigkeiten und verstärkt das Gefühl, Kontrolle zu haben. Detailliertes Wissen ermöglicht es den Patienten auch, sich als aktive Partner des Behandlungsteams zu sehen und das Gefühl der Kompetenz, Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit zu bewahren oder wiederzuerlangen sowie ihre Würde zu wahren.**

Wichtigste Wirkungen dieser Interventionen bei medizinischen Eingriffen

- Verminderung von Angst,
- verbesserter Schlaf vor dem Eingriff,
- Reduktion oder Überflüssigwerden präoperativer Sedierung,
- verminderter Narkosebedarf,
- Reduktion physiologischer Stressreaktionen,
- Reduktion operativen und postoperativen Schmerzes. Viele Patienten sind selbst nach großen Operationen schmerzfrei, nach denen normalerweise über Wochen starke Schmerzmittel notwendig sind (z. B. Knieendoprothesen, große abdominale oder thorakale Operationen),
- verbessertes Aufwachen: Patienten erwachen nach der Operation ruhig, zufrieden und charakteristischerweise »lächelnd« – ein ungewohnter Anblick im Aufwachraum,
- Wenig bzw. keine Übelkeit und Erbrechen (bereits vor Jahren, als oft tagelang erbrochen wurde),
- frühere Mobilisierung, schnellere Entlassung und Wiederaufnahme der Berufstätigkeit,
- hervorragende Kooperation der Patienten auch beim Auftreten von Komplikationen,
- raschere Rekonvaleszenz
- erhebliche Erleichterung für Ärzte und Pflegepersonal,
- Kostenersparnis,
- darüber hinaus bietet dieser Interventionsansatz eine Möglichkeit, dem traumatisierenden Erlebnis eines unerwarteten intraoperativen Aufwachens zuvorzukommen, d. h. Patienten vor folgenschweren Schädigungen (PTSD) zu schützen (»sie gewissermaßen zu immunisieren«).

Bemerkungen von Patienten spiegeln die Wirkung solcher Methoden wider: »Wenn es sich nicht so merkwürdig anhörte, dann würde ich sagen, dass diese Operation ein angenehmes Erlebnis war.« Ein Patient, der vor seiner sehr großen ersten Krebsoperation – der innerhalb weniger Monate eine zweite folgte – panische Angst hatte, meinte: »Eines weiß ich jetzt ganz sicher: Ich werde nie wieder Angst vor Operationen haben.«

52.4 Zusammenfassung

Ich habe einige Anwendungsgebiete und Verfahren skizziert, die in der somatischen Medizin (aber ebenso bei somatisch Kranken in psychologischen Praxen) **keiner expliziten Hypnoseinduktion** bedürfen – oft »**Wachsuggestionen**« genannt. Solche Methoden ermöglichen es gerade dem pragmatisch orientierten und unter Zeitdruck arbeitenden Arzt »Hypnose« – ob mit oder ohne formeller Trance-induktion – nicht mehr als esoterische Kuriosität

zu verstehen, sondern sie als außerordentlich **einfaches, praktisches und nützliches Werkzeug** in der Begleitung somatisch Kranker, zur Vorbereitung von Patienten auf sowie während medizinischer Maßnahmen anzuwenden, z. B. für:

- **Chirurgische Eingriffe jeder Art,**
  - **Broncho-, Gastro- und Koloskopie (► Kap. 45),**
  - **die Vielzahl invasiver radiologischer Eingriffe,**
  - **kardiologische Eingriffe wie Angiografien, Schrittmacher/ Defibrillator-Implantationen oder Angioplastiken,**
  - **voraussichtlich länger dauernde künstliche Beatmung,**
  - **chronische Dialyse**
  - **Organ- und Knochenmarktransplantationen,**
  - **Geburtshilfe,**
  - **Diagnostische und therapeutische Eingriffe, vor allem bei Krebserkrankungen (Bejenke 1995) wie Chemotherapie oder Bestrahlungen**

Natürlich endet eine solche Intervention nicht mit der Vorbereitung: Sie wird z. B. bei der Einleitung der Narkose, während des Eingriffs sowie im Aufwachraum und auf Station fortgesetzt. Sie eignet sich für Erwachsene und Kinder, für geplante Eingriffe und für Notfälle sowie für akute und chronische Situationen (Bejenke 1996a,b).

Es kann nicht ausdrücklich genug betont werden, dass die Anwendung positiver Suggestionen nie Täuschung oder das Vorspiegeln unrealistischer Möglichkeiten bedeutet. Es ist absolut notwendig, die medizinischen Fakten gewissenhaft und exakt zu vermitteln sowie möglicherweise auftretende Probleme nicht zu bagatellisieren. Risiken müssen offen benannt und realistisch gewichtet werden. Dem Patienten wird jedoch die Möglichkeit gegeben, Empfindungen und Erfahrungen positiv zu interpretieren.

Fazit

Obwohl dieses Kapitel lediglich die Anwendung »informeller Hypnose« behandelt, kann auch »formelle Hypnose« sehr viel leichter in alle Gebiete der somatischen Medizin integriert werden, als gemeinhin angenommen. Denn, wie informelle, so ist auch formelle Hypnose **ein wertvolles Werkzeug** bei medizinischen Behandlungsmaßnahmen. Wie hier am Beispiel der »informellen Hypnose« gezeigt wurde, ist Ihre Anwendung weder zeitaufwendig noch benötigen wir eine ruhige Umgebung. Ihr Nutzwert ist sowohl für Patienten als auch für Behandler bedeutsam und für das Versicherungssystem kostensparend. Neuere Forschungsergebnisse und Erkenntnisse, die bisher unbekannte Risiken konventioneller Behandlungsmaßnahmen und gewisser Medikamente feststellten, z. B. bei Narkose (Eckenhoff et al. 2004; Homburger u. Meiler 2006) könnten dazu führen, Hypnose neu einzuordnen und ihr eine größere praktische und präventive Bedeutung zuzumessen. Möglicherweise könnte durch den häufigeren oder sogar routinemäßigen Einsatz von Hypnose der Bedarf an risikoreichen Medikamenten und Methoden verringert, als auch physische und psychische Belastungen gemindert werden. Ein jüngstes Beispiel dafür ist die Anwendung hypnotischer Kommunikation bei der Wachkraniotomie (Operation eines Hirntumors unter sprachlicher und/oder motorischer Testung des wachen Patienten). Statt der klassischen Methode der Schlaf-Wach-Technik mit oder ohne zeitweiser maschineller Beatmung (Schulz 2006) wird an der Universität Regensburg neuerdings eine Wach-Wach-Technik verwendet (Hansen 2008 in Vorbereitung). Trotz der erwarteten Risiken, dass der Patient, z. B. durch Bewegen, das Operationsergebnis gefährden kann, zeigte sich, »dass mit entsprechender Begleitung und Kommunikation die Belastungen einer Wach-Wach-Kraniotomie sehr gut zu meistern sind bzw. vom Patienten gar nicht als Belastung empfunden werden. Vielmehr können unerwartete Bewältigungs- und Selbstheilungskräfte des Patienten zum Vorschein kommen.«

▼

Ärzte, die Hypnose bereits verwenden, brauchen von ihrem Wert nicht überzeugt zu werden. Andere jedoch **erwarten zu Recht wissenschaftliche Beweise.** Denn die Mehrzahl der seit Jahrzehnten publizierten Berichte, meist Fallberichte von Ärzten, die keinerlei Möglichkeit hatten, forschungsmäßig zu arbeiten, werden aus wissenschaftlicher Sicht als lediglich »anekdotisch«, bestenfalls als »empirisch bestätigt« oder »evidenzbasiert« eingestuft. **Deshalb sollten die wichtigsten Kriterien für die Legitimierung einer breiteren Anwendung von Hypnose in der somatischen Medizin, klinisch-wissenschaftliche Studien sein.** Da sich jedoch viele der in diesem Kapitel beschriebenen Vorgehensweisen meistens spontan aus der jeweiligen akuten klinischen Situation ergeben, ist es in solchen Fällen praktisch unmöglich prospektive, retrospektive, randomisierte placebokontrollierte Studien durchzuführen, noch diese Fälle statistisch zu erfassen. Deshalb ist eine Zusammenarbeit von Ärzten im akademischen Bereich und solchen mit großer klinischer Erfahrung erstrebenswert, um der Ärzteschaft diese Praktiken zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig sollten Fallberichte und Methoden zusammengetragen und analysiert werden. Darüber hinaus sollten die Grundlagen hypnotischer Kommunikation in die medizinische Ausbildung integriert werden.

Chirurgie

Graham R. Wicks[1]

53.1 Theoretischer Hintergrund – 642

53.2 Interventionen – 644

53.2.1 Hypnose als einziges Anästhetikum – 644

53.2.2 Hypnose kombiniert mit medikamentöser Anästhesie – 646

53.2.3 Der Einsatz von Tonbändern – 648

53.2.4 Notfallsituationen – 648

53.2.5 Hypnose in der Kinderchirurgie – 649

1 Übersetzung von Alida Iost-Peter.

53.1 Theoretischer Hintergrund

Hypnose steht schon seit sehr langer Zeit mit der Chirurgie in Verbindung, obgleich nicht immer unter dem Namen Hypnose. Der wohl früheste Bericht, der sich auf einen im Trancezustand durchgeführten Eingriff bezieht, steht in der Schöpfungsgeschichte der Bibel:

> Da ließ Gott, der Herr, einen tiefen Schlaf fallen auf den Menschen, und er schlief ein. Und er nahm eine seiner Rippen und schloss die Stelle mit Fleisch. Und Gott der Herr baute ein Weib aus der Rippe, die er vom Menschen nahm und brachte sie zu ihm (1. Mose 2, 22 und 23).

Man könnte natürlich einwenden, dass in diesem Falle dem Hypnotiseur – falls nötig – auch noch andere Mittel zur Verfügung gestanden hätten!

In vergleichsweise jüngerer Zeit hatte der schottische Chirurg James Esdaile um 1840 in Indien über 300 große Operationen durchgeführt, bei denen er als einzige Anästhesiemaßnahme Methoden des Mesmerismus angewendet hatte. So wie er ihn gebrauchte, war das einfach eine andere Art, einen Trancezustand oder einen veränderten Bewusstseinszustand herbeizuführen, indem wiederholte »Passes« mit den Händen auf den Körper des Patienten appliziert wurden, ohne dass es irgendwelcher verbaler Kommunikation bedurft hätte. Esdaile fand heraus, dass er seine eingeborenen Hilfskräfte darin unterweisen konnte, auf diese Art Trance zu induzieren. Es konnte dadurch ein ebenso tiefer Trancezustand wie bei einer medizinischen Betäubung erreicht werden, während dem die Patienten fast immer amnestisch für die gesamte Zeitdauer des Eingriffs waren (Esdaile 1846). In der heutigen modernen Medizin und Chirurgie werden mesmerische »Passes« selten, wenn überhaupt als Technik der Tranceinduktion verwendet. Hypnose wird fast ausschließlich auf dem Wege verbaler Kommunikation induziert.

Es sei auch erwähnt, dass Hypnose heute bei großen chirurgischen Eingriffen selten als einziges Anästhetikum eingesetzt wird; sie kann aber von Anästhesisten und Chirurgen sehr wirkungsvoll verwendet werden, um Patienten auf bevorstehende Operationen, sonstige Eingriffe oder mögliche unangenehme Erfahrungen bei der Entbindung vorzubereiten (Bejenke 1996a,b,c). Falls der Anästhesist und/oder Chirurg in Hypnose ungeübt ist, kann auch eine andere medizinische Fachkraft mit den entsprechenden Fähigkeiten und Kenntnissen bezüglich des jeweiligen operativen Eingriffs den Patienten vorbereiten.

Man sollte immer daran denken: Angewandte Hypnose ist die Kunst, die Eigenschaften und Phänomene der Hypnose zu nutzen, um ein gewünschtes therapeutisches Ergebnis zu erhalten. Hypnose bietet 5 verschiedene Möglichkeiten, die beabsichtigten Ziele zu erreichen; diese sollte man sich immer vergegenwärtigen, wenn man den Nutzen der Hypnose in einer bestimmten medizinischen Situation abwägt.

Möglichkeiten der Hypnose zur Erreichung therapeutischer Ziele

1. **Entspannungsreaktion** z. B. zur Verminderung von Angst und Stress, woraus vermehrte Bewältigungsfähigkeiten resultieren, ebenso positive physiologische Effekte, die das Heilungsvermögen des Gewebes steigern und die Immunreaktion stärken (Bongartz 1996, 1998).
2. Erhöhte unwillkürliche **Reaktion auf Suggestionen**.
3. **Kommunikation mit dem Unbewussten**, wodurch es möglich wird, unbewusste Konflikte oder Befürchtungen zu untersuchen, die eventuell negative Erwartungen schaffen oder exzessive, ja sogar destruktive Angst vor dem bevorstehenden Eingriff.
4. **Kontrolle über das autonome Nervensystem**, das die Blutung während chirurgischer Eingriffe reduzieren und die Durchblutung danach zur postoperativen Heilung wieder steigern kann, sowie für die rasche Wiederaufnahme normaler physiologischer Reaktionen, wie z. B. Blasen- und Darmfunktion, sorgen kann.
5. Fähigkeit, auf allen Sinneskanälen **die Wahrnehmung zu verändern**, was für die Schmerzkontrolle von besonderem Wert ist.

Hypnotische Techniken können bei chirurgischen Patienten gleich vom Erstkontakt an eingesetzt werden, ohne dass eine formale Induktion nötig wäre. Jede Person in einer beliebigen Situation, in der möglicherweise ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden gefährdet sind, empfindet Angst, je nach der wahrgenommenen Bedrohung. Und Angst schafft einen veränderten Bewusstseinszustand und in der Folge erhöhte Suggestibilität, ähnlich wie im Zustand der Hypnose.

Suggestionen können positiv oder negativ, direkt oder indirekt sein, und es ist ebenso wichtig, negative Suggestionen zu vermeiden wie positive zu vermitteln. Der Therapeut kann sehr wohl genötigt sein, irgendwelche negativen hypnotischen Suggestionen aufzuheben, die andere, auch Ärzte oder medizinisches Personal ungewollt gestreut haben.

Wie bereits erwähnt, besteht die Kunst und das Geschick des Hypnotherapeuten darin, hypnotische Phänomene zu benutzen, um die gewünschten therapeutischen Reaktionen in Gang zu setzen und zu fördern. Folgende Ziele können nochmals festgehalten werden:

- Maximale innere Ruhe und minimale Angst vor, während und nach der Behandlung
- Positive Einstellung, dass alles gut gehen wird
- Maximale Muskelentspannung und minimale Blutung während der Operation
- Maximales Wohlbefinden bis zur vollständigen Heilung mit einem Minimum an benötigten Medikamenten, auch bei der eigentlichen Narkose
- Rasche Wundheilung
- Rasche Wiederaufnahme normaler Körperfunktionen
- Rasche Rekonvaleszenz, Rehabilitation und Rückkehr ins normale Leben

In der Praxis hat es sich bewährt, gleich in der ersten formellen hypnotischen Sitzung mittels **ideomotorischer Fingersignale** (▶ Kap. 13) die Kommunikation mit dem Unbewussten zu etablieren. Dadurch wird es möglich, irgendwelche unbewussten Konflikte, Dinge, die sich eingeprägt haben oder negative Erwartungen aufzudecken, die den glatten Ablauf des chirurgischen Eingriffs und die rasche postoperative Genesung stören könnten. Es sollen Fingersignale festgelegt werden für »Ja«, »Nein« und »Ich möchte nicht antworten«.

Eine Frage an das Unbewusste wie:

»Gibt es irgendwelche Befürchtungen, negative Erwartungen, frühere Erfahrungen oder andere unbewusste Konflikte, die die erfolgreiche Operation und die rasche und vollständige Genesung stören werden?«

enthüllt gewöhnlich unbewusste Blockierungen, die angesprochen werden müssen. Lautet die Antwort »Ja«, so muss das Problem abgeklärt und gelöst werden. Sollte sich keine unbewusste Blockierung zeigen, so kann das Unbewusste weiter gefragt werden:

»Wird Ihr Unbewusstes alles tun, um eine sehr erfolgreiche und angenehme Operation sowie eine rasche Wiederaufnahme normaler, gesunder Funktionen zu gewährleisten?«

Eine positive Antwort zeigt an, dass es keinerlei unbewussten Widerstand gibt, jene Suggestionen anzunehmen und umzusetzen, die ausgearbeitet werden, um das gewünschte positive Ergebnis zu erhalten.

Eine erfolgreiche Operationsvorbereitung bezieht sich auf die Erfahrung während der gesamten Zeitspanne vor der Operation, während der Operation selbst sowie in der postoperativen Genesungszeit. Wenn ein Patient Hypnose zur Unterstützung bei operativen Eingriffen verlangt, ist es wichtig, danach zu fragen, warum er das will und was er sich davon verspricht:

- Bestehen spezielle Befürchtungen hinsichtlich der geplanten Operation, z. B. die Angst, während der Narkose zu sterben?
- Wünscht sich ein Patient Angstbewältigung, Schmerzkontrolle, raschere Genesung in Kombination mit den üblichen chemischen Anästhetika oder will er Hypnose als ausschließliches Mittel zur Anästhesie eingesetzt haben?

Ist Letzteres der Fall, so gibt es meistens spezielle Gründe dafür, z. B. eine sehr schlechte Erfahrung mit einer früheren Narkose, Empfindlichkeit gegenüber Anästhetika oder vielleicht auch ernste gesundheitliche Probleme, die das Narkoserisiko erheblich erhöhen. Manchmal ist es nötig, dass der Patient in der Lage ist, seine Empfindungen und

Reaktionen während der Operation zu beschreiben, z. B. bei einigen neurologischen Eingriffen.

Einige Patienten haben vielleicht von Freunden oder Verwandten über die positive Wirkung von Hypnose in Verbindung mit herkömmlichen Methoden gehört, sind daher hoch motiviert, diese Techniken zu nutzen und voller Erwartung, die gute Wirkung der Hypnose zu erleben.

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass das Ausmaß der Hypnotisierbarkeit in der Bevölkerung unterschiedlich verteilt ist und dass im Allgemeinen – soweit kein bewusster oder unbewusster Widerstand besteht – die hypnotische Reaktion direkt proportional zur Hypnotisierbarkeit ist, insbesondere, wenn es sich um die Kontrolle akuter Schmerzen handelt (Hilgard u. Hilgard 1975; Peter 1998b, 2007b).

Wenn es darum geht, ausschließlich Hypnose zur Anästhesie einzusetzen, so sollte immer die Hypnotisierbarkeit mittels einer Standardskala getestet werden, z. B. mittels der »Stanford Hypnotic Clinical Scale« (SHCS; Morgan u. Hilgard 1978/79) oder des »Hypnotic Induction Profile« (Spiegel u. Spiegel 1978); ferner sollte das Ausmaß der Anästhesie und Analgesie getestet werden, dessen der Patient fähig ist. Es sollte möglich sein, eine vollständige Handschuhanästhesie auf Nadelstiche zu erreichen, und der Patient sollte in der Lage sein, diese Handschuhanästhesie auch im Operationsbereich zu zeigen.

Manche Patienten haben während des Eingriffs unter Hypnose eine vollständige Anästhesie ohne jegliche Empfindungen, andere hingegen sind sich bewusst, dass etwas mit ihnen geschieht, was allerdings nicht als unangenehm wahrgenommen wird. Falls keine vollständige Anästhesie möglich ist, wird es wohl eher akzeptiert, eine Veränderung in der Wahrnehmung des Stimulus suggeriert zu bekommen anstelle vollständiger Anästhesie, z. B. mit den Worten:

»Sie können ein Ziehen oder einen Druck spüren, aber das stört Sie nicht im Mindesten.«

Wenn ein Arzt oder Chirurg den Einsatz von Hypnose bei einem Eingriff vorschlägt, so muss er das dem Patienten gegenüber auf sehr positive und überzeugende Art und Weise tun. Alle falschen Meinungen und Befürchtungen müssen beseitigt werden, und gleichzeitig muss hervorgehoben werden, dass Hypnose kein Zaubermittel ist, dass Menschen unterschiedlich reagieren und dass die hypnotischen Möglichkeiten und Fähigkeiten des jeweiligen Patienten ganz individuell untersucht und besprochen werden müssen.

53.2 Interventionen

53.2.1 Hypnose als einziges Anästhetikum

Bezug nehmend auf eine frühere Erfahrung des Patienten mit örtlicher Betäubung, vielleicht bei einer Zahnbehandlung, wird erklärt, dass wir seine Vorstellungskraft und Konzentrationsfähigkeit nutzen werden, um einige Veränderungen der Körperempfindungen und -gefühle zu erreichen. Bei einer sehr suggestiblen Person können direkte Suggestionen zur Taubheit und Gefühllosigkeit der Hand schon ausreichen, vielleicht in Verbindung mit Streicheln der Hand oder einer Zählsequenz.

Die Verwendung von Bildern fördert gewöhnlich die Reaktion, z. B. die Suggestion sich vorzustellen, dass ein Lokalanästhetikum in den Handrücken gespritzt wird und die Hand taub und gefühllos wird. Alternativ kann auch erklärt werden, dass wir ein Betäubungsmittel haben, das auf die Haut aufgetragen wird, eindringt und eine örtliche Betäubung bewirkt, ohne dass gespritzt werden müsste:

»Ich möchte, dass Sie sich vorstellen, wie über Ihre rechte Hand ein Handschuh gestreift wird. Dieser Handschuh wurde mit einer äußerst wirkungsvollen Lösung eines Oberflächenanästhetikums getränkt. Spüren Sie dieses kühle, feuchte Gefühl, wenn der Handschuh über die Hand gestreift wird, und wenn Sie dieses kühle, feuchte Gefühl bemerken, dann lassen Sie Ihren ‚Ja'-Finger in die Höhe gehen. Das ist gut so. Nun dringt das starke Betäubungsmittel durch die Haut in das Gewebe der Hand, breitet sich aus in den Muskeln und umschwemmt die kleinen Nerven richtig tief in der ganzen Hand. Und diese beginnt nun, sich taub anzufühlen, sie wird anästhetisch. Wenn Sie spüren, wie taub und empfindungslos sie wird, lassen Sie Ihren ‚Ja'-Finger wieder in die Höhe gehen. Das ist gut so. Nun wird die Anästhesie

tiefer und tiefer, Ihre Hand wird vollkommen taub und empfindungslos. Und wenn die Hand taub und empfindungslos ist, wird Ihr ‚Ja'-Finger noch einmal in die Höhe gehen.«

Das ist ein Hinweis an das Unbewusste, ein Zeichen zu geben, wenn es realisiert, dass die Anästhesie sich entwickelt hat. Dann kann man wie folgt fortfahren:

»Wenn Sie nun in Ihrer bewussten Wahrnehmung realisieren, dass Ihre Hand taub und empfindungslos ist, dann heben Sie selbst Ihren ‚Ja'-Finger.«

Somit wird die Entwicklung der Anästhesie auf beiden Bewusstseinsebenen bestätigt. Sie sollte dann entweder mittels eines kräftigen Kneifens oder eines Nadelstichs überprüft werden oder indem eine sterile Nadel durch eine Hautfalte gestochen wird. Letztere Methode sollte angewandt werden, falls der Patient auf eine Operation unter ausschließlichem Einsatz von Hypnose als einzigem Betäubungsmittel vorbereitet wird; so wird er überzeugt, dass die Anästhesie erreicht werden kann, weil sie bereits vorhanden ist. Der Patient wird gebeten, seine Augen zu öffnen, seine Hand anzusehen, sich zu freuen und vielleicht auch überrascht zu sein, was ihm gelungen ist.

Natürlich gibt es auch andere Möglichkeiten, eine solche **Handschuhanästhesie** herbeizuführen: sich z. B. vorzustellen, dass die Hand in eiskaltes Wasser eingetaucht wird. Eine ausgedehntere Anästhesie kann induziert werden, wenn der Patient sich vorstellt, in ein Tauchbecken zu steigen, das mit einer Flüssigkeit zur lokalen Betäubung gefüllt ist, die die ganze untere Körperhälfte anästhesiert. Bei Patienten, die bereits eine Periduralanästhesie hatten, kann eine lebendige gelenkte Phantasie dieses Verfahrens zum gleichen Ergebnis führen.

Dann sollte dem Patienten gezeigt werden, wie er die Handschuhanästhesie auf andere Körperregionen übertragen kann, speziell auf das voraussichtliche Operationsfeld. Nehmen wir an, dass eine Bauchoperation durchgeführt werden soll, so könnten die weiteren Anweisungen folgendermaßen lauten:

»Ich möchte, dass Sie jetzt Ihre rechte Hand auf Ihren Unterbauch legen und die Anästhesie auf Ihren Bauch übertragen, indem Sie leicht mit der Hand über Ihren Bauch streichen. Wenn Sie die Empfindungslosigkeit übertragen haben und der Bauch taub und unempfindlich ist, können Sie Ihre Hand wieder wegnehmen.«

Währenddessen kann man dem Patienten sagen, dass er ein unerschöpfliches Reservoir des Anästhetikums in seiner Hand hat. Nachdem die Anästhesie im Bauchbereich hergestellt ist, sollte das ebenfalls mit Nadelstichen getestet werden. Der Patient sollte während seiner Trance gebeten werden, die Augen zu öffnen und sich die eingestochene Nadel anzusehen. Als allgemeine Regel gilt aber: Nadeln sollten nur mit Erlaubnis des Patienten eingestochen werden. Weiter kann wie folgt zu ihm gesprochen werden:

»Die Anästhesie, die Sie im Bereich Ihres Bauches bewirkt haben, breitet sich nun aus und dringt tief ein in Ihren Bauch; sie macht dort alles unempfindlich, das Unterhautfettgewebe, die Muskeln, die Bänder, die Nerven, die inneren Organe tief bis zur Rückseite Ihres Körpers. Das gesamte Operationsfeld wird rechtzeitig vollkommen unempfindlich sein, und die Anästhesie wird sich so weit ausdehnen wie nötig und alle Bereiche mit einbeziehen, die mit der Operation zu tun haben.«

Bei großen Eingriffen, die unter hypnotischer Anästhesie durchgeführt werden, ist es erforderlich, dass der Hypnotherapeut während der Operation anwesend ist, damit er die angemessene Trancetiefe und Anästhesie kontrollieren und aufrechterhalten kann. Ist der Patient gut vorbereitet und verfügt über die entsprechenden hypnotischen Fähigkeiten, so dürfte eine Prämedikation unnötig sein, da durch die Hypnose auch die präoperative Angst zu kontrollieren ist. Es sollte aber immer ein intravenöser Zugang gelegt und ein erfahrener Anästhesist anwesend sein, falls die hypnotische Kontrolle verloren geht und es erforderlich wird, rasch auf ein medikamentöses Narkosemittel umzusteigen. Dem Patienten sollte erklärt werden, dass der intravenöse Zugang auf jeden Fall zur Flüssigkeitszufuhr gelegt werden muss, und dann für eine allgemeine Narkose genutzt werden kann, falls aus irgendwelchen unerwarteten Gründen dieser unwahrscheinliche Fall eintreten sollte. Man muss sich darüber

im Klaren sein, dass höchstens 15–20% der Bevölkerung über die hypnotische Fähigkeit verfügen, sich einer Operation unter ausschließlich hypnotischer Anästhesie zu unterziehen. Kleinere chirurgische Eingriffe können bisweilen unter Selbsthypnose durchgeführt werden; es ist aber extrem selten, dass große Operationen auf diese Weise vorgenommen werden können, obgleich ein paar derartige Fälle bekannt sind.

Dessen ungeachtet sollten alle Patienten in Selbsthypnose unterwiesen werden und auch darin, wie sie bei sich selbst Anästhesie induzieren können, wobei sie ermutigt werden müssen, diese Technik häufig zu üben. Dadurch wird das Gefühl vermittelt, die Kontrolle zu haben; mittels Selbsthypnose können sie so postoperative Schmerzen besser kontrollieren und die Heilung fördern.

Wenn die Operation bevorsteht, sollte der Patient rechtzeitig genug vorbereitet werden; dabei ist es klug, den gesamten Ablauf unter Hypnose regelrecht einzuüben, was natürlich bedeutet, dass der Hypnotherapeut mit allen Aspekten der geplanten Operation vertraut ist. Solche Übungen, von der Hypnoseinduktion über die Begleitung während der gesamten Operation können auf Tonband aufgenommen werden; Höhepunkt sollte der erfolgreiche Abschluss, die Genesung und die Rückkehr zu normalen, gesunden Funktionen sein. Wird der gesamte Ablauf in dieser Art wiederholt, so wird die Möglichkeit ausgeschlossen, dass während der Operation etwas gänzlich Unerwartetes geschieht, wodurch Angst hervorgerufen werden und die hypnotische Kontrolle verloren gehen könnte.

Während der ganzen Operation kann und soll der Hypnotherapeut zum Patienten sprechen und da, wo es passend ist, auch erklären, was geschieht. Falls der Patient in der Lage ist, vollständige Anästhesie während der Operation zu erlangen, wird er keinerlei Empfindungen irgendwelcher Art haben. Allerdings ist es eher üblich, dass ein allgemeines Bewusstsein der Vorgänge vorhanden ist; dabei ist der Patient aber losgelöst von der Situation und erlebt sie auch nicht als schmerzhaft. Es kann suggeriert werden, dass ein Gefühl von Berührung, ein Ziehen oder Druck bemerkt wird, dass diese Empfindungen aber nicht stören.

Sowohl bei größeren als auch bei kleineren Eingriffen unter hypnotischer Anästhesie kann die Technik der vollständigen Dissoziation sehr wirkungsvoll sein; deshalb sollte vor der Operation für den Patienten der imaginierte Besuch eines vertrauten angenehmen Ortes eingeführt werden.

Ist dann die Hypnose induziert und Anästhesie herbeigeführt, so kann der Hypnotherapeut den Patienten anleiten, zu seinem angenehmen Ort zu gehen und dieses Erlebnis in allen Einzelheiten zu beschreiben, indem er die Wahrnehmung mit all seinen Sinnen aufnimmt und beschreibt und sie während der Operation mit dem Hypnotherapeuten bespricht. Dem Patienten kann gesagt werden, dass er seinen Körper in den fähigen Händen des Chirurgen zurücklassen kann, während er selbst weit weggehen kann an einen Ort, wo ihn das, was geschieht, in keiner Weise stört. Wird an einem Arm oder Bein operiert, so kann dieses Glied dissoziiert werden, indem man dem Patienten sagt, dieser Teil werde nun vom Körper losgelöst, sodass er von jetzt an nicht mehr zum Körper gehört. Dieses Glied kann so völlig getrennt und losgelöst vom Körper halluziniert werden, dass es überhaupt nicht mehr gespürt wird.

53.2.2 Hypnose kombiniert mit medikamentöser Anästhesie

Patienten, die auf eine Operation vorbereitet werden und die übliche medikamentöse Narkose bekommen, könnten folgendermaßen angeleitet werden:

»Demnächst werden Sie sich zur Operation ins Krankenhaus begeben. Sie wissen, dass die Operation nötig und zu Ihrem Besten ist. Von jetzt an bis zur Operation werden Sie ganz ruhig und entspannt sein. Sie werden sich bewusst, dass Sie sich in einer sehr guten Klinik mit bester Ausstattung, modernster Technologie und bestem Pflegepersonal aufhalten werden und dass Sie einen ausgezeichneten Chirurgen und Narkosearzt haben werden, und alle Einrichtungen und das gesamte Personal sind da für Ihr Wohlergehen. Wenn Sie sich in der Klinik einfinden, werden Sie das Gefühl haben, Sie sind sicher und gut aufgehoben. Sie werden sich an einem sehr sicheren Ort befinden und spüren, dass Sie sich entspannen können und all die Fachleute gut für Sie sorgen werden.

Von jetzt an bis zur Operation werden Sie merken, dass Sie wirklich nicht besonders viel an die

Operation denken, dass Sie Ihre Aufmerksamkeit einfach auf andere Dinge richten, vergnügliche, interessante, erfreuliche Dinge Ihres Lebens und auf all das Schöne, das Sie unternehmen werden, wenn Sie völlig genesen nach Hause zurückgekehrt sind und sich gut fühlen. Sie erwarten, dass alles gut geht, und alles, was Sie hören, was Ihnen negative Erwartungen bezüglich der bevorstehenden Operation vermitteln könnte, werden sie völlig ignorieren.

Nachts können Sie gut schlafen, und wenn Sie in den Operationssaal kommen, dann fühlen Sie sich angenehm schläfrig, entspannt und wohl und wissen, Sie haben die beste Fürsorge und Aufmerksamkeit. Weil Sie entspannt und ruhig sind, brauchen Sie nur genau die Menge an Narkosemittel, die nötig ist für Tiefe und Ausmaß der Anästhesie während Ihrer Operation.

Während der Operation werden die Muskeln Ihres Körpers genau so entspannt sein wie nötig, damit Ihre Operation so einfach wie möglich ist; es wird nur so viel Blutung geben wie unbedingt nötig, und Ihr Körper wird während der gesamten Operation die heilkräftigen, beruhigenden, Schmerz besänftigenden Endorphine produzieren und zirkulieren lassen und ebenso danach, bis alles vollständig abgeheilt ist.

Es ist unnötig, sich unwohl zu fühlen, während alles normal heilt. Sollte es irgendwelche Komplikationen geben, können Sie alle entsprechenden Anzeichen und Symptome zeigen, sodass dies rasch diagnostiziert und korrigiert werden kann.

Während der Operation können Sie auf gute Botschaften und Suggestionen reagieren, die Sie hören, und Sie werden all dem keine Aufmerksamkeit widmen, was sich negativ oder unangenehm auswirken könnte.

Wenn die Operation abgeschlossen ist, werden Sie sogleich sanft und angenehm aufwachen und Ihr Körper kann sich weiterhin wohlfühlen, bis alles vollständig geheilt ist. Keine Übelkeit, kein Erbrechen. Sie werden bald wieder normalen Appetit haben, und Ihr Körper wird auch bald wieder normal funktionieren.

Vielleicht spüren Sie ein angenehmes Drücken und Spannen an der Stelle, an der Sie operiert worden sind. Das zeigt, dass das Gewebe gut zusammengefügt ist und dass es schon begonnen hat zu heilen. Sie werden tief und leicht und angenehm atmen können. Falls nötig, werden Sie husten können, und Sie werden alle Anweisungen der Ärzte und Schwestern befolgen können.

Die Endorphine werden auch weiterhin überall hinfließen, wo sie gebraucht werden, und sorgen für Ihr Wohlbefinden, für rasche Heilung und Rückkehr zu normalen, gesunden Funktionen.

Während Sie wieder gesund werden in der Klinik, können Sie das Gefühl genießen, ein ganz wichtiger Patient zu sein und beste Aufmerksamkeit und Pflege zu erhalten. Sie können sich freuen über das gute Gefühl, eine angenehme Ruhe- und Genesungszeit zu verbringen und einer unverzüglichen Rehabilitation und Rückkehr zum normalen Leben entgegenzusehen.

Die Zeit vergeht sehr schnell, während Sie im Krankenhaus sind, und nun möchte ich, dass Sie sich vorstellen, Sie sind nach der Operation nach Hause zurückgekehrt. Sie sind schon ungefähr eine Woche zuhause, jeden Tag fühlen Sie sich kräftiger. Sie konnten sich richtig wohlfühlen während Ihrer gesamten Genesungszeit, all Ihre Körperfunktionen sind wieder normal, Sie fühlen sich gut und freuen sich darauf, all Ihre normalen Tätigkeiten wieder aufzunehmen.«

Es kann auch suggeriert werden, dass der Weg zum Operationssaal das Signal ist, sich auf eine sehr vergnügliche Reise an einen angenehmen Ort zu begeben. Es ist sehr klug, schon vor der Operation festzulegen, wo genau sich dieser angenehme Ort befindet (wie bei früheren Ferien), und dem Patienten zu sagen, dass er an diesem angenehmen Ort solange verweilen wird, bis er nach der Operation wieder aufwachen wird.

Man kann dem Patienten auch sagen, dass er all die hübschen und interessanten Dinge erinnern wird, die sich dort ereignet haben, und manche Therapeuten geben die Suggestion, dass alle Geräusche im Operationssaal sich verwandeln in angenehme Geräusche, die mit ihrem Phantasieerleben zusammenhängen. Man kann den Patienten auch sagen, dass sie zwar alle Einzelheiten der dissoziativen Erfahrung erinnern werden, aber nichts vom eigentlichen operativen Eingriff.

53.2.3 Der Einsatz von Tonbändern

Tonbandaufnahmen mit solchen Suggestionen können sehr nützlich sein, sowohl bei der Vorbereitung der Patienten, die eine reguläre medikamentöse Narkose bekommen, als auch bei denjenigen, für die ausschließlich Hypnose zur Anästhesie geplant ist.

Wenn Tonbänder aufgenommen werden, muss eine für die jeweilige Person passende Induktion auf Band gesprochen werden, angefangen bei der Hypnoseinduktion bis zu den dann folgenden Suggestionen. Am besten ist auch ein posthypnotisches Stichwort wie z. B. eine Zählsequenz, die beim Hören automatisch Trance induziert.

Zur Vertiefung kann z. B. progressive Muskelentspannung eingesetzt werden sowie Suggestionen, dass der ruhige, gelassene Atemrhythmus des Patienten mit jedem Ausatmen die Trance weiter vertiefen wird, ähnlich wie die Stimme des Hypnotherapeuten. Damit verfügt man über ständige Stimuli zur Trancevertiefung während der gesamten Dauer des Tonbandes.

Die Aufnahme soll 3–4 Wochen vor der Operation täglich gehört werden, dann sind nur ein paar persönliche Sitzungen mit dem Patienten nötig, in denen die Suggestionen sehr direkt gegeben werden. Bei hochsuggestiblen Patienten können die Suggestionen sehr direktiv formuliert werden, bei hypnotisch weniger begabten Patienten sollen die Suggestionen eher permissiver gestaltet werden, indem man Worte wie »kann« oder »wird vielleicht« gebraucht anstatt »wird« (Szabó 1996). Solche individuell gestalteten Bänder können sich als außerordentlich wertvoll erweisen, das Unbewusste darauf vorzubereiten, dann angemessen zu reagieren, wenn es an der Zeit ist. Inzwischen hat man gute Kenntnisse, dass manche Patienten in der Narkose unbewusst Äußerungen von Operationsbeteiligten aufnehmen und behalten und dass diese bleibenden Eindrücke sich sehr nachhaltig auf die Befindlichkeit und Reaktionen sowohl während als auch nach der Operation auswirken können (Kaiser et al. 1993). Ebenso ist bekannt, dass das Unbewusste Bemerkungen fehlinterpretieren und entsprechend reagieren kann. So kann beispielweise ein Patient die Bemerkung eines Chirurgen über das Befinden und die Aussichten eines anderen Patienten persönlich nehmen, und es kann eine negative physiologische Reaktion einsetzen, die sich auf die Annahme gründet, jene Bemerkung habe ihm gegolten.

Allgemein gesagt neigt das Unbewusste dazu, gemäß dem zu reagieren, was es für wahr hält. Negative Erwartungen rufen negative Reaktionen hervor, positive Erwartungen produzieren positive Reaktionen. Chirurg, Anästhesist, Operationspersonal und Krankenschwestern sollten immer informiert werden, wenn ein Patient mittels Hypnose auf die Operation vorbereitet worden ist, dass es ihm postoperativ wahrscheinlich sehr viel besser gehen wird, dass die Heilung schneller verlaufen wird und dass er auch rascher seine gesunden, normalen Funktionen aufnehmen wird. Ebenso sollten alle Mitarbeiter verpflichtet werden, sowohl während als auch nach der Operation Bemerkungen mit irgendwelchen negativen suggestiven Implikationen zu vermeiden, wie z. B.: »Wie schlimm sind heute Ihre Schmerzen?« oder »Ich nehme an, sie möchten etwas für Ihre Schmerzen.« Statt dessen sollte es eher heißen: »Wie gut fühlen Sie sich heute Morgen?« bzw. »Sind Sie nun bereit, dass Sie sich über etwas zu essen oder zu trinken freuen würden?«

53.2.4 Notfallsituationen

In Notfallsituationen kann Hypnose zur Anästhesie und Analgesie eingesetzt werden und zwar bei kleineren Eingriffen ebenso wie bei großen Operationen. In solchen Situationen reagiert der Patient oft besser als erwartet, vor allem dann, wenn er so herangeführt wird, dass seine Motivation und Erwartungshaltung gesteigert werden können.

Das kann z. B. der Fall sein nach einem Trauma, wo die herkömmlichen Methoden der Schmerzkontrolle oder Anästhesie gar nicht verfügbar sind oder wo es nicht möglich ist, eine Narkose sicher zu verabreichen, z. B. nach einer ausgedehnten Mahlzeit. Dann ist der Patient bereits in einem sehr aufnahmebereiten veränderten Bewusstseinszustand und man kann ihm unter Beibehaltung direkten Augenkontakts sagen:

»Es ist nicht möglich, Ihnen ein Betäubungsmittel zu verabreichen, aber Ihre Verletzung muss umgehend behandelt werden. Ich kann Ihnen zeigen, wie Sie

sich währenddessen ganz gut fühlen können. Ist das in Ordnung?«

Der Patient wird dieses Angebot natürlich annehmen und dann wird eine rasche Induktion vorgenommen, z. B. mittels einer Augenrolltechnik, oder indem man ihm einfach die Hand auf die Schulter legt und sagt:

»Nun schließen Sie einfach die Augen und lassen Sie allen Schmerz und alle Spannung aus Ihrem Körper und in meine Hand fließen, und Ihr ganzer Körper kann sich vollkommen entspannen. Sie sind in sehr guten Händen und wir werden sehr gut für Sie sorgen. Es wird alles getan, was geschehen muss, und Sie müssen nun nicht leiden.«

Diese Anweisungen können sehr rasch eine tiefe Trance herbeiführen und dann können direktere Suggestionen gegeben werden, um die Hypnose zu vertiefen und die entsprechenden Bereiche anästhetisch werden zu lassen.

Dann kann man dem Patienten sagen, dass dieser Bereich sich solange angenehm anfühlen wird wie nötig, und die Heilung sich rasch und vollständig vollziehen wird. Falls vorhanden und angebracht, kann auch eine Lokalanästhesie gegeben werden. Dann kann man den Patienten bitten, sich an einen Lieblingsort zu begeben und seinen Körper so lange in den erfahrenen Händen des Chirurgen zurückzulassen, bis man ihn bittet, wieder zurückzukommen.

Es sollte irgendein ideomotorisches Signal vereinbart werden, z. B. ein erhobener Finger, um anzuzeigen, wann der Patient an seinem Lieblingsort angekommen ist, und dann sollte ihm gesagt werden:

»Während Sie weg sind, braucht es Sie nicht zu stören, was mit Ihrem Körper geschieht.«

53.2.5 Hypnose in der Kinderchirurgie

Kinder sprechen insgesamt sehr leicht auf Hypnose an und können so auch die entsprechende Vorbereitung vor der Operation in beachtlichem Maße nutzen. Es gelten die gleichen Prinzipien und Fakten wie bei Erwachsenen, die Techniken allerdings sind je nach Alter, Persönlichkeit und geistigem Entwicklungsstand des Kindes etwas unterschiedlich. Allgemein kann Hypnose von 7 oder 8 Jahren an sinnvoll eingesetzt werden, bisweilen sogar schon bei 4- bis 5-Jährigen.

Jüngere Kinder kommen gut mit Imagination und Phantasie zurecht, und diese Techniken sind im Allgemeinen auch am geeignetsten, um dem Kind ein Gefühl der Kontrolle über das Geschehen zu vermitteln. Bildhafte Vorstellungen vom Lieblingsort oder dem besonderen Ort sind allgemein genutzte Möglichkeiten, um Hypnose sowohl zu induzieren als auch eine Dissoziation vom Körper und dessen Empfindungen zu bewirken. Viele Kinder können auch die Schaltstellen in ihrem Gehirn lokalisieren, wo der Schmerz und das Wehtun in den verschiedenen Körperregionen kontrolliert werden, und können so den Schmerz »ausschalten«.

Die Suggestionen für ein Kind zwischen ca. 6 und 12 Jahren könnten folgendermaßen lauten:

»Tu einfach so, als wärest Du an einem Ort, wo Du Dich wirklich gut fühlst und wo es Dir gefällt. Lass uns das Deinen ‚Wohlfühl-Platz' nennen. Wenn Du dort angekommen bist, dann lass es mich wissen, indem Du nickst oder einen Finger hebst. Die meisten Menschen können sich leichter etwas vorstellen, wenn sie die Augen schließen; Du kannst es aber so machen, wie es Dir am liebsten ist. So ist es gut, nun erzähl mir alles. Wo bist Du? Was machst Du? Was ist das für ein Tag? Was siehst Du, wenn Du Dich umschaust? Was für Geräusche hörst Du? Ist jemand bei Dir? Kannst Du etwas riechen? Vielleicht weht Dir eine leichte Brise ins Gesicht? Läufst Du umher und berührst Du etwas oder sitzt Du einfach ruhig und bequem da? Spür, wie gut Du Dich jetzt fühlst. Immer wenn Du zu diesem Deinem besonderen ‚Wohlfühl-Platz' kommst, kannst Du Deinen Körper zurücklassen und so stört es Dich nicht, was mit Deinem Körper geschieht.«

Dann kann der Arzt eine Platzwunde vernähen oder einen kleineren operativen Eingriff vornehmen oder sogar einen Bruch einrichten, ohne dass das dem Kind zu schaffen macht.

Bisweilen kann ein Kind nicht sogleich einen »Wohlfühl-Platz« finden; dann kann der Therapeut

das Kind auf eine Phantasiereise zu einem besonderen Ort geleiten und Lieblingsgestalten aus Märchen oder aus dem Fernsehen mit einbeziehen, die dem Kind Schutz und Trost geben können und vielleicht auch einen Zauberstab haben, mit dem man den Schmerz »wegzaubern« kann. Kinder sollten dazu ermutigt werden, sich ihre eigenen Phantasien und Bilder zu schaffen und ein eigenes inneres Kontrollsystem zu entwickeln.

Ebenso wie den Erwachsenen kann auch den Kindern vor der Operation gesagt werden, dass der Weg zum Operationssaal ihr Signal sein kann, an ihren besonderen Ort zu gehen und dort so lange zu verweilen, bis die Operation abgeschlossen ist. Es können auch direkte Suggestionen gegeben werden, Essen und Getränke zu genießen, rasch wieder gesund zu werden und sich wohlzufühlen – genau wie bei den Erwachsenen.

Selbstverständlich sollten Kindern immer Selbsthypnosetechniken beigebracht werden, ganz besonders eine spezielle Schmerzkontrolltechnik, die sog. Schalttafeltechnik, die viele Kinder anspricht. Folgender Wortlaut kann in Hypnose benutzt werden:

»Ich möchte, dass Du Dir vorstellst, Du suchst nach ein paar Schaltern in Deinem Kopf, so wie die Lichtschalter an der Wand. Ich möchte, dass Du 5 Schalter siehst, und von jedem Schalter führt ein Kabel zu einem bestimmten Teil Deines Körpers. Von einem Schalter führt ein Kabel hinunter zum rechten Arm und in die rechte Hand, und es ist gut, wenn Du den Kabeln Farben gibst. Sag mir, welche Farbe hat das Kabel zu Deiner rechten Hand?«

Das Kind sagt beispielsweise »rot«, was ein Hinweis ist, dass es den Schalter und das Kabel klar visualisiert.

»Nun läuft von einem anderen Schalter ein Kabel hinunter zum linken Arm und in die linke Hand. Welche Farbe hat dieses Kabel?« – »Blau.« – »Gut. Nun läuft von einem weiteren Schalter ein Kabel hinunter ins rechte Bein und in den rechten Fuß. Welche Farbe hat dieses Kabel?« – »Gelb.« – »Und bei einem weiteren Schalter ist ein Kabel zu sehen, das hinunterläuft in das linke Bein und in den linken Fuß.« – »Grün.« – »Gut. Und nun der 5. Schalter, er ist ein ganz besonderer Schalter. Es ist da zwar ein Kabel dran, aber bis jetzt führt das Kabel noch nirgends hin, es ist einfach nur aufgerollt neben dem Schalter, aber das ist ein besonderer Schalter; welche Farbe soll dieses Kabel haben?« – »Schwarz.« – »Das ist eine sehr gute Farbe für ein besonderes Kabel. Nun, das sind Deine Schmerzschalter, und das sind die Schmerzkabel, die die Schmerzen und das, was wehtut, aus Deinem Körper zurück ins Gehirn befördern, denn natürlich, wie Du ja weißt, kontrolliert das Gehirn die Gefühle im Körper. Schau, da leuchtet über jedem Kabel ein kleines Lämpchen auf, so weißt Du, dass es eingeschaltet ist. Ich weiß nicht, welche Farbe Deine Lämpchen haben?« – »Weiß« – »Sehr gut. Nun sind alle Deine Schalter an und die Lämpchen leuchten alle, so kannst Du Schmerz, dass etwas wehtut, an jeder beliebigen Stelle Deines Körpers spüren. Nun werde ich Dich leicht in Deine rechte Hand zwicken und Du wirst das spüren. Es wird kein sehr kräftiges Zwicken sein, aber Du wirst wissen, das ist ein Zwicken – so ungefähr. Nun, schalte dort den Schalter mit dem roten Kabel, das zur rechten Hand läuft, aus, und wenn Du das tust, wird das Lämpchen ausgehen, und Du schaltest allen Schmerz und alles was in der rechten Hand wehtut aus, und wenn Du ausgeschaltet hast, dann nicke einfach. Das ist gut so. Nun, merk Dir: wenn ich Dir wieder in die Hand kneife, dann macht es Dir nichts aus, denn Du hast den Schmerz, alles was wehtut, ausgeschaltet. Sehr gut. Nun fass mit der anderen Hand herüber, die Du ganz leicht bewegen kannst, und kneif Dich selber ordentlich in die rechte Hand, einfach um zu zeigen, was Du geschafft hast. Sehr gut. Nun kannst Du sehen, dass Du fähig bist, Schmerz und das, was wehtut, in verschiedenen Teilen Deines Körpers auszuschalten. Nun hast Du wohl schon den Zweck des 5. Schalters erfasst und des speziellen schwarzen Kabels. Ja, Du kannst dieses Kabel mit jedem beliebigen Teil Deines Körpers verbinden, wo Du Schmerz und alles, was wehtut, abschalten möchtest. Wenn Du das nächste Mal eine Spritze brauchst oder irgendetwas Schmerzhaftes gemacht werden muss, weißt Du, was Du zu tun hast. Schalte einfach mit Deinem Schmerzschalter diesen bestimmten Bereich aus und geh zu Deinem ‚Wohlfühl-Platz'.«

Viele Kinder sind dazu fähig, den Schmerz völlig abzuschalten, wenn sie diese Technik benutzen, und es ist oft möglich, eine Nadel durch eine Hautfalte zu stechen, ohne dass das Kind irgendein

Unbehagen verspürt. Allerdings muss man sehr vorsichtig sein, wenn man Nadeln in die Haut eines Kindes sticht, besonders wenn eine Spritzenphobie vorliegt. Es ist immer klug, zunächst die Erlaubnis des Kindes einzuholen. Manche Kinder müssen diese Technik erst üben, ehe sie eine völlige Anästhesie erlangen können und werden dazu ermutigt, das zuhause mittels Selbsthypnose zu trainieren.

Manche Kinder bevorzugen einen Drehschalter statt eines einfachen Kippschalters, sodass sie anfangs das Schmerzniveau herunterdrehen können und so allmählich vollkommene Kontrolle erlangen. Ein Kind, dem diese Technik beigebracht wurde, beschloss, sehr klein zu werden, in seinen eigenen Körper zu schlüpfen, den Arm hinunter, um den passenden Schalter innen in der Hand direkt zu finden. Kinder können sehr innovativ und kreativ sein und sollten immer dazu ermutigt werden, ihre Talente zu nutzen.

Wenn Kindern derartige Schmerzkontrolltechniken beigebracht werden, sollte man ihnen immer sagen, dass sie diese Techniken nur benützen dürfen, wenn die Ursache des Schmerzes bekannt ist. Man kann ihnen auch sagen, sie können die Schmerzschalter für eine gewisse Zeit auslassen, je nachdem wie lange und wie stark das Unbehagen andauert, dass sie aber nie einen Schmerzschalter bei einem nicht abgeklärten Schmerz wie z. B. bei Bauchweh benutzen dürfen. Wie immer in der Hypnosetherapie besteht der Nutzen der Hypnose in der Chirurgie darin, dem Patienten zu zeigen, wie er seine eigenen Ressourcen und Fähigkeiten einsetzen kann, um nach und nach immer mehr Kontrolle über seine eigenen Reaktionen zu erlangen.

Sobald den Patienten klar wird, dass sie über dieses interne Kontrollsystem verfügen, kann das Unbewusste gebeten werden, ein ideomotorisches Signal zu geben, um zu zeigen, dass die vermittelten Suggestionen angenommen und umgesetzt werden.

Fazit

Die in dieser Arbeit dargestellten Ideen, Konzepte und Vorschläge erfolgten in der Annahme, dass der Patient sich nicht in einem terminalen Zustand wie z. B. bei Krebs befindet, dass also die vollständige Genesung zu erwarten ist. Befindet sich der Patient im terminalen Stadium und die Operation ist lediglich palliativ, so müssen einige Suggestionen offensichtlich entsprechend abgeändert werden (Peter 1996b,c, 1997b,c,d).

Und ähnlich verhält es sich, wenn der Patient sich der Amputation eines Gliedes zu unterziehen hat; dann müssen andere, spezielle Suggestionen gegeben werden, um dem Patienten zu helfen, mit den unausweichlichen und nötigen Veränderungen in seiner Lebensführung zurechtzukommen.

Alle Anästhesisten und Chirurgen, die mit diesen Techniken vertraut sind, werden bezeugen, wie wertvoll Hypnose bei Patienten ist, die vor einer Operation stehen, und es ist bedauerlich, dass eine Mehrzahl der Fachärzte mit den Hypnosetechniken nicht vertraut ist bzw. nicht weiß, welche Vorteile Hypnose für Chirurgiepatienten bietet.

Verbrennungen[1]

Dabney Ewin

54.1 Störungsbild – 653

54.2 Interventionen – 654

54.2.1 Schmerz und Angst in der Notaufnahme mit Beispielen erster Suggestionen – 654

54.2.2 Schuldgefühle und Wut – 656

54.2.3 Infektionen – 657

54.2.4 Regression und Depression – 658

54.2.5 Ernährung – 658

54.2.6 Körperbild und physikalische Rehabilitation – 658

1 Übersetzung von Alida Iost-Peter.

Patienten mit schweren Verbrennungen benötigen vom ersten Augenblick ihrer Verletzung an bis zur völligen Wiederherstellung psychologische Hilfe; der Bedarf steigt, da die modernen Spezialkliniken die Überlebensrate dramatisch erhöhen (Herndon et al. 1987). Ich meine, dass Hypnose **die psychologische Behandlungsmethode der Wahl** ist. Diese Patienten kommen in fokussiertem Zustand in die Notaufnahme, was einem guten Trancezustand entspricht, und das Einzige, was man noch tun muss, ist, sich in diese Trance einzuschleusen und dann den Patienten von seiner Angst weg- und zum Vertrauen hinzuführen. Vermutlich wird es nicht mehr lange dauern, bis ein Zentrum zur Behandlung von Brandopfern als schlecht ausgestattet gilt, wenn es dort keine Fachkraft für Hypnose gibt.

54.1 Störungsbild

Vorsichtige Schätzungen in den Vereinigten Staaten gehen von 2,5 Mio. Brandverletzten pro Jahr aus, die sich in medizinische Behandlung begeben. Über 100.000 dieser Patienten werden mit enormem Aufwand stationär behandelt und 12.000 Menschen erliegen ihren Verletzungen (Deitch 1990).

Patienten mit schweren Verbrennungen durchlaufen die gesamte Skala schlimmer Gefühle (Ewin 1979). Sowohl die Verbrennungen als auch deren Behandlung sind entsetzlich schmerzhaft und sehr bald setzt die Furcht vor der nächsten Behandlung ein. Zur Verletzung kam es gewöhnlich durch mangelnde Sorgfalt (seitens des Patienten oder einer anderen Person) und so stellen sich auch noch Schuldgefühle oder Wut ein. Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, die zu Depressionen führen, sind das Übliche. Die Stoffwechselrate erhöht sich um 100%, Übelkeit und Appetitlosigkeit verhindern aber die nötige vermehrte Nahrungsaufnahme. Solche Patienten werden leicht mürrisch, widerspenstig und unkooperativ. Um Artz, einen der frühen Befürworter spezieller Behandlungszentren für Brandopfer zu zitieren:

> Dem hochmotivierten Patienten, der sich geborgen fühlt, geht es selbst nach schwersten Verbrennungen außerordentlich gut, während Patienten ohne diese Ressourcen beträchtliche Schwierigkeiten haben, sich den Folgen massiver Verletzung anzupassen (Artz zit. in Dahinterova 1967).

Hypnose kann dieses Gefühl der Geborgenheit und Motivation vermitteln. In einer Reihe klinischer Fallgeschichten werden Patienten mit Verbrennungen beschrieben, die zuerst einen kritischen negativen Verlauf genommen hatten, sich aber nach Hypnose gebessert haben und genesen sind (Cheek 1962; Crasilneck et al. 1955; LaBaw 1973; Pellicane 1960).

Eine frühzeitig, d. h. innerhalb der ersten beiden Stunden nach der Verbrennung angewandte Hypnose ist von beträchtlichem Wert, um die auf die Hitzeeinwirkung folgende Entzündungsreaktion zu begrenzen (Ewin 1978). Brauer u. Spira (1966) konnten an einer 4 h alten experimentellen und voll angeschwollenen Verbrennung, die dann entfernt und als Hauttransplantat verwendet wurde, zeigen, dass die tieferen Hautschichten nicht durch Hitze zerstört werden, sondern durch die fortschreitende Entzündung der Wunde (Hinshaw 1963). Chapman et al. (1959a) wiesen nach, dass die Symptome der Entzündung wie z. B. Hitzegefühl, Schmerz, Rötung und Schwellung beeinflusst werden durch die Einstellung des Patienten gegenüber seiner Verbrennung. Der Hitzestimulus gelangt in das zentrale Nervensystem und löst dort die Entzündungsreaktion aus. Ein hypnotisch induzierter Verbrennungsstimulus kann eine schmerzhafte Brandblase hervorrufen (Bellis 1966; Chapman et al. 1959b; Johnson u. Barber 1976; Ullman 1947; Spanos et al. 1982). Entsprechend begrenzen oder verhindern hypnotische Suggestionen der Kühle und der Empfindungslosigkeit nach einer realen Verbrennung, aber vor Einsetzen der natürlichen Reaktion diese Entzündungsreaktion, so wie tatsächliches Vereisen einer Verbrennung deren Ausbreitung verhindert. De Camara et al. (1981) untersuchten in einer kontrollierten Studie von Standardverbrühungen 2. Grades an Meerschweinchen die Entwicklung unter dem Elektronenmikroskop, nachdem die Tiere 10 min nach der Verbrennung für 30 min in Eiswasser getaucht worden waren. Die Haupt zeigte 2, 8, 24 und 96 h nach Kühlung der Verbrennung im Kontrollvergleich weniger Ödembildung, weniger Schwellung der dermalen Axone und ein Fehlen der Infiltration durch polymorphonukleäre Leukozyten. Bei den unbehandelten Verbrennungen »löste sich nach 96 Stunden die geschädigte Haut … Eine große Zahl polymorphonukleärer Leukozyten war in die Dermis eingedrungen

und bildete mikroabszessähnliche Ansammlungen … Im Vergleich zu normalen Nerven zeigten die Nerven hier eine Degranulation der Axone sowie eine ausgedehnte Fragmentierung der Myelinscheiden« (De Camara et al. 1981). In der Behandlungsgruppe erschien 96 h nach der Verbrennung »die gekühlte Brandwunde unter dem Mikroskop fast normal«, abgesehen von einer leichten Zerstörung der Myelinscheiden, welche in beiden Gruppen zu beobachten war.

Ein Patient mit Verbrennungen, der die Suggestion angenommen hat, dass sich sein Wundbereich »kühl und angenehm« anfühlt, ist leichter zu behandeln, er ist optimistisch und seine Heilung verläuft schneller (Ewin 1978, 1979). Besonders deutlich ist das bei Verbrennungen, die weniger als 20% der Körperoberfläche betreffen. Bei großflächigeren Verbrennungen tritt zwar eine gewisse Entzündungsreaktion ein, aber das Ödem ist begrenzt. Dies stimmt mit der Tatsache überein, dass hypnotisierte Patienten, wenn sie die durch eine Formel berechneten stützenden Infusionen erhalten haben, während der ersten beiden Tage doppelt soviel Urin ausscheiden wie Kontrollgruppenpatienten, bei denen möglicherweise die Zirkulation überlastet ist (Margolis et al. 1983). In den ersten 48 h nach einer erheblichen Verbrennung dringt nämlich eine Menge Flüssigkeit aus dem Blut in das verletzte Gewebe und verursacht ein lokales Ödem. Wird in diesen ersten beiden Tagen viel Flüssigkeit zugeführt, um den Blutdruck und die Urinausscheidung aufrecht zu erhalten, so muss diese Flüssigkeit später wieder in den Blutkreislauf zurückgeführt werden. Bei älteren Patienten mit Herzschwäche kann das zu einer Überlastung mit Flüssigkeit führen, zu Lungenödem und Herzversagen. Die Menge der zugeführten Flüssigkeit während der Schockbehandlung in sicheren Grenzen zu verringern kann möglicherweise lebensrettend sein.

54.2 Interventionen

54.2.1 Schmerz und Angst in der Notaufnahme mit Beispielen erster Suggestionen

Wenn ein Patient mit frischen Verbrennungen in die Notaufnahme kommt, ist er bereits in einem konzentrierten Bewusstseinszustand und Hypnose ist leicht zu induzieren, falls er sich nicht bereits in einer spontanen Trance befindet. Oft ist er dem Arzt nicht bekannt und die erste Kommunikation besteht in der Vorstellung und ersten Suggestionen (Ewin 1984, 1986a,b).

- Arzt: »Ich bin Dr. [Name] und ich werde für Sie sorgen (Pause). Wissen Sie, wie man so eine Verbrennung behandelt?«
  Kommentar: Diese Frage soll ihm unmittelbar klarmachen, dass er es nicht weiß und dass er dem medizinischen Team vertrauen muss. Die genaue Wortwahl ist wichtig, denn wird er gefragt: »Wissen Sie irgendetwas über die Behandlung von Brandverletzungen?« so könnte er denken, er wisse etwas, und wird etwas von Butter, Brandsalbe oder »Küßchendrauf und schon wird's gut« erzählen. Damit wird vermieden, dass er seine Abhängigkeit erkennt.
- Patient: »Nein.«
  Kommentar: Das ist die übliche Antwort. In den seltenen Fällen, wenn es sich um einen Arzt oder um eine Krankenschwester handelt, die ja tatsächlich etwas über Verbrennungen wissen, kann man die Kenntnisse einfach nutzen und sagen: »Dann wissen Sie ja schon, dass Sie uns die Fürsorge übertragen sollen, und dass wir für Sie sorgen werden.«
- Arzt: »*In Ordnung, denn wir wissen, wie wir uns darum kümmern, und Sie haben schon das Wichtigste getan, nämlich rasch in die Klinik zu kommen. Jetzt sind Sie gut aufgehoben, und wenn Sie tun, was wir Ihnen sagen, können Sie einen angenehmen Krankenhausaufenthalt haben, während Ihr Körper wieder gesund wird. Werden Sie tun, was wir Ihnen sagen?*«
  Kommentar: Diese Unterhaltung lässt den Patienten wissen, dass er sich jetzt bei Fachleuten befindet, und dass er seinen Teil schon völlig richtig gemacht hat und nun seine Kampf-

oder Fluchtreaktion getrost beiseitelegen kann (er hat sich ja bereits ins Krankenhaus geflüchtet), durch die Hormone freigesetzt werden, die die normale Immunreaktion und den Stoffwechsel beeinträchtigen. Damit geht implizit auch die prähypnotische Suggestion einher, dass er in Sicherheit ist und sich wohlfühlen kann, wenn er sich einlässt.

- Patient: »Ja« oder »Ich will's versuchen.«
  Kommentar: Mit seiner Zusage ist der Patient ein hypnotisches Bündnis eingegangen, das so gut ist wie jede Trance.
- Arzt: »*Das Erste, worum ich Sie bitte, ist, die Fürsorge für diese Verbrennung vollkommen an uns zu übertragen. Sie brauchen sich dann überhaupt nicht darum zu sorgen. Und zum Zweiten sollen Sie klar sehen, dass Sie mit Ihren Gedanken einen erheblichen Einfluss auf Ihren Heilungsprozess ausüben können. Haben Sie schon einmal beobachtet, wie eine Person tief errötet oder vor Angst erbleicht?*«
  Kommentar: Verängstigte Patienten neigen dazu, beständig eine jede Empfindung und jedes neue Symptom zu analysieren und dem Arzt zu berichten. Überträgt der Patient die Verantwortung aber auf uns (das ganze Team), so ist er seiner Sorgen enthoben. Und zudem ist seine Aufmerksamkeit abgelenkt auf Dinge, an die er zuvor nicht gedacht hat.
- Patient: »Ja.«
  Kommentar: Selbst dunkelhäutige Menschen bemerken dieses Phänomen bei hellhäutigen.
- Arzt: »*Gut. Und Sie wissen, dass überhaupt nichts geschehen ist, außer dass ein Gedanke, eine Idee auftauchte, und all die kleinen Blutgefäße im Gesicht haben sich erweitert und haben zum Erröten geführt oder aber sich zusammengezogen und ein Erbleichen bewirkt. Das was Sie denken, beeinflusst die Blutzufuhr in Ihrer Haut und wiederum den Heilungsprozess und Sie können genau jetzt damit anfangen. Sie brauchen nur glückliche, entspannende und erfreuliche Gedanken, um all Ihre Heilkräfte freizusetzen. Rabbit hat gesagt: »Jeder Mensch hat etwas, worüber er sich freuen kann«, und wenn ich Ihnen sage, Sie sollen sich das vorstellen, so meine ich damit, Sie sollen sich vorstellen, Sie befinden sich an einem sicheren, friedlichen Ort, lassen es sich gut gehen, fühlen sich frei von aller Verantwortung und lassen sich einfach treiben. Was fällt Ihnen so ein, worüber Sie sich freuen könnten?*«
  Kommentar: Der Patient braucht etwas, wovon er das Gefühl hat, es lohnt sich für ihn, sich damit zu befassen. Dieser Ort, wo es ihm gut geht, könnte der Strand sein, das Fernsehen, Fischen, Golfspielen, Sticken, mit Puppen spielen usw. Das soll der Schlüssel werden für zukünftige schnelle Induktionen in Situationen, wenn beispielsweise die Verbände gewechselt werden müssen, usw. Einfach »an seinen Ort gehen, an dem es etwas Erfreuliches gibt«.
- Patient: »An den Strand gehen … oder …«
  Kommentar: Es ist hilfreich für den Arzt, wenn er weiß, worüber sich der Patient freuen kann, und es zu notieren, denn später kann er das vielleicht durch visuelle Vorstellungen verstärken.
- Arzt: »*Dann entspannen Sie sich und gehen jetzt zu Ihrem erfreulichen Ort, während wir uns um die Wunde kümmern. Machen Sie es sich bequem und richten Sie Ihre Augen nach oben als würden Sie oben auf Ihre Stirn schauen, und holen Sie tief, tief Luft, und während Sie Atem schöpfen schließen Sie allmählich Ihre Augen, und während Sie die Luft wieder ausströmen lassen, lassen Sie Ihre Augen sich entspannen und lassen Sie jeden Nerv und jede Faser Ihres Körpers locker werden* (langsam und rhythmisch). *Lassen Sie Ihre Glieder müde werden, schwer wie Blei. Und dann erlauben Sie Ihrem Geist wegzugehen zu Ihrem erfreulichen Ort und …*« (bildhafte Vorstellung dieses Orts).
  Kommentar: Diese einfache Induktion führt gewöhnlich fast unmittelbar zu einer tiefen Trance. Eine solch kurze Unterhaltung verzögert üblicherweise nicht den medizinischen Ablauf in der Notaufnahme. Meist wird bei Eintreffen des Patienten in der Notaufnahme ein Analgetikum verabreicht, Blut abgenommen, eine Infusion gelegt und eine Kaltwasseranwendung vorgenommen, bis der Arzt eintrifft. Dies alles kann auch während der Unterhaltung geschehen. Ein in Eiswasser getauchtes Handtuch verschafft unmittelbare Erleichterung von den Schmerzen, die unmittelbar nach einer frischen Verbrennung einsetzen. Da

Erfrierungen ebenso ernste Verletzungen wie Verbrennungen sind, sollte der Patient nicht in Eis gepackt werden; in Eiswasser getränkte Handtücher sind dagegen sehr hilfreich. Tatsächlich konnten Chapman et al. (1959a) zeigen, dass Eiswasseranwendung bei einer Verbrennung die Freisetzung von Entzündungsenzymen für Stunden in Schach halten kann, sodass reichlich Zeit bleibt, einen qualifizierten Hypnotherapeuten zu Hilfe zu rufen, wenn der erstversorgende Arzt nicht über die hypnotischen Fertigkeiten verfügt.

- Arzt: »*Nun, während Sie dort sind an Ihrem erfreulichen Ort, möchte ich, dass Sie auch bemerken, dass der gesamte verletzte Bereich sich kühl und angenehm anfühlt. Spüren Sie, wie kühl und angenehm das ist, und wenn Sie es wirklich spüren können, werden Sie es mich wissen lassen, denn dieser Finger* (Berührung eines Zeigefingers) *wird langsam hochgehen, um anzuzeigen, dass der gesamte verletzte Bereich kühl und angenehm ist.*«
  Kommentar: Zu diesem Zeitpunkt werden dem Patienten Eiswassertücher aufgelegt und die Schmerzlinderung setzt ein, sodass er sich tatsächlich kühl und angenehm fühlt. Es ist viel einfacher, eine Empfindung hypnotisch weiterzuführen, die bereits vorhanden ist, als sich ihr Gegenteil vorzustellen. Die Suggestion »kühl und angenehm« wirkt der Entzündung entgegen, und wenn der Patient sie annimmt, kann er sich nicht heiß und schmerzgeplagt fühlen. Von nun an tritt das Wort verletzt, wann immer es möglich ist, an die Stelle des Wortes Verbrennung, denn die Patienten beschreiben ihren Schmerz als brennend. Es ist auch nicht günstig, spezielle Körperpartien wie Hand, Nacken usw. anzusprechen, sondern in den Suggestionen allgemein zu bleiben; denn während es den angesprochenen Partien gut gehen kann, ist ein anderer Bereich, der vergessen wurde, vielleicht in schlechter Verfassung (Ewin 1986a).
- Arzt (nachdem er ideomotorische Signale erhalten hat): »*Nun lassen Sie Ihr Inneres sich ganz darauf konzentrieren, wie Sie sich kühl und angenehm fühlen, und das können Sie beibehalten während Ihres gesamten Klinikaufenthaltes. Sie können es genießen, so oft Sie wollen, zu Ihrem erfreulichen Ort zu gehen, und Sie werden in der Lage sein, alle schlimmen Dinge auszublenden, die wir tun müssen, und auch alles Negative, was geredet wird.*«
  Kommentar: Ich lasse den Patienten einfach in Trance, setze die Erstversorgung fort und verlege ihn in die Abteilung für Verbrennungen. Häufig wird er in Schlaf fallen.
- Arzt: »Gehen Sie zu Ihrem erfreulichen Ort.«
  Kommentar: Das ist an den folgenden Tagen alles, was der Patient gewöhnlich als Signal benötigt, um in Hypnose zu gehen und die Maßnahmen am Krankenbett, physikalische Therapie usw. zu ertragen. Bei Verbrennungen, die weniger als 20% der Körperoberfläche betreffen, reichen gewöhnlich diese Suggestionen und die anfängliche Trance aus, während bei großflächigeren Verbrennungen wiederholte Suggestionen nötig sind, Schmerz, Appetitlosigkeit und unkooperatives Verhalten zu kontrollieren (Crasilneck et al. 1955; Ewin 1973; Knudson-Cooper 1981; Patterson et al. 1989; Schafer 1975; Wakeman u. Kaplan 1978). Bei schwereren Verbrennungen, die vielfältige Operationen nötig machen, kann die Genesung des Patienten auch beeinflusst werden vom unbewussten Mithören pessimistischer Unterhaltungen während der Narkose (Ewin 1986b; Kaiser et al. 1993).

Es gibt ein hervorragendes Videoband von Dane über einen brandverletzten Patienten, der in Hypnose eine Wundsäuberung und einen Aufenthalt im Whirlpool hinter sich brachte. Es ist über die Bibliothek der American Society of Clinical Hypnosis zu beziehen.

54.2.2 Schuldgefühle und Wut

Nachdem der bloße Gedanke eine »Verbrennung« hervorrufen kann (s. oben), vermögen fortgesetzte Schuldgefühle und Wut den Heilungsprozess zu verhindern und sollten behandelt werden, wenn am 1. oder 2. Tag nach Aufnahme ins Krankenhaus die emotionale Schockreaktion einsetzt (Mattsson 1975). Falls der Patient selbst die Verletzung verursacht hat und sich deshalb schuldig fühlt, betone ich, dass dies unabsichtlich geschah, dass er schon genug

gestraft ist und seine Lektion gelernt hat und nicht mehr vergessen wird, sodass das nie wieder passieren wird. Hat ein anderer den Fehler begangen und der Patient ist wütend, so hebe ich hervor, dass unser vorrangiges Anliegen die Heilung ist. Wir stellen Assoziationen her zwischen Wut und der Verbrennung, wie z. B. »wutentbrannt« etc. Wieder gesund zu werden hat nichts mit den rechtlichen Interessen des Patienten zu tun, die kommen später. Wenn es sich um einen Unfall handelt, bitte ich meinen Patienten, demjenigen mit der bösen Absicht zu vergeben, auch wenn er plant rechtliche Schritte zur Wiedergutmachung einzuleiten. An seinem erfreulichen Ort ist kein Raum für Wut, deshalb erhält er die Anweisung, jene Gefühle bis nach der Heilung zurückzustellen.

54.2.3 Infektionen

Drei Viertel aller Todesfälle infolge von Verbrennungen ereignen sich aufgrund einer Sepsis (Simmons 1982). Hypnose hat einscheidende Auswirkungen auf Infektionen, allerdings ist noch unklar, wie sie wirkt. Als Esdaile (1846) in Indien anfing, hypnotische Anästhesie einzusetzen, ging die postoperative Todesrate, die auf Infektion zurückzuführen war, von 45% auf 5% zurück. Schafer (1975) berichtet, dass die Patienten, die er in seiner Spezialabteilung für Verbrennungsopfer hypnotisiert hat, ihre Heilung ohne Infektion erlebten. Generöserweise hielt er das der guten operativen Versorgung zugute, aber Chirurgen wissen das besser. Chong (1975) beschreibt die hypnotischen Affengott-Rituale, bei denen die Teilnehmer sich ohne Sterilisation Spieße durch die Wangen und das Fleisch bohren, und er merkt an, dass »niemals ein Fall von Sepsis oder Wundstarrkrampf berichtet worden« sei. Nach meiner Erfahrung mit Virusinfektionen wie Warzen (Ewin 1992) und Herpes ist hypnotische Intervention wirkungsvoll. Feller et al. (1976) zeigten in einer Multicenterstudie an 21.000 Patienten mit Verbrennungen, dass das Überleben statistisch nicht beeinflusst wurde durch die Art des angewandten topischen Antibiotikums, selbst dann nicht, wenn keines verwendet wurde.

Wie könnte Hypnose Infektionen beeinflussen? Die Stärke des Organismus und die Widerstandskraft des Patienten sind die entscheidenden Faktoren und mit Worten können wir vermutlich als Einziges die Widerstandskraft des Patienten beeinflussen. Aus der vergleichenden Physiologie können wir eine vernünftige Theorie herleiten: Viele Lebensformen zeigen einen besonderen inaktiven Zustand, der das Überleben begünstigt. Der Tetanusorganismus kann im Sporenstadium die Austrocknung überleben, sowie 5-minütiges Kochen und die Anwendung von Antibiotika; im vegetativen Zustand reagiert er auf Antibiotika und sogar auf Sauerstoff empfindlich. Eine Amöbe konnte nach 40-jähriger Trockenheit wiederbelebt werden und wird durch gewöhnliche Chlorbeigabe zum Trinkwasser oder die Anwendung irgendwelcher bisher bekannter Medikamente nicht geschädigt; in ihrer aktiven trophozoiten Form kann sie aber durch zahlreiche Amöbizide vernichtet werden. Pflanzen, auch Bäume, ruhen während der Winterzeit und können gefahrlos beschnitten, gepfropft und verpflanzt werden; während ihrer aktiven Wachstumsperiode im Frühjahr ist es unwahrscheinlich, dass sie die gleiche Behandlung überleben. Der Afrikanische Lungenfisch (Protopterus) kann außerhalb des Wassers etliche Jahre in einem Zustand ausgesetzter Vitalität verbringen, einer Art Sommerschlaf bzw. Sommerstarre. Das Erdhörnchen hält Winterschlaf, um Frost und Nahrungsknappheit zu überstehen, senkt dabei seinen Herzschlag von 300 Schlägen auf 10/min und reduziert seinen Stoffwechsel um das 30- bis 100-fache. Tiefe somnambule Trance gibt Menschen offenbar ähnlichen Schutz gegenüber möglichen tödlichen äußeren Attacken.

Untersuchungen auf dem Gebiet der Immunologie und Mikrochemie weisen darauf hin, dass Neuropeptide, sog. Botenstoffe von Nerven freigesetzt werden und als Cytokine wirken, die die Entzündlichkeit und die Immunreaktion beeinflussen (Pert et al. 1985). Dazu gehören die Substanz P, das Interleukin-1 und Interleukin-6, wie auch die gegenregulierenden Hormone Katecholamine, Cortisol und Glycogen (Fong et al. 1990; Payan 1989; Silver et al. 1990). In einem Übersichtartikel stellt Solomon (1987) über 30 Postulate zur zentralnervösen Immuninteraktion auf. Äußerst aufschlussreich ist auch Aders (1981) Demonstration der klassischen Konditionierung des Immunsystems bei Ratten.

Meine eigene Erfahrung deckt sich mit der von Esdaile (1846) und ich verwende inzwischen bei

Patienten mit Verbrennungen, die frühzeitig hypnotisiert worden sind und ambulant behandelt werden können, keine prophylaktischen systemischen Antibiotika mehr. Patienten mit schwereren Verbrennungen, die stationär behandelt werden müssen, sollten an eine Spezialklinik überwiesen werden. Bei den seltenen Patienten, die eine Infektion entwickeln, sollte ein Kultur angelegt und das passende Antibiotikum eingesetzt werden.

54.2.4 Regression und Depression

Patienten mit schweren Verbrennungen entwickeln leicht ein Gefühl der Hilflosigkeit und der Angst vor den vielen schmerzhaften Verbandswechseln und den Whirlpoolbädern, denen sie sich unterziehen müssen. Besonders Kinder regredieren ins Kleinkindalter, nässen und koten ein, sowohl ins Bett als auf ihre Wunden, was zur allgemeinen Morbidität beiträgt (LaBaw 1973). Schon allein im Bett zu liegen ist ein regressiver Akt. Verbrennungen betreffen selten die Fußsohlen. Sobald der Schock soweit unter Kontrolle ist, dass eine aufrechte Position ohne Hypotonie möglich ist, was nach 3 oder 4 Tagen der Fall ist, sollte der Patient ermutigt werden, »auf eigenen Füßen« zur Toilette zu gehen oder zumindest mit Unterstützung um sein Bett herumzugehen. Dies wirkt regressivem und depressivem Verhalten entgegen und setzt die physische und emotionale Rehabilitation in Gang.

54.2.5 Ernährung

Die Stoffwechselrate steigt bei Verbrennungen signifikant an und erreicht bei Verbrennungen von über 60% der Körperoberfläche ein Maximum, das beim Doppelten der normalen Rate liegt. Die Kalorienzufuhr den Erfordernissen anzupassen ist zur guten Wundheilung unerlässlich; jüngste Studien weisen darauf hin, dass Sondenernährung vor Endotoxämie bewahren kann und intravenöser Ernährung vorzuziehen ist (Deitch 1990). Patienten mit Verbrennungen bemerken oft den Geruch ihrer Sekretion, es ist ihnen übel oder sie sind appetitlos. Der Einsatz von Hypnose ist weitverbreitet zur Kontrolle der Übelkeit im Gefolge der Chemotherapie (Levitan 1992; Peter u. Gerl 1984, 1985), und Crasilneck et al. (1955) haben von einem entkräfteten Patienten mit Verbrennungen berichtet, der mittels hypnotischer Suggestionen seinen Teller leer essen und so seine normale Nahrungszufuhr auf 8000 Kcal pro Tag steigern konnte.

54.2.6 Körperbild und physikalische Rehabilitation

Entstellung ist immer schmerzlich und im Zeitalter des Bodybuilding, des Facelifting, der Brustimplantate und des Bikinis kann die kleinste Unvollkommenheit oder Narbe einen Patienten dazu bringen, sich wie das Phantom der Oper zu fühlen. Hat der Patient einen religiösen Hintergrund, so kann das eine starke Ressource sein. Ich hebe hervor, dass das wirkliche, echte Selbst immer noch da ist; er kann auch lernen jedem zu verzeihen, der nicht versteht und entsetzt schaut. Andere wiederum brauchen eher einen Erickson'schen Utilisationsansatz, indem jegliche Form der Ich-Stärke genutzt wird, über die der Patient verfügt.

Physische Rehabilitation erfordert die Entschlossenheit, Kontrakturen zu dehnen und dabei stechende Empfindungen oder andere Irritationen in den Narben zu übergehen oder zu modifizieren, Hitzeintoleranz zu überwinden (Wakeman 1988), vor allem aber auch weiterhin regelmäßig die physikalische Therapie zu absolvieren, bis eine maximale Besserung erreicht ist. Ärzte neigen dazu, das völlig dem Physiotherapeuten zu überlassen, was fast einem Im-Stich-Lassen des Patienten gleichkommt. Hypnotische Suggestionen, die sich an die Probleme gegen Behandlungsende richten, stellen eine abschließende Anteilnahme und Ermutigung dar und geben dem Arzt die einzigartige Gelegenheit, dem Patienten zu seiner Mitarbeit bei der Genesung zu gratulieren, wenn er wieder die volle Kontrolle über sein Leben übernimmt.

Die Veränderungen der kommenden 10 Jahre ansprechend, hatte schon 1988 der scheidende Präsident der American Burn Association hervorgehoben, dass »Hypnose und Entspannungstherapie allgemein eingesetzt würden«. Diese Feststellung war ermutigend.

Magen- und Darmspiegelungen

Stefan Junker

55.1 Theoretischer Hintergrund – 660
55.1.1 Psychische Situation der Patienten – 660
55.1.2 Psychische Situation des medizinischen Personals – 661
55.1.3 Pharmakologische Sedierung – 661

55.2 Interventionen – 661
55.2.1 Aufklärungsgespräch – 662
55.2.2 Untersuchungsvorbereitung – 663
55.2.3 Untersuchungsvorbereitung bei »Problempatienten« – 664
55.2.4 Ungünstige Wortwahl – 665
55.2.5 Hypnose bei Magenspiegelungen – 665
55.2.6 Hypnose bei Darmspiegelungen – 667
55.2.7 Abschluss der Untersuchung – 669

55.3 Diskussion – 670
55.3.1 Indikation und Kontraindikationen – 670
55.3.2 Empirische Belege – 671

Magen- und Darmspiegelungen gehören nach Meinung der meisten Menschen nicht zu den wirklich angenehmen Erfahrungen, die man bei einem Arzt machen kann. Viele Patienten sehen sich großen psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. In der alltäglichen Praxis ist die psychologische Patientenvorbereitung aus Zeit- und Kostengründen überwiegend auf die intravenöse Gabe von pharmakologischen Mitteln beschränkt. Häufig verfügt weder der Patient noch der untersuchende Arzt über die Copingfähigkeiten, um die Situation einer Endoskopie auch ohne intravenös verabreichte Sedativa stressfrei zu bewältigen. Doch nicht jeder Patient kommt für eine pharmakologische Vorbereitung in Frage, darüber hinaus beeinträchtigen Sedativa die Kommunikation mit dem Patienten. In diesem Abschnitt wird erläutert, wie Menschen durch Hypnose in kürzester Zeit auf Untersuchungen vorbereitet werden können.

55.1 Theoretischer Hintergrund

55.1.1 Psychische Situation der Patienten

Zwei Drittel der Patienten fühlen sich vor einer Magen- oder Darmspiegelung ängstlich, fast die Hälfte gibt sogar an, sehr große oder schreckliche Angst zu haben (Gebbensleben u. Rohde 1990). Diese Ängste lassen sich 3 verschiedenen Ursachen zuordnen:

1. Ein Teil der Patienten (24%) hatte bereits einmal eine sehr unangenehme Spiegelung und fürchtet nun, dass sich diese aversive Erfahrung wiederholen könnte.
2. Andere Patienten haben zwar noch keine solche Untersuchung erlebt, haben jedoch eine Reihe negativer Vermutungen: »Womöglich bekomme ich aufgrund des Schlauches im Hals kaum noch Luft. Könnte ich vielleicht sogar ersticken? Vielleicht muss ich so stark würgen, dass die Spiegelung bei mir gar nicht möglich ist. Wahrscheinlich wird das alles schreckliche Schmerzen verursachen.« Über all diesen Erwartungen kann dann noch so etwas wie Scham, Angst vor der Blamage und Befürchtung des Kontrollverlustes liegen. Vielfach (22%) rühren die dysfunktionalen Kognitionen von dem her, was die Patienten bisher von anderen über solche Untersuchungen gehört haben. Es zeigt sich, wie wichtig es ist, die Patienten über die »wahre« Natur einer Endoskopie aufzuklären. Wie schon der Stoiker Epiktet (50 n. Chr.) sagte:

   »Nicht die Dinge selbst, sondern die Vorstellungen von den Dingen beunruhigen den Menschen.«

3. Da sich unangenehme Vorstellungen durch sachliche Erläuterungen aber nur bedingt beeinflussen lassen, scheint es sehr sinnvoll, schon bei der Aufklärung über die anstehende Endoskopie hypnotische Kommunikationsstrategien anzuwenden und alle Sinneskanäle mit einzubeziehen.
4. Schließlich fürchten einige Patienten (24%) die Diagnose nach der Untersuchung.

All diese möglichen Ängste gilt es zu beachten. Nach Meichenbaum (1993) entsteht Stress dann, wenn die Anforderungen einer Situation die durch das Individuum wahrgenommenen Ressourcen zur Begegnung dieser Anforderungen übersteigen. Hypnotische Techniken können sowohl die Wahrnehmung von Situationen und Anforderungen beeinflussen, als auch die benötigten Ressourcen aktivieren, um Stress und Angst wirkungsvoll zu begegnen.

Im Wesentlichen tragen folgende Faktoren zur Angst des Patienten vor endoskopischen Untersuchungen bei:

- **Frühere aversive Erfahrung**
- **Negative Vermutungen wie Erstickungsangst, Angst vor Kontrollverlust, Angst vor Beschämung**
- **Stress für das Untersuchungsteam beinhaltet:**
- **Zeit- und Termindruck**
- **Sorgfaltstechnik und Verantwortung**
- **Erwartungsangst des Patienten**

55.1.2 Psychische Situation des medizinischen Personals

Nicht nur der Patient ist großem Stresspotenzial ausgesetzt. Auch die Situation des Untersuchungsteams gilt es zu bedenken. Ärzte stehen oft unter Zeit- und Termindruck, erheblicher Sorgfaltspflicht und großer Verantwortung. Die Patienten sollen eine möglichst angenehme Spiegelung haben und die Praxis/Klinik zufrieden verlassen. Steht der Arzt unter Druck und ist angespannt, wirkt sich dies auch nachteilig auf das Wohlbefinden des Patienten aus. Nur wer seinen Arzt als souveränen, ruhigen und sicheren Partner wahrnimmt, kann sich vertrauensvoll der Endoskopie unterziehen. Die wechselseitige Beeinflussung von Arzt und Patient ist nicht zu unterschätzen. Für einen gewissen Zeitraum bilden beide ein gemeinsames System, in dem jede Beeinträchtigung eines Teils unweigerlich andere Teile beeinflusst. Die Vorbereitung des Patienten auf die Untersuchung ist deshalb nicht von der eigenen Vorbereitung des Arztes zu trennen. Der Einsatz von selbsthypnotischen Entspannungstechniken und Autosuggestionen kann hier hilfreich sein.

55.1.3 Pharmakologische Sedierung

Gewöhnlich werden Medikamente zur Sedierung wie das Benzodiazepin Midazolam (Dormicum) eingesetzt, um die Angst der Patienten zu lindern. Hierbei muss jedoch beachtet werden: 60% der Todesfälle bei einer Endoskopie sind auf durch die Sedierung verursachte kardiopulmonale Komplikationen zurückzuführen (Bell 1990, zit. nach Frühmorgen 1998), nicht auf den eigentlichen Untersuchungsvorgang. Aufgrund der Risiken und Nebenwirkungen sind viele Patienten für die Prämedikation kaum geeignet. Bei schlechtem Allgemeinzustand, Herzinsuffizienz, koronarer Herzerkrankung, schwerwiegenden Herzfehlern, pulmonalen Erkrankungen und hohem Patientenalter sollte von einer Sedierung abgesehen werden (Hahn et al. 1999). Auch bei schwangeren Frauen wird eine Sedierung eher nicht angeraten. Manche ambulante Patienten müssen direkt nach dem Arztbesuch arbeiten, Fahrzeuge lenken oder auf kleine Kinder aufpassen – alles nicht möglich, wenn Sedativa zum Einsatz kamen. Andere äußern den schlichten Wunsch, keine »Chemie« verabreicht zu bekommen.

Selbst wenn keine Kontraindikationen vorliegen, sind die Effekte der Prämedikation nicht immer wünschenswert. Intravenös verabreichte Sedativa tendieren dazu, Bereiche des Hirnstamms von der kortikalen Kontrolle abzutrennen (McCloy 1992). Somit können sedierte Patienten zu unkooperativen Patienten werden, die mit basalen Überlebensreflexen reagieren. Es kann zu regelrechten paradoxen Reaktionen kommen. Auf verbale Beruhigungsversuche erfolgt dann kaum die gewünschte Reaktion. Somit begünstigen Sedativa nicht die Compliance des Patienten, sondern verschlechtern sie. Der Rapport kann abreißen – wenn er denn überhaupt vorhanden war.

Können oder sollen Sedativa nicht verabreicht werden, blieb den meisten Patienten bisher keine andere Möglichkeit als die »Augen-zu-und-durch-Methode«. In solchen Fällen kann Hypnose nach heutigem Forschungsstand als absolut indiziert angesehen werden. Sie gibt dem Gastroenterologen ein neues »Tool« für seinen Werkzeugkoffer, welches ihn befähigt, in vielfältigen Situationen souverän und sicher zu **inter**agieren, wo er bisher nur mit kommunikativen Notbehelfen **re**agieren konnte.

55.2 Interventionen

Magen- und Darmspiegelung weisen einige Unterschiede auf, woraus sich teilweise abweichende Vorgehensweisen ableiten. Bei Magenspiegelungen spielen furchterregende Gedanken vielfach eine Rolle, die damit verbunden sind, etwas im Hals stecken zu haben. »Bekomme ich Luft? Muss ich mich übergeben?« Die Linderung der Angst steht im Vordergrund. Daneben ist es wichtig, dass der Patient so entspannt wie möglich auf dem Untersuchungstisch liegt, da er dann am leichtesten zu endoskopieren ist. Kann sich der Patient entspannen und seine Angst ablegen, ist auch das Risiko von Würgeattacken stark vermindert.

Bei Darmspiegelungen gilt es neben der Angst mit der potenziellen Schmerzhaftigkeit der Untersuchung umzugehen. Hier soll die Hypnose also anxiolytisch und analgetisch wirken. Darüber hinaus ist

Scham ein wichtiges Thema. Die Patienten müssen ihren After entblößen und sich in diesem Intimbereich intensiv berühren lassen. Auf Grund in den Darm gepumpter Luft ist es wichtig, diese durch Anspannung wieder nach außen zu befördern. Auch ist es für das Voranschieben des Instrumentes gegebenenfalls nötig, dass der Patient sich von der Seiten- in die Rückenlage dreht. Völlige körperliche Entspannung ist also kontraindiziert.

Die im Folgenden vorgeschlagenen Interventionen sind zeitlich so kurz wie möglich gehalten. Im Durchschnitt benötigt man für die Induktion ca. 5 min. Diese Dauer ist mit dem zeitlichen Aufwand einer Prämedikation (venösen Zugang legen, Pulsoximeter anschließen, Medikament aufziehen und einspritzen, Wirkung abwarten) vergleichbar. Dadurch ist die Hypnose ohne weiteren Aufwand direkt in den klinischen Alltag integrierbar. Selbst wenn keine formale Induktion durchgeführt wird, können viele der Interventionen für Arzt und Patient eine große Erleichterung der Untersuchung bewirken.

55.2.1 Aufklärungsgespräch

Patienten, bei denen eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt wird, sehen den untersuchenden Arzt häufig zum ersten und einzigen Mal. Die Zeit, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu etablieren, ist denkbar kurz. Es scheint banal, wird jedoch oft vergessen: Schon ein Händedruck zur Begrüßung begünstigt den Rapport. Wenn man dabei noch kurz und nahezu unmerklich den Unterarm des Patienten mit der linken Hand berührt, kann der Rapport noch weiter verstärkt werden (Kleinke 1977; Smith et al. 1982). Bei der Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen zur Endoskopie ist zu beachten, dass sie, juristisch korrekt, alle nur denkbaren Komplikationen (Verletzung von Kehlkopf oder Luftröhre, Atemstillstand, Blutvergiftung, Perforation von Magen/Darm etc.) beschreiben, was beunruhigend wirken kann. Die Wahrnehmung des Patienten sollte unbedingt wieder auf positive Aspekte gelenkt werden. So kann z. B. darauf hingewiesen werden, dass die Untersuchungen in nahezu allen Fällen gut verlaufen und es sich um einen Routinevorgang handelt.

Liegen keine medizinischen Gründe vor, die gegen eine medikamentöse Sedierung sprechen, sollte der Patient selbst entscheiden können, ob er die Untersuchung »mit Beruhigungsspritze«, einer »speziell für diese Art Untersuchungen entwickelten Entspannungstechnik« (= Hypnose) oder »ohne Alles« durchführen lassen will. Entscheidet sich der Patient aus freien Stücken für die »Entspannungstechnik«, weist er deutlich mehr Motivation auf, den Instruktionen auch zu folgen. Überzeugungsversuche würden nur dazu führen, dass sich die Compliance verschlechtert und der Patient die Verantwortung für sein Wohlergehen vollständig dem Arzt zuschiebt. Natürlich kann man gute Gründe angeben, die für den Einsatz der »Entspannungstechnik« sprechen, z. B. ihre Bewährtheit:

»Nahezu alle Patienten machen sehr gute Erfahrungen mit dieser Entspannungstechnik. Dadurch können wir uns in ganz besonderer Weise um Ihr Wohlbefinden kümmern.«

Auf die Verwendung des Wortes »Hypnose« wird bewusst verzichtet, da in der Bevölkerung häufig ein stark verzerrtes Bild von Hypnose vorherrscht, das durch die »Effekthaschereien« von »Showhypnotiseuren« in den Medien geprägt ist. Die Ankündigung von Hypnose kann somit zur Aktivierung kontraproduktiver Vorstellungen und sogar zu Ängsten führen, die in kurzer Zeit oft kaum entkräftet werden können. Die Ankündigung von Hypnose bedeutet dann, dass sie, zumindest formal, nicht mehr durchgeführt werden kann und der Patient besonders darauf achtet, was mit ihm geschieht.

In das Aufklärungsgespräch sollten möglichst »Seedingelemente« eingefügt werden. Das bedeutet, dass man Ideen darüber »aussät«, wie die bevorstehende Erfahrung wohl sein wird. Geht die Saat auf, haben die Ideen wahrnehmungskonstruierende Wirkung:

»Die Untersuchung ist nur sehr kurz. Vermutlich werden Sie sich wundern, wie schnell Sie wieder vorbei ist. Während der Untersuchung werden wir kleine Proben entnehmen, wovon Sie aber nichts bemerken werden, da der Magen/Darm dafür völlig unempfindlich ist. Damit wir alles Wichtige deutlich sehen können und die Untersuchung besonders rasch beendet ist, werden wir sanft frische Luft in den Magen

geben. Da ist es ganz normal, wenn Sie aufstoßen und rülpsen.«

Bei Darmspiegelungen muss sehr eindringlich darauf hingewiesen werden, dass die Luft wieder nach außen befördert werden soll, da der aufgeblähte Darm sonst sehr starke Schmerzen verursacht. Die Erfahrung zeigt, dass Patienten voller Scham sind, wenn ihnen in Gegenwart anderer Luft aus den Gedärmen gleitet. Höfliches Ermuntern reicht meist nicht, um die Schamgrenzen einzureißen. Das Resultat: eine sehr qualvolle Koloskopie. Der Scham kann am besten begegnet werden, indem das gewünschte Verhalten gesellschaftsfähig gemacht wird und der Arzt selbst die entsprechenden Worte in den Mund nimmt:

»… werden wir sanft frische Luft in den Darm geben. Da ist es normal und sogar sehr wichtig, dass Sie die Luft fahren lassen. Pupsen und furzen Sie nach Herzenslust, als ob Sie auf dem Klo sitzen! Lassen Sie es ordentlich krachen! Kann ich mich da auf Sie verlassen?«

Wie schon Nietzsche (1844–1900) sagte:

»Was ist das Menschlichste? – Jemandem Scham ersparen.«

55.2.2 Untersuchungsvorbereitung

Nachdem man den Patienten in den eigentlichen Untersuchungsraum geführt hat und er auf dem Untersuchungstisch liegt, wird das Seeding fortgesetzt:

»Die Entspannungstechnik wird dafür sorgen, dass Sie sich während der Untersuchung in einem besonderen, tranceähnlichen Zustand befinden. Dadurch werden Sie direkt nach der Untersuchung vollkommen fit und wach sein. Sobald Sie in diesem außergewöhnlich günstigen, veränderten Zustand sind, wird die Untersuchung direkt beginnen, damit sie besonders schnell wieder vorbei ist. Sind Sie damit einverstanden?«

Hier bestätigt der Patient abermals seinen Willen, die Endoskopie durchführen zu lassen, was die Compliance erhöht. Weiterhin wird durch die Formulierungen suggeriert, dass mit dem Beginn der Untersuchung ein außergewöhnlich günstiger Zustand beim Patienten eingetreten ist. Die nächsten Sätze zielen auf das Kontrollerleben und die eigenen Möglichkeiten des Patienten ab, etwas für sein Wohlergehen zu tun:

»Die Verantwortung liegt ganz bei Ihnen, Sie sind der Boss: Je aktiver und besser Sie mitarbeiten, desto einfacher wird die Untersuchung für Sie sein. Sie müssen dafür nichts tun, außer die ganze Zeit meinen Worten zu folgen. Deswegen möchte ich einen Vertrag mit Ihnen schließen. Sind Sie einverstanden damit? Sagen Sie: ‚Ich werde die ganze Zeit auf Ihre Worte hören', und geben Sie mir Ihre Hand darauf … sehr gut! Und sollte Ihnen irgendetwas an meinen Worten nicht passen, dann drehen Sie es einfach so, dass es für Sie stimmt.«

Durch die Übertragung der Verantwortung auf den Patienten wird eine »Opfer-« oder »Konsumentenhaltung« verhindert. Die »Je-desto«-Konstruktion verbindet die Mitarbeit des Patienten direkt damit, wie angenehm die Untersuchung sein wird. Dabei wird er mit der Verantwortung für sein eigenes Wohlergehen kaum überfordert sein, da er alle Fähigkeiten hat, die er dafür benötigt: Er muss lediglich zuhören. Und in nahezu ritueller Form beschwört er, dieser Verantwortung nachzukommen und den Worten zu folgen. Durch den Händedruck erhöht sich die Verbindlichkeit seiner Aussage, darüber hinaus wird das Gefühl der Nähe und Vertrautheit mit dem Arzt weiter verstärkt. Möglicher Reaktanzbildung wird vorgebeugt, indem unpassende Aussagen einfach abgeändert werden dürfen.

Um spätere Orientierungsreaktionen zu vermeiden, sollte die Endoskopieeinheit schon vor der Tranceinduktion kurz einmal eingeschaltet werden. Durch diese Demonstration wird dem Patienten das Geräusch der Absaugpumpe vertrauter. Ebenso sollte vor Magenspiegelungen der Beißring schon einmal zur Probe eingesetzt werden, dann aber noch einmal herausgenommen werden. Da das Wort »Beißring« Assoziationen in Richtung »Zähne zusammen beißen« wecken kann, hat es sich bewährt stattdessen »Mundstück« zu sagen.

Man sollte beachten, dass es verschiedene Stile der Angstverarbeitung gibt. Patienten, die eher den Copingstil »Sensitizer« (= Sensibilisierer) (Byrne 1964; Krohne 1976) haben, profitieren von Informationen über die Untersuchung und die Angst induzierende Situation, in der sie sich gerade befinden. Sie schauen sich neugierig bis hektisch um, nehmen die Dinge genauer ins Auge. Patienten vom Typ »Repressor« (= Abwehrer, Vermeider) hingegen tun dies nicht. Sie wenden sich lieber von den Dingen ab, die ihnen Angst machen. Wenn man allen Patienten vorsichtig anbietet, ihnen das Endoskop vorher kurz zu demonstrieren oder ihnen eine kurze Erläuterung zu den imposanten Gerätschaften zu geben, wird man beiden Stilen gerecht. Der »Sensitizer« wird das Angebot annehmen und interessiert zuhören und sogar nachfragen. Der »Repressor« wird eher dankend ablehnen oder auf indirekte Angebote nicht weiter eingehen (Wilson et al. 1982).

Wichtig für das Aufklärungsgespräch: alle Möglichkeiten zum Aufbau von Rapport nutzen

- **Patient soll frei wählen können, ob und welche Begleitmaßnahmen (Hypnose, Prämedikation) er erhält**
- **Positive Seedingelemente in die Kommunikation einfügen**
- **Dem Patienten durch Tabubrüche die Scham nehmen**
- **Den individuellen Angst-Copingstil des Patienten berücksichtigen:**
  - **»Sensitizer« → ausreichend Informationen vermitteln oder**
  - **»Repressor« → Ausblenden der Situation ermöglichen**
- **Orientierungsreaktionen vorbeugen und Kontrollerleben stärken**

55.2.3 Untersuchungsvorbereitung bei »Problempatienten«

Neben großer Angst gibt es weitere Aspekte, die eine Endoskopie, insbesondere eine Magenspiegelung, erschweren können. Manche Patienten neigen zu stark übersteigertem Würgereiz. Schon beim Anblick des Endoskops kann heftiges Würgen einsetzen. Vielfach weisen Patienten den Arzt schon im Vorgespräch darauf hin, dass sie nichts Großes herunterschlucken können, immer sehr schnell würgen müssen und dass sie sich fragen, ob eine Magenspiegelung so überhaupt möglich ist. In solchen Fällen sollte abgeklärt werden, ob der Patient selbst motiviert ist, sich untersuchen zu lassen, ob ihn das Ergebnis der Spiegelung also überhaupt interessiert. Sieht er sich nur als passives Opfer eines feindlichen medizinisch-technischen Systems, ist von der Durchführung in Hypnose abzuraten. Ist der Patient jedoch im Sinne seiner Gesundheit an der Untersuchung interessiert, kann auf folgende Weise interveniert werden:

»Wussten Sie, dass es Menschen gibt, die keinen Würgereflex haben? Nein? Das ist eine schlimme Sache … Wissen Sie, man hat da so einen Nerv, der heißt Nervus glossopharyngeus. Wenn der beeinträchtigt ist, kann man nicht mehr würgen, selbst wenn man wollte. Diese armen Menschen sind ständig davon bedroht zu ersticken! … Ihnen kann das zum Glück niemals passieren! Bei Ihnen funktioniert das alles ganz normal. Immerhin ist das ein überlebenswichtiger Reflex.«

Damit wird der Patient vom Träger des unerwünschten **Symptoms** »Würgen« zu einem in dieser Hinsicht gesunden Menschen, der die lebenswichtige **Fähigkeit** des Würgens besitzt. Er will diese Fähigkeit nicht einfach vollständig loswerden. Im Gegenteil: Er hat eben einen besonders gut funktionierenden überlebenswichtigen Reflex. Nun gilt es lediglich, diesen etwas besser zu kontrollieren:

»Wenn Sie wollen, kann ich Ihnen zeigen, wie Sie Ihren Reflex selbst hervorragend auf die Untersuchung vorbereiten können. Es gibt da nämlich einen Akupunkturpunkt, genau hier (die Kinngrube des Patienten berühren). *Den müssen Sie nur entlang des Meridians, von oben nach unten, mit der Fingerspitze massieren. Sehr gut machen Sie das!«*

Die Akupunkteure unter den Lesern mögen mir verzeihen, falls das im Sinne der traditionellen chinesischen Medizin nicht vollständig richtig wiedergegeben ist. Aus konstruktivistischer Sicht lässt sich mit dieser Anleitung die Wahrnehmung auf eine Aufgabe fokussieren. Der Patient wird vom passiven Opfer des Würgens zu einem aktiv beeinflussenden

Menschen. Er gewinnt den Eindruck von Kontrolle. Steigern lässt sich die Wirksamkeit dieser Technik noch dadurch, dass man den Patienten dazu anleitet, die andere Hand auf den Bauch zu legen und sie mit dem Atem ruhig zu heben und zu senken. Die zusätzliche Erläuterung »Wer atmet kann nicht würgen« ist hilfreich. Derart vorbereitet überfällt den Patienten während der Untersuchung beim Auftreten eines Würgens nicht gleich die Panik. Kommt es dennoch zu mehrmaligem heftigen Würgen, gilt es einem Kreislauf von Würgen, sich aufschaukelnder Kurzatmigkeit und Panik vorzubeugen. Dies erreicht man, indem der Patient angewiesen wird, einfach wieder auf die ruhige Bauchatmung zu achten. Unterstützend kann die Endoskopieschwester ihre Hand kurz auf den Bauch des Patienten legen oder seine Kinngrube berühren.

55.2.4 Ungünstige Wortwahl

Meist fallen im Laufe einer Magen- oder Darmspiegelung sehr gut gemeinte Sätze zur Beruhigung des Patienten. Enthalten diese Phrasen jedoch Wörter, die eine negative Bedeutung haben, geht der Schuss nach hinten los. Der rosa Elefant, an den man nicht denken soll, erscheint einem somit erst recht. Im Folgenden (Tab. 55.1) sind häufig verwendete ungünstige Aussagen aufgelistet. Daneben ist jeweils ein Vorschlag zu sehen, wie man sie in nützliche Suggestionen umformuliert.

Bei der Wortwahl auf positive Formulierungen achten!

55.2.5 Hypnose bei Magenspiegelungen

Zu Beginn der Tranceinduktion führt man eine Wahrnehmungsfokussierung auf den Atem durch. Je ruhiger und besser beeinflussbar die Atmung ist, desto besser kann späteren Würgeattacken vorgebeugt werden.

»Legen Sie nun einmal die rechte Hand auf Ihren Bauch … spüren Sie, wie der Atem die Hand hebt … und wieder senken kann … gut so … und genau so wird Ihr Körper die ganze Zeit über ruhig ein- … und ausatmen … und während Sie nun schon so wunderbar Ihre Atmung vorbereitet haben, können Sie vielleicht feststellen, ob sich die Luft im Hals beim Einatmen … oder beim Ausatmen … kälter … oder wärmer anfühlt … mmh … wenn Sie Ihre linke Schulter auf der Unterlage spüren … merken Sie … wie Sie sich mit dem Ausatmen noch mehr und mehr auf die Unterlage sinken lassen können … gut so …«

Bei diesen Ausführungen legt der Arzt eine Hand auf die rechte Schulter des Patienten und forciert die ruhige Atmung durch sanftes »pacing« und »leading«. Neben der atemberuhigenden Wirkung und dem Vertrauen suggerierenden Effekt der kör-

Tab. 55.1. Vorschläge zur Umformulierung negativer Aussagen in positive Suggestionen

Negativ formulierte Aussagen	Nützliche Suggestionen
Haben Sie keine Angst	→ Sie dürfen ganz beruhigt sein
Erschrecken Sie nicht	→ Vielleicht werden Sie gleich angenehm überrascht sein, oder sich doch eher wundern, wie seltsam leicht Ihnen alles fällt.
Das ist jetzt mal kurz unangenehm	→ Es kann sein, dass sich das Gefühl etwas verändert, um dann noch angenehmer zu werden
Nicht würgen	→ Sie dürfen wieder darauf achten, wie sich der Bauch beim Einatmen sanft hebt, und beim Ausatmen senkt. Sehr gut! Immer weiter so auf die angenehm ruhige Atmung achten. Wunderbar
Sie werden nicht ersticken	→ Sie können die ganze Zeit über angenehm frei durchatmen
Das ist wahrscheinlich nichts Bösartiges	→ Sie können schon jetzt beruhigt darüber sein, wie gutartig alles aussieht

perlichen Berührung kann man darüber hinaus annehmen, dass sich die ruhige Atmung an die Handberührung koppelt (konditioniert). Ist der Patient während der Spiegelung kurzatmig und aufgewühlt, kann ihn das Assistenzpersonal durch Auflegen einer Hand leichter wieder zur ruhigen Atmung zurückführen. Es folgt eine weitere Wahrnehmungsfokussierung:

»Um in einen noch angenehmeren Zustand zu kommen, ist es besonders hilfreich, wenn man sich auf eine spezielle Sache konzentrieren darf … beispielsweise dieses Licht … schauen Sie ab jetzt hundertprozentig genau in dieses Licht, hundertprozentig genau … halten Sie die Augen dabei ganz offen … und versuchen Sie den Lidschlag zu unterdrücken, so gut Sie es können … indem Sie mir einfach weiterhin so zuhören und sich bewusst vielleicht noch fragen, wie die Untersuchung wohl sein wird … was bei der Untersuchung herauskommt … werden sich bei Ihnen … erst noch unbewusst … sehr hilfreiche körperliche und geistige Veränderungen vollziehen … dabei haben Sie die ganze Zeit über die volle Kontrolle … wenn Sie wollen, hören Sie alles, wenn Sie wollen, bekommen Sie alles mit … Sie dürfen sich jetzt ganz bewusst dafür entscheiden, dass Ihr Unbewusstes bewusst die Kontrolle über Bewusstes und Unbewusstes übernimmt, genau so, wie es Ihnen besonders gut tut … selbst wenn Sie bewusst abwesend sein sollten, wird Ihr Unbewusstes die ganze Zeit über meinen Worten folgen können und auf die ruhige Bauchatmung achten … und weil Sie jetzt diesem Licht in die Augen schauen und sich vielleicht fragen, wann die Untersuchung wohl beginnt, ahnen Sie schon deutlicher, wie beruhigt und sicher Ihr Unbewusstes die Situation meistern kann … wenn ich jetzt bis drei zähle, werden Ihre Augen zugehen. Eins, zwei, zweieinhalb, zweidreiviertel, zweivierfünftel, zweifünfsechstel, drei …«

Dabei hält man eine Taschenlampe im Abstand von ca. 50 cm in 12-Uhr-Position vor die Augen des Patienten. Die verbalen Ausführungen suggerieren hilfreiche Veränderungen und unbewusste Copingfähigkeiten, bestärken das Kontrollerleben und sorgen für ein gewisses Maß an Konfusion. Schließlich wird die Lampe blitzschnell auf ein Auge zubewegt und dadurch ein Lidschlussreflex provoziert. Dann lässt man den Lichtkegel in einer Pendelbewegung abwechselnd über die geschlossenen Lider gleiten und sagt:

»… und mit dem wechselnden Licht gehen Sie mehr und mehr in Trance …«

Dann wird die Taschenlampe ausgeschaltet. Dieses Vorgehen ist hocheffektiv und vor allem schnell. Statt einer Taschenlampe kann auch die Spitze des Endoskops mit eingeschaltetem Licht verwendet werden. Wenn sich ein »Sensitizer« besonders für das Gerät interessiert hat, kann man so direkt zur Induktion übergehen. Bei manchen Menschen fangen die geschlossenen Lider stark zu zittern an. Eine sanfte Berührung der Nasenwurzel schafft hier meist sofortige Abhilfe. In der nächsten Phase folgt die Vertiefung des Trancezustandes. Die geistigen Prozesse werden zunehmend dissoziiert und ein sicherer innerer Ort wird unter Aktivierung aller Sinne (visuell, auditorisch, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch) eingerichtet:

»Ich möchte Sie bitten, nach innen zu schauen … und den Lichtpunkt zu suchen … zu beobachten … wie er sich verändert … und während sich ein Teil von Ihnen mit dem Lichtpunkt beschäftigt … kann sich ein anderer Teil eine Treppe vorstellen … eine Treppe mit zehn Stufen und einer noch geschlossenen Tür am anderen Ende … schauen Sie ruhig einmal, wie die Treppe beschaffen ist … und mit jeder Zahl, die ich jetzt sage, gehen Sie einfach eine Stufe weiter auf dieser Treppe … eins … zwei … und während Sie auf dieser Treppe entlanggehen, lassen Sie den Körper einfach im Untersuchungsraum zurück, genauso, wie man etwas zur Reparatur abgibt, und später wieder abholt … sehr gut so … drei … vier … mehr und mehr … fünf … sechs … weiter und weiter … sieben … acht … neun … und Sie strecken den Arm nach der Tür aus … zehn … öffnen sie, gehen hindurch, und schließen sie fest hinter sich zu … gut so … Sie befinden sich nun an einem Ort, an dem alles genau so ist, wie Sie es besonders gerne haben … vielleicht eine Art innerer Raum … oder etwa ein Lieblingsurlaubsort … oder einfach etwas ganz anders … schauen Sie sich ruhig einmal um … was es dort alles Wohliges und Angenehmes gibt … welche Farben dort besonders schön sind … vielleicht können auch Sie jetzt schon diese beruhigenden Geräusche hören … oder noch diese herrliche Stille … manche Leu-

te sagen, dass die Luft an Ihrem Ort sogar auf wunderbare Weise riecht oder schmeckt … wenn Sie wollen, dürfen Sie spüren, wie sich der Untergrund dort anfühlt, wo Sie es sich jetzt an Ihrem Ort bequem machen … sehr gut …«

Damit sind die Vorbereitungen für die eigentliche Untersuchung nahezu abgeschlossen. Um das Kontrollerleben des Patienten zu erhalten und sich seiner Compliance zu versichern, wird schließlich noch das finale Einverständnis zur Durchführung der Endoskopie eingeholt:

»Als Zeichen dafür, dass der Körper bereit für die Untersuchung ist, kann der Mund ganz in seinem Tempo aufgehen, um das Mundstück aufzunehmen … sehr schön … gut so …«

Sollte ein Patient tatsächlich einmal nicht den Mund öffnen, reicht es meist aus zu erwähnen, dass der wunderbar entspannte Körper sich dafür schon genau die Zeit nimmt, die er braucht. Mit sehr zartem Tippen auf das Kinn und dem Hinweis, dass Türen aufgehen, wenn angeklopft wird, lässt sich das noch beschleunigen. Wenn zwei Schwestern anwesend sind, ist es sinnvoll, dass eine an der Rückenseite des Patienten steht und ihre Hand auf die Schulter des Patienten legt. Die Untersuchung kann beginnen:

»Während die Untersuchung für den Körper nun beginnt, bekommt er sicher den Rücken gestützt. Deswegen können Sie einfach weiter diesen angenehmen Gedanken an Ihrem Ort nachgehen … und wenn der Körper etwas spürt, darf er noch beruhigter ein- … und ausatmen … sehr gut …«

Während der eigentlichen Untersuchung ist es meist nicht nötig, sich um die Aufrechterhaltung der Trance zu kümmern. In der Regel machen das die Patienten selbst ganz gut. Das Untersuchungsteam kann sich auf seine Arbeit konzentrieren und ganz normal miteinander reden, solange auf möglicherweise Angst induzierende Aussagen verzichtet wird. Gelegentlich sollte man einige Floskeln einfügen:

»… das läuft alles sehr gut … alles ist gut so, wie es ist … und da ist wieder ein Zeichen für die beruhigende Wirksamkeit … ruhige Gelassenheit … wunderbare Leichtigkeit … und weiter den angenehmen Gedanken nachgehen …«

55.2.6 Hypnose bei Darmspiegelungen

Wie unter ▶ Abschn. 55.2.2 beschrieben, schließt man mit dem Patienten einen »Vertrag« und besiegelt ihn mit Händedruck. Bei diesem Händedruck kann man direkt den nächsten Schritt ansetzen, dem Erzeugen eines starren Arms. Diese Katalepsie wird dann genutzt, um eine Unempfindlichkeit der Hand zu erzielen (Handschuhanästhesie). Die Schmerzunempfindlichkeit wird wiederum auf den Bauchraum übertragen.

»Drücken Sie mir mal richtig fest die Hand. Machen Sie ab jetzt bitte nichts mehr mit Absicht, lassen Sie einfach alles geschehen. Sie können die Augen jetzt sofort schließen, um dann in den nächsten Minuten mehr und mehr diese besondere Art der tranceartigen Entspannung genießen zu können, oder Sie lassen sich noch einige Sekunden Zeit, weil Sie dadurch besonders schnell in diesen wunderbar veränderten Zustand kommen … und während sich die Augen schließen, können Sie auf Ihre Atmung achten … wie sich der Bauch beim Einatmen hebt … und beim Ausatmen senkt … sehr gut … einfach weiter darauf achten, wie die Luft durch die Nase und den Rachen ein- und wieder ausströmt …«

Während dieser Ausführungen beendet man plötzlich den eigenen festen Händedruck und lässt die Hand locker, ohne sie jedoch zurückzuziehen. Der Patient ist darauf nicht gefasst, hat seine Aufmerksamkeit auf den Atem fixiert und behält den eigenen festen Händedruck bei, was in der Folge eine »echte« Katalepsie bewirkt. Unterstützend kann man mit der linken Hand die Hand des Patienten an verschiedenen Stellen leicht antippen. Dadurch induziert bzw. verstärkt man ein gewisses befremdliches Gefühl in der Hand des Patienten. Schließlich zieht man, unter weiterem Tippen, die eigene Hand langsam heraus. Sollte sich mit dieser auf Milton Erickson (Erickson et al. 1976) zurückgehenden Methode (»handshake induction«) binnen einer Minute keine Armstarre einstellen, geht man

zu einer anderen, auf Barber (1977) zurückgehende Methode (»rapid induction analgesia«) über, um die Katalepsie zu erzielen:

*»Wenn ich ‚jetzt' sage, atmen sie tief ein und halten die Luft an … **Jetzt!**«*

Dann greift man, für den Patienten völlig überraschend, mit der linken Hand den Arm des Patienten knapp unterhalb des Handgelenks und reißt ihn sehr schnell senkrecht empor. Mit der rechten Hand drückt man den Ellenbogen in die Streckung. Selbstverständlich sollte man, bevor man diese Methode verwendet, im Vorgespräch erfragen, ob keine Beschwerden oder Einschränkungen des Bewegungsapparates vorliegen. Durch diese »Überrumpelung« entsteht beim Patienten ein starkes Ausmaß an Konfusion, was ihn besonders empfänglich für Suggestionen macht. Deshalb spricht man mit schneller und direktiver Stimme:

»Und der Arm wird steif, ganz steif und starr, wie eine Eisenstange, unbeweglich und hart, und während Sie nun entspannt weiteratmen, bleibt der Arm fest und kerzengerade wie ein Fahnenmast im Wind stehen.«

Der Arm sollte nur einen winzigen Augenblick so gehalten und dann sofort losgelassen werden. Egal wie die Katalepsie des Armes nun erzielt worden ist, man fährt fort:

»Mehr und mehr stellen sich Veränderungen im Körper ein … und ich weiß nicht, woran Sie zuerst merken, dass das Gefühl aus der Hand weicht … mehr daran, dass sie sich immer dumpfer und unempfindlicher anfühlt … oder daran, dass sie sich irgendwie kühl und taub anfühlt …«

Zur taktilen Unterstützung dieser Suggestionen kann man der Hand, vom Patienten unbemerkt, Luft zufächeln, wodurch sich unweigerlich ein Gefühl der Kühle einstellt. Dann tippt man weiter auf den Handrücken und die Fingerspitzen, bezieht schließlich auch den restlichen Arm mit ein.

»… beobachten Sie einfach weiter, wie sich dieses Gefühl der Taubheit im Arm ausbreitet … manche Menschen sagen auch, dass es sich eher pelzig und angenehm kribbelnd anfühlt … dieses Gefühl kann sich … in seinem eigenen Tempo … ganz von selbst überall dorthin ausbreiten, wo Ihr Körper es besonders gut gebrauchen kann …«

Dabei tippt man mit den Fingerspitzen vorsichtig auf verschiedene Stellen des Bauchraumes, um die Analgesie somit von der Hand auf das Abdomen zu übertragen.

»… während Sie sich bewusst vielleicht noch fragen, wie Ihr Körper das macht … haben sich unbewusst schon viele hilfreiche Veränderungen eingestellt … Sie dürfen den Körper einfach ausruhen lassen, während die Untersuchung nun beginnt … alles was Sie hören werden, und alles was Sie fühlen werden, hilft dabei, dass Sie noch weiter und weiter in diesen besonderen, seltsam angenehmen Zustand gleiten … wenn Sie möchten, können Sie die Zeit nutzen, um einfach mal wieder den angenehmen Gedanken nachzugehen, an die Dinge zu denken, die Ihnen Freude bereiten …«

Nun kann mit der Koloskopie begonnen werden. Bei älteren und gebrechlicheren Menschen ist es vorzuziehen, die Katalepsie des Armes vor Untersuchungsbeginn wieder aufzuheben. Dies erreicht man, indem man den Arm wieder an Handgelenk und Ellenbogen fasst, Beweglichkeit der Gelenke und Schlaffheit des Armes suggeriert und ihn ablegt. Andernfalls können Verspannungen resultieren. Bei etwas jüngeren und körperlich fitteren Menschen kann die Katalepsie für die Dauer der Untersuchung bestehen bleiben. Sollten trotz Analgesiesuggestionen stärkere Schmerzen auftreten, kann der Arm dann folgendermaßen genutzt werden:

»Der starre Arm ist wie ein Blitzableiter, durch den all diese Gefühle abgeleitet werden. Je steifer und fester der Arm, desto besser funktioniert der Blitzableiter. Sehr gut machen Sie das.«

Während der ganzen Untersuchung sollte der Patient immer wieder mit deutlichen Worten zum »Luftfahrenlassen« angewiesen werden. Bei Anwendung des hier beschriebenen Vorgehens zeigen die meisten Patienten so gut wie keine Schmerzreaktionen. Auch bei den gewöhnlich starken Schmerz verursa-

chenden Schleifenbildungen des Endoskops reicht die hypnotische Analgesie aus. Polypektomien können wie sonst üblich vorgenommen werden. In der Regel unterstützt eine Schwester das Vorankommen des Endoskops durch heftiges Massieren der entsprechenden Eingeweide. Dabei kann man erwähnen, wie angenehm es sein kann, sich wie ein Kind sanft den Bauch streicheln zu lassen. Sollte ein Wechsel der Seiten- in die Rückenlage notwendig sein, kann der Patient direkt gebeten werden, sich zu drehen:

»Und wie das beim Schlummern in Trance so ist, dreht man sich irgendwann auf den Rücken herum. Dabei bleibt man hinter seinen verschlossenen Augen einfach bei den angenehmen Gedanken. Wir helfen Ihnen jetzt, dass auch Sie sich beim Schlummern langsam auf den Rücken drehen können.«

55.2.7 Abschluss der Untersuchung

Wenn das Ende der Untersuchung abzusehen ist, können posthypnotische Suggestionen gegeben werden. Sinnvoll ist es, die eben erlebte Copingfähigkeit als Ressource für zukünftige medizinische Untersuchungen, egal welcher Art, zu bewahren:

»Sie dürfen sehr stolz auf sich sein … diese guten Fähigkeiten in Ihnen einfach so aktivieren zu können … und wenn Ihr Körper wieder einmal eine Untersuchung hat, werden Sie noch schneller und wunderbarer von ganz allein in diesen guten Zustand gehen können … indem Sie einfach die Augen schließen … und sich beruhigt auf das Ein- … und Ausatmen konzentrieren …«

Aber auch in Hypnose ist nicht immer alles angenehm, was erlebt wird. Deshalb kann es sinnvoll sein, Suggestionen für Vergessen zu geben. Durch den eigentlichen Zustand der Hypnose erzielt man allein noch kein hohes Ausmaß an Amnesie (Bongartz 1985). Gezielte Suggestionen können jedoch sehr förderlich sein. Man sollte nicht erwarten, mit Vorsatz eine 100%ige Amnesie erzeugen zu können. Würde man dem Patienten sagen, dass er nach der Untersuchung überhaupt nichts mehr erinnern kann, würde sich dieser beim Verlassen der Praxis doch wundern, dass er sich sehr wohl an gewisse Aspekte der Endoskopie erinnert. Womöglich würde er bei einer solchen Aussage sogar die Glaubwürdigkeit des Arztes in Frage stellen. Als hilfreich haben sich folgende Phrasen erwiesen:

»Es ist nicht wichtig, dass Sie sich später an alles genau erinnern können … vielleicht werden Sie es sogar schwierig und mühsam finden, sich an alle Dinge genau zu erinnern, die Sie hier erlebt haben …«

Ein kleiner Teil der Patienten öffnet direkt nach dem Ausführen des Endoskops die Augen von selbst. Man sollte aber nicht davon ausgehen, dass der Patient sich bereits vollständig rückorientiert hat. Die normale Rücknahme der Trance kann so erfolgen:

»Mehr und mehr kehrt das normale Gefühl vollständig in den Körper zurück. Ich werde gleich bis drei zählen und damit die Untersuchung beenden. Wenn Sie die Zahl ‚Drei' hören, öffnen Sie die Augen, atmen tief ein- und aus und sind wieder im Hier-und-Jetzt. (bei Magenspiegelungen: Nehmen Sie dann bitte das unter Ihrem Kopf liegende Tuch in die Hand und spucken Sie die restliche Flüssigkeit aus.) … eins … schon mal die Hände ein wenig bewegen … zwei … Arme und Beine bewegen … und drei! Augen auf, (bei Magenspiegelungen: alles ausspucken) und tief durchatmen. Gut haben Sie das gemacht! Lassen Sie sich ruhig einen Augenblick Zeit, um wieder richtig hier anzukommen. Strecken und recken Sie sich noch ein wenig.«

Zur vollständigen Sicherstellung der Rückorientierung kann man erneut für Konfusion sorgen, indem man die Patienten mit ernster Miene anblickt und sie auffordert: »Sagen Sie mal: Der kleine Kapplan klebt Pappplakate.« Dieser Anweisung leistet tatsächlich jeder Patient Folge, um sich dann mit schmunzelndem Gesicht vom Untersuchungstisch zu erheben. Manch einer bricht sogar unter einem Lachkrampf zusammen, wenn er über die eigene Zunge stolpert. Bewältigt der Patient die Aufgabe mit Bravour, kann man ihn loben: »Sehr gut. Sie sind ja schon wieder vollkommen fit!« Gelingt es ihm hingegen nicht: »Sie sind ja noch herrlich entspannt, wie man an Ihrer Zunge hört. Nehmen Sie die Entspannung ruhig mit in den All-

tag.« Der Zungenbrecher erfüllt einen mehrfachen Zweck:

- Durch die völlig unerwartete Aufmerksamkeitsumlenkung wird das Entstehen von Amnesie für den Untersuchungszeitraum gefördert.
- Patienten erinnern sich gewöhnlich weniger an die Dauer einer Untersuchung, als an ihren schlimmsten Moment und das Ende. Die Untersuchung endet hier mit einem Schmunzeln, bleibt somit eher in guter Erinnerung.
- Wie auch immer die Aufgabe bewältigt wird: Man erhält eine positive Rückmeldung über den eigenen Zustand (»vollkommen fit« oder »herrlich entspannt«) und somit einen Hinweis auf das eigene gute Coping.
- Wenn der Patient die Endoskopie verlässt und am Wartebereich vorbei kommt, macht er einen gut gelaunten Eindruck. Das schafft bei den nächsten Patienten positivere Erwartungshaltungen.

Hier noch einige Zungenbrecher zur Auswahl:

- Es klebt in meinem Kannenset Kartoffelpufferpfannenfett!

Wer es bei Magenspiegelungen zynisch mag:

- Er würgte eine Klapperschlang', bis ihre Klapper schlapper klang.

Schließlich noch für englischsprachige Patienten:

- How much wood would a woodchuck chuck if a woodchuck could chuck wood?

Die Hypnose soll mit einer unerwarteten, positiven Umlenkung der Aufmerksamkeit beendet werden.

55.3 Diskussion

55.3.1 Indikation und Kontraindikationen

Hypnotische Strategien sollten bei Magen- und Darmspiegelungen mindestens dann eingesetzt werden, wenn der Patient aus persönlichen oder medizinischen Gründen keine Schmerzmittel oder eine intravenöse Sedierung erhalten kann. Nach gegenwärtigem Forschungsstand (Junker 2004, 2005) stellt Hypnose die beste Methode der psychologischen Vorbereitung bei Magenspiegelungen dar, einer Vorbereitung mit Entspannungstechniken weit überlegen und pharmakologischem Vorgehen ebenbürtig. Sie zeigt dabei ein eigenes Wirkungsprofil: Männer haben mit Hypnose deutlich günstigere Untersuchungsverläufe als Frauen. Bei Sedierung mit Midazolam spielt das Geschlecht keine Rolle, ebenso bei der Anwendung von Entspannungstechniken. Hat der Patient bereits Erfahrungen mit Magenspiegelungen, ist Hypnose nur dann weniger geeignet, wenn er dabei früher Sedativa erhalten hat. Das Alter der Patienten spielt bei Hypnose keine Rolle. Wird pharmakologisch sediert, verlaufen die Endoskopien tendenziell besser, je jünger die Patienten sind. Ob der Patient bereits Kenntnisse in der Anwendung von Entspannungsverfahren hat, ist für die Wirksamkeit der Hypnose unbedeutend. Je motivierter ein Patient zur Durchführung der Magenspiegelung ist, desto angenehmer wird sie für ihn sein. Bei Hypnose spielt die Motivation jedoch eine größere Rolle als bei rein pharmakologischem Vorgehen. Spricht der Patient Deutsch mit leichtem ausländischen Akzent, sind die Untersuchungsverläufe unter Hypnose bereits deutlich schlechter. Bei der Verwendung pharmakologischer Sedierung haben die Deutschkenntnisse keine Auswirkungen auf die Untersuchung.

Kontraindiziert ist die Anwendung von formaler Hypnose immer dann, wenn der Patient ausdrücklich eine Beruhigungsspritze wünscht. Indirekt kann sie jedoch auch dann angewendet werden. Bei akut psychotischen Patienten sollte formale Hypnose nicht zur Untersuchungsvorbereitung verwendet werden. Die beschriebenen Katalepsietechniken setzen voraus, dass keine funktionellen Einschränkungen der Arm- und Schulterbereiche vorliegen. Insbesondere bei älteren Patienten sollte darauf geachtet werden. Eine generelle Überprüfung der Hypnotisierbarkeit scheint nicht nötig zu sein. Einerseits würde dies einen Zeitaufwand bedeuten, der im klinischen Alltag nicht realisiert werden kann. Andererseits zeigt die Erfahrung, dass in der angespannten Situation vor einer Endoskopie nahezu alle Patienten ausreichend hypnotisierbar sind.

Hypnose und pharmakologische Sedierung schließen sich nicht generell gegenseitig aus, sondern können auch kombiniert angewendet werden. In der Vorbereitung des Patienten kann genau so gearbeitet werden, wie oben beschrieben. Eine formale Induktion macht dann aber keinen Sinn mehr, die Verwendung hypnotischer Sprachmuster jedoch schon. Man sollte immer bedenken, dass auch sehr milde Formen der Sedierung das Bewusstsein trüben und den Rapport verschlechtern. Unerwünschte Verhaltensweisen des Patienten (Würgen, Gestikulieren, Stöhnen, Schreien) sind unter Verwendung pharmakologischer Sedierung mit kommunikativen Mitteln immer schlechter zu beeinflussen als ohne.

55.3.2 Empirische Belege

Die empirische Untermauerung der Wirksamkeit von Hypnose bei Magen- und Darmspiegelungen stellt sich gegenwärtig wie folgt dar:

Cadranel et al. (1994) konnten zeigen, dass erfolgreich hypnotisierte Patienten bei Darmspiegelungen weniger Schmerzen empfinden. Die Hälfte von 24 Patienten zeigte Anzeichen mäßiger bis tiefer Sedierung. Die dafür benötigte Tranceinduktion dauerte 10–15 min. Der Vergleich erfolgte nicht mit einer Kontrollgruppe, sondern durch Aufteilung der Patienten in erfolgreich und nicht erfolgreich hypnotisierte Patienten.

Sutherland u. Knox (1976) können als Pioniere des Einsatzes von Hypnose bei Magenspiegelungen angesehen werden. Sie berichten von 9 Fällen, in denen sie Lehrhypnose, erneute Hypnose und die Verabreichung von Pharmaka (Diazepam, Atropin, Lidocainspray) kombinierten. Der zusätzliche Einsatz von Hypnose erleichterte ihrer Auffassung nach die Durchführung der Untersuchungen.

Auch Jackson u. Middleton (1978) sprechen der Hypnose eine möglicherweise nützliche Rolle in der Endoskopie zu. Sie führten insgesamt 12 Magenspiegelungen in Hypnose durch. Allen wurde zusätzlich Rachenspray verabreicht, 2 erhielten auch Diazepam, 2 weitere Spasmolytika. Sie bemängeln jedoch, dass für die Hypnose ihrer Meinung nach mehr Vorbereitungszeit benötigt wird.

Häuser (1997a) berichtet, in seiner praktischen Tätigkeit 1650 Magenspiegelungen mit indirekten Formen hypnotischer Begleitung durchgeführt zu haben. In lediglich 2% der Fälle erfolgte eine Prämedikation. Ähnlich, d. h. ohne formale Induktion von Hypnose, ging Zimmerman (1998) vor. Er berichtet von über 200 Spiegelungen, die er auf diese Weise erfolgreich durchgeführt hat. Die Untersuchungsdauer war seinen Angaben nach mit der konventionellen pharmakologischen Variante vergleichbar.

Eine randomisierte Vergleichsstudie zwischen formal induzierter Hypnose und Prämedikation mit Diazepam führten Cavallo et al. (1985) mit 46 Patienten durch. Aufgrund mehrerer Fehler im Versuchsaufbau sind die beiden Gruppen jedoch nicht direkt vergleichbar. Die Autoren beurteilen die beiden Vorgehensweisen hinsichtlich Endoskopeinführung, Untersuchungsdauer, Patientenkooperation und Unbehaglichkeit der Untersuchung als gleichwertig. Der Speichelfluss war in der Hypnosegruppe deutlich vermindert. Es wird betont, dass nur Hypnose die Möglichkeit bietet, den oberen Gastrointestinaltrakt unbeeinflusst von Medikamentenwirkung zu beurteilen, da die normale Peristaltik nahezu erhalten bleibt.

Eine weitere kontrollierte und randomisierte Studie (Conlong u. Rees 1999) verglich Hypnose mit Midazolamgabe und einer Kontrollgruppe ohne Sedierung. Die Hypnosepatienten zeigten signifikant weniger körperliche Agitationen, fanden die Spiegelung jedoch weniger angenehm als die Midazolampatienten. Vorbereitungsdauer und Untersuchungszeit von Hypnose- und Midazolamgruppe waren gleich. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Hypnose keine effektive Alternative zu intravenöser Sedierung darstellt. Die Studie weist jedoch einige schwerwiegende methodische Fehler auf, welche die Hypnose vermutlich systematisch benachteiligten (zur Kritik s. Junker 2004). Darüber hinaus hält Gracey-Whitman (2000) die hypnotische Technik von Conlong u. Rees für nicht besonders ausgereift.

In einer Evaluationsstudie mit 112 Patienten verglich Junker (2004) Hypnose in einem kontrollierten und randomisierten Studienteil mit einer Entspannungsmethode und in einem anderen Studienteil mit Midazolam (Selbstselektion der Patienten). Es wurde gezeigt, dass Hypnose hinsichtlich des Gesamtverlaufs der Untersuchung, der Untersuchungsdauer, der Vitalwerte (Puls und Sau-

erstoffsättigung), des Auftretens von Würgen und der sichtbaren Entspannung der Patienten besser geeignet ist als reine Entspannung oder Midazolam. Patienten, die Midazolam erhielten, entwickelten hingegen eine stärkere Amnesie und beurteilten die Spiegelung als angenehmer, vermutlich, weil kaum eine Erinnerung an sie bestand. Der Autor betont, dass Hypnose, genau wie die intravenöse Sedierung, spezifische Vor- und Nachteile aufweist, welche im jeweiligen Einzelfall gegeneinander abgewogen werden sollten.

Fazit

Hypnotische Kommunikationstechniken sind geeignet, um Patienten für die Dauer einer Endoskopie (und darüber hinaus) eine angenehme und erträgliche Wirklichkeit zu konstruieren, die nicht von Angst, Scham und Schmerz dominiert ist. Hypnose stellt eine Copingstrategie dar, die langlebiger ist als ein Sedativum: Der Patient macht die Erfahrung, medizinische Untersuchungen durch eigene Anstrengungen (Vorstellung eines schönen Ortes, ruhiges Atmen etc.) gut bewältigen zu können. Der Einsatz von Hypnose bedeutet keinen zusätzlichen Aufwand, sondern erspart dem Untersuchungsteam völlig unbeeinflussbare stressige Situationen. Darüber hinaus muss der Kreislauf der Patienten während und nach der Untersuchung nicht unbedingt gerätebasiert überwacht werden, wie es bei der Verwendung von Sedativa zwingend nötig ist. Es werden Personalressourcen, Pharmaka, Pulsoximeter, Ruheliegen und Räumlichkeiten eingespart. Der Patient kann die Behandlungsräume schneller wieder verlassen. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Kapitel hilft, den Werkzeugkoffer der Gastroenterologie nicht nur theoretisch, sondern auch im Alltag um das »Tool« der Hypnose zu erweitern. Mögen möglichst vielen Patienten unangenehme und schmerzhafte Minuten erspart bleiben!

Krebserkrankungen

Hansjörg Ebell

56.1 Störungsbild – 674

56.2 Hypnotische Interventionen – 675

56.3 Hausaufgaben – 678

56.4 Fallbeschreibungen – 680

56.5 Indikationen/Kontraindikationen – 682

56.6 Integration mit anderen Verfahren – 684

56.7 Empirische Belege – 685

56.8 Zusammenfassung – 690

56.1 Störungsbild

Krebserkrankungen bedeuten für die Betroffenen und ihre Angehörigen einen Absturz aus der Alltagsrealität und sind Auslöser für eine tiefe Krise (Gerdes 1986). Damit einhergehendes körperliches und seelisches Leiden macht oft eine psychotherapeutische Unterstützung erforderlich. Da es weder **die** Krebserkrankung noch **die** Krebspatientin oder **den** Krebspatienten gibt, ist individuelles Vorgehen erforderlich. Die Bedürfnisse der Patienten z. B. unmittelbar nach der Eröffnung einer Krebsdiagnose, während einer belastenden Chemotherapie oder bei fortgeschrittener Metastasierung bzw. in der Sterbephase sind sehr unterschiedlich. Zwischenmenschliche Zuwendung ist hilfreich und Voraussetzung jeder Art psychosozialer Betreuung in der Onkologie.

Klinische Konzepte und wissenschaftliche Untersuchungen der letzten 30 Jahre wurden in einer eigenständigen, interdisziplinären Fachdiskussion zusammengeführt, der Psychoonkologie (Sellschopp et al. 2005) oder »psychosozialen Onkologie« (Herschbach et al. 2006; Strittmatter 1994). Hospizbewegung und Palliativmedizin (Aulbert et al. 2007) haben für den letzten Lebensabschnitt weitere wichtige Impulse gegeben. Wissenschaftliche Publikationen und Tagungen sowie spezielle Weiterbildungsangebote (z. B. der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie, dapo) bemühen sich um Entwicklung und Einhaltung professioneller und ethischer Standards für Klinik und Forschung. Gemeinsames Ziel aller Ansätze ist heute die Förderung von »Lebensqualität« angesichts meist überwältigender praktischer Probleme: z. B. Schmerzen, Übelkeit, Erschöpfung, Stress, Ängste, Belastungen und Konflikte. Im Mittelpunkt stehen dabei alle Maßnahmen, die Leiden lindern und »Coping« fördern.

Was für eine gegebene Person und die jeweilige klinische Ausgangssituation das richtige Vorgehen ist, kann am Anfang nur vermutet werden; gemeinsam mit dem Patienten muss es im Kontext einer therapeutischen Beziehung ermittelt werden. Hypnose und Selbsthypnose sind für die Herausforderungen dieser Arbeit qualitativ besonders interessant.

Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität bei Krebserkrankung durch:

- Linderung des Leidens, insbesondere an krankheits- und behandlungsbedingten Symptomen,
- Förderung von Coping im Umgang mit Erschöpfung, Belastungen und Konflikten,
- Unterstützung bei individuellen Entwicklungsschritten zur erforderlichen Anpassung und Neuorientierung.

Sehr viel Information bzw. aktive und geduldige Aufklärung sind in der Regel erforderlich, um »Krebs« zu demystifizieren (Kappauf u. Gallmeier 1995). Obwohl jeder Zweite mit der Diagnose einer »bösartigen« Erkrankung auf eine dauerhafte Heilung hoffen kann bzw. an einer normalen Todesursache (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankung) sterben wird, ist die psychische Belastung generell hoch. Auf der Grundlage einer älteren Arbeit (Derogatis et al. 1983) wird meist davon ausgegangen, dass nach den Kriterien der »International Classification of Diseases« (ICD-10; Dilling et al. 2000) bei ca. 50% aller onkologischen Patienten psychische Störungen diagnostizierbar sind: z. B. verschiedenartige Angststörungen (F40 und F41) und Schmerzen. »Depressive Episoden« (F32) und »rezidivierende depressive Störungen« (F33) sind ebenfalls häufig. Vor einer »Psychiatrisierung« von Krebspatienten wird jedoch gewarnt und die Reliabilität dieser Zahlen angezweifelt (Herschbach et al. 2006, Kappauf u. Dietz 1996), da etwa 80% der Störungen seelische und körperliche **Reaktionen** auf die Krise bzw. auf die Belastungen durch Erkrankung und Behandlung sind (Pouget-Schors u. Degner 2005): Am häufigsten sind »Anpassungsstörungen« (F43.2), aber auch Erschöpfungszustände bzw. Fatigue sind ein großes, meist unterschätztes Problem. Letzteres wird sicherlich noch zu selten diagnostisch erfasst (Heußner 2005). An der Entwicklung spezifischerer Instrumente für eine »psychoonkologische Basisdokumentation« wird gearbeitet (Herschbach et al. 2004).

56.2 Hypnotische Interventionen

Da für die Betroffenen ihr Krank**sein**, d. h. die **Erfahrung**sdimension ihres Leidens, Ausschlag gebend ist, ist es für sie wesentlich, dass sich ihr Erleben bzw. ihre Empfindungen hin zu mehr Wohlbefinden und mehr Lebensqualität verändern. Für die Behandelnden ist es erforderlich, die geschilderten Erfahrungen in das **Bild** einer bekannten Krank**heit** einzuordnen, um prüfen und entscheiden zu können, welche bewährten Mittel Linderung der Symptome ihrer Patienten schaffen können. Um sowohl ein subjektiv zufriedenstellendes als auch ein objektiv angemessenes Gesamttherapiekonzept zu ermitteln, bedarf es **beider** Perspektiven bzw. der engen Zusammenarbeit beider »Experten«: einerseits die der Patienten für die subjektive Dimension des Leidens und andererseits die der Therapeuten für die objektiv angemessenen Behandlungsmöglichkeiten von Ursachen bzw. Wirkungszusammenhängen.

Würde Erfahrungswissen aus der Arbeit mit Hypnose beachtet, könnte sich alleine dadurch die Kommunikation in Krankenhäusern und Praxen sehr zum Positiven verändern: Knappe Mitteilungen aus dem Munde ärztlicher Autorität wie z. B. »Sie haben höchstens noch zwei Monate!« im Hinblick auf die statistisch wahrscheinliche Überlebenszeit oder Aussagen, dass »die Chemotherapie gesetzmäßig starke Übelkeit und Erbrechen zur Folge haben wird« sind starke Negativsuggestionen – ohne weitere Möglichkeit für die Patienten, die Bedeutung des Gesagten besprechen zu können. Diese Aussagen muten zwar an wie Karikaturen, werden aber häufig berichtet – zumindest wird es von Patienten so wahrgenommen, und das ist ausschlaggebend. Werden solche Ankündigungen wie Suggestionen befolgt bzw. werden dadurch starke Ängste und Stressreaktionen ausgelöst, wird die Behandlung erschwert (Sardell u. Trierweiler 1993). In einem Aufklärungsgespräch im Rapport mit dem Patienten könnten Formulierungen verwendet werden wie:

»Die Situation ist ernst (entspricht: »pacing«). *Wir werden alles, was möglich ist, tun und das wird sein: erstens, zweitens, drittens … Statistisch müssen wir mit »X« rechnen, aber im Einzelfall haben wir auch ganz erstaunliche Erfahrungen gemacht, z. B. …* (entspricht: »leading«; unauffällige positive Suggestion)« (Zur allgemeinen Gestaltung der Kommunikation s. auch unten Übersicht »Arbeitsbündnis«.)

Mit Patienten in emotionalen Ausnahmezuständen – und dies ist bei einer Krebserkrankung überwiegend der Fall – sollte immer so umgegangen werden, als seien sie »in Hypnose« und damit hochsuggestibel.

Die Bedeutung kongruenter Kommunikation – was man sagt und wie man es sagt – als wirksame Positivsuggestion bzw. effektives therapeutisches Instrument wird sicherlich unterschätzt (Bejenke 1996a,b). Aus Lehrbüchern und Fallschilderungen lassen sich bewährte Hypnosetechniken entnehmen und in die eigene Praxis übertragen. Erfahrungsgemäß bewährt sich, vor allem die Kreativität und Einzigartigkeit der Erlebenswelt der Patienten zu utilisieren (Ebell 1994, 2008a). Entstammen die Suggestionen dem Erfahrungsbereich der Betroffenen bzw. wurden sie von beiden »Experten« gemeinsam ermittelt, dann sind sie maßgeschneidert und am wirksamsten (Ebell et al. 1992, Ebell 2002). In 25 Jahren psychoonkologischer Arbeit des Verfassers haben sich Hypnose und Selbsthypnose in diesem Sinne immer wieder als erstaunlich wirksam erwiesen.

Milton Erickson schrieb in seinem grundlegenden Artikel über »Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – das Problem von Schmerz und Wohlbefinden«:

> Hypnose ist im Grunde nichts anderes als die Vermittlung von Gedanken und Erkenntnissen an den Patienten in einer Weise, die gewährleistet, dass er für die dargebotenen Gedanken in höchstem Maße empfänglich und somit motiviert ist, seine eigenen körperlichen Potentiale für die Kontrolle seiner psychischen und physischen Reaktionen und Verhaltensweisen zu explorieren (Erickson u. Rossi 1981, S. 128).

Gesprächsführung und Zusammenarbeit sollten sich zu Beginn der Arbeit mit Hypnose darauf konzentrieren, intensive und nachhaltig wirksame **Erfahrungen** zu ermöglichen. Optimal ist, wenn dies für die Patienten mit einem Gefühl von Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit verbunden ist (Selbsthypnose). **Generelles Ziel** ist dabei die Symp-

Tab. 56.1. Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose (z. B. zur »Symptomkontrolle«)

Vorgespräch	Ermittlung von »Was stattdessen?« und Fokussierung darauf
Induktionssuggestionen	Dissoziative Erfahrung von Schwere und Leichtigkeit (z. B. der Hände), unwillkürlicher Lidschluss (insbes. bei visueller Fixation), Fokus auf Körperwahrnehmung (z. B. angenehme Schwere)
Vertiefung	Z. B. über Atmung, Zählen (0–10, Treppenstufen o. Ä.)
Utilisation	– An einem **Ort (im Empfinden) von Ruhe, Wohlbefinden und Gelassenheit und »Was stattdessen?«** in Hypnose ein Maximum an »Was stattdessen?« erleben: direkte und indirekte Suggestionen – möglichst auf allen Sinneskanälen (VAKOG) – **Ideomotorische Bestätigung** für eine unwillkürlich stattfindende, derzeit optimale Umsetzung der (Auto-) Suggestionen – Ggf. »**Ankern**« (nur bei gelungener und ideomotorisch bestätigter »Was stattdessen – Erfahrung«), um sie in Alltagssituationen einfacher zugänglich zu machen (z. B. Finger aneinander drücken) – **Posthypnotischer Auftrag** (z. B. formelhafte Vorsatzbildung wie im autogenen Training, Gegenstand des alltäglichen Lebens zur Erinnerung o. Ä.)
Reorientierung	(Selbst) zurückzählen
Nachgespräch	Individuelle Erfahrungen (Utilisation für das nächste Mal)

tomkontrolle (z. B. »angenehme Kühle« zu spüren statt »einen Kaktus mit 1000 Stacheln berühren«, s. Fallbeispiel 1). Im Sinne eines »Was stattdessen?« wird auf Empfindungen hingearbeitet, die besser wären als das Symptom (z. B. Schmerz, Übelkeit, Ängste). Die **Beziehungsgestaltung** dient vor allem der Vermittlung entsprechender Erfahrungen mittels einfacher Hypnosetechniken. Fähigkeiten und Motivation der Patienten vorausgesetzt, können diese Hypnosetechniken zu einem persönlichen Selbsthypnoseritual gestaltet werden, das vom Patienten selbstständig weiter verwendet wird (Tab. 56.1). Durch kollegiales »Fachsimpeln beider Experten« über Erfolge und Fortschritte, aber auch Schwierigkeiten und Rückschläge kann ein solches Ritual aktiv weiter entwickelt bzw. subjektiv zufriedenstellend modifiziert werden. Der Therapeut hat dabei auf objektiv angemessene Therapieziele zu achten.

Zur Gestaltung des Arbeitsbündnisses der »Experten«. Natürlich gelten für jeden Einzelfall einer therapeutischen Begleitung »ein Stück des Weges« unzählige objektive und subjektive Grenzen, die eine fortwährende Reflexion und Revision der Vorgehensweise erfordern. Im Folgenden wird aus der Therapeutenperspektive beschrieben, wie das Arbeitsbündnis gestaltet werden kann, um mit Hypnose/Selbsthypnose Erleben und Symptomatik zu verändern:

Arbeitsbündnis

a) Den **Patienten da abholen, wo er ist.** Ausgangspunkt ist das, was der Patient anbietet bzw. wie er es erlebt und versteht (Krank**sein**: Schmerz, Leiden, Verzweiflung, Aussichtslosigkeit, Probleme). Wissenschaftlich objektivierbare Erklärungen (Krankheits**bild**) dienen der eigenen Orientierung. Das geschilderte Problem (Symptom) als die »gegenwärtig und unter den gegebenen Umständen ökologisch optimale Lösung im ‚System' des Betroffenen« sehen.

▼

b) Die **Suche nach Alternativen/Lösungen (»Was stattdessen?«)** auf Voraussetzungen und Fähigkeiten des Patienten gründen, aber auch gegebene (objektive) Einschränkungen mit einbeziehen. Besonders auf bisherige »Ausnahmen« und Erfolge bei der Auseinandersetzung mit dem Problem oder auf andere Herausforderungen in der Vorgeschichte achten. Vorstellungen anregen, wie es ist, wenn das Problem in Zukunft gelöst sein wird (z. B. »Woran würden Sie merken, dass das Wunder geschehen ist?«).

c) **Auf nonverbale Kommunikation achten – insbesondere nicht bewusste Mitteilungen von Zustimmung, Ablehnung oder Ambivalenz.** Auf eigene Assoziationen und Einfälle (z. B. eigene Erfahrungen, Geschichten) als wesentliche Beiträge zu dem intersubjektiven Austausch (»Resonanz«) vertrauen und mit der Aufmerksamkeit konzentriert beim Gegenüber bleiben. Spontane Trancephänomene registrieren, begleiten und vertiefen, Rückmeldungen geben und/oder diese gezielt induzieren (insbesondere Ideomotorik). Laufend die eigene Wahrnehmung überprüfen (ggf. Supervision!).

d) **Der Empfänger bestimmt die Botschaft und nicht der Sender.** Das Gespür für »Miss«-Verständnisse (»Dissonanz«) entwickeln und schärfen. Wenn dies geschieht, wird es wichtige Gründe dafür geben, die vermutlich einer Klärung bedürfen, bevor es weiter vorangehen kann (z. B. Konflikte, abgespaltene Erfahrungen).

e) Erfinderisch und nachdrücklich sein in Bezug auf die **Ratifizierung und Verstärkung von guten Erfahrungen, insbesondere im Sinne des vereinbarten »Was stattdessen?«** (▣ Tab. 56.1). Entsprechende Einsichten und veränderte Verhaltensweisen fokussieren (b). Hausaufgaben (inkl. Selbsthypnose) geben, die gewünschte Veränderungen wahrscheinlich machen und fördern.

f) **Sorgfältig darauf achten, ob und wie sich die Symptomatik verändert (bzw. welche Erfahrungen geschildert werden)**. Selbstkritisch prüfen, ob es »vorwärts« geht und ggf. nachfragen (wesentlich: d, e). Dabei nie die eigenen »Landkarten« (Überlegungen, Therapiemodelle, Konzeptionalisierungen) mit dem »Gelände« (Erleben und Verhalten etc. des Klienten) verwechseln.

g) Die eigene **Flexibilität** (z. B. Durchatmen, Loslassenkönnen, Humor) selbst nutzen – auch während der Sitzungen. Dies kann zu einem Modell für den Umgang mit »engen« Situationen (Überforderung, Ohnmacht, Hilflosigkeit) werden.

Im Verlauf einer längerfristigen psychotherapeutischen Begleitung muss oft erneut bei a) begonnen bzw. das Arbeitsbündnis erneuert werden.

Um in der Zusammenarbeit über die Symptomebene hinaus den gemeinsamen Lernprozess der beiden »Experten« zur Copingförderung und Unterstützung bei persönlichen Entwicklungsschritten erfolgreich gestalten zu können, sind aus der **Therapeutenperspektive** folgende Punkte zu beachten:

Auftragsklärung. Handelt es sich bei dem Patienten um jemand, der auf seiner Suche nach Therapie weiterzieht oder um jemanden, mit dem man verbindlich zusammenarbeiten kann? Je größer Leiden und Verzweiflung sind (= Indikation für psychosoziale Unterstützung), desto größer lastet der Druck auf allen Beteiligten, sofort Linderung oder Änderungen schaffen zu müssen. Meist laufen viele Behandlungsmaßnahmen gleichzeitig, oft auch unabhängig voneinander, evtl. sogar mit gegenseitiger Abwertung (z. B. gegen die »Schulmedizin« oder Chemotherapie als »Vergiftung« o. Ä.). Für die psychosoziale Unterstützung ist ein Mindestmaß an Koordination, Kooperation und Vertrauen in die Beziehung erforderlich, um stabilisierend oder gar verändernd wirksam werden zu können. Ob dies erreichbar ist, muss geprüft bzw. erarbeitet werden.

Hoffnung auf wichtige Veränderungen wecken und kleine oder große Erfolgserlebnisse fördern – einen Perspektivenwechsel initiieren. Den Fokus der Aufmerksamkeit auf das Bekämpfen einer aversiven Symptomatik zu richten, verstärkt diese in der Regel. Die Konzentration auf alle möglichen Qualitäten einer gewünschten Erfahrung (»Was stattdessen?«, s. Übersicht »Arbeitsbündnis«) führt dagegen grundsätzlich besser und näher an die dringend benötigten alternativen Erfahrungen von Wohlbefinden, verbesserter Lebensqualität und Selbstkompetenz (Copingfähigkeiten) heran. Diese veränderte Perspektive ist möglichst auch im Alltag fest zu etablieren. So kann man Patienten durch Besprechung von Aufzeichnungen (Achtung: Wichtig ist auch hier ein Perspektivenwechsel zu einem »Wohlbefinden-Tagebuch« in der Therapiephase statt eines »Schmerz-Tagebuchs«, das in der Diagnostikphase angemessen ist) dabei unterstützen, ihre Aufmerksamkeit auf gewünschte Erfahrungen zu richten (z. B. im Arm ein Gefühl von »angenehmer Kühle« statt »wie mit tausend Kaktusstacheln«, s. Fallbeispiel 1). Im Gespräch bzw. beim »Fachsimpeln« über den Stand der Copingfähigkeiten wird fokussiert, wie oft und wie lange die Patienten dies geschafft haben bzw. unter welchen Bedingungen es leichter fiel. Auch wenn überraschende Ausnahmen bemerkt werden, z. B. dass es mal ohne eigenes Zutun (Selbsthypnose mit eingeschlossen) deutlich besser war, ist dies als wichtiges Zeichen wirksamer Stressreduktion und als Erfolgserlebnis intensiv zu würdigen. Dies kann z. B. mit anerkennendem Lob verstärkt werden bzw. für die Betroffenen Anlass zur Selbstbelohnung sein. Auch die andere Seite der Medaille erfordert natürlich Zuwendung und Anteilnahme: Entmutigung oder andere Reaktionen auf das Scheitern von Bemühungen können durch respektvolle Anerkennung der schwierigen Voraussetzungen oft wesentlich modifiziert werden.

Therapeutische Beziehung. Sowohl **Ressourcen** (z. B. Fähigkeiten zum Entspannen und Loslassen, hilfreiche Erfahrungen eigener Kompetenz und Kreativität etc.), aber auch »**Hindernisse**« für anstehende, notwendige Entwicklungsschritte (z. B. verstärkende Bedingungen für bestimmte Verhaltensweisen, Konflikte, verdrängte oder abgespaltene Erfahrungen etc.) sollten ermittelt werden (s. Fallbeispiel 2). Zu beachten ist dabei, dass in Krisensituationen prägende Bindungsmuster der Kindheit reaktiviert werden (Petersen u. Köhler 2005). Deshalb sind Geduld und häufige Erneuerung des Angebotes einer verlässlichen und belastbaren Beziehung unabdingbar.

Die angestrebte Förderung von Copingfähigkeiten (Stärkung »von innen«) gelingt am ehesten, wenn kleine und große Erfolge identifiziert und bestätigt werden und damit auch die Erwartung von Selbstwirksamkeit erhöht wird. Allerdings gilt für beide »Experten« gleichermaßen, dass auch Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit als angemessen akzeptiert und integriert werden müssen.

56.3 Hausaufgaben

Krebserkrankungen sind chronische Erkrankungen: Wenn die Zusammenarbeit kleine und große Erfolge beschert, wenn gute Nachrichten bzw. Therapieerfolge sich einstellen, wenn ein Ende der Behandlung bzw. die Rückkehr in ein »normales« Leben absehbar ist, regelt sich vieles von alleine. In der Regel verstärkt sich damit auch die Zuversicht aller Beteiligten. Fehler, Versäumnisse und Konflikte sind im Verlauf einer Behandlung jedoch leider häufig und in einem gewissen Ausmaß wohl unvermeidbar; oft stellen sich Maßnahmen auch als unwirksam heraus – Hypnose und Selbsthypnose selbstverständlich mit eingeschlossen – bzw. es wird deutlich, dass die Probleme und die Krebserkrankung nicht endgültig überwunden werden können. Ängste und Gefühle von Hilflosigkeit und Ärger werden dann zu mächtigen Verstärkern jeglicher Symptomatik bzw. des Leidens (Chapman u. Gavrin 1995). Fühlt sich ein Patient nicht als handelndes Subjekt, sondern als hilfloses Objekt in einer Maschinerie, die er nicht beeinflussen kann, wird die Kommunikation zusätzlich erschwert. Die vielfältigen Probleme und Herausforderungen von Diagnostik und Therapie im Verlauf einer Krebserkrankung können am besten bewältigt werden (Coping), wenn mit den zur Verfügung stehenden Kräften äußerst sorgsam umgegangen wird: Wichtig ist darum, gemeinsam herauszufinden, wann es zu kämpfen lohnt und wann es sinnvoller ist, nachzugeben.

Hausaufgaben sollen bei chronischen Erkrankungen individuelles Coping und therapeutisch wesentliche Veränderungen fördern durch:

- bessere Symptomkontrolle (z. B. Selbsthypnose),
- Optimieren der Kommunikation im Behandlungssystem,
- Herstellen und Fördern unterstützender Beziehungen (insbes. Partner-/Familiensystem),
- Überwinden von Krisen, Überprüfen und Neuordnen von Prioritäten im Leben,
- Auseinandersetzen mit Ängsten (insbesondere vor Sterben und Tod).

Bei Hausaufgaben sollte das Augenmerk darauf gerichtet werden, einen kontinuierlichen Lernprozess zu gestalten: Copingerfahrungen anregen, sie zur Motivationssteigerung mit Erfolgserlebnissen verbinden und dies möglichst lange aufrechterhalten (Kanfer et al. 2000; Schüssler 1993; Beutel 1988). Zeit und Wiederholungen sind nötig, um erreichte Veränderungen zu stabilisieren (Ebell 2001). Forschungsergebnisse zum »Schmerzgedächtnis« (Flor u. Stolle 2006,; Tölle u. Flor 2006) sind vermutlich übertragbar auf andere vergleichbar gravierende Erfahrungen, die im Zentralnervensystem subjektiv als leidvoll abgespeichert werden. Sowohl physiologisch vermittelte Anteile der Erfahrung (über Nervenfasern vermittelte Informationen) wie auch deren emotional-affektive und kognitive Bewertungen hinterlassen komplexe Spuren in Form von vielfältigen, neuronalen Verknüpfungen, d. h., sie formen unser Gedächtnis. Diese »Repräsentationen« sind Grundlage aktuellen Verhaltens und lassen sich nur durch eine vergleichbare komplexe Abspeicherung alternativer Erfahrungen verändern (»Neuroplastizität«). Quantitative und qualitative Veränderungen bedürfen daher einer geduldigen Zusammenarbeit, um nachhaltige Veränderungen der subjektiven Wahrnehmung erzielen zu können (»kortikale Reorganisation«). Hypnose und Selbsthypnose bieten durch ihre Qualität und Intensität für solche Lernprozesse günstige Voraussetzungen (Halsband et al. 2003), weil sie als überzeugende Erfahrungen von »Wirklichkeit im Hier-und-Jetzt« wahrgenommen werden und auch so abgespeichert werden können.

Oft ist die Erschöpfung bei Krebskranken so ausgeprägt, dass jegliche Art von Hausaufgabe bzw. Anforderung zu einer Überforderung wird. Wenn z. B. auch die aktive Verwendung von Selbsthypnoseübungen nicht (mehr) möglich ist, kann es hilfreich sein, für den Patienten einen Text auf Band zu sprechen. In einer prospektiven, randomisierten Studie, 1988–1991 im Klinikum Großhadern der Universität München durchgeführt und von der Deutschen Krebshilfe gefördert (Ebell et al. 1992; Ebell 1992; Ebell u. Beyer 1993; Ebell 1994, 2008a,b; Ebell et al. 1994), hat sich der folgende Text (s. unten »Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose«) bewährt. Allen Patienten, deren Schmerzen aufgrund einer Krebserkrankung mit einer medikamentösen Therapie nach WHO-Stufenleiter behandelt wurden, wurde eine Tonbandaufnahme (plus Wiedergabegerät mit Kopfhörer/Walkman) als Unterstützung angeboten, um Selbsthypnose zu erlernen. Inhalt und Länge des Textes waren das Ergebnis einer langen klinischen Erprobungsphase. Entsprechend den Rückmeldungen der Patienten wurden vor allem Suggestionen gewählt, die für die geschäftige Atmosphäre einer Klinik geeignet sind. Sicherlich ist jegliche Art von Modifikation denkbar bzw. sind andere Suggestionen potenziell ebenso wirksam. Neben der vertrauten Stimme der Therapeutin bzw. des Therapeuten ist es wichtig, genügend Raum zu geben für individuelle und situationsbezogene Variationen, die sich im Verlauf einer Selbsthypnoseerfahrung ergeben werden und nicht vorhersehbar sind (d. h. indirekte Formulierungen, langsames Sprechtempo, mal nichts sagen etc.).

Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose

(Tonbandaufnahme der Studie – langsam, mit vielen Pausen gesprochen; Gesamtdauer ca. 20 min)

»Sie hören meine Stimme. Sie klingt so vertraut wie andere Stimmen, die Sie kennen oder gekannt haben. Sie kann auch als ein Gemurmel im Hintergrund wirken. Nehmen Sie meine Stimme so wahr, wie es im Moment für Sie richtig ist. Erlauben Sie sich, alles eine Weile so wahrzunehmen, wie es Ihnen gut tut. Wenn Sie etwas von Ihrer Umgebung hören, nehmen Sie es ruhig auf. Es erlaubt Ihnen, sich ganz Ihrem eigenen Erleben zu widmen.

Schauen Sie geradeaus und lassen Sie Ihren Blick auf irgendetwas ruhen. Vielleicht sehen Sie einen Gegenstand in Sichtweite, auf dem es Hell und Dunkel gibt oder eine Farbe. Je länger Sie hinschauen, um so eher werden Sie merken, dass Sie Ihre Augenlider spüren. Sie werden ganz schwer und wollen sich schließen. Schließen Sie die Augen, wenn Sie so weit sind.

Spüren Sie, wie bequem Sie liegen oder sitzen. Atmen Sie ein und aus. Nehmen Sie sich Zeit zu spüren, wie sich bei jedem Atemzug Ruhe und Entspannung in Ihrem Körper ausbreiten. Nehmen Sie wahr, wie Ihr Körper so viel Muskelanspannung beibehält, wie er braucht und sich so viel Entspannung ausbreitet, wie möglich ist.

Ich werde nun einige Anweisungen geben und Vorschläge machen. Vorschläge für Ihren eigenen inneren Weg zu innerer Ausgeglichenheit. Ein Weg, der schmal oder breit sein kann und hinauf oder hinab führen mag, der durch freie Landschaft und durch bekannte oder unbekannte Räume führt, die Ihnen irgendwie vertraut erscheinen.

Atmen Sie nun tief ein und aus.

Mit diesem und den weiteren Atemzügen kann Wärme und Wohlbefinden durch Ihren Körper strömen: bis in beide Beine und dann vom rechten und linken Fuß wieder aufwärts über die Knie bis zu den Hüften.

Bei jedem Atemzug haben Sie Zeit, dem nachzuspüren.

Nun setzen sich die feinen Atembewegungen im ganzen Oberkörper fort und breiten sich nach und nach entspannend über Schultern und Nacken bis zum Kopf hin aus.

Jeder Atemzug wirkt so im ganzen Körper nach – von den Füßen bis zum Kopf.

Es entwickelt sich nun irgendeine Vorstellung. Vielleicht die Vorstellung von einer vertrauten Tätigkeit aus Ihrem Alltag, die Sie in den letzten Tagen und Wochen gerne gemacht haben. Es kann auch etwas sein, was Sie vor Monaten oder Jahren gemacht haben.

Vielleicht möchten Sie auch einfach nur den Ausblick in eine Landschaft genießen und Ihren Gedanken und Erinnerungen nachgehen. Oder Sie ruhen sich einfach aus – beim Nichtstun.

Ich werde nun eine Weile schweigen. Bleiben Sie ganz in Ihrer Vorstellung. Was Sie dabei erleben und wahrnehmen, ist im Moment das Wichtigste.

– Pause (nach ca. 3 min Rauschen als Signal für baldigen Sprechbeginn) –

Sie werden gleich am Ziel dieses Abschnittes Ihrer inneren Reise angelangt sein. Im Wachzustand oder in einem erholsamen Schlaf kann irgendetwas von dem eben Erlebten für Sie wichtig sein.

Es braucht keinen Sinn zu machen oder gar von großer Bedeutung sein. Wenn Ihnen etwas eingefallen ist, dann ist es das Richtige für Sie.

Vielleicht ist es angemessen, dass Sie gleich mit einem, zuerst kaum wahrnehmbaren Lächeln erwachen – oder Ihre Erinnerung wird Sie in einen erholsamen Schlaf begleiten.«

56.4 Fallbeschreibungen

Fallbeispiel 1

Selbsthypnose zur Symptomkontrolle und Copingunterstützung

Brustkrebsgewebe hat die Nerven der Patientin im Schulterarmbereich umwachsen: Ziel der Selbsthypnose war Linderung von neuropathischen Schmerzen, von Atemnot (Lungenmetastasen) und Nebenwirkungen der Chemotherapie.

Frau L., 45 Jahre, schildert ihre Wahrnehmung anfangs so: »Das ist, als ob ich mit dem linken Arm dauernd über einen Kaktus mit Tausenden von Stacheln streiche.« Sie empfindet dies als extrem unangenehm und schmerzhaft. Hoch dosiertes Morphin, das alle übrigen Schmerzen gut lindert, und andere Medikamente bringen diesbezüglich keine Veränderung. Die Patientin nimmt trotz Skepsis bzw. Vorurteilen gegenüber Hypnose an der oben erwähnten Selbsthypnosestudie teil. Die gemeinsame Suche danach, wie sie »stattdessen« lieber ihren Arm spüren möchte bzw. was ihr Linderung verschaffen könnte, führt zu der Vorstellung bzw. Autosuggestion, ihn mit Eiswürfeln von genau der richtigen Größe und der richtigen Temperatur vollständig zu umhüllen. Zu ihrem Erstaunen (ein wenig verlegen lachend, als sie von ihrer ersten Erfahrung berichtet: »Das gibt's doch net, tut ja immer noch nicht weh!«) erzielt sie damit Schmerzfreiheit, die über mehrere Stunden anhält – auch über die Trance selbst hinaus. Bei starker Erschöpfung gelingt ihr dies manchmal auch nicht. Nach mehreren Wochen konsequenten Übens, z. T. mit Unterstützung des Tonbandes (Text s. oben) hat sich das Gefühl der Oberflächensensibilität weitgehend normalisiert, trotz Fortschrei-

tens der Krebserkrankung mit zunehmender Lähmung und Schwellung (Lymphabflussstörung) des Arms. Das erlernte Selbsthypnoseprinzip (»Was stattdessen?«) bzw. ihre besonderen Imaginationsfähigkeiten verwendet Frau L. selbstständig auch für ein weiteres Problem, ihre Atemnot. Angeregt durch Bilder aus einem Film, den sie im Fernsehen gesehen hatte, vertieft sie sich in ihrer Vorstellung in den Anblick von Kornfeldern in Kanada: »Ich wollte schon immer gerne mal nach Kanada. Ich hab mir dann diese Weite vorgestellt – von Horizont zu Horizont – und da hab ich richtig gemerkt, dass sich mein Brustkorb hebt und meine Lungen richtig weiten. Und da hab ich viel besser Luft bekommen, und die Atemnot ist deutlich besser geworden.« Als Drittes verwendet sie die Selbsthypnose bei der Chemotherapie. Sie verspürt keine Nebenwirkungen, da sie diese als wesentliche Unterstützung erlebt, um ihr Leben für einige Monate zu verlängern, damit sie möglichst lange bei ihrer Familie (Ehemann und Sohn) bleiben kann: »Während die Infusionen liefen, hab ich mir die ganze Zeit vorgestellt, wie das Mittel nur die Krebszellen erwischt, die daraufhin absterben und entsorgt werden. Die eigenen Zellen, die gegen den Krebs kämpfen, begrüßen diese Unterstützung, auch wenn sie selbst darunter zu leiden haben.«

Fallbeispiel 2

Hypnose und Selbsthypnose im Kontext einer Psychotherapie – Krisenintervention, Copingunterstützung und Zusammenarbeit für verschiedene Therapieziele und Themen

Die Diagnose »Eierstockkrebs« macht bei der Patientin nach komplizierter Schwangerschaft und Geburt eines gesunden Kindes Operationen und Chemotherapie erforderlich. Der mehrmonatige Krankenhausaufenthalt wird als stark traumatisierend erlebt.

Wegen vorzeitiger Wehen musste Frau S., 35 Jahre, 3 Monate strikte Bettruhe einhalten. Eine Medikamentenunverträglichkeit auf das Wehen hemmende Mittel hatte zu einer schweren Leberbelastung geführt. In dieser Zeit wurde eine wachsende Eierstockzyste fortlaufend mit Ultraschall kontrolliert. Insbesondere die impliziten (häufige Kontrollen) und nonverbalen Botschaften (z. B. besorgter Gesichtsausdruck des Arztes) ließen Ängste und Anspannung stark anwachsen. Unmittelbar nach der Entbindung wurde die Eierstockzyste operativ entfernt. Im Feingewebeschnitt wurden Krebszellen gefunden und es folgte eine ausgedehnte Nachoperation. Da es versehentlich zu einer Öffnung der Zyste gekommen und deren Inhalt in den Bauchraum gelangt war, schloss sich eine Chemotherapie an. Der erste Zyklus führte zu so starken Nebenwirkungen (Fatigue, Übelkeit und Erbrechen), dass für die Patientin eine Fortsetzung der Therapie unvorstellbar wurde. Vom psychoonkologischen Dienst der Klinik wurde daraufhin eine psychotherapeutische Unterstützung dringend empfohlen.

Beim ersten Kontakt war wesentlich, ihrer subjektiven Tragik und Dramatik viel Raum zu geben: Anstatt ihr Baby stillen und umsorgen zu können, hatte der »Horrortrip ihres Krankenhausaufenthalts nicht nur kein Ende, sondern eine Fortsetzung mit Steigerung« gefunden. Verschiedene Aussagen hatten Frau S. sehr geängstigt aber auch wütend gemacht (z. B.: »Sie sollten dieser Chemotherapie unbedingt zustimmen, denn Sie wollen ja nicht, dass Ihr Kind in 4 Jahren nur noch ein Foto von Ihnen hat!«). Im Sinne eines **Perspektivenwechsels** fokussierten wir die gemeinsame Recherche auf »mögliche Veränderungen, die Anlass zu Optimismus bzw. Zuversicht sein könnten, sodass sie das alles heil überstehen könne, um sich so bald wie möglich um ihr Kind (das von ihren Eltern und dem Ehemann gut versorgt war) zu kümmern.«

Die **Fortsetzung der Chemotherapie**, deren Notwendigkeit sie inzwischen akzeptiert hatte, **mit möglichst wenig Nebenwirkungen** kam an die erste Stelle auf ihrer Prioritätenliste. In einer angeleiteten Hypnositzung (Altersregression in die Zeit vor der Erkrankung zur Ressourcensuche, ideomotorische Bestätigung durch Fingersignale, wenn etwas Geeignetes gefunden wurde) kam sie in Kontakt mit vielen wohltuenden Erfahrungen bei sportlicher Betätigung (vor allem Laufen und Schwimmen). Für die **Selbsthypnose während der Chemotherapie** konzentrierte sie sich (im Sinne ihres **persönlichen ‚Was stattdessen?!'** als Alternative zur »aufsteigenden« Übelkeit) auf die intensive Vorstellung »gegen eine starke Strömung zu schwimmen, die vom Kopf körperabwärts deutlich zu spüren ist und das Aufsteigen von Übelkeit unmöglich macht«. Mit dieser Autosuggestion tolerierte sie den zweiten Chemotherapiezyklus deutlich besser als den ersten. Mehr noch – ganz im Gegensatz zu der im Prinzip korrekten Aufklärung (aber ungewollt negativen Suggestion) durch Ärzte und Pflegepersonal, dass die Nebenwirkungen bei jeder weiteren Chemotherapie ansteigen würden – vertrug sie mit dieser Copingstrategie die dritte noch besser als die zweite. Ein großes

Erfolgserlebnis, das sie ganz ihren eigenen Fähigkeiten zuschreiben konnte.

Über den Aspekt der **Copingunterstützung zur Symptomkontrolle** und **Krisenintervention** hinaus, schloss sich eine **psychotherapeutische Zusammenarbeit zu verschiedenen Therapiezielen und Themen** an: Viele als stark traumatisierend erlebte Ereignisse des Krankenhausaufenthalts bzw. Behandlungsverlaufs wurden nachträglich kognitiv bearbeitet und mit Unterstützung von Hypnose integriert (z. B. dadurch, dass Frau S. in Imaginationen als heutige Person, mit all ihrer Kompetenz, dem neu erworbenen Wissen und ihren Fähigkeiten sich selbst in der jeweiligen Situation von damals unterstützend aufsucht, sich tröstet und hilft – ideomotorisch bestätigt durch Fingersignale, dass diese Erfahrungen nun als »Erinnerung im Gedächtnisarchiv« liegen und keine Ängste oder andere Reaktionen mehr auszulösen vermögen). Schuldgefühle gegenüber ihrem Baby, das sie für Monate nicht selbst versorgen konnte, wurden thematisiert und abgebaut. Für und Wider des Zeitpunkts der Rückkehr in ihre verantwortungsvolle Arbeit (Führungsposition im Management) wurden abgewogen, in zwei Hypnosesitzungen auch im eigentlichen Wortsinne: In einer Ersten kamen beide Alternativen symbolisch in der rechten und der linken Hand zu liegen und deren Gewicht/Bedeutung (wichtig = schwer, weniger wichtig = leichter) wurde insgesamt unwillkürlich-ideomotorisch abgewogen. In einer zweiten Sitzung wurde ähnlich mit Detailaspekten verfahren. Hierdurch konnten ihre bewussten, kognitiv sehr klar begründbaren Argumente durch eine eigene »second opinion« wesentlich ergänzt werden, um optimale Entscheidungen zu treffen, die so möglichst allen bewussten und nichtbewussten Anteilen gerecht wurden. Als Therapeut war ich dabei nicht in der Rolle des Ratgebers, sondern eines aufmerksamen Förderers ihres eigenen Klärungsprozesses. In diesem Abschnitt dienten Hypnose und Selbsthypnose immer wieder dazu, die Themen der Gespräche durch eine Recherche entsprechender Ressourcen und/oder Hindernisse zu vertiefen. Innerhalb von einem Jahr (mit 30 Sitzungen) führte unsere therapeutische Zusammenarbeit zu einer »neuen und befriedigenden Alltagsnormalität«.

Zwei Jahre später schloss sich noch eine weitere kurze Zusammenarbeit an: Zu Beginn einer zweiten Schwangerschaft kam es zu starkem Erbrechen (bis zu 25-mal am Tag). Es reichten 8 Sitzungen innerhalb von 3 Monaten (mit vergleichbaren Hypnose- und Selbsthypnoseerfahrungen wie im ersten Zeitabschnitt der Zusammenarbeit) aus zur **Krisenintervention** und **Copingunterstützung** bzw., um die Symptomatik sowie die verständlichen Ängste vor einer Wiederholung der »grauenhaften Erfahrungen bei der ersten Schwangerschaft« zu überwinden. Das zweite Kind wurde gesund zum Termin geboren. Frau S. geht es gut und sie meistert die doppelte Herausforderung von Mutterrolle und Berufstätigkeit (Katamnese 7 Jahre).

56.5 Indikationen/ Kontraindikationen

Situationen mit starker Überforderung (Stress) sind bei einer Krebserkrankung nicht zu vermeiden. Ein Zuviel an Stress (Distress) fördert nicht die notwendigen Anpassungsleistungen, sondern wirkt den Therapiezielen entgegen. Die einfache, orientierende Frage, wie »gestresst« sich ein Patient fühlt, ist ausreichend, um zu erfassen, wer psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen braucht bzw. wem sie nützen werden (Holland 2006). Mithilfe eines »Distress-Thermometers« (senkrecht stehende Abbildung eines Thermometers mit Strichskala; Holland 1999) bzw. einer visuellen Analogskala (waagrecht angeordnet, wie bei der Schmerzmessung) mit Werten von 0 (»gar kein Distress«) bis 10 (»extremer bzw. absolut unerträglicher Distress«) als Endpunkt einer Achse wird dies quantitativ erfasst. Bei Werten bis zu 4 auf einer solchen Skala kommen die Patienten in der Regel gut alleine zurecht; bei Angaben von 5–7 profitieren sie höchst wahrscheinlich von einem Angebot in Form von Gesprächen zur Krisenintervention und Anleitungen zum Umgang mit Schmerzen, Ängsten und Erschöpfung; ab 8 besteht eine dringliche Indikation für Unterstützungsmaßnahmen. Bei 25–30% aller Krebspatienten sind Werte von 5–10 anzunehmen. Sinnvollerweise sollten die begrenzten Ressourcen psychoonkologisch ausgebildeter Fachkräfte (Psychologen, Ärzte, Pflegepersonal) auf diese Patienten konzentriert werden. Gesprächsführung und kommunikative Kompetenz (Beziehungsmedizin) stehen dabei ganz im Vordergrund – auch wenn Medikamente, gezielt eingesetzt, sehr oft indiziert und hilfreich sind.

Vielfältige Interventionen haben sich zur psychosozialen Unterstützung von Krebskranken bewährt. Frischenschlager et al. (1992) veröffentlichten eine methodenkritische Literaturübersicht bis zum Jahr 1990, Rehse u. Pukrop (2003) eine Metaanalyse von 37 Studien zu den Auswirkungen psychosozialer Interventionen auf die Lebensqualität. Aus heutiger wissenschaftlicher Perspektive bieten die Herausgeber Larbig u. Tschuschke (2000) einen Überblick: Diskutiert werden verhaltensmedizinische Ansätze (Larbig et al. 2000), unter denen sie im Kontext von Symptomkontrolle bzw. Schmerztherapie auch die Hypnose subsumieren; Fawzy u. Fawzy (2000) referieren hier Vorgehensweise und Behandlungsergebnisse ihres psychoedukativen Ansatzes. Hartmann (1991) betonte – nach einer kritischen Diskussion gängiger Modelle und Praxis – in seiner eigenen Konzeptionalisierung (»Centering«-Modell) die Selbsthilfeaspekte bzw. Perspektive der Betroffenen in 7 verschiedenen Bereichen: von körperlicher Aktivität über Sozialkontakte bis zu Entspannungsübungen und »Visuellen Symbolisationen«. Roffe et al. (2005) untersuchen in einem systematischen Review »guided imagery« als adjuvante Therapiemaßnahme.

Hypnose und Selbsthypnose als psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen im Kontext einer vertrauensvollen und belastbaren therapeutischen Beziehung sind potenziell als sehr wirksam einzuschätzen, weil

- sie die Aufmerksamkeit von kognitiv-evaluativem Verstehen und kritischem Hinterfragen hin zu **affektiv-assoziativem Wahrnehmen** verschieben und den Wechsel von anstrengendem Bemühen um willkürliches Beeinflussen und Kämpfen hin zu unwillkürlichem, **vegetativ-autonomem Loslassen** ermöglichen: »Es geschieht«;
- viele Menschen hierdurch erstaunliche eigene **Möglichkeiten und Fähigkeiten entdecken** können, ihre Wahrnehmung (z. B. Schmerzen und andere Symptome) zu verändern;
- dadurch eine erhöhte Bereitschaft zur **Annahme und Umsetzung von Fremd- und Autosuggestionen** entsteht.

Drei **Zeitfenster** sind bei der Indikationsstellung für jegliche psychoonkologische Intervention zu beachten. Hypnose und Selbsthypnose können in allen drei Zeiträumen zu einem wertvollen Therapieinstrument werden (Ebell 2006).

Kurzfristig. Krisenintervention, Stützen und Entlasten des Patienten. Der Schwerpunkt liegt auf der aktiven Haltung des Therapeuten (z. B. positive Suggestionen, »Worte wie Medizin«).

Mittelfristig. Copingförderung, d. h. Unterstützung des Patienten für Wochen. Der Schwerpunkt liegt auf der Ermittlung eigener Fähigkeiten und Selbstwirksamkeitserfahrungen im Sinne von »Was stattdessen?« (s. Fallbeispiel 1).

Langfristig. Psychotherapeutische Zusammenarbeit im eigentlichen Sinne mit unterschiedlichen Therapiezielen und Themen (s. Fallbeispiel 2).

Auch nach klaren Vereinbarungen müssen die Therapieziele immer wieder überprüft werden (s. Übersicht »Arbeitsbündnis«). Der Therapeut ist Begleiter »für ein Stück des Weges«. Im günstigsten Fall ist er zugleich kenntnisreicher Kundschafter im Hinblick auf Linderung und mögliche Veränderungen. Die Herausforderung liegt darin, einen individuell angemessenen Weg durch die Unwägbarkeiten des Krankheitsverlaufs zurück in den Alltag oder auch bis in die Sterbephase zu finden. Auf diesem Weg sind möglichst viele gute Copingerfahrungen anzustreben. Dies ist aber nur bedingt planbar. Gute Ereignisse und Ergebnisse sollten dankbar zur Kenntnis genommen werden; Wunder (Spontanheilungen) sind definitionsgemäß selten (Hirshberg u. Barasch 1995; Fegg 2005). Für den Fall, dass Hypnose und Selbsthypnose sich als wirksam und hilfreich erwiesen haben sollten, ist selbstkritisch zu reflektieren, ob dies auf vergleichbare Situationen übertragbar ist. Der Anspruch, mittels Hypnose (oder irgendeiner anderen psychosozialen Intervention) außerordentliche Ergebnisse kausal bewirken zu können, ist unseriös und wird der Komplexität der Zusammenhänge in keiner Weise gerecht (Ebell 1996).

Indikationen und Kontraindikationen für die Arbeit mit Hypnose in der Psychoonkologie müssen in Anbetracht der hohen zwischenmenschlichen und professionellen Anforderungen auf der

Beziehungsebene zwischen Therapeut und Patient geklärt werden: **Unabdingbar ist eine persönlich-professionelle Reflexion der Beziehung** (ggf. ist Supervision erforderlich!). Patientenzentrierte Selbsterfahrungs- bzw. Balintgruppen sind unbedingt zu empfehlen.

Checkliste für eine professionelle Selbstreflexion der therapeutischen Beziehung

- Habe ich eine Vorstellung von den objektiven Bedingungen der Symptomatik und ihrer Beeinflussbarkeit durch Therapiemaßnahmen? Ist an alle Möglichkeiten gedacht worden?
- Habe ich genügend Kenntnisse über das Erleben, die Werte und Ziele des Patienten, die Quellen seines Leidens? Habe ich ihn dort abgeholt, wo er ist und nicht versucht, ihn dort hinzuschieben, wo ich ihn gerne hätte? War meine Begleitung geeignet, ihn eigene Erfahrungen machen und Entscheidungen treffen zu lassen (Förderung von Coping und Selbstwirksamkeitserwartung)?
- War ich bereit zu einer persönlichen Begegnung, inbegriffen auch das »Nichts-mehr-tun-Können«?
- Was macht es mit mir?

Praktisch-klinisch sind für die hypnotherapeutische Zusammenarbeit die jeweiligen Grenzen der beteiligten »Experten« entscheidend. Die für die Forschung wichtige Frage der Suggestibilitätsmessung durch Testverfahren kann zurückgestellt werden zugunsten eines auf die Situation abgestimmten Ausprobierens (Ebell 1994; Barber 1980, 1991). Die Wirksamkeit einer hypnotischen Intervention ist klinisch schnell und einfach überprüfbar: Verändert sich eine Symptomatik oder nicht? Können wichtige Erfahrungen gemacht werden, die zur Fortsetzung der Zusammenarbeit motivieren?

56.6 Integration mit anderen Verfahren

Als Interventionstechnik kann Hypnose in der Onkologie zu einem wichtigen Werkzeug werden und als Ergänzung des eigenen klinischen Repertoires, der vertrauten »Werkzeugkiste«, wertvolle Beiträge leisten. Im professionellen Kontext mit psychotherapeutischer Ausbildung gilt dies sowohl für verhaltenstherapeutische als auch für tiefenpsychologische Konzepte. Unter der Voraussetzung, dass wir die Vermittlung von **muskulärer Entspannung** und die Arbeit mit **Imaginationen** (im Sinne intensiver Vorstellungen mit verschiedenen Sinnesqualitäten) als wesentliche Komponenten einer therapeutischen Verwendung von Hypnose definieren, ist eine saubere Trennung von anderen gebräuchlichen Verfahren nicht möglich bzw. wäre willkürlich: Hartmann (1991) z. B. verwendet für sein »Centering-Modell« für Krebskranke als wesentliche Elemente Entspannung und visuelle Symbolisationen. Ladenbauer (1992) unterscheidet Imagination (im Kontext der Katathym Imaginativen Psychotherapie/KIP nach Leuner 1985) und Hypnose und diskutiert ihren Stellenwert im Kontext der zeitgenössischen psychoonkologischen Ansätze. Brigham et al. (1994) bietet unter dem Etikett der Verhaltensmedizin eine Fülle von Ideen und klinischen Beispielen für »Imagery for getting well« bei chronischen Erkrankungen, auch wenn sie Krebs im eigentlichen Sinn (als »Fülle vielfältiger und komplexer Krankheitsbilder«) nur streift. Larbig et al. (1999) unterscheiden bei ihrer Darstellung »verhaltensmedizinischer Interventionen bei Tumorschmerzen« Entspannungsverfahren, imaginative Verfahren, kognitive Verfahren und Hypnose, beziehen sich dabei aber eher auf die Titeletiketten der jeweiligen Publikationen als auf inhaltliche Kriterien mit Trennschärfe für diese Interventionen im Einzelnenen. Letzteres gilt auch für das Lehrbuch *Psychologische Schmerztherapie* (Basler et al. 1996) mit einem Kapitel zu »Entspannung und Imagination« (Rehfisch u. Basler 1996) und einem Kapitel zu »Hypnose« (Peter 1996a). Kohl u. Ross (2004) versuchen, für interessierte Ärzte Grenzen und Gemeinsamkeiten für progressive Muskelentspannung, imaginative und hypnotherapeutische Verfahren in der Schmerztherapie knapp inhaltlich zu bestimmen; Derra

(2003) unternimmt das Gleiche für Entspannungsverfahren und Hypnose. Vermutlich werden diese Unklarheiten klinisch und wissenschaftlich erst im Kontext einer Methoden übergreifenden Psychotherapiediskussion (Grawe et al. 1994; Grawe 2004) bzw. auf der Grundlage neuropsychosomatischer Erkenntnisse (Henningsen et al. 2006) überwunden werden können.

In jedem therapeutischen Beziehungskontext werden Anweisungen verwendet, die ein Hypnotherapeut als Suggestionen ansehen bzw. einsetzen würde. Aufforderungen, die Aufmerksamkeit nach innen zu richten und diese Fokussierung im Sinne eines möglichst intensiven Erlebens zu »vertiefen«, sind nicht nur für die »therapeutische Hypnose« (Ebell u. Schuckall 2004) typisch, sondern für viele ähnliche Interventionen. Hinzu kommt, dass es mehr oder weniger zufällig ist bzw. dass es eher einer historischen Konvention entspricht, welche Vorgehensweisen der Hypnose zugeordnet wurden und werden oder ob die Hypnose als Erklärung für erstaunliche Veränderungen herangezogen und konzeptionalisiert wird. Selbst auf der Ebene der nationalen und internationalen Fachgesellschaften mit hohen professionellen Standards gibt es keine einheitliche Definition, sondern äußerst vielfältige Varianten (Lynn u. Rhue 1991; Lynn et al. und andere Beiträge im *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, »special issue« 2000). Viele Publikationen, insbesondere auch von Fallgeschichten zur Anwendung von Hypnose bei Krebserkrankungen, enthalten bedauerlicherweise auch keine oder nur unpräzise Angaben zu den Interventionen oder der Herangehensweise, die als »Hypnose« etikettiert wurden. Pragmatisch-klinisch: »Es gibt viele Wege nach Rom.«

56.7 Empirische Belege

In der deutschsprachigen Diskussion zum Thema »Hypnose bei Krebserkrankungen« sind zwei Schwerpunkte erkennbar:

- Ein postulierter Einfluss der Hypnose oder anderer psychosozialer Unterstützungsangebote auf den Verlauf der Erkrankung bzw. die Lebensdauer und
- die Beschreibung und Bewertung von Hypnose und Selbsthypnose als wertvolle klinische Intervention zur supportiven Therapie der Folgen von Erkrankung und Behandlung.

Haben psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen (Hypnose) Einfluss auf den Verlauf von Krebserkrankungen?

Diese Diskussion wurde in Deutschland 1984 angestoßen durch die Veröffentlichung von drei Arbeiten (Newton, Meares, Finkelstein u. Greenleaf) in der Zeitschrift *Hypnose und Kognition*. Erschienen waren sie ein Jahr zuvor in der Ausgabe zum 25-jährigen Bestehen des *American Journal of Clinical Hypnosis* (1982/83), zusammen mit weiteren wesentlichen Arbeiten (H. Hall, Rosenberg, Margolis, Garder u. Lubner, M. Hall, Shapiro, Oliver, Redd et al., Hoffman) zum Thema »Hypnosis and Cancer«.

Newton (1984) hatte Hypnose im Kontext eines strukturierten Unterstützungsprogramms für Krebspatienten mit Anleitung zur Selbsthypnose verwendet. Er hob darin (S. 11) in **vier Punkten** hervor, wofür sie besonders geeignet sei:

1. für die Erfahrung eines zutiefst entspannten Zustandes,
2. für die Verbesserung von Symptomen, um Lebensenergie und Lebenswillen zu fördern,
3. für das Einüben von Selbsthypnose zur Verstärkung des Gefühls der Selbstkontrolle und aktiver Beteiligung an der Behandlung,
4. für die entscheidende Unterstützung, eine Psychotherapie durchführen zu können (in diesem Fall eine psychoanalytisch fundierte).

In den **klinischen Schlussfolgerungen** aus seinen Erfahrungen mit insgesamt 283 Patienten postulierte er Richtung weisend (S. 15), dass das wichtigste Ziel der Therapie die Verbesserung der Lebensqualität sein sollte. Bezogen auf ihre Diagnosen – auch wenn die Fälle unter einem methodenkritischen Gesichtspunkt sicher nicht genau vergleichbar waren – zeigten seine Patienten im Vergleich zur nationalen Krebsstatistik in den USA deutlich längere Überlebenszeiten.

Dies fiel bei Patienten und Therapeuten in Deutschland auf fruchtbaren Boden, die auf der Suche nach Alternativen zur »Schulmedizin« waren – wohl auch wegen der großen Popularität der ersten Veröffentlichung von Simonton et al. (1982). Dessen populärwissenschaftliche *Anleitung*

zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen verwies zur praktischen Umsetzung auf symbolische Imaginationen der eigenen aggressiven Immunabwehr (z. B. als Ritter mit silberner Rüstung, Haifische o. Ä.), um die Krebszellen zu zerstören. Dieses Buch wird seitdem in unveränderter Auflage mit entsprechender Tonbandanleitung verkauft. Simonton nahm auch in der Folgezeit (1993) in Anspruch, mit seinem Ansatz eine Verlängerung der Lebenszeit bewirken zu können bzw. vermittelte durch Fallbeispiele den Eindruck, dass damit auch Heilung in aussichtslosen Fällen möglich sei. Sein gruppentherapeutisches »Counceling«-Programm – kompakt vermittelt in wenigen Wochenseminaren für Patienten und ihre Angehörigen – ist zwar mit dem Psychotherapieverständnis in Deutschland überhaupt nicht vergleichbar oder kompatibel, weckte aber verständlicherweise viele Hoffnungen. Von Hypnose war explizit gar nicht die Rede, aber die Entspannungs- und Visualisierungsübungen (insbesondere das metaphorische Bebildern der eigenen Abwehrkräfte) – nur eine unter vielen weiteren Interventionen – wurden als der Hypnose ähnlich bzw. als die wesentliche Intervention rezipiert (Ebell 1996). Die »Vorschläge zur Veränderung des Simonton-Programms« von Lenk (1985) und seine auf einem eindrucksvollen Einzelfall basierende Konzeptionalisierung einer »Hypnotherapie bei Krebserkrankungen« im ersten deutschsprachigen Lehrbuch für *Klinische Hypnose* (Revenstorf 1990) folgen dieser Linie.

Auch die beeindruckenden Kasuistiken von Meares (1984) in der o. g. Ausgabe von *Hypnose und Kognition* weisen in die Richtung einer Beeinflussung des Verlaufs der Erkrankung durch Hypnose, auch wenn diese hier eher als Sonderform der Meditation präsentiert wurde. Peter (1984) kommentiert in seiner »Einführung zum Leitthema« (S. 2–4) zurückhaltend beide Aspekte (»Hypnose zur Linderung« und »hypnotherapeutische Bemühungen, die über eine bloße Symptomkontrolle hinausgehen und auch den Stillstand oder die Rückentwicklung der Krankheit zum Ziel haben«) und fügt eine Bibliografie mit knappen Inhaltsangaben (S. 73–82) an. Kraiker (1984) fühlte sich als Mitherausgeber dieser Ausgabe von *Hypnose und Kognition* zu einem vorsichtig kritischen Kommentar veranlasst, der als Nachwort angefügt wurde.

Meist wurden und werden solche Auffassungen begründet mit wissenschaftlichen Erkenntnissen der »Psychoneuroimmunologie« (Ader 1981; Ader et al. 1991), einem interdisziplinären Forschungsgebiet, das sowohl für die Entstehung als auch für den Verlauf einiger Krebserkrankungen wichtige Erkenntnisse beisteuern kann. Die Wertigkeit von Belegen, dass sich immunologische Faktoren durch Hypnose messbar verändern (Flammer u. Bongartz 2003; Bongartz 1996), ist für den klinischen Verlauf der großen Vielfalt von »Krebs«-Erkrankungen jedoch vollkommen unbekannt und eine diesbezügliche Bewertung der Bedeutung von Hypnose rein spekulativ.

Im Hinblick auf die beiden oben genannten Schwerpunkte der Diskussion in Deutschland sind die Arbeiten von Spiegel, einem renommierten Psychiater, Kliniker und Hypnoseforscher an der Stanford-Universität, ein wichtiges Bindeglied: Er berichtete (Spiegel u. Bloom 1983) über die Wirksamkeit von Selbsthypnose zur Schmerzlinderung sowie andere relevante therapeutische Effekte (Spiegel et al. 1981). Besondere Beachtung gewann seine Veröffentlichung von Katamnesedaten einer kontrollierten Studie im *Lancet* (Spiegel et al. 1989), einem Journal mit höchster wissenschaftlicher Reputation. Die Brustkrebspatientinnen der Interventionsgruppe (psychoanalytische Gruppe zur Förderung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit) lebten im Schnitt 18 Monate länger und 3 Teilnehmerinnen waren noch am Leben, während alle Frauen aus der Vergleichsgruppe verstorben waren. Hier schien ein deutlicher Hinweis auf eine Lebensverlängerung bei Krebserkrankungen durch psychosoziale Interventionen vorzuliegen und nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität. Später wurde ermittelt (Fox 1995), dass die Überlebenszeit der Behandlungsgruppe in etwa der von vergleichbaren Brustkrebspatientinnen entsprach, die im regionalen und nationalen Krebsregister erfasst wurden, während die Kontrollgruppe dementsprechend eine kürzere Überlebenszeit aufwies. Spiegel selbst diskutierte seine Ergebnisse immer selbstkritisch (Spiegel 1993; Spiegel u. Kato 2000); auch wurde von ihm nie als wesentlich herausgestellt, dass einige Patientinnen Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle erlernt hatten. Die durch seine Veröffentlichung im *Lancet* ausgelöste methodenkritische Diskussion, inkl. Replikationsstudien, schien

abgeschlossen: »When a negative result is positive« (Goodwin 2004). Die Autoren eines Reviews zur Untersuchung systematischer Reviews formulierten 2005:

> Die Befunde dreier Meta-Analysen (Meyer et al. 1995, Cwikel et al. 2000, Chow et al. 2004) legten nahe, dass psychosoziale Interventionen im Allgemeinen wenig oder keinen Effekt haben auf das Überleben und den medizinischen Verlauf; da jedoch nur eine geringe Zahl methodisch anspruchsvoller Studien vorliegt, empfehlen alle Autoren ausdrücklich weitere grundlegende Forschung auf diesem Gebiet (Rogers et al. 2005, S. 18; Übersetzung des Autors).

Eine solche Studie scheint nun vorzuliegen: Eine Arbeitsgruppe an der Universität Kiel (Küchler et al. 2007) berichtet von einer randomisierten Untersuchung über 10 Jahre, bei der eine statistisch signifikant erhöhte Überlebenszeit bei chirurgischen Patienten mit bestimmten gastrointestinalen Krebserkrankungen gefunden wurde, wenn diese psychotherapeutische Unterstützung erhalten hatten. Andrykowski (2007) diskutiert dieses aufsehenerregende Ergebnis gründlich und kritisch auf dem Hintergrund der aktuellen Forschungsevidenz in einem Editorial. Auch wenn dies nur für eine ganz spezielle, kleine Gruppe von Patienten gilt, werden die aufgeworfenen Fragen ein wichtiger Impuls für Klinik und Forschung sein – wohlgemerkt, bisher ohne entsprechende Daten für eine als »Hypnose« deklarierte Intervention.

Zum Postulat eines Einflusses psychosozialer Interventionen auf den Verlauf von Krebserkrankungen diskutiert Beutel kritisch die Bedeutung der Copingforschung:

> Übersichtsarbeiten kommen aufgrund einer begrenzten Zahl von Verlaufsstudien zu dem weitgehend übereinstimmenden Ergebnis, dass
> - ein aktives, engagiertes, kämpferisches Verhalten (Problemanalyse und -lösung), Ausdruck von negativen Gefühlen und eine zuversichtliche, unter Umständen auflehnende Grundstimmung günstig sind,
> - eine passiv-resignative Einstellung, Unterdrückung von Gefühlen, Unterwerfung und Hoffnungslosigkeit ungünstig sind,
> - andere Strategien wie Verleugnung kontrovers bleiben,
> - in einzelnen Studien auch belastende Lebensereignisse und mangelnde soziale Unterstützung mit kürzerer Überlebensdauer einhergehen.
>
> Gerade die Studien mit den eindrucksvollsten Ergebnissen unterliegen jedoch gravierenden methodischen Einschränkungen bezüglich Stichprobengröße und sorgfältiger Prüfung medizinischer Prognoseindikatoren (Beutel 1994, S. 67).

Faller (2001) diskutiert eine vergleichbare Einschätzung anhand einer aktuelleren Literaturübersicht, zusammen mit den Ergebnissen seiner sehr sorgfältig entworfenen prospektiven Untersuchung von Lungenkrebspatienten.

In Deutschland haben die Arbeiten von Schwarz (1994) zu »Mythos und Realität der sogenannten Krebspersönlichkeit« einen wesentlichen Beitrag zur Demystifikation von Krebs geleistet sowie zur Konstituierung wissenschaftlich-kritischer Kriterien für die Arbeit mit Krebspatienten als chronisch Kranke (Koch u. Potreck-Rose 1990, Koch u. Weiß 1998), deren Lebensqualität es zu fördern gilt (Wasner 2005). Kappauf u. Dietz (1996, S. 8) formulieren das Aufgabengebiet der **Psychoonkologie** so: Sie untersucht **psychosomatische Aspekte** (soziale und psychische Faktoren, die Morbidität und Mortalität beeinflussen), **somatopsychische Aspekte** (Auswirkungen von Erkrankung und Therapie) und **psychosoziale Aspekte** (emotionale Auseinandersetzung der Patienten, ihrer Angehörigen und der Behandelnden mit sich selbst und miteinander, einschließlich der spirituellen Dimension).

Alle Überlegungen und Untersuchungen der klinischen Wirksamkeit von Hypnose und Selbsthypnose sollten in diesem interdisziplinären Kontext angesiedelt sein. Dazu bedarf es klarer und eindeutiger Operationalisierungen. Die Anleitung zu Entspannung und/oder Imaginationen ist Bestandteil vieler einzel- und gruppentherapeutischer Angebote (▶ Abschn. 56.6), um Patienten mit einer Krebserkrankung zu besserem Coping mit den körperlichen und psychosozialen Folgen ihrer Erkrankung bzw. mit Diagnostik und Behandlung anzuleiten. Als »Hypnose« definierte Interventionen könnten sowohl im verhaltenstherapeutischen Spektrum mit Fokus auf dem Umgang mit Symptomen als auch im Kontext tiefenpsychologischer Konzepte mit Schwerpunkt auf dem Umgang mit Gefühlen und Konflikten einen hohen klinischen Stellenwert haben und prospektiv untersucht wer-

den. Die für die Hypnotherapie typische Fokussierung auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten (Ressourcen) der Patienten zur Optimierung ihres Copings liegt klar auf der Linie des von maßgeblichen Forschern und Klinikern 1995 formulierten »Konsensus von Flims« (Kiss 1995).

Können Hypnose und Selbsthypnose bei Krebserkrankungen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten, z. B. zur Schmerzkontrolle, bei Ängsten und Nebenwirkungen einer Chemotherapie?

Diese Frage ist eindeutig zu bejahen.

Die Literatur bietet diesbezüglich verschiedene Perspektiven an: Praktisch Interessierte profitieren eher von **Einzelfallberichten** bzw. von **Beschreibungen klinischer Erfahrungen** bei einigen Patienten. Diese erlauben zwar keine Verallgemeinerung, vermitteln aber viele Anregungen und sichern – zusammen mit **Ergebnissen aussagekräftiger prospektiver Untersuchungen** – die Professionalität der klinischen Tätigkeit. **Reviews** hinterfragen kritisch die Aussagen zur Wirksamkeit von Hypnose in Publikationen. Sie fokussieren dabei vor allem auf methodische Vorzüge und Mängel der jeweiligen Veröffentlichungen, um ihre klinische Wertigkeit zu bestimmen. In der Regel folgt eine Empfehlung, um Forschungsfragestellungen zu präzisieren und/oder ihre Förderungswürdigkeit zu beurteilen. Ihre Aussagekraft hängt natürlich ganz von der Qualität des untersuchten Materials ab.

Bei Schmerzen und Ängsten sowie bei Übelkeit und Erbrechen als Nebenwirkungen von Chemotherapie und Strahlenbehandlung ist für sehr unterschiedliche Techniken und Suggestionen (oft fehlen dazu auch Angaben) eine erstaunliche Wirksamkeit belegt. Diese Symptomatik ist häufig, klinisch relevant und in der Regel auch behandlungsbedürftig. In Falldarstellungen wird oft darüber hinaus davon berichtet, wie Patienten und Therapeuten durch Hypnose ein sehr kreativer Umgang mit vielfältigen Belastungen im Verlauf der Erkrankung sowie in der Sterbephase und der Auseinandersetzung mit dem Tod ermöglicht wurde.

In einer ersten Übersichtsarbeit zur Schmerzbehandlung aus psychosomatischer Sicht (Noyes 1981) sind nur zwei kleine Absätze zur Hypnose bei Krebserkrankungen enthalten. Steggles et al. (1987) listen die Arbeiten zum Thema »Hypnosis and cancer« von 1960–1985 auf und unterscheiden: »26 general discussions«, »34 case reports« und »9 experimental and nonexperimental group designs«. Kaye (1987) veröffentlicht 12 informative Fallgeschichten und ihre klinischen Schlussfolgerungen. Trijsburg et al. (1992) verweisen in ihrem Review »Effects of psychological treatment on cancer patients« auf klinisch relevante Ergebnisse von Hypnose bei »Angst, Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen«. Batschkus (1994) stellte in einer Dissertation über 300 Referenzen zur Literatur über Hypnose in der Therapie von malignen Erkrankungen zusammen. Genuis (1995) bewertet die systematischen Studien seit 1980 zum Umgang mit Angst und Schmerz einerseits und Übelkeit und Erbrechen andererseits. Rajasekaran et al. (2005) haben aus Sicht der Palliativmedizin 27 Veröffentlichungen über die Arbeit mit Hypnose in der Terminalphase (davon 24 Fallberichte) analysiert. Sie konstatieren: »Weitere Forschung ist erforderlich, um die Bedeutung der Hypnotherapie für die Symptomkontrolle verstehen zu können« (Rajasekaran et al. 2005, S. 418; Übersetzung des Autors). Mansky u. Wallerstedt (2006) kommen zu der Einschätzung: »Hypnose und angeleitete Imaginationen können nützlich sein bei antizipatorischer Übelkeit und Erbrechen« (Mansky u. Wallerstedt 2006; S. 425; Übersetzung des Autors).

Fallgeschichten und klinische Untersuchungen

Milton Erickson hat beeindruckende Fallgeschichten (1959, 1966a) und ein grundlegendes systematisches Referat zur Schmerzkontrolle (1967/1998, S. 128–138) veröffentlicht, das er auf dem ersten Kongress für Hypnose und psychosomatische Medizin 1965 in Paris gehalten hat. Sacerdote (1982a,b) würdigt – neben eigenen Arbeiten (Sacerdote 1965, 1970) – vor allem Ericksons Ansätze für die Schmerzproblematik bei Krebspatienten. In der grundlegenden Darstellung von Hilgard u. Hilgard (1975) wird im Kapitel über die klinische Anwendung bei Krebserkrankungen (S. 86–102) in einer Fallgeschichte auch auf positive klinische Effekte der Hypnose über die Schmerzlinderung hinaus hingewiesen. Crasilneck u. Hall (1985, S. 109–116), Butler (1954), Cangello (1962) haben ebenfalls wichtige Beiträge dazu geliefert. Peter u. Gerl (1984) diskutieren ihre klinische Erfahrung mit Fallbeispielen, von Gerl (1985) ergänzt durch

eine Reflexion von Wesen und Bedeutung der therapeutischen Beziehung. Peter (1996a, 1998b) veröffentlichte umfassende Übersichten zur Schmerztherapie mit Hypnose und berücksichtigt dabei die Besonderheiten der Arbeit mit Krebskranken.

Die aus klinischer Erfahrung gewonnenen konzeptionellen Auffassungen von Barber u. Gitelson (1980) und Spiegel (1985) zur Verwendung von Hypnose und Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle sind praktikabel (Ebell et al. 1992; Ebell u. Beyer 1993; Ebell 2008b) und werden durch Erfahrungen vieler Patienten bestätigt:

»Man kann Schmerzen haben, ohne darunter zu leiden; man muss nicht bis zur Erschöpfung gegen Schmerzen ankämpfen, sondern kann loslassen und Selbsthypnose verwenden; man kann die Schmerzwahrnehmung verändern und in Ausnahmefällen sogar effektiv mittels Selbsthypnose kontrollieren.«

Dieser Zugang ist entsprechend auch auf den Umgang mit vielfältigen anderen Symptomen, unter denen die Patienten leiden, übertragbar. Die Fallgeschichten von Rosen (1984) und Hoffmann (1982/83) sowie die Übersicht von Redd et al. (1982/83) geben einen Einblick in die klinische Arbeit zur Kontrolle von Übelkeit und Erbrechen als Nebenwirkungen der Chemotherapie. Sie enthalten auch weitere therapeutisch wesentliche Aspekte für die Behandlung von Krebskranken. Dass Hypnose antizipatorische Übelkeit und Erbrechen ohne Ausnahme wirksam unterbinden kann, zeigen Marchioro et al. (2000) eindrucksvoll bei allen (16) in eine Studie eingeschlossenen Patienten. Lang et al. (2000, 2006) belegen in zwei neueren, methodisch anspruchsvollen Studien die Wirksamkeit von Hypnose bzw. Selbsthypnose in der Vorbereitung und Durchführung medizinisch-diagnostischer Eingriffe, gewissermaßen im Vorfeld der Onkologie. Für die intra- und postoperative Versorgung von Brustkrebspatienten konnten Montgomery et al. (2007) erstaunliche und relevante Unterschiede einer Hypnoseintervention gegenüber einer Aufmerksamkeitskontrollintervention belegen.

Hypnose und Selbsthypnose bei Kindern und Jugendlichen

In Bezug auf die Behandlung von Ängsten und Schmerzen setzten Publikation (Hilgard u. LeBaron 1982) und Buch (Hilgard u. LeBaron 1984) Maßstäbe. Viele weitere praktisch klinisch gut verwendbare Berichte zum Umgang mit Symptomen von Erkrankung und Behandlung liegen vor (Zeltzer u. LeBaron 1982; Kellerman et al. 1983; Kuttner 1988; Zeltzer et al. 1991; Jacknow et al. 1994; Liossi u. Hatira 1999). In dem *Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie* (Olness u. Kohen 2001) wird ausführlich auf Besonderheiten der Arbeit mit krebskranken Kindern eingegangen, verbunden mit weiteren Literaturverweisen. Die bei Erwachsenen so intensiv diskutierte Frage einer Lebensverlängerung wird hier nur anekdotisch angedeutet. Die meisten malignen Erkrankungen im Kindesalter haben einen stark progredienten Verlauf und bei empathischer Zuwendung verbieten sich solche Allmachtsphantasien wohl in Anbetracht der vielen Schicksale. Einzelberichte geben allerdings einen faszinierenden Einblick in das erstaunlich kreative Potenzial von Kindern und Jugendlichen im Angesicht des Todes, wenn sie hypnotherapeutisch begleitet und gefördert werden.

Die Herausforderung, in der Pädiatrie Hypnose und Selbsthypnose als Intervention kreativ und gezielt zu verwenden, ist aus der Notwendigkeit erwachsen, mit wiederholten diagnostischen und therapeutischen Eingriffen umzugehen (z. B. Rückenmark- oder Knochenmarkpunktionen bei den häufigen Leukämien). Solche und ähnliche Prozeduren sind nicht nur schmerzhaft, sondern werden oft als traumatisierend erlebt, mit entsprechend gravierenden Auswirkungen (Ängste, Stress und Vermeidungsverhalten) auf die nächste Behandlung. Aus methodenkritischer Sicht wird die Studienlage nüchtern aber positiv gesehen: Milling u. Costantino (2000) halten die Wirksamkeit von Hypnose bei akutem Schmerz und Nebenwirkungen der Chemotherapie für gut belegt. Wild u. Espie (2004) kommen zwar zu dem Schluss, dass die Aufnahme der Hypnose in »best practice guidelines« (noch) nicht gerechtfertigt ist. Sie gehen aber von »sufficient evidence« aus, die »weitere kontrollierte Studien mit größeren Patientenzahlen rechtfertigt« und formulieren entsprechende Vorschläge für diese Forschung. Richardson et al. (2007)

bestätigen in ihrem Review kontrollierter Studien, dass die Hypnose sowohl für antizipatorische als auch durch Chemotherapie ausgelöste Übelkeit und Erbrechen als »klinisch wertvolle Intervention« einzuschätzen ist. Die klinische Herausforderung in der Arbeit mit Kindern, die sich mehrfachen Blasenuntersuchungen unterziehen müssen, ist sicherlich vergleichbar. Butler et al. (2005) konnten eine erstaunliche Wirksamkeit der Hypnose im Hinblick auf Stressreduktion sowie Erleichterung und Verkürzung der unangenehmen Untersuchung belegen.

Für interessierte Kliniker und Forscher

Das von Barber (1996) herausgegebene Buch *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain – a Clinical Guide* bietet mit seinen 400 Seiten einen umfassenden Überblick zu Theorie und Praxis. Alle Beiträge sind mit vielen konkreten Beispielen außerordentlich gründlich ausgearbeitet. Neben dem grundlegenden Kapitel des erfahrenen Klinikers und Forschers (Barber 1996), enthält es auch ein Kapitel über die Arbeit mit Krebskranken von Syrjala u. Roth-Roemer (1996). Syrjala ist auch die Autorin einer kontrollierten Studie (Syrjala et al. 1992), die in allen Reviews zitiert wird, die mit strengen methodischen Kriterien die Arbeiten zu »alternativen« Therapieansätzen bei Krebserkrankungen geprüft haben (Deng u. Cassileth 2005; Bardia et al. 2006). In einem quasi experimentellen Setting (mehrwöchige Isolationsphase wegen Immunsuppresion) konnte sie bei Patienten mit unerträglichen Schmerzen aufgrund starker Schleimhautentzündungen nach Knochenmarktransplantation die Überlegenheit von Hypnose (»relaxation and imagery«) zeigen – im Vergleich zu einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Copingfähigkeitstraining (ohne »imagery«) gegenüber zwei Kontrollgruppen (Therapeutenkontakt ohne Intervention und Normalbehandlung). Auch das Kapitel von Bejenke (1996a) zu schmerzhaften, medizinischen Eingriffen (▶ Kap. 52) bietet viele praktische Anleitungen und vermittelt anschaulich Erfahrungswerte. Sie hat Hypnose und Suggestionen (ohne formelle Induktion: »Worte wie Medizin«) über Jahrzehnte für tausende Patienten in ihrer täglichen Routine als Anästhesistin und Schmerztherapeutin – insbesondere auch bei Krebserkrankungen – segensreich angewandt. Im Hinblick darauf, dass viele Maßnahmen – insbesondere bei Wiederholungen wie in der Strahlenbehandlung und der Diagnostik im Magnetresonanz- oder Computertomografen – bei Patienten Stress und Ängste auslösen, sind auch die Beiträge von Patterson (1996) und Askay et al. (2007) zur Versorgung von Patienten mit Verbrennungen auf die Arbeit mit Krebskranken übertragbar.

Dieses klinische Lehrbuch (Barber 1996) ist eine wertvolle Fundgrube für alle, die das Potenzial der therapeutischen Hypnose in ihre Arbeit integrieren wollen.

56.8 Zusammenfassung

Psychoonkologische Arbeit ist immer eine »Begleitung für ein Stück des Weges« (Ebell 2008a). Die Zusammenarbeit von Patient, als Experte für sein Krank**sein**, und Therapeut, als Experte für die Krank**heit**, erfolgt in drei Zeiträumen:

- **Kurzfristige Hilfe** (Linderung, Stützen, Krisenintervention),
- **mittelfristige Unterstützung** (mit Kräften haushalten lernen, tiefere Einsichten bzw. Umorientierungen fördern, mögliche Alternativen erproben, Austausch und Halt im Partner-, Familien- und Behandlungssystem fördern) und
- **langfristige psychotherapeutische Zusammenarbeit** (verschiedene Therapieziele und Themen).

Der Stellenwert von Hypnose und Selbsthypnose kann in Einzelfällen sehr hoch sein (s. Fallbeispiele) und trägt dann erheblich dazu bei, dass ein objektiv angemessenes Gesamttherapiekonzept auch subjektiv zufriedenstellend wahrgenommen wird.

Viele Menschen haben – meist ohne davon zu wissen – besondere Fähigkeiten, ihre Wahrnehmung zu verändern und damit ihr Coping wesentlich zu verbessern. Auch wenn die therapeutische Beziehung (zwischenmenschliche Zuwendung) eine große Rolle spielt, ist es dann möglich, Veränderungen selbst zu induzieren (Selbsthypnose) und damit die Lebensqualität entscheidend zu verbessern. Dieses therapeutische Potenzial ist zu wenig bekannt und wird noch viel zu wenig genutzt. Unterschätzt wird auch, dass solche Fähigkeiten durch direkte und indirekte Suggestionen – mit

oder ohne formelle Hypnoseinduktion und Vertiefung – umgesetzt werden können.

Kurzfristige Hilfe. Für die meisten stationär behandelten Patienten wird sich eine kurzfristige und situationsbezogene psychoonkologische Begleitung auf Kriseninterventionen beschränken bzw. einen Beitrag zur Optimierung der Symptomkontrolle leisten (z. B. bei Schmerzen, Ängsten, Nebenwirkungen von Therapiemaßnahmen). Hypnoseerfahrungen werden direktiv oder als Anleitung zu einem persönlichen Selbsthypnoseritual vermittelt. Es ist wirksamer, sich dabei auf ein gewünschtes »Was stattdessen?« zu konzentrieren, als unangenehme Symptome zu bekämpfen. Hypnose kann auch dabei helfen, die Entstehung und Bedeutung des Leidens an Symptomen (Anlass bzw. Ursache, verstärkende und biografische Faktoren) genauer zu untersuchen.

Mittelfristige Unterstützung. Bei längeren stationären Aufenthalten, z. B. zur Knochenmarktransplantation, in psychosomatischen und Rehabilitationskliniken und in der ambulanten Betreuung ermöglicht eine mittelfristige Begleitung eine komplexere und intensivere Betreuung. Hypnose (auch verwendbar als Hypnoseanleitung zur Selbsthypnose) sollte hier verbunden sein mit Anleitungen zur Entspannung und Symptomkontrolle, mit spezifischen Vorstellungen im Sinne eines »Was stattdessen?«. Die verwendeten Techniken (z. B. für den Zugang zu nicht bewusstem Erfahrungswissen und Fähigkeiten) sollten einfach und auf die Optimierung von Coping und Lebensqualität ausgerichtet sein.

Langfristige psychotherapeutische Zusammenarbeit. Über Kriseninterventionen und symptomatische Therapie hinaus ermöglicht eine langfristige Begleitung, gemeinsam Therapieziele sowie persönliche Themen zu bearbeiten, die von beiden »Experten« ermittelt wurden. Hypnose und Selbsthypnose sind in diesem Kontext sehr hilfreich, um Ressourcen und Hindernisse (z. B. Konflikte, die aus der bisherigen Lebensperspektive als unlösbar wahrgenommen wurden, unverarbeitete Erfahrungen) zu identifizieren und auf einem Weg mit mehr Lebensqualität eine Neuorientierung (z. B. darauf, gesund zu werden) zu fördern.

Fazit

In jeder kontinuierlichen psychoonkologischen Begleitung sollte darauf geachtet werden, **Synergieeffekte von kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützungsmaßnahmen** zu erreichen:

- Zeiten ohne bzw. mit weniger Leiden führen zu einem veränderten Erleben der Patienten bzw. zu mehr Zuversicht.
- Besseres Coping, d. h. mehr Aktivität und »Selbsteffizienz«, ermöglichen die notwendige Neuorientierung.
- Persönliche Entwicklungsschritte fördern eine konstruktive Beziehungsgestaltung im therapeutischen, partnerschaftlichen und familiären Kontext.

57

Immunerkrankungen

Harald Krutiak

57.1 Theoretischer Hintergrund und empirische Befunde – 693

57.1.1 Interventionsstudien und empirische Befunde – 695

57.2 Interventionen – 696

57.2.1 Allgemeines – 696

57.2.2 Behandlungsbeginn: das »Kreieren des kognitiven Bettes« – 697

57.2.3 Nächster Schritt: Stabilisierung und Ressourcenaufbau – 697

57.2.4 Das Kernstück: korrektive Immunvisualisierung – 698

57.2.5 Ein wichtiger Schritt: Transfer in den Alltag und posthypnotische Integration – 701

57.3 Diskussion – 701

57.1 Theoretischer Hintergrund und empirische Befunde

Störungen des Immunsystems stellen zum einen eine eigene Gruppe von Erkrankungen dar und sind zugleich auch ursächlich an einer Vielzahl von anderen somatischen Störungen beteiligt. Deshalb sind psychotherapeutische Optionen der immunologischen Modifikation in der Psychosomatik von zentraler Bedeutung. Und gerade hypnotherapeutische Ansätze sind hierbei von hoher klinischer Relevanz, weil sie auf verschiedene Weise wichtigen Erkenntnissen der Psychoneuroimmunologie (PNI) Rechnung tragen.

Aus in der Praxis gewonnenen Erfahrungen möchte ich eine funktionale Gliederung von Immunstörungen vorschlagen, welche zugleich eine systematische Darstellung hypnotherapeutischer Interventionen erlaubt. Demzufolge lassen sich Immunerkrankungen in 4 Gruppen (Allergie, Infektion, Autoimmunerkrankung und Krebs; Tab. 57.1) einteilen (nach Melnechuk 1980 zit. nach Borysenko 1987).

Eigentlich kann man sich das Immunsystem wie ein Orchester vorstellen: Die Schönheit der Musik entsteht im Konzert durch das harmonische Zusammenspiel der verschiedenen Instrumente. So arbeitet auch das Immunsystem: Die gelungene Funktion entsteht durch ein komplexes Zusammenspiel der verschiedenen Immunzellen, welche durch Zytokine und andere Faktoren miteinander kommunizieren. Die meisten pharmakologischen Strategien zur Immunmodulation mit Zytokinen gleichen daher dem einfachen Lauterwerden eines Instrumentes: Dies führt nicht notwendigerweise zu höherem Hörgenuss. Deshalb sind die Resultate gängiger Behandlungen mit Interferonen oder Interleukinen zur Therapie von Autoimmunerkrankungen (z. B. multiple Sklerose), Infektionen (Hepatitis B und C, HIV) oder hämatoonkologischen Störungen meist mäßig, ausgenommen die Haarzellleukämie, welche mit Interleukin-2 gut behandelbar war, bis ein nebenwirkungsärmeres chemotherapeutisches Behandlungskonzept eingeführt wurde. Daneben lassen sich zum Teil (Subtyp abhängig) gute Behandlungserfolge mit α-Interferon (IFN-α) plus Ribavirin bei chronischer Hepatitis C erzielen, während die chronische Hepatitis B auf ein vergleichbares Vorgehen (IFN + Virostatikum) nur mäßig anspricht. Bei anderen, nicht zytokinbasierten immunmodulatorischen Pharmaka (Cortison, Azathioprin u. a.) sind eine Vielzahl unangenehmer Nebenwirkungen bekannt. Klar ist: Pharmakotherapien sind gerade bei akuten Immunerkrankungen bzw. akuten Schüben derselben unverzichtbar. Und zugleich kann die Möglichkeit der hypnotherapeutischen Beeinflussung von Krankheitsverläufen ein attraktiver, nicht nur die Lebensqualität steigernder Ansatz sein. Doch wie ist diese hypnotische Immunmodulation überhaupt möglich?

Lange Zeit galt das Immunsystem als autonom regulierter Organkomplex. Und das, obwohl Pasteur schon 1878 einen Zusammenhang von Stress und verminderter Immunleistung nachweisen konnte, indem er mit Milzbrand infizierte Hühner durch Untertauchen in eiskaltem Wasser stresste und einen schwereren Verlauf der Infektion im Vergleich zur Kontrollgruppe beobachten konnte (Buske-Kirschbaum et al. 1990). In den späten 20er-Jahren des letzten Jahrhunderts begannen russische Forscher erstmals, Experimente zur Konditionierung des Immunsystems durchzuführen (Metal'nikov u. Chorine1926). Obwohl diese frühen Studien zur Konditionierbarkeit des Immunsystems mit methodischen Mängeln wie fehlender Kontrolle, sehr kleinen Untersuchungsgruppen oder mangelhafter statistischer Auswertung behaftet waren, müssen sie doch als die ersten systematischen Versuche zur Beeinflussung der Immun-

Tab. 57.1. Einteilung von Immunerkrankungen. (Nach Melnechuk 1980 zit. nach Borysenko 1987)

Gegen	Zu stark Ausgeprägte immunologische Aktivität	Zu gering
Exogenes Antigen	Allergie	Infektion
Endogenes Antigen	Autoimmunerkrankung	Krebs

reaktivität durch Lernprozesse betrachtet werden. Ohne Kenntnis dieser frühen Experimente berichtet die Arbeitsgruppe um Ader von einer zufälligen Entdeckung im Rahmen einer Untersuchung zur Konditionierung einer Geschmacksaversion (Ader 1981). Da diese Experimente zur Konditionierbarkeit des Immunsystems hervorragend zum Schaffen einer behandlungsförderlichen Einstellung beim Patienten dienen, seien sie etwas ausführlicher dargestellt.

In diesem Lernprotokoll ist eine einmalige Paarung einer aversiven, häufig zu Übelkeit führenden Substanz (UCS = unconditioned stimulus) mit einer neutralen Flüssigkeit (CS = conditioned stimulus) ausreichend, um eine heftige Aversion gegen das sonst bevorzugte Getränk hervorzurufen. Ratten wurde eine Kombination der noxischen Substanz Cyclophosphamid (UCS) mit einer neutralen Saccharinlösung (CS) verabreicht, wobei die Saccharinkonzentration unterschiedlicher Experimentalgruppen variierte. Bei späteren Reexpositionen des CS zeigt sich wie erwartet eine konditionierte Geschmacksaversion gegen die Saccharinlösung, die sich in einer signifikant reduzierten Flüssigkeitsaufnahme manifestierte. Ein unerwarteter Effekt war jedoch, dass eine überzufällig hohe Anzahl an Experimentaltieren starb, wobei die Mortalitätsrate mit der zuvor erhaltenen Saccharinkonzentration korrelierte. Eine Hypothese zur Aufklärung des beobachteten Phänomens war, dass eine konditionierte Suppression der körpereigenen Abwehr aufgrund einer Assoziation des ebenfalls immunsuppressiven Cyclophosphamids mit der Saccharinlösung erfolgt war. Bei den späteren Darbietungen des konditionierten Stimulus ist es in diesem Falle zur Unterdrückung der Immunreaktivität bei den Experimentaltieren und somit zu einer erhöhten Anfälligkeit für pathogene Erreger gekommen (Ader 1974).

In einer Folgestudie zur Überprüfung oben genannter Vermutung konnte die Arbeitsgruppe zeigen, dass nach einmaliger Koppelung einer neutralen Saccharinlösung (CS) mit der immunsuppressiven Substanz Cyclophosphamid (UCS) eine spätere Darbietung des konditionierten Stimulus allein zu einer Suppression des Antikörpertiters auf zuvor applizierte Schafserythrozyten (SRBC = sheep red blood cells) führt. Bei Placebotieren sowie unkonditionierten Tieren fand sich kein vergleichbarer Effekt. Sie zeigen einen erhöhten Antikörperspiegel als Folge der antigenen Stimulation durch SRBC (Ader 1975). Diese Ergebnisse stützen die frühere Hypothese der Arbeitsgruppe und sprechen für eine Modifizierbarkeit immunologischer Prozesse durch Lernen, wodurch ein neues Verständnis von Immunprozessen erforderlich wird. Doch wie ist diese Interaktion zwischen Nervensystem und Immunsystem möglich?

Das Immunsystem (IS) steht in engstem funktionalem Zusammenhang mit dem Nervensystem (NS) und dem endokrinen System (ES). Es würde den Rahmen dieses Textes sprengen, wollte man die komplexen Zusammenhänge dieser Interaktionen hier ausführlich darstellen. Deshalb seien hier nur die Grundlagen skizziert; weitergehende Informationen finden Sie in Lehrbüchern der Psychoneuroimmunologie (Schedlowski u. Tewes 1996). Zusammenfassend lassen sich folgende Kommunikationswege beschreiben (Abb. 57.1).

Im Folgenden sollen beispielhafte Kommunikationswege und -phänomene dieser Organsysteme benannt werden. Diese Darstellung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll vielmehr eine Idee von dem komplexen Zusammenspiel geben. Auf eine Präsentation der Achse NS – ES bzw. ES – NS wird hier verzichtet.

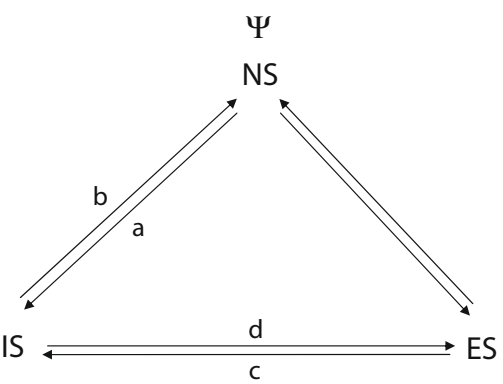


Abb. 57.1. Kommunikationswege zwischen Immunsystem (*IS*), Nervensystem (*NS*) und endokrinem System (*ES*), *a, b, c* und *d* stehen für die Kommunikationswege zwischen den jeweiligen Systemen, Beschreibung s. Text. (Nach Schulz u. Raedler 1990)

Als efferente Beziehung zwischen NS und IS (a) sind Folgende zu nennen:

Sämtliche Nodi lymphatici werden von Fasern des Sympathikus durchzogen, ebenso das Knochenmark und die Milz (Weihe et al. 1991), während das Parenchym des Thymus über den N. vagus parasympathisch und von sympathischen Fasern des Ganglion stellatum innerviert wird (Felten et al. 1987). Daneben weisen sämtliche peripheren immunkompetenten Zellen Rezeptoren für alle bekannten Neurotransmitter und -peptide auf (Madden et al. 1989). Immunkompetente Zellen sind auch selbst in der Lage, Neuropeptide zu exprimieren; dies scheint vor allem der parakrinen und autokrinen Signalvermittlung innerhalb des Immunsystems zu dienen (Weihe et al. 1994).

Läsionen im Gehirn führen zu veränderten Immunreaktionen: Läsionen im vorderen Hypothalamus verhindern die Entwicklung anaphylaktischer Reaktionen bei sensibilisierten Versuchstieren (Stein et al. 1976), während Verletzungen hypothalamischer Nuclei einen hemmenden Effekt auf die Aktivität der natürlichen Killerzellen ausüben (Forni et al. 1983).

Als afferente Beziehungen zwischen IS und NS (b) sind Folgende zu nennen:

Zytokine lösen neuronale Aktivität aus. Dafny (1983) konnte aufzeigen, dass Injektionen von α-Interferon bei Ratten zu Erregungen im Kortex, Hippocampus und im Hypothalamus führen. Interleukin-1 triggert ein Verhaltenscluster, welcher in der Forschung als »sickness behaviour« bezeichnet wird (Dantzer et al. 1993). Dieser zytokininduzierte Verhaltenskomplex zeichnet sich durch sozialen Rückzug und Schläfrigkeit aus; der evolutionäre Hintergrund ist offensichtlich: Tiere mit Infektionskrankheiten ziehen sich damit aus dem Rudel zurück und auf die Weise wird die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung der Artgenossen reduziert. Beim Menschen lässt sich eine ausgeprägte depressionsinduzierende Wirkung von α-Interferon beobachten (Schäfer u. Schwaiger 2003). Da α-Interferon vor allem bei Infektionen vom Immunsystem ausgeschüttet wird, wäre die Frage spannend, ob Depressionen bei Personen mit chronischen Infektionen (z. B. HIV) durch einen entsprechenden Copingstil oder auch zytokinvermittelt auftreten können.

Zur Kommunikation zwischen ES und IS (c) ist Folgendes zu sagen:

Diese Achse ist für unsere Fragestellung von großer Bedeutung, zugleich ist der durch Hormone vermittelte Zusammenhang von Stress und verminderter Immunfunktion inzwischen Allgemeinwissen. Die Freisetzung von Hormonen wie den Katecholaminen, Glukokortikoiden sowie Prolaktin in Stresssituationen vermittelt jene Prozesse, welche dem Einfluss emotionaler Belastung auf immunologische Veränderungen zugrunde liegen (Schulz et al. 1989). Hierbei zeigen die Glukokortikoide eine besondere immunsuppressive Wirkung; dieses Nebennierenhormon wird vor allem bei chronischem Stress sezerniert. Deshalb lässt sich zusammenfassend sagen, dass akute psychische Belastungen sich eher im Sinne einer Steigerung von Einzelfunktionen, z. B. Anstieg der NK-Aktivität, auswirken, während chronische Belastungen mit verminderten Werten in den untersuchten immunologischen Parametern einhergehen (ibidem). Bemerkenswerterweise lassen sich durch Hypnose hämodynamische Veränderungen messen (Bongartz 1993a). Im Vergleich einer Entspannungsszene mit einer Stressbedingung und einer neutralen Bedingung konnten unterschiedliche Veränderungen der Leukozytenzahl im Blut beobachtet werden. Deshalb bringt Simonton innere Bilder in der Tumorbehandlung zum Einsatz, die aggressiven Inhalts sind, während ein hypnotherapeutisches Vorgehen mit sehr unterschiedlichen Bildern arbeitet, da die Heilvisualisierungen vom Patienten selbst generiert werden.

Zur Interaktion zwischen IS und ES (d) ist zu bemerken:

Immunzellen können selbst Hormone produzieren. So zeigen Blalock et al. (Smith 1985), dass Lymphozyten hypophysektomierter virusinfizierter Mäuse in der Lage sind, ACTH und Endorphine zu produzieren, die mit den hypophysären Hormonen identisch sind.

57.1.1 Interventionsstudien und empirische Befunde

Zu dem im Anschluss vorgestellten Vorgehen gibt es keine empirischen Befunde, so wie es nur wenige wissenschaftliche Studien gibt, die ein explizit hyp-

notherapeutisches Vorgehen bei Immunerkrankungen untersuchen (Leiberich et al. 1995, Peter 1994a, Reiser et al. 1993). Zugleich lassen sich vergleichbare Studien heranziehen, um das Potenzial hypnotischer Interventionen einschätzen zu können.

So z. B. ließ sich bei HIV-infizierten Männern durch die Teilnahme an einer gruppentherapeutischen Kombinationsbehandlung aus Stressmanagement und Entspannungsübungen das psychische und körperliche Wohlbefinden verbessern, gleichzeitig wurden die Herpes-Antikörpertiter und Kortisolkonzentrationen im Blut signifikant reduziert (Antoni et al. 2002). Bei 158 Brustkrebspatientinnen brachte eine 1-jährige Gruppentherapie eine Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit und der Schmerzwahrnehmung, jedoch fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der 6-Jahres-Katamnese bezüglich der Überlebensrate im Vergleich zur Kontrollgruppe (Goodwin et. al 2001). Dagegen ergab eine Interventionsstudie mit Mammakarzinompatientinnen, bei denen einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 10 Wochen autogenes Training und Stressmanagement durchgeführt wurden, sowohl einen kurz- als auch längerfristigen Anstieg der absoluten Lymphozytenzahlen im Blut (Schedlowski et al. 1994).

Schleifer et al. (1980) berichteten über 6 Männer, Durchschnittsalter 65 Jahre, deren Ehefrauen Brustkrebs in fortgeschrittenem Stadium hatten. Die Immunfunktion bei diesen Männern wurde in monatlichen Intervallen vor und nach dem Tod der Ehefrau beobachtet. Sie fanden beim Vergleich der Messergebnisse vor und nach dem Trauerfall, dass sowohl die T-Lymphozyten- als auch B-Lymphozyten-Stimulation unterdrückt war. Dies konnte nicht auf Veränderungen in der Zahl der Blutlymphozyten oder Lymphozytensubpopulationen zurückgeführt werden.

57.2 Interventionen

57.2.1 Allgemeines

Gemäß bisheriger Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie bedarf es regelmäßigen Trainings, um mit Hypnose einen nachhaltigen immunmodulatorischen Effekt zu erzielen (Ader 1981). Zur Motivierung der Patienten ist es unumgänglich, ihnen Grundlagen der Psychoneuroimmunologie zu vermitteln. Als Rüstzeug empfiehlt sich, dass der Behandler selbst sich ein profundes Wissen um die Mechanismen der Kommunikation zwischen Nerven-, Hormon- und Immunsystem aneignet. Gerade weil bei der Behandlung von schweren Krankheitsbildern (maligne Erkrankungen, Autoimmunstörungen, chronische Infektionen etc.) auch viele unwissenschaftliche Vorgehensweisen angeboten werden (»positives Denken« etc.), ist es ratsam, durch entsprechendes Hintergrundwissen dem Patienten Möglichkeiten und Grenzen einer hypnotherapeutischen Behandlung seiner Immunstörung aufzuzeigen. Daneben ist ein Basiswissen um die Pathogenese der jeweiligen Immunerkrankung empfehlenswert.

Da viele Patienten mit Immunstörungen mit Medikamenten behandelt werden, welche auch starken Einfluss auf Erleben und Handeln nehmen können wie Interferone, Cortison etc. (Schäfer u. Schwaiger 2003), ist auch hier empfehlenswert, sich ein Basiswissen über diese Substanzen und ihre möglichen psychischen Nebenwirkungen anzueignen. Gerade bei Behandlungen mit α-Interferon oder Interleukin-2 kann es bei starken depressiven Nebenwirkungen ratsam sein, vor der immuntrainierenden hypnotischen Behandlung mit einer milden antidepressiven Pharmakotherapie anzufangen, um die erforderliche Grundmotivation für das regelmäßige Training zu erreichen. Die Einleitung einer solchen Medikation gehört in die Hände des die Grunderkrankung behandelnden Arztes. In jedem Fall kann es sinnvoll sein, bei einer immunmodulatorischen Pharmakotherapie Rücksprache mit dem entsprechenden Behandler zu halten, bevor man mit einer parallelen hypnotischen Behandlung beginnt. Seien Sie nicht allzu überrascht, wenn Sie sich auch beim pharmakotherapeutischen Behandler aufgefordert fühlen, die Sinnhaftigkeit eines hypnotischen Immuntrainings durch Kurzdarstellung der Psychoneuroimmunologie-Grundlagen zu erläutern.

57.2.2 Behandlungsbeginn: das »Kreieren des kognitiven Bettes«

In der hypnotherapeutischen Arbeit mit Immunerkrankten gilt es, wie bei anderen Fragestellungen auch, sich beim »Kreieren des kognitiven Bettes« in präziser Vagheit zu üben. Jeder seriöse Behandler möchte beim Patienten keine überzogenen Vorstellungen bzw. unangemessene Heilserwartungen nähren, zugleich weiß jeder im Gesundheitswesen Tätige: Wer nicht an Wunder glaubt, ist kein Realist. In meiner praktischen Arbeit löse ich dieses Dilemma, indem ich dem Patienten verschiedene Kasuistiken vorstelle: solche mit fast wundersamem Erfolg und solche, wo es weniger oder gar nichts gebracht hat. Um die Authentizität dabei zu wahren, erzähle ich nur eigene Fallgeschichten, keine aus der Literatur. Dieses Vorgehen beugt auch omnipotenten Übertragungen vor, indem sie den Patienten als wesentlichen Teil des Behandlungssystems ins Spiel bringen. Je nach persönlichem und intellektuellem Hintergrund des einzelnen Patienten wähle ich die Form der Theoriepräsentation; ich referiere in jedem Fall die Kernpunkte der Psychoneuroimmunologie und hierbei insbesondere den Aspekt der Konditionierbarkeit des Immunsystems. Damit betone ich erstmals die Bedeutung der aktiven Mitarbeit des Patienten an der Behandlung und deren Erfolg durch selbstständiges Üben; diesen Aspekt wiederhole ich regelmäßig, auch indem ich bereits in der zweiten Sitzung danach frage, wie es in der Zwischenzeit mit dem Üben einer einfachen Atemtechnik ergangen sei, die ich in der ersten Sitzung vermittle. Berichten die Patienten an der Stelle, dass sie gar nicht geübt hätten, widme ich diesem Umstand viel Zeit, um die Bedeutung des Eigentrainings zu betonen. Ich bemühe hierbei gerne Analogien der Körperpflege: Wer geht, außer unter extrem ungewöhnlichen Umständen, ohne Zähneputzen aus dem Haus? Beginnen Sie schon bei den ersten Selbsthypnose- oder Atemübungen, den Patienten anzuleiten, diese Praktik zum selbstverständlichen Teil seiner täglichen Hygiene zu machen.

Hypnotische Immunmodulation bedarf regelmäßigen Trainings. Etablieren Sie dieses Verhalten von Beginn der Behandlung an. Nutzen Sie Atemtechniken (z. B. aus dem Yoga) oder Selbsthypnosetechniken, die die Patienten einüben, bevor Sie heilsame Bilder in diese Praktik einführen.

57.2.3 Nächster Schritt: Stabilisierung und Ressourcenaufbau

Immunerkrankungen sind meist schwere körperliche Störungen. Dieser Umstand trägt dazu bei, dass die Patienten sich stark mit der Krankheit identifizieren. Daneben ist diese Gruppe von Erkrankungen auch metaphorisch relevant für das Selbst; das Immunsystem stellt unsere somatische Identität dar: Es vermag zwischen Selbst und Fremd zu unterscheiden, hat ein exzellentes Gedächtnis und kann lernen, den Gesetzen der klassischen Konditionierung folgend. Um bei späteren Schritten des hier vorgeschlagenen Procedere »erfolgreich« zu sein, bedarf es eines stabilen Wohlbefindens und Gesundheitsbewusstseins beim Patienten. Um diesen Zustand herzustellen, führe ich die Patienten mit folgender Trance (angelehnt an Dilts 1991) durch »pacing« und »leading« in einen ressourcenvollen Zustand.

Induktion

(Möglichst mit »pacing« von »noch nicht so entspannten« Körperteilen zu solchen, die schon jetzt wohlig entspannt sind) »… *können Sie Ihre Aufmerksamkeit noch tiefer in den Körper hineinlenken … denn irgendwo gibt es einen Teil Ihres Körpers, der, vielleicht trotz aller Krankheiten, die Sie durchgemacht haben, immer gesund war, gesund ist … von dem Sie wissen, dass er immer gesund war und gesund ist … es ist ein Teil Ihres Körpers … vielleicht Ihre Augen … oder auch nicht … vielleicht Ihre Nägel … oder auch nicht … oder Ihre Knochen … vielleicht Ihr Herz … es ist ein Teil Ihres Körpers …* (Pause) *… und nehmen Sie sich die Zeit, dass Sie seine Form spüren können, seine Größe … und diese Gesundheit, ja diese Vitalität in diesem Teil Ihres Körpers ganz bewusst spüren können … dann Überlappung in eine visuelle/auditive Wahrnehmung mit Illusion der Alternativen: hell oder dunkel? Kräftiger Farbton oder schwacher? Warme Farbe oder kühle?* (Induktion von Synästhesien) *bzw. laut oder leise? Rhythmisch oder schwebend? Hoch oder tief? …* Genera-

lisierung der Erfahrung: … *und wie genau werden Sie es wahrnehmen, wenn diese Farbe von Gesundheit und Vitalität, dieser Klang von Gesundheit und Vitalität und diese Empfindung von Gesundheit und Vitalität beginnen, sich über diesen einen Teil Ihres Körpers hinaus ausbreiten … geschieht dies gleichmäßig oder in Wellen … und wie werden Sie es erleben, wenn sich diese Farbe/Klang/Empfindung auch in jene Teile ihres Körpers ausbreiten, die vielleicht nicht immer so gesund waren, wie Sie es sich vorstellen können …*« Dann: weiteres Generalisieren durch Fokussieren auf jede Zelle (wichtiges Seeding für nachfolgende Immunmetaphern) und den ganzen Körper …

Diesen Zustand kann man mit verschiedenen posthypnotischen Suggestionen verbinden, vorzugsweise mit der zu Anfang gewählten Methode der Selbsthypnose oder Atemmeditation. Oder man führt die Erfahrung der Gesundheit in die eines realen oder abstrakten Ortes über, dies ermöglicht die Integration lebensnaher oder -relevanter Umstände als immunstabilisierende Anker.

Fallbeispiel

- Eine 35-jährige Frau, welche während ihrer letzten Schwangerschaft einen fast infausten Schub ihrer Colitis ulcerosa erlitt, fühlt sich an ihrem Ort der Gesundheit auf einer Schaukel sitzend, vor- und zurückschwingend. Sie geht nun mit besonderer Freude mit ihren insgesamt 4 Kindern auf den Spielplatz und schaukelt dort gemeinsam mit ihren Kindern, die Verwunderung der anderen Mütter ignorierend, berichtet sie strahlend.
- Ein 42-jähriger Mann mit HIV-Infektion erlebt seinen Ort der Gesundheit als Waldlichtung, er spielt da Cello. In der nachfolgenden Sitzung berichtet er spontan, dass er während der Selbsthypnose zu Hause in diese Szene ein fetischistisch besetztes Kleidungsstück (Chaps) mit eingebaut hätte, das er beim Musizieren auf seiner Lichtung trägt.

Oft erleben Patienten den Ort der Gesundheit zuerst dissoziiert, sie sehen sich selbst von außen; es ist von entscheidender Bedeutung, sie in die Assoziation zu führen. Deshalb sollte der Ort der Gesundheit detailliert geschildert werden und die spezifische Tranceerfahrung gegebenenfalls »korrigiert« werden.

57.2.4 Das Kernstück: korrektive Immunvisualisierung

Während Simonton (Simonton 1978) seinen Patienten immunmodulierende Standardvisualisierungen vorgab, arbeitet man in der hypnotherapeutischen Immunarbeit selbstverständlich und daher ideodynamisch, d. h., man versetzt den Patienten in einen Zustand, in dem die individuellen Heilbilder von selbst entstehen können.

Voraussetzung für diesen Teil der Arbeit ist, dass der Patient stabilen Zugang zu einem Zustand der Gesundheit hat. Ansonsten können Prozesse entstehen, in denen der Patient die Störung/Viren o. Ä. als mächtiger erlebt als die heilenden Kräfte und in einen malignen Zustand abrutscht. Sollte dies geschehen sein, kann der Therapeut sich vorübergehend als externale Ressource in den Prozess einführen (» *… Woran können Sie wahrnehmen, dass ich Ihren Immunzellen zu Hilfe komme, sie (=Sie) unterstütze …?*«). Dies ist aber nur als situative Hilfe zu empfehlen. Langfristig sollte der Patient die erforderlichen Ressourcen unbedingt internal erfahren!

Nach der Induktion durch Führung an den Ort der Gesundheit oder Reaktivierung der inneren Erfahrung von Gesundheit (Farbe, Klang, Empfinden) lässt man ein Bild des Problems und seiner Lösung entstehen. Je nach Cluster der Erkrankung (s. oben) lassen sich folgende Vorgehensweisen darstellen:

Chronische oder rezidivierende Infektionen (zu schwache Reaktion auf exogene Immunstimuli). Visualisierung der Erreger sowie jener Immunzellen, die diese bekämpfen können.

Onkologische Erkrankungen (zu schwache Reaktion auf endogene Immunstimuli). Visualisierung der entarteten Zellen sowie jener Immunzellen, die diese bekämpfen können. (Dabei empfiehlt sich hier das vorangegangene Seeding »milder« Metaphern wie Krebs als Zellatavismus o. Ä.).

Bei dieser Gruppe von zu schwacher Immunfunktion lässt man also entsprechend starke Immunzellen visualisieren, die die krankmachenden Faktoren beseitigen. Gestärkt werden diese Immunzellen natürlich durch die Qualitäten der

Gesundheit bzw. durch den Aufenthalt am Ort der Gesundheit. Es empfiehlt sich das Etablieren einer dialogischen Trance, um den positiven Verlauf des Prozesses sicherstellen zu können (»… *und während der Rest des Körpers noch tiefer in diese heilsame Erfahrung eintauchen kann, kann gleichzeitig der Mund soweit aufwachen, dass er zu mir sprechen kann* …«).

»… *und jetzt, wo Sie ganz da sind, zu Hause sind an Ihrem Ort der Gesundheit, können Sie erleben, wie die genau richtigen Zellen ihren Job genau richtig machen. Wie genau sehen Sie das, dass diese Zellen, die jetzt die* … (hier das zuerst genannte Bild der Erreger oder Krebszellen einsetzen) *aufräumen/beseitigen/o. Ä. können, ihre Aufgabe erfüllen … wie sehen diese Immunzellen aus, die jetzt für Ordnung* (o. Ä, je nach Persönlichkeitsstruktur des Patienten) *sorgen … wie fühlt sich das an, wenn jetzt Heilung beginnt … und geben Sie diesen* (Bild für Immunzellen) *Zeit, dass sie die* (Bild für Erreger/Tumorzelle) *wirklich wegräumen* (o. Ä.) *können* … (dieses Heilbild suggestiv wiederholen, bis alle pathogenen Zellen weggeräumt sind) …«

Fallbeispiel

Jener 42-jährige HIV-Patient (CD4 absolut: 284, Viral Load: 320.000) mit dem Cellospiel auf der Waldlichtung steht vor der Entscheidung, eine medikamentöse antiretrovirale Therapie zu beginnen, vor der er sich berechtigter Weise fürchtet, zumal er als sehr auf sein Äußeres bedachter Mensch die möglichen äußerlich entstellenden Nebenwirkungen einer solchen Behandlung fürchtet (Lipodystrophie, Fettgewebsschwund). Mit hypnotischem Immuntraining möchte er den Behandlungsbeginn hinauszögern. Nach Rücksprache mit seinem behandeltem Arzt gibt es keinen Grund zur Eile; der Patient könne sich ruhig 8–12 Wochen Zeit für diesen »alternativen« Versuch nehmen. Er sieht die HI-Viren als weiße Würmer, die durch seinen Körper kriechen. Große rote Kugeln mit breitem Maul verschlingen gierig die weißen Würmer; Letztere sind zahlreich in dieser Vorstellung, daher braucht es seine Zeit, bis alle Würmer weggefressen sind. Ich utilisiere seine Eitelkeit, indem ich suggeriere:

»… *und nehmen Sie sich die Zeit, um sehen zu können, wie schön Sie jetzt auch innerlich sind … wie genau fühlt sich das an, wenn man innerlich so rein, so schön ist … und wann wird es so weit sein, dass diese neue innere Schönheit auch außen sichtbar wird … wie wird sich das anfühlen … Schönheit innen wie außen … und diese neue Schönheit macht diese blaue Erfahrung von Gesundheit noch intensiver … und dadurch werden die großen roten Kugeln mit dem breiten Mund noch gefräßiger … kräftiger … und können die weißen Würmer noch effektiver wegfressen …* (in eine positive Eskalation weitergeführt) …«.

Bemerkenswerterweise berichtet er nach der Trance, wie er auch seine CD4 (= Helferzellen) sehen konnte: ovale Lutschbonbons, die sich mehr und mehr im Körper ausbreiteten, während die Würmer weniger wurden. Bei der nächsten Laborkontrolle nach 11 Wochen, in denen er täglich 15–20 Minuten in Selbsthypnose übte, haben sich die Immunparameter verändert. Während die Viral Load auf 130.000 gesunken ist, stiegen seine CD4 auf 402 absolut an, der relative Anteil am Gesamtpool verbesserte sich von 16% auf 27%. Der behandelnde Arzt erklärt, dass es keine Notwendigkeit für einen Behandlungsbeginn mehr gibt und rät zu weiterer Verlaufsbeobachtung. Da der Patient weiter einmal monatlich zu Auffrischsitzungen kommt, kann ich mitverfolgen, wie sich sein Immunstatus weiter verbessert, um jetzt zwischen 450–550 absolute Helferzellzahl zu schwanken.

Allergien (zu starke Immunreaktion auf exogene Immunstimuli). Visualisierung der Allergene, der überschießend reagierenden Immunzellen und jener Zellen, welche die zu starke Reaktion eindämmen können.

Autoimmunerkrankungen (zu starke Immunreaktion auf endogene Proteine). Visualisierung des Gewebeschadens und der ihn verursachenden Zellen sowie jener Zellen, welche die unnötige Reaktion eindämmen können.

Bei dieser Gruppe von Immunerkrankungen empfiehlt es sich, schon beim »Kreieren des kognitiven Bettes« das Immunsystem als ein sich wechselseitig regulierendes System darzustellen, in dem jede Zellfraktion von anderen Zellen oder Einflüssen angeregt oder gebremst werden kann.

Analog dem oben angeführten Vorgehen lässt man den Patienten nach Stabilisierungs- und Ressourcenaufbauarbeit den Gewebeschaden visualisieren, ebenso die schädigenden Zellen. Im

Anschluss lässt man Bilder von jenen Zellen entstehen, welche die entzündungsverursachenden Zellen bremsen können. Bei ordentlichem vorangegangenem Ressourcenaufbau stellen sich meist sehr ausgleichende, naturalistische Bilder ein.

Neben dem hier vorgeschlagenen Vorgehen gibt es ein im NLP entwickeltes Protokoll für die Behandlung von Allergien, auf welches hier aus verschiedenen Gründen nur verwiesen werden kann (McDermott 1996). Interessant und deshalb in jedem Fall bemerkenswert ist das Verständnis im NLP, dass Allergien gleichsam phobische Reaktionen des Immunsystems darstellen. Ich selbst habe Tierallergien und Heuschnupfen mit dem oben skizzierten Vorgehen erfolgreich behandelt. Leider erlebte ich neben fast wundersamen Erfolgen bei der hypnotischen Behandlung von Allergien auch komplette Persistenzen.

Fallbeispiel

Die 37-jährige Anwältin bekam vor 9 Jahren die Diagnose multiple Sklerose gestellt. Was sie ihrem Neurologen verschwieg, mir aber berichtete, ist, dass dem ersten Schub eine Ecstasy (= MDMA, eine beliebte Partydroge) -Erfahrung voranging, welche sie in ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Erkrankung bringt. Erst nach Bearbeitung dieses Schuldthemas beginnen wir mit der eigentlichen Behandlung. Sie hat drei Schübe hinter sich, unter anderem ist ihre Sehleistung eingeschränkt und sie klagt über Dauerschmerz in beiden Armen. Am meisten leidet sie unter chronischer Müdigkeit, welche auch durch die Dauermedikation mit β-Interferon getriggert sein kann. Ihr Ort der Gesundheit ist unter einem Sonnenschirm auf einer wunderschönen Terrasse, der Schirm schützt sie und lässt nur die Strahlen durch, die für sie gut sind. Ihre Myelinscheiden sieht sie als aufgerissene Schläuche, welche von Hyänen immer wieder beschädigt werden, die ihre scharfen Zähne in die Hülle schlagen und Teile rausreißen. Die garstigen Hyänen werden schließlich durch große starke Löwen »zurückgepfiffen« (wie viele Rechtsanwälte ist die Patientin besonders auditiv geprägt), die sich bewachend vor die beschädigten und noch heilen Schläuche legen. Die gesunden Strahlen der Sonne, die den über ihr geöffneten Schirm passieren, bringen die verletzten Schläuche zum Heilen. Sie kann wahrnehmen, dass der einzelne Schlauch wieder heil ist, wenn dieser in einer niedrigen Frequenz zu summen beginnt, »ein Klang wie bei einer funktionierenden Trafostation«. Schon in Trance bemerkt sie: »Und was machen die Hyänen jetzt?« Aus dem Anamnesegespräch weiß ich, dass sie seit ihrer Kindheit häufig schmerzhafte Herpesbläschen am und im Mund hat, also schlage ich ihr vor, die Hyänen doch auf die Herpesviren zu »hetzen«. Die Hyänen sind am Anfang skeptisch, schnüffeln an den als graue Kugeln symbolisierten Viren; sie wollen eigentlich Aas. Ich frage sie, ob die Hyänen durch den Geruch der Nahrung, die sie zu sich nimmt, angelockt werden könnten, schließlich ist das Essen, welches in ihrem Mund landet, ja meist schon »tot«. Dieser Vorschlag wird erleichtert aufgenommen, sie erlebt sich essend und die Hyänen sättigen sich inzwischen an den grauen Kugeln, die sie mit knackenden Geräuschen aufbrechen und verzehren. Das, was mich an diesem weitgehend selbstablaufendem hypnotischen Prozess begeistert, ist die auf diese Weise im Alltag posthypnotisch verankerte Erfahrung der »reorientierten« Hyänen, die jetzt nicht nur ihre Myelinscheiden schonen, sondern auch ihre rezidivierende Herpessymptomatik bekämpfen. Nach einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten berichtet sie am Telefon, dass es zu keiner weiteren (peri-) oralen Bläschenbildung gekommen ist. Daneben berichtet sie, dass sich ihre Stimmung deutlich gehoben habe seit unseren Sitzungen; spontan erzählt sie, dass sie mittlerweile nicht nur die ruhenden erwachsenen Löwen vor den Schläuchen wachen sieht, sondern da auch junge Löwen sind, die vergnügt durch die Gegend springen und für sie Lebensfreude symbolisieren. Der Leser mag selbst einschätzen, was dieses Bild mit ihrem eigenen unerfüllten Kinderwunsch zu tun haben könnte. Sie überlegt, das β-Interferon abzusetzen. Ich verweise sie mit dieser Frage an ihren behandelnden Neurologen, der dringend davon abrät, die laufende immunmodulatorische Behandlung abzubrechen.

Viele Patienten interpretieren diese Heilbilder oder fragen explizit nach Interpretationen (»Was bedeutet »X«? Ist das ein gutes Bild?«). Mit dem Verweis auf die Weisheit des Selbst (Bewusstes und Unbewusstes und Körper gemeinsam) weisen Sie als Therapeut diese Anfrage zurück oder zerstreuen Sie die Bemühung des Patienten, Erklärungen finden zu wollen.

57.2.5 Ein wichtiger Schritt: Transfer in den Alltag und posthypnotische Integration

Vielleicht sagt es auch etwas über mich aus, dass es mir besonders wichtig ist, dass die Patienten sich selbst als heilungspotent erfahren. Vom Beginn der Behandlung an setze ich den Rahmen, dass ich dem Patienten nur einen Weg aufzeige, wie er/sie selbst sich heilen/unterstützen kann. Daneben begründet der bisherige wissenschaftliche Stand über die Konditionierbarkeit des Immunsystems die Notwendigkeit regelmäßigen Trainings. Deshalb kann man dem stabilen Integrieren des regelmäßigen Trainings nicht genügend Aufmerksamkeit schenken. Nach dem Entwickeln der Heilbilder nehme ich mir noch mindestens eine Sitzung Zeit, um mit dem Patienten darüber zu sprechen, wie es mit den Übungen läuft und ob es ihm tatsächlich gelingt, diese regelmäßig durchzuführen. Sollten sich hierbei Probleme sichtbar ergeben, werden mögliche Lösungen gemeinsam erarbeitet.

Wie schon weiter oben skizziert, kann es von großem Nutzen sein, die immunmodulierenden Vorstellungen mit Alltagshandlungen zu verknüpfen, die der Patient häufig und gerne ausführt. Als posthypnotische Suggestion lässt sich dazu Folgendes vorschlagen:

»*… und deshalb kann Ihr Bewusstes oder Ihr Unbewusstes jedes Mal, wenn sie ‚XXX' tun, sich ganz von selbst daran erinnern, wie es ist, wenn* (Heilbild einsetzen) *… und es ist gar nicht notwendig, dass das Bewusste sich bewusst erinnert, weil das Unbewusste sich ganz unbewusst daran erinnern kann … so wie Ihr Körper … einfach indem Sie ‚XXX' tun, kann in Ihrem Körpers diese Heilung geschehen … und ich weiß nicht, ob Sie bewusst erleben werden, dass dieser Prozess der Heilung geschieht … oder es einfach unbewusst im Körper geschehen kann … ganz von selbst … jetzt … und wenn sie ‚XXX' tun …*«

Ich arbeite nicht regelmäßig mit Audioaufnahmen; wenn Patienten dies wünschen, können sie gerne die Sitzungen bei mir und insbesondere die Trancen aufzeichnen, um sie für sich zu Hause zu benutzen. In unserem Fall wäre ein Mitschnitt der Trance der korrektiven Immunvisualisierung sinnvoll.

Zugleich ist es mir lieber, wenn die Patienten selbsthypnotische Rituale für sich erlernen und im Alltag etablieren.

Verknüpfen Sie nach Möglichkeit den immunregulierenden Prozess posthypnotisch mit Alltagshandlungen. Dies kann einen weiteren Schritt zum Behandlungserfolg mit sich bringen und stärkt daneben das Wohlbefinden des Patienten.

57.3 Diskussion

Historisch betrachtet ist die Immunmodulation das älteste Einsatzgebiet der Hypnose: Warzen werden seit langer Zeit »besprochen«, eine effektive Trancemethode. Ich erinnere mich genau, wie meine präpubertäre Schwester ihre »therapieresistenten«, ästhetisch sehr störenden Warzen unter der Nase (es waren neben lokal zytotoxischen Substanzen auch Bestrahlungen vergeblich zum Einsatz gekommen) nach einer konspirativ anmutenden Sitzung mit dem benachbarten Imker in Kärnten tatsächlich über Nacht verlor. Auch meine hypnotherapeutische Arbeit begann mit immunologischen Fragestellungen: Während meines Praktikums im Rahmen des Psychologiestudiums war ich in einer Beratungsstelle für Menschen mit HIV und Aids tätig; ich leitete damals, quasi als Hypnoselehrling bei Wolfgang Lenk, Selbsthypnosegruppen für Betroffene an. Da es damals noch keine antiretroviralen Pharmakotherapien gab, hatten diese Gruppen immensen Zulauf: Menschen bewegen sich in Notzeiten meist dahin, wo die Angst sich zu verringern verspricht.

Und vielleicht ist dies ein nicht zu unterschätzendes Agens der hypnotischen Immunbehandlung: Man gibt den Betroffenen mit entsprechenden Strategien nicht nur wohltuende Heilbilder in die Hand, sondern in erster Linie ein zunehmend wissenschaftlich fundiertes Instrument, mit dem sie etwas für sich tun können, was ihnen also wieder etwas **Kontrolle** über die Erkrankung bringt. Und wie wir aus der Gesundheitspsychologie wissen, reicht sogar die **Illusion** der Kontrolle über eine Situation, um höheres Wohlbefinden zu erzeugen (und Gesundheitsschaden abzuwenden).

Das hier vorgeschlagene Vorgehen ist deutlich ressourcenorientiert. Bemerkenswerterweise

beschrieb schon Freud das Phänomen, dass oft beim Schwächerwerden der psychischen Abwehr auch die körperliche sinkt und Infektionserkrankungen auftreten; deshalb galt in der Prä-HAART-Phase eine HIV-Infektion als klare Kontraindikation für aufdeckende psychotherapeutische Verfahren. Lässt sich damit eine zu schwache Immunleistung durch die psychische Abwehr steigernde Procedere verbessern? Bisher gibt es hierfür keine eindeutige wissenschaftliche Evidenz.

Dennoch zeigen Einzelbeispiele, dass es möglich ist, Immunreaktionen durch emotionale Steuerung zu beeinflussen: Ein Kollege berichtet z. B. von einer Patientin, die an chronisch rezidivierenden Halsentzündungen litt und diese in den Griff bekam, als sie sich vom Arbeitgeber aggressiver abgrenzte.

Ein anderer Kollege brachte in einem Selbstexperiment die Anzahl seiner eosinophilen Granulozyten zum Ansteigen, als er in einer Konfliktsituation aggressive Phantasien gegenüber dem Streitpartner mit einem Anstieg dieser Leukozyten visualisierte. Dieses Selbstexperiment wurde aufgrund eines quälenden, durch die Eosinophilen verursachten Reizhustens limitiert.

Diese erfolgreichen kurz geschilderten Kasuistiken dürfen doch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es keine gesicherten wissenschaftlichen Befunde zur Fragestellung gibt, ob sich mit psychologischen Interventionen nachhaltige Veränderungen im Krankheitsverlauf oder der Überlebensspanne erreichen lassen. Und vielleicht sollte gerade dieser Umstand uns weiter ermutigen, dem offensichtlichen »proof of principle« zu folgen.

Aus den Erkenntnissen der Psychoneuroimmunologie wird deutlich, dass sich immunologische Reaktionen verselbstständigen können; deshalb rate ich für den Behandlungsanfang zu Zurückhaltung in Bezug auf Interpretationen immunologischer Störungen in Richtung unbewusster Konfliktneigung. Am Beginn sollte daher die pure Ressourcenorientierung stehen, alle anderen Perspektiven können zu einem späteren Zeitpunkt und nur bei Versagen dieses Vorgehens mit einbezogen werden – auch gegenüber den Patienten.

Es wäre vermessen und naiv, dieses ressourcenorientierte Vorgehen als das einzig wirksame zu präsentieren. Zugleich hat es sich in meiner Praxis, die viele immunologisch Herausgeforderte aufsuchen, bewährt. Und vermutlich bin ich von meiner früheren Arbeit mit HIV-Patienten geprägt, in der mir aus oben angeführten Gründen das ressourcenorientierte Vorgehen das einzig **verantwortbare** erschien.

Das bedeutet zugleich, dass man als Behandler immer auch sekundäre Gewinne oder unbewusste Konfliktneigungen im Blick behalten sollte, wenn man mit dem hier präsentierten Schema keine Erfolge erzielt. Ich befolge da konsequent hypnotherapeutisch die Strategie der kleinen Schritte und vertraue dem eigenen Unbewussten. In jedem Fall ist gerade im psychosomatischen Kontext der Einsatz von Ideomotorik nur zu passend: Hier drückt sich das Selbst jeweils über den Körper aus. Damit ist der ideomotorische Prozess selbst eine wundervolle Metapher für unbewusste somatische Prozesse, im »Gesunden« wie im »Kranken«. Deshalb nutze ich in meiner praktischen Tätigkeit als zweiten Schritt nach der puren Ressourcenorientierung bei »Versagen« derselben meist die ideomotorische Befragung.

Das, was die Arbeit mit immunologischen Patienten so interessant macht, ist der Umstand, dass man den Behandlungserfolg bzw. den Selbstheilungserfolg des Patienten oft auch messen kann. Das bedeutet aber nicht, dass sie nur erfolgreich waren, wenn sich Laborparameter verändern. Gerade Patienten mit Immunerkrankungen haben oft eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität; wenn wir an dieser Stelle verbessernd wirken, haben wir schon eine Menge erreicht. Und was ich persönlich ebenso aufregend finde, ist die Tatsache, dass die Psychoneuroimmunologie als interdisziplinärer Wissenschaftszweig so verblüffend jung ist. Insofern leisten wir ein großes Stück Pionierarbeit, wenn wir uns dieser Patienten annehmen, um neugierig mit ihnen arbeiten und uns auf jeden Einzelnen neu einlassen.

Fazit

Vielen körperlichen Erkrankungen liegen Fehlfunktionen des Immunsystems zugrunde, daneben gibt es eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Störungen der Immunfunktion, die als eigenständige Erkrankungen imponieren. Das Immunsystem steht in engster Interaktion mit dem Hormon- und Nervensystem. Immunkompetente Zellen nutzen auch neuronal wirksame Botenstoffe zur Kommunikation, während alle Neurotransmitter und -peptide von Immunzellen durch entsprechende Rezeptoren »gelesen« werden. Die Psychoneuroimmunologie beschäftigt sich mit diesen komplexen Zusammenhängen und beweist die Konditionierbarkeit immunologischer Reaktionen.

Die Datenlage zur hypnotischen Beeinflussung immunologischer Reaktionen ist noch dünn; zugleich sollte gerade dieser Umstand Hypnotherapeuten ermutigen, dem »proof of principle« folgend, sich dieser besonderen Herausforderung zu stellen. Das in diesem Artikel vorgeschlagene Procedere hat sich in der Praxis sehr bewährt und könnte die Grundlage entsprechender Studien darstellen. In jedem Fall bedeutet die Arbeit mit immunologisch herausgeforderten Patienten aufregende Pionierarbeit und es bleibt zu wünschen, dass diese Patientenschaft mehr und mehr zum selbstverständlichen Bestandteil der hypnotherapeutischen Praxis wird und diese Arbeit zunehmend empirisch fundiert wird.

Tinnitus und Hörsturz

Rüdiger Steinriede

58.1 Chronischer Tinnitus – 707
58.1.1 Störungsbild – 707
58.1.2 Hypnotherapeutische Interventionen – 708

58.2 Akuter Hörsturz – 715
58.2.1 Störungsbild – 715
58.2.2 Interventionen – 715

58.3 Diskussion – 719
58.3.1 Indikation Tinnitus – 719
58.3.2 Indikation Hörsturz – 719
58.3.3 Empirische Belege – 719

Einen Tinnitus eliminieren zu wollen ist ein unrealistisches Ziel. Therapeutisch geht es darum, den dekompensierten Tinnitus in einen kompensierten zu überführen. Eine gewisse Resignation ist jedem HNO-Arzt aus der täglichen Arbeit auf dem Gebiet der Tinnitusbehandlung nur zu gut vertraut. In dieser unbefriedigenden Situation wäre zu erwägen, ob wir – in der HNO-Heilkunde – möglicherweise mit unseren Therapieversuchen bei Tinnitus in eine Sackgasse geraten sind, aus welcher nur ein völlig anderer Ansatz heraushelfen könnte. Ein solcher ergibt sich, wenn man Tinnitus nicht nur als eine abstrakte, möglicherweise medikamentös oder mit einer anderen medizinischen Methode heilbare Dysfunktion im Hörsystem betrachtet, sondern vorwiegend als ein Problem der Wahrnehmungsphysiologie angeht. Mit dieser Betrachtungsweise lässt sich erklären, weshalb die Tinnitusauswirkungen und der Leidensdruck mit keinem audiologischen Parameter korrelieren (Kellerhals 1997).

Man kann den Tinnitus darüber hinaus nicht nur als ein Phänomen der Wahrnehmungsphysiologie ansehen, sondern auch als ein psychologisches Problem, das vornehmlich auf der auditiven Bewusstseinsebene repräsentiert ist, und das mit hypnotherapeutischen Techniken gezielt angegangen werden kann. Bei Stress und Belastung reagieren vorgegebene, somatische Schwachstellen (z. B. ein Tinnitus oder auch die Geräuschüberempfindlichkeit/Hyperakusis) besonders leicht in der Weise, dass sich nun auch psychische Probleme – vielleicht übersteigert – im organischen Substrat äußern: Es ist so, als ob der Patient sein psychisches Leiden auf die organische Ebene projiziert. Es ist dort physisch erfassbar und wird »real« und einsehbar im Rahmen eines technischen Weltbildes. Unter »Belastung« ist hier auch der »nichterholsame Schlaf« (NES) bzw. das beginnende Schlaf-Apnoe-Syndrom (SAS) gemeint, das mehr und mehr eine herausragende Stellung einnimmt. Nach den Erfahrungen des Autors findet allerdings dieses Krankheitsbild in seiner psychischen Konsequenz bei Untersuchungen z. B. im Schlaflabor nicht die gebührende Beachtung!

Im Gegensatz zu dem vorwiegend psychischen Leiden »chronischer Tinnitus« – die Stärke des Leidens kann tonaudiometrisch nicht ausgemessen werden – ist ein Hörsturz dagegen klar audiometrisch erfassbar, und der Behandlungserfolg lässt sich hierbei messtechnisch eindeutig dokumentieren.

Behandlungskonzepte bei Tinnitus

1. Behandlungskonzept bei **konditioniertem chronischen Tinnitus**
   Hypnotherapeutisch steht das Tinnitusreframing im Vordergrund
   a) Bei beginnendem **Schlaf-Apnoe-Syndrom** mit Tinnitus:
      – Atemwege freimachen
      – Ressourcenexploration: Verankere auf den Tinnitus z. B. »sportliche« Ressourcen mit »viel Atemluft« als »kraftvolles« Reframing
   b) Bei Patienten mit Problemen des **Sprachverstehens** (Hochtonschwerhörigkeit mit Tinnitus)
      – Entsprechende »offene« Hörgeräteversorgung
      – Ressourcenexploration: Positive, leistungsorientierte Ressourcen auf den Tinnitus verankern
2. Tinnitushypnotherapie bei **Konversion eines Traumas**
   Zum Ankern von individuellen Ressourcen als Reframing, doch hauptsächlich, um das »Tinnitusleiden«, das ursächliche Trauma in einer analytischen Regression, nonverbal aufzurufen, wie auch zur Transformation und Modulation, vielleicht einschließlich eines »future-pacing«, den individuellen Tinnitus des Patienten am besten mit einem Tinnitus-Frequenz-Simulator nach Bedarf während der Behandlungstrance in einfacher Weise auf Knopfdruck reproduzieren.

Somit hat das Leiden »chronischer Tinnitus« nichts mit seiner Lautstärke zu tun (sie liegt nur bei ca. 3 dB über der Schwelle, d. h. so leise, wie es dem Fingerrascheln bei ausgestrecktem Arm entspricht). Vielmehr ist es zu vergleichen mit dem Signalbirnchen einer Schalttafel, das auf ein Problem hinweist – es ist also auf dem Ton ein Problem verankert!

Dass der Ton subjektiv tausendfach lauter empfunden wird, ist richtig: Im Gehirn kommen ca.

100.000 bis zu 1 Mio. Bytes pro Sekunde an Informationen aus dem Körper an, wobei uns nur 4 Bytes bewusst werden! Dadurch ist der Tinnituston subjektiv maßlos überhöht!

Wenn nun der Tinnitus einem den Schlaf raubt, dann deutet dies aus meiner Erfahrung in erster Linie auf eine nächtliche Atemproblematik der Nase hin, wie sie bei chronischem Tinnitus zu 90% vorliegt!

Durch die scheinbar durch Tinnitus bedingte Schlaflosigkeit – es geht dem Patienten Nacht für Nacht »an den Kragen« – können entsprechend einem beginnenden Schlaf-Apnoe-Syndrom Angstträume, Panik entstehen. Als weitere Symptomatik ist hier typisch ein morgens ausgetrockneter Mund und Rachen sowie Morgenmüdigkeit bis in den Tag hinein durch nicht erholsamen Schlaf. Und diese Gesamtproblematik wird auf den Tinnitus verankert im Sinne einer Konditionierung.

Die nächtliche Sauerstoffnot veranlasst das Unbewusste des Patienten in der eigenen Biografie Beispiele von Gefahr aufzuspüren, um mit der bestehenden Atemnotsituation aus einer eigenen Erfahrung umgehen zu können.

Dies bedeutet, dass diese Gefahrenbeispiele einen überhöhten Stellenwert erhalten, und man möglicherweise geneigt ist, dies einem bedeutsamen, seelischen Trauma gleichzusetzen! Eine psychologische Bearbeitung mag dann einen gewissen Erfolg haben, wird jedoch dann sogar wiederholt an der Problemursache vorbeigehen!

Um einen nachhaltigen Behandlungserfolg zu sichern, sorgfältig darauf achten, dass nachts auch via Nase keine flache Atmung vorliegt (u. a. Schnarchen, Atemaussetzer), d. h., dass nachts eine uneingeschränkte Sauerstoffversorgung gewährleistet ist. Andernfalls ist stets mit einem Überlastungssyndrom zu rechnen, welches bis in Depressionen, Angstzustände, erhebliche Schlaf- und Konzentrationsstörungen mit Tinnitus führen kann!

Therapeutisch steht somit die HNO-ärztliche Untersuchung und ggf. Behandlung der oberen Atemwege im Vordergrund. Trauen Sie sich jedoch durchaus auch mal ohne ärztliche Erfahrung die zwei einfachen »Handgriffe« zur **Untersuchung der Nasenatmung** zu:

- Kollabierende Nasenflügel: Jeweils einen Nasenflügel zudrücken und beobachten, ob der Nasenflügel der anderen Seite bereits bei mäßiger Inspiration kollabiert. (Therapieversuch: über die Nacht zwei feste Wattekügelchen vorne in die Nische der Nasenspitze einsetzen, sodass die Nasenflügel abgespreizt werden; häufig ist diese Abspreizung dann erforderlich als nächtliche Dauerbehandlung oder auch mittels Nasenpflaster – s. auch Fallbeispiel »chronischer Tinnitus«.)
- Überempfindlich zuschwellende Nasenmuscheln (so auch praktisch alle Allergiker): Vor dem Zubettgehen Schnupfenspray zur Abschwellung einsprühen, doch nur als Test über 8 Tage.

Beide Maßnahmen ggf. gleichzeitig durchführen und gezielt darauf achten, ob der Schlaf jetzt erholsamer ist, und der Hals morgens weniger trocken! Bei positivem Ergebnis ist eine einmalige, einfache Verödung der Nasenmuscheln (Muschelkaustik) zu empfehlen! Eine möglicherweise vorliegende Schiefstellung der Nasenscheidewand, Polypen o. Ä. kann allerdings nur durch eine HNO-ärztliche Untersuchung beurteilt werden.

Ein weiteres zusätzliches Problem, oder natürlich auch eines für sich alleine, könnte die Hörstörung im Sinne einer **Hochtoninnenohrschwerhörigkeit** sein. Ein Tinnituspatient mit einer äußerlich auch nur geringen, doch irgendwie widersprüchlichen Schwerhörigkeit – wenn sich diese im Wesentlichen auf den Hochtonbereich beschränkt und in typischer Weise auch noch einen hochfrequenten Tinnituston erzeugt – ist jedoch im Sprachverstehen derart gehandicapt, dass er auch besonders beruflich massive Probleme bekommen kann.

Denn immer, wenn der Patient beim Verstehen der Sprache versagt, er sich auf sein Gehör konzentriert, ist ihm sein Tinnituston präsent und dieses Problem verankert sich auf den Tinnituston im Sinne einer Konditionierung!

Therapie

1. Sorgfältige, meist »offene« Hörgeräteversorgung,
2. danach ggf. ein Reframing mit Verankerung von kraftvollen Ressourcen auf den Tinnituston,
3. doch achte darauf, dass nicht zusätzlich ein Atemproblem oder ein Konversionsanteil vorliegt.

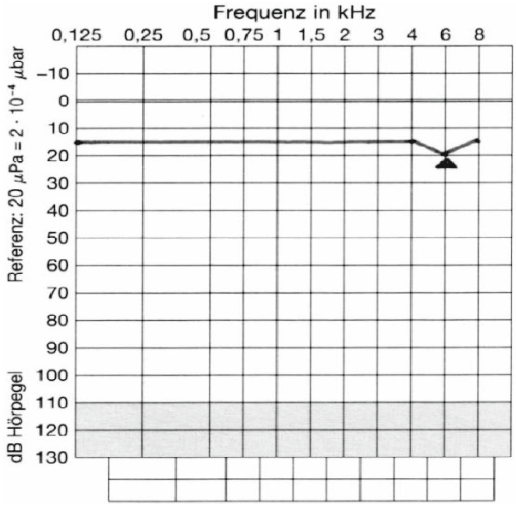
58.1 Chronischer Tinnitus

58.1.1 Störungsbild

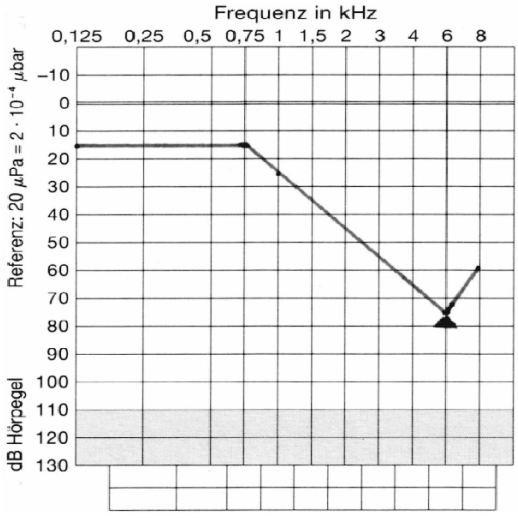
Unter chronischem Tinnitus wird unabhängig von den Ursachen ein Ohrgeräusch verstanden, das länger als 6 Monate besteht. Nach einer detaillierten HNO-ärztlichen Abklärung sollte ebenfalls herausgefunden werden, ob es sich um einen kompensierten oder dekompensierten (komplexen) Tinnitus handelt. Der Tinnitus ist als kompensiert zu bezeichnen, wenn der Betroffene sich durch die Ohrgeräusche in seiner Lebensqualität nicht wesentlich beeinträchtigt oder belästigt fühlt. Wenn dagegen der Beschwerdekomplex mit psychischen Störungen wie Depression, Angstzuständen, erheblichen Schlaf- und Konzentrationsstörungen verknüpft ist, dann ist von einem dekompensierten Tinnitus auszugehen (ICD-10: F68.0) und der Betroffene braucht ärztlich-psychologische Hilfe (Goebel 1996).

So sehr auch bei Tinnitus ein subjektives Leiden vorliegt, so ist doch bezüglich der Tinnituslautstärke der gängigen Vorstellung entgegenzutreten, dass der chronische Tinnitus die Lautstärke eines Düsenjägers oder das Donnern eines Wasserfalls habe. Auch wenn ein Tinnitus z. B. mit 75 dB bei 6 kHz direkt über der Schwelle auszumessen ist, so hört dieser Patient schon wenige dB geringer auf dieser Frequenz nichts mehr, es findet sich da gegenüber einem Gesunden Stille (◘ Abb. 58.1)!

Auch suchen regelmäßig Tinnituspatienten Hilfe, obwohl sie praktisch ein perfektes Gehör (z. B. Tinnitus bei 30 dB und 6 kHz, 5 dB über der Schwelle) haben (◘ Abb. 58.2).



◘ **Abb. 58.1.** Audiogramm eines Tinnitus bei 20 dB und 6 kHz direkt über der Schwelle (*schwarzes Dreieck*). Es zeigt sich hier eine Hochtoninnenohr-Zacke, wie sie für eine massive Lärmschwerhörigkeit oder Zustand nach Knalltrauma typisch ist, oder es ist ein degeneratives (Alters-) Geschehen. Das Ausmaß der Hörstörung lässt auch an die Verordnung eines Hörgerätes denken



◘ **Abb. 58.2.** Audiogramm eines Tinnitus bei 75 dB und 6 kHz direkt über der Schwelle (*schwarzes Dreieck*). Sehr gutes Normalgehör, sodass eine organische Ursache für ein Tinnitus-Leiden auszuschließen ist

Die beiden Audiogramme (Abb. 58.1 und 58.2) demonstrieren die vorwiegend in der Praxis vorliegende Situation des chronischen Tinnitus (cochleärer Typ); seltener sind Tinnitusmesspunkte an der Grundlinie etwa bei 4 kHz oder im Basstonbereich zu finden.

Festzuhalten ist: Das Leiden unserer Tinnituspatienten wird zu 80% durch die Lautstärke eines Blätterrauschens bzw. eines sehr leisen Blätterrauschens verursacht. (Kellerhals u. Zogg 1996).

Als der zentrale Kniff zur Tinnitushypnotherapie bietet sich die Einsicht an, dass auf dem Tinnituston das Problem des Patienten – sein »Trauma« – bereits verankert ist! Diese Tinnitusfrequenz ist in einfacher Weise mit einem Frequenzgenerator reproduzierbar, sodass während einer Behandlungstrance der individuelle Tinnituston des Patienten auf Knopfdruck eingefügt werden kann, d. h. sein »Trauma« sich jederzeit zur Bearbeitung aufrufen lässt; und das Problem entweder aufdeckend oder durchaus auch im Sinne einer »Geheimtherapie« bearbeitet werden kann.

58.1.2 Hypnotherapeutische Interventionen

Allgemeines

Empfehlenswert sind lange Trancen, in die sich eine Vielzahl verschiedenartiger Tranceelemente einbauen lassen. Es ist immer wieder erstaunlich zu sehen, dass Tranceabschnitte, die eher beiläufig in solche längeren Induktionen eingebaut wurden, unvorhergesehen eine tiefe Resonanz finden. Tinnitus- und insbesondere Hörsturzpatienten kommen in erster Linie in die HNO-Praxis, um von ihrer Erkrankung »geheilt« zu werden; sie kommen primär nicht, um mit psychologischen Verfahren konfrontiert zu werden. Gerade deswegen ist es zweckmäßig, schon beim ersten Mal mit Hypnotherapie überzeugend zu agieren, d. h. von vornherein entsprechende Sorgfalt auf die Durchführung zu legen! Bei den Patienten, die für diese Therapieformen offen sind, lassen sich natürlich gut im Rahmen von Kurztrancen die verschiedenen Interventionsbausteine einzeln anwenden und neue Ideen in mehreren Sitzungen realisieren.

Tranceaufbau bei chronischem Tinnitus

Nach formaler (z. B. Augenfixationstechnik) oder beiläufiger Induktion achte man bei der Trancedurchführung insbesondere anfangs auf allgemeines Spurenlegen (Gang über eine Wiese/Natur), ebenso während der Trancevertiefung (etwa bei der Zählmethode durch entsprechende Ausschmückung der Zahlenbilder: »7 – am siebten Tag ruhen«) und anschließend Einbau von individuell vorbereiteten, ressourcenorientierten Metaphern.

In der Regel sollte man eine Altersregression anschließen, wobei mit dem Tinnitussimulator (Frequenzgenerator) oder einem Audiometer (freies Schallfeld) der somatische Schaden, der Tinnitus simuliert werden kann. Dadurch geht der Patient während des Zurückzählens durch die Lebensjahre und kann durch ein Fingersignal (ideomotorisches Zeichen) unter auditiver Stimulation relevante effektiv bewertete Episoden anzeigen bzw. in biografische Situationen hineinführen, die möglicherweise mit einem seelischen »Trauma« verbunden sind. Diese können dann mit den Techniken der Hypnotherapie bearbeitet werden.

Der Tinnitus selbst wird dabei als Auslöser eines traumatisierenden Erlebens betrachtet, der sich z. B. mit Ressourcenankern verknüpfen lässt. Die Ressourcen können neben der relevanten Tinnitusfrequenz/dem Signalton zusätzlich noch auditiv mithilfe kürzerer Musikstücke geankert und abgerufen werden, sodass ein zweiter Übertragungsmodus verfügbar wäre.

Weiter lässt sich auch mit oder ohne Armlevitation, z. B. eine Handschuhanalgesie anfügen, die dadurch ratifiziert wird, dass das Einstechen einer Nadel in den Handrücken schmerzfrei erlebt wird.

Zur Anwendung kommen insgesamt drei hypnotische Interventionen beim chronischen Tinnitus, auf dessen Frequenz das Problem ja bereits geankert ist und somit jederzeit auf Knopfdruck in einer Trance zur Bearbeitung abgerufen werden kann!

1. **Übertragung von Ressourcen zur Desensibilisierung von traumatischen Erfahrungen,**
2. **ein psychodynamischer Anteil der Regression, um eine unbewusste Aufarbeitung (langfristig) zu ermöglichen,**
3. **symptomorientierte Veränderung der Empfindungsqualität.**

Dieses Behandlungsschema kann in nur einer Trancesitzung durchgeführt werden. Zwei Trancebausteine (Regression und Transformation) speziell für die Tinnitustherapie seien im Folgenden als praktische Beispiele vorgestellt.

Regression bei chronischem Tinnitus

Während der Regressionsarbeit wird entweder der Tinnitus über einen Tinnitusgenerator oder -simulator aufgerufen (s. unten Abschn. »Technische Tipps zur Trancedurchführung bei Tinnitus«). Oder falls dieser nicht vorhanden ist, kann man den Patienten zuvor zur Konzentration auf seinen Tinnitus auffordern, bis dieser präsent ist und dies durch ein ideomotorisches Signal (Fingerzeig) zur Sicherung abfragen – mit anschließender Verankerung z. B. auf eine Schulter oder Ohrmuschel. Im Induktionstext wird an geeigneter Stelle vom »Sie« zu »Du« gewechselt, um die Regression zu erleichtern. Gleichzeitig kann Musik zur Entspannung eingesetzt werden. Wenn eine Problemsituation aufgefunden wird, wird sie mit dem linken, die Bewältigung mit dem rechten Finger geankert. Die Desensibilisierung erfolgt durch Mobilisierung beider Finger.

Sofern ein Tinnitussimulator (oder Audiometer) vorhanden, kann der vorliegende Tinnitus damit in Tonhöhe und »Lautstärke« identifiziert werden. (In der Trance an gegebener Stelle dann diesen Ton als vorgegebenen Anker kurz auslösen!)

»Musikgeräusche, auch Geräusche wie die meiner Stimme, vertiefen nur Deinen tieferen Zustand des Gelöstseins, des Sichlösens … Meine Stimme begleitet Dich überall hin, sie verwandelt sich ***wie*** *in die Stimme Deiner Eltern, Deiner Lehrer, Deiner Spielgefährten,* ***wie*** *in die Stimme des Windes und des Regens, der Regentropfen … pochend (hier erfolgt vielleicht ein Klopfgeräusch), wenn sie gegen die Scheibe pochen,* (Klopfgeräusch) *… wie an die Schläfen, als Pulsschlag des Lebens. Doch mit dem Pfeifen im Ohr gehen Sie durch die Jahre dorthin zurück, wohin Sie Ihr Unbewusstes selbst leitet. Doch gehen Sie nicht zu tief in Trance, sonst kannst Du Dich nicht an dieses Jahr erinnern, und kannst nicht spüren, wie damals etwas Wichtiges in Dir vorgegangen ist … Denn es ist eigentlich nichts, was Du nicht längst schon wüsstest …* (wiederholen).

Und beim Rückzählen durch die Lebensjahre überlass es Deinem Finger, das Jahr anzuzeigen, um dann in dieses Jahr, in diese Zeit einzutreten.« (mehrfach wiederholen; Zurückzählen, bis Fingersignal.)

(Falls die Zahl Null, d. h. die Geburt erreicht wird:) *»Ja, und Du gehst noch weiter zurück, da Du es ganz genau wissen willst, noch tiefer genauer hinein – hinaus ins Irgendwo, an Deinem Ort, der Dir wichtig ist.*

Und welches Bild hast Du jetzt vor den Augen? … Irgendwo im nirgendwo, vielleicht ein Bild wie aus der Unendlichkeit des Raums … welches Bild? … Und welches Bild hast Du jetzt vor Deinen Augen … Schau Dir's genau an: von allen Seiten, aus allen Blickwinkeln … von oben, unten … Eine Seite, Gegenseite, … näher dran, ferner, … draußen, drinnen … Nur wenn es Dir leicht fällt, kannst Du Deine Welt, wo Du jetzt bist, diese Situation schildern, indem Du den Kiefer lockerst und löst, die Lippen freundlich trennst, öffnest, um einfach zu sagen, wo Du jetzt bist. In Deiner Zeit, sobald Du willst …« (ggf. wiederholen; wenn der Patient im Dialog schildert, das Geschilderte zweimal bestätigend wiederholen).

(Falls keine Schilderung erfolgt:) *»Vielleicht ist es ein Gebäude/Raum/oder Blick durchs Fenster … Und ein typischer Geruch. Ist es warm oder kalt? … Siehst Du Dich, was machst Du? … Ist es ein Lachen, Weinen, Liegen, Sitzen, Stehen oder Gehen … spürst Du Deine Beine, die Arme, Deinen Körper? … Was für ein Gefühl hast Du im Bauch? … Was für einen Geschmack auf der Zunge, Geruch in der Nase? … Achte auf die eigene Kleidung/Farben/Stoffe oder die von anderen Personen … Hörst Du vertraute Geräusche/Stimmen … Spielzeug, Kuscheltiere, die Haustiere … Ist es ein gutes Bild – eine nicht so gute Situation?«*

(Wenn keine Schilderung erfolgt:) *»Wenn Du die Situation klar siehst, gib Fingersignal, gib Signal diesmal mit dem linken Finger, in Deiner Zeit.«*

(Die Visualisierung kann mit einem »Tinnitus«-Pfiff auditiv geankert werden).

Wenn eine unangenehme Situation, Ausweglosigkeit auftaucht, kann man den Patienten instruieren, wie neue Handlungsmöglichkeiten »des Kindes« eingeleitet werden: *»Kehre als jemand in die Situation zurück, der stark ist oder mit Begleitperson, mit einem Hund, und bewältige die Situation.«*

Als ein ideomotorisches Signal rechts signalisieren lassen, wenn die Bewältigung gelingt, um so eine Ressource abrufbar zu machen. Dann Reassoziation (Kollabieren) von Problem und Ressource:

»Ja, der linke Finger (berühren)*! Er sei ein Zeichen, ein Fingerzeig aus der eben erlebten Vergangenheit. … Ja, wenn Du jetzt in Deine eben erinnerte Welt wieder voll eingetaucht bist mit ihren Gesetzen, dann streckst Du den linken Finger* (wiederholen). *… Und der rechte Finger* (berühren)*! Er sei ein Zeichen Deines Könnens, Deines Wissens, ja Deiner Fähigkeit, Gesetzmäßigkeiten zu durchschauen. Er sei ein Zeichen der Fähigkeiten, die Du als Erfahrener, als Gereifter im Heute hast. … Und sobald Dein rechter Finger* (berühren) *sich Deiner Kraft, Deines Könnens, der Erfahrung im Heute ganz klar ist, streckst Du den rechten Finger* (wiederholen).

Denn gerne übergibst Du, der/die erfahrene (Name Patient) *einen Fingerzeig dem/der kleinen* (Name Patient)*, damit er/sie es besser macht … Und sobald Du, der/die erfahrene* (Name Patient) *weiß, welche Lösungshinweise, welche Erfahrungen zu geben sind, streckst Du wieder Deinen rechten Finger.* (Wiederholung). *… Denn was braucht das Kind: Wärme und Umarmung. Drum geh einfach auf es zu, wie auf Dich selbst, umarme es, gib Wärme, sodass es dann, gestärkt durch Rat und Tat vom Erfahrenen, neu in die Zukunft sieht. Ja umarme den/die Kleine(n), Wärme ihn/sie und lass in der Umarmung Deine Kraft und Deine Lebenserfahrung, ja Dein Wissen übergehen, wie das bisher ‚Un-Gelöste' zu verändern ist, wie es gelöst wird, und wie sich jetzt die neuen Wege bahnen … Denn was Du siehst, und was Du hörst, und was Du fühlst, vielleicht auch schmeckst und riechst … Und wenn der/die noch kleine* (Name Patient) *den Lösungsdreh schon zu begreifen beginnt, dann streckst Du beide Finger, sobald es Dir wie Schuppen von den Augen fällt, Dir das berühmte Licht aufgeht, Du auf Deinen neuen Geschmack gekommen bist, ja es von innen heraus entsteht, wie Geistesblitze überschlagend die Fingerspitzen aufsuchen, dann streckst Du die Finger, den Finger hinauf, hinein in eine neue Welt. … Denn früher oder später kommt es, kommt es zusammen, strömt es über, hinein, hinaus …* (Wiederholung). *Das ist alles, was Du zu tun brauchst. Und dort, wo Du auch bist, eben gerade jetzt in diesem Geschehen, magst Du jetzt in der Person von damals – jetzt ausgestattet mit Deiner Lebenserfahrung und Deinen Möglichkeiten von heute – magst Du die früher unlösbaren Dinge heute anders anpacken … Heraus und in die Welt von gestern strömt somit Dein Können, das Wissen und Deine Fähigkeiten von heute … also unerschöpflich vom Heute ins Gestern und aus dem Gestern weit in die Zukunft hinein … Wo Du es spürst und siehst, es hörst, und wo Du es schmeckst, eben irgendwo wie im Nirgendwo …«* (Wiederholung).

Transformation

Darüber hinaus, den Tinnitus durch Regression in seiner Entstehung zu behandeln und das Trauma zu desensibilisieren, in dem er seinen mutmaßlichen Ursprung hat, kann man ihn in seiner sensorisch-affektiven Qualität versuchen zu verändern. Dies soll anhand von zwei Modalitäten beschrieben werden.

Gustatorische Transformation

Man kann das Ohrgeräusch mit einer Reizung der Geschmacksorgane vergleichen, was u. U. bei Patienten mit oraler Sensibilität angezeigt sein kann.

»Wie wäre es denn, wenn Sie Ihr Ohrklingen ***schmecken*** *könnten, als Speise zubereiten, kochen, braten könnten? … Wäre es sauer oder bitter? Ihr Ohrklingen, wäre es süß oder würzig, welches Aroma hätte es? … Wenn Sie es schmecken, geben Sie bitte ein Fingerzeichen.* (Bei Fingersignal) *Und mit Ihrer Zunge, mit Ihrem Gaumen haben Sie schon den Grundgeschmack erfasst. Doch achten Sie bei Ihren schmeckenden und kauenden Kiefer- und Zungenbewegungen sorgsam auf das zart aufkommende Aroma, ja schnuppern Sie das Aroma sorgfältig. Vielleicht mögen Sie schildern, wie das Aroma sich allmählich über den Geschmack breitet, wie sich ein neuer Gesamtgeschmack bildet, ihn verfeinert; und womit und wie dieses vielleicht zu beschreiben ist … indem Sie einfach den Kiefer lockern und lösen, und die Lippen behutsam trennen und öffnen, um diesen Geschmack, dieses Aroma in Worte zu fassen: Was ist es?* (Wiederholt fragen) *… Wie hat sich der Duft, Geschmack verändert? … Können Sie ihn abrunden, verfeinern, und wie?«*

Wenn Fingersignal: jetzt Ton zur Konditionierung – den »Tinnitus«-Pfiff geben!

Wenn keine Schilderung, kein Fingersignal: allgemein gilt: Je kühler die Speise, das Gebäck, umso deutlicher wird der Geschmack von sauer und salzig, seltener auch das zarte Bitter, das zur Süße werden kann.

»Und je länger Sie es auf der Zunge zergehen lassen, umso mehr entfaltet sich seine Aroma. Ja, je länger umso vielfältiger entfalten sich die Aromen. … Wie es riecht und schmeckt und wie sie es mögen. … Sie können dies und jenes dazugeben, ob es eine Beilage ist, ein Gewürz ist, oder ein passendes Getränk. Und welcher Wein könnte dazu passen (Rotwein, Weißwein, trocken, süß, Sherry). … Welches Bier könnte dazu passen (Pils, Export, Weizen, dunkel/hell). … Vielleicht zum Abschluss (nur bei Rauchern) noch eine Zigarette, ein Schnaps oder ein Kaffee … Ja, so haben Sie (Name des Patienten) *aus diesem Geschmack eine runde Sache gemacht, ein Erlebnis gemacht … Wie der Duft, der Geschmack verändert, wie konnten Sie ihn verfeinern, gestalten? Sobald Sie es wissen, strecken Sie den Finger«* (wenn Fingersignal, »Tinnitus«-Pfiff zur Konditionierung).

Motorische Transformation

Bei einem kinästhetisch sensiblen Menschen, etwa einem Sportler, kann man versuchen, das Ohrgeräusch auf die motorische Ebene zu transformieren.

»Was würden Sie tun, wenn Ihr Ohrgeräusch einfach ein Ball wäre? … Ihr Ohrgeräusch ein Fußball, Tennis- oder Tischtennisball wäre? … Ja, was würden Sie dann tun, wenn das Ohrklingen einfach ein Ball wäre: würden Sie ihn stoppen … oder ihn mit dem Spann einfach wegdrücken? … Oder wenn es ein Tennisball wäre, ihn Volley nehmen und ihm dabei einen hohen Spin geben … ja ihn vielleicht mit dem Schläger unterschneiden? … Ja, was würden Sie tun, wenn Ihr Ohrgeräusch einfach ein Ball wäre? Und lassen Sie sich Zeit auszuarbeiten, welche Bewegung, welcher Reflex in Ihnen entsteht. … Ja, lassen Sie sich Zeit, wie ein Trainer auszuarbeiten, welche Bewegung, welcher Reflex in Dir entsteht! (Wiederholen). *Vielleicht mögen Sie schildern, welchen Sport Sie ausgewählt haben, welcher Sport Ihnen am meisten liegt. … Wie mögen Sie mit dem Ball am liebsten umgehen, wie mögen Sie das Ohrklingen kontrollieren, wenn es ein Ball wäre.* (Wiederholen) … *Indem Sie einfach den Kiefer lockern und lösen, und die Lippen behutsam trennen und öffnen, um Ihren Sport, den Ballsport, wie Sie ihn mögen, in Worte zu kleiden* (wiederholen). *Sobald Sie es wissen, strecken Sie den Finger.«*

(Ggf. den »Tinnitus«-Pfiff oder auch zusätzlich etwas Musik zur Konditionierung) *»Und verfolgen Sie Ihr Ziel, als ob Sie keines hätten!«*

Wenn kein Signal und keine Schilderung: *»Und so in der Form, wie es jetzt ist, können Sie nach Ihrem Willen, Ihrem Belieben, jetzt ganz nach Ihrem Geschmack verändern, genießen. … Jetzt!«* (Wiederholen!)

»Sobald Sie es wissen, strecken Sie den Finger.«

Wenn Fingersignal: »Tinnitus«-Pfiff zur Konditionierung.

Meist kommt die Arbeit mit der »oralen« bzw. »olfaktorischen« Transformation bereits so gut an, dass man weitere Ausarbeitungen auf anderen Repräsentationsebenen nicht braucht.

»Direkte« Tinnituskurztherapie

Ähnlich der direkten, durchblutungsfördernden Hypnotherapie bei Hörsturz sei hier ein Konzept zur symptomatischen Kurztherapie des Tinnitus vorgestellt. Die Wirbelsäule wird dabei eingebunden (einschließlich Kieferarthromyopathie und Costen-Syndrom). Erst wird die akustische Repräsentationsebene durch ein Vorgespräch eröffnet, und in der Trance diese dann entweder mit Tinnitussimulator angesprochen, andernfalls das unter ideomotorischer Kontrolle übertragene taktile Tinnitussignal (s. oben im Transkript) aufgerufen. Grundsätzlich sind alle Tranceinduktionstechniken möglich; hier sei eine Augenrolltechnik mit Zählmethode 1–4 angewendet.

Eröffnen der akustischen Repräsentationsebene

»Wie ist Ihr Tinnitus: konstant oder statisch, irgendwelche Schwankungen?«

In meiner Praxis habe ich die Untersuchung des Ohrgeräuschs mit Stimmgabeln begonnen, auch mit dem Audiometer krieg ich es nur ungefähr hin. Am besten geht es mit dem Tinnitussimulator in seiner kontinuierlichen Präzision:

»Sie können es selbst einstellen, Ihren Ton verdecken, ihn geradezu auslöschen: Denn je genauer Sie selbst die Tonhöhe, die Frequenz einstellen, desto besser können Sie damit umgehen; denn je stärker Sie den Ton stellen, desto mehr löscht sich das Ohrgeräusch.«

Sofern kein Tinnitussimulator vorhanden ist, den Patienten auffordern, ganz in sich hineinzuhören, sich seines Tinnitus jetzt voll bewusst zu werden (dies mit einem ideomotorischen Fingerzeig sichern), und z. B. auf eine Schulter verankern oder eine Ohrmuschel. Somit kann während der Trance der Tinnitus nun jederzeit aufgerufen werden.

Vorbereitung

»Was könnten Sie alles tun, wenn Ihr Tinnitus nicht wäre, und … welches Gefühl entsteht dabei?« (Ggf. sofort ankern).

»Nun gut: Wie entspannen Sie sich normalerweise? … Wie mögen Sie einfach abschalten, sich fallen lassen? … Manchmal geht es einfacher, wenn man so tut als ob, als ob man sich löst; was Sie schon lange kennen, Ihnen nichts Neues ist. … Es ist nichts anderes – als was wir nicht schon lange wissen.«

Induktion: Zählmethode 1–4 mit Augenrolltechnik

»Und ich zähle auf 4, und wenn ich bis 4 gezählt habe, die Augen nach oben rollen. Also mit der 1, der 2, der 3 und der 4 die Augen nach oben-innen rollen und die Augen fest schließen, fest schließen, bis sie vielleicht zu vibrieren beginnen … Und so wie Sie die Augen schließen, die Gedanken abschließen, abschalten und die Gedanken fallen lassen und sich einfach in diesen Sitz hier fallen lassen, als ob es Ihr Lieblingssessel zu Hause wäre, oder bequemer noch – in einem Liegestuhl draußen auf der Terrasse, dem Balkon, wo Sie sich tief in einen Liegestuhl fallen lassen, tiefer und tiefer, bis der Kopf ins Kissen der Liege einsinkt.«

Jetzt kann zum »Du« übergegangen werden, um die Regression zu fördern.

»Oder noch schöner, wie in der Kindheit … liegst Du auf einer weiten Wiese, im Heu, wo Du das Gras und die Blüten riechst, Insekten – die Bienen summen hörst, und Du schaust verträumt in den Himmel, vielleicht mit leicht geöffnetem Mund, verträumt, mit starken Gedanken, mit vollen Gefühlen, die wie kleine Wolken vorüberziehen … In Klarheit; in Ferne, in vertrauter Nähe. Und je länger Du so mit dem Rücken ausgestreckt auf der Wiese, oder im Heu, oben zum Himmel blickst, umso mehr entdeckst Du ein paar Stellen am Rücken, die noch nicht so ganz perfekt sind, die Du verändern magst, sodass Du es Dir noch bequemer wünschst, so wie im Urlaub zwischen den Dünen im tiefen warmen Sand, wo Du Dich wundervoll ausstrecken, die Beine ganz lang werden lassen kannst, und Du Deinen Körper dehnst und streckst, erst die eine Seite rekelst und dehnst, dann die andere Seite, bis der Rücken gleichmäßig wie ausgestreckt daliegt, sodass der Hals sich streckt, als ob der Kopf geradezu sanft in den Sand abfällt.

Ja, einfach alle viere von sich strecken, und insbesondere die Arme weit ausbreiten, weit ausbreiten wie die Schwingen der Vögel, die unter den Wolken kreisen oder gar schweben wie die Wolken (*) auf Horizonte, neue Horizonte zu, die offen sind: ja, irgendwo ins Nirgendwo, irgendwo im Nirgendwo, und doch an Deinen Ort, Deinen Urlaubsort, Deinen Heimatort, Deinen Lieblingsort … den Du siehst, wie Du ihn spürst, den Du hörst, wie Du ihn fühlst … ja, den Du vielleicht auch schmeckst und riechst. … Irgendwo, an Deinem Ort.« Denn nichts und niemand kann Dich abhalten, dies zu genießen. (Wiederholen) *… Denn Körper und Seele haben sich an den Zustand gewöhnt.* (Wiederholen) *… Tiefer und tiefer. Und so kannst Du alles fallen lassen, alles kommen lassen, alles geschehen lassen.* (Wiederholen) *… Tiefer und tiefer … Tiefer und immer tiefer.*

So kannst jetzt jederzeit … (hier den »Tinnitus«-Pfiff zur Konditionierung ertönen lassen) *… hierher an Deinen Ruheort zurückkehren, an Deinen Lieblingsort.«*

Variante der Regression

Bei der Textstelle »schweben wie die Wolken« (*) den Blick von oben auf den Heimatort, auf den Schulhof, in die Kindheit richten:

»Ja, einfach alle viere weit von sich strecken, und insbesondere die Arme weit ausbreiten, ausbreiten, wie die Schwingen der Vögel, wie unter den Wolken schweben oder gar schweben wie die Wolken, schweben irgendwo ins nirgendwo, wie luftige Wolken über Deinem Heimatort.

Es wäre nichts Besonderes, wenn ein Vogel im Flug eine Feder verliert. Doch falls es jemand bemerkt, könnte es der Beginn eines Traumes sein. Und als ob jetzt diese Feder langsam auf Deinen Heimatort herab schaukelt, über seine Häuser, die Kirche, den Marktplatz, ja mitten auf Deinen Schulhof (hier Tinnituston einblenden).

Und wenn Du genau hinsiehst, kannst Du Dich, die/den kleine/n (Name) *auf dem Schulhof stehen sehen, vielleicht wie sie/er gerade in das Klassenzimmer hinein schaut … den Schulweg nach Hause, bis zu Hause am Mittagstisch …«*

Fortsetzung der Regression

»Und in diesem wundervollen Zustand der inneren Phantasie schaust Du einfach nochmals am Strand vorbei, wo Du gelegen warst, um im Sand nochmals den Abdruck, das Relief Deines Rückens zu betrachten, um es durchzumustern, um die Steinchen, Hölzchen, vielleicht Muscheln herauszunehmen, bis der Körper ganz gleichmäßig liegt, wie ausgegossen darin ruht, der Kopf geradezu dabei frei ist.

In der Weite des Strandes, in der Nähe Dir Vertrauter oder ganz mit Dir selbst, magst Du das Säuseln des Windes im Ohr noch hören, empfinden, wie der Wind sich in der Ohrmuschel sausend fängt.

Doch je näher Du zum Wasser kommst, wird – Wind, Meer – alles eingenommen vom Rauschen des Wassers im ewigen Wellengang, eben in diesem Rauschen des Meeres, das das Leben bedeutet, aus dem das Leben letztendlich emporgestiegen ist: ob zum leichten sausenden Vogelflug hoch oben, oder dem glucksenden Gleiten auf dem Wasser, oder auch – beim Kopf unter Wasser – mit diesem Summen im Ohr (hier Signalton).

Im tiefen Gleiten oder frei hoch oben oder mittendrin … eben so, in der offenen Weite, in dieser Dir jetzt offenen Freiheit … sowie eben jetzt am Strand (Signalton) *… in ‚end-los' sausendem Wind, ‚end-los' Säuseln noch im Ohr,… Wellen ‚end-los' rauschend im Ohr … bist Du es einfach so gewöhnt – am Strand den Wind zu überhören – die Wellen – als ob dies gleiche Stille wäre, als ob die Stille käme … die Stille, wie sie sonst, ja wie sie sonst … die Stille … sie gar nicht wäre* (hier Signalton).

Doch erst, ja erst, wenn die Ruhe und Gelassenheit Deines Tiefenselbst … doch erst, wenn die Ruhe und Gelassenheit, die Kraft Deines Tiefenselbst aus der Tiefe, wie aus dem Bauch heraus in die Wirbelsäule, ins Kreuz einstrahlt … die Kraft der Ruhe und Gelassenheit in die Wirbelsäule einstrahlt, durch die Wirbelsäule einströmt und den Rücken hinauf steigt, rechts – links, glättend, lösend, stetig Wirbel für Wirbel, rechts – links, wie unter den Händen eines Masseurs, ja die Kraft Deines Tiefenselbsts hinaufklettert … Rippe für Rippe, rechts – links, rechts – links, stetig hinauf kletter, und dann mit Macht befreiend – lösend einströmt in Hals, Nacken und Schulter. Um dann von dort nach vorne in den Kiefer zu fließen, die Mundhöhle, dass der Kiefer fast schwebt, wie sich die Zahnreihen, die Zähne sich voneinander lösen; und achte auf Deine Lippen … lösen sie sich, die Lippen, werden sie weicher … das Lippenrot, unten – oben … die Farbe Deiner Lippen, wird sie voller?

Um dann mit Wärme über die Wangen hinauf in die Schläfen … um mit einem Kribbeln über die Schläfen gewissermaßen in den Schädel selbst einzuströmen, um den Kopf und seine Gedanken so völlig mit der Kraft Deines Tiefenselbst in seiner Ruhe und Gelassenheit voll auszufüllen … ja auszufüllen, was Du spürst, weil die Kraft der Gelöstheit nun gar überströmt in Wärme über das Gesicht, überströmt in einem Glühen über die Haut der Wangen, der Lippen, um sich dann über den Körper schützend zu legen wie ein Mantel der Wärme; sich zu legen über Nacken, Schulter und Arme, ja über Deinen ganzen Körper … Um dann vielleicht in einem Schauer hinabzufließen … vom Nacken, Schultern über den Rücken – und das Kreuz dabei gelöst zu verlassen – bis wieder in den Bauch hinein.

Um dann völlig gelöst und befreit, vielleicht bis zu einem nächsten Mal, die Muskeln, den Hals, gelöst zu belassen, befreit gelöst, bis zu einem vielleicht nächsten Mal, um – allmählich in Deiner Zeit – erfrischt jetzt ins Hier-und-Heute zurückzukehren, für eine Rückkehr in diese Stunde, diese Trance jederzeit, jetzt.«

Da zumeist bei chronischem Tinnitus eine Behinderung der Nasenatmung vorliegt (Septumdeviation, Muschelhyperplasie, enge Nasenklappe, allergisches Geschehen), sollte diese somatische Problematik vorab behandelt worden sein. Anstatt der hier beschriebenen Berücksichtigung von Verspannungen/Wirbelsäulenproblemen, ist hier dann eine hypnotherapeutische Aktivierung der Atmung vorzunehmen. Unter Berücksichtigung individueller Ressourcen sind

also Metaphern zu empfehlen, die die Atmung durch die Nase aktivieren; z. B. Spaziergang/Wanderung im Wind am Strand, wie die kraftvolle Atmung der Pferde bei weit geöffneten Nüstern usw.

Reorientierung

»Wie fühlen Sie sich?

Bitte sanft und weich aufstehen: wie stehen, wie schreiten Sie?

Wie lange kam es Ihnen vor?

War ich geduldig genug?

Bitte Rückruf/Rückmeldung in 3 Tagen.

Vielleicht zeichnen Sie eine Skizze, was Ihnen am besten gefallen hat, am eindrucksvollsten war, oder malen Sie es; und bringen Sie es nächstes Mal vielleicht mit.«

10 min Kopflichtbestrahlung anfügen (Rotlicht o. Ä): wichtige Nachwirkpause!

Fallbeispiel

Chronischer Tinnitus

Als ein typisches Beispiel für die Behandlung eines chronischen Tinnitus sei folgender Fall geschildert: Ein 30-jähriger Patient hatte ein halbes Jahr zuvor einen Hörsturz erlitten, der mit einer stationären Infusionstherapie ohne Erfolg behandelt wurde. Nach einem Vierteljahr folgte ein nochmaliger Behandlungsversuch mit ambulanten Infusionen einschließlich Cortison: vorübergehende Besserung des Ohrgeräuschs. Das Tonschwellenaudiogramm zeigt eine mediocochleäre Innenohrzacke von 40 dB bei 3 kHz. Der Tinnitus lässt sich in typischer Weise im Bereich der Spitze direkt auf der Schwelle vertauben und ist somit von geringster Lautstärke.

Der Patient ist bis zum 7. Lebensjahr in Schweden aufgewachsen: Er schildert eine traumhafte Kinderzeit auf einem Gutshof am Meer mit vorgelagerten Inseln, wie bei »den Kindern von Bullerbü«. Beim Gutshof viele Kinder und Tiere aller Art. Anschließend ist er in Deutschland aufgewachsen mit Besuch der Hauptschule, Berufsfachschule bis Wirtschaftsabitur, dann Studium Kfz-Bau sowie ein Wirtschaftsstudium in Norddeutschland.

Offenbar ist die kinästhetische Repräsentationsebene beim Patienten am deutlichsten ausgeprägt: Er hatte bereits in frühen Jahren beim Schwimmen einen Pokal errungen.

Tranceverlauf (1 h 20 min): Formale Induktion mit Augenfixationstechnik, Gang über die Wiese, Trancevertiefung (Zähltechnik), Strand, Meer, intensives Schwimmen über und unter Wasser, einschließlich einem Flug darüber; Ressourcenverankerung (rechter Handrücken), nochmalige Trancevertiefung. Gute ideomotorische Mitarbeit: Unter Tinnitussimulation (3 kHz, 50 dB) Rückzählen im Lebensalter: bei 7 Jahren Haltsignal. Auf Nachfrage befindet er sich auf einer Schäreninsel am Heimatort. Ressourcenankerung auf Tinnitussimulation. Analgesiedemonstration: Nadelung auf dem rechtem Handrücken: *»und der Schmerz verschwindet«*. Die gefühllose Hand wird zum Ohr geführt: *»und der Ton wird abgesaugt«*: – *»Und wenn der Ton weg ist, senkt sich Deine Hand wieder«*.

Bei der Besprechung direkt im Anschluss an die Trance staunte der Patient: *»Als Kind von 30 Jahren träume ich, mit 7 auf der Schäreninsel zu sitzen, war dort alleine«*.

Normalerweise Angst vor Spritzen: auf Wunsch setzte ich nochmals eine Handrückennadel, die dieses Mal schmerzhaft war.

Spontan berichtet er jetzt von seiner Leistung, d. h. von seiner Diplomabschlussprüfung.

Nachbesprechung nach 4 Monaten: Seither habe er bei Tinnitus keine Angst mehr, vielmehr entstehe Zuversicht. Vor einer Woche habe er zu Recht von seiner Freundin telefonisch einen »Schuss vor den Bug » bekommen, darauf entstand am Nachmittag prompt wieder sein Tinnitus (Tonschwellenaudiogramm jedoch konstant, wie auch bei den nachfolgenden Untersuchungen unten). Er »muss in seinem Leben wohl noch manches ordnen!«

Nachbesprechung nach 14 Monaten: Ohrgeräusch wird mal wieder wahrgenommen, »hatte sich in letzter Zeit weniger im Griff.«

Nachbesprechung nach 21 Monaten: Ohrgeräusch wird immer mal wieder wahrgenommen. Kann mit dem Tinnitus gut umgehen. Die Anker aus der Trance werden noch erinnert, wirken offenbar noch immer.

Nachbesprechung nach 6 Jahren: Kam zwischenzeitlich mit dem Tinnitus zurecht. Jetzt lässt sich allerdings sein Tinnitus nicht mehr »relativieren«. Die Baustelle seines Eigenheims steht still, da der Bauunternehmer pleite ist; ein direkter Angehöriger ist an Krebs erkrankt.

Nach 13 Jahren ergibt sich ein Kontakt über die Ehefrau des Patienten. Sie schildert mir, dass sein Tinnitus sich allmählich etwas verschlechtert habe. Auf Nachfra-

ge wird mir zugleich berichtet, dass in letzter Zeit ein Schnarchen neu aufgetreten sei.
Die HNO-ärztliche Untersuchung ergibt: »Habe zu wenig Schlaf«, Schnarchen, ausgetrockneter Rachen am Morgen! Bei Inspiration kollabieren die Nasenflügel. Ich zeige dem Patienten, dass man durch Einlage eines kleinen, festen Wattekügelchens beiderseits innen in die Nische der Nasenspitze die Nasenflügel einfach abspreizen kann, sodass diese nicht mehr kollabieren. Diese Technik wendet er nun erfolgreich an: Das Schnarchen hat sich beruhigt, der Hals ist weniger trocken, er fühlt sich morgens besser ausgeruht – ist fitter! Sein Tinnitus ist durch die Besserung der Nasenatmung nun tolerabler geworden, sodass er beim Auftreten seines Tinnitus jeweils sorgfältig auf die Einlage der Wattekügelchen in die Nase achtet.
(Ich bin darüber hinaus allerdings überzeugt, dass sicherlich eine weitere Besserung zu erzielen wäre durch eine einfache Verödung seiner empfindlichen, leicht geschwollenen Nasenmuscheln, da bei ihm auch verschiedene Allergien bekannt sind!)
Insgesamt beurteilte der Patient nach 14 Jahren immer mal wieder auftretendem Tinnitus die Hypnotherapie als die entscheidende Hilfe, und: »Mein ständiger Begleiter wacht über den Stresspegel, den ich so manches Mal überschreite, aber dann doch zu mehr Ruhe und Gelassenheit‚gezwungen' werde.«

58.2 Akuter Hörsturz

58.2.1 Störungsbild

Der »ideopathische Hörsturz« definiert sich als eine plötzlich aufgetretene, meist einseitige Innenohrschwerhörigkeit, deren Genese nicht gesichert ist. Dieser akute Hörverlust entsteht binnen Sekunden, Minuten oder Stunden und dokumentiert sich in allen Schweregraden bis hin zur Taubheit. (ICD-10-Kodierung: Hörsturz unter H91.2; Hörsturz psychogen unter F68.0 klassifiziert). Als Begleitsymptome hierbei sind typisch akute Ohrgeräusche im geschädigten Frequenzbereich, also ein akuter Tinnitus. Dieser ist klar zu trennen vom chronischen Tinnitus ohne akuten Hörverlust, der schon über Monate besteht. Daher muss die Diagnose »ideopathischer Hörsturz« in jedem Falle zuvor HNO-ärztlich gesichert bzw. abgeklärt sein, bevor die folgenden Behandlungsschritte empfohlen werden können.

Die direkten Durchblutungssuggestionen erwiesen sich in der Handhabung zu einer umgehend eingeleiteten Hörsturztherapie als unkompliziert und äußerst effektiv. Unter Fachkollegen besteht Einmütigkeit darüber, dass bei Hörsturz wie dem akuten Tinnitus rasch zu handeln ist, mit dem Ziel, die Durchblutung im Innenohr schnellstmöglich zu normalisieren, bevor die Hörzellen aufgrund einer Minderdurchblutung irreversibel geschädigt werden.

Daher gilt als erstes Therapieziel: Die Durchblutung muss unbedingt sofort wiederhergestellt werden! Eine den Patienten möglicherweise aufwühlende Problembearbeitung könnte dabei blockierend, somit kontraproduktiv sein.

Nach meiner Erfahrung ist eine orthopädische/manualdiagnostische Untersuchung der Halswirbelsäule, ggf. mit chiropraktischer Intervention regelmäßig notwendig, ganz besonders in den Hörsturzfällen nach erfolgloser medikamentöser Behandlung oder bei Rezidiven. Es ist daher zweckmäßig, in die Durchblutungstrancen bei der Induktion, Vertiefung und Rückführung gezielt Elemente einzubauen, die der Wirbelsäule eine besondere Aufmerksamkeit zukommen lassen, und die an den Techniken der Feldenkrais-Schule orientiert sind.

Die indirekten Techniken mit mehr allgemeinen Durchblutungsmetaphern und allmählicher Spannungsauflösung über Problemaufarbeitung oder Regressionsarbeit sind aufwendiger und entsprechen in etwa dem Vorgehen wie bei einem chronischen Tinnitus (▶ Abschn. 58.1).

58.2.2 Interventionen

Trance zur Förderung der Durchblutung

Am besten beginnt man mit den Suggestionen zur Durchblutungssteigerung wechselseitig bei den Händen, da dort im Sinne einer Ratifikation die Wirkung gut erlebbar ist Diese periphere Durchblutungssteigerung wird anschließend seitengleich auf die Kopfhälfte mit dem erkrankten Innenohr übertragen, von zentral »gestärkt durch den unendlichen Pulsstrom des Herzens«.

Beim Vorliegen von funktionellen Wirbelsäulenblockaden dabei sorgfältig auf den Einbau von muskellösenden und den Körper ausbalancierenden direkten oder indirekten Suggestionen achten.

Induktionsbeispiel

Zur schnellen Hypnoseinduktion – wie »aus dem Stand heraus« – hat sich folgendes Vorgehen bewährt unter Verwendung der Augenrolltechnik, kombiniert mit der Induktionszählmethode 1–4.

(Diese Induktionen sind auch bei **HWS-Syndrom** und **Kieferarthromyopathie** (KAM) nützlich. Eine manualtherapeutische Induktionsvariante via HWS ist weiter unten angefügt):

»Nun gut: Wie entspannen Sie sich normalerweise? Wie mögen Sie einfach abschalten, sich fallen lassen?

Manchmal geht es einfacher, wenn man einfach so tut, als ob man sich löst. Was Sie ja schon lange kennen, Ihnen nichts Neues ist. Es ist nichts anderes, als was wir nicht schon lange wüssten.

Und ich zähle bis 4. Und wenn ich bis 4 gezählt habe, die Augen nach oben rollen. Also mit der 1, der 2, der 3, und der 4 die Augen nach oben-innen rollen und die Augen fest schließen, fest schließen.

Und so wie Du (wenn es der Rapport erlaubt und es therapeutisch angezeigt ist, kann im Verlauf von Induktionen zum Du übergegangen werden, wodurch die Tendenz zur Regression gefördert wird) *die Augen schließt, die Gedanken abschließen, abschalten und die Gedanken fallen lassen, so wie Du Dich einfach auf diesen Sitz hier fallen lässt, als ob es Dein Lieblingssessel zu Hause wäre, oder bequemer noch in einem Liegestuhl draußen auf der Terrasse, auf dem Balkon, wo Du Dich tief in einen Liegestuhl fallen lässt, tiefer und tiefer, bis der Kopf im Kissen der Liege einsinkt (ggf. auch: tiefer und tiefer, mit der 5, der 6, 7 usw.).*

Oder noch schöner, wie in der Kindheit, liegst Du auf einer weiten Wiese, im Heu, wo Du das Gras und die Blüten riechst, und Du schaust verträumt in den Himmel hinein, vielleicht mit leicht geöffnetem Schnabel, verträumt mit starken Gedanken, mit vollen Gefühlen, die wie Wolken vorüberziehen; in Klarheit; in Ferne – als in vertrauter Nähe.

Und je länger Du so mit dem Rücken ausgestreckt auf der Wiese oder im Heu, oben zum Himmel blickst, umso mehr entdeckst Du ein paar Stellen am Rücken, die noch nicht ganz perfekt sind, die Du verändern magst, sodass Du es Dir noch bequemer wünschst, so wie im Urlaub zwischen den Dünen im tiefen warmen Sand, wo Du Dich wundervoll ausstrecken, die Beine ganz lang werden lassen kannst, und Du Deinen Körper dehnst und streckst, erst die eine Seite rekelst und dehnst, dann die andere Seite, bis der Rücken gleichmäßig wie ausgegossen daliegt, sodass der Hals sich streckt, als ob der Kopf geradezu sanft in den Sand abfällt, wie auch der Unterkiefer sich scheinbar vom Oberkiefer löst, dabei die Lippen sich lösen, und locker der Mund sich öffnen mag.

Ja, einfach alle viere von sich strecken, und insbesondere die Arme weit ausbreiten, weit ausbreiten wie die Schwingen der Vögel, die unter den Wolken kreisen, ja getragen werden unter den Wolken, die unter den Wolken schweben oder gar schweben wie die Wolken auf Horizonte, neue Horizonte zu, die offen sind: Ja, irgendwo ins Nirgendwo, irgendwo im Nirgendwo, und doch an Deinen Ort, Deinen Urlaubsort, Deinen Heimatort, Deinen Lieblingsort, den Du siehst, wie Du ihn spürst, den Du hörst, wie Du ihn fühlst, und den Du vielleicht auch schmeckst und riechst, irgendwo, an Deinem Ort.

Denn nichts und niemand kann Dich abhalten dies zu genießen, nichts und niemand kann Dich abhalten, den Zustand zu genießen. Denn Körper und Seele haben sich an den Zustand gewöhnt. Denn Körper und Seele haben sich an den Zustand gewöhnt. Tiefer und tiefer. Und so kannst Du alles fallen lassen, alles kommen lassen, alles geschehen lassen. Und so kannst Du alles fallen lassen, alles kommen fallen lassen, alles geschehen lassen.

Tiefer und tiefer. Tiefer und immer tiefer.

Und in diesem wundervollen Zustand der tiefen inneren Phantasie schaust Du einfach nochmals am Strand vorbei, wo Du gelegen hast, um im Sand nochmals den Abdruck, das Relief Deines Rückens zu betrachten, um es genau durchzumustern, um Steinchen, Hölzchen, vielleicht Muscheln zu verschieben oder daraus wegzunehmen, bis der Körper ganz gleichmäßig darin liegt, ja wie ausgegossen ruht.«

Durchblutungssuggestionen

Beispiel: Hörsturz im linken Ohr; rechtes Ohr gesund

»Am Strand … wird der Körper seitlich rechts warm von der Sonne bestrahlt, wird die rechte Körperseite stärker durchblutet, und wie mit dem Rauschen des Meeres, beginnt das Blut nach rechts zu strömen. Denn das Blut verstärkt sein Strömen.

Und das Blut strömt in den Körper nach rechts, getrieben vom Pulsschlag des Herzens. Und das Blut strömt in den rechten Arm und in die rechte Hand, und das Blut strömt aus dem rechten Arm in die rechte Hand, und das Blut macht die rechte Hand blutvoll, warm und schwer … (wiederholen).

Und nichts und niemand kann Dich ‚ab-halten', das Strömen des Blutes zu genießen, und nichts und niemand kann Dich ‚ab-halten', das Strömen des Blutes zu genießen. Was Du siehst, wie Du es spürst und hörst, vielleicht auch schmeckst und riechst, wunderbar.

Und wie bei einer Balkenwaage senkt sich die mit Blut volllaufende, die als Blutreservoir prall volllaufende rechte Hand immer schwerer, immer wärmer ab. Was Du vielleicht schon spüren kannst bei einem fast unmerklichen Abwägen der Hände rechts – links, wie die mit Blut volllaufende rechte Hand immer schwerer wird.

Mit der Zeit mag man sich umdrehen, oder die Sonne wechselt den Stand, scheint von der anderen Seite, sodass der Körper nun von der linken Seite gewärmt wird.

Somit beginnt das Blut aufs Neue zu fließen.

Und das Blut strömt jetzt von der rechten Hand hinauf in den rechten Arm und über die Schulter vom linken Arm in die linke Hand. Und das Blut strömt aus der abkühlenden rechten Hand in den rechten Arm und über die Schulter vom linken Arm in die linke Hand, als in ein Reservoir; und das Blut macht nun die linke Hand blutvoll, warm und schwer (wiederholen).

Denn das Blut macht die linke Hand blutvoll, heiß und schwer. Und nichts und niemand kann Dich ‚ab-halten', das Strömen des Blutes zu genießen, und nichts und niemand kann Dich ‚ab-halten', das Strömen des Blutes zu genießen. Was Du siehst, wie Du es spürst und hörst, vielleicht auch schmeckst und riechst, wunderbar.

Und wie bei einer Balkenwaage senkt sich jetzt die mit Blut volllaufende, die als Blutreservoir prall volllaufende linke Hand immer schwerer, immer wärmer ab, strömt das Blut den Balken der Waage eben hinab links in die Hand prall, volllaufend. Was Du vielleicht schon spüren kannst bei einem fast unmerklichen Abwägen Deiner Hände rechts – links, wie jetzt die mit Blut volllaufende linke Hand immer schwerer wird.

Und das Blut strömt aus dem Körper links, durch den unendlichen Pulsschlag des Herzens im Strahl links hinauf durch den Hals in den Kopf links. Und das Blut fließt von der linken Hand hinauf in den linken Arm und vom linken Arm hinauf – und das Blut strömt zusammen mit dem Pulsstrom des Herzens im Strahl links durch den Hals und Kopf hinein in das linke Ohr. Und das Blut macht das linke Ohr blutvoll, heiß und schwer (wiederholen).

Was Du fühlst, wie Du es siehst, und was Du hörst, wie Du es spürst, was Du vielleicht auch schmeckst und riechst. Denn nichts und niemand kann Dich ‚ab-halten', das Strömen des Blutes zu genießen, denn nichts und niemand kann Dich ‚ab-halten', diesen Zustand zu genießen.

Und erst … ja erst, wenn die Durchblutung im Kopf, im linken Ohr voll eingesetzt hat. Und erst, wenn die Durchblutung als Wärme im linken Ohr voll eingesetzt hat, sodass geradezu die Wärme des Blutes aus dem Ohr überläuft in ein Glühen über die linke Wange, ja als ob die Wärme des Blutes geradezu aus dem Ohr überläuft in ein Glühen über die linke Wange, die Lippen, vielleicht über den ganzen Körper als ein Mantel der Wärme.

Doch verfolge Dein Ziel, als ob Du keines hättest! Ja verfolge Dein Ziel, als ob Du keines hättest! Aber erst, wenn Du die Durchblutung im linken Ohr wieder voll eingeschaltet hast, die Durchblutung wieder voll eingeschaltet hast, kannst Du danach ins Hier-und-Heute zurückzukehren, für eine Rückkehr jederzeit (wiederholen).

Und verfolge Dein Ziel, als ob Du keines hättest! Ja verfolge Dein Ziel, als ob Du keines hättest!«

Kurzes Nachgespräch

»Wie fühlen Sie sich? Hatten Sie die Schwere, die Durchblutung in den Händen wechselseitig verspürt, vielleicht auch die Wangen, das Ohr? Bitte sanft und weich aufstehen: Wie stehen, wie schreiten Sie? Wie lange kam es Ihnen vor? Bitte rufen Sie mich in 3 Tagen an, wie es Ihnen geht.«

10 min Kopflichtbestrahlung anfügen (Rotlicht etc.): Dies ist zugleich eine wichtige Nachwirkpause!

Anstelle der Durchblutungssuggestionen bei einer reinen Wirbelsäulenbehandlung

»Doch erst, wenn die Ruhe und Gelassenheit Deines Tiefenselbst, ja erst, wenn die Ruhe und Gelassenheit, die Kraft Deines Tiefenselbst wie aus dem Bauch heraus in die Wirbelsäule, ins Kreuz einstrahlt, durch die Wirbelsäule einströmt und sorgfältig den Rücken rechts – links hinaufsteigt, glättend, lösend, stetig, Wirbel für Wirbel, rechts – links, ja die Kraft Deines Tiefenselbst hinaufklettert Rippe für Rippe, rechts – links, stetig hinaufklettert, und dann lösend mit Macht einströmt in Hals, Nacken und Schulter, um von dort nach vorne zu fließen, lockernd und lösend nach vorne in die Mundhöhle, in den Kiefer zu fließen, bis der Kiefer sich löst – wie schwebt – vielleicht auch die Lippen sich lösen, ja achte auf Deine Lippen, werden sie weicher, das Lippenrot, wird es voller?

Um dann über die Wangen vor den Ohren hinauf in die Schläfen, um mit Druck über die Schläfen in den Kopf einzuströmen, um den Kopf und seine Gedanken so mit der Kraft Deines Tiefenselbst in seiner Ruhe und Gelassenheit voll auszufüllen, ja auszufüllen, was Du spürst, weil die Kraft der Gelöstheit in Wärme gar überströmt über die Wangen, in einem Glühen strömt über die Haut der Wangen, der Lippen, um sich dann über den Körper schützend zu legen wie ein Mantel der Wärme, sich zu legen über Nacken, Schulter und Arme, ja über Deinen ganzen Körper …

Um dann in einem Schauer hinabzufließen, vom Nacken, Schultern über den Rücken, bis wieder in den Bauch hinein. Zurück in den Bauch hinein, zu den Quellen Deines Tiefenseins, den heilenden, den unerschöpflich heilenden Quellen Deines unendlichen Tiefenseins. Um dann völlig gelöst und befreit, bis vielleicht zu einem nächsten Mal, Deine Muskeln, den Hals gelöst zu belassen, und befreit, gelöst bis zu einem vielleicht nächsten Mal – allmählich in Deiner Zeit – erfrischt jetzt ins Hier-und-Heute zurückzukehren, für eine Rückkehr jederzeit, jetzt.«

Kurzes Nachgespräch wie oben: *»Wie fühlen Sie sich?«*

»Bitte sanft und weich aufstehen: Wie stehen, wie schreiten Sie? Wie lange kam es Ihnen vor? Vielleicht zeichnen Sie eine Skizze, was Ihnen am besten gefallen hat, am eindrucksvollsten war, oder malen Sie es; und bringen Sie es nächstes Mal vielleicht mit. Bitte rufen Sie mich in 3 Tagen an und sagen Sie, wie es Ihnen geht.«

10 min Kopflichtbestrahlung anfügen (Rotlicht etc.): Dies ist zugleich eine wichtige Nachwirkpause!

Zur Tranceinduktion bevorzuge ich die folgende Induktionstechnik auf der kinästhetischen Repräsentationsebene, die jedoch anatomische Kenntnisse der HWS voraussetzt:

Manualtherapeutische Induktionsvariante HWS

Vor dem direkten Induktionsbeginn die kinästhetische Repräsentationsebene in 2 Schritten vorab eröffnen durch:

1. **Manualtherapeutische HWS-Diagnostik** (insbesondere Druckschmerz im Bereich Kopfgelenk Co/C1 oder über die Schläfen-Kau-Muskulatur – bei KAM; wirken gleichzeitig als Anker!).
2. **Chiropraktische HWS-Extension**: Kopf (ca. 7 sec) mit Kraft anheben, um Kopfgelenke zu lösen: »Ist es im Kopf innen jetzt irgendwie freier, über den Augen?«

Induktionsbeginn

Therapeut hebt Hinterkopf beidseits unter dem Mastoid/Hinterkopf mit 2 Fingern leicht an mit einem Druck von ca 9 g und einem 45°-Winkel nach vorne oben, bis eine Veränderung des Muskeltonus erspürbar ist. Dann ***l*angsam** Fingerdruck nach hinten oben wegnehmen, sodass der Kopf dem Finger folgt, sich nach hinten oben hebt und die Wirbelsäule sich aufrichtet. Gleichzeitig nach Belieben Suggestionen:

»So wie ich eben mit Kraft chiropraktisch das Kopf-Hals-Gelenk lockerte, im Kopf innen eine Veränderung eingeleitet wurde, so installieren sich, was man sich eigentlich gar nicht vorstellen kann, mit einer nur ganz geringen Kraft mentale Muskeltonusveränderungen. Dazu einfach sorgfältig in sich hineinspüren, hineinhören, in sich hineinsehen, die Augen nach oben rollen, nach oben-innen rollen und die Augen fest schließen.«

»Und so wie Du die Augen schließt, die Gedanken abschließen …« (s. oben).

10 min Kopflichtbestrahlung anfügen (Rotlicht etc.): Den Fingerdruck am Hinterkopf gleich mit Beginn der Bestrahlung als Anker setzen!

Fallbeispiel

Als ein typisches Beispiel für einen Hörsturz sei folgender Fall geschildert: Ein 38-jähriger Mann bemerkt seit 2 Tagen eine Hörverschlechterung rechts mit einem Wattegefühl, die über Nacht aufgetreten war. Eine besondere Stresssituation liegt derzeit nicht vor; der Patient ist im Übrigen gesund, insbesondere keine HWS-Probleme. Das Tonschwellenaudiogramm dokumentiert eine Schwerhörigkeit rechts von 45 dB im Basstonbereich, links Normalgehör. Therapeutisch wird eine Trance mit direkten durchblutungsfördernden Suggestionen durchgeführt, was ca. 10 min in Anspruch nimmt. In typischer Weise ist nach 3 Tagen bereits eine deutliche Hörverbesserung festzustellen, am 5. Tag findet sich das Gehör wieder völlig normalisiert.

58.3 Diskussion

58.3.1 Indikation Tinnitus

Wenn als Reaktion auf eine extreme Lebenssituation der Patient überreizt ist, und seine Sinne sensibilisiert sind, sind tief entspannende und stützende Verfahren indiziert. Es kann davon ausgegangen werden, dass über den Verstärkermechanismus im Innenohr sein Grundrauschen (»silent current«) zum Ton wurde, sodass nach Abschluss einer angespannten Lebensphase eine Kompensation des Tinnituserlebens zu erwarten ist.

Wenn sich dagegen das Tinnituserleben nicht kompensiert, wenn sich im dekompensierten Tinnitus durch Konversion negative Lebenserfahrungen verankert haben, dann sollte die Störung psychotherapeutisch angegangen werden. Dabei sollte man eine hypnotische Problemerarbeitung vornehmlich in der Regression versuchen, insbesondere auch mit der Übertragung von Ressourcen, von positiven Lebenserfahrungen, die sich auf den Tinnitus verankern lassen. Das bedeutet vorab eine sorgfältige Erarbeitung der Ressourcen in den Repräsentationsebenen der Erlebniswelt des Patienten. Ein beiläufiger Einbau von Durchblutungsmetaphern und allgemeiner Entspannung in Anlehnung an die Hörsturztherapie ist außerdem sinnvoll.

Sollten dem Patienten jedoch schon längerfristig folgende Symptome geläufig sein: Morgens trockener Mund und Rachen, kein erholsamer Schlaf mit Müdigkeit bis in den Tag hinein, Albträume bis hin zu Depressionen, Herzklopfen nachts mit erhöhtem Blutdruck – dann ist immer an eine somatische Behinderung der nächtlichen Ruheatmung der Nase zu denken, so meine Erfahrung in erster Linie bei enger Nasenklappe und vasoallergischer Schwellung der Nasenmuscheln!

58.3.2 Indikation Hörsturz

Wenn der Patient in eine auswegslose Situation geraten ist, als ob er vor einer Mauer steht, wird Adrenalin ausgeschüttet, die Blutgefäße verengen sich, bis es zu einer Durchblutungsstörung im Innenohr kommt (vorzugsweise Basstonbereich), sodass das Innenohr geradezu »leichenblass« wird bis zum Hörsturz. Hypnotherapeutisch steht somit eine konsequente Tiefenentspannung im Vordergrund, d. h. Umschaltung von Sympathiko- auf Parasympathikotonus.

Vorsicht bei Hörsturz über 60 dB, insbesondere über das gesamte Frequenzband oder anfänglich in den oberen Frequenzen: An Ruptur des runden Fensters denken!

58.3.3 Empirische Belege

Bei 32 dokumentierten Fällen konnten 26 erfolgreiche Behandlungen festgestellt werden. Definition einer erfolgreichen Behandlung: Normalisierung des Gehörs, zumindest eine weit über 50%ige Hörverbesserung.

Die von verschiedenen Verfassern ähnlich gemachte Beobachtung, dass der relativ hohe Anteil früher Vollremissionen des Hörverlustes von 40% innerhalb der 1. Woche auf eine therapieunabhängige Spontanremissionsrate hindeutet, ist für diese Statistik nicht relevant, da die meisten der vorliegenden Behandlungsfälle erst nach einer Woche mit einer Hypnotherapie behandelt wurden, nachdem im Übrigen eine Infusionstherapie davor erfolglos war.

Die Effizienz der verschiedenen medikamentösen Hörsturztherapien ist bekanntermaßen umstritten. Sie liegt offenbar im Rahmen der Spontanremissionsrate.

Hieraus ergibt sich, dass man mit der Hypnotherapie seriöserweise durchaus einige Tage zuwarten und erst medikamentös vorbehandeln kann, wodurch auch die Akzeptanz gegenüber einer Hypnotherapie zunimmt. Die Normalisierung des Gehörs findet in der Regel 3–4 Tage nach Durchführung der Trance statt. Offenbar werden die Heilungsaussichten bei Patienten über 60 Jahren schlechter (◘ Tab. 58.1 und 58.2).

◘ **Tab. 58.1.** Behandlungsergebnisse bei Hörsturz

Person	Diagnose	Behandlung	Resultat	Anmerkungen
20 Jahre, m.	Taubheit links	nach 2 Wochen mit 6 Infusionen; BlutKurz	Erfolgreich	Vollremission
33 Jahre, w.	HST 80–40 dB rechts; auf 40–15 dB	Chirotherapie + BlutKurz	Erfolgreich, auch Tinnitus erfolgreich	–
34 Jahre, m.	Taubheit rechts	Gr. Trance	Erfolgreich	–
35 Jahre, w.	HST Hochtonbereich	Gr. Trance	Erfolgreich	Kontrolle nach 1 Jahr
36 Jahre, m.	HST	Gr. Trance	Keine Verbesserung, (Infusion: Teilbesserung)	–
36 Jahre, m.	60 dB mediocochleär	Infusionen + Chirotherapie + BlutKurz	Kein Erfolg	(Mediocochleär = mittlere Frequenzen)
38 Jahre, m.	85 dB Basston links	6 Infusionen + BlutKurz; Verschlechterung >45 dB: Chirotherapie + BlutKurz	Erfolgreich	→ 35 dB = 60% Besserung
38 Jahre, m.	40 dB Basston: 1. Woche unbehandelt	BlutKurz: noch am selben Tag	Erfolgreich	Nach 3 Wochen Rezidiv
41 Jahre, m.	50 dB Basston rechts	Nach 10 Infusionen; BlutKurz	Besserung	→ 35 dB = 50% Besserung, Rezidiv nach 3 Monaten
41 Jahre, m.	50 dB	Nach 9 Infusionen + Chirotherapie: BlutKurz	Erfolgreich	–
43 Jahre, w.	80 dB mediocochleär	Nach 5 Infusionen; BlutKurz	Erfolgreich	(Mediocochleär = mittlere Frequenzen)
44 Jahre, m.	HST 3 kHz 65 dB	BlutKurz	Erfolgreich	–
45 Jahre, w.	50 dB Basston + mediocochleär links	BlutKurz (+ Dusodril)	Erfolgreich	Vollremission nach 2 Wochen
45 Jahre, w.	55 dB Basston links	Weiche Chirotherapie (Orthobionomie) (+Dusodril)	Erfolgreich	4 chirotherapeutische Nachbehandlungen, Vollremission nach 2 Wochen
47 Jahre, w.	HST Basston	Gr. Trance	Erfolgreich	–

Tab. 58.1. (Fortsetzung)

Person	Diagnose	Behandlung	Resultat	Anmerkungen
47 Jahre, w.	HST Basston rechts	Nach 6 Infusionen Verschlechterung! BlutKurz	Erfolgreich	(Basston 50 dB auf 25 dB = über 50% der Verständlichkeit)
49 Jahre, w.	Taubheit rechts nach Infusionen: 75 dB	Gr. Trance	Kein Erfolg	–
50 Jahre, w.	50 dB Basston links seit 1 Woche	BlutWeich (+ Dusodril)	Erfolgreich	Vollremission nach 4 Tagen
52 Jahre, w.	40 dB Basston links (Infusionen ohne Erfolg)	BlutKurz	Erfolgreich	Rezidiv 1 Woche später
52 Jahre, w.	50 dB Basston beidseitig	Chirotherapie + BlutKurz	Erfolgreich	–
54 Jahre, m.	60 dB Basston links (Infusionen ohne Erfolg)	BlutKurz	Erfolgreich	Rezidiv 3 Monate
54 Jahre, m.	60 dB Basston-Rezidiv links	BlutKurz	Erfolgreich	16 Infusionen zuvor erfolglos
55 Jahre, m.	Taubheit rechts	2-mal BlutKurz + 12 Infusionen	Besserung	Basston erholt bis 250 Hz, ab 1,5 kHz taub
58 Jahre, w.	HST 70 dB rechts	Infusion + FeldBlutKurz	Erfolgreich	Zuvor 1 Woche unbehandelt
59 Jahre, w.	45 dB Basston rechts	BlutKurz	Erfolgreich	Wochen zuvor 10 Infusionen + O_2
60 Jahre, w.	65 dB Basston nach 2 Wochen mit 6 Infusionen	BlutKurz	Erfolgreich	Vollremission
60 Jahre, m.	90 dB Hochton	Gr. Trance	Kein Erfolg	–
65 Jahre, w.	55 dB Basston rechts nach 3 Infusionen Verschlechterung!	BlutKurz	Erfolgreich	Vollremision (vor Therapie 10 Tage Rauschen)
65 Jahre, m.	Taubheit rechts nach Hörsturz	Gr. Trance	Kein Erfolg	–
69 Jahre, w.	Basston links vor 3 Monaten, Infusionstherapie	BlutKurz	Kein Erfolg	Weiterhin 50 dB Hörverlust

dB Dezibel; *HST* Hörsturz; *Basston* Hörsturz im Basstonbereich; *Infusion* (meist Haes 6%); *Chirother*apie einschließlich der HWS; *BlutKurz* Kurz-Hypnotherapie mit direkten Durchblutungssuggestionen entspr. Trancebaustein (TBS) BlutKurz*; FeldBlutKurz* (TBS) BlutKurz mit (TBS) FeldKurz; *Gr.Trance* längere Trance zusammengesetzt aus einigen Trancebausteinen mit indirekten Durchblutungssuggestionen.

Tab. 58.2. Behandlungsergebnisse bei chronischem Tinnitus

Person	Diagnose	Resultat	Anmerkung
29 Jahre, m.	Tinnitus	Erfolgreich	–
43 Jahre, m.	Tinnitus	Kein Erfolg	Patient bricht die Trance ab
46 Jahre, m.	Tinnitus	Erfolgreich	–
47 Jahre, m.	Tinnitus	Sehr gut	–
47 Jahre, m.	Tinnitus	Erfolgreich	–
48 Jahre, m.	Tinnitus	Gut	Patient anfänglich enttäuscht
51 Jahre, w.	Tinnitus	Besserung?	–
52 Jahre, w.	Tinnitus	Erfolgreich	–
52 Jahre, w.	Tinnitus	Erfolgreich	Patient sehr zufrieden
53 Jahre, w.	Tinnitus	Erfolgreich	–
55 Jahre, w.	Tinnitus	Erfolgreich	Erfolg war Patient wichtig
55 Jahre, w.	Tinnitus	Erfolgreich	–
59 Jahre, w.	Tinnitus	Besserung	–

Erfolgsquote des Verfassers bei Langzeiterhebung bei chronischem Tinnitus

Bei 13 dokumentierten Fällen (Trancedauer jeweils 1–2 h) konnten 8 erfolgreiche Behandlungen festgestellt werden. Dabei ist folgende Definition von »erfolgreich« zugrunde gelegt worden: Der Patient kommt jetzt mit seinem Tinnitus zurecht, der dekompensierte Tinnitus ist in einen kompensierten Tinnitus übergegangen (»Befund«-Kontrolle nach 1,5–6,5 Jahren; Tab. 58.2).

Technische Tipps zur Trancedurchführung bei Tinnitus

Mit einem Tinnitussimulator kann in der Behandlungstrance jederzeit der individuelle Tinnitus des Patienten mit seinem hierauf verankerten Problem/Leiden zur Bearbeitung aufgerufen werden.

Über die Prüffrequenzen des Audiometers (oder Funktionsgenerators) kann durchaus als erster Therapieschritt vor der Trance der Patient seinen Tinnitus selbst in seiner Frequenz bestimmen und somit besser mit seinem Leiden umgehen (Lautstärkenbestimmung ist dabei unwichtig!). In der Trancesitzung selbst soll nach Bedarf dem Patienten sein Tinnituston eingespielt werden, am besten dann über einen Lautsprecher (»freies Schallfeld«), typische Tinnitusfrequenzen finden sich bei Steinriede (2002).

ZNS-Patienten

Karin Görz

59.1 Hypnotherapeutische Relevanz neuropsychologischer Defizite – 724

59.2 Interventionen – 725

59.3 Therapeutische Intention – 728

59.3.1 Weiterführende Hinweise zur Hypnotherapie bei ZNS-Patienten – 730

59.4 Diskussion – 732

59.4.1 Integration in andere Therapieverfahren im Klinikrahmen – 732

59.4.2 Empirische Belege – 732

Die Anwendung von Hypnotherapie bei Patienten mit Schädigungen des Zentralnervensystems (ZNS) stößt auf mehrere Schwierigkeiten: Einmal ist der Therapeut durch häufig begrenzte sprachliche Rückmeldung besonders während der Hypnose primär auf seine Intuition angewiesen. Diese aber ist ohne neuropsychologisches Fachwissen und praktische Vorerfahrung von Meinungen und Vorurteilen schwer abzugrenzen. Außerdem fehlen bisher systematische Kenntnisse über die spezielle Reaktionsweise eines kranken Hirns auf Hypnose (der Trancezustand kann z. B. tiefer sein und das Herausholen bzw. Beenden der Trance erschweren).

Weiterhin bestehen in Kliniken häufig immer noch Vorurteile gegenüber Hypnose als anerkanntem Therapieverfahren. Diese Vorurteile dürften wesentlich darauf zurückzuführen sein, dass es nahezu keine entsprechende Ausbildungsmöglichkeit für Klinikpersonal gibt und bisher kaum Erfahrungsberichte und noch weniger kontrollierte Studien über die Wirkung von Hypnose bei ZNS-Patienten vorliegen.

59.1 Hypnotherapeutische Relevanz neuropsychologischer Defizite

Zum besseren Verständnis von ZNS-Erkrankungen ist es hilfreich, sich bewusst zu machen, dass die hier vorliegenden Beeinträchtigungen im Unterschied zu den meisten organischen Erkrankungen nicht auf einen Bereich beschränkt sind, sondern die gesamte Persönlichkeit des Betroffenen umfassen. Selbst psychische Probleme haben dadurch eine spezifische Ausprägung und machen besondere therapeutische Überlegungen notwendig. Vorrangig wäre etwa das sog. organische Psychosyndrom (OPS) zu nennen, das neben kognitiven Einschränkungen wie Gedächtnis- und Aufmerksamkeitseinschränkungen, Orientierungsstörungen, sprachlichen Einschränkungen – um nur einige zu nennen – mit psychischen Veränderungen einher gehen kann, z. B. mit affektiven Störungen wie Depression, Angst, Reizbarkeit, organischer Wesensveränderung wie Entdifferenzierung der Persönlichkeit, verminderter Krankheitswahrnehmung (Anosognosie) bis zur gänzlich fehlenden Krankheitseinsicht (Anosodiaphorie). Naturgemäß sind solche hirnorganisch bedingten Beeinträchtigungen von hoher therapeutischer Relevanz. So erschweren z. B. herabgesetztes Konzentrationsvermögen oder amnestische Defizite es dem Patienten, in der Therapie Lernziele zu erarbeiten und gewonnene Erkenntnisse zu speichern. Eingeschränktes Kritik- und Urteilsvermögen bzw. eine reduzierte Krankheitswahrnehmung wiederum mindern die Behinderungseinsicht und damit die generelle Therapiebereitschaft. Probleme bei bestehenden sprachlichen Beeinträchtigungen sind für den therapeutischen Verlauf evident.

Die Erfahrung zeigt, dass bei Einsatz von Hypnose oben aufgezeigte Schwierigkeiten meist nur von untergeordneter therapeutischer Bedeutung sind:

- Die Schwere des OPS und der Hirnschädigung kann weitestgehend vernachlässigt werden, denn Hypnose arbeitet mit den Ressourcen des Unbewussten. Kognitive Leistungsminderungen wie etwa oben angesprochene Merk- oder Konzentrationsschwächen sind auf dieser therapeutischen Arbeitsebene weniger bedeutsam.
- Der Patient muss zu Therapiebeginn keinen erkennbaren Leidensdruck empfinden – allgemeines Interesse an einer Hypnosesitzung genügt. Denn das Wissen um bestehende Behinderungseinschränkungen ist oft verdrängt. Es liegt folglich auf der Ebene des Unbewussten, und man kann davon ausgehen, dass hier keine weitere Abspaltung stattfindet. Mit den Techniken der Hypnose kann dieses Wissen – tiefenpsychologisch betrachtet im so genannten »Schattenanteil« der Persönlichkeit gespeichert – dem Wachbewusstsein zugeführt werden.
- Elementares Sprachverständnis des Patienten ist für eine hypnotherapeutische Vorgehensweise ausreichend, denn die Sprache des Unbewussten ist eine Sprache der Bilder bzw. Symbole und Metaphern.
- Die wesentliche Aufgabe des Hypnotherapeuten besteht darin, dem Unbewussten einen Anstoß zur Entwicklung **problemorientierter** Symbole zu geben. Damit es dabei nicht zu einer zufallsbedingten und damit therapeu-

tisch bedeutungslosen Symbolbildung kommt, geschieht dies sinnvollerweise durch Vorgabe einer Struktur, die für die Entwicklung bzw. das Auftauchen entsprechender Symbole besonders geeignet ist. Struktur an sich ist allerdings nicht vorstellbar und muss deshalb dem Unbewussten ebenfalls über Symbolsprache erlebbar bzw. sichtbar gemacht werden. Als besonders geeignet hat sich dabei meiner bisherigen Erfahrung nach die Vorgabe des Bildes eines innerseelischen Raumes (s. unten) erwiesen. Das Bild eines solchen Raumes ist leicht über Sprache zu vermitteln. Zumal jedes Leben an Raum bzw. Räumlichkeit gebunden und somit jedem Menschen ohne größere Mühe vorstellbar ist.

- Sprachliches Ausdrucksvermögen des Patienten ist nicht zwingend notwendig. Das Unbewusste besitzt die Fähigkeit, den Bedeutungsgehalt von Symbolen zu erschließen, sobald ein zielgerichteter Anstoß bzw. eine Struktur gegeben wurde. Demzufolge ist eine sprachliche Interaktion zwischen Patient und Therapeut nur notwendig, wenn der Patient das angestrebte seelische Entwicklungsziel erreicht hat, im Individuationsprozess aber – nun auf einer höheren Ebene – noch weiter fortschreiten möchte.
- Eine Erstverschlimmerung mit den bekannten Negativauswirkungen auf das Leistungsverhalten – bei gebräuchlichen Psychotherapien in der Regel aber nicht zu umgehen – zeigt sich allenfalls in sehr abgeschwächter Form und auch dann nur kurzzeitig. Denn Strukturvorgabe und der konstruktive Aspekt des vorgegebenen Bildes wirken von der ersten Sitzung an Ich-stärkend und seelisch aufbauend.

Das meist offensichtliche Interesse des Patienten, den in dieser Weise eingeleiteten Prozess weiterzuführen, lässt vermuten, dass in jedem Menschen ein tiefes inneres Bedürfnis nach seelischer Weiterreifung angelegt ist. Dass diesem Bedürfnis nicht immer nachgegangen wird, spricht dafür, dass entsprechende Empfindungen ohne eine Strukturvorgabe offensichtlich zu wenig greifbar oder in ihrem Gehalt zu allgemein sind, um einen Auseinandersetzungsprozess beim Patienten anzuregen. Der therapeutische Anstoß dürfte demnach als Thematisierung dieses Bedürfnisses zu verstehen sein.

Aus energetischer Sicht lässt sich »Anstoß« so verstehen, dass dieser im Spannungsgefüge der Psyche eine zielgerichtete Anreicherung positiver Libido bewirkt. Diese verbessert vermutlich die Kontrolle über destruktive Impulse, was eine Stabilisierung bzw. Harmonisierung des seelischen Gleichgewichts bewirkt. Dem entspräche z. B. der Prozess einer Behinderungsakzeptanz.

Dabei ist zu vermuten, dass gerade beim Vorliegen einer ZNS-Erkrankung besonders gute Behandlungsergebnisse erzielt werden, wenn die Gesamtheit seelisch-geistiger und körperlicher Vorgänge beachtet und entsprechend beeinflusst wird. Naturgemäß müsste sich dafür ein fachübergreifendes Arbeiten besonders eignen.

59.2 Interventionen

Es ist empfehlenswert, Hypnose – zumindest anfänglich – schrittweise in andere Interventionsformen zur Behandlung von ZNS-Patienten zu integrieren, um die Basis für eine Zusammenarbeit im Rahmen anderer Behandlungskonzepte zu bereiten, Vorbehalte abzubauen und persönliche Vertrautheit im Umgang mit Hypnose bei diesem Patientengut zu gewinnen.

Behandlungsschritte bei ZNS-Patienten

1.	Schritt:	Einsatz einer verwandten Therapieform
2.	Schritt:	Einzelsitzungen mit variiertem autogenem Training
3.	Schritt:	Ende des Autogenen-Training-Textes umgestalten
4.	Schritt:	den Patienten sich selbst überlassen
5.	Schritt:	Phantasiereise
6.	Schritt:	Suggestion eines »inneren Raumes«

Zu Schritt 1: Einsatz einer verwandten Therapieform. Sie sollte Elemente der Hypnose aufweisen, den anderen Fachbereichen jedoch vertraut sein. Besonders geeignet erscheint das autogene

Training, da der hier induzierte Entspannungszustand weitestgehend dem einer leichten Trance entspricht, die sich durch gezielte Integration trancefördernder Elemente verstärken lässt:

- Stimmmodulation während der Textvorgabe. Passagen mit reinem Informationsgehalt werden in empathischer Stimmlage gesprochen. Damit wird der Aufbau einer Vertrauensbasis gefördert, da dies dem Patienten den Einstieg in die Trance erleichtert.
- Den Anfang von Wörtern, die besonders geeignet erscheinen, den Übergang von der Ebene des Bewusstseins auf die des Unbewussten zu erleichtern, mit normaler Stimmlage markieren und dann innerhalb des entsprechenden Wortes die Stimme zunehmend tiefer werden lassen. Damit wird die Entspannung vertieft bzw. eine leichte Trance gefördert.
- In den Übungstext Wörter oder Begriffe aufnehmen, die den Begriff »Tiefe« in konkreter oder symbolischer Form darstellen. Dadurch erfolgt eine weitere Vertiefung der Entspannung bzw. der Trance.

Es folgt ein Beispieltext für ein autogenes Training mit hypnotherapeutischen Elementen. Dabei werden folgende Abkürzungen verwendet:

- ht. S.: Anfang des Wortes in normaler Stimmlage sprechen, bei den folgenden Buchstaben sukzessiv tiefer werden,
- n. S.: normale Stimmlage,
- t. S.: tiefe Stimmlage,
- w. S.: warme sanfte Stimme, die Empathie ausdrückt.

(w. S.) *»Ich überprüfe, ob ich bequem sitze - ich setze mich ganz bequem hin.*

(w. S.) *Ich balanciere mich aus.*

(w. S.) *Ich spüre den Boden, der mich trägt.*

(w. S.) *Ich bin getragen.*

(w. S.) *Ich spüre meinen Körper, wie er dasitzt* (ht. S.) *und*

(t. S.) *ausruht.*

(w. S.) *Ich stelle mir vor, ich muss* (Tendenz t. S.) *gar nichts tun.*

(w. S.) *Nun fühle ich, wie meine Arme aufliegen.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Die Arme ruhen aus.*

(w. S.) *Arme (akzentuiert gesprochen; t. S.) ausruhen.*

(w. S.) *Nun fühle ich meine Beine.*

(w. S.) *Auch die Beine* (Tendenz t. S.) *ruhen aus.*

(t. S.) *Beine ausruhen.*

(w. S.) *Ich fühle meine Füße.*

(w. S.) *Meine Füße sind wie die Wurzeln eines Baumes.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Wurzeln* (t. S.) *tief* (n. S.) *in den* (t. S.) *Boden.*

(ht. S.) *Immer* (ht. S.) *tiefer* (ht. S.) *und* (ht. S.) *tiefer.*

(w. S.) *Ich spüre Bauch und Brustkorb.*

(w. S.) *Ausruhen.*

(w. S.) *Ich spüre meinen Kopf, meinen Nacken, mein Gesicht.*

(w. S.) *Ausruhen.*

(n. S.) Ich bin (ht. S.) *ganz* (t. S.) *ruhig, (n. S.) ich bin* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *ruhig,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *ruhig.*

(w. S.) *Ich habe Zeit für mich.*

(w. S.) *Ich stelle mir vor, an meinem rechten* (t. S.) *Arm* (n. S.) *hängt ein* (t. S.) *schweres Gewicht.*

(w. S.) *Ich lasse meinen rechten Arm* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *tief* (w. S.) *auf die* (Tendenz t. S.) *Beine* (t. S.) *sinken.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Der rechte* (Tendenz t. S.) *Arm* (t. S.) *sinkt* (ht. S.) *immer* (ht. S.) *tiefer* (ht. S.) *und* (ht. S.) *tiefer.*

(w. S.) *Wie fühlt sich der Arm an?*

(w. S.) *Ich vergleiche den rechten Arm mit dem linken.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Mein rechter Arm ist* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Ich spüre noch einmal die* (t. S.) *Schwere (n. S.) in dem rechten* (t. S.) *Arm* (ht. S.) *und* (w. S.) *fühle, wie auch der (akzentuiert gesprochen) linke immer* (t. S.) *schwerer* (ht. S.) *und* (t. S.) *schwerer wird.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Mit jedem Ausatmen* (ht. S.) *immer* (t. S.) *schwerer* (ht. S.) *und* (t. S.) *schwerer.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Ich spüre nun beide Arme mit dem ganzen Gewicht* (ht. S.) *nach* (t. S.) *unten.*

(ht. S.) *Tiefer* (ht. S.) *immer* (ht. S.) *tiefer* (ht. S.) *und* (ht. S.) *tiefer.*

(w. S.) *Ich spüre mein rechtes Bein.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Mein rechtes Bein ist* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Mein rechtes Bein ist* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Ich spüre nun mein linkes Bein.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Beide Beine sind* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Beine* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Ich spüre meinen Rücken und meine Schulter.*

(akzentuiert gesprochen, w. S.) *Rücken und Schulter sind* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Rücken, Schulter* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Nacken löst sich.*

(w. S.) *Ich spüre, wie mein Unterkiefer sinkt.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Mein Unterkiefer ist* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer,* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer.*

(akzentuiert gesprochen; t. S.) *Unterkiefer* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Die Wangen lockern sich, werden ganz locker.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Augenlider sind* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Augenlider* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Stirn ist entspannt und glatt.*

(w. S.) *Ich spüre meinen ganzen Körper.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Mein Körper ist* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer* (ht. S.) *ganz* (t. S.) *schwer* (ht. S.), *ganz* (t. S.) *schwer.*

(w. S.) *Und nun schaue ich, ob noch etwas geschieht.*

(w. S.) *Ich stelle mir vor, mein rechter Arm ruht in einer Schüssel mit warmem Wasser.*

(w. S.) *Mein rechter Arm ist* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm,* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm,* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm.*

(w. S.) *Arm warm.*

(w. S.) *Ich vergleiche ihn mit dem linken Arm.*

(w. S.) *Und nun ruht auch mein linker Arm in einer Schüssel mit warmem Wasser.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Mein linker Arm ist* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm,* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm,* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Arm warm.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Beide Arme sind* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm,* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Arme warm.*

(w. S.) *Ich stelle mir vor, ich nehme ein warmes Bad.*

(w. S.) *Mein Körper ruht im warmen Wasser.*

(w. S.) *Mein Körper ist* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm,* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm,* (ht. S.) *ganz* (w. S.) *warm.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Körper warm.*

(w. S.) *Um meinen Kopf weht ein erfrischender, kühlender Wind.*

(w. S.) *Mein Kopf wird* (akzentuiert gesprochen; w. S.) *angenehm* (t. S.) *kühl,* (akzentuiert gesprochen; w. S.) *angenehm* (t. S.) *kühl.*

(akzentuiert gesprochen; w. S.) *Kopf* (t. S.) *kühl,* (akzentuiert gesprochen; w. S.) *Körper* (t. S.) *schwer* (ht. S.) *und* (w. S.) *warm.*

(n. S.) *Ich öffne meine Augen, atme mehrmals tief ein und aus und bewege meine Arme. Ich fühle mich ruhig, gestärkt und erfrischt.*«

Während dieser ersten Induktion, die auch in kleinen Gruppen durchgeführt werden kann, erhält der Therapeut konkrete Informationen über die Art und das Ausmaß der Suggestibilität des Patienten.

Zu Schritt 2: Variiertes autogenes Training in Einzelsitzungen. Diese Form ist individuell durchzuführen, wobei der Patient eine liegende Position einnimmt. Beides begünstigt nach meiner Erfahrung eine Vertiefung der Entspannung bzw. der Trance. Der Therapeut hat hierbei die Möglichkeit, konkrete Kenntnisse von Trancezuständen bei ZNS-Patienten zu erhalten und seine Wahrnehmung der speziellen Trancesignale des individuellen Patienten zu verbessern.

Zu Schritt 3: Frei assoziierte Bildvorgaben. Die formelhaften Textvorgaben des autogenem Training können durch frei assoziierte Bildvorgaben erweitert werden. Besonders geeignet erscheint hierfür etwa der Abschnitt »Wärme«. Dafür hat sich folgende Vorgehensweise bewährt: Der Thera-

peut versetzt sich gedanklich und gefühlsmäßig in eine Situation, die herkömmlicherweise für angenehme Wärme steht (z. B. ein Schaumbad nehmen) und verbalisiert dem Patienten die dabei entstehenden Bilder und Empfindungen. Hierbei erhält der Therapeut Informationen über den Wert und die Bedeutung seiner Intuition bei dieser Therapieform und gewinnt entsprechende Sicherheit.

Zu Schritt 4: Ende des AT-Textes umgestalten. Der Patient erhält verbal die ausdrückliche Erlaubnis, den Zeitpunkt des Aufwachens selbst zu bestimmen und auch selber zu entscheiden, wie »erfrischt und gestärkt« er aus der Entspannung herauskommen möchte. Dabei lernt der Therapeut die Eigenverantwortlichkeit des Patienten im Rahmen dieser Therapieform kennen und erfährt, ob und wieweit er ihr vertrauen kann.

Zu Schritt 5: Alleinlassen des Patienten. Der Patient bleibt nach der Vorgabe des variierten Autogenem-Training-Textes allein im Raum; der Therapeut schaut in mehrminütigem Abstand kurz hinein, um dem Patienten beim Aufstehen aus der Entspannungsliege behilflich sein zu können und mit ihm gegebenenfalls – sofern er das ausdrücklich gewünscht hat – über das Erlebte zu sprechen. Damit gewinnt der Therapeut Kenntnis über das Selbstheilungspotenzial des Patienten und entwickelt diesbezüglich entsprechendes Vertrauen.

Zu Schritt 6: Phantasiereise. Dem variierten Autogenen-Training-Text ohne Weckinduktion kann eine Phantasiereise angeschlossen werden, die mithilfe geeigneter Metaphern die Behinderung des Patienten darstellt und einen Weg zur (Selbst-) Heilung aufzeigt. Der Therapeut kann entsprechend seiner Erfahrungen die verwendeten Bilder variieren.

59.3 Therapeutische Intention

1. Innerseelisches Erkennen der Zielsetzung (Symbol: Sprachfluss).
2. Erweiterung der Introspektionsfähigkeit durch Aufforderung zum genauen Hinsehen. Beispiel:

»In dieser vertieften Ruhe bin ich besonders fähig, das wirklich Wichtige in meinem Leben zu erkennen.

Und ich bekomme Lust, mir einmal meinen (leiser gesprochen:) *Lebens- und Sprach-* (leiser gesprochen) *Fluss anzusehen.*

Ich gehe zu meinem (leiser gesprochen) *Lebens- und Sprach-* (n. S.) *Fluss – der Fluss, der in meinem Inneren fließt.*

Ich sehe den Fluss vor mir. Ich schaue genau hin. Ich möchte wissen: Wie mein (leiser gesprochen) *Sprach-* (n. S.) *Fluss aussieht.*

Wie ist das Wasser meines (leiser gesprochen:) *Sprach-* (n. S.) *Flusses?*

Ist es klar oder trübe?

Fließt das Wasser meines (leiser gesprochen) *Sprach-* (n. S.) *Flusses schnell oder langsam?«*

3. Wecken der innerseelischen Erkenntnis, dass Sprache an sich einen integrierten Bestandteil des Selbst darstellt (Symbol: hineinlegen, mitfließen). Beispiel:

»Und je mehr ich mich mit ihm beschäftige, desto größer wird der Wunsch, mich in meinen Fluss hineinzulegen und einfach mitzuschwimmen.

Ich lege mich hinein. Ich spüre, wie das Wasser mich trägt und sanft und umfließt. Ich fließe mit – ruhig und gleichmäßig.«

4. Entwicklung erster innerseelischer Strategien zur Kompensation bzw.
5. Bewältigung der Sprachbehinderung (mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad). Beispiel:

»Ich sehe ein Hindernis vor mir … Es stört mich nicht. Ich werde es einfach umfließen. Ich fließe ruhig und gleichmäßig an dem Hindernis vorbei. (w. S.:) *Ganz ruhig, ganz ruhig.*

Ein neues Hindernis taucht auf … Diesmal werde ich es einfach wegspülen – wegfließen lassen … Und nun fließe ich kraftvoll auf das Hindernis zu. Mit aller Kraft, die in mir steckt. Und ich spüre, wie das Hindernis leichter und leichter wird, immer leichter. Und auf einmal habe ich es geschafft: Das Hindernis fließt einfach weg.

Meine ***Kraft*** *und* ***Ausdauer*** *haben das Hindernis beseitigt. Das Erlebnis hat mich noch sicherer*

gemacht. Und ich fließe stolz und voller Kraft weiter.«

6. Anbahnung des Wunsches, aus der seelischen Isolation herauszutreten; Öffnung für die Kommunikation mit Gleichbetroffenen (Symbol: gemeinsames »darüber Hinwegfließen«); Beginn einer Akzeptanz der Behinderung durch Verlassen der isolationsbedingten Sprachlosigkeit. Beispiel:

»Auf einmal spüre ich, wie ein fremdes Wasser mich umfließt. Ein anderer Fluss ist zu mir gestoßen und hat sich mit mir zusammengetan. Ich fließe nun nicht mehr alleine, und ich fühle noch mehr Ruhe in mir, aber auch noch mehr Kraft. Es ist, als wenn ich besser (akzentuiert, w. S.) *getragen werde. Alles ist auf einmal leichter geworden.*

Ein neues Hindernis taucht auf. Aber es ist auf einmal unwichtig. Ich fließe einfach darüber hinweg. Denn gemeinsam haben wir nun genug Wasser zum Fließen.

Ich fließe, fließe.«

7. Verstärkung und Ausweitung des Wunsches, die seelische Isolation verlassen zu wollen,
8. innerliche Öffnung für die Kommunikation mit Nichtaphasikern (Symbol: Staudamm); Anhebung des Selbstvertrauens (Metapher: frei und wohl). Beispiel:

»Nach einer Weile nähere ich mich einem Staudamm. Ich fühle, wie ich gebremst werde. Mein Fließen wird langsamer, immer langsamer, bis es schließlich ganz aufhört. ‚Bin ich am Ende angelangt?', frage ich mich leicht irritiert. Doch die Antwort kommt sofort, denn ich spüre, dass die Kraft in mir unverändert groß ist. Ich beschließe, in die Höhe zu wachsen. Immer höher und höher werde ich, immer gewaltiger.

Ich fühle mich auf eine eigene Art stärker als jemals zuvor. Und da auf einmal entlädt sich meine riesige Wassermenge, und ich fließe mit aller Kraft über den Staudamm hinweg. Nur noch Kraft bin ich jetzt – Kraft, die niemand bändigen kann. Es fließt und fließt. Ich genieße die Freiheit, die ich spüre. Nach einer Weile habe ich mich beruhigt und fließe nun ruhig und gemächlich in meinem breiten Flussbett dahin.

Ich höre mein Sprechen, mein Murmeln und Wispern, mein Glucksen und Lachen und fühle mich frei und wohl.«

9. Innerseelisches Begreifen des Prozesses einer »Klärung« der Sprache:
10. Unklare Sprache muss durch reine, eindeutige Ausdrucksweise ersetzt werden. Beispiel:

»Auf einmal spüre ich, wie ich sanft an eine Wand geschoben werde. Ich fließe an der Wand entlang und fühle, dass sie rund ist.

Ich weiß nun, dass ich mich in einem (akzentuierter gesprochen:) *Klär-* (n. S.) *becken befinde.*

Ich werde nun wunderbar sanft und gründlich gesäubert – mit duftenden Badezusätzen und Seife und Bürste, wie mir scheint. Alles, was mich auf meinem langen Weg beschmutzt hat, wird beseitigt. Ich fühle mich so klar und frisch, wie schon lange nicht mehr und möchte, dass es immer so bleibt.«

11. Aufbau und Intensivierung des innerseelischen Wunsches (Symbol: Sog), fortan reine, konzentrierte Sprache sprechen zu wollen (Symbole bzw. Metapher: Richtung, Ziel, klar). Beispiel:

Da spüre ich einen angenehmen Sog – er zieht mich in eine ganz bestimmte Richtung. Ich kann nichts mehr sehen, aber ich fühle, dass es enger wird um mich. Ich bin in einer Röhre und lasse einfach geschehen.

Ich habe keine Angst: Es ist schön, eine (akzentuiert gesprochen) *Richtung* (n. S.) *zu haben und ein* (akzentuiert gesprochen) *Ziel* (n. S.) *und dabei ganz* (akzentuiert gesprochen) *klar* (n. S.) *zu bleiben.*

Auf einmal wird die Röhre enger und dann noch einmal enger. Ich fließe steil nach oben. Ich bin voller Neugier. Wo werde ich ankommen? Plötzlich höre ich auf zu fließen. Stillstand. Ich warte. Meine Neugier wächst. Was wird passieren? Ich warte. Plötzlich spüre ich einen gewaltigen Zug nach vorne.«

12. Anbahnung eines innerseelischen Bedürfnisses, authentische Sprache sprechen zu wollen (Symbole: »zunehmendes Rauschen«; »Waschbecken« als Teil des Selbst). Beispiel:

»Ich fließe und höre dabei ein zunehmendes Rauschen. Ich begreife, dass ich durch einen Wasserhahn

fließe. Ich ergieße mich in ein Waschbecken, und mein Wasser ist klar und voll lebendiger Bewegung. Und ich weiß auf einmal (akzentuiert gesprochen): *Ich bin angekommen.«*

Der Therapeut erfährt Einzelheiten über Wert und Bedeutung von Bildern, die dem Patienten in symbolischer Form seine Behinderung und den Weg zur (Selbst-) Heilung aufzeigen.

Zu Schritt 7: Suggestion eines »inneren Raumes«. Das vorgegebene Bild wird um den »inneren« Raum erweitert. Dieser »innere Raum« repräsentiert sich auf der Vorstellungsebene als Wohnung bzw. Haus und setzt sich aus verschiedenen Raumbereichen zusammen. Entsprechende Bereiche sind u. a. das Badezimmer, die Küche, das Schlafzimmer, das Wohnzimmer und nicht zuletzt ein Entspannungsraum.

Es folgt ein Textbeispiel einer Phantasiereise »innerer Raum«, das für alle ZNS-Patienten geeignet ist. Beim Aphasiker wird sich dieser Text – zumindest zu Behandlungsbeginn – der oben dargestellten Phantasiereise anschließen. Bei den anderen ZNS-Patienten folgt er direkt nach Vorgabe des abgewandelten Autogenen-Training-Textes.

»Ich bin in (akzentuiert gesprochen) *meinem Raum* (n. S.) *angekommen. Der Raum, in dem ich wirklich wohne, der meine Heimat ist. Der Raum, aus dem all meine Kraft, meine Lebensfreude und meine Gesundheit kommen.*

Ich verlasse das Wasser und schaue mich um. Wie bin ich eingerichtet? Wie sieht mein Traumschlafzimmer aus – der Raum, in dem ich nachts wundervoll schlafe?

Wenn ich genug gesehen habe, verlasse ich den Raum und schaue mir die anderen Raumbereiche an: Mein Wohnzimmer – der Raum, in dem ich meine Gäste empfange und mich wohl mit ihnen fühle. Meine Traumküche und meine Essecke. Meinen Hobbyraum und meinen Arbeitsraum. Mein Traumbadezimmer und schließlich auch meinen Entspannungsraum.

Der Raum, in dem ich tiefen Zugang zu mir und meinem Körper habe. Wie sieht dieser Raum meiner Entspannung aus? Ist er groß oder klein? Welche Form hat mein Entspannungsraum? Wie sind die Fenster meines Raumes?

Ich beginne, mir diesen Raum so einzurichten, dass ich mich wirklich wohl darin fühle, und stelle mir eine herrlich bequeme Liegemöglichkeit hinein.

Ich nehme mir viel Zeit für diese Aufgabe – so viel Zeit, bis ich wirklich zufrieden bin für heute.

Und erst dann lege ich mich auf meine Liege, mache es mir wunderbar bequem und genieße die Klarheit und Freiheit, die ich durch diese Reise gewonnen habe. Ich bleibe solange in meinem Raum, bis ich Lust habe, herauszukommen. Dann öffne ich meine Augen, bewege mehrmals meine Arme und fühle mich tief erfrischt und gestärkt.

Und der Wunsch bleibt, mich zunehmend mehr mit meinem Raum zu beschäftigen und ihn auszubauen. Ich möchte in ihm wirklich leben lernen.«

Der Therapeut erhält hierbei vertiefte Einblicke in die Gesamtpersönlichkeit des Patienten und damit auch in seine intrapsychische Problematik.

59.3.1 Weiterführende Hinweise zur Hypnotherapie bei ZNS-Patienten

Mit der Einführung des »inneren Raumes« werden – wie schon eingangs angeführt – die Rahmenbedingungen für eine intensive psychotherapeutische Behandlung des ZNS-Patienten geschaffen. Denn der »innere Raum« repräsentiert in seiner strukturgebenden innerseelischen Funktion das Unbewusste und umschließt damit die gesamte Persönlichkeit des Patienten. Die einzelnen Raumbereiche dürften eine tiefe symbolische Bedeutung besitzen. An zwei Raumbereichen sei dieser Symbolgehalt verdeutlicht:

- »Schlafraum« steht für unsere Träume und stellt somit den Bereich dar, in dem sich unsere **Kritikfähigkeit** verfeinert und differenziert. Darüber hinaus repräsentiert er unseren Intimbereich.
- »Entspannungszimmer« steht für den Ort, an dem ein aktiver Zugang zu den höheren Fähigkeiten gegeben ist und sich ein vertieftes Wissen über unser Selbst finden lässt. Hier lässt sich etwa Wissen um die eigenen Archetypen gewinnen.

Neben Kenntnissen der Hypnose und ihrer verschiedenen Techniken sowie der unterschiedlichen Störungen des ZNS sind für die hier skizzierte Arbeitsweise Grundkenntnisse in der Jung'schen Psychologie von Vorteil. So kann der Therapeut mit dem Klienten leichter auf einer symbolischen Ebene an seiner Heilung arbeiten und Anregung für seine Selbstheilungsprozesse geben.

Fallbeispiel 1

Ein 60-jähriger Patient leidet unter den Folgen einer Apoplexie mit Hemiparese rechts. Da weder Gehen noch Stehen möglich ist, besteht vollständige Rollstuhlabhängigkeit. Wegen depressiver Verstimmungen ist er zur »**Entspannungstherapie**« bei mir angemeldet worden. Der Patient hat jahrzehntelang in einer Sternwarte gearbeitet und lässt deutlich erkennen, dass ihn die damalige Tätigkeit vom Inhalt her auch heute noch außerordentlich beeindruckt und weiter interessiert.

Nach Einleiten der Trance wurde das Bild eines »inneren Raumes« suggeriert (s. oben). Von diesem »Entspannungszimmer« aus sollte der Patient sich vorstellen, einen Flug in den Weltraum zu machen und sich dort der körperlichen Erfahrung von Schwerelosigkeit überlassen. Unmittelbar nach der Tranceübung erhebt sich der Patient plötzlich ohne erkennbare Mühe aus dem Rollstuhl und steht etwa eine halbe Minute schweigend da. Nach dem Hinsetzen wirkt er nachdenklich und in sich gekehrt. Da er keinerlei Interesse an einer Kontaktaufnahme mit mir erkennen läßt, vereinbare ich mit ihm nur den nächsten Termin für die folgende Woche.

Der Patient berichtet noch am gleichen Tage den Krankengymnasten von seinem erstmaligen Stehen. Als habe ein »höheres Wesen« ihn hochgezogen. Ein Stehen war ihm zum damaligen Zeitpunkt völlig undenkbar erschienen. Einige Tage später vermag er nun überall zu stehen, beginnt zu gehen und übt unter krankengymnastischer Anleitung das Treppensteigen.

Fallbeispiel 2

Eine 40-jährige Säuglings- und Kinderpflegerin leidet unter einer Apoplexie mit armbetonter Hemiparese links. Der Arm tritt zunehmend mehr aus der Gelenkpfanne, da die Patientin seit dem Krankheitsgeschehen keinerlei inneren Kontakt mehr zum Gelenk hat. Als Folge bestehen zwischenzeitlich so starke Schultergelenkschmerzen, dass immer häufiger die Einnahme von Schmerztabletten notwendig wird. Die Patientin hängt sehr an ihrer Arbeit und möchte sie deshalb schnellstmöglich wieder aufnehmen. Die Irrealität ihres Wunsches erkennt sie nicht, Gegenargumenten verschließt sie sich.

Zunächst wurde autogenes Training mit Phantasiereisen (s. oben) gemeinsam mit ihren beiden Zimmernachbarinnen durchgeführt (ca. 8 Sitzungen; täglich eine).

Folgende Themen waren Inhalt der Phantasiereisen:

- Einrichten eines inneren Raumes, in dem sich die Patientin entspannt (Text für alle 3 Patientinnen gleich).
- Gestaltung eines eigenen Bereiches im »Entspannungszimmer« für die Kinder, die sie bis zu ihrer Erkrankung betreut hat (die beiden anderen Patientinnen erhalten parallel dazu ein eigenes Thema entsprechend der vorliegenden Problematik).
- Visualisierung einer Spielsituation mit jedem Kind einzeln. Dabei wurde verbal suggeriert: *»Jedes Kind wird Dir ein Stück ‚Bewegung' schenken. Aber Du musst das Geschenk auch annehmen.«*

In der darauf folgenden hypnotherapeutischen Behandlung wurde nach einer Tranceeinleitung die Thematik fortgesetzt, im Entspannungszimmer mit jedem Kind einzeln zu spielen. Dabei wurde die Verbalsuggestion (s. oben) modifiziert: *»Jedes Kind hilft Dir jetzt, in die Bewegung zu kommen.«* Die Patientin hebt plötzlich ihren bis dahin vollkommen bewegungslosen Arm bis weit über den Kopf und beginnt ihn zu beugen und zu strecken. Dies macht sie etwa eine Viertelstunde lang.

In der zweiten und letzten individuellen Sitzung wird zunächst geklärt, dass der innere Armkontakt und die aktive Beweglichkeit erhalten geblieben sind; dass die Patientin gelernt hat, die neue Armbeweglichkeit sensibler zu handhaben. Zudem berichtet die Patientin von einer sich anbahnenden Hand- und Fingerbeweglichkeit.

Nach der Tranceinduktion imaginiert die Patientin wieder den inneren Raum, in dem die Kinder ihre Spielecke haben. Es wird ihr suggeriert, dass sie sich von jedem einzelnen Kind verabschiedet. Jedes Kind überreiche ihr zur Erinnerung ein Geschenk. Dazu wird die folgende Verbalsuggestion gegeben: *»Das Geschenk gehört Dir nur, wenn Du es auch annimmst und ihm einen richtigen Platz in Deinem Raum gibst.«*

Nach der Therapie bewegt die Patientin wieder ihren Arm; die Bewegung wirkt noch müheloser, gleichzeitig

aber deutlich kontrollierter und vorsichtiger als noch beim ersten Mal. Nach der Trance ist ihr Gesichtsausdruck sehr entspannt und zufrieden; sie wirkt innerlich wie befreit – ein Gefühl, das sie später bestätigt.

59.4 Diskussion

59.4.1 Integration in andere Therapieverfahren im Klinikrahmen

Die Integration von Hypnose in vorhandene Konzepte der Behandlung von ZNS-Patienten macht ein umsichtiges und feinfühliges Vorgehen notwendig – gilt es doch, Vorurteile abzubauen, Kollegen für neue Zielsetzungen zu motivieren, Vertrauen bei Patienten zu wecken und nicht zuletzt persönliche Sicherheit zu gewinnen. Daraus folgt, dass Hypnose stufenweise in den Klinikrahmen eingeführt werden sollte, um allen Beteiligten Zeit zu geben, sich mit ihren Möglichkeiten auseinander zu setzen.

Vordergründig betrachtet scheint die Umsetzung von fachübergreifendem Arbeiten in einer Klinik leicht realisierbar zu sein, dürfte doch diese Arbeitsweise den Therapeuten die Chance einer interessanten und den beruflichen Rahmen erweiternden Erfahrung bieten. Die Realität zeigt allerdings, dass auch mit Problemen bzw. Widerständen gerechnet werden muss. Zwei Beispiele aus der therapeutischen Praxis mögen dies belegen und zum weiterführenden Denken anregen.

In dem oben beschriebenen 1. Fallbeispiel erfuhr ich später durch Zufall, dass vermutet wurde, die Therapiesitzung habe aus dem Patienten eine gespaltene Persönlichkeit gemacht. Da ein Stehen nicht möglich erschien und auch seine Aussagen dazu befremdlich wirkten, wurde ihm nicht geglaubt. Auch eine Rückfrage schien sich zu erübrigen. Eine weitere Hypnosesitzung lehnte der Patient ab, da er – wie er mir im Vertrauen mitteilte – die Krankengymnasten, die »so viel für ihn getan hätten, nicht enttäuschen« wolle.

Im oben beschriebenen 2. Fallbeispiel bestanden die Krankengymnasten darauf, dass die neue Armbeweglichkeit »nicht physiologisch« und deshalb »gefährlich« sei. Die Tatsache, dass erstmals wieder ein innerer Armkontakt vorlag und somit erst die Basis für weiterführende krankengymnastische Behandlung geschaffen war, blieb unberücksichtigt.

Die Klinikleitung unterband weitere Hypnosebehandlungen.

59.4.2 Empirische Belege

Seit über 15 Jahren arbeite ich in meiner Funktion als klinische Neuropsychologin und psychologische Psychotherapeutin in einem Krankenhaus, das sich u. a. auf die Rehabilitation von Patienten mit neurologischen Schädigungen (sog. ZNS-Patienten) spezialisiert hat. Meine wesentliche Aufgabe besteht neben der neuropsychologischen Diagnostik in der Therapie dieser Patienten. Beim Bemühen um bessere Behandlungsmöglichkeiten für diese Patienten stieß ich auf die Techniken der Hypnose und entwickelte auf deren Basis eigene Interventionsformen, wie sie weiter oben beschrieben wurden. Diese Methode konnte ich zwischenzeitlich bei mehr als 500 ZNS-Patienten unterschiedlichster Behinderungsart und -schwere einsetzen und mich dadurch von der teilweise verblüffenden Wirksamkeit der Hypnose überzeugen.

Zur Objektivierung der Behandlungsergebnisse erstellte ich vor jeder Therapieaufnahme schriftliche Therapiekonzepte; darüber hinaus wurden Verlaufsprotokolle angefertigt und Vor- und Nachtestungen – im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten des Patienten – durchgeführt.

Fazit

Der vorliegende Beitrag ist als Einstiegshilfe für die hypnotherapeutische Arbeit mit ZNS-Patienten im Klinikrahmen gedacht. Sie setzt neben neuropsychologischem Fachwissen Kenntnisse in der Hypnotherapie voraus. Selbst ein fachkompetenter Hypnotherapeut dürfte allerdings bei dem Bemühen um Integration von Hypnose im Rahmen einer Klinik mit vielschichtigen Problemen konfrontiert werden. Nach meinen Erfahrungen scheinen sich diese am wirkungsvollsten in Art einer stufenweisen Integration von Hypnose, wie sie oben dargestellt wurde, abbauen zu lassen. Diese Form des langsamen und behutsamen Vorgehens gibt sowohl dem Hypnotherapeuten als auch dem Klinikpersonal die Möglichkeit, sich entsprechend ihrem persönlichen Entwicklungsstand in die neue Denkrichtung bzw. Aufgabe hineinzufinden. Hypnotherapie scheint in der beschriebenen Weise ein sehr wirkungsvolles Instrument gerade für den Einsatz bei stationären ZNS-Patienten zu sein. Dies dürfte sich wesentlich damit erklären, dass die Institution Klinik mit ihrem vielschichtigen Behandlungsangebot im beschützenden Rahmen dem Patienten eine optimale Zentrierung auf sich und seine Probleme ermöglicht, außerdem ist fachübergreifendes Arbeiten möglich und damit ein enges Zusammenspiel der einzelnen Fachbereiche wie Medizin, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Pflege, womit die besten Voraussetzungen für eine wirklich effektive und umfassende Arbeit mit Hypnose geboten sind. In jedem Falle sprechen Behandlungserfolge – wie die oben dargestellten – dafür, dass Hypnose selbst bei ungenügender Realisierung fachübergreifender Zusammenarbeit einen entscheidenden Beitrag zur Effizienzsteigerung der im Klinikrahmen gebräuchlichen Therapiemethoden zu leisten vermag und somit helfen kann, Behandlungs- und Nachfolgekosten zu reduzieren. Meines Erachtens ist sie als zukunftsweisende adjuvante Therapiemethode bei ZNS-Patienten zu betrachten.

Zahnärztliche Problempatienten

Albrecht Schmierer

60.1 Störungsbild – 735
60.1.1 Ablauf einer Zahnbehandlung – 736
60.1.2 Erster Problempatient: das behandlungsunwillige Kind – 736
60.1.3 Zahnbehandlungsphobie – 737
60.1.4 Iatrogene Ängste – 737
60.1.5 Chronische Schmerzen – 738
60.1.6 Parodontitis – 739
60.1.7 Chronische Hypersensibilität der Zähne – 739
60.1.8 Schleimhauterkrankungen: Aphten, Herpes, Soor – 739

60.2 Interventionen – 739
60.2.1 Möglichkeiten der Hypnose – 739
60.2.2 Engpässe und Musterunterbrechung – 740
60.2.3 Folgen und Führen (»pacing« und »leading«) – 741
60.2.4 Weitere Formen hypnotischer Kommunikation – 742
60.2.5 Hypnotische Analgesie – 743
60.2.6 Die Turboinduktion – 743

60.3 Diskussion – 746
60.3.1 Indikation und Kontraindikation – 746
60.3.2 Integration mit anderen Verfahren – 746

Die Zahnheilkunde ist im Wandel. Ein ganzheitliches Praxiskonzept ist das Ziel vieler Kollegen. Hypnose unterstützt diesen Weg. Zunehmend mehr Problemfälle erfordern besondere Kenntnisse und spezielle Kommunikationsfertigkeiten aufseiten des Behandlers. Die hypnotische Kommunikation erleichtert es, auf die Ängste und Erwartungen des Patienten individuell einzugehen. Bei psychosomatischen Krankheitsbildern eröffnet Hypnose den Patienten Auswege aus ihren krankmachenden Verhaltensmustern und Teufelskreisen und kann helfen, sie vom Medikamentenmissbrauch zu befreien. Hypnose ermöglicht es, Konzentration, Ruhe und Entspannung in die Behandlung zu bringen und schafft dankbare, angstfreie Patienten, die gerne in die Praxis kommen.

60.1 Störungsbild

Der niedergelassene Zahnarzt behandelt überwiegend akute Schmerzen oder er behandelt, um spätere akute Beschwerden zu vermeiden. Mit zunehmender Lebenserwartung rücken neben der Prophylaxe und Behandlung der Parodontitis auch chronische Erkrankungen und psychosomatische Krankheitsbilder in den Fokus zahnärztlicher Therapie. Viele Zahnärzte sehen sich zunehmend (und oft ungewollt) in der Rolle des psychotherapeutischen Beraters: Der zahnärztliche Patient öffnet sich nach erfolgreich überstandener Zahnbehandlung und berichtet über seine Probleme. So fühlen sich viele Kollegen in die Rolle des Psychotherapeuten gedrängt, ohne eine entsprechende Ausbildung zu haben. Daraus lässt sich zum Teil das zunehmende Interesse an Hypnoseausbildungen erklären. Denn neben der hypnotischen Zahnbehandlung ist die suggestive Kommunikation zentraler Ausbildungsschwerpunkt. Bei chronischen Schmerzen ist Hypnose eine der besten Möglichkeiten zu helfen: Durch selbsthypnotische Schmerzkontrolle kommt es zu einer Reduktion der Medikation bei gleichzeitiger Verbesserung der Befindlichkeit mit geringsten Nebenwirkungen. Hypnose kann bei allen Schmerzzuständen im Bereich der Zahn- und Kieferheilkunde, bei Anästhesieversagen, aber insbesondere bei chronischen Problemen, wie CMD (craniomandibuläre Dysfunktion; Myoarthropathien), aber auch bei Mundbrennen, bei Phantomschmerzen, bei Trigeminusneuralgien und bei psychogener Prothesenunverträglichkeit angewandt werden.

Die häufigsten Indikationen für Anwendung von Hypnose bei Problemfällen in der Zahnarztpraxis

- Würgereiz
  - Behandlungsintoleranz wegen Brechreiz
- Angst
  - Zahnbehandlungsangst
  - Zahnbehandlungsphobie
  - Materialphobie (»Ich bin amalgamvergiftet!«)
  - Spritzenphobie
  - Agoraphobie
  - Soziale Phobie
  - Krebsangst
- Entzündung
  - Parodontopathien
  - Schleimhautentzündungen
  - Pulpitiden
  - Arthritiden
- Schmerz
  - Anästhesieversagen
- Chronische Schmerzen
  - Chronische Hypersensibilität der Zähne
  - CMD (craniomandibuläre Dysfunktion, Myoarthropathie), Myositis, Arthritis des Kiefergelenks
  - Trigeminusneuralgie
  - Migräne
  - Clusterkopfschmerz
  - Phantomschmerz
  - Mundbrennen, Zungenbrennen
- Parafunktionen
  - Knirschen
  - Pressen
  - Zungenparafunktionen
  - Lippenbeißen
  - Schluckparafunktionen

▼

- Prothesenintoleranz
  - Unzufriedenheit mit Zahnersatz, ästhetisch – funktionell
  - Geschmacksirritationen
  - Mundtrockenheit
- Hypochondrische Sorgen mit wiederholten (Zahn-) Arztbesuchen zur Beruhigung im Rahmen einer Zwangsstörung

60.1.1 Ablauf einer Zahnbehandlung

Die Zahnbehandlung ist für die meisten Menschen immer noch ein sehr unangenehmes Ereignis. Schlechter Schlaf in der Nacht vor dem Termin, Appetitlosigkeit, Engegefühl und Verkrampftheit im Körper belasten viele Patienten schon bei dem Gedanken an die Behandlung. Ausgelöst werden diese Angstreaktionen durch frühere Erfahrungen mit (zahn-) ärztlicher Tätigkeit, die durch abschreckende Phantasien verstärkt werden. Selten wird dabei die tatsächlich zu erwartende Situation richtig eingeschätzt. Es genügen Vorurteile, um selbst die sanfteste Behandlung zu Stress werden zu lassen.

Auch ohne entsprechende Ängste ist es einfach unangenehm, mit weit geöffnetem Mund dazuliegen und einem fremden Menschen ausgeliefert zu sein, der einem so nahe kommt, dass man seinen Atem hören und seinen Geruch wahrnehmen muss. Deshalb sind Zahnärzte ständig mit bewusstem oder unbewusstem Ablehnungsverhalten konfrontiert. Dieses »hoffentlich tun Sie mir nicht weh«, das Hochdrehen der Schulter, das Anspannen der Lippen sind (non-) verbale Signale der Patienten, mit denen sie eigentlich sagen wollen: »Ich hasse es, dass ich zu Ihnen kommen muss, ich habe Angst und hoffentlich sind Sie bald fertig und ich überlebe diese Tortur.«

Der Zahnarzt kann diese Signale übergehen, durch Professionalität überdecken, er wird sie dennoch aufnehmen: Mit hochgezogenen Schultern des Patienten geht auch seine Schulter hoch, die Anspannung wird auf den Behandler übertragen. Der Patient bemerkt diese Anspannung und reagiert seinerseits mit mehr Spannung. Ein Zirkel, der zu kleinen unbewussten Ringkämpfen führt, die eine schonende und präzise Behandlung erschweren. Der Patient entflieht nach der Behandlung erleichtert, der Zahnarzt spürt seinen Rücken und klagt über zunehmenden Stress.

60.1.2 Erster Problempatient: das behandlungsunwillige Kind

Als größte Stressbelastung empfinden Zahnärzte die Behandlung von behandlungsunwilligen Kindern. In einer Mitgliederbefragung der »Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose« (DGZH) wurde die Kinderbehandlung als zweithäufigster Grund für den Einsatz von Hypnose angegeben (häufigster Grund: Patientenberuhigung; Junker 2002). Haben Kinder einmal eine traumatische Behandlung erlebt oder sind sie durch entsprechende Negativsuggestionen verängstigt, ist eine normale Behandlung meist nicht mehr möglich. Hier bietet die hypnotherapeutische Vorgehensweise einen Ausweg. Der erste Schritt ist die Veränderung der Erwartungshaltung des Teams: Das behandlungsunwillige Kind wird zum »interessanten Kind«, damit ändert sich die Programmierung des Teams von Kampf zur Ressourcensuche und zum Rapportfinden. Nach Herstellen des Rapports, zum Beispiel durch kleine Zaubertricks oder Musterunterbrechungen, ist eine sehr rasche Induktion möglich. Der Zahnarzt sitzt im Behandlungsstuhl mit weit geöffnetem Mund, wenn das Kind ins Zimmer kommt, und lässt erst einmal das Kind in seinen Mund schauen, oder er begrüßt das Kind im Wartezimmer mit den Worten: »Heute habe ich keine Lust, Dich zu behandeln.« Kinder sind leicht und schnell in Trance zu versetzen, wenn Rapport besteht, z. B. mit den Worten:

»Das ist Dein Zauberarm (der Arm wird hochgehoben), mach Deinen Arm vollkommen steif, je mehr Du ihn hoch streckst, um so weniger spürst Du, höchstens ein Kitzeln. Streck den Arm ganz starr hoch in die Luft und mach Deinen Mund auf, und die Augen zu.«

Während der Behandlung ist ein durchgängiger Körperkontakt vonseiten der Assistenz und des Behandlers essenziell, damit das Kind sich sicher

und geborgen fühlt. Die Behandlung sollte rasch und ohne Unterbrechungen ablaufen. Durch Überladungstechniken (ständiges Reden von beiden Seiten, Metaphern erzählen, bei gleichzeitig laufender CD mit dem Zahndschungelmärchen; Schmierer 2000b), mit Humor, Zielsicherheit und Gelassenheit aufseiten des Behandlers ist eine entspannte Kinderbehandlung möglich. Eine ausführliche Anamnese mit Angsthierarchie und Feststellung der Ressourcen (z. B. Lieblingstier, Lieblingsgetränk etc.) ist für die Behandlung von schwierigen Kindern erforderlich. Eine Zusammenstellung der Möglichkeiten, Kinder mit Hypnose entspannt und effektiv zahnärztlich zu behandeln, ist in dem Buch *Kinderhypnose in der Zahnmedizin* (Schmierer 2002) dargestellt.

60.1.3 Zahnbehandlungsphobie

Die Prävalenzraten in Deutschland basieren meist auf nichtrepräsentativen Untersuchungen, welche von Werten um die 10% für Zahnbehandlungsangst ausgehen (Kunzelmann u. Dünninger 1990; Micheelis u. Bauch 1991). Engkling et al. (2006) berichten über Prävalenzraten von 17% für hochängstliche Personen und 11% für Personen mit Zahnbehandlungsphobie. Knaus et al. (2002) gibt an, dass etwa 35% der Zahnarztpatienten Angstsymptome zeigen, während bei ca. 10% aller Patienten die Angst ein phobisches Ausmaß annimmt.

Interessanterweise haben viele Zahnärzte ihrerseits Angst vor diesen Angstpatienten, weil sie durch aversive Reaktionen und unkontrolliertes Verhalten die Behandlung wesentlich erschweren können. Ein Teil solcher Patienten reagiert phobisch mit Vermeidungsverhalten, bis dann eine Notfallbehandlung unvermeidlich wird: Dabei haben wir schon unkontrolliertes Schreien, »unter sich Lassen«, um sich Schlagen und Erbrechen auf dem Zahnarztstuhl erlebt. Viele Patienten mit Zahnbehandlungsphobie suchen nur im äußersten Notfall einen Zahnarzt auf, meistens im Notdienst, in der Regel in den frühen Nachtstunden. Am Tag helfen Tabletten und Ablenkung, nach dem zu Bett gehen vermehrt sich die Furcht vor einer Zunahme der Schmerzen, Ruhe und Bettwärme steigern entzündliche Prozesse und so entschließt sich der Patient, nach einer schlaflosen Zeit im Bett, den Notdienst aufzusuchen. Der Zahnarzt im Notdienst ist über die späte Konsultation verärgert und behandelt den phobisch reagierenden Patienten entsprechend. Damit sammelt der Patient eine weitere negative Erfahrung und seine Befürchtungen im Hinblick auf Zahnbehandlung werden bestätigt, seine Angst vergrößert sich noch mehr. In diesen Notfallsituationen ist es auch nicht möglich eine Behandlung zu beenden, meist sind nur Schmerz lindernde Maßnahmen oder Extraktionen möglich. So lernt der Patient, dass Zahnbehandlungen seine Situation nicht verbessern.

Wir haben in den letzten 6 Jahren eine große Anzahl von phobisch reagierenden Patienten behandelt. Von 2000 bis Mitte 2006 kamen etwa 400 Angstpatienten in die Praxis. Sie lernen im Laufe der Jahre mit Schmerztabletten und Antibiotika akute Beschwerden zu unterdrücken und kommen häufig mit einem weitgehend zerstörten Gebiss zur Behandlung. Die meisten haben über Presseberichte, über das Internet oder aus dem Bekanntenkreis von der Möglichkeit einer Zahnbehandlung in Hypnose erfahren; allerdings verknüpfen sie diese Vorstellung mit der Erwartung eines narkoseähnlichen Zustandes völliger Passivität.

60.1.4 Iatrogene Ängste

Aber auch Patienten, die regelmäßig zum Zahnarzt gehen, können zu Problemfällen werden, wenn eine Zahnbehandlung mit einem unbefriedigenden Ergebnis abgeschlossen wird. Wenn z. B. nach Eingliederung von Kronen und Brücken die Zähne dauerhaft schmerzhaft bleiben oder eine eingegliederte Prothese nicht die erwartete Funktion oder Ästhetik erfüllt. Der erste herausnehmbare Zahnersatz ist für viele Patienten ein Schritt in Richtung Greisenalter und wird deshalb unbewusst abgelehnt; damit fehlt die Bereitschaft, sich an das neue Gefühl und die neue Kaufunktion anzupassen. In der Regel werden solche Probleme auf technische Fehler der zahnärztlichen Arbeit zurückgeführt, der Patient sucht die Praxis mehrmals auf, wird von den Mitarbeitern und vom Behandler als Problemfall eingeschätzt und damit zunehmend kürzer und unfreundlicher behandelt. Häufig werden unsinnige und die Qualität verschlechternde Maßnahmen wie Einschleifen oder Reduzieren der Prothesenbasis

durchgeführt »ut aliquid fiat«. Auf das eigentliche psychologische Problem wird selten eingegangen, ja häufig wird sogar durch ungeschickte Bemerkungen das Problem erst provoziert. So berichten Patienten immer wieder, dass der Zahnarzt im Vorfeld der Behandlung Bemerkungen wie »mit einer Prothese kann man nicht mehr richtig kauen« oder »mit einer Prothese sieht man halt alt aus« als Negativsuggestion hat fallen lassen. Hier sind Seedingtechniken von entscheidender Bedeutung für den Erfolg des neuen Zahnersatzes. Durch eingestreute positive Suggestionen wie: »Sie werden wieder Biss haben«, »Sie werden ein strahlendes Lächeln haben, mit den neuen Zähnen wird Ihnen das Essen noch besser schmecken« wird auf ein positives Erleben des neuen Zahnersatzes hingearbeitet. Die Mitarbeiter der Praxis sowie Zahntechniker sollten sich der Bedeutung von Negativsuggestionen bewusst sein und geschult sein in der Anwendung positiver Suggestionen und der Vorprägung (»seeding«), d. h. der Bahnung einer Änderung der Einstellung durch wiederholte, beiläufige Suggestion.

60.1.5 Chronische Schmerzen

Im Rahmen der derzeitigen öffentlichen Diskussion zu den möglichen Schädigungen durch Amalgam werden nahezu alle vorkommenden Krankheitsbilder mit dem Einfluss dieses Materials in Verbindung gebracht. Besonders im Internet werden unbewiesene und wissenschaftlich nicht haltbare Behauptungen und Vermutungen als Tatsachen publiziert: Angstneurose, Depression und zentralnervöse Störungen werden der »Amalgamvergiftung« zugeschrieben. Entsprechend sind die Reaktionen der Patienten, denn sie vertrauen mehr auf das, was sie gelesen haben, und vermuten bei anderen Auskünften des Zahnarztes kommerzielle Interessen oder mangelnde Kenntnisse. In manchen Fällen projizieren solche Patienten zahnmedizinische Probleme auf das Amalgam und erschweren damit eine sinnvolle Therapie.

Amalgamsanierungen (s. Fallbeispiel) sind medizinisch dann sinnvoll, wenn die alten Füllungen ausgetauscht werden müssen. Insbesondere, weil es inzwischen weit bessere und gesündere Materialien zur Restauration von Zähnen gibt. Allerdings werden Zahnsanierungen oft zur Projektion und Verdrängung von anderen Störungen missbraucht. In diesen Fällen werden durch die umfangreichen Behandlungsmaßnahmen bei einer Amalgamsanierung die Zähne häufig überempfindlich. Es folgen Wurzelbehandlungen, die manchmal fehlschlagen, wenn die Arzt-Patient-Beziehung schon angespannt ist, mit der Konsequenz von Wurzelspitzenresektionen, die dann häufig zu Extraktionen führen, welche daraufhin manchmal zu chronischen Schmerzen der Kieferhöhle und der Kiefer eskalieren.

Es gibt Patienten mit unklaren chronischen Kieferbeschwerden, die über jahrelange Therapien, mit immer neuen Hoffnungen auf Besserung durch Behandlungsmaßnahmen nahezu oder vollständig zahnlos wurden und nach wie vor ihre Kieferschmerzen haben. Diese Menschen sind verzweifelt und häufig depressiv, weil sie immer neue Hoffnung geschöpft haben, die dann wieder durch Nachbeschwerden und Behandlungstraumen zu neuen oder einer Steigerung der bisherigen Probleme geführt haben. Aus dieser Verzweiflung heraus versuchen viele chronisch Schmerzkranke häufig, mit Schmerzmittel- und Alkoholmissbrauch ihre chronischen Schmerzen zu betäuben. Manche suchen dann als »letzte Hoffnung« den Hypnosezahnarzt auf.

Der erste und wichtigste Schritt in der Therapie ist, dem Patienten verständlich zu machen, dass er eigene Verantwortung für seine Schmerzen übernehmen muss. Solange er sich nur als passives Opfer von iatrogenen Fehlleistungen oder von Materialunverträglichkeiten fühlt und sich mit der (für ihn kausalen) Vorgeschichte nicht versöhnt hat, wird er keine Besserung erleben. Dann sollte eine Reduktion oder der vollständige Entzug der Schmerz- und Beruhigungsmittel erreicht werden. Dies wird über einen Vertrag mit dem Patienten ermöglicht, in dem vereinbart wird, dass er seine Medikamente selbstbestimmt einnehmen kann, aber nur unter der Bedingung, dass er vorher eine etwa 30-minütige CD mit Anleitung zur Selbsthypnose und Schmerzkontrolle angehört hat. Damit lässt sich der Suchtmittelkonsum sehr rasch senken. Dies sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Schmerztherapie. Zum systematischen Vorgehen in der Schmerzbehandlung von Kiefergelenkbeschwerden und Muskelspannungsschmerz s. Schmierer u. Schütz (2007).

Der Patient bekommt ein Selbsthypnosetraining zur Schmerzkontrolle, mit Ja-/Nein-Signalsystem zu seinem Unbewussten in Anlehnung an Barber (1977). Mithilfe der Audioaufnahme der Hypnosesitzung, mit der Änderung der Schmerzskala in eine Gesundheitsskala sowie einer ausführliche Anamnese im Hinblick auf den sekundären Krankheitsgewinn, mithilfe von Massagen der Myogelosen unter Einbeziehung des Partners sowie mittels diverser Schmerzkontrolltechniken (s. unten) sind regelmäßige Erfolge in der Schmerztherapie zu erreichen.

60.1.6 Parodontitis

Bei der Therapie und Prophylaxe der Parodontitis geht es neben der chirurgisch-handwerklichen Therapie im Grunde um Verhaltensänderungen beim Patienten: Er soll mit dem Rauchen aufhören, seine Ernährungsgewohnheiten radikal verändern und zu einer regelmäßigen differenzierten Mundhygiene gebracht werden. Dies wird er zunächst einmal unbewusst ablehnen, wenn er damit sein bisheriges gewohntes Verhalten der letzten Jahrzehnte als ungesund und oberflächlich vorgehalten bekommt. Es ist einiges psychologisch-suggestives Geschick erforderlich, um bei einem Erwachsenen grundlegende und dauerhafte Veränderungen seiner Lebensgewohnheiten zu erreichen.

60.1.7 Chronische Hypersensibilität der Zähne

Menschen mit hypersensiblen Zähnen vermeiden Wärme- und Kältereize und ausführliches Kauen sowie eine geeignete Mundhygiene. Dies führt zu vielfältigen Folgeschäden: Neben Störungen im Gebiss mit Veränderung der gesamten Körperdynamik entstehen durch Fehlernährung sekundäre Krankheitsbilder, wie Magen-Darm-Beschwerden und Vitaminmangel. Auch hier sind neben der eigentlichen zahnärztlichen Therapie Aufklärung und Verhaltensänderungen notwendig, die durch suggestive Kommunikation erfolgreich induziert werden können.

60.1.8 Schleimhauterkrankungen: Aphten, Herpes, Soor

Immunreaktions- und virusbedingte Munderkrankungen können schulmedizinisch bisher nur unbefriedigend therapiert werden. Chronische Aphtosis im ganzen Mund zählt zu den unangenehmsten Schleimhauterkrankungen: Das Sprechen, Schlucken, die Nahrungsaufnahme und die Mundhygiene sind behindert, in manchen Fällen kommt es zu Suizidgefahr. Mithilfe von Suggestion und Naturheilkunde kann das Immunsystem aktiviert werden, durch Hypnotherapie können Analgesie sowie eine Verbesserung der psychischen Situation und Heilung erreicht werden.

60.2 Interventionen

60.2.1 Möglichkeiten der Hypnose

Bei der Zahnbehandlung mit Hypnose liegt der Patient mit geschlossenen Augen völlig entspannt da, seine Muskeln sind locker, der Mund gibt nach. Er ist mit seinem inneren Erleben auf das Angenehmste beschäftigt, reagiert aber auf Ansprechen und hat einen verminderten Schluckreflex. Er hat das Zeitgefühl weitgehend verloren und ist deshalb geduldig. Er wird zur nächsten Behandlung angstfrei und gerne kommen, denn er hat die Erfahrung gemacht, dass er in dieser Zeit in ein angenehmes inneres Erleben geht und sich von der Behandlungssituation dissoziieren kann. Er ist seinem Zahnarzt dankbar, weil dieser ihm den Stress genommen hat.

Der Zahnarzt kann sich auf seine Tätigkeit konzentrieren, die Entspannung des Patienten überträgt sich auf ihn, er hat gute Sicht und braucht weniger Kraft, weil er ohne Gegenspannung arbeiten kann. Durch die leichtere und konzentrierte Behandlungssituation kann er schneller und genauer arbeiten. Er ist zufriedener mit dem Ergebnis, arbeitet mit mehr Freude und hat keine psychosomatischen Symptome. Moderne Hypnose und die daraus entwickelten Techniken sind das Handwerkzeug für den Zahnarzt, um aus Problemfällen »normale« Patienten zu machen oder aber rechtzeitig eine Behandlung abzulehnen (Abb. 60.1, Textvorschlag für die Ablehnung einer Behandlung).

Sehr geehrte(r) Herr/Frau _____,

die von Ihnen gewünschte Behandlung kann ich leider nicht übernehmen. Die Therapie eines so langjährigen und vielschichtigen Beschwerdebildes, an dem Sie leiden, erfordert eine außerordentlich intensive Behandlung.

Mit der mir für den Einzelfall zur Verfügung stehenden Zeit und Kraft kann ich Ihren Ansprüchen nicht gerecht werden. Sicher wird Sie diese Antwort enttäuschen, aber sie erspart Ihnen die noch größere Enttäuschung eines weiteren fehlgeschlagenen Behandlungsversuchs. Im Moment bin ich bereits bis Jahresende ausgebucht, deshalb ist es besser, wenn Sie sich an einen Kollegen in Ihrer Nähe wenden. Die örtliche Zahnärztekammer kann Ihnen dabei helfen.

Wir wünschen Ihnen, dass Sie den für Sie richtigen Zahnarzt finden.

Mit freundlichen Grüßen

Abb. 60.1. Textvorschlag für die »Ablehnung einer Behandlung«

60.2.2 Engpässe und Musterunterbrechung

Der erfahrene Praktiker hat ein Gespür für den Problempatienten, er erkennt unbewusst die Patienten, die sich nicht in der Alltagsroutine einordnen lassen. Der Behandler reagiert oft mit unwillkürlicher Ablehnung, der Patient fühlt sich zurückgewiesen und reagiert seinerseits aggressiv und mit Widerstand. Teufelskreise entstehen: Freesmeyer (1993) und Adler (1983) haben Listen der Erkennungsmerkmale von Problempatienten angegeben (s. folgende Übersichten, Tab. 60.1).

Hinweise auf Problempatienten (nach Freesmeyer 1993)

- Lange Anamnese
- Häufig wechselnder Behandler (Killerphänomen)
- Diffuses und wechselndes Beschwerdebild
- Ursache meist fixiert: falsche Unterkieferposition, falsch hergestellter Zahnersatz, Zähne zu groß, Zähne zu klein usw.

▼

Tab. 60.1. Hinweise für Differenzialdiagnose (nach Adler 1983)

Merkmale	Organisch	Nicht organisch
Schmerzlokalisation	Eindeutig, umschrieben	Vage, unklar, wechselnd
Schmerzschilderung	Bild passt	Inadäquat, dramatisch
Schmerz und Beziehung	Unabhängig	Miteinander verbunden
Affekte des Patienten	Passend, eindeutig	Dauernd, gleich intensiv
Abhängig von Willkürmotorik	Ja	Nein
Reaktion auf Medikamente	Plausibel	Nicht verständlich
Ursachen-Attribution	Psychisch betont	Organisch betont
Sprache des Patienten	Einfach, klar, nüchtern	Ärztejargon
Affekte des Arztes	Ruhig, aufmerksam	Ärger, Wut, einfühlend, Langeweile, Ungeduld, Lächeln, Hilflosigkeit, Verwirrung

- Erfolg erheischend: »Sie, Herr Doktor, werden es schon schaffen, die Beschwerden zu beseitigen!«
- An Erfolglosigkeit glauben: »Es hat bisher, egal was man gemacht hat, nichts geholfen!«
- Wechselnder Therapieerfolg, mal besser, mal schlechter, mal beschwerdefrei, ohne dass wesentliche Änderungen z. B. in der Unterkieferposition durchgeführt wurden
- Placeboeffekte zeigen große Wirkung

Auch wenn viele Punkte bei einem Patienten zutreffen sollten, ist eine genaue Diagnostik notwendig, um organische Erkrankungen primär auszuschließen.

Anamnese (nach Adler 1983)

- Vorstellen, Begrüßen
- Schaffen einer günstigen Situation (Rapport herstellen)
- Landkarte der Beschwerden
- Jetziges Leiden:
  - Zeitliches Auftreten
  - Qualität (Lebensqualität beeinträchtigt)
  - Intensität
  - Lokalisation und Ausstrahlung
  - Begleitzeichen
  - Intensivierende/lindernde Faktoren
  - Umstände
- Persönliche Anamnese
- Familienanamnese
- Psychische Entwicklung
- Soziales
- Systemanalyse
- Fragen/Pläne

Der als Problemfall eingeschätzte Patient verändert, bevor er noch im Sprechzimmer ist, die Routine des Behandlungsteams in angespannte Erwartung. Damit ist die negative Interaktion eingeleitet. Schon Kleinigkeiten wie unbeabsichtigtes Einsaugen der Zunge bewirken eine Schreckreaktion bei Patient und Behandlungsteam, beide fühlen sich in ihren Befürchtungen bestätigt (»Wieder eine Katastrophenbehandlung« – »schrecklicher Patient!«). Mit erhöhter Anspannung und auf der Basis von negativen Selbstinstruktionen (»Hoffentlich bohrt er mir nicht in den Nerv, gleich wird es entsetzlich weh tun!« – »Der Patient reagiert aber auch auf jede Kleinigkeit.«) wird weitergearbeitet. Die rechte Schulter des Patienten versperrt den Zugang zum Mund, der verkrampft einen schmalen Spalt gequälter Öffnung mit angespannten Lippen freigibt.

Wie sollen so Qualität und Präzision zustande kommen? Beide, das Behandlungsteam und der Problempatient halten durch ihre gespannte Erwartungshaltung den Teufelskreis der gegenseitigen Hemmung aufrecht (Engpass). Ändert einer von beiden sein Verhalten durch Umbewertung oder unerwartetes Verhalten (Musterunterbrechung), kann der Teufelskreis beendet werden.

Als Musterunterbrechung kann zum einen die Veränderung der inneren Haltung des Zahnarztes angesehen werden. Zum anderen sind vor allem solche Verhaltensweisen hilfreich, die der Erwartung »Mehr vom Gleichen« widersprechen. Diese Funktion erfüllt bei geschickter Anwendung der Humor, der allerdings weder taktlos noch zynisch sein darf.

60.2.3 Folgen und Führen (»pacing« und »leading«)

Das im Folgenden beschriebene »Folgen« ist eine andere wirksame Form der Musterunterbrechung, da der Patient normalerweise erwartet, dass er zur Selbstbeherrschung angehalten wird und sich auf die Behandlung einzustellen hat. Beim »Folgen« geschieht das Gegenteil, nämlich der Behandler stellt sich auf den Patienten ein.

Um eine Änderung zu erleichtern, ist zuerst eine Bestandsaufnahme der Ist-Situation erforderlich: Das Behandlungsteam tritt einen Schritt zurück, rückt einen halben Meter vom Patienten ab und vergegenwärtigt sich, was im Moment passiert (unter Einbeziehung aller Sinneskanäle), um zu resümieren (Folgen, »pacing«):

»Sie sind gerade sehr angespannt, Ihre Schultern, Ihr Mund, Ihre ganze Muskulatur ist angespannt, Sie atmen ganz flach, Sie riechen den Praxisgeruch, Sie haben die schlimmsten Bilder vor Ihrem inneren

Auge und Sie haben sich gerade überlegt, wie Sie hier rauskommen.«

Nachdem die unwillkürlichen Reaktionen ins Bewusstsein gehoben wurden und so eine gewisse Distanz von dem zwanghaften Ablauf gewonnen worden ist, können die passenden Schritte zur Veränderung der Situation eingeleitet werden (Führen, »leading«):

»Und deshalb lassen Sie sich jetzt anleiten, wie Sie sich ganz schnell entspannen können. Holen Sie erst einmal ganz tief Luft, gut so, noch mehr, jetzt den Atem anhalten, noch anhalten und loslassen, schön, Sie können jetzt ganz loslassen, alle Muskeln lösen sich, denn nach der Anspannung kommt die Entspannung. Denken Sie an Ihren schönsten Urlaubsort und geben Sie Ihren Mund zur Reparatur ab. Sehen Sie Ihren schönen, sicheren Ort, den Ort an dem Sie sich vollkommen wohlfühlen, mit diesem typischen Geruch nach Meer, Wald oder was es für Sie gerade ist.« (s. Übersicht »Unterbrechen des Teufelkreises durch ‚pacing' und ‚leading'«).

Unterbrechen des Teufelkreises durch »pacing« und »leading«

- Teufelskreis:
  - Befürchtung/oder Erfahrung »Problempatient«
  - Angespanntes Verhalten
  - Überbewertung von Reaktionen
  - Mehr Anspannung
  - Negative Projektionen
  - Bestätigung negativer Annahmen/Befürchtungen
  - Engpass
- Musterunterbrechung: innere Distanzierung
- Folgen (»pacing«) durch Beschreibung des Ist-Zustandes
- Führen (»leading«):
  - Positive Selbst-Wahrnehmung (Besinnung auf die hypnotische Kompetenz)
  - Entspannung und Angstabbau beim Behandler
  - Positive konkrete Suggestionen
  - Entspannung und Angstabbau beim Patienten

60.2.4 Weitere Formen hypnotischer Kommunikation

In einfachen Fällen von Zahnbehandlungsangst, bei Würgereflex, bei der Kinderbehandlung, zur Speichelfluss- und Blutungskontrolle, zur Entspannung bei Langzeitbehandlung, zur Analgesie bei Versagen von Lokalanästhetika sowie als Anleitung zur Selbsthypnose, kann der ausgebildete Hypnosezahnarzt mit relativ geringem Zeitaufwand direkte und indirekte Hypnosetechniken einsetzen. Tritt etwa beim Einsetzen des ersten abnehmbaren Zahnersatzes plötzlich ein aversiver Würgereiz auf, kann dieser mit Hilfe von »Pacing«-Formulierungen, Metaphern, Altersregression, Konfusionstechniken, Überladungstechniken beseitigt werden, so z. B.:

»Die neuen Zähne fühlen sich im ersten Moment wie ein Fremdkörper an, denn die Zunge hatte vorher viel zu viel Platz, sie musste sich gewaltig ausdehnen, um den freien Platz im Mund auszufüllen (»pacing«). *Und jetzt ist da plötzlich ein neues Paar Schuhe, das sich fremd anfühlt, aber die Zunge ist ja ein Muskel, der gewöhnt sich viel schneller an etwas Neues als Ihre Füße* (Metapher). *Ich werde Sie jetzt in einen völlig entspannten Zustand versetzen, in dem alles ganz weich und locker wird, völlig frei und gelöst* (positive Suggestion). *Konzentrieren Sie sich nur auf Ihren ruhigen Atem, und erinnern Sie sich an eine Zeit, als Sie Ihre eigenen gesunden Zähne hatten* (Altersregression), *geht das besser mit offenen oder geschlossenen Augen?* (Überladung) – *An ein wichtiges Ereignis aus dieser Zeit? Sehen Sie sich selbst bei diesem Ereignis, wie alt bist Du? Und alles fühlt sich so gut an, ganz normal, ganz ruhig, ganz entspannt, sehr gut so! Und Du kannst dieses gute Gefühl mitnehmen ins Hier-und-Jetzt und die gesunden Zähne genießen. Hier und jetzt ganz angenehm, fest und sicher. Jetzt sind es Ihre eigenen Zähne, Sie vergessen das Neue und erinnern das Alte, als es neu war. Was haben Sie nachher vor, werden Sie essen gehen und mit wem? Sie werden jetzt wieder Biss und ein strahlendes Lächeln haben! Nehmen Sie jetzt erst mal eine Protheseneingewöhnungstablette (kleine Pfefferminzpastille aus einer Celebrexdose gereicht) und lassen Sie diese jetzt ganz langsam im Mund zergehen, nehmen Sie nur zu Ihrer Sicherheit noch*

eine mit, danach haben Sie ein ganz neues normales gutes Gefühl im Mund.«

Das Beispiel liest sich mühsamer, als es für den Patienten klingt. Aufgrund eines ausreichenden »pacing« besteht ein guter Rapport zum Behandler. Außerdem befindet der Patient sich in einer Ausnahmesituation, die er beenden möchte: Er ist in seinen negativen Vorstellungen gefangen und ist aufs Problem fokussiert. Man könnte sagen, er befindet sich in einer Negativtrance. Er assoziiert herausnehmbare Zähne mit dem inneren Bild: »Prothese im Glas auf dem Nachttisch eines Todkranken.« Als Reaktion auf dieses Bild suggeriert er sich unbewusst einen Würgereflex als einzig adäquate Reaktion.

Oft empfinden Kollegen, die ihre erste Erfahrung mit modernen Hypnosetechniken machen, derartige Formulierungen wie eine Fremdsprache. Sie fällt sehr leicht, nachdem die Anfangshemmungen überwunden sind, weil sie assoziativ organisiert ist. Dies ist der bevorzugte Denkmodus, wenn wir uns selbst in einer (auf den Patienten fokussierten) leichten Trance befinden. Zwar haben alle sehr früh eine grammatikalisch korrekte Sprache gelernt. Aber die kindlich geprägte, frei assoziierende Art zu reden, die den Patienten unmittelbar auf einer unbewussten Ebene anspricht, ist ontogenetisch viel älter als der logisch konsequente Denkstil. Durch die Mosaikhaftigkeit und Überladung in der Redeweise wird das bewusste Denken des Zuhörers leicht destabilisiert; dadurch erhöht sich die Empfänglichkeit für positive Suggestionen. Natürlich wird nicht jeder Patient mit dieser Tranceinduktion eine tiefe Trance erreichen und damit sofort seinen Würgereflex völlig verlieren; in den meisten Fällen genügen aber solch einfache und kurze Induktionen, um akut auftretende Probleme zu lösen.

60.2.5 Hypnotische Analgesie

In den letzten 25 Jahren wurde eine große Zahl von zahnärztlichen Eingriffen, wie z. B. die Osteotomie (operative Entfernung) eines Zahnes, Zahnimplantationen, Parodontalchirurgie, Wurzelbehandlungen, Zahnpräparationen etc. in Hypnose vorgenommen.

Um eine sichere Analgesie zu erreichen, haben sich nach der vorliegenden Erfahrung direktive Induktionstechniken besser bewährt als indirekte und nondirektive Techniken. Dies hat folgende Gründe:

Ein Patient, der sich darauf eingestellt hat, einen sehr schmerzhaften und langdauernden zahnärztlichen Eingriff ganz ohne chemische Anästhesie zu bewältigen, ist hoch motiviert, in Hypnose zu gehen. Er ist offen für die klaren Anweisungen der direktiven klassischen Hypnose, weil sie ihm Sicherheit geben. Formulierungen, wie: »*Sie können überprüfen, ob Sie früher oder später eine Änderung des Gefühls wahrnehmen*«, verunsichern den Patienten in einer solchen Situation.

Hypnosezahnärzte, die indirekte Hypnosetechniken bevorzugen, arbeiten fast nie ohne chemische Anästhesie, können aber die Dosis auf etwa 1/4 der üblichen Menge reduzieren.

60.2.6 Die Turboinduktion

Als ein Beispiel für eine häufig in der Praxis eingesetzte Einleitung einer Analgesie sei folgende schnelle Induktionstechnik angegeben (durchschnittlicher Zeitaufwand von Beginn der Induktion bis zum Eingriff 6 min). Sie ist aus der »rapid induction technique« von Barber (1977) weiterentwickelt worden.

In der Anamnese werden Aversionen, Vorlieben, Hobbys (aktive Vorstellungen wie z. B. Jogging passen besser zum zahnärztlichen Eingriff als Ruhebilder), ein Entspannungsort, ein sicherer Platz und die bevorzugte Sinnesmodalität in Erfahrung gebracht und im weiteren Verlauf berücksichtigt. Des Weiteren sollte geklärt sein, ob die linke Schulter sowie der linke Arm gesund sind, der Patient Kälte an der Hand mag und ob er geeignet für eine direktive Technik ist. (Selten, bei ungenügendem Rapport und ungenügender Sicherheit des Hypnotiseurs kann ein direktives Vorgehen die Angst vor der Hypnose verstärken.) Die Beschreibung des Patienten für ein Analgesiegefühl sollte erfragt werden (dumpf, gläsern, ledrig, pelzig, kühl, kribbelig, fremd, dick, taub u. a.). Um eine schnelle, tiefe Trance mit starker Dissoziation und der umfassenden Imagination von Analgesie im OP-Gebiet zu erreichen, wird der Patient durch sehr rasches

Vorgehen mit starken und überraschenden visuellen und kinästhetischen Reizen sowie durch Provokation überladen, wobei ihm stets eine sichere Führung angeboten wird.

Der Behandler lässt den Patienten mit beiden Augen in den Lichtkegel einer leuchtenden, blendenden Taschenlampe schauen (»Fixationstechnik«):

»Während Sie sich jetzt ganz auf das Licht konzentrieren, spüren Sie, wie Ihre Augen müder werden, immer müder, ganz müde. Konzentrieren Sie sich ganz auf den Lichtpunkt! Ihre Augen sind jetzt gleich so müde, dass sie sich ganz automatisch schließen, und Sie können sie dann nicht mehr öffnen. In einem Moment, wenn ich bis 3 zähle, werden sich Ihre Augen schließen.«

In dem Moment wird die Lampe sehr rasch auf ein Auge zu bewegt, dabei schließt sich das Auge automatisch (»Schutzreflex«). *»Eins, zwei, drei, Ihre Augen sind jetzt ganz fest verschlossen und Sie können Sie nicht mehr öffnen.«* Danach wird die Lampe sehr rasch zwischen den beiden Augen hin und her bewegt, sodass der Patient, falls er die Augen noch einmal öffnen sollte, sie sofort wieder schließt. Die Trance wird vertieft, indem die Lampe zunächst rasch und dann immer langsamer zwischen beiden Augen hin und her pendelt:

»Und das wechselnde Licht der Lampe auf Ihren Augen führt Sie in eine tiefe Hypnose, ganz schnell tiefer. Wenn gleich wieder ein Licht über Ihren Augen scheint, ist es das Licht der Sonne an einem Urlaubsort.«

Zum weiteren Vertiefen lässt man den linken Unterarm mehrfach in den Schoß fallen*: »Ihre Muskeln sind jetzt völlig entspannt, total locker.«* Dabei wird geprüft, ob der Arm frei beweglich ist. Dann folgt die Suggestion: *»Holen Sie jetzt ganz tief Luft, ganz tief einatmen. Gut so!«* Dabei fasst man das linke Handgelenk des Patienten und in dem Moment maximaler Inspiration (wenn Patient voll eingeatmet hat) kommt die Suggestion: *»Und jetzt anhalten.«* Dabei wird der Arm plötzlich kerzengerade hoch gerissen, mit der anderen Hand streicht man den Arm auf der Rückseite herab bis zur Schulter, hält am Handgelenk dagegen, um ihn zu überstrecken und gibt die Suggestion:

»Ihr Arm ist jetzt völlig steif, vollkommen starr wie ein Stahlrohr und er bleibt völlig starr und steif, wenn Sie jetzt ausatmen. Ganz regelmäßig weiteratmen. Und Sie können Ihren Arm jetzt nicht mehr bewegen.«

Den Arm nur ganz kurz halten, evtl. noch einmal von der Hand aus nach unten streichen, dann loslassen:

»Je mehr Sie versuchen, Ihren Arm zu bewegen, umso starrer und steifer wird Ihr Arm.«

Dann wird der Handrücken mit den Fingern beklopft und die Suggestion gegeben:

»Das Gefühl in Ihrer Hand ändert sich jetzt total. Das ganze Blut weicht aus dem Arm herab in Ihren Körper und Sie können es an einem Kribbeln spüren. Die Hand wird kühl und pelzig und fremd, so als ob sich ein Handschuh aus Leder darüber stülpt. Das ganze Gefühl weicht aus der Hand, völlig taub und fremd.«

Ist der Arm völlig kataleptisch und ist die Hand kühl geworden, die Finger starr (durch Antippen überprüfen), kommt die Suggestion:

»Die Hand überträgt jetzt ganz schnell das Taubheitsgefühl auf den Mund«.

Dann werden Ellenbogen und Schulter wieder berührt, mit den Worten:

»Ihr Arm wird jetzt wieder beweglich, hier und hier, und Ihre Hand geht jetzt auf den Mund herunter (bzw. auf das zu betäubende Körperteil), so schnell, dass sich das Gefühl aus der Hand völlig auf den Mund überträgt.«

Die Stelle, an der nachher schmerzfrei gearbeitet werden soll, wird durch den Finger des Behandlers mit leichtem Druck berührt:

»Nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, Ihren Mund ganz rasch taub werden zu lassen. Mit jedem

Zentimeter, den die Hand herunter sinkt, gehen Sie tiefer und tiefer. Und das Gefühl überträgt sich immer mehr. Dann, wenn die Hand den Mund berührt, wird der Mund völlig betäubt, völlig fremd, unempfindlich sein, wie nach einer Spritze. Gut so, und der Mund spürt bereits ein Kribbeln, eine beginnende Anästhesie, mit jedem Zentimeter, den sich die Hand auf den Mund zu bewegt, wird das Gefühl deutlicher und intensiver.«

Jetzt kann nochmals zum Vertiefen mit der Lampe über die Augen gependelt werden. Die zu betäubende Stelle wird dann mehrfach berührt, der mechanische Reiz beschleunigt das Entstehen des Anästhesiegefühls:

»Manchmal schießt das Betäubungsgefühl auch im Moment des Kontaktes ein, durch die Berührung überträgt die Hand ihr völlig fremdes, verändertes Gefühl auf den Mund. Denn was die Hand kann, kann jede andere Stelle des Körpers auch, dann, wenn es der Gesundheit dient.«

Hat dann die Hand den Weg herunter zum Mund gefunden:

»Du hast das ganz hervorragend gemacht, linke Hand. Der Mund wird jetzt vollends taub, mit jedem Zentimeter, den die linke Hand weiter heruntersinkt, bis Du einen bequemen Platz gefunden hast, irgendwo in der Freiheit des Raumes legst Du Dich auf eine Wolke, sodass Du schwebst für die Dauer der Behandlung. Und Du bist der Blitzableiter, Du leitest alles Gefühl ab, durch ein Ausatmen über Deine Fingerspitzen. Und der Mund öffnet sich jetzt weit, gut so, als Zeichen, dass er bereit ist zur Behandlung.«

Der erste Berührungskontakt wird durch ein sanftes Vaselinieren der Lippe eingeleitet, die folgenden Sensationen, wie z. B. das Einstechen des Skalpells werden jeweils metaphorisch angekündigt:

»Jetzt kommt ein leichter Druck, und wenn Sie mehr spüren, als Sie möchten, gehen Sie tiefer in die Hypnose, denn in der tiefen Hypnose ist nur noch Wohlbefinden.«

Der Vorteil dieser Induktionstechnik ist die hohe Erfolgsquote auch bei normal suggestiblen Patienten und bei Patienten mit Widerstand, durch das hohe Maß an Konfusion, das durch die Schnelligkeit und Überladung entsteht. Diese Technik ist sicher und schnell, dadurch, dass der Patient selbst die Zeit bestimmt, die seine Hand braucht, um zum Mund zu gehen und das Anästhesiegefühl zu übertragen. Die Suggestion *»dann, wenn der Mund bereit ist zur Behandlung, geht er weit auf«*, gibt dem Behandler die Sicherheit, dass er anfangen kann. Diese Induktion funktioniert nur dann, wenn der Hypnotiseur sicher, schnell und mit dem direktiven Vorgehen kongruent ist. Sie muss im Ablauf und in der Formulierung einige Male geübt werden, denn es kommt auf eine präzise Abfolge der Suggestionen, der visuellen und kinästhetischen Reize an.

Fallbeispiel

Der verzweifelte Patient

Eine Patientin ließ aus Gesundheitsbedürfnis alle Amalgamfüllungen durch Keramikfüllungen ersetzen, musste aber nach der Eingliederung der Keramikinlays monatelange Nachbeschwerden ertragen. Durch die Verletzung der Pulpa an mehreren Zähnen kam es zu heftigen Schmerzen, die zunächst durch Heilanästhesien und Einschleifmaßnahmen behandelt wurden. Dadurch wurde der Biss unter das vorherige Niveau abgesenkt, was zu craniomandibulärer Schmerzentwicklung und sekundärer Parafunktion führte. Die dann doch durchgeführten Wurzelbehandlungen waren bei einem bereits überreizten Arzt-Patienten-Verhältnis, bei einer eingeschränkten Mundöffnung und einem Anästhesieversagen mit heftigen Schmerzen bei der Behandlung in den Augen der Patientin so grausam und traumatisch, dass sie mehrfach die Behandlung abbrechen musste und zu weiteren Terminen nicht kommen konnte. Dadurch entzündeten sich die Wurzeln, sodass eine chirurgische Revision vorgenommen wurde. Aus der Erfahrung heraus, dass verschiedene Behandlungsmaßnahmen nicht die erhoffte Besserung gebracht haben, führt die Angst vor noch mehr Schmerz zu einer verzweifelten depressiven Verstimmung. Durch die reaktive Intensivierung der Parafunktionen kam es zu einer weiteren Schmerzsteigerung. Pulpitische sowie myositische Beschwerden führten durch Überlagerung zu unklaren Diagnosen und weiteren Negativerfahrungen der Patientin, die vorher nie Beschwerden an ihren Zähnen gekannt hatte.

Die Patientin kam in einem desolaten Zustand zu uns in die Praxis. Schluchzend erzählte sie ihre Leidensgeschichte, war danach aber unfähig, sich berühren oder in den Mund schauen zu lassen. Erst nach einer Hypnose gelang es, erste Behandlungsschritte zuzulassen und die nötigen parodontologischen, gnathologischen und endodontischen Eingriffe zu tolerieren. Eine Neuversorgung zur Bisshebung nach einer Schienentherapie führte zu völliger Schmerzfreiheit. Begleitend wurde während der vielen Behandlungen stets Hypnose eingesetzt, anfangs durch den Behandler, später mithilfe der CD *Beim Zahnarzt ohne Stress* (Schmierer 2007). Die Wut über die erlittenen Schmerzen und Fehlbehandlungen wurde durch Hypnotherapiesitzungen und viel »seeding« während der Behandlung aufgelöst. Inzwischen kommt die Patientin wieder »ganz normal« zu regelmäßigen Folgebehandlungen. Sie ist allerdings in der Wahl ihrer Behandler sehr vorsichtig geworden. Nach ihrer Aussage war der wichtigste Schritt der Wiederaufbau eines guten Vertrauensverhältnisses zum Zahnarzt und die rasche Schmerzreduktion mithilfe von Hypnose und Selbsthypnose.

60.3 Diskussion

60.3.1 Indikation und Kontraindikation

Bei schwierigen Fällen mit langer Vorgeschichte ist mehr Zeitaufwand nötig. Hier bedarf es auch einer fundierten psychotherapeutischen Ausbildung und einer geeigneten Umgebung für die Therapie. Die alleinige Anwendung von Tonträgern ist zur Behandlung von psychosomatischen Krankheitsbildern kontraindiziert. Im Vorgespräch wird der Patient ausführlich über Hypnose aufgeklärt, er muss Zeit haben, Fragen zu stellen und Ängste abzubauen. Im Zuge dessen bieten wir dem Patienten bei der ersten Kontaktaufnahme an, sich mit dem Buch *Entspannt zum Zahnarzt – So überwinden Sie Ihre Angst* (Schmierer u. Schütz 2008) zu Hause vorzubereiten. Zuerst muss eine gründliche medizinische und psychologische Anamnese erhoben werden, medizinische Diagnosen müssen vollständig, die Indikation für Hypnose muss gesichert sein. Problemdefinition, Diagnose, Behandlungsplanung, vorbereitende Hypnoseinduktionen, Therapiesitzungen und Katamnese erstrecken sich im schwierigen Fall manchmal über einen Zeitraum von Monaten. Diese behutsame Vorgehensweise ist bei Zahnbehandlungsphobien und psychosomatischen Krankheitsbildern wie z. B. bei chronischen Schmerzen oder bei starkem Würgereiz notwendig und erfordert einen Zeitaufwand von 3 bis zu 50 Therapiestunden. Hier hat sich die Zusammenarbeit mit einem Diplom-Psychologen bewährt.

60.3.2 Integration mit anderen Verfahren

Die ständige Mitarbeit eines Diplom-Psychologen oder Psychotherapeuten in der Zahnarztpraxis hat vor allem den Vorteil, dass dieser den Patienten zu festen Zeiten zur Verfügung steht und in einem separaten Behandlungszimmer auf Probleme eingehen kann, ohne dass Praxisstress und Hektik die Vorbereitung bzw. Psychotherapie ungünstig beeinflussen. Um den Patienten auf die eigentliche Zahnbehandlung vorzubereiten, können Hypnosesitzungen auch im, häufig als weniger bedrohlich wahrgenommenen, Mundhygienezimmer durchgeführt werden, sodass der Zahnarztstuhl dort als konditionierter Auslöser (»Anker«) für Entspannung und Dissoziation uminterpretiert wird. Da Angstpatienten in extremen Fällen den Zahnarztbesuch und vor allem die Zeit davor als äußerste Stress- und Belastungssituation empfinden, empfehlen sich psychotherapeutische Maßnahmen, um den Betroffenen durch angemessene Bewältigungsstrategien zu einer entspannten Zahnbehandlung zu verhelfen. Hierfür eignet sich auch wieder die Hypnotherapie, welche Entspannung und Dissoziation fördert und sich auch in der Schmerzbewältigung und Anästhesie bewährt hat. Dies legt nahe, dass der Patient nicht nur bei der Vorbereitung des Eingriffes, sondern auch während der Behandlung von den Vorteilen der hypnotischen Trance profitieren kann. Verschiedene Arten und Stufen der hypnotherapeutischen Intervention durch einen Psychotherapeuten in der Zahnarztpraxis lassen sich wirksam anwenden:

Er kann in mehreren Sitzungen vor der eigentlichen Behandlung und somit losgelöst vom eigentlichen zahnärztlichen Geschehen auf den Pati-

enten eingehen und z. B. Einsicht in die der Angst zugrunde liegende Problematik gewinnen. Mithilfe der Hypnoanalyse können ggf. vorliegende Traumata aufgearbeitet werden. Speziell bei Patienten mit Würgereiz zeigen sich häufig erstaunliche Erfolge, wenn dem Problem mithilfe einer Altersregression auf den Grund gegangen wird. Dem Patienten kann im Vorfeld der Behandlung Gelegenheit gegeben werden, die Erreichung von Entspannung und Trance zu üben und somit eine hypnotische Analgesie während des Eingriffes leichter und effektiver zu erreichen. Hierzu bieten sich auch individuell angefertigte Tonträger an.

Mit individuellen, der Problematik des Patienten angepassten Suggestionen, die im Verlaufe der Vorbereitung erarbeitet wurden, kann eine Anästhesie oder die notwendige Stressfreiheit während der akuten Behandlungsphase herbeigeführt und aufrechterhalten werden. Die Beibehaltung der von Anfang an gewonnenen Bezugsperson wirkt sich positiv auf den Behandlungserfolg aus. Sollten während der Vorbereitungsphase unverarbeitete Traumata oder tiefer wurzelnde Probleme des Patienten auftreten, kann diesen im Anschluss an die zahnmedizinische Behandlung und im Rahmen einer Psychotherapie weiter nachgegangen werden. Oft kommt es vor, dass diese Probleme erst oder gerade aufgrund einer Stresssituation wie der anstehenden Zahnbehandlung ans Licht treten. Die zahnärztliche Praxis bietet auf diese Weise vielen Patienten die Möglichkeit, eine Psychotherapie ins Auge zu fassen, ohne die in vielen Fällen diesbezüglich empfundene Schwellenangst überwinden zu müssen. Der Gang zum Zahnarzt wird in manchem sozialen Umfeld eher toleriert und als »normal« empfunden als das Aufsuchen eines Psychotherapeuten.

Der erste Schritt, Hypnose in der Praxis Stress mindernd einzusetzen, ist die alltägliche Anwendung von Tonträgern mit einer Selbsthypnoseanleitung (z. B. Schmierer 2007). Sie wird dem Patienten vor Behandlungsbeginn über Kopfhörer angeboten. Für die Anwendung professionell gemachter Hypnose-CDs ist keine Hypnoseausbildung erforderlich. Die den CDs beigelegte Broschüre genügt zur Information des Praxisteams, sie enthält Suggestionsbeispiele für alle möglichen Reaktionen der Patienten. Maldoff (1995) hat in seiner Dissertation die Wirkung einer solchen CD (Schmierer 2007) physiologisch und psychologisch untersucht. Er kommt zu dem Schluss:

> Für die praktische und klinische Zahnheilkunde kann aus den Ergebnissen dieser Dissertation gefolgert werden, dass es sowohl im Interesse des Patienten, als auch im Interesse des Zahnarztes ist, die zahnärztliche Behandlung möglichst angenehm zu gestalten. Die verwendete Hypnose-CD, die mit chinesischer Qi-Gong-Musik unterlegt ist, vermittelt dem Patienten durch gesprochene Suggestionen, bezogen auf die zahnärztliche Behandlung, dass sich der Zahnarzt um das seelische Wohl des Patienten kümmert. Der Patient hat die Möglichkeit, sich angenehm ablenken zu lassen und die Behandlung dadurch entspannter empfinden zu können. Wie sich die Angst des Patienten vor der Behandlung auch auf den Zahnarzt überträgt, so überträgt sich auch ein positives Gefühl des Patienten während der Behandlung auf den Zahnarzt und das Praxispersonal. Die Versuchsergebnisse bestätigen, dass die physiologischen Veränderungen wie Pulserhöhung, Blutdruckerhöhung, vermehrte Schweißabsonderung, verstärkte Muskelaktivität usw. bei Patienten, die mit der Hypnose-CD behandelt wurden, im Vergleich zu Patienten, die ohne die CD behandelt wurden, deutlich niedriger sind. Fast alle Patienten, die einmal mit der Hypnose-CD behandelt wurden, empfanden die Behandlung als wesentlich angenehmer und wollten sie bei weiteren Behandlungen wieder hören (Maldorff 1995, S. 148).

Der Einsatz von Suggestionstonträgern ermöglicht ohne viel Aufwand eine entspannte Behandlung und spart Zeit und setzt Energie frei. Inzwischen liegen eine Reihe von Hypnose-CDs für die Zahnbehandlung vor. Speziell zur Analgesie bei schmerzhaften Eingriffen wurde die CD *Beim Zahnarzt in Hypnose* (Schmierer 2000a) konstruiert: Der Patient hört auf dem Behandlungsstuhl über Kopfhörer eine Analgesieinduktion (mit speziell für die Zahnbehandlungsgeräusche angefertigter Hintergrundmusik). Nach ca. 23 min überprüft der Behandler, ob der Mund geöffnet und der linke Arm kataleptisch ist, dann kann mit dem Eingriff begonnen werden. Für die Dauer der Behandlung läuft Track 6–15 im Endlosbetrieb, nach Abschluss der Behandlung wird Track 16 und 17 zur Dehypnose und zur Posthypnose vorgespielt. Für Behandlungen, die sofort beginnen sollen (wie z. B. Zahnpräparationen und Füllungen), wurde die CD *Beim Zahnarzt ohne Spritze* (Schmierer u. Schmierer 1997) als Doppelinduktion von G. und A. Schmierer gesprochen. Der Zahn-

arzt beginnt an wenig sensiblen Stellen und kann dann nach einigen Minuten bereits normal arbeiten. Sein monotoner Arbeitsrhythmus unterstützt die intensive Wirkung der Doppelinduktion. Track 1 wird im Endlosbetrieb gespielt, nach der Behandlung erfolgt mit Track 2 die De- und Posthypnose.

Für die Behandlung von chronischen Schmerzen, Schulterarmsyndrom, Myoarthropatie und Bruxismus und für die Kinderbehandlung liegen weitere CDs vor (Schmierer, A. 1997, 2000a,b, 2007; Schmierer, G. 2000 a,b). Wirksamer aber auch kostspieliger als standardisierte CDs ist die individuelle Hypnosebehandlung. Dafür hat sich die Mitarbeit einer Hypnoseassistentin oder eines Diplom-Psychologen als vorteilhaft erwiesen.

Hermes (2004) hat in seiner Habilitationsschrift »Hypnose in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Grundlagen und klinische Erfahrungen« dargestellt, dass gerade bei kieferchirurgischen Eingriffen eine erhebliche Angstreduktion und eine Verbesserung der Compliance aufseiten der Patienten sowie ein größere Zufriedenheit aufseiten des Behandlungsteams festzustellen ist.

Fazit

Gründe dafür, Hypnose in der Zahnmedizin einzusetzen, sind Angstabbau, leichterer Umgang mit Problempatienten, erhöhte Compliance, verminderter Stress, verbesserte Qualität, bessere Therapie bei psychosomatischen Krankheitsbildern, einfache Kinderbehandlung und Reduktion von Arzneimitteln.

Mit zunehmender Zahnärztedichte und gleichzeitig zunehmendem Anspruch der Patienten auf eine schonende und individuelle Behandlung wird es wichtiger, Entspannungstechniken und eine auf den Patienten abgestimmte Gesprächsführung zu beherrschen. Zeitgemäße Hypnose arbeitet überwiegend mit indirekten, nichtautoritären Suggestionen, mit Einfühlung in die Situation des Patienten und mit individueller Zuwendung. Durch sie kann die Schmerzkontrolle entscheidend verbessert werden. Nach der erfolgreichen Hypnosetherapie von Zahnbehandlungsphobien und Würgereiz sind regelmäßig umfangreiche Sanierungen ohne Schwierigkeiten durchführbar.

Routinebehandlungen können durch den Einsatz von CDs oder spontane Kurzinterventionen erleichtert werden, sie sparen Zeit und Geld. Die individuell abgestimmte, suggestive Kommunikation erhöht die Mitarbeit der Patienten und den Praxiserfolg. Langfristig ist der Einsatz von Hypnose vor allem auch der Gesundheit des Zahnarztes zuträglich, da er weniger mit Stress während der Behandlung zu kämpfen hat.

Die Anwendung von Hypnose im (zahn-) ärztlichen Bereich erfordert einen relativen Zeitaufwand, der jedoch durch die Vorteile des Angstabbaus, des Behandlungskomforts sowie durch die geringere Stressbelastung und erhöhte Arbeitsfreude des Teams kompensiert wird. Langfristig lohnt sich der mit der Ausbildung und der Anwendung verbundene Aufwand, da der Zahnarzt dann auf die Schwierigkeiten in der Behandlung mühelos eingehen kann und in einem psychohygienisch gesünderen Klima arbeitet.

Kinder und Jugendliche

61 **Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen – 751**
Susy Signer-Fischer

62 **Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen – 764**
Charlotte Wirl

63 **Nägelbeißen und Trichotillomanie – 778**
Hiltrud Bierbaum-Luttermann, Siegfried Mrochen

Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen

Susy Signer-Fischer

61.1 Störungsbild – 752

61.2 Interventionen – 752

61.2.1 Rahmenbedingungen hypnotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – 752

61.2.2 Hypnose in verschiedenen Entwicklungsstufen – 756

61.2.3 Anwendungsbereiche und Behandlungsebenen – 760

Hypnotherapie mit Kindern unterscheidet sich in der Grundhaltung und in den Methoden nicht von derjenigen mit Erwachsenen. Es gibt aber einige Aspekte, die bei jungen Patienten besonders beachtet werden müssen. Erfahrungsgemäß ist die therapeutische Arbeit mit Kindern allerdings ein guter »Lehrmeister« für die Therapie mit Erwachsenen, denn Fehler in der Therapie werden schneller und deutlicher sichtbar, sodass eine Korrektur rechtzeitiger erfolgen kann.

Hypnotherapie beinhaltet eine ressourcenorientierte Haltung, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sowie Kommunikation auf verschiedenen Ebenen. Sie fokussiert auf Lernfähigkeit anstatt auf pathologisch bedingte Defizite. In der Hypnotherapie arbeitet man mit einem veränderten Bewusstseinszustand, benutzt Suggestionen, aber auch Erklärungen, Reframing und Humor und unterstützt das Lernen durch konkretes Handeln. Dank dieser Eigenschaften ist Hypnotherapie besonders geeignet für Kinder und Jugendliche.

Bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, gezielt und wirksam zu behandeln, da es einerseits vielen Eltern nicht möglich ist, finanzielle und zeitliche Ressourcen für eine Psychotherapie ihrer Kinder bereitzustellen und weil es im Kindes- und Jugendalter schnell zu einer Verschlechterung des Zustandes kommen kann. Es bedarf also möglichst wirksamer Methoden zur Diagnose, Beratung und Therapie. Hypnose und hypnotherapeutische Methoden haben sich dazu in meiner Praxis immer sehr bewährt.

Gerade weil Hypnose sehr wirksam und effizient sein kann, besteht aber auch die Möglichkeit, diese Methode zu missbrauchen oder damit ungewollt zu schaden. Kinder und Jugendliche sind – noch mehr als Erwachsene – auch »negativer Hypnose« und Beeinflussungen ausgesetzt, da sie von Bezugspersonen abhängig und entsprechend ihres Entwicklungsstandes oft noch gar nicht fähig sind, sich negativen Suggestionen zu entziehen. Manche Kinder haben deshalb bestimmte Schutzmechanismen entwickelt, wie z. B. »nicht hinhören« oder »träumen«. Mithilfe der Hypnose sollte deshalb durch kontrolliertes und fachlich kompetentes Handeln in erster Linie die Selbstverantwortung und Selbstkontrolle von Kindern und Jugendlichen erhöht werden (Mrochen u. Biermann 1993; Signer-Fischer 1987, 1992, 1993a,b,c).

Mit Kindern und Jugendlichen soll gezielt, wirksam und effizient gearbeitet werden. Der Schutz der jugendlichen Patienten soll gewährleistet und ihre Selbstwirksamkeit unterstützt werden.

61.1 Störungsbild

Hypnotherapie lässt sich für eine ganze Reihe von Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen einsetzen. Das ICD-10-Diagnosemanual codiert die unterschiedlichen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend unter F90–F98. Hierunter fallen hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Störungen sozialer Funktionen oder die Ticstörungen des Kindesalters. Ähnliche Kategorien finden sich auch im DSM-IV. Da diese Störungsbilder so vielfältig sind, kann in diesem Artikel nur auf einige allgemeine Prinzipien der Intervention eingegangen werden. Für weitere Informationen verweise ich auf entsprechende Bücher (Mills u. Crowley 1986, 1996; Mrochen et al. 1993; Olness 1986; Wester u. O'Grady 1991).

61.2 Interventionen

61.2.1 Rahmenbedingungen hypnotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Information

Da Kinder und Jugendliche abhängig sind, müssen sie deshalb – mehr als Erwachsene – immer als Teil eines Systems gesehen werden; sie sind in Familie und verschiedene Peergroups eingebettet, wie z. B. Schulklasse oder die Kinder aus Nachbarschaft und näherer Umgebung.

Wenn mit formaler Trance gearbeitet wird, ist es wichtig, auch die Eltern über die Methode der Hypnose zu informieren und deren Einverständnis einzuholen. Die Erklärungen sollen inhaltlich korrekt und in der Form an das Erleben der Eltern und des Kindes angepasst sein. In der Schweiz kann z. B. an die Skinationalmannschaft erinnert werden, die Hypnose zur Vorbereitung für Wettkämpfe verwendet. Eine solche Erklärung kann bereits als Metapher für den therapeutischen Prozess dienen:

»Bevor Didier Cuche sich zum nächsten Skirennen aufmacht, überlegt er sich, was er alles mitnehmen will und packt entsprechend seine Koffer. Vor dem Rennen schaut er sich die Strecke genau an, merkt sich jede heikle Stelle. Er fährt die Strecke zunächst mehrere Male in der Vorstellung, bevor er dann tatsächlich fährt. Hast Du schon einmal im Fernsehen gesehen, wie konzentriert sich die Skifahrer die Strecke merken? Kennst Du auch noch andere Methoden der Hypnose?«

Anhand von Beispielen werden falsche Meinungen korrigiert, wird auf Ängste eingegangen und werden Fragen beantwortet. Natürlich ist es sinnvoll, an die Erlebniswelt des Kindes oder Jugendlichen anzuknüpfen. Dazu sollte der Therapeut sich über die Umgebung des Kindes informieren (wo es wohnt, welche kulturellen Besonderheiten es gibt, wie seine Familie, Schulklasse und die Gruppe seiner Gleichaltrigen ist). Zeitströmungen, Moden, Spiele, Kleider, Musik, Fernsehserien, die »in« sind, müssen bekannt sein. Natürlich ist es hilfreich, wenn man selbst noch Zugang zur eigenen Kindheit hat und sich noch erinnert, wie ein Kind denkt und fühlt.

Genaue Kenntnisse der Entwicklungspsychologie sind unabdingbar, um den Entwicklungsstand des Patienten in geistiger, psychischer, moralisch-ethischer und körperlicher Hinsicht zu beurteilen und die therapeutischen Mittel wie auch die Ausdrucksweise darauf entsprechend einzustellen.

Struktur

Eine klare Struktur kann dem Kind und Jugendlichen helfen, mehr Kontrolle über sein Leben zu bekommen. Oft ist eine mangelnde Kontrolle Ursache für die kritische Situation, die der Auslöser für die Therapie war. Zur Kontrollerhöhung kann formale Trance dienen.

Viele Kinder haben sich angewöhnt, tagsüber (auch in der Schule) zu träumen, nicht auf die Stimme der Mutter oder des Lehrers zu hören und sich dafür in der Vorstellung z. B. auf dem Fußballplatz als Star feiern zu lassen. Dieses Tagträumen kann ganz unterschiedliche Gründe haben, z. B. um das ewige Schimpfen oder Kritisieren auszublenden oder um einer überfordernden Situation auszuweichen etc. In vielen Fällen handelt es sich um einen Schutzmechanismus, der zu einer früheren Zeit tatsächlich hilfreich war, sich aber nun schädlich auswirkt, weil er sich verselbstständigt hat und das Kind daran hindert, sich den jetzigen Anforderungen zu stellen. Das Kind hat nun die Kontrolle über sein Tagträumen verloren, und das erste Ziel der Therapie ist, diese Kontrolle wiederzugewinnen.

Fallbeispiel

Die 8-jährige Maja ist sehr intelligent, hübsch, feinfühlig, sozial kompetent und erbrachte bis vor 3 Monaten gute Schulleistungen. In letzter Zeit träumt sie in der Schule, hört nicht mehr, wenn die Lehrerin sie aufruft, und erledigt die Hausaufgaben widerwillig. Zu Hause vergräbt sie sich in ihre Bücher, liest pro Tag mindestens ein Buch, weigert sich, nach draußen zum Spielen zu gehen oder weiter den Ballettunterricht zu besuchen. Sie erzählt, dass die Lehrerin sie überhört, ihre Beiträge nicht beachtet und sie beschreibt Situationen, wie sie von der Lehrerin vor der Klasse verletzt und blamiert wird. Die Schulkameraden haben angefangen, sie zu meiden, nicht mit ihr zu spielen oder zu sprechen, was Maja noch mehr verletzt. Zuerst sucht sie gezielt zu einigen Mädchen Kontakt; als sie »abblitzt«, versucht sie, sich nichts von ihrer Verletztheit anmerken zu lassen. Seit einiger Zeit wird ihr alles zu viel, sie träumt, blendet die Schule während des Unterrichts mit Träumen aus und daneben mit exzessivem Lesen.

Sie hat erkannt und kann erklären, wie sie sich in Trance versetzt: Der belehrende Tonfall und bestimmte Gesten der Lehrerin bringen Maja zum »Abdriften«. Damit hat sie schon einen ersten Schritt in Richtung Kontrolle erreicht. Sie spielt und spricht in ihren Träumen mit den Figuren ihrer Bücher, und erkennt daraus ihren Wunsch, neue Freundinnen zu gewinnen und mit ihnen Spaß zu haben. Es folgt nun eine formale Trance mit Augenfixation als Induktion. Zur Vertiefung soll sich ein Wohlgefühl im Körper ausbreiten, das an eine erfolgreiche soziale Situation erinnert. Schließlich wird sie sorgfältig zurückgeführt.

Diese einzelnen Schritte werden zuerst sorgfältig voneinander getrennt und dann gezielt wieder miteinander verbunden, um die Struktur zu verdeutlichen. Bei einer solchen formalen Trance ist es wichtig, dass klar zwischen dem Erleben in Trance und in der Vorstellung und dem wirklichen, aktuellen Erleben unterschieden wird. Außerdem werden gewisse Formulierungen und Abfolgen in jeder neuen Trancearbeit

immer wieder verwendet, damit sie vertraut werden und Sicherheit und Kontrolle geben, sodass sich das Kind auf die eigentliche psychotherapeutische Arbeit einlassen kann. Durch die klare Struktur gewinnt Maja mehr Kontrolle über ihre Trancezustände. Es geht nicht darum, das Träumen zu vermeiden, sondern mehr Kontrolle und Entscheidungsfreiheit zu erhalten. Daneben werden ihre Handlungsmöglichkeiten erweitert und, soweit möglich und nötig, auch auf das soziale Umfeld eingewirkt.

Es ist wichtig, die Einzelpsychotherapie des Kindes oder des Jugendlichen in den Familien- und Peerkontext einzubauen. Weil bei jungen Menschen Krisensituationen leicht auch gefährlich werden können, ist eine sorgfältige, effiziente diagnostische Arbeit auf systemischer und auf individueller Ebene nötig. Die gegebenen räumlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen gilt es möglichst gut zu nutzen.

Kinder und Jugendliche sollen Kontrolle über ihren Trancezustand gewinnen, sollen lernen eher positive von negativen Trancezustände zu unterscheiden und zu beeinflussen und geschult werden, Suggestionen zu erkennen und sich gegebenenfalls dagegen schützen.

Strukturierung des Therapieraumes

Die Einrichtung des Therapieraumes soll sowohl eine gewisse Veränderungsmöglichkeit als auch Konstanz garantieren. Einleitungs- und Schlussgespräch jeder Sitzung sollten auf demselben Stuhl, d. h. am selben Ort stattfinden. In der eigentlichen Arbeit sind für bestimmte psychotherapeutische Elemente bestimmte andere »Orte« reserviert. Trancearbeit geschieht z. B. auf einem bestimmten Stuhl, auf zwei Kissen oder in der Hängematte. Gespielt und gezeichnet wird auf dem Boden. So können auch den verschiedenen Richtungen wie links, rechts, vorne, hinten und den verschiedenen Höhenebenen wie Boden, Tisch oder Stuhl etc. Bedeutungen zugeordnet werden. Auf diese Weise wird metaphorisch (indirekte Suggestion) die Tiefe des Prozesses bezeichnet.

Der Raum soll sowohl Veränderungsmöglichkeit als auch Konstanz ermöglichen.

Die Strukturierung der Zeit

Sowohl die einzelne Sitzung als auch die ganze Beratungssequenz haben eine Struktur, die den therapeutischen Prozess unterstützt. Zur zeitlichen Strukturierung gehören Reihenfolge, Rhythmus, Geschwindigkeit und Wählen eines bestimmten Zeitpunkts. Auf einer anderen Ebene gehört hierzu auch die Generationenstruktur.

Eine Erstkonsultation ist z. B. ähnlich einer Rahmen- oder Schachtelgeschichte aufgebaut:

1. Im ersten Abschnitt wird mit der ganzen Familie das vorgebrachte Anliegen ausgeleuchtet, wobei jedes Mitglied seine Meinung dazu mitteilt. Außerdem benennt jedes Familienmitglied ein weiteres Anliegen, sofern es eines hat.
2. Der nächste Teil, mit den Eltern allein, dient der Erhebung der Anamnese des Indexpatienten und vermittelt somit indirekt, dass es Bereiche gibt, die Eltern- und Erwachsenenangelegenheit sind.
3. Mit dem Indexpatienten allein wird dann eine Analyse des Symptoms unternommen, die es dem Kind erlaubt, schon einige Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation zu erarbeiten. Dazu gehört auch eine Reaktivierung der Ressourcen zur besseren Kontrolle des Symptoms.
4. Zur Stärkung der Geschwisterebene wird in manchen Fällen mit den Geschwistern ohne Eltern besprochen, wie sie einander unterstützen könnten.
5. Zum Schluss wird mit der ganzen Familie zusammengetragen, was sich aus den einzelnen Gesprächen ergeben hat, was bis zum nächsten Mal unternommen wird und wie es weitergehen soll.

Eine solche Sitzung ist wie ein Drama aufgebaut: Sie beginnt mit einer Exposition (Ausgangslage), dann steigt die Spannung bis zum Höhepunkt (z. B. Aufzeigen von möglichen Ursachen und Lösungswegen), dann sinkt die Spannung und die Geschichte endet mit einer Zusammenfassung und dem Skizzieren von Zukünftigem. Während des ganzen Ablaufs wird auf die oben erwähnten Raum- und Zeitaspekte geachtet. Für die zeitliche Strukturierung sind auch rituelle Handlungen und Rituale hilfreich (Signer-Fischer 1987, 1993a, 1999).

Im Folgenden wird vor allem auf die Einzelarbeit eingegangen, wobei die beschriebenen Inter-

ventionen meist nicht alleine stehen, sondern mit anderen Elementen auch auf systemischer Ebene kombiniert werden.

Oft sind die Therapiestunden für die Kinder und Jugendlichen sehr anstrengend, vermutlich deshalb, weil Hypnotherapie eine sehr konzentrierte und dichte Arbeit ist. Eltern erzählen oft, dass ihre Kinder sich zu Hause erst einmal hinlegen und einige Stunden schlafen, auch wenn sie das sonst nicht mehr tun. Auf diesen Umstand sollte man Eltern und Kinder aufmerksam machen, damit sie sich darauf einrichten können und die Kinder nach der Therapie nicht unmittelbar wieder in die Schule gehen müssen.

Einbetten in das kindliche Erleben

Eine Besonderheit bei der Hypnose mit Kindern im Vergleich zu derjenigen mit Erwachsenen ist der kindliche Umgang mit der Zeit. Kinder können sehr tief und intensiv in der Trance arbeiten, um plötzlich – für den erwachsenen Therapeuten unerwartet – die Augen zu öffnen und wieder im Hier-und-Jetzt zu sein. Je nach Situation, Beobachtung oder Hypothese kann der Therapeut unterschiedlich reagieren: Vielleicht bekam das Kind Angst, war plötzlich unsicher, ob es sich in der Wirklichkeit oder in der Vorstellung befand, oder ob es plötzlich vom Therapeuten verlassen wurde. Dann diente das Auftauchen dem Absichern und es reicht meistens, es als Fraktionierung zu nutzen, d. h. das Kind aufzufordern, wieder die Augen zu schließen und in der Hypnose weiterzufahren. Es kann aber auch sein, dass für das Kind die Arbeit beendet ist, denn Kinder arbeiten oft schneller und selbstständiger als erwartet. Es kann auch sein, dass es zum jetzigen Zeitpunkt und/oder in der angebotenen Form nicht mehr weiterarbeiten will. Dann sollte entsprechend darauf reagiert werden, denn zur Trancearbeit sollte niemand gezwungen oder gedrängt werden. In manchen Sequenzen brauchen Kinder andererseits oft viel mehr Zeit als Erwachsene und sie sollten deshalb auch spüren, dass ihnen diese Zeit zur Verfügung gestellt wird. Kinder bringen ihren Willen meist klarer zum Ausdruck als Erwachsene.

Fallbeispiel

Dies tat auch der 5-jährige André, der schon sein Bettnässen selbst überwunden hatte und den Wunsch äußerte, heute etwas gegen seinen steifen Nacken und sein Kopfweh zu tun. Er erklärte mir, dass er dazu weder die Augen schließen noch sich hinlegen wolle. Er wollte ein bestimmtes Kinderbuch erzählt haben, das von einem Maulwurf handelte, der herausfinden wollte, wer ihm auf den Kopf gemacht hatte. Ich erzählte ihm die Geschichte mithilfe von Stofftieren und im Anschluss daran führten wir die Geschichte gemeinsam weiter. Der Maulwurf litt an einem harten verkrampften Bauch und suchte sich Rat bei verschiedenen Tieren. André trug immer seinen Teil zur Geschichte bei, indem er die Tiere auswählte, die befragt werden sollten. So erhielt der Maulwurf viele Ratschläge, mit denen er aber immer noch nicht ganz zufrieden war, bis er das Nashorn aus Afrika fragte. Dieses riet ihm, genug in der Sonne zu liegen, zwischendurch eine Pause zu machen und sich umzuschauen, bevor er wieder in die Erde verschwinde. Mit diesem Rat waren Maulwurf und André voll zufrieden (Andrés Vater war aus Afrika).

Dieses Beispiel zeigt, wie auf das Kind eingegangen werden kann, wie die Methoden ihm persönlich und seiner Situation angepasst werden können, ohne das Ziel aus den Augen zu verlieren.

In der Hypnotherapie mit Kindern soll auf ihren besonderen Umgang mit der Zeit eingegangen werden. Die Interventionen sind meist kurz (von 5 bis ca. 20 min) und werden vom Kind selbst oder dem Therapeuten zwischendurch unterbrochen.

Selbsthypnose

Während der psychotherapeutischen Arbeit kann es sinnvoll sein, dem Kind Selbsthypnose zu lehren. Damit verhilft man ihm zu mehr Selbstverantwortung und zu einer Möglichkeit, sich selbst zu kontrollieren und zu beeinflussen. Selbsthypnose kann bei Schlafproblemen, Konzentrationsproblemen und Ängsten helfen (Signer-Fischer 1993c).

Einleitend wird mit dem Kind über das Phänomen der Trance gesprochen: Wir alle gehen mehrere Male am Tag in Trance, z. B. vor dem Einschlafen, beim Warten auf die Straßenbahn, in einer langweiligen Schulstunde oder wenn wir während einer Zugfahrt aus dem Fenster schauen. Auf die Frage »Wann und wie gehst du in Trance?« erzählte

ein 8-jähriger Junge, wie er in seinem Zimmer am Schreibtisch sitzt, auf einen dunkelblauen Punkt im Muster des Vorhangs starrt, das Flimmern des Sonnenlichts wahrnimmt und sich auf diese Weise selbst hypnotisiert. Bei diesem Jungen wandte ich zur Induktion der Trance eine Augenfixationsmethode an: Er sollte sich auf Augenhöhe einen Punkt aussuchen und diesen fixieren. Dabei sollte er auf die Veränderungen und das besondere Gefühl in seinem Körper achten, das sich mit seinem Atem im ganzen Körper verteilte. Er wurde darauf hingewiesen, dass er vielleicht ein Kribbeln in seinen Händen spüren würde und auch irgendwann beim Ausatmen seine Augenlider zufallen lassen könne, mit dem Bewusstsein allerdings, bei Bedarf jederzeit seine Augen wieder öffnen zu können.

Generell wird die Induktion anhand von Alltagstranceerlebnissen des Kindes erarbeitet, ausprobiert und verbessert. Für ein Kind, das mit Geräuschen in Trance gehen kann, wird eine akustische Technik gewählt, für ein anderes, das die Hilfe von Bewegungen beansprucht, eine kinästhetische Methode. Der Inhalt einer Selbsthypnose wird auf die Situation und das Problem des Kindes abgestimmt und in der Therapiestunde eingeübt. Es wird besprochen, in welchen Situationen, zu welcher Zeit, an welchem Ort und in welcher Körperhaltung es Selbsthypnose durchführen will. Ein Kind, das vor jedem Diktat sehr aufgeregt ist, entscheidet sich vielleicht für eine kurze Selbsthypnose in der Schule vor Beginn der Prüfung auf seinem Stuhl. Hier wäre natürlich ein Einüben mit geschlossenen Augen im Liegen unangemessen, hingegen kann bei einem anderen Kind, das sich für Selbsthypnose zu Hause auf dem Bett entscheidet, die Trance gut in dieser Stellung induziert werden. Trance ist nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit Entspannung und Schweregefühl. Manche Leute gehen besser mit Bewegung (z. B. Tanzen) und einem Gefühl der Leichtigkeit in Trance.

Selbsthypnose sollte nicht als Hausaufgabe aufgegeben werden. Das erinnert Kinder und Jugendliche an Schulaufgaben, die meistens negativ assoziiert sind. Ich kann aber ein Kind dazu ermuntern, genau zu beobachten, wie und unter welchen Bedingungen das, was wir in der Stunde vorbereitet haben, wirkt, um mir in der nächsten Stunde darüber zu berichten. Dadurch nehmen die jungen Patienten ihre Umgebung und ihr Verhalten kritisch und genauer wahr, arbeiten aktiv an der Problemlösung mit und üben in ihrem Alltag mehr Kontrolle aus. In der nächsten Stunde kann die Trance aufgrund der Berichte verbessert und korrigiert werden. Außerdem werden so gemeinsam mehr diagnostische Informationen gewonnen. Die Selbsthypnose kann ein weiteres Mittel sein, **absichtlich und somit nicht unkontrolliert** in Trance zu gehen und wieder aus der Trance heraus zu kommen und führt zu einer besseren Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle. So kann Selbsthypnose gerade für jene Kinder hilfreich sein, die unkontrolliert tagträumen, sich schnell ablenken lassen oder unkonzentriert sind.

Selbsthypnose wird gemeinsam mit dem Kind gestaltet, um sie den individuellen Bedürfnissen anzupassen. Auch deren Anwendung sollte zuerst gemeinsam eingeübt werden. Selbsthypnose hilft allgemeine Trancezustände bewusst zu kontrollieren.

61.2.2 Hypnose in verschiedenen Entwicklungsstufen

Einzelheiten der Therapie sind von der Entwicklungsstufe des Kindes oder Jugendlichen abhängig. Deshalb sind auch bei jedem Patienten spezifische hypnotherapeutische Methoden nötig. Versteht ein Kind die gesprochene Sprache noch nicht, weil es noch sehr jung oder vielleicht geistig behindert ist, muss mit anderen Mitteln wie z. B. Sprachmelodie und Sprachrhythmus oder mit Schaukeln u. Ä. gearbeitet werden. Die Möglichkeiten sind dadurch natürlich eingeschränkt, aber eine Beruhigung oder Entspannung kann auch auf diese Weise erreicht werden.

Vorschulkinder

Vorschulkinder können gut aus einem Spiel heraus auf eine symbolische, indirekt-hypnotische Methode einsteigen, z. B. mit Playmobilfiguren.

Fallbeispiel

Der 3-jährige Sven, der zu Hause nach Aussagen der Eltern unerträglich ist, da er so viel herumschreit und quengelt, spielt mit Autos. Das rote Rennauto hat fortwährend Unfälle. Im ersten Schritt verweist die The-

rapeutin auf das Kranken- und Polizeiauto, die immer wieder zur Unfallstelle eilen und helfen. Im zweiten Schritt sagt sie zu Sven, dass jetzt ernsthaft etwas unternommen werden müsse, damit dieses rote Auto weiterhin nicht mehr so viele Unfälle habe. Gemeinsam wird nun eine Straße mit Leitplanken gebaut, sodass sein Auto sicher fahren kann. In der nächsten Stunde berichten die Eltern, dass Sven jetzt viel ruhiger ist.

Sobald Vorschulkinder zu Rollenspielen fähig sind – d. h. sich eine Situation vorstellen und sich in die Rolle einer anderen Person hineinversetzen können, und sich auch bewusst sind, dass es sich nicht um die Wirklichkeit handelt –, kann auch damit gearbeitet werden. Um den Unterschied zwischen Rollenspiel und Wirklichkeit klar zu machen, verwenden manche Kinder ganz bestimmte Sprachformen wie z. B. den Konjunktiv. Diese den Kindern geläufigen Formulierungen sollten auch in der Therapie verwendet werden, damit die Kinder auch in der Hypnose zwischen Wirklichkeit und Vorstellung unterscheiden können.

Fallbeispiel

Die 5-jährige Manuela kann nach Aussagen der Mutter und des Kinderarztes nicht schlafen. Um herauszufinden, woran das wohl liegt und was man dagegen unternehmen kann, spielen wir die Szene »Schlafen« nach. Ich frage Manuela, wann und womit wir beginnen müssen. Sie erklärt, dass wir das Zubettgehen schnell machen können und das eigentliche Problem erst dann beginnt, wenn die Mutter aus dem Zimmer gegangen ist. Sie legt sich auf die Matratze, schließt die Augen und stellt sich vor, es **wäre** gestern Abend. Mit geschlossenen Augen beschreibt sie, wie es dunkel ist, wie sie sich hinlegt und einschlafen will und welche Gedanken ihr durch den Kopf gehen: Sie ist sich nicht sicher, ob ein Löwe unter ihrem Bett ist. Daraufhin geht sie mehrere Male zu ihrer Mutter, die immer wieder mit ihr unters Bett schaut, sie beruhigt und ihr zu trinken gibt, bis es ihr »zu bunt wird« und sie Manuela befiehlt, im Bett zu bleiben.
Hier unterbrechen wir und Manuela setzt sich auf. Ich frage, was wohl helfen würde. Schließlich schlägt sie einen Bären vor, der ja stärker als der Löwe ist. Sie legt sich wieder hin, stellt sich vor, es **wäre** Abend, der Bärenfreund kommt. Der Bär ist groß, weich und setzt sich auf ihr Bett, hält eine Tatze auf die Bettdecke, sodass sie ganz ruhig werden kann. Und der Löwe? Der hat Angst, bleibt eine Weile unter dem Bett und schleicht dann unbemerkt aus dem Zimmer. Natürlich muss sich Manuela am Morgen von ihrem Bären verabschieden. Sie will das heute Abend schon ausprobieren. In der nächsten Konsultation erzählt sie, dass sie jetzt schlafen kann. So können zusammen mit der Familie weitere Themen angegangen werden.

Es ist wichtig, dass Kinder den Unterschied zwischen Rollenspiel und den konkreten Beziehungen; der Vorstellung und der Realität erkennen lernen. Um reale Situationen besser beeinflussen und kontrollieren zu können, kann sowohl in der Therapiestunde als auch zu Hause mit hypnotischen Methoden geübt und vorbereitet werden.

Schulalter

Im Schulalter kann mit formaler Trance und mit anderen hypnotischen Methoden gearbeitet werden. Meist bereitet es Patienten Mühe, das Symptom oder Problem genau wahrzunehmen. Der erste Schritt für eine positive Veränderung ist deshalb, das Symptom besser kennenzulernen und mehr Informationen darüber zu gewinnen. Kinder im Schulalter finden es oft spannend, wie Sherlock Holmes, möglichst viel über das Symptom herauszufinden. Dazu kann die folgende Checkliste verwendet werden, die anhand eines Falles verdeutlicht wird:

Der 8-jährige Paul kann sich in der Schule nicht konzentrieren und findet heraus, dass er Angst vor einer Stimme hat, die mit ihm schimpft und ihm droht. Um Genaueres herauszufinden, geht er in Trance und versetzt sich in die Schulsituation des Vortags.

1. **Exploration.** Das Symptom bzw. Problem genau wahrnehmen und konkretisieren:
   - **Wann** tritt das Symptom auf, **wann** verschwindet es?
     Paul hat Angst, wenn er ruhig sitzt (also in der Schule) oder wenn er liegt (beim Einschlafen). Er verspürt keine Angst, wenn er beschäftigt ist, vor allem bei körperlicher Bewegung.
   - **Wie groß** ist das Symptom (wie ein Fingerhut/eine Tasse/eine Suppenschüssel …?)

Zuerst wird ein Messsystem mit 5 Messwerten konstruiert, das für Paul passt. Die Vergleiche beginnen mit der kleinsten Angst – die in einen Fingerhut passt – bis hin zu derjenigen, die nur in einem Feuerwehrweiher Platz hat. Er geht die vortägige Situation in Trance durch und bezeichnet in den verschiedenen Phasen, wie groß die Angst ist.

- **Womit** kann man das Symptom vergleichen? (Mit einem Tuch/Nebel/Stein …?) **Welche Farbe** hat es? **Wie** kommt es daher? (Wie ein Blitz/Dampf/schleicht es herbei …?)
  Paul vergleicht seine Angst mit einem grauen, feuchten Nebel, der heranschleicht, in alle Ritzen kriecht und sich dort festsetzt.
- **Wo** im Körper befindet sich das Symptom? (Im Kopf/Bauch …?) **Wie** fühlt es sich dort an? (Wie Nadeln/ein Stein /schmutzig braun …?)
  Paul spürt seine Angst zuerst im Kopf, dann kriecht sie in die Brust und schließlich zum Bauch. Sie fühlt sich kalt und feucht an.

2. **Exploration von Ressourcen.** Was alles hat schon geholfen?
   Paul lenkt sich von seiner Angst ab. Am besten hilft ihm, Fußball zu spielen und mit den Kameraden etwas zu unternehmen, mit ihnen zu sprechen.

3. **Erste Selbstkontrolle des Symptoms.** Das Symptom hervorbringen und wieder verschwinden lassen.
   In Trance soll auf Aufforderung hin das Symptom absichtlich erzeugt werden. Paul bringt seine Angst dadurch hervor, dass er sich die Angst vom Vortag wieder vergegenwärtigt. Ein Symptom, das auf Aufforderung hin und mit Absicht hervorgebracht werden kann, kann meist auch wieder zum Verschwinden gebracht werden. So erhalten die Kinder mehr Kontrolle über ihr Symptom. Paul kommt wieder in die Gegenwart zurück und lässt damit die Angst verschwinden.
   Um noch mehr Sicherheit im Umgang mit dem Symptom zu erhalten, kann dieses Hervorbringen und Verschwinden lassen spielerisch geübt werden, indem zuerst der Therapeut und dann das Kind selbst dem Symptom befehlen, zu kommen und wieder zu gehen.

4. **Weitere Kontrolltechniken des Symptoms.** Das Symptom kann in der Vorstellung mit **Farbe bepinselt** werden. Grausige, hässliche Farben können in sympathische Farben verwandelt werden: Paul kann den Farbton seiner grauen Angst verändern in ein dunkleres und helleres Grau. Wenn der Patient dem Symptom **einen Ton zuordnet**, kann damit gesungen werden, es können verschiedene Rhythmen ausprobiert werden etc. Manchmal ist es durchaus von Vorteil, vorerst das **Symptom zu vergrößern**, um es erst später dann zu verkleinern.

5. **Externalisieren und Symbolisieren.** Zeichnen, Formen, Aufteilen. Im Anschluss an die Vorstellung des Symptoms in Trance kann es **gezeichnet** werden. Auch Paul stellte seine Angst zeichnerisch in Form eines grauen Nebels dar. Da das Symptom oft eine Schutzfunktion hat, kann es sein, dass das Kind einen Teil davon noch braucht. Darum war es wichtig, mit Paul herauszufinden, ob er ein gewisses Maß an Angst noch für seinen Schutz brauchte, was er bejahte. Die folgenden Schritte werden in der Realität durchgeführt. Er schnitt darum von seiner Zeichnung der Angst soviel ab, wie er noch brauchte. Diesen Teil nahm er mit und bewahrte ihn sicher in einer Schale im Tiefkühlfach auf. Den Teil, den er nicht brauchte, legte er im Keller der Beratungsstelle in eine Tonne. Später kann dazu ein Mutbild oder ein Sicherheitsbild gemalt werden, das z. B. über dem Bett aufgehängt wird. Das Symptom kann auch **mit Lehm oder Holz dargestellt** werden. Der 8-jährige Hans z. B., der durch unkontrollierbare Wutanfälle seine Klassenkameraden und seine Lehrerin ängstigte, formte seine Wut in Lehm und baute mithilfe seines Vaters für sein »Wutvieh«, wie er es nannte, ein Holzhaus. Die Therapeutin stellte die Bedingung, dass das Haus mindestens eine Türe haben müsse. Das Haus des Wutviehs hatte viele Fenster und Türen und wurde im Zimmer von Hans aufbewahrt. Wenn die Mutter am Morgen bemerkte, dass Hans kribbelig war, forderte sie ihn auf, zu kontrollieren, ob die Türen und Fenster gut verschlossen seien. Hatte Hans aber zu Hause einen Wutan-

fall, so brüllte er den Eltern zu, er gehe jetzt in sein Zimmer und öffne alle Türen und Fenster. Daraufhin kam er einige Zeit später wieder ruhiger aus seinem Zimmer. Wenn dem Symptom eine Gestalt gegeben wird und wenn es geformt wird, ist es leichter handhabbar. Häufig ist nicht das Symptom an sich das Problem, sondern dass es zum falschen Zeitpunkt am falschen Ort auftritt. Das geformte Symptom kann einen Platz und eine Zeit bekommen. Das Symptom kann auch **in verschiedene Teile aufgeteilt** werden. Den Teilen können Farben, Figuren, »Kasperl-Tiere« zugeordnet werden. So können die einzelnen Teile des Symptoms selbst sprechen und sich miteinander unterhalten (Oaklander 1981).

Da Symptome häufig eine Schutzfunktion innehaben, ist es wichtig bei der Behandlung zu beachten, ob Schutz auch auf anderer Weise gewährleistet wird und ob überhaupt genügend Sicherheit da ist, um eine Veränderung anzugehen.

Jugendliche

In diesem Alter ist es besonders wichtig, dass die jungen Leute die Kontrolle über die Vorgänge in der Therapie so weit wie nötig in der Hand behalten können. Viele Jugendliche zeigen großes Interesse an der Hypnose, andere äußern aber klare Einschränkungen, z. B. wollen sie nicht die Augen schließen oder wollen nicht, dass der Therapeut so »blöd« spricht (Hypnosestimme, eher leise, eher langsam, eher tief). Kritische Bemerkungen und Hinweise von Jugendlichen sind sehr lehrreich für den Therapeuten, zwingen sie ihn doch, sich genau auszudrücken und seine Interventionen durchzudenken. In diesem Alter sprechen die Patienten oft gut auf formale Trance an. Jugendliche machen sich Gedanken, wie sie auf andere wirken, sie sind eher auf sich und ihre eigene Person zentriert und achten weniger oder kaum auf andere Personen. Hypnotherapeutische Methoden, die verschiedene Formen von Dissoziation beinhalten, eignen sich für dieses Alter besonders gut, wie folgendes Fallbeispiel illustriert:

Fallbeispiel

Der 14-jährige Elvis leidet an starken Kopfschmerzen, geht kaum zur Schule und weist trotz guter intellektueller Begabung schlechte Schulnoten auf. Das Symptom kann man nun auf dem Monitor eines Videogerätes erscheinen lassen, um es dann zu verändern. Hiermit kann auch ein gutes Programm gemacht werden. Elvis lässt einen 14-jährigen Jungen, der an Kopfschmerzen leidet, in einer ihm bekannten Situation auf dem Bildschirm erscheinen. Elvis schaut sich die ganze Sequenz am TV an und stellt Hypothesen auf, was dem Jungen fehlen und was er zur Besserung unternehmen könnte. Anschließend probiert er in verschiedenen Filmversionen aus, wie sich seine Ratschläge auswirken. Dazu verwendet er eine Fernbedienung mit Knöpfen für Stop, Schnelllauf und Rückwärtslauf.

Eine Dissoziation kann auch mit anderen Mitteln erreicht werden. Häufig werden Kameras und Fernrohre zur Traumabearbeitung gewählt.

Mit Holzfiguren können ganze Situationen (vergleichbar mit einer Skulptur à la Satir) dargestellt werden. Diese Form eignet sich gut, um mehr Überblick über eine Situation zu erhalten. Der 14-jährige Peter z. B., der sich die Reaktionen seiner Schulkameraden auf seine Person nicht erklären konnte, fand heraus, mit welchen Verhaltensweisen er seine Schulkameraden zu provozieren pflegte. So fand er neue Möglichkeiten, seine Schulsituation zu verbessern. Auch traumatische Situationen können auf diese Weise durchgespielt werden, um mehr Licht in Abläufe und Zusammenhänge zu bringen.

In der Bearbeitung von Traumata aus der Kindheit ist die Dissoziation zwischen kleinem Kind und heutigem Jugendlichen wichtig. Wie hat das Kind damals reagiert, gefühlt, gehandelt? Wie reagiert der Jugendliche jetzt? Was kann er mit seinen jetzigen Erfahrungen zum Kind von damals sagen? Welchen Ratschlag gibt er ihm? Diese Fragestellung eignet sich auch gut zum Bewusstmachen von Handlungen, Gefühlen und zum Anbahnen von neuen Entwicklungsmöglichkeiten. Diese Methode kann auch zukunftsweisend eingesetzt werden. Sie hilft den Patienten, Relevantes von Irrelevantem zu unterscheiden und verschiedene Erlebnisse richtig zu gewichten (z. B. was denke ich in 5 Jahren über diese schlechte Note). Auf diese Weise können dem Jugendlichen auch Entscheidungshilfen gegeben

werden (z. B. Berufswahl, Abgang von der Schule etc.).

Die Jugendlichen sollen Kontrolle und Einfluss auf die Hypnotherapie nehmen, um so auch Verantwortung mitzutragen.

61.2.3 Anwendungsbereiche und Behandlungsebenen

Für die Behandlung muss abgeklärt werden, welche Bedeutung, welchen Sinn und evtl. auch welche Vorteile das deklarierte Symptom oder Problem sowohl für das Individuum als auch für die Familie hat. Wenn es als Metapher betrachtet wird, kann es als Vehikel zur Bearbeitung und Lösung von Problemen und zum Erreichen von mehr Wohlbefinden genutzt werden. So wird sowohl in der diagnostischen als auch in der therapeutischen Phase entschieden, auf welcher Ebene zu arbeiten ist: Man kann sich auf das Symptom konzentrieren (symptomorientiertes Vorgehen) oder das Symptom als Metapher für die Lebenssituation der Person betrachten und es so in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen miteinbeziehen; und schließlich kann das Symptom als Metapher für die Persönlichkeit und Geschichte der Person betrachtet werden.

1. Ebene: symptomorientiertes Vorgehen

Es gibt verschiedene Gründe für eine symptomorientierte Behandlung: Das Problem kann z. B. so gelagert sein, dass es ausreicht, nur auf das vorgebrachte Symptom oder Problem einzugehen, ohne dass eine Symptomverschiebung zu befürchten ist. Es kann aber auch sein, dass dies die einzige Handlungsmöglichkeit darstellt, entweder weil das Kind in Gefahr schwebt oder die Möglichkeit besteht, dass es nicht weiter in die Beratung gebracht wird.

Im Folgenden wird anhand von Prüfungsangst aufgezeigt, wie symptomorientiertes Arbeiten aussehen kann. Häufig melden sich Kinder und Jugendliche oder deren Eltern erst kurz vor einer Prüfung. Die Patienten werden jeweils daran erinnert, dass es für das Bestehen einer Prüfung mindestens drei Voraussetzungen gibt, nämlich

1. Wissen und Können,
2. Selbstvertrauen und innere Sicherheit, dass man die Prüfung meistern wird, und
3. Glück.

Die ersten zwei Faktoren sind beeinflussbar, der dritte nicht!

Fallbeispiel 1: Prüfungsangst

Zweieinhalb Wochen vor Notenabgabetermin meldete sich Frau F., eine 17-jährige Gymnasiastin, auf Anraten des Familientherapeuten wegen großer Prüfungsangst und ungenügendem Notendurchschnitt, der die Versetzung gefährdete. Die junge Frau schien sehr unter Druck zu stehen und zählte folgende Probleme auf: Prüfungsangst, Schlafstörungen, Arbeits- und Konzentrationsstörungen, zu viel essen, Probleme mit ihrem Freund. Sie lebt mit ihrer Mutter und dem 8-jährigen Bruder in einer kleinen Dreizimmerwohnung, der Vater ist vorübergehend verschwunden, aber es gibt Hinweise, dass er um Weihnachten zurückkehren wird.

Auf der **systemischen** Ebene können aufgrund der wenigen Angaben folgende Hypothesen aufgestellt werden: Die Familienhierarchie ist durcheinandergeraten, sodass die Tochter sowohl Mutterfunktion für die eigene Mutter als auch für ihren Bruder erfüllt, den Haushalt führt, den Bruder erzieht und die Mutter tröstet. Sie liebt ihren Vater und befindet sich in einem Loyalitätskonflikt, denn wegen seines unverantwortlichen Handelns müsste sie ihn verurteilen. Außerdem hat sie jetzt einen Freund, sodass der Vater nicht mehr der einzige Mann in ihrem Leben ist.

Auf der **individuellen** Ebene braucht sie unmittelbare Hilfe und Unterstützung: Um die Schule, die ihre eigene Angelegenheit ist, kann sie sich nicht genug kümmern, weil sie durch die »systemischen« Aufgaben zu stark belastet ist. Sie leidet unter zu starken Belastungen im mütterlichen Haushalt, muss einkaufen, kochen, den Bruder erziehen etc. Ferner hat sie zu viele Prüfungen und Quartalsarbeiten vor der Notenabgabe, eine schlechte Arbeitstechnik und Arbeitseinteilung bei den Hausaufgaben sowie eine unangebrachte Zeitstruktur im Alltag. Sie leidet an zu wenig Schlaf und infolgedessen an schlechter Konzentration in der Schule.

Behandlung. Für Frau F. ist eine **Strukturierung** ihres Erlebens wichtig. Dies beinhaltet sowohl eine Strukturierung des Raumes und der Zeit als auch eine thematische Einteilung ihres Erlebens in Vorder- und Hintergrundthemen. **Selbsthypnose** wird eingesetzt, damit sich Frau F. besser konzentrieren kann und besser schläft; so lernt sie, sich wieder zu kontrollieren und zu beeinflussen. Diese Selbsthypnose ist formal zusammengesetzt aus Induktion und Vertiefung,

dem eigentlichen Inhalt und dem Beenden der Trance. Frau F. wählte folgenden Inhalt: an einem warmen Tag unterm Baum liegen und den Vögeln zuhören.
Frau F. hat in vielen Bereichen gutes Selbstvertrauen. Sie weiß, dass sie gut mit anderen Menschen umgehen kann, die Jugendgruppe kompetent leitet, dass sie gut kocht und im Aerobic gute Leistungen erzielt. Ihre Intelligenz und schulischen Leistungen schätzt sie geringer ein, als sie sind. Möglichkeiten zur Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung werden in Trance bearbeitet. Dies geschieht in der zweiten Behandlungsstunde.
Für die nächste Prüfung üben wir in Trance, wie sie ins Schulzimmer kommt und sich einen guten Platz für die Prüfung aussucht. Der kritische Moment für das Einsetzen der Panik ist das Verteilen der Prüfungsblätter. Jetzt dient er als Auslöser für das ruhige, konzentrierte und sichere Gefühl, das sie sonst beim Kochen empfindet. Außerdem ist er das Startzeichen dafür, dass alle unnötigen Reize im Schulzimmer in den Hintergrund und die Prüfung klar in den Vordergrund treten. Nach der besprochenen und in Trance eingeübten Strategie löst sie die Aufgaben in der tatsächlichen Prüfung. Das Einsammeln der Prüfungsblätter benutzt sie als Zeichen zum Beenden der Prüfungstrance, sodass sie wieder in den Alltag zurückkehren kann.
In der dritten Konsultationsstunde berichtet sie, dass sie die letzten 17 Prüfungen und 4 Arbeiten der letzten 14 Tage so gut absolviert hat, dass sie versetzt werden wird und sogar einen Notenvorsprung erreicht hat. So können wir uns jetzt den anderen Themen zuwenden, die wir in der ersten Stunde aufgezählt und in den Hintergrund gestellt haben.

Angewandte Methoden. Selbsthypnose, Sicherheitsgefühl genau wahrnehmen, Auslöser der Angst finden und eine Ressource des Sicherheitsgefühls einsetzen, Einüben einer Arbeitsstrategie für die Prüfung, Vorbereiten der Prüfungssituation in Trance, Strukturieren des Alltags, das Problemverhalten auf einen Auslösereiz hin durch Konzentriertheit und innere Sicherheit ersetzen.

2. Ebene: Symptom als Metapher für die Lebenssituation der Person

Um in die Diagnosestellung und Behandlung eine weitere Ebene, nämlich die Lebenssituation (Familie, Schule, Kameraden, Wohnsituation etc.) einbeziehen zu können, ist es nötig, Zugang zu den entsprechenden Informationen zu haben. Dann kann das Symptom als Metapher mit einer funktionalen und einer symbolischen Bedeutung betrachtet werden. Metaphern sind einerseits eine klare, konzentrierte, verdichtete Form der Kommunikation, andererseits vieldeutig und schwer mitteilbar (Signer-Fischer 2004). Dies ist ähnlich dem Symptom: Die Verdichtung führt dazu, dass die Bedeutungen nicht immer für alle klar verständlich sind; unterschiedliche Bedeutungen können zu verschiedenen Zeitpunkten im Vordergrund stehen. Hierüber können von außen her nur Hypothesen gebildet werden.

Fallbeispiel 2: Schlafstörungen

Die 5-jährige Christina wurde durch ihren Kinderarzt als Notfall angemeldet. Der Vater sei vor einem Monat überraschenderweise zu seiner neuen Freundin gezogen. Die ahnungslose Mutter wurde am Vorabend des Auszugs informiert. Sie lebt jetzt mit ihren beiden Kindern, Christina und dem zwei Jahre alten Bruder. In diesem Falle eilt die Behandlung, da die Mutter am Ende ihrer Kräfte ist. Sie darf auf keinen Fall als Bezugsperson auch noch ausfallen, indem sie sich zu viele Sorgen macht, weil ihre Tochter leidet und evtl. gesundheitlichen Schaden nehmen könnte.
Auch psychodynamische und systemische Überlegungen sind relevant. Im genannten Beispiel lässt das Symptom folgende Interpretationsmöglichkeiten zu:

1. Das Mädchen hat zu wenig Kontrolle über ihre Lebenssituation, fühlt sich verunsichert; niemand gibt ihr Antworten auf ihre Fragen; niemand scheint zu wissen, wie es weitergeht.
2. Während des Schlafens könnte etwas Schlimmes, nicht Kontrollierbares geschehen. Der Vater verschwand über Nacht.
3. Die Mutter bietet im Moment zu wenig Stabilität, sodass sich das Kind nicht gehen lassen und ruhig schlafen kann.
4. Christina hat Angst vor schlimmen Träumen.
5. Christina ist traurig über die Trennung vom Vater.
6. Unbewusst will Christina vielleicht die Mutter dazu zu bringen, etwas zu unternehmen.

Behandlung. (In Klammern wird auf die entsprechende Hypothese hingewiesen.) Die Mutter wird beraten, wie sie mit dieser Situation umgehen kann, wie sie sich entlasten und soviel Stabilität, wie möglich vermitteln kann (1, 3). Dem Vater wird möglichst ohne Schuldzuweisung erklärt, was für Auswirkungen sein plötzlicher Auszug auf seine Kinder, vor allem auf sei-

ne Tochter hat. Es werden Möglichkeiten besprochen, wie er doch Sicherheit und Klarheit geben kann, auch wenn er noch zu keiner Entscheidung fähig ist, ob er mit seiner Frau oder mit seiner Freundin leben möchte. Mit Christina wird über die aktuelle Situation gesprochen. Sie sieht ein, dass sie im Moment nichts ausrichten kann und wünscht sich einen Zauberstab, um mehr bewirken zu können. Am Anfang gab es nur eine Möglichkeit, nämlich den Vater zurückzuzaubern; später zauberte sie auch einen neuen Vater und erfand noch andere Geschichten (1).

Auf das Schlafproblem wird schon in der ersten Sitzung eingegangen. Christina kann nicht schlafen, weil ihr immer wieder die »Gedanken aus dem Kopf fallen«. In Trance findet sie sie wieder. Der Wichtigste ist: Wann kommt Papa wieder zurück? Ihr Problem ist aber nicht so sehr dieser eine Gedanke selbst, sondern das unkontrollierte Entfallen und Vergessen dieses Gedankens. In Trance probiert sie mehrere Möglichkeiten aus, wie sie einen Gedanken halten kann, z. B., indem sie ihn laut wiederholt, ihn in eine bestimmte Gehirnfalte legt (1, 2), ihn in der Hand hält, solange sie ihn braucht etc. In der Folge vergisst sie weniger und belästigt die Mutter seltener mit den immer wieder gleichen Fragen; sie ist auch nicht mehr so weinerlich. Für das Zubettgehen entwickeln Mutter und Tochter ein Ritual. Und zusammen mit der Therapeutin findet Christina eine passende Gutenacht-Trance als Selbsthypnose (Selbstverantwortung, Selbstvertrauen, Sicherheit; 1, 4). Da sie jetzt nachts schläft, ist sie besser ausgeruht und weniger nervös.

Angewandte Methoden. In Trance den Zauberstab benutzen, um verschiedene Möglichkeiten auszuprobieren, Möglichkeiten »zum Gedanken festhalten« ausprobieren und einüben, Selbsthypnose für die Gutenacht-Trance.

Das Symptom als Metapher zu verstehen, eignet sich für vielschichtige, komplexe Probleme, wenn nur wenig Behandlungszeit zur Verfügung steht, sei es aus Gesundheitsgründen, wegen Suizidgefahr oder bei Gefahr eines Behandlungsabbruchs.

3. Ebene: Symptom als Metapher für die Persönlichkeit und Geschichte der Person

Bei komplexen Problemen und wenn genug Zeit zur Verfügung steht, wird auch die Persönlichkeitsebene in die Behandlung miteinbezogen. Das Symptom kann dabei durchaus als Einstieg betrachtet werden; es kann sich aber als notwendig erweisen, gleich zu Beginn auch die anderen Ebenen mit zu berücksichtigen, die Ebene der Lebenssituation und die Ebene der Persönlichkeit.

Bei traumatisierten Menschen stehen häufig verschiedene Probleme gleichzeitig an, darunter auch brennende Probleme, sodass es für den Therapeuten schwierig sein kann, einen Einstieg in die Therapie zu finden. Meist ist eine Orientierung der Therapie auf der dritten, strukturellen Ebene angezeigt.

Fallbeispiel 3: Depression

Während ihrer Sommerferien bei der Großmutter wurde die 13-jährige Sabine vergewaltigt, zwei andere Männer schauten zu. Nachdem Sabine 2 Stunden herumgeirrt war, kam sie endlich zur Großmutter nach Hause und erzählte ihr, dass sie vergewaltigt worden sei. Die Großmutter brachte sie zu einer Gynäkologin. Weder die Großmutter noch die Ärztin sprachen mit dem Mädchen über den Verlauf der Vergewaltigung. Sie selbst entschied sich, ihren Eltern nichts darüber zu sagen. Im Skilager, ein halbes Jahr später, bemerkte ein Lehrer ihr depressives Verhalten und sprach sie darauf an. Sie sagte ihm, dass sie vergewaltigt worden sei und er brachte sie daraufhin mit ihrem Einverständnis in unsere Erziehungsberatungsstelle. Zu dieser Zeit litt Sabine unter schlechten Schulleistungen und Schlafstörungen; sie hatte wenig Appetit, Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen und fühlte sich sehr niedergeschlagen. Alle diese Symptome traten erst nach der Vergewaltigung auf. Vorher war sie, nach Aussagen der Lehrkräfte, ein offenes, natürliches und fröhliches Mädchen gewesen.

Die Depression ist ein Zeichen dafür, dass das Mädchen durch die Vergewaltigung in ihrer Person erschüttert und geschädigt wurde. Auf direktes Nachfragen nach dem dringendsten Problem oder Symptom sagte sie mir, dass sie durch unkontrollierbare schlimme Erinnerungen sehr gequält werde.

Behandlung. Sobald sie sich entspannte und die Augen schloss, tauchten die Erinnerungen besonders intensiv auf. Darum wollte sie es nicht riskieren einzuschlafen. Während der ersten Konsultation erzählte sie der Therapeutin das ganze Erlebnis. Dies war das erste Mal, dass sie jemandem alles genau erzählte. Um mehr Kontrolle über ihre Erinnerungen zu bekommen, wurden diese in Trance bearbeitet (vgl. hierzu auch die Kapitel zu den posttraumatischen und Angststörungen in Sektion V):

Sie ging zurück zum Beginn des Ereignisses, trat aus der Situation heraus und betrachtete sie von außen als Zuschauerin. Sie stellte sich vor, sie sähe das Ereignis wie in einem Videofilm. So konnte sie es nach eigenem Willen stoppen, rückwärts- oder vorwärtsspulen, den Schnelllauf oder ein Standbild einstellen. Auf diese Weise war es auch möglich, den Film zu verändern. In diesem Film sah sie, wie das 13-jährige Mädchen bemerkte, wie weiter unten an der Straße in der Nähe des Pissoirs etwas nicht stimmte. Sie sah, wie das Mädchen sehr gut reagierte und von einem bestimmten Punkt an sich nicht mehr wehrte. Sie hätte sonst kaum eine Chance gehabt, diese Vergewaltigung zu überleben. Außerdem bemerkte sie, dass das Mädchen während der Vergewaltigung aus ihrem Körper heraustrat und so ihre Würde schützte und weniger Schmerzen verspürte. An manchen Stellen veränderte sie den Film und stoppte ihn, als das Mädchen in der Küche ihrer Großmutter in Sicherheit war. Daraufhin ging sie zur Ausgangssituation zurück, drehte die Zeit wieder vorwärts und kam wieder in die Gegenwart in das Büro der Therapeutin zurück.

Nach der Trance analysierten Therapeutin und Sabine zusammen alle Elemente und fanden heraus, welche Erinnerungsstücke Sabine für die Zukunft bewahren wollte, weil diese sie vielleicht in einer ähnlichen Situation schützen könnten. Danach hatte Sabine keine unkontrollierten Erinnerungen mehr. Sie sagte der Therapeutin, dass sie das Erlebnis zwar nicht vergessen habe, aber es im Gedächtnis auf eine richtige Weise abgelegt habe.

Angewandte Methoden. Die Intervention, die vordergründig auf das Symptom der unkontrollierten Erinnerungen und »Flashbacks« zielte, wirkte sich auch auf die ganze Person aus durch genaue Wahrnehmung und Erinnerung; welche Aspekte werden erinnert, welche vergessen; Erinnerung der Dissoziation, die auch dazu diente, die Würde der Person zu erhalten; Kontrolle über »ungebetene« Erinnerungen und »Flashbacks«; Wiedergewinnung von Selbstwert; Prävention und den Weg frei machen für andere wichtige Themen.

Fazit

Hypnose und hypnotherapeutische Methoden sind wirksame, für Kinder und Jugendliche geeignete Methoden. Voraussetzung ist eine kompetente, sorgfältige Durchführung der Methoden, was wiederum eine qualifizierte Ausbildung und verantwortungsvolle Anwendung bedingt.

Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen

Charlotte Wirl

62.1 Störungsbild – 765

62.1.1 Definition der psychosomatischen Störungen nach ICD-10 – 765

62.1.2 Fragen zur Ätiologie – 765

62.1.3 Interdependenzen von Psyche, Soma, Umwelt und Umfeld – 766

62.2 Hypnotische Interventionen bei psychosomatoformen und psychosomatischen Beschwerden – 767

62.2.1 Hypnotische Intervention 1: Ressourcenaktivierung – 767

62.2.2 Hypnotische Intervention 2: Symptompersonifizierung und Einführen eines speziellen Helferwesens – 770

62.2.3 Hypnotische Intervention 3: Symptompersonifizierung mit Veränderung der Submodalitäten – 773

62.2.4 Hypnotische Intervention 4: Selbsthypnose mit spezifischem Inhalt – 774

62.3 Indikationen und Kontraindikationen – 775

62.3.1 Empirische Belege für die Effizienz hypnotherapeutischer Interventionen – 776

62.3.2 Integration von hypnotischen Techniken in medizinische und psychotherapeutische Verfahren – 776

62.1 Störungsbild

62.1.1 Definition der psychosomatischen Störungen nach ICD-10

Die Definition psychosomatischer Beschwerden, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, ist komplex und vielfältig wie ihre Ätiologie. Im ICD-10-Diagnosemanual werden die psychosomatischen Beschwerden nicht in der Rubrik der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend angeführt, sondern in der allgemeinen Rubrik F45 (somatoforme Störungen) und F54 mit Anführung des Codes der organischen Erkrankung. Zur näheren Definition psychosomatoformer und psychosomatischer Störungsbilder, ihrer Zuordnung zu Gruppen von Störungsbildern und ihrer ICD-10-Klassifizierung sei auf die allgemeinen Psychosomatikartikel dieses Buches verwiesen, insbesondere ▶ Kap. 43.

Die Komplexität der psychosomatischen Störungen führt zur Frage nach dem adäquaten Behandlungsansatz. In einem Interview zwischen Kleinhauz (Psychiater und Hypnotherapeut, Leiter der ambulanten Abteilung für Psychosomatik an der Universitätsklinik in Tel Aviv) und Hain (Kleinhauz in Hain 2001) zur Frage nach adäquaten therapeutischen Vorgehensweisen, vertritt Kleinhauz die These, dass verschiedene Faktoren berücksichtigt werden müssen, um für ein Symptom oder eine Krankheit den angemessenen Behandlungsansatz zu finden. Er unterscheidet zwischen genetischen, psychischen und somatischen Faktoren, die ihrerseits wieder nach ihrer Art und Entstehung differenziert werden sollen. Alle Faktoren beeinflussen einander, es entsteht ein Kreislauf, ein soziobiopsychisches System, das aus heutiger Sicht noch um den Faktor »Umwelteinflüsse« ergänzt werden müsste. Je nachdem, in welchem Bereich eine der Ursachen des Problems gefunden wird, sind entsprechend unterschiedliche therapeutische Interventionen erforderlich. Soziale Faktoren, Veränderungen im Familiensystem, Probleme in der Schule oder in der Peergroup führen häufig zu funktionellen Störungen, sog. somatoformen Störungen. Bei Kindern äußern sich psychische Probleme oftmals direkt über körperliche Beschwerden wie z. B. Bauch- oder Kopfschmerzen. Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne, also organische Erkrankungen mit psychischer Beteiligung (z. B. Asthma im Kindesalter) führen wiederum zu emotionalen Veränderungen und zu Veränderungen im sozialen System. Noch massiver zeigen sich diese Auswirkungen bei schweren organischen Erkrankungen wie einer Karzinomerkrankung. Bei Letzteren wird medizinische Hypnose im »klassischen« Sinn – z. B. das Erlernen einer Handschuhanästhesie zur Schmerzanalgesie – mit Hypnotherapie und systemischen Interventionen gekoppelt.

62.1.2 Fragen zur Ätiologie

Für das diagnostische Gespräch bei psychosomatoformen Beschwerden bietet sich ein »diagnostisches Diagramm« an, ein Fragenkomplex, der sich um die vier unten angeführten Untergruppen dreht. Sowohl dem Kind als auch der erwachsenen Begleitperson werden detaillierte Fragen gestellt, von denen einige exemplarisch angeführt werden:

Fragen nach den Umweltbedingungen, der äußeren Umgebung und dem Lebens- und Wohnbereich des Kindes

Fragen nach dem Herkunftsland, den Lebensumständen und den ökonomischen Bedingungen der Familie, nach Umweltfaktoren (Lärm-, Schmutz- oder Geruchsbelästigungen, ausreichender Lichtzufuhr, Raumnot) und den individuellen Wohnbedingungen des Kindes: Lebt das Kind in der Stadt oder auf dem Land? Wie sind die ökonomischen Bedingungen? Gibt es Migrationsschwierigkeiten? Wie ist die Wohnung (das Haus) gestaltet und wie sind die äußeren Bedingungen: Ist es dort dunkel oder hell, kalt, angenehm, lärmbelastet, eng? Gibt es Nikotinbelastung? Wie viele Personen und welche (Babys, Familienangehörige oder andere Mitbewohner, Kranke oder Behinderte) leben auf wie vielen Quadratmetern (in wie vielen Räumen)? Hat das Kind einen eigenen Bereich (oder eine eigene Schublade, oder zumindest einen sicheren Platz, wo es seine »Schätze« sicher aufbewahren kann)? Bei Schulkindern stellt sich die Frage: Wo (unter welchen Bedingungen) kann es seine Aufgaben machen? Wird das Kind regelmäßig zu Arbeiten herangezogen, hilft es im elterlichen Betrieb oder

im Haushalt (Betreuung von Kranken oder Kleinkindern) mit? Gibt es Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen) in der Wohngemeinschaft? Gibt es Haustiere? Ist das Kind viel allein zu Hause? Was ist angenehm, was ist unangenehm (Belastungsfaktoren)?

Fragen zum Thema Kindergarten bzw. Schule

Erkundigungen hinsichtlich Wegzeit, Beförderungsmitteln, äußeren Umweltbedingungen (Klassengröße, Lärmpegel, Geruchsbelästigung), Erziehungsstil der Schule (autoritär oder alternativ), Leistungsanspruch, sozialem Klima in der Gruppe, Möglichkeiten der Nachmittags- und Lernbetreuung: In welcher Entfernung befindet sich die Schule, der Kindergarten? Wie lange dauert der Schulweg? (Ist die Anfahrt öffentlich möglich, nur mit dem Auto, oder ist die Schule, der Kindergarten sogar zu Fuß erreichbar?) Mit welchem Alter kam das Kind in den Kindergarten oder die Krippe, wie erfolgte die Eingewöhnungsphase in den Kindergarten oder die Schule? Fühlt sich das Kind in der äußeren Umgebung wohl? Wo ist sein Sitzplatz? Ist es sehr laut, unruhig in der Klasse? Wie sind die Betreuer (Lehrer) und wie die Leistungsanforderungen? Fühlt sich das Kind dem gewachsen? Sind Fehler erlaubt? Wie ist die Klassengemeinschaft? Gibt es belastende Rivalitäten (»Mobbing«) in der Gruppe? Geht das Kind, der Jugendliche am Nachmittag in den Hort, nach Hause oder zu Freunden? (Beim Kindergarten: Wer holt das Kind wann ab?) Ist es dann allein zu Hause? Wer unterstützt das Kind im Bedarfsfall bzw. kann es den Anforderungen autonom begegnen?

Fragen zur Familie

Zur Abklärung wird ein Soziogramm der Kernfamilie erstellt, Klärung der Lebens- und Wohngemeinschaften (Alleinerziehende, Patchworkfamilie, WG oder Pflegefamilie), Hierarchien innerhalb der Familie oder Großfamilie, potenzielle innerfamiliäre Spannungen, Trennungsängste des Kindes, familiäre Gewalt. Fragen nach der Geschwisterreihenfolge, Großeltern, verstorbenen Familienmitgliedern (Geschwister, Eltern oder Großeltern), Hierarchien, sozialen Ängsten (Befürchtungen bezüglich einer Scheidung der Eltern, Trennungsängste etc.), Besonderheiten und Ausnahmesituationen in der Familie, Familiengrundsätzen und nach potenzieller Gewalt in der Familie ergänzen das familiäre Soziogramm. Sollte es Hinweise auf Gewalt oder Missbrauch am Kind geben, hat die Sicherheit des Kindes absolute Priorität vor sonstigen hypnotherapeutischen Interventionen.

Freizeit und Hobbys

Hobbys, sportliche Aktivitäten und weitere Freizeitgestaltung des Kindes (Art, Zeitausmaß) werden erfragt. Hat das Kind genügend Freizeit oder ist es durch die Schule so belastet, dass es kaum mehr Freiraum zum Spielen hat? In welchem Ausmaß finden Fernseh- und Videokonsum statt? Was macht das Kind am liebsten? Hat es Freunde, die es auch außerhalb der Schule, des Kindergartens trifft? Gibt es Möglichkeiten, sich gegenseitig zu besuchen? Und was ist die Lieblingsbeschäftigung des Kindes?

Diese Fragen dienen der Abklärung der äußeren und sozialen Lebensumstände des Kindes. Daraus können einerseits Hypothesen über die Ursachen des Problems (ob im psychischen, somatischen, sozialen oder Umweltbereich) und die daraus sich ergebenden Interventionen entwickelt werden, andererseits bieten sie einen reichen Fundus zur Aktivierung wichtiger Ressourcen.

62.1.3 Interdependenzen von Psyche, Soma, Umwelt und Umfeld

Vielfältige Einflüsse und Wechselwirkungen beeinflussen das Erscheinungsbild der psychosomatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen. Die folgende ◘ Abb. 62.1 weist auf diese Komplexität und das Ineinandergreifen der einzelnen Bereiche hin. Je nachdem, auf welchen Aspekt bzw. Bereich der Fokus der Aufmerksamkeit gerichtet wird, ergeben sich daraus unterschiedliche Zugänge und Interventionen, von denen einige in der Abbildung angeführt sind. Für Psychotherapeuten, Ärzte und Psychologen bietet sich gerade im Bereich der psychischen Beschwerden in Überschneidung mit somatischen Symptomen ein weites Betätigungsfeld mit unterschiedlichsten Interventionsmöglichkeiten (◘ Abb. 62.1).

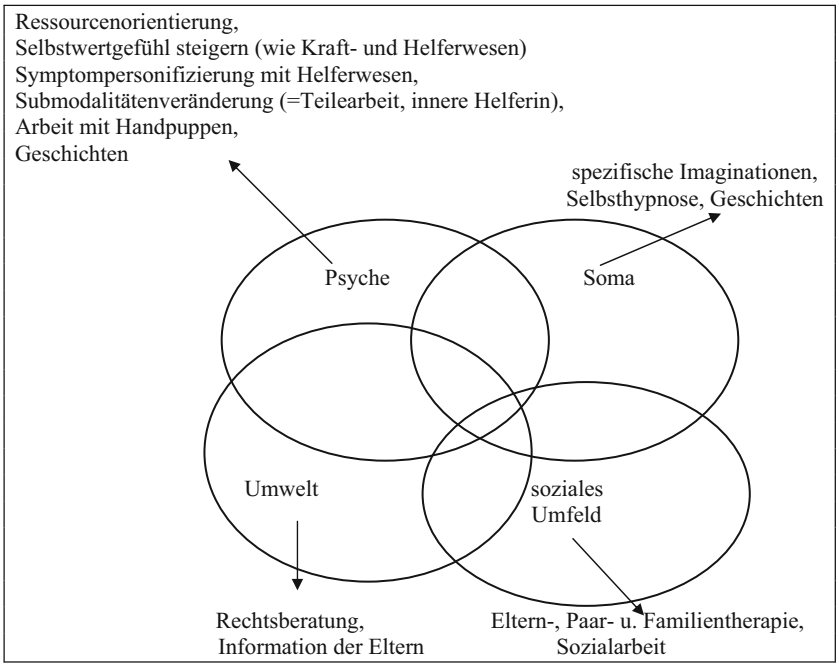


Abb. 62.1. Interdependenz von Psyche, Soma, Umwelt, Umfeld. (Nach Wirl 2005)

62.2 Hypnotische Interventionen bei psychosomatoformen und psychosomatischen Beschwerden

Die Hypnotherapie nutzt die natürliche Fähigkeit des Kindes zur Imagination, zum Lernen an Metaphern, sie ist lösungs- und handlungsorientiert. Auf die Anwendung der Hypnotherapie bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter wurde schon in ▶ Kap. 61 eingegangen.

Grundlage für die hier angesprochenen Interventionen ist der Erickson'sche Ansatz, bei dem das individuelle Kind im Zentrum steht. Das heißt, es wird nicht nur auf einen kindgerechten, sondern auch auf einen individuell auf das jeweilige Kind abgestimmten Zugang Wert gelegt. Ziel ist, dem Kind oder Jugendlichen den Zugang zu jenen Ressourcen zu ermöglichen, die es zur Lösung bzw. für sein Ziel benötigt. Das so vermittelte Vertrauen in die im Kind vorhandenen Ressourcen bedeutet von vornherein eine für das Kind aufbauende Zugangsweise. Nicht ich, der Erwachsene, zeige ihm die Lösung, sondern ich zeige Vertrauen in sein eigenes kreatives Lösungspotenzial und mache es ihm wieder zugänglich. Allein diese Haltung des Therapeuten kann schon eine Veränderung in der Selbstwahrnehmung des Kindes bewirken.

62.2.1 Hypnotische Intervention 1: Ressourcenaktivierung

Aktivierung eines Kraftwesens

Im ersten Schritt werden die Ressourcen des Kindes aktiviert. Dies dient der Aufwertung des Selbstwertgefühls, führt zur »Ich-Stärkung« und ermöglicht ihm, adäquate Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Viele verschiedene Übungen können dazu genutzt werden, das Selbstbewusstsein und damit die Bewältigungsstrategien unserer jungen Patienten zu stärken. Ihr gemeinsamer Nenner ist, dass diese Übungen symptomunspezifisch, aber Individuum- und ressourcenorientiert sind. Dazu gehört die Imagination des individuellen »Kraftortes«, Zeichnungen eines Ressourcenzustandes mit anschließender Imagination (Wirl 2000) und die Imagination von Helferwesen und Krafttieren. Diese Wesen werden als kraftvolle, für andere unsichtbare, ganz persönliche Helfer etabliert, »*die jederzeit für einen da sind, wann auch immer und wo auch immer man sie braucht*«.

Therapeutische Schritte

1. Musterunterbrechung
2. Erzählen einer kurzen Geschichte über Krafttiere
3. Zeichnung des Krafttieres
4. Beschreibung der Details und Namensgebung
5. Visualisierung mit geschlossenen Augen
6. Weiterführende Aufgabenstellung

Nach der medizinischen Untersuchung oder der Beschreibung des Symptoms findet mit dem Satz *»Jetzt ganz etwas anderes: Kennst Du die Geschichte von den Krafttieren?«* eine Musterunterbrechung statt. Dem Kind wird eine Geschichte von Krafttieren bei den Indianern oder anderen naturverbundenen Völkern erzählt. Darin wird berichtet, dass jeder Mensch sich sein persönliches Krafttier aussuchen kann, das dann immer für ihn da ist, wenn er es braucht, ein Leben lang. Es ist einzig und allein für den da, der es sich ausgesucht hat, gibt diesem Menschen seine Kraft und Stärke und erinnert ihn daran. Da es bei uns in Europa nicht so leicht ist, seinem Krafttier in der Natur zu begegnen, kann dieses Krafttier natürlich auch ein Phantasiewesen sein. Nach dieser kurzen Einleitung wird das Kind gebeten, sich sein Krafttier auszusuchen, es zu zeichnen oder mit Ton bzw. Knetmasse zu formen. Das Angebot, *»einfach zu zeichnen, was immer Dir in den Sinn kommt, es ist in Ordnung und gut so«*, kann hilfreich sein, einen eventuellen schulischen Leistungsdruck zu mildern. Manche Kinder plaudern dazu, andere malen still vor sich hin. Sie können, wenn sie möchten, beschreiben, was sie gezeichnet haben. Ergänzende Fragen nach der Größe, weiteren Farbdetails, was und wie das Phantasiewesen sprechen würde, falls es das kann, Fragen nach dem Geruch oder den Bewegungen des Wesens sowie seiner Lokalisation im Raum können hilfreich sein, insbesondere für eine anschließende Geschichte. Der Therapeut fragt nach, interpretiert aber nicht. Kleinere Kinder haben zumeist noch Schwierigkeiten, beschreibende Eigenschaftswörter zu finden, sie drücken sich lieber zuerst malerisch aus, dann erst »beschreiben« sie, meist in neuen, zusammengesetzten Nominalisierungen. Beim Zeichnen dieses wunderbaren Wesens findet automatisch ein positiver Bild- und Bewegungsanker statt: Wann immer das Kind das Bild ansieht oder eine ähnliche Zeichenbewegung ausführt, wird automatisch ein angenehmer Gefühlszustand ausgelöst. Das Kraftwesen wird durch die Zeichnung »real«, es wird als wirklich erlebt. Das Kind wird nun gebeten, die Augen zu schließen und sein Krafttier vor seinem inneren Auge zu sehen, wobei die vorherigen Beschreibungen des Kindes benützt werden. Suggestionen wie, *»mit jedem Tag, mit dem Du* (das Kind) *älter und größer wirst, wird auch Dein Krafttier älter und größer und stärker«*, können eingebaut werden (es soll damit eine wachsende Stärke des Kindes impliziert werden). Diese kreativ geschaffenen Phantasiewesen symbolisieren einen ressourcenvollen Zustand des Kindes, auf den es bei Bedarf zurückgreifen kann. Auch sind diese Phantasiereisen im Sinne eines positiven »Alter Ego« zu verstehen – wie es in der Erwachsenentherapie in Form einer »Helferfigur« eingesetzt wird.

Eine zusätzliche »Aufgabe«, ein weiterführender Hinweis, vertieft die Wirkung: Das Kind kann z. B. diese kraftvolle Symbolfigur daheim aus Ton formen, sie aus verschiedenen Materialien basteln und einen ganz speziellen Platz für sie finden. Hier kann es sinnvoll sein, vorher zu fragen, ob das Kind einen sicheren Platz für diese Figur hat, »wo niemand anderer an sie heran kann und sie sicher aufbewahrt ist«. Sollte das Kind keine Möglichkeit dazu haben, ist ein kurzes Gespräch mit den Eltern – unter Berücksichtigung der sozialen und ökonomischen Verhältnisse – notwendig. Es bietet sich die Möglichkeit, dieses besondere Wesen noch einmal in Kleinformat zu zeichnen, sodass es z. B. im Federmäppchen (als Helfer) in die Schule oder an einen anderen Ort mitgenommen werden kann, oder auch in Großformat auf einem großen Plakat über dem Bett aufzuhängen. Im Sinne einer Teilearbeit kann das Kind mit diesem Phantasiewesen jederzeit in Kontakt treten und intensive Dialoge führen. Phantasiewesen entsprechen der imaginativen Welt von Kindern. Sie sind es gewohnt, sich Feen, Helden oder imaginierte Freunde zu suchen, mit denen sie dann auch in einen weiterführenden inneren Dialog treten können. Die Internalisierung dieses Kraftwesens als Symbol ihrer Fähigkeiten und Lösungsstrategien geschieht bei Kindern sehr rasch.

Fallbeispiel

Kathi, 6 Jahre alt, ist ein kleines, zartes Mädchen. Sie klagt über gelegentliche Bauchschmerzen verbunden mit Ängsten und Einschlafstörungen.

Sie malt ihr Krafttier als runde Gestalt mit Flügeln, in deren Bauch viele bunte »S« (für »super«, wie sich herausstellt) geschrieben sind, und beschreibt ihr Kraftwesen, das sie später als »Superadler« bezeichnet, wie folgt: Er befindet sich über ihrem Kopf und ist so groß wie ein ganz normaler Adler mit Superkräften. Da er ihr Krafttier ist, kann nur sie ihn sehen, für andere ist er unsichtbar. Er spricht mit ganz normaler Stimme zu ihr und hat sehr viel Humor. Er hilft ihr, wenn sie ihn braucht. Sie spielt auf einer Flöte, um ihn zu rufen, dann kommt er. Kathi wird aufgefordert, die Augen zu schließen und sich das Kraftwesen nochmals genau vorzustellen, wobei ihr Superadler in allen Details beschrieben wird. Dabei möge sie spüren, wie sich das anfühlt, einen so mächtigen und starken Freund zu haben, der sie beschützt und immer für sie da ist, wenn sie ihn braucht. Kathi zeigt ihrer Mutter begeistert den Superadler, sie überlegt, ihn auf einen großen Bogen Papier zu zeichnen und findet einen guten und sicheren Platz zur Aufbewahrung. Im Hinausgehen höre ich, wie sie ihrer Mutter die Geschichte von den Krafttieren erzählt. Die Mutter berichtet in einem anschließenden Telefonat, dass Kathi ihren Superadler auf ein großes Plakat gezeichnet hat, das von ihrem Bett aus gut sichtbar ist, und dass sie seither keine Symptomatik mehr zeigt.

Von Kraftwesen in Geschichten – »Basismetapher«

Es gibt auch Beispiele für Metaphern, die mit entsprechenden Protagonisten und individuell angepassten Symbolinhalten als Grundmetapher zum Aufbau erhöhten Selbstbewusstseins dienen können. Die Möglichkeiten hypnotischer Sprachmuster (Verknüpfungen, Implikationen, Suggestionen) werden genutzt, um das Kind in einen ressourcenvollen Zustand zu versetzen (▶ Kap. 18; Mills u. Crowley 1986; Wirl 1999).

Fallbeispiel

Als Beispiel sei hier die Geschichte eines 6-jährigen Jungen erzählt, der sich klein und als Versager fühlte, weil er Schulprobleme hatte. Als er eines Tages wieder traurig im Garten saß, erzählte die Autorin ihm folgende Geschichte:

»Weißt Du, irgendwo auf der Welt, gibt es einen kleinen Löwen, der sitzt ein wenig traurig und in sich zusammengekauert in seiner Ecke (»pacing« des momentanen Verhaltens des Buben) *und denkt darüber nach, wie er einen Freund finden könnte. Dieser kleine Löwe aber hat eine besondere Eigenschaft: Er ist nur für den sichtbar, der sein Freund wird* (Vorbereitung der nachfolgenden Implikationen). *Und es könnte sein, dass er gerade Dein Freund werden möchte* (Botschaft). *Im Moment ist er für alle anderen noch unsichtbar, aber es könnte sein, dass er beginnt, für Dich sichtbar zu werden* (»seeding«). *Es ist ein noch sehr kleiner Löwe und er ist noch sehr jung. Deshalb fürchtet er sich vor den Aufgaben, die ihm gestellt werden, und vieles von dem, was ihm gesagt wird, versteht er einfach noch nicht. Das macht ihn traurig. Er fühlt sich nicht verstanden und manchmal auch dümmer als die anderen kleinen Löwen* (»pacing«). *Du aber kannst diesem kleinen Löwen helfen, indem Du sein Freund wirst* (Rollenumkehr, Implikation). *Und ich weiß nicht, ob Du zuerst sein Fell siehst, oder seine Augen. Und ich weiß auch nicht, wie groß Dein Löwe im Moment ist. Vielleicht kannst Du sein Fell spüren und langsam darüber streichen, um die Wärme seines Körpers zu fühlen. Du alleine kannst auch hören, was der kleine Löwe sagt, wenn er spricht* (verschiedene Sinnesmodalitäten werden angeboten, Visualisierung abgeschlossen – Implikation des nun Folgenden). *Denn nur Du kannst sein Freund werden und kannst ihn sehen, hören und fühlen. Und es kann sehr angenehm sein, einen Freund zu haben. Einen Freund, dem man vertrauen kann. Das kann ein ganz neues Gefühl sein (Initiierung einer Veränderung). Dieser kleine Löwe, Dein Freund, ist immer bei Dir, besonders dann, wenn Du ihn brauchst. Du kannst ihn überallhin mitnehmen, und er ist immer bei Dir* (Suggestion), *wenn Du es möchtest. Und mit jedem Tag, mit dem Du größer und älter und stärker wirst, wächst auch Dein kleiner Löwe und wird stärker und größer und sicherer* (Implikation durch Rückschluss: Auch er, der Bub, wird sicherer). *Er ist Dein Freund. Und es kann gut tun, einen so großen und starken* (Suggestion) *Freund zu haben, der immer bei einem ist und zu einem hält. Und wie es unter Freunden so üblich ist, beschützt Dich dieser Löwe und Du beschützt ihn, indem Du für ihn sorgst. Und Du kannst es genießen, einen so großartigen Freund zu haben und dieses Gefühl ganz in Dich aufzunehmen.«*

Einige Zeit später, als ich den Jungen wieder traf und fragte, wie groß denn nun sein Löwe sei, zeigte er mit der Hand über seinen Kopf und sagte strahlend: »Sooo groß, so groß!«

Weitere Ressourcen aktivierende Techniken

- Kraftstein: Ähnlich wie die Übung mit dem Krafttier zielt auch die Technik des »Speicherns« von Kraft und Stärke über ein Trägermedium, einen »Kraftstein«, auf die Erreichung eines ressourcenvollen Zustandes.
- Kraftort: Die Visualisierung eines Ortes, an dem man sich wohlfühlt, wurde schon mehrmals in diesem Buch aufgeführt.
- Visualisierung einer angenehmen Tätigkeit (etwas, was das Kind gerne tut).
- Visualisierung erfolgreicher Situationen (vielleicht einer anfangs schwierigen Situation, die dann aber gut ausgegangen ist).
- Symbolische Darstellung von Fähigkeiten (Eigenschaften, die der Jugendliche, das Kind an sich schätzt oder in Ordnung findet, werden in symbolhafter Form gezeichnet und z. B. als Collage aufgehängt).

Indikationen für Ressourcen aktivierende Techniken. Die kreative und imaginative Darstellung von ressourcenvollen Symbolen oder Zuständen etabliert im Kind oder Jugendlichen eine vertrauensvolle und lösungsorientierte Haltung. Insbesondere wenn die psychosomatischen Symptome mit Ängstlichkeit verbunden sind, kann sie als erste hilfreiche Maßnahme etabliert werden. Soziale Ängste, Schulangst, Prüfungsangst sind meist verbunden mit symptomatischen Bauch- oder Kopfschmerzen oder Einschlafstörungen. Stärkende Suggestionen während der hypnotherapeutischen Kurzinterventionen unterstützen die Veränderung in der Selbstwahrnehmung des Kindes.

Diese eher »unspezifischen«, also nicht symptomorientierten Interventionen werden zumeist am Anfang einer Therapie eingeführt. Das kann auch unmittelbar nach dem anamnestischen und diagnostischen Gespräch geschehen. Die Kurzinterventionen dienen sowohl der Musterunterbrechung – der Fokus wird vom Problem auf eine Ressource gelenkt – als auch der Reaktivierung der klienteneigenen Ressourcen.

62.2.2 Hypnotische Intervention 2: Symptompersonifizierung und Einführen eines speziellen Helferwesens

Zeigt ein Kind immer wieder symptomatische Beschwerden, die schulmedizinisch abgeklärt wurden, kann es im Sinne der Würdigung des Symptoms oder der Situation angezeigt sein, zuerst auf das Symptom einzugehen. Insbesondere wenn es um Schmerzen oder undefinierbare Angst geht, ermöglicht die symbolhafte Darstellung des Symptoms einen wesentlich leichteren Zugang. Sie lässt das »Unfassbare« Gestalt annehmen und damit fassbar (bei Knetmasse oder Ton im wörtlichen Sinne) werden. Überdies erleichtert eine solche Gestaltgebung die Dissoziation von Bedrohlichem oder Schmerzhaftem. Die symbolhafte Darstellung eines Symptoms oder des dazugehörigen Gefühls entspricht einer Externalisierung.

Therapeutische Schritte

1. Symptombeschreibung
2. Symptompersonifizierung
3. Beschreibung, Namensgebung
4. Einfügen einer »Helfergestalt« mit genauer Beschreibung
5. Interaktion zwischen Symptompersonifizierung und Helfergestalt
6. Integrieren weiterer Helferfiguren
7. Imagination und Vertiefung der Lösungssituation

Zu Schritt 1: Symptombeschreibung. Das Kind wird gebeten, seine somatischen Beschwerden genau hinsichtlich Lokalisation und Symptomatik zu beschreiben (anamnestisches Gespräch). Bei Jugendlichen wird nun eine Trance induziert, bei Kindern reicht die Visualisierung mit offenen Augen.

Zu Schritt 2: Symptompersonifizierung. Das Kind soll nun diesen Beschwerden (z. B. Bauch- oder Kopfschmerz) eine »Gestalt« geben.

Zu Schritt 3: Beschreibung, Namensgebung. Nun werden verschiedene Details, Modalitäten und Sin-

nesqualitäten wie Größe, Aussehen, Farbe, Form, Konsistenz, Geräusch, Stimme etc. abgefragt:

»Wenn Dein Kopfweh ein Wesen wäre, wenn es eine Gestalt hätte, wie würde es dann aussehen? Beschreibe die Gestalt so genau wie möglich, was auch immer Du zuerst siehst. Welche Größe hat sie? Welche Farbe? Kannst Du etwas hören? Hat diese Gestalt eine Stimme? Ist es eine hohe oder tiefe, eine männliche oder weibliche Stimme, sind es mehrere Stimmen oder eine? Wo befindet sich diese Gestalt jetzt? (Vor oder hinter dem Kind oder noch im Kind). Wohin blickt die Gestalt, falls sie Augen hat? Vielleicht hat sie auch einen Geruch? Was tut sie jetzt? Kannst Du ihr einen Namen geben?«

Durch diese symbolische Darstellung des Symptoms wird es einerseits »greifbar« und fassbar – durch die Namensgebung »handhabbar« (wie im Märchen des Rumpelstilzchens – wer den Namen kennt, kann den Bann brechen); andererseits ermöglicht die Symptomdarstellung eine Dissoziation bzw. eine »Beobachterperspektive« (▶ Kap. 2 und 44).

Zu Schritt 4: Einfügen einer »Helfergestalt« mit genauer Beschreibung. In diesem 4. Schritt wird eine »Helfergestalt« eingefügt: *»Gibt es jemanden oder etwas, was Dir in dieser Situation jetzt helfen kann? Ein Wesen oder vielleicht ein Tier?«* Die genauen Eigenschaften dieses Tieres oder Wesens einschließlich der akustischen Besonderheiten und insbesondere der räumlichen Position werden wieder solange nachgefragt, bis es in allen Details vorstellbar und »anwesend« ist:

»Wo befindet sich das Helferwesen? Wo im Vergleich dazu befindet sich die Symptomdarstellung? Wohin blickt das Helferwesen? Was tut es?«

Selbstverständlich erhält auch diese Helfergestalt einen Namen. Sie wird in die vorher beschriebene Imagination »eingeschleust«, sodass es zu einer relativen Positionierung von Symptomgestalt und Helfersymbol kommt.

Zu Schritt 5: Interaktion zwischen Symptompersonifizierung und Helfergestalt. Es werden diesen Prozess unterstützende Fragen wie *»Was passiert nun mit der Symptomgestalt? Wie reagiert sie, was tut sie? Was macht daraufhin die Helferfigur?«* gestellt und es ergibt sich eine Interaktion. Daraus entwickelt sich eine eigene Dynamik, die verschiedenen Wesen beginnen in der Phantasie des Kindes zu agieren (»Was tun die Gestalten jetzt?«), es entsteht eine Geschichte.

ZuSchritt6:IntegrierenweitererHelferfiguren. Das Kind wird im nächsten Schritt solange gefragt, ob es weitere Hilfsmittel (Wesen, Tiere etc.) braucht und einfügen möchte, bis die Interaktion an einem Punkt angelangt ist, an dem sich das Kind wohlfühlt. Die Symptompersonifizierung ist zumeist verschwunden oder in einer Position, in der man sie gut belassen kann.

Zu Schritt 7: Imagination und Vertiefung der Lösungssituation. Im letzten Schritt wird bei Jugendlichen die Lösungssituation nochmals in Trance imaginiert. Die Lösungsszene wird in allen Details und in allen Sinnesmodalitäten angesprochen, wobei das Wohlgefühl des Kindes in all seinen Ausprägungen (*»Wo im Körper spürst Du das besonders, wie fühlt sich das an, möchtest Du diesem Gefühl einen Namen geben oder eine bestimmte Farbe?«*) betont wird. Bestimmte Passagen der vom Kind entwickelten Lösungsszene werden wiederholt und mit Suggestionen vertieft:

»Und es kann gut tun, ein so kraftvolles Wesen (Namen des Wesens) *zu spüren, einen so guten Freund zu haben, der einem immer zur Seite steht, wenn man ihn braucht.«*

Fallbeispiel

Sabine, ein 14-jähriges Mädchen klagt in der Schule über wiederkehrende Bauchschmerzen, besonders in der Gebärmutter. Verschiedene Untersuchungen waren negativ, kein pathologischer Befund konnte erhoben werden. Ich bitte sie, den Schmerz in Gestalt eines Tieres zu personifizieren. Sie wählt dafür spontan einen Tiger. Er ist groß, »semmelbraun«, hat schwarze Augen, keine Stimme, er steht genau vor ihr, und sieht sie an. Abwartend, lauernd, böse. Was möchte sie tun? Weglaufen! Aber wenn sie wegläuft, rennt ihr der Tiger nach, meint sie. Manchmal läuft sie weg, nach Hause, da kann ihr der Tiger nicht nachlaufen, weder in die Straßenbahn noch nach Hause. Der Tiger stehe für

die Schule und die Kinder der Klasse. Sie hat Schwierigkeiten in der Klasse, unter ihren Mitschülern nimmt sie eine Außenseiterposition ein. Ich frage sie, ob es irgendein Wesen gibt, das sie sich in der imaginierten Situation zur Seite wünscht? Nach einigem Zögern fällt ihr ein kleiner, schwarzer Hund ein, eine Dackelmischung, mit Schlappohren, Bobby ist sein Name, und »er ist auch krank«, er hat ein blutiges Ohr. Wieder bitte ich sie, sich den Tiger vorzustellen, wie er vor ihr steht und sie ansieht. Wo ist Bobby? Sabine beschreibt, wie sie den Tiger und dahinter Bobby sieht. Der Tiger knurrt, Bobby knurrt auch. Die beiden fangen zu raufen an. Auf die Frage, ob vielleicht noch andere hilfreiche Tiere kommen können, die sie kennt, antwortet Sabine, dass Bobby Strolchi, einen kleinen Jagdhund, und einen Schäferhund sowie viele andere Freunde und Freundinnen zu Hilfe ruft. Diese treten gemeinsam gegen den Tiger an; er rennt vielleicht weg, wenn sehr viele Helfer da sind. Bis hierher sind es Sabines eigene Vorstellungen und Ideen, sie erzählte die Handlung, angeleitet höchstens durch Fragen. Nun bitte ich sie, die Augen zu schließen und sich das genau vorzustellen: Das bisher Beschriebene und weiter, wie sich dann alle freuen. Sie lobt die Hunde, es geht ihr gut. Sie ist glücklich, streichelt alle, sie bekommen Knochen zu fressen. Wo sie das spürt? »Im Herzen drinnen«. Sie ist glücklich, »es ist ein Kribbeln und ganz weich«. Sie beginnt zu schluchzen. Ich fahre fort:

»Und das rührt einen … und Du kannst Dir diese Freunde vorstellen, wie sie Dich beschützen … und wie Du diese Hunde streichelst und sie Dich mit der Schnauze berühren, … diese Freunde gibt es, so wie Deine Fähigkeiten und Stärken … Du kannst sie spüren, Kraft, Stärke, Deine Freunde. Und Du kannst sie Dir zu Hause vorstellen, sie sind immer da, wenn man sie braucht, auch in der Schule. Wie das so ist bei Hunden, die spüren, wenn man traurig ist und sie braucht. Für Dich sind sie sichtbar, für andere unsichtbar. Und Du kannst sie sehen, auch spüren und hören, wie sie knurren und den Tiger vertreiben. Und das kannst Du jederzeit tun und sie in die Schule mitnehmen und Du wirst sehen, wie schnell das geht. Sie sind Deine Freunde und immer da, wenn Du sie brauchst. Und es ist toll, solche starken Freunde zu haben. Ich gratuliere Dir dazu.«

Sie schluchzt und beruhigt sich allmählich. Es läutet und sie geht zurück in die Klasse.

Kurze Zeit später berichtet der Direktor, dass die Mutter des Mädchens bei ihm war, um die Außenseiterposition der Tochter zu besprechen. Drei Wochen später sehe ich das Mädchen anlässlich einer Routineuntersuchung wieder. Sie hat ihren Goldhamster bei sich und steht inmitten ihrer Klassenkameradinnen, die sich darum reißen, ihre Freundin zu sein und den Goldhamster halten zu dürfen.

In dieser Arbeit wurde der Bauchschmerz des Mädchens als Tiger personifiziert. Diese Symboldarstellung erleichtert den Zugang zu inneren Anteilen und eine Dissoziation: Indem das Mädchen anstelle des inneren Schmerzes den Tiger vor sich hinstellt, beginnt ein Dissoziationsvorgang von Innen nach Außen. Sehr rasch erkennt das Mädchen die Bedeutung des Symbols: Es steht für ihre Angst vor der Schule und die Kinder der Klasse. Nicht immer findet eine so rasche Interpretation des psychosomatischen Leidens und die Erkenntnis des dahinter liegenden Konflikts statt, doch die Aufforderung zur Symboldarstellung als Zwischenschritt erleichtert das ungemein. Als Gegenstück zum Tiger imaginierte das Mädchen den Hund Bobby und seine Freunde; sie repräsentieren ihre unbewussten Fähigkeiten und Ressourcen, symbolisieren ihre Lösungsstrategien und bilden die Protagonisten der »Geschichte«. Überdies stellen sie einen kindgerechten Zugang zu dessen kreativem Potenzial dar. Diese selbst gewählten Symbole ergeben ein hervorragendes Material für die anschließend induzierte Trance.

Indikation. In dieser Technik wird das Symptom symbolisch aufgegriffen und gewürdigt. Deshalb ist diese Technik sehr früh im therapeutischen Prozess (also nach der Anamnese und dem diagnostischen Gespräch) und nach einer unspezifischen Ressourcenetablierung einsetzbar. Die Interventionen werden bei Jugendlichen in Trance, bei Kindern ohne eigens induzierte Trance gesetzt. Es sind Kurzinterventionen von einigen wenigen bis maximal 20 min. Sie werden vor allem bei somatoformen Beschwerden (psychische Faktoren führen zu somatischen Beschwerden) und auch bei psychosomatischen Erkrankungen angewandt und können manchmal – vermutlich durch die Externalisierung und die Evozierung des eigenen Lösungspotenzials – zu überraschenden Erkenntnissen beziehungsweise zu konkreten Lösungen führen.

Eine genaue medizinische Untersuchung ist vorweg unbedingt notwendig, um eventuelle organische Erkrankungen ausschließen zu können. Bei Verdacht auf sexuelle Übergriffe, Missbrauch oder familiäre Gewalt ist dies vorher abzuklären und die Sicherheit des Kindes muss gewährleistet sein.

62.2.3 Hypnotische Intervention 3: Symptompersonifizierung mit Veränderung der Submodalitäten

Die Wahrnehmung von Schmerz erfolgt über sensorische Bahnen. Diese werden im Gehirn verarbeitet, wobei Erfahrungen eine große Rolle spielen. Diese Erfahrungen sind an andere Sinneseindrücke (visuelle, auditive, olfaktorische, kinesthetische Wahrnehmungen) gekoppelt. Wenn nun diese assoziativen Bahnen unterbrochen und durch neue ersetzt werden, kann dies zu einer Veränderung in der Schmerzwahrnehmung führen. Wird ein Schmerz dissoziativ (wie dies durch die Symbolisierung möglich ist) dargestellt, und die Sinnesqualitäten zum Angenehmen hin verändert, hat dies Rückwirkungen auf die sensorische Wahrnehmung des Schmerzes selbst.

Therapeutische Schritte

1. Symptompersonifizierung (Details)
2. Lustvolle Veränderung der Gestalt
3. Begleitung, emotionale Überprüfung bis zur Problemlösung
4. Endergebnis bei Bedarf zeichnen und in Trance vertiefen

Zu Schritt 1: Symptompersonifizierung (Details). Dem Symptom wird ein bestimmtes Aussehen gegeben, eine Gestalt verliehen. Diese Gestalt wird wiederum genau beschrieben. Eine Namensgebung erleichtert den Dialog.

Zu Schritt 2: lustvolle Veränderung der Gestalt. Das Kind wird nun gebeten, die das Symptom darstellende Gestalt lustvoll in allen Qualitäten zu verändern, sie bunt zu bemalen:

»Ich möchte Dich jetzt bitten, das Aussehen so zu verändern, wie Du es möchtest, wie es Dir Spaß macht. Du kannst alles machen: Die Gestalt größer oder kleiner machen, die Form verändern, die Farbe verändern, bunt machen oder scheckig, so, wie Du es willst. Du kannst der Gestalt (den Namen nennen) *eine andere Konsistenz geben, eine andere Stimme, sie etwas Lustiges singen lassen, vielleicht in einem Chor. Ganz, wie Du Lust hast. Würde die Gestalt etwas sagen? Hätte sie nun einen (anderen) Geruch? Welche Bewegung macht sie nun? Du kannst alles machen, was Du willst. Wo ist diese Gestalt jetzt?«*

Zu Schritt 3: Begleitung, emotionale Überprüfung bis zur Problemlösung. Die Prämisse lautet: Was kann es noch angenehmer, noch lustiger und witziger machen? Das macht den meisten Kindern großen Spaß und findet auch unter gelegentlichem Gelächter statt. Die Frage lautet jetzt: *«Wie geht es Dir damit, ist das jetzt so o. k.?«* Die Gestalt wird so lange weiter mit Spaß umgeformt, bis sie etwas so Lustiges geworden ist, dass man locker und leicht damit umgehen kann, wobei möglichst viele Qualitäten der Sinneswahrnehmung angesprochen und verändert werden.

Fallbeispiel

Ein 13-jähriges Mädchen klagt über heftige Menstruationsbeschwerden. Nach dem Aufzeigen der medizinischen Möglichkeiten bitte ich sie, dem Schmerz in ihrem Bauch eine Gestalt zu geben. Sie beschreibt ihn als »großen roten Drachen mit aufgeplustertem Kragen, spitzen, scharfen Krallen, die an ihrem Leib kratzen und einem stachelbewehrten Schwanz, mit dem er in ihrem Bauch herumtobt, Feuer speiend und mit riesengroßen, wilden Augen, die sie durchdringend von innen ansehen. Der Drache brüllt.« Im Zustand der Entspannung verändert sie den Riesendrachen zu einem kleinen, zahmen, grünen, leicht gelb getupften Drachen mit ganz lieben, freundlichen Augen, die Beine vorsichtig unter sich gelegt, friedlich zusammengerollt in ihrem Bauch, nach Zimt duftend, zumeist dösend und zwischendurch ein fröhliches Kinderliedchen trällernd.

Indikation. Diese Technik eignet sich besonders für jene Fälle, bei denen Beschwerden oder Schmerzen nicht völlig aufgelöst werden können, aber in ihrer subjektiv wahrnehmbaren Qualität

sehr wohl auf ein erträgliches Maß verändert werden können, wie z. B. bei Menstruationsbeschwerden, Juckreiz bei Neurodermitis oder bei onkologischen Schmerzen.

62.2.4 Hypnotische Intervention 4: Selbsthypnose mit spezifischem Inhalt

Das Erlernen von Selbsthypnose ist eine den Kindern und Jugendlichen sehr entgegenkommende Technik, da sie gewohnt sind, in ihrer Phantasie an verschiedene Orte zu gehen und Erlebnisse zu »erträumen« – für Kinder ein alltäglich gewohnter und genutzter Zustand. Jugendliche können mit dem Hinweis auf die Möglichkeit interessanter körperlicher Erfahrungen, auf bewusstes Erleben anderer physiologischer Zustände (»Grenzerlebnisse«) zumeist sofort gewonnen werden.

Therapeutische Schritte

1. Aufklärung über Körperfunktionen (einfache Darstellung, Abbildungen)
2. Rahmenbedingungen
3. Selbstinduktion
4. Trancevertiefung
5. Spezifischer Inhalt (Bilder, Symbole, Vorstellungen)

Zu Schritt 1: Aufklärung über Körperfunktionen (einfache Darstellung, Abbildungen). Der erste Schritt bei organischen Erkrankungen oder starker körperlicher Symptomatik ist das Verständnis für die Funktionen des betroffenen Organs. Olness u. Kohen (2001) empfiehlt z. B. bei Asthma, die Atemwege als einen »auf den Kopf gestellten« Baum mit all seinen Verästelungen zu zeichnen (die Lunge mit Bronchien und Bronchiolen) mit der Analogie von entspannten (ausgebreiteten) Ästen – die Bronchiolen im lockeren, weiten Zustand – bzw. von engen (zusammengezogenen) Ästen, welche die Bronchiolen im verkrampften, engen Zustand darstellen. Fragen wie: »*Welche Farbe hat Deine Lunge heute?*« und »*Welche Farbe hat die Luft heute?*« bzw. die Vorstellung wie die Farbe der Luft tief in die Lungen hineinströmt und damit die Farbe der Lunge verändert, erleichtern die Visualisierung des tiefen, freien Atmens.

Zu Schritt 2: Rahmenbedingungen. Hier werden die Rahmenbedingungen für das Erlernen und Üben der Selbsthypnose erläutert: Es ist wichtig, dass das Kind sich einen bequemen Platz sucht, vielleicht einen vertrauten Lieblingsplatz, um es sich dort im Sitzen oder Liegen bequem zu machen. Anfangs ist es wichtig, dass Sicherheit vor Störungen jeder Art besteht. Das stellt sich häufig als gar nicht so leicht heraus. Manchmal gibt es keine verschließbaren Zimmertüren oder ein »Bitte-nicht-stören«-Schild wird entweder nicht akzeptiert, kann nicht gelesen werden oder es gibt überhaupt keinen Raum, in den sich das Kind in Ruhe zurückziehen kann. Sind diese Bedingungen nicht gegeben, ist ein klärendes Gespräch mit den Eltern manchmal die einzige Möglichkeit, dem Kind den notwendigen Rahmen zu gewährleisten. Ein Handy wird für die Zeit der Selbsthypnose abgeschaltet, eine warme Decke, besonders für die Beine, ist sehr hilfreich (die Körpertemperatur sinkt etwas ab), ein Kuscheltier kann angenehm sein. Wichtig ist auch, dass dem Kind genügend Zeit der Ruhe zur Verfügung steht, eine Übung sollte maximal 15 min dauern. Die Frequenz wird mit 1-mal täglich empfohlen, bleibt aber vollkommen der Autonomie des Kindes überlassen. Die Eltern dürfen sich diesbezüglich nicht einmischen. Als beste Zeit für die Übung der Selbsthypnose erweist sich ein Zeitpunkt, wenn das Kind ohnehin zur Ruhe gekommen ist. Wenn das Kind die Übung abends im Bett macht, ist es möglich, dass es dabei einschläft. Später wird es überall in Trance gehen können.

Zu Schritt 3: Selbstinduktion. Als Einstiegsintervention in die Trance eignen sich Techniken wie die Fixierung eines Punktes an der Wand (»Augenfixationstechnik«), Handkatalepsie, »magisches-magnetisches Feld« (zwischen den Händen wird ein magnetisches Feld mit gegenseitig sich anziehenden Polen aufgebaut, die Hände beginnen sich aufeinander zu zubewegen; wenn sie einander berühren, geht man in Trance).

Zu Schritt 4: Trancevertiefung. Sie erfolgt mit der Visualisierung einer angenehmen Tätigkeit oder

der klassischen Vorstellung des »*Ortes, an dem Du Dich wohlfühlst*«.

Zu Schritt 5: spezifischer Inhalt (Bilder, Symbole, Vorstellungen). Dann folgen individuell auf das Kind und seine Symptomatik zugeschnittene Bilder wie freies, lockeres Atmen beim »Seele baumeln lassen in der Hängematte« (Asthmatikerin) oder die Vorstellung eines kühlenden, erfrischenden Bades zur Linderung des Juckreizes bei Neurodermitis. Es ist sinnvoll, das Kind nach Situationen zu fragen, in denen es den gewünschten Zustand wie »freies Atmen« (bei Asthma) oder »angenehmes Hautgefühl« (Neurodermitis) erlebt hat, um dies dann in den Worten des Kindes in der Trance als Bild anzubieten.

Faszinierend ist nicht nur, dass Kinder überall in Trance gehen können (selbst in der Schule bei größtem Lärm), sondern auch wie sie Selbsthypnose nutzen. Ein Mädchen berichtete in der zweiten Sitzung (in der ersten hatte sie Selbsthypnose gelernt), wie sie im Auto einen Streit mit ihrem Bruder hatte, sich kurz abwandte, in Trance an ihren Lieblingsort ging und dort das Problem mit ihrem Bruder löste. Einige Augenblicke später wandte sie sich in der Realität wieder ihrem Bruder zu und klärte rasch die Situation.

Fallbeispiel

Eine 16-jährige, ehrgeizige junge Frau leidet seit Kurzem an asthmatischer Bronchitis. Mit der Augenfixationsmethode erfolgt die Tranceinduktion. Sie wählt als Inhalt eine angenehme Tätigkeit und findet sich – zu ihrer Überraschung – gemütlich in einer Hängematte liegend und einen Roman lesend. Ihr angenehmes Körpergefühl strömt in jede Zelle ihres Körpers. Als Symbol für dieses angenehme Körpergefühl, insbesondere für die freie, weite Atmung visualisiert sie einen »großen, roten, kraftvollen Feuerball«. Nach einigen wenigen Übungen in Selbsthypnose reicht ihr schon die Visualisierung ihres »großen, roten kraftvollen Feuerballes«, um in Stress auslösenden Situationen in einen ruhigen, gelassenen Zustand zu gelangen, in dem sie ruhig atmen kann.

Indikationen. Selbsthypnose mit spezifischem Inhalt eignet sich vor allem für jene Symptome, die als »psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten« (ICD-10: F54) bezeichnet werden. Hierzu zählt unter anderem Asthma (F54 und J45), Dermatitis (F54 und L23–L25), Neurodermitis (F54 und L20) und Migräne (F54 und G43). Als Therapieziel wird das Erreichen eines stabilen Zustandes angesehen, sodass Anfälle und Schübe nicht mehr stattfinden oder im Ansatz erkannt und abgefangen werden können. Primär ist es natürlich sinnvoll, den Auslöser eines Anfalls vorher abzuklären, insbesondere wenn es sich dabei um ein Allergen handelt.

62.3 Indikationen und Kontraindikationen

Kinder drücken Probleme oft unmittelbar über körperliche Beschwerden aus, für sie gilt der Spruch:

»Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare« (Christian Morgenstern, 1871–1914)

Das Hauptanwendungsgebiet für die in diesem Artikel angeführten Interventionen stellen die im ICD-10-Diagnosemanual unter den somatoformen Störungen (F45) aufgelisteten Symptome dar. Die Techniken der Selbsthypnose mit spezifischem Inhalt und die der Symptompersonifizierung mit Veränderung der Sinnesqualitäten sind zusätzlich auch bei Schmerzen, deren Ursachen im organischen Bereich liegen, sinnvoll einzusetzen, Selbsthypnose mit Symboldarstellung darüber hinaus auch bei Asthma und bei psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (F54). Alle Ressourcen aktivierenden Interventionen sind zusätzlich bei psychischen und somatoformen Belastungen, die häufig als Begleiterscheinung, z. B. bei onkologischen Erkrankungen auftreten, von großem Nutzen.

Das Arbeiten auf der symbolhaften und kreativen Ebene entspricht der fantasievollen Welt des Kindes. Zwei Ziele stehen im Vordergrund: Einerseits dem Kind seine Ressourcen und Lösungsideen zugänglich zu machen und andererseits sein Gefühl des »Ausgeliefertseins« an etwas (Symptom oder Schmerz) in ein Gefühl von Autonomie und Kontrolle (»Ich bin der Boss über meinen Körper«, »Ich kann Wahrnehmungen beeinflussen, ja sogar verändern«) zu verwandeln. Die Gehirnforschung zeigt Möglichkeiten der Beeinflussung des Körpers

alleine durch die Kraft der Vorstellung. Es ist bei den somatoformen Beschwerden (F45) zumeist nicht notwendig, dass der Therapeut, das Kind oder der Jugendliche wissen, welcher Konflikt oder welches Problem »hinter« den körperlichen Beschwerden steht – die diesbezüglichen Ausnahmen sind unten bei den Kontraindikationen angeführt. Jugendliche können, müssen aber nicht, ihre Rückschlüsse zur »realen« Situation ziehen (wie im Fallbeispiel der 14-jährigen Sabine). Selbstverständlich können sie ihre Ideen auch – im Sinne der Autonomie – für sich behalten. Wir gehen davon aus, dass auf einer unbewussten Ebene wichtige Brücken und Verknüpfungen stattfinden.

Eine **Kontraindikation** für das Anwenden hypnotherapeutischer Interventionen ist gegeben, wenn noch abklärungsbedürftige medizinische Ursachen für die Symptome vorliegen. Dies bezieht sich vor allem auf die somatoformen Beschwerden (F45). Olness u. Libbey (1987) berichten von einer Untersuchung an 200 Kindern: 39 (19,5%) hatten eine unentdeckte biologische Ursache für ihr Symptom; 80 wurden speziell zur Hypnotherapie überwiesen, bei 20 (25%) entdeckte man ein bisher unbekanntes organisches Leiden, das ihre Symptome erklären konnte! Bei jedem dieser Kinder verschwanden die Symptome vollständig mit der Behandlung der zugrunde liegenden Krankheit. So hatten Kinder, die wegen Angstzuständen überwiesen wurden, eine Hyperthyreose, oder Kinder mit scheinbar zyklischem Erbrechen hatten einen genetischen Enzymdefekt. Aus eigener Erfahrung kann die Autorin von einem Kind mit schmerzhaften Koliken berichten, bei dem eine genaue medizinische Abklärung erbeten wurde. Es fand keine Psychotherapie statt. Tragischerweise wurde das zugrunde liegende organische Problem – ein Divertikel des Darmes – nicht erkannt und das Kind starb ein Jahr später an einer Torsion dieses Divertikels.

Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder Gewalt sind selbstverständlich zuerst die entsprechenden sozialen Interventionen zu setzen, die die Sicherheit des Kindes garantieren und es vor weiteren Übergriffen schützen. Erst dann können im Sinne einer Traumatherapie erste stabilisierende Interventionen gesetzt werden.

62.3.1 Empirische Belege für die Effizienz hypnotherapeutischer Interventionen

Olness u. Kohen (1996) berichten von Studien, in denen die Effizienz von Hypnotherapie bei Kindern untersucht wurde. Insbesondere die Anwendung bei Asthma und Kopfschmerzen werden aufgelistet. Erwähnt sei auch Collison (1975), der von einer retrospektiven Analyse der Daten von 121 Asthmapatienten berichtete, die mit Hypnotherapie behandelt wurden. Diese Analyse beinhaltete 6 Patienten, die jünger als 10 Jahre waren und 39 Patienten unter 20 Jahren. In einem von Collison entwickelten Kategoriensystem mit 4 Stufen von möglichen Auswirkungen wurden 4 der 6 Patienten jünger als 10 Jahre mit »ausgezeichnet« oder »gut« eingestuft, von den 39 Patienten im Alter zwischen 11 und 20 Jahren wurden 32 mit »ausgezeichnet« oder »gut« bewertet. Bei Kopfschmerzen zeigte eine kontrollierte Längsschnittstudie (Olness et al. 1987), dass die Anwendung von Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle bei jugendlichen Migränepatienten erfolgreich ist.

62.3.2 Integration von hypnotischen Techniken in medizinische und psychotherapeutische Verfahren

Die in diesem Kapitel angeführten Techniken können für sich alleine als kurztherapeutische Interventionen angewandt werden, z. B. im ambulanten, aber auch im stationären Bereich als Akutintervention und in verschiedenen weiteren kurztherapeutischen Settings. Bei allen im ICD-10 unter F54 angeführten Diagnosen und im onkologischen Schmerzbereich werden diese Techniken in die medizinische Therapie integriert. Im psychotherapeutischen Bereich können die Techniken auch als Bausteine in eine weiterführende oder längerfristige Hypnotherapie, in systemische Familientherapie oder in eine Gestalttherapie eingebaut werden. Olness u. Kohen (1996) weisen auf Studien

zur Anwendung von Hypnose integriert in Verhaltenstherapie und in Bio-Feedback-Methoden hin. Letztendlich kann man sagen, dass die Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen, insbesondere im Bereich der somatoformen Beschwerden, einem eklektischen Ansatz entspricht und somit in alle lösungs- und ressourcenorientierte Therapiemethoden integriert werden kann.

63

Nägelbeißen und Trichotillomanie

Hiltrud Bierbaum-Luttermann, Siegfried Mrochen

63.1 Störungsbild – 779

63.2 Interventionen – 780

63.2.1 Rapport – 780
63.2.2 Informationen zur Gewohnheitsbildung – 780
63.2.3 Klärung der Motivation – 780
63.2.4 Vorbereitung – 781
63.2.5 Selbstbeobachtung – 781
63.2.6 Hypnotische Interventionen – 782
63.2.7 Metaphern – 785
63.2.8 Strategische Interventionen – 785

63.3 Diskussion – 786

63.3.1 Indikationen/Kontraindikationen – 786
63.3.2 Integration mit anderen Verfahren – 786
63.3.3 Empirische Belege – 787

Nägelkauen, exzessives Nasebohren, Daumenlutschen oder Haareausreißen sind, sofern sie nicht als Bestandteil einer tief greifenden Persönlichkeits- oder Entwicklungsstörung, eines Wahn- oder Zwangsverhaltens auftreten, sind Gewohnheitsbildungen, die bei einem Großteil aller Menschen im Laufe der kindlichen Entwicklung passager zu beobachten sind. Laut der Darstellung in den »Pediatric Annals« (Kohen 1991, S. 137) lutschen 21% aller 6-Jährigen am Daumen, weniger als 1% reißt sich Haare aus, während 60% aller 10-Jährigen an den Nägeln kauen, bis dies in der Regel mit zunehmenden Alter verschwindet.

Diese Verhaltensweisen dienen im Allgemeinen dem Spannungsabbau in emotionalen Belastungssituationen verschiedenster Art, spenden Trost, wirken stimulierend und manchmal konzentrationsfördernd. Auch Nachahmung von Familienmitgliedern oder anderen Vorbildern kann zur Bildung solcher Gewohnheiten beitragen. Wie andere Bewegungs- oder Verhaltensausprägungen gehen diese Angewohnheiten in automatische Reiz-Reaktion-Abläufe ein, werden damit zu sog. Automatismen, die sich in den meisten Fällen mit der Zunahme alters- und kulturangemessener Ausdrucks- oder Bewältigungsformen verlieren. Kohen (1991) zitiert das Beispiel vom Krabbeln, das sich verliert, wenn ein Kind laufen lernt.

63.1 Störungsbild

Im ICD-10-Diagnosemanual der WHO werden die genannten Symptomatiken unter verschiedenen Aspekten geführt: einmal als »Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend« (F98.8), sofern sie nicht Teil einer Zwangsstörung sind, und zwar »wegen der Häufigkeit des Auftretens und ihrer Verbindung zu psychosozialen Problemen, und weil sie nicht anderen Syndromen zugeordnet werden können«. Des Weiteren gibt es die diagnostische Kategorie der Trichotillomanie (F63.3) und der »sonstigen abnormen Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle« (F63.8), sofern diese nicht Folgen eines psychiatrischen Syndroms sind.

Das weist auf eine andere Erklärung dieser Symptomkreise hin. Es kann sich möglicherweise eine Suchtstruktur etablieren, wenn eine psychophysiologische Erregung von hoher Intensität vorliegt und über einen längeren Zeitraum erlebt wird. Menschen, die ihre Suchtstrategien beschreiben, berichten häufig von Trancezuständen kurz vor der Realisierung des Symptoms, in denen gute Vorsätze und phantasierte Kontrollversuche ausgeblendet werden. Bei manchen Personen besteht eine völlige Amnesie über den Beginn der Symptomhandlung. Oftmals sind massive Selbstabwertungen die Folge, die ihrerseits entweder schon zum Auslösereiz gehören oder erfolgen, weil »man mal wieder versagt hat«, »es nicht geschafft hat«, »sich hässlich und blöd vorkommt« etc.

Der Wunsch nach Behandlung dieser stereotypen oder automatisierten Handlungen tritt meist erst dann auf, wenn gesundheitliche Folgen wie Kieferverformungen, chronische Entzündungen des Nagelbettes oder der Kopfhaut, Narbenbildungen etc. entstehen. Häufiger ist jedoch der soziale Aspekt (Peinlichkeit, Scham, hässliches Aussehen) der Auslöser, insbesondere bei Jugendlichen und Erwachsenen, während bei Kindern meist die Eltern die treibende Kraft für eine Behandlung sind. Familiäre Auseinandersetzungen, Bestrafungen und extrem häufiges Ermahnen bezüglich dieses Themas, alle Ratschläge, Hausmittel und Strafandrohungen haben nicht geholfen. Entsprechend angespannt und überbelastet ist dann dieses Thema zu Beginn einer Behandlung.

In manchen Fällen entstehen auch dramatische Entwicklungen mit ausgedehnten Vermeidungsstrategien (die Hände verstecken, nicht mehr öffentlich schreiben) bis hin zu sozialer Isolation.

Eine junge Frau ging, wegen ihrer kahlen Stellen am Kopf durch häufiges Ausreißen der Haare nicht mehr zum Sport, Schwimmen etc. und vermied zunehmend Situationen, in denen das Tragen einer Perücke aufgefallen wäre. Die Angst vor »Entdeckung« führte zu immer stärkerer Isolation, die Einsamkeitsgefühle provozierten wiederum vermehrtes Haareausreißen. Wenn diese Prozesse soweit fortgeschritten sind, ist es mitunter notwendig, den Behandlungsrahmen entsprechend zu erweitern.

63.2 Interventionen

63.2.1 Rapport

Gemeinsam scheint fast allen hier zu beschreibenden Verhaltensweisen, dass sie in einer Art Trancezustand ablaufen und entsprechend als unkontrollierbare und unwillkürliche Reaktionen erlebt werden. Diese Sichtweise legt nahe, dass

1. gerade durch die Arbeit mit unbewussten Prozessen diese Abläufe durch Hypnose zu beeinflussen sind (Aufsuchen der »Orte der autonomen Regulation« in Trance, Konzentration auf das innere Erleben);
2. durch Rückführung in willkürlich gesteuerte Verhaltensweisen diese wieder als beeinflussbar erlebt werden (Kontrollsuggestion);
3. ein wachstumsorientiertes, selbstwertstärkendes Vorgehen angezeigt ist, das mit Motivations- und Ressourcenförderung sowie Perspektivenwechsel arbeitet (»Ich bin jetzt älter und habe andere Möglichkeiten, Selbstkontrolle etc. zu üben«).

Letzteres gewinnt besondere Bedeutung in der Arbeit mit Kindern. Kohen (1991) betont immer wieder die Rolle des Rapports mit dem Kind, den er unter anderem durch das deutliche Interesse an dessen ganz persönlicher Wahrnehmung, Erklärung und Einschätzung des Symptoms herstellt. Das Kind bekommt hierdurch das Gefühl, wichtig zu sein, ernst genommen zu werden und in gewisser Weise »Experte« für sein Verhalten zu sein. Dies ist der erste wesentliche Schritt zum Erfassen der eigenen Zuständigkeit für Ausführung und Veränderung der Symptomatik die, wie bereits dargelegt, häufig als »fremd gesteuert« erlebt wird.

63.2.2 Informationen zur Gewohnheitsbildung

Nach der Exploration der persönlichen Geschichte dienen bestimmte Informationen der Erklärung und Nachvollziehbarkeit der als autonom erlebten Prozesse, was erfahrungsgemäß entlastend und motivationsfördernd auf die Patienten wirkt. Dabei sind sowohl die Häufigkeit und Genese des Verhaltens, wie auch konkrete psychophysiologische und neurologische Prozesse zu erläutern (z. B. anhand von Reiz-Reaktion-Schemata und Konditionierungsprozessen autonomer Regulationen). In der Arbeit mit Kindern ist dies in kindgerechter Form durchzuführen z. B. mit Aufmalen der Nervenbahnen und Informationsleitung, anschaulichen Beispielen oder mit für das Kind interessanten Frage-Antwort-Sequenzen.

- Therapeut: »Und jetzt, Mike, sag mir, wer ist der Boss von Deinen Muskeln?«
- Patient: »Hm, mein Kopf?«
- Therapeut: »Noch genauer«
- Patient: »Mein Gehirn!«
- Therapeut: »Und wer, Mike, ist der Boss von Deinem Gehirn?«
- Patient: »Na ich!«
- Therapeut: » Ja, richtig Du, Mike, Du bist der Boss von Deinem Gehirn, ja!«

Auch lässt sich in dieser Sequenz eine Fülle von selbstwertfördernden Botschaften einstreuen (»Du weißt es, Mike Du weißt es, Du bist der Boss …«), indem hypnotische Sprachmuster verwendet und dadurch Neugier und Kompetenzerleben geweckt sowie indirekt Kontrollsuggestionen vermittelt werden. Einschließen in diesen Prozess lässt sich darüber hinaus eine Würdigung des störenden Verhaltens als eine in bestimmten Kontexten hilfreiche Möglichkeit z. B. Spannungen abzubauen, in sich zu gehen etc., was bereits an dieser Stelle ein Reframing der Bedeutungsstiftung einleitet.

63.2.3 Klärung der Motivation

Es lässt sich z. B. durch eine Skalierung (zwischen 1 und 10) von »Wollen, dass es sich ändert« und »Es sich vorstellen können«, die Diskrepanz zwischen Motivation und Hoffnung eruieren. Bekanntlich trägt, falls hier Unterschiede bestehen, immer die – meist negative – Vorstellung den Sieg davon (Araoz 1993). Je nach Resultat kann die Förderung von Motivation oder positiven Visionen und Selbstbewusstsein sowie Interesse an Wachstum und Selbstständigkeit notwendig sein.

Besteht die Annahme, dass es unbewusste Prozesse gibt, die eine Veränderung beeinflussen, kann auch ein »Fingerzeichen-Interview« im Sinne ide-

omotorischer Signale Aufschluss über Bedenken, Zweifel oder Zustimmung diesbezüglich geben.

Da es bei der Behandlung von Kindern oft die Eltern sind, die das Verhalten stört, sind vor dem Einsatz hypnotherapeutischer Interventionen die Motivationsfrage, mögliche systemische Zusammenhänge und regressive Anteile zu klären. Möglicherweise mischen sich oppositionelles Trotzverhalten oder andere familiäre Verstärkerzusammenhänge im Familiensystem mit der »Angewohnheit«, sodass die Behandlung bei Kindern andere Akzente bekommt. Hier ist z. B. die Förderung der Eigenmotivation und Unterstützung der Selbstständigkeit des Kindes oder die Bearbeitung systemischer Prozesse im Zusammenhang mit dem Problemverhalten angezeigt (z. B. Wirkung der kahlen Stellen oder abgekauten Finger auf die Gefühle der Mutter).

Non-Compliance, Vergessen, Unterlaufen der Absprachen oder Unterlassen von Übungen sind Hinweise auf einen hohen Verstärkerwert, den es herauszuarbeiten gilt.

Fallbeispiel

Eine 11-jährige Ausländerin war nach dem für sie überraschenden Wechsel des Lebensortes nach Deutschland, der mit der Trennung vom Rest der Familie verbunden war, nur noch mit der Mutter in Kontakt. Und diese hatte durchgehend ungute Gefühle gegenüber ihrer Tochter, die mit dem Ausreißen ihrer Wimpern begonnen hatten. Bei der Einschätzung ihres Wunsches, das Symptom aufzugeben, gab das Mädchen 10 Punkte an, während die Einstufung ihrer Hoffnung, es zu schaffen bei 0–1 lag. Dies entsprach insgesamt ihrem Gefühl, kaum Einfluss auf den Ablauf ihres Lebens zu haben, da viel von der Mutter bestimmt wurde (Schule, Musikunterricht, Freundschaften). Im Rahmen einer Teilearbeit symbolisierte ein Teil das Mädchen von damals, vor 5 Jahren nach dem Umzug, der andere den, wie sie sich heute fühlte. Im Beisein der Mutter konnte das Kind auf diesem Wege erstmalig seine Wut über den Umzug äußern und dass es der Mutter recht geschehe, dass sie ein schlechtes Gewissen habe, aber auch, dass es heute gut ist, in diesem Land zu leben. Im weiteren Verlauf wurden dann neben der Arbeit am Symptom mittels dieser Teile (► Absch. »Nutzen von Selbstheilungsressourcen«) auch die Selbstwahrnehmung eigener Vorstellungen, Durchsetzungs- und Konfliktfähigkeit sowie soziale Kompetenzen Schwerpunkt der Behandlung.

Kohen empfiehlt, in Fällen, in denen ein hoher Verstärkerzusammenhang z. B. in der Familie besteht, diesen zuerst therapeutisch aufzugreifen, oder auch bei zu kleinen Kindern bzw. in extremen Belastungssituationen, wie Scheidungen oder Tod, die direkte Symptombehandlung aufzuschieben. Ansonsten setzt er auf die Wünsche des Kindes nach Entwicklung, Autonomie und Kompetenz. Die Bewältigung wird als ein Schritt der Reifung, des Großwerdens, Stolzes auf sich selbst (»Boss des eigenen Verhaltens«) und der Selbstbestätigung suggeriert.

63.2.4 Vorbereitung

Bei guter Motivation können je nach eigener Präferenz und Zuschnitt auf die Person des Patienten unterschiedliche Behandlungsformen vorgeschlagen werden. Einige der Wichtigsten werden im Folgenden dargestellt. Allen gemeinsam ist die Selbstbeobachtung.

63.2.5 Selbstbeobachtung

Im Bedingungszusammenhang dieser Gewohnheitsstörungen (s. oben) wird deutlich, wie Kontrollverlust und Selbstbezichtigungen den Kreislauf unterstützen und selbstabwertende Trancen oder »Symptomtrancen« entstehen. Gilligan unterscheidet diese von den selbstwertbestätigenden Trancen dadurch, dass sie im Rhythmus meist heftig, gestört und rigide erscheinen und sich wiederholen, weil sie keine Integration, sondern nur gesteigerte Intensität bewirken und den Wunsch nach Kontrolle oder Leugnen des Erlebens beinhalten. D. h. Symptomtrancen werden als abgespalten und Ich-dyston erlebt (Gilligan 1991, S. 65). Dies wird durch Konnotationen deutlich, wie »es passiert einfach so«, »das machen die Hände von allein« usw. Die Strategie der Selbstbeobachtung (»selfmonitoring«) und der damit implizierten, wachsenden Selbstkontrolle ist ein Schritt in der Sequenz Information – Motivation – Modifikation und des notwendigen Annehmens dieses unerwünschten Verhaltens und wird auch mithilfe des Begriffes der Symptomtrancen im Allgemeinen verstanden.

Fallbeispiel

So bei einer 28-jährigen Radiosprecherin, die exzessiv an ihren Nägeln kaute. Sie geriet zunehmend unter Druck ihre »kaputt genagten« Finger zu verstecken, je öfter sie mit vielen, auch etablierten Kollegen oder Interviewpartnern zusammentraf und suchte diesbezüglich therapeutische Hilfe. Anfänglich vergaß sie immer die Notizen oder konnte sich nicht erinnern. Durch die Erklärung der »Symptomtrancen« war ihr die Wichtigkeit dieser Methode klar. Wie auch in der Verhaltenstherapie oft beschrieben, führte die Selbstbeobachtung bereits zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik.

Gemeint ist damit eine konsequente Aufzeichnung des Auftretens und gegebenenfalls differenzierte Angabe über die Heftigkeit, Dauer und Intensität bzw. Stopp-Strategien (»Wann war es genug? Wann hast Du aufgehört?«). So können neben einer differenzierten Wahrnehmung und der Hervorhebung von Unterschieden auslösende Stressoren erkannt und später, je nach Art des Vorgehens z. B. im Sinne von Auslöserreizen für posthypnotische Suggestionen und geänderte Verhaltensregulationen genutzt werden.

Die Aufmerksamkeit ist dabei vor allem auf die positiven Veränderungen gerichtet, Feedback und Begeisterung sind ein wichtiges therapeutisches Element. Implizite Wirkprinzipien der Selbstbeobachtung sind zusammengefasst:

- Annahme des Verhaltens, Übernahme von Verantwortung
- Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle
- Differenzierung der Selbstwahrnehmung und Selbstbeurteilung
- Erkennen von Stressoren und Signalreizen

Ebenfalls bedeutsam kann die Entmystifizierung von Hypnose als Behandlungsverfahren für die entsprechenden Vorgehensweisen sein.

63.2.6 Hypnotische Interventionen

Hilfreich für alle weiteren Interventionen ist es, im Vorfeld ein Zielbild zu evozieren, eine **positive Vision** (»future-pace«) seiner selbst, wie es sein wird, wenn die Haare bzw. Nägel gewachsen sind. Nach einer Induktion von Ruhe bzw. angenehmem Ort oder Tätigkeit wird der Patient aufgefordert, eine Repräsentation von Heilung zu entwickeln, sich selbst zu sehen, wenn er es geschafft hat, wahrzunehmen, wie es aussieht, wie es sich von innen anfühlt usw. Das Erfragen relevanter Submodalitäten intensiviert dabei das Erleben und die »Speicherung« der positiven Vision und Vorstellung symptomfreier Zustände in stressreichen und anderen Kontexten (»Was tun die Hände in dem Moment?«). Eine weitere Strategie ist **Etablieren von Synästhesien zum neuen Verhalten** (»Welche Farbe, Musik passt dazu, könnte dies Gefühl, diese Handlung haben?«). Weiter gehört zu den hypnotischen Interventionen das **Repräsentieren von Reaktionen der Umwelt** zum neuen Aussehen (»Wie reagieren andere, wie sehen sie den Patienten, wie wirkt er nach außen? Was ändert sich in seinem Leben?«) und die **Ratifizierung** von Selbstbewusstsein, Selbstregulation und Reife.

Musterunterbrechungen

Eine eindrucksvolle und leicht durchführbare Technik ist die »Slowmotion-Technik« (Kohen 1991). Sie beinhaltet folgende Stufen:

Stufen der Slowmotion-Technik

- Willkürliches Ausführen unwillkürlicher Bewegungsabläufe
- Bewusstes Regulieren der Bewegungen
- Reintegration veränderten Verhaltens (ebenfalls unbewusst und automatisch ausführen)
- Dazu Selbsthypnose einüben

Im Einzelnen wird der Patient aufgefordert, die entsprechende Bewegung, z. B. der Hand zum Kopf oder Mund, einmal genauso durchzuführen, wie es sonst automatisch geschieht: (»*Zeig mir genau, wie es aussieht und wie Du es machst, und konzentriere Dich darauf, wie es sich anfühlt*«). Kurz bevor die Hand den Mund/das Haar erreicht, wird der Patient aufgefordert zu stoppen und nochmals ganz langsam, wie in Zeitlupe, diese bestimmte Bewegung auszuführen. Erneut wird an der gleichen Stelle unterbrochen und nochmals um Verlangsamung gebeten, wobei der Patient zur besseren Konzentration auf das Geschehen die Augen schließen

kann. Der Moment der Bewegungsunterbrechung kann in der zeitlichen Abfolge dabei sukzessive nach vorne verlagert werden.

Eine, nach unserer Erfahrung wirksame Komponente ist die Möglichkeit, den Patienten aufzufordern, den besten Moment für die Unterbrechung zu finden, quasi eine Armlevitation durchzuführen mit dem Auftrag an das Unbewusste, an der ausgewählten Stelle »einzurasten«, um eine neue, andere Bewegung einzuleiten, die mit der symptomatischen nicht kompatibel ist, z. B. mit den Fingern zu schnipsen, die Hände zusammenzuhalten, einen Gegenstand zu greifen o. Ä.

»Wann immer die Hand in genau dieser Position ist, kann sie eine neue Richtung einschlagen und Du kannst mit den Fingern schnipsen, um »aufzuwachen«, … sich zu erinnern: ‚Ich habe andere Möglichkeiten …‘, und es kann das Bild der Heilung und Bewältigung auftauchen und sich ein Gefühl der Zufriedenheit ausbreiteten, um ein schützendes Energiefeld um den Zielort der Hand aufzubauen.«

Fallbeispiel

Ein 12-jähriges Mädchen, das gewohnheitsmäßig beim Lesen oder ähnlichen Tätigkeiten die Haare auszupfte, beschrieb, dass sie schon nach wenigen Tagen der Übung gespürt habe, wie sich immer, wenn die Hand sich zum Kopf bewegte, ein negatives Magnetfeld aufbaue, das die Hand regelrecht abstoße. Diese Idee war ihr während der Unterbrechung der Bewegung gekommen und wurde als hilfreiche Symptomvermeidung installiert.

Derartige Musterunterbrechungen bestehen z. B. darin:

- Eine Katalepsie des Armes auszulösen (plötzliches Innehalten, wie bei einem Stromausfall).
- Mithilfe zusätzlicher Repräsentationssysteme z. B.: auditiven Elementen wie einem lauten Gongschlag, Weckerpiepen, Gänseschnattern o. Ä. eine Irritation des gewohnten Musters zu bewirken. Wesentlich ist dabei, die Ideen und intuitiven Einfälle des Patienten zu nutzen.
- Im Sinne eines Schalters z. B. das Kribbeln in der Kopfhaut abzuschalten, die Durchblutung zu verändern, Kühle zu suggerieren – je nachdem, was als hilfreich empfunden wird.
- Den Auslösemoment (Initialbild) für eine positive Visualisierung zu nutzen, etwa, sich selbst zu sehen »mit vollem Haar«, mit wohlgepflegten Händen etc. Dies Vorgehen entspricht der »Swish-Technik« aus dem NLP, die oft zu erstaunlich schnellen Erfolgen führt. Hier wird der Auslösereiz visualisiert oder symbolisiert und blitzschnell mit dem positiven Bild, das zuvor genau erarbeitet wurde, überblendet.

Nutzen von Selbstheilungsressourcen

Besteht ein starker dynamischer Bedeutungsgehalt, z. B. in der individuellen Geschichte oder im Familiensystem (s. Fallbeispiel oben, »Wimpernausreißen«), dann sollten Reframingprozesse und strategisch-systemische, mitunter auch indirekte Methoden der Hypnotherapie, im Vordergrund der Behandlung stehen.

Bei der »Teilearbeit«, einer Dissoziationstechnik, die sich gleichermaßen für Kinder und Erwachsene eignet, installiert man z. B. einen Teil, der das Symptom vertritt, und sucht des Weiteren einen, der den Wunsch nach Wachstum, Veränderung, Gelingen darstellt. Im Einzelnen sind folgende Interventionen sinnvoll:

Verhandlungsmodell

Es wird zunächst die positive Absicht, die Botschaft des »Symptomteils« erfragt (»Wofür bist Du da?«) und aufgenommen, um mit dem wachstumsorientierten Ressourcenteil etwas Neues auszuhandeln, z. B. hilfreiche Kräfte vom stärkeren zum vermeintlich schwächeren Teil zu schicken. Es wird mittels ideomotorischer Fingersignale oder durch dialogischen Austausch zwischen Handpuppen vereinbart, dass der andere Teil aufgefordert ist, zu helfen, wenn die eine Hand sich in der Absicht des Symptoms hebt. Dies kann durch Suggestionen geschehen wie:

»… wenn immer Du diesen Impuls spürst, bewegt sich die helfende Hand mit und hält die andere und führt sie in Deinen Schoß zurück, an den Ort der Gelassenheit. Sie erinnert sie: »Bitte, nicht wehtun!« o. Ä.

Im oben beschriebenen Beispiel des ausländischen Mädchens, das sich seine Wimpern ausriss, repräsentierte die linke (zupfende) Hand den Teil von

früher, die rechte den von heute. Nach dem Interview mit beiden und dem Übereinkommen, dass entsprechend der Problematik die Verhandlung in der Muttersprache und in Deutsch gemischt durchgeführt wurde, folgte eine Trancephase, in der der Teil von heute, dem es gut ging, – »alles, was N. von damals braucht und die N. von heute schon weiß und hat« – über einen Lichtbogen hinüber fließen kann.

Auch diese Induktion wurde mit »Einweben« von Begriffen aus der Muttersprache unterstützt. Als Reaktion wurde die Symptom-Hand ganz heiß und N. (die Patientin) berichtete, dass dieser Teil jetzt »irgendwie verwirrt sei, anders«. Die Symptomatik trat danach wesentlich seltener auf.

Reframing

Es wird ein strategischer Utilisierungsprozess eingeleitet (Gilligan 1991, S. 172), der sich in ein Bedeutungs- und ein und Kontextreframing unterteilen lässt. Dazu werden die autonomen Verhaltenselemente identifiziert, und es wird die darin enthaltene Fähigkeit/Ressource benannt (»Bedeutungsreframing«). Anschließend werden viele andere Möglichkeiten zum Ausdruck dieser Fähigkeit gesucht. Dann werden diese Ausdrucksformen in einen neuen Kontext gestellt (»Kontextreframing«).

Dies wird am Beispiel einer 29-jährigen Patientin deutlich, die sich seit dem 10. Lebensjahr die Haare ausriss, insbesondere in emotionalen Stresssituationen, die mit Abwertungen oder Zurückweisungen zusammenhingen. Beim Erarbeiten der genauen Verhaltens- und Erlebniskomponenten in Trance ergab sich unter anderem als Symptombedeutung die Fähigkeit, sich zu dissoziieren und die Fähigkeit, etwas hervorzubringen, nämlich die kräftigen Haarwurzeln der ausgerissenen Haare, deren eingehende Betrachtung ein Gefühl von Stolz und Zufriedenheit bewirkte im Sinne einer »Ernte«. Als andere Ausdrucksmöglichkeiten (»Kontextreframing«) für das »Ernteprinzip« fand sie den Stolz auf eigene Produkte wie Bilder, Gestaltung ihrer Wohnung, ihren Abituraufsatz usw. Für die Fähigkeit, sich dissoziieren zu können, gab es ebenfalls sinnvolle erweiterte Kontexte, nämlich beim Zahnarzt als Schutz gegen den Zwang, auf Verletzungen reagieren zu müssen usw.

Arbeit mit Zeitlinien

Die Einführung der Nutzung von Raum-Zeit-Dimensionen (»Timeline«) beinhaltet Dissoziation, Perspektivenwechsel und Ressourcenorientierung bzw. Ressourcentransfer. Damit sind Altersregressionen und Progressionen gemeint, z. B. die Suche nach der Lösung in der Zukunft oder Ausnahmen in der Vergangenheit und Gegenwart (»… geh zurück in eine Zeit, in der Du Deine Hände, Haare in Ruhe wachsen lassen konntest, wo bist Du da? Was tust Du? Wie hast Du das gemacht? Was hast Du stattdessen getan?«) Eine solche Arbeit kann sowohl in der Vorstellung, wie auch im Raum mit Symbolisierung einer Zeitlinie durch ein Seil erfolgen.

Beispiele aus verschiedenen Altersprogressionen sind:

»*Sieh Dich von einem Punkt in der Zukunft aus, an dem Du dieses Verhalten hinter Dir gelassen hast, ja Dich vielleicht nur noch selten daran erinnerst oder vergessen hast, dass es einmal eine Rolle spielte … genieße es, tief in Dir drinnen zu wissen, wie es gelungen ist, genau den Zeitpunkt zu erkennen, an dem Du es hinter Dir lassen konntest … Ich weiß nicht, wie genau Du erkennen kannst, was passiert ist, wie Du Deinen Weg zu diesem Erfolg gefunden hast, aber auch wenn es unklar erscheint, so weiß es doch tief drinnen ein Teil von Dir …*«

Fragen zum »future-pace« mit Einweben der für den Patienten relevanten Zielbilder oder Bedeutungen:

»*… ich frage mich, ob es eine alte Wut war, die sich gelöst hat, oder Du einfach Lust hattest, die alten Dinge hinter Dir zu lassen, oder neugierig warst, etwas selbstständiger, reifer etc. zu werden … oder Du es einfach genießen konntest, ein Mädchen mit langen vollen Haaren zu sein, … oder sich zu sagen: ‚Weil ich ein Mädchen bin' …*« (Lieblingshit der Patientin).

Verstärken des Konzepts der kognitiven Meisterschaft

Dies geschieht durch Appelle an die Intelligenz »*… zu verstehen, dass Dein Körper, Dein Gehirn früher genau das Richtige getan haben, wenn Du das Jucken hattest und dieses Verhalten zeigtest, das heut nicht länger nützlich ist …*« Diese Suggestion wird mehrfach wiederholt, in Trance und außerhalb der Tran-

ce, dann wird auf unterschiedliche Weise vermittelt, dieses Verhalten zu verabschieden. Durch ein Ritual, eine Symbolhandlung oder die »Jettison-Technik«, bei der man in Trance das Gefühl des Juckens oder des Kribbelns in eine Hand wandern lässt, fest in der Faust umschließt und dann zählt 1 … 2 … 3. Bei 3 wird die Hand ruckartig geöffnet und das Gefühl in die Freiheit entlassen, weggeschickt, ins All geschossen oder Ähnliches.

63.2.7 Metaphern

Parallel zu den genannten Vorgehensweisen lässt sich bei Kindern oder auch Erwachsenen mit ambivalenten Gefühlen bezüglich der Symptomatik mit Wachstumsmetaphern oder lebenden Metaphern arbeiten. Diese können sich mit dem Einpflanzen oder Aussäen von Blumen, Kresse o. Ä. befassen, begleitet von Einstreuungen wie z. B.:

»… die Nägel/Haare gepflegt werden, … langsam Wurzeln bilden und lernen, sich in der Erde zu halten, … sich mehr und mehr entfalten und kräftiger werden, … ein Gefühl von Freude und stolz beim Gärtner hervorrufen, besonders wenn sie dicht und gesund sind, … bis es Zeit ist sie zu schneiden …«

Allerdings sollte, benutzt man echte Pflanzen, der Wachstumserfolg gewährleistet sein, d. h., es ist sinnvoll, Pflanzen auszuwählen wie Bohnen, Kresse und einen guten Standort, sodass mit entsprechender Pflege durch das Kind Wachstum gewährleistet ist. Oder es kann mithilfe von Metaphern oder Beispielgeschichten ein Weg aufgezeigt werden, wie andere es geschafft haben.

63.2.8 Strategische Interventionen

Weitere strategische oder systemische Vorgehensweisen Erickson'scher Prägung, bei denen die Nutzung von Elementen aus den problematischen Zirkeln eine Rolle spielt, sind Verschreibungen, Aufträge, paradoxe Interventionen, Symptomverschreibungen, Rituale und Ordeals.

Fallbeispiel

Im Fall eines Mädchens von 13 Jahren, das vor dem Fernseher oder in Einschlafsituationen seine Haare ausriss und sich dann maßlos über sich ärgerte, ergab sich folgender Auftrag: Sie solle, da sie es ja nicht immer rechtzeitig merkte, die Haare aufheben und gemäß eines chinesischen Brauches für jedes Haar einen Wunsch erdenken (»Es soll nicht umsonst gestorben sein«). Im Folgenden sollte sie sehen wie sie diesen Wunsch oder dies Bedürfnis umsetzt. Das betraf Konflikte und Kränkungen in der Familie, soziale Kompetenzen und Schulerfolge. In der Therapie wurden dazu gemeinsam Schritte erarbeitet. Das verbesserte Selbstbewusstsein und Gefühl, Kontrolle zu haben (s. oben Fallbeispiel) wirkte Stress vermindernd und verringerte damit erheblich die Auslösereize.

In der Literatur finden sich Beschreibungen verschiedener Fälle, auch von Milton Erickson, in denen er z. B. das Prinzip der Gerechtigkeit beim Daumenlutschen einführt und das Kind auffordert, alle Finger gleich lange zu lutschen (Watzlawick u. Watkins1982).

Fallbeispiel

In einem anderen Fall greift Erickson die aggressiven Appelle einer Nägelbeißerin an ihre Eltern auf und sagt, es sei doch ein viel deutlicheres Zeichen an diese, wenn die Nägel erst einmal richtig lang würden und sie diese dann in den entsprechenden Momenten, als Botschaft an die Eltern, abbeißen würde (O'Hanlon1994). Eine weitere Geschichte beschreibt eine komplexe Verschreibung mit Ordeal, die das gesamte Familiensystem betraf, indem Erickson einem Jungen, der zwanghaft Wundschorf aufkratzte, das Schreiben eines bestimmten Satzes verordnete und zwar in der Zeit, in der er sonst die ungeliebte Gartenarbeit erledigen musste und viel kratzte. Die Gartenarbeit sollte stattdessen vom Vater erledigt werden (O'Hanlon1994).

63.3 Diskussion

63.3.1 Indikationen/ Kontraindikationen

Nach unserer Erfahrung gibt es für die beschriebene Behandlung wenig Fälle, in denen ein solches Vorgehen schädlich für den Betroffenen ist, außer, wenn die Symptomatik Teil eines Wahnes oder stark selbstschädigender Elemente bei Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen bzw. posttraumatischen Belastungsstörungen ist. Es ist jedoch wesentlich für den Erfolg, sowohl den richtigen Zeitpunkt für solche Interventionen herauszufinden, hohe Motivation, Berücksichtigung möglicher, belastender Störfaktoren, gute Vorstellung vom Gelingen, als auch den Verstärkerwert oder die Bedeutung der Symptomatik mitzubedenken.

63.3.2 Integration mit anderen Verfahren

Die meisten aufgeführten Behandlungstechniken weisen eine große Nähe zur Verhaltenstherapie auf. Viele der Musterunterbrechungen entsprechen dem Prinzip der Reaktionsverhinderung, Elementen des »Habit-Reversal-Trainings« (HRT; Markgraf 1996), der Umstrukturierung von Reiz-Reaktion-Abläufen und Gegenkonditionierungen oder der kognitiven Therapie, wenn es um die Umdeutung von Verhalten geht. Die Modifikation von Verstärkerzusammenhängen und entsprechende Verschreibungen werden ebenfalls in der modernen Verhaltenstherapie angewandt. Auch das Modelllernen, z. B. für ein Kind durch attraktive, lebensnahe Geschichten, wird in diesen Verfahren praktiziert.

Die Einführung der Selbstbeobachtung und deren Funktion ist ein in der Verhaltenstherapie häufig angewandtes Prinzip. Weiterhin spielen hier bei der Behandlung der beschriebenen abnormen Gewohnheitsbildungen aversive Verfahren eine Rolle, bei denen »in sensu«, d. h. in Trance, im Augenblick des Vollzugsbeginnes der unerwünschten Handlung eine aversive Vorstellung, unter Umständen auch mit einem körperlichen »Anker« gekoppelt, suggeriert wird. So z. B., dass »… in diesem Moment eine gehässige Mitschülerin zuschaut und sich schadenfroh zeigt« oder dass ein Foto von einem bekannten Fotografen gemacht und veröffentlicht wird. Auch die Arbeit mit Video-Feedback setzt auf die Wirkung eines schockierenden inneren Bildes, das den Handlungsablauf unterbricht.

Wie sich die hypnotherapeutischen Elemente mit dieser Therapieform kombinieren lassen, soll kurz am Beispiel des »Habit-Reversal-Training« skizziert werden. Nach der Selbstbeobachtungsphase spielt der Motivationsaufbau eine große Rolle, bei dem vor allem die Verhaltensnachteile und positive Veränderungen exploriert werden. Hier können die Altersprogression (s. oben), vor allem auch mit positiven Visionen (»future-pace«) eingesetzt werden. Ebenso ist das »Competing-Response-Training«, das als Hauptelement der folgenden Behandlung beschrieben wird, gut durch hypnotisches Vorgehen zu ergänzen. Wirkprinzip ist dabei das systematische und vor allem kontingente Unterbrechen der Verhaltenskette durch konkurrierende Verhaltensweisen.

Ein Patient wird z. B. aufgefordert, eine mit Nägelkauen nicht zu vereinbarende Haltung oder Bewegung auszuführen. Das kann das Ballen der Hand zur Faust über mehrere Minuten sein oder eine ausgiebige Pflege der Hände, das Halten oder Kneten eines Gegenstandes o. Ä.

Musterunterbrechungen können durch die oben geschilderten Techniken auf der Erfahrungsebene unterstützt werden. Bei der anschließenden Generalisierungsphase spielt die Visualisierung positiver Bewältigungsstrategien eine große Rolle, was man durch die oben beschriebenen Möglichkeiten (z. B. Ergänzung der Submodalitäten) in Trance intensivieren kann. Margraf (1996, S. 413) zitiert Studien, die eine große Erfolgswahrscheinlichkeit von über 90% belegen, besonders beim Nägelkauen, wobei Symptomverschiebungen nicht beobachtet wurden.

Die Möglichkeiten der Kombination mit systemischen und strategischen Verfahren wurden bereits erläutert.

Bei der Arbeit mit Kindern kann auch die Einbettung eines hypnotischen Vorgehens in eine spieltherapeutische Behandlung gelingen, da Kinder im Spiel auch ohne Induktion in einem Trancezustand oder dissoziierten Zustand sind, den man für den Aufbau von Motivation, Selbsthilfeideen (z. B. durch die Einführung einer Figur, die das

gleiche Problem hat und Rat vom Kind bekommt) und direkte Suggestionen der Kontrolle und Veränderung des Verhaltens nutzen kann. Eine gut strukturierte Fallbeschreibung hierzu, über die Behandlung einer Trichotillomanie, findet sich in der *Pupille des Bettnässers* (Mrochen et al. 1993) im Beitrag von Vogt-Hillmann (1993, S. 44 ff.).

63.3.3 Empirische Belege

Effizienzstudien über Hypnose bei der Behandlung von Nägelkauen, Trichotillomanie und ähnlichen Verhaltensweisen finden sich vor allem bei Olness u. Kohen (1996). Unter Selbsthypnose nach dem RMI-Konzept (»relaxation through mental imagination«) konnten 82% der Betroffenen die Symptomatik erheblich verbessern, 48% eliminierten sie vollständig. Neuere Studien finden sich im Standardwerk *Hypnosis and Hypnotherapy with Children* (Ollness u. Kohen 1996). Weitere Evaluationen beziehen sich auf eher verhaltenstherapeutisches Vorgehen wie bei Wilhelm u. Markgraf (1993).

Fazit

Das geschilderte Verfahren zeigt gute Möglichkeiten zur Behandlung der beschriebenen Störungen auf und wird vor allem bei Kindern, aber auch Erwachsenen erfolgreich angewandt. Die Kombination mit anderen Verfahren ist weiterhin ein Vorteil für ein kreatives und patientenzentriertes Vorgehen und erlaubt die viel zitierten »maßgeschneiderten Interventionen«. Oftmals gibt es überraschend schnelle Veränderungen, spontane Remissionen, ohne dass das Wirkprinzip direkt nachvollziehbar wäre. Bei Kindern geschieht dies häufig, wenn man deren eigenen Ideen zur Entstehung und Steuerung des Verhaltens folgt, ihre Bilder aufgreift und damit arbeitet. Das gilt natürlich ebenfalls in der Erwachsenenarbeit durch die Verwendung und das Aufgreifen von (metaphorischen) Sprachmustern und Symbolisierungen.

Nach unserer Erfahrung sind der Zeitpunkt, die Motivation des Betroffenen und die Kontingenz, mit der die Behandlungsschritte durchgeführt werden, dabei entscheidend für den Verlauf. Das Beachten belastender Lebenssituationen oder eines hohen funktionalen Wertes für den Hilfesuchenden ist ebenso bedeutsam, wie eine gründliche Differenzialdiagnose zur Abgrenzung komplexer psychiatrischer Störungsbilder. Letztere stehen in der ambulanten Praxis manchmal durchaus im Hintergrund, wenn sich Menschen mit dem Problem Haareausreißen oder exzessivem Nägelbeißen vorstellen.

Der Therapeut sollte soweit wie möglich dafür Sorge tragen, dass nicht durch Übersehen wichtiger Einwände, Kränkungen oder Verstärkerzusammenhänge dem Betroffenen eine erneute Erfahrung von Misslingen, Fehlschlag oder mangelnder Einflussnahme vermittelt wird. Andererseits kann es erleichternd und vereinfachend wirken, wenn das Vorgehen von eventuell vorhandenen Erklärungsmodellen (z. B. Autoaggression, mangelnde emotionale Zuwendung) »entlastet« wird und der »Automatisierungsaspekt« im Vordergrund steht. Dies eröffnet die Möglichkeit des Eingreifens, Unterbrechens und Neugestaltens auch losgelöst von eventuellen alten Kränkungen, und damit wird ein Schritt in Richtung des Abschließens, der Selbstheilung, Kontrolle und des Wachstums getan.

Grundlagen

64 **Effektivität der Hypnotherapie – 791**
Dirk Revenstorf

65 **Neurobiologie der Hypnose – 802**
Ulrike Halsband

66 **Geschichte der Hypnose in Deutschland – 821**
Burkhard Peter

Effektivität der Hypnotherapie

Dirk Revenstorf

64.1 Grenzen des medizinischen Modells in der Psychotherapieforschung – 793

64.2 Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit der Hypnotherapie – 794

64.3 Metaanalysen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie – 796

64.4 Zusatznutzen in Kombination mit anderen Verfahren – 798

64.5 Moderatorvariablen der Wirksamkeit der Hypnotherapie – 799

Ein traditionelles Problem der psychologischen Forschung, das schon von Windelband Anfang des 20. Jahrhunderts und später von Allport formuliert wurde, ist der Gegensatz zwischen objektiv-gesetzesmäßigem (»nomothetischem«) und subjektiv-individuellem (»ideografischem«) Verständnis des Erlebens. Beides scheint sich gegenseitig auszuschließen, denn Ersteres erfasst nur zum geringen Teil das, was Menschen innerlich bewegt und Letzteres lässt sich meist nicht messen. Beide Beschreibungen sind nur teilweise ineinander überführbar, aber sie schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich. Um als Therapie nützlich und vertretbar zu sein, muss z. B. Hypnotherapie klinisch interessant sein, weil man mit ihren Methoden den Patienten erreichen möchte (subjektiver Aspekt). Es muss außerdem etwas über die physiologischen Mechanismen als grundlagenwissenschaftliche Erklärung der Wirkung bekannt sein (nomothetischer Aspekt). Und es muss ihre Wirksamkeit im Sinne der »Evidenz basierten Medizin« als Legitimation ihrer Verwendung bekannt sein (ebenfalls ein nomothetischer Aspekt). Obwohl Hypnose seit Jahrtausenden als Heilmethode verwendet und seit 250 Jahren wissenschaftlich erforscht wird, können wir erst seit einer Dekade durch die bildgebenden Verfahren genauer erklären, wie Hypnose auf die Informationsverarbeitung im Hirn einwirkt (▶ Kap. 65) und wodurch Trance einen veränderten Bewusstseinszustand darstellt. Und seit etwa zwei Dekaden können wir durch empirische Studien definitiv belegen, dass Hypnotherapie für zahlreiche Störungen eine Behandlungsmethode mit ausgezeichneter Wirksamkeit ist.

Ursprünglich ist alles Wissen subjektiv und in der klinischen Praxis zählt zunächst nur, dass die Methode den Therapeuten und den Patienten überzeugt. Tatsächlich sind nach den Metaanalysen von Wampold (2001) bezüglich aller Therapieformen die zwei wichtigsten Wirkfaktoren die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Glaubwürdigkeit der Intervention, d. h. die Überzeugung des Patienten, dass etwas im Sinne seiner Heilung geschieht. Beides subjektive Gewissheiten – die eine betrifft die interaktionelle Wahrheit der Beziehung zwischen Patient und Therapeut und die andere die individuelle Wahrheit des Patienten (Überzeugung). Auch der Heilungsprozess selbst spielt sich zum großen Teil in der subjektiven Welt des Patienten ab – in seinen Gefühlen, Gedanken und inneren Bildern, also im individuellen Erleben des Patienten. Erkenntnis hat aber auch eine objektive Seite.

Therapeuten arbeiten nicht isoliert, sondern eingebettet in einer kommunalen Welt mit der ethischen und legalen Verpflichtung, dass ihr Handeln nach dem Stand der Wissenschaft erklärbar ist. So ist es in der Legaldefinition des Psychotherapeutengesetzes (§1, 3) seit 1999 verankert, dass Psychotherapie nur in der wissenschaftlich anerkannten Form ausgeübt werden kann. Und Therapeuten sind im Allgemeinen keine Schamanen, sondern arbeiten kommerziell im öffentlichen Gesundheitssystem, das verlangt, dass sie nachweisen können, dass das Honorar gerechtfertigt ist, das sie für ihre Bemühungen verlangen. Dafür werden empirische Belege zur Wirksamkeit der verwendeten Behandlungsmethoden benötigt, eine Dokumentation des Erfolgs. Die Frage, mit welchen Worten und Bildern die hypnotische Induktion den Patienten erreicht und in seinem Körper Heilungsprozesse ausgelöst werden können und wie eine tragfähige Arbeitsbeziehung hergestellt wird, bleibt subjektives Wissen. Die Ergebnisse der Neurowissenschaften, die zur Verwendung des Trancezustandes als therapeutisches Medium legitimieren und die Daten zur Wirksamkeit, welche die Kosten der Behandlung rechtfertigen, sind objektive Daten (◘ Tab. 64.1).

◘ Tab. 64.1. Vier nicht reduzierbare Erkenntnisbereiche in der Therapie in den beiden Dimensionen: subjektiv-objektiv und individuell-kollektiv. (Nach Wilber 1996)

	Subjektives Wissen	Objektives Wissen
Individuelle Wahrheit	Bewusstseinsprozess des Patienten	Empirische Wirksamkeitsbelege
Kollektive Wahrheit	Therapeutische Beziehung (interaktionell)	Wissenschaftliche Erklärung (öffentliche Legitimation)

64.1 Grenzen des medizinischen Modells in der Psychotherapieforschung

Die gegenwärtige Forschung in der Psychotherapie orientiert sich an Kriterien der Wissenschaftlichkeit, wie sie in Physik, Biologie und – bezüglich der Wirksamkeitsforschung – speziell in der Pharmakologie üblich sind. Damit wird ein nach außen vertretbarer Standard an Objektivität gesucht, der Psychotherapie in ähnlicher Weise fassbar und respektabel macht wie die Medizin. Das entspricht dem Wunsch nach der Anerkennung als gleichrangiges Heilverfahren. Ein Problem liegt allerdings in der mangelnden Vergleichbarkeit der Heilungsprozesse in der Psychotherapie und der Pharmakologie, denn Psychotherapie ist kein Pharmakon.

Die Akkreditierung einer Therapieform gründet sich nach dem derzeitigen Verständnis auf drei Bestandteile: auf einer Verfahrensbeschreibung, auf dem Vorhandensein einer Theorie und auf einer Evaluation der Ergebnisse (WBPT 2006; Ehlert 2002). Die Theorie einer Therapieform behandelt Veränderungsmechanismen, Störungskategorien (Diagnostik) und Entstehungsmodelle (Ätiologie). Die Verfahrensbeschreibung befasst sich mit der Anleitung zur Durchführung. Hier soll die Evaluation betrachtet werden, die wiederum verschiedene Aspekte umfasst, nämlich Laborwirksamkeit (in kontrollierten Studien; »efficacy«), Wirksamkeit in der Praxis (in Kliniken und Ambulanzen; »effectiveness«) und die Wirtschaftlichkeit (»efficiency«). Da die Evaluation in der Praxis gar nicht erst in Betracht gezogen wird, wenn nicht eine Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen nachgewiesen wurde, stellt dies die entscheidende Hürde für die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit einer Therapieform dar.

Für den Nachweis der Laborwirksamkeit wird in der Therapieforschung derzeit auf das Paradigma des randomisierten Kontrollgruppendesigns zurückgegriffen, das in der Pharmakologie in Form des Doppelblindversuchs üblich ist. Das Kontrollgruppendesign (»randomized controlled trial«, RCT) gilt als »Goldstandard« (Chambless u. Hollon 1998) und hat folgende Charakteristika:

Charakteristika des Kontrollgruppendesigns (RCT)

1. Stichprobe mit Störungsausmaß von Krankheitswert
2. Stichprobengröße von mindestens 25 Patienten pro Designzelle
3. Hinreichend langer Katamnesezeitraum
4. Randomisierte Zuteilung zu Experimental- und Kontrollgruppe
5. Auswerterblinde Analyse der Ergebnisse
6. Übliche Standardtherapie oder Warteliste als Kontrollgruppe oder
7. Ununterscheidbares Placebo als Kontrollbedingung
8. Therapeutenblinde Anwendung von Placebo und Verum
9. Patientenblinde Anwendung von Placebo und Verum
10. Repräsentative Untersuchungsstichprobe

Die Vorteile dieses Paradigmas liegen auf der Hand: Wirksamkeit lässt sich mithilfe von statistischen Kennwerten wie Signifikanz und Effektgröße, Mächtigkeit des Designs usw. zahlenmäßig ermitteln und erlaubt so Vergleiche zwischen verschiedenen Experimenten. Weiter wird üblicherweise das Behandlungsverfahren durch Manualisierung nachvollziehbar gemacht und man versucht sich durch Ausschluss von Patienten mit Mehrfachdiagnosen einer störungsspezifischen Indikation des Verfahrens anzunähern. Durch Verwendung standardisierter Messinstrumente wird darüber hinaus für Vergleichbarkeit zwischen den Studien gesorgt.

Die Stärke des pharmakologischen Experiments liegt darin begründet, dass durch ein Placebo an der Heilung beteiligte uneigentliche Faktoren wie Spontanremission oder psychologische Mechanismen der Erwartung und Selbstheilung von der eigentlichen pharmakologischen Wirkung des Medikaments getrennt werden können. Das setzt Randomisierung bei der Zuteilung von Patienten in die Gruppen und das Nichtwissen von Patient, Therapeut und Auswerter voraus, ob es sich bei dem verabreichten Medikament um Placebo oder Verum handelt. In der Psychotherapieforschung gibt es kein Placebo, denn die eigentliche und die uneigentliche Wirkung sind beide psycho-

logisch und es bleibt unklar, ob die Psychotherapie durch die Intervention zustande kommt oder durch Selbstheilung, die mithilfe der Intervention und auch anderer Faktoren angestoßen wird (Wampold 2001).

Das Placebo wird daher in der Psychotherapieforschung durch eine Vergleichstherapie oder eine Warteliste ersetzt, wobei sich die Fragestellung ändert: Es geht jetzt darum, ob die untersuchte Therapie besser ist als gar keine Behandlung (Warteliste) oder eine schon vorhandene Standardbehandlung (Vergleichstherapie). Nur lässt sich die auch für diese Frage notwendige Doppel-Blind-Voraussetzung von Therapeut und Patient nicht erreichen, da beide natürlich wissen, welche Behandlungsform angewendet wird und auch welche sie für die bessere halten. Hinzu kommt, dass die aus statistischen Gründen notwendige Randomisierung ethisch fragwürdig ist, da dem Patienten die freie Wahl genommen wird, die aufgrund mangelnder »Blindheit« anders ausfallen könnte als die randomisierte Zuweisung.

Eine weitere Einschränkung der Validität von Kontrollgruppenexperimenten ist die häufige Beschränkung auf monosymptomatische Patienten und die standardisierte Durchführung der Therapie (Manualisierung), da beides in der Praxis nicht stattfindet. Nicht nur existiert eine hohe Korrelation der Symptomstörungen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen, sondern die Komorbidität innerhalb beider Achsen ist ebenfalls beachtlich (Fiedler 1998; Davison et al. 2002, S. 148, 317, 338, 456, 473; Comer 1995, S. 635). Das heißt, die für einzelne Störungen entworfenen und geprüften Therapieprogramme sind für die allgemeine Patientenschaft mit komplexen Komorbiditäten nur bedingt anwendbar, denn die untersuchten Stichproben sind nicht repräsentativ für die Praxis. Hinzu kommt noch eine Reihe von statistischen Problemen, welche die Aussagekraft von Kontrollgruppenexperimenten begrenzen (Revenstorf 2005a). Ihre Bedeutung liegt in der Bestätigung, dass unter bestimmten, wenn auch z. T. unrealistischen Bedingungen, eine Behandlung wirksam ist.

64.2 Kontrollgruppenstudien zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

Die Möglichkeiten, die hypnotische Trance für die Therapie zu nutzen, sind vielfältig. Neben zahlreichen medizinischen Anwendungen (Dermatologie, Anästhesie, innere Medizin, Zahnmedizin, HNO u. a.) ist Hypnose in fast allen Bereichen der Psychotherapie bei Verhaltensstörungen, neurotischen und psychosomatischen Problemen eingesetzt worden (Revenstorf 1993a, ▶ Kap. 1 in diesem Buch). Neben unkontrollierten Untersuchungen und unzähligen Fallstudien liegen einige Metaanalysen und eine große Zahl von Kontrollgruppenstudien vor. Sie belegen die Wirksamkeit der Hypnotherapie für bestimmte psychotherapeutische und medizinische Indikationen, wobei im Auge behalten werden muss, dass aufgrund der oben genannten Einschränkungen mit Laborexperimenten nur ein Teil der klinischen Wirksamkeit eingefangen wird.

In neueren Recherchen (Bongartz et al. 2002; Revenstorf 2006) nach kontrollierten Untersuchungen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie wurden etwa 200 Studien gefunden, darunter mindestens 60, die allen oben genannten Kriterien 1–6 für die klinische Prüfung der Psychotherapie entsprechen. ◘ Tab. 64.2 enthält die Studien nach 12 diagnostischen Kategorien geordnet[1]. Etwa die Hälfte der Studien gehört in die Kategorie der somatischen Krankheiten mit psychischen und sozialen Einflussfaktoren (ICD-10: F54). Das ist ein Überschneidungsbereich von Psychotherapie und Medizin, in dem Hypnotherapie zur Bewältigung somatischer Leiden adjuvant eingesetzt wird. Darunter fallen die Nebenwirkungen von Chemotherapie (10 Studien), Operationsschmerz (20 Studien) und Geburtsschmerz (21 Studien). Dazu gehören aber auch psychosomatische Probleme wie chronischer Schmerz, Migräne und Spannungskopfschmerz

1 Gemäß den Akkreditierungsbedingungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in Deutschland sollen in mindestens 4 der 8 ersten oder 5 von den 12 an die ICD-10 angelehnten Kategorien mindestens 3 Wirksamkeitsnachweise vorliegen (s. www.wbpsychotherapie.de).

Tab. 64.2. Kontrollierte Untersuchungen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie nach Diagnosen

Diagnosekategorien (ICD-10)	ICD-10-Codierung	Anzahl der kontrollierten Studien [n]	Störungsbereiche mit empirisch belegter Wirksamkeit
Affektive Störungen	(F3)	1 (1)	Phobien
Angststörung	(F40, 41, 42)	23 (7)	Akute Belastung, posttraumatische Belastung, Anpassungsstörung
Belastungsstörung	(F43)	1 (1)	Somatoforme Schmerzen, Reizdarm, Fibromyalgie, u. a.
Dissoziative, Konversions-, somatoforme Störungen	(F44, 45, 48)	10 (7)	Essattacken, Körperbild bei Essstörungen
Essstörungen	(F50)	3 (2)	Schlafstörungen, sexuelle Störungen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	(F51, 52 ,21)	8 (3)	Operationsschmerz, Geburtsschmerz, Krebsschmerz, Migräne, u. a.
Psychische u. soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten	(F54)	96 (18)	–
Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen	(F60) (F63–69)	–	Methadon-, Alkohol-, Tabakabusus
Abhängigkeit und Substanzabusus	(F1, 55)	28 (7)	–
Schizophrenie	(F29)	–	–
Anpassung bei Intelligenzminderung	(F7)	1	–
Hirnorganische Störungen	–	–	Adipositas
Zusätzlich		7 (3)	Schmerzkontrolle, Enuresis, Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie
Kinder und Jugendliche		32 (7)	Phobien

Anzahl der kontrollierten Untersuchungen: 171 zu Störungen bei Erwachsenen, 32 bei Kindern, 7 bei Adipositas; die Zahlen in Klammern (Spalte 3) sind Studien, die allen RCT-Kriterien genügen.

(18 Studien), Belastungen durch Arthritis, Bluthochdruck, Tinnitus, Asthma und Allergien (17 Studien). Ebenfalls zu den psychosomatischen Problemen kann man die Verhaltensauffälligkeiten rechnen, die mit körperlichen Symptomen verbunden sind (ICD-10: F51 und F52) wie z. B. Schlafstörungen (8 Studien).

Zu Psychosen und Persönlichkeitsstörungen liegen keine Untersuchungen zur Behandlung mit Hypnotherapie vor. Dagegen gibt es zahlreiche Studien zu Angststörungen und zu den somatoformen Störungen, einige zu Essstörungen. Weitere Studien liegen zur Substanzabhängigkeit vor, die meisten hiervon betreffen die Raucherentwöhnung. Bei Kindern wurde Hypnose zur Linderung der Nebenwirkungen der Tumorbehandlung und bei Enuresis untersucht. Im Präventivbereich ist der erfolgreiche Einsatz von Hypnose bei der Gewichtsreduktion gut untersucht, wobei die Kombination mit Verhaltenstherapie (VT) und kognitiver Therapie (KT) verbreitet ist (s. unten).

Obwohl hypnotherapeutische Konzepte zu affektiven Störungen, posttraumatischer Belastung, dissoziativen Störungen und strukturellen Frühstörungen vorliegen, fehlen hier bisher empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit – mit Ausnahme

Tab. 64.3. Diagnosen nach ICD-10, für die keine kontrollierten Untersuchungen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie vorliegen, aber einschlägige Therapiekonzepte in der Literatur beschrieben werden (s. auch entsprechende Kapitel in diesem Buch)

Diagnosekategorien (ICD-10)	ICD-10-Codierung	Störungsbereiche mit Behandlungskonzepten
Affektive Störungen	(F3)	Hypomanie
Angststörungen	(F40, 41, 42)	Panikattacken, Zwang
Belastungsstörungen	(F43)	–
Dissoziative, Konversions-, somatoforme Störungen	(F44, 45, 48)	Autonome Funktionsstörungen, Konversionen, dissoziative Störungen
Essstörungen	(F50)	Bulimie, Anorexie
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	(F51,52 ,21)	–
Psychische u. soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten	(F54)	Tinnitus
Persönlichkeitsstörungen Verhaltensstörungen	(F60) (F63-69)	Abnorme Gewohnheiten, Störung der sexuellen Identität/Präferenz, Frühstörungen
Abhängigkeit und Substanzabusus	(F1, 55)	Missbrauch von psychotropen Drogen
Schizophrenie	(F29)	–
Anpassung bei Intelligenzminderung	(F7)	–
Hirnorganische Störungen	–	Lähmung nach Insult, Infarkt, bei MS
Kinder und Jugendliche	–	Tics, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens

je einer kontrollierten Studie zur PTBS, wo zusätzlich noch vier Fallstudien existieren, zur akuten Belastungsreaktion (Bryant et al. 2006) sowie zur Depression (Alladin u. Alibhai 2007). Tab. 64.3 gibt eine Übersicht über Störungsbereiche, für die wirksame Therapiekonzepte der Hypnotherapie in der Literatur beschrieben werden, aber noch keine kontrollierten Studien vorliegen.

Die im Folgenden berichteten Metaanalysen samt den aufgeführten Originalarbeiten wurden an anderer Stelle berichtet (Revenstorf 2006). Dort finden sich auch Einzelheiten und es können die entsprechenden Quellen der Untersuchungen entnommen werden.

64.3 Metaanalysen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

Metaanalysen zeigen in systematischer Zusammenfassung der empirischen Untersuchungen die Wirksamkeit der Hypnotherapie in Form von Effektstärken. Tab. 64.4 gibt einige Ergebnisse wieder: Für psychoneurotische Störungen, insbesondere bei Ängsten und für Tabakabusus liegt die Wirksamkeit im Bereich großer Effektstärke[2]. Bei der Schmerzbehandlung liegt sie im Bereich mittlerer Effektstärke, wobei zu berücksichtigen ist, dass in vielen Fällen hier sowohl Kontroll- wie Hypnosegruppe Schmerzmedikation erhalten und die Effektstärke

2 Effektstärken gelten als klein bei 0,4<d<0,6 – als mittel bei 0,6<d<0,8 – und als groß bei d>0,8.

Tab. 64.4. Zusammenfassung der bisherigen Metaanalysen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

Quelle	Design	Behandlung	Studien [n]	Effekte
Smith et al. 1980	Prä-post-Vergleiche u. Kontrollgruppen	Neurosen, Rauchen u. Übergewicht	17	d=1,82
Grawe et al. 1994	Kontrollgruppe und/ oder Vergleichs-bedingung	Neurosen (ohne Rauchen u. Übergewicht); nur Hypnotherapie	19	16/19 Studien signifikant
Revenstorf u. Prudlo 1994	Kontrollgruppe und/ oder Vergleichs-bedingung	Medizin, Adipositas, Rauchen u. Psychosomatik; nur Hypnotherapie	77	67/77 Studien signifikant
Rominger 1995	Nur Studien mit Kontrollgruppen	Angst, Schmerz u. Rauchen; nur Hypnotherapie	36	Angst: d=0,95 Schmerz: d=0,54 Rauchen: d=0,89
Montgomery et al. 2000	Nur Studien mit Kontrollgruppen	Schmerz; nur Hypnotherapie	18	D=0,67
Bongartz, Flammer u. Schwonke 2002	Kontrollgruppe und/ oder Vergleichs-bedingung	Medizin, Neurosen u. Rauchen; nur Hypnotherapie	43	Medizin: D=0,38 Rauchen: D=0,54 Somatik: D=0,57 Neurosen: D=0,71
Int. J. of Clin. and Experim. Hypnosis April 2000*	Rauchen, Schmerz, PTBS, Rauchen, Kinder (Chemotherapie)	Review über Kombination von Hypnotherapie mit KT und VT	Unklar	Gute Kombinierbarkeit mit VT und KT

d nichtgewichtete Effektgrößen; *D* mit der Stichprobengröße gewichtete Effektgrößen; *diese Metaanalyse enthält auch nichtkontrollierte Studien.

der Hypnose als zusätzliche Verbesserung zu werten ist. Abb. 64.1 veranschaulicht die Effektstärken zum Vergleich nach Größe geordnet.

Insgesamt zeichnen sich einige Schwerpunkte der bisherigen Forschung zur Wirksamkeit der Hypnotherapie ab. Neben der traditionellen Brücke zur Medizin, in der sich Hypnose adjuvant prä-, intra- und postoperativ zur Schmerz- und Angstbewältigung als nichtinvasives Verfahren als nützlich erweist, liegt ein Schwerpunkt in der Psychosomatik. Im Suchtbereich hat sich die Raucherentwöhnung mit Hypnose als am besten untersucht und besonders erfolgreich erwiesen. Patienten mit Alkohol- und Opiatmissbrauch könnten ebenfalls von Hypnotherapie profitieren, aber wohl eher im Verbund mit sozialtherapeutischen Maßnahmen, die bei Tabakabusus aufgrund der im Allgemeinen intakten sozialen Einbindung der Raucher nicht im Vordergrund steht.

Bei den Angststörungen wurden bisher hauptsächlich Objektphobien und Prüfungsangst untersucht, obwohl Zwänge, Agoraphobien und Panikstörungen ebenfalls hypnotherapeutisch behandelbar sind. Soweit die Sichtung der Literatur zur Wirksamkeit.

Ein tabellarischer Überblick über sämtliche 200 Originalstudien findet sich auf der Homepage www.meg-tuebingen.de/1-Hypnose/Hypnoseforschung unter der Rubrik »Tabellarische Übersicht über 200 Studien zur Hypnotherapie«. Dort sind jeweils Angaben zur behandelten Störung, zu Behandlungsformen, Stichprobengröße, zu Ergebnissen, zur Qualität der Untersuchung und zur Quelle gemacht.

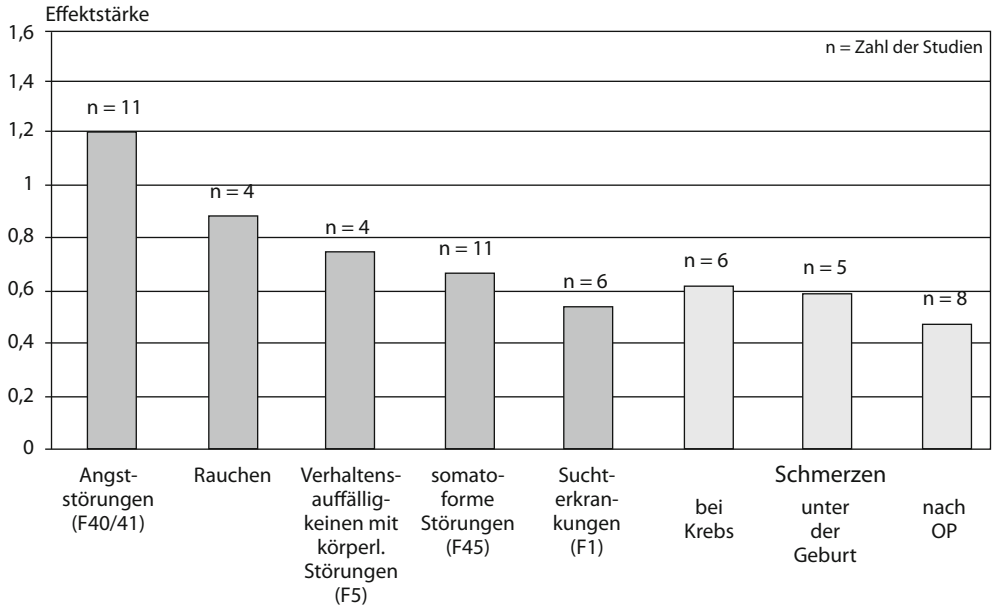


Abb. 64.1. Effektstärken der Hypnotherapie zu einzelnen Diagnosekategorien. (Nach Angaben von Bongartz et al. 2002)

64.4 Zusatznutzen in Kombination mit anderen Verfahren

Es ist zu bedauern, dass Entspannungsverfahren, Imaginationsmethoden und Hypnose in der empirischen Forschung oft nicht klar genug getrennt werden, wodurch die Wirksamkeitsunterschiede von Hypnotherapie- und Vergleichsbedingung u. U. nur gering ausfallen (Scholz u. Meise 2004). Die Folge ist, dass der zusätzliche Nutzen, den die Hypnose in diesen Anwendungen erbringen würde, bei der aktuellen empirischen Datenlage vermutlich unterschätzt wird. In diesem Zusammenhang soll auf die Ergebnisse einer Befragung von Praktikern der Hypnotherapie hingewiesen werden (Woitowitz et al. 1999), aus der hervorgeht, dass Hypnotherapeuten durchschnittlich vier therapeutische Aus- und Weiterbildungen abgeschlossen haben. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapieformen, Gesprächstherapie, systemische Therapie und Gestalttherapie. Diese Therapieformen werden also vermutlich häufig mit Hypnose kombiniert.

Zwei Metaanalysen von Kirsch et al. (1995b) und Kirsch (1996) ebenso wie das Review von Schoenberger (2000) zeigen, dass der Zusatznutzen durch die Kombination von Verhaltenstherapie mit Hypnotherapie bei der Behandlung von Adipositas am deutlichsten belegt ist, aber auch für andere Anwendungsbereiche gegeben zu sein scheint, so z. B. bei Angststörungen. Grundsätzlich ist die Kombination dieser beiden Verfahren seit geraumer Zeit eine Selbstverständlichkeit, was sich in der großen Anzahl der praxeologischen Publikationen hierzu zeigt (Brown u. Fromm 1987; Kroger u. Fezler 1976; Peter et al. 1991).

Mehrere Autoren vertreten den Standpunkt, dass sich die Durchführung der Psychoanalyse durch die Kombination mit Hypnotherapie zur Hypnoanalyse deutlich erleichtern, intensivieren und verkürzen lässt (Watkins 1992b; Fromm u. Nash 1996; zur Übersicht ▶ Kap. 23). Brown u. Fromm (1986, S. 142) sprechen sogar davon, dass sich nach ihrer Erfahrung der therapeutische Fortschritt von 3 Jahren Psychoanalyse in 3–6 Monaten Hypnoanalyse erzielen ließe.

64.5 Moderatorvariablen der Wirksamkeit der Hypnotherapie

Anhand einiger Untersuchungen, die am psychologischen Institut der Universität Tübingen durchgeführt wurden (s. Homepage www.meg-tuebingen.de unter der Rubrik »Hypnose/Hypnoseforschung«), soll dargestellt werden, worauf man achten kann, um Hypnotherapie wirksam einzusetzen. Wir haben möglichst unterschiedliche Störungen mit Hypnose behandelt (Übergewicht, Schlafstörungen, Rauchen, Neurodermitis, Herpes, Migräne, Flugangst, Prüfungsangst), wobei häufig Einzel- mit Gruppentherapie verglichen wurde. Teilweise wurde auch Hypnotherapie mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen verglichen. Insgesamt sind etwa 500 Patienten behandelt worden und der Katamnesezeitraum betrug zwischen 3 Monaten und 1 Jahr.

Es wurden immer **Audiokassetten** (CDs) für die Patienten erstellt, die sie zwischen den Sitzungen und nach Beendigung der Therapie anhören konnten. In jedem der Therapieprogramme wurde mit spezifisch für die Störung ausgewählten **Metaphern** – im Sinne der **Symptomlinderung** und der **Problemlösung** gearbeitet. Die Hypnotherapie beinhaltete in den meisten Fällen auch eine Anleitung zur **Selbsthypnose**, die im akuten Fall eingesetzt werden kann (z. B. bei Neurodermitis, Schlafstörungen, Stressbewältigung, Angststörungen, Migräne u. a.). Die Audiokassetten bzw. CDs sind eine Art »Übergangsobjekt« bis zur Beherrschung der Selbsthypnose. Die **Behandlungsdauer** schwankte zwischen 3 (Raucherentwöhnung) und 15 Sitzungen (Migräne). Da der Erfolg nicht einheitlich ist, stellt sich die bisher nicht systematisch untersuchte Frage, warum es bei einigen Störungen wie z. B. Essstörungen eher schwierig und bei anderen wie Rauchen eher leicht ist, mit Hypnose zu arbeiten. Hier einige Anwendungsbeispiele:

Schlafstörungen. Man muss möglicherweise zwischen Verhaltensweisen unterscheiden, die autonom und solchen, die willkürlich gesteuert sind. Bei Schlafstörungen, bei denen keine willkürliche Einwirkung möglich ist, reduzierten die Patienten in 6 Sitzungen mit Hypnose ihre Einschlaflatenz von 70 min auf ein fast normales Niveau von 25 min (Schulz u. Weinmann 2000; Schlarb 2003; ▶ Kap. 31). Einschlafen ist ein Vorgang, bei dem es darauf ankommt, den Organismus auf **Unwillkürlichkeit** umzustellen und die rationale Vornahme (Räsonieren) oder bewusste Entscheidung in den Hintergrund zu verlagern. 90% der Behandelten konnten die Wachliegezeit um mindestens 33% verringern, was als klinisch bedeutsam eingestuft wird (Effektstärken prä-post: d=0,89; Behandlung-Warteliste: d=0,67).

Angst. Ein anderer autonomer Prozess ist Angst, bei deren Behandlung es darum geht, die beunruhigenden Störreize auszublenden (**Dissoziation**) und die **Fokussierung** auf die Aufgabe (z. B. Prüfungswissen) und die **Ressourcen** (z. B. Gelassenheit) zu fördern, die für die Bewältigung der Angst hilfreich sind. Während unter normalen Bedingungen die Angst mit dem Näherrücken der Prüfung zunimmt, sank sie unter Hypnosebehandlung (Effektstärken prä-post: d=1,42; Behandlung-Warteliste: d=1,28). D. h. vor der Prüfung haben die behandelten Patienten klinisch signifikant weniger Angst als Monate früher, während die Angst bei den unbehandelten Patienten üblicherweise zunimmt (Zeyer et al. 1992; ▶ Kap. 32). Auch bei Flugangst (Teschner 2001; ▶ Kap. 37) tritt dasselbe Phänomen in Bezug auf den näher rückenden Flug ein (Effektstärken prä-post: d=1,78; Behandlung-Warteliste: d=1,31). Offensichtlich ist bei autonomen Prozessen, die etwas mit der Regulation der Spannung und der Stresshormone zu tun haben, hypnotische Dissoziation ein indiziertes Verfahren.

Übergewicht. Nach 12 Sitzungen zeigte sich sowohl beim hypnotherapeutischen wie beim verhaltenstherapeutischen Programm (beides Gruppenprogramme), dass beide Methoden innerhalb der allerdings kurzen Katamnesezeit von 3 Monaten die gleiche geringe, wenn auch statistisch signifikante Reduktion erreichen: Der Body-Mass-Index sank von 30 auf 28 (26 gilt als normal). Allerdings scheint, wie auch aus der Literatur bekannt, der Effekt bei hypnotischer Behandlung länger anzuhalten. Außerdem war in der **Lebenszufriedenheit** bei der Hypnotherapie ein stärkerer Anstieg zu verzeichnen. Das heißt möglicherweise, dass es gelingt, mit Hypnose Ressourcen zu aktivieren, die über die bloße Kontrolle des Alltagsverhaltens hinausgehen.

Unter Übergewichtigen findet man viele berufstätige, disziplinierte und tüchtige Frauen, die ungewöhnlich viel Stress auf sich nehmen, eben nicht »Nein« sagen können. Und da wäre die Fähigkeit, sich im Alltag willkürlich zu disziplinieren, weniger nützlich als die Fähigkeit, im Alltag sich selbst, d. h. seinen Gefühlen mehr Raum zu geben, sodass der Mangel an Lebensqualität nicht anfallartig durch Essen kompensiert wird. Gefühle zulassen wiederum erfordert Unwillkürlichkeit. Vielleicht rührt es daher, dass die Lebenszufriedenheit durch die hypnotische Behandlung stärker zunimmt (Stich et al. 2003; ▶ Kap. 29).

Rauchen. Zur Entwöhnung des Rauchens wurde vielfach mit Hypnose behandelt, aber manchmal unter der falschen Prämisse einer »Umprogrammierung«. Scharlatane treten vor 200 Menschen auf und suggerieren in einer Massentrance, dass Zigaretten ab sofort nicht mehr schmecken. Das ist für manche Raucher nicht unbedingt nutzlos, da das Ritual der Hypnose etwas ist, was viele Menschen suchen, um sich einer autoritären Aufforderung zu unterwerfen und damit die Verantwortung abgeben zu können. Es ist aber fragwürdig, ob man die Verantwortung für die eigene Veränderung langfristig abgeben kann und ob Therapie nicht vielmehr darin besteht, die Verantwortung zurückzunehmen (»re-enpowerment of the person«). Daher soll die Hypnotherapie für Raucher sinnvollerweise auf Ressourcenaktivierung abzielen. Dabei stehen Bilder der Rauchfreiheit und der Fähigkeit, seinen Körper gesund zu erhalten im Vordergrund. In einer Untersuchung haben wir die Neujahrsvorsätze mit einem hypnotherapeutischen Programm verglichen. Im ersten Monat blieben 17% der »Neujahrswilligen« abstinent, die Quote sank aber nach 3 Monaten auf 11%. Bei dem hypnotherapeutischen Programm stieg die Abstinenzquote von 55% (nach einem Monat) auf 65% nach 3 Monaten und blieb auf 45% nach einem Jahr (Revenstorf et al. 1998; Schweizer 2003). Bei einer Minimalbehandlung mit Nikotinpflaster sank die Abstinenzquote von 25% nach einem Monat, auf 17% nach einem Jahr (Revenstorf et al. 2001; ▶ Kap. 27).

Schmerzen. Die Behandlung von Schmerzen ist eine traditionelle Indikation für Hypnotherapie, insbesondere auch für Migräne. In einer Untersuchung (Fahran 2002) sank die Anzahl der Migränetage von 12 auf unter 4 pro Monat durch die Hypnosebehandlung, die damit genauso wirksam wie ein potentes Medikament (Natil) war, dessen Wirkung natürlich im Gegensatz zur Hypnose nach Absetzen der Behandlung zurückgeht. Interessanter ist aber ein anderer Befund. Nach einer nicht ganz unumstrittenen Hypothese veranstaltet das Gehirn mit dem Migräneanfall gewissermaßen ein Gewitter, weil der Tonus zu gering ist. Tatsächlich wiesen Migräniker eine verminderte Negativierung im Hirnstrombild auf. Ohne dass das in der Hypnosebehandlung spezifisch intendiert war, nahm die Negativierung in der Hypnosebehandlung (verglichen mit Natil und Placebo) am stärksten zu und übertraf sogar am Ende das Niveau der Normalbevölkerung. In der Hypnotherapie ging es u. a. um suggerierte Bilder zur Gefäßregulation (Abfluss aus der kranialen Region) und Schmerzbewältigung (Handschuhanalgesie) aber auch zur Problemlösung (Abschirmung).

Die wenigen Beispiele zeigen, wo einige Stärken und Schwächen der Hypnotherapie liegen: Dort, wo es um mehr Unwillkürlichkeit geht, um Dissoziation und implizite Suchprozesse, ist Hypnose als Medium besonders hilfreich. Ein Vorteil der Hypnotherapie ist die gleichzeitige Mobilisierung verschiedener Prozessebenen wie z. B. physiologische Heilungsebene, Symptomlinderung, Problemlösung und Konfliktbewältigung. Implizite Lernprozesse unter Hypnose profitieren generell von der Verwendung konkreter Bilder (Halsband et al. 2003). Die Wirksamkeit von hypnotischen Suggestionen erhöht sich nach Scholz u. Meise (2004) durch die Aktivierung von Handlungsschemata (Verwendung von Metaphern) mehr als durch Bilder allein (Stimulusschemata). Wo es um die soziale Einbindung von Verhaltensänderungen geht, wie bei Alkoholismus oder Übergewicht, sind zusätzliche kognitive und sozialtherapeutische Maßnahmen sinnvoll. Beides schließt sich nicht aus. Nicht immer war die Einzelbehandlung, wie man bei der Hypnotherapie vermuten könnte, wirksamer als die Gruppentherapie. Selbsthypnoseanleitung und Audio-CDs sind in den meisten Fällen günstig für den Transfer in den Alltag.

Fazit

Die Wirksamkeit der Hypnotherapie wurde in zahlreichen Kontrollgruppenexperimenten und Metaanalysen für unterschiedliche Störungen nachgewiesen. Es wurden bisher etwa 200 empirische Studien gefunden, darunter etwa 60, die den gängigen Kriterien entsprechen. Etwa die Hälfte der Studien fällt in die Kategorie der somatischen Krankheiten mit psychosozialen Einflussfaktoren (ICD-10: F54). Darunter fallen Bereiche, in denen Hypnotherapie adjuvant zur Medizin eingesetzt wird (Nebenwirkungen der Chemotherapie, Operationsschmerz und Geburtsschmerz), aber auch psychosomatische Probleme (chronischer Schmerz, Migräne und Kopfschmerz, Belastungen durch Arthritis, Bluthochdruck, Tinnitus, Asthma und Allergien) und Verhaltensauffälligkeiten, die mit körperlichen Symptomen verbunden sind (ICD-10: F51–52) wie Schlafstörungen. Für Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung liegen keine Untersuchungen zur Behandlung mit Hypnotherapie vor. Dagegen gibt es viele Studien zu Angststörungen und zu den somatoformen Störungen sowie zur Substanzabhängigkeit (insbesondere Rauchen). Bei Kindern wurde Hypnose zur Linderung der Nebenwirkungen der Tumorbehandlung und bei Enuresis untersucht. Im Präventivbereich ist der erfolgreiche Einsatz von Hypnose bei der Gewichtsreduktion zu nennen. ◘ Tab. 64.5 fasst die Indikation zur Hypnotherapie nach dem gegenwärtigen Forschungsstand zusammen.

◘ **Tab. 64.5.** Indikationen für Hypnotherapie

Empirisch belegt	Behandlungskonzepte ohne empirische Validierung
Depression	–
Phobien	–
Belastungsstörungen	Panik, Zwang
Akuter und chronischer Schmerz	Dissoziative Störungen
Psychosomatik, somatoforme Störungen	Störungen des Sozialverhaltens
Schlafstörungen	Bulimie
Übergewicht	Tinnitus
Sexualstörungen	Sexuelle Präferenzstörungen
Enuresis	Rehabilitation nach Infarkt und Insult
Tabakabusus	–

Neurobiologie der Hypnose

Ulrike Halsband

65.1 Warum ist die Hirnforschung für die Hypnotherapie relevant? – 803

65.2 Elektrophysiologische Ergebnisse – 803

65.2.1 Neurophysiologische Korrelate der Hypnose – 803

65.2.2 Neuronale Mechanismen der Hypnose im Vergleich zur Meditation – 806

65.3 Ergebnisse mit funktionellen bildgebenden Verfahren – 808

65.3.1 Neuronale Mechanismen der Farbwahrnehmung unter Hypnose – 809

65.3.2 Bildhafte Umsetzung in Hypnose – 812

65.4 Hypnotische Analgesie – 816

65.4.1 Strategien der Schmerzkontrolle durch hypnotische Intervention – 816

65.4.2 Neodissoziationstheorie der hypnotischen Analgesie – 817

65.4.3 Neurobiologische Korrelate der Schmerzwahrnehmung – 818

65.1 Warum ist die Hirnforschung für die Hypnotherapie relevant?

Hypnotische Trance bringt im Gehirn eine Reihe faszinierender Prozesse und Phänomene in Gang. Moderne Technik kann diese erfassen und sichtbar machen. Hierzu gehören sowohl neurophysiologische Methoden wie das Elektroencephalogramm (EEG) als auch die funktionelle Bildgebung, die funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT) und die Positronenemissionstomografie (PET). Die Verfahren erlauben dem Hypnotiseur und Therapeuten, die Auswirkungen der hypnotischen Trance auf das Gehirn »schwarz auf weiß« belegen zu können. Dabei zeigt sich, dass eine hypnotische Tranceinduktion zu plastischen Veränderungen im menschlichen Gehirn führt. Hiermit gelang ein wesentlicher Durchbruch in der Erforschung der neuronalen Grundlagen der Trancezustände. Aus neurowissenschaftlicher Perspektive besteht heutzutage Übereinstimmung, dass Hypnose ein neurobiologisch erfassbares Korrelat der Hirnfunktion in einem veränderten Bewusstseinszustand darstellt (Rainville et al. 2002).

Für die Praxis der Hypnotherapie sollte es von entscheidender Bedeutung sein zu erfahren, unter welchen Bedingungen die neuronale Plastizität und somit die Selbstorganisationsfähigkeit des Gehirns in spezifischer Weise beeinflusst werden. Die Wissenschaft der neuronalen Selbstorganisation komplexer, dynamischer Systeme stellt als interdisziplinäres Vorhaben ein essenzielles Verbindungsglied dar: Neurobiologische, psychische und soziale Phänomene erhalten einen gemeinsamen paradigmatischen Rahmen (Schiepek et al. 2003). Für die Bewertung der Effizienz der Hypnose und der Hypnotherapie ist es somit hoch relevant, geeignete Indikatoren und Lokalisierungshilfen für die Identifikation veränderungsaktiver Hirnbereiche zu finden.

Um die Befunde interpretieren zu können, muss man jedoch als Hypnotherapeut bereit sein, die Sprache der Neurowissenschaftler verstehen zu lernen und somit auch die weit verbreitete Scheu – oder gar Abwehr – zu überwinden, mit neuroanatomischen Fachtermini konfrontiert zu werden. Insbesonders die Methoden der funktionellen Bildgebung ermöglichen bereits heute Einblicke in die Wirkungsweise der Hypnose, die vor einiger Zeit noch undenkbar erschienen (Zilles u. Rehkämper 1998). Die gegenwärtigen Fortschritte in der Hirnforschung erlauben es, die Hypnotherapie besser zu verstehen und letztlich wirksamer zu machen.

65.2 Elektrophysiologische Ergebnisse

65.2.1 Neurophysiologische Korrelate der Hypnose

Historisch betrachtet stellten hirnphysiologische Untersuchungen mittels EEG die ersten Pionierarbeiten der neurobiologischen Grundlagen der Tranceforschung dar. Relevante hirnphysiologische Untersuchungen wurden bereits von Berger (1931) durchgeführt. Während der Registrierungen der elektrischen Hirnaktivität fiel auf, dass der Bewusstseins- und Wachheitszustand der Versuchspersonen mit ihrem elektrophysiologisch definierten Gehirnzustand zusammenhing.

Heutzutage ist unumstritten, dass zur Untersuchung der Grundlagen der Hypnose das EEG und die Analyse von evozierten Potenzialen (EKP) erfolgreich eingesetzt werden können. Mittels dieser nichtinvasiven Verfahren können die neuronalen Begleiterscheinungen veränderter Bewusstseinszustände mit hoher zeitlicher Auflösung systematisch erfasst, quantifiziert und objektiviert werden.

Beim EEG entspricht das gemessene Signal einer Summation von postsynaptischen Dendritenpotenzialen. Insbesondere die senkrecht zur Kortexoberfläche stehenden Dendriten der Pyramidenzellen tragen einen wesentlichen Anteil zum gemessenen bioelektrischen Signal bei. Bei der Untersuchung evozierter Potenziale werden geeignete Stimuli vielfach wiederholt dargeboten und die für jede Elektrode gemessenen Signale für verschiedene Stimulusklassen über alle Wiederholungen hinweg gemittelt. Das EEG variiert in seiner Amplitude (im Normalbereich bis zu etwa 150 µV) und wird hinsichtlich seiner Frequenzen klassifiziert. Als Alpha-Welle wird hierbei traditionell ein Signal im Frequenzbereich zwischen 8 und 13 Hz bezeichnet. Ein erhöhter Anteil von Alpha-Wellen im Spontan-EEG wird meist mit entspannter Wachheit assoziiert. Als Beta-Wellen werden klassischer Weise die EEG-

Signale in einem Frequenzbereich zwischen 13 und 30 Hz bezeichnet. Sie treten verstärkt auf, wenn wir in einem normalen, wachen Zustand, mit offenen Augen, den Fokus auf das Geschehen um uns her richten oder mit konkreten Problemen beschäftigt sind und werden mit Konzentration und Kognition, aber auch mit Stress, Hektik und Sorgen in Verbindung gebracht. Bei starker Konzentration, z. B. bei Lernvorgängen, treten verstärkt – als Gamma-Wellen bezeichnete – Signale im Frequenzbereich 31–70 Hz auf. Delta-Wellen weisen eine sehr niedrige Frequenz von 0,3–3.5 Hz auf und sind charakteristisch für die traumlose Tiefschlafphase. Dagegen treten Theta-Wellen (ca. 4–7 Hz) vermehrt in leichten Schlafphasen sowie in unterschiedlichen mentalen Entspannungszuständen auf. Die untersuchte Person reagiert dann nur noch auf wichtige oder besonders starke Umweltreize.

Die neuere Forschung zeigt jedoch, dass die Einteilung nach breiten, fest definierten, klassischen Frequenzbändern oftmals nur von begrenztem Nutzen ist. So fanden sich Hinweise, die eine weitere Unterteilung der Alpha- und Beta-Frequenzen entsprechend ihrer funktionalen Korrelate notwendig erscheinen lassen. In neueren Studien werden daher häufig ein unteres und ein oberes Theta-Band (etwa 4–6 Hz und 6–8 Hz) sowie ein unteres und ein oberes Alpha-Band (etwa 8–10 Hz und 10–12 Hz) unterschieden. Weiterhin belegen Untersuchungen eine große interindividuelle Variabilität der Frequenzbandgrenzen, die eine feste, allgemeingültige Definition derselben ungeeignet erscheinen lassen. Eine Alternative hierzu stellt daher die individuelle Definition der Theta- und Alpha-Bänder dar, ausgehend von der Alpha-Peak-Frequenz des jeweils untersuchten Probanden – eine Methode, die in der aktuellen Forschung zunehmende Verbreitung findet. Für die statistische Auswertung wird häufig – z. B. mittels »Fast-Fourier-Transformation« – für die definierten Frequenzbereiche die Gesamtleistung (als Summe der gemessenen Spannungswerte) errechnet. Man spricht dann z. B. von »Alpha-Aktivität« oder »Alpha-Power«.

Es ist gut belegt, dass sich das Hypnose-EEG eindeutig vom Schlafzustand abgrenzen lässt (Tasman et al. 1997). Hypnose ist nicht mit Schlaf identisch, wenn sich ihr Name ursprünglich auch vom griechischen Wort »hypnos« = Schlaf ableitet. Aus EEG-Ableitungen unter Hypnose ist bekannt, dass sich im entspannten Wachzustand der Hypnose vor allem niedrigamplitudige Alpha-Wellen in der Gehirnaktivität finden, während Schlaf durch langwellige Delta- und Theta-Wellen mit niedrigeren Amplituden charakterisiert ist. So lässt sich in Untersuchungen zu den Schlafphasen nachweisen, dass die kurzwelligen Alpha-Wellen eines entspannten Wachseins in dem Maße zurückgehen, je mehr man sich dem Punkt des Einschlafens nähert (Schmidt u. Thews 1995).

Verschiedene Untersuchungen haben Unterschiede in der Hirnaktivität von Hoch- und Niedrigsuggestiblen aufgezeigt. Hochsuggestible zeigten in der Ruhebedingung eine deutliche Zunahme der Delta- und Theta-Aktivitäten im EEG (Graffin et al. 1995; Sabourin et al. 1990). Es konnte auch gezeigt werden, dass Induktion und hypnotische Trance mit einer Zunahme der Theta-Bandleistung im occipitalen, zentralen und frontalen Kortex assoziiert war, wobei die Zunahme der Theta-Bandleistung bei Hochsuggestiblen stärker ausgeprägt war als bei Niedrigsuggestiblen. Ein Anstieg der Theta-Aktivität wurde auch unter Feldbedingungen, außerhalb des Labors nachgewiesen – bei Trancezuständen von Feuerläufern und einem Fakir (Larbig 1989, 2004; Larbig u. Miltner 1993).

Ein weiterer interessanter Ansatzpunkt liegt in den beobachteten Veränderungen der Frontallappenfunktionen. So berichtete Gruzelier (1998, 2000, 2004; Gruzelier u. Warren 1993; Kallio et al. 2001; Dietrich 2003) über eine mögliche Inhibition linker präfrontaler Kortexareale in hypnotischer Trance. Tambiev u. Medvedev (2005) erfassten mit EEG-Ableitungen die Hirnaktivität der Aufmerksamkeitsaktivierung im Wachzustand und in Hypnose bei relaxationsbezogenen auditiven und visuellen Suggestionen. In Hypnose verminderte sich die Aktivität im frontalen Kortex, hingegen stieg die Aktivierung sowohl im occipitalen und rechten temporalen Kortex an. Die unter Hypnose veränderte frontale Aktivität ist relevant für unser Verständnis der neuronalen Mechanismen hypnotischer Dissoziation. Unter Hypnose ist es von Vorteil, dass beim Lernvorgang irrelevante oder störende Wahrnehmungen dissoziiert werden können, wie Schmerz, emotionale Komponenten oder interferierende visuelle und akustische Reize (Erickson 1939/1995; Revenstorf u. Peter 2001; Spiegel u. Vermetten 1994). Neurobiologisch wurde als Erklä-

rungsmodell der Dissoziation vor allem die Relevanz frontaler Exekutivfunktionen hervorgehoben (Woody u. Parvolden 1998), wobei jedoch die Funktion des frontalen Kortex in einem komplexen neuronalen Netzwerk zu interpretieren ist (Kallio et al. 2001). Eine Veränderung der Frontallappenfunktionen unter Hypnose steht des Weiteren im Einklang mit neurowissenschaftlichen Ansätzen über die Interaktion zwischen Hypnotiseur und Versuchsperson. Hierbei wurde von Gruzelier (2004) hervorgehoben, dass der Hypnotiseur, um die Hypnose zu induzieren, die Planung des Verhaltens der Versuchsperson übernimmt und mittels explizit gegebener Anweisungen, kritische Analysen vorübergehend einzustellen, die Versuchsperson in die Lage versetzt, primär den Anweisungen des Hypnotiseurs Folge leisten zu können.

In einer Untersuchung von Fingelkurts et al. (2007) wurden die neurophysiologischen Korrelate einer hochsuggestiblen und in Hypnose sehr erfahrenen Versuchsperson mittels EEG erfasst und die funktionelle neuronale Konnektivität während der Erstuntersuchung und 1 Jahr später analysiert. Funktionelle Konnektivität wurde als Index der strukturellen Synchronität im EEG (ISS) errechnet (nähere technische Einzelheiten, s. Fingelkurts et al. 2007). Die Ergebnisse sprechen für zeitstabile Konnektivitätsänderungen in allen erfassten Frequenzbereichen (Delta- Theta-, Alpha-, Beta- und Gamma-Band). Interessanterweise konnte eine besonders stark ausgeprägte Zunahme kortikaler Konnektivität im Theta-Band festgestellt werden. Am schwächsten waren die frontokortikalen Verbindungen ausgeprägt, was die Autoren als Bestätigung der Hypofrontalitätstheorie interpretierten (Gruzelier 2000).

Bezüglich der Alpha-Aktivität in Hypnose wurde über eine Vielzahl widersprüchlicher Befunde berichtet (Larbig u. Miltner 1993). Einerseits wurden Anstiege der Alpha-Aktivität an verschiedenen Ableitungsorten beobachtet (De Benedettis u. Sironi 1985; London et al. 1968; Ulett et al. 1972), andererseits konnten diese Befunde nicht bestätigt werden (Mészáros u. Bányai 1978). Sabourin et al. (1990) gelangten zu der Schlussfolgerung, dass die »Alpha-Power« nicht eindeutig mit der hypnotischen Suggestibilität korrelierte. Die Autoren berichteten jedoch, dass Hochsuggestible vermehrte Beta-Aktivitäten in der linken im Vergleich zur rechten Hemisphäre aufwiesen; eine derartige Hirnasymmetrie fand sich nicht in der Gruppe der Niedrigsuggestiblen. Hingegen berichtete Walter (1992) bei tieferen Stadien der Hypnose über eine Erhöhung der Theta-Anteile im EEG und nur bei Induktion von Katalepsien über eine vermehrte Beta-Aktivität.

Die Ausgeprägtheit der Alpha-Aktivität korreliert mit der Imaginationsfähigkeit der Versuchspersonen. Konradt et al. (2004) untersuchten Unterschiede zwischen Versuchspersonen mit hoher im Vergleich zu niedriger motorischer Trait-Imaginationsfähigkeit in Bezug auf EEG-Korrelate während motorischer Imagination in Hypnose im Vergleich zum Wachzustand und ihre Beziehung zu subjektiven hypnotischen Erlebnissen. Interessanterweise zeigten Probanden mit hoher Imaginationsfähigkeit, einen virtuellen Tunnel zu »durchlaufen«, eine signifikant höhere Alpha-Aktivität und eine geringere Theta-Aktivität in hypnotischer Trance. Die Ergebnisse sind relevant für ein besseres Verständnis der Beziehung zwischen Hypnose und Imagination. Hypnotische Induktionen sowie Suggestionen leiten die Versuchspersonen dazu an, sich Erfahrungen und Handlungen als subjektiv reale Ereignisse vorzustellen. Imaginäre Prozesse stellen somit ein entscheidendes Kriterium für die Wirksamkeit von Hypnose dar.

Die Ergebnisse bisheriger EEG-Studien sind sehr heterogen. Die Gründe liegen einerseits im Ausmaß der unterschiedlichen Erfahrungen mit hypnotischer Trance der Versuchspersonen, die das gesamte Spektrum vom »Novizen« bis zum Hypnose-»Maestro« (Fingelkurts et al. 2007) abdecken und andererseits in den subjektiv unterschiedlich erlebten und schwer zu quantifizierenden Trancetiefen. Des Weiteren sind ältere EEG-Studien mit neueren Studien aufgrund verbesserter Mess- und Analyseverfahren oft schwer zu vergleichen.

65.2.2 Neuronale Mechanismen der Hypnose im Vergleich zur Meditation

Aufmerksamkeitslenkung, Konzentration, Imagination, mentale Relaxation, veränderte Wahrnehmung der Außenwelt, Loslösung vom diskursiven und kritisch-analytischen Denken sind Elemente, die kennzeichnend sind für Hypnose und Meditation. Sowohl Hypnose als auch Meditation können somit als Zustände veränderter Aufmerksamkeit interpretiert werden, die wiederum das Zusammenwirken kortikaler und subkortikaler Hirnareale aktivieren. Auf den ersten Blick scheint es somit durchaus nahe zu liegen, beide als einander ähnliche Phänomene aufzufassen und zu vergleichen.

Es bestehen jedoch nicht nur Gemeinsamkeiten, sondern offensichtlich auch erhebliche Unterschiede zwischen einerseits den verschiedenen Meditationsformen und andererseits Meditation und Hypnose. Der spezielle Rapport zwischen Hypnotiseur und Hypnotisierten sowie die Absorption auf die Stimme des Hypnotiseurs nehmen in der Hypnose eine Schlüsselfunktion ein, während derartig interpersonelle Interaktionen keinen wesentlichen Bestandteil in den verschiedenen Meditationsformen bilden. Tart (2000) betont, dass in der Hypnose die Verarbeitung begrenzt und durch Suggestionen bestimmt wird, im Gegensatz hierzu ist die Verarbeitung in der Meditation charakterisiert durch eine bewusste Kontrolle und einen Fokus auf das Hier-und-Jetzt. Je nach Meditationsart unterscheidet man zwischen einer stark fokussierten Aufmerksamkeit, z. B. in der Shamatha-Tradition und der Metaaufmerksamkeit praktiziert im Vipassana. Für den Neurowissenschaftler ergibt sich die interessante Fragestellung, ob hypnotische Trance und verschiedene Meditationstechniken zu unterscheidbaren Hirnzuständen führen und welche Gemeinsamkeiten in der plastischen Hirnveränderung nachweisbar sind.

Kasamatsu u. Hirai (1966) berichteten über eine Untersuchung von 24 Zen-Priestern (im Vergleich zu 24 Zen-Schülern). Sie fanden bei allen Probanden einen deutlichen Anstieg der Alpha-Band-Aktivität (vor allem an zentralen und frontalen Ableitorten), unmittelbar nach Beginn der Meditation. Während jedoch bei den Zen-Schülern das hochamplitudige Alpha-Aktivitätsmuster über die gesamte Meditationssitzung hinweg bestehen blieb, zeigten sich bei den Zen-Priestern in den späteren Phasen der Meditation rhythmische Theta-Wellen-Muster. In neuerer Zeit fanden Lehmann et al. (2001) bei der Untersuchung eines erfahrenen Lehrers der Kagyüpa-Tradition für fünf unterschiedliche Meditationsformen (1./2. Visualisierung, 3. Mantra-Rezitation, 4. Selbstauflösung, 5. Selbstrekonstruktion) im Gamma-Band (zwischen 35–44 Hz) jeweils verschieden starke, signifikante Erhöhungen der Power (im Vergleich zum normalen Wachbewusstsein). Es gelang (mittels »low resolution electromagnetic tomography«, LORETA) für die verschiedenen Meditationsformen die Ursprungsregionen der EEG-Signale zu lokalisieren, welche, dem Inhalt der einzelnen Übungen entsprechend, mit Visualisierung (rechts posterior), Verbalisierung (links zentral) und Selbstrepräsentation (rechts frontotemporal) in Verbindung stehen.

In einer interessanten Einzelfallstudie eines Zen-Meisters wurden die EEG-Rhythmen während unterschiedlicher Meditationsphasen untersucht (Coromaldi et al. 2004). Die Ergebnisse zeigten in der tiefsten Meditationsstufe gegenüber dem Wachzustand eine hochsignifikante Erhöhung der Alpha- und Theta-Power an allen Ableitungsorten, am deutlichsten ausgeprägt im linken parietalen Kortex. Im Gegensatz zur Alpha- und Theta-Aktivität waren verminderte Beta-Aktivitäten nachweisbar, insbesondere im rechtsfrontalen Bereich. Es konnten jedoch keine signifikanten Veränderungen der Gamma-Aktivität festgestellt werden. Während tiefer Meditation fand sich eine linkshemisphärisch ausgeprägte Lateralisation der EEG-Aktivitäten im Alpha- und Theta-Band sowie eine linkshemisphärische Lateralisierung des Beta-Bandes im zentroparietalen Bereich. Hingegen berichteten Lutz et al. (2004) bei 8 Langzeitpraktizierenden der Kagyüpa- und Nyingmapa-Schulen (im Vergleich zu 10 nichtpraktizierenden Studenten) sehr hochamplitudige Aktivität und ausgeprägte Phasensynchronisation im Gamma-Band (zwischen 25–42 Hz), speziell an lateral-frontoparietalen Ableitorten.

Die Ergebnisse bisheriger EEG-Studien bei Meditierenden zeigen, dass Veränderungen der Aktivität sowohl im Theta- und Alpha- als auch Gamma-Band auftreten können. Die Ergebnisse

sind sehr heterogen, weil einerseits die unter dem Begriff »Meditation« erfassten und untersuchten Meditationsformen und andererseits das Ausmaß an Erfahrung der Meditierenden sich in vieler Hinsicht unterscheiden. Als weiterer Kritikpunkt der bisherigen Studien ist aufzuführen, dass bis heute kaum Untersuchungen existieren, die die Auswirkungen beider Verfahren in einem unmittelbaren Vergleich (»Within-Subject-Design«) systematisch untersucht haben, obwohl seit mehr als 50 Jahren sowohl zur Hypnose, wie zur Meditation – getrennt voneinander – eine große Anzahl von Studien mit neurowissenschaftlichen Methoden durchgeführt wurden. Es gibt somit ein wachsendes Interesse, die plastischen Veränderungen in der Hypnose mit unterschiedlichen Meditationsformen direkt zu vergleichen (Grant u. Rainville 2005; Halsband 2008a; Halsband et al. in Vorbereitung; Holroyd 2003; Otani 2003).

Halsband (2008a) und Halsband et al. (in Vorbereitung) verglichen mittels EEG die neurophysiologischen Korrelate von Hypnose und Meditation bei derselben Versuchsperson.

Der Proband (43 Jahre) beginnt seit mehr als 18 Jahren jeden Tag mit Meditationsübungen des tibetischen Vajrayana-Buddhismus (entsprechend den Lehren der seit ca. 1000 n. Chr. bestehenden Traditionen der Nyingmapa- und Kagyüpa-Schulen). Er erwies sich als hochsuggestibel nach der deutschen Version der »Harvard Scale of Hypnotic Suggestibility«. Es wurde ein 32-Kanal-EEG mithilfe einer Elektrodenhaube an den Standardpositionen des erweiterten internationalen 10/20-Systems abgeleitet. Der Proband wurde an 2 Tagen untersucht. Am ersten Tag wurde er gebeten, seine ihm vertrauten Meditationsübungen in gewohnter Weise durchzuführen. Trotz Verkabelung wurde es ihm ermöglicht, auf seinem eigenen Meditationskissen in gewohnter Körperhaltung (Lotussitz) zu meditieren. Mittels einer Drucktaste zeigte er an, ob er sich in einer leichten (1-mal drücken) oder tiefen Meditationsphase (2-mal drücken) befand. Am darauffolgenden Tag wurde er in hypnotische Trance versetzt. Die Tranceinduktion war aufgebaut, wie von Halsband (2004) beschrieben, und setzte sich aus folgenden Teilkomponenten zusammen:

1. Tranceeinleitung und Fokussierung,
2. 10-Stufeninduktion,
3. metaphorische Geschichte (Geschichte vom Adler, der sich für ein Huhn hielt, übernommen von Revenstorf, persönliche Kommunikation),
4. Ausleitung der Trance.

Während der Trance nahm der Proband eine entspannte Körperhaltung ein. Die Versuchsperson gab an, sich zunächst in einer leichten und nach der Stufeninduktion in einer tiefen Trance befunden zu haben. Als Kontrollbedingungen wurden an beiden Tagen vor der Tranceeinleitung bzw. Meditation Ableitungen im Wachzustand mit offenen und geschlossenen Augen registriert.

Die aufgezeichneten Daten wurden mittels »Fast-Fourier-Transformation« für die folgenden Frequenzbänder analysiert:

- Theta 1 (3,71–5,56 Hz)
- Theta 2 (5,57–7,42 Hz)
- Alpha 1 (7,42–9,28 Hz)
- Alpha 2 (9,29–11,13 Hz)
- Beta (13–30 Hz)
- Gamma (31–49 Hz)

Die Frequenzfenster der Theta- und Alpha-Bänder wurden, nach den von Klimesch (1999) sowie Aftanas u. Golocheikine (2001) vorgeschlagenen Verfahren, individuell definiert, mit der Alpha-Peak-Frequenz des Probanden als Bezugspunkt.

Als gemeinsames Merkmal für tiefe Hypnose und Meditation zeigten sich – im Vergleich zur Kontrollbedingung signifikante Zunahmen der Power im Alpha-1-Band, insbesondere an zentralen Ableitorten (C_3, Cz, C_4). Temporal (T_3, T_4) fand sich ein stärkerer Alpha-Power-Anstieg unter Hypnose, während im frontalen Bereich (F_3, Fz, F_4) nur in der Meditationsbedingung eine signifikante Zunahme nachweisbar war (◘ Abb. 65.1a). Als weiterer differenzieller Befund ergab sich in beiden Theta-Bändern ein hochsignifikanter Anstieg der Power ausschließlich für tiefe Hypnose, während sich für Meditation keine signifikanten Unterschiede gegenüber der Kontrollbedingung fanden (◘ Abb. 65.1b).

Die Befunde veränderter Hirnaktivität während Hypnose und Meditation bei ein und derselben Versuchsperson liefern erste Hinweise auf

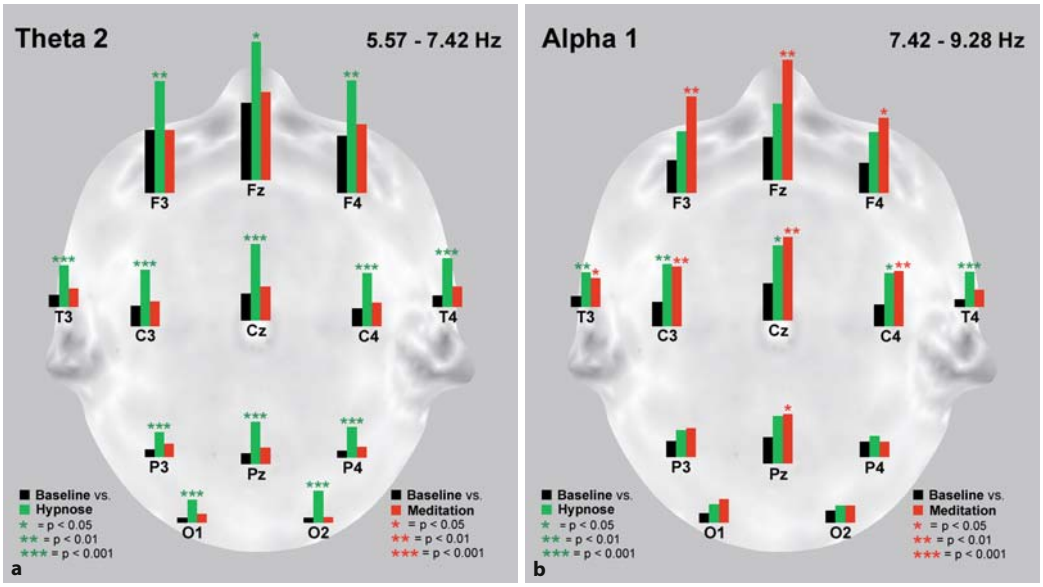


Abb. 65.1a,b. **a** Zeigt die Mittelwerte der Powerspektren des Theta-2-Frequenzbandes für Hypnose und Meditation im Vergleich zur Baseline; das jeweilige Signifikanzniveau ist durch Sternchen gekennzeichnet: *=p<0,05; **=p<0,01; *** =p<0,001. **b** Stellt die Mittelwerte der Powerspektren des Alpha-1-Frequenzbandes für Hypnose und Meditation im Vergleich zur Baseline dar. Signifikanzniveaus wie in Abb. 65.1a

gemeinsame als auch distinkte neurophysiologische Aktivierungsmuster. Es ist somit möglich, im gleichen Gehirn gezielte plastische Veränderungen in der Hypnose und in der Meditation hervorzurufen. In weiteren Untersuchungen mit einer größeren Fallzahl soll ein systematischer Vergleich zwischen verschiedenen Meditationsformen und Hypnose ermöglichen, genaueren Aufschluss über die neuronalen Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser veränderten Bewusstseinszustände zu gewinnen.

65.3 Ergebnisse mit funktionellen bildgebenden Verfahren

Ein wesentlicher Durchbruch gelang der modernen Hirnforschung mit der Einführung der Verfahren der dynamischen Bildgebung, der PET und der funktionellen MRT, die die Darstellung funktionsabhängiger Veränderungen mit einer hohen räumlichen Auflösung ermöglichen. Somit gelang es, Aktivierungen im Gehirn gewissermaßen »online« zu analysieren.

Hierbei misst die PET den regionalen Blutfluss im Gehirn unter Verwendung radioaktiv markierter Substanzen, sog. Positronenstrahler. Die PET erlaubt die absolute Quantifizierung des regionalen cerebralen Blutflusses, rCBF (Frackowiak et al. 1980; Herzog et al. 1996). Im Gegensatz hierzu handelt es sich bei der fMRT um ein nichtinvasives Verfahren, das auf den magnetischen Eigenschaften des Gewebes beruht. Von essenzieller Bedeutung ist hierbei das BOLD-Verfahren (»blood oxygenation level dependent«, BOLD), das auf den unterschiedlichen elektromagnetischen Eigenschaften des mit Sauerstoff beladenen Hämoglobins basiert und Veränderungen des Blutes im Gehirngewebe misst, die durch erhöhte Neuronenaktivität ausgelöst werden. Logothetis et al. (2001) gelang es nachzuweisen, dass mit BOLD-fMRT tatsächlich Veränderungen der Neuronenaktivität gemessen und vor allem Eingangssignale aus anderen Hirnarealen und ihre lokale Verarbeitung erfasst werden.

Mittels funktioneller Bildgebung konnte von unterschiedlichen Forschergruppen gezeigt werden, dass eine hypnotische Tranceinduktion zu plastischen Veränderungen im menschlichen Gehirn führt (Bloom 2005; Crawford et al. 1998; Faymon-

ville et al. 2000, 2006; Grond et al. 1995; Halsband 2004, 2006a; Kosslyn et al. 2000; Maquet et al. 1999; Rainville et al. 1997, Rainville et al. 1999a; Rainville et al. 1999b; 2002; Szechtman et al. 1998). Einige interessante neurowissenschaftliche Ergebnisse der Tranceforschung, die von besonderem Interesse für die Hypnotherapie sind, werden im Folgenden themenzentriert diskutiert. Zur besseren Verständlichkeit der im Text erwähnten neuronanatomischen Fachtermini wurden in ◘ Abb. 65.2 die Hirnareale grafisch dargestellt.

65.3.1 Neuronale Mechanismen der Farbwahrnehmung unter Hypnose

In der Tranceinduktion erfolgt durch die Fokussierung der Aufmerksamkeit deren Hinlenkung nach innen, was dann zumeist eine intensive Vorstellung und Beschreibung eines inneren Bildes bewirkt. In dem veränderten Bewusstseinszustand hypnotischer Trance wird die Aufmerksamkeit auf das innere Erleben gelenkt, sodass nach Revenstorf (1999a) der innere Erlebnisraum farbig und erlebbar, also zu einer Form der Wirklichkeit wird. Von welchen hirnphysiologischen Vorgängen wird diese veränderte Wahrnehmung hervorgerufen? Die Wirkung hypnotischer Tranceinduktion auf das farbliche und vor allem bildhafte Erleben wird durch Ergebnisse der Hirnforschung bestätigt, die den Zusammenhang eines intensivierten Farb- und Bilderlebens unter Hypnose mit plastischen Veränderungen der Hirnfunktion nachweisen. Kosslyn et al. (2000) berichteten, dass Hochsuggestible in Hypnose zusätzliche Aktivierungen im linken Gyrus fusiformis des Sehzentrums (Brodmann-Gebiet 19) und im inferioren temporalen Kortex (Gebiet 20) aufweisen, wenn die Versuchspersonen einen farbigen Stimulus präsentiert bekamen oder sich ein graues Raster farbig vorstellen sollten. Eine Befragung der Probanden ergab, dass sie unter Hypnose tatsächlich die Farben intensiver und leuchtender wahrgenommen haben, das Rot wäre ihnen »roter«, das Blau in einem brillanten Blauton erschienen.

In Kooperation mit der Universität Maastricht haben wir (Otto et al. in Vorbereitung) die suggerierte Wahrnehmung in Hypnose mittels fMRT systematisch untersucht. In Übereinstimmung mit der Studie von Kosslyn et al. (2000) wurden in randomisierter Reihenfolge graue oder farbige Muster präsentiert, die entweder wahrheitsgemäß oder suggeriert (Farbe hinzufügen oder Farbe wegnehmen) wahrgenommen werden sollten. Der Versuchsaufbau ist in ◘ Abb. 65.3 dargestellt.

Die Versuchspersonen wurden in Hypnose und im Wachzustand getestet. Mithilfe der »Brain Voyager software« und des »Granger causality mapping« wurde die effektive Konnektivität der beteiligten Hirnareale analysiert. Mit dieser Methode ist es möglich, die Vernetzung der Aktivierungsmuster unterschiedlicher Hirnstrukturen genauer zu analysieren. Ausgehend von dem Aktivierungsmuster einer bestimmten Hirnregion nach einer spezifischen Suggestion kann man berechnen, welche andere(n) Struktur(en) gleichzeitig einen Aktivierungsanstieg zeigen, was mit den klassischen SPM-Analysen bisher nicht möglich war.

Die Ergebnisse zeigten in der suggerierten Instruktion (Farbe hinzufügen) im Vergleich zur wahrheitsgemäßen Interpretation bilaterale Aktivierungen im Gyrus fusiformis (Brodmann-Areal 19) sowie in zwei Foci im anterioren cingulären Kortex (ACC). Mittels der effektiven Konnektivitätsanalysen konnten im Zusammenhang mit den Aktivierungsmustern im ACC bilaterale Aktivierungen im intraparietalen Sulcus festgestellt werden, wenn ein farbiges Muster als grau interpretiert werden sollte (Otto et al. in Vorbereitung). Interessanterweise konnte auch ein direkter Zusammenhang zwischen den stark ausgeprägten Aktivierungen im rechten Gyrus fusiformis und bilateralen Aktivierungen im intraparietalen Sulcus festgestellt werden.

Die Ergebnisse zeigen unter visuellen Suggestionsbedingungen ein komplexes zeitliches Zusammenspiel des Farbsehzentrums mit dem ACC und parietalen Kortex.

Der Befund, dass Hypnose das Farbzentrum im linken Gyrus fusiformis verstärkt aktiviert, wird durch weitere Ergebnisse von Maquet et al. (1999) sowie Jasiukaitis et al. (1996) gestützt, die ebenfalls eine verstärkte linksseitige Aktivierung dieser Areale unter Hypnose fanden. Rainville et al. (1999a) untersuchten hochsuggestible rechtshän-

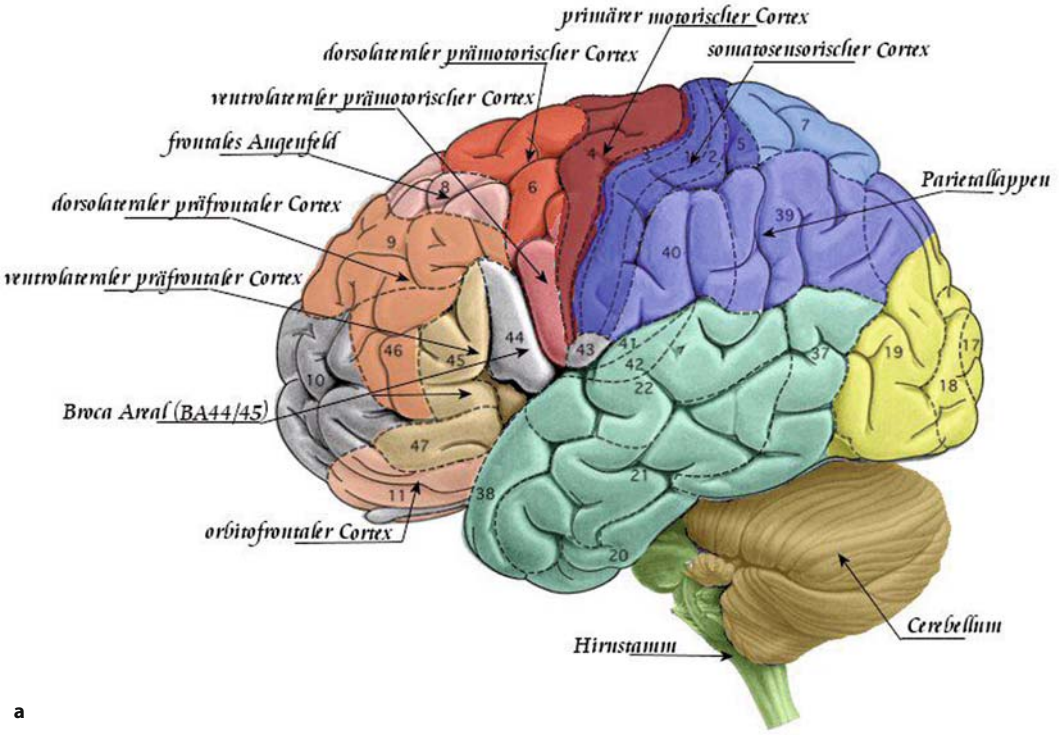


Abb. 65.2a,b. **a** Lateralansicht des menschlichen Gehirns, **b** Medialansicht. (Aus Halsband 2004)

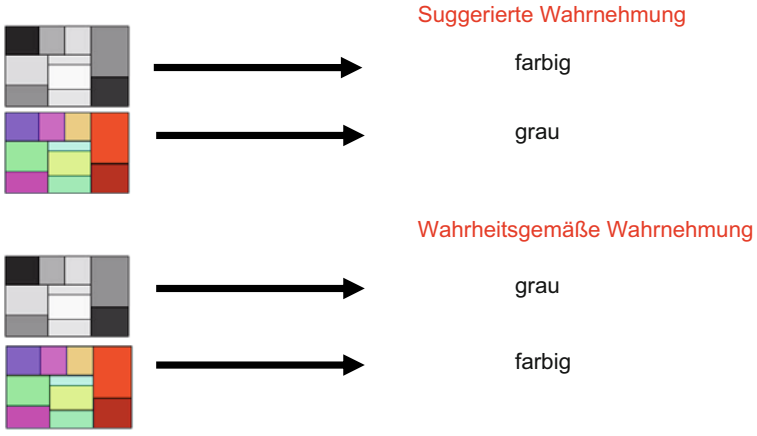


Abb. 65.3. Versuchsbedingungen des Experiments zur Farbwahrnehmung in Hypnose (Otto et al. in Vorbereitung, nach Kosslyn et al. 2000)

dige Versuchspersonen mittels PET. Unter Hypnose fanden sich ebenfalls signifikante Aktivierungsanstiege beidseitig im Occipitallappen; diese Ergebnisse unterstützen somit die Annahme, dass die erhöhten Aktivierungen im Sehzentrum unter Hypnose als Korrelat der vermehrten Einbeziehung visueller Vorstellungen zu interpretieren sind. In der Trance setzen sich verbale Instruktionen leichter in innere Bilder um und rufen somit eine veränderte Realitätswahrnehmung hervor. Die Ergebnisse sind relevant für ein besseres Verständnis der Konstruktion von Wirklichkeit unter Hypnose (Peter 2001a; ▶ Kap. 2). Neurobiologisch ist bei der Wahrnehmung und der Imagination von visuellem Material ein Anstieg in der lokalen Hirndurchblutung in jenen Arealen nachweisbar, die an der visuellen Verarbeitung beteiligt sind (Roland u. Friberg 1985). Peter (2001a; ▶ Kap. 2) argumentiert, dass ein Zusammenspiel der Plastizität unserer Wirklichkeitskonstruktion und der neuronalen Äquivalenz der tatsächlich wahrgenommenen bis hin zur halluzinativ imaginierten Wirklichkeit die essenzielle Grundlage dafür bildet, dass eine hypnotherapeutische Intervention erfolgreich ist. Je genauer der Therapeut nach den primären Sinnesmodalitäten (visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch) frage und je modalitätsübergreifender der Zugang gewählt werde, um so »wirklicher« wird der entsprechende hypnotisch-suggerierte Sinneseindruck des Patienten konstruiert werden. Die Ergebnisse sind im Einklang mit dem Befund, dass spezifische neurophysiologische Veränderungen unter Hypnose nicht nur im visuellen Bereich, sondern auch in anderen Sinnesmodalitäten nachgewiesen werden konnten (Szechtman et al. 1998; Walter et al. 1990). Die Ergebnisse sprechen somit für eine vermehrte Nutzbarmachung multimodaler Verarbeitungsstrategien unter Hypnose.

Rainville et al. (2002) gelang es nachzuweisen, dass erhöhte Aktivierungen im Sehzentrum unter Hypnose mit dem subjektiv empfundenen Relaxationsgrad der Probanden korrelierten. Positive Korrelationen mit relaxationsbezogenen Aktivierungseffekten zeigten sich im oberen rechten occipitalen Gyrus und bilateral frontal. Hingegen waren beidseitige occipitale Aktivierungen negativ korreliert mit dem Absorptionsgrad der Versuchspersonen. Die interessante Dichotomie einer **occipitalen Aktivierung in der relaxationsbezogenen** Versuchsanordnung und einer beidseitigen Deaktivierung in der absorptionsbezogenen Bedingung lässt vermuten, dass es sich hierbei tatsächlich um unterschiedliche Hirnmechanismen handelt. Es ist somit der Grad der subjektiv empfundenen Entspannung, der entscheidend zu sein scheint für die Ausgeprägtheit der occipitalen Aktivierungen. Da der subjektiv empfundene Entspannungsgrad in tiefer Hypnose meist stärker ausgeprägt ist als in einer leichten hypnotischen Trance scheinen die vermehrten Aktivierungen im Sehzentrum in direkter Beziehung zur erreichten Trancetiefe zu stehen. Die alleinige Fokussierung auf die Stimme des Hypnotiseurs scheint hingegen nicht für eine Erhöhung der Aktivierungsmuster im occipitalen Kortex ausreichend zu sein. Wenn jedoch, wie im vorherigen Beispiel angeführt, mittels hypnotisch induzierter visueller

Halluzinationen das Sehzentrum gewissermaßen »direkt angesprochen« wird, scheint die Fokussierung auf die Stimme des Hypnotiseurs (Erickson: »Meine Stimme begleitet Sie überall hin«) erhöhte Aktivierungen im Sehzentrum zur Folge zu haben.

Diese Ergebnisse zeigen, dass hypnotisch induzierte Illusionen und Halluzinationen zu plastischen Veränderungen im Gehirn führen, die man quantitativ messen und analysieren kann. Es ist somit keine »Einbildung«, wenn die Versuchspersonen subjektiv berichteten, dass ihnen in der Trance ein grauer Stimulus farbig oder die Brillanz der Farben eines farbigen Musters intensiver erschienen sind als im Wachzustand. Stattdessen zeigten die Neurone im Farbsehzentrum tatsächlich einen erhöhten Aktivitätsanstieg, der wiederum mit den Aktivierungen anderer Hirnstrukturen korrelierte. Mit anderen Worten, mittels hypnotischer Suggestionen ist es möglich, den normalen Ablauf der Wahrnehmungsverarbeitung dahin gehend zu beeinflussen, dass die für die hypnotisch induzierten Wahrnehmungsveränderungen verantwortlichen Hirnareale tatsächlich in Bereitschaft versetzt werden, diese optimal umsetzen zu können. Wir erkennen hier ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Sinnesmodalitäten: Die akustisch dargebotenen Suggestionen beeinflussen in direkter Weise die visuellen Verarbeitungsprozesse.

65.3.2 Bildhafte Umsetzung in Hypnose

Verhaltensstudien haben gezeigt, dass Hochsuggestible in Trance über eine verbesserte Umsetzung und Nutzung bildhafter Strategien verfügen (Bongartz 1985; Crawford u. Allen 1996; Halsband 2004, 2006a; Halsband u. Herfort 2007; Sweeney et al. 1986). Unter Hypnose berichten Hochsuggestible von der Zunahme holistischer Suchstrategien, die Hand in Hand gingen mit einem gesteigerten visuellen Gedächtnis für Unterschiede des Bildmaterials (Crawford u. Allen 1983) sowie einer bildhaften Gedächtnisleistung (Atkinson 1994; Crawford et al. 1986). Hochsuggestible reagieren stärker auf Kippfiguren und visuelle Illusionsbilder und erkennen sie besser, wie aus Studien mit dem »Neckerwürfel« und der »Schrödertreppe« ersichtlich wurde (Crawford et al. 1986). Die Ergebnisse sind im Einklang mit Befunden von Herfort (2005) und Herfort u. Halsband (in Vorbereitung).

In dieser Studie wurde der Einfluss von Hypnose mit einer eingebetteten posthypnotischen Suggestion auf die visuelle Objektwahrnehmung bei hoch- und niedrigsuggestiblen Versuchspersonen untersucht. Es wurden drei Versuchsbedingungen untersucht:

1. Hochsuggestiblen Probanden wurden auf dem Monitor Puzzleteile gezeigt, die zu einem Gesamtbild ergänzt werden sollten (»Dalli-Klick«-Verfahren);
2. aus gezeigten Umrisslinien, sollte das dargestellte Objekt erkannt werden;
3. VOSP-Silhouetten (»visual object and space perception battery«; Warrington u. James 1991) zeigten dreidimensionale Schattenbilder von Gegenständen oder Tieren, die horizontal oder vertikal um die Raumachsen rotiert wurden, sodass sich der Winkel der Betrachtungsweise systematisch veränderte.

In allen drei Bedingungen zeigten hochsuggestible Versuchpersonen nach der posthypnotischen Induktion signifikant schnellere Reaktionszeiten und eine höhere Anzahl korrekt erkannter Bilditems. Hingegen veränderten sich nicht die Leistungen der niedrigsuggestiblen Probanden.

Die Ergebnisse sprechen für die Annahme, dass Hypnose mit einer eingebetteten posthypnotischen Suggestion einen Einfluss auf die visuelle Perzeption bei Hochsuggestiblen hat und die visuelle Wahrnehmungsleistung verbessert. Die Ergebnisse sind im Einklang mit früheren Studien, die gezeigt haben, dass Hochsuggestible vermehrt die Tendenz zu ganzheitlichen, holistischen Suchstrategien im Vergleich zur Detailsuche aufweisen (Crawford 1989; Wallace 1990).

Nicht nur auf perzeptiver Ebene, sondern auch beim Erlernen und Abruf bildhafter Wortpaare erzielen Hochsuggestible unter Hypnose bessere Ergebnisse als 1) im Wachzustand und 2) im Vergleich zu Niedrigsuggestiblen (Halsband 2004, 2006a).

In der Lernphase (Enkodierung) wurde den Probanden auf einem Bildschirm eine Liste von 12 Wortpaaren mit hoher Bildhaftigkeit präsen-

tiert (Beispiele: Affe – Kerze, Sonne – Vogel), die sie innerlich nachsprechen und lernen sollten. Das Lernverhalten wurde in Trance und im Wachzustand untersucht. In der Abrufphase (Wachzustand) wurde in randomisierter Reihenfolge nur jeweils das erste Item der Wortpaare präsentiert, und die Probanden sollten das zweite Wort aus dem Gedächtnis assoziieren. Auffallend war, dass die hochsuggestiblen Probanden oft spontan die Informationen über die jeweils zu erlernenden Wortpaare in ein mentales Bild übertrugen und somit leichter erlernen konnten. Diese Strategie ist jedoch nur auf das Erlernen bildhafter Wortpaare anwendbar, abstrakte Wortpaarkonstellationen sind kaum in ein mentales Bild transferierbar. Es konnte gezeigt werden (Halsband 2001, 2004), dass sich unter Hypnose der Abruf von abstrakten Wortpaaren (Moral – Buße) verschlechterte, wobei sich hingegen die Reproduktionsleistung bei Wortpaaren mit hoher Bildhaftigkeit (Affe – Kerze) verbesserte. Halsband (2004, 2006a) berichtete, dass der Befund einer verbesserten Lernleistung von schwer assoziierbaren Wortpaaren mit hoher Bildhaftigkeit nicht nur in der visuellen, sondern auch in einer auditiven Versuchsbedingung nachweisbar war. Somit konnte erstmals gezeigt werden, dass eine verbesserte Umsetzung bildhafter Repräsentationen nicht modalitätsspezifisch ist. Dieser Lernerfolg war auch nach einer 10-minütigen Interferenz feststellbar. Hingegen war die Abrufleistung abstrakter Wortpaare stark vermindert, wenn die Encodierung in Trance stattfand.

Sweeney et al. (1986) berichteten ebenfalls über einen verbesserten Abruf hochbildhafter Wortpaare in Hypnose. Im Gegensatz zu der Studie von Halsband (2004, 2006a) fanden sich jedoch keine Unterschiede beim Erlernen abstrakter Wortpaare in Hypnose und im Wachzustand. Ein wesentliches Problem der Studie von Sweeney et al. (1986) besteht jedoch darin, dass die Autoren keine Unterscheidung von Hoch- und Niedrigsuggestiblen vornahmen und somit die Untersuchung auf einer sehr heterogenen Versuchspersonengruppe mit unterschiedlichsten Tranceerlebnissen basiert. Crawford u. Allen (1996) berichteten über einen verbesserten Lernabruf von Wortpaarassoziationen unter Hypnose bei Hochsuggestiblen; ein verbesserter Lerneffekt in Hypnose war jedoch nur bei einer Untersuchung derselben Probanden in unterschiedlichen Versuchsbedingungen und nicht bei der Untersuchung unterschiedlicher Probanden in unterschiedlichen Versuchsbedingungen nachweisbar.

Interessanterweise waren in der Studie von Halsband (2004) die Hochsuggestiblen beim Erwerb und Abruf bildhafter Wortpaare auch im Wachzustand den Niedrigsuggestiblen überlegen. Die Ergebnisse sind im Einklang mit den Untersuchungen von Crawford u. Allen (1996) und T Hoen (1978). Es stellt sich daher die Frage, inwieweit Hochsuggestible a priori über bessere Lernstrategien für bildhaftes Material verfügen als Niedrigsuggestible.

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse für eine verbesserte Umsetzung bildhafter Umsetzung und Lernleistung bei Hochsuggestiblen. Die Befunde haben therapeutische Implikationen und sind relevant für unser Verständnis der Konstruktion von Wirklichkeit unter Hypnose (Peter 2001a).

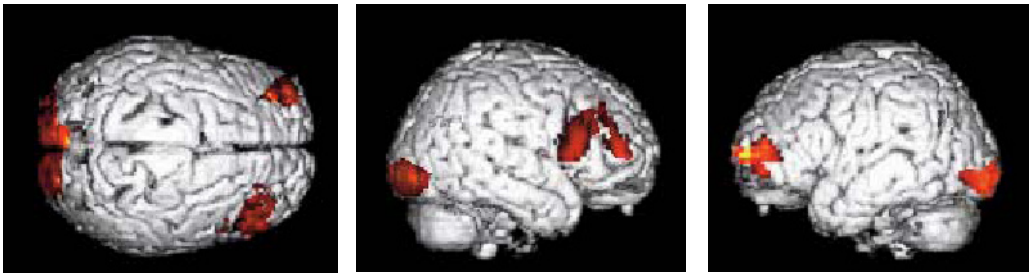
Welche neuronalen Mechanismen liegen der verbesserten Umsetzung bildhafter Assoziationen zugrunde?

Dieser Frage wurde in den PET-Studien von Halsband (2004, 2006a) nachgegangen. Es wurden 15 rechtshändige männliche Versuchspersonen mit einer modifizierten Version der »Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility« (HGSHS: A) auf ihre Suggestibilität getestet. Für die Teilnahme an der PET-Untersuchung wurden 7 Personen mit den höchsten Suggestibilitätswerten (≥7.0) ausgewählt. Die Versuchspersonen wurden beim Erwerb und Abruf bildhafter Wortpaare im Wachzustand und in Hypnose gescannt (s. oben).

In der Encodierungsphase waren in beiden Versuchsbedingungen (Hypnose und Wachzustand) bilaterale Aktivierungen im präfrontalen Kortex (Brodmann-Areale 9/45/46) und im anterioren cingulären Kortex nachweisbar. Unter Hypnose zeigten sich die Unterschiede in einer zusätzlichen occipitalen und verstärkten präfrontalen Aktivierung. In der Abrufphase (Wachzustand) fanden sich bilaterale präfrontale und anteriore cinguläre Aktivierungen sowie Aktivierungen im medialen parietalen Kortex (Brodmann-Areal 7, Praecuneus) und im Cerebellum. Beim Abruf der Inhalte, die zuvor unter Hypnose erlernt wurden, waren stärkere Aktivierungen im präfrontalen Kortex und

a Hypnose

Encodieren

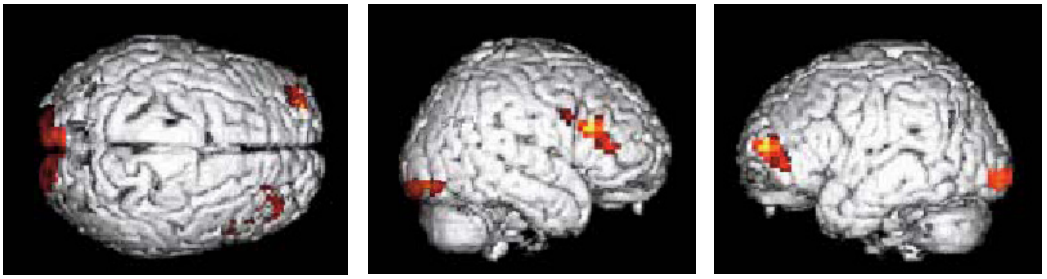


Abruf



b Wachzustand

Encodieren



Abruf

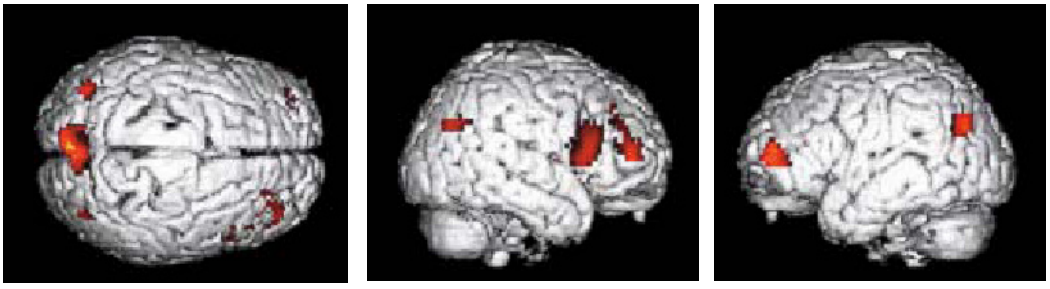


Abb. 65.4a,b. PET-Aktivierungen (*rote bis gelbe Bereiche*) unter Hypnose (**a**) und im Wachzustand (**b**) bei der Encodierung und beim Abruf von Wortpaaren mit hoher Bildhaftigkeit nach vorherigem Lernerwerb unter Trance im Vergleich zum Wachzustand. (Aus Halsband 2004)

Cerebellum sowie zusätzliche Aktivierungen im Sehzentrum nachweisbar (Abb. 65.4).

Die Ergebnisse sprechen für eine vermehrte Einbindung occipitaler und präfrontaler Strukturen in hypnotischer Trance beim Erlernen und Abruf hochbildhafter Wortpaare. Letztere Strukturen übernehmen u. a. auch eine entscheidende Funktion im Arbeitsgedächtnis. Hieraus lassen sich folgende therapeutischen Implikationen ableiten: Die Wahl einer bildhaften Vorgehensweise ist in der Hypnotherapie von Vorteil, da in die Hypnoseinduktion eingearbeitete metaphorische Geschichten von unserem Gehirn in idealer Weise umgesetzt und verarbeitet werden können. Auch das Ansprechen unterschiedlicher Wahrnehmungsmodalitäten scheint von großem Vorteil zu sein. Hingegen sollte das Verarbeiten komplexer abstrakter Informationen vermieden werden, da das Gehirn in hypnotischer Trance wenig »empfänglich« zu sein scheint für derartige Vorgehensweisen, wie das Überführen konkreter Vorstellungen in allgemeingültige Prinzipien.

Hypnose und implizites Lernen

Die Befunde, dass bestimmte Lernprozesse selbst bei einer schweren globalen Amnesie erhalten bleiben, führten zur Annahme eines separaten **prozeduralen** Gedächtnisses, das sich von **deklarativen** Gedächtnisinhalten für bestimmte Ereignisse, Episoden oder Fakten abgrenzt (Squire 1986). Trotz nachweisbaren Leistungszuwachses erfolgt beim prozeduralen Lernen kein bewusster Zugriff auf vorangegangene Phasen des Erwerbs. Daher kann man prozedurales Gedächtnis definieren als eine Art von **implizitem** Gedächtnis, das nicht bewusst ansteuerbar ist. Solche Lernleistungen können sich sowohl über nonverbale Verfahren, die eher motorische Prozesse beinhalten, als auch verbale Verfahren manifestieren, wie z. B. Lesen von Spiegelschriften oder Ergänzen von Wortstämmen von zuvor dargebotenen Worten (Markowitsch et al. 1993).

Es konnte gezeigt werden, dass in Hypnose neuronale Schaltkreise aktiviert werden, von denen bekannt ist, dass sie eine wichtige Funktion im implizierten Lernen einnehmen (Maquet et al. 1999; Rainville et al. 1999b). Die neuronalen Mechanismen impliziten Lernens wurden im Übersichtsartikel von Halsband et al. (2003) ausführlich diskutiert. Die Nutzung impliziten Wissens und eine Anregung zu impliziter Informationsverarbeitung nehmen eine Schlüsselfunktion in der hypnotherapeutischen Intervention ein. Bei der Anwendung der implizit erlernten Fähigkeiten wird ein Teil der Wahrnehmung von den eigenen Handlungen abgespalten und sowohl unbewusst registriert als auch durchgeführt. Hypnose scheint einen direkten Einfluss auf unterschiedliche Aspekte des impliziten Gedächtnisses auszuüben.

Aus neurobiologischer Sicht spricht vieles für die Anwendung indirekter Suggestionstechniken, um über implizite Lernvorgänge neue Verknüpfungen und Verhaltensweisen hervorzubringen. Für die Hypnotherapie hat dieser Befund folgende Relevanz: Mittels impliziter Suggestionen können wir zu einem leichteren Lernen/Umlernen bestimmter Inhalte oder Verhaltensweisen beitragen, d. h. Dinge neu erleben, die über explizite Lernwege nur mühsam oder gar nicht gelernt werden können. In diesem Zusammenhang erweisen sich indirekte Suggestionen bei der Tranceinduktion (Erickson 1939/1995) als besonders wirksam: Sie umgehen das explizite Nachvollziehen und Begreifen und fördern somit das assoziative, implizite Umsetzen des Erlebten. Nach Erickson u. Rossi (1981) sind indirekte Formen von Suggestionen semantische Folien, die das Erleben neuer Reaktionsmuster erleichtern. Sie evozieren unabhängig von unserem bewussten Willen automatisch unbewusste Suchvorgänge und innere Prozesse. Die indirekte Kommunikation wird einem der wichtigsten Grundprinzipien des Erickson'schen Therapiekonzeptes gerecht: der Individualität des Patienten und seiner vermuteten Fähigkeit, selbst die besten Lösungen für das Problem zu finden.

Hypnotische Armlevitation

Als äußeres Zeichen für die Verifizierung einer Tranceinduktion gilt die Armlevitation. Bei der Armlevitation hebt sich auf die entsprechende Suggestion hin einer der Arme wie von alleine, um dann waagerecht ausgestreckt stehen zu bleiben oder noch höher zu schweben. Übliche Methoden

sind, der Versuchsperson zu suggerieren, dass eine der Hände sich heben wird, wie von einem Ballon getragen. Alternativ kann der Hypnotiseur auch den Arm der Versuchsperson selbst anheben und auf der Handfläche einen Gegendruck erzeugen, der immer schwächer wird, sodass letztendlich der Arm wie von selbst oben bleibt.

Interessanterweise wird die Armlevitation nicht als selbstinduzierte, sondern als von außen kommende Fremdbewegung erfahren (Blakemore et al. 2003). Blakemore et al. (2003) untersuchten mittels PET die Hirnaktivierungen bei 6 Hochsuggestiblen unter 3 unterschiedlichen Bedingungen:

1. Aktive Bewegung: Der linke Arm sollte willkürlich nach oben bewegt werden.
2. Passive Bewegung: Der Arm wurde mittels eines Apparates nach oben gedrückt.
3. Ideomotorische Bewegung: Es wurde suggeriert, dass der Arm vom Apparat nach oben gedrückt wurde, der Apparat war jedoch inaktiv.

Interessanterweise zeigten sich sowohl in der passiven (2) als auch der ideomotorischen Versuchsbedingung (3) höhere Aktivierungen im parietalen Kortex und Cerebellum als bei den aktiven Bewegungen (1). Ideomotorische Bewegungen werden somit nicht nur subjektiv von den Probanden als unterschiedlich zu aktiven, willkürlichen Bewegungen empfunden, sondern manifestieren sich auf neuronaler Ebene in einer verstärkten Aktivierung des parietocerebellären Netzwerks. Diese Ergebnisse sind daher so interessant, da gezeigt werden konnte, dass die neuronalen Mechanismen der Armlevitation von einer selbst ausgeführten, aktiven Armbewegung abgrenzbar sind. Die Ergebnisse wurden von Haggard et al. (2004) (s. auch Ruby u. Decety 2001; Farrer u. Frith 2002; Decety et al. 2002) bestätigt.

Gemingnani et al. (2004) gingen in einer fMRI-Untersuchung der Fragestellung nach, ob die hypnotische Suggestibilität bei Bewegungen einen Einfluss auf die Aktivierungen in den primären motorischen Arealen (sensomotorisches Areal S1, motorischer Kortex M1), den prämotorischen Arealen sowie dem supplementär-motorischen Areal (SMA) hat. Die Aktivierungen in den untersuchten motorischen Arealen unterschieden sich bei den hochsuggestiblen Versuchspersonen in Hypnose nicht von ihrer Vergleichsbaseline im Wachzustand und von der Aktivierung bei den niedrigsuggestiblen Versuchspersonen. Als einziger Unterschied fand sich eine durchgängige Aktivierung im kaudalen Bereich des sensomotorischen Kortex (S1) im Wach- und hypnotischen Zustand bei 3 von 5 hochsuggestiblen Versuchspersonen, die sich jedoch auch bei 1 von 5 der niedrigsuggestiblen Personen zeigte.

Die Armlevitation in der hypnotischen Trance wird als unwillentlich, fremd gesteuert oder als automatische Reaktionshaltung empfunden. Die neuronalen Aktivierungsmuster bei der Armlevitation lassen sich abgrenzen von einer aktiven Hebung des Armes. Die Unterschiede sind feststellbar im parietocerebellären Netzwerk, das bekannterweise auch eine entscheidende Funktion im motorischen Lernen einnimmt (Halsband 2008b).

65.4 Hypnotische Analgesie

65.4.1 Strategien der Schmerzkontrolle durch hypnotische Intervention

Schmerzkontrolle durch hypnotische Intervention (hypnotische Analgesie) stellt eines der wichtigsten Anwendungsgebiete der Hypnose dar. Heutzutage liegen umfangreiche Untersuchungsergebnisse über die Wirksamkeit von Hypnose bei unterschiedlichen Schmerzerkrankungen vor (Peter 2006c). So zeigte hypnotische Intervention gute Erfolge u. a. bei Spannungskopfschmerzen und Migräne, Rückenschmerzen, chronischen Schmerzen, dermatologischen Erkrankungen, Tumorschmerzen und spezifischen Organbeschwerden, wie z. B. Colon irritabile (Elkins et al. 2007; Hammond 2007; Jensen u. Patterson 2005; Patterson u. Jensen 2003; Simrén 2006). Hammond (2007) schlussfolgerte im Rahmen eines Literaturreviews zur Effektivität von Hypnose bei der Behandlung von Kopfschmerz und Migräne, dass Hypnose als etablierte und effektive Behandlungsform gelten kann, die – im Gegensatz zu pharmakologischen Therapien – frei ist von Risiken und Nebenwirkungen.

Hypnose wird auch besonders von Zahnärzten erfolgreich eingesetzt bei Patienten, die – aufgrund von ausgeprägten Ängsten vor der Behandlung, allergischen Reaktionen auf Anästhetika oder kardiovaskulären Problemen – ohne Betäubung behandelt werden sollten (Schmierer 2001b; Schmierer u. Kunzelmann 1990; Schmierer u. Schmierer 2004; ▶ Kap. 60). In diesem Kontext wurde auch über die positiven Effekte einer schnelleren und komplikationsfreieren Wundheilung berichtet.

Es besteht Übereinstimmung darüber, dass spezifische hypnotische Suggestionen zu einer wirksamen Schmerzkontrolle führen können. Peter (1998b, 2007b) beschreibt drei grundlegende Strategien der Schmerzkontrolle durch Hypnose, die sowohl dissoziative, assoziative als auch symbolische Techniken umfassen.

1. Bei den **dissoziativen Techniken** hypnotischer Schmerzkontrolle wird daran gearbeitet, den Schmerz vom nichtschmerzenden Teil des Körpers bzw. von dem Teil des Bewusstseins, der den Schmerz empfindet, abzutrennen oder zu isolieren. Dies geschieht zumeist über die Ablenkung der Aufmerksamkeit durch die Fokussierung auf angenehme, nichtschmerzende Vorstellungen wie z. B. die Vorstellung von Wärme, wodurch eine gewisse Entspannung erzielt und die schmerzhafte Erfahrung durch die Umlenkung hin zu einer angenehmeren moduliert werden kann.
2. Wird mit **assoziativen Techniken** gearbeitet, muss sich der Patient zunächst für eine Weile dem Schmerz zuwenden, weshalb diese Techniken nicht für alle Schmerzpatienten geeignet sind. Voraussetzung sind eine hohe Motivation und ein gutes Vertrauensverhältnis zum Therapeuten. Beim assoziativen Vorgehen wird der Schmerz zunächst eingegrenzt, was dem Patienten unbewusst suggeriert, dass er den Schmerz im übertragenen Sinne in Grenzen halten und somit schon eine Linderung bewirken kann. Nachdem die Grenzen des schmerzenden Gebietes im Körper festgestellt sind, werden sie nach und nach verändert. Diese Variabilität der Schmerzgrenzen wird dann auf andere Modalitäten der Schmerzwahrnehmung übertragen, bis sich nach und nach die Qualität der Schmerzempfindung verändert, z. B., indem ein zunächst als spitz und stechend empfundener Schmerz abgestumpft wird.
3. Nachdem mit assoziativen Techniken gewisse Aspekte des Schmerzes verändert wurden, kann gemeinsam mit dem Patienten zusammen an einer **symbolischen Verarbeitung** gearbeitet werden. Der als verändert wahrgenommene Schmerz wird dabei in einem Bild oder Symbol externalisiert (z. B. ein Sturm, der abebbt) und kann somit leichter kontrolliert werden.

65.4.2 Neodissoziationstheorie der hypnotischen Analgesie

Als Erklärungsmodell für eine verminderte Schmerzwahrnehmung unter Hypnose schlug Hilgard (1973, 1977) die Neodissoziationstheorie vor, die impliziert, dass eine Teilung der bewussten Wahrnehmung von Sinnesreizen in Hypnose vorliegt. Es wird davon ausgegangen, dass die hypnotische Analgesie eine Barriere bildet, die die bewusste Wahrnehmung des Schmerzes verhindert. Die Neodissoziationstheorie geht von der Annahme aus, dass besonders die tiefe Tranceerfahrung die Instanz eines »versteckten Beobachters« enthält, aus der heraus eine Art Überwachungs- und Kontrollfunktion über den dissoziierten Teil in der Trance ausgeübt wird. So kann z. B. ein Patient in Trance mit Hypnose seine Schmerzen kontrollieren, während er gleichzeitig einem Arzt dabei zusieht, wie dieser sich um einen verletzten Körperteil kümmert. Nach dieser Interpretation interagiert diese »versteckte Beobachtungsinstanz« des Bewusstseins in Hypnose mit den dissoziierten Anteilen – d. h. die Person »weiß« um die Schmerzen, während das normale Bewusstsein keine bzw. verringerte Schmerzen spürt. Aus der Perspektive von Hilgards Neodissoziationstheorie des geteilten Bewusstseins stellen die verringerten Selbsteinschätzungen die Abbildung der subjektiven Schmerzerfahrung dar, während die physiologischen Messungen anzeigen, dass der Schmerzstimulus außerhalb der bewussten Perzeption vom sensorischen Wahrnehmungssystem registriert und verarbeitet wird. Mit anderen Worten umgeht die hypnotische Analgesie die explizite Wahrnehmung des Schmerzes und wird über implizite Wahrneh-

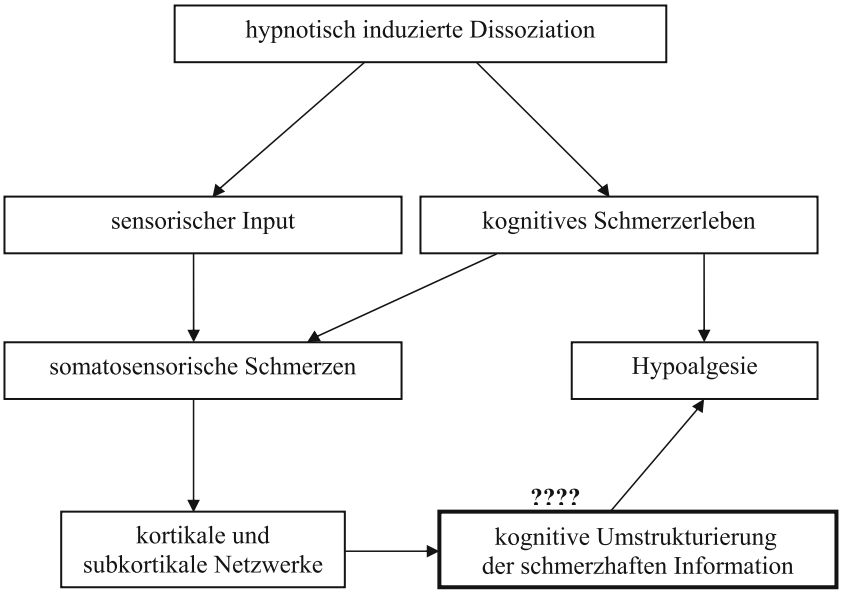


Abb. 65.5. Schematische Darstellung der Neodissoziationstheorie der Schmerzwahrnehmung (nach Hilgard 1994 und Miltner u. Weiss 2001). Hypnose induziert eine Trennung des sensorischen Inputs vom kognitiven Schmerzerleben. Die kognitive Umstrukturierung der Information »Schmerz« im Kortex führt zu Hypoalgesie. Der genaue Mechanismus ist unbekannt

mungsprozesse registriert (Kihlstrom 1996; Kihlstrom et al. 1992; Abb. 65.5).

Hilgard (1994) geht von einer Hierarchie kognitiver und somatischer Subsysteme aus. Nach seiner Auffassung wird in hypnotischer Trance die oberste Kontrollinstanz zurückgedrängt, sodass die einzelnen Subsysteme größere Autonomie entfalten können. Die Annahme einer hierarchischen Struktur von relativ unabhängigen Kontrollmechanismen scheint sowohl innerhalb des kognitiven als auch des somatischen Systems sinnvoll. Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, dass sowohl das autonome Nervensystem als auch das endokrine und Immunsystem eine relative Autonomie aufweisen, obwohl sie in direkter Wechselwirkung miteinander stehen.

65.4.3 Neurobiologische Korrelate der Schmerzwahrnehmung

Im Einklang mit der Neodissoziationstheorie und ähnlich wie schon Rainville et al. (1997) gelang es Kulkarni et al. (2005) mittels PET innerhalb einer einzigen Versuchsanordnung klare Belege für die Existenz zweier getrennter neuronaler Systeme für die sensorisch-diskriminative Schmerzverarbeitung einerseits und die affektive Schmerzreaktion andererseits zu finden. Eine Schlüsselrolle kam hierbei der Aufmerksamkeitslenkung zu: Achteten die Probanden selektiv auf den Ort der Schmerzwahrnehmung, zeigten sich verstärkte Aktivierungen des kontralateralen (rechts) primären sensorischen und des inferioren parietalen Kortex. Selektive Beachtung der unangenehmen Empfindung des applizierten Reizes aktivierte verstärkt bilateral das perigenuale Cingulum und den orbitofrontalen Kortex, kontralateral (rechts) die Amygdala und ipsilateral den Hypothalamus, die posteriore Insula M1 (primärer motorischer Kortex) und den Frontalpol.

Die Untersuchungsergebnisse von Röder et al. (2007) zeigten unter hypnotisch induzierter Dissoziation Aktivierungen in den als Schmerz-Netzwerk beschriebenen Strukturen – Areale des somatosensorischen Kortex, der Insula und dem Cerebellum. Die Probanden berichteten eine signifikante Reduzierung der Schmerzintensität unter hypnotisch induzierter Dissoziation im Vergleich zum normalen Wachzustand. Darüber hinaus fand sich

eine verringerte Aktivität eines Netzwerks von kortikalen und subkortikalen Strukturen, die mit der Wahrnehmung des eigenen Körpers in Verbindung stehen.

Die Wirkungsweise hypnotischer Analgesie wurde u. a. auch schon von Crawford (1994a,b) und Crawford et al. (1998) untersucht und nur bei hochsuggestiblen Versuchspersonen beobachtet. Dabei fanden sie unter Hypnose eine erhöhte bilaterale Durchblutung sowohl im anterioren frontalen Kortex als auch im somatosensorischen Kortex (Crawford et al. 1993); diese Hyperfrontalität wurde erstmalig von Walter (1992; Walter et al. 1993) im Zusammenhang mit Hypnose festgestellt.

Der anteriore cinguläre Kortex (ACC) nimmt eine zentrale Bedeutung in der hypnotischen Schmerzverarbeitung ein. Faymonville et al. (2006) fanden eine ca. 50% Schmerzreduktion unter Hypnose. Die hypnotische Analgesie korrelierte mit ausgeprägten Aktivierungen im midcingulären Kortex, dem Brodmann-Areal 24a. Der midcinguläre Kortex ist ein wichtiger Bestandteil eines komplexen neuronalen Netzwerkes kortikaler und subkortikaler Strukturen, die an der Verarbeitung sowohl sensorischer als auch affektiver Aspekte des Schmerzreizes beteiligt sind. So bestehen ausgeprägte neuroanatomische Verbindungen zwischen dem Brodmann-Gebiet 24a und dem somatosensorischen Kortex, der Insula, der Amygdala, dem prägenualen und präfrontalen Kortex, dem präsupplementär-motorischen Areal, dem Thalamus, Striatum und dem Hirnstamm. Der ACC nimmt eine Schlüsselposition im Zusammenspiel zwischen Kognition, sensorischer Perzeption und motorischer Kontrolle ein und reguliert den Einfluss attentionaler, motivationaler und emotionaler Erregungen (Bush et al. 2000; Devinsky et al. 1995).

Es stellt sich die Frage, wie die Aktivierung bestimmter Regionen des ACC mit spezifischen Wirkmechanismen der Hypnose zusammenhängt. Rainville et al. (1999a) untersuchten mittels PET die Veränderungen in Hypnose und fanden einen erhöhten ausgedehnten rCBF im ACC und im Occipitalbereich. Sowohl der hypnotische Zustand alleine als auch das Hinzufügen eines Schmerzreizes erhöhte die Aktivierung im Occipitallappen und im ACC im kaudalen Teil innerhalb des Brodmann-Areals 24. In einer weiteren PET-Untersuchung zur hypnotischen Analgesie fanden Rainville et al. (1999b) ebenfalls eine erhöhte Aktivierung beidseitig im occipitalen Kortex, in den inferioren Gyri, im kaudalen Teil des ACC, im rechten anterioren superioren temporalen Gyrus sowie in der linken Insula. Ein signifikanter Abfall des rCBF während Hypnose fand sich im parietalen Kortex, dort am stärksten im rechten inferioren Parietallappen, im medialen Praecuneus sowie im posterioren cingulären Gyrus. Rainville et al. (2002) fanden darüber hinaus mittels PET eine verringerte Aktivierung des Hirnstamms während hypnotischer Trance und eine mit der Aufmerksamkeitszentrierung einhergehende Aktivierung des Thalamus, der Pons, des rostralen Teils des ACC sowie des präfrontalen Kortex. Zusätzlich fanden sich ein mit der Entspannung einhergehender Anstieg des regionalen cerebralen Blutflusses in beiden präzentralen Gyri und reziproke rCBF-Abfälle in somatosensorischen Arealen (S_1, S_2 und Insula). Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen, die Faymonville et al. (2000, 2003, 2006) bei Untersuchungen zur hypnotischen Analgesie erhielten.

Ein Umlernen der Schmerzwahrnehmung und -interpretation in Hypnose kann Patienten helfen, Schmerz zu reduzieren oder vollkommen davon befreit zu werden. Raij et al. (2005) untersuchten in einer fMRI-Untersuchung die subjektive Realität der Schmerzwahrnehmung. Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl die schmerzinduzierenden Suggestionen in Hypnose wie auch ein physikalisch laserinduzierter Schmerz dieses Netzwerk aktivierten. Interessanterweise war beim hypnotisch induzierten Schmerz der posteriore cinguläre Kortex lateral des ACC signifikant stärker aktiviert als in der Laserbedingung. Diese Befunde lassen somit auf eine stärker emotional vermittelte Schmerzverarbeitung im cingulären Gyrus schließen. Die subjektive Schmerzwahrnehmung korrelierte in Hypnose mit der Höhe der Aktivierung im posterioren cingulären Kortex und einem Bereich zwischen dem rostralen ACC und dem rostralen pericingulären Kortex.

Neurochemisch betrachtet lässt sich die hypnotische Analgesie nicht durch die Ausschüttung von Endorphinen erklären (Goldstein u. Hilgard 1975; Moret et al. 1991). In der Doppelblindstudie von Moret et al. (1991) wurden die analgetischen Effekte von Hypnose und Akupunktur vor und nach der Verabreichung von Naloxon und einem Place-

bo untersucht. Die Hypnosegruppe zeigte unter beiden Bedingungen signifikant niedrigere Werte in der Schmerzintensität als die Akupunkturgruppe. In keiner Versuchsbedingung änderte sich der Beta-Endorphinspiegel. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die Wirkung der Hypnose auch dann bestehen blieb, wenn gleichzeitig ein Medikament verabreicht wurde, das die Wirkung der Endorphine aufhebt. Die Ergebnisse sprechen gegen die Hypothese, dass die hypnotische Analgesie auf einen veränderten Endorphinspiegel zurückzuführen ist.

Fazit

Für die Bewertung der Effizienz von Hypnose und Hypnotherapie ist es hoch relevant, geeignete Indikatoren und Lokalisierungshilfen für die Identifikation veränderungsaktiver Hirnbereiche zu finden. Hypnotische Trance führt zu plastischen Veränderungen im Gehirn. Funktionsabhängige Änderungen der neuronalen Aktivität konnten sowohl auf elektrophysiologischer Ebene (EEG) als auch mittels bildgebender Verfahren (PET, fMRT) erfasst werden. Die neurowissenschaftliche Forschung hat somit substanziell dazu beigetragen, die Mechanismen der Hypnose zu entmystifizieren.

Mittels hypnotischer Suggestionen gelingt es, den normalen Ablauf der Wahrnehmungsverarbeitung dahin gehend zu beeinflussen, dass die für die hypnotisch induzierten Wahrnehmungsveränderungen verantwortlichen Hirnareale tatsächlich in Bereitschaft versetzt werden, diese optimal umsetzen zu können. Darüber hinaus fördert Hypnose bestimmte Lernprozesse aufgrund der bildhaften Umsetzung neu zu erlernender Inhalte und einer impliziten Informationsverarbeitung. Am Beispiel der hypnotischen Analgesie wurden die Einflüsse hypnotischer Trance sowohl auf sensorische als auch auf affektive Komponenten der Schmerzwahrnehmung diskutiert, welche sich wiederum in spezifischen Veränderungen neuronaler Aktivierungsmuster widerspiegeln.

In zukünftigen Forschungsprojekten könnte ein interdisziplinärer Forschungsansatz es ermöglichen, die plastischen Veränderungen im Gehirn unter Hypnose sowohl als regionale Aktivierungseffekte mittels bildgebender Verfahren zu erfassen, als auch simultan die Änderungen der elektrischen Aktivität kortikal und subkortikal mit hoher zeitlicher und räumlicher Auflösung zuzuordnen. Ein derartiges integratives Arbeitsprogramm gewährleistet durch die funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT) eine hohe räumliche Auflösung im 2 mm Bereich, mittels PET eine hohe Sensitivität für regionale Veränderungen des Blutflusses und durch die Elektrophysiologischen Verfahren eine zeitliche Auflösung im msec-Bereich. Als weitere interessante Zukunftsperspektive bietet sich die Integration der Analyse neurochemischer Veränderungen an, wie z. B. die Auswirkungen der hypnotischen Trance auf die Stresshormon- (z. B. Cortisol, ß-Endorphine) und Neurotransmitterproduktion. Durch verfeinerte Technik und durch das Zusammenwachsen einzelner Verfahren zu kombinierten Gerätetypen, wie z. B. dem MRI-PET, lassen sich zukünftig Aktivierungseffekte und neurochemische Veränderungen in derselben Untersuchung analysieren. Hieraus ergeben sich vielversprechende Zukunftsperspektiven und es besteht die konkrete Hoffnung, die neuronalen Mechanismen der Hypnose umfassend analysieren zu können.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn cand. psych. Ulf Winter, der die EEG-Ableitungen des Vergleichs Hypnose und Meditation durchgeführt und ausgewertet hat. Des Weiteren gilt mein Dank Frau C. Thomas, die Herrn Winter bei den EEG-Ableitungen tatkräftig unterstützt hat.

Geschichte der Hypnose in Deutschland

Burkhard Peter

66.1 Die frühe Epoche bis 1775 – 822

66.2 Die Epoche des Magnetismus zwischen 1775 und 1850 – 823

66.2.1 Der orthodoxe Mesmerimus – 823

66.2.2 Der Puységurismus – 831

66.2.3 Der romantische Somnambulismus – 834

66.3 Die Epoche des Hypnotismus und der Suggestion Ende des 19. Jahrhunderts – 842

66.3.1 Der Braidismus, die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Spiritismus und die berufspolitische Auseinandersetzung mit den Laienheilern und Bühnenhypnotiseuren um 1880 – 842

66.3.2 Der Einfluss von Charcot und der Schule von Nancy – 844

66.3.3 Albert Molls psychologische Theorie – 845

66.3.4 Oskar Vogts physiologische Theorie – 846

66.3.5 Die Zeitschrift für Hypnotismus – 847

66.3.6 Die Kritik Wilhelm Wundts – 847

66.3.7 Der Niedergang des Hypnotismus nach 1900 – 848

66.4 Die Epoche des autogenen Trainings – 850

66.5 Die Renaissance der Hypnose seit 1975 – 851

66.6 Schlussbemerkungen – 854

Man kann Geschichte der Hypnose in Deutschland in verschiedene Epochen einteilen: Für die frühe Epoche stehen beispielhaft die Jahre des Gaßner'schen Exorzismus bis 1775. Dann folgt die Epoche des animalischen Magnetismus zwischen 1775 und 1850, die unterteilt werden kann in den orthodoxen Mesmerismus ab 1775, den Puységurismus ab 1784 sowie den Somnambulismus der Romantik ab 1800. Es schließt sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts bis zur Weimarer Republik die Epoche des Hypnotismus und der Suggestion an. Auf die – auch für die Hypnose – dunkle Zeit des Nationalsozialismus zwischen 1933 und 1945 folgt dann die Epoche der ärztlichen Hypnose und des autogenen Trainings im zweiten Drittel des 20. Jahrhunderts, und schließlich die durch Milton H. Erickson initiierte Renaissance der Hypnose ab 1978.

Mit Deutschland ist im Folgenden das Deutschland innerhalb der heutigen Grenzen gemeint, denn im 18. und 19. Jahrhundert gab es Deutschland als geschlossenes geografisches und politisches Gebilde, wie wir es heute kennen, noch nicht; es existierten zahlreiche Kleinstaaten, Herzogtümer sowie freie oder kirchlich regierte Städte, und manche Teile des heutigen Deutschland gehörten zu anderen Staaten wie z. B. Österreich. Für die ebenfalls sehr umfangreiche und interessante Geschichte der Hypnose in Österreich verweise ich auf Walter u. Martin (2002), und was die Schweiz betrifft auf Milt (1953).

66.1 Die frühe Epoche bis 1775

Henry F. Ellenberger (1985, S. 89) datiert den Beginn der modernen Psychotherapie genau auf das Jahr 1775: Im Auftrag und vor der Bayerischen Akademie der Wissenschaften in München bestätigte Franz Anton Mesmer 1775, dass der in Ellwangen unter großem Zulauf heilend tätige Pfarrer Johann Joseph Gaßner nicht wirklich den Teufel austreibe. Dieses Jahr und dieses Ereignis werden üblicherweise als Beginn der Geschichte der modernen Hypnose angesehen. Allerdings ist Mesmers Alternativtheorie schon sehr bald, nämlich 1784 von zwei wissenschaftlichen Kommissionen in Paris wieder in Frage gestellt worden (Bailly 1784/2000; Franklin et al. 1784). Auch die Festlegung auf 1775 ist natürlich nur durch Mesmers Behauptung gedeckt, seine eigene Theorie entspreche wissenschaftlicher Rationalität – im Gegensatz zu den dämonologischen Annahmen des Pfarrer Gaßner.

An anderer Stelle (Peter 2000c) habe ich ausführlich dargelegt, dass Gaßner im theoretischen Gewand des Exorzismus eine ausgesprochen moderne Form der Selbstkontrolltherapie praktizierte, und dass Mesmer mit seinem animalischen Magnetismus demgegenüber wieder rückschrittlich war. Aus psychologischer Sicht ist es also durchaus zu vertreten, den Beginn der Geschichte der Hypnose – und damit auch der Geschichte der Psychotherapie – in die Zeit der magisch-mystischen Rituale zu verlegen, für die Gaßners Exorzismus beispielhaft steht.

Johann Josef Gaßner war Pfarrer zu Klösterle, einem Dorf am Arlberg, das damals kurze Zeit zum Bistum Chur in der Schweiz gehörte. Er erkrankte um 1760 an heftigen Kopfschmerzen mit Übelkeit und Schwindelgefühlen. Diese Symptome traten hauptsächlich während seiner priesterlichen Obliegenheiten auf – heute würde man eine ekklesiogene Neurose mit dem Primärsymptom einer Migräne diagnostizieren – und widerstanden hartnäckig der Behandlung mit konventioneller Medizin. Mit der Idee, dass seine Krankheit keine natürliche Ursache habe, wandte er bei sich selbst den Exorzismus an und hatte Erfolg.

Nachdem er sich seiner Methode sicher war, brachte er sie auch bei seinen Pfarrkindern zum Einsatz, hatte den gleichen Erfolg, wurde berühmt und begab sich als wundertätiger Gottesmann auf Wanderschaft. Er fand Gönner wie z. B. den Kemptener Fürstabt Honorius Roth von Schreckenstein. 1774 führte er zunächst in Meersburg und Salem Wunderheilungen durch (Pfeilschifter 1932), bis ihn Anton Ignaz Graf von Fugger, Fürstprobst zu Ellwangen und Bischof von Regensburg einlud, sich in Ellwangen niederzulassen. Bald kamen bis zu 1500 Kranke und Schaulustige täglich und der Stand der Ärzte wähnte sich ernsthaft in Gefahr; die *Curbaierischen Intelligenzblätter* schrieben am 12.11.1774: »Gute Nacht, meine Herren Doctores, wenn nunmehr nur durch Exorzismus kuriert werden kann.«

Zusammengefasst lässt sich Gaßners Verfahren der Einübung von Selbstkontrolle wie folgt beschreiben: Nach individueller Exploration führte er zunächst eine einfache Diagnose durch; den

Regeln des Exorzismus entsprechend galt es zu unterscheiden zwischen »natürlichen«, d. h. körperlichen Krankheiten, die in die Hände der Ärzte gehörten, und »über-natürlichen« Krankheiten, die wir heute als psychogen bezeichnen würden. In einem Probeexorzismus befahl er deshalb den Teufeln, sich zu zeigen. Das heißt nichts anderes, als dass er Symptome provozierte in der Annahme, dass dies nicht möglich wäre, wenn es sich um körperliche Krankheiten handelte. Zeigten sich nun die Teufel respektive Symptome, so handelte es sich um eine »übernatürliche«, seelische Krankheit und er konnte sie behandeln. Andernfalls schickte er die Patienten zu Ärzten.

Nach Exploration, Diagnose und einer mehr oder weniger ausführlichen theoretischen Indoktrination, in der er die (theologischen) Grundlagen seiner Behandlung darlegte, erfolgte die eigentliche Therapie in drei Schritten:

1. Zunächst war es Gaßner selbst, der die Symptome absichtlich und willkürlich bei seinen Patienten sowohl provozierte als dann auch »durch einen entgegengesetzten Befehl« wieder zum Verschwinden brachte. Dieses Provozieren und darauf folgende »Austreiben« der Symptome dauerte gelegentlich mehrere Stunden mit Wiederholungen am gleichen oder an anderen Tagen.
2. Dann unterwies er die Kranken, ihre Symptome auf die gleiche Weise wie er, also mithilfe der (Exorzismus-) Formeln, selbst zum Verschwinden zu bringen, nachdem er, Gaßner, sie zuvor provoziert hatte. Auch dies geschah mehrere Male hintereinander.
3. Zur Übertragung auf den Alltag, gewissermaßen als posthypnotische Suggestion oder verhaltenstherapeutische Hausaufgabe für den Fall, dass Symptome unprovoziert auftauchten sollten, lehrte er die Kranken, das gleiche Verfahren auch zu Hause anzuwenden, um die Symptome wieder zum Verschwinden zu bringen.

Wenn man neurotische und psychosomatische Symptome als psychische Phänomene ansieht, zu denen Kontakt und Kommunikation verloren gegangen sind, dann besteht die therapeutische Aufgabe darin, diese Kommunikation und den Kontakt wieder herzustellen (▶ Kap. 3). Ziel der Einübung von Selbstkontrolle ist, unwillkürliche Phänomene kontrollieren zu lernen. Das therapeutische Protokoll von Gaßner beinhaltet alle relevanten Schritte dazu.

Das offizielle Label dieses Verfahrens war aber Exorzismus, und der passte aus verschiedenen Gründen nicht mehr richtig in die »moderne« Zeit um 1775. Kulturgeschichtlich war das zwar die Zeit des »Sturm und Drang«: Goethe hatte 1774 gerade *Die Leiden des jungen Werther* veröffentlicht und die Uraufführung des *Götz von Berlichingen* in Berlin erlebt. Geistesgeschichtlich aber war es die Hochzeit der Aufklärung: Kant war 1770 Professor in Königsberg geworden, Voltaire schrieb 1775 seine *Lobrede auf die Vernunft*. Pestalozzi und Herder begannen, sich um die Erziehung zu kümmern.

Franz Anton Mesmer hatte seine Theorie des animalischen Magnetismus aufseiten der Aufklärung platziert. So ist es verständlich, dass er 1775 vor der Bayerischen Akademie der Wissenschaften in München als Gutachter gegen Gaßner auftreten konnte.

66.2 Die Epoche des Magnetismus zwischen 1775 und 1850

66.2.1 Der orthodoxe Mesmerimus

Aufklärung gegen Dämonologie, Mesmer gegen Gaßner

Mesmer wurde in dem kleinen Dorf Iznang bei Radolfzell am Bodensee am 23. Mai 1734 geboren. Der größte Teil von Iznang gehörte damals zu Österreich. Die geografischen Verhältnisse sind Anfang des 18. Jahrhunderts allerdings etwas schwierig: Florey (1995, S. 35) weist nach, dass der östliche Teil von Iznang, in dem Mesmers Geburtshaus liegt, zum Hochstift des Meersburger Fürstentums gehörte, und dieses war ein selbstständiger deutscher Kleinstaat. Demnach war Mesmer damals kein Österreicher. Auch Justinus Kerner (1856) hatte Mesmer schon als Schwaben bezeichnet.

Seine Schulausbildung absolvierte er im Jesuitenkolleg zu Konstanz und seine ersten Studien der Philosophie und Theologie ab 1750 an der Jesuitenuniversität in Dillingen und ab 1754 an der bayerischen Universität zu Ingolstadt, die später nach

München verlegt und dann Ludwig-Maximilians-Universität genannt wurde (Peter 1999a). Hier promovierte er offensichtlich zum Doktor der Philosophie, denn seine spätere medizinische Doktorurkunde weist ihn als »der Philosophie Doktor« aus.

1759 begab er sich zum Studium der Jurisprudenz und Medizin nach Wien, legte dort 1766 seine »Dissertatio de planetarum influxu« vor und hatte nach vergeblichen konventionellen medizinischen Behandlungen 1773/74 bei dem Fräulein Franziska Oesterlin erste Heilerfolge mit seiner neuen Methode des animalischen Magnetismus (Mesmer 1781/1985, S. 12ff). Im Bewusstsein, ein neues universelles Prinzip entdeckt zu haben, schickte er eine Abhandlung über seine Entdeckungen (Mesmer 1775) zur Begutachtung an verschiedene wissenschaftliche Akademien Europas, u. a. auch an die Münchener Bayerische Akademie der Wissenschaften. Im Sommer 1775 kehrte er kurz an den Bodensee zurück, um in Espasingen, in Konstanz, in Meersburg und auf der Insel Reichenau seine magnetischen Kuren vorzuführen, worüber die Zeitungen ausführlich berichteten:

> Der Wunderdoctor vom Bodensee / Vom Bodensee, 4ter Augustmonat 1775 / Der durch die Entdeckung verschiedener neuer Würckungen des Magnets, und besonders des thierischen Magnetismus berühmte Hr. Doct. Mesmer ist in diesen Gegenden angekommen. Er beweist sein System durch wunderbare Gewalt, die er über alle Menschen ausübt, bey denen der Nervensaft in einiger Unordnung ist. Durch blosse Berührung der Hände der Patienten macht er den Epileptischen ihre Paroxysmos [Krämpfe] kommen … und sogleich als er seine Hände zurückzieht, läßt auch das Uebel nach … Hr. Doct. Mesmer eignet diese bewunderungswürdige Kraft keinem Geheimniß, oder seiner Person allein zu. Alle Menschen sind nach seinem System mehr oder minder magnetisch; … daher auch diese die gleiche Kraft, wie er selbst besitzen (zit. nach Florey 1995, S. 83 ff.).

Der Ausdruck »gleiche Kraft wie er selbst« ist vermutlich nicht zufällig gewählt, denn im Jahr zuvor hatte in Meersburg der Pfarrer Johann Joseph Gaßner seine Behandlungen durch Exorzismus demonstriert und danach in Ellwangen einen so unglaublichen Zulauf erhalten – zwischen November 1774 und Juni 1775 soll er 20.000 Kranke behandelt haben –, dass er für verschiedene kirchliche wie weltliche Würdenträger zu einem Ärgernis wurde. Gaßner hat seine Patienten auch mit den Händen berührt, was verschiedentlich als die eigentliche therapeutische Handlung gedeutet wurde.

Um die Bedeutung dieses Streites um Gaßner zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass Gaßners Dämonologie auf den gleichen theoretischen Fundamenten ruhte, mit denen auch die Hexenverbrennungen der Zeit davor legitimiert worden waren (Freytag 1997). Gaßners Tun wurde in der Hochzeit der Aufklärung also nicht nur als ein Verbrechen wider die Vernunft angesehen, sondern als erneute Stärkung jenes Aberglaubens, aufgrund dessen noch kurze Zeit zuvor unzählige Menschen gequält und hingerichtet worden waren – der letzte Hexenprozess Deutschlands fand in eben diesem Jahre 1775 im Hochstift Kempten statt.

Einer der Hauptwidersacher Gaßners war der Theatinerpater Ferdinand Sterzinger, Mitglied der Münchener Akademie der Wissenschaften (Peter 1998b; Sterzinger 1775) und ein Hauptakteur aufseiten der Aufklärer im sog. Bayerischen Hexenkrieg von 1766–1770. Mesmer schien mit seiner Theorie, die sich strikt naturgesetzlich-aufgeklärt gab, hervorragend geeignet, diesen »Gaßneriaden« ein wirksames Ende zu setzen. Da er bei allen anderen Akademien auf Zurückweisung gestoßen war, ist die Vermutung nicht ganz abwegig, dass er hier in München zu »antigaßnerschen« Zwecken instrumentalisiert worden war. Unter den zahlreichen Schriften und Pamphleten pro und kontra Gaßner des Jahres 1775 (Zapf 1775) befindet sich auch eines von einem anonymen Autor aus München, der meinte, er »würde ohne Bedenken den berühmten Hrn. Doct. Mesmer vorschlagen, dessen wunderbare und magnetische Operationen mit jenen des Hrn. Gaßners am meisten übereinkommen. Daher auch niemand besser als er zur Entdeckung und Untersuchung gebraucht werden könnte« (zit. nach Florey 1995, S. 89).

Mesmer wird also nach München eingeladen und um Stellungnahme zu Gaßner gebeten. Am Sekretär der Akademie, Idelfonso Kennedy, demonstriert Mesmer nun eindrucksvoll seine Fähigkeiten und zeigt damit, dass er das Gleiche vermag wie Gaßner. Diesem bescheinigt er erhebliche magnetische Fähigkeiten, weist aber die Annahme eines Exorzismus zugunsten seiner eigenen Theorie des animalischen Magnetismus zurück. Am 28.11.1775 wird ihm die Mitgliedschaft in der

Bayerischen Akademie der Wissenschaften zuteil (Heydenreuter 2000). Gaßner hingegen werden weitere Exorzismen untersagt. Kaiser Joseph II. in Wien verbietet sie für das gesamte heilige Römische Reich deutscher Nation und selbst Papst Pius VI. kritisiert Gaßners Schriften. Ellenberger (1985) wird später den Beginn der modernen Psychotherapie auf dieses Jahr 1775 datieren.

Mesmers Erfolge in München und seine Probleme in Wien

1776 war Mesmer wieder in München, wo er erfolgreich Symptome (Lähmungen, Sehschwäche mit Gesichtsfeldeinschränkung sowie einen Leistenbruch) des Direktors der Münchner Akademie der Wissenschaften, Peter von Osterwald, linderte. Die Verbindung nach München schien ihm sehr am Herzen gelegen zu sein, denn hier stieß er nicht auf Skepsis und Ablehnung wie andernorts. Seine Thesen von 1775 waren von den anderen Akademien in Berlin, Paris und London nicht ernst genommen worden, in Zürich hatte ihn der berühmte Anatom und Physiologe Albrecht von Haller mit den Worten zurückgewiesen:

> Herr Mesmer, Sie werden noch viele Versuche machen müssen, ehe ich etwas von Ihrem Magnetismus glauben kann (zit. nach Milt 1953, S. 23 f.),

und auch in Wien regte sich zunehmend Widerstand gegen einen von sich und seiner Entdeckung überzeugten und deshalb immer offensiver auftretenden Mesmer.

Bereits 1775 befand er sich in Wien inmitten einer öffentlich ausgetragenen Auseinandersetzung um seine Glaubwürdigkeit und Reputation: Der Astronom und Physiker Maximilian Hell beschuldigte ihn des Plagiats – Mesmer habe seine Entdeckungen mit seinen, Hells Stabmagneten gemacht und das in seinen Veröffentlichungen nicht kundgetan; zudem seien es allein die Magneten und keine andere obskure Kraft, welche die Wirkung hervorbringen würden; und der Holländer Jan Ingenhouz, Erfinder der Pockenschutzimpfung und Leibchirurg der Kaiserin Maria Theresia, bezichtigte Mesmer der Scharlatanerie, denn er selbst habe sich von der Unwirksamkeit der angeblichen animalisch-magnetischen Einwirkungen auf die Jungfer Oesterlin überzeugt. Kein Wunder, dass der gekränkte Mesmer im Mai 1776 in einem Brief an Kennedy den Münchener Akademiemitgliedern mitteilte, dass er sich zu Hause

> mit den niederträchtigsten Chicane ohnaufhörlich herumzubalgen habe. Man erklärt mich hier zum Betrüger, und alle die [an mein System] glauben als thoren. So gehet es der neuen Wahrheit (vgl. Kopie des Briefes vom 2. März 1776 in Heydenreuter 2000).

Das Problem mit der Imagination

Mitte des 18. Jahrhunderts herrschte im deutschsprachigen Raum wie überall in Europa ein verwirrendes intellektuelles Klima verschiedener sich befehdender Strömungen zwischen Aufklärung und Besinnung, zwischen Protestantismus und Katholizismus, zwischen Jansenismus und Jesuitentum. Dennoch dominierte der Gedanke der Aufklärung, und Gaßners Dämonologie war für die meisten nur »mittelalterlicher« Aberglaube, den es zu überwinden galt. Also versuchte man, Gaßners Heilerfolge als etwas Natürliches zu erklären:

> Was es immer nun seyn mag, wodurch Herr Gaßner seine Patienten bald krank, bald gesund machen kann, so bleibe ich in meiner Meinung fest, dass alles ganz natürlich hergehe. Gott thut es nicht; der Teufel kann es nicht; also thut es die Natur (Sterzinger 1775, S. 241),

hatte Sterzinger erklärt; demnach könne nur

> entweders eine Magnetische, Elektrische oder Sympatetische Kraft die Wirkungen hervorbringen, und zwar um so leichter weil die Einbildungskraft des Patienten ohnehin auf das stärkste bewegt wird, theils durch den gepredigten, und eingeprägten Glauben; theils durch den herrschenden Thon, und scharfes Commando; theils durch das starre Ansehen; theils durch das übermäßige Vertrauen auf den heiligen Mann; theils durch die ganz gewisse eingebildete Hoffnung der Genesung, und dergleichen andere reizende Vorbildungen, die fähig genug sind, die Phantasie in Verwirrung zu setzen und die Lebensgeister zu bewegen (Sterzinger 1775, S. 240).

Sterzinger reagiert hier auf ein Gutachten von vier Professoren der Universität Ingolstadt, die Gaßner bescheinigten, dass er

> keines Betruges fähig sei, und dass er alles, was er unternimmt und wirkt, allein in der Kraft des heiligen

> Namens Jesu zu unternehmen und zu wirken pflege [und dass er] weder zur Elektrizität, noch zum Magnet seine Zuflucht genommen habe (Sattler 1775)

und dass auf keinen Fall die Sympathie eine Rolle spiele (Peter 1999 f.).

Damit sind die drei wichtigsten medizinischen Verfahren der damaligen Zeit benannt, die nach Sterzinger eine – bzw. nach den Ingolstädter Professoren keine – Rolle spielen konnten: Das von Paracelsus (1684) im vorausgegangenen Jahrhundert propagierte und immer noch populäre magische Heilverfahren der Sympathie, ferner die Elektrotherapie und Magnetopathie, die aber auch nach Sterzinger offensichtlich alle nicht so recht geeignet waren, die Gaßner'schen Heilerfolge zu erklären – weshalb er schließlich noch das in dieser Zeit als ganz und gar unwissenschaftlich angesehene Erklärungsprinzip der **Einbildungskraft** anführte. Mesmer lieferte in dieser verfahrenen Situation nicht nur eine passende, weil dezidiert aufgeklärt und naturwissenschaftlich erscheinende Theorie, sondern auch das geeignete Verfahren, Gaßners Theorie zu falsifizieren, denn er war in der Lage, die gleichen Phänomene hervorzurufen.

Dass ihm bzw. seiner Theorie 1784 in Paris ein ähnliches Schicksal widerfahren und dass ausgerechnet die Einbildungskraft dabei wieder die entscheidende Rolle spielen sollte, konnte er damals in München noch nicht wissen, wiewohl er durch verschiedene Aussagen, ähnlich denen von Sterzinger, hätte vorgewarnt sein müssen. Schon Maximilian Hell hatte im Jahr zuvor das unheilvolle Wort **Imagination** benützt, als er ein »experimentum crucis« vorschlug, um herauszufinden, ob Mesmers erste magnetische Patientin, Jungfer Oesterlin, durch die Magneten »eine wirkliche und keine **eingebildete** Empfindung« gehabt habe (Mesmer in Mesmer et al. 1778). Und der von Mesmer geheilte Münchener Akademiepräsident, Geheimrath von Osterwald, gab sogar die sophistische Erklärung:

> Wollte jemand sagen, die Historie mit meinen Augen sey **bloße Einbildung**, so bin ich es zufrieden, und ich verlange von keinem Arzte der Welt mehr, als dass er so viel zuwege bringt, dass ich **mir fest einbilde**, gesund zu seyn … Und ein Übel an meinem Körper, wovon sich die Seele nichts **vorstellet**, ist eben so viel als kein Übel, wenigstens **in meinen Gedanken** … (zit. nach Schürer-Waldheim 1930, S. 81; Hervorhebungen des Autors, auch der folgenden Zitate).

Auch D'Eslon (1781), Mesmers anfänglicher Mitstreiter in der nachfolgenden Pariser Zeit, fand in seinen »Beobachtungen« durchaus nichts Anstößiges an der Imagination:

> Wenn Herr Mesmer kein anderes Geheimniß hätte, als jenes, dass er die **Einbildungskraft**, in Absicht auf die Gesundheit, auf eine wirksame Art benutzen kann: würde wohl dieß nicht ein großer Schatz für Ihn seyn? – denn wann diese Art von Arzney, die in der Einbildung läge, für die Menschheit wahrhaft das beßte Heilmittel wäre, warum sollen Wir also nicht **diese Arzney der Einbildung** in wirklichen Gebrauch setzen? (D'Eslon 1781).

Und selbst der mystische Schwärmer Lavater aus Zürich schrieb später in einem Brief über die erfolgreiche Magnetisierung seiner Frau:

> Glaubt es nun oder glaubt es nicht; sei es nun **Einbildung** oder Wirklichkeit. Wenn ich durch Einbildung gesund bin, oder gesund mache – willkommen, **wohlthätige Einbildung**, dich will ich lieber als Wirklichkeit, die mich und Andere krank macht (zit. nach Kerner 1856, S. 96).

Die Abwertung der Einbildungskraft in der Aufklärung rührte daher, dass sie – im Gegensatz zur Zeit des Barocks davor und der Romantik danach – zu den vitalen und damit niederen Kräften des Menschen gerechnet wurde, in denen dieser sich von anderen Lebewesen **nicht** unterscheide. Da sich durch Einbildung vitale Regungen in Form von Phantasien und Träumen Durchbruch verschafften, war sie der natürliche Feind der Erziehung des Menschen hin zu einem vernunftbestimmten Wesen.

Grundgedanken des animalischen Magnetismus

Einbildung war in der Zeit der Aufklärung also kein wissenschaftliches Prinzip und konnte so in Mesmers »aufgeklärter« Theorie auch keinen Platz finden, wohl aber das, was im 18. Jahrhundert wissenschaftlicher Mainstream war: Elektrizität, Schwerkraft und Magnetismus. Der Theorie nach zwar noch unverstanden, gab es schon erste physikalische und physiologische Experimente mit der neu

entdeckten Elektrizität, und viele Ärzte wandten sie bereits an. Auch Mesmer war nicht nur mit dem Gebrauch von Hells Stabmagneten, sondern offensichtlich auch mit der Elektrisiermaschine vertraut; so ist es zumindest dem Bericht eines gewissen Seifert zu entnehmen, der Hauslehrer war bei dem 1775 von Mesmer behandelten Baron Hareczky de Horka auf Schloss Rohow (damals Ungarn, heute Slowenien) und diese Behandlung ausführlich dokumentierte (zit. in Kerner 1856, S. 18 ff.). Bei dieser Elektrisiermaschine handelte es sich um einen Satz Glasscheiben, der durch Rotation elektrostatisch aufgeladen wurde und diese Ladung an Metallkugeln abgab, von wo sie dann auf andere, auch menschliche Körper übertragen oder sogar in den 1745 erfundenen »Leidener Flaschen« für eine bestimmte Zeit konserviert und transportiert werden konnte.

Das Elektrisieren erkrankter Organe war eine nicht selten ausgeübte Behandlung jener Zeit – Mesmers spätere Patientin Paradis war an ihren blinden Augen mehr als 3000-mal elektrisiert worden (Mesmer 1781, S. 54 ff.). Vor dem Hintergrund der im 18. Jahrhundert geltenden Vorstellung der Verwandtschaft von Nervenfluidum und Elektrizität glaubte man, durch diese Prozedur dem erkrankten Organismus neue Lebenskraft zuführen zu können. Schon Isaak Newton (1713) hatte spekuliert, das Nervenfluidum, der »spiritus animalis«, sei elektrischer Natur. Auch Eberhard Gmelin, über den später noch ausführlicher zu berichten ist, hatte ähnliche Gedanken:

> Die Nerven sind mit ihrem Aether geladen, wie ein Körper es mit elektrischer Materie sein kann; der Nervenäther kann sich durch die Nerven bewegen, wie der Blitz an einer metallenen Stange herunterfährt (Gmelin 1787, S. 234).

Mesmer stand in der Tradition dieses »spiritus animalis«, dachte in Hinblick auf sein universelles Fluidum allerdings globaler, wenn er sich auch nie dogmatisch festlegte; in seiner Beschreibung des animalischen Magnetismus kamen neben dem Magnetismus und der Elektrizität auch alle anderen »Imponderabilien« des 18. Jahrhunderts vor, die Gravitation (»gravitas animalis«), das Licht (»materia luminosa«; Mesmer 1766) und das Feuer (»unsichtbares Feuer« oder »Naturfeuer«; Mesmer 1814); sein Nervenfluidum war in der ursprünglichen Konzeption ein das ganze Universum ausfüllender Äther, der als »Allflut« im Körper bestimmter Menschen, wie z. B. bei Pfarrer Gaßner oder bei ihm selbst akkumuliert werden und durch den Kontakt mit den Händen wieder abgestrahlt werde konnte. So glaubte Mesmer, die Stockungen in den Nerven- und Körpersäften der Kranken auflösen zu können. Diese Ausstrahlung dachte er sich ähnlich der unsichtbaren Kraft des mineralischen oder künstlichen Magneten – schließlich hatte er ja damit schon experimentiert, bis er bei seiner Patientin Oesterlin feststellte, dass er allein, ohne Hilfe der Magneten, dieselben Phänomene hervorbringen konnte – daher der Name animalischer (thierischer oder Lebens-) Magnetismus.

Diese universale Theorie des »thierischen Magnetismus« war aber auch zur damaligen Zeit weder neu noch außergewöhnlich. Der neuplatonische Gedanke einer planetaren Emanation, eines von den Himmelskörpern stammenden Partikel- oder Kräftestromes, der als »spiritus mundi« auch in den menschlichen Körper einfließt, findet sich schon in den iatromagnetischen und astromedizinischen Vorstellungen der geistesgeschichtlichen Vorläufer Mesmers wie Paracelsus, Helmont oder Kircher. Wahrscheinlich kannte Mesmer diese Theorien sehr gut und erwähnte sie deshalb nicht, weil er sich ausschließlich in der strengen, naturwissenschaftlichen Tradition des materialistischen Mechanizismus Newton'scher Prägung sehen wollte.

Man kann vermuten, dass der Grundstein dieser pointierten Position schon während Mesmers Philosophie- und Theologiestudien in Dillingen und Ingolstadt gelegt wurde. Wolfart (1815, S. X) berichtet von einem »besonders aufgeklärten wissenschaftlich gebildeten Mann«, der den jungen, 16- bis 20-jährigen Mesmer in Dillingen Mathematik und Französisch lehrte und »mit der Wolfischen Philosophie bekannt machte«. Auch in Ingolstadt war, gerade zurzeit von Mesmers Immatrikulation 1754, eine wichtige Umorientierung der zuvor jesuitisch bestimmten katholischen Hochschule hin zu einer wolffianisch aufgeklärten Universität vollzogen worden. Der neue Rektor Ickstatt war Schüler dieses deutschen Aufklärers Christian Wolff, dessen – wiederum auf seinen Lehrer Leibniz zurückgehende – »Vernünftige Gedancken« (Wolff 1733) das neue Paradigma formten: Kosmos und Welt stellen eine

Maschine dar und sind somit physikalisch-mechanistisch begreifbar. Die Elemente dieser Maschine sind »materia« (Materie) und »vis motrix« (Bewegungskraft). Und diese beiden Prinzipien, Materie und Bewegung finden sich auch bei Mesmer wieder, z. B. im »System der Wechselwirkung« (Mesmer 1814) zusammen mit verwandten korpuskularmechanischen Gedanken (Kupsch 1985).

Mesmers Theorie vom Einfluss der Gestirne auf den menschlichen Körper steht damit in Einklang mit der neuen Naturphilosophie des 18. Jahrhunderts, wie sie z. B. auch von Richard Mead in *De imperio solis ac lunae in corpora humana et morbis inde oriundis* (Mead 1704) niedergelegt worden ist; ganz offensichtlich hat Mesmer hieraus auch die Grundideen für seine Dissertation genommen (Pattie 1994); er verweist zu Beginn auch auf diese Quelle. Mead, Leibarzt von Isaac Newton und der englischen Königin Anne, hatte sich Gedanken gemacht über den Einfluss der Gravitation, sowohl auf die Gezeiten als auch auf den menschlichen Körper und damit auf den Verlauf von Krankheiten; diese kann man in der Tat als Grundstock für das gesamte Gedankengebäude des orthodoxen Mesmerismus begreifen, angefangen von Mesmers Dissertation *De planetarum influxu* (Mesmer 1766) über deren weitere Ausarbeitung bis hin zu den 333 Thesen für die Mitglieder der Societé d'Harmonie (Mesmer 1785) sowie zu den späten »Wechselwirkungen« des Jahres 1814.

Die königlichen Kommissionen in Paris 1784

Wir wissen, wie Mesmers Geschichte in Wien 1777 mit dem Fall der Maria Theresia Paradis (Mesmer 1781/1985, S. 31 ff.) und in Paris mit seinem eigenen Fall 1784 weiterging: Sekundärer Krankheitsgewinn beendete die schon begonnene Heilung der berühmten blinden Pianistin Paradis (Walter u. Martin 2002), die Intrigen kulminierten, Mesmer verließ entmutigt Wien und ging nach einigen Monaten der Krise und Selbstfindung im Februar 1778 nach Paris. Dort strebte er die endgültige wissenschaftliche Anerkennung seiner Theorie an und erlebte seine schlimmste Niederlage. Die beiden von König Louis XVI. bestellten wissenschaftlichen Kommissionen lehnten seine Theorie des animalischen Magnetismus 1784 vollständig ab, zugunsten psychologischer Erklärungsansätze:

> In bezug auf die Existenz und den Nutzen des Magnetismus sind sie [die Kommissäre] zu dem einstimmigen Schlusse gelangt, dass das Vorhandensein eines tierischen Fluidums durch nichts bewiesen wird; dass dieses Fluidum, da es nicht vorhanden ist, keine günstige Wirkung ausüben kann, und dass die heftigen Wirkungen, welche an Kranken bei öffentlicher Behandlung wahrgenommen wurden, von der **Berührung**, der Erregung der **Einbildungskraft** und von der mechanischen **Nachahmung** herrühren« (Franklin et al. 1784, S. 62; Hervorhebungen des Autors).

Ein dritter, geheimer Bericht warnte zusätzlich noch vor den moralischen Gefahren, die von diesem Verfahren ausgingen. Mesmer geriet wieder einmal in die, zum Teil von ihm selbst gelegten, Fallstricke einer Koalition aus Neid, Geld und Rivalität (Peter 1991a) und verließ Paris gedemütigt, aber doch rechtzeitig vor Ausbruch der Französischen Revolution. Die folgenden Jahre führten ihn an wechselnde Orte, z. B. 1791 zurück nach Wien, im Winter 1792/93 an den Bodensee, dann nach Paris und 1793 wieder nach Wien, wo er als Mitglied der »Wiener Jakobiner« für kurze Zeit inhaftiert war. 1794 erwarb er das thurgauische Landrecht und betrachtete sich offensichtlich fortan als Schweizer Bürger (Florey 1995, S. 174 ff.).

Mesmers Rehabilitierung gegen Ende seines Lebens

Gegen Ende seines Lebens kehrte Mesmer wieder nach Deutschland zurück: Ab 1812 lebte er in Konstanz und ab 1814 in Meersburg, wo er am 5. März 1815 starb, vermutlich an einer durch ein Prostataleiden verursachten Urämie (Hirzel 1818). Nachdem er 1808 von dem Arzt Zugenbühler (Zugenbühler 1809) im nahen schweizerischen Frauenfeld »wiederentdeckt« worden war – die Welt hatte ihn schon tot geglaubt – besuchte ihn ein Jahr später der Jenaer Naturphilosoph Lorenz Oken (Oken 1810) und stellte erstaunliche theoretische Übereinstimmungen zwischen ihrer beider Grundansichten fest. Er empfahl ihn an den Berliner Medizinprofessor Johann Christian Reil, von dem weiter unten noch die Rede sein wird. Reil wollte Mesmer nach Berlin holen, dieser mochte nicht mehr so weit reisen und lud seinerseits Reil nach Frauenfeld ein. Reil setzte sich nun zusammen mit Christoph Wilhelm Hufeland in Berlin für Mesmer ein und empfahl eine »Kommission zur Prüfung des Magnetis-

mus«, welche 1812 unter der Protektion des Staatskanzlers Karl August von Hardenberg und unter dem Vorsitz Hufelands ihre Arbeit aufnahm.

Damit war zu Beginn des 19. Jahrhunderts der orthodoxe Magnetismus Mesmer'scher Prägung nicht nur rehabilitiert; es waren sogar manche seiner einstigen Gegner seinem Einfluss erlegen, und das in der einstigen Hauptstadt der Aufklärung. Der berühmte Hufeland, Arzt von Goethe, Schiller, Wieland und Herder, erster Arzt der Charité und Leibarzt des preußischen Königs, hatte 1784 – im Jahr von Mesmers Sturz in Paris – in Wielands *Teutschem Merkur* den Magnetismus noch als »ein Hirngespinst« bezeichnet und Mesmer einen »sich selbst betrügenden Schwärmer« genannt; im April 1809 aber druckte er Zugenbühlers Bericht über Mesmer in seinem *Journal der practischen Heilkunde* und lobte ihn in seinem eigenen Vorwort über alle Maßen als den »Entdecker einer der wichtigsten Naturkräfte oder vielmehr Naturbeziehungen, welche jetzt von neuem die Aufmerksamkeit der denkenden Ärzte auf sich ziehen«.

Diese überraschende Entwicklung hatte mehrere Ursachen (Peter 1995a): Zum einen herrschte zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Preußen, und speziell in Berlin, ein Klima bisher beispielloser Liberalität. Die berühmten Reformen des Freiherrn vom Stein fallen z. B. in diese Periode. Dass speziell Hardenberg für die Sache des Mesmerismus empfänglich wurde, hatte seinen Grund sicher auch darin, dass der Magnetiseur David Ferdinand Koreff nicht nur Hardenbergs Referent für Wissenschaft und Kunst, sondern auch sein Leibarzt und Vertrauter war und damit wohl der zweitmächtigste Mann in der Staatskanzlei. Als Mesmerist und Magnetiseur öffentlich ausgewiesen durch das von ihm seit 1811 herausgegebene *Askläpieion*, eine dem Magnetismus verschriebene medizinische Zeitschrift, wurde Karl Christian Wolfart Mitglied dieser Kommission zur Prüfung des Magnetismus und besuchte Mesmer im September und Oktober 1812 am Bodensee. Dessen mündliche Unterweisungen fasste er zusammen und gab sie als »Mesmerismus oder System der Wechselwirkungen« (Mesmer 1814) heraus; dieses Buch ist noch rechtzeitig vor Mesmers Tod am 5. März 1815, gewissermaßen als sein Vermächtnis erschienen. Kurz danach schrieb Wolfart noch seine eigenen »Erläuterungen zum Mesmerismus« (Wolfart 1815).

Der Mesmerismus in Preußen Anfang des 19. Jahrhunderts

Am 1. August 1816 stellte der Bericht jener 1812 eingesetzten Kommission – verzögert durch die Ereignisse der Freiheitskriege gegen Napoleon und wegen interner Differenzen in der Kommission – dem Magnetismus ein so günstiges Zeugnis aus (abgedruckt in Erman 1925, S. 47 f.), dass bei vielen der Eindruck entstand, als sei er »gewissermaßen durch den ganzen Staat auf einmal, als eine feststehende Tatsache und Lehre … verbreitet worden« (Voss 1822, S. 200). Auch Hufeland attestierte:

> Der animalische Magnetismus … ist nun als Thatsache dargestellt, übt einen solchen Einfluss auf die heilende Kunst aus, wird so allgemein verbreitet, und durch so achtbare und glaubwürdige Männer bekräftigt und ausgeübt; dass er die ganze Aufmerksamkeit nicht bloss der Aerzte, sondern jedes denkenden Menschen verdient (Hufeland 1817, S. 3).

Allerdings gab es nicht erst seit Stieglitz' (1814) analytisch-scharfer Attacke gegen den Mystizismus und die Scharlatanerie Mesmers und seiner orthodoxen Nachfolger sowie deren blinder Gläubigkeit den Somnambulen gegenüber heftigen Widerstand aus dem aufgeklärten Lager der Naturforscher. Gerade auch Hufeland schätzte diese umfangreiche und scharfsinnige Analyse des Leibarztes des Königs von Hannover so sehr – und fand offenbar, sie werde wegen ihres Umfangs und ihrer Gelehrtheit zu wenig gelesen –, dass er sie in Auszügen nebst eigenen Zusätzen nachdruckte (Hufeland 1816), woraufhin Wolfart wiederum nichts anderes übrig blieb, als mit einer eigenen Veröffentlichung im gleichen Jahr seine und seines Lehrers Sache energisch zu verteidigen (Wolfart 1816). Nun wiederum war es an Hufeland (1817), seine »Zusätze« zu erläutern und sich abermals als treuen, wenn auch kritischen Anhänger der orthodoxen Lehre erkennen zu geben; als solcher warnte er davor, »wie leicht Täuschungen, so wie Übertreibungen und Schwärmereien sich einmischen« (Hufeland 1817, S. 10); und er bittet eindringlich, den Magnetismus »noch mehr und strenger empirisch zu behandeln und zu prüfen« (Hufeland 1817, S. 12). Mit diesen »Erläuterungen« suchte Hufeland offensichtlich zwischen den beiden Parteien, den blinden Gläubigen und den extremen Skeptikern, zu vermitteln und schlug schließlich (Hufeland 1817, S. 86) vor, den Magne-

tismus ausschließlich als Heilmittel, nicht aber zu anderen Zwecken wie Erforschung der Zukunft etc. zu verwenden, und deshalb alle magnetischen Versuche und Kuren unter die Aufsicht der Obrigkeit zu stellen – ein erster Versuch der staatlichen Regulierung der Ausübung von Hypnose, dem später, 1845 in Wien ein weiterer ähnlicher Versuch der Regulierung folgte (völlig im Gegensatz zum totalen Verbot davor, 1784 in Paris).

Inmitten dieser heftigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung erhielten Koreff 1816 und Wolfart 1817 die Ernennungen zu ordentlichen Professoren, gegen den Protest mancher Vertreter der medizinischen und der anderer Fakultäten. Dennoch gab es nun an der Berliner Universität, 7 Jahre nach deren Gründung, zwei Lehrstühle für Magnetismus, und Wolfart war neben Koreff zur wichtigsten Gestalt des Berliner Mesmerismus aufgestiegen; er war Haus- und Modearzt der Gesellschaft mit besten Verbindungen zu den politischen Machthabern und geistigen Größen des Berlin der zweiten Dekade des 19. Jahrhunderts. Es ist verständlich, dass Wolfart in seiner Stellung als Protagonist des Mesmerismus nicht unangefeindet blieb. Wie schon ca. 30 Jahre zuvor in Paris und ca. 40 Jahre zuvor in Wien stand so dem Magnetismus trotz oder aufgrund seiner gesellschaftlichen und politischen Erfolge, vor allem aber wegen seiner Missachtung des Mainstreams der etablierten Wissenschaften, eine starke Koalition der Ablehnung gegenüber (Peter 1991c). Hinzu kam 1819/20 ein Skandal um Wolfart, als eine seiner Patientinnen vorgab, von ihm geschwängert worden zu sein (Bongartz u. Bongartz 1993; Peter 1995a), was wiederum an jenen für Mesmers Sturz 1784 in Paris nicht unbedeutenden geheimen Bericht erinnert, in welchem vor den moralischen Gefahren des Magnetismus gewarnt worden war – der Polizeipräsident von Paris war damals ja ganz offensichtlich davon ausgegangen, dass die hysterischen Exaltationen um Mesmers Baquet (»Gesundheitszuber«) nichts anderes seien als öffentlich zur Schau gestellte sexuelle Erregung.

Seit 1819 kam es im Deutschen Bund zu einer politischen Restauration, die alle liberalen Ansätze erstickte: Die Karlsbader Beschlüsse richteten sich unter der Führung des österreichischen Staatskanzlers Metternich gegen die politische und geistige Freiheit in Deutschland, gegen den allgemeinen »Geist der Unruhe«, gegen alle »Neuerungssucht«. Liberales Denken wurde verfolgt, Vertreter des geistigen Lebens wurden eingeschüchtert und z. T. aus dem Land getrieben. Mit dem Machtverlust von Hardenbergs verlor auch Koreff seine Stellung und zog sich nach Paris zurück, wo er schon vor seiner Berliner Zeit ein gesuchter Modearzt u. a. von Heinrich Heine war; der Rücktritt des magnetismusfreundlichen »Ministers für ständische Angelegenheiten«, Wilhelm von Humboldt, wurde offen gefordert; Hardenberg starb 1822.

Wie es zu dieser Zeit um den Magnetismus bestellt war, zeigt sich z. B. daran, dass am 25. Januar 1822 alle 20 Einsendungen auf ein königliches Preisausschreiben über den Magnetismus – am 7. Februar 1817 per Kabinettsorder ausgelobt, d. h. am gleichen Tag wie Wolfarts Bestallung zum Professor – nun von einer Kommission als nicht preiswürdig beschieden wurden. Friedrich Wilhelm III. geriet unter den Druck des antiliberalen österreichischen Innenministers Metternich und es folgte eine bis 1848 dauernde politische Reaktion – die Zeit der Romantik und des Biedermeier. Ärzte und Medizinalbehörden setzten mehr und mehr eine Kontrolle des Magnetismus durch. Auch wenn es bis ins Kaiserreich hinein erlaubt war, unter bestimmten Bedingungen zu magnetisieren, konnten sich seine Kritiker nun bestätigt fühlen.

Diese ca. zwei Jahrzehnte dauernde mesmerische Episode in Berlin war indessen nicht mehr ganz so orthodox und physikalisch ausgerichtet, wie Mesmer es wohl gerne gesehen hätte. Denn zu sehr hatte sich schon ab ca. 1800 die Frühromantik des Magnetismus bemächtigt und die Patientinnen verhielten sich um Wolfarts Baquet ähnlich den Somnambulen Puységurs, dessen noch nicht verstandener Animismus als historisches Bindeglied zwischen dem orthodoxen Mesmerismus und dem romantischen Magnetismus angesehen werden kann.

Puységur hatte sich nämlich schon 1784 von der orthodoxen Idee der Übertragung eines physikalischen Fluidums etwas distanziert, wenn auch noch nicht ganz abgewandt. Mangels einer besseren Erklärung vertrat und lehrte er zwar nach wie vor die Theorie seines Lehrers Mesmer, postulierte für die Praxis aber die Übertragung psychischer Kräfte, des Glaubens und Wollens (»croyez et veuillez«; Puységur 1784a). Damit stand er

im Gegensatz zur originalen Theorie des Magnetismus, die im Fluidum eine interstellare, korpuskulare Kraft sah und alles Animistische heftig ablehnte. Der Streit zwischen den Animisten und den Fluidisten währte noch sehr lange Zeit. Aus den Annahmen der Animisten entwickelten sich später die psychologischen Theorien über Hypnose, während die Fluidisten nach wie vor mehr oder weniger orthodoxe Mesmeristen bzw. Magnetisten blieben. Noch 1812 hatte Mesmer versucht, den Phänomenen des Puységur'schen Somnambulismus eine physikalische Erklärung überzustülpen, und damit erneut demonstriert, dass er sich streng dem Newton'schen Denkgebäude verpflichtet sah, das eine gemeinsame feinstoffliche – von Descartes und Newton als Äther bezeichnete – Wirkungsweise von Gravitations- und Willenskraft postulierte (Feldt 1985); mit anderen Worten, die von Puységur als wesentlich erachtete »Übertragung des Willens« bedeutet nach Meinung Mesmers nichts anderes als die Übertragung des von ihm postulierten feinstofflichen Fluidums des animalischen Magnetismus, war also kein animistischer bzw. psychischer Akt, sondern ein physikalischer Vorgang.

66.2.2 Der Puységurismus

Puységur und die Entdeckung des magnetischen Somnambulismus

Schon zu Mesmers Glanzzeiten in Paris war das badische Karlsruhe die Eintrittspforte des Magnetismus in Deutschland gewesen: Der Herausgeber der *Carlsruher Zeitung*, Verlagsbuchhändler und Hofbuchdrucker Michael Macklot, ein ehemaliger Medizinstudent, war – möglicherweise durch die persönliche Bekanntschaft mit Mesmer (Bittel 1940) – am Magnetismus sehr interessiert und gab bereits 1781 Mesmers »Abhandlungen« sowie D'Eslons »Beobachtungen« und 1783 dann noch Mesmers »Kurze Geschichte« in deutscher Übersetzung heraus. Jenseits des Rheins in Straßburg hatte der Marquis de Puységur am 25. August 1785 die sehr rührige »Société harmonique des amis réunis« gegründet, einen Ableger der am 18. Mai 1784 in Paris gegründeten »Société harmonique de France« (Peter 1991c).

Der Marquis de Pyuségur war gemeinsam mit einem seiner Brüder Anfang der 1880er-Jahre in Paris Schüler von Mesmer gewesen. Zu Hause auf seinem Landgut bei Buzancy, als er das Gelernte in die Praxis umsetzte, hatte er an einem seiner Bauern während des Magnetisierens aber ganz andere Phänomene beobachtet als jene exaltierten »Krisen«, wie sie um das Baquet Mesmers in Paris gang und gäbe waren. Dieser Bauer, Victor Race, verhielt sich im somnambulen Zustand überhaupt nicht hysterisch, sondern ganz ruhig, bedacht und überaus vernünftig, so, als sei er in diesem Zustand eine ganz andere Person: luzide glaubte er, in seinen eigenen und die Körper anderer schauen, dort Krankheiten diagnostizieren und schließlich die nötigen Heilmittel verordnen zu können.

Lorenz Böckmann aus Karlsruhe

Es war nicht mehr das besondere Heilmittel der magnetischen Kur und der dadurch erzeugten »Krise«, welche die Heilung bewirkten, wie es Mesmer noch postuliert hatte; Victor und die Somnambulen der Folgezeit bedienten sich vielmehr auch der verschiedensten konventionellen Remedien aus den Apothekerschränken der Zeit und verordneten sich all jene Pülverchen und Mixturen, derer sich auch ihre Ärzte bedienten. Der einzige Unterschied zu den normalen Kranken bestand darin, dass letztere eines Arztes zur Diagnose **und** Behandlung bedurften, während die somnambulen Kranken ihren Arzt nur mehr zum Akt der Magnetisierung brauchten – Diagnose und Behandlung führten sie selbst durch.

Über Anhänger in Paris und Straßburg hatte bald auch der Züricher Pfarrer Johann Caspar Lavater, ein religiöser Schwarmgeist, von der neuen Methode erfahren und diese »neu sich zeigende Kraft als einen Strahl der Gottheit« (zit. nach Bittel 1940, S. 34) mit Enthusiasmus begrüßt. Zuvor hatte Lavaters Begeisterung allerdings auch schon Cagliostros Scharlatanerien und Gaßners Exorzismen gegolten:

> Sie sind mir immer in Gedanken, ich stehe mit Ihnen auf und gehe mit Ihnen nieder. Ich denke immer an Sie, ich sehne mich nach nichts als nach Ihnen (aus einem Brief vom 29. März 1775 an Gaßner),

bis er im August 1787 in Zürich Mesmer persönlich kennen gelernt und schließlich Puységurs (1784) Berichte gelesen hatte (Milt 1953, S. 53 ff.).

Auf Lavaters Empfehlung hin lud der Karlsruher Hof Schüler von Puységur aus Straßburg nach Karlsruhe ein, wie z. B. den russischen Gesandtschaftssekretär von Krook, und desgleichen wurden Ärzte von hier nach Straßburg entsandt, um die neue Heilmethode zu erlernen (Gauld 1992, S. 78 ff.). Darunter befand sich u. a. auch der Hofrat und Professor für Mathematik und Physik, Johann Lorenz Böckmann, der zum Puységurismus konvertierte und fortan aufgrund seines Rufes und mit seinem »Archiv für Magnetismus und Somnambulismus« (1786–1788) die badischen Magnetisten anführte. Seine Bewunderung für Puységur kühlte allerdings sehr bald ab und er wandte sich mehr und mehr dem originalen Mesmerismus zu. Das ist einerseits wohl darauf zurückzuführen, dass Mesmer 1787 und im Juni 1788 persönlich in Karlsruhe weilte (Bittel 1940, S. 39; 1941, S. 128 f.); andererseits aber war ihm Puységurs System vermutlich doch zu »psychologisch« (Gauld 1992, S. 79) und damit möglicherweise zu nahe an der religiösen Schwärmerei eines Lavater, die ein aufgeklärter Naturforscher wie Böckmann wohl kaum gutheißen konnte (Funck 1894).

66

Eberhard Gmelin aus Heilbronn

Ein Anhänger der Mesmer'schen Theorie war auch der aus Heilbronn stammende Arzt Eberhard Gmelin (1787, 1789), der Böckmann in Karlsruhe sowie die Straßburger Société besucht hatte und davon überzeugt war,

> dass es Nervenäther, Lebenskraft sey, welche bey der Berührung [den »Passes«] mitgeteilt werde, und dass dieser Nervenäther animalisiertes Elementarfeuer sey, welches mit der elektrischen materie sehr grose Analogie habe, … (Gmelin 1787, S. 26 f.),

mit dieser aber nicht identisch sei. Als interessantes Detail sei hier vermerkt, dass Gmelin später vom Ausdruck »thierischer Magnetismus« immer mehr Abstand nahm, ihn durch »Kräfte der menschlichen Natur durch lebendige menschliche Berührung« ersetzte. Ferner taucht in keiner seiner Schriften der Name Mesmer auf, woraus Kiesewetter schließt, dass

> jeder reputierliche, akademisch geaichte Gelehrte sich scheute, auch nur eine Kenntnis von der Existenz des mit dem großen wissenschaftlichen Banne Belegten [Mesmer] zu verraten (Kiesewetter 1893, S. 147).

Um sich deutlich von Puységurs Straßburger harmonischen Gesellschaft zu distanzieren, betont Gmelin ausdrücklich, er sei

> weder von einer harmonischen noch anderen geheimen Gesellschaft eingeweyth [er sei] nichts mehr und nichts weniger, als ein ehrlicher Arzt in einer kleinen Reichsstadt in Schwaben, der nichts mehr, als das Heil seiner Kranken, und die Vervollkommnung und Bereicherung seiner Kunst wünscht (Gmelin 1787, S. VIIIf).

Diese Vorsicht hat offenbar auch mit der Nähe der harmonisch-magnetischen Gesellschaften zu den Freimaurern zu tun.

Die theoretischen Trennlinien zwischen den verschiedenen theoretischen Strömungen im Magnetismus sind zu jener Zeit schon nicht mehr so klar zu ziehen, denn die Praxis des Magnetisierens und die hieraus resultierenden Phänomene wurden mehr und mehr vom Puységurismus respektive Somnambulismus bestimmt. Waren es in Paris zuvor noch die hysteriformen »Krisen«, die von Mesmer als notwendig, da heilsam, angesehen wurden, so legte man nun großen Wert auf diese sanftere, wenn auch nicht weniger spektakuläre somnambule Hellsichtigkeit der Patientinnen. Zudem hatte der berüchtigte Lavater immer wieder seine Hand im Spiel, so auch 1793, als er Friedrich Schiller in Jena empfahl, sich von Gmelin, dem »geschicktesten Vertreter der neuen Methode« kurieren zu lassen, was dieser auch versuchte – allerdings bei seiner fortgeschrittenen Tuberkulose erfolglos (Bittel 1940, S. 45 f.); so führte er lediglich »merkwürdige Gespräche in Heilbronn mit dem berühmten Arzt Gmelin über den tierischen Magnetismus« (Schillers Werke, Bd. 42, S. 166, Weimar 1967). Gmelin avancierte zu einer Art Modemagnetiseur, dessen Patienten aus den ersten Schichten der Gesellschaft stammten, wie z. B. die 16-jährige Tochter des Heilbronner Bürgermeisters, Elisabeth Kornacher (Gmelin 1791). Deren erfolgreiche Heilung wurde danach von dem romantischen Naturphilosophen Gotthilf Heinrich Schubert (1808) beschrieben und soll als Vorlage zu Heinrich von Kleists »Käthchen von Heilbronn«

gedient haben – was nach neueren Recherchen (Froreich 1973) aber wohl unzutreffend ist. Schließlich war es auch Gmelin, der den späteren romantischen Dichterarzt Justinus Kerner als 15-Jährigen wegen eines nervösen Magenleidens erfolgreich magnetisierte und so in ihm das »magnetische Leben erweckte« (Kerner 1849, S. 231 ff.). Und indirekt trug Gmelin auch dazu bei, dass das aufgeklärte Berlin nach dem Tod Friedrichs des Großen unter dessen Nachfolger Friedrich Wilhelm II. dem Mesmerismus kurzfristig seine Tore öffnete; Hufeland nannte den Namen Gmelin 1794 bereits mit großem Respekt (Gauld 1992, S. 81), und Reil (1803) interessierte sich sehr für den von Gmelin beschriebenen und durch ihn in Deutschland vermutlich erstmals dokumentierten Fall einer »umgetauschten Persönlichkeit« (Gmelin 1791; Ellenberger 1985, S. 187). Damit ist Gmelin einer der ersten Autoren, der von einer Person mit multipler Persönlichkeitsstörung (heute dissoziative Identitätsstörung) berichtete. (Ein anderer zeitgenössischer Bericht ist in dem Brief eines Benjamin Rusch über den Sohn eines Capitain Miller aus dem gleichen Jahr 1791 enthalten. Justinus Kerner gab 1834 unter dem Etikett der Besessenheit ebenfalls einige schöne Fallbeschreibungen dissoziativer Identitätsstörungen; Peter 2007c).

Nach 1790 wurde es in Baden und Schwaben immer stiller um den Magnetismus und Puységurismus, vermutlich im Zusammenhang mit den Folgen der Französischen Revolution 1789. Puységur war verhaftet worden und zog sich nach 2 Jahren Gefängnis auf sein Schloss in Buzancy zurück.

Vom Mesmerismus zum Somnambulismus

Puységurs genaue Berichte (1784a,b, 1797), insbesondere die über seinen ersten somnambulen Patienten, Victor Race, scheinen auch andernorts Schule gemacht zu haben. Durch einen Besuch Lavaters in Bremen im Juli 1786 zu entsprechenden Kenntnissen gelangt, begannen die Bremer Ärzte Wienholt (1787) und Olbers (1787) nach der Methode von Puységur zu magnetisieren (John 1997). Kerner (1856, S. 103 f.) zufolge magnetisierte Wienholt recht ausgiebig, insbesondere von der konventionellen Medizin aufgegebene Fälle; innerhalb von 15 Jahren sollen es 80 Kranke vor allem auch mit Augenkrankheiten gewesen sein, bei denen er teilweise auch die Elektrizität mit dem Magnetismus kombinierte. Nicht alle, aber viele der Patientinnen verhielten sich somnambul, ähnlich wie Puységur es beschrieben hatte, d. h. sie konnten bei geschlossenen Augen mit ihrer »Herzgrube« (»Magengrube« unterhalb des Brustbeins) »sehen« – man legte ihnen z. B. Briefe auf ihre Magengrube und sie konnten sie angeblich mit geschlossenen Augen lesen. Sie konnten ihre eigenen Krankheiten diagnostizieren, deren Verlauf vorhersagen und die entsprechenden Medikamente dagegen anordnen; nach dem Aufwachen waren sie für die Ereignisse während des magnetisch-somnambulen Zustandes amnestisch, konnten sich jedoch in einem nachfolgenden somnambulen Zustand wieder erinnern. Sie schienen in diesem Zustand hypermnestisch zu sein, konnten sich auch an sehr frühe Erlebnisse ihres Lebens detailliert wieder erinnern (»Altersregression«) oder angeblich in die Zukunft schauen und so den Verlauf ihrer Krankheiten oft mit erstaunlicher Präzision in positiver oder negativer Hinsicht vorhersagen (»Zukunftsprogression«). Damit lagen nun erste Regieanweisungen für die Somnambulen der Folgezeit vor, v. a. für die des romantischen Magnetismus. Ein detaillierter Bericht stammt von Wolfart (1815, S. 282 ff.): Eine seiner Patientinnen sagte im Zustand des magnetischen Somnambulismus ihren sich verschlechternden Gesundheitszustand voraus. Als Wolfart sie 13 Jahre später besuchte und erneut »mesmerisiert« hatte, wurde diese mittlerweile stuporöse ehemalige Patientin wieder luzide und erinnerte sich in Form einer Altersregression an die Zeit ihrer ersten Behandlung vor 13 Jahren. Nach dieser kurzzeitigen völligen geistigen Wiederherstellung während der magnetischen Trance fiel sie jedoch wieder zurück in ihren Stupor, nachdem Wolfart sie verlassen hatte.

Der Übergang vom orthodoxen physikalischen Mesmerismus über den psychologischen, respektive animistischen Puységurismus hin zum romantischen Somnambulismus in Deutschland vollzog sich offenbar sehr harmonisch, obwohl Mesmer noch 1812 gegen den Somnambulismus Puységur'scher Prägung angeschrieben hat:

> Von diesem Zeitpunkt an wurde Somnambulismus und Magnetismus eines für das andere genommen; … es mangelte nicht an solchen, die mit der Behauptung auftraten, im Besitz der Kunst zu seyn, Somnam-

büle machen zu können, die allein als unfehlbare Orakel anzusehen wären, durch die alles zu erlernen sey, und deren Besitz allein in den Stand setzte, Kranke zu heilen; … Bis jetzt ohne richtigen Begriff von dem von mir sogenannten Magnetismus, und ebenso unbekannt mit meiner Theorie, suchen sie in der einzigen Verfahrensart [der somnambulen Clairvoyance] eine spezifische Kraft, und werden dadurch zum blinden Empirismus und Aberglauben verführt. – Diese irrige Meinung und der daraus entstandene Missbrauch bildete in Straßburg eine besondere Sekte, die durch unbescheidenes Experimentieren der guten Sache schädlich wurde, indem sie dieselbe um die Achtung brachte, die ihr gebührte, und Anlass zu dem allgemeinen Unglauben [an den Mesmerismus] gab, der in Teutschland Wurzeln gefaßt hatte (Mesmer 1812 in Wolfart 1815, S. XXXXVIf).

66

Das bezieht sich eindeutig auf Puységur und seine Schule. Der alte Mesmer – er war jetzt 78 Jahre alt – drückt in diesen Zeilen seine Sorge aus, der »guten Sache« des Mesmerismus könnte durch solche »unbescheiden experimentierende« Laien erheblicher Schaden zugefügt werden – und er hatte damit nicht ganz Unrecht, denn Somnambulismus und Mesmerismus waren Anfang des 19. Jahrhunderts in der Tat oft eins für das andere genommen worden – man erinnere sich nur an Wolfart und Koreff; und viele etablierte Ärzte empörten sich über alle Maßen über jene Somnambulen, die bar jeglicher medizinischer Kenntnisse ihre eigenen oder fremde Krankheiten diagnostizierten und entsprechende Behandlungen verschrieben, oder teilweise bizarre Hell- oder Fernsichten hatten – bis hinauf zum Mond und den Sternen, wie jene »Reisen« der Philippine Demuth Bäuerle (1843) –, die sie dann ausführlich den ihnen zu Diensten stehenden ärztlichen oder Laien-Magnetiseuren in die Feder diktierten. Kein Wunder, dass aufgeklärte, der Kritik und Vernunft fähige »Naturforscher« sich von solchen Auswüchsen mit Schaudern abwandten. Immanuel Kant bemerkte 1790 lapidar:

Wider diesen Unfug ist nun nichts weiter zu thun, als den animalischen Magnetiseur magnetisieren und desorganisieren zu lassen, so lange es ihm und anderen Leichtgläubigen gefällt; der Policey aber sei zu empfehlen, dass der Moralität hierbei nicht zu nahe getreten wird … Weitläufige Widerlegung ist hier wider die Würde der Vernunft und richtet auch nichts aus: verachtendes Stillschweigen ist einer solchen Art von Wahnsinn besser angemessen: wie denn auch dergleichen Eräugnisse in der moralischen Welt nur eine kurze Zeit dauern, um anderen Thorheiten Platz zu machen (Kant 1790, S. 142).

Es ist nicht klar, ob der damals 66-jährige Kant mit diesen »anderen Thorheiten« schon die Romantik gemeint hat, denn die erste »naturphilosophische« Arbeit Friedrich Wilhelm J. Schellings erschienen in den späten 90er-Jahren des 18. Jahrhunderts, also kurz nach diesem Zitat. Offenbar aber war ihm wohl jener geheime Polizeibericht von 1784 bekannt, in welchem in Paris vor den moralischen Gefahren des Mesmerismus gewarnt worden war.

66.2.3 Der romantische Somnambulismus

Naturphilosophische Aspekte

Die Romantik im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts wird häufig als Gegenbewegung zum Geist der Aufklärung verstanden. Hatte Letztere die Vernunft betont und die Gesellschaft als Ganzes in den Vordergrund gestellt, so galten in der Romantik nun Gefühl und Sensibilität als vorrangig, und der einzelne Mensch, das Individuum und seine Verbindung zur Natur standen im Mittelpunkt. Speziell die Naturphilosophie Friedrich Wilhelm Schellings verhalf dem Magnetismus zu besonderer Geltung für die romantische Gesamtschau von Mensch und Natur als Emanationen einer universellen Weltseele. Das Phänomen der somnambulen Luzidität hatte die Erfüllung der romantischen Hoffnung näher gerückt, mit der Weltseele in Kontakt treten und Einsichten in die geheimnisvollen Zusammenhänge zwischen Mikrokosmos und Makrokosmos, zwischen belebter und unbelebter Natur gewinnen zu können. Und es gab nicht wenige Seherinnen, die vorgaben, dies zu können.

Puységurs Somnambulismus und Mesmers Magnetismus waren dabei friedlich vereint, denn die Romantiker fühlten sich angezogen von der Idee eines universellen Fluidums, sahen sie doch das Universum als einen lebenden Gesamtorganismus an, dessen Seele das Ganze durchdringt und alle Teile miteinander vereint. Mesmer war gerade wiederentdeckt worden und hatte noch rechtzeitig (1812) eine passende theoretische Erklärung des Somnambulismus gegeben, die gut zu den Grund-

gedanken des romantischen Naturphilosophen Friedrich Wilhelm Schelling passte. Dessen Überlegungen zur harmonischen Verbindung, zur Identität von Natur und Geist, von Realem und Idealem (Schelling 1810) passten so gut zu dem, was Mesmer Wolfart über die »Systeme der Wechselwirkungen« (Mesmer 1814) in die Feder diktiert hatte, dass man sich heute fragen muss, wer von wem beeinflusst war. So sieht Benz (1976, S. 75) Schellings Naturphilosphie »vom Geiste des Mesmerismus durchtränkt«, wiewohl Mesmers »Systeme der Wechselwirkungen« erst später, nämlich 1814, von Wolfart herausgegeben worden sind, während Schellings »Clara« schon 1810 erschienen war.

Wie dem auch sei, nach Schellings transzendentalem Idealismus war alles ein organisches Ganzes, alles mit allem verbunden. Die Änderung eines Teils bewirkte die Änderung der anderen Teile sowie des Ganzen. Wie sehr erinnert dies an Mesmers *Allgemeine Erläuterungen über den Magnetismus und Somnambulismus* von 1812:

> … dass keine Bewegung oder Verrückung in ihren kleinsten Theilen möglich ist, ohne sich auch … durch das ganze Universum auszudehnen … dass Alles, was existiert, gefühlt werden kann, und dass die belebten Körper, die sich mit der ganzen Natur in Berührung befinden, fähig sind, entfernte Wesen und Ereignisse, wie sie sich einander folgen, zu empfinden (Mesmer 1812, S. 63).

Diese Sätze stellen Teile von Mesmers umfangreicher Begründung dar – die übrigens 1785 in den »Lehrsäzzen« bzw. »Aphorismes« schon vorweggenommen worden war –, warum Somnambulismus und Telepathie auch im Theoriegebäude eines streng physikalischen Magnetismus denkbar sind. Schelling sieht das ähnlich – allerdings weniger physikalisch als idealistisch –, wenn er der somnambulen Seele telepathische Fähigkeiten zubilligt, da sie sich dann im Zustand höchsten Bewusstseins befände und ihr ganzes Wesen wie in einem Brennpunkt, bestehend aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zusammengedrängt sei; von solchen Überlegungen ist es nur noch ein kleiner Schritt hin zur Annahme, Schlafwachen als Analogon zum Leben nach dem Tod zu verstehen. Und natürlich hatte auch Schellings Konzept der Polarität und des Dualismus schon seine Entsprechung bei Mesmer gefunden; wie dieser fasste auch er Krankheit als eine Störung der Harmonie auf, allerdings nicht bloß auf physikalisch-physiologische Art wie Mesmer, sondern als die grundsätzliche Disproportionalität eines bestimmte Teils oder einer bestimmten Kraft mit dem Ganzen.

Bei all diesen Übereinstimmungen ist es kein Wunder, dass sich Schelling und seine Anhänger sehr für den animalischen Magnetismus interessierten, wie z. B. sein Schüler Gotthilf Heinrich von Schubert, später Professor für Anthropologie und Psychologie in München, dessen populäre und häufig nachgedruckten *Ansichten von der Nachtseite der Naturwissenschaft* erstmals 1808 erschienen waren. Auch Schubert war Anhänger der Mikro-Makro-Kosmostheorie und sah den Menschen als Abbild des Universums. Der Dreiheit der unorganischen Natur – Luft, Wasser und Erde – entspricht die Dreiheit von Geist, Seele und Leib. Im Somnambulismus, aber auch beim Hellsehen und im Traum

> erzeugt und bildet sich die Seele in einer anderen Region, als die des Hauptes ist; … ein ganz neues, die Stelle des Gehirns vertretendes Nervenzentrum [entsteht]. Sie [die Seele] sieht dann offenbar die Außenwelt nicht mit dem gewöhnlichen und sichtbaren Auge, das in diesem Zustand meistens fest geschlossen ist …, sondern mit einem andren, unsichtbaren Auge eines neuen und unsichtbaren Leibes. Es stehet auch das Sehen durch dieses neue Auge keineswegs unter den Gesetzen des gewöhnlichen Sehens, sondern dasselbe geht durch weite Räume … so hindurch, als wären diese für den neuen Leib der Seele gar nicht mehr vorhanden (Schubert 1830, 1. Bd., S. 293).

Neben den praktischen Wirkungen der Heilung von Krankheiten – im Wesentlichen, wie bei Mesmer, durch Überwindung von Stockungen – ist der Vorteil des Somnambulismus darin zu sehen, dass sich in ihm die Seele über ihre übliche erdenschwere Verhaftung mit dem Organismus hinaus zu überpersönlicher Freiheit erheben kann. Spätestens mit diesen »Ansichten« Schuberts hat die »nachtseitige«, unbewusste Seele eine eigene, vom Leib unterschiedene Identität erhalten; damit waren die Koordinaten bestimmt für die weitere Entwicklung hin zur Tiefenpsychologie am Ende des 19. Jahrhunderts.

Neurophysiologische Modelle

Fast gleichzeitig zu diesen philosophischen Vorstellungen waren von dem berühmten Berliner Medizinprofessor Johann Christian Reil auch die physiologisch-anatomischen Voraussetzungen geschaffen worden. Dessen neurophysiologisches Modell einer polaren Anordnung von Cerebral- und Gangliensystem stellt schon 1807 ein Vorläufermodell für die späteren Vorstellungen über eine psychodynamische Leib-Seele-Interaktion dar: Im Cerebralsystem (ZNS) mit Sitz im Gehirn sei das »Bewusstseyn« und die »denkende Seele« (Reil 1807, S. 239) lokalisiert. Das Gangliensystem hingegen, worin wir heute leicht das vegetative Nervensystem wiedererkennen können, »hat nicht eigentlich ein contrahiertes, sondern ein disseminirtes, in der Synthesis der Theile zu einem Ganzen begründetes Centrum« (Reil 1807, S. 191); hier ist der Sitz des Vegetativen, der Leidenschaften, der empfindenden Seele sowie der »bewusstlosen Ideen« (Reil 1807, S. 212). Beide Systeme sind durch einen »Apparat der Halbleitung« miteinander verbunden, der sie im normalen Zustand voneinander isoliert, in Zuständen des Somnambulismus oder der Hysterie aber eine gute Verbindung schafft (Reil 1807, S. 192). Es ist nicht zu übersehen, dass Reil mit diesem Modell des Gangliensystems eine Art »Organ des Unbewussten« (Schott 1988) geschaffen hat.

Reils physiologisches Modell findet begeisterten Widerhall bei den naturphilosophischen Anhängern des magnetischen Somnambulismus, die vereinzelt im Begriff waren, einen »rationalen Mystizismus« zu entwickeln, dessen Aussagen zwar spekulativ, weil naturwissenschaftlich nicht mehr begründbar sind, die damit aber die Geschichte des Unbewussten und der psychosomatischen Zusammenhänge weiterschrieben. Ein Beispiel dafür ist der Schwiegersohn Reils, Dietrich Georg Kieser, der 1817 schon ein Kopf- und ein Körpergedächtnis postulierte:

> Bestimmter ausgesprochen, glauben wir, dass im wachen Leben das Cerebralsystem, im Somnambulismus das Gangliensystem Centralpunkt des psychischen Lebens, also Sitz der Seele, und so also auch der Seelenkräfte sey; dass also im wachenden Zustand die Ideen und alle Producte der psychischen Thätigkeit im Gehirn, im Somnambulismus [hingegen] im Gangliensystem sich … körperlich substanziiert, also eine organische Impression erzeugen, welche … die Rückerinnerung und das Gedächtnis geben … (Kieser 1817, S. 115 f.).

Gedächtnis ist also das Vermögen der Seele, eine bestimmte, jeweils an das Cerebral- oder Gangliensystem gebundene psychische Tätigkeit zu wiederholen. Da im Gangliensystem Gefühle und unbewusste Tätigkeiten lokalisiert sind, besteht während des Somnambulismus – neben einem Gedächtnis für die Inhalte des Wachzustands – auch eine gesteigerte Erinnerungsfähigkeit an entsprechende »unbewusste« Inhalte wie z. B. an Gefühle oder Kindheitserinnerungen, die im wachen Leben nicht erinnert werden können (Kieser 1826, Bd. 2, S. 191 f.), weil das höher stehende Cerebralsystem die »Triebe und Gefühle« des Gangliensystems (Kieser 1826, S. 471) kontrolliert. Interessant ist ferner auch die Annahme einer Form des Kontaktes und der Kommunikation zwischen diesen beiden Systemen in Form von Symbolen und Sprache, wobei dem Magnetiseur eine entscheidende Rolle zukommt, nämlich Symbole und Allegorien der Somnambulen, falls nötig in einer »Traumdeutungskunst« (Kieser 1826, S. 477 f.), in die Sprache des Wachbewusstseins zu übersetzen.

Magisch-mystische Aspekte

Von den vielen anderen romantischen Magnetisten (für einen Überblick vgl. Bittel 1940, S. 41 ff.; Gauld 1992, S. 141 ff.) soll hier nur der schwäbische Dichterarzt Justinus Kerner aus Weinsberg Erwähnung finden mit seiner »Geschichte zweyer Somnambülen« (Kerner 1824) sowie seiner »Seherin von Prevorst«, Friedericke Hauffe (Kerner 1829). In exakten Tagebucheinträgen protokollierte er alles, was sie taten, sahen, fühlten und sagten. Die Somnambulen und ihre Ärzte behaupteten, dass sich während der magnetischen Phase alle geistige und seelische Aktivität vom zentralen Nervensystem in das Gangliensystem verlagere und dass sie dadurch sowohl die äußere als auch ihre innere Welt anders und besser wahrnähmen. So konnten sie in ihren Körper hineinsehen, ihre Krankheiten diagnostizieren und sich selbst Heilmittel verordnen, die dann genau zu der angegebenen Stunde den vorausgesagten Effekt hatten. Bedeutsam sind ihre Empfindlichkeit gegenüber verschienenen Substanzen wie z. B. bestimmten Mineralien, desgleichen einige ihrer paranormalen Fähigkeiten, wie z. B. das »Sehen mit der Herzgrube« (vgl. hier-

zu die ausführliche Darstellungen in dem für diese Zeit sehr einflussreichen *Versuch einer Darstellung des animalischen Magnetismus als Heilmittel* von Kluge 1811). Insbesondere von Friedericke Hauffe berichtet Kerner, dass sie überzeugende Beweise für ihre hellseherische Fähigkeit geliefert habe, örtlich weit entfernte Ereignisse genau beschreiben oder zukünftige exakt voraussagen zu können. Schließlich empfing sie Botschaften von den Geistern Verstorbener.

Kerner und seine Friedericke Hauffe, die von 1827–1829 in seinem Haus in Weinsberg lebte, wurden in ganz Deutschland berühmt und zogen die Aufmerksamkeit vieler prominenter Zeitgenossen wie etwa Schelling, Eschenmayer oder Schleiermacher auf sich. Darüber hinaus wurden nun von allen Seiten Berichte über ähnliche Personen und Vorkommnisse zusammengetragen, die Kerner in den *Blättern von Prevorst* (1831–1839) und dann im *Magikon* (1840–1853) veröffentlichte. Daneben gab Kerner »Nachricht von dem Vorkommen des Besessenseyns« (1836) und berichtete verschiedene »Geschichten Besessener neuerer Zeit« (1834). Beide Bücher enthalten außergewöhnliche Krankengeschichten über Patienten und Patientinnen mit »magisch-magnetischen« Symptomen, die wir heute als hysterisch oder dissoziativ bezeichnen würden, sowie über ihre Behandlungen, darunter auch die »magisch-magnetische«, d. h. hypnotische Therapie. Ganz besonders interessant ist die Behandlung der Magdalena Gronbach, jenes »Mädchens von Orlach« aus den »Geschichten Besessener« (Kerner 1834), das heute ganz eindeutig als Beispiel einer dissoziativen Identitätsstörung (früher multiple Persönlichkeitsstörung; van der Hart u. Peter 1995; Peter 2007c) gelten kann.

Es ist faszinierend, diese ausführlichen Berichte zu lesen und in manchen von ihnen auch schöne Beispiele für den »Experimenter-Effekt« (Rosenthal 1966) zu finden, denn viele Seherinnen verhielten sich völlig theoriekonform, was aufgrund des sehr engen magnetischen Rapports auch nicht weiter verwundern muss. So hat Schubert ausdrücklich auf die Faszination hingewiesen, »welche die Somnambulen an den Magnetiseur und an Alles was sein ist, fesselt« (Schubert 1808, S. 345), und interessanterweise schon damals beschrieben, dass die Patienten »stets die Mittel [verlangten], welche im Geist der Heilmethode waren, die sich ihr Arzt zu eigen gemacht hatte« (Schubert 1808, S. 346). Schubert führt dies allerdings auf die intensive »Sympathie« (F. Hufeland 1811) zwischen den Somnambulen und ihren Magnetiseuren zurück. Eine weit profanere Erklärung, nämlich einfach Betrug aufgrund von Geltungsdrang gibt dagegen Stieglitz (1814). Bei den Somnambulen von Tardy de Montravel (1788) und Wolfart z. B. fällt ihm auf, dass diese

> in ihren Enthüllungen der dunkelsten Verhältnisse der Physiologie und Psychologie sich den besonderen Ansichten gemäß erklären, die diese ihre Magnetiseurs in ihren Schriften entwickelt haben (S. 214) [und es wundert ihn doch sehr, dass es diesen Magnetiseuren überhaupt nicht einfällt,] ernsthaft zu untersuchen, ob ihre Kranken heimlich die Bücher, die sie geschrieben haben, lesen (Stieglitz 1814, S. 215).

Diese romantischen Theorien über den Somnambulismus wirkten teilweise noch bis Mitte des 19. Jahrhunderts fort, denn Koreff hatte vor seinem und Hardenbergs Sturz 1818 mit der Ernennung Nees von Esenbecks (1820) oder Josef Ennemosers (1819) noch erheblichen Einfluss auf die Berufungspolitik der neugegründeten Universität in Bonn genommen. In Tübingen gab es Karl August von Eschenmayer (1816), Professor für Medizin und Philosophie, in Frankfurt den Arzt Johann Carl Passavant (1821). Sie alle betrieben die radikale Entphysikalisierung des originalen Mesmer'schen Magnetismus und seine romantische Verklärung oder gar theosophische Mystifizierung (wie z. B. Ennemoser). Ein extremer Vertreter der letzteren Richtung war der Arzt und Philosoph Karl Joseph Hieronymus Windischmann (1814, 1824), Mitglied des Koblenzer Kreises, der versuchte, den Mesmerismus in das unmittelbare Umfeld des orthodoxen, ultramontanen Katholizismus zu rücken. Er favorisierte eine von Priestern auszuübende »christliche Heilkunst«, die die Sakramente der Kirche mit dem Magnetismus verbinde.

Es wird in diesem Zusammenhang verständlich, dass sich der Magnetismus immer wieder mit dem Vorwurf des Aberglaubens auseinanderzusetzen hatte, der ihm sowohl von der aufgeklärten wie auch von der medizinischen Seite gemacht wurde.

Auswirkungen auf die Literatur und Philosophie

Der Einfluss des Magnetismus auf den romantischen Zeitgeist war so bedeutend, dass er auch Eingang in die Literatur fand. Nicht nur romantische Dichter wie z. B. Novalis, Heinrich von Kleist (*Das Käthchen von Heilbronn*, *Der Prinz von Homburg*), E.T.A. Hoffmann (*Der Magnetiseur*, *Der unheimliche Gast*) oder Jean Paul (*Der Komet*) (Müller 1985; Müller-Funk 1985) haben sich mit dem Mesmerismus befasst, auch Philosophen des Idealismus wie Fichte, Hegel und Schopenhauer beschäftigten sich mit ihm, im Gegensatz zu den Naturphilosophen allerdings nicht immer nur zustimmend, sondern auch durchaus distanziert und kritisch.

Fichte war noch ein gläubiger Anhänger, sein *Tagebuch über den animalischen Magnetismus* (Fichte 1813) geht auf ausführliche Gespräche mit Wolfart und Beobachtungen an dessen Baquet zurück. In seinem System ist der Somnambulismus eine »Vernichtung der Selbstheit« des Individuums, partiell oder total; denn nur dann kann ein fremdes Prinzip wirksam werden und eine fremde Lebenskraft Anregung bringen. Diese »Vernichtung der Selbstheit« des Menschen – und damit seiner Freiheit – würde die Natur allerdings nur bei Kranken zulassen, sodass der Mesmerismus nur im kranken Zustand Wirkung zeigen könne, nicht aber im gesunden – das entspricht dem allgemeinen Verständnis der naturphilosophisch ausgerichteten Magnetisten der damaligen Zeit.

Schon Friedrich Hufeland, Bruder des berühmten Christoph Wilhelm Hufeland, sah in seinem paradigmatischen Buch *Über Sympathie* (1811) die »organische Unabhängigkeit« eines Individuums aufgehoben, wenn ein durch Krankheit geschwächter Patient in Kontakt mit einem Magnetiseur käme; dessen Kräfte würden dann auf den Kranken überströmen und formierten ein neues System von Polaritäten – wie wenn ein stärkerer Magnet mit einem schwächeren in Kontakt käme. Hat dies noch eher Anklänge an Mesmers physikalische Vorstellungen, so verstand Fichte unter Mesmerisieren – analog zu Puységur – ganz klar die Übertragung einer geistigen, keiner physikalischen Kraft; hierzu genügte schon das Wollen des Magnetiseurs; ähnlich Puységur meinte auch Fichte, dass der Magnetiseur der magnetisierten Person nichts Übles antun könne, da letztere dies bemerken und sofort aufwachen würde.

Auch **Hegel** befasste sich in seiner *Philosophie des Geistes* (1830) ernsthaft mit dem Somnambulismus und erklärt ihn zum Gegenstand der spekulativen Philosophie. Der Somnambulismus habe zur Erkenntnis des Geistes, dem Hauptthema der Philosophie, insofern etwas beigetragen, als in ihm eine Loslösung aus den Schranken des Raumes und der Zeit möglich wird. Allerdings dürfe man sich davon keine großen Erkenntnisse erhoffen, denn im Somnambulismus sinke der Geist – ganz im Gegensatz zu dem erhöhten Bewusstsein in der Philosophie – noch unter das gewöhnliche Bewusstsein hinab auf die Stufe des rein sensuellen Lebens der niedersten Tiere, sei beeinflusst von der »individuell bestimmten Welt, particulären Interessen und beschränkten Verhältnissen«; zudem stehe er noch unter der Macht eines Anderen. Das rief natürlich einigen Protest hervor, denn es stimmt mit der hohen Meinung der Magnetisten über ihren Gegenstand nicht überein (Werner 1841). Den Erklärungen und Prophezeiungen der Somnambulen misst Hegel keine allzu große Zuverlässigkeit bei, da man die Eitelkeit der Betreffenden immer berücksichtigen müsse – ähnliches hatte auch Puységur schon zu Bedenken gegeben und ähnliches hatten zeitgenössische Kritiker formuliert. Dennoch schätzt Hegel den therapeutischen Effekt hoch ein; es werde ein heilsames »In-sich-flüssig-seyn« des Organismus erreicht – alter und wieder neuer Grundgedanke seit Mesmers Zeiten, den auch **Schopenhauer** in *Parerga und Paralipomena* (1851) zum Ausdruck bringt, wenn er die Wirkung des Somnambulismus im Wesentlichen als eine Beseitigung von Unordnung und Disharmonie begreift. Das eigentliche Agens sei aber der Wille des Magnetiseurs, der im Somnambulismus durch keine »Schranken der Individuation« gehemmt sei und so unmittelbar auf den Willen des anderen und darüber auf dessen Organismus einwirken könne.

Kritische Aspekte

Wesentliche Kritik hatten die Naturphilosophen und Magnetisten schon zu Beginn von zeitgenössischen Kritikern erfahren, wieder z. B. von C.W. Hufeland (1817), insbesondere aber von den beiden Kantianern Stieglitz (1814) und Pfaff (1817). Sie billigten dem Magnetismus zwar durchaus heilsame Effekte

zu, lehnten aber die naturphilosophischen Spekulationen über die Vorteile und angeblichen Wunder des Somnambulismus kategorisch ab. Der normale Somnambulismus sei eine psychopathologische Kondition und im artifiziellen, durch Magnetismus hervorgerufenen Somnambulismus werde diese Störung lediglich künstlich erzeugt bei jenen Menschen, die dafür empfänglich seien – Charcot sollte später einen ähnlichen Standpunkt einnehmen. Die Magnetiseure, welche die Gaben ihrer Somnambulen unkritisch bewunderten, seien sich z. B. nicht bewusst, dass sie oder ihre Assistenten – in heutigen Worten ausgedrückt – zunächst unbewusst das suggerieren würden, was sie dann als somnambule Erleuchtungen zu empfangen glaubten. Die Somnambulen seien z. T. treue Spiegel ihrer Magnetiseure, manchmal auch nur pure Fantasten, die um des Geldes, der Bewunderung oder libidinöser Projektionen willen sich selbst und andere absichtlich oder unbewusst hinters Licht führten. Insbesondere Stieglitz (1814) wies daraufhin, dass die

> französischen Magnetiseurs, die reicher an Erfahrung sind, … dies nicht verkannt und viel freimütiger eingestanden [haben], als unsere deutschen« (Stieglitz 1814, S. 195 f.),

und stellte dann die pointierte Frage:

> Kann Scharfsinn und Lebhaftigkeit des Geistes, Eigenschaften, die Hr. Professor Wolfart gewiss besitzt, nicht vor solcher Deutung … schützen? (Stieglitz 1814, S. 216 f.).

In einer umfangreichen Schrift hat sich Wolfart (1816) heftig gegen solche Kritik gewehrt.

Eine ganz andere Art von Kritik kam unmittelbar aus der magnetisch-romantischen Bewegung selbst, z. B. von Johann Ulrich Wirth (1836), Friedrich Fischer (1839) und von Dietrich Georg Kieser (1820, 1826), indem sie allzu abwegige telepathische Ergüsse mancher Somnambulen bezweifelten, wie z. B. deren Begegnungen mit Engeln und den Geistern Verstorbener, andere Phänomene hingegen als glaubhaft bestehen ließen. Insbesondere Kiesers (1826) Überlegungen sind in Hinblick auf die früheren Gedanken der 1784er-Kommissionen sowie auf heutige Konzepte über Hypnose als konstruktiver Erfahrungsraum von Interesse: während des Schlafes und ähnlicher Zustände, also auch während des somnambulen Zustandes, dominiere das Gefühl. Gefühl sei eine der drei grundsätzlichen

> Functionen oder Seiten der menschlichen Seele … Erkenntnisvermögen, Gefühlsvermögen und Willensvermögen (Kieser 1826, S. 222 ff.).

Nur die Gefühls- und Willensseite sei »tellurisch«, d. h. »magnetisch«, während die Erkenntnisseite »antimagnetisch« sei. Wegen des Fehlens von Erkenntnis würden die Produkte der Gefühls- und Willensseite mithilfe von Fantasie und Imagination von den Somnambulen für wahr gehalten; sogar die Einflüsse der Magnetiseure oder des Baquets erscheinen ihnen dann als objektive Materialisationen, deren illusorischen Charakter sie nicht verstehen können. Wenn sie meinen, in ihren Körper hineinschauen zu können, so ist das auch nur der symbolische Ausdruck dessen, dass sie ihren Körper als krank wahrnehmen; in ähnlicher Form ist ihre Begegnungen mit Engeln oder mit Geistern verstorbener Verwandter die symbolische Repräsentation der gefühlsmäßigen Bindungen an sie.

Mit seiner Einteilung in einen Wachzustand und einen somnambulen Zustand bezieht sich Kieser einerseits auf seine magnetistischen Vorläufer – deren Theorien er sorgfältig zu einem wissenschaftlichen »System des Tellurismus oder thierischen Magnetismus« ausbaut – und nimmt andererseits die spätere Einteilung des Seelenlebens in einen bewussten und einen unbewussten Teil schon früh vorweg: im Wachzustand dominiert die Erkenntnis, der Gefühl und Wollen untergeordnet sind; im somnambulen Zustand dagegen ist es genau umgekehrt, es herrscht die Gefühlsseite vor.

Wie kritisch und modern diese Auffassung von Kieser ist, zeigt sich, wenn man sie vergleicht mit den festen Überzeugungen Justinus Kerners, der noch 1840–54 in seiner Zeitschrift *Magikon* die Konfabulationen seiner Somnambulen für bare Münze nahm. Möglicherweise war Kerner auch der Adressat eines Briefes des Frankfurter Arztes Johann Carl Passavant, datiert vom 5. 6. 1830, in welchem dieser allen Ernstes nachfragte:

> 1) Hat keiner Ihrer Somnambulen etwas über die Physiologie der einzelnen Hirntheile gesehen. Da uns die

> Werkstatt unseres eigenen Denkens so unbekannt ist, u. … unsere Versuche … uns so wenig lehren, so dürfte dieses Dunkel vielleicht jetzt von Hellsehern uns enthüllt werden. – 2) Hat keiner Ihrer Somnambulen etwas über den Werth der Homöopathie gesehen, oder dieser Methode gemäße Mittel verordnet. – 3) Haben dieselben eigenthümliche Ansichten über die Seele des Menschen u. der Thiere ausgesprochen, z. B. einen wesentlichen Unterschied zwischen Geist u. Seele, Präexistenz der Geister u. dgl. (Passavant 1830).

Man sieht, welche Fähigkeiten den Somnambulen noch bis Mitte des 19. Jahrhunderts zugetraut wurden, und wie gläubig einige Vertreter des romantischen Magnetismus deren Konfabulationen gelauscht haben.

Nach diesen frühen Vorläufern, dem eben erwähnten Kieser sowie Schubert und dessen *Ansichten von der Nachtseite der Naturwissenschaften* (Schubert 1808) beginnt die Ideengeschichte des Unbewussten unter den Vorzeichen des romantischen Magnetismus deutlich um 1850. Klare Ansätze finden sich in den beiden Frühwerken von Carl Gustav Carus, *Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele* (1846) – dort führt er schon eine erste begriffliche Systematik von Bewusstem und Unbewusstem ein – und *Über Lebensmagnetismus und über die magischen Wirkungen überhaupt* (1857) sowie natürlich in Eduard von Hartmanns (1869) *Philosophie des Unbewussten. Versuch einer Weltanschauung*. Die beiden letzteren Autoren kann man allerdings nicht mehr zu den Magnetisten zählen – Carus (1857) z. B. beschäftigt sich sehr kritisch und gewissenhaft mit allen Vor- und Nachteilen des Mesmerismus. Man kann sie am ehesten noch den Vitalisten zurechnen, deren Grundidee besagt: Leben ist das Produkt einer verborgenen Kraft, welche die Entwicklung aller Formen des Lebens steuert. Diese Kraft ist kosmisch oder göttlich, und Teile von uns sind mit ihr in Verbindung, besonders in bestimmten Bewusstseinszuständen.

Der Niedergang des romantischen Somnambulismus

Ab 1850 ließ der Einfluss des Magnetismus in Deutschland unversehens nach. Hierfür gibt es mehrere Gründe, z. B. den ganz banalen des Ungleichgewichtes zwischen Ertrag und Aufwand ärztlicher Bemühungen. Schon 1817 hatte Hufeland festgestellt, dass

> eine solche Kur, wenn sie zur somnambulistischen Höhe kommt …, den ganzen Arzt in Anspruch nimmt, so dass er fast ganz für **einen** Kranken leben muß (Hufeland 1817, S. 88).

Von einem Kranken allein konnte kein Arzt leben, es sei denn, er hatte ein zusätzliches Einkommen, z. B. durch die populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen der Erlebnisse seiner Kranken. Einige dieser Bücher, wie z. B. *die Reisen in den Mond, in mehrere Sterne und in die Sonne* der Philippine Demuth Bäuerle (1843), wurden zu echten Best- und Dauersellern.

Der bekannteste dieser schreibenden Ärzte, Justinus Kerner (1824, 1829), hat dieses Problem des übermäßigen, unrationellen Aufwandes der Magnetisierungen ebenfalls gesehen und es dadurch zu lösen versucht, dass er einen Laien zur Magnetisierung seiner »Somnambülen« anstellte – eine frühe Form des medizinischen Heil- und Hilfspersonals.

Inzwischen gab es aber auch schon genügend Erfahrungen mit den negativen Auswirkungen exzessiven Magnetisierens. Es war wiederum Hufeland, der schon sehr früh und nicht als Einziger warnend darauf hingewiesen hatte, dass der Magnetismus der Gesundheit auch schaden kann, wenn man den Diagnosen und Rezepturen der Somnambulen blind Folge leistete, die diese nicht nur für sich selbst, sondern auch für andere Kranke erstellten, vor allem, wenn dadurch sichere ärztliche Hilfe unterlassen würde (Hufeland 1817, S. 78 f.).

Der andere und wohl bedeutendere Grund aber war der Beginn des Positivismus und wissenschaftlichen Rationalismus ab Mitte des 19. Jahrhunderts, vor dem der romantische Somnambulismus nun endgültig keinen Bestand mehr haben konnte.

Dennoch, es wurde weiter magnetisiert und mesmerisiert, nun aber häufig unter ganz anderen Vorzeichen, nämlich denen des Spiritismus, der sich, von Amerika kommend, ab 1852 auch in Deutschland ausbreitete und in manchen Personen und Zirkeln eine enge Verbindung mit dem Magnetismus und dem (neuen) Hypnotismus Braid'scher (1842) oder Bernheim'scher (1888) Prägung einging. So veröffentlichte z. B. der Münchner Hypnoseforscher und Arzt Albert Freiherr von Schrenck-

Notzing, Mitbegründer und Sekretär der 1890 gegründeten deutschen *Gesellschaft für psychologische Forschung*[1] seine Hypnoseartikel in der *Zeitschrift für Hypnotismus* (z. B. 1896) und seine mediumistischen Beiträge in den *Psychischen Studien* (z. B. 1912) bzw. in eigenen Büchern (z. B. 1920, 1923). Im Vorwort zu seiner *Psychologie und Charakterologie der Okkultisten* erinnerte sich Albert Moll (1929), der unermüdliche Skeptiker und Aufklärer im Kampf gegen Mesmerismus, Mystizismus, und Okkultismus, wehmütig an die mit Schrenck-Notzing »in jungen Jahren« noch ausgefochtenen Schlachten für den Hypnotismus und beklagte seinen Kollegen nun als einen Mann,

> der Fasnachtsscherze als Wissenschaft hinnahm, der die Faschingsvermummungen hysterischer Weiber und anderer Medien als Transfiguration oder als Teleplasma und als Produkt des Unbewussten der Welt aufoktroyieren wollte (Moll 1929, S. 4).

Selbst Thomas Mann, der in München an einigen von Schrenck-Notzings Soireen mit dem Medium Willi teilnahm und darüber im Märzheft der *Neuen Rundschau* 1924 ausführlich berichtete, war trotz offenkundiger Faszination auch nüchtern genug zu schreiben:

> Kuriose Veranstaltung, ich begreife, dass eine Wissenschaft, die auf sich hält, sich von dieser Art des Experimentierens abgestoßen fühlen muß (zit. in Bruhn 1926, S. 25 ff.).

Schrenck-Notzing allerdings befand sich in bester Gesellschaft, denn die Beschäftigung mit parapsychologischen Phänomenen hatte damals in der akademischen Welt bei Weitem nicht den »haut goût«, den sie heute hat. Charles Richet in Frankreich, 1913 Nobelpreisträger in Medizin, begann 1882 eine ausgedehnte Serie von Experimenten über Telepathie; und krönte 1922 seine Karriere mit einem voluminösen Werk über Seelenwanderung.

Dass die Mesmer'sche Idee der Übertragung einer quasi-physikalischen Energie wie des animalischen Magnetismus aber auch Ende des 19. Jahrhunderts noch nicht ganz ausgestorben war, beweist gerade Albert Moll mit seinem 1892 erschienenen Buch *Über den Rapport in Hypnose*, in welchem er es offensichtlich für nötig hält, ausführlich darzulegen, dass er in 166 Experimenten

> die Wunder, die uns so häufig über den thierischen Magnetismus berichtet werden, nicht beobachten konnte (Moll 1892, S. 514). Zweifellos beruhen viele Angaben der Mesmeristen auf einer falschen Beurteilung des Rapports. Da nämlich die Meisten den Rapport in die Sinnesorgane, nicht aber in das Bewusstsein der Versuchsperson legen (Moll 1892, S. 512),

können sie die psychische Natur des Rapport nicht erkennen.

Ich habe andernorts (Peter 2000b) schon darauf hingewiesen, dass seit der Kontroverse um Gaßner 1775 in München und dann wieder um Mesmer 1784 in Paris das Phänomen zu beobachten ist, dass die jeweils »unterlegenen« Seiten – anfangs der Exorzismus und dann der Mesmerismus bzw. Magnetismus – zwar von der öffentlichen Bühne wissenschaftlicher Akzeptanz verschwanden, dafür aber jeweils um so mehr unter Laienpraktikern weiterlebten. War es 1784 den Ärzten in Paris verboten zu magnetisieren, so taten es von diesem Zeitpunkt an umso mehr die Laienmagnetisten; war es in Deutschland ab ca. 1819 für aufgeklärte Mediziner verpönt, sich mit dem Magnetismus zu befassen, so war es bestimmten Laien mit gutem Leumund und unter ärztlicher Aufsicht dennoch weiterhin möglich, den Magnetismus auszuüben (Teichler 1998).

Diese Laienmagnetiseure gründeten ihre eigenen Gesellschaften[2] und hielten eigene Kongresse ab. So fand z. B. im Jahr des ersten Internationalen Kongresses für Hypnotismus, 1889, in Paris auch ein internationaler Kongress für Magnetismus unter der Leitung eines Grafen von Constantin statt. Das zeigt, dass trotz der großen Popularität des Hypnotismus zu dieser Zeit, Ende des 19. Jahrhunderts, der Magnetismus keineswegs ausgestorben war. Allerdings war er aus der akademischen Medizin weitgehend verschwunden. Über dieses

1 Deutsches Pendant zur berühmten Society for Psychical Research; vgl. Zeitschrift für Hypnotismus, I, S. 32, 1892

2 Der erste Berufsverband der Heilmagnetiseure in Deutschland entstand 1872 kurz nach der gesetzlichen Regelung der sog. Kurierfreiheit (Schröder 1995, S. 15)

Phänomen, dass eine wissenschaftliche Methode von Laienpraktikern übernommen wird und über die daraus resultierenden Probleme ist ausführlich berichtet worden (Freytag 2000; Wolf-Braun 2000; Teichler 1998; Schröder 1995).

Ganz unverkennbar taucht der Grundgedanke des animalischen Magnetismus aber auch in verschiedenen Therapieformen des 20. Jahrhunderts wieder auf; Wilhelm Reichs Orgontherapie sowie viele der hieraus abgeleiteten bioenergetischen Therapien seien hier nur beispielhaft genannt.

66.3 Die Epoche des Hypnotismus und der Suggestion Ende des 19. Jahrhunderts

Ein weiterer Grund für die zurückgehende wissenschaftliche Akzeptanz des Magnetismus ist darin zu sehen, dass die deutsche Psychiatrie unter dem Einfluss von Wilhelm Griesinger (1845) spätestens ab Mitte des 19. Jahrhunderts organisch bzw. somatologisch ausgerichtet war mit einer Tendenz, Krankheiten auch hereditär zu erklären – ganz im Gegensatz zu der Zeit davor, in der für die meisten romantischen Ärzte ein individuumzentrierter psychologischer Ansatz selbstverständlich war. Parallel zu diesem Geist medizinisch-naturwissenschaftlicher Orthodoxie feierte der Hypnotismus im ausgehenden 19. Jahrhundert seine größten Erfolge und die europäischen Hypnotiker brachten endgültig das auf den Weg, was wir heute Psychotherapie nennen.[3] Der Anstoß kam für Deutschland allerdings von außen, und zwar in mehrfacher Hinsicht.

66.3.1 Der Braidismus, die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Spiritismus und die berufspolitische Auseinandersetzung mit den Laienheilern und Bühnenhypnotiseuren um 1880

Der schottische Arzt James Braid beobachtete 1841 eine öffentliche Demonstration des französischen Laienmagnetiseurs Lafontaine in Manchester und entwickelte seine eigenen Ideen – »Monoideismus«: die Konzentration auf einen einzigen Gedanken mittels optischer, später auch akustischer Fixation erzeuge künstlich einen neurologisch bedingten Schlafzustand, »Neurypnology« (Braid 1843), später nur mehr »Hypnose« genannt – und wurde so zum Vater des »Hypnotismus«. Braids Arbeiten wurden in Deutschland allerdings erst 30 Jahre später bekannt. Unabhängig voneinander unternahmen in den 1870er-Jahren zwei Physiologen, Czermak und Preyer, Tierexperimente, die an Braids Fixationsmethode angelehnt waren. Ähnlich Braid erklärten sie für das Zustandekommen der »echten hypnotischen Erscheinungen bei Tieren« physiologische Ursachen für verantwortlich, wodurch sich die von den Magnetisten immer noch und immer wieder vorgebrachten Fluidumtheorien zurückweisen ließen (Teichler 1998, S. 22). Braids Originalwerke waren indessen noch weitgehend unbekannt. Erst 1881 und 1890 hat William T. Preyer dann die wichtigsten Werke Braids ins Deutsche übersetzt und herausgegeben, gerade rechtzeitig, um dem Hypnotismus in der neu entfachten Diskussion eine medizinisch-wissenschaftlich akzeptable Position zu verschaffen. Die war nötig geworden, weil Ende der 70er- und Anfang der 80er-Jahre des 19. Jahrhunderts der dänische Bühnenhypnotiseur Carl Hansen mit seinen »magnetischen« Demonstrationen die Massen hypnotisier-

3 Laut Ellenberger (1970, S. 330) sei der Begriff »Psychotherapie« von dem Holländer F. van Eeden (1860–1932) eingeführt worden. Gauld (1992, S. 359, Fußnote 125) hingegen führt diesen Begriff auf Morsellis (1886, S. 374) »efficacia psico-terapica« zurück.

te[4] und manche Wissenschaftler für hypnotische Phänomene interessierte, wie z. B. die Professoren Adolf F. Weinhold (1880) in Chemnitz oder R. Heidenhain (1880) in Breslau – aber auch den jungen Sigmund Freud in Wien.

Ausgehend von eigenen Experimenten mit diesem »**sogenannten** thierischen Magnetismus« – den er in Anlehnung an Braid lieber »Hypnotismus« nannte, weil die Phänomene seiner Überzeugung nach eben nichts mit physikalischen Ereignissen zu tun hätten –, entwickelte Heidenhain den physiologischen Begriff der zentralen Hemmung und Erregung im Gehirn, woran später Iwan P. Pawlow (1923) anknüpfte. Wie Braid in seiner ersten physiologischen Theorie (Peter 1983) sah Heidenhain Reizmonotonie als wesentliche Bedingung für Hypnose an. Heidenhain wurde einflussreich für andere deutsche Kollegen wie z. B. für die Professoren Oskar Berger, ebenfalls Breslau, H. Senator, Albert Eulenburg und Paul Börner aus Berlin oder C. Bäumler aus Freiburg. Allerdings waren diese Forscher hauptsächlich experimentell-neurophysiologisch an der Hypnose und ihren Phänomenen interessiert, kaum therapeutisch. Immerhin bekam Hypnose so einen Zugang zur naturwissenschaftlichen Forschung und konnte von dem »unwissenschaftlichen«, von Laienpraktikern durchgeführten »Heilmagnetismus« unterschieden werden.

Im Jahre 1880 begann sich die Wissenschaft also wieder zögerlich für hypnotische Phänomene zu interessieren, allerdings nicht mehr wie 70 Jahre zuvor unter den Vorzeichen des Magnetismus – den hatten inzwischen Laien- und Bühnenhypnotiseure okkupiert und er war zu sehr mit dem Spiritismus verwoben (Teichler 1998). Mit der neurophysiologischen Argumentation des Braidismus konnte man sich wissenschaftlich behaupten und bestens gegen den Spiritismus- und Aberglaubenvorwurf schützen, denn es

> spukt doch trotz aller naturwissenschaftlichen Aufklärung unserer Zeit der sogenannte Spiritismus in den Köpfen nicht bloß der Laien, sondern selbst ernsthafter, auf ihrem wissenschaftlichen Gebiete ausgezeichneter Gelehrter (Heidenhain 1880, S. 1).

Mit der neurophysiologischen Interpretation jener hypnotischen Phänomene, die Hansen produzierte, war dem wissenschaftlichen Rationalismus genüge getan.

Der Magnetismus Mesmers und der Somnambulismus der Romantik war also abgelöst worden vom Hypnotismus Braids, auch wenn unter Laien weitermagnetisiert wurde und das neue neurophysiologische Paradigma auch in der Wissenschaft noch nicht so ganz sicher trug – wie wir gleich sehen werden. Dass das »alte« System des Magnetismus noch eine gewisse Trägheit besaß und nicht nur für Laienpraktiker attraktiv war, zeigen z. B. die heftigen, im Zusammenhang mit Hansen geführten Auseinandersetzungen des Professors für Astrophysik an der Universität Leipzig, Friedrich Zöllner (1879), der eine »deutsche Antwort auf eine sogenannte wissenschaftliche Frage« um die seiner Meinung nach durch Hansen bestens verkörperte »transcendentale Physik« zu geben versuchte, und der gewisse spiritistische Kollegen und ihre Experimente vehement gegen Angriffe von Heidenhain (s. oben) oder Wilhelm Wundt (s. unten) verteidigte. Denn es war Wundt, der 1879 in einem offenen Brief die Beschäftigung mit dem Spiritismus als eine »sog. wissenschaftliche Frage« abqualifiziert hatte. Aber das waren eher theoretische Auseinandersetzungen innerhalb der akademischen Gemeinschaft, die ohne große praktische Relevanz waren. Denn es gab nur wenige deutsche Ärzte wie den Freiburger Arzt A. Wiebe (1884), die sich in dieser Zeit der 1880er-Jahre – die auch als »Hansen-Periode« bezeichnet wird – für die therapeutische Seite der Hypnose interessierten.

Anders sah es offenbar bei den Laienheilern und den fahrenden Schauhypnotiseuren aus, die

4 Im Gefolge von Hansens Schaustellungen kam es mitunter zu regelrechten Epidemien, wie z. B. 1886 in Pforzheim, die so ausartete, dass die Behörde sich zum Einschreiten gezwungen sah: »Groß und klein begann mit mehr oder weniger Geschick und Erfolg zu hypnotisieren, und es gab bald keinen anderen Gesprächsstoff mehr als die Erörterung der Frage des ‚Lebensmagnetismus' … Das Arbeitervolk der Fabriken … und die Schuljugend … wurde gleichfalls von der Sache ergriffen und betrieb sie als ergötzlichen Zeitvertreib … Am meisten wurde jedoch in den Wirtschaften am Biertisch hypnotisiert [und das] endete mit einer großartigen Prügel- und Zerstörungsszene in dem Saale des ersten Gasthofes der Stadt« (Freyhold 1888/89, zit. nach Teichler 1998, S. 65).

im Gefolge von Hansen durch die Lande zogen und zuweilen ganz gezielt die Ärzteschaft provozierten, sodass es bald zu einer Auseinandersetzung um die Definitionsmacht kam, die in den folgenden Jahren auch mit juristischen Mitteln ausgetragen wurde (Wolf-Braun 2000).

Nachdem infolge von Hansens Bühnenhypnosen Unfälle passiert waren, beauftragte die Wiener Polizeibehörde am 12.2.1880 eine ärztliche Kommission mit der Prüfung. Diese Kommission forderte die Beendigung der Vorstellungen, worauf Hansen Wien verließ und in die Schweiz und später nach Frankreich ging (de la Tourette 1889, S. 494). Am 17. Mai 1881 wurden auch die Polizeibehörden Preußens aktiv; sie waren vom Ministerium des Inneren angewiesen worden, Bühnenhypnosen nicht mehr zu gestatten.[5] 1886 wurde in Italien ein ähnliches Verbot bezüglich der Vorstellungen Donatos auf Betreiben von Lombroso erwirkt:

> Die Schaustellungen des Hypnotismus (Magnetismus, Meßmerismus, Fascination) in öffentlichen Versammlungen ist zu verbieten (zit. nach de la Tourette 1889, S. 495).

Nach ausführlicher Darstellung und Würdigung vieler Fälle von »Ausbeutungen des Magnetismus« einschließlich Bühnenhypnose kommt Gilles de la Tourette zum Schluss:

> Es ist ebenso wichtig, für die Anwendung des Magnetismus gesetzliche Vorschriften zu geben, wie man sie für den Verkauf gefährlicher Arzneien gegeben hat. [Ferner müssen] öffentliche Vorstellungen … streng verboten werden, denn nicht selten treten sofort im Gefolge derselben zahlreiche Anfälle auf (de la Tourette 1889, S. 536 f.).

Diesem Urteil schließt sich der Münchner Hypnosearzt Schrenck-Notzing (1889) in einer ausführlichen Besprechung des Buches von de la Tourette an.

Wie ernst dieses Thema genommen wurde, zeigt sich u. a. auch daran, dass die Teilnehmer des Ersten Kongresses für therapeutischen Hypnotismus 1889 in Paris folgende Resolution fassten:

1. Alle öffentlichen hypnotischen Schaustellungen sollen durch die Behörden verboten werden;
2. die praktische Anwendung des Hypnotismus zu therapeutischen und wissenschaftlichen Zwecken soll gesetzlich geregelt werden und
3. es ist wünschenswert, das Studium und die Anwendung des Hypnotismus im medizinischen Unterricht zu berücksichtigen (Schrenck-Notzing 1889, S. 15).

Wir unterschätzen heute die Bedeutung der Tatsache – bzw. nehmen sie gar nicht mehr zur Kenntnis –, dass sich in der Beschäftigung mit der Hypnose zwischen 1880 und 1900 Wesenszüge und professionelle Einordnung der heutigen Psychotherapie herausbildeten.

66.3.2 Der Einfluss von Charcot und der Schule von Nancy

So war, inhaltlich und berufspolitisch, der Boden bereitet für den anderen, therapeutisch relevanten Einfluss, der ca. 10 Jahre später aus Frankreich kam, von Charcot aus Paris, von Bernheim und Liébeault aus Nancy. Diese beiden Strömungen der Hypnose hatte ebenfalls mit der physikalischen Idee des Magnetismus nichts mehr im Sinn – sie schöpften ihre Quellen aus der Psychopathologie (Paris) und der Psychologie (Nacy) – und waren auch berufspolitisch gut positioniert.

Charcots Ruf als führender Neurologe Europas zog eine ganze Reihe deutscher Ärzte an die berühmte Salpêtrière in Paris, wo sie ab 1878 mit seiner speziellen Form (»Schreckhypnose«) und seiner speziellen Theorie (Hypnose als psychopathologische Kondition bzw. Unterform der Hysterie) in Berührung kamen. Ab 1882 – dem Jahr, in dem Bernheim Liébeault entdeckte – begann sich auch die Schule von Nancy zu formieren, gewann bald an Bedeutung und trat mit der Schule der Salpêtrière in heftige theoretische Auseinandersetzungen; ein Besuch in Nancy war deshalb für viele obligatorisch, insbesondere auch deshalb, weil nur

5 Dieser Erlass wurde am 2. Juli 1903 auf »ähnliche Methoden« wie Magnetisieren und Suggerieren ausgedehnt – auf diese Begriffe waren die Bühnenhypnotiseure ausgewichen – und 1919 und 1920 erneuert. In Sachsen bestand eine ähnliche Gesetzgebung bis 1920 (Schultz 1954, S. 46)

Bernheim und Liébeault psychotherapietechnisch etwas zu bieten hatten. Diesem regen Austausch und vielleicht auch der Tatsache, dass Freud 1888 Bernheims *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* übersetzt hatte, ist es zu verdanken, dass ab Ende der 1880-Jahre die psychologische Suggestionstheorie der Schule von Nancy die Hypnoseszene in Deutschland dominierte.

Der Berliner Arzt Albert Moll hatte 1886 zunächst die Salpêtrière und dann Nancy besucht und war offensichtlich tief beeindruckt; zumindest wandte er in der Folgezeit die Suggestionsmethode an und publizierte viel darüber (z. B. 1889; 1892), ähnlich anderen, heute kaum noch bekannten Autoren wie z. B. der Arzt Eduard Baierlacher (1889) aus Nürnberg, Johannes G. Sallis (1887, 1888) aus Baden-Baden oder der Münchener Privatdozent H. Schmidkunz (1892).

Einfluss auf die Hypnose in Deutschland hatte vor allem aber auch August Forel, Psychiatrieprofessor in Zürich und Direktor der dortigen psychiatrischen Klinik Burghölzli. Forel hatte Nancy 1887 besucht, war ebenso beeindruckt, praktizierte nach seiner Rückkehr Hypnose à la Nancy und veröffentlichte seine Beobachtungen in einer kleinen Schrift (Forel 1889). 1894 war Oskar Vogt bei Forel in Zürich und damit war der Grundstein gelegt für eine lange, für die Hypnose fruchtbare Verbindung. Ebenfalls von Nancy fasziniert war der schon erwähnte Münchener Arzt Freiherr von Schrenck-Notzing (1888), der später auch über die Anwendung der Suggestionstechniken bei sexuellen Störungen (Schrenck-Notzing 1892) berichtete und als Gerichtsgutachter in Fällen von Hypnosemissbrauch bekannt wurde, sich im Alter aber hauptsächlich für Spiritismus und Mediumismus interessierte. In München lehrte auch der Psychologie-Ordinarius Theodor Lipps, der 1897 einige theoretische Artikel über Hypnose und Suggestion veröffentlichte.

Hypnose hatte also im ausgehenden 19. Jahrhundert an einigen Hochschulen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz wieder den Platz eines ernsthaften Untersuchungsgegenstandes eingenommen wie der romantische Magnetismus ca. 80 Jahre zuvor.

66.3.3 Albert Molls psychologische Theorie

Zu Albert Molls wichtigsten Veröffentlichungen gehört sein auch heute noch als außerordentlich kompetent und aufschlussreich einzustufendes Lehrbuch *Der Hypnotismus* (Moll 1889) und die kleine Monografie *Der Rapport in der Hypnose* (Moll 1892), in der er seine, gemeinsam mit Max Dessoir durchgeführten, akribischen Untersuchungen und Recherchen veröffentlichte,

> um auf die vielen Irrthümer der Mesmeristen hinzuweisen und … den Nachweis zu führen, dass es sich [beim Rapport] nicht um eine bloß physische Einwirkung bei der Magnetisierung handelte, dass wir es vielmehr … mit deutlichen psychischen Einwirkungen zu thun hatten (Moll 1892, S. 383),

dass also »viele Angaben der Mesmeristen auf einer falschen Beurteilung des Rapports [beruhen]« (Moll, S. 511). Moll tut in dieser kleinen Streitschrift wider die immer noch aktiven Laien-Magnetiseure seine tiefe Überzeugung kund,

> dass in allen echten hypnotischen Zuständen ein Rapport zwischen dem Hypnotisirten mit einer oder mehreren anderen Personen statthaben muss« (Moll 1892, S. 282),

allerdings eben nicht in der von den Mesmeristen immer noch propagierten physikalischen Art, sondern in Form eines genuin psychologischen Vorgangs (Peter 1996). Darüber hinaus zeigte Moll da und dort Erkenntnisse, wie sie über ein halbes Jahrhundert später die Sozialpsychologen unter den Hypnoseforschern (z. B. T.X. Barber, Nicholas Spanos oder Ted Sarbin) nicht schärfer hätten formulieren können, z. B. über Charcot:

> Die anscheinende Bewusstlosigkeit der Lethargischen ist eine Folge der Dressur. Der Hypnotische thut gewöhnlich das, was er glaubt, thun zu sollen, und die Lethargischen Charcot's stellen sich bewusstlos, ja sie glauben es wohl in Folge einer merkwürdigen Selbsttäuschung zu sein, lediglich weil Charcot sie daraufhin dressirt hat (Moll 1889, S. 283).

Und schließlich macht sich Moll die Theorie von Max Dessoirs »Doppel-Ich« (Dessoir 1890) zu

eigen, die auf Eduard von Hartmanns Unbewusstem aufbaut und Sigmund Freuds topische Modellvorstellungen von der Psyche vorwegnimmt: Alle seelischen Vorgänge können in zwei Gruppen eingeteilt werden, bewusste und nicht bewusste.

> Dessoir bezeichnet die Summe der Ersteren als Oberbewusstsein, die der Letzteren als Unterbewusstsein; Ersteres entspricht dem Wachbewusstsein Eduard v. Hartmann's, Letzteres dessen Traumbewusstsein. … Wir sehen …, dass Ober- und Unterbewusstsein nicht immer scharf getrennt sind, sondern dass Vorstellungen aus Letzterem of in Ersteres übergehen und umgekehrt. Bei hypnotischen Versuchen finden wir mitunter eine schärfere Trennung (Moll 1892, S. 495 f.).

Moll war, wie die meisten seiner Kollegen damals, Anhänger der Suggestionstheorie der Schule von Nancy, zumindest von deren erster Version, in der Hypnose noch eine dominante Rolle spielte. Diese Theorie besteht im Kern aus einigen wenigen Aussagen:

1. Suggestion ist der Akt, durch welchen eine bestimmte Idee dem Gehirn aufgedrängt und von diesem akzeptiert wird.
2. Wenn eine Idee akzeptiert worden ist, so besteht nach dem Gesetz der Ideodynamik eine unmittelbare Tendenz zu ihrer Verwirklichung.
3. Zur »unkritischen« Annahme einer suggerierten Idee ist eine bestimmte suggestible Disposition des Empfängers, die Suggestibilität nötig. Diese Suggestibilität wurde von Bernheim an verschiedenen Stellen unterschiedlich definiert, angefangen von einer Art Befehlsgehorsam (»Gehirngefügigkeit«) bis hin zu einer besonderen Form von Gläubigkeit.
4. Der Zustand des artifiziellen bzw. »hypnotischen Schlafes« steigert die Suggestibilität.

Diese von Liébeault übernommene und dann weiter verbreitete Annahme, dass »hypnotischer Schlaf« die Suggestibilität steigere, lässt Bernheim auf dem 12. Internationalen Kongress für Medizin 1897 in Moskau ostentativ fallen, möglicherweise, um die immer noch und immer wieder aufkeimende Gleichsetzung von Hypnose und Schlaf aufzulösen. Hypnotisierte Personen schlafen keineswegs, nichts unterscheidet sie von wachen; nur später behaupten sie manchmal (eventuell aufgrund posthypnotischer Amnesie), dass sie geschlafen hätten. Auch Bernheim hatte festgestellt, dass es zwischen der Annahme bzw. Ausführung von Suggestionen und der »Tiefe des hypnotischen Schlafes« keine gesicherte Korrelation gibt. Wenn es einen Zustand der Hypnose gibt, der sich durch erhöhte Suggestibilität auszeichnet, dann ist dies auf keinen Fall ein schlafähnlicher Zustand (Bernheim 1917). Mit diesen Aussagen setzte sich der späte Bernheim in provokanten Widerspruch zu allem, was damals in Bezug auf Hypnose und Suggestion für wahr gehalten wurde. Mit dieser Behauptung stellte er sich v. a. auch gegen die physiologischen Theorien der Hypnose, z. B. gegen die von Oskar Vogt.

66.3.4 Oskar Vogts physiologische Theorie

Oskar Vogt (1894/95, 1896, 1897, 1899) war neben Albert Moll der wohl bedeutendste deutsche Hypnosevertreter der damaligen Zeit, und seine hämodynamisch-neurophysiologische Theorie ist zwar nicht die einzige physiologisch orientierte, wohl aber die elaborierteste: Vogt geht davon aus, dass sich im Schlaf, ausgelöst durch Reflexzentren, das Blutvolumen und damit der Metabolismus im Gehirn verringert; die verfügbaren Bahnen zwischen den einzelnen Zentren werden reduziert, ebenso die von den Nervenzellen produzierte Nervenenergie, genannt Neurokyme (wörtlich »Nervenwellen«, zu verstehen etwa als der Prototyp der elektrischen Potenziale). Wenn während dieses allgemein anämischen Zustandes ein bestimmtes umschriebenes Hirnzentrum erregt bleibt oder künstlich erregt wird, dann ist diese Erregung außerordentlich wirksam, denn in diesem isolierten Zentrum findet ein überproportional hoher Metabolismus statt, verhältnismäßig viele Neurokyme werden aktiviert und stimulieren reziprok wiederum die Aktivierung dieses Zentrums; darüber hinaus werden wegen der Unteraktivierung der übrigen Hirnzentren potenziell konkurrierende Ideen erst gar nicht aktiviert, sodass einzig und allein das mentale Produkt des erregten Hirnzentrums überwertig – quasi monoideistisch (s. Braid 1855) – im Zentrum des Bewusstseins steht. Wenn nun der Hypnotiseur mit diesem isolierten wachen Hirnzentrum in Kontakt

bzw. im Rapport steht, so kann er Einfluss auf dessen Inhalt nehmen. Ein Hypnotisierter ist demnach eine Person, die im Zustand der partiellen Wachheit im Kontakt mit einer anderen Person steht. Vogt weist sich damit eindeutig als Zustandstheoretiker aus, der auch später noch, z. B. auf der 2. Jahresversammlung der internationalen Gesellschaft für medizinische Psychologie und Psychotherapie 1911 in München kategorisch feststellt, dass die Suggestibilität im Zustand der Hypnose erhöht ist, und zwar umso mehr, je tiefer die Hypnose ist – was aus seiner Theorie logischerweise folgt. Diese Feststellung war nötig geworden, weil auf dem gleichen Kongress Bernheim wieder einmal seine bekannte Überzeugung kundgetan hatte: »Il n'y a pas d'hypnotisme.« 1911 aber war die »goldene Ära der Hypnose« schon lange vorbei, die *Zeitschrift für Hypnotismus* gab es seit 1902 nicht mehr und der Hypnose als psychotherapeutischem Verfahren war in Form der Psychoanalyse eine ernsthafte Konkurrenz entstanden.

66.3.5 Die Zeitschrift für Hypnotismus

1892 erschien das erste Heft der *Zeitschrift für Hypnotismus* (1892–1902), die bis 1895 von dem Berliner Arzt Grossmann redigiert und danach von Oskar Vogt unter besonderer Förderung durch August Forel herausgegeben wurde. Und eben diese Zeitschrift spiegelt gut den weiteren Verlauf des Hypnotismus in Deutschland um die Jahrhundertwende: In den ersten Jahrgängen finden sich theoretisch wie praktisch sehr interessante und illustrative Artikel von führenden europäischen Hypnotikern wie z. B. Bernheim, Liébeault, Delboeuf, Forel, Freud, Renterghen oder van Eeden (je 1892/93) neben den Gerichtsgutachten von Schrenck-Notzing (1897; 1902). Danach werden die Beiträge immer redundanter, uninteressanter und gewissermaßen auch »unhypnotischer«. Im letzten Heft von 1902 schließlich kündigt Oskar Vogt die Umbenennung der Zeitschrift in *Journal für Psychologie und Neurologie* an. Zur Erklärung geht er zunächst auf den ursprünglichen Zweck der Zeitschrift ein, indem er aus Forels Eingangsartikel von 1892/93 zitiert:

> … ergraute Häupter, wie jüngere Eiferer der Medicin fahren in Einem fort, zum Teil mit Hohn und Leidenschaft autoritäre, absprechende Verdicte über den Hypnotismus zu veröffentlichen, als ob es zum ‚guten Ton' gehören würde, so dass es [1892, sic!] höchste Zeit ist, einmal Klarheit darin zu schaffen (Forel 1892/93).

Oskar Vogt fährt nun fort:

> Und diese Klarheit konnte nur in einer eigenen Zeitschrift geschaffen werden. Denn die Feindschaft gegen die Suggestionslehre war eine so ausgesprochene, dass die meisten deutschen medicinischen Zeitschriften die Aufnahme von Arbeiten über die Suggestionslehre einfach verweigerten. So kam es zur Gründung unserer Zeitschrift (Vogt 1902a, S. 376).

Wenn man den Positivismus der medizinischen Wissenschaften in Betracht zieht, der mit Griesinger Mitte des 19. Jahrhunderts begonnen hatte und in der Zwischenzeit erstarkt war, so erstaunt es gar nicht so sehr, dass selbst in der Hoch-Zeit des deutschen Hypnotismus, im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts, den Vorläufern der Psychotherapie, Hypnose und Suggestion, immer noch so viel Skepsis und Widerstand entgegengebracht wurde.

66.3.6 Die Kritik Wilhelm Wundts

Zu den ernsthaften Kritikern gehörte auch der Begründer der Wissenschaft der Psychologie, Wilhelm Wundt, der sich in seinem Buch *Hypnotismus und Suggestion* (Wundt 1892) zunächst, so möchte man meinen, einfach gegen die damals herrschende Hypnotismus-Euphorie wandte, deren Anhänger, wie z. B. die Mitglieder der »Gesellschaft für Psychische Studien«, davon überzeugt waren, mithilfe der Hypnose den Menschen nun in toto erklären zu können. Und es erstaunt in der Tat, diesen Universalitätsanspruch – nach Mesmer und den romantischen Somnambulisten – nun zum dritten Male vorzufinden, wenn auch im Gewande des Hypnotismus und der Suggestionstheorie. Im Gegenteil, so postulierte Wundt, habe die Hypnose nichts Wichtiges für die experimentelle Psychologie zu bieten, zumindest nichts, was nicht in Begriffen seiner eigenen »Physiologischen Psychologie« (Wundt

1896, 1911) erklärt werden könne; es sei deshalb keine eigene Hypnotismus-Psychologie nötig.

Im Einzelnen wandte sich Wundt gegen die physiologischen Erklärungsansätze z. B. von Charcot, Forel oder Heidenhain, aber auch gegen jene Theoretiker, die einen besonderen Zustand postulierten, wie z. B. Pierre Janet (»Unterbewusstsein«; 1894) oder Max Dessoir (»Doppel-Ich«; 1890).[6] Gelten ließ er Bernheims (1888) Versuch, Hypnose und Suggestion als normale psychologische Phänomene zu erklären. Dessen psychophysiologische Vorstellungen von der Reflex-Erregbarkeit hingegen wies er zurück und postulierte – auf der Grundlage seiner eigenen Theorie des psychophysischen Parallelismus (Wundt 1894) – zwei Faktoren als wesentlich für Hypnose und Suggestion: Auf der psychologischen Seite handle es sich um einen assoziativen Prozess, der bei Einschränkung bzw. Fokussierung des Bewusstseins leichter von statten gehe. Das Wort »Schlaf« z. B. erwecke Assoziationen zu all den Stimuli, Bedeutungen und Reaktionen, welche mit Schlafen zusammenhängen. Dies hat Anklänge an moderne propositionale Netzwerktheorien (wie z. B. die von Peter Lang 1979). Auf der physiologischen Seite postulierte Wundt eine neurodynamisch und vasomotorisch bedingte »funktionelle Ausgleichung«, eine Art Umverteilung des Blutes und damit der neuronalen Aktivität von den deaktivierten, »schlafenden« hin zu den jeweils aktiven Gehirnzentren. Ähnliche Vorstellungen hatte ja auch Oskar Vogt; und auch heute interessieren wieder genau diese Veränderungen im regionalen cerebralen Blutfluss (rCBF), die Hämodynamik, über welche mit bildgebenden Verfahren wie PET oder fMRI der Hirnstoffwechsel unter Hypnose bzw. dessen Veränderungen durch spezifische hypnotische Suggestionen dargestellt wird (Walter 1992; Rainville et al. 1999; Halsband 2004b; ► Kap. 65).

6 Kein Wunder, dass sich später gerade die sozialpsychologischen Non-state-Theoretiker wie z. B. Sarbin und Kroger (1963) für Wundt interessierten.

66.3.7 Der Niedergang des Hypnotismus nach 1900

Mit der Umbenennung der *Zeitschrift für Hypnotismus* in *Journal für Psychologie und Neurologie* scheint sich Oskar Vogt 1902 nun auch persönlich ganz von der Hypnose ab- und den strengen hirnphysiologischen und hirnanatomischen Forschungen zugewandt zu haben; das geschah, nachdem er in Berlin seine »Neurologische Centralstation«, ein neurobiologisches Institut, eröffnet hatte (Vogt 1902b). Diese scheinbar abrupte Abkehr von der Hypnose hatte aber nichts mit dem beginnenden Aufkommen der Psychoanalyse – und mit Freuds Verdikt gegen die Hypnose – zu tun, denn Vogt war Freud gegenüber von Anfang an sehr kritisch eingestellt (Vogt 1899). Bereits Vogts erster programmatischer Artikel »Zur Kenntnis des Wesens und der psychologischen Bedeutung des Hypnotismus« (Vogt 1894/95, 1896) zeigte vielmehr schon seine physiologische und hirnanatomische Grundausrichtung. Er bezieht sich dabei auf die Ergebnisse verschiedener Psychiater und Hirnanatomen seiner Zeit sowie auf den psychophysischen Parallelismus von Wundt (1894); auffallend ist auch sein strenges experimentalpsychologisches Vorgehen (Vogt 1897), welches wiederum an Wundt erinnert, mit dem er in seiner Leipziger Zeit 1894–95 offenbar in regem wissenschaftlichen Austausch stand. Die Hypnose – und die damals sehr beschränkten psychophysiologischen Methoden zu ihrer Erforschung – scheint Vogts naturwissenschaftliches Interesse nicht mehr hinreichend befriedigt zu haben, denn er hat seit 1902 diesbezüglich nichts mehr veröffentlicht (Gauld 1992, S. 537 ff.).

Dass um 1900 unter den naturwissenschaftlich interessierten Ärzten – und damit auch bei Vogt – eine erhebliche Ernüchterung eingetreten sein muss, lässt sich erschließen, wenn man die enthusiastischen Zitate aus den 80er- und 90er-Jahren des 19. Jahrhunderts liest. Für Forel z. B. ist

> die erste Bedeutung der Suggestion … eine psychologische und psycho–physiologische. Sie gibt dem Psychologen die naturwissenschaftliche Experimentalmethode in die Hand, die ihm bisher gefehlt hatte (Forel 1889, S. 49).
>
> *Man kann sagen, dass man durch Suggestion in der Hypnose sämmtliche bekannten subjektiven Erscheinungen der menschlichen Seele und einen grossen Theil*

> *der objektiven bekannten Funktionen des Nervensystems produciren, beeinflussen, verhindern … kann* (Forel 1889, S. 25; im Original kursiv).

Dass solche hochgespannten Erwartungen und Hoffnungen nur enttäuscht werden konnten, wissen wir heute. Damals aber wurden sich die Forscher erst langsam dessen bewusst, dass sie mithilfe von Hypnose keine »harten« neurophysiologischen Fakten, sondern nur »weiche« psychologische Phänomene produzieren bzw. untersuchen konnten; diese allerdings passten nicht zur Mainstream-Forschung.

So ist Oskar Vogt heute eher als berühmter Hirn- denn als Hypnoseforscher und -therapeut bekannt, und kaum noch als Begründer der sog. fraktionierten Induktion. Im Unterschied zu Charcots Schreckhypnose und der in Nancy praktizierten autoritären Form legte Vogt großen Wert auf die aktive und freiwillige Mitarbeit der Patienten: Nach kurzen Induktionseinheiten werden sie immer wieder soweit dehypnotisiert, dass sie ihre Erfahrungen und Empfindungen mitteilen können. Diese verbalen Reflexionen kommen verständlicherweise nicht nur dem Kontrollbedürfnis eines rational-aufgeklärten Menschen entgegen, sie entwickeln sich – lerntheoretisch ausgedrückt – zu internen konditionalen Stimuli, welche mit zunehmender Übung die gewünschte Reaktion immer leichter und schneller auszulösen vermögen. Damit stellt die fraktionierte Methode Oskar Vogts schon eine Art unsystematisches und heterohypnotisch geprägtes autogenes Training dar, denn die von den Teilnehmern berichteten »hypnotischen« Empfindungen waren natürlich in erster Linie Ruhe und Entspannung sowie Schwere und Wärme.

Zum Niedergang trug auch noch eine Reihe anderer Faktoren bei. So fand in der gleichen Zeit um 1900 in der Psychopathologie eine Verschiebung von vorwiegend hysterischen hin zu neurasthenischen Symptomen statt. Die Neurasthenie wurde in Zusammenhang gebracht mit einem Mangel an Willenskraft und galt als Modediagnose des neuen, »nervösen Zeitalters«. Wegen ihres Rufes, Willenlosigkeit zu induzieren, wurde Hypnose nicht gerade als geeignete Technik für diese Symptomatik angesehen. Es kam zu einer Reihe »erziehlicher Therapien« wie z. B. einer auf Verhaltenskorrektur abzielenden Psychagogik, die in Anlehnung an die Turn- und Gymnastikbewegung der späteren Jahre (s. Turnvater Jahn) von manchen ganz offen als »psychische Gymnastik« bzw. »Willensgymnastik« bezeichnet wurde (Loewenfeld 1901); und es wurde eine »rationale Psychotherapie« entwickelt, die sich an den bewussten Verstand wandte. Wachsuggestionen spielten zwar da und dort noch eine gewisse Rolle; weil aber auch hierbei ein fremdsuggestiver Einfluss nicht zu leugnen war und als Manipulation der Patienten kritisiert wurde, waren Hypnose und Suggestion mehr und mehr verpönt und spielten ab ca. 1910 in den Praxen der Nervenärzte kaum noch eine Rolle (Wolf-Braun 2000; Schröder 1995, S. 51 ff.).

Der Niedergang lässt sich auch quantitativ an der Anzahl der Veröffentlichungen darstellen: 1900 sind nach Langens (1974) Zusammenstellung noch 24 Einträge unter Hypnose zu verzeichnen, 1910 nur noch 15 und 1915 ganze 5. Allerdings überwog schon um 1900 die Laienliteratur zur Hypnose und Suggestion bei Weitem die wissenschaftlichen Publikationen. Es kam zu einer Flut populärer Darstellungen, wie z. B. Gordons (richtig Erwin Le Mangs) »Die geheimen Mächte der Hypnose und Suggestion« oder »Hypnotische Kräfte – Suggestive Mächte«, die in den 20er-Jahren des 20. Jahrhunderts in bis zu 23 Auflagen erschienen.

Von amerikanischen Autoren wird der Niedergang der Hypnose Anfang des 20. Jahrhunderts vorzüglich mit Sigmund Freuds (1916–17) Verdikt in Zusammenhang gebracht, Hypnose sei im Gegensatz zur Psychoanalyse ein »zudeckendes« Verfahren. Das mag durchaus so gewesen sein; wie gezeigt, war das aber sicher nicht der einzige Grund, denn es gab einige vielversprechende Integrationsversuche zwischen Psychoanalyse und Hypnose (für einen Überblick s. Kinzel 1993). Vor allem aber kam es im Gefolge des 1. Weltkrieges, wegen der erfolgreichen Behandlung von Kriegsneurotikern mit Hypnose, zu einem regelrechten Aufschwung der professionell-psychotherapeutischen, allerdings auch der Laienhypnose (52 Veröffentlichungen z. B. jeweils in den Jahren 1921 und 1922). Weil die Schar der nicht approbierten Laienbehandler, die neben Homöopathie auch Mesmerismus, Hypnose und Couéismus anwandten, die Zahl der Ärzte zu übersteigen drohte, wurde bald die »Krise der Medizin« ausgerufen. In der folgenden »Kurpfuscherdebatte« der 20er-Jahre – die schließlich mit dem Heilpraktikergesetz 1939

ihren Abschluss fand – wurden auch wieder, wie 40 Jahre zuvor, Argumente ins Feld geführt, die sich gegen die fehlerhafte und gefährliche Anwendung von Hypnose und Suggestion durch Laien wandten, und es wurde massiv eine Beschränkung der Hypnosepraxis ausschließlich auf Ärzte gefordert (Schröder 1995, S. 163 ff.; Wolf-Braun 2000). Eine solche Forderung fand aber keinen administrativen oder gar legislativen Widerhall.

66.4 Die Epoche des autogenen Trainings

Auch der Berliner Arzt Johannes H. Schultz machte die Erfahrung während und nach Ende des 1. Weltkriegs, dass viele posttraumatische Reaktionen durch Hypnose schnell und effektiv therapiert werden können (außer Brom und Chloralhydrat gab es zur damaligen Zeit keine effektiven psychopharmakologischen bzw. neuroleptischen Mittel). In verschiedenen Veröffentlichungen machte er in der Folgezeit (Schultz 1924) immer wieder auf die schon von seinem Lehrer Vogt beschriebenen körperliche Empfindungen wie Wärme und Schwere zu Beginn von Hypnoseinduktionen aufmerksam und sah diese bald nicht mehr als bloße Korrelationssymptome zur Hypnose, sondern als eigenständige Erscheinungen an: Schwere als das Erleben der Muskelentspannung und Wärme infolge von Gefäßdilatation. Diese körperlichen Phänomene wurden nun zum Ansatzpunkt für einen neuen Weg übender Autohypnose; statt des bisherigen heterohypnotischen Vorgehens ersann Schultz eine Reihe von Autosuggestionen, mit deren Hilfe die Patienten bei sich selbst diese gewünschten Empfindungen und die nachfolgende allgemeine »organismische Umschaltung« erzielen konnten. 1932 erschien die erste einer ganzen Reihe von Publikationen über das neue, nun **autogenes Training** genannte Verfahren, das in der Folgezeit auch ausführlicher untersucht wurde (Luthe 1965).

Ob sich Schultz tatsächlich darüber im Klaren war,

> dass es sich [beim autogenen Training] um autosuggestiv ausgelöste Entspannungsübungen handelt, die sich im wesentlichen von dem eigentlichen Hypnosevorgang unterscheiden (Kleinsorge 1986, S. 31),

oder ob Schultz durch diese besondere Namensgebung der Hypnose in Deutschland einen großen Dienst erwiesen hat – und das autogene Training damit doch als ein genuin hypnotisches Verfahren betrachtet hat –, wie es Langen (1972, S. 271) formulierte, mag hier unkommentiert bleiben, da es mangels weiterer Informationen zu spekulativ wäre. Schultz selbst war wohl der Meinung, dass das autogene Training als »konzentrative Selbstentspannung echte ‚Versenkungszustände', echte ‚Autohypnosen'« (Schultz 1994, S. 8) bewirke. Entscheidend ist die Tatsache, dass das autogene Training unter Ärzten und später, seit den 1960er-Jahren, auch unter Psychologen und anderen Berufsgruppen des psychosozialen Bereichs sehr populär geworden ist – allerdings als Entspannungs- und nicht als Hypnoseverfahren (Peter u. Gerl 1977/1991).

Primäres Anliegen von Schultz war es offensichtlich, mithilfe des autogenen Trainings eine Art Psychotherapie für die breite Masse anzubieten, denn die Psychoanalyse war zwischen den Weltkriegen noch eher selten und teuer, und die heute als »tiefenpsychologisch fundiert« bekannten Verfahren waren erst in Entwicklung begriffen. Je mehr diese – zusammen mit der Psychoanalyse auch als »aufdeckend« bezeichneten – Verfahren an Bedeutung gewannen, umso mehr geriet die Hypnose ins Abseits der »übenden« bzw. »zudeckenden« Verfahren. Das ergibt insofern Sinn, als von verschiedenen ärztlichen Autoren (z. B. Langen 1972 oder Krapf 1977) die theoretischen und praktischen Grundlagen der Hypnose in der Suggestionstheorie der ersten und zweiten Schule von Nancy (Bernheim 1888; Baudouin 1924) gesehen werden, also gerade so, wie Freud sie Anfang des 20. Jahrhunderts als für die Psychotherapie untauglich definiert hatte; da macht es nun auch keinen großen Unterschied mehr, dass diese Autoren immer wieder auf die Notwendigkeit zur Verwendung positiver anstatt das Symptom verneinender Suggestionen verweisen. Die Grenze zwischen »aufdeckend« und »zudeckend«, zwischen »psychotherapeutisch« und »übend« war schon von Sigmund Freud (1916–17)[7]

7 »Die hypnotische Technik sucht etwas im Seelenleben zu verdecken und zu übertünchen, die analytische etwas freizulegen und zu entfernen« XXVIII. Vorlesung.

gezogen worden; das hatte u. a. zur Folge, dass es bis heute nicht möglich ist, innerhalb einer Psychoanalyse oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie offiziell Hypnose anzuwenden; Hypnoanalyse (Fromm 1965, 1984b) ist deshalb in Deutschland schon allein aus verfahrenslogischen Gründen zzt. (noch) nicht denkbar. Krankenkassen bezahlen zwar Hypnose als suggestiv-übende Behandlung, aber nur mit einem extrem geringen Betrag, sodass man damit keine Psychotherapie betreiben kann. Doch immerhin ist die sog. kleine Hypnose in das Gesundheitssystem Deutschlands verankert worden.

Während sich Schultz in der Folgezeit nur mehr um das autogene Training kümmerte, versuchten andere ärztliche Kollegen doch noch und immer wieder, Hypnose in den Vordergrund zu stellen, so z. B. Gerhard Klumbies (1952) mit seiner **Ablationshypnose** oder Ernst Kretschmer (1946) und Langen (1961) mit ihrer **gestuften Aktivhypnose**. In weiterem Zusammenhang ist hier auch das **katathyme Bilderleben** nach Hanscarl Leuner (1955) zu nennen. Obwohl sich seit 1955 die »Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und autogenes Training« (DGÄHAT) formiert hatte[8] und obwohl der »5th International Congress of Hypnosis der International Society for Clinical and Experimental Hypnosis« (ISCEH) unter Dietrich Langen[9] 1970 in Mainz stattgefunden hatte (Langen 1972), war Hypnose Anfang der 1970er-Jahre in der psychotherapeutischen Szene Deutschlands praktisch nicht mehr existent, das autogene Training hingegen das bei weitem bekannteste Verfahren zur Entspannung, dem sich seit den 1970er-Jahren dann langsam die progressive Relaxation nach Edmund Jacobson und andere Verfahren hinzugesellten (Peter u. Gerl 1977/1991; Stokvis u. Wiesenhütter 1979; Vaitl u. Petermann 1993).

Viele Fragen der Entwicklung in diesen Jahren müssen hier allerdings noch offen bleiben. Besonders auch die Zeit des Nationalsozialismus zwischen 1933 und 1945 liegt noch im Dunkel. Auf die suggestiven Elemente in der NS-Bewegung, z. B. in den Filmen von Leni Riefenstahl oder in den Massenaufmärschen der NSDAP, wurde schon verschiedentlich hingewiesen (Anonyma 2003). Manche Autoren beschrieben Hitlers »suggestive Zwangsgewalt über die Gemüter« (Fest 1993, S. 96), dessen »magische Wirkung« und »Suggestivkraft« (Koch-Hillebrecht 1999, S. 149 ff.), oder sie sprechen ganz direkt von seiner »hypnotischen Macht« (Trevor-Roper 1965). Die Anzahl der Publikationen über Hypnose und Suggestion (entsprechend der Zusammenstellung von Langen 1974) fällt von einem absoluten Höhepunkt in den 1920er- und 1930er-Jahren auf einen absoluten Nullpunkt im Jahre 1945, die über Magnetismus und Mesmerismus dagegen steigt im gleichen Zeitraum an und erreicht 1941 einen absoluten Höhepunkt. Der Bühnenhypnotiseur Hanussen wird 1933 von einem SA-Kommando ermordet (Kugel 1998; Schmädeke et al. 1999). Solche Auffälligkeiten bedürfen allerdings einer genaueren Untersuchung. Erst seit Kurzem, mehr als 50 Jahre danach, nähert man sich diesem Thema wieder zögerlich an (Marks 2003). Alle Versuche aber, eine Hypnotisierung Hitlers bzw. eine nicht aufgehobene posthypnotische Suggestion bei seinem Lazarettaufenthalt in Pasewalk nachweisen zu wollen (Post 1998, 2000; Horstmann 2004), scheitern an der Quelle, auf die Bezug genommen wird: Das Buch *Der Augenzeuge* von Ernst Weiß (1963/2000) ist ein Roman, also Fiktion und damit als Quelle nicht tauglich.

66.5 Die Renaissance der Hypnose seit 1975

Ende der 1960er-Jahre begann die Verhaltenstherapie ihren Einzug in die psychologischen Institute der Universitäten des damaligen Westdeutschland und machte der Psychoanalyse ihren Alleinvertretungsanspruch in Sachen Psychotherapie streitig. Mit dem Siegeszug der Verhaltenstherapie – einer genuin psychologischen Disziplin – begannen auch mehr und mehr Psychologen, bis dahin hauptsächlich als Testpsychologen tätig, Verhaltenstherapie auszuüben und stellten so das ärztliche Psychotherapiemonopol in Frage. Dieser Trend verstärkte sich noch in den 1970er-Jahren, als es zu

8 Die sich auf J. H. Schultz als ihrem Gründer (1955 in Lindau) bezieht; ihr langjähriger Präsident Gerd Iversen war Schüler von Schultz.

9 Dietrich Langen, Professor in Mainz, war 1972–1973 Präsident der »International Society for Clinical and Experimental Hypnosis«.

einem regelrechten Import psychotherapeutischer Techniken aus US-Amerika nach Deutschland kam; hierbei handelte es sich vor allem um die sog. humanistischen Verfahren wie z. B. Gesprächstherapie oder Gestalttherapie.

Über das Buch von Jay Haley (1978) wurde auch »Die Psychotherapie Milton H. Ericksons« bekannt. Den wenigen psychologischen Kollegen, die sich damals für Hypnose interessierten und in den klassischen Suggestivverfahren weder theoretisch akzeptable noch praktisch annehmbare therapeutische Anwendungsmöglichkeiten fanden, zeigte dieses Buch, wie kreativ und effektiv Hypnose und hypnotische Phänomene in einer modernen Psychotherapie genutzt werden können. Herausragende Merkmale dieses neuen hypnotherapeutischen Ansatzes waren seine Patientenzentriertheit, seine Abkehr von der bis dato gewohnten Pathologisierung der Patienten und die Orientierung auf vorhandene Ressourcen – von anderen Therapieverfahren bald übernommene und heute allgemein akzeptierte Therapieprinzipien. Hinsichtlich der Techniken zeigte Erickson (Erickson u. Rossi 1981) zudem eine außergewöhnliche Flexibilität und Kreativität, die der Individualität sowohl des Hypnotiseurs wie auch der des Hypnotisierten einen größeren Spielraum ließ als die standardisierten klassischen Methoden.

Dass Erickson in den 1970er-Jahren (in den USA – und in der Folge dann auch in Deutschland) in gewissem Widerspruch zur sog. traditionellen Hypnose stand, ist heute kaum noch bekannt. Diese Auseinandersetzung hatte viele Gründe. Man kann diese Kontroverse in ihren Grundsätzen aber auch mit jener zwischen Aufklärung und Romantik Anfang des 19. Jahrhunderts im preußischen Berlin vergleichen, wobei Erickson auf die Seite der Romantiker zu stellen wäre, die sog. Traditionalisten auf die Seite der Aufklärer. Ähnlich wie die Romantiker damals betonen auch Erickson und die »Neo-Ericksonianer« die Einzigartigkeit des Individuums sowie den Rapport zur Aufnahme einer therapeutischen Beziehung. Aus der üblicherweise asymmetrischen Beziehung zwischen Arzt und Therapeut wird, ähnlich wie damals, eine reziproke und dialektische. Und ähnlich wie die romantischen Magnetisten die Fähigkeit der Somnambulen zur Eigendiagnose und -behandlung hervorhoben, betonten Erickson und seine Schüler die Fähigkeiten des »Unbewussten« (als »therapeutisches Tertium«; Peter 1998c, ▶ Kap. 5), für den jeweiligen Patienten therapeutisch hilfreich tätig zu werden. Schließlich geht es auch nicht darum, Krankheiten »auszutreiben«, sondern die verborgenen, unbewussten Ressourcen des Individuums zur Gesundung zu nutzen.

Einer der Unterschiede zwischen einem romantischen und dem heutigen Psychotherapieverständnis besteht allerdings darin, dass die frühen Romantiker noch eine Verbindung zu Ressourcen gesucht haben, die das Individuum transzendieren, während wir heute die für die Psychotherapie relevanten Ressourcen innerhalb des Individuums suchen (Peter 1994c). Diese Wendung nach innen, hin zu den »Nachtseiten« bzw. zu den unbewussten Seiten des Menschen, findet sich schon in der späten Romantik – Carl Gustav Carus (1857) z. B. interpretierte den Magnetismus als Ausdruck unbewussten Seelenlebens und Schuberts (1814) »Symbolik des Traumes« ist ohnehin der legitime Vorläufer von Freuds »Traumdeutung« von 1900. Auch die damalige Verwobenheit des Magnetismus im Gesamtsystem der Natur (z. B. in Schellings naturphilosophischem System) findet ihre Parallele in der zeitgenössischen Perspektive einer »systemischen Hypnotherapie« (Schmidt 1985).

Dass eine solche »romantische Philosophie« für die Psychotherapie, wie Erickson sie bot, gerade in den 1970er-Jahren auf fruchtbaren Boden fallen konnte, steht in Zusammenhang mit einem wichtigen sozialpsychologischen Phänomen, nämlich dem der antiautoritären Bewegung der 1968er-Jahre, die eine radikale Gegenbewegung zu den autoritären Strukturen der Vorkriegs-, Kriegs- und Nachkriegsgeneration darstellte: Hypnose als eine Heilmaßnahme, die mithilfe autoritärer Suggestionen einseitig definiert und durchgeführt wurde, war grundsätzlich nicht mehr denkbar, in der Zeit einer »klientenzentrierten Psychotherapie« schlichtweg verpönt; Hypnose als kooperative Beziehung (Gilligan 1987; Peter 1996d) hingegen passte gut in das damals vorherrschende Paradigma humanistischer Psychologie. Ericksons »indirekte Methoden« waren geeignet, der Hypnose ein menschenfreundliches Gesicht zu verleihen, in das auch klientenzentrierte und humanistische Therapeuten blicken konnten. Armlevitation war all denen, die den Hitlergruß noch praktiziert oder auch nur in

Erinnerung hatten, ein absolutes Unding. Erst Vertreter der Nach-1968er-Generation konnten sich über den Amerikaner Erickson diesem genuin hypnotischen Ritual wieder annähern – und das auch nur sehr zögerlich.

Allerdings ist auch diese Zeit noch zu nah, als dass sie nüchtern betrachtet werden könnte. Deshalb sollen hier zum Schluss nur mehr einige Daten der letzten 30 Jahre aufgelistet werden:

- Am 4.–6. März 1977 führten am Institut für Integrierte Therapie (IIT) in München John Grinder und Judith Delozier ein Seminar durch, in dem es hauptsächlich um »Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson« ging. Ab 1978 begann dann ein erstes Curriculum in klinischer Hypnose nach Milton H. Erickson am IIT.
- Am 7.9.1978 wurde während eines Studienaufenthaltes bei Milton H. Erickson in Phoenix von Alida Iost-Peter, Wilhelm Gerl und Burkhard Peter die »Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.)« gegründet, die in den Jahren darauf in verschiedenen größeren Städten Deutschlands Regionalstellen einrichtete, in denen Psychologen und Ärzte in einer insgesamt 250 Stunden dauernden Fortbildung in klinischer Hypnose/Hypnotherapie unterrichtet wurden. Das mag dazu geführt haben, dass noch nicht ganz 20 Jahre später in einer Erhebung über die von psychologischen Psychotherapeuten angewandten Verfahren die klinische Hypnose an vierter Stelle genannt wurde – neben der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und den sog. humanistischen Verfahren (Butollo et al. 1996). In einer anderen Umfrage unter Hypnotherapeuten wird der Hypnose zunehmende Beliebtheit bescheinigt, u. a. auch deshalb, weil sie als eine Art Therapiebeschleuniger gilt (Woitowitz et al. 1999).
- 1982 wurde unter Beteiligung von Walter Bongartz die »Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie« (DGH) gegründet;
- 1995 wurde von Albrecht Schmierer et al. die »Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose« (DGZH) gegründet.

So gibt es bis heute, zusammen mit der 1955 von J. H. Schultz gegründeten »Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training« (DGÄHAT), vier professionelle Hypnosegesellschaften in Deutschland.

In Österreich und der Schweiz gibt es drei weitere explizite Hypnosegesellschaften, die »Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurzzeitpsychotherapie«, Austria (MEGA), die »Gesellschaft für klinische Hypnose«, Schweiz (GHypS) und die »Schweizer Gesellschaft für medizinische Hypnose« (SMSH). Zusammen haben diese Gesellschaften über 5000 Mitglieder.

Neben der regen Ausbildungstätigkeit dieser Gesellschaften und ihren Jahrestagungen fanden eine Reihe größerer Kongresse statt:

- 1984 der »1. Deutschsprachige Kongress für Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson« an der Universität München (Peter 1985)
- 1989 der »1. Europäische Kongress für Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson« in Heidelberg (Peter u. Schmidt 1992)
- 1990 der »5th European Congress of Hypnosis« an der Universität Konstanz (Bongartz 1992)
- 1992 die »Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy« in Jerusalem (Kleinhauz et al. 1995; Peter et al. 1994)
- 1995 der »2. Europäische Kongress für Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson« an der Universität München (Kinzel et al. 1996; Trenkle et al. 1997)
- 2000 der »15th International Congress of Hypnosis« der »International Society of Hypnosis« (ISH) an der Universität München (Peter et al. 2001, 2002a,b, 2003).
- 1984–2004 erschien die von Burkhard Peter und Christoph Kraiker gegründete und herausgegebene Zeitschrift der M.E.G., *Hypnose und Kognition,* und 1983–2002 die von Walter Bongartz gegründete und lange Zeit von ihm herausgegebene Zeitschrift der DGH, *Experimentelle und Klinische Hypnose*. Seit 2005 sind beide Zeitschriften in dem neuen Journal *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie (Hypnose-ZHH)* vereinigt.

Die jüngere Hypnoseforschung in Deutschland beginnt Mitte der 1960er-Jahre eher zögerlich mit Vladimir Gheorghiu (1965, 1973); es folgen vereinzelte Veröffentlichungen (Ehlers et al. 1975). Erst ab den 1980er-Jahren setzt eine verstärkte Forschung

ein: Walter Bongartz (1983; ▶ Kap. 20) an der Universität Konstanz, Dirk Revenstorf an der Universität Tübingen, Bernd Oskar Scholz (1998) an der Universität Bonn, Wolfgang Miltner (1993) an der Universität Jena, Ulrike Halsband (2004a; ▶ Kap. 65) an der Universität Freiburg, Dirk Hermes (2004) an der Universität Lübeck, Stephan Eitner (2006) an der Universität Erlangen-Nürnberg und Henriette Walter (Walter et al. 1993; ▶ Kap. 28 und 42) an der Universität Wien.

Neben den bereits genannten Kongressbüchern und einer Reihe anderer Bücher über klinische Hypnose erschienen seit den 1980er-Jahren fünf Lehrbücher (Kossak 1989; Peter et al. 1991; Revenstorf 1990a; Bongartz u. Bongartz 1998; Revenstorf u. Peter 2001) sowie mehrere Hundert Zeitschriftenartikel und Buchbeiträge.

2006 erhielt Hypnotherapie in Deutschland eine indikationsspezifische wissenschaftliche Anerkennung durch den »wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie« (Revenstorf 2007a,b; ▶ Kap. 64). Diese Anerkennung markiert den vorläufigen Schlusspunkt des inzwischen Erreichten.

66.6 Schlussbemerkungen

Die weitere Entwicklung der Hypnose in Deutschland ist 2008, zum 30-jährigen Bestehen der M.E.G. schwer zu beurteilen. Auf der einen Seite ist der deutliche Trend zu beobachten, dass sich sehr viele psychologische und medizinische Psychotherapeuten, aber auch Zahnärzte sowie Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und andere im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen für Hypnose und Hypnotherapie interessieren – was den professionellen Hypnose-Gesellschaften die Aufgabe auferlegt zu entscheiden, wer sinnvollerweise an welcher Fort- bzw. Weiterbildung in Hypnose teilnehmen kann (s. ethische Richtlinien der »International Society of Hypnosis« 1991).

Hypnotherapie hat zwar 2006 in Deutschland die indikationsspezifische Anerkennung durch den »wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie« erhalten (▶ Kap. 64) und in Österreich ist Hypnotherapie ebenfalls ein gesetzlich anerkanntes Heilverfahren. Andererseits aber ist Hypnose und Hypnotherapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz zzt. immer noch zu wenig in der akademischen Forschung und Lehre verankert, als dass sie automatisch an zukünftige Generationen von Psychologen, Ärzten und andere im Gesundheitswesen Tätige weitergegeben würde.

Des Weiteren ist mit dem Erstarken der professionellen Hypnose auch eine Zunahme der Laienhypnose und von showhypnotischen Darbietungen zu verzeichnen mit all den möglichen Folgen in Hinblick auf die Seriosität der klinischen und experimentellen Hypnose (▶ Kap. 10).

Zurzeit gibt es noch kein Gesetz, das die Anwendung von Hypnose in Deutschland unter ethischen und professionellen Aspekten regelt, wie das z. B. in Israel, Schweden, Südafrika und Dänemark der Fall ist. So ist zu hoffen, dass der Hypnose nicht wieder jenes Schicksal wie vor 100 und vor 200 Jahren widerfährt (Peter 1991c), sondern dass sie sich etabliert **und** weiterentwickelt.

Schlussdiskussion

67 **Schlussdiskussion** – 857
Dirk Revenstorf

Schlussdiskussion

Dirk Revenstorf

67.1 Resümee – 858

67.2 Hypnose als psychodynamische Therapie – 858

67.3 Hypnose als kognitive Therapie – 859

67.4 Hypnose als Verhaltenstherapie – 860

67.5 Hypnose als humanistische Therapie – 861

67.6 Hypnose als systemische Therapie – 861

67.7 Hypnose als »Hefe« – 862

67.1 Resümee

Hypnose ist ein traditionelles Heilverfahren, das die Urform der Psychotherapie darstellt, wenn man Mesmers Gruppensitzungen als Vorläufer moderner Psychotherapie versteht. Die heutige Hypnotherapie hat eine Vielzahl von Techniken herausgebildet, ein praktisches Handwerkszeug zur Erreichung medizinischer und psychotherapeutischer Ziele. Sie ist ihrer Tradition nach in erster Linie an Problemlösung und Gesundung und erst in zweiter Linie an Ursachenforschung und Diagnostik orientiert.

Hypnose kann als Zustand veränderter Aufmerksamkeit definiert werden, der im Allgemeinen mit einer Innenwendung einhergeht. Die damit verbundenen Prozesseigenschaften können zur Beeinflussung somatischer und psychosomatischer Probleme, zur Unterbrechung motorischer Muster und zur Erweiterung kognitiv-affektiver Schemata herangezogen werden. Empirische Belege der Wirksamkeit hypnotherapeutischer Interventionen liegen in unterschiedlichsten Bereichen vor. Durch Metaanalysen ist die Wirksamkeit der Hypnose in der Schmerz- und Angstbehandlung und bei Verhaltensstörungen wie Tabakabusus besonders gut nachgewiesen (▶ Kap. 64).

Wissenschaftstheoretisch beansprucht die Hypnotherapie einen konstruktivistischen Standpunkt, indem davon ausgegangen wird, dass Verhalten durch Schemata gesteuert wird, in die bestimmte, manchmal dysfunktionale Konzeptionen bezüglich Umwelt und Selbst eingehen. Der hypnotische Kontext und die damit verbundenen Phänomene erleichtern eine Revision dieser Sicht (▶ Kap. 1). Während die allgemeinen hypnotischen Phänomene hinreichend experimentell untersucht sind (Peter 1993b), sind viele theoretische Annahmen, z. B. bezüglich der Informationsverarbeitung, der strategischen Momente, der Notwendigkeit von Konfusion und Amnesie bisher eher spekulativ. Für die praktische Anwendung dagegen ist die klinische Effektivität in einigen wesentlichen Bereichen durch empirische Daten gut belegt (s. oben).

Ein wesentliches Merkmal hypnotherapeutischer Arbeit liegt im ressourcenorientierten Vorgehen. Dies bedeutet die Ausrichtung der Therapie auf Fähigkeiten des Patienten und nicht auf die Defizite. Das kann auch die Umdeutung des Symptoms als einen kreativen, wenn auch mit Nachteilen behafteten Lösungsversuch einschließen. Während die traditionelle, defizitär orientierte Diagnostik eher zu einer Selbstwertschwächung des Patienten beiträgt, wird mit dem Utilisationsprinzip von Anfang an darauf hingearbeitet, den Selbstwert des Patienten zu stärken und damit Selbsthilfekräfte zu mobilisieren. Für eine bestimmte Störung (etwa Schmerzen, Warzen, Rauchen, Phobie) wird eine Lösung angestrebt, die sich vom Problemverhalten dadurch unterscheidet, dass dafür bisher ungenutzte eigene Möglichkeiten des Patienten einbezogen werden. Mehr als in anderen Therapieformen wird das Therapieangebot auf die Individualität des Patienten abgestimmt. Es richtet sich nicht so sehr nach einem neu zu erlernenden Sollzustand, wie häufig in der Verhaltenstherapie, sondern versucht den Ist-Zustand für eine Lösung des Problems zu nutzen.

Die Betonung der individuellen Besonderheiten des Patienten unterstützt auch die Entwicklung einer positiven Beziehung zum Patienten. Dabei dient die Diagnose des Interaktionsstils als Hinweis für die Gestaltung der Beziehungsaufnahme (▶ Abschn. 4.5 »Rapport und Interaktionsbeobachtung«). Mit diesen Eigenschaften wie Ressourcenorientierung, Utilisation u. A. erweist sich die Hypnotherapie als eine flexible Methode, die mit verschiedenen Therapieformen kombiniert werden kann bzw. die sie in sich integriert.

67.2 Hypnose als psychodynamische Therapie

Freud hatte ursprünglich bei Charcot und Bernheim Hypnose erlernt und sie mit Begeisterung nach Wien getragen, um sie als aufdeckende Methode in der Psychotherapie einzusetzen. Wie Breuer betrachtete er (Freud u. Breuer 1895) Hysterie als Affektkonversion, die in einem autohypnotischen Zustand während einer traumatischen Erfahrung stattfindet. Im Wachzustand ist der Affekt abgespalten und das Symptom – etwa die hysterische Lähmung der Anna O. – ist dem Patienten unerklärlich. Wiederum in Trance versetzt, werden die zugehörigen Szenen und Affekte bewusst und können anschließend beredet werden. Dieses Konzept

von Dissoziation wurde ja schon von Janet so formuliert (▶ Kap. 22).

Freud stellte in der hypnotischen Trance eine starke Übertragungsreaktion fest, die er erotisch interpretierte und sogar meinte Verliebtheit sei eine Art Hypnose, umgekehrt hätte die hypnotische Beziehung eine Tendenz zu erotischen Anklängen. Ferenci (1909/1972) unterschied in der hypnotischen Übertragung eine väterlich-autoritäre und eine mütterliche Projektion. Viel später spezifizieren Gill u. Brennan (1959), dass die Trance selbst auch ohne Hypnotiseur als ein veränderter Bewusstseinszustand eingeleitet werden kann, der wahrscheinlich durch sensorische Deprivation gefördert wird. Dieser Zustand aber, der primärprozesshaftes Denken auslöse, begünstige dann allerdings eine Regression und in der Folge eine Übertragung.

Freud fand wenig Anklang mit der Hypnose in Wien und verwarf sie später als Methode. Er hat jedoch zunächst mit Breuer seine frühesten Fälle mit Hypnose behandelt (Breuer u. Freud 1895). Dabei bestand das wesentliche Prinzip darin, dass durch eine gesteigerte Erinnerungsfähigkeit und eine verminderte Abwehr der Patient in hypnotischer Trance bestimmte dissoziierte traumatische Erlebnisse erinnerte (zu erinnern glaubte) und diese Bewusstmachung allein schon die Beseitigung der mit dem Trauma verbundenen Symptome nach sich zog. Der unbewusste Inhalt wurde mithilfe der Hypnose in der Rekonstruktion erfolgreich bewältigt.

Was in der Psychoanalyse im Allgemeinen nicht genutzt wird, wohl aber in der Hypnoanalyse (▶ Kap. 23), ist eine aktive Beteiligung des Therapeuten an der regressiven Haltung des Patienten in der Trance. Anstatt die resultierende Übertragung zu deuten, kann der Therapeut die ihm zugeschriebene Rolle agieren, um beim Patienten im Sinne einer partiellen »Neubeelterung«, Beziehungsmuster und Haltungen zu ändern (»bindungsorientierte Therapie«) oder Neuorientierungen zu suggerieren (»lösungsorientierte Therapie«). Die Regression wird quasi als kindliche Lernhaltung utilisiert (s. »The February Man«, Erickson u. Rossi 1989).

Aus der Sicht einer Jung'schen Tiefenpsychologie, ermöglicht hypnotische Trance eine Dissoziation des Bewusstseins von der dominanten Ich-Struktur. Dabei wird die kohärenzstiftende Funktion des Alltags-Ich an den Therapeuten delegiert und verdrängte Komplexe oder Ich-Anteile können wahrgenommen werden, die sonst im Hintergrund bleiben – wie »Anima«, »Animus« oder »Schatten« (Hall 1989). In der psychodynamischen Vorgehensweise dient die Hypnose der Aufdeckung dissoziierter Inhalte (affektiv belasteter Situationen) und unabhängig davon der Dissoziation der dominanten Ich-Struktur, um anderen Teilpsychen (und Archetypen) im Bewusstsein Platz zu geben. Tiefenpsychologisch kann die Hypnose also sowohl aufdeckend wie auch zur Förderung der Übertragung verwendet werden.

67.3 Hypnose als kognitive Therapie

Die kognitive Therapie beschäftigt sich mit vorbewussten Inhalten (z. B. irrationale Ideen), bewussten Sichtweisen und Vorstellungen und überprüft dann anhand rationaler oder pragmatischer Kriterien die Brauchbarkeit und die Vernünftigkeit impliziter Vorannahmen und expliziter Problemlösungen des Patienten. Dabei wird einerseits die Logik und andererseits im generellen Sinne eine Lebensphilosophie herangezogen (z. B. Stoizismus, Hedonismus, Sophismus), um die misslichen Seiten der Erfahrung des Patienten erträglicher zu machen. Das Ganze wird auf der Ebene der diskursiven Auseinandersetzung mit dem Patienten abgehandelt.

Bezüglich der Informationsverarbeitung lassen sich neben dem Vorbewusstsein und der Sprache eine Reihe von unbewussten Ebenen unterscheiden, wie Trance, Traum oder subliminale Wahrnehmung. Diese Ebenen sind durch verschiedene Zugänge gekennzeichnet: hypnotische Induktion, Erinnerung, assoziative Deutung sowie Reaktivierung von Träumen und die subliminale Stimulation. Hypnotherapie beschäftigt sich mit der Sprache als Zugang nicht nur zu den bewussten, sondern auch zu den unbewussten Schichten. Es wird zunächst das Wachbewusstsein zur Schaffung des Rapports und für die Tranceinduktion angesprochen, das Vorbewusste für hypnoide Bilder und das Trancebewusstsein zur besseren Rezeption von Suggestionen durch erhöhte Empfänglichkeit sowie schließlich die Subliminalebene durch die Verwendung von Metaphern oder analog markierter Ein-

streuelemente (▶ Kap. 1). Metaphern vermitteln außerdem Inhalte auf einer symbolischen Ebene (▶ Kap. 18), die nicht durch Argumente, sondern durch Analogieschluss überzeugen. Hypnotherapie stellt daher ein umfassendes Instrument der kognitiven Therapie dar.

Die unbewussten Traum- und Tranceebenen zeichnen sich, wie schon Freud bemerkte, durch die primärprozesshafte oder symmetrische Logik aus. Dieser Denkmodus ist offensichtlich kreativ und kann für Problemlösungen herangezogen werden. Hypnotische Verfahren und rationaler Disput können sich daher im Sinne von Kreativität und Überprüfung der Alltagstauglichkeit vorteilhaft ergänzen (Revenstorf 1996b).

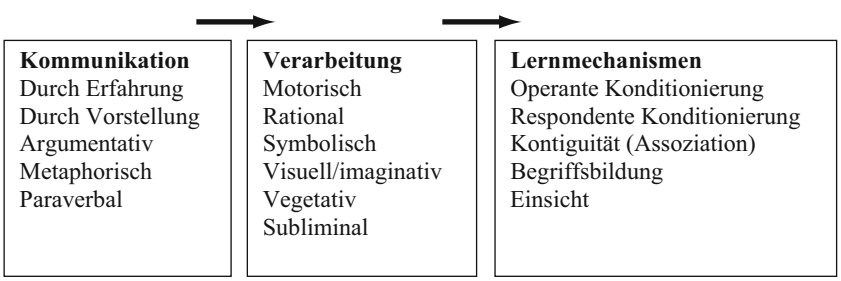
67.4 Hypnose als Verhaltenstherapie

Für die Verhaltenstherapie ergeben sich verschiedene Aspekte der Vereinbarkeit mit der Hypnose. Traditionell wird Verhaltenstherapie als Veränderung des sichtbaren Verhaltens und der Herstellung von Bedingungen, die dieses begünstigen (Stimuli, Kompetenzen, Kontingenzen) verstanden. Durch Interventionen wie Übung, Rollenspiel und Reizexposition werden Neu- oder Umlernprozesse in Gang gesetzt. Auch gehört zur Verhaltenstherapie die Vorbereitung der körperlichen Erfahrung in sensu. Es wird vor allem die Imagination als Stellvertreter der Realitätserfahrung verwendet. So können z. B. phobische Reize in der Vorstellung desensibilisiert oder Konfrontationen in der Phantasie vorgenommen werden.

Tatsächlich gibt es eine ganze Reihe von Lernmechanismen, die sich im Laufe der Evolution entwickelt haben (Razran 1971), nämlich solche, die auf vegetativer, zentralnervöser und symbolischer Ebene angreifen. Außerdem gibt es unterschiedliche Arten der Informationsverarbeitung, nämlich über eine verbale und paraverbale, visuell-imaginative, somatosensorische und eine vegetative Repräsentation. Man kann daher Inhalte auf mindestens vier verschiedene Arten vermitteln: Durch Erfahrung, durch Vorstellung, sprachlich-argumentativ oder sprachlich-metaphorisch (◘ Abb. 67.1).

Während Verhaltenstherapie in vivo, in sensu und argumentativ sowie durch Selbstbeobachtung oder Modellbeobachtung kommuniziert und alle Erfahrungsebenen bis auf die subliminale und die symbolische einsetzt, verwendet Hypnotherapie außerdem paraverbale und metaphorische Kommunikationsmöglichkeiten und zielt damit auch auf die subliminale und die symbolische Ebene der Verarbeitung ab.

Hypnotherapie verwendet die Techniken der Reassoziation von Ressourcen zu Problemsituationen oder die Dissoziation von Sinnesmodalitäten, um in sensu problematische Erfahrungen zu bewältigen. In Form einer Zeitprogression wird die Vorstellung des erreichten Zielzustandes zur Überwindung von Hindernisses eingesetzt. In diesem Falle wird hypnotische Trance als Zustand verwendet, in dem die Imagination und Fokussierung eines bestimmten Inhalts stattfindet. Hypnose kann daher in der Verhaltenstherapie die Vorbereitung zur praktischen Übung leisten. Sie kann aber auch regressiv Prägungssituation in sensu revidieren helfen. Dabei spielen erhöhte Empfänglichkeit für posthypnotische Suggestionen und intensivierte Vorstellung als probeweise Erfahrung in sensu gleichermaßen eine Rolle. Indirektheit wird genutzt, um zu bahnen, abzulenken und inzidentelles Lernen zu fördern. Diese Interventionsformen können die direkte Verschreibung, den expliziten Thera-



◘ **Abb. 67.1.** Informationsverarbeitung und Lernmechanismen

pievertrag und die transparente Planung ergänzen. Das Gesamtrepertoire eines hypnobehavioralen Ansatzes enthält die folgende Zusammenstellung:

Interventionsrepertoire des hypnobehavioralen Ansatzes

- **Tranceinterventionen zur Vorbereitung von Erfahrung**
  - Reassoziation von Ressourcen
  - Dissoziation von traumatischer Erfahrung
  - Rekonstruktion von Geschehnissen
  - Regression in einen Zielzustand
  - Progression in einen Zielzustand
  - Metaphorische Vermittlung von Bedeutung
  - Visualisierung von somatischen Prozessen
- **Diskursive Interventionen zur Vorbereitung von Erfahrung**
  - Widerlegung von Ideen (Ellis)
  - Überprüfung von Fakten (Beck)
  - Umstrukturierung
  - Selbstinstruktion (Meichenbaum)
- **Erfahrungen auf der Verhaltensebene**
  - Rollenspiel
  - Übung in vivo
  - Reizexposition (Konfrontation in vivo)
  - Selbstbeobachtung (Kanfer)
  - Modellbeobachtung (Bandura)

67.5 Hypnose als humanistische Therapie

In der traditionellen Hypnose des 19. und 20. Jahrhunderts wurde Hypnose als autoritäres Verfahren der Fremdsuggestion verstanden, das durch die erhöhte Suggestibilität in Trance besser rezipiert wird. Dagegen kann das Vorgehen Ericksons als humanistisches Verfahren charakterisiert werden, das an die Eigeninitiative des Patienten appelliert. Ericksons Grundannahmen beinhalten, dass der Therapeut die Aufgabe hat, den Patienten auf seine bereits erlernten Möglichkeiten zurückzuführen und dass er dazu am besten einen Weg beschreitet, der dem Patienten möglichst entgegenkommt. Der Therapeut suggeriert nicht die Veränderung in bestimmter Weise, sondern überlässt es den internen Suchprozessen des Patienten, welcher Lösungsweg von ihm beschritten wird. Diese drei Prinzipien entsprechen weitgehend dem, was Humanisten wie etwa Rogers oder Perls von einer angemessenen Psychotherapie verlangen.

Der Unterschied zu den humanistischen Therapieformen ist der Verzicht auf absolute Transparenz des Vorgehens und das Vertrauen auf unbewusste Verarbeitungsprozesse. Ausgehend von dem kognitiv-interaktiven System, in dem der Patient seine Welt normalerweise erlebt, geht der an Erickson orientierte Hypnotherapeut so vor, dass er die gegebene Persönlichkeitsstruktur des Patienten als Ressource sieht, mit deren Hilfe die therapeutische Veränderung herbeigeführt werden soll. Dass der Patient aufgrund einer momentanen Verengung seines Erlebens nicht in der Lage ist, seine Ressourcen zu nutzen, und ihm dazu verholfen werden soll – das gelingt manchmal eher indirekt mithilfe von Strategien der Utilisation, des Kaskadeneffekts, der Destabilisierung, der Beiläufigkeit und dem Schutz des Unbewussten (▶ Kap. Einführung).

67.6 Hypnose als systemische Therapie

Hypnotherapie hat innerhalb und außerhalb der hypnotischen Kommunikation systemische Charakteristika, wenn man die kognitiv-emotionale Verarbeitung und das Verhalten des Patienten als System versteht. Unter Interventionen, die systemische Eigenschaften nutzen, fallen die strategischen Aspekte z. B. der Konfusionstechnik als »Destabilisierung« des kognitiven Systems, die Verwendung von Humor und Überraschung zur Destabilisierung des emotionalen Systems, die Provokation von Widerstand gegen die Negation therapeutischen Fortschritts, aber auch das Prinzip der minimalen strategischen Veränderung im Verhaltenssystem, indem ein Teil bewegt wird und der Rest sich als Kaskade umorganisiert (Domioeffekt).

67.7 Hypnose als »Hefe«

Aus den bisherigen Kenntnissen zur Effektivität unterschiedlicher Therapieformen geht hervor, dass das Problem eines Patienten sich in zahlreichen Symptomebenen manifestiert und behandelt werden kann. Das Spektrum erstreckt sich von somatischen Manifestationen, affektiv-kognitiven Ebenen – denen der Handlung und Interaktion – über die Einbettung in den sozialen Rahmen und ist schließlich sinngebend für den Lebenskontext überhaupt.

Zwiebelschalenstruktur der Erfahrungsebenen

- **Körperliche Ebene**
  - Humorale Systeme (z. B. Neurotransmitter, endokrines System)
  - Zelluläre Systeme (z. B. Immunsysteme)
  - Nervensysteme
  - Organsysteme, Muskelapparat
- **Kognitive Ebene**
  - Affekt
  - Subliminalbewusstsein
  - Traumbewusstsein
  - Trancebewusstsein
  - Vorbewusstsein
  - Bewusstsein (Denken, Vorstellung)
- **Handlungsebene**
  - Ausdrucksverhalten (Mimik, Gestik, Haltung)
  - Sprache
  - Bewegung (Aktion)
- **Interaktionsebene**
  - Partnerwahl (Kollusion)
  - Prägung in der Primärfamilie
  - Soziale Umgebung (Freunde, Bekannte)
- **Sinngebende Ebene**
  - Kommune
  - Kultur
  - Universum

In dieser Zwiebelschalenstruktur sollte die Intervention zunächst an der Stelle platziert werden, an der der Patient zugänglich ist und später dort, wo seine Entwicklungsmöglichkeiten liegen. Aus unterschiedlichen Therapieschulen steht eine Vielzahl von Techniken zur Verfügung. Hypnotherapie setzt an verschiedenen Stellen des Mehrebenenmodells an, wie an den verschiedenen Formen der Informationsverarbeitung gezeigt wurde (s. oben). Damit kann sie das affektive Erleben (z. B. durch Reaktivierung) und das Denken beeinflussen und Handlungsentwürfe vorbereiten.

Neben den kognitiv-behavioralen Anteilen, die ein lösungsorientiertes Vorgehen implizieren, besteht für Hypnotherapie durch die Nutzung der hypnotischen Beziehung die Möglichkeit des bindungsorientierten Vorgehens. Damit können prägende Situationen sowohl in der Rekonstruktion wie in der Erfahrung der therapeutischen Beziehung (▶ Kap. 4) zur Geltung kommen.

Hypnotherapie ist, wie zu zeigen versucht wurde, in ihrem Ansatz sowohl psychodynamisch wie systemisch und entspricht in ihren Annahmen einem humanistischen Menschenbild. Da Hypnose eine besonders wirkungsvolle und vielseitige Kommunikationsform ist, erleichtert sie den Zugang zu diversen Schichten des Erlebens. Sie ist daher geeignet, den Therapieprozess zu beschleunigen und kann in viele Therapieformen integriert werden. Hypnose stellt so etwas wie die Hefe im Teig dar. Man kann damit besser backen.

Hypnotherapie ist im Allgemeinen mehr an Problemlösung und Mobilisierung von Ressourcen als an Ursachenforschung und Diagnostik orientiert. Daraus resultiert ein starkes Interesse an der Individualisierung des therapeutischen Angebots. Hypnotherapie ist offen gegenüber anderen Therapieformen, kann in geeigneter Weise integriert werden sowie die Funktion einer Feinabstimmung einnehmen und so die Effizienz in vielfältiger Weise fördern. Dies zeigt sich besonders, wenn sich der argumentative Zugang zum Patienten erschöpft hat und die Motivation für die praktische Einübung noch nicht ausreicht. Hypnotherapie ist in der Medizin und der Psychologie gleichermaßen angesiedelt und nimmt somit eine Brückenfunktion ein. Sie gründet sich auf humanistische Prinzipien der Selbstregulation, bei der der Therapeut als Katalysator wirkt und ist zugleich eine kognitive Therapieform, die die unbewusste oder, wie man auch sagen kann, implizite Informationsverarbeitung einbezieht. »Das Unbewusste ist unser wahres inne-

res Afrika«, sagte Jean Paul 1788 und meinte damit, dass dort unsere Ressourcen zu finden sind. Hypnose ist die älteste und zugleich eine äußerst zeitgemäße Therapieform, weil sie in sehr praktischer Weise von einer psychosomatischen Ganzheit ausgeht. Damit ist sie möglicherweise der geeignete Rahmen, um andere Therapieformen zu integrieren.

Anhang

Literatur – 867

Mitglieder im Wissenschaftlichen Beirat deutschsprachiger Hypnosegesellschaften (WBDA) – 933

Sachverzeichnis – 935

Literatur

Abe N, Suzuki M, Tsukiura T et al. (2006) Dissociabel roles of prefrontal and anterior cingulate cortices in deception. Cereb Cortex 16: 192–199

Abe N, Suzuki M, Mori E et al. (2007) Deceiving others: distinct neural responses of the prefrontal cortex and amygdale in simple fabrication and deception with social interactions. J Cogn Neurosci19: 287–295

Achterberg J (1985) Imagery in healing: Shamanism and modern medicine. New Science Library, Boston

Achterberg J (1996) Rituale der Heilung. Die Kraft von Phantasiebildern im Gesundheitsprozeß. Goldmann, München

Ader R (1974) Letter to the Editor. Psychosom Med 36: 183

Ader R (ed) (1981) Psychoneuroimmunology. Academic Press, New York

Ader R (1985) Behaviorally conditioned modulation of immunity. In: Guillemin R, Cohn M, Melnechuk T (eds) Neural modulation of immunity. Raven Press, New York, pp 55–69

Ader R, Cohen N (1975) Behaviorally contitioned immunosuppression. Psychosom Med 37: 334–340

Ader R, Felten DL, Cohen N (eds) (1991) Psychoneuroimmunology. Academic Press, San Diego, CA

Adler A (1927/1982) Zusammenhänge zwischen Witz und Neurose. In: Adler A (Hrsg) Psychotherapie und Erziehung (Bd 1). Fischer, Frankfurt am Main, S 178–181

Adler A (1933) Der Sinn des Lebens. Fischer, Frankfurt am Main

Adler A (1966) Menschenkenntnis. Fischer, Frankfurt am Main

Adler A (1982) Psychotherapie und Erziehung (Ausgewählte Aufsätze, Bd. II: 1930–1932). Fischer TB, Frankfurt am Main

Adler A (2007) Über den nervösen Charakter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Adler RH (1983) Schmerz bei Tumorpatienten, Diagnostik und medikamentöse Therapie. Schweiz Rundschau für Medizin (Praxis) 72: 1301

Aftanas L, Golocheikine SA (2001) Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: high-resolution EEG investigation of meditation. Neuroscience letters 310: 57–60

Agarguen MY, Tekeoglu I, Kara H et al. (1998) Hypnotizability, pain threshold, and dissociative experiences. Biol Psychiatry 44: 69–71

Agee LL (1983) Treatment procedures using hypnosis in smoking cessation programs: A review of the literature. J Am Soc Psychosom Dent Med 30: 110–126

Agger I (1989) Sexual torture of political prisoners. J Trauma Stress 2: 305–318

Agger I, Jensen BS (1990) Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. J Trauma Stress 3: 115–130

Alberts H (1990) Psychosen. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 201–217

Alexander F (1971) The prehypnotic suggestion. Comprehensive Psychology 12: 414–418

Alexander F, French TM (1947) Psychoanalytic therapy. Ronald Press, New York

Alfandari JA (1988) Ich bin nicht verrückt, ich bin krank, Erlangen

Alladin A, Alibhai A (2007) Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. Int J Clin Exp Hypn 55: 147–166

Allen DS (1995) Schizophreniform psychisis after stage hypnosis. Br J Psychiatry 166: 690

Allen KL (1982) An investigation of the effectiveness of neurolinguistic programming in treating snake phobics. Dissertation Abstracts International 43: 861-B

Allington H (1952) Review of the psychotherapy of warts. Arch Derm Syphilol 66: 316–326

Allison D, Faith M (1996) Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: A meta-analytic reappraisal. J Consult Clin Psychol 64: 513–516

Alman B (1996) The six steps to freedom. International Health Publication, San Diego

Alman B (2001) Selbsthypnose. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 312–325

Alman B, Carney R (1980) Consequences of direct and indirect suggestions on success of post-hypnotic behavior. Am J Clin Hypn 23: 112–118

Alman B, Lambrou P (1992) Self-hypnosis: The complete manual for health and self-Change. Brunner & Mazel, New York

Alman B, Lambrou PT (1996) Selbsthypnose. Das Handbuch zur Selbstbehandlung. Carl-Auer, Heidelberg

Amadou R (ed) (1971) F.A. Mesmer: Le magnétisme animal. Payot, Paris

Ambühl H (1992) Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktdynamik. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie (IFT-Texte zur Verhaltenstherapie). Röttger, München

American Medical Association Council on Scientific Affairs (1985) Scientific status of refreshing recollection by the use of hypnosis. JAMA 253: 1918–1923

American Psychiatric Association (1980/1987/1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, DC

American Psychiatric Association (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM IV. Hogrefe, Göttingen

American Society of Anesthesiologists (2006) American Society of Anesthesiologists Task Force on Intraoperative Awareness: Practice advisory for intraoperative awareness and brain function monitoring. Anesthesiology 104: 847–864

Andersen H-C (1923) Der Kobold und der Höker im Märchen. Vol 4, Leipzig

Andersen MS (1980) The treatment of obesity in hypnotherapie. Institute of Technology, Florida

Anderson EL (1982) Effects of hypnotic inductions on the nasal congestion of 24 hayfever sufferers. The Union for Experimenting Colleges and Universities

Anderson JA, Basker MA, Dalton R (1975) Migraine and hypnotherapy. Int J Clin Exp Hypn 23: 48–58

Andreasen N, Arndt S, Alliger R et al. (1995) Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings and mechanisms. Arch Gen Psychiatry 52: 341–351

Andreasen NC, Nopoulos P, Schultz S et al. (1994) Positive and negative symptoms of schizophrenia: past, present and future. Acta Psychiatr Scand 384: 51–59

Andreychuk T, Skriver C (1975) Hypnosis and biofeedback in the treatment of migraine headache. International Int J Clin Exp Hypn 23: 172–183

Andrick JM (1978) Hypnosis and the Emmanuel Movement: A medical and religious repudiation. Am J Clin Hypn 20: 224–234

Andriopoulos S (1998) Die Unzurechnungsfähigkeit somnambuler Medien: Der »Roman« und das »Schauspiel« des »hypnotischen Verbrechens« (1885–1900). In: Niehaus M, Schmidt-Hannisa HW (Hrsg) Unzurechnungsfähigkeiten Diskursivierungen unfreier Bewußtseinszustände seit dem 18. Jahrhundert. Vol 20: Bayreuther Beiträge zur Literaturwissenschaft. Peter Lang, Frankfurt, S 133–154

Andrykowski MA (2007) Survival benefits associated with provision of psychotherapeutic support to patients with gastrointestinal Cancer: Lots of Bang for a few Bucks? J Clin Oncol 25: 2644–2645

Anonyma (2002) Hitler, the master of mass hypnosis: Thoughts and feelings of a young jewish woman while seeing and hearing Hitler talk at a Nazi rally. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 245–246

Anonyma (2003) Hitlers Massen-Hypnose: Gedanken und Gefühle einer Jüdin während einer Rede Hitlers auf einer Nazi-Kundgebung. HyKog 20: 203-205

Anonymus (1775) Gespräch über die heilsamen Beschwörungen und Wunderkuren des Hochwürdigen Herrn Gaßners, worinn zugleich die deswegen herausgekommenen Schriften beleuchtet, u. viele merkwürd. Umstände u. Anekdoten erzählet werden, o.O.

Anonymus (1788) Unterricht so wohl für die Angefochtenen, als für die Exorzisten selbst, sammt Beantwortung einiger Zweifel und Einwände über das Gaßnerische System. Mit Erlaubnis der Obern. In: Neueste Sammlung jener Schriften, die von einigen Jahren her über verschiedene wichtigste Gegenstände zur Steuer der Wahrheit im Drucke erschienen sind. Vol 39, Augsburg

Anonymus (o. J.) Emanuel Swedenborg, der geistige Columbus. J.G. Mittnacht's Verlag Neukirchlicher Schriften, Zürich

Anton R, Moak DH, Latham PK (1996) The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. Arch Gen Psychiatry 53: 225–231

Antoni MH, Cruess DG, Klimas N (2002) Stress management and immune system reconstruction in symptomatic HIV-infected gay men over time: effects on transitional naïve T cells [CD4(+)CD45RA(+)CD29(+)]. Am J Psychiatry 159: 143–145

Antonovsky A (1979) Health, Stress and Coping. New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Franzisco

Antonovsky A (1988) Unraveling the mysteries of health. Jossey-Bass, San Franzisco

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt erweiterte Herausgabe von Franke A. dgvt, Tübingen

Antonuccio D (1995) Psychotherapy for depression: No stronger medicine. Am Psychol 50: 450–452

Antonuccio D, Danton W, DeNelsky G (1995) Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. Prof Psychol Res Pr 26: 574–585

Apfelbaum B (2001) What the sex therapies tell us about sex. In: Kleinplatz PJ (ed) New Directions in Sex Therapy Innovations and Alternatives. Taylor & Francis, Philadelphia

Appel PR, Bleiberg J (2006) Pain reduction is related to hypnotizability but not to relaxation or to reduction in suffering: a preliminary investigation. Am J Clin Hypn 48: 153–161

Araoz D (1982) Hypnosis & Sex Therapy. Brunner & Mazel, New York

Araoz DL (1993) Die neue Hypnose. Junferman, Paderborn

Araoz DL (1998) The new hypnosis in sex therapy: cognitive-behavioral methods for clinicians. Aronson, Northvale

Araoz DL, Bleck RT (1991) Sexual joy through self hypnosis. Glendale, Westwood

Arentewicz G, Schmidt G (1993) Sexuell gestörte Beziehungen. Enke, Stuttgart

Armstrong JG, Loewenstein RJ (1990) Characteristics of patients with multiple personality and dissociative disorders on psychological testing. J Nerv Ment Dis 178: 448–454

Arnell U, Finer B (1989) Psychotherapist-hypnotherapist as cotherapist with a borderline patient: Trance and language. Hypnos 16: 3–7

As A, Lauer LW (1962) A factor-analytic study of hypnotizability and related personal experiences. Int J Clin Exp Hypn 10: 169–182

Ascher LM, Efran JS (1978) Use of paradoxial intention in a behavioural program for sleep onset insomnia. J Consult Clin Psychol 46: 547–550
Askay SW, Patterson DR, Jensen MP, Sharar SR (2007) A randomized controlled trial of hypnosis for burn wound care. Rehabil Psychol 52: 247–253
Atkinson RP (1994) Enhanced afterimage persistence in waking and hypnosis: High hypnotizables report more enduring afterimages. Imagination, Cognition and Personality 14: 31–41
Atkinson RP, Crawford HJ (1992) Individual differences in afterimage persistence: Relationship to hypnotic susceptibility and visuospatial skills. Am J Psychol 105: 527–539
Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (2007) Lehrbuch der Palliativmedizin. Schattauer, Stuttgart
Azam EE (1876) Le dédoublement de la personalité, suite de l'histoire des Félida X. Revue Scientifique 2: 265–269
Babor T, De Hoffman MI, Boca F et al. (1992) Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry 49: 599–608
Bach S, Noreng MF, Tjéllden NU (1988) Phantom limb pain in amputees during the first 12 months following limb amputation, after preoperative lubar epidural blockade. Pain 33: 297–301
Backhaus J (1997) Insomnie – Epidemiologie, Ätiologie, Psychotherapie. Dissertation, Universität Freiburg
Backhaus J, Müller-Popkes K, Hajak U et al. (1996) Neue Ergebnisse zur Prävalenz von Insomnien und ihrer Behandlung in der Hausarztpraxis. Psycho 22: 631–637
Backhaus J, Riemann D (1999) Schlafstörungen. In: Schulte D, Grawe K, Hahlweg K, Vaitl DH (Hrsg) Fortschritte der Psychotherapie (Manuale für die Praxis). Vol 7, Hogrefe, Göttingen
Badre D, Wagner AD (2007) Left ventrolateral prefrontal cortex and the cognitive control of memory. Neuropsychologia 45: 2883–2901
Baierlacher E (1889) Die Suggstions-Therapie und ihre Technik. Enke, Stuttgart
Bailly (1784/2000) Exposé zu den Erfahrungen, die zur Untersuchung des animalischen Magnetismus gesammelt worden sind. HyKog 17: 107–114
Bakal PA (1981) Hypnotherapy for Flight Phobia. Am J Clin Hypn 23 (4): 239–247
Baker EL (1983) The use of hypnotic dreaming in the treatment of the borderline patient: Some thoughts on resistance and transitional phenomena. Int J Clin Exp Hypn 31: 19–27
Baker EL (1990) Hypnoanalysis for structural pathology: Impairments of self-representation and capacity for object involvement. In: Fass ML, Brown D (eds) Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New York, pp 279–286
Baker SR (1984) Amelioration of phantom-organ pain with hypnosis and behavior modification. X Phantomschmerz Krebs. Psychol Rep 55: 847–850
Balint M (1987) Regression: Therapeutische Aspekte und die Theorie der Grundstörung. dtv, München
Ballieux RE (1992) Bidirectional communication between the brain and the immune system. Eur J Clin Invest : 6–9
Balthazard CG (1993) The hypnosis scales at their centenary: Some fundamental issues still unresolved. Int J Clin Exp Hypn 41: 47–73
Bandler R (1987/1995) Die Veränderung des subjektiven Erlebens. Junfermann, Paderborn
Bandler R, Grinder J (1975) Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, Vol I. Meta Publications, Cupertino, Cal
Bandler R, Grinder J (1981) Metasprache und Psychotherapie: Struktur der Magie I. Jungfermann, Paderborn
Bandler R, Grinder J (1984) Reframing: Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. Junferman, Paderborn
Bandler R, Grinder J (1988) Refraiming: Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie (NLP). Junfermann, Paderborn
Bandler R, Grinder J (2001) Metasprache und Psychotherapie, Struktur der Magie. Junfermann, Paderborn
Bandler R, Mac Donald W (1990/93) Der feine Unterschied, NLP Übungsbuch zu den Submodalitäten. Junfermann, Paderborn
Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 84: 191–215
Banyai EI (1985) A social psychophysiological approach to the understanding of hypnosis: The interaction between hypnosis and subject. Hypnos 12: 186–211
Banyai EI (1988) Interactional approach to understanding of hypnosis. Den Haag U Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine
Banyai EI (1991) Toward a social-psychobiological model of hypnosis. In: Lynn SJ, Rhue JW (eds) Theories of hypnosis: Current models and perspectives. Guilford, New York, pp 564–600
Banyai EI (2002) Hypnosis and mainstream psychology. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 1–14
Banyai EI, Hilgard ER (1976) A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. J Abnorm Psychol 85: 218–224
Banyai EI, Gösi-Greguss AC, Vago P et al. (1990) Interactional approach to the understanding of hypnosis: Theoretical background and main findings. In: Van Dyck R, Spinhoven P, Van der Does AJW, Van Rood YR, De Moor W (eds) Hypnopsis: Current theory, research and practice. Amsterdam, pp 53–69
Banyai EI, Zseni A, Ference T (1993) Active alert hypnosis in psychotherapy. In: Rhue JW, Lynn SJ, Kirsch I (eds) Handbook of clinical hypnosis. American Psychological Association, Washington, DC
Barabasz AF (1982) Restricted environmental stimulation and the enhancement of hypnotizability: Pain, EEG alpha, skin conductance and temperature processes. Int J Clin Exp Hypn 30: 147–166
Barabasz AF (1990) Eingeschränkte Stimulation durch die Umwelt ruft spontane Hypnose für die Schmerzkontrolle beim cold pressor Test hervor. / Restricted environmental stimulation elicits spontaneous hypnosis for cold pressor

pain control. (Trans H.-J. Hautkappe). Experimentelle und Klinische Hypnose 6: 95–105
Barabasz AF, Perez N (2007) Salient findings: hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 55: 372–379
Barabasz AF, Watkins JG (2005) Hypnotherapeutic techniques. Brunner-Routledge, New York
Barabasz AF, Barabasz M, Jensen S et al. (1999) Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial. Int J Clin Exp Hypn 47: 5–22
Barabasz M (1991) Hypnotizability in bulimia. Int J Eat Disord 10: 117–120
Barbach LG (1992) For yourself – die Erfüllung weiblicher Sexualität. Vol 13. Ullstein, Frankfurt
Barber J (1977) Rapid induction analgesia: A clinical report. Am J Clin Hypn19: 138–147
Barber J (1980) Hypnosis and the unhypnotizable. Am J Clin Hypn 23: 4–9
Barber J (1991) The Locksmith model: Accessing hypnotic responsiveness. In: Theories of hypnosis: Current models and perspectives. Guilford, New York, pp 241–274
Barber J (ed) (1996) Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide. Norton New York
Barber J (1996a) Hypnotic analgesia: Clinical considerations. In: Barber, J (ed) (1996) Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide. Norton, New York, pp 85–120
Barber J, Gitelson J (1980) Cancer Pain: Psychological Management Using Hypnosis. CA Cancer J Clin 30: 130–136
Barber TX (1969) Hypnosis: A scientific approach. Van Nostrand Reinhold, New York
Barber TX (1979) Suggested (»hypnotic«) behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. In: Fromm E, Shor RE (eds) Hypnosis: Developments in research and new perspectives, Aldine, New York, pp 217–272
Barber TX (1984) Changing »unchangeable« bodily processes by (hypnotic) suggestions: A new look at hypnosis, cognition, imagining, and the mind-body problem. Advances 1: 6–41
Barber TX (2000) A deeper understanding of hypnosis: Its secrets, its nature, its essence. Am J Clin Hypn 42: 208–272
Barber TX, Calverly DC (1963) »Hypnotic-like« suggestions in children and adults. J Abnorm Soc Psychol 66: 579–589
Barber TX, Calverley DS (1964) The definition of the situation as a variable affecting »hypnotic-like« suggestibility. J Clin Psychol 20: 438–440
Barber TX, Calverly DC (1964) Empirical evidence for a theory of »hypnotic« behavior: Effects of pretest instructions on response primary to suggestions. Psychol Rec14: 457–467
Barber TX, Calverly DS (1966) Toward a theory of »hypnotic« behavior: Experimental analysis of suggested amnesia. J Abnorm Psychol 71: 95–107
Barber TX, DeMoor W (1972) A theory of hypnotic induction procedures. Am J Clin Hypn 15: 112–135
Bardia A, Barton DL, Prokop LJ et al. (2006) Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review. Am J Clin Oncol 24: 5457–5464
Barnes G (2000) Criteria for evaluating reports of past-life stories. Hypnos 27: 29–35
Barnier AJ (1998) Posthypnotic suggestion: Exploding myths and maximising effects. Newsletter of the International Society of Hypnosis 22: 16–20
Barnier AJ, McConkey KM (1999a) Hypnotic and posthypnotic suggestion: Finding meaning in the message of the hypnotist. Int J Clin Exp Hypn 47: 192–208
Barnier AJ, McConkey KM (1999b) Autobiographical remembering and forgetting: What can hypnosis tell us? Int J Clin Exp Hypn 47: 346–365
Barrett D (1996) Fantasizers and dissociators: Two types of high hypnotizabels, two different imagery styles. In: Kunzendorf RG, Spanos NP, Wallace B (eds) Hypnosis and imagination. Baywood, Amityville, pp 123–146
Bartl R (2001) Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungssteigerung im Sport. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Heidelberg, S 400–411
Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B et al. (1990/1996) Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Bass M (1931) Differentiation of hypnotic trance from normal sleep. J Exp Psychol 14: 382–399
Bateson G (1971) Ökologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Bateson G (1984) Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Surkamp, Frankfurt am Main
Bateson G, Jackson DD (1964) Some varieties of pathogenic organization. In: Rioch DM (ed) Disorders of Communication. Vol 42. Association for Research in nervous and Mental Disease, Research Publications, pp 270–283
Batschkus MM (1994) Hypnose in der Therapie von malignen Erkrankungen. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
Battegay M, Weber R, Willi J, Eich D, et al. (1991) Exploring the doctor-patient relationship reduces staff stress and enhances empathy when caring for AIDS patients. Psychother Psychosom 56: 167–173
Battino R, South TL (1999) Ericksonian approaches. A comprehensive manual. Crown House, Carmarthen, Wales
Bauder H, Taub E, Miltner WHR (2001) Behandlung motorischer Störungen nach Schlaganfall. Hogrefe, Göttingen
Baudouin C (1924) Suggestion und Autosuggestion. Psychologisch-pädagogische Untersuchungen auf Grund der Erfolge der neuen Schule von Nancy. Sybillenverlag, Dresden
Bäuerle PD (1843) Reise in den Mond, in mehrere Sterne und in die Sonne. Geschichte der Hell- und Weitseherin von Weilheim an der Teck. A. Weingart, Bern
Beblo T, S. L (2006) Neuropsychologie der Depression. Hogrefe, Göttingen
Bechstein L (2003) Neues deutsches Märchenbuch von 1856, Düsseldorf
Bechstein L (o. J.) Neues deutsches Märchenbuch 1856. In: Bechstein L (Hrsg) Sämtliche Märchen, vollständige Ausgabe der Märchen Becksteins nach Ausgabe letzter Hand. Winkler, München, S 467

Beck AT (1967) Depression: Causes and treatment. University of Pennsylvania Press, Philadelpia, PA
Beck AT (1973) The diagnosis and management of depression. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
Beck AT (1976) Cognitive therapy and emotional disorders. International University Press, New York
Beck AT (1979) Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. Pfeiffer, München
Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G (1979) Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York
Beck, AT (1981) Kognitive Therapie der Depression. Urban & Schwarzenberg, München
Becker PM (1993) Chronic insomnia: Outcome of hypnotherapeutic intervention in six cases. Am J Clin Hypn 36: 98–105
Becker S, Huppmann G, Wilker F, Mainz W (1989) Angst und compliance in der Zahnmedizin. In: Sergl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg) Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Quintessenz, Berlin
Béguelin C (2001) Agoraphobie und soziale Angst. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New Jork Tokio, S 433–443
Béguelin C (2002) The hypnotic constellation. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de. München, pp 113–124
Behre A, Scholz OB (1998) Behandlungswirkungen standardisierter hypnotherapeutischer Suggestionen bei Patienten mit Schlafstörungen. HyKog 15: 113–127
Beier K et al. (2001) Sexualmedizin. Urban & Fischer, München
Beiglböck W, Feselmayer S (1992) Hypnotherapie und systemische Therapie bei Abhängigen. In: Peter B, Schmidt G (Hrsg) Erickson in Europa. Carl-Auer, Heidelberg, S 103–111
Beiglböck W, Feselmayer S (1994) Hypnotherapie bei Suchtkranken: Theoretische Modelle und therapeutische Konzepte. HyKog 11: 138–148
Beiglböck W, Feselmayer S (2001) Alkoholmissbrauch. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York Tokio, S 335–344
Bejenke CJ (1993) Hypnosis for surgical interventions. Hypnos 20: 214–220
Bejenke CJ (1995) Use of hypnosis with surgical oncologic patients. In: Bölcs E, Guttmann G, Martin M, Kanitschar H, Walter H (Hrsg) Hypnosis: Connecting Disciplines. Medizinische Pharmazeutische Verlagsgesellschaft, Pukersdorf
Bejenke CJ (1996a) Painful medical procedures. In: Barber J (ed) Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain – A clinical Guide. Norton, New York, pp 209–266
Bejenke CJ (1996b) Preparation of patients for stressful medical interventions. Some simple principles. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 27–36
Bejenke, C.J (1996c). Can Patients be protected from the Detrimental Consequences of Intra-operative Awareness in the Absence of Effective Technology? In: Bonke B, Bovill JG., Moerman N (eds) Memory and Awareness in Anaesthesia. Van Gorcum, Assen, The Netherlands, pp 125–133
Bejenke CJ. (2000a): Benefits of Early Interventions with Cancer Patients. HYPNOS, XXVII/2, pp 75–81
Bejenke, CJ (2000b): The wide range of applicability of hypnosis and related techiques in somatic medicine. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis, Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Bejenke CJ (2001) Vorbereitung von Patienten bei medizinischen Eingriffen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 595–604
Bejenke, CJ (2004) Das Essen war ziemlich phantasielos. In: Ebell H, Schuckall H (Hrsg) Warum therapeutische Hypnose? – Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten (47 Fallgeschichten) S 16–24. Pflaum, München
Belicki K, Belicki D (1986) Predisposition for nightmares: A study of hypnotic ability, vividness of imagery and absorption. J Clin Psychol 42: 714–718
Bellis JM (1966) Hypnotic pseudo-sunburn. Am J Clin Hypn 8: 310–312
Bendefeldt F, Miller LL, Ludwig AM (1976) Cognitive performance in conversion hysteria. Arch Gen Psychiatry 33: 1250–1254
Benedetti G (1983) Todeslandschaften der Seele. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen
Benedetti G (1987) Psychotherapy of Schizophrenia. New York University Press, New York
Benedetti G, Furlan PM (1987) The individual psychoanalytic psychotherapy of schizophrenia: Scientific and clinical approaches through a clinical discussion group. In: Benedetti G (ed) Psychotherapy of Schizophrenia. New York University Press, New York
Benedikt M (1894) Hypnotismus und Suggestion. Eine klinisch-psychologische Studie. M. Breitenstein, Leipzig
Benham G, Smith N, Nash MR (2002) Hypnotic susceptibility scales: are mean scores increasing. International Journal of Clinical and Experimental Psychology 50: 5–16
Bennett HL, Davis HS (1984) Non-verbal response to intraoperative conversation. Anesth Analg 63: 185
Bennett HL, Owings JT (1993) Effect of pre-operative suggestion on post-operative gastrointestinal motility. West J Med 158: 488–492
Bennett HL, Benson DR, Kuiken DA (1986) Preoperative instructions for decreased bleeding during spine surgery. Anesthesiology 65: 245
Benz E (1976) Franz Anton Mesmer (1734–1815) und seine Ausstrahlung in Europa und Amerika. Abhandlungen der Marburger Gelehrten Gesellschaft 1973: 61–97
Benz E (1977) F.A. Mesmer und die philosophischen Grundlagen des »animalischen Magnetismus«. Akademie der Wisenschaften und der Literatur, Mainz, Abhandlungen der Geistes- und Sozialwissenschaftlichen Klasse 1977: 3–47

Berger H (1931) Über das Elektroenkephalogramm des Menschen. Dritte Mitteilung. Arch Psychiatr 94: 16–60
Berggren U (2001) Long-term management of the fearful adult patient using behaviour modification and other modalities. J Dent Educ 65: 1357–1368
Bergman IJ, Kluger MT, Short TG (2002) Awareness during general anaesthesia: a review of 81 cases from Anaesthetic Incident Monitoring Study. Anaesthesiology 57: 549–556
Berk LS, Tan S (1996) A positive emotion, the eustress of mirthful laughter, modulates the immune system lymphokine interferongamma. Psychoneuroimmunology Research Society Annual Meetings: A1–A4
Berk LS, Tan S, Fry WF (1989) Neuroendocrine and stress hormon changes during mirthful laughter. Am J Med Sci 289: 390–396
Berman E (1981) Multiple personality: Psychoanalytic perspectives. Int J Psychoanal 62: 283–300
Berne E (1970) Spiele der Erwachsenen. Rowohlt, Reinbek
Berne E (1975) Was sagen Sie, nachdem Sie guten Tag gesagt haben? Psychologie des menschlichen Verhaltens. Kindler, München
Berner P (1982) Psychiatrische Systematik. Huber, Bern
Bernhardt JA (1985) Humor in der Psychotherapie. Beltz, Weinheim
Bernheim H (1884) De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Doin, Paris
Bernheim H (1888) Die Suggestion und ihre Heilwirkung (übers. von Sigmund Freud). Franz Deuticke (fotomechanischer Nachdruck durch Edition Diskord, Tübingen, 1985), Leipzig und Wien
Bernheim H (1917) Automatisme et suggestion. Alcan, Paris
Bernstein E, Putnam FW (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 147: 727–735
Bernstein M (1956) The search for Bridey Murphy. Doubleday, Garden City, New York
Bertrand LD, Stam HJ, Radtke HL (1993) The Carleton Skills Training Package for modifying hypnotic susceptibility: A replication and extension. Int J Clin Exp Hypn 41: 6–14
Besser-Siegmund C (1989) Sanfte Schmerztherapie. Econ, Düsseldorf
Beutel M (1988) Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. VCH Medizin, Weinheim
Beutel M (1994) Was hat die Copingforschung für die Psychoonkologie gebracht? In: Strittmatter G (Hrsg) Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven in der psychosozialen Onkologie (10 Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie). Tosch, Münster, S 60–73
Beutler, L.E. (1992). Selective treatment matching: Systematic eclectic psychotherapy. In: Norcross JC, Goldfried MR (eds) The handbook of psychotherapy integration. Basic Books, New York
Biddle WE (1967) Hypnosis in the psychoses. C.C. Thomas, Springfield, Ill.
Bierbaum-Luttermann H, Mrochen S (2001) Nägelbeißen und Trichotillomanie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 373–385
Biesinger E (1996) Die Behandlung von Ohrgeräuschen. Was Tinnitus-Patienten das Leben erträglicher macht. Trias, Stuttgart
Birbaumer N, Flor H, Lutzenberger W, Elbert T (1995) The corticalization of chronic pain. In: Bromm B, Desmedt JE (eds) Pain and the brain: From nociception to cognition Advances in pain research and therapy. Vol 22. Raven press, New York, pp 331–343
Birkmayer W (1951) Hirnverletzungen. Springer, Wien
Bischof N (1996) Das Kraftfeld der Mythen. Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben. Piper, München
Bisson J (2005) Adding hypnosis to cognitive behavioral therapy may reduce some acute stress symptoms. Evid Based Ment Health 8: 109
Bittel K (1940) Der berühmte Hr. Doct. Mesmer vom Bodensee. Seeverlag, Friedrichshafen
Bittel K (1941) Das Leben Franz Anton Mesmers 1734–1815. In: Tischner R, Bittel K (Hrsg) Mesmer und sein Problem: Magnetismus, Suggestion, Hypnose. Hippokrates, Stuttgart, S 13–218
Bixler EO, Kales A, Soldatos CR et al. (1979) Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. Am J Psychiatry 136: 1257–1262
Blacher RS (1984) Awareness during surgery. Anesthesiology 61
Blakemore SJ, Oakley DA, Frith CD (2003) Delusions of alien control in the normal brain. Neuropsychologia 41: 1058–1067
Blalock JE (1994) The immune system: our sixth sense. The Immunologist 2: 8–15
Bleuler E (1911) Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig
Bliss EL (1983) Multiple personalities, related disorders and hypnosis. Am J Clin Hypn 26: 114–123
Bliss EL (1986) Multiple personalities, allied disorders and hypnosis. Oxford University Press, New York
Bliss EL, Larson EM (1985) Sexuality, criminality and hypnotizability. J Nerv Ment Dis 173: 522–526
Bloch B (1927) Über die Heilung von Warzen durch Suggestion. Klinische Wochenzeitschrift 6: 2271–2325
Bloch-Szentagothai K (2001) Hypnose in Notfallsituationen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 681–685
Bloom PB (1994) Clinical guidelines in using hypnosis in uncovering memories of sexual abuse: A master class commentary. Int J Clin Exp Hypn 42: 173–178
Bloom PB (2002) Structure versus freedom: The therapist's dilemma. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 15–20
Bloom PB (2005) Advances in neuroscience relevant to clinical hypnosis: A clinician's perspective. Hypnos 32: 17–24
Bognar Z, Varga K, Banyai EI, Gösi-Greguss AC (2002) The subjective experience of both the hypnotist and the subject

in the real-stimulation paradigm. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 125–128
Bohm D (1992) Vom Werden zum Sein. Goldmann, München
Bolocofsky DN, Spinler D, Coulthard-Morris L (1985) Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. J Clin Psychol 41: 35–41
Bongartz B, Bongartz W (1987) »Nyangkap Semengat« (Die Seele fangen): Trance bei den Schamanen der Iban in Nordbormeo. Experimentelle und Klinische Hypnose 3: 43–48
Bongartz B, Bongartz W (1988/1999) Hypnose: Wie sie wirkt und wem sie hilft. Rowohlt, Reinbeck
Bongartz B, Bongartz W (2001) Die Stellvertretertechnik. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 184–194
Bongartz W (1983) Veränderte Wahrnehmung in Hypnose: Der Einfluß von subjektiv erlebter Armverlängerung in Hypnose auf die kinästhetische Längendiskrimination. Experimentelle und Klinische Hypnose 1: 64–71
Bongartz W (1985) Encoding of high- and low-imagery nouns during hypnotic age regression. Experimentelle und Klinische Hypnose 1: 143–152
Bongartz W (1985a) German norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. Int J Clin Exp Hypn 33: 131–139
Bongartz W (1985b) Was ist Hypnose? In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H Erickson, Pfeiffer, München S 11–19
Bongartz W (1986) Abnahme von Plasmacortisol und weißen Blutzellen nach Hypnose. Experimentelle und Klinische Hypnose 2: 101–108
Bongartz W (1987) Messungen der verminderten Granulozytenzahl nach Hypnose mit dem Chemilumineszenzverfahren. Experimentelle und Klinische Hypnose 3: 101–108
Bongartz W (1988a) Das Erbe des Mesmerismus: Die Hypnose. In: Wolters G (Hrsg) Franz Anton Mesmer und der Mesmerismus: Wissenschaft, Scharlatanerie, Poesie. Universitätsverlag, Konstanz
Bongartz W (1988b) Hypnose in der Psychosomatischen Medizin. Prax Psychother Psychosom 33: 173–182
Bongartz W (1988c) Behandlung von Phantomschmerz mit »animalischem Magnetismus«. Fallbericht. Experimentelle und Klinische Hypnose 4: 1–10
Bongartz W (1990a) Hypnose und immunologische Funktionen. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 116–136
Bongartz W (1990b) The mechanism of hypnotic control of white blood cell count. In: van Dyck R, Spinhoven P, van der Does AJW, van Rood YR, de Moor W (eds) Hypnosis: Current theory, research and practice. VU University Press, Amsterdam, pp 85–92
Bongartz W (1991a) Drehschwindel (Morbus Meniere). In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 75–80
Bongartz W (1991b) Treatment of phantom limb pain by »Animal Magnetism«: A case report. Hypnos 18: 121–126
Bongartz B (1992) Using self-hypnosis for behavioral change in the treatment of neurodermatitis. In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 247–250
Bongartz W (1992a) Die prähistorischen Wurzeln der Trance. In: Peter B, Schmidt G (Hrsg) Erickson in Europa. Carl-Auer, Heidelberg, S 328–339
Bongartz W (ed) (1992b) Hypnosis: 175 years after Mesmer - Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz
Bongartz W (1993a) Hypnose und immunologische Funktionen. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 122–142
Bongartz W (1993b) Hypnosetherapie psychosomatischer Störungen. In: Christmann F, Dietrich M, Larbig W (Hrsg) Ambulante Verhaltensmedizin und Psychotherapie. Quintessenz, München
Bongartz W (1996) Der Einfluß von Hypnose und Streß auf das Blutbild. Psychohämatologische Studien. Peter Lang, Frankfurt
Bongartz W (1997) Direct and indirect suggestions: A physiological comparison. Paper presented at the 14th International Congress of Hypnosis, San Diego, USA
Bongartz W (1998) Beeinflussung der Haftfähigkeit (Adhärenz) von weißen Blutzellen (Granulozyten) durch Hypnose und Streß. HyKog 15: 33–42
Bongartz W, Blum GS (1986) Aufhebung der proaktiven Interferenz durch posthypnotische Amnesie? Experimentelle und Klinische Hypnose 2: 49–57
Bongartz W, Bongartz B (1993) Gelöst nach 170 Jahren? Ein Fall sexuellen Mißbrauchs im frühen Mesmerismus. Experimentelle und Klinische Hypnose 9: 21–26
Bongartz W, Bongartz B (1998/2000) Hypnosetherapie. Hogrefe, Göttingen
Bongartz W, Flammer E, Schwonke R (2002) Die Effektivität der Hypnotherapie: Eine meta-analytische Studie. Psychotherapeut 47: 67–76
Bonhoeffer K (1969) Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. In: Aschaffenburg G (Hrsg) Handbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Bonke B (1990) Psychological consequences of so-called unconscious perception and awareness in anaesthesia. In: Bonke B, Fitch W, Miller K (eds) Memory and awareness in anaesthesia. Swets & Zeitlinger, Amsterdam
Bonke B, Bovill JG, Moerman NE (eds) (1996) Memory and awareness in anaesthesia III. Van Gorcum, Assen, The Netherlands
Bonnet MH, Arand DL (1999) Diagnosis and treatment of insomnia. Proceedings of the American Psychological Association: 395–396
Boon S, Draijer N (1993) Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis. Swets & Zeitlinger, Amsterdam
Boon S, Van der Hart O (1996) Stabilisatie en symptoomreductie in de behandeling van patienten met een dissoci-

atieve identiteitsstoornis. Tijdschrift voor Psychiatrie 38: 159–172
Boon S, Van der Hart O (2003) De behandeling van de dissociatieve identiteisstoornis (Behandlung der dissozativen Identitätsstörung). In: Van der Hart O (ed) Trauma, dissociatie en hypnose (ath ed.) pp 193–238. Swets & Zeitlinger, Lisse
Bootzin RR (1972) A stimulus control treatment for insomnia. Proceedings of the American Psychological Association: 395–396
Borkovec TD (1982) Insomnia. J Consult Clin Psychol 50: 880–895
Borkovec TD, Fowles DC (1973) Controlled investigation of the effects of progressive and hypnotic relaxation on insomnia. J Abnorm Psychol 82: 153–158
Borysenko M (1987) The immune system: an overview. Ann Behav Med 9: 3–10
Boscolo L, Bertando P (1994) Die Zeiten der Zeit: Eine neue Perspektive in systemischer Therapie und Konsultation. Carl-Auer, Heidelberg
Bosse KA, Gieler U (1987) Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Huber, Bern
Bowers KS (1968) Hypnosis and creativity: A preliminary investigation. Int J Clin Exp Hypn 16: 38–52
Bowers KS (1989) Das Neo-Dissoziationsmodell und das sozialpsychologische Modell der Hypnose. HyKog 6: 23–32
Bowers P (1979) Hypnosis and creativity: The search for the missing link. J Abnorm Psychol 88: 564–572
Bowlby J (1988) A secure base: Clinical applications of attachment theory. Routledge, London
Braffman W, Kirsch I (1999) Imaginative suggestibility and hypnotizability: An empirical analysis. J Pers Soc Psychol 77: 578–587
Braid J (1842) Satanic agency and mesmerism reviewed, in a letter to the Rev. H. Mc. Neile, A.M., of Liverpool. Simms and Dinham, Manchester
Braid J (1843) Neurypnology; or, the rational of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism. Churchill & Black, London, Edinburgh
Braid J (1846/1882) Die Macht des Geistes über den Körper. In: Preyer W (Hrsg) Der Hypnotismus. Ausgewählte Schriften von J Braid. Paetel, Berlin, S 1–38
Braid J (1853/1882) Das hypnotische Heilverfahren. In: Preyer W (Hrsg) Der Hypnotismus. Ausgewählte Schriften von J Braid. Paetel, Berlin, S 185–242
Braid J (1855/1882) Zur Physiologie des Bezauberns. In: Preyer W (Hrsg) Der Hypnotismus. Ausgewählte Schriften von J Braid. Paetel, Berlin, S 257–264
Braid J (1881) Über den Hypnotismus. In: Preyer W (Hrsg) Die Entdeckung des Hypnotismus. Nebst einer ungedruckten Original-Abhandlung von Braid in deutscher Übersetzung. Paetel, Berlin, S 60–96
Braithwaite J (1991) Hypnotic intervention in treating Stress. Aust J Clin Hypnother 12
Bramwell JM (1896/1991) Über den sog. Automatismus des Hypnotisierten. HyKog 8: 59–61
Bramwell JM (1903) Hypnotism: Its history, practice and theory. Lippincott, Philadelphia
Brauer RO, Spira M (1966) Full thickness burns as source for donor graft in the pig. Plastic Reconstruction Surgery 37: 21–30
Braun A, Randolph C, Stoetter B et al. (1995) The funtional neuroanantomy of Tourette's syndrome: an FDG-PET study. II: Relationships between regional cerebral metabolism and associated behavioral and cognitive features of the illness. Neuropsychopharmacology 13: 151–168
Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH (1984) Dermatologie und Venerologie. Springer, Berlin Heidelber New York Tokio
Braus DF (2004) Ein Blick ins Gehirn. Thieme, Stuttgart
Brehm JW (1966). A theory of psychological reactance. New York
Brengelmann JC (1988) Stressbewältigungstraining 1: Entwicklung. Lang, Frankfurt
Brenman M, Gill MM (1947) Hypnotherapy: A survey of the literature. International Universities Press, New York
Breuer J, Freud S (1893) Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vorläufige Mitteilung). In: Gesammelte Schriften. Vol I. Intern. Psychoanal. Verlag, Leipzig/Wien/Zürich, S 7–24
Breuer J, Freud S (1895) Studien über Hysterie. In: Gesammelte Schriften. Vol I. Intern. Psychoanal. Verlag, 1925, Leipzig/Wien/Zürich, S 1–238
Brigham DD, Davis A, Cameron-Sampey D (1994) Imagery for Getting Well. Clinical Applications of Behavioral Medicine. Norton, New York
Brodmann K (1898) Zur Methodik der hypnotischen Behandlung. Zeitschrift für Hypnotismus 7: 1–35, 228–246, 266–284
Brodmann K (1902) Zur Methodik der hypnotischen Behandlung. Zeitschrift für Hypnotismus 10: 314–375
Brom D, Kleber RJ, Defares PB (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. J Consult Clin Psychol 57: 607–612
Brosschot JF, Benschop RJ, Godaert GL et al. (1992) Effects of experimental psychological stress on the distribution and function of peripheral blood cells. Psychosom Med: 394–406
Brostoff J, Scadding GK, Male D, Roitt IM (1992) Clinical Immunology. Chapman & Hall, Weinheim
Browman CP, Tepas DI (1976) The effects of presleep activity on all-night sleep. Psychophysiology 13: 536–540
Brown DP (1985) Hypnosis as an adjunct to the psychotherapy of the severely disturbed patient: An affective development approach. Int J Clin Exp Hypn 33: 281–301
Brown DP (1990a) Erika Fromm: An intellectual history. In: Fass ML, Brown D (eds) Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New York, pp 3–30
Brown DP (1990b) The variable long-term effects of incest: Hypnoanalytic and adjunctive hypnotherapeutic treatment. In: Fass ML, Brown D (eds) Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New York, pp 199–230
Brown DP, Fromm E (1986) Hypnotherapy and hypnoanalysis. Erlbaum, Hillsdale, New York
Brown DP, Fromm E (1987) Hypnosis and behavioral medicine. Erlbaum, Hillsdale, New York

Brown DP, Schefflin AW, Hammond CD (1998) Memory, trauma treatment, and the law. Norton, New York
Brown J, Chaves J (1980) Hypnosis in the treatment of sexual dysfunction. J Sex Marital Ther 6: 63–74
Brown RJ, Oakley DA (2004) An integrative cognitive theory of hypnosis and high hypnotizability. In: Heap M, Brown FJ, Oakley DA (eds) The highly hypnotizable person: Theoretical and experimental issues. Brunner-Routledge, East Sussex, New York, pp 152–186
Bruhn C (1926) Gelehrte in Hypnose. Zur Psychologie der Überzeugung und des Traumdenkens. Parus, Hamburg
Bryant R, Moulds M, Guthrie R, Nixon R (2005) The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral Therapy in treating acute stress disorder. J Consult Clin Psychol 73: 334–340
Bryant R, Moulds M, Nixon R et al. (2006) Hypnotherapy and cognitive behavior therapy of acute stressdisorder. A 3-year-follow-up. Behav Res Ther 44: 1331–1335
Bryant RA, Guthrie RM, Moulds ML (2001) Hypnotizability in acute stress disorder. Am J Psychiatry 158: 600–604
Bryant RA, Guthrie RM, Moulds ML et al. (2003) Hypnotizability and posttraumatic stress disorder: a prospective study. Int J Clin Exp Hypn 51: 382–389
Bryant RA, Mallard D (2003) Seeing is believing: The reality of hypnotic hallucinations. Conscious Cogn 12: 219–230
Buchner E (1922) Medien, Hexen und Geisterseher. Kulturhistorisch interessante Dokumente aus alten deutschen Zeitungen (17. und 18. Jahrhundert). Langen, München
Buijssen (1997) Wenn der Beruf zum Alptraum wird. Beltz, Weinheim
Burian W (1985) Das Alexithymiekonzept in der Suchtforschung. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 8: 33–37
Burns D (1980) Feeling good: The new mood therapy. Wm. Morrow, New York
Burns D, Nolen-Hoeksema S (1991) Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. J Consult Clin Psychol 59: 305–311
Burrows GD, Dennerstein LE (1980) Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine. Elsevier/North-Holland Biomedical Press, Amsterdam
Bush G, Luu P, Posner MI (2000) Cognitive and emotional influences in anterior cingulated cortex. Trends Cogn Sci 4: 215–222
Buske-Kirschbaum A, Kirschbaum C, Hellhammer D (1990) Die Erlernbarkeit immunologischer Reaktionen. In: Aids und Psyche. Hrsg Sigma Bohn, Berlin
Buske-Kirschbaum A, Kirschbaum C, Stierle H, Lehnert H, Hellhammer D (1992) Conditioned increase in natural killer cell activity (NKCA) in humans. Psychosom Med: 123–132
Butler B (1954) The use of hypnosis in the care of the cancer patient. Cancer 7: 1–14
Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P et. al (1996) Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. Am J Psychiatry 153: 42–63
Butler LD, Symons BK, Henderson SL et al. (2005) Hypnosis reduces distres and duration of an invasive medical procedure for children. Pediatrics 115: 77–85
Butollo W (1996) Selbstunterstützung, Kontakt und Dialog als Komponenten in der integrativen Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. HyKog 13: 5–22
Butollo W, Hagl M, Krüsmann M (1999) Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Pfeiffer, München
Butollo W, Höfling S, Piesbergen C (1996) Ausbildung und methodische Ausrichtung Psychologischer Psychotherapeuten. Ergebnisse einer Umfrage. Report Psychologie 2/96: 127–137
Butollo W, Krüsmann M, Hagl M (1998) Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. Pfeiffer, München
Byrne D (1964) Repression-sensitization as a dimension of personality. In: BAM (ed) Progress in experimental personality research. Academic Press, New York
Cadranel JF, Benhamou Y, Zylberberg P et al. (1994) Hypnotic relaxation: a new sedative tool for colonoscopy? J Clin Gastroenterol 18: 127–129
Caillet A (1912) Manuel bibliographique des sciences psychiques ou occultes. Lucien Dorbon, Paris
Caire JB (1986) Importance of depht of trance. In: Zilbergeld B, Edelstien MG, Aaroz DL (eds) Hypnosis: Questions and Answers. Norton, New York
Calabrese JR, King MA, Gold PW (1987) Alterations in immunocompetence during stress, bereavement and depression: focus on neuroendocrine regulation. Am J Psychiatry: 1123–1134
Callahan (1990) The rapid treatment of panic, anxiety and agoraphobia, Vista Santa Rosa
Campbell J (1996) Die Masken Gottes. dtv, München
Cangello VW (1962) Hypnosis for the patient with cancer. Am J Clin Hypn 4: 215–226
Capafons A (2002) Dissemination of hypnosis: Don't change the name, change the perspective. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 225–236
Caprez G (1984) Neuropsychologische Therapie nach Hirnschädigungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Cardeña E (2000) Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. Int J Clin Exp Hypn 48: 225–238
Cardona E, Moises M (2002) Tobacco addiction and hypnosis: Performance of a 2 sessions hypnosis-based structured treatment in a clinical series. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 41–54
Cardoso JM, Barbosa A, Ismail F, Pombo S (2006) NETER alcoholic typology (NAT). Alcohol 41: 133–139
Carpenter WB (1852) On the influence of suggestion in modifying and directing muscular movement, independently of volition. Proc R Inst G B 1: 147–154
Carus CG (1846) Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele. Flammer & Hoffmann, Pforzheim

Carus CG (1857) Über Lebensmagnetismus und über die magischen Wirkungen überhaupt. F.A. Brockhaus, Leipzig
Casey KL, Minoshima S, Berger KL et al. (1994) Positron emission tomographic analysis of cerebral structures activated specifically by repetitive noxious heat stimuli. J Neuropyhsio 4: 802–807
Cavallo G, Cuomo R, Viscardi A et al. (1985) Hypnosis for upper gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 31: 228
Chambless DL, Hollon SD (1998) Defining empirical supported therapies. J Consult Clin Psychol 66: 7–18
Chandrasena R (1982) Hypnosis in the treatment of viral warts. Psychiatr J Univ Ott 7: 135–137
Channon LD (1987) Some similarities between disordered drinking and eating patterns: Case illustrations and implications for treatment. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 15: 47–51
Chapman LF, Goodell H, Wolff HG (1959a) Augmentation of the inflammatory reaction by activity of the central nervous system. AMA Archiv of Neurology 1: 557–572
Chapman LF, Goodell H, Wolff HG (1959b) Changes in tissue vulnerability induced during hypnotic suggestion. J Psychosom Res 4: 99–105
Chapman RC, Gavrin J (1995) Suffering and the Dying Patient. Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control 3: 67–90
Charcot JM (1882) Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. Comptes-Rendus hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences 94: 403–405
Chaves JF, Brown JM (1987) Spontaneous coping strategies for pain. J Behav Med 10: 263–276
Cheek DB (1959) Unconscious perception of meaningful sounds during surgical anesthesia as revealed under hypnosis. Am J Clin Hypn 1: 101–113
Cheek DB (1960a) Removal of subconscious resistance to hypnosis using ideomotor questioning techniques. Am J Clin Hypn 3: 103–107
Cheek DB (1960b) What does the surgically anesthetized patient hear? Rocky Mountains Med J 57: 49
Cheek DB (1962) Importance of recognizing that surgical patients behave as though hypnotized. Am J Clin Hypn 4: 227–236
Cheek DB (1962a) Ideomotor Questioning for investigation of subconscious »Pain« and target organ vulnerability. Am J Clin Hypn 5: 30–41
Cheek DB (1962b) The anesthetized patient can hear and remember. Am J Proctol 13: 287
Cheek DB (1964a) Surgical memory and reaction to careless conversation. Am J Clin Hypn 6: 237–240
Cheek DB (1964b) Further evidence of persistence of hearing under chemo-anesthesia: Detailed case report. Am J Clin Hypn 7: 55–59
Cheek DB (1974) Sequential head and shoulder movements appearing with age-regression in hypnosis to birth. Am J Clin Hypn 16: 261–266
Cheek DB (1990) Feto-maternal telepatic communication and its significance. Hypnos 17: 71–82
Cheek DB (1993) On telepathy, clairvoyance and »hearing« in utero. Hypnos 20: 76–85
Cheek DB (1994) Hypnosis. The applicaton of ideomotor techniques. Allyn & Bacon, Boston
Cheek DB, LeCron LM (1968) Clinical hypnotherapy, Grune & Stratton, New York
Chertok I, Kramarz P (1959) Hypnosis sleep and electroencephalography. J Nerv Ment Disea 128: 227–238
Chertok L (1968) The discovery of the transference: Towards an epistemological interpretation. Int J Psychoanal 49: 560–577
Chertok L (1979) Le non-savoir des psy. L'hypnose entre la psychoanalyse et la biologie. Payot, Paris
Chertok L (1984) Hypnose. Fischer TB, Frankfurt
Chevreul M-E (1854) De la baguette divinatoire, du pendul dit explorateur; au point de vue de l'histoire, de la critique et de la methode experimentale. Mallet-Bachelier, Gendu et Successeur de Bachelier, Paris
Chong TM (1975) Trance states in Singapore. Brit J Clin Exp Hypn 5: 102–107
Chow E, Tsao MN, Harth T (2004). Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. Palliat Med 18: 25–31
Cichetti D, Cummings EM, Greenberg MT, Marvin RS (1990) An organizational perspective on attachment beyond infancy: Implications for theory, measurement and research. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds) Attachment in the preschool years. The University of Chicago Press, Chicago, pp 3–49
Cierpka M (Hrsg) (1996) Handbuch der Familiendiagnostik. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Cikurel KG, J. H. (1990) The effect of an active–alert hypnotic induction on lateral asymmetry in haptic processing. Brit J Clin Exp Hypn 40: 204–232
Ciompi L (1982) Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
Ciompi L (1986) Zur Integration von Fühlen und Denken im Licht der »Affektlogik«. Die Psyche als Teil eines autopoietischen Systems. In: Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgren E (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart. Vol I. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 373–410
Ciompi L (1988) Innenwelt-Außenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur Transference-Focused Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart
Claudewitz K (2000) Past-life regression – Fact of fiction? Hypnos 27: 23–28
Clawson TA, Swade RH (1975) The hypnotic control of blood flow and pain: The cure of warts and the potential for the use of hypnosis in the treatment of cancer. Am J Clin Hypn 17: 160–169
Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S (1981) Inheritance of alcohol abuse: crossfostering analyses of adopted men. Arch Gen Psychiatry 38: 861–868
Cochrane G (1992) Hypnosis and weight reduction: Which is the cart and which is the horse? Am J Clin Hypn 35: 109–118
Cochrane GJ, Friesen J (1986) Hypnotherapy in weight-loss treatment. J Consult Clin Psychol 54: 489–492

Coderre TJ, Katz J, Vaccarino AL, Melzack R (1993) Contribution of central plasticity to pathological pain: Review of clinical and experimental evidence. Pain 52: 259–285
Coe MT, Dalenberg CJ, Aransky KM, Reto CS (1995) Adult attachment style, reported childhood violence and types of dissociative experiences. Dissociation 8: 142–152
Cohen SM, Fiske J, Newton JT (2000) The impact of dental anxiety on daily living. Br Dent J 189: 385–390
Cohrs S, Hajak G (1999) Differentialtherapie der Insomnie. Psycho 25: 430–438
Collison DR (1968) Hypnotherapy in the management of asthma. Am J Clin Hypn: 6–11
Collison DR (1975) Which asthmatic patiens should be treated by hypnotherapy? Med J Aust 1(25)
Coman GJ, Evans BJ (1996) Clinical update on eating disorders and obesity: Implications for treatment with hypnosis. Hypnos 23: 83–92
Comer R (1995) Klinische Psychologie. Spektrum, Berlin
Conlong P, Rees W (1999) The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation. Postgrad Med J 75: 223–225
Conn JH (1972) Is hypnosis really dangerous? Int J Clin Exp Hypn 20: 61–79
Conn LM, Mott T (1984) Plethysmographic demonstration of rapid vasodilation by direct suggestion: A case of Raynaud's Disease treated by hypnosis. Am J Clin Hypn 26: 166–170
Cooper LM (1979) Hypnotic amnesia. In: Fromm E, Shor RE (eds) Hypnosis: Developments in research and new perspectives, Aldine, New York, pp 305–350
Copeland DR (1986) The application of object relations theory to the hypnotherapy of developmental arrests: The borderline patient. Int J Clin Exp Hypn 34: 157–168
Coromaldi E, Basar–Eroglu C, Stadler MA (2004) EEG-Rhythmen während tiefer Meditation: Eine Einzelfallstudie mit einem Zen-Meister. HyKog 21: 61–77
Coué E (1966) Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestion. Schwabe, Basel
Council JR (2002) A historical overview of hypnotizability assessment. Am J Clin Hypn 44: 199–208
Council JR, Green JP (2004) Examining the the absorption-hypnotizability link: the roles of acquiescence and consistency motivation. Int J Clin Exp Hypn 52: 364–377
Cousins N (1996) Der Arzt in uns selbst. Wie Sie Ihre Selbstheilungskräfte aktivieren können. Rowohlt, Reinbek
Cramon D, von Zihl J (1988) Neuropsychologische Rehabilitation. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Crasilneck HB (1995) The use of the Crasilneck Bombardment Technique in problems of intractable organic pain. Am J Clin Hypn 37: 255–266
Crasilneck HB, Hall JA (1985) Clinical hypnosis: Principles and applications. Grune & Stratton, New York
Crasilneck HB, Stirman JA, Wilson BJ, McCranie EJ, Fogelman MJ (1955) Use of hypnosis in the management of burns. JAMA 158: 103–106
Crawford HJ (1989) Cognitive and physiological flexibility: Multiple pathways to hypnotic responsiveness. In: Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (eds) Suggestion and suggestibility: theory and research. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 155–168
Crawford HJ (1994) Brain systems involved in attention and disattention (hypnotic analgesia) to pain. In: Pribram KH (ed) Brain and selforganization. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New York, pp 661–679
Crawford HJ (1994a) Brain dynamics and hypnosis: Attentional and disattentional processes. Int J Clin Experimental Hypnosis 42: 204–232
Crawford HJ (1994b) Brain systems involved in attention and disattention (hypnotic analgesia) to pain. In: Pribram K (ed) Brain and self organization. Hillsdale, New York, Lawrence Erlbaum, pp 661–679
Crawford HJ (1996) Cerebral brain dynamics of mental imagery: Evidence and issues for hypnosis. In: Kunzendorf RG, Spanos NP, Wallace B (eds) Hypnosis and Imagination. Baywood Publication Company, Amityville, NY, pp 253–283
Crawford HJ, Allen SN (1983) Enhanced visual memory during hypnosis as mediated by hypnotic responsiveness and cognitive strategies. Journal of Experimental Psychology Monographs General 112: 662–685
Crawford HJ, Allen SN (1996) Paired-associate learning and recall of high and low imagery words: Moderating effects of hypnosis, hypnotic susceptibility level, and visualization Abilities. Am J Psychol 109: 353–372
Crawford HJ, Gruzelier JH (1992) A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: Recent research and future directions. In: Fromm E, Nash M (eds) Contemporary hypnosis research. Guilford Press, New York, pp 227–266
Crawford HJ, Gur RC, Skolnick B et al. (1993) Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia. Int J Psychophysiol 15: 181–195
Crawford HJ, Horton JE, Harrington GS et al. (2000) Attention an Disattention (hypnotic analgesia) to noxious somatosensory TENS stimuli: fMRT differences in low and highly hypnotizable individuals. Neuroimage 11: 44
Crawford HJ, Horton JE, Lichtenberg P (2004) Die Neurowissenschaft der Hypnose: Der Einfluss von genetischen, neuroanatomischen und Informationsgeschwindigkeitsfaktoren auf die hypnotische Antwortbereitsschaft. HyKog 21: 93–117
Crawford HJ, Kitner-Triolo M, Clarke SW, Olesko B (1992) Transient positive and negative experiences accompanying stage hypnosis. J Abnorm Psychol 101: 663–667
Crawford HJ, Knebel T, Kaplan L et al. (1998) Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event–related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. Int J Clin Exp Hypn 46: 92–132
Crawford HJ, Wallace B, Nomura K, Slater H (1986) Eidetic-like imagery in hypnosis: Rare but there. Am J Psychol 99: 527–546
Creed F, Fernandes L, Guthrie E et al. (2003) The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. Gastroenterology 124: 303–317

Cheek DB (1961) Value of ideomotor sex-determination technique of LeCron for uncovering subconscious fear in obstetric patiens. Int J Clin Exp Hypn 9: 249–260
Cheek DB (1988) Einige Beiträge Ericksons zur Medizin. HyKog 5: 34–38
Cromarty P, Marks I (1995) Does rational role-play enhance the outcome of exposure therapy in dysmorphophobia? A case study. Brit J Psychiatry 167: 399–402
Csako R, Mészáros I (2002) Altered-state experiences during relaxation: do they depend on hypnotic susceptibility. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 137–144
Csikszentmihalyi, M (1997) Kreativität -Wie sie das Unmögliche schaffen und Ihre Grenzen überwinden, Klett-Cotta, Stuttgart
Cwikel J, Behar L, Rabson-Hare J, (2000). A comparison of a vote count and a meta-analysis review of intervention research with adult cancer patients. Res Soc Work Pract 10: 139–158
D'Eslon C (1780) Observations sur le magnétisme animal. Didot, Saugrain, Clousier, London, Paris
Dafny N (1983) Interferon modifies EEG and EEG-Like activity recorded from sensory, motor and limbic system structures in freely behaving rats. Neurotoxicol 4: 235–240
Dahinterová J (1967) Some experiences with the use of hypnosis in the treatment of burns. Int J Clin Exp Hypn 15: 49–53
Damasio AR (1997) Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. dtv, München
Damasio AR (2000) Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. List, München
Damasio AR (2004) Descartes' Irrtum. List, München
Dantzer R, Bluthé RM, Kent S, Goodall G (1993) Behavioral effects of cytokines: An insight into mechanisms of sickness behaviour. In: De Souza E (ed) Methods in Neuroscience. Vol 17. Academic Press, Orlando, pp 130–149
Darnton R (1986) Der Mesmerismus und das Ende der Aufklärung in Frankreich. Ullstein, Berlin
Das JP (1958) Factor analysis of a hypnotic scale. Indian Journal of Psychology 33: 97–100
Davison GC, Neale JM, Hautzinger M (2002) Klinische Psychologie. Beltz, Weinheim
DeBellis MD, Deshavan MS, Clark DB et al. (1999) Developmental Traumatology, Part II. Brain Development in Biological Psychiatry 45: 1271–1284
De Benedittis G (1996) The healing dream. The therapeutic use of dreams in hypnosis. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 69–77
De Beneditis G (2002) The healer within: Hypnotic pathways to remarkable recoveries. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 145–155
De Benedittis G, Longostreui GP (1988) Cerebral blood flow changes in hypnosis: A single photon emission computerized tomography (SPECT) study Fourth International Congress of Psychophysiology, Prague
De Benedettis G, Sironi VA (1985) Depth EEG of epileptic patients durino hypnotic and non hypnotic states. Proc 9th Int Congr Hypn Psychosom Med: 149–159
De Benedettis G, Sironi VA (1988) Arousal effects of electrical deep brain stimulation in hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 36: 96–106
De Benedittis G, Cigada M, Bianchi A, Signorini M-G et al. (1994) Autonomic changes during hypnosis: A heart rate variability power spectrum analysis as a marker of sympatho-vagal balance. Int J Clin Exp Hypn 42: 140–152
De Camara DL, Raine T, Robson MC (1981) Ultrastructural aspects of cooled thermal injury. J Trauma21: 911–919
De la Tourette G (1889) Der Hypnotismus und die verwandten Zustände vom Standpunkte der gerichtlichen Medicin (mit einem Vorwort von JM Charcot). Verlagsanstalt A.-G. (vorm. JF Richter), Hamburg
De Lange FP, Roelfs K, Toni I (2007) Increased self-monitoring during imagined movements in conversion paralysis. Neuropsychologia 45: 2051–2058
De Pascalis V (2000) Suggestion and suggestibility: Theoretical and psychophysiological aspects. In: DePascalis V, Gheorghiu VA, Sheehan PW, Kirsch I (eds) Suggestion and Suggestibility: Theory and Research: Hypnosis International Monographs No 4. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 29–62
De Pascalis V (2002) Hypnotic analgesia, obstructive attentional processes and psychophysiological mechanisms. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 157–173
De Pascalis V, P.M. P (1990) 40-Hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing. Int J Clin Exp Hypn 38: 125–138
De Pascalis V, Perrone M (1996) EEG asymmetry and heart rate during experience of hypnotic analgesia in high and low hypnotizables. Int J Psychophysiol 21: 163–175
De Pascalis V, Marucci F, Penna PM, Pessa E (1989) Hemispheric activity of 40 Hz Eeg during recall of emotional events: Differences between low and high hypnotizables. Int J Psychophysiol 5: 167–180
De Pascalis V, Magurano MR, Bellusci A (1999) Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: Effects of differential pain reduction strategies. PAIN Pain 83: 499–508
De Pascalis V, Cacae I, Massicolle F (2004) Perception and modulation of pain in waking and hypnosis: functional significance of phase–ordered gamma oscillations. PAIN MANAGE Pain Management 112: 27–36
De Shazer S (1989/1995) Der Dreh. Carl-Auer, Heidelberg
Decety J, Jeannerod M (1996) Mentally simulated movements in virtual reality. Does Fitts law hold in motor imagery? Beh Brain Res 72: 127–134

Decety J, Chaminade T, Grezes J, Meltzoff AN (2002) A PET exploration of the neural mechanisms involved in reciprocal imitation. NeuroImage 15: 265–272
Deitch EA (1990) The management of burns. N Engl J Med 323: 1249–1253
Del Boca FK, Hesselbrock MN (1996) Gender and alcoholic subtypes. Alcohol Health Res World 20: 56–66
Delboeuf J (1892/93) Einige psychologische Betrachtungen über den Hypnotismus gelegentlich eines durch Suggestion geheilten Falles von Mordmanie. Zeitschrift für Hypnotismus 1: 43–48, 84–90
Delboeuf J (1896/1991) Kriminelle Suggestionen. HyKog 8: 62–63
Deleuze JPF (1813) Histoire critique du magnétisme animal. Mame, Paris
Deleuze JPF (1825) Instruction pratique sur le magnétisme animal. J.G. Dentu, Paris
Dement WC, Guilleminault C (1973) Sleep disordesst: the state of the art. Hospital practice
Dement W, Seidel W, Carskadon M (1984) Issues in the diagnosis and treatment of insomnia. Psychopharmacology Suppl 1: 11–43
Deng G, Cassileth BR (2005) Integrative Oncology: complementary therapies for pain, axiety and mood disturbance. CA Cancer J Clin 55: 109–116
DePascalis V, Marucci FS, Penna MP, Pessa E (1987) Hemispheric activity of 40 Hz EEG during recall of emotional events: Differences between high and low hypnotizable. Int J Psychophysiol 5: 167–180
Depression Guideline Panel (1993a) Depression in primary care: Vol 1 Diagnosis and detection. Departement of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD
Depression Guideline Panel (1993b) Depression in primary care: Vol 2 Treatment of major depression. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD
Depression Guideline Panel (1993c) Depression in primary care: Detection, diagnosis and treatment: Quick reference guide for clinicians. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD
Derbyshire SW, Vogt BA, Jones AK (1998) Pain and Stroop interference tasks activate separate processing modules in anterior cingulate cortex. Exp Brain Res 118: 52–60
Derbyshire SW, Whalley MG, Stenger VA, Oakley DA (2004) Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. NeuroImage 23: 392–401
Derogatis LR (1983) SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual. Clinical Psychometric Research
Der Prozess Czynski: Thatbestand desselben und Gutachten über Willensbeschränkung durch hypnotisch-suggestiven Einfluss abgegeben vor dem oberbayrischen Schwurgericht zu München, von Prof. Dr. Grashey in München, Prof. Dr. Hirt in Breslau, Dr. Frh. v. Schrenck-Notzing in München, Prof. Dr. Preyer in Wiesbaden. (1895) Enke, Stuttgart
Derra C (2003) Entspannungsverfahren und Hypnose. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg) Handbuch Chronischer Schmerz. Schattauer, Stuttgart, S 392–403
D'Eslon C (1781) Beobachtungen über den thierischen Magnetismus. Michael Macklot, Carlsruhe
Dessoir M (1896) Das Doppel-Ich. Günther, Leipzig
Deuscher J (1987) Subjektives Befinden und objektive Biosignale während zahnärztlich konservierender Behandlung mit Audioanalgesie. Unveröfflichte medizinische Dissertation, Ulm
Devinsky O, Morrell MJ, Vogt BA (1995) Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. Brain 118: 279–306
De Waal, F (2006) Der Affe in uns. Hanser, München
Deyoub PL (1984) Hypnotic stimulation of antisocial behavior: A case report. Int J Clin Exp Hypn 32: 301–306
Diamond MJ (1987) The interactional basis of hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 35: 95–115
Diamond MJ (1988) Accessing archaic involvement: Toward unraveling the mystery of Erickson's hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 36: 141–156
Dietrich A (2003) Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: the transient hypofrontality hypothesis. Consc Cogn 12: 231–256
Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) (2006) WHO Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 3. Aufl., Huber, Bern
Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993/2000) Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Huber, Bern
Dilts R (1991) Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit. Junfermann, Paderborn
Dilts R (1994) Know-how für Träumer. Junferman, Paderborn
Dinger E (1986) Schöpferisches Bewußtsein. Kösel, München
Diószeghy C, Varga K (2002) The use of hypnotic suggestions with patients in the intensive care unit. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 175–183
Disbrow EA, Bennett HL, Owings JT (1993) Effect of preoperative suggestions on postoperative gastrointestinal motility. Western J Medicine 158: 485–492
Dixon M, Laurence J (1992) Two hundred years of hypnosis research: Questions resolved? Questions unanswered! In: Fromm E NM (ed). Guilford, New York, pp 34–66
Dixon NF (1981) Preconscious processing. Wiley, New York
Domangue BB, Margolis CG, Lieberman DK (1985) Biochemical correlates of hypnoanalgesia in arthritic pain patients. J Clin Psychiatry: 235–238
Drees A (1995) Freie Phantasien. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Drossman DA (1997) Irritable bowel syndrom and sexual physical abuse history. Eur J Gastroenterol Hepatol 9: 327–330
Drossman DA, Thompson WG (1992) The irritable bowel syndrom: Review and a gratuated multicomponent treatment approach. Ann Intern Med 116: 1009–1016

Du Potet (de Sennevoy) BJD (1850) Manuel de l'étudiant magnétiseur, ou nouvelle instruction pratique sur le magnétisme, fonfée sur 30 années d'expériences et d'observation. Baillière, Paris

DuHamel KN, Difede J, Foley F, Greenleaf M (2002) Hypnotizability and trauma symptoms after burn injury. Int J Clin Exp Hypn 50: 33–50

Dünninger P, Kunzelmann KH (1989) Angstabbau in der zahnärztlichen Praxis mittels ausgewählter hypno-suggestiver Techniken. In: Sergl HG, Müller-Fahlbusch H (Hrsg) Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Quintessenz, Berlin

Ebbinghaus H (1885) Über das Gedächtnis. Dunker, Leipzig

Ebell H (1992) Can hypnosis play a part in a diversified, comprehensive therapeutic concept for the treatment of cancer related pain? In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 393–396

Ebell H (1994) Hypnosis and Cancer Pain: Ericksonian Approach vs. Standardized Suggestibility Testing. In: Lankton S (ed) Ericksonian Monographs, Nr 11 »Difficult contexts in Therapy«. Brunner & Mazel, New York

Ebell H (1996) Hypnose und Psychoneuroimmunologie – Magisches Denken im Mantel wissenschaftlicher Erkenntnisse. Experimentelle und Klinische Hypnose 12: 91–105

Ebell H (2001) Psychotherapeutische Aspekte, Patientenführung bei chronisch Schmerzkranken. In: Brune K, Beyer A, Schäfer M (Hrsg) Schmerz – Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 162–172

Ebell H (2002) Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden. HyKog (Hypnose in Medizin und Zahnmedizin) 19: 27–38

Ebell H (2004) Nachwort. In: Ebell H, Schuckall H (Hrsg) Warum therapeutische Hypnose? – Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten (47 Fallgeschichten). Pflaum, München, S 492–500

Ebell H (2006) Hypnose und Selbsthypnose in der psychotherapeutischen Zusammenarbeit mit chronisch Kranken. CH-Hypnose XVI: 7–9

Ebell H (2008a). The Therapist as a Travelling Companion to the Chronically Ill: Hypnosis and Cancer related Symptoms. Contemp Hypnosis 25(1): 46–56

Ebell H (2008b), Selbsthypnose als ergänzendes Therapieangebot für Patienten mit starken Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung. Zusammenfassende Darstellung der Fragestellungen und Ergebnisse der von der Deuschen Krebshilfe/Mildred Scheel Stiftung eV geförderten Studie (1988–91) PDF. Homepage: www.doktorebell.de.

Ebell H, Beyer A (1993) Pharmacological Treatment and Self Hypnosis for Cancer Pain. Poster, 7th World Congress on Pain (IASP), Paris

Ebell H, Beyer A, Kapsner T (1992) Self Hypnosis as Part of a Therapeutic Concept for Cancer Pain. Poster. Third Annual Bristol-Myers Squibb Symposium on Pain Research »Current and Emerging Issues in Cancer Pain: Research and Practice, Seattle, WA (USA)

Ebell H, Przetak C, Kapsner T (1994) Die Verlaufserfassung von Tumorschmerzsyndromen. In: Psychoonkologie ÖGf (Hrsg) Jahrbuch der Psychoonkologie, Wien, S 3–14

Ebell H, Schuckall H (Hrsg) (2004), Warum therapeutische Hypnose? – Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten (47 Fallgeschichten). München: Pflaum.

Ebers W (1988) Überlegungen zum Einsatz von Hypnose bei Patienten mit psychotischer Symptomatik. (Reflections regarding the use of hypnosis with patients suffering from psychotic symptomatologies.). Experimentelle und Klinische Hypnose 4: 159–169

Eberspächer H (2007) Mentales Training. Das Handbuch für Trainer und Sportler. Stiebner, München

Echterling LG (1991) Risiken der Bühnenhypnose. HyKog 8: 31–37

Echterling LG, Emmerling DA (1987) Impact of stage hypnosis. Am J Clin Hypn 29: 149–154

Eckenhoff RG, Johansson JS, Wei H et al. (2004) Inhaled anesthetic enhancement of amyloid beta aggregation and cytotoxicity. Anesthesiology 101: 703–709

Edelson J, Fitzpatrick JL (1989) A comparison of cognitive-behavioral and hypnotic treatments of chronic pain. J Clin Psychol 45: 316–323

Edgette JH, Sasson Edgette J (1995) The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy. Brunner & Mazel, New York

Edinger (1990) Der Weg der Seele. Der psychotherapeutische Prozeß im Spiegel der Alchemie. Kösel, München

Edinger JD, Wohlgemuth WK (1999) The significance and managment of persistent primary insomnia. Sleep Medicine Reviews 3: 101–118

Edinger JD, Bastian LA, Young M et al. (2000) Insomnia and the eye of the beholder. J Consult Clin Psychol 68: 586–593

Edmonston W (1986) The induction of hypnosis. J. Wiley & Sons, New York

Eeden Fv (1892/93) Die Grundzüge der Psychotherapie. Zeitschrift für Hypnotismus 1: 53–65

Egbert LD (1986) Preoperative anxiety. The adult patient. International Anesthetic Clinics 24: 17–37

Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecker HK (1963) The value of preoperative visit by the anesthetist. JAMA 158: 553

Egbert LD, Battit GE, Welch CH, Bartlett MK (1964) Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. N Engl J Med 270: 825–827

Egner T, Jamieson G, Gruzelier J (2005) Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. NeuroImage 27: 969–978

Ehlers W, Knebusch RE, Revenstorf D, Brengelmann JC (1975) Suggestibilität als Therapieform in verschiedenen Formen der Raucher-Therapie. Archiv fur Psychologie 127: 210–219

Ehlert U (2003) Kommentar zur Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (s. www.wbpsychotherapie.de)

Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD (2003) Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. Science 302: 290–292

Eitner S, Wichmann M, Schultze-Mosgau A, Schlegel A, Leher A, Heckmann J, Heckmann S, Holst S (2006) Neurophysi-

ologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment - A comparative interdisciplinary clinical study. Int J Clin Exp Hypn 54: 457–479
Elbert T, Flor H, Birbaumer N et al. (1994) Plastic changes in the adult somatosensory cortex. Extensive reorganization of the somatosensory cortex in adult humans after nervous system injury. Neuroreport 5: 1593–1597
Eliade J (1960) Yoga. Unsterblichkeit und Freiheit. Rascher, Zürich
Elkins G, Jensen MP, Patterson DR (2007) Hypnotherapy for the management of chronic pain. Int J Clin Exp Hypn 55: 275–287
Ell C (2000) Dokumentierte Patientenaufklärung: Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD). Perimed Compliance Verlag, Erlangen
Ellenberger HF (1970) The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. Basic Books, New York
Ellenberger HF (1985) Die Entdeckung des Unbewußten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von ihren Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung, Zürich: Diogenes
Ellis A (1977) Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen. Pfeiffer, München
Ellis A (1987) Angst vor der Angst: Die Verwendung von Hypnose mit Rational-Emotiver Therapie. HyKog 4: 64–71 X RET
Ellison C (2001) Intimacy-Based Sex Therapy: Sexual Choreographie. In: Kleinplatz PJ (ed) New Directions in Sex Therapy Innovations and Alternatives. Taylor & Francis, Philadelphia
Elton D, Burrows GD, Stanley GV (1980) Hypnosis and chronic pain. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 8: 83–90
Engel RR, Engel-Sittenfeld P (1980) Schlafverhalten, Persönlichkeit und Schlafmittelgebrauch von Patienten mit chronischen Schlafstörungen. Nervenarzt 51: 22–29
Engeter M (1988) Bewältigung der Diagnose HIV-positiv und ihrer psychosozialen Folgen
Engkling N, Marwinski G, Jöhren P (2006) Aetiology and prevalence of dental anxiety: Representative survey of 300 residents of a large German city. Clinical Oral Investigations 10: 84–91
Ennemoser J (1819) Der Magnetismus nach der allseitigen Beziehung seines Wesens, seiner Erscheinungen, Anwendung und Enträthselung in einer geschichtlichen Entwicklung von allen Zeiten und bei allen Völkern. F.A. Brockhaus, Leipzig
Ennemoser J (1842) Der Magnetismus im Verhältnis zur Natur und Religion. J.G. Cotta'scher Verlag, Stuttgart und Tübingen
Enquist B Reduced blood loss in maxillo-facial surgery after hypnotic preparation
Enqvist B (1996). Pre-surgical hypnosis and suggestions in anesthesia. Thesis, Karolinska Institutet. ISBN 91-628-2199-7
Enqvist B, Konow Lv, Bystedt H (1995) Stress reduction, preoperative hypnosis and perioperative suggestion in maxillo-facial surgery. Stress Medicine 11: 229–233
Enqvist, Bjorn; von Konow, L.; Bystedt, H. (1995a). Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: Effects on blood loss and recovery. Int J Clin Exp Hypn, 43 (3), 284–294
Epstein G (1995) Wachtraumtherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
Erdelyi MH (1988) Hypermnesia: The effect of hypnosis, fantasy and concentration. In: Pettinati HME (ed) Hypnosis and memory. Guilford, New York, pp 64–94
Erdelyi MH (1994) Hypnotic hypermnesia: The empty set of hypermnesia. Special Issue: Hypnosis and delayed recall: I. Int J Clin Exp Hypn 42: 379–390
Erdelyi MH (1996) The recovery of unconscious memories. Hypermnesia and reminiscence. University of Chicago Press, Chicago
Erickson EH (1950) Childhood and society. Imago, New York
Erickson MH (1937/1997) Eintreten einer offenkundigen Bewußtlosigkeit während des hypnotischen Durchlebens einer traumatischen Erfahrung. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 62–71
Erickson MH (1939/1995) Eine hypnotische Technik für Patienten mit Widerstand: Der Patient, die Technik, die Grundlagen und Feldexperimente. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 1, S 416–461
Erickson MH (1939/1996) Eine experimentelle Untersuchung zur möglichen antisozialen Verwendung von Hypnose. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 2. Carl-Auer, Heidelberg, S 164–206
Erickson MH (1944/1998) Hypnose in der Medizin. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 35–51
Erickson MH (1952/1995) Tiefe Hypnose und ihre Induktion. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 1. Carl-Auer, Heidelberg, S 204–244
Erickson MH (1953/1980) Impotence: Facilitating unconscious reconditioning. In: Rossi E (ed) The collected papers of Milton H Erickson on hypnosis Vol IV Innovative hypnotherapy, New York: Irvington, pp 374–382
Erickson MH (1954/1995) Pseudoorientierung in der Zeit als hypnotherapeutische Vorgehensweise. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 6. Carl-Auer, Heidelberg, S 145–177
Erickson MH (1958/1998) Pädiatrische Hypnotherapie. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 233–241
Erickson MH (1959) Hypnosis in painful terminal illness. Am J Clin Hypn 1: 117–121
Erickson MH (1960/1997) Untersuchungsgegenstand der Hypnoseforschung. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 3. Carl-Auer, Heidelberg, S 428–460
Erickson MH (1961/1995) Historische Anmerkungen zur Handlevitation und anderen ideomotorischen Techniken. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 1. Carl-Auer, Heidelberg, S 198–203
Erickson MH (1962/1996) Rückensyndrom nach Bühnenhypnose. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 2. Carl-Auer, Heidelberg, S 210–212

Erickson MH (1964/1995) Eine hypnotische Technik für Patienten mit Widerstand: Der Patient, die Technik, die Grundlagen und Feldexperimente. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 1. Carl-Auer, Heidelberg, S 416–461

Erickson MH (1964/1998) Die Last der Verantwortung in einer erfolgreichen Hypnotherapie. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 273–278

Erickson MH (1965/1997) Das Problem der Amnesie in Wach- und Trancezuständen. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 79–94

Erickson MH (1965a/1995) Eine spezielle Untersuchung mit Aldous Huxley zu Wesen und Natur verschiedener Bewußtseinszustände. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 1. Carl-Auer, Heidelberg, S 127–160

Erickson MH (1965b/1998) Hypnotherapie: Das Anrecht des Patienten sowohl auf Erfolg als auch auf Mißlingen. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 185–190

Erickson MH (1965c/1998) Nutzen des Symptoms als integraler Bestandteil der Hypnotherapie. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 279–293

Erickson MH (1966/1998) Die Einstreu-Technik der Hypnose zur Symptomkorrektur und Schmerzkontrolle. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 342–363

Erickson MH (1966/1998) Erfolgreiche Hypnotherapie, die mißlungen ist. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 191–195

Erickson MH (1966a) The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. Am J Clin Hypn 8: 198–209

Erickson MH (1966b) Successful Hypnotherapy that Failed. Am J Clin Hypn 9: 62–65

Erickson MH (1967/1995) Weitere experimentelle Untersuchungen der Hypnose: hypnotische und nichthypnotische Wirklichkeit. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 1. Carl-Auer, Heidelberg, S 39–126

Erickson MH (1967/1998) Eine Einführung in Theorie und Praxis der Hypnose zur Schmerzkontrolle. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 5. Carl-Auer, Heidelberg, S 310–320

Erickson MH (1980) The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, Vol I–IV, New York: Irvington

Erickson MH (1993/1995) Eine hypnotische Technik für Patienten mit Widerstand: Der Patient, die Technik, die Grundlagen und Feldexperimente. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 13. Carl-Auer, Heidelberg, S 416–461

Erickson MH (1995–97) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Carl-Auer, Heidelberg

Erickson MH (1997a) Das Problem der Amnesie in Wach- und Trancezuständen. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 79–94

Erickson MH (1997b) Die klinische Entdeckung einer gespaltenen Persönlichkeit. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 326–338

Erickson MH (1997c) Klinische und experimentelle Beobachtungen zur hypnotischen Amnesie: Einführung in einen unveröffentlichten Aufsatz. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 72–78

Erickson MH (1997d) Wörtlichnehmen: eine experimentelle Untersuchung. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 121–130

Erickson MH, Erickson AH (1997) Bestimmung vergangener Wochentage im hypnotischen bzw. im Wachzustand. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 145–152

Erickson MH, Erickson EM (1958/1997) Weitere Erörterung der Zeitverzerrung: Subjektive Zeitverdichtung im Unterschied zur Zeitausdehnung. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 3. Carl-Auer, Heidelberg, S 398–408

Erickson MH, Kubie L (1941) The successful treatment of treatment of a case of acute hysterical depression by a return under hypnosis to a critical phase of childhood. Psychoanalytic Quarterly 10: 583–609

Erickson MH, Kubie LS (1941/1997) Die erfolgreiche Behandlung eines Falles von akuter hysterischer Depression durch die Rückkehr in eine kritische Phase der Kindheit unter Hypnose. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 156–181

Erickson MH, Rapaport D (1945/1997) Erkenntnisse über die Persönlichkeitsstrukturen von zwei verschiedenen dualen Persönlichkeiten mit Hilfe projektiver und psychometrischer Tests. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 339–360

Erickson MH, Rossi EL (1974/1997) Varianten hypnotischer Amnesie. In: Rossi EL (Hrsg) Gesammelte Schriften von Milton H Erickson. Vol 4. Carl-Auer, Heidelberg, S 95–119

Erickson MH, Rossi EL (1979) Hypnotherapy: An exploratory casebook. Irvington, New York

Erickson MH, Rossi EL (1981) Hypnotherapie. Aufbau – Beispiele – Forschungen. Pfeiffer, München

Erickson MH, Rossi EL (1989) The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy. Brunner & Mazel, New York

Erickson MH, Rossi EL (2004) Hypnose erleben. Veränderte Bewustseinszustände therapeutisch nutzen. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart

Erickson MH, Rossi EL (2006) Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele, Forschungen. Klett-Cotta, Stuttgart

Erickson MH, Rossi EL, Rossi SL (1978/1986) Hypnose: Induktion, psychotherapeutische Anwendung, Beispiele. Pfeiffer, München

Erickson MH, Rossi SL, Rossi EL (1976) Hypnotic Realities. Wiley, New York
Erman W (1924–25) Der tierische Magnetismus in Preußen vor und nach den Freiheitskriegen. Historische Zeitschrift Beiheft 4
Ernst H (1994) Die Weisheit des Körpers. Piper, München
Ersland L, Rosen G, Lundvold A et al. (1996) Phantom limb »fingertapping« causes primary motor cortex activation: An fMRI study. Neuroreport 8
Ertl H (1914) Vollständiger Lehrkurs des Hypnotismus. Spohr, Leipzig
Ertle D, Fahle A (1996) Zur Wirkung von Ericksonscher Hypnotherapie bei essentieller Hypertonie. Unveröfflichte Diplomarbeit U Universität Mannheim/Technische Hochschule Darmstadt
Eschenmayer CAv (1816) Versuch, die scheinbare Magie des thierischen Magnetismus aus physiologischen und psychischen Gesetzen zu erklären, Stuttgart, Tübingen
Eschenmayer CAv (1820) Ueber Gaßners Heilmethode. Erster Abschnitt: Dokumente. Archiv für den Thierischen Magnetismus 8: 86–136
Eschenmayer CAv (1821) Nachtrag zu der Ansicht der Gaßnerschen Heilmethoden. Archiv für den Thierischen Magnetismus 9: 1–41
Esdaile J (1846/1902) Mesmerism in India and its practical application in surgery medicine. The Psychic Research Company, Chicago
Evans B, Barnard S, Arkush C (1996) Optometric uses of hypnosis. Contemporary Hypnosis 13: 69–73
Evans C, Richardson PH (1988) Improved recovery and reduced postoperative stay after therapeutic suggestions during general anaesthesia. Lancet 2: 491–493
Evans FJ (1979) Contextual forgetting: Posthypnotic source amnesia. J Abnorm Psychol 88: 556–563
Evans FJ (1988) Posthypnotic amnesia: Dissociation of content and context. In: Pettinati HME (ed) Hypnosis and memory. Guilford, New York, pp 157–192
Evans FJ (1989) The independence of suggestibility, placebo response, and hypnotizability. In: Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (eds) Suggestion and suggestibility: Theory and research. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 145–154
Everill J, Waller G, McDonald W (1995) Dissociation in bulimic and non-eating-disordered woman. Int J Eat Disord 17: 127–134
Ewer TC, Stewart DE (1986) Improvement of bronchial hyperresponsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique. Br Med Ji: 1129–1132
Ewin DM (1973) Hypnosis in industrial practice. Journal of Occupational Medicine 15: 586–589
Ewin DM (1978) Clinical use of hypnosis for attenuation of burn depth. In: Frankel FH, Zamansky HS (eds) Hypnosis at its Bicentennial. Plenum, New York
Ewin DM (1979) Hypnosis in burn therapy. In: Burrows GD, Collison DR, Dennerstein L (eds) Hypnosis 1979. Elsevier/North Holland Press, Amsterdam-New York, pp 269–277
Ewin DM (1983) Emergency room hypnosis for the burned patient. Am J Clin Hypn 26: 5–8
Ewin DM (1984) Hypnosis in surgery and anesthesia. In: Wester WC, Smith AH (eds) Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach. Lippincott, Philadelphia
Ewin DM (1986a) Emergency room hypnosis for the burned patient. Am J Clin Hypn 29: 7–12
Ewin DM (1986b) The effects of hypnosis and mental set on major surgery and burns. Psychiatr Ann 16: 115–118
Ewin DM (1992) Hypnotherapy for warts (Verruca Vulgaris): 41 consecutive cases with 33 cures. Am J Clin Hypn 35: 1–10
Ewin DM (2001) Verbrennungen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 617–625
Eysenck HJ (1943) Suggestibility and hypnosis – an experimental analysis. Porceedings of the Royal Society of Medicine 36: 349–354
Eysenck HJ (1989) Personality, primary and secondary suggestibility, and hypnosis. In: Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (eds) Suggestion and suggestibility: Theory and research. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 57–68
Eysenck HJ, Furneaux WD (1945) Primary and secondary suggestibility: An experimental and statistical study. Journal of Experimental Psychology 35: 485–503
Fábián Tk, Vértes G, Szabó A, Varga K (2002) Photo-acoustic stimulation and hypnotherapy. An effective combination for treatment of oral psychosomatic disorders. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 191–208
Fagerström KO (1978) Measuring degree of physical dependance to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviors 3: 235–241
Fahran S (2002) Hypnosis and Migraine. Dissertation, Universität, Tübingen
Faist JW (1987) Beeinflussung phobischen Verhaltens durch ein dissoziatives Interventionsmuster nach Bandler & Grinder. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Bielefeld U Fachbereich Pädagogik der Univ. Bielefeld
Faith M, Ray WJ (1994) Hypnotizability and dissociation in a collage age population: Orthogonal differences. Pers Individ Dif 17: 211–216
Faller H (2001) Krankheitsbewältigung und Überlebenszeit bei Krebskranken. Psychotherapeut 46: 20–35
Fanselow MS, Lester LS (1988) A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In: Bolles RC, Beecher MD (eds) Evolution and learning. Erlbaum, Hillsdale, New York, pp 185–212
Farah MJ (1988) Is visual imagery really visual? Overlooked evidence from neuropsychology. Psychological Review 95: 307–317
Farber B (1988) Case management of post-traumatic stress: A manual for therapists treating sexual assault and dissociative disorders. Westlake Village, CA
Farber BM (1995) Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern von Traumatisierungen. HyKog 11: 68–83

Faria JC (1819) De la cause du sommeil lucide: ou étude sur la nature de l'homme, Paris: Henri Jouve
Farrelly F, Brandsma J (1985) Provokative Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Farrer C, Frith CD (2002) Experiencing oneself vs. another person as being the cause of an action: the neural correlates of the experience of agency. NeuroImage 15: 596–603
Fass ML, Brown DP (eds) (1990) Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, New York
Faulstich J (2006a) Das heilende Bewusstsein. Droemer Knaur, München
Faulstich J (2006b) Das innere Land. Droemer Knaur, München
Fawzy FI, Fawzy NW (2000) Psychoedukative Interventionen bei Krebspatienten: Vorgehensweisen und Behandlungsergebnisse. In: Larbig W, Tschuschke V (Hrsg) Psychoonkologische Interventionen – Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. Reinhard, München, S 151–181
Fawzy FI, Pasnau R, Wellisch D et al. (1983) A comprehensive psychological approach to obesity. Psychiatr Med 1: 257–273
Faymonville ME, Boly M, Laureys S (2006) Functional neuroanatomy of the hypnotic state. J Physiol Paris 99: 463–469
Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH et al. (1995) Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. Reg Anesth 20
Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C et al. (2000) Neural mechanisms of antinoceptive effects of hypnosis. Anesthesiology 92: 1257–1267
Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J et al. (1997) Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. Pain 73: 361–367
Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J (1999) Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. Acta Chir Belg 99: 131–136
Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G et al. (2003) Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. Brain Res Cogn Brain Res: 255–262
Fegg M (2005) Spontanremission. In: Sellschopp A, Fegg M, Frick E, Gruber U, Pouget-Schors D, Theml H, Vodermaier A, Vollmer T (Hrsg) Manual Psychoonkologie – Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge Tumorzentrum München an den Med Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität. Vol 2. Zuckscherdt, München, S 102–105
Feinstein D, Krippner S (1987) Persönliche Mythologie. Sphinx-Medien, Basel
Feldman JB (1988) Subliminale Wahrnehmung und Informationsverarbeitungstheorie: Empirische und konzeptuelle Stichhaltigkeit von Ericksons Begriff des Unbewußten. HyKog 5: 74–86
Feldt H (1985) Vorstellungen von physikalischer und psychischr Energie zur Zeit Mesmers. In: Schott H (Hrsg) Franz Anton Mesmer und die Geschichte des Mesmerismus. Franz Steiner, Stuttgart, S 31–43
Feller I, Flora JD, Bawol R (1976) Baseline results of therapy for burned patients. JAMA 236: 1943–1947
Felten DL, Felten SY, Bellinger DL et al. (1987) Noradrenergic sympathetic neural interactions with the immune system: Structure and function. Immunol Rev 100: 225–260
Ferenczi S (1909/1972) Introjektion und Übertragung. In: Balint M (Hrsg) Schriften zur Psychoanalyse. Vol II. Fischer, Frankfurt am Main, S 12–47
Ferenczi S (1970) Zähmung eines wilden Pferdes (1913). In: Schriften zur Psychoanalyse. Vol I. Fischer, Frankfurt am Main, S 130–134
Ferenczi S, Rank O (1924) Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Int. Psa. Verlag, Leipzig
Ferguson DM (1987) The effect of two audiotaped nlp-phobia-treatments on public speaking anxiety. Dissertation Abstracts International 49: 765
Feselmayer S, Beiglböck W, Burian W, Lentner S (1988) Psychologische Charakteristika jugendlicher Abhängiger in Langzeit- und Kurzzeiteinrichtungen. In: Ladewig D (Hrsg) Drogen und Alkohol – Aids bei Drogenabhängigkeit. ISPA-Press, Lausanne, S 84–101
Feselmayer S, Marx R, Hofleitner I, Beiglböck W (1983) Kritische Untersuchung zum organischen Psychosyndrom. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 6: 3–14
Feselmayer SB, Beiglböck W (1991) Der ungeliebte Klient – Aspekte der Psychotherapie mit Abhängigen. Personenzentriert 2: 48–63
Fest JC (1993) Das Gesicht des Dritten Reiches. Profile einer totalitären Herrschaft. Piper, München
Fichte JG (1813) Tagebuch über den animalischen Magnetismus. In: Fichte JH (Hrsg) JG Fichtes nachgelassene Werke. Vol 3, Leipzig
Fichter MM (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Fiedler P (1998) Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Weinheim
Field PB (1965) An inventory scale of hypnotic depth. Int J Clin Exp Hypn 13: 238–249
Fields HL, Basbaum AI (1999) Central nervous system mechanisms of pain modulation. In: Wall P, Melzack R (eds) Textbook of Pain. Churchill Livingstone, London, pp 309–329
Fingelkurts AA, Kallio S, Revonsuo A (2007) Cortex functional connectivity as a neurophysiological correlate of hypnosis: an EEG case study. Neuropsychologia 45: 1452–1462
Finkelstein S (2003) Rapid Hypnotic Inductions and Therapeutic Suggestions in the Dental Setting. Int J Clin Exp Hypn 51: 77–85
Finkelstein S, Greenleaf Howard MG (1984) Krebsverhütung: Eine Drei-Jahres-Pilotstudie. HyKog 1: 43–55
Fischer F (1839) Der Somnambulismus. Schweighauser, Basel
Flammer E (2006) Die Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Angststörungen. Hypnose Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 1: 173–198
Flammer E, Bongartz W (2003) Einfluss von Hypnose auf immunologische Prozesse. In: Revenstorf D (Hrsg) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie – im Auftrag der MEG und DGH, S 42–49
Fleischhacker-Kelemen L (1999) Sattelfest in Turbo-Trance. Aktiv-Wachhypnose. Workshop auf dem 2. Weltkongreß für Psychotherapie, Wien, 4.–8. Juli

Fletcher DJ (1986) Coping with insomnia. Postgraduate Medicine 69: 265–274
Flims (1995) Empfehlungen für die psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung von Krebspatienten. Konsensus aller Teilnehmer der internationalen Tagung über psychotherapeutische Interventionen bei Krebspatienten vom 12.–14. Januar, Flims (Schweiz)
Flor H, Elbert T, Knecht S et al. (1995) Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. Nature 375: 482–484
Flor H, Stolle AM (2006) Lernen, Plastizität des Gehirns und Schmerz – Implikationen für die Behandlung. Nervenheilkunde 6: 445–451
Florey E (1995) Ars Magnetica. Franz Anton Mesmer, 1734–1815, Magier vom Bodensee. Universitätsverlag Konstanz, Konstanz
Flynn DM, DuBreuil SC, Gabora NJ, Jones B (1990) Skill training and trainer/subject rapport in hypnotizability gain. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 18: 83–90
Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (2000) Effective treatments for PTSD. Guiford, New York
Fong Y, Moldawer LL, Shires GT, Lowry SF (1990) The biologic characteristics of cytokines and their implication in surgical injury. Surgery in Gynecology and Obstetrics 170
Forbes A, Mc Auley S, Chiotakakou-Faliakou E (2000) Hypnotherapy and therapeutic audiotape: effective in previously unsuccessfully treated irritable bowel syndrome? Int J Colorectal Dis 15: 328–334
Forel A (1888) Der Hypnotismus und seine strafrechtliche Bedeutung. Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft
Forel A (1889) Der Hypnotismus. Seine Bedeutung und seine Handhabung. Enke, Stuttgart
Forel A (1892/93) Suggestionslehre und Wissenschaft. Zeitschrift für Hypnotismus 1: 1–10, 33–42, 73–83
Forel A (1893/94) Das Verhältnis gewisser therapeutischer Methoden zur Suggestion. Zeitschrift für Hypnotismus 2: 385–390
Forni G, Bindoni M, Santoni A et al. (1983) Radiofrequency destruction of the tuberoinfundibular region of hypothalamus permanently abrogates NK cell activity in mice. Nature 306: 181–184
Förstl H (2004) Frontalhirn, Funktionen und Erkrankungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Foucault M (1983) Sexualität und Wahrheit. Der Wille zum Wissen. Vol 1, Frankfurt
Fourie DP (1994) Hypnose: Ein ökosystemischer Ansatz. Quintessenz, München
Fourie DP (1995) Die Attribuierung von Bedeutung und das Ritual der Hypnose in der Familientherapie. In: Kruse P, Dreesen HN (Hrsg) (1995) Therapeutische Rituale. HyKog 11: 11–24
Fourie DP (2002) Attribution of meaning: Use of the pill in hypnotherapy. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 219–224
Fox BH (1995) Some problems and some solutions in research of psychotherapeutic intervention in cancer. Support Care Cancer 3: 257–263
Frackowiak RS, Lenzi GL, T. J, Heather JD (1980) Quantitative measurement of regional cerebral blood flow and oxygen metabolism in man using 15O and positron emission tomography: theory, procedure and normal values. J Comp Assist Tomogr 4: 727–736
Francis CY, Houghton LA (1996) Use of hypnotherapy in gastrointestinal disorder. Eur J Gastroenterol Hepatol 8: 525–529
Frank JD (1985) Die Heiler. Klett, Stuttgart
Frankel FH (1974) Trance capacity and the genesis of phobic behaviour. Arch Gen Psychiatry 31: 261–263
Frankel FH (1980) Phobic disorders and hypnosis. In: Burrows GD, Dennerstein L (eds) Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine. Elsevier/North-Holland Biomedical Press, Amsterdam, pp 171–184
Frankel FH (1988) The clinical use of hypnosis in aiding recall. In: Pettinati HM (ed) Hypnosis and memory. Guilford, New York, pp 247–264
Frankel FH (1990) Hypnotizability and dissociation. Am J Psychiatry 147: 823–829
Frankel FH, Apfel-Savitz R, Nemiah JC, Sifneos PE (1977) The relationship between hypnotizability and alexithymia. In: Bräutigam W, von Rad M (eds) Toward a theory of psychosomatic disorders Proceedings of the 11th European conference on psychosomatic research. Karger, Basel, pp 172–178
Frankel FH, Orne MT (1976) Hypnotizability and phobic behaviour. Arch Gen Psychiatry 33: 1259–1261
Frankl V (1960) »Paradoxical Intention«. Am J Psychother 14: 520
Frankl V (1963) Man's search for meaning. Bantam Books, New York
Frankl V (1984) Man's search for meaning. Simon & Schuster, New York
Frankl VE (1959) Grundriß der Existenzanalyse. In: Gebsattel F, Schultz HJ, Frankel VE (Hrsg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Vol III. Urban & Schwarzenberg, München
Franklin B, Majault, Roi L, Sallin, Bailly, d'Arcet, Bory d, Guillotin, Lavoisier L (1784) Rapport des commissaires chargés par Le Roi de l'examen du magnétisme animal. Imprimé par ordre du Roi. les Marchands de Nouveautés, Paris
Franz M, Krafft W, Croissant B (1996) Alexithymie – psychometrisches Phantom oder psychophysiologische Realität. Psychother Psychosom Med Psychol 46: 1–10
Frasquilho F, Oakley DA (1997) Hypnotizability, dissioiation and three factors of eating behaviour. Contemporary Hypnosis 14: 105–111
Frederikson M, Witz G, Annas P et al. (1995) Functional neuroanatomy of visual elicited simple phobic fear: additional data and theoretical analysis. Psychophysiology 32: 43–48
Freesmeyer WB (1992) Funktionstherapie in der zahnärztlichen Praxis. Hanser, München
Freesmeyer WB (1993) Zahnärztliche Funktionstherapie. Hanser, München

Freud S (1889) Rezension von August Forel »Der Hypnotismus«, Stuttgart 1889. Wiener medizinische Wochenschrift 39: 1097–1100
Freud S (1892–93) Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den »Gegenwillen«. In: Gesammelte Schriften. Vol I. Intern. Psychoanal. Verlag, 1925, Leipzig/Wien/Zürich, S 258–272
Freud S (1900) Die Traumdeutung. In: Gesammelte Schriften. Vol II. Intern. Psychoanal. Verlag, 1925, Leipzig/Wien/Zürich
Freud S (1909) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. In: Gesammelte Schriften. Vol VIII. Intern. Psychoanal. Verlag, 1924, Leipzig/Wien/Zürich, S 127–265
Freud S (1914) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. In: Gesammelte Schriften. Vol VI: Original in Intern. Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, II. Intern. Psychoanal. Verlag, Leipzig/Wien/Zürich, S 109–119
Freud S (1916–17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Gesammelte Schriften. Vol VII. Intern. Psychoanal. Verlag, 1925, Leipzig/Wien/Zürich
Freud S (1919) Wege der psychoanalytischen Therapie, Bd. 12. Fischer, Frankfurt am Main 1987
Freud S (1925) Selbstdarstellung. Fischer, Frankfurt am Main
Freud S (1927) Der Humor. In: Gesammelte Schriften. Vol XI. Intern. Psychoanal. Verlag, Leipzig/Wien/Zürich, S 402–408
Freud S, Breuer J (1895) Studien über Hysterie. Fischer, 1983, Frankfurt am Main
Freund U (1993) Märchen als Metaphern in der Hypnotherapie. Workshop auf dem 6th European Congress of Hypnosis, Vienna
Freund U (1995a) Seminar »Therapeutische Märchen und Metaphern«. Institut für Integrierte Therapie (IIT), München
Freund U (1995b) Nichtrauchen in einer Stunde. video cooperative ruhr, Dortmund
Freytag N (1996) Exorzismus und Wunderglaube im späten 18. Jh. Reaktionen auf die Teufelsbanner und Wunderheiler J.J. Gaßner und A. Knoerzer. In: Dillmann E (Hrsg) Regionales Prisma der Vergangenheit Perspektiven der modernen Regionalgeschichte (19/20 Jahrhundert). Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert, S 89–105
Freytag N (1997) Praxis zwischen »Wissenschaft« und »Aberglauben«. Animalischer Magnetismus in Preußen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Jütte R (Hrsg) Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Vol 15: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Franz Steiner, Stuttgart, S 141–166
Freytag N (2000) Der Mesmerismus auf dem preußischen Gesundheitsmarkt 1812 bis ca. 1850. HyKog 17: 115–134
Freytag N, Van den Bossche B (1999) Aberglauben, Krankheit und das Böse. Exorzismus und Teufelsglaube im 18. und 19. Jahrhundert. Rheinisch-westfälische Zeitschrift für Volkskunde 44: 67–93
Frischenschlager O, Brömmel B, Russinger U (1992) Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker: Eine methodenkritische Literaturübersicht (Stand: Dezember 1990). Psychother Psychosom Med Psychol 42: 206–213
Frischholz EJ, Lipman LS, Braun BG, Sachs (1992) Psychopathology, hypnotizability and dissociation. Am J Psychiatry 149: 1521–1525
Fromm E (1965) Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2: 127–133
Fromm E (1968) Transference and countertransference in hypnoanalysis. Int J Clin Exp Hypn 16: 77–84
Fromm E (1970) Age regression with unexpected reappearance of a repressed childhood language. Int J Clin Exp Hypn 18: 79–88
Fromm E (1972) Ego activity and ego passivity in hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 20: 238–251
Fromm E (1979) The nature of hypnosis and other altered states of consciousness: An ego psychological theory. In: Fromm E, Shor RE (eds) Hypnosis: Developments in research and new perspectives. Aldine Publishing Company, New York, pp 81–103
Fromm E (1984a) Hypnoanalysis: With particular emphasis on the borderline patient. Psychoanalytic Psychology 1: 61–76
Fromm E (1984b) The theory and practice of hypnoanalysis. In: Wester WC, Smith AH (eds) Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach. Lippincott, New York, pp 142–154
Fromm E (1987) Psychoanalysis and hypnoanalysis: A professional history and a challenge. Psychoanalytic Psychology 4: 207–218
Fromm E (2000) Interview mit Erika Fromm (Interv. B. Peter). HyKog 17: 155–169
Fromm E, Gardner GG (1979) Ego psychology and hypnoanalysis. An integration of theory and technique. Bull Menninger Clin 43: 413–423
Fromm E, Hurt SW (1980) Ego-psychological parameters of hypnosis and other altered states of consciousness. In: Burrows GD, Dennerstein L (eds) Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine. Elsevier/North-Holland Biomedical Press, Amsterdam, New York, Oxford, pp 13–27
Fromm E, Nash MR (1996) Psychoanalysis and Hypnoanalysis. International Universities Press, New York
Froreich WV (1973) Eberhard Gmelin – zwischen Kerner und Kleist. Nachrichtenblatt für die Stadt Weinsberg, Weinsberg
Frühmorgen P (1998) Medikation vor und während endoskopischer Untersuchungen. In: (Hrsg.) PF (Hrsg) Gastroenterologische Endoskopie: ein Leitfaden zur Diagnostik und Therapie (4 Aufl). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Fukunishi I, Sasaki K, Chishima Y, Anze M et. al (1996) Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase: Studies of posttraumatic stress disorder and alexithymia. Gen Hosp Psychiatry 18: 121–127
Funck H (1894) Der Mesmerismus und Somnambulismus in der Badischen Markgrafschaft, Freiburg und Leipzig
Fürstenau P (1993) Freuds Wege der psychoanalytischen Therapie – 75 Jahre später. Z Psychosom Med 3: 224–229
Fürstenau P (2004), Zur Zukunft der Psychotherapie. Vortrag auf der Fachtagung »Psychotherapie im Dialog« 5.–7. September in Berlin. Psychodynamische Psychotherapie 3: 160–166

Fürstenau P (2007), Psychoanalytisch Verstehen, systemisch Denken, suggestiv intervenieren. 3. Aufl. Pfeiffer (Klett Cotta), Stuttgart
Furth GM (1991) Heilen durch Malen. Walter, Olten
Gabelmann B, Kossak H-C (1983) Standford Hypnotic Susceptibility Scale – deutsche Übersetzung. Bochum
Gabert-Varga U, Schmid M, Revenstorf D (1991) Einstreutechnik und therapeutische Anekdoten zur Behandlung akuter Schmerzen. Eine empirische Untersuchung/Interspersal techniques and therapeutic anecdotes in the treatment of acute pain: An empirical study. Experimentelle und Klinische Hypnose 7: 109–146
Gallo FP (1999) Energetische Psychologie. Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg
Gallwey TW (1994) Tennis und Psyche. WILA, München
Galovsky TE, Blanchard EB (1998) The treatment of irritable bowel syndrom with hypnotherapy. Applied Psychophysiology and Biofeedback 23: 219–232
Gandhi B, Oakley DA (2005) Dies »hypnosis« by any other name smell as sweet? The efficacy of »hypnotic« inductions depends on the label »hypnosis«. Conscious Cogn 14: 304–315
Gardner GG, Lubman A (1982–83) Hypnotherapy for children with cancer: Some current issues. Am J Clin Hypn 25: 135–142
Gartell N, Hermans J, Felstein M, Localio R (1986) Psychiatrist-patient sexual contact, I: Prevanlence. Am J Psychiatry 143: 1126–1131
Gaßner JJ (1774) Weise, fromm und gesund zu leben, auch gottselig zu sterben, oder: Nützlicher Unterricht, wider den Teufel zu streiten, etc., In der Hochfürstlichen Buchdruckerei des Stiftes zu Kempten
Gaßner JJ (1787) Weise wider den Teufel zu streiten: durch Beantwortung der Fragen: I. Kann der Teufel dem Leibe der Menschen schaden? II. Welchen am mehrsten? III. Wie ist zu helfen. Mit Erlaubnis geistlicher Obrigkeit
Gauld A (1992) A history of hypnotism. Cambridge University Press, Cambridge
Gearan P, Kirsch I (1993) Response expectancy as a mediator of hypnotizability modification: A brief communication. Int J Clin Exp Hypn 41: 84–91
Gearan P, Schoenberger NE, Kirsch I (1995) Modifying hypnotizability: A new component analysis. Int J Clin Exp Hypn 43: 70–89
Gebbensleben B, Rohde H (1990) Angst vor der gastrointestinalen Endoskopie – ein bedeutsames Problem? Deutsche Medizinische Wochenschau 115: 1539–1544
Geiger R (1983) Persönliche Mitteilung, Buchenbach, 15.5.
Gemingnani A, Tosetti M, Montanaro D et al. (2004) Sensorymotor cortex activity modulation by hypnotic susceptibility and hypnosis during finger movement. Arch Ital Biol 142: 77–85
Gendlin ET (1974) Focusing. Müller, Salzburg
Genuis ML (1995) The use of hypnosis in helping cancer patients control anxiety, pain, and emesis: A review of recent empirical studies. Am J Clin Hypn 37: 316–325
Gerber WD (1986) Verhaltensmedizin der Migräne. Edition Medizin, Weinheim
Gerber WD, Kropp P (1993) Migräne als Reizverarbeitungsstörung? Empirische Untersuchungen zur kontingenten negativen Variation bei Migränepatienten. Der Schmerz 7: 280–286
Gerdes N (1986) Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. Ein wissenssoziologischer Beitrag zu Fragen der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. In: Schmidt W (Hrsg) Leben mit Krebs. Kaiser, München, S 10–34
Gerl W (1985) Zum Verhältnis von Beziehung und Technik in der psychologischen Krebstherapie. In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H Erickson, Pfeiffer, München, S 194–213
Gerl W (1993) Hypnose als Therapie. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 176–202
Gerl W (1997) Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. Was macht sie effektiv? HyKog 14: 67–82
Gerl W (1998) Moderne Hypnose. Arbeit mit dem Unbewußten. Trias, Stuttgart
Gerl W (1999) Atemharmonie. In Einklang kommen mit sich selbst (CD). Eigenverlag, München (ISBN 3-9808847-1-6)
Gerl W (2001) Reframing. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 269–285
Gerl W (2001) Ressourcen- und Zielorientierung. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 75–83
Gerl W (2001) Vertiefung der Trance. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 204–216
Gerl W (2002) Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. MEGaPhon 35
Gerl W (2004a) Dauerhaft frei mit Hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung. In: Jochims I, Gerl W (Hrsg) Rauchfrei ohne zuzunehmen. Hedwig, Berlin
Gerl W (2004b) »Ungeheuer väterlich«: Eine Hypnotherapie, die als Raucherentwöhnung begann und zur Persönlichkeitsreifung führte. In: Schuckall H, Ebell H (Hrsg) Warum Hypnose? Pflaum, München
Gerl W (2007a) Die SMOKEX-Arbeitsgemeinschaft. Informationen für Psychotherapeuten, Psychologen und Ärzte. München, Institut für Integrierte Therapie, www.smokex.de
Gerl W (2007b) Rauchfrei durch Hypnotherapie. PTAheute 11, Juni: Deutscher Apotheker Verlag
Gerl W, Freund U (2001) Rauchen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 344–359
Gerschman JA, Burrows GD (1997) Dental anxiety disorders and hypnotizability. In: Mehrstedt M, Wikström PO (eds) Hypnosis in Dentistry: Hypnosis International Monographs No 3. www.MEG-Stiftung.de, München, S 25–32
Gerschman JA, Burrows GD (1999) Zahnbehandlungsangst und Hypnotisierbarkeit. HyKog 16: 103–110

Gfeller JD (1993) Enhancing hypnotizability and treatment responsiveness. In: Rhue JW, Lynn SJ, Kirsch I (eds) Handbook of clinical hypnosis. American Psychological Association, Washington, pp 235–249
Gfeller JD, Lynn SJ, Pribble WE (1987) Enhancing susceptibility: Interpersonal and rapport factors. J Pers Soc Psychol 52: 586–595
Gheorghiu VA (1965) Untersuchung individueller Eigenheiten der Vorstellungen mittels Hypnose. Psychiatr Neurol Med Psychol 17: 265–274
Gheorghiu VA (1971a) Relations between the direct and indirect forms of the Body Sway Test. Int J Clin Exp Hypn 19: 134–139
Gheorghiu VA (1971b) The influence of motivational factors on hypnotic susceptibility. Am J Clin Hypn 13: 169–170
Gheorghiu VA (1972) Experimentelle Untersuchungen zur hypnotischen Hypermnesie. In: Langen D (Hrsg) Hypnose und psychosomatische Medizin. Hippokrates, Stuttgart, S 42–46
Gheorghiu VA (1973) Hypnose und Gedächtnis: Untersuchungen zur hypnotischen Hypermnesie und Amnesie, München: Goldmann
Gheorghiu VA (1986) Suggerierte Analgesie bei Intoleranz von Anästhetika: Zahnimplantation unter Hypnose. HyKog 3: 2–8
Gheorghiu VA (1990) Beziehungen zwischen Suggestion und Hypnose. Experimentelle und Klinische Hypnose Kongreßsonderheft: 167–179
Gheorghiu VA (1991) Untersuchungen über die Beeinflussung motorischer Abläufe unabhängig vom hypnotischen Kontext: Das Problem der Plausibilität der Testsituation. Proceedings of the 1st Congress of Relaxation, Budapest
Gheorghiu VA (1993) Suggestion, Suggestibilität und Hypnose. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 69–83
Gheorghiu VA (1994) Various strategies of influencing motor processes by suggestion. 2nd International Symposium on Suggestion and Suggestibility, Rome
Gheorghiu VA (1995a) Vorbereitungs-, Initiierungs-, Induktions und Abschlußrituale in Entspannungsseminaren. HyKog 12: 72–82
Gheorghiu VA (1995b) Imagination und suggestive Verfahren zur Einleitung einer Hypnose. Video Cooperative Ruhr u. MEGesellschaft, Dortmund
Gheorghiu VA (1996) Die adaptive Funktion suggestionaler Phänomene. Zum Stellenwert suggestionsbedingter Einflüsse. HyKog 13: 125–146
Gheorghiu VA (1997) Unwillentlicher »Umkehrungs-Effekt« gleichgerichteter Kreisbewegungen. Versuch einer Zuordnung aus der Sicht synergetischer Konstrukte. Cognitie, Creier, Compartament: 129–138
Gheorghiu VA (2001) Vorbereitung und Aufhebung hypnotischer Vorgänge. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 195–204
Gheorghiu VA, Holdevici I (1980) Attempt to test suggestibility by »direct«, »indirect«, and »indirect-direct« approaches following hypnotic induction. Revue Roumaine des Sciences Sociales, Serie de Psychologie: 161–173
Gheorghiu VA, Hübner M (1990) Entspannungs- und Suggestionsverfahren in der Zahnheilkunde. In: Petermann F, Vaitl D (Hrsg) Handbuch der Entspannungsverfahren. Vol 2. PVU, Weinheim, S 226–257
Gheorghiu VA, Kruse P (1991) The psychology of suggestion: An integrative perspective. In: Schumaker J (ed) Human suggestibility. Routledge, New York
Gheorghiu VA, Kruse P (1992) Suggestion as a cognitive strategy. In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, S 131–142
Gheorghiu V, Molz G (2008) Measurement of responses to suggestion for relaxation by means of indirect and direct tests. Contemporary Hypnosis in press
Gheorghiu VA, Walbott HG (1994) Suggestion and attribution of meaning: A cognitive and social psychological perspective. Communicazione scientifiche di psicologia generale 12: 117–140
Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (eds) (1989) Suggestion and suggestibility: Theory and research. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Gheorghiu VA, Koch E, Hübner M, Keller K (1994) Ein Verfahren zur Erfassung der Entspannbarkeit in Anlehnung an die Grundübungen des Autogenen Trainings. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 42: 60–76
Gheorghiu VA, Götz C, Koch E (1999) Initiierung, Modifizierung und Blockierung motorischer Reaktionen durch indirekte Suggestionsverfahren. Experimentelle und Klinische Hypnose 15: 1–28
Gheorghiu VA, Molz G, Pohl RF (2004) Suggestion and illusion. Pohl RF (ed) Cognitionve Illusions A handbook on fallacies and biases in thinking, judgement and memory: 399–421
Ghoneim MM (2000) Awareness during anesthesia. Anesthesiology 92: 597–602
Ghoneim MM, Block R (1992) Learning and consciousness during general anaesthesia. Anaesthesia 76: 279–305
Gibson HB (1991) Can hypnosis compel people to commit harmful, immoral and criminal acts? – A review of the literature. Contemporary Hypnosis 8: 129–140
Gibson J (1989) Life and times of an Irish hypnotherapist. Mercier Press, Cork, Dublin
Gill MM, Brenman M (1943) Treatment of a case of anxiety hysteria by a hypnotic technique employing psychoanalytic principles. Bull Menninger Clin 7: 163–171
Gill MM, Brenman M (1959) Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression. International Universities Press, New York
Gilligan S (1987) Therapeutische Trance. Carl-Auer, Heidelberg
Gilligan SG (1987) Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy. Brunner & Mazel, New York
Gilligan SG (1988a) Psychosomatisches Heilen in der Ericksonschen Hypnotherapie. HyKog 5: 25–34
Gilligan SG (1988b) Symptom phenomena as trance phenomena. In: Zeig JK, Lankton S (eds) Developing Ericksoni-

an therapy: State of the art, Brunner & Mazel, New York, pp 327–352
Gilligan SG (1991) Therapeutische Trance: Das Prinzip Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie. Carl-Auer, Heidelberg
Gilligan SG (1995) Rituelle Übergänge in neue Identitäten. In: Kruse P, Dreesen HN (Hrsg) Therapeutische Rituale. Vol HyKog 11: 25–39
Gilligan SG (1996) A river runs through it: The relational self in psychotherapy. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 195–209
Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Speicher CE, Holliday JE (1992) Stress-induced modulation of the immune response to recombinant hepititis B vaccine. Psychosom Med: 22–29
Glassmann AH (1990) Smoking, smoking cessation, and major depression. JAMA 264: 1546–1549
Glick E (1995) Treating depression. Jossey-Bass, San Francisco
Gmelin E (1787) Ueber thierischen Magnetismus. In einem Brief an Herrn Geheimen Rath Hoffmann in Mainz. Heerbrandt, Tübingen
Gmelin E (1787) Ueber thierischen Magnetismus. Zweytes Stück. Heerbrandt, Tübingen
Gmelin E (1791) Materialien für die Anthropologie. Verlag der Cottaischen Buchhandlung, Tübingen
Göbel H (1996) Die Kopfschmerzen. Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Therapie in der Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Godeby J, Erdt G, Canavan T, Revenstorf D (1993) Experimentelle Hypermnesie: Effekte von Hypnose auf Lern- und Gedächtnisprozesse. Experimentelle und Klinische Hypnose 4: 71–96
Goebel G (1992) Ohrgeräusche. Quintessenz Verlag, München
Goebel G (1996) Der komplexe chronische Tinnitus – Neue verhaltensmedizinische Aspekte. Klinik Roseneck Wissenschaftsbericht
Goebel G (1997) Retraining-Therapie bei Tinnitus. HNO 9: 664–667
Gold SN (2000) Not trauma alone. Therapy for child abuse survivors in family and social context. Brunner Routledge, Philadelphia
Goldman L, Ogg TW, Levey AB (1988) Hypnosis and daycase anaesthesia. A study to reduce pre-operative anxiety and intra-operative anaesthetic requirements. Anaesthesia 43: 466–469
Goldstein A, Hilgard ER (1975) Lack of influence of the morphine antagonist naloxone on hypnotic analgesia. Proc Acad Sci 72: 2041–2043
Goldstein LH, Drew C, Mellers J et al. (2000) Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudoseizure patients. Seizure 9: 314–322
Gonsalkorale WM, Houghton LA, Whorwell PJ (2002) Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. Am J Gastroenterol 97: 954–961
Gonsalkorale WM, Toner BB, Whorwell PJ (2004) Cognitive change in patients undergoing hypnotherapy for irritable bowel syndrome. Psychosom Med 66: 578–582
Goodwin PJ (2004) Support Groups in Breast Cancer: When a Negative Result is Positive. Editorial. J Clin Oncol 22: 4244–4246
Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M (2001) The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. N Engl J Med 345: 1719–1726
Gorassini DR, Spanos NP (1986) A cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. J Pers Soc Psychol 50: 1004–1012
Gordon D (1986/1990) Therapeutische Metaphern. Junferman, Paderborn
Gorezynski RM (1987) Analysis of lymphocytes in, and host environment of, mice showing conditioned immunosuppression to cyclophosphamide. Brain Behav Immun: 21–35
Görz K (1990) Rehabilitation von Schädelhirnverletzten durch Hypnose: Fallberichte. Experimentelle und Klinische Hypnose 6: 137–156
Görz K (1994) Rehabilitation von Schädelhirnverletzten durch Hypnose. Modelldarstellung und Fallberichte. (The application of hypnosis in the rehabilitation of patients with cerebral trauma: Presentation of a model and case reports.). Experimentelle und Klinische Hypnose 10: 199–218
Görz K (2001) Ansätze von Hypnotherapie bei stationären ZNS-Patienten. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 669–681
Gösi-Greguss AC (2002) Acoustic analysis of the hypnotist's voice – A preliminary study. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 129–136
Gotlib IH, Robinson AL (1982) Responses to depressed individuals. J Abnorm Psychol 91: 231–240
Goulding M, Goulding RD (1979) Changing lives through redecision therapy, Brunner & Mazel, New York
Grabhorn R, Kaufhold J, Burkhardt M et al. (2002) Gruppenkohäsion und Abwehrverhalten im Verlauf stationärer Gruppentherapien. Psychother Psychosom Med Psychol 52: 275–281
Gracely RH (1995a) Editorial comment: Hypnosis and hierarchical pain control systems. Pain 60: 1–2
Gracely RH (1995b) Hypnosis and hierarchical pain control systems. Pain 60: 1–2
Gracey-Whitman L (2000) The use of hypnosis in gastroscopy. Postgrad Med J 76: 670
Graffin NF, Ray WJ, Lundy R (1995) EEG concomitants of hypnosis and hypnotic susceptibility. J Abn Psychol 104: 123–131
Grahmann R, Gutwetter R (1996) Konflikte im Krankenhaus. Huber, Bern

Grant JA, Rainville P (2005) Hypnosis and meditation: Similar experiential changes and shared brain mechanims. Med Hypotheses 65: 625–626
Grave RD, Oliosi M, Todisco P, Vanderlinden J (1997) Self reported traumatic experiences and dissociative symptoms in obese woman with and without binge-eating disorder. Eating Disorders: Journal of Tratment and Prevention 5: 105–109
Gravitz MA (1981) Non-verbal hypnotic techniques in a centrally deaf brain-damaged patient. Int J Clin Exp Hypn 29: 110–116
Gravitz MA, Gerton MI (1982) Polgar as Freud's hypnotist? Contrary evidence. Am J Clin Hypn 24: 272–276
Gravitz MA, Gerton MI (1984) Origins of the term hypnotism prior to Braid. Am J Clin Hypn 27: 107–110
Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Hypnose. In: Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. S. 626–637. Hogrefe, Göttingen
Grawe K, Donati R, Berneuer F (2001) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
Green JP (2003) Beliefs about hypnosis; popular beliefs, misconceptions, and the importance of experience. Int J Clin Exp Hypn 51: 369–381
Green JP, Lynn SJ (2000) Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of evidence. Int J Clin Exp Hypnosis 48: 195–224
Greitemeyer D (1997) Jemand bekommt Macht über mich. Über das Entdecken und Erfinden von Geschichten. Zeitschrift für systemische Therapie
Griesinger W (1845) Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Krabbe, Stuttgart
Griffiths R (1995) Hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: A treatment manual. Special Section: Hypnosis in the management of obesity and eating disoders. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 23: 25–40
Griffiths RA (1989) Hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: Preliminary findings. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 17: 79–87
Griffiths RA, Hadzi-Pavlovic D, Channon-Little L (1994) A controlled Evaluation of Hypnobehavioral Treatment for Bulimia Nervosa: Immediate Pre-Post Treatment Effects. Eur Eat Disord Rev 2: 202–220
Griffiths RA, Hadzi-Pavlovic D, Channon-Little L (1996) The Short-Term Follow-Up Effects of Hypnobehavioral and Cognitive Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa. Eur Eat Disord Rev 4: 12–31
Grimm (1990) Kinder- und Hausmärchen, Angabe letzter Hand (KHM). Vol 13. Aufl., München
Grinder J, Bandler R (1984/2006) Therapie in Trance: Neurolinguistisches Programmieren und die Struktur hypnotischer Kommunikation. Klett-Cotta, Stuttgart
Grinder J, DeLozier J, Bandler R (1977) Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, Meta Publications, Cupertino, Calif.
Groddeck G (1974) Verdrängen und Heilen. Aufsätze zur Psychoanalyse und zur psychosomatischen Medizin. Kindler, München
Groddeck G (1984) Das Buch vom Es. Psychoanalytische Briefe an eine Freundin. Fischer TB, Frankfurt am Main
Groenendijk ID, Van der Hart O (2001) Dissoziative Identitätsstörung. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 478–488
Grof S (1985a) Geburt, Tod, Transzendenz. Kösel, München
Grof S (1985b) Topographie des UBW. Klett-Cotta, Stuttgart
Grof S (1994) Das Abenteuer der Selbstentdeckung. Heilung durch veränderte Bewußtseinszustände. Ein Leitfaden. Rowolth Taschenbücher Nr. 1964
Grof S (2000) Kosmos und Psyche. An den Grenzen menschlichen Bewusstseins. Fischer, Frankfurt am Main
Grof S, Bennett HZ (1993) Die Welt der Psyche. Neue Erkenntnisse aus Psychologie und Bewußtseinsforschung. Kösel, München
Grond M, Pawlik G, Walter H et al. (1995) Hypnotic catalepsy–induced changes of regional cerebral glucose metabolism. Psychiatry Research: Neuroimaging Section 61: 173–179
Gröne M (1995) Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Carl-Auer, Heidelberg
Gross RT, Borkovec TD (1982) Effects of a cognitive intrusion manipulation on the sleep-onset latency of good sleepers. Behav Ther 13: 112–116
Grossmann J (1894) Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel. Deutsches Verlagshaus Bong, Berlin
Grossmann J (1894/95a) Referat über »Der Prozess Czynski.« Thatbestand desselben und Gutachten über Willensbeschränkung durch hypnotisch-suggestiven Einfluss abgegeben vor dem oberbayrischen Schwurgericht zu München, von Prof. Dr. Grashey in München, Prof. Dr. Hirt in Breslau, Dr. Frh. v. Schrenck-Notzing in München, Prof. Dr. Preyer in Wiesbaden. Stuttgart: Enke, 1895. Zeitschrift für Hypnotismus 3: 124–128
Grossmann J (1894/95b) Zum Fall Czynski: Eine Erwiderung auf die Entgegnung des Herrn Dr. Freiherrn v. Schrenck-Notzing. Zeitschrift für Hypnotismus 3: 185–192
Groth-Marnat G, Mitchell K (1998) Responsiveness to direct versus indirect hypnotic procedures: the role of resistance as a predictor variable. Int J Clin Exp Hypn 46: 324–333
Groth-Marnat G, Schumaker JF (1990) Hypnotizability, attitudes toward eating and concern with body size in a female college population. Am J Clin Hypn 32: 194–200
Gruzelier JH (1990) Neurophysiological investigations of hypnosis: Cerebral laterality, and beyond. In: Van Dyck R, Spinhoven P, Van der Does A (eds) Hypnosis: Theory, Research, and Clinical Practice. Free University Press, pp 38–51
Gruzelier JH (1998) A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review of evidence. Cont Hypn 15: 3–21
Gruzelier JH (2000) Redifining hypnosis: Theory, methods and integration. Cont Hypn 17: 51–70

Gruzelier JH (2004) Neurophysiologische Überlegungen zu den unerwünschten Effekten der Hypnose mit speziellem Bezug zur Bühnenhypnose. HyKog 21: 225–274
Gruzelier JH, Hardman E, Wild J et al. (1999) Lateral asymmetry of slow potentials: Learned control and individual differences. Int J Psychophysiol 34: 341–348
Gruzelier JH, Warren K (1993) Neuropsychological evidence of reductions on the left frontal tests with hypnosis. Psychol Med 23: 93–101
Gündel H, Valet M, Sorg C et al. (2007) Altered cerebral response to noxious heat stimulation in patients with somatoform pain disorder. Pain
Güntert B, Orendi B, Weyermann U (1991) Die Arbeitssituation des Pflegepersonals. Huber, Bern
Gustavson JL, Weight DG (1981) Hypnotherapy for a phobia of slugs: A case report. Am J Clin Hypn 23: 258–262
Gysin T, Signer-Fischer S et al. (2000) Selbsthilfe in der Behandlung von chronischen und episodischen unspezifischen Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen mit Hypnose und Selbsthypnose. Pädiatrische Praxis 57: 393–399
Habermas J (1970) Thesen zur Theorie der Sozialisation. In: Habermas J (Hrsg) Arbeit, Erkenntnis, Fortschritt, Amsterdam
Habermas ST (1990) Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer, Frankfurt am Main
Haggard P, Cartledge P, Dafydd M, Oakley DA (2004) Anomalous control: When »free-will« is not consious. Conscious Cogn 13: 646–654
Hahn EG, Riemann JF, Demling L (1999) Klinische Gastroenterologie. Thieme, Stuttgart
Hain P (1993) Inframing. Bitte einsteigen … und die Türen öffnen. In: Mrochen S, Holtz KL, Trenkle B (Hrsg) Die Pupille des Bettnässers. Carl-Auer, Heidelberg
Hain P (1996) Humor als therapeutische Intervention. HyKog 13: 251–256
Hain P (2000) Humor. In: Stumm G, Pritz W (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Springer, Wien
Hain P (2001) Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Carl-Auer, Heidelberg
Hain P (2001) Humor und Hypnotherapie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 152–155
Haisch J, Stock S (2002) Suggestion in public health. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (Hrsg) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 191–197
Hajak G, Müller-Popkes K, Riemann D et al. (1997) Psychologische, psychotherapeutische und andere nichtpharmakologische Therapieformen zur Behandlung der Insomnie. Eine Stellungnahme der Arbeitsgruppe Insomnie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. Fortschr Neurol Psychiat 65: 133–144
Hajak G, Rüther E (1995) Insomnie. Ursachen, Diagnostik und Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Haken H (1984) Erfolgsgeheimnisse der Natur. Ullstein, Frankfurt
Halama P (1989) Die Veränderung der corticalen Durchblutung vor und in Hypnose. Experimentelle und Klinische Hypnose 5: 19–26
Halama P (1990) Neurophysiologische Untersuchungen vor und in Hypnose am menschlichen Cortex mittels SPECT-Untersuchung. Experimentelle und Klinische Hypnose 6: 65–74
Haley J (1967) Advanced techniques of hypnosis and therapy. Selected papers of Milton Erickson M.D. Grune & Stratton, New York
Haley J (1973) Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D. Norton, New York
Haley J (1978) Die Psychotherapie Milton H. Ericksons, Pfeiffer, München
Haley J (1984) Ordeal Therapie. Jossey-Bass, San Francisco
Haley J (1989) Ordeal Therapie: Ungewöhnliche Wege der Verhaltensänderung, Isko-Press, Hamburg
Hall H, Longo S, Dixon R (1984) Hypnosis and the immune system: the effect of hypnosis on T and B cell function. Psychol Bull 95
Hall HR (1982–83) Hypnosis and the immune system: A review with implications for cancer and the psychology of healing. Am J Clin Hypn 25: 92–103
Hall JA (1982) Arbeit mit Träumen in Klinik und Praxis. Junferman, Paderborn
Hall JA (1989) Hypnosis. A Jungian perspective. Guilford, New York
Hall MD (1982/83) Using relaxation imagery with children with malignancies: A developmental perspective. Am J Clin Hypn 25: 143–149
Hallam R (1994) Leben mit Tinnitus. Wie Ohrgeräusche erträglicher werden. Quintessenz-Verlag, Berlin
Halligan PW, Athwal BS, Oakley DA, Frackowiak RJS (2000) Imaging hypnotic paralysis: Implications for conversion hysteria. Lancet 355: 986–987
Halsband U (2001) Können wir unsere Leistungen durch Hypnose verbessern? Skeptiker 14: 167–172
Halsband U (Hrsg) (2004) Mechanismen des Lernens in Trance: funktionelle Bildgebung und Neuropsychologie. HyKog. In: Hirn und Hypnose. www.MEG-Stiftung.de, München. Vol HyKog 21 (1+2): 11–38
Halsband U (2006a) Learning in trance: Functional brain imaging studies and neuropsychology. J Physiol Paris 99: 470–482
Halsband U (2006b) Lernen, Gedächtnis und Hypnose. In: Revenstorf D (Hrsg) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie Im Auftrag der MEG und DGH. Vol Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, 1, S 49–54
Halsband U (2008a) Hypnose und Meditation: Was passiert in unserem Gehirn? Welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede sind erkennbar? Suggestionen 3
Halsband U (2008b) Motorisches Lernen. In: Gauggel S, Herrmann M (Hrsg) Handbuch der Psychologie. Hogrefe, Göttingen, S 265–273
Halsband U, Herfort A (2007) Neurobiologische Grundlagen der medizinischen Hypnose. In: Schulz-Stübner S (Hrsg) Medizinische Hypnose. Vol 2. Schattauer, S 7–38

Halsband U, Kaller C, Lange R, Unterrainer J (2003) Neuronale Mechanismen impliziten und expliziten Lernens. In: Krause BJ, Müller-Gärtner HW (Hrsg) Bildgebung des Gehirns. EcoMed, München, S 76–109
Halsband U, Winter U, Thomas C (in Vorbereitung) Neurophysiology of Hypnosis and Meditation: Common or Distinct Brain Mechanisms
Hammer AG, Evans FJ, Bartlett M (1963) Factors in hypnosis and suggestion. J Abnorm Soc Psychol 67: 15–23
Hammerschlag HE (1954) Hypnose und Verbrechen. Ein Beitrag zur Phänomenologie der Suggestion und der Hypnose. Reinhardt, München
Hammond DC (ed) (1990) Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. Norton, New York
Hammond DC (2007) Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. Int J Clin Exp Hypn 55: 207–219
Hansen E, Bejenke C (2008) In Vorbereitung: Worte wie Medizin: Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen
Hänsel D (1995) Eß-Störungen. In: Faust V (Hrsg) Psychiatrie. Fischer, Stuttgart, S 655–664
Hargadon R, Bowers KS, Woody EZ (1995) Does counterpain imagery mediate hypnotic analgesia? J Abnorm Psychol 104: 508–516
Hartje W, Poeck K (2006) Klinische Neuropsychologie. Thieme, Stuttgart
Hartland J (1971a) Medical and dental hypnosis and its clinical applications. Balliere & Tindall, London
Hartland J (1971b) Further observations on the use of »ego-strengthening« technique. Am J Clin Hypn 14: 1–8
Hartland J (1974) An alleged case of criminal assault upon a married woman under hypnosis. Am J Clin Hypn 16: 188–198
Hartmann Ev (1869) Philosophie des Unbewußten. Versuch einer Weltanschauung. Duncker, Berlin
Hartmann MS (1991) Praktische Psycho-Onkologie. Therapiekonzepte und Anleitungen für Patienten zur psychosozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen. Pfeiffer, München
Harvey RF, Hinton RA, Gunary RM, Barry RE (1989) Individual and group therapy in treatment of refractory irritable-bowel syndrome. The Lancet Vol. 2: 424–427
Hasenbring M (1992) Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Schattauer, Stuttgart
Hauk E, Beiglböck W (1989) Neue Perspektiven der Alkoholismusforschung – Psychodiagnostik unter Belastung. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 12: 11–20
Hauri P (1991) Sleep hygiene, relaxation therapie, and cognitive interventions. In: Case studies in insomnia. Hauri P. (ed). Plenum, New York, pp 65–86
Häuser W (1997a) Hypnose in der Gastroenterologie. HyKog 14: 25–32
Häuser W (1997b) Reizmagen und Reizdarm. Informationen für Betroffene. http: //www.klinikum-saarbrueckende/kliniken/innere1/info/reizmagen
Häuser W (1999) Konzepte einer psychosomatischen Gastroenterologie. In: Caspary WF, Stein J (Hrsg) Darmkrankheiten Klinik, Diagnostik und Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 775–784
Häuser W (2001) Reizdarmsyndrom. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 582–593
Häuser W (2002) Hypnose in der Therapie des Reizdarmsyndromes. Psychomed 14: 227–232
Häuser W (2003) Hypnose in der Gastroenterologie. Z Gastroenterol 41: 223–230
Häuser W, Wambach S (2003) Schmetterlinge im Bauch. Behandlung von Reizmagen und Reizdarm durch medizinische Hypnose. Hypnos, Stuttgart
Hautzinger M (1987) Kognitive Therapie bei Depressionen. HyKog 4: 36–45
Hawkins P, Heap M (eds) (1998) Hypnosis in Europe. Whurr, London
Haynes SN, Adams AE, Franzen M (1981) The effects of presleep stress on sleeponset insomnia. J Abnorm Psychol 90: 601–616
Healey ES, Kales A, Monroe LJ, Bixler EO, Chamberlin K, Soldatos CR (1981) Onset of insomnia: role of life-stress events. Psychosom Med 43: 439–451
Healey F, Persinger MA, Koren SA (1996) Enhanced hypnotic suggestibility following application of burst-firing magnetic fields over the right temporoparietal lobes: A replication. Int J Neurosci 87: 201–207
Heap M (1995a) A case of death following stage hypnosis: Analysis and implications. Contemporary Hypnosis 12: 99–110
Heap M (1995b) Another case of idecent assault by a lay hypnoist. Contemporary Hypnosis 12: 92–98
Heberlein AS, Padon AA, Gillihan SJ et al. (2007) Ventromedial frontal lobe plays a critical role in facial emotion recognition. Dez., J Cogn Neurosci
Heekerens HP (1992) Humor in der Familientherapie – zum Stand der Diskussion. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 41: 25–30
Hegel GWF (1830) System der Philosophie. Dritter Teil. Die Philosophie des Geistes. In: Glockner H (Hrsg) Sämtliche Werke. Vol 10, Stuttgart
Heidenhain R (1880) Der sogenannte thierische Magnetismus. Physiologische Beobachtungen. Breitkopf und Härtel, Leipzig
Heidenreich T, Michalak J (2006) Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. DGVT, Tübingen
Heimann H (1952) Hypnose und Schlaf. Monatsschr Psychiatr Neurol 125: 478–493
Heimbach DM (1988) »We can see so far because ...« J Burn Care Rehabil 9: 340–346
Heisenberg W (1984) Schritte über Grenzen. Piper, München
Heitkemper MM, Jarrett ME, Levy RL et al. (2004) Self-management for women with irritable bowel syndrome. Clinical Gerontology and Hepatology 2: 585–596
Hellinger AS (1993) Zweierlei Glück. Carl-Auer, Heidelberg
Hellinger AS (1994) Ordnungen der Liebe. Carl-Auer, Heidelberg
Hellinger AS (1995) Familienstellen mit Kranken. Carl-Auer, Heidelberg

Henningsen P, Gündel H, Ceballos-Baumann A (2006) Neuro-Psychosomatik – Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart
Herfort A (2005) Hypnose und visuelle Verarbeitungsprozesse: Die Wirkung posthypnotischer Suggestionen und der Suggestibilität auf die visuelle Perzeption. Universität Freiburg, Abt. Neuropsychology, Betreuung: Prof. Dr. U. Halsband, S 177
Herfort A, Halsband U (in Vorbereitung) Der Zusammenhang von posthypnostischer Suggestion und Suggestibilität in Bezug auf die visuelle Perzeption
Herman JL (1992) Trauma and recovery. Basic Books, New York
Hermann-Maurer EK, Drews U, Imhof-Eichenberger E et al. (1992) Schlafstörungen: Konfliktbewältigungsstrategien von Insomniepatienten. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 40: 34–46
Hermes D (2004) Hypnose in der Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie. Grundlagen und klinische Erfahrungen. Habilitationsschrift. Hohe Medizinische Fakultät der Universität zu Lübeck, Lübeck
Herndon DN, Curreri PW, Abston S et al (1987) Treatment of burns. Curr Probl Surg 24: 341–397
Herrmann JM (1985) Schlaganfall aus psychosomatischer Sicht. Münchner Medizinische Wochenschau: 511–514
Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (Hrsg) (2006) Psycho-Onkologie – Perspektiven heute. Pabst Science Publishers, Lengerich
Herschbach P, Heußner P, Sellschopp A (2006) Psycho-Onkologie – Zwischen psychiatrischer Klassifikation und krankheitsspezifischer Belastung. In: Herschbach P (Hrsg) Psycho-Onkologie – Perspektiven heute. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 65–78
Herschbach P, T. B, Knight L, Keller M (2004) Das subjektive Befinden von Krebskranken einheitlich beschreiben – Vorstellung der Psycho-Onkologischen Basisdokumentation (PO-Bado). Dtsch Arztebl 101: 799–802
Herzog H, Seitz RJ, Tellmann L et al. (1996) Quantitation of regional cerebral blood flow with O-15-butanol and positron emission tomography in humans. J Cereb Blood Flow Metabol 16: 645–649
Hester R, Miller WR (2003) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. Vol 3. A and B Publisher, Boston
Heußner P (2005) Perspektiven in der Psycho-Onkologie und Tumorbedingter Fatigue. Wiener medizinische Wochenschrift 155: 544–548
Heyden T, Schmeck-Keßler K, Schreiber H-J (1984) Spezifische Persönlichkeitsmerkmale von Schlafgestörten. Zeitschrift für Klinische Psychologie 13: 288–299
Heydenreuter R (2000) Die Anfänge der Psychotherapie in Deutschland: Die kurbayerische Akademie der Wissenschaften und Mesmer im Jahre 1775. HyKog 17: 35–46
Hilgard ER (1965) Hypnotic susceptibility. Harcourt, Brace & World, New York
Hilgard ER (1967) Individual differences in hypnotizability. In: Gordon JE (ed) Handbook of clinical and experimental hypnosis. Macmillan, New York, pp 391–443
Hilgard ER (1971) Hypnotic phenomena: The struggle for scientific acceptance. Am Sci 59: 567–577
Hilgard ER (1973) A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. Psychol Rev 80: 396–411
Hilgard ER (1977) The problem of divided consciousness: A neodissociation interpretation. Ann NY Acad Sci 296: 48–59
Hilgard ER (1979) Divided consciousness in hypnosis: The implications of the hidden observer. In: Fromm ES, Ronald E. (ed) Hypnosis: Developments in research and new perspectives, New York: Aldine, pp 45–80
Hilgard ER (1981) Hypnotic susceptibility scales under attack: An examination of Weitzenhoffer's criticism. Int J Clin Exp Hypn 29: 24–41
Hilgard ER (1989) Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. HyKog 6: 3–20
Hilgard ER, Crawford HJ, Bowers P, Kihlstrom JF (1979) A tailored SHSS: C, permitting user modification for special purposes. Int J Clin Exp Hypn 27: 125–133
Hilgard ER, Hilgard JR (1975/1983) Hypnosis in the relief of pain. Kaufmann, Los Altos, CA
Hilgard ER, Hilgard JR (1994) Hypnosis in the relief of pain. Brunner & Mazel, New York
Hilgard ER, Lauer LW, Morgan AH (eds) (1963) Manual of Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility: Forms I and II. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
Hilgard ER, Weitzenhoffer AM, Landes J, Moore RK (1961) The distribution of susceptibility to hypnosis in a student population: A study using the Standford Hypnotic Susceptibility Scales. Psychological Monographs 75
Hilgard JR (1970) Personality and hypnosis. A study of imaginative involvement. University of Chicago Press, Chicago
Hilgard JR, LeBaron S (1982) Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer: Quantitative measures and clinical observations. Int J Clin Exp Hypn 30: 417–442
Hilgard JR, LeBaron S (1984) Hypnotherapy of pain in children with cancer. Kaufmann, Los Altos, CA
Hill A, Niven CA, Knussen C (1995) The role of coping in adjustment to phantom limb pain. Pain 62: 79–86
Hinshaw JR (1963) Progressive changes in the depth of burns. Arch Surg 87: 993–997
Hirshberg C, Barasch MI (1995) Unerwartete Genesung. Droemer Knaur, München
Hirzel (1818) Schreiben des Kreisphysikus Herrn Dr. Hirzel, Gottlieben, den 6sten März, 1815, sowie zweites Schreiben desselben vom 10. April 1815. In: Wolfart KC (Hrsg) Jahrbücher für den Lebens-Magnetismus oder Neues Askläpieion. Vol 1(1). Brockhaus, Leipzig, S 13–20
Ho B, Richards D, Chute DE (1978) Drug discrimination and state-dependent learning, New York: Academic Press
Hoareau J (1996) Klinische Hypnose. Kohlhammer, Stuttgart
Hoencamp E (1990) Sexual abuse and the abuse of hypnosis in the therapeutic relationship. Int J Clin Exp Hypn 38: 283–297
Hoencamp E (1995) Truth in and outside the therapy room: some theoretical and practical considerations. In: Burrows GD, Stanley RO (eds) Contemporary International Hypnosis, pp 37–44
Hoffmann B (1977/1997) Handbuch Autogenes Training. dtv, München

Hoffmann ML (1982/83) Hypnotic Desensitization for the Management of Anticipatory Emesis in Chemotherapy. Am J Clin Hypn and Hypnotherapy 25: 173–176
Hoffmann N (1987) Kognitive Therapie – Bestandsaufnahme und Perspektiven. HyKog 4: Oktober 1987
Höfner E, Schachtner HU (1995) Das wäre doch gelacht. Rowohlt, Reinbek
Hohagen F, Rink K, Käppler C et al. (1993) Prevalence and treatment of insomnia in general practice. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 242: 329–336
Holbek B (1987) Interpretation of Fairy Tales. Danisch Folklore in a European Perspektive. FF Communications 239, Helsinki
Hole G (1997) Die therapeutische Hypnose. Formen, Möglichkeiten und Grenzen. Dtsch Arztebl 94: 3351–3356
Hole G (2001) Direkte Induktionen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 157–169
Holland JC (1999) National Comprehensive Cancer Network: NCCN practice guidelines for the management of psychoscocial distress. Oncol Nurs Forum 82: 1904–1908
Holland JC (2006) Psycho-Oncology: From Empirical Research to Screening Programs. In: Psycho-Onkologie – Perspektiven heute. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 17–43
Höller J (1988) Hypnosetherapie: Darstellung und Evaluation einer therapeutischen Technik anhand einer experimentellen Untersuchung relevanter Bedingungen am Beispiel von Warzen des Typs »verruca vulgaris«. Lizentiatsarbeit, Universität Freiburg, Freiburg (Schweiz)
Höller-Moggi J (2001) Warzen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 575–582
Holroyd J (1996) Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. Int J Clin Exp Hypn 44: 33–51
Holroyd J (2003) The science of meditation and the state of hypnosis. Am J Clin Hypn 46: 109–128
Holroyd J, Brodsky AM (1977) Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. Am Psychol 2: 843–849
Holroyd JC (1980) Hypnosis treatment for smoking: An evaluative review. Int J Clin Exp Hypn 28: 341–357
Holzrichter S, Hajak G, Rudolf G et al. (1994) Wie schlafen die Deutschen – eine Repräsentativumfrage in Westdeutschland. Wiener Medizinische Wochenzeitschrift: 62–73
Homburger JA, Meiler SE (2006) Anesthesia drugs, immunity, and long-term outcome. Curr Opin Anaesthesiol 19: 423–428
Homburger Erikson E (1950/2005) Childhood and Society; dt. Übersetzung: Kindheit und Gesellschaft. Klett-Cotta, Stuttgart
Hoogduin CAL (1985) Classical trance induction in Ericksonian psychotherapy: smoking control. In: Zeig JK (ed) Ericksonian Psychotherapy. Vol II: Clinical Applications. Brunner & Mazel, New York
Hoogduin K (1988) Hypnotizability in obsessive-compulsives. Hypnos 15: 14–19
Hoppe F (1983) Schmerzbeeinflussung mit der hypnotischen Einstreutechnik: Eine Untersuchung zur Verarbeitung eingestreuter Suggestionen bei chronischen Schmerzpatienten. Z Exp Angew Psychol 30: 232–262
Hoppe F (1984) Hypnotische Schmerzlinderung durch therapeutische Anekdoten: Eine Untersuchung zur Verarbeitung von Mikro- und Makro-Suggestionen bei chronischen Schmerzpatienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie 13: 300–321
Hoppe F (1985) Direkte und indirekte Suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen: Empirische Untersuchungen. In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H Erickson. Pfeiffer, München, S 58–75
Hoppe F (1986) Direkte und indirekte Suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen: Theoretische Ansätze und empirische Untersuchungen. Lang, Frankfurt
Hoppe F (1991) Chronische Schmerzen. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 106–115
Hoppe F (1993a) Schmerz. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 269–284
Hoppe F (1993b) Psychologische Wirkfaktoren der hypnotischen Schmerzlinderung: Eine Prozeßstudie zur symptom- und problembezogenen Anwendung von Hypnose bei chronischen Schmerzpatienten. Zeitschrift für Klinische Psychologie 22: 420–440
Hoppe F (2001) Chronischer Schmerz. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 556–567
Hoppe F, Winderl E (1986) Hypnotische Schmerzlinderung: Erklärungsansätze, Vorgehensweisen und Befunde. (Hypnotic alleviation of pain: Theoretical approaches, methods, and results.). HyKog 3: 9–26
Hornyak LM (1996) Hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. In: Lynn SJ, Kirsch I, Rhue JW (eds) Casebook of Clinical Hypnosis. American Psychological Association, Washington, D.C., pp 51–74
Horowitz MJ (1976) Stress response syndromes. Jason Aronson, New York
Horstmann B (2004) Hitler in Pasewalk. Die Hypnose und ihre Folgen. Droste, Düsseldorf
Horton JE, Crawford HJ (2004) Neurophysiolocigal and genetic determinants of high Hypnotizability. In: Heap M, Brown R, Oakley D (eds) High hypnotizability: Theoretical, experimental and clinical issues. Brunner/Routledge, London
Horton JE, Crawford HJ, Harrington G, Downs JH (2004) Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotisability and the ability to control pain. Brain Cogn 127: 1741–1747
Horton-Hausknecht J (2001) Chronischer Schmerz. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 567–575

Horton-Hausknecht J, Mitzdorf U (1997) Klinische Hypnose in der Behandlung von rheumatoider Arthritis. HyKog 14: 5–24
Hotz J, Enck P, Goebell H et al. (1999) Konsensusbericht: Reizdarm. Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. Z Gastroenterol 37: 685–700
Houge DR (2002) A model for the application of hypnotic techniques in surgery. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 185–190
Houghton LA, Cooper P, Jackson NA, Whorwell PJ (1995) Visceral sensation and emotion. A study using hypnosis. Gastroenterology 108: A3470
Houghton LA, Heyman DJ, Whorwell PJ (1996) Symptomatology, quality of life and economic features of irritable bowel syndrom. The effect of hypnotherapy. Alimentation and Pharmacological Therapy 10: 91–95
Howard JF (1987) Incidents of auditory perception during general anaesthesia with traumatic sequelae. Med J Aust146: 44–46
Hoyer J, Helblig S, Margraf J (2005) Diagnostik der Angststörungen. Hogrefe, Göttingen
Hoyndorf S, Reinhold M, Christmann F (1995) Behandlung sexueller Störungen. Belz, München
Huber M (1995) Multiple Persönlichkeitsstörung in Deutschland. HyKog 11: 2–12
Huber M (2003) Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. Junfermann, Paderborn
Hübner M (1993) Einflußfaktoren suggestionsbedingter Verhaltensweisen. Peter Lang, Frankfurt/M.
Hudson PM, Semenenko FM, Lumb BM (2000) Inhibitory effects evoked from the rostral ventrolateral medulla are selective for the nociceptive responses of spinal dorsal horn neurons. Neurosci Behav Physiol 99: 541–547
Hueber R (1997) Nichtrauchen durch Hypnose? Evaluation eines hypnotherapeutischen Raucherentwöhnungskurses. Diplomarbeit, Bielefeld U Univ., Abt. f. Psychologie
Hufeland CW (1784) Mesmer und sein Magnetismus. Teutscher Merkur Okt., Nov.: 60–90, 161–178
Hufeland CW (1809) Vorbemerkung zu Zugenbühler, Nachricht von Mesmers jetzigem Leben und Aufenthalt. Journal der practischen Heilkunde 4: 122–123
Hufeland CW (1816) Auszug und Anzeige der Schrift des Herrn Leibmedicus Stieglitz über den thierischen Magnetismus, nebst Zusätzen. Verlag der Realschulbuchhandlung, Berlin
Hufeland CW (1817) Erläuterungen seiner Zusätze zu Stieglitz Schrift über den animalischen Magnetismus. Verlag der Realschulbuchhandlung, Berlin
Hufeland DF (1805) Ausserordentliche Erhöhung der Sensibilität, ein Beitrag zu den Erfahrungen über Somnambulismus und thierischen Magnetismus. Archiv für die Physiologie 6: 225–264
Hufeland DF (1811) Über Sympathie. Landes-Industrie-Comptoirs, Weimar
Hull CL (1933/63) Hypnosis and suggestibility: An experimental approach, Appleton, New York
Hursti TJ, Fredriksson M, Steineck G et al. (1993) Endogenous cortisol exerts antiemetic effect similar to that of exogenous corticosteroids. Br J Cancer 68: 112–114
Hutchinson-Phillips S, Gow K (2007) Hypnotizability, eating behaviors, attitudes, and concerns: A literature survey. Int J Clin Exp Hypn 55: 84–113
Hüther G (2006) Die Macht der inneren Bilder. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Imber-Black E, Roberts J, Whiting RA (1993) Rituale. Rituale in Familien und Familientherapie. Carl-Auer, Heidelberg
Innauer T (1995) Der kritische Punkt. Heyne, München
Institut für Demoskopie Allensbach (2003) Wieder mehr Flugreisen. Aber jede fünfte Frau leidet unter Flugangst. allensbacher berichte 16
Int J Clin Exp Hypn (2000) Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention. 48
International Society of Hypnosis (1991) Ethische Richtlinien. HyKog 8: 66–68
Isenberg GL, Matthews WJ (1991) Working hypnotically with deaf people. Am J Clin Hypn 34: 91–99
Jacknow D, Tschann JM, Link MP, Boyce WT (1994) Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study. J Dev Behav Pediatr 15: 258–264
Jackson HJ, Stanley RO (1987) The missing factors: Influences in choice of treatment strategies. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 15: 83–91
Jamieson GA, Sheehan PW (2002) A critical evaluation of the relationship between sustained attentional abilities and hypnotic susceptibility. Cont Hypn 19: 62–74
Janet P (1889) L'Automatisme psychologigne. Alcan, Paris
Janet P (1894) Der Geisteszustand der Hysterischen, Deuticke, Leipzig
Janet P (1894) Histoire d'une idée fixe. Revue Philosophique 37: 121–116
Janet P (1895) J.M. Charcot, son oeuvre psychologique. Revue Philosophique 39: 598–604
Janet P (1907) The major symptoms of hysteria. MacMillan, New York
Janet P (1919/1976) Psychological healing: A historical and clinical study. Vol 2 vols. E. & C. Paul (Trans.). MacMillan, New York
Janet P (1925) Psychological healing: A historical and clinical study. MacMillan, New York
Janouch P (1990) Angstbehandlung mit Hypnose. HyKog 7: 7–15
Janouch P (1991) Prüfungsangst: Kurzberatung mit hypnotischen Techniken. HyKog 8: 53–56
Janouch P (1994) Hypnotherapie in der stationären Behandlung psychosomatischer Patienten. HyKog 11: 121–126
Janouch P (1997) Hypnotherapie bei Angststörungen. HyKog 14: 55–60
Janouch P (2001) Angststörungen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 421–433
Janouch P (2003) Anmerkungen zum Prinzip der Unwillkürlichkeit in der Hypnose am Beispiel der Angsttherapie. HyKog 20: 121–126

Janouch P (2004) Frei von Ängsten. In: Ebell H, Schukall H (Hrsg) Warum therapeutische Hypnose? Pflaum, München
Jasiukaitis P, Nouriani B, Spiegel D (1996) Left hemisphere superiority for event-related potential effects of hypnotic obstruction. Neuropsychologia 34: 661–668
Jasiukaitis P, Nouriani B, Hugdahl K, Spiegel D (1997) Relaterizing hypnosis: Or, have we been barking up the wrong hemisphere? Int J Clin Exp Hypn 36: 38–52
Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Jemmott JB, Locke SE (1981) Psychosocial factors, immunologic mediation and human susceptability to infectious diseases: How much do we know? Psychol Bull 95: 78–108
Jensen MP, Hanley MA, Engel JM et al. (2005) Hypnotic analgesia for chronic pain patients with disabilities: a case series. Int J Clin Exp Hypn 53: 198–228
Jensen MP, Patterson DR (2005) Control Conditions In Hypnotic-Analgesia Clinical Trails: Challenges and Recommendations.
Jensen SM, Barabasz A, Barabasz M, Warner D (2001) EEG P300 event-related markers of hypnosis. Am J Clin Hypn 44: 127–139
Jern C, Eriksson H, Tengborn L et al. (1989) Changes of plasma coagulation and fibrinolysis in response to mental stress. J Thromb Haemost 71: 767–771
Jochims I, Gerl W 2004 (Hrsg) Rauchfrei ohne zuzunehmen. Hedwig, Berlin
John A (1997) Tierischer Magnetismus und Schulmedizin in Bremen während der Aufklärung. Peter Lang, Frankfurt
Johnson D (1996) Weight loss for women: Studies of smokers and nonsmokers using hypnosis and multicomponent treatments with and without over aversion. Psychological Reports: 3
Johnson D, Karkut R (1996) Participation in multicomponent hypnosis treatment programs for women's weight loss with and without overt aversion. Psychological Reports: 2
Johnson R, Barber TX (1976) Hypnotic suggestions for blister formation: Subjective and physiological effects. Am J Clin Hypn 18: 172–181
Johnson R, Barber TX (1978) Hypnosis, suggestion and warts: An experimental investigation implicating the importance of »believed-in-efficacy«. Am J Clin Hypn 20: 165–174
Jöhren P, Margraf-Stiksrud J (2002) Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwachsenen. Wissenschaftliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Kooperation mit dem Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dtsch Zahnarztl Z 57: 9
Jöhren P, Sartory G (2002) Zahnbehandlungsangst – Zahnbehandlungsphobie. Ätiologie – Diagnose – Therapie. Schlütersche, Hannover
Joire P (1908) Handbuch des Hypnotismus: Seine Anwendung in Medizin, Erziehung und Psychologie. Louis Marcus, Berlin
Joisten H (1992) Hypnotherapeutische Ansätze beim komplexen chronischen Tinnitus. In: Goebel G (Hrsg) Ohrgeräusche Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus. Quintessenz, München, S 191–204
Jonas AD (1981) Kurzpsychotherapie in der Allgemeinpraxis. Hippokrates-Thieme, Stuttgart
Jonas AD, Daniels A (1987) Was Alltagsgespräche verraten. Verstehen Sie limbisch? Hannibal, Wien
Jones E (1962) Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Huber, Bern
Jones J, Boormann P, Cann P et al. (2000) British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. Gut 47
Jovanovic U (1988) Methodik und Theorie der Hypnose. Gustav Fischer, Stuttgart
Jung CG (1971–1990) Gesammelte Werke. Walter, Olten
Jung CG, Franz M-Lv (1986) Der Mensch und seine Symbole. Walter, Olten
Jung E (1983) Animus und Anima. Bonz, Fellbach
Junker S (2002) Ergebnisse der Mitgliederbefragung 2002. Teil 1. Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose (DZzH): 14–18
Junker S (2004) Hypnose und Magenspiegelung. Eine teilrandomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie. Verlag für systemische Forschung, Carl-Auer, Heidelberg
Junker S (2005) Hypnose bei Magenspiegelungen. Hypnose Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 0: 39–49
Kafka F (1995) Die Verwandlung, Zürich
Kai-Ching Yu C (2005) Application of cognitive-behavioral hypnotic treatment for anxiety management in the Chinese. Contemporary Hypnosis 22: 104–114
Kai-Ching Yu C (2006) Cognitive-behavioural hypnotic treatment for managing examination anxiety and facilitating performance. Contemporary Hypnosis: 23 (2),72–82
Kaiser A, Schwender D, Klasing S, Pöppel E (1993) Hypnose in der Exploration akustischer Wahrnehmung während Allgemeinanästhesie. HyKog 10: 46–58
Kaladjian A, Jeanningros R, Azorin JM et al. (2007) Blunted activation in right ventrolateral prefrontal cortex during motor response inhibition in schizophrenia. Schizophr Res 97: 184–193
Kales A, Caldwell AB, Soldatos CR et al. (1983) Biopsychobehavioral correlates of insomnia, part II: Pattern specificy and consistancy with the Minnesota multiphasic personality inventory. Psychosom Med 45: 341–356
Kales A, Kales JD, Bixler EO et al. (1984) Biopsychobehavioral correlates of insomnia, V.: Clinical characteristics and behavioral correlates. Am J Psychiatry 141: 1371–1375
Kallio S, Revonsuo A, Hamalainen H, Gruzelier JH (2001) Anterior brain functions and hypnosis: A test of the frontal hypothesis. Int J Clin Exp Hypn 49: 95–108
Kaltenbrunner A (1991) Empirische Studie über familiale Interaktionsmuster in den Ursprungsfamilien männlicher Alkoholiker unter besonderer Berücksichtigung der Mutter-Sohn-Triade.
Kammer D, Schremmer I, Schwochow M, Berglez A (1996) Kontrollierte Behandlung einfacher Phobien mit NLP. Unveröfftlichtes Manuskript U Universität Bielefeld
Kämmerer A, Klingenspor B (1989) Bulimie. Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung. Kohlhammer, Stuttgart

Kaneko Z, Takaishi N (1963) Psychometric studies on chronic urticaria. Folia Psychiatrica et Neurologica Japanica 17: 16–24
Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (2000) Selbstmanagement-Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Kant I (1790) Briefwechsel. In: Kants gesammelte Schriften. Vol XI, 2. Abtlg. Königlich Peußische Akademie der Wissenschaften, Berlin, S 138ff
Kappauf H, Dietz R (1996) Psychische Betreuung von Krebskranken (Psychoonkologie). Klinik der Gegenwart XII Sonderdruck: 1–32
Kappauf H, Gallmeier WM (1995) Nach der Diagnose Krebs – Leben ist eine Alternative. Herder
Karlin R, Cohen A, Goldstein L (1983) Shifting to the right during hypnosis U Manuscript
Kasamatsu A, Hirai T (1966) An Electroencephalographic study on the Zen meditation (Zazen). Folia Psychiatr Neurol Jpn 20: 315–336
Kaschel R, Friedrich B (1990) Dermatosen und Hauterscheinungen. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 304–328
Kast V (1990) Die Dynamik der Symbole. Walter, Olten, Freiburg i. Brsg.
Katz J (1992a) Psychophysiological correlates of phantom limb experience. J Neurol Neurosurg Psychiatry 55: 811–821
Katz J (1992b) Psychophysiological contributions to phantom limbs. Can J Psychiatry 37: 282–298
Katz J, Melzack R (1990) Pain »memories« in phantom limbs: Review and clinical observations. Pain 43: 319–336
Kaufmann E, Kaufmann P (1983) Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Lambertus, Freiburg
Kaye JM (1987) Use of hypnosis in the treatment of cancer patients. J Psychosoc Oncol 5: 11–22
Keks N, McGrath J, Lambert T, Catts S, et. al (1994) The Australian multicentre double-blind comparative study of remoxipride and thioridazine in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 90: 358–365
Keller K (1993) Untersuchung zur Erfassung der heterosuggestiv induzierten Entspannung bei einer klinischen Population Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie, Technische Universität Darmstadt
Kellerhals B (1997) Tinnitusbehandlung mit Lidocain? HNO 45
Kellerhals B, Zogg R (1996) Tinnitus-Hilfe. Karger, Basel
Kellerman J, Zeltzer L, Ellenberg L, Dash J (1983) Adolescents with cancer: Hypnosis for the reuction of acute pain and anxiety associated with medical procedures. J Adolesc Health Care 4: 90–95
Kelly SF (1984) Measured hypnotic response and phobic behavior: A brief communication. Int J Clin Exp Hypn 32: 1–5
Kerkhoff G (2004) Neglect und assoziierte Störungen. Hogrefe, Göttingen
Kernberg OF (1988) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett-Cotta, Stuttgart
Kernberg OF (1993) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Huber, Bern
Kernberg OF (2001) Affekt, Objekt und Übertragung. Aktuelle Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und Technik. Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen
Kernberg OF (2006) Narzißmus, Aggression und Selbstzerstörung. Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, Stuttgart
Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (2000) Handbuch der Borderlinestörung. Schattauer, Stuttgart
Kerner J (1824) Geschichte zweyer Somnambülen nebst einigen anderen Denkwürdigkeiten aus dem Gebiete der magischen Heilkunde und der Psychologie. Gottlieb Braun, Karlsruhe
Kerner J (1829) Die Seherin von Prevorst. Eröffnungen über das innere Leben und über das Hineinragen einer Geisterwelt in die unsere. Cotta, Stuttgart
Kerner J (1834) Geschichten Besessener neuerer Zeit. Beobachtungen aus dem Gebiete kakodämonisch-magnetischer Erscheinungen. Braun, Karlsruhe
Kerner J (1836) Nachricht von dem Vorkommen des Besessenseyns, eines dämonisch-magnetischen Leidens und seiner schon im Alterthum bekannten Heilung durch magisch-magnetisches Einwirken. Cotta, Stuttgart
Kerner J (1849) Das Bilderbuch aus meiner Knabenzeit. Erinnerungen aus den Jahren 1786–1804. Viehweg, Braunschweig
Kerner J (1856) Franz Anton Mesmer aus Schwaben, Entdecker des thierischen Magnetismus. Erinnerungen an denselben, nebst Nachrichten von den letzten Jahren seines Lebens zu Meersburg am Bodensee. Literarische Anstalt, Frankfurt am Main
Kerssens C, Klein J, Bonke B (2003) Awareness: Monitoring versus remembering what happened. Anaesthesiology 99: 570–575
Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH, Price DD (1995) Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: Further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. Pain 60: 39–47
Kieser DG (1817) Franz Baader über die Extase oder das Verzücktseyn der magnetischen Schlafredner (Leipzig bei C.H. Reclam, 1817). Archiv für den Thierischen Magnetismus 1: 113–120
Kieser DG (1820) Daemoniaca, aus älteren Schriften ausgezogen, und zur physiologischen Deutung mit ähnlichen magnetischen Erscheinungen in Verbindung gesetzt. Archiv für den Thierischen Magnetismus 8: 1–48
Kieser DG (1826) System des Tellurismus oder thierischen Magnetismus: Ein Handbuch für Naturforscher und Ärzte. F.L. Herbig, Leipzig
Kiesewetter C (1893) Franz Anton Mesmers Leben und Lehre nebst einer Vorgeschichte des Mesmerismus, Hypnotismus und Somnambulismus. Max Spohr, Leipzig
Kihlstrom JF (1996) Perception without awareness of what is perceived, learning withoutawareness of what is learned. In: Velmans M (ed) The science of consciousness: Psychological, neuro neuropsychological and clinical reviews. Routledge, London, pp 23–46
Kihlstrom JF, Barnhardt TM, Tataryn DJ (1992) Implicit perception. In: Bornstein R, Pittman T (eds) Perception without

awareness: Cognitive, clinical, and social perspectives. Guilford, New York, pp 17–54
Kihlstrom JF, Evans FJ (1979) Memory retrieval processes during posthypnotic amnesia. In: Kihlstrom JF, Evans FJ (eds) Functional disorders of memory, Erlbaum, Hillsdale, New Jork, pp 179–218
Kihlstrom JF, Glisky M, Angiulo M (1994) Dissociative tendencies and dissociative disorders. Dissociation
Killmann P, Bolan J, Norton S et al. (1986) Perspectives of sex therapy outcome: A survey of AASECT providers. J Sex Marital Ther 12: 116–138
King BJ, Nash M, Spiegel D, Jobson K (2001) Hypnosis as an intervention in pain management: A brief review. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 5: 97–101 URLJ: www tandf co uk/journals/md/13651501 html
King M (1985) Cigarette cessation through trance and self-hypnosis. Norton, New York
Kinnunen p (1996) Flugngst bewältigen. Psychologie Verlagsunion, Weinheim
Kinomura S, Larsson J, Gulyas B, Roland PE (1996) Activation by attention of the human reticular formation and thalamic intralaminar nuclei. Science 271: 512–515
Kinzel FC (1993) Psychoanalyse und Hypnose. Auf dem Weg zu einer Integration. Quintessenz, München
Kinzel FC, Erazo N (1996) Der Säugling, die Mutter und der Hypnotherapeut. Die hypnotherapeutische Beziehung vor dem Hintergrund empirischer Säuglingsforschung. HyKog 13: 165–198
Kinzel FC, Peter B, Trenkle B et al. (Hrsg) (1996) Münchner Vorträge I. Vol HyKog 13(1+2). www.MEG-Stiftung.de, München
Kirsch I (1990) Changing expectations: A key to effective psychotherapy. Brooks & Cole, Pacific Grove, CA
Kirsch I (1993) Cognitive-behavioral hypnotherapy. In: Rhue J, Lynn S, Kirsch I (eds) Handbook of clinical hypnosis. American Psychological Association, Washington, D. C., pp 151–172
Kirsch I (1996) Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments – Another meta-reanalysis. J Consult Clin Psychol 63: 517–519
Kirsch I (1997) Suggestibility or hypnosis: What do our scales really measure? Int J Clin Exp Hypn 45: 212–225
Kirsch I (2000) Hypnosis and Placebo: Response Expectancy as a mediat. In: De Pascalis V, Gheorghiu VA, Sheehan PW, Kirsch I (eds) Suggestion and Suggestibility Theory and Research: Hypnosis International Monographs No 4. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 211–228
Kirsch I, Braffman W (1999) Correlates of hypnotizability: The first empirical study. Contemporary Hypnosis 16: 224–230
Kirsch I, Council JR (1992) Situational and personality correlates of hypnotic responsiveness. In: Fromm E, Nash MR (eds) Contemporary hypnosis research. Guilford, New York, pp 267–291
Kirsch I, Silva CE, Comey G, Reed S (1995a) A spectal analysis of cognitive and personality variables in hypnosis: Empirical disconfirmation of the two-factor model of hypnotic responding. J Pers Soc Psychol 69: 167–175
Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G (1995b) Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. J Consult Clin Psychol 63: 214–220
Kiss A (1995). Psychosocial/psychotherapeutic interventions in cancer patients: consensus statement, Flims 1995. Supportive Care in Cancer Vol 3 (4), 270–271
Kissin B (1986) Psychobiology of human behavior; Vol. 1: Conscious and unconscious programs in brain. Plenum, New York
Klages U, Sergl HG, Barth V (2002) Untersuchung über die Wirkung eines Entspannungstrainings auf die Angst vor zahnärztlicher Behandlung Zahnbehandlungsangst, Gesundheitszustand und Lebensqualität Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Vol. 23, S 329–340
Klein B, Schmid D, Habermüller M, Revenstorf D (2006) Hypnose zur Gewichtsreduktion. Paper presented at Jahrestagung der MEG und DGZH. Bad Orb, 16.–19.3.2006
Kleinhauz M (Hrsg) (1991) Gefahren der Hypnose. Vol HyKog, 8(1), April 1991. www.MEG-Stiftung.de, München
Kleinhauz M (1991) Negative Reaktionen bei der Anwendung von Hypnose: Handhabung, Vorsichtsmaßnahmen und das israelische Hypnosegesetz. HyKog 8: 1–12
Kleinhauz M, Beran B (1981) Misuses of hypnosis: A medical emergency and its treatment. Int J Clin Exp Hypn 29: 148–161
Kleinhauz M, Beran B (1984) Misuse of hypnosis: A factor in psychopathology. Am J Clin Hypn 26: 283–290
Kleinhauz M, Dreyfuss DA, Beran B, Azikri D (1984) Some aftereffects of stage hypnosis: A case study of psychopathological manifestations. Int J Clin Exp Hypn 27: 219–226
Kleinhauz M, Dreyfuss DA, Beran B et al. (1979) Developments of psychopathological manifestations after participating in stage hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 27: 219–226
Kleinhauz M, Peter B, Livnay S et al. (eds) (1995) Jerusalem lectures on hypnosis and hypnotherapy. www.MEG-Stiftung.de, München
Kleinke CL (1977) Compliance to requests made by gazing and touching experimenters in field settings. J Exp Soc Psychol 13: 218–223
Kleinsorge H (1964) Gegenindikation und Gefahren der Hypnosebehandlung. In: Müller-Hegemann D (Hrsg) Aktuelle Hypnose-Probleme: Beiheft zur Zeitschrift Psychiatr Neurol Med Psychol. Hirzel, Leipzig, S 53–60
Kleinsorge H (1986) Hypnose. Fischer, Stuttgart
Klerman G, Weissman M, Rounsaville B, Chevron E (1984) Interpersonal psychotherapy of depression. Basic Books, New York
Klimesch W (1999) EEG alpha and theta oscillations reflect cognitive and memory performance: a review and analysis. Brain Res Rev 29: 169–195
Kline MV (1958) Freud and hypnosis: The interaction of psychodynamics and hypnosis. Julian Press, New York
Klosterhalfen W, Klosterhalfen S (1983) Pavlovian conditioning of immunosuppression modifies adjuvant arthritis in rats. Behav Neurosci 4: 663–666
Kluft RP (ed) (1990) Incest-related syndromes of adult psychopathology. American Psychiatric Press, Washington, DC

Kluft RP (1995) Zur Anwendung hypnotischer Interventionen bei der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen. HyKog 11: 13–33
Kluft RP (2002a) Advances in the treatment of dissociative identity disorder: An algorithm for evaluation and intervention with special attention to the role of hypnosis. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 31–39
Kluft RP (2002b) The inevitability of ego state therapy in the treatment of dissociative identity disorder and allied states. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 69–77
Kluge CAF (1811) Versuch einer Darstellung des animalischen Magnetismus als Heilmittel. C. Salfeld, Berlin
Klumbies G (1952) Ablationshypnose. Z Psychother Med Psychol 2: 221–229
Knaus A, Walter H, Ramskogler K et al. (2002) Erfassung des subjektiven Empfindens von Angstpatienten vor und nach einer zahnärztlichen Behandlung in Hypnose. HyKog 19: 117–130
Knecht S, Henningsen H, Elbert T et al. (1996) Reorganizational and perceptional changes after amputation. Brain 119: 1213–1219
Knox VJ, Crutchfield L, Hilgard ER (1975) The nature of task interference in hypnotic dissociation: An investigation of hypnotic behavior. Int J Clin Exp Hypn 23: 305–323
Knudson-Cooper MS (1981) Relaxation and biofeedback training in the treatment of severely burned children. J Burn Care Rehabil 2: 102–104
Koch U, Potreck-Rose F (Hrsg) (1990) Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Koch U, Weiß J (1998) Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung. Schattauer, Stuttgart
Koch-Hillebrecht M (1999) Homo Hitler. Psychogramm des deutschen Diktators. Siedler, München
Koenig T, Kochi I, Kondaktor E et al. (1996) Hypnotically induced emotional states alter the location of frequent domain EEG dipole source model. Poster. Bern 12.–13.1.1996 Swiss Society of Neurology
Koenigs M, Young L, Adolphs R et al. (2007) Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. Nature 446: 908–911
Kogler A (2006) Die Kunst der Höchstleistung. Sportpsychologie, Coaching, Selbstmanagement. Springer Berlin Heidelberg New York Tokio
Kogon MM, Jasiukaitis P, Berardi A et al. (1998) Imagery and hypnotizability revisted. Int J Clin Exp Hypn 46: 363–370
Kohen DP (1991) Relaxation and mental imagery. Selfhypnosis for habit problems. Pediatr Ann 20: 136–144
Kohen DP, Olness KN, Colwell SO, Heimel A (1984) The use of relaxation/mental imagery (self-hypnosis) in the management of 505 paediatric behavioral encounters. Psychosom Med 42: 397–405
Kohen DP, Olness KN, Colwell SO, Heimel A (1990) Entspannung und mentales Vorstellungstraining in der pädiatrischen Sprechstunde: Selbsthypnose in der Behandlung von 505 Kindern und Jugendlichen. HyKog 7: 30–40
Kohl F, Ross UH (2004) Progressive Muskelentspannung, imaginative und hypnotherapeutische Verfahren in der Schmerztherapie. Nervenheilkunde 1: 71–76
Köhler F (1897) Experimentelle Studien auf dem Gebiete des hypnotischen Somnambulismus. Zeitschrift für Hypnotismus 6: 357–374
Köhler T (2005) Biologische Grundlagen psychischer Störungen. Hogrefe, Göttingen
Kohnstamm O (1915) Demonstration einer katatonieartigen Erscheinung beim Gesunden (Katatonie-Versuch). Neurologisches Zentralblatt: 290–291
Kohut H (1979) Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Kolb B, Whishaw I (1996) Neuropsychologie. Spektrum, Heidelberg
Konradt B, Deeb S, Scholz OB (2004) Motorische Imagination in Hypnose. Alpha– und Thetapower während motorischer Imagination. HyKog 21: 183–204
Kooi J, van der (2006) Märchen zwischen mündlicher Überlieferung und literarischer Tradition. In: Rheinisches Jahrbuch für Volkskunde. Vol Band 4
Koop CE (1988) U.S. Surgeon General's report. Nr. 20
Koopman C, Classen C, Spiegel D (1994) Predictors of posttraumatic stress symptoms among Oakland/Berkeley firestorm survivors. Am J Psychiatry 151: 888–894
Kopp S (1996) Triffst du Buddha unterwegs. Fischer, Frankfurt am Main
Kordy H, von Rad M, Senf W (1990) Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht der Patienten. Psychother Psychosom Med Psychol 40: 390–397
Koseleff P (1937) Eine Modifikation des »Charpentier-Effekts«. Psychol Res 21: 142–145
Kossak H-C (1982) Praxis der Erziehungsberatung: Hausaufgabenprobleme
Kossak H-C (1986a) Gefahren, Kontraindikationen und Grenzen der Hypnose (Teil I). Experimentelle und Klinische Hypnose 2: 17–32
Kossak H-C (1986b) Gefahren, Kontraindikationen und Grenzen der Hypnose (Teil II). Experimentelle und Klinische Hypnose 2: 109–124
Kossak H-C (1989/93/97/2004) Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Beltz PVU, Weinheim
Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini–Ferrando MF et al. (2000) Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. Am J Psychiatry 157: 1279–1284
Krafft-Ebing Rv (1888) Eine experimentelle Studie auf dem Gebiet des Hypnotismus nebst Bemerkungen über Suggestion und Suggestionstherapie. Enke, Stuttgart
Kraiker C (1984) Nachwort. HyKog Einführungsheft: 71–72
Kraiker C (1987) Die Geburt der Verhaltenstherapie aus dem Geist der Hypnose. HyKog 4: 1–9
Kraiker C (1990) Das exoterische Prinzip: Gedanken über den Ort und den Weg der Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: 157–166

Kraiker C (1991a) Hypnose und Verhaltenstherapie: Was kann die Verhaltenstherapie von der Hypnose lernen? In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 188–212

Kraiker C (1991b) Was ist Verhaltenstherapie? In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 29–40

Kraiker C (1991c) Agoraphobie. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 46–54

Kraiker C (1992) Imagination als Bindeglied zwischen Hypnose und Verhaltenstherapie. Experimentelle und Klinische Hypnose 8: 43–48

Kraiker C (1993) Das autogene Training. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 423–433

Kraiker C (1996) Suggestionen im wissenschaftlichen Diskurs. HyKog 13: 115–124

Kraiker C (2002) Changing what you say to yourself (and to others): Basic elements of Epictetus' (~50–130 AD) therapeutic philosophy. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 237–244

Kraiker C, Peter B (Hrsg) (1983) Psychotherapieführer. Beck, München

Kraiker C, Peter B (Hrsg) (1987) Hypnose und Verhaltenstherapie. Vol HyKog, 4(1). www.MEG-Stiftung.de, München

Kraiker C, Peter B (Hrsg) (1998) Psychotherapieführer. Beck, München

Kranhold C, Baumann U, Fichter M (1992) Hypnotizability in bulimic patients and controls. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 242: 72–76

Krapf G (1977) Hypnose, Autogenes Training, Katathymes Bildererleben. In: Eicke D (Hrsg) Kindlers Psychologie des 20 Jahrhunderts Bd III: Freud und die Folgen (2), München: Kindler, S 1174–1196

Krause C (2000) Posthypnotische Amnesie für therapeutische Geschichten. Unveröfftlichte Dissertation, Tübingen U Universität Tübingen, psychologisches Institut

Krause C (2001) Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 101–119

Krause C, Revenstorf D (1997) Ausformung therapeutischer Metaphern. HyKog 14: 83–104

Krause C, Revenstorf D (1998) Wirkung indirekter Hypnosetechniken auf Symptome der Prüfungsangst: Eine Audiokassettenstudie. HyKog 15: 129–144

Krauth J (1997) Untersuchung zur Beeinflussung motorischer Abläufe mit besonderer Berücksichtigung expliziter und impliziter Suggestion Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie, Justus-Liebig-Universität Gießen

Kretschmer E (1946) Über gestufte aktive Hypnoseübungen und den Umbau der Hypnosetechnik. Deutsche Medizinische Wochenschrift 71: 281–283

Kretschmer W (1990) Wachtraummethoden. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 404–415

Kroger WS, Doucé RG (1979) Hypnosis in criminal investigation. Int J Clin Exp Hypn 27: 358–374

Kroger WS, Fetzler WD (1976) Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning, Lippincott, Philadelphia

Krohn W, Küppers G (Hrsg) (1992) Emergenz: Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung. Suhrkamp TB, Frankfurt

Krohne HW (1976) Theorien zur Angst. Kohlhammer, Stuttgart

Kronsbein FHJ (2001) Hypnose in der Klinik. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 142–152

Krugman M, Kirsch I, Wickless C (1985) NLP treatment for anxiety: Magic or myth. J Consult Clin Psychol 53: 526–530

Kruse P (1989) Some suggestions about suggestion and hypnosis: A radical constructivist view. In: Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (eds) Suggestion and suggestibility: Theory and research. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 91–98

Kruse P, Dreesen HN (Hrsg) (1995) Therapeutische Rituale. Vol HyKog, 11(1). www.MEG-Stiftung.de, München

Kruse P, Gheorghiu VA (1992) Self-organization theory and radical constructivism: A new concept for understanding hypnosis, suggestion, and suggestibility. In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 161–172

Kruse P, Stadler M (1987) Radikaler Konstruktivismus: Psychologische Überlegungen zu einem philosophischen Zweifel. In: Amelang M (Hrsg) Bericht über den 35 Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg, 1986, Hogrefe: Göttingen, S 199–210

Kubie LS (1961) Hypnotism. A focus for psychophysiological and psychoanalytic investigations. Arch Gen Psychiatry 4: 40–54

Kubie LS, Margolin S (1944) The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state. Am J Psychiatry 100: 611–622

Kuby C (2006). Heilung das Wunder in uns. Kösel, München

Küchler T, Bestmann B, Rappat S et al. (2007) Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-Year survival results of a randomized trial. J Clin Oncol 25: 2702–2708

Kugel W (1998) Hanussen. Die wahre Geschichte des Hermann Steinschneider. Grupello, Düsseldorf

Kulkarni B, Bentley DE, Elliott R et al. (2005) Attention to pain localization and unpleasantness discriminates the functions of the medial and lateral pain systems. Eur J Neurosci 21: 3133–3142

Kumar VK, Marcano G, R.J. P (1996a) Behavioral and subjective scoring of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: further data and an extension. Am J Clin Hypn 38: 191–199

Kumar VK, R.J. P, Marcano G (1996b) Hypnotizability, dissociativity, and phenomeneological experience. Dissociation 9: 143–153

Kunzelmann K-H, Dünninger P (1990) Dental fear and pain: effects on patient's perceptions of the dentist. Community Dent Oral Epidemiol 18: 264–266
Kuper M (1994) Agrippa von Nettesheim – ein echter Faust. Zerling, Berlin
Kupers R, Faymonville ME, Laureys S (2005) The cognitive modulation of pain: Hypnosis and placebo–induced analgesia. Progr Brain Res 150: 251–269
Kupsch W (1985) Bemerkungen zur wissenschaftshistorischen Einordnung F.A. Mesmers. In: Schott H (Hrsg) Franz Anton Mesmer und die Geschichte des Mesmerismus. Steiner, Stuttgart, S 44–50
Kurtz R (1983) Hakomi Therapy. Hakomi Institute, Boulder, Co
Kuttner L (1988) Favorite stories: A hypnotic pain-reduction technique for children in acute pain. Am J Clin Hypn 30: 289–295
Kuyk J, Spinhoven P, van Dyck R (1999) Hypnotic recall: A positive criterion in the differential diagnosis between epileptic and pseudo-epileptic seizures. Epilepsia 40: 485–491
LaBaw W (1973) Adjunctive trance therapy with severely burned children. Int J Child Psychother 2: 80–92
LaBerge S (1987) Hellwach im Traum. Junfermann, Paderborn
Lackner JM, Mesmer C, Morley S et al. (2004) Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. J Consult Psychol 72: 1100–1113
Ladenbauer W (1992) Imagination und Hypnose bei Krebs. Imagination 14: 36–68
Lahrner J, Pusswald G, Fertl E (2006) Klinische Neuropsychologie. Grundlagen, Diagnostik und Rehabilitation. Springer, Wien
Laidlow TM, Booth RJ, Large RG (1994) The variability of Type-I hypersensitivity reactions: the importance of mood. J Psychosom Res 38: 51–61
Lakoff G, Johnson M (1980) Metaphors We Live By. University of Chicago Press, Chicago
Lamas JR, del-Valle-Inclan F, Blanco MJ, Diaz AA (1989) Spanish norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. Int J Clin Exp Hypn 37: 264–273
Lambert MJ (2004) Bergin an Garfield's Handbook of Psychotherapie and Behavior Change. Wiley, New York
Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ et al. (2000) Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. Lancet 355: 1486–1500
Lang EV, Berbaum KS, Faintuch S et al. (2006) Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. Pain 126: 155–164
Lang EV, Joyce JS, Spiegel D et al. (1996) Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedures: Effects on pain perception and intravenous drug use. Int J Clin Exp Hypn 44: 106–119
Lang PJ (1979) A bio-informational theory of emotional imagery. Psychophysiology 16: 495–512
Lang PJ (1985) The cognitive psychophysiology of emotions: Fear and anxiety. In: Tum AH, Maser JD (eds) Anxiety and the anxiety disorder. Erlbaum, Hillsdale, New York, pp 131–170
Langen D (1961) Die gestufte Aktivhypnose. Thieme, Stuttgart
Langen D (1967) Die gestufte Aktivhypnose. Thieme, Stuttgart
Langen D (Hrsg) (1972) Hypnose und psychosomatische Medizin. Hippokrates, Stuttgart
Langen D (1972a) Die Entwicklung der Hypnose. In: Langen D (Hrsg) Hypnose und psychosomatische Medizin. Hippokrates, Stuttgart, S 270–273
Langen D (1972b) Kompendium der medizinischen Hypnose: Einführung in die ärztliche Praxis, Karger, Basel
Langen D (Hrsg) (1974) Bibliographie der Hypnose 1890–1969. Hippokrates, Stuttgart
Lankton CH, Lankton SR (2005) Geschichten mit Zauberkraft. Die Arbeit mit Metaphern in der Psychotherapie. Vol 5. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
Lankton CH, Lankton SR, Stephen R (1991) Geschichten mit Zauberkraft. Die Arbeit mit Metaphern in der Psychotherapie. Pfeiffer, München
Lankton S, Lankton C (2001) Spezifische Phobien: KOmplexe Dissoziations-Assoziations-Verfahren. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 449–458
Lankton SR, Lankton CH (1983) The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapie. Brunner & Mazel, New York
Larbig W (1982a) Behandlung [der Migräne] mit Hilfe von Hypnose, Akupunktur und transkutaner Nervenstimulation. In: Gerber WD (Hrsg) Migräne. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 172–186
Larbig W (1982b) Schmerz. Kohlhammer, Stuttgart
Larbig W (1989) Kultur und Schmerz. Psychomed 1: 17–26
Larbig W (2004) Hirnphysiologische Korrelate der Hypnoanalgesie. HyKog 21: 39–60
Larbig W, Fallert B, de Maddalena H (1999/2002) Verhaltensmedizinische Interventionen bei Tumorschmerzen. In: Tumorschmerz – Interdisziplinäre palliative Therapiekonzepte. Schattauer, Stuttgart, S 203–231
Larbig W, Grulke N, Revenstorf D (2000) Verhaltensmedizin bei Krebs: Psychosoziale Aspekte und psychologische Behandlungsmodelle. In: Larbig W, Tschuschke V (Hrsg) Psychoonkologische Interventionen – Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. Reinhard, München, S 21–110
Larbig W, Miltner W (1990) Hirnelektrische Grundlagen der Hypnose. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 100–115
Larbig W, Miltner W (1993) Hirnelektrische Grundlagen der Hypnose. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 105–121
Larbig W, Tschuschke V (Hrsg) (2000) Psychoonkologische Interventionen – Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. Reinhard, München
Larsen S (1965) Strategies for reducing phobic behavior U Stanford University
Lau M, McMain S (2005) Integrating Mindfulness Meditiation with Cognitive and Behavioral Therapies: The Chalange of Combining Acceptance- and Change-Based Strategies. Can J Psychiatry 50: 863–869
Lavertue NE, Kumar VE (2002) The effeciveness of a hypnotic ego-strenghtening procedure for improving self-esteem. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 30: 1–23

Lavoie GF, Sabourin M (1980) Hypnosis and schizophrenia: A review of experimental and clinical studies. In: Burrows GD, Dennerstein L (eds) Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine, Elsevier/North-Holland Biomedical Press, Amsterdam, pp 377–420
Lazarus AA (1980) Innenbilder: Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe, Pfeiffer, München
Lazarus RS, Folkman S (1987) Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality 1: 141–169
Le Shan L (1982) Psychotherapie gegen den Krebs. Klett-Cotta, Stuttgart
LeBaron S, Zelzer L (1985) Hypnosis for haemophiliacs: Methodological problems and risks. Am J Pediatr Hematol Oncol 7: 316–319
LeCron LM (1954) A hypnotic technique for uncovering unconscious material. Int J Clin Exp Hypn 2: 76–79
LeCron LM (1963) The uncovering of early memories by ideomotor responses to questioning. Int J Clin Exp Hypn 11: 137–142
LeDoux J (1998) Das Netz der Gefühle. Hanser, München
Lehmann D, Faber PL, Achermann P et al. (2001) Brain sources of EEG gamma frequency during volitionally meditation-induced, altered states of consciousness, and experience of the self. Psychiatry research: Neuroimaging Section 108: 111–121
Leiberich P, Klahr M, Olbrich E, Sprinkart P, Müller M, Reiser J, Peter B, Gerl W, Fürsich K, Schreiner M, Schumacher K, Brockhaus W, Kalden JR (1995) CD4-positive Lymphozyten und CD4/CD8-Ratio bei HIV-Positiven unter copingorientierter Hypnotherapie. Experimentelle und Klinische Hypnose 11: 49–68
Lenk W (1985) Vorschläge zur Veränderung der Simonton-Programms. In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H Erickson, Pfeiffer, München, S 214–223
Lenk W (1988) Psychotherapeutische Behandlung eines Lipoms im Eigenversuch. HyKog 5: 45–52
Lenk W (1990) Hypnotherapie bei Krebserkrankungen. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 329–344
Lenk W (2001) »Problemtrance – Lösungstrance«. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 96–101
Lesch O (2001) The European Acamprosate trials: conclusions for research and therapy. J Biomed Sci 8: 89–95
Lesch O, Kefer J, Lentner S, Mader R, Marx B, Musalek M, Nimmerrichter A, Preinsberger H, Puchinger H, Rustembegovic A (1990) Diagnosis of chronic alcoholism – classificatory problems. Psychopathology 23: 88–96
Lesch O, Walter H (1996) Subtypes of Alcoholism and Their Role in Therapy. Alcohol and Alcoholism 31: 63–67
Leuner H (1955) Experimentelles katathymes Bilderleben als klinisches Verfahren der Psychotherapie. Z Psychother Med Psychol 5: 185 und 233
Leuner H (1985) Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Huber, Bern
Leung HC, Cai W (2007) Common and differential ventrolateral prefrontal activity during inhibition of hand and eye movements. J Neurosci 27: 9893–9900
Leva RA, Rywick T (1979) HIP eye-roll: High scoring by untrained raters. Am J Clin Hypn 22: 91–94
Levin B, Bertelson AD, Lacks P (1984) MMPI differences among mild and severe insomniacs and good sleepers. J Pers Assess 48/2: 126–129
Levine JD, Collier DH, A.I. B, Moskowitz MA, Helms CA (1985) Hypothesis: The nervous system may contribute to the pathophysiology of rheumatoid arthritis. J Rheumatol 12: 406–411
Levine JD, Moskowitz MA, Basbaum AI (1988) Neuroimmunological mechanisms in arthritis. Progress in Neuro-endocrine Immunology 1
Levinson B (1965) States of awareness under general anesthesia. Br J Anaesth 37: 544–546
Levitan AA (1992) The use of hypnosis with cancer patients. Psychiatr Med 10: 119–131
Levitt EE, Aronoff G, Morgan CD, Overley TM, Parrish MJ (1975) Testing the coercive power of hypnosis: Committing objectionable acts. Int J Clin Exp Hypn 23: 59–67
Levy-Suhl M (1922) Die hypnotische Heilweise und ihre Technik. Eine theoretische und praktische Einführung in die Hypno- und Suggestionstherapie nebst einer vergleichenden Darstellung der Freudschen Psychoanalyse. Enke, Stuttgart
Liberman MB (1984) The treatment of simple phobias with nlp. Dissertation Abstracts International 45: 40–59
Libet B, Gleason CA, Wright EW, Pearl DK (1983) Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness potential) – the unconscious initiation of free voluntary act. Brain Cogn 106: 623–642
Lichtenberg P, Bachner-Melman R, Epstein RP, Crawford HJ (2004) Hypnotic susceptibility: multidimnesional relationships with Cloniger's tridmensional personality questionnaire, COMT polymorphisms, absorption, and attentional characteristics. Int J Clin Exp Hypn 52: 47–72
Lichtenstein KL, Rosenthal TL (1980) Insomnias` perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. J Abnorm Psychol 89: 105–107
Liébeault AA (1866) Du sommeil et des états analogues, considéré surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique. Masson, Paris
Liébeault AA (1889) Le sommeil provoqué et les états analogues. Octave Doin, Paris
Liébeault AA (1892) Der künstliche Schlaf und die ihm ähnlichen Zustände. Deuticke, Leipzig und Wien
Liébeault AA (1892/93) Hypnotismus und Suggestionstherapie. Zeitschrift für Hypnotismus 1: 11–16
Liébeault AA (1892/93) Streifzüge in das Gebiet der passiven Zustände, des Schlafes und der Träume. Zeitschrift für Hypnotismus 1: 129–138, 155–163, 202–211, 223–234, 264–273
Liébeault AA (1893/94) Nicht immer klingt die Wahrheit auch wahrscheinlich. Zeitschrift für Hypnotismus 2: 75–83
Liébeault AA (1894/95) Criminelle hypnotische Suggestionen: Gründe und Thatsachen, welche für dieselbe sprechen. Zeitschrift für Hypnotismus 3: 193–206, 225–229

Liébeault AA (1894/95) Das Wachen, ein activer Seelenzustand – Der Schlaf, ein passiver Seelenzustand – Physiologische passive Zustände, beziehentlich pathologische, welche dem Schlaf analog sind – Suggestion. Zeitschrift für Hypnotismus 3: 22–28, 33–46
Liégeois J (1889) De la suggestion et du somnambulisme dans leur rapport avec la jurisprudence et la médecine légale. Octave Doin, Paris
Liggett DR (2004) Sporthypnose. Eine neue Stufe des mentalen Trainings. Carl-Auer, Heidelberg
Lilienthal Kv (1887) Der Hypnotismus und das Strafrecht. Guttentag, Berlin
Linares J, Campo C (2003) Familientherapie bei Depressionen. Carl-Auer, Heidelberg
Linden JH (2002) The application of hypnosis to children and adolescents traumatized by war. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 21–29
Linden M, Hautzinger M (1981) Psychotherapiemanual, Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Lindsay PH, D.A. N (1981) Einführung in die Psychologie: Informationsaufnahme und -verarbeitung beim Menschen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Liossi C, Hatira P (1999) Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. Int J Clin Exp Hypn 47: 104–116
Liotti G (1992) Egocentrism and the cognitive psychotherapy of personality disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy 6: 43–58
Liotti G (1993) Disorganized attachment and dissociative experiences: an illustration of the developmental-ethological approach to cognitive therapy. In: Kuehlwein KTR, H. (ed) Cognitive therapies in action. Jassey-Bass, San Francisco, pp 213–239
Liotti G (1999) Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon J, George C (eds) Attachment disorganization. Guilford, New York, pp 291–317
Lipps T (1897) Suggestion und Hypnose. Eine psychologische Untersuchung. In: Sitzungsberichte der philosophisch-philologischen und der historischen Classe der kb Akademie der Wissenschaften zu München. Vol 2. Verlag der k. Akademie, München, S 391–522
Lipps T (1897) Zur Psychologie der Suggestion. Zeitschrift für Hypnotismus 6: 94–119
Lira E, Becker D, Castillo MI (1989) Psicoterapia de victimas de represion politica bajo la dictatura. ILAS, Derechos Humanos, Santiago de Chile
Livnay S (1996) When Erickson meets Freud: The therapist trance and countertransference as resources for the hypnotherapist. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 79–86
Livnay S (2002) Treating the »contra-indicated«: Reflections of a hypnotherapist in treating difficult clients. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 107–112
Lodato FJ (1990) An experimental investigation of the effects of self-hypnosis, behavioral rehearsel and visualization on the improvement of athletic performance of hockey players. Hypnos 17: 141–147
Loew W, Hartkamp N, Leibig E (1998) Somatoforme autonome Funktionsstörung. Diagnostik und Therapie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 38: 108–126
Loewenfeld L (1901) Der Hypnotismus. Handbuch der Lehre von der Hypnose und der Suggestion, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bedeutung für Medicin und Rechtspflege. Bergmann, Wiesbaden
Loewenstein RJ (1993) Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorders. In: R.P. K, Fine CG (eds) Clinical perspectives on multiple personality disorder. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp 51–85
Loftus EF (1994) The repressed memory controversy. Am Psychol 49: 443–445
Loftus EF, Banaji MR (1989) Memory modification and the role of the media. In: Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (eds) Suggestion and suggestibility: Theory and research. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 279–294
Logothetis NK, Pauls J, Augath M, Trinath T, Oeltermann A (2001) Neurophysiological investigation of the basis of the fMRI signal. Nature 412: 150–157
London P (1963) Children's Hypnotic Susceptibility Scale. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
London P, Hart JT, Leibowitz MP (1968) EEG alpha–rhythm and susceptibility to hypnosis. Nature: 219–271
Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD et al. (2006) Functional bowel disorders. Gastroenterology 130: 1180–1191
Loriedo C (1995) Minimal cues in diagnosis and in the hypnotherapeutic process. In: Kleinhauz M, Peter B, Livnay S, Delano V, Iost-Peter A (eds) Jerusalem lectures on hypnosis and hypnotherapy: Hypnosis International Monographs No 1. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 119–128
Loriedo C, Vella G (1993) Das Paradoxon in Logik und Familientherapie. Matthias Grünewald, Mainz
Lowen A (1976) Bioenergetics. Penguin, New York
Ludwig PH (1999) Imagination. Sich selbst erfüllende Vorstellungen zur Förderung von Lernprozessen. Leske & Budrich, Opladen
Lukas E (1994) Psychotherapie in Würde. Quintessenz, Berlin
Luthe W (Hrsg) (1965) Autogenes Training: Correlationes Psychosomaticae. Thieme, Stuttgart
Lutz A (2002) Zur Ausstellung: »Es geht auch anders, doch so geht es auch«. In: Liebeskunst: Liebeslust und Liebesleid in der Weltkunst. Katalog Museum Rietberg, Zürich
Lutz A, Greischar LL, Rawlings N.B. et al. (2004) Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. Proc Natl Acad Sci U S A 101, 46: 16369–16373

Lynn SJ (2004) Enhancing Suggestibility: The Effects of Compliance vs. Imagery. Am J Clin Hypn 47: 117–128
Lynn SJ, McConkey KM (1998) Truth in memory. Guilford, New York
Lynn SJ, Rhue JW (eds) (1991) Theories of hypnosis: Current models and perspectives. Guilford, New York
Lynn SJ, Shindler K (2002) The role of hypnotizability assessment in treatment. Am J Clin Hypn 44: 185–197
Lynn SJ, Neufeld V, Mare C (1993) Direct versus indirect suggestions: A conceptual and methodological review. Int J Clin Exp Hypn 41: 124–152
Lynn SJ, Kirsch I, Neufeld J, Rhue JW (1996) Clinical hypnosis: assessment, applications and treatment considerations. In: Lynn SJ, Kirsch I, Rhue JW (eds) Casebook of Clinical Hypnosis. American Psychological Association, Washington, D.C., pp 3–32
Lynn SJ, Kirsch I, Rhue JW (eds) (1996) Casebook of clinical hypnosis. American Psychological Association, Washington, D.C.
Lynn SJK, Barabasz A, Cardena E, Patterson DR (2000) Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look at the future. Int J Clin Exp Hypn 48: 239–259
Lynn SJ, Vanderhoff H, Shindler K, Stafford J (2002) Defining hypnosis as a trance vs. cooperation: Hypnotic inductions, suggestibility, and performance standards. Am J Clin Hypn 44: 231–240
Lyon W (1954) Justification and command as techniques for hypnotically-induced antisocil behavior. J Clin Psychol10: 228–290
Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, Bianchi I (2006) From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? Psychiatric Clinicas of North America 29: 63–86
MacLean P (1964) Man and his animal brain. Mod Med 25: 95–106
MacLeod AD, Maycock E (1992) Awareness during anesthesia and post-traumatic stress disorder. Anaesth Intensive Care 20: 378–382
MacLeod CM (1991) Half a century of research on the Stroop effect: An integrative review. Psychol Bull 109: 163–203
Madden KS, Felten SY, Felten DL et al. (1989) Symathetic neural modulation of the immune sytem. Brain Behav Immunity 3: 72–89
Maier H (2005) Das Rennen meines Lebens. Ullstein, Berlin
Main M (1994) A move to the level of representations in the study of attachment organisation: Implications for psychoanalysis. Annual Research Lecture to the British Psycho-Analytical Society
Main M, Hesse E (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened or frightening parental behavior the linking mechanism. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds) Attachment in the preschool years. The University of Chicago Press, Chicago, pp 161–182
Maldoff G (1995) Die Anwendung von Hypnosetonbändern zur Streßreduktion, Entspannung und Angstabbau in der Zahnarztpraxis. Unveröffentlichte Dissertation, Berlin
Mallard D, Bryant RA (2001) Hypnotic color blindness and performance on the Stroop test. Int J Clin Exp Hypn 49: 330–338
Mann BJ (1995) The North Carolina Dissociation Index: A measure of dissociation using items from the MMPI-2. J Pers Assess 64: 349–359
Mansky PJ, Wallerstedt DB (2006) Review: Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. CA Cancer J Clin 12: 425–431
Manusov EG (1990) Clinical applications of hypnotherapy. J Fam Pract 31: 180–184
Manuzza S (1980) Cross-modal reaction time and schizophrenic attentional deficit: A critical review. Schizophr Bull 6: 654–675
Manyande A, Chayen S, Priyakumar P et al. (1992) Anxiety and Endocrine Responses to Surgery: Paradoxical Effects of Pre-operative Relaxation Training. Psychosom Med 54: 257–287
Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C et al. (1999) Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol Psychiatry 45: 327–333
Marchetti D, Della Sala S (1998) Disentagling the alien and anachic hand. Cognit Neuropsychiatry 3: 191–207
Marchioro G, Azzarello G, Viviani F et al. (2000) Hypnosis in the Treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. Oncology 59: 100–104
Margolis CB, Domangue BB, Ehleben C, Shrier L (1983) Hypnosis in the early treatment of burns: A pilot study. Am J Clin Hypn 26: 9–15
Margolis CG (1982) Hypnotic imagery with cancer patients. Am J Clin Hypn 25: 128–134
Margraf J (1996) Habit Reversal Training. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 411–413
Markgraf J (1996) Lehrbuch für Verhaltenstherapie, Bd 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Markova D (1997) Die Versöhnung mit dem inneren Feind. Junferman, Paderborn
Markowitsch HJ, Calabrese P, Haupts M et al. (1993) Searching for the anatomical basis of retrograde amnesia. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 15: 947–967
Marks S (2003) War der Nationalsozialismus eine »suggestive« Bewegung? Wenn ja, wirkt diese Suggestion noch heute? HyKog 20: 187–203
Marlatt GA, Gordon JR (eds) (1985) Relaps prevention. Guilford, New York
Marmer MJ (1959) Hypnosis in anesthesiology. Thomas, Springfield, Il
Marshall JC, Halligan PW, Fink GR et al. (1997) The functional anatomy of hysterical paralysis. Cognition 64: B1–8
Martin M (1991) Zeitprogression und Utilisation bei Raucherentwöhnung. HyKog 8: 15–23
Martin M (2001) Übergewicht. In: Revenstorf DP, B. (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 359–373
Martin M (2005) Der Einsatz formelhafter Vorsatzbildungen in der Grundstufen-Kleingruppe. In: Sedlak F, Chiba R (Hrsg)

Die besonderen Chancen der Autogenen Psychotherapie Eine Festschrift zum 85. Geburtstag von Heinrich Wallnöfer. Eigenverlag DDr. Sedlak, Wien, S 140–158
Martin RA (2001) Homor, laughter and physical health. Methodological issues and research findings. Psychol Bull 127: 504–519
Master R, Housten J (1989) Phantasiereisen. Goldmann, München
Masters KS (1992) Hypnotic susceptibility, cognitive dissociation, and runner's high in a sample of marathon runners. Am J Clin Hypn 34: 193–201
Masters WH, Johnson VE (1966) Human sexual response (dt. Die sexuelle Reaktion. Rowohlt, Reinbek, 1970). Churchill, London
Masters WH, Johnson VE (1970) Human sexual inadequacy(dt. Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualströrungen. Goverts-Krüger-Stahlberg, Frankfurt, 1973). Churchill, London
Mathews DM, Rahman SS, Cirullo PM, Malik RJ (2005) Increases in bispectral index lead to interventions that prevent possible intraoperative awareness. Br J Aneaesth 95: 193–196
Mathiasen O (1996) A royal edict forgotten. Hypnos 23: 115–118
Matte-Blanco I (1975) The unconscious as infinite sets. Duckworth, London
Mattsson EI (1975) Psychological aspects of severe physical injury and its treatment. J Trauma15: 217–234
Maturana HR (1982) Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig
Maturana HR (1991) The origin of the theory of autopoietic systems. In: Fischer HR (ed) Autopoiesis. Carl-Auer, Heidelberg, pp 121–124
Maurer J (1992) Die Anwendung hypnotherapeutischer Techniken bei schizophrenen Patienten. Experimentelle und Klinische Hypnose 8: 11–22
Mayer L (1937) Das Verbrechen in Hypnose und seine Aufklärungsmethoden. Lehmanns, München
McCann DL (1992) Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. J Behav Ther Exp Psychiatry 23: 319–323
McCloskey MS, Kumar VK, Pekala RJ (1999) State and trait depression, physical and social anhedonia, hypnotizability and subjective experiences during hypnosis. Am J Clin Hypn 41: 231–252
McCloy R (1992) Asleep on the job: sedation and monitoring during endoscopy. Scand J Gastroenterol 27 Suppl: 97–101
McConkey KM, Sheehan PW (1995) Hypnosis, memory, and behavior in criminal investigation. Guilford, New York
McCormack K, Gruzelier JH (1993) Cerebral asymmetry and hypnosis: A signal detection analysis of divided visual field stimulation. J Abn Psychol 102: 352–357
McCullough JP (2006) Psychotherapie der chronischen Depression. Urban & Fischer, München
McDermott I, J OC (1996) NLP und Gesundheit. VAK Verlag, Kirchzarten bei Freiburg
McGaraughty S, Chu KL, Namovic MT et al. (2007) P2X(7)-related modulation of pathological nociception in rats. Neuroscience 146: 1817–1828
McGhee PE (1991) The laughter remedy. Selbstverlag, Randolph, New York
McGhee PE (1996) Health, healing, and the amuse system. Humor as survival training. Kendal/Hunt, Dubuque, Iowa
McLintoc TTC, Aitken H, Downie CFA, Kenny GNC (1990) Postoperative analgetic requirements in patients exposed to positive intraoperative suggestions. Br Med J301: 788–790
McNeal S (2002) Perchance to dream: Ego states and dreams. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 79–89
Mead R (1704) De imperio solis ac lunae in corpora humana et morbis inde oriundis, London
Meares A (1957) Hypnography: A study of the therapeutic use of hypnotic painting. Thomas, Springfield Ill
Meares A (1984) Eine Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation. HyKog EH: 27–35 X bu
Mehrstedt M (1997) Hypnose und Verhaltenstherapie bei der Behandlung einer Spritzenphobie. Hypnose Kognition 14: 41–46
Mehrstedt M (2002) Voodoo dentistry: Hypnotic anesthesia in the 21st century ? In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 209–218
Meichenbaum D (1993) Stress inoculation training: A twenty year update. In: (eds) RLWPML (ed) Principles and practice of stress management. Vol 2nd ed. Guilford, New York, pp 373–406
Meichenbaum D, Fitzpatrick D (1993) A constructionist narrative perspective on stress and coping. In: Goldberg L, Breznitz S (eds) Handbook of stress. Free Press, New York
Meinhold WJ (1980) Spektrum der Hypnose. Ariston, Genf
Meiss O (1990) Zeitprogression in der Behandlung von Ängsten vor einem Bewerbungsgespräch. HyKog 7: 26–33
Meiss O (1997) Hypnotherapeutische Methoden zur Aufarbeitung von Belastungen und traumatischen Erfahrungen. Psychotherapie 2: 58–63
Meiss O (2001a) Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 525–537
Meiss O (2001b) Kontextaspekte der Suggestion. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 90–96
Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH (1985) Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. Arch Gen Psychiatry 42: 225–232
Melzack R (1990) Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. Trends Neuroscience 13: 88–92
Melzack R (1992) Phantom limbs. Scientific American April: 120–126

Melzack R (1995) Phantom-limb pain and the brain. In: Bromm B, Desmedt JE (eds) Pain and the brain: From nociception to cognition. Raven Press, New York, pp 73–82
Melzack R, Casey KL (1986) Sensory, motivational and central determinations of pain: A new conceptual model. In: Kenshalo D (ed) The Skin Senses. Thomas, Springfield, pp 423–443
Melzack R, Perry C (1975) Self-regulation of pain: The use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. Experimental Neurology 46: 452–469
Mende M (1998) Hypnotherapeutic responses to transference in the face of therapeutic change. Hypnos 25: 134–144
Mendelson W, James S, Garnett D et al. (1986) A psychophysiological study of Insomnia. Psychiatry Res 19: 267–284
Mentzos S (2000) Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Fischer, Frankfurt am Main
Meredith F, Ray WJ (1994) Hypnotizability and dissociation in a college age population: Orthogonal individual differences. Pers Individ Dif 17: 211–216
Mersky H (1986) Classification of chronic pain. Pain 3: 215–217
Mesmer FA (1766) Dissertatio physico-medica de planetarum influxu. In: Amadou R (ed) FA Mesmer: Le Manétisme Animal. Payot, Paris
Mesmer FA (1775) Lettre de M. Mesmer, Docteur en Médecine à Vienne, à M. Unzer, Docteur en Médecine, sur l'usage médicinal de L'Aimant. In: Paulet JJ (ed) L'Antimagnétisme, ou origine, progrés, décadence, renouvellement et réfutation du magnétisme animal, London, pp 49–49
Mesmer FA et al. (1778) Sammlung der neuesten gedruckten und geschriebenen Nachrichten von Magnet-Curen, vorzüglich der Mesmerischen. Christian Gottlob Hilschern, Leipzig
Mesmer FA (1779) Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. In: Anonymus (ed) Recueil des pieces les plus intéressantes sur le magnétisme animal, pp 1–63
Mesmer FA (1781/1985) Abhandlung über die Entdeckung des thierischen Magnetismus. edition diskord, Tübingen
Mesmer FA (1783) Kurze Geschichte des thierischen Magnetismus bis April 1781. Michael Macklot, Carlsruhe
Mesmer FA (1785) Lehrsäzze des Herrn Mesmer's so wie er sie in den geheimen Versammlungen der Harmonia mitgetheilt hat, und worinnen man seine Grundsätze, seine Theorie, und die Mittel findet selbst zu magnetisiren. Verlag der akademischen Buchhandlung, Strasburg
Mesmer FA (1812) Allgemeine Erläuterungen über den Magnetismus und den Somnambulismus. Als vorläufige Einleitung in das Natursystem. In: Wolfart KC (Hrsg) Askläpieion. Vol 2. Hallisches Waisenhaus, Berlin
Mesmer FA (1814) Mesmerismus. Oder Systeme der Wechselwirkungen, Theorie und Anwendung des thierischen Magnetismus als die allgemeine Heilkunde zur Erhaltung des Menschen. Nikolaische Buchhandlung, Berlin
Mészáros I, Bányai E (1978) Electrophysiological characteristics of hypnosis. In: Lissak K (ed) Neural and Neurohumoral Organization of Motivational Behavior. Academia Kiado, Budapest, pp 173–187
Mészáros I, Szábo C (1999) Correlation of EEG asymmetry and hypnotic susceptibility. Acta Physiol Hung 86: 259–263
Metal'nikov S, Chorine V (1926) Rolle des Reflexes Conditionnels dans l'Immunite zitiert nach Ader, R (1981): Psychoneuroimmunology
Metzger W (1975) Gesetze des Sehens. Kramer, Frankfurt
Metzner F, Revenstorf D (1996) Effects of subliminal suggestions on task performance. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 151–156
Mewes I, Stich A, Habermüller MS, Revenstorf D (2003) Gewichtsreduktion unter Hypnose und Verhaltenstherapie. Verhaltensmedizin 24: 499–522
Meyer HK, Diehl BJ, PT U, Meinig G (1989) Änderungen der regionalen kortikalen Durchblutung unter Hypnose. Z Psychosom Med Psychoanal 35: 48–58
Meyer RG (1992) Practical clinical hypnosis: Techniques and applications. Lexington Books/Macmillan, New York
Meyer TJ, Mark MM (1995) Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomised experiments. Health Psychol, 14: 101–108
Micheelis W, Bauch J (Hrsg) (1991) Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Surveys 1989. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
Midelfort HCE (2005) Exorcism and enlightenment. Johann Joseph Gassner and the demons of eighteenth-century Germany. Yale University Press, New Haven
Mikula, Gerold (1980), Gerechtigkeit und soziale Interaktion, Huber, München
Milgram S (1965) Some conditions of obedience and disobedience to authority. Hum Relat 18: 57–76
Miller AW (1990) Using hypnotherapy in communicating with the recovering addicted patient. Paper presented at the 5th European Congress of Hypnosis. Konstanz
Miller SM (1980) When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events. In: Levine S, Ursin H (eds) Coping and health. Aronson, New York
Miller W, Rollnick S (2002) Motivational Interviewing: Preparing people for change. Vol 2. Guilford Press, New York
Milling LS, Costantino CA (2000) Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. Int J Clin Exp Hypn 48: 113–137
Mills JC, Crowley RJ (1986) Therapeutic metaphors for children and the child within. Brunner & Mazel, New York
Mills JD, Crowley RJ (1996) Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns. Carl-Auer, Heidelberg
Milne G (1995) Repressed memories sometimes a minefield. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 23: 158–165
Milt B (1953) Mesmer und seine Beziehungen zur Schweiz. Magie und Heilkunde zu Lavaters Zeit. Leemann, Zürich
Miltner W (1986) Verhaltensanalyse in der Verhaltensmedizin. In: Miltner W, Birbaumer N, Gerber WD (Hrsg) Verhaltensmedizin. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 24–37

Miltner W, Braun C, Revenstorf D (1993) Nociception ist nicht gleich Schmerz: Eine Studie über schmerzreizkorrelierte hirnelektrische Potentiale unter Hypnose. HyKog 10: 22–34
Miltner W, Larbig W, Brengelmann JC (Hrsg) (1988) Psychologische Schmerzbehandlung. Vol IFT-Texte 20. Röttger, München
Miltner WHR, Weiss T (2001) Verhaltensneurobiologie des Schmerzes. In: Dohrenbusch R, Kaspers F (Hrsg) Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin. Pabst Science Publishers, Lengerich, S 15–32
Mima T, Sadato N, Yazawa S et al. (1999) Brain structures related to active and passive finger movements in man. Brain 122: 1989–1997
Mitchell JT, Everly GS (1993) Critical incident stress debriefing. Intern. Critical Incident Foundation, Baltimore
Mitchell WS (1871) Phantom limbs. Lippincott's Magazine of Popular Literature and Science 8: 563–569
Moene FC, Spinhoven P, Hoogdoin KA, van Dyck R (2003) A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. Int J Clin Exp Hypn 51: 29–50
Moerman N, Bonke B, Oosting J (1993) Awareness and recall during general anesthesia. Anesthesiology 79: 454–464
Mohl A (1993) Der Zauberlehrling. Junferman, Paderborn
Moll A (1889) Der Hypnotismus. H.Kornfeld, Berlin
Moll A (1892) Der Rapport in der Hypnose. Untersuchungen über den thierischen Magnetismus. Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschung I: 273–514
Moll A (1929) Psychologie und Charakterologie der Okkultisten. Enke, Stuttgart
Mollica RF (1990) Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture. Am J Psychiatry 147: 83–88
Monroe LJ (1967) Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. J Abnorm Psychol 72: 255–264
Montana L, Lerner M (1996) Current Societal Concerns about Justice. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB et al. (2007) A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. J Natl Cancer Inst (ahead of a print)
Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH (2000) A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? Int J Clin Exp Hypn 48: 138–153
Moore A, Brodsgaard, Abrahamsen (2002) A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no spezialist treatment. Eur J Oral Sci110: 278–288
Moore LE, Kaplan JZ (1983) Hypnotically accelerated burn wound healing. Am J Clin Hypn 26: 16–19
Moore RK (1964) Susceptibility to hypnosis and susceptibility to social influence. J Abnorm Soc Psychol 68: 282–294
Moreno JL, Enneis JM (1950) Hypnodrama and psychodrama. Psychodrama Monographs 27
Moret V, Forster A, Laverriere MC et al. (1991) Mechanism of analgesia induced by hypnosis and acupuncture: Is there a difference? Pain 45: 135–140
Morgan AH, Hilgard ER (1973) Age differences in susceptibility to hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 21: 78–85
Morgan AH, Hilgard JR (1978/79) The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children. Am J Clin Hypn 21: 148–169
Morgan AH, Stanford U, MacDonald H, Hilgard ER (1974) EEG alpha: Lateral asymmetry related to task, and hypnotizability. Psychophysiology 11: 275–282
Morin CM (1993) Insomnia – Psychological assessement and management. Guilford Press, New York
Morin CM, Stone J, McDonald K, Jones S (1994) Psychological treatment of insomnia: A clinical replication series with 100 patients. Behav Ther 25: 159177
Morse DR (1989) The effects of hypnosis on reducing premature mortality and enhancing vigorous longevity. The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy an Hypnosis 10: 54–63
Mozenter RHK, Richard M. (1992) Prospective time estimation and hypnotizability in a simulator design. Int J Clin Exp Hypn 40: 169–179
Mrochen S, Biermann H (1993) Einige Grundlagen der Kinderhypnose. In: Mrochen S, Holtz K-L, Trenkle B (Hrsg) Die Pupille des Bettnässers. Carl-Auer, Heidelberg
Mrochen S, Holtz K-L, Trenkle B (Hrsg) (1993) Die Pupille des Bettnässers. Carl-Auer, Heidelberg
Mullen PE, Martin JL, Anderson JS, Romans SE, Herbison GP (1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. Br J Psychiatry 163: 721–732
Müller G (1985) Die Literarisierung des Mesmerismus in Jean Pauls Roman »Der Komet«. In: Schott H (Hrsg) Franz Anton Mesmer und die Geschichte des Mesmerismus. Steiner, Stuttgart, S 185–199
Müller S, Hildebrandt H, Münte TF (2004) Kognitive Therapie bei Störungen der Exekutivfunktionen. Hogrefe, Göttingen
Müller-Fahlbusch H, Sergl HG (Hrsg) (1990) Der psychopathologische Fall in der zahnärztlichen Beratung und Behandlung. Quintessenz, Berlin
Müller-Funk W (1985) E.T.A. Hoffmanns Erzählung »Der Magnetiseur«, ein poetisches Lehrstück zwischen Dämonisierung und neuzeitlicher Wissenschaft. In: Schott H (Hrsg) Franz Anton Mesmer und die Geschichte des Mesmerismus. Steiner, Stuttgart, S 200–214
Murphy AI, Lehrer PM, Karlin R et al. (1989) Hypnotic susceptibility and its relationship to outcome in the behavioral treatment of asthma: Some preliminary data. Psychol Rep 65: 691–698
Murphy J (1976) Die Macht Ihres Unterbewußtseins, Ariston, Genf
Murphy JK, Fuller AK (1984) Hypnosis and biofeedback as adjunctive therapy in blepharospasm: A case report. Am J Clin Hypn 27: 31–37
Murray-Jobsis J (1984) Hypnosis with severely disturbed patients. In: Wester WC, Smith AH (eds) Clinical Hypnosis: A multidisciplinary approach. Lippincott, Philadelphia
Murray-Jobsis J (1989) Clinical case studies utilizing hypnosis with borderline and psychotic patients. Hypnos 16: 8–14
Murray-Jobsis J (1991) An exploratory study of hypnotic capacity of schizophrenic and borderline patients in a clinical setting. Am J Clin Hypn 33: 150–160

Murray-Jobsis J (1992) Hypnotherapy with severely disturbed patients: Presentation of case studies. In: Bongartz W (Hrsg) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 301–308
Musalek M, Berner P, Katschnig H (1989) Delusional theme, sex and age. Psychopathology 22: 260–267
Muster T (1996) Aufschlag. Rowohlt, Reinbek
Myers CS (1940) Shell shock in France 1914 –18. Cambridge University Press, Cambridge
Myles PS, Leslie K, McNeil J et al. (2004) Bispectral index monitoring to prevent awareness during anaesthesia: the B-Aware randomised controlled trial. Lancet 363: 1757–1763
Nadon R, Laurence J, Perry C (1991) the two disciples of scientific hypnosis. A synergistic model. In: Lynn SJ, Rhue JW (eds) Theories of hypnosis. Guilford, New York
Nagy TF (1995) Incest memories recalled in hypnosis: A case study: A brief communication. Int J Clin Exp Hypn 43: 118–126
Nahler M (1996) Simulierter Schmerz oder: Die diagnostisch-therapeutische Falle. Report Psychologie 21: 38–43
Nash MR (1987) What, if anything, is regressed about hypnotic age regression? A review of the empirical literature. Psychol Bull 102: 42–52
Nash MR (1991) Hypnosis as a special case of psychological regression. In: Lynn SJ, Rhue JW (eds) Theories of hypnosis: Current models and perspectives. Guilford, New York, pp 171–196
Nash MR (1992) Hypnosis, psychopathology, and psychological regression. In: Fromm E, Nash MR (eds) Contemporary hypnosis research. Guilford, New York, pp 149–169
Nash MR (2006) Salient Findings: Identifying the Building Blocks of Hypnotizability, and the Neural Underpinnings of Subjective Pain. Int J Clin Exp Hypn 54: 360–365
Nash MR, Hulsey TL, Sexton MC et al. (1993) Longterm sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology and dissociation. J Consult Clin Psychol 61: 276–283
Nees von Esenbeck CG (1820) Entwicklungsgeschichte des magnetischen Schlafs und Traums. Archiv für den Thierischen Magnetismus 7: 1–70
Nel PW (2002) Using traditional clinical hypnosis in the dramatic healing of a student suffering from night-blindness. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 55–58
Nemiah JC (1977) Alexithymia. Theoretical considerations. In: Bräutigam W, von Rad M (eds) Toward a theory of psychosomatic disorders Proceedings of the 11th European conference on psychosomatic research. Karger, Basel, pp 199–206
Neufeld V, Lynn SJ (1988) A single-session group self-hypnosis smoking cessation treatment: A brief communication. Int J Clin Exp Hypn 36: 75–79
Neumann E (1949) Ursprungsgeschichte des Bewußtseins. Walter, Olten
Newton BW (1984) Hypnose in der Behandlung von Krebspatienten. HyKog 1: 5–16
Newton I (1713) Philosophiae Naturalis Principia Mathematica, Cambridge
Nicassio PM, Bootzin RR (1974) A comparison of progressive relaxation and autogenic training as treatments for insomnia. J Abnorm Psychol 83: 253–260
Nicassio PM, Boylan MB, McCabe TG (1982) Progressive relaxation, EMG biofeedback and biofeed placebo in the treatment of sleep-onset insomnia. Br J Med Psychol 55: 159–166
Niedeggen M, Jörgens S (2005) Visuelle Wahrnehmungsstörungen. Hogrefe, Göttingen
Niedzwienska A (2000) Goal directed fantasy does not explain the training effect of the Carlton Skills Training Package. Int J Clin Exp Hypn 48: 404–417
Nijenhuis ERS (2006) Somatoforme Dissoziation: Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. Junfermann, Paderborn
Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Steele K (2004) Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U (Hrsg) Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Thieme, Stuttgart, S 47–69
North CS, Downs D, Clouse RE et al. (2004) The presentation of irritable bowel syndrome in the context of somatization disorder. Clinical Gerontology and Hepatology 2: 787–795
Nowlin WF, Vargas MJ (1986) Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. J Consult Clin Psychol 54: 831–835
Nowlis DP, Rhead J (1968) Relation of eye closed resting EEG to hypnotic susceptibility. Perc Mot Skills 27: 1047–1050
Noyes R (1981) Treatment of cancer pain. Psychosom Med 43: 57–70
O'Hanlon WH (1991) Eckpfeiler. ISKO-Press, Hamburg
O'Hanlon WH (1994) Milton H. Ericksons gesammelte Fälle. Klett-Cotta, Stuttgart
O'Hanlon WH, Hexum AL (1990) An uncommon casebook. The complete clinical work of Milton H. Erickson. Norton, New York
Oaklander V (1981) Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Klett, Stuttgart
Oakley DA (1999) Hypnosis and conversion hysteria: a unifying model. Cognit Neuropsychiatry 4: 243–265
Oakley DA (2006) Hypnosis as a tool in research: experimental psychopathology. Contemporary Hypnosis 23: 3–14
Oakley DA, Deeley Q, Halligan PW (2007) Hypnotic depth and response to suggestion under standardized conditions and during fMRI scanning. Int J Clin Exp Hypn 55: 32–58
Oddby-Muhrbeck E, Jakobsson J, Enqvist B (1995) Implicit processing, and therapeutic suggestion during balanced anaesthesia. Acta Anaesthesiol Scand 39: 333–337
Oettingen G, Wadden T (1991) Expectation, fantasy, and weight loss: Is the impact of positive thinking always positive? Cognit Ther Res 15: 167–175
Ohayon M (2004) Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: De-

veloping normative sleep values across the human lifespan. Sleep 27: 1255–1273
Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P (1998) Comorbidity of mental and insomniac disorders in the general population. Compr Psychiatry 4: 185–197
Oken L (1810) Über Mesmer. Intelligenzblatt der Jenaischen Allgemeinen Literatur-Zeitung: Sp. 43–46
Olbers HSM (1787) Erklärung über die in Bremen durch Magnetismus vorgenommenen Kuren. Archiv für Magnetismus und Somnambulismus 2: 69–82, 83–87
Olbers HSM (1788) Abermalige Erklärung über die in Bremen durch Magnetismus vorgenommenen Kuren. Magnetisches Magazin für Niederteutschland: 495–514, 631–652
Oliver GW (1982–83) A cancer patient and her family: A case study. Am J Clin Hypn 25: 156–160
Olness K, Kohen DP (2001) Lehrbuch der Kinderhypnose und –hypnotherapie. Carl-Auer, Heidelberg
Olness KN (1986) Hypnosis and hypnotherapy with children. Grune & Stratton, Philadelphia
Olness KN, Culbert T, Uden D (1989) Self-regulation of salivary immunoglobulin by children. Pediatrics 83: 66–71
Olness KN, Libbey P (1987) Unrecognized biologic bases of behavioral symptoms in patients referred for hypnology. Am J Clin Hypn 30: 1–8
Olness KN, Kohen D (1996) Hypnosis and hypnotherapy with children. Guilford, New York
Olness KN, MacDonald JT, Uden DL (1987) A prospective study comparing self-hypnosis, propranalol and placebo in managment of juvenile migraine. Pediatrics 79: 593–597
Omer H, Friedlander D, Palti Z (1988) Hypnotic relaxation in the treatment of premature labour. Psychosom Med 48: 351–361
Orne MT (1954) Die Leistungsfähigkeit in Hypnose und im Wachzustand. Psychologische Rundschau 5: 291–297
Orne MT (1959) The nature of hypnosis: Artifact and essence. J Abnorm Soc Psychol 58: 277–299
Orne MT (1972a) Hypnosis, state or role. In: Langen D (Hrsg) Hypnose und psychosomatische Medizin. Hippokrates, Stuttgart, S 19–32
Orne MT (1972b) On the stimulating subject as a quasi-control group in hypnosis research: What, why, and how. In: Fromm ES, Ronald E. (ed) Hypnosis: Research Developments and Perspectives. Aldine, Chicago, pp 399–443
Orne MT (1972c) Can a hypnotized subject be compelled to carry out otherwise unacceptable behavior? Int J Clin Exp Hypn 20: 101–117
Orne MT (1977) The construct of hypnosis: Implications of the definition for research and practice. In: Edmonston WE, Jr. (ed) Conceptual and investigative approaches to hypnosis and hypnotic phenomena. Academy of Sciences, New York
Orne MT (1983) Kann man mit Hypnose jemanden dazu zwingen, etwas zu tun, was er sonst nicht tun würde? Experimentelle und Klinische Hypnose 1: 19–33
Orne MT, Dinges DF (1990) Hypnosis. In: Wall PD, Melzack R (eds) Textbook of pain. Churchill Livingstone, New York
Orne MT, Evans FJ (1965) Social control in the psychological experiment: Antisocial behavior and hypnosis. J Pers Soc Psychol 1: 189–200
Orne MT, Whitehouse WG, Dinges DF, Orne EC (1988) Reconstructing memory through hypnosis: Forensic and clinical implications. In: Pettinati HM (ed) Hypnosis and memory. Guilford, New York, pp 21–63
Oswald WD (1998) Gedächtnistraining. Hogrefe, Göttingen
Otani A (2003) Eastern meditative techniques and hypnosis: a new synthesis. Am J Clin Hypn 46: 97–108
Otte A, Halsband U (2006) Brain imaging tools in neurosciences. Special Issue: Brain Imaging in Neurosciences – an Interdisciplinary Approach. J Physiol Paris 99: 281–292
Otto T (2007) Effective connectivity changes in hypnotic visual illusion. Master Thesis, University of Maastricht
Otto T, Halsband U, Rainer G (in Vorbereitung) Modelling the connectivity changes underlying hypnotic visual illusion
Overton DA (1968) Dissociated learning in drug states (state-dependent learning). In: Effron D, Cole J, Levine J, Wittenborn R (eds) Psychopharmacology: A review of progress, 1957–1967, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, pp 918–930
Owens ME, Bliss EL, Koester P, Jeppsen EA (1989) Phobias and hypnotizability: A reexamination. Int J Clin Exp Hypn 37: 207–216
Page RA, Handley GW (1990) Psychogenic and physiological sequelae to hypnosis: Two case reports. Am J Clin Hypn 32: 250–256
Paivio A (1978) Visuelles Vorstellen und verbale symbolische Prozesse. In: Steiner G (Hrsg) Kindlers Psychologie des 20 Jahrhunderts Bd VII: Piaget und die Folgen, Kindler, München
Pajntar M, Jeglic A, Stefancic M, Vodovnik L (1980) Improvements of motor response by means of hypnosis in patients with peripheral nerve lesions. Int J Clin Exp Hypn 28: 16–26
Pajntar M, Roskar E, Vodovnik L (1985) Some neuromuscular phenomena in hypnosis. In: Waxman D, Misra PC, Gibson M, Basker MA (eds) Modern trends in hypnosis, Plenum Press, New York, pp 181–206
Palaci J (1992) Psychoanalyse, Übertragung und Hypnose. HyKog 9: 41–50
Palan BM, Lakhani JD (1991) Converting the »threat« into a »challenge«: A case of stress-related hemoptysis managed with hypnosis. Am J Clin Hypn 33: 241–247
Palmblad J, Blombäck M, Egberg N et al. (1977) Experimentally induced stress in man: Effects on blood coagulation and fibrinolysis. J Psychosom Res 21: 87–92
Palsson OS, Whithead WE (2002) The growing case for hypnosis as an adjunctive therapy for functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology 123: 2132–2134
Panksepp J (1998) Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions. Oxford University Press, New York
Paracelsus AT (1684) Hand- und Denck-Bibel, oder Einführung zu der geheimen Weißheit und verborgenen Wahrheit deß Geistes Gottes und unseres Herrn Jesu Christi. Andreas Luppius, Franckfurt und Leipzig

Paradis (1781) (Krankengeschichte seiner Tochter Marie Therese). In: Mesmer FA (Hrsg) Abhandlung über die Entdeckung des thierischen Magnetismus. edition diskord, Tübingen, S 54–64
Parnell L (1999) EMDR. Der Weg aus dem Trauma. Junfermann, Paderborn
Partisch P (1988) Eulenspiegels Wiederkehr. Fischer TB, Frankfurt am Main
Passavant JC (1821) Untersuchungen über den Lebensmagnetismus und das Hellsehen. Brönner, Frankfurt
Passavant JC (1830) Brief vom 5.XI.1830. Frankfurt am Main
Paterok B (1993) Gruppentherapie bei primären Schlafstörungen: Effektivität eines multifaktoriellen Ansatzes. Lit Verlag
Paterok B, Weglage J (1993) Gruppenpsychotherapie bei Insomie. In: Meier-Ewert K, Rüther E (Hrsg) Schlafmedizin. Fischer, Stuttgart, S 77–85
Patterson DR (1996) Burn pain. In: Barber J (Hrsg) Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide. Norton, New York, pp 267–302
Patterson DR, Jensen MP (2003) Hypnosis and clinical pain. Psychol Bull 129: 495–521
Patterson DR, Questad KA, de Lateur BJ (1989) Hypnotherapy as an adjunct to narcotic analgesia for the treatment of pain for burn debridement. Am J Clin Hypn 31: 156–163
Pattie FA (1994) Mesmer and Animal Magnetism: A chapter in the history of medicine. Edmonston Publishing, Hamilton, New York
Pawlow IP (1923) The identity of inhibition with sleep and hypnosis. Scientific Monographs 17: 603–608
Pawlow IP (1923) Inhibition, hypnosis and sleep. Br Med J2: 256–257
Payan DG (1989) Substance P: A modulator of neuroendocrine-immune function. Hospital Practice Feb. 15: 67–68
Peele S (1985) The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation. Lexinton Books, Lexington, Mass.
Pekala RJ, Forbes EJ (1988) Hypnoidal effects associated with several stress management techniques. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 16: 121–132
Pekala RJ, Forbes EJ (1997) Types of hypnotically (un)susceptible individuals as a function of phenomenological experience. Am J Clin Hypn 39: 212–224
Pekala RJ, Forbes EJ, Contriscani PA (1989) Assessing the Phenomenological Effects of several stress management strategies. Imagination, Cognition and Personality 8: 265–281
Pekala RJ, Maurer R, Kumar VK et al. (2004) Self-hypnosis relapse prevention training with chronic drug/alcohol users: effects on self-esteem, affect, and relapse. Am J Clin Hypn 46: 281–297
Pellicane AJ (1960) Hypnosis as adjunct to treatment of burns. Am J Clin Hypn 2: 153–156
Perloff MM, Spiegelman J (1973) Hypnosis in the treatment of a child's allergy to dogs. Am J Clin Hypn 15: 269–272
Perren-Klingler G (1990) Le stress post-traumatique: Dévelopement d'un nouveau concepte. Revue Médicale Suisse Romande 110
Perren-Klingler G (1992) Posttraumatischer Streß: Die Entwicklung eines Konzeptes und neuere Therapiemöglichkeiten. In: Peter B, Schmidt G (Hrsg) Erickson in Europa. Carl-Auer, Heidelberg, S 87–96
Perren-Klingler G (1995) Trauma. Von der Hilflosigkeit des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe. Haupt, Bern
Perren-Klingler G (2001) Posttraumatische Belastungstörung. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 467–478
Perren-Klingler G (im Druck) Psychosomatik und Gewalterfahrung. Asylon, Bern
Perrig WJ, Wippich W, Perrig-Chiello P (1993) Unbewußte Informationsverarbeitung. Huber, Bern
Perry BD, Pollard RA, Blakley TL et al. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and »use-dependent« development of the brain: How »states« become »traits«. Infant Ment Health J 16
Perry C (1979) Hypnotic coercion and compliance to it: A review of evidence presented in a legal case. Int J Clin Exp Hypn 27: 187–218
Perry C, Nadon R, Button J (1992) The measurement of hypnotic ability. In: Fromm E, Nash MR (eds) Contemporary hypnosis research. Guilford, New York, pp 459–490
Perry JA (1976) Physicians' erotic and nonerotic physical involvements with patients. Am J Psychiatry 133: 838–884
Pert C, Ruff M, Weber R, Herkenham M (1985) Neuropeptides and their receptors: A psychosomatic network. The Journal of Immunology 135: 820–826
Peseschkian N (1979) Kaufmann und Papagai. Fischer, Frankfurt am Main
Peter B (1983a) Klinische Hypnose. In: Kraiker C, Peter B (Hrsg) Psychotherapieführer. Beck, München, S 191–216
Peter B (1983b) Hypnotherapie. In: Corsini RJ (Hrsg) Handbuch der Psychotherapie. Beltz, Weinheim, S 336–367
Peter B (1984) Einführung in das Leitthema: Hypnotherapie bei Krebserkrankungen. HyKog EH: 2–4
Peter B (1985) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson: Grundlagen und Anwendungsfelder. Pfeiffer, München
Peter B (1986a) Hypnose – Magie oder Psychotherapie? In: Schorr A (Hrsg) Bericht über den 13 Kongreß für Angewandte Psychologie. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, S 70–74
Peter B (1986b) Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle: Ein Überblick. HyKog 3: 27–41
Peter B (1987) Dissoziation in kognitiven Therapien. HyKog 4: 22–40
Peter B (1988a) Haben wir einen neuen Mesmer nötig? HyKog 5: 87–96
Peter B (1988b) Milton H. Ericksons Weg der Hypnose. HyKog 5: 46–53
Peter B (1988c) Hypnose. In: Asanger R, Wenninger G (Hrsg) Handwörterbuch der Psychologie. Beltz, Weinheim, S 307–310
Peter B (1989) Aspekte der Hypnose in der Psychotherapie. Report Psychologie Januar: 17–22

Peter B (1990a) Hypnose. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP, Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 482–500
Peter B (1990b) Symptomsubstitution bei einem Fall chronischer Migräne. HyKog 7: 1–6
Peter B (1990c) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 24–64
Peter B (1991a) Hypnose und Verhaltenstherapie: Was Hypnotherapeuten von der Verhaltenstherapie lernen können. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 143–187
Peter B (1991b) Was ist Hypnose. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 9–28
Peter B (1991c) So laßt uns denn an Mesmers Grab versammeln und Erickson gedenken. HyKog 8: 69–82
Peter B (1991d) Prüfungsversagen. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 93–105
Peter B (1991e) Komplikationen in der Hypnoseausbildung. HyKog 8: 37–48
Peter B (1992a) A case of chronic migraine. In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 251–256
Peter B (1992b) Hypnose und Verhaltenstherapie am Beispiel einer Falldarstellung von Milton H. Erickson. In: Peter B, Schmidt G (Hrsg) Erickson in Europa. Carl-Auer, Heidelberg, S 186–192
Peter B (1992c) Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm. HyKog 9: 58–84
Peter B (1993a) Beiträge zur Integration der Hypnose in Psychotherapie und Psychosomatik. HyKog 10: 86–119
Peter B (1993b) Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 25–68
Peter B (1994a) Hypnose und Psychotherapie bei HIV-, ARC- und AIDS-Patienten. HyKog 11: 65–93
Peter B (1994b) Hypnotherapy with cancer patients: On speaking about death and dying. Hypnos 21: 246–251
Peter B (1994c) Zur Relevanz hypnotischer Trance und hypnotischer Phänomene in Psychotherapie und Psychosomatik. Verhaltenstherapie 4: 276–284
Peter B (1995a) Magnetismus und Immoralität, oder das schnelle Ende des Magnetismus in Berlin um 1819/20. Psychother Psychosom Med Psychol 45: 266–276
Peter B (1995b) Hypnosis and psychotherapy with HIV, ARC and AIDS patiens. In: Kleinhauz M, Peter B, Livnay S, Delano V, Iost-Peter A (eds) Jerusalem lectures on hypnosis and hypnotherapy: Hypnosis International Monographs No 1. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 181–206
Peter B (1995c) Alcune considerazoni sul significato della suggestione. In: Del Castello E, Loriedo C (eds) Techniche dirette ed indirette in ipnosi e psicoterapia. Franco Angeli, Milano, pp 115–130
Peter B (1996a) Hypnose. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP, Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 593–612
Peter B (1996b) Hypnosis in the treatment of cancer pain. Hypnos 23: 99–108
Peter B (1996c) Hypnotherapy with cancer patients: On speaking about death and dying. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 24: 29–35
Peter B (1996d) Normale Instruktion oder hypnotische Suggestion: Was macht den Unterschied. HyKog 13: 147–163
Peter B (1996e) Hypnose bei Kopfschmerz und Migräne. Naturheilpraxis 49: 689–694
Peter B (1997a, June 21–27) Construction of reality and hypnotic phenomena. Paper presented at 14th International Congress of Hypnosis. San Diego
Peter B (1997b) Hypnose in der Behandlung von Krebsschmerzen. Experimentelle und Klinische Hypnose 8: 91–110
Peter B (1997c) Hypnosis in the treatment of cancer pain. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 25: 40–52
Peter B (1997d) Hypnotherapy with cancer patients: On speaking about death and dying. Hypnosis. Journal of the Israeli Society of Hypnosis 1: 49–43
Peter B (1998a) Hypnosis in Germany. In: Hawkins P, Heap M (eds) Hypnosis in Europe. Whurr, London, pp 73–98
Peter B (1998b) Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. Der Schmerz 12: 179–186
Peter B (1998c) Normal instruction or hypnotic suggestion: What makes the difference? Hypnos 25: 61–71
Peter B (1998d) Hypnotherapie. In: Kraiker C, Peter B (Hrsg) Psychotherapieführer. Beck, München, S 149–168
Peter B (1998e) A case of chronic migraine. Hypnoterapi 13: 6–14
Peter B (1998f) Interview with Erika Fromm. Newsletter of the International Society of Hypnosis 22(2): 11–16
Peter B (1999a) Dammschmerzen. Das Scheitern einer psychologischen Behandlung (Perineal pain: Failure of a psychological therapy). In: Kröner-Herwig B, Franz C, Geissner E (Hrsg) Psychologische Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Thieme, Stuttgart, S 163–176
Peter B (1999b) Hypnose. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP, Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 645–664
Peter B (2000) Zu den Anfängen der Hypnose und Psychotherapie in München (1: Die Ludwig-Maximilians-Universität und ihr Student Franz Anton Mesmer. 2: Der Teufelsbanner Pater Johann Joseph Gaßner und die Münchner Universität. 3: Die Bayerische Akademie der Wissenschaften, Franz Anton Mesmer und der Streit um Pater Johann Joseph Gaßner). HyKog (Abstract-Band) 17: 40–42
Peter B (2000a) Construction of reality and hypnotic phenomena. In: Loriedo C (ed) The New Hypnosis Venice Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy. M.E.G.-Stiftung, Munich
Peter B (2000b) Interview mit Erika Fromm. HyKog 17: 155–169

Peter B (2000c) Hypnotische Selbstkontrolle: Die wirksame Therapie des Teufelsbanners Johann Joseph Gaßner um 1775. HyKog 17: 19–34
Peter B (2000d) Ericksonsche Hypnotherapie und die Neukonstruktion des »Therapeutischen Tertiums«. Psychotherapie 5: 6–21
Peter B (2000e) Zur Geschichte der Hypnose in Deutschland. HyKog 17: 47–106
Peter B (2001a) Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 33–53
Peter B (2001b) Hypnotische Hypermnesie und Amnesie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 216–227
Peter B (2001c) Altersregression. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 227–240
Peter B (2001d) Phantomglied-Schmerzen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 640–650
Peter B (2001e) Geschichte der Hypnose in Deutschland. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 697–737
Peter B (2002) The »therapeutic tertium«: On the use and usefulness of an old metaphor. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 247–258
Peter B (2002b) Hypnotherapie: Konzepte und Techniken. Psychomed 14: 196–203
Peter B (2002c) Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle. Techniken und Konzepte. Psychotherapeuten Forum – Praxis und Wissenschaft 9: 5–14
Peter B (2003) In Memoriam Erika Fromm. HyKog 20: ii–iv
Peter B (2004) Hypnose. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 567–587
Peter B (2004a) Wenn die Seele verstummt, leidet der Körper. In: Ebell H, Schuckall H (Hrsg) Warum therapeutische Hypnose? Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten. Pflaum, München, S 319–327
Peter B (2004b) The »therapeutic tertium«: On the use and usefulness of an old metaphor. Hypnos 31: 22–32
Peter B (2004c) L'Ipnoterapia ericksoniana e la re-introduzione del »terzo terapeutico«. Revista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica 24: 135–142
Peter B (2005) L'ipnosi, i suoi aspetti e i suoi fenomeni. Conversazione con Erika Fromm. Revista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica 25: 90–97
Peter B (2005a) Gassner's exorcism – not Mesmer's magnetism – is the real predecessor of modern hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 53: 1–12
Peter B (2005b) Hypnose und Hypnotherapie [bei Schmerzen]. Psychotherapie im Dialog 6: 34–39
Peter B (2006a) Einführung in die Hypnotherapie. Carl-Auer, Heidelberg
Peter B (2006b) Hypnotherapie bei der Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung. In: Maercker A, Rosner R (Hrsg) Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Thieme, Stuttgart, S 141–155
Peter B (2006c) Schmerzwahrnehmung (Kapitel 6.6). In: Revenstorf D (Hrsg) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Vol Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie. MEG-Stiftung, München, S 71–77
Peter B (2006d) Zur Geschichte der Dissoziativen Identitätsstörung: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. In: Fiedler P (Hrsg) Trauma, Dissoziation, Persönlichkeit Pierre Janets Beiträge zur modernen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Pabst, Lengerich, S 135–150
Peter B (2007a) Konstruktion von »Schmerzgestalt« und »Symptomträger«. Zwei hypnotherapeutische Strategien bei chronischen Schmerzpatienten. Psychotherapie 12: 116–122
Peter B (2007b) Hypnose. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) Schmerzpsychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 581–601
Peter B (2007c) Zur Geschichte der dissoziativen Identitätsstörung: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. Hypnose Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 2: 117–132
Peter B, Bongartz W (1998) Hypnose in der Schmerzbehandlung. T&E Neurologie Psychiatrie 12: 385–395
Peter B, Gerl W (1977/1991) Entspannung. Orbis, München
Peter B, Gerl W (1984) Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung. HyKog 1: 56–69
Peter B, Gerl W (1985) Clinical hypnosis in psychological cancer treatment. In: Zeig JK (ed) Ericksonian Psychotherapy: Vol.II: Clinical Applications, Brunner & Mazel, New York, pp 398–411
Peter B, Heap M (1999) Hypnosis in Europe and Israel. Psychological Hypnosis 8(2): 7–18
Peter B, Revenstorf D (2000) Commentary on Matthews's »Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: where are we now?« Int J Clin Exp Hypn 48: 433–437
Peter B, Revenstorf D (2001) Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 119–142
Peter B, Schmidt G (Hrsg) (1992) Erickson in Europa: Europäische Ansätze zur Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson. Carl-Auer, Heidelberg
Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) (1991) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern
Peter B, Iost-Peter A, Kleinhauz M (Hrsg) (1994) Jerusalemer Vorträge. Vol HyKog 11(1+2). www.MEG-Stiftung.de, München
Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) (1996) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy. M.E.G.-Stiftung, München

Peter B, Woitowitz K, Revenstorf D (1999) Evaluation der Hypnotherapie-Ausbildung. Weitere Ergebnisse einer Befragung der HypnotherapeutInnen der M.E.G. MEGaPhon 29, April: 7–8
Peter B, Butollo W, Höfling S (Hrsg) (2001) Zur Zukunft der Psychotherapie. Vol HyKog 18(1+2). www.MEG-Stiftung.de, München
Peter B, Bongartz B, Revenstorf D, Butollo W (eds) (2002a) Munich 2000. Th 15th International Congress of Hypnosis. Vol 6 Hypnosis International Monographs 6. www.MEG-Stiftung.de, München
Peter B, Bongartz B, Revenstorf D, Butollo W (Hrsg) (2002b) Hypnose in Medizin und Zahnmedizin. Vol HyKog 19(1+2). www.MEG-Stiftung.de, München
Peter B, Bongartz B, Revenstorf D, Butollo W (Hrsg) (2003) Hypnotherapie. Vol HyKog 20(1+2). www.MEG-Stiftung.de, München
Petermann F, Reinecker H (2005) Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
Petersen Y, Köhler L (2005) Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Interventionen in der Terminalphase. Forum der Psychoanalyse 21: 277–292
Peterson C, Seligmann MEP (eds) (2004) The values in action (VIA). Classification of Strength, Cincinatti, OH
Petrovic P, Ingvar M (2002) Imaging cognitive modulation of pain processing. Pain 95: 1–5
Pettinati HM (ed) (1988) Hypnosis and memory. Guilford, New York
Pettinati HM, Horne RL, Staats JS (1985) Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. Arch Gen Psychiatry 42: 1014–1016
Pettinati HM, Kogan LG, Evans FJ et al. (1990) Hypnotizability of psychiatric inpatients according to two different scales. Am J Psychiatry 147: 69–75
Pfaff CH (1795) Ueber thierische Elektricität und Reizbarkeit. Crusius, Leipzig
Pfaff CH (1817) Ueber und gegen den thierischen Magnetismus und die jetzt vorherrschende Tendenz auf dem Gebiete desselben. Perthes & Besser, Hamburg
Pfeiffer W (1994) Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Thieme, Stuttgart
Philipps M, Frederick C (2003) Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Carl-Auer, Heidelberg
Phillips M (2002) Incorporating EMDR in ego-state therapy with health symptoms. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 91–105
Piaget J (1975) Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde. Klett, Stuttgart
Piccione C, Hilgard ER, Zimbardo PG (1989) On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. J Pers Soc Psychol 56: 289–295
Pierrakos JC (1990) Core energetics. Developing the capacity to love and heal. Life Rhythm Publications, Mendocino, CA
Piesbergen C, Peter B (2005) Ergebnisse zum Verlauf des arteriellen Blutdrucks in Hypnose. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 26: 52–69
Piesbergen C, Peter B (2005) Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS: A). Hypnose: Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 0: 139–159
Piesbergen C, Peter B (2006) An investigation of the factor structure of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS: A). Contemporary Hypnosis 23: 59–71
Pietropinto A, Simenauer J (1994) Die Last mit der Lust. Mangelndes sexuelles Verlangen – Ursachen und Lösungen. Knaur, München
Platsch KL (2007) Was heilt? Theseus, Stuttgart
Poissonier C, Mauduyt A (1784) Rapport des commissaires de la société de médecine, nommés par le Roi pour faire l'examen du magnétisme animal (Imprimé par ordre du Roi). L'imprimerie royale, Paris
Posner MI, Peterson SE (1990) The attention span of the brain. Ann Rev Neurosci 13: 23–42
Post DE (1998) The hypnosis of Adolf Hitler. J Forensic Sci 43: 1127–1132
Post DE (2000) The hypnosis of Adolf Hitler. Vortrag auf dem 15. Internationalen Kongress für Hypnose in München (2.–7. Oktober)
Potter G (2004) Intensive therapy: utilizing hypnosis in the treatment of substance abuse disorders. Am J Clin Hypnosis 47: 21–28
Pouget-Schors D, Degner H (2005) Erkennen des psychosozialen Handlungsbedarfs bei Tumorpatienten. In: Sellschopp A, Fegg M, Frick E, Gruber U, Pouget-Schors D, Theml H, Vodermaier A, Vollmer T (Hrsg) Manual Psychoonkologie – Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge Tumorzentrum München an den Med Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität. Zuckschwerdt, München, S 30–36
Pratt G, Wood D, Alman B (1990) A Clinical Hypnosis Primer. Wiley, New York
Preyer W (1878) Die Kataplexie und der thierische Magnetismus. Fischer, Jena
Preyer W (1881) Die Entdeckung des Hypnotismus. Nebst einer ungedruckten Original-Abhandlung von Braid in deutscher Übersetzung. Paetel, Berlin
Preyer W (Hrsg) (1882) Der Hypnotismus. Ausgewählte Schriften von J. Braid. Paetel, Berlin
Pribram KH (ed) (1991) Brain and perception. Holonomy and structure in figural processing. Erlbaum, Hillsdale, New York
Price DD, Fields H (1997) Where are the causes of placebo analgesia? An experimental behavioral analysis. Pain Forum 6: 44–52
Prigogine I (1994) Mind and matter: Beyond the cartesian dualism. In: Pribram K (ed) Origins: Brain and self organization. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, pp 2–15
Prigogine I, Stengers I (1984) Order out of chaos. Bantam, New York

Primavera JP, Kaiser RS (1992) Non-pharmacological treatment of headache: Is less more? Headache 32: 393–395
Prior A, Colgan SW, Whorwell PJ (1990) Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrom. Gut 31: 896–898
Prohaska J, DiClemente C, Norcross J (1992) In search of how people change: Applications to Addictive Behaviors. Am Psychol 47: 1102–1114
Prosiegel M (1998) Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation. Pflaum, München
Prudlo U, Trenkle B, Revenstorf D (1996) Hypnotherapie und Hypnose. In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart
Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz (2007) Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitssurvey. BPtK-Newsletter 1/2007
Putnam FW, Helmers K, Horowitz LA, Trickett PK (1995) Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. Child Abuse Negl 19: 645–655
Puységur AMJCd (1784a) Cures opéré … Buzanzy, dans l'espace de six semaines, par le moyen du Magnétisme animal. In: Anonymus (ed) Recueil des pieces les plus intéressantes sur le Magnétisme animal, pp 335–353
Puységur AMJCd (1784b) Rapport des cures opérées … Bayonne par le Magnétisme Animal adressé … M. L'Abbé de Poulouzat. Chez Prault, Paris
Puységur AMJCd (1786) Mémoires pour servir a l'histoire et a l'établissement du Magnétisme Animal, Londre
Puységur AMJCd (1797) Du magnétisme animal, considéré dans ses rapports avec diverses branches de la physique général. Desenne, Paris
Rabkin SW, Boyko E, Shane F, Kaufert J (1984) A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. Addictive Behaviors 9: 157–173 X Rauchen (Verbesserungen, aber keine sign.Unterschiede –153 Gruppen)
Raginsky BB (1962) Sensory hypnoplasty with case illustrations. Int J Clin Exp Hypn 10: 205–219
Raij TT, Numminen J, Närvänen S et al. (2005) Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain. PNAS 102: 2147– 2151
Rainville P, Duncan GH, Price DD et al. (1997) Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science 277: 968–971
Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK et al. (1999a) Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. Pain 82: 159–171
Rainville P, Hofbauer RK, Paus T et al. (1999b) Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. J Cogn Neurosci11: 110–125
Rainville P, Hofbauer RK, Duncan GH et al. (2002) Hypnosis modulates the activity in brain structures involved in consciousness. J Cogn Neurosci14: 887–901
Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC et al. (2004) Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. Brain 127: 1741–1747
Rajasekaran M, Edmonds PM, Higginson IL (2005) Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients. Palliat Med 19: 418–426
Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D, Stewart M (1992) Perceptual correlates of massive cortical reorganization. Science 258: 1159–1160
Ramachandran VS, Stewart M, Rogers-Ramachandran DC (1992) Perceptual correlates of massive cortical reorganization. Neuroreport An International Journal for the Rapid Communication of Research in Neuroscience 3: 583–586
Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D (1996) Synaesthesia in phantom limbs induced with mirrors. Proceedings of the Royal Society London 263: 377–386
Ravnkilde B, Videbach P, Rosenberg R et al. (2002) Putative tests of frontal lobe function: A PET study of brain activation during Stroop's test and verbal fluency. J Clin Exp Neuropsychol 24: 534–547
Raz A, Shapiro T, Fan J, Posner MI (2002) Hypnotic suggestion and the modulation of Stroop interference. Arch Gen Psychiatry 59: 1155–1161
Raz A, Landzberg KS, Schweizer HR et al. (2003) Posthypnotic suggestion and the modulation of Stroop interference under cycloplegia. Consc Cogn 12: 332–346
Raz A, Fan J, Posner M (2006) Neuroimaging and genetic associations of attentional and hypnotic processes. J Physiol 99: 483–491
Razan G (1971) Mind in evolution. Houghton Mifflin, Boston
Reckert HW (1999) Die NLP-Phobiebehandlungstechniken in der Behandlung spezifischer und sozialer Phobien. Eine Therapievergleichsstudie mit der systematischen Desensibilisierung in sensu. Unveröffentlichte Dissertation Fachbereich Psychologie der Universität Tübingen
Reckert HW (2001) Spezifische Phobien. In: Revenstorf DP, B. (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 443–449
Redd WH, Rosenberger PH, Hendler CS (1982/1983) Controlling chemotherapy side effects. Am J Clin Hypn 25: 161–172
Register PA, Kihlstrom JF (1986) Finding the hypnotic virtuoso. Int J Clin Exp Hypn 34: 84–97
Rehfisch, H.P., Basler, H.D. (1996). Entspannung und Imagination. In Basler, H. D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H. P., & Seemann, H.. Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung (S. 551–576). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Rehse B, Pukrop R (2003) Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta-analysis of 37 published outcome studies. Patient Education and Counceling 50: 179–186
Reich W (1969) Chrakteranalyse. de Munter, Amsterdam
Reil JC (1803) Rhapsodien über die Anwendungen der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Curt, Halle
Reil JC (1807) Ueber die Eigenschaften des Ganlien-Systems und sein Verhältniss zum Cerebral-Systeme. Archiv für die Physiologie 7: 189–254
Reinecker H (1993) Phobien. Hogrefe, Göttingen

Reisch E (1994) Verletzbare Nähe – ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten. Pfeiffer, München
Reiser J, Peter B, Olbrich E, Sprinkart KP, Leiberich P, Müller M (1993) Hypnotherapie bei HIV- und Aids-Patienten: Eine Therapiestudie. HyKog 10: 70–85
Renterghem AWv (1892/93) Kompletter seit mehreren Jahren bestehender Dammriss. Organischer Herzfehler, der die chirurgische Anästhesie durch Chloroform verbietet. Radicale und fast schmerzlose Operation unter dem Einfluss der Suggestion ohne Hypnose. Zeitschrift für Hypnotismus 1: 139–142
Renzland J (1987) Regeneration im Sport unter Berücksichtigung psychologischer Aspekte. Zeitschrift für Sportpsychologie
Revenstorf D (1976) Lehrbuch der Faktorenanalyse, Stuttgart: Kohlhammer
Revenstorf D (1982/3) Psychotherapeutische Verfahren. Kohlhammer, Stuttgart
Revenstorf D (1985a) Kritik der »Struktur der Magie«. In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H Erickson, München: Pfeiffer, S 238–270
Revenstorf D (1985b) Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Intervention. HyKog 2: 13–35
Revenstorf D (1985c) Hypnose. In: Revenstorf D (Hrsg) Psychotherapeutische Verfahren. Vol 3. Kohlhammer, Stuttgart
Revenstorf D (1987) Hypnose und Verhaltenstherapie. HyKog 4: 10–21
Revenstorf D (1988) Hypnose: Grundlagen und klinische Anwendung bei Schmerz. In: Miltner W, Larbig W, Brengelmann JC (Hrsg) Psychologische Schmerzbehandlung. Vol 20: IFT-Texte. Gerhard Rötter Verlag, München, S 57–100
Revenstorf D (1989) Das Unbehagen mit dem sogenannten Unbewußten. HyKog 6: 49–58
Revenstorf D (Hrsg) (1990a) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Revenstorf D (1990b) Theorie der Hypnose. In: Revenstorf D (Hrsg) Handbuch der Klinischen Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 79–99
Revenstorf D (1990c) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 137–168
Revenstorf D (1991a) Hypnose als kognitive Therapie. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern
Revenstorf D (1991b) Herzphobie. In: Peter B, Kraiker C, Revenstorf D (Hrsg) Hypnose und Verhaltenstherapie. Huber, Bern, S 122–132
Revenstorf D (1991c) Hypnose mit Karzinompatienten. Acta medica empirica 40: 703–704
Revenstorf D (1992a) Hypnosis: A therapy without theory. In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 119–130
Revenstorf D (1992b) Hypnotherapie bei Tumorpatienten. Zeitschrift für Ernährungsheilkunde: 184–192
Revenstorf D (Hrsg) (1993/4) Psychotherapeutische Verfahren, Band 1–4. Kohlhammer, Stuttgart
Revenstorf D (Hrsg) (1993a) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Revenstorf D (1993b) Psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In: Bastine R (Hrsg) Handbuch der klinischen Psychologie. Vol II. Kohlhammer, Stuttgart
Revenstorf D (1993c) Technik der Hypnose. In: Revenstorf D (Herg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 143–175
Revenstorf D (1993d) Hypnose. In: Schorr A (Hrsg) Handbuch der Angewandten Psychologie. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn
Revenstorf D (1994a) Conceptions of the unconscious from Freud to Erickson. Hypnos 21: 91–107
Revenstorf D (1994b) Kognitive Verhaltenstherapie und Hypnose. Verhaltenstherapie 4: 223–237
Revenstorf D (1996a) Hypnose und kognitive Verhaltenstherapie. HyKog 13: 23–50
Revenstorf D (1996b) Klinische Hypnose. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Vol 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 315–333
Revenstorf D (1996c) Verhaltenstherapie und andere Therapieformen. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Vol 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Revenstorf D (1997) Klinische Hypnose – Gegenwärtiger Stand der Theorie und Empirie. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 5–13
Revenstorf D (1998a) Hypnose als psychotherapeutisches Verfahren. T & E Neurologie Psychiatrie 12: 374–380
Revenstorf D (1998b) Hypnose in verschiedenen Psychotherapiemethoden. Psychotherapie 3: 1–7
Revenstorf D (1998c) Hypnotherapie. In: Sulz S (Hrsg) Kurzpsychotherapien. CIP-Medien, München
Revenstorf D (1999a) Klinische Hypnose. Gegenwärtiger Stand der Theorie und Empirie. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 5–13
Revenstorf D (1999b) Therapieziele in der Hypnotherapie. In: Ambühl HR, Strauß B (Hrsg) Therapieziele. Hogrefe, Göttingen
Revenstorf D (1999c) Wenn das Glück zum Unglück wird. Beck, München
Revenstorf D (2001a) Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 11–33
Revenstorf D (2001b) Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 53–75
Revenstorf D (2001c) Schlussdiskussion. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 687–693
Revenstorf D (Hrsg) (2003) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Universität Tübingen, Psychologisches Institut

Revenstorf D (2005a) Das Kuckucksei. Über das Pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. Psychotherapie 9: 1–10
Revenstorf D (2005b) Hypnotherapie bei Schmerzen. Wie wirksam ist psychologische Schmerztherapie? Psychotherapie im Dialog 1: 82–85
Revenstorf D (2006) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Hypnose Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 1: 7–164
Revenstorf D, Freund U (2001) Indirekte Induktion und Kommunikation. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 169–184
Revenstorf D, Peter B (Hrsg) (2001) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Revenstorf D, Prudlo U (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. HyKog 11: 190–224
Revenstorf D, Zeyer R (1996/2006/2008) Hypnose lernen: Leistungssteigerung und Stressbewältigung durch Selbsthypnose. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
Revenstorf D, Heumann S, Schmidt M (1998) Raucherentwöhnung durch Hypnose. T&E Neurologie Psychiatrie 12: 381–382
Revenstorf D, Freund U, Trenkle B (2001) Therapeutische Geschichten und Metaphern. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 240–269
Revenstorf D, Schweizer C, Schlarb A (2001) Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in Gruppen. Experimentelle und Klinische Hypnose 17: 61–99
Richardson J, Smith JE, MacGall G, Pilkington K (2006) Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. Journal of Pain and Symptom Management 31: 70–84
Richardson J, Smith JE, McCall G et al. (2007) Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. European Journal of Cancer Care 16: 402–412
Riebensahm H (2001) Ich-Stärkung. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 301–312
Riedel I (1988) Bilder in Therapie, Kunst und Religion. Kreuz, Stuttgart
Riemann D, Backhaus J (1995) Gruppentherapeutische Ansätze bei primären/psycho-physiologischen Insomnien. Wiener Medizinische Wochenzeitschrift 145: 529–532
Riemann D, Voderholzer U, Backhaus J, Hornjak M, Kie A, Venegas M, Hohagen F (1996) Medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von Schlafstörungen. Psycho 22: 640–644
Riemann F (1982) Grundformen der Angst. Reinhardt, München
Riesman D (1968) Die einsame Masse. Rowohlt, Reinbek
Robin BR, Kumar VK, Pekala RJ (2005) Direct and indirect scales of hypnotic susceptibility: resistance to therapy and psychometric comparability. Int J Clin Exp Hypn 35: 135–147
Robinson R, Lee V, Kennedy A, Middleton L, Rogers A, Thompson DG, Reeves D (2005) A randomised controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of IBS. Gut Aug. 12
Rochas Ad (1909/25) Die Ausscheidung des Empfindungsvermögens. Experimentelle und historische Studie. Max Altmann, Leipzig
Rochas Ad (1911) Les vies successives. Documents pour l'ètude de cette question. Chacornac, Paris
Röder CH, Michal M, Overbeck G, van de Ven VG, Linden DE (2007) Pain response in depersonalization: a functional imaging study using hypnosis in healthy subjects. Psychother Psychosom Med Psychol 76: 115–121
Roderburg S (1996) Die po(i)etische Kraft der Metapher – Ergebnisse einer gesprächsanalytischen Studie zur dialogischen Konstruktion der Wirklichkeit. Zeitschrift für systemische Therapie 15: 104–110
Roelofs K, Näring GWB, Hoogduin CAL, Moene FC (2002) Dissociative symptoms and hypnotic susceptibility in conversion disorder: Preliminary results. Issues on hypnosis. Cure & Care, Nijmegen
Rodgers, M., Fayter, D., Richardson, G., Ritchie, G., Lewin, R. and Sowden, A. (2005). The Effects of Psychosocial Interventions in Cancer and Heart Disease: A Review of Systematic Reviews. CRD Report (30). NHS Centre for Reviews and Dissemination, The University of York, UK. (ISBN 1 900640 36 8).
Roffe L, Schmidt K, Ernst E (2005) A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. Psycho-Oncology 14: 607–617
Rogers C (1973) Die klientenbezogene Gesprächspsychotherapie. Kindler, München
Rogers C (1991) Die klientenbezogene Gesprächspsychotherapie. In: Rogers C, Schmid P (Hrsg) Grundlagen von Theorie und Praxis. Mattias Grünewald, S 216
Röhrich L (1952) Märchen und Psychiatrie, Bericht über den 7. Volkskundetag in Jugendheim, 28. bis 31.03.1951, Stuttgart
Röhrich L (2001) Märchen und Wirklichkeit. Vol 5., Hohengehren
Roland PE, Friberg L (1985) Localisation of cortical areas activated by thinking. Journal of Neurophysiology 53: 1219–1243
Rollnick S, Mason P, Bitler C (1999) Health behaviour change: A guide for practitioners. Churchill Livingstone, New York
Rominger M (1995) Metaanalye der Hypnotherapie. Diplomarbeit, Psycholog. Inst. d. Universität, Tübingen
Root MPP, Fallon P, Friedrich WN (1986) Bulimia: A Systems Approach to Treatment. W. W. Norton, New York
Rosen G (1996) Phantom limb pain and hypnosis. Hypnos 23: 143–147

Rosen S (1982) My voice will go with you – the teaching tales of Milton H. Erickson. Norton, New York
Rosen S (1984) Hypnose als begleitende Maßnahme bei der chemotherapeutischen Behandlung von Krebs. HyKog 1: 17–26
Rosen S (1988) What makes Ericksonian therapy so effective? In: Zeig JK, Lankton SR (eds) Developing Ericksonian Therapy. Brunner & Mazel, New York, pp 5–21
Rosenberg SW (1982–83) Hypnosis in cancer care: Imagery to enhance the control of the physiological and psychological »side-effects« of cancer therapy. Am J Clin Hypn 25: 122–127
Rosenthal R (1966) Experimenter effects in behavioral research. Appleton-Century Crofts, New York
Rosenthal R (1984) Meta-analytic procedures for social research. Sage, London
Rossi EL (ed) (1980) The collected papers of M. H. Erickson on hypnosis. Vol II: Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysiological Process. Irvington, New York
Rossi EL (1986/1993) The psychobiology of mind-body healing: New concepts of therapeutic hypnosis. W.W. Norton Professional Books, New York
Rossi EL (1988) Neue Aspekte der molekularen Grundlagen des psychosomatischen Heilungsprozesses in der therapeutischen Hypnose. HyKog 5: 11–23
Rossi EL (1992) Zur Kommunikation zwischen Psyche und Genen in Hypnose: Eine Lösung des Körper-Psyche-Problems? In: Peter B, Schmidt G (Hrsg) Erickson in Europa. Carl-Auer, Heidelberg, S 234–252
Rossi EL (Hrsg) (1995–98) Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Carl-Auer, Heidelberg
Rossi EL (1996) The creative process in naturalistic ultradian hypnotherapy. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, lost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 103–118
Rossi EL, Cheek DB (1988) Mind-body therapy: Ideodynamic healing in hypnosis. Norton, New York
Roth G (1992) Das konstruktive Gehirn: Neurobiologische Grundlagen von Wahrnehmung und Erkenntnis. In: Schmidt SJ (Hrsg) Kognition und Gesellschaft: Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus 2. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 277–336
Roth G (1995) Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Roth G (1996) Das Ich und sein Gehirn. Suhrkamp TB, Frankfurt
Roth G (2007) Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Klett-Cotta, Stuttgart
Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F (2005) Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. J Trauma Stress 18: 607–616
Roustang F (1994) Qu'est-ce que l'hypnose? Les Éditions de Minuit, Paris
Rowland LW (1939) Will hypnotized people try to harm themselves or others? J Abnorm Psychol 34: 114–117
Roy B (1978) Mahabharata. Diederichs, Düsseldorf
Rubinstein H (1985) Die Heilkraft Lachen. Hallwag, Bern
Ruby P, Decety J (2001) Effect of subjective perspective taking during simulation of action: A PET investigation of agency. Nat Neurosci 4: 546–550
Ruch W (1993) Die Emotion Erheiterung: Eine Übersicht über den Forschungsbereich. In: Montada L (Hrsg) Bericht über den 38 Kongreß der DGfP in Trier 1992. Hogrefe, Göttingen, S 277–285
Ruch W (1995) »Sinn für Humor« als Persönlichkeitsmerkmal: Vergessen, fehlkonstruiert, neukonzipiert. In: Pawlik K (Hrsg) Bericht über den 39 Kongreß der DGfP in Hamburg 1994. Hogrefe, Göttingen, S 689–694
Ruch W (1998) The sense of humor. Explorations of a personality characteristic. Mouton de Gruyter, Berlin
Ruch W (2004) Humor. In: Peterson C, Seligman MEP (eds) The values in Action (VIP) Classification of Strength, Cincinatti, OH
Rude S, Rehm L (1991) Response to treatments for depression: The role of initial status on targeted cognitve and behavioral skills. Clin Psychol Rev: 493–514
Rudolf G (2006) Strukturbezogenen Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Schattauer, Stuttgart
Russel MA (1990) The nicotine addiction trap. Br J Addict 85: 293–300
Sabourin ME, Cutcomb SD, Crawford HJ, Pribram K (1990) EEG correlates of hypnotic susceptibility and hypnotic trance: Spectral analysis and coherence. Int J Psychophysiol 10: 125–142
Sacerdote P (1965) Additional contributions to the hypnotherapy of the advanced cancer patient. Am J Clin Hypn 7: 308–319
Sacerdote P (1970) Theory and practice of pain control in malignancy and other protacted or recurring painful illnesses. Int J Clin Exp Hypn 18: 160–180
Sacerdote P (1982) Hypnotically induced dreams: Theory and practice. In: Zeig J (ed) Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. Brunner & Mazel, New York, pp 228–238
Sacerdote P (1982a) Erickson's contribution to pain control in cancer. In: Zeig J (ed) Ericksonian Approaches to hypnosis and psychotherapy. Brunner & Mazel, New York, pp 336–345
Sacerdote P (1982b) Techniques of hypnotic intervention with pain patients. In: Barber J, Adrian C (eds) Psychological approaches to the management of pain. Brunner & Mazel, New York, pp 60–83
Sachar EJ, Fishman JR, Mason JW (1985) The effect of hypnotic trance on plasma 17-hydroxycorticosteroid concentration. Psychosom Med 26: 635–641
Sachse R, Atrops A (1992) Focusing. Huber, Bern
Sacks O (1994) Migräne. Rowohlt, Reinbek
Safran J, Segal Z (1990) Interpersonal process in cognitive therapy. Basic Books, New York
Saletu B, Saletu-Zyhlarz GM (2000) Schlaf- und Schlafstörungen. Psychopraxis 5: 24–30
Sallis JG (1887) Der tierische Magnetismus (Hypnotismus) und seine Genese. Ein Beitrag zur Aufklärung und eine Mahnung an die Sanitätsbehörden. Günthers, Leipzig

Sallis JG (1888) Der Hypnotismus in der Geburtshilfe. Heuser, Berlin
Salmon P (1992) Surgery as a Psychological Stressor: Paradoxical Effects of Pre-operative Emotional State on Endocrine Responses. Stress Medicine 8: 193–198
Samulski D (1987) Wie motivieren sich Leistungssportler selbst? Zeitschrift für Sportpsychologie 1, Phillippka, Münster
Santonastaso P, Favaro A, Olivotto MC, Friederici S (1997) Dissociative experiences and eating disorders in a female college sample. Psychopathology 30: 170–176
Sapp M (1991) Hypnotherapy and test anxiety: Two cognitive-behavioral constructs: the effects of hypnosis in reducing test anxiety and improving academic achievement in college students. Aust J Clin Hypnother 12: 25–31
Sarbin TR (1995) On the belief that one body may be host to two or more personalities. Int J Clin Exp Hypn 43: 163–183
Sarbin TR, Coe WC (1972) Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication. Holt, Rinehart & Wintson, New York
Sarbin TR, Kroger R (1963) On Wundt's theory of hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 11: 245–259
Sardell A, Trierweiler S (1993) Disclosing the cancer diagnosis – Procedures that influence patient hopefulness. Cancer 72: 3355–3365
Sass H, Wittchen H-U, Zaudig M (Hrsg) (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM IV. Hogrefe, Göttingen
Satir V (1975) Selbstwert und Kommunikation. Junfermann, Paderborn
Satir V (1990) Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Junfermann, Paderborn
Sattler B (1775) Gutachten über Gassner hinsichtlich der Untersuchung am 29.8.1775. Zitiert in: Extrakt aus dem Regensburger Protokoll von den dort im Jahre 1775 erfolgten gassnerischen Kuren. In: Neueste Sammlung jener Schriften, die von einigen Jahren her über verschiedene wichtigste Gegenstände zur Steuer der Wahrheit im Drucke erschienen sind. Vol 39, Augsburg, 1788, S 123–129
Scatena P (1990) Phantom representations of congenitally absent limbs. Percept Mot Skills 70: 1227–1232
Schafer DW (1975) Hypnosis use on a burn unit. Int J Clin Exp Hypn 23: 1–14
Schäfer M, Schwaiger M (2003) Interferon-alpha assoziierte psychische Nebenwirkungen. Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb 71: 469–476
Schäfer M, Schwaiger M, Pich M et al. (2003) Neurotransmitter changes by Interferon-alpha and therapeutic implications. Pharmacopsychiatry 36 (suppl 3): 255–258
Schäfgen E (1992) Hypnosetherapie. Leitfaden für die ärztliche Weiterbildung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
Schales HC (2001) Symbol, Ritual und Hypnose. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 285–301
Schedlowski M, Jungk C, Schimanski G (1994) Effects of behavioral intervention on plasma cortisol and lymphocytes in breast cancer patients: An exploratory study. Psychooncology 3: 181–187
Schedlowski M, Tewes U (1996) Psychoneuroimmunologie. Spektrum Akademischer Verlag GmbH, Heidelberg
Scheflin AW, Shapiro JL (1989) Trance on Trial. Guilford, New York
Schelling FWJ (1800) System des transcendentalen Idealismus. In: »Dieses wahre innere Afrika« Texte zu Entdeckung des Unbewußten vor Freud. Fischer TB, Frankfurt am Main, S 49–72
Schelling FWJ (1810) Clara oder über den Zusammenhang der Natur mit der Geisterwelt. Ein Gespräch. In: Schriften von 1806–1813, Darmstadt, 1968
Scherf W (1986) Das Märchenpublikum. In: Solms, Oberfeld (Hrsg) Das selbstverständliche Wunder, Marburg
Schiepek G, Lambertz M, Perlitz V et al. (2003) Neurobiologie der Psychotherapie – Ansatzpunkte für das Verständnis und die methodische Erfassung komplexer biopsychischer Veränderungsprozesse. In: Schiepek G (Hrsg) Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, München, S 1–40
Schilder P, Kauders O (1926) Lehrbuch der Hypnose. Springer, Wien
Schimpf M (1995) Selbstheilung von Eßstörungen. Borgmann, Dortmund
Schindler L, Hohenberger E, Müller G (1984) Der Vergleich von guten und schlechten Schläfern: Eine Studie zur Exploration möglicher Interventionsbereiche. Prax Psychother Psychosom 29: 145–153
Schindler L, Hohenberger-Sieber E, Pauli P (1988) Korrelate des gestörten Schlafes: Eine Replikationsstudie. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 36: 118–129
Schirmer A (1990) Respiratorische Störungen: Asthma. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 285–303
Schlarb AA (2003) Verhaltenstherapie und Hypnotherapie bei Primärer Insomnie. Entwicklung und Evaluation zweier Therapiekonzepte. Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Schlegel L (1984) Die Transaktionale Analyse. Francke, München
Schleifer SJ, Keller SE, McKegney FP, Stein M (1980) Bereavement and lymphocyte function Annual Scientific Meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco
Schlippe Av, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Schmädeke J, Bahar A, Kugel W (1999) Der Reichstagsbrand in neuem Licht. Historische Zeitschrift 269: 603–651
Schmeer (1994) Krisen auf dem Lebensweg. Pfeiffer, München
Schmidkunz H (1892) Der Hypnotismus in gemeinfasslicher Darstellung. Zimmer, Stuttgart
Schmidkunz H (1892) Psychologie der Suggestion. Enke, Stuttgart
Schmidt CF (1992) Hypnotic suggestions and imaginations in the treatment of Colitis Ulcerosa. In: Bongartz W (Hrsg) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent develop-

ments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 257–260
Schmidt G (1985) Gedanken zum Erickson'schen Ansatz aus einer Systemischen Perspektive. In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Psychotherapie nach Milton H Erickson. Pfeiffer, München, S 31–57
Schmidt RF, Thews G (1995) Physiologie des Menschen. Vol 26. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Schmidt-Tanger M, Kreische J (1994) Fluff & Facts. NLP-Modelle. Verlag für angewandte Kinesiologie, Freiburg
Schmierer A (1985) Hypnose in der zahnärztlichen Praxis. In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H Erickson, Pfeiffer, München, S 189–193
Schmierer A (1991) Die Anwendung von Entspannungstonbändern in der zahnärztlichen Praxis. Zahnärztliche Praxis 42: 286–288
Schmierer A (1992) Zahnmedizin ohne Spritze. In: Peter B, Schmidt G (Hrsg) Erickson in Europa. Carl-Auer, Heidelberg, S 129–142
Schmierer A (1993) Zahnärztliche Hypnose. Quintessenz, Berlin
Schmierer A (1995) Schmerztherapie durch Hypnose. Zahnärztliche Mitteilungen 85: 804–809
Schmierer A (1997) Beim Zahnarzt ganz entspannt. Zahnbehandlung ohne Angst [CD 1003]. Hypnos, Stuttgart
Schmierer A (2000a) Beim Zahnarzt in Hypnose. Schmerzfreie Zahnbehandlung [CD 1002]. Hypnos, Stuttgart
Schmierer A (2000b) Locker lassen lernen. Schmerzfrei durch Hypnosetraining [CD 1004]. Hypnos, Stuttgart
Schmierer A (2001a) Einführung in die zahnärztliche Hypnose. Vol 3. Quintessenz, Berlin
Schmierer A (2001b) Zahnärztliche Problempatienten. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 625–640
Schmierer A (Hrsg) (2002) Kinderhypnose in der Zahnmedizin. Hypnos, Stuttgart
Schmierer A (2007) Beim Zahnarzt ohne Stress – Entspannte Zahnbehandlung [CD 1001] (4. Auflage). Hypnos, Stuttgart
Schmierer A, Kunzelmann KH (1990) Hypnose in der Zahnheilkunde. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 363–390
Schmierer A, Schmierer G (1990) Möglichkeiten der Hypnose für die zahnärztliche Praxis. Zahnärztliche Praxis 41: 178–181
Schmierer A, Schmierer G (1997) Beim Zahnarzt ohne Spritze [CD 1006]. Hypnos, Stuttgart
Schmierer A, Schmierer G (2004) Hypnose in der Zahnarztpraxis – eine sichere und schnelle Möglichkeit zum Angstabbau. Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose 3: 31–51
Schmierer A, Schmierer G, Hautkappe H-J (1997) Hypnose in der Zahnheilkunde. Quintessenz 48: 655–669
Schmierer A, Schütz G (2007) Zahnärztliche Hypnose – erfolgreiche Hypnose und Kommunikation in der Zahnarztpraxis. Quintessenz, Berlin
Schmierer A, Schütz G (2008) Entspannt zum Zahnarzt – So überwinden Sie Ihre Angst. Carl-Auer, Heidelberg
Schmierer G (1988) Die Hypnose-Assistentin. Eine neue Möglichkeit der Zusammenarbeit in der zahnärztlichen Praxis. Zahnarztmagazin 2: 17–18
Schmierer G (2000a) Der Schokoladendrachen [CD 1005]. Hypnos, Stuttgart
Schmierer G (2000b) Das Zahndschungelmärchen [CD 1007]. Hypnos, Stuttgart
Schnarch D (1991) Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy. Norton, New York
Schneider-Helmert D (1987) Twenty-four hour sleep-wake function and personality pattern in chronic insomniacs and healthy controls. Sleep 10: 452–462
Schoenberger NE (1996) Cognitive-behavioral hypnotherapy for phobic anxiety. In: Lynn SJ, Kirsch I, Rhue JW (eds) Casebook of Clinical Hypnosis. American Psychological Association, Washington, D.C., pp 33–49
Schoenberger NE (2000) Research on hypnosis as an adjunct to cognitive behavioval psychotherapy. Am J Clin Hypn 42: 154–169
Scholz OB (1998) Beiträge zur Modernen Hypnoseforschung. M.E.G.-Stiftung, München. In: HyKog. Vol 15: HyKog
Scholz OB (1998) Hirn und Hypnose. HyKog 15: 11–13
Scholz OB (2002) Freiberger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitätstest (FIRST). Dietmar Klotz
Scholz OB (2006) Hypnotherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen. Von der Planung zur Durchführung. Huber, Bern
Scholz OB, Meise M (2004) Metapherngeleitete Hypnotherapie im Vergleich zu Imaginationstherapie. Z Klin Psychol Psychother 33: 209–217
Scholz W-U (1987) Metaloge rational-emotive Therapie – ein Ansatz integrativer kognitiver Therapie
Schopenhauer A (1851) Versuch über das Geistersehen. In: Parerga und Paralipomena, Sämtliche Werke, Bd IV, Stuttgart, Frankfurt
Schott H (1988) Zum Begriff des Seelenorgans bei Johann Christian Reil (1759–1813). In: Mann G, Dumont F (Hrsg) Gehirn – Nerven – Seele Anatomie und Physiologie im Umfeld STh Soemmerings, Stuttgart, S 183–210
Schrenck-Notzing A (1888) Ein Beitrag zur therapeutischen Verwerthung des Hypnotismus. F.C.W. Vogel, Leipzig
Schrenck-Notzing A (1889) Die gerichtliche Bedeutung und mißbräuchliche Anwendung des Hypnotismus. Vortrag gehalten in der psychologischen Gesellschaft zu München am 14. November 1889. Th. Hofman, Gera
Schrenck-Notzing A (1892) Die Suggestions-Therapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes (Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung). Enke, Stuttgart
Schrenck-Notzing A (1894/95a) Zum Fall Czynski: Eine Entgegnung. Zeitschrift für Hypnotismus 3: 176–182
Schrenck-Notzing A (1894/95b) Zum Prozess Czynski: Nachtrag. Zeitschrift für Hypnotismus 3: 182–185
Schrenck-Notzing A (1896) Ein experimenteller und kritischer Beitrag zur Frage der suggestiven Hervorrufung circumscripter vasomotorischer Veränderungen auf der äusseren Haut. Zeitschrift für Hypnotismus 4: 209–228

Schrenck-Notzing A (1897) Ueber Suggestion und Erinnerungsverfälschung im Berchtold-Process. Zeitschrift für Hypnotismus 5: 128–179, 277–331
Schrenck-Notzing A (1902) Kriminal-psychologische und psychopathologische Studien (Gesammelte Aufsätze auf den Gebieten der Psychopathia sexualis, der gerichtlichen Psychiatrie und der Suggestionslehre). Barth, Leipzig
Schrenck-Notzing A (1912) Die Phänomene des Mediums Linda Gazerra. Psychische Studien 39: 133–173
Schrenck-Notzing A (1912) Über Mediumismus. Psychische Studien 39: 113–114
Schrenck-Notzing A (1920) Physikalische Phaenomene des Mediumismus. Studien zur Erforschung der telekinetischen Vorgänge. Reinhardt, München
Schrenck-Notzing A (1923) Materialisationphänomene. Ein Beitrag zur Erforschung der mediumistischen Teleplasie. Reinhardt, München
Schröder C (1985) Research on the history of psychotherapy: An inquiry into the relationship between the history of medicine and psychology. German Journal of Psychology 9: 171–176
Schröder C (1995) Der Fachstreit um das Seeelenheil. Psychotherapiegeschichte zwischen 1880 und 1932. Lang, Frankfurt
Schubert GHv (1808) Ansichten von der Nachtseite der Naturwissenschaften. Arnoldische Buchhandlung, Dresden
Schubert GHv (1814) Die Symbolik des Traumes. Kunz, Bamberg
Schubert GHv (1830) Die Geschichte der Seele. J.G. Cotta'scher Verlag, Stuttgart und Tübingen
Schuler G, Braun C, Miltner W, Revenstorf D (1996) Evozierte Potentiale unter hypnotischer Analgesie und Ablenkung bei Schmerz. HyKog 13: 79–98
Schultz JH (1916) Hypnotherapie. In: Handbuch der Therapie der Geisteskrankheiten. Vol 1. Fischer, Jena
Schultz JH (1922) Gesundheitsschädigungen nach Hypnose. Ergebnisse einer Sammelforschung. Marhold, Berlin
Schultz JH (1924) Hypnose und Suggestion. Kampmann, Halle
Schultz JH (1924) Taschenbuch der psychotherapeutischen Technik. Fischers Medizin Buchhandlung, Berlin
Schultz JH (1932/37/60/70/82) Das Autogene Training: Konzentrative Selbstentspannung. Thieme, Stuttgart
Schultz JH (1935/1994) Hypnose-Technik. Fischer, Stuttgart
Schulz C, Weinmann U (2000) Hypnotherapie bei Insomnie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Tübingen, Tübingen
Schulz H, Schulz K-H, Fittschen B et al. (1989) Zum Zusammenhang chronischer und akuter Belastung mit immunologischen Veränderungen. In: Laireiter A, Mackinger H (Hrsg) Verhaltensmedizin – Gesundheitsmedizin. Mackinger, Bergheim
Schulz K, Raedler A (1990) Psycho-Neuro-Immunologische Wechselwirkungen. In: Dt. Aids Stiftung »Positiv leben« Aids und Psyche. Edition Sigma Bohn, Berlin
Schulz U, Keh D, Fritz G et al. (2006) »Schlaf-Wach-Schlaf«-Technik zur Wachkraniotomie. Anaesthesist 55: 585–598
Schürer-Waldheim F (1930) Franz Anton Mesmer, ein Naturforscher ersten Ranges. Seine Lehre vom tierischen Magnetismus und ihr Schicksal. Selbstverlag, Wien
Schüssler G (1993) Bewältigung chronischer Erkrankungen – Konzepte und Ergebnisse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Schwartz AS, R. (1993) Depression: Theories and treatments. Columbia University Press, New York
Schwartz R (2002) Systemische Therapie mit der inneren Familie. Pfeiffer, Stuttgart
Schwarz R (1994) Die Krebspersönlichkeit – Mythos und klinische Realität. Schattauer, Stuttgart
Schweizer CC, Revenstorf D (2005) Hypnotherapie bei Nikotinabusus. DGH
Schweizer CC (2003) Hypnotherapie bei Nikotinabusus. Dissertation, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen
Schwender D, Kaiser A, Klasing S et al. (1994) Midlatency auditory evoked potentials and explicit and implicit memory in patients undergoing cardiac surgery. Anesthesiology, 80, 493–501
Scott EM (1989) Hypnosis: Emotions for the Tin Man (the schizoid personality). Am J Clin Hypn 31: 204–208
Sebel P, Bonke B, Winograd E (1993) Memory and awareness in anesthesia. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York
Sebel PS, Bowdle TA, Ghoneim MM et al. (2004) The incidence of awareness during anesthesia: a multicenter United States Study. Anesth Analg 99: 833–339
Seemann H (1998) Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen. Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen und anderen Störungen. Pfeiffer, München
Seemann H (2000) Kopfschmerzkinder. Migräne und Spannungskopfschmerzen verstehen und psychotherapeutisch behandeln. Klett-Cotta, Stuttgart
Seemann H (2001) Psychosomatische Schmerzen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 537–556
Seemann H (2002) Unter Mitarbeit von Jutta Schultis und Babett Englert. Kopfschmerzkinder. Migräne und Spannungskopfschmerzen verstehen und psychotherapeutisch behandeln. Reihe Leben lernen 150. Pfeiffer bei Klett–Cotta, Stuttgart
Seemann H, Franck G, Verres R (2000) Chronifizierungsprävention primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Evaluation einer lösungsorientierten Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung. Kindheit und Entwicklung 11: 185–197
Seemann H, Zimmermann M (1996) Regulationsmodell des Schmerzes aus systemtheoretischer Sicht – Eine Standortsbestimmung. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP, Seemann H (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 23–57
Seemann, H., Franck, G., Verres, R. (2002) Chronifizierungsprävention primärer Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Evaluation einer lösungsorientierten Gruppentherapie in der ambulanten Versorgung. Kindheit und Entwicklung 11 (3) 185–197 Hogrefe, Göttingen
Segal SL (1988) Das 18. Kamel oder Die Welt als Erfindung. Pieper, München
Seligman M (1989) Explanatory style: Predicting depression, achievement, and health. In: Yapko M (ed) Brief therapy

approaches to treating anxiety and depression. Brunner & Mazel, New York, pp 5–32
Seligman M (1990) Learned optimism. Knopf, New York
Seligman, Martin (1992) Erlernte Hilflosigkeit. Beltz, Weinheim
Sellschopp A, Fegg M, Frick E et al. (Hrsg) (2005) Manual Psychoonkologie – Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Tumorzentrum München an den Med. Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität. Zuckscherdt, München
Selye H (ed) (1980) Guide to stress research. International Universities Press, New York
Sergl HG, Müller-Fahlbusch H (1989) Angst und Angstabbau in der Zahnmedizin. Quintessenz, Berlin
Shapiro A (1982–83) Psychotherapy as adjunct treatment for cancer patients. Am J Clin Hypn 25: 150–155
Shapiro F (1993) Eye movement desensitization and reprocessing. J Trauma Stress 6
Shapiro F (1995) Eye movement desensitization and reprocessing. Guilford, New York
Shapiro F (1998) EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn
Shapiro F (2003) EMDR – als integrativer psychotherapeutischer Ansatz. Jungfermann, Paderborn
Shea M, Imber S, Sotsky S, Watkins J, Collins J, Pilkonis P, Beckham E, Glass D, Dolan R, Perloff M (1992) Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. Arch Gen Psychiatry: 782–787
Sheehan PW (1979) Hypnosis and the process of imagination. In: Fromm E, Shore RE (eds) Hypnosis: Developments in research and new perspectives, New York: Aldine, pp 381–411
Sherman RA, Sherman CJ, Gall NG (1980) A survey of current phantom limb pain treatment in the United States. Pain 8: 85–90
Sherrill C, Hinson M, Gench B, Kennedy SO (1990) Self-concepts of disabled youth athletes. Percept Mot Skills 70: 1093–1098
Shertzer CL, Lookingbill DP (1987) Effects of relaxation therapy and hypnotizability in chronic urticaria. Arch Dermatol 123: 913–916
Sherwin D (1988) The psychodynamic origin of chronic posttraumatic stress disorder in American Vietnam veterans: An ongoing saga. Sixth World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry XIX International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis (1988, Munich, Federal Republic of Germany). Dynamische Psychiatrie 21: 348–358
Shor RE (1959) Hypnosis and the concept of generalized reality-orientation. Am J Psychother 13: 582–602
Shor RE (1979) A phenomenological method for the measurement of variables important to an understanding of the nature of hypnosis. In: Fromm E, Shore RE (eds) Hypnosis: Developments in research and new perspectives. Aldine, New York, pp 105–135
Shor RE, Orne EC (1962) Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
Shorr J (1981) Psychoimagination. ISKO-Press, Hamburg
Sidis B (1898) The psychology of suggestion. Appleton, New York
Siegel EF (1979) Control of phantom limb pain by hypnosis. Am J Clin Hypn 21: 285–286
Signer-Fischer S (1987) Nicht nur zur Weihnachtszeit. Festschrift: 22 Jahre Kantonale Erziehungsberatungsstelle, Burgdorf (CH)
Signer-Fischer S (1992) Schwimmweste und Sicherheitsgurt: Die Behandlung von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen mittels hypnotischer Techniken. In: Peter B, Schmidt G (Hrsg) Erickson in Europa. Carl-Auer, Heidelberg, S 122–128
Signer-Fischer S (1993a) Symbolhandlungen: Ritus oder Zwang? Hypnotische Techniken zur Behandlung von Kindern mit einschränkenden, zwangsartigen Handlungen und Gedanken. In: Mrochen S, Holtz K-L, Trenkle B (Hrsg) Die Pupille des Bettnässers. Auer, Heidelberg
Signer-Fischer S (1993b) Der Wachhund und der Schlafhund. Hypnotische Techniken zur Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern. In: Mrochen S, Holtz K-L, Trenkle B (Hrsg) Die Pupille des Bettnässers. Auer, Heidelberg
Signer-Fischer S (1993c) Hypnotherapeutische Methoden in der Erziehungsberatung. In: Hahn K, Müller FW (Hrsg) Systemische Erziehungs- und Familienberatung. Grunewald, Berlin
Signer-Fischer S (1999) Magie und Realismus in der Angstbehandlung. Hypnotherapeutische Methoden mit Kindern und Jugendlichen. In: Vogt-Hillmann M, Burr W (Hrsg) Kinderleichte Lösungen. Borgmann, Dortmund
Signer-Fischer S (2001) Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 385–400
Signer-Fischer S (2004) Das Symptom als Metapher nutzen. Hypnose und hypnothera-peutische Methoden mit Kindern, Jugendlichen und ihren Erwachsenen. In: Metzmacher B, Wetzorke F (Hrsg) Entwicklungsprozesse und die Beteiligten-Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M et al. (2007) Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 164: 1832–1841
Silver GM, Gamelli RL, O'Reilly M, Herbert JC (1990) The effect of interleukin 1 alpha on survival in a murine model of burn wound sepsis. 125: 922–925
Silverman DH, Munakata JA, Ennes H et al. (1997) Regional cerebral activity in normal and pathological perception of visceral pain. Gastroenterology 112: 64–72
Simen S, Hajak G, Schlaf G et al. (1995) Chronifizierung von Schlafbeschwerden – Ergebnisse einer Repräsentativumfrage in Westdeutschland. Der Nervenarzt 66: 686–695
Simmel E (1919) Kriegs-Neurosen und psychische Trauma. Nemnich, München, Leipzig

Simmel E (1944) War neurosis. In: Lorand S (ed) Psychoanalysis today. International Universities Press, New York, pp (227–248)
Simmons RL (ed) (1982) Surgical infectious diseases. Appleton-Century-Crofts, New York
Simonton OC, Henson RM, Hampton B (1983) Auf dem Wege der Besserung. Rowohlt, Hamburg
Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton JL (1978) Getting well again. Bantam Books, New York (dt.: Wieder gesund werden. Rowohlt, Reinbek, 1982)
Simonton OC, Simonton SM, Creighton J (1982/2000) Wieder gesund werden: Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Rowohlt, Reinbek
Simrén M, Ringström G, Björnsson ES, Abrahamsson H (2004) Treatment With Hypnotherapy Reduces the Sensory and Motor Component of the Gastrocolonic Response in Irritable Bowel Syndrome. Psychosom Med 66: 233–238
Simren S (2006) Hypnosis for irritable bowel syndrome: the quest for the mechanism of action. Int J Clin Exp Hypn 54: 65–84
Sinclair-Gieben AH, Chalmers D (1959) Evaluation of treatment of warts by hypnosis. Lancet 2: 480–482
Singer JL, Pope KS (1986) Imaginative Verfahren in der Psychotherapie. Junfermann, Paderborn
Singer T, Seymour B, O'Doherty J et al. (2004) Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. Science 303: 1157–1162
Singer-Kaplan H (1974) The new sex therapy – Active treatment of sexual dysfunctions. Brunner & Mazel, New York
Singer-Kaplan H (1979) Disorders of desire. Brunner & Mazel, New York
Small MM, Kramer E (1969) Hypnotic susceptibility as a function of the prestige of the hypnotist. Int J Clin Exp Hypn 17: 251–256
Smith DE, Gier JA, Willis FN (1982) Interpersonal touch and compliance with a marketing request. Basic Appl Soc Psych 3: 35–38
Smith EM, Harbpur-McMenamin D, Blalock JE (1985) Lymphocyte production of endorphins and endorphin-mediated immunomodulatory activity. J Immunol 135: 779–782
Smith GM (1970) Personality and smoking. A review of the empirical literature. In: Hunt WA (ed) Learning mechnisms in smoking, Aldine, Chicago
Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. The John Hopkins University Press, Baltimore
Snyder BK, Roghmann KJ, Sigal LH (1993) Stress and psychosocial factors: Effects on primary cellular immune response. J Behav Med 16: 143–161
Solms W (1996) Das Märchenwunder, Karlsruhe
Solomon GF (1987) Psychoneuroimmunology: Interactions between central nervous system and immune system. J Neurosci Research 18: 1–9
Somer E (1994) Hypnotherapy and regulated uncovering in the treatment of older survivors of Nazi persecution. Clinical Gerontologist 14: 47–65
Soskis DA, Orne EC, Orne MT, Dinges DF (1989) Self-hypnosis and meditation for stress management: a brief communication. Int J Clin Exp Hypn 37: 285–289
Southwick SM, Bremner D, Krystal JH, Charney D (1994) Psychobiological research in post-traumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am 8: 251–264
Spanos NP (1986a) Hypnosis and the modification of hypnotic susceptibility. In: Naish PLN (ed) What is hypnosis. Open University Press, Milton Keynes
Spanos NP (1986b) Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and »trance logic.« Behav Brain Sci 9: 449–467
Spanos NP (1989) Interpretational sets, hypnotic responding, and the modification of hypnotizability. In: Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R (eds) Suggestion and suggestibility: Theory and research. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 169–176
Spanos NP (1990) Hypnotic analgesia. In: P.D. W, Melzack R (eds) Textbook of pain. Churchill Livingstone, New York
Spanos NP, Coe WC (1992) A social-psychological approach to hypnosis. In: Fromm E, Nash MR (eds) Contemporary hypnosis research. Guilford, New York, pp 102–130
Spanos NP, McNeil C, Stam HJ (1982) Hypnotically »reliving« a prior burn: Effects on blister formation and localized skin temperature. J Abnorm Psychol 91: 303–305
Spanos NP, Lush NI, Hodgins DC et al. (1983a) The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Relationship to other measures of susceptibility, expectancies and absorption. Psychol Rep 53: 723–734
Spanos NP, Radtke HL, Hodgins DC et al. (1983b) The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Relationship to other measures of susceptibility, expectancies and absorption. Psychol Rep 53: 723–734
Spanos NP, Radtke HL, Hodgins DC et al. (1983c) The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Normative data and psychometric properties. Psychol Rep 53: 523–535
Spanos NP, Robertson LA, Menary E, Brett PJ (1986) A component analysis of cognitive skill-training for the enhancement of hypnotic susceptibility. J Abnorm Psychol 95: 350–357
Spanos NP, Cross WP, Menary EP et al. (1987) Attitudinal and imaginal ability predictors of social cognitive skill-training enhancements in hypnotic susceptibility. Pers Soc Psychol Bull 13: 379-398
Spanos NP, Gabora NJ, Jarett LE, Gwynn MI (1988a) Contextual determinants of hypnotizability and of the relationships between hypnotizability scales. J Pers Soc Psychol 57: 271–278
Spanos NP, Stenstrom RJ, Johnston JC (1988b) Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. Psychosom Med 50: 245–260
Spanos NP, Flynn DM, Gwynn MI (1989a) Entgegnung der Autoren zum Diskussionsbeitrag von Harold S. Zamansky. HyKog 6: 44–47
Spanos NP, Lush NI, Gwynn MI (1989b) Cognitive skill-training enhancement of hypnotizability: Generalization effects and trance logic responding. J Pers Soc Psychol 56: 795–804
Spanos NP, Williams V, Gwynn S (1990) Effects of hypnotic, placebo and salicylic acid treatments on wart regression. Psychosom Med 52: 109–114

Spanos NP, Liddy SJ, Scott H et al. (1993) Hypnotic suggestion and placebo for the treatment of chronic headache in a university volunteer sample. Cognit Ther Res 17: 191–205
Sparrer I (1997) Modifiktionen der Grundprinzipien der systemischen Familienaufstellungen beim Übergang zu systemischen Strukturaufstellungen. HyKog 14: 121–138
Spiegel D (1985) The use of hypnosis in controlling cancer pain. CA Cancer J Clin 35: 221–231
Spiegel D (1986) The use of hypnosis in controlling cancer pain. Aust J Clin Hypnother 7: 82–99
Spiegel D (1988) Dissociation and hypnosis in PTSD. J Trauma Stress 1
Spiegel D (1993) Bedeutet besser leben auch länger leben? Über den Einfluß von Gruppentherapie auf die Überlebenszeit von Brustkrebspatientinnen. HyKog 10: 59–69
Spiegel D, Bloom J (1983) Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. Psychosom Med 45: 333–339
Spiegel D, Bloom J, Yalom ID (1981) Group support for patients with metastatic breast cancer. Arch Gen Psychiatry 38: 527
Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989) Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 2: 888–891
Spiegel D, Cardena E (1990) New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 51: 39–43
Spiegel D, Cardena E (1991) Disintegrated experience: The dissociation disorders revisited. J Abnorm Psychol 100: 366–378
Spiegel D, Muruffi MS, Frischholz EJ, Spiegel H (1981) Hypnotic responsibility and the treatment of flying phobia. Am J Clin Hypn 23(4): 239–247
Spiegel D, Cutcomb S, Ren C, Pribram K (1985) Hypnotic hallucination alters evoked potentials. J Abnorm Psychol 94: 249–255
Spiegel D, Frischholz EJ, Spira J (1993) Functional disorders of memory. In: Tasman A, Goldfinger SM (eds) American psychiatric press review of psychiatry. Vol 12. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp 747–782
Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE (1988) Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 145: 301–305
Spiegel D, Kato PM (2000) Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: Larbig W, Tschuschke V (Hrsg) Psychoonkologische Interventionen – Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. Reinhard, München, S 111–150
Spiegel D, Koopman C, Classen C (1994) Acute stress disorder and dissociation. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 22: 11–23
Spiegel D, Kosslyn SM (2004) Glauben ist Sehen: Die Neurophysiologie der Hypnose. HyKog 21: 119–137
Spiegel D, Scheflin AW (1994) Dissociated or fabricated? Psychiatric aspects of repressed memory in criminal and civil cases. Special Issue: Hypnosis and delayed recall: I. Int J Clin Exp Hypn 42: 411–432
Spiegel D, Vermetten E (1994) Physiological correlates of hypnosis and dissociation. In: Spiegel D (ed) Dissociation Culture, mind, and body. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp 185–209
Spiegel H (1970) A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis. Int J Clin Exp Hypn 18: 235–250
Spiegel H (1974) Manual for Hypnotic Induction. Soni Medica, New York
Spiegel H, Spiegel D (1978) Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis. Basic Books, New York
Spiegel H, Spiegel D (1980) Induction Techniques. In: Burrows GD, Dennerstein L (eds) Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine, Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press, pp 133–148
Spinhoven P, Van der Does AJW, Van Dyck R (1997) The status of hypnotherapy in the treatment of anxiety disorders. In: De Boer JW (ed) Clinical management of anxiety: Theory and practical applications. Dekker, New York, pp 197–229
Spinhoven P, Linssen AC, Van-Dyck R, Zitman FG (1992) Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache. Gen Hosp Psychiatry14: 408–415
Spinhoven P, Van Dyck R, Hoogduin K, Schaap C (1991) Differences in hypnotisability of Dutch psychiatric outpatients according to two different scales. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 19: 107–116
Spinhoven P, van Wijk J (1992) Hypnotic age regression in an experimental and clinical context. Am J Clin Hypn 35: 40–46
Springer A (1986) Die Bedeutung der Tiefenpsychologie für den Umgang mit dem modernen Suchtphänomen. In: Ladewig D (Hrsg) Drogen und Alkohol: Der aktuelle Stand in der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger. ISPA-Press, Lausanne, S 58–85
Squire LR (1986) Mechanisms of memory. Science 232: 1612–1619
Staats J, Krause W-R (1995) Hypnotherapie in der zahnärztlichen Praxis. Hüthig, Heidelberg
Stadler M, Kruse P (1986) Gestalttheorie und Theorie der Selbstorganisation. Gestalt Theory 8: 75–98
Stadler M, Kruse P (1990) Über Wirklichkeitskriterien. In: Riegas V, Vetter C (Hrsg) Zur Biologie der Kognition. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 133–158
Stadler M, Kruse P (1991) Visuelles Gedächtnis für Formen und das Problem der Bedeutungszuweisung in kognitiven Systemen. In: Schmidt SJ (Hrsg) Gedächtnis. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 250–266
Stahl T (1988/1995) Triffst du 'nen Frosch unterwegs… Junfermann, Paderborn
Stam HJ, McGrath PA, Brooke PI, Cosier F (1984) The effects of a cognitive-behavioral treatment program on temporomandibular pain and disfunction syndrome. Int J Clin Exp Hypn 34: 182–191
Stanley RO (1994) The protection of the professional use of hypnosis: The need for legal controls. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2: 39–51
Stanley RO, Burrows G (2001) Hypnotic Interventions in the treatment of sexual dysfunctions. In: Burrows G et.al (eds) International handbook of clinical hypnosis. Wiley, Chichester

Stanton HE (1988) Treating phobias rapidly with Bandler's theatre technique. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 16: 153–160
Stanton H. E. (1988a) Improving examination performance through clenched fist technique. Contemp Educational Psychol 13: 309–315
Stanton HE (1989) Hypnosis and Rational-Emotive Therapy – A De-Stressing Combination. Int J Clin Exp Hypn 37: 95–99
Stanton HE (1989) Hypnotic relaxation and the reduction of sleep onset insomnia. Int J Psychosom 36: 64–68
Stanton H.E. (1992) Using hypnotic success imagery to reduce test anxiety. Austr J Clin Experiment Hypnosis 20: 31–37
Steele K, Van der Hart O, Nijenhuis ERS (2004) Phasenorientierte Behandlung komplexer dissoziativer Störungen: Die Bewältigung traumabezogener Phobien. In: Eckhart-Henn, Hoffman SO (Hrsg) Dissoziative Störungen des Bewußtseins. Schatthauer, Stuttgart, S. 357–394
Steggles S, Stam HJ, Fehr R, Aucoin P (1987) Hypnosis and cancer: An annotated bibliography 1960–1985. Am J Clin Hypn 29: 281–290
Stein M, Schiavi RC, Camerino M (1976) Influence of brain and behavior on the immune system. Science: 435–440
Steinriede R (2001) Akuter und chronischer Tinnitus. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 650–669
Steinriede R (2002) Medizinische Hypnose bei Tinnitus und Hörsturz. Carl-Auer, Heidelberg
Steinriede R (2003) Hypnotherapie bei HWS-Syndrom und Kieferarthromyopathie, bei akutem Hörsturz und chronischem Tinnitus, Teil I u. II Fortbildungsvideo der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DVD 1510) Video-Cooperative-Ruhr (www. vcr.de; Info@vcr.de), Bochum
Steinriede R (2004) Direkte Suggestionen bei akutem Hörsturz. In: Ebell H, Schuckall H (Hrsg) Warum therapeutische Hypnose. Pflaum, München, S 123–129
Stephan S (2003) Hypnosetherapie in der Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
Sterzinger F (1775) Die aufgedeckten Gaßnerschen Wunderkuren: Aus authentischen Urkunden beleuchtet, und durch Augenzeugen bewiesen. In: Semler JS (Hrsg) Sammlungen von Briefen und Aufsätzen über die Gassnerischen und Schröpferischen Geisterbeschwörungen mit eigenen vielen Anmerkungen herausgegeben Erstes Stück. C.H. Hemmerde (1776), Halle, S 178–268
Stevens L, Haga Z, Queen B et al. (2003) Binaural beat induced theta EEG activity and hypnotic susceptibility: Contradictory results and technical considerations. Am J Clin Hypn 45: 295–309
Stich A, Mews I, Habermüller M, Revenstorf D (2003) Hypnotherapie bei Adipositas. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 24: 140ff
Stichfield R, Owen P, Winters K (1994) Group therapy for Substance Abuse: A review of the empirical Research. In: Fuhriman A, Burlingame G (eds) Handbook of Group Psychotherapy. Wiley, New York
Stieglitz J (1814) Über den thierischen Magnetismus. Hahn, Hannover
Stip E, Perreault MC (1993) Phantom limb in schizophrenia and the central hypothesis. Can J Psychiatry 38: 151–152
Stokvis B (1965) Lehrbuch der Hypnose. Karger, Basel
Stokvis B, Pflanz M (1961) Suggestion in ihrer relativen Begrifflichkeit medizinisch und sozialpsychologisch betrachtet. Hippokrates, Stuttgart
Stokvis B, Wiesenhütter E (1979) Lehrbuch der Entspannung: Autosuggestive und übende Verfahren der Psychotherapie und Psychosomatik. Hippokrates, Stuttgart
Stone H, Stone S (1994) Du bist viele. Heyne, München
Stradling J, Roberts D, Wilson A, Lovelock F (1998) Controlled trial of hypnotherapy for weight loss in patients with obstructive sleep apnoea. Int J Obes Relat Metab Disord 22: 278–281
Straus RA (1980) A naturalistic experiment investigating the effects of hypnotic induction upon creative imagination scale performance in a clinical setting. Int J Clin Exp Hypn 28: 218–224
Strittmatter G (Hrsg) (1994) Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven in der psychosozialen Onkologie. Tosch, Münster
Stroop JR (1935) Studies of interference in serial verbal reactions. J Exp Psychol 18: 643–661
Studt HH (1995) Psychosomatische Medizin und Neurosenlehre. In: Faust V (Hrsg) Psychiatrie: ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Fischer, Stuttgart, S 169–214
Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother Psychosom Med Psychol 39: 273–281
Stukat KG (1958) Suggestibility: A factorial and experimental analysis. Almquist & Wiksell, Stockholm
Sturm W (2005) Aufmerksamkeitsstörungen. Hogrefe, Göttingen
Surman OS, Gottlieb SK, Hackett TP, Silverberg EL (1973) Hypnosis in the treatment of warts. Arch Gen Psychiatry 28: 439–441
Surman OS, Gottlieb SK, Hackett TP, Silverberg EL (1983) Hypnosis in the treatment of warts. Advances 1: 19–26
Sutcliffe JP (1960) »Credulous« and »sceptical« views of hypnotic phenomena: A review of certain evidence and methodology. Int J Clin Exp Hypn 8: 73–101
Sutcliffe JP (1961) »Credulous« and »sceptical« views of hypnotic phenomena: Experiments in esthesia, hallucination, and delusion. J Abnorm Soc Psychol 62: 189–200
Sutherland R, J. & Knox JL, Dec 4, 1244 (1976) Hypnosis for endoscopy. Lancet: 1244
Sweeney CA, Lynn SJ, Bellezza FS (1986) Hypnosis, hypnotizability, and imagery-mediated learning. Int J Clin Exp Hypn 34: 29–40
Swingle PG (1992) Subliminal treatment procedures. Professional Ressource Books, Sarasota, FL
Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW (1992) Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. Pain 48: 137–146
Syrjala KL, Roth-Roemer S (1996) Cancer Pain. In: Barber J (ed) Hypnosis and suggestion in the treatment of pain A clinical guide. Norton, New York, pp 121–157

Szabó C (1996) Differences between direct and indirect hypnotic techniques. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. M.E.G.-Stiftung, München, pp 171–175
Szasz TS (1963) Psychoanalysis and suggestion: An historical and logical analysis. Compr Psychiatry 4: 271–280
Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C (1998) Where the imaginal appears real: a positron emisson tomography study of auditory hallucinations. Proc Natl Acad Sci U S A 95: 1956–1960
T Hoen P (1978) Effects of hypnotizability and visualizing ability on imagery–mediated learning. Int J Clin Exp Hypn 26: 45–54
Talley NJ, Bronwen KO, Boyce P, Paterson K (1996) Psychological treatment for the IBS: A critique of controlled trials. Am J Gastroenterol 91: 277–285
Tambiev AE, Medvedev SD (2005) The dynamics of the spatial synchronization of brain biopotentials in conditions of intense attention in the hypnotic state. Neurosc and Behav Physiol 35: 643–647
Tan G, Hammond DC, Joseph G (2005) Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of the efficacy and mechanisms of action. Am J Clin Hypn 47: 161–178
Tardy de Montravel AA (1788) Des Herrn Tardy von Montravel Versuch über die Theorie des Magnetischen Somnambulismus. P.A. Winkopp, Mainz, Frankfurt
Tart CT (1970) Self-report scales of hypnotic depth. Int J Clin Exp Hypn 18: 105–125
Tart CT (2000) Investigating altered states of consciousness on their own terms: A proposal for the creation of state-specific sciences. International Journal of Parapsychology 11: 7–41
Tasman A, Kay J, Lieberman JA (1997) Psychiatry. Vol 2. WB Saunders, Philadelphia
Teichler JU (1998) »Der Charlatan strebt nicht nach Wahrheit, er verlangt nach Geld.« Zur Auseinandersetzung zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und Laienmedizin im deutschen kaiserreich am Beispiel von hypnotismus und Heilmagnetismus. Unveröfflichte Dissertation, Universität Leipzig
Tellegen A (1978–79) On measures and conceptions of hypnosis. Am J Clin Hypn 21: 219–237
Tellegen A, Atkinson G (1974) Openness to absorbing and self-altering experiences (»absorbtion«), a trait related to hypnotic susceptibility. J Abnorm Psychol 83: 268–277
Tepperwein K (1980) Die hohe Schule der Hypnose. Ariston, Genf
ter-Kuile MM, Spinhoven P, Linssen ACG et al. (1994) Autogenic training and cognitive self-hypnosis for the treatment of recurrent headaches in three subject groups. Pain 58: 331–340
ter-Kuile MM, Spinhoven P, Linssen ACG (1995) Responders and non-responders to autognic training and cognitive self-hypnosis: Prediction of short- and long-term success in tension-type headache patients. Headache 35: 630–636
Terr L (1981) Forbidden games. Post traumatic child's play. J Am Acad Child Psychiatry 20
Teschner R (2001) Hypnotherapie bei Flugangst. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Tübingen, Tübingen
Theofilopoulos AN (1987) Autoimmunity. In: Sites DP, Stobo JD, Wells JV (eds) Basic and Clinical Immunology. Appelton & Lange, Los Altos, California
Thibaut JW, Kelly H (1959) The Social Psychologie of Groups. Transaction Publishers, New York
Thierauf A (2002) Entwicklung einer Skala zur Messung der Entspannbarkeit, Justus-Liebig-Universität Gießen
Tholey P, Utecht K (1989) Schöpferisch Träumen. Der Klartraum als Lebenshilfe. Falken, Niedernhausen
Thomas C (1994) Berührungsängste? Vom Umgang mit der Leiche. vgs, Köln
Thomas K (1972) Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Training (nach J.H. Schultz). Thieme, Stuttgart
Thomas K (1972) Praxis des Autogenen Trainings, Selbsthypnose nach J.H. Schultz. Trias, Stuttgart
Thomason BT, Branltey PJ, Jones GN et al. (1992) The relation between stress and disease activity in rheumatoid arthritis. J Behav Med 15: 215–220
Thöne-Otto A, Markowitsch HJ (2004) Gedächtnisstörungen nach Hirnschäden. Hogrefe, Göttingen
Thurstone H (1952) The physical phenomena of mysticism. Ragnery, Chicago
Timp DW (1997) Von Schmerzgnomen und Rennrodlern. Falldarstellung einer hypnotherapeutischen Behandlung bei arthrotischen Schmerzen im Fuß, die in Kombination mit Ängsten vor dem Schmerz auftreten. HyKog 14: 37–40
Titze M (1995) Die heilende Kraft des Lachens. Frühe Beschämungen mit therapeutischem Humor heilen. Kösel, München
Titze M, Eschenröder C (1998) Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendung. Fischer, Frankfurt am Main
Tölle T, Flor H (2006) Schmerz. In: Förstl H, Hautzinger M, Roth G (Hrsg) Neurobiologie psychischer Störungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 578–618
Tölle TR (1997) Chronischer Schmerz. In: Herdegen T, Tölle TR, Bähr M (Hrsg) Klinische Neurobiologie. Spektrum, Heidelberg, S 307–336
Tölle TR (1999) Region specific encoding of sensory and affective components of pain in the human brain: A positron emission tomography correlation analysis. Ann Neurol 45: 40–47
Tölle TR, Kaufman T, Sissmeier S, Lautenbacher A, Berthele F, Munz W (1999) Region–specific encoding of sensory and affective components of pain in the human brain: A positron emission tomography correlation analysis. Annales Neurologiques 45: 40–47
Torem MS (1990) Ego-strenghtening. In: Hammond DC (ed) Hypnotic suggestions and metaphors. Norton, New York, pp 110–112
Traue HC, Kessler M (1992) Myogene Schmerzen. Z Med Psychol 10: 10–22
Trenkle B (1994) Der Utilisationsansatz in der Ericksonschen Rehabilitationsarbeit mit Gelähmten. HyKog 11: 107–120
Trenkle B (1997/2005) Die Löwengeschichte. Hypnotisch-metaphorische Kommunikation und Selbsthypnosetraining. Carl-Auer, Heidelberg

Trenkle B (2001) Utilisation – ein Kernbegriff der ericksonschen Hypnotherapie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 83–90

Trenkle B, Peter B, Kinzel FC et al. (Hrsg) (1997) Münchner Vorträge II. M.E.G.-Stiftung, München

Trenkle B, Schmidt G (1985) Ericksonsche Psychotherapie und Familientherapie: Möglichkeiten der Integration. HyKog 2: 5–26

Trevor-Roper HR (1965) Hitlers letzte Tage, Frankfurt

Trijsburg RW, van Knippenberg FCE, Rijpma SE (1992) Effects of psychological treatment on cancer patients. A critical review. Psychosom Med 54: 489–517

Tschuschke V, Bänninger-Huber E, Faller H et al. (1998) Psychotherapieforschung – wie man es (nicht) machen sollte. Psychother Psychosom Med Psychol 48: 430–444

Tuckey CL (1895) Psychotherapie. Oder Behandlung mittels Hypnotismus und Suggestion. Heuser, Berlin

Tulving E (1985) How many memory systems are there? Am Psychol 40: 385–398

Turner V (1989) Das Ritual, Struktur und Antistruktur. Campus, Frankfurt

Ulett GA, Akpinar S, Itil TM (1972) Quantitative EEG analysis during hypnosis. Electroenc Clin Neurophysiol 33: 361–368

Ullman M (1947) Herpes simplex and second degree burn induced under hypnosis. Am J Psychiatry 103: 828–830

Ullrich de Muynck R, Ullrich R (1986) Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz (ATP). Pfeiffer, München

Ullrich H (1961–62) Maria Theresa Paradis und Dr. Franz Anton Mesmer. Jahrbuch des Vereins für die Geschichte der Stadt Wien 17–18: 149–188

Ulman N (1947) Herpes simplex and second degree burns under hypnosis. Am J Psychiatry 103: 828–830

Ulman N, Dudek S (1982) On the psyche and warts II: Hypnotic suggestions and warts. Psychosom Med 22: 68–76

Unestahl LE (1979) Hypnotic preparation of athletes. In: Burrows GD, Collison DR, Dennerstein L (eds) Hypnosis 1979, Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press, pp 301–310

Unestahl LE (1993) The application of inner mental training to sport and live. Paper presented at the 6th European Congress of Hypnosis, Vienna

Unestahl LE (2004) Integrated Training for Sport and Life. Veje International, Örebro

Unestahl LE (2006) Mental Training in Soccer. Veje International, Örebro

Unestahl LE, Bundzen P (1996) Integrated mental training – Neuro-biochemical mechanisms and psycho-physical consequences. Hypnos 23: 148–158

Vaitl D, Petermann F (Hrsg) (1993) Handbuch der Entspannungsverfahren. Vol 2 Bd. PVU, Weinheim

Van der Hart O (1982) Abschiednehmen: Abschiedsrituale in der Psychotherapie. Pfeiffer, München

Van der Hart O (1983) Rituals in psychotherapy. Irvington, New York

Van der Hart O (ed) (2003) Trauma, dissociatie en hypnose. Swtes & Zeitlinger, Lisse

Van der Hart O, Brown P, Van der Kolk BA (1989) Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. J Trauma Stress 2 (4), 379–396

Van der Hart O, Boon S, van Everdingen GB (1990) Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories. In: Fass ML, Brown D (eds) Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm. Erlbaum, Hillsdale, New York, pp 231–254

Van der Hart O, Nijenhuis E (1993) Dissociatieve stoornissen, in het bijzonder de multipele persoonlijkheidsstoornis. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 137: 1865–1868

Van der Hart O, Nijenhuis E (1995) Amnesie für traumatische Erfahrungen. In: Kruse P, Dreesen HN (Hrsg) (1995) Therapeutische Rituale. Vol HyKog 11: 84–101

Van der Hart O, Peter B (Hrsg) (1995) Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeitsstörung). Vol HyKog, 12. www.MEG-Stiftung.de, München

Van der Hart O, Spiegel D (1993) Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. Int J Clin Exp Hypn 41: 191–209

Van der Hart O, Steele K, Boon S, Brown P (1993) The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. Dissociation 6: 162–180

Van der Hart O, Van der Kolk BA, Boon S (1998) The treatment of dissociative disorders. In: Bremner JD, Marmar CR (eds) Trauma, memory and dissociation. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp 253–283

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K, Brown D (2004) Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. Aust N Z J Psychiatry 38: 904–914

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2006a) The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. Norton, New York

Van der Hart O, Steele K, Nijenhuis ERS, Mattheß H (2006b) Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit und die Behandlung traumatischer Erinnerungen. In: Maercker A, Rosner R (Hrsg) Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend Thieme, Stuttgart, S 156–173

Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2008) Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und Behandlung chronischer Traumatisierung. Junfermann, Paderborn

Van der Kooi J (2006) Märchen zwischen mündlicher Überlieferung und literarischer Tradition. In: Boden A, Genath P, Haverkomp D-M (Hrsg) Erzähler und Erzähltes. Rheinisches Jahrbuch für Volskunde. Beiheft 4, S. 31

Van der Kolk BA (1994) The body keeps the score: The evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry 1: 253–265

Van der Kolk BA, Van der Hart O (1989) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry 146: 1330–1342

Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds) (1996) Traumatic Stress. The effects of overwhelming experiene on mind, body and society. Guilford, New York

Van der Kolk BA, Pelkovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL (1996a) Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. Am J Psychiatry 146: 83–92
Van der Kolk BA, van der Hart O, Marmar CR (1996b) Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds) Traumatic stress The effects of overwhelming experience on mind, body and society. Guilford Press, New York/London, pp 303–327
Van der Kolk BA, McFarlane AC, Van der Hart O (1996c) A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds) Traumatic Stress The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. The Guilford Press, New York/London, pp 417–440
Van der Velde T (1926) Die vollkommene Ehe. Eine Studie über ihre Physiologie und Technik. Konegen, Leipzig
Van Dyck R, Zitman FG, Linssen AC, Spinhoven P (1991) Autogenic training and future oriented hypnotic imagery in the treatment of tension headache: Outcome and process. Int J Clin Exp Hypn 39: 6–23
Van Gennep A (1986) Übergangsriten. Camous, Frankfurt
Van Gerwen LJ, Spinhoven P, Diekstra RFW, van Dyck R (1997) People who seek help for fear of flying: Typology of flying phobics. Behav Ther28
Van Minnen A, Foa EB (2006) The effect of imaginal exposure length on outcome of treatment of PTSD. J Trauma Stress 19: 427–438
Vanderlinden J, Vandereycken W (1990) Hypnosis in the treatment of eating disorders. Hypnos 17: 64–70
Vanderlinden J, Vandereycken W (1990) Hypnosis in the treatment of bulimia nervosa. Int J Clin Exp Hypn 38: 101–111
Vanderlinden J, Vandereycken W (1994) The (limited) possibilities of hypnotherapy in the treatment of obesity. Am J Clin Hypn 36: 248–257
Vanderlinden J, Vandereycken W (1995) Hypnose bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie. Quintessenz, München
Vanderlinden J, Spinhoven P, Vandereycken W, van Dyck R (1995) Dissociative and hypnotic experiences in eating disorder patients: An exploratory study. Am J Clin Hypn 38: 97–108
Vanderlinden J, Norre J, Vandereycken W (2002) Therapie der Bulimia nervosa. Eine praktische Anleitung. Schattauer, Stuttgart
Van Dyck R, Spinhoven P (1997) Does preherence for type of treatment matter? A study of exposure in vito with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. Behav Modif 21 (2), 172–186
Varela FJ (1979) Principles of biological autonomy. Elsevier North-Holland, New York
Varela FJ (1992) Autonomie und Autopoiese. In: Schmidt SJ (Hrsg) Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 119–132
Vas J (1989) Primitive defensive mechanisms in the hypnotherapy of a borderline patient. Hypnos 16: 15–18
Vas J (1993) Hypnose bei Psychosen. Quintessenz, München
Venn J (1988) Misuse of hypnosis in sexual contexts: Two case reports. Int J Clin Exp Hypn 36: 12–18
Vogt O (1894/95) Zum Programm [der Zeitschrift für Hypnotismus]. Zeitschrift für Hypnotismus 3: 356–359
Vogt O (1896) Zur Kenntniss des Wesens und der psychologischen Bedeutung des Hypnotismus. Zeitschrift für Hypnotismus 4: 32–45, 122–167, 229–244
Vogt O (1897) Die directe psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewußtseinszuständen. In: Dritter Internationaler Congress für Psychologie in München vom 4–7 August, 1896. Lehmann, München, S 250–260
Vogt O (1899) Zur Kritik der psychogenetischen Erforschung der Hysterie. Zeitschrift für Hypnotismus 8: 342–355
Vogt O (1902b) Ueber die Errichtung neurologischer Centralstationen. Zeitschrift für Hypnotismus 10: 170–177
Vogt O (1902a) Zur Erweiterung unserer Zeitschrift. Zeitschrift für Hypnotismus 10: 376–380
Vogt-Hillmann M (1993) Entwurf einer konstruktivistischen Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Mrochen S, Holtz K-L, Trenkle B (Hrsg) Die Pupille des Bettnässers. Carl-Auer, Heidelberg, S 30–47
von Foerster H (1985) Sicht und Einsicht, Vieweg, Braunschweig
von Foerster H (1992) Erkenntnistheorie und Selbstorganisation. In: Schmidt SJ (Hrsg) Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 133–158
von Glasersfeld E (1978) Radical constructivism and Piaget's concept of knowledge. In: Murray FB (ed) Input of Piagetian Theory. University Park Press, Baltimore
von Glasersfeld E (1981) Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick P (Hrsg) Die erfundene Wirklichkeit. Norton, New York, S 16–38
von Glasersfeld E (1987) Wissen, Sprache und Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig
von Glasersfeld E (1992) Siegener Gespräche über Radikalen Konstruktivismus. In: Schmidt SJ (Hrsg) Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 401–440
von Rad M (1983) Alexithymie. Empirische Untersuchungen zu Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Voss JJ (1822) Briefe über Magnetismus, ärztliche Praxis und Erfahrungen der Täuschung (Zur Ehre der Wahrheit herausgegeben von D… …s). Volckmar, Frankfurt, Leipzig
Vroon P (1993) Drei Hirne im Kopf. Warum wir nicht können, wie wir wollen. Kreuz, Zürich
Wagner-Link A (1995) Verhaltenstraining zur Stressbewältigung – Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer. Pfeiffer, München
Wakeman RJ (1988) Hypnotic desensitization of job-related heat intolerance in recovered burn victims. Am J Clin Hypn 31: 28–32
Wakeman RJ, Kaplan JZ (1978) An experimental study of hypnosis in painful burns. Am J Clin Hypn 21: 3–12
Wall K, Ferguson G (1996) Rituale für das Leben. Hugendubel, München
Wallace B (1978) Restoration of eidetic imagery via hypnotic age regression: More evidence. J Abnorm Psychol 87: 673–675

Wallace B (1990) Hypnotizability and the modification of cognitive search strategies. Int J Clin Exp Hypn 38: 60–69
Wallace B (1993) Day persons, night persons and variability in hypnotic susceptibility. J Pers Soc Psychol 64: 827–833
Wallace B, Kokoszka A (1995) Fluctuations in hypnotic susceptibility and imaging ability over a 16-hour period. Int J Clin Exp Hypn 43: 20–33
Walsh (1992) Der Geist des Schamanismus. Walter, Olten, Freiburg im Breisgau
Walter H (1992) Hypnose: Theorien, neurophysiologische Korrelate und praktische Hinweise zur Hypnosetherapie. Thieme, Stuttgart
Walter H (2001) Hypnotherapie bei Psychosen. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 498–507
Walter H, Berner P, Podreka I et al. (1988) Can hypnosis help to clarify the pathophysiology in auditory hallucinations. Psychopharmacology 96: 188
Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K et al. (2003) Gender specific differences in alcoholism: Implications for treatment. Arch Womens Ment Health 6: 253–258
Walter H, Martin M (2002) Zur Geschichte der Hypnose in Österreich. HyKog 19: 177–198
Walter H, Martin M (2007) Rauchen und Gender. In: Lesch OM (Hrsg) Raucherentwöhnung – Tipps zur Prävention und Therapie in der Praxis. Uni-Med, Bremen, S 67–69
Walter H, Podreka I, Steiner M et al. (1990) A contribution to classification of hallucinations. Psychopathology 23: 97–105
Walter H, Podreka I, Suess E et al. (1993) Von der Lateralisationstheorie zur Frontalisationstheorie der Hypnose. HyKog 10: 6–15
Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K et al. (2003) Gender specific differences in alcoholism: Implications for treatment. Arch Womens Ment Health 6, 253–258
Wampold B (2001) The great Psychotherapy debate. Erlbaum, London
Wang H, Wessendorf MW (2002) Mu- and delta-opioid receptor mRNAs are expressed in periaqueductal gray neurons projecting to the rostral ventromedial medulla. Neuroscience 109: 619–634
Ward NS, Oakley DA, Frackowiak RSJ, Halligan PW (2003) Differential brain activations during intentionally simulated and subjectively experienced paralysis. Cognit Neuropsychiatry 8: 295–312
Warrington E, James M (1991) Visual Object and Space Perception Battery. Thamas Vallery Test Company, Suffolk
Wasner M (2005) Lebensqualität onkologischer Patienten. In: Sellschopp A, Fegg M, Frick E, Gruber U, Pouget-Schors D, Theml H, Vodermaier A, Vollmer T (Hrsg) Manual Psychoonkologie – Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge Tumorzentrum München an den Med Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität. Zuckschwerdt, München, S 14–17
Watcha MF, White PF (1992) Postoperative nausea and vomiting. It's etiology, treatment and prevention. Anesthesiology 77: 162–184
Watkins JG (1949) Hypnotherapy of war neuroses. Ronald, New York
Watkins JG (1971) The affect bridge: A hypnoanalytic technique. Int J Clin Exp Hypn 19: 21–27
Watkins JG (1972) Antisocial behavior under hypnosis: Possible or impossible? Int J Clin Exp Hypn 20: 95–100
Watkins JG (1992a) Hypnoanalytic techniques. The practice of clinical hypnosis. Irvington, New York
Watkins JG (1992b) Psychoanalyse, Hypnoanalyse, Ego-State-Therapie: Auf der Suche nach einer effektiven Therapie. HyKog 9: 85–97
Watkins JG (2002) Exploring the mysteries of self – our conquest of the unconscious. In: Peter B, Bongartz W, Revenstorf D, Butollo W (eds) Munich 2000 The 15th international congress of hypnosis: Hypnosis International Monographs No 6. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 59–67
Watkins JG, Watkins HH (1981) Ego-state therapy. In: Corsini RJ, Handbook of innovative psychotherapies. Wiley, New York, S 252–270
Watkins JG, Watkins HH (1982) Ego-state therapy. In: Abt LE, Stuart IR (eds) The new therapies: A source book. Van Nostrand Reinhold, New York, pp 137–155
Watzlawick P (1977) Die Möglichkeit des Andersseins. Huber, Bern
Watzlawick P (1978) Wie wirklich ist die Wirklichkeit. Piper, München
Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969) Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Huber, Bern
Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (1974) Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Huber, Bern
WBPT (2006) Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie »Verfahrensregeln des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren in der Psychotherapie« Version 2.0 vom 8.12.2006
Weaver SA, Lange LR, Vogts VM (1988) Comparison of myoelectric and conventional prostheses for adolescent amputees. Am J Occup Ther 42: 87–91
Weber G, Gröne M (1989) Schritte zu einem Leben, das nicht mehr zum Kotzen ist. Ein systemisches Einzelgespräch. Kontext 16: 65–92
Weber R (1991) Mehrfach eingebettete Metaphern. HyKog 8: 23–29
Weber R (2001) Hypnotherapie in der Psychosomatik – ein therapeutisches Modell. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 509–525
Weeks LA (1985) Paradoxe Psychotherapie. Enke, Stuttgart
Weerth R (1992) NLP & Imagination. Junfermann, Paderborn
Weigand P (2001) Indirekte motorische Suggestibilität und Entspannbarkeit, Justus-Liebig-Universität Gießen
Weihe E, Nohr D, S. M, Muller S et al. (1991) Molecular anatomy of the neuro-immune connection. Int J Neurosci 59: 1–23
Weihe E, Schafer MK, Erickson JD, Eiden LE (1994) Localization of vesicular monoamine transporter isoforms (VMAT1

and VMAT2) to endocrine cells and neurons in rat. J Mol Neurosci 5: 149–164
Weiner H (1991) Der Organismus als leib-seelische Funktionseinheit: Folgerungen für eine psychosomatische Medizin. Psychother Psychosom Med Psychol 41: 465–481
Weiner H (1991) Social and psychobiological factors in autoimmune disease. In: Ader R, Felton DL, Cohen N (eds) Psychoneuroimmunology. Academic Press, San Diego, CA
Weiner H, Mayer E (1990) Der Organismus in Gesundheit und Krankheit. Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell: Folgerungen für die Theorie der psychosomatischen Medizin. Psychother Psychosom Med Psychol 40: 81–101
Weinhold AF (1879) Hypnotische Versuche. M. Bübz, Chemnitz
Weiss B (1996) Many lifes, many masters
Weiß E (1963/2000) Der Augenzeuge. Suhrkamp TB, Kreißelmeier, Icking
Weiss T, Miltner W (2003) Hirnphysiologische Korrelate von hypnotischen Trancezuständen. In: Revenstorf D (Hrsg) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Vol Hypnose – ZHH. www.MEG-Stiftung.de, München, S 25–42
Weitzenhoffer AM (1949) The production of antisocial acts under hypnosis. J Abnorm Soc Psychol 44: 420–422
Weitzenhoffer AM (1953) Hypnotism: An objective study in suggestibility. Wiley, New York
Weitzenhoffer AM (1957) General techniques of hypnotism. Grune & Stratton, New York
Weitzenhoffer AM (1963–64) »Credulity« and »scepticism« in hypnotic research: Part I and II. Am J Clin Hypn 6: 137–162; 241–268
Weitzenhoffer AM (1980) Hypnotic susceptibility revisited. Am J Clin Hypn 22: 130–146
Weitzenhoffer AM (1989a) Betrachtung der Hypnotisierbarkeit: Mehr als dreißig Jahre später. Experimentelle und Klinische Hypnose 5: 63–74
Weitzenhoffer AM (1989b) The practice of hypnotism. Wiley, New York
Weitzenhoffer AM (1993) Suggestibilität und Hypnose im zwanzigsten Jahrhundert. HyKog 10: 78–86
Weitzenhoffer AM (1994) Erickson und die Einheit des Hypnotismus. HyKog 11: 5–19
Weitzenhoffer AM (1995) Catalepsy tests: Their implications for a science of hypnotism. In: Kleinhauz M, Peter B, Livnay S, Delano V, Iost-Peter A (eds) Jerusalem lectures on hypnosis and hypnotherapy: Hypnosis International Monographs No 1. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 87–98
Weitzenhoffer AM (1995) Erickson and the unity of hypnotism. In: Kleinhauz M, Peter B, Livnay S, Delano V, Iost-Peter A (eds) Jerusalem lectures on hypnosis and hypnotherapy: Hypnosis International Monographs No 1. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 1–16
Weitzenhoffer AM (1996) Hypnosis without hypnosis: Fact or fiction? Or the relation of hypnotism to strategic therapy. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 141–150
Weitzenhoffer AM (1996) Hypnotism and the eternal return: The case of ideomotor signaling. In: Peter B, Trenkle B, Kinzel FC, Duffner C, Iost-Peter A (eds) Munich lectures on hypnosis and psychotherapy: Hypnosis International Monographs No 2. www.MEG-Stiftung.de, München, pp 87–102
Weitzenhoffer AM (2000) The Practice of Hypnotism. Wiley, New York
Weitzenhoffer AM, Hilgard ER (1959) Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
Weitzenhoffer AM, Hilgard ER (1962) Stanford Hypnotic Susceptibility Scale Form C. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA
Weitzenhoffer AM, Hilgard ER (1967) Revised Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility: Forms I and II. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA
Weitzenhoffer AM, Sjoberg BM (1961) Suggestibility with and without »induction of hypnosis«. J Nerv Ment Dis 132: 204–220
Wekerle H (1993) T-cell autoimmunity in the central nervous system. Intervirology 35: 95–100
Wells JK, Howard GS, Nowlin WF, Vargas MJ (1986) Pre-surgical anxiety and post-surgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. J Consult Clin Psychol 54: 831–835
Wells WR (1941) Experiments in the hypnotic production of crime. J Phycol 11: 63–102
Werner H (1841) Die Symbolik der Sprache mit besonderer Berücksichtigung des Somnambulismus. Cotta, Stuttgart
Wertheimer M (1922/23) Untersuchungen zur Lehre von der Gestalt. Psychologische Forschung 1/4: 47–58, 301–350
Wester WC, O'Grady DJ (1991) Clinical hypnosis with children. Brunner & Mazel, New York
Wester WC, Robinson JA (1991) Hypnosis for smoking cessation: A personal approach with 100 patients. Hypnos 18: 98–106
Wester WC, Smith AH (1984) Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach, Lippincott, Philadelphia
Weyrer S, Dilling H (1991) Prevalence and treatment of insomnia in community: Result from the upper bavarian field study. Sleep 14: 392–398
White D, Fenner F (1986) Medical Virology. Academic Press, New York
White M, Epston D (1990) Die Zähmung der Monster: Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken. Carl-Auer, Heidelberg
Whitehead WE (2006) Hypnosis for irritable bowel syndrome: The empirical evidence of therapeutic effects. Int J Clin Exp Hypn 54: 7–20
Whitehead WE, Palsson O, Jones KR (2002) Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? Gastroenterology 122: 1140–1156
Whorwell PJ (1991) Use of hypnosis in gastrointestinal disease. Br J Hosp Med 45: 27–29

Whorwell PJ, Houghton LA, Taylor EE, Maxton DG (1992) Physiological effects of emotion: Assessment via hypnosis. Lancet 340: 69–72
Whorwell PJ, Prior A, Colgan SM (1987) Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. Gut 28: 423–425
Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB (1984) Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. Lancet Vol. 2: 1232–1234
Wickramasekera I, Pope AT, Kolm P (1996) On the interaction of hypnotizability and negative affect in chronic pain: Implications for the somatization of trauma. J Nerv Ment Dis 184: 628–635
Wickramasekera IE, Szlyk JP (2003) Could empathy be a predictor of hypnotic ability? Int J Clin Exp Hypn 51: 390–399
Wicks GR (2001) Hypnose in der Chirurgie. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 604–617
Wiebe A (1884) Einige Fälle von therapeutischer Anwendung des Hynotismus. Berliner klinische Wochenschrift 21: 33–36
Wieck HH (1977) Lehrbuch der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart
Wienholt A (1787) Beytrag zu den Erfahrungen ueber den animalischen Magnetismus. Hoffmann, Hamburg
Wiesendanger H (1985) Der Kampf um die Erinnerung: Hypnose im Dienst der Wahrheitsfindung. Psychologie heute 12: 38–43
Wilber K (1996) Integrale Psychologie. Goldmann, München
Wild MR, Espie CA (2004) The efficacy of hypnosis in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology: a systematic review. J Dev Behav Pediatr 25: 207–213
Wilhelm F, Margraf J (1993) Nägelkauen: Deskription, Erklärungsansätze und Behandlung. Verhaltenstherapie 3: 176–196
Williams JD, Gruzelier JH (2001) Differentiation of hypnosis and relaxation by analysis of narrow band theta and alpha frequencies. Int J Clin Exp Hypn 49: 185–206
Willoch F, Rosen G, Rosjo S et al. (1999) Phantom pain and hypnosis: a H1250 PET study. Der Schmerz
Wilson JF, Moore RW, Randolph S, Hanson BJ (1982) Behavioral preparation of patients for gastrointestinal endoscopy: information, relaxation, and coping style. J Human Stress 8: 13–23
Wilson S, Maddison T, Roberts G, Greenfield S, Singh S (2006) Systematic review: the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. Alimentation and Pharmacological Therapy 24: 769–780
Wilson SC (1976) An experimental investigation evaluating a Creative Imagination Scale and its relationship to »hypnotic-like« experiences. Heed University, Hollywood Florida
Wilson SC, Barber TX (1978) The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. Am J Clin Hypn 20: 235–249
Wilson SC, Barber TX (1983) The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In: Sheikh AA (ed) Imagery: Current theory, research, and application. Wiley, New York, pp 340–387
Winderl E (1986) Die hypnotische Therapie chronischer Schmerzen: Zur Wirksamkeit therapeutischer Anekdoten. Lang, Frankfurt
Windischmann CJH (1814) Das Gericht des Herrn über Europa. Blicke in Vergangenhiet, Gegenwart und Zukunft. Andreä, Frankfurt
Windischmann CJH (1824) Ueber Etwas, das der Heilkunst Noth thut. Ein Versuch zur Vereinigung dieser Kunst mit der christlichen Philosophie. Knobloch, Leipzig
Windle M, Scheidt D (2004) Alcoholic subtypes: are two sufficient? Addiction 99: 1508–1519
Winnicott DW (1965) The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. International Universities Press, New York
Winnicott DW (1976) Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Winnicott DW (Hrsg) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, Kindler, München, S 293–312
Winson J (1986) Auf dem Boden der Träume. Beltz, Weilheim
Winter U, Halsband U (2007) Neurophysiology of hypnosis and meditation: common or distinct brain mechanisms. Accepted for oral presentation Annual meeting of the Society for Neuroscience, San Diego
Wippich J (1996) Lachen lernen. Einführung in die Provokative Therapie Frank Farrellys. Junferman, Paderborn
Wirl C (1999) Es war einmal … Über das Erfinden von Märchen und (therapeutischen) Geschichten. In: Vogt-Hillmann M, Burr W (Hrsg) Kinderleichte Lösungen Lösungsorientierte kreative Kindertherapie. borgmann publishing, Dortmund, S 47–69
Wirl C (2000) Kreatives Gestalten als Kurzinterventionen in einer Ericksonschen Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. In: Holtz KL, Mrochen S, Nemetscheck P, Trenkle B (Hrsg) Neugierig aufs Großwerden Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer, Heidelberg, S 196–227
Wirl C (2005) Von der Kinder- zur Erwachsenentherapie: Kurzinterventionen bei psychosomatischen Beschwerden. Schmerz und Hypnose 0 (1+2): 107
Wirth JU (1836) Theorie des Somnambulismus oder des thierischen Magnetismus. Scheible, Leipzig, Stuttgart
Wirz P (2001) Hypno-Sexualtherapie. MEGaPhon 34: 24–28
Wise RA (1988) The neurobiology of craving. Implications for the understanding and treatment of addiction. J Abnorm Psychol 97: 118–132
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG (2006) Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. Hypnose Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie 1: 165–172
Wittgenstein L (1974) Schriften, Bd. 6: Bemerkungen über die Grundlagen der Mathematik. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Woitowitz K, Peter B (1998) Hypnose verbessert und verkürzt Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Befragung der

HypnotherapeutInnen der M.E.G. MEGaPhon 28, Oktober: 21
Woitowitz K, Peter B, Revenstorf D (1999) Zur Praxis der Hypnotherapie. Eine Befragung von Hypnotherapeutinnen und Hypnotherapeuten der M.E.G. Psychotherapeuten Forum Praxis und Wissenschaft 6(6): 9–13
Wolberg LR (1945) Hypnoanalysis. Grune & Stratton, New York
Wolberg LR (1948) Medical hypnosis, Vol. I: The principles of hypnotherapy. Grune & Stratton, New York
Wolfart KC (1815) Erläuterungen zum Mesmerismus. Nikolaische Buchhandlung, Berlin
Wolfart KC (1816) Der Magnetismus gegen die Stieglitz-Hufelandische Schrift über den thierischen Magnetismus in seinem wahren Werth behauptet. Nikolaische Buchhandlung, Berlin
Wolf-Braun B (2000) »Was jeder Schäferknecht macht, ist eines Arztes unwürdig« Zur Geschichte der Hypnose im wilhelminischen Kaiserreich und in der Weimarer Republik. HyKog 17: 135–152
Wolff Cv (1730) Vernünfftige Gedancken von den Kräften des Menschlichen Verstandes und ihrem Gebrauche in Erkäntniß der Wahrheit. Berger, Frankfurt am Main, Leipzig
Wolff Cv (1733) Der vernünfftigen Gedancken von Gott, der Welt und der Seele des Menschen, auch allem Dingen anderer Theil. Andreä und Hort, Frankfurt am Main
Wolinsky S (1993) Die alltägliche Trance: Heilungsansätze in der Quantenpsychologie. Lüchow, Freiburg
Wolpert DM, Miall RC, Kawato M (1998) Internal models in the cerebellum. Trends in Cognitive Science 2: 338–347
Wolters G (1988) Mesmer und sein Problem: Wissenschaftliche Rationalität. In: Wolters G (Hrsg) Franz Anton Mesmer und der Mesmerismus: Wissenschaft, Scharlatanerie, Poesie. Universitätsverlag, Konstanz, S 121–137
Woody E, Parvolden P (1998) Dissociation in hypnosis and frontal executive function. Am J Clin Hypn 40: 206–216
Woody EZ (1997) Have the hypnotic susceptibility scales outlived their usefulness? Int J Clin Exp Hypn 45: 226–238
Woody EZ, Barnier AJ, McConkey KM (2005) Multiple hypnotizabilities: differentiating the buliding blocks of hypnotic response. Psychol Assess 17: 200–211
Woody EZ, Bowers KS, Oakman JM (1992) A conceptual analysis of hypnotic responsiveness: Experience, individual differences, and context. In: Fromm E, Nash MR (eds) Contemporary hypnosis research. Guilford, New York, pp 3–33
World Health Organization (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva
Wundt W (1879) Der Spiritismus. Eine sogenannte wissenschaftliche Frage. Engelmann, Leipzig
Wundt W (1892) Hypnotismus und Suggestion. Philosophische Studien 8: 1–85
Wundt W (1894) Ueber psychische Causalität und das Princip des psychophysischen Parallelismus. Philosophische Studien 10
Wundt W (1896) Grundriss der Psychologie. Engelmann, Leipzig
Wundt W (1911) Grundzüge der physiologischen Psychologie. Engelmann, Leipzig
Yapko M (2001) Depression. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 457–467
Yapko MD (1984) Trancework: An introduction to clinical hypnosis. Irvington, New York
Yapko MD (1988) When living hurts: Directives for treating depression. Brunner & Mazel, New York
Yapko MD (1989) Disturbances of temporal orientation as a feature of depression. In: Yapko M (ed) Brief therapy approaches to treating anxiety and depression. Brunner & Mazel, New York, pp 106–118
Yapko MD (1990) Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis. Brunner & Mazel, New York
Yapko MD (1991) A therapy of hope. Family Therapy Networker 15: 34–41
Yapko MD (1992) Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change. Brunner & Mazel, New York
Yapko MD (1993) Hypnosis and depression. In: Rhue J, Kirsch I, Kirsch L (eds) Handbook of clinical hypnosis. American Psychological Association, Washington, DC, pp 339–355
Yapko MD (1994) Suggestions of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma. Simon & Schuster, New York
Yapko MD (1995) Essentials of hypnosis. Brunner & Mazel, New York
Yapko MD (1997) Breaking the patterns of depression. Doubleday, New York
Young PC (1952) Antisocial uses of hypnosis. In: LeCron LM (ed) Experimental Hypnosis. Macmillan, New York, pp 376–409
Younger JW, Rosetti GC, Borckardt JJ et al. (2007) Hypnotizability and somatic complaints: a gender-specific phenomenon. Int J Clin Exp Hypn 55: 1–13
Zachariae R, Jorgensen MM, Christensen S (2000) Hypnotizability and absorption in a Danish sample: Testing the influence of context. Int J Clin Exp Hypn 48: 306–314
Zafari AM (1989) Psychosomatische Aspekte in der Mittelalterlichen Medizin des Irans. Universität Köln
Zapf GW (1775) Zauberbibliothek. Stange, Augsburg
Zeig JK (1980) A teaching seminar with Milton H. Erickson. Brunner & Mazel, New York
Zeig JK (ed) (1982) Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. Brunner & Mazel, New York
Zeig JK (1985) The clinical use of amnesia: Ericksonian methods. In: Zeig JK (ed) Ericksonian Psychotherapy, Vol I: Structures. Brunner & Mazel, New York, pp 317–337
Zeig JK (1985) Erfahrungen mit Milton H. Erickson: Eigentherapie, Supervision und Fallgeschichten. In: Peter B (Hrsg) Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H Erickson. Pfeiffer, München, S 112–127
Zeig JK (1988) An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. In: Zeig JK, Lankton SR (eds) Developing Ericksonian therapy: State of the art. Brunner & Mazel, New York, pp 353–375
Zeig JK (1990) Gewohnheitsprobleme: Raucherentwöhnung. In: Revenstorf D (Hrsg) Klinische Hypnose. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 240–253

Zeig JK (2006) Meine Stimme begleitet Sie überallhin. Klett-Cotta, Stuttgart
Zeltzer L, LeBaron S (1982) Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. J Pediatr 101: 1032–1035
Zeltzer LK, Dolgin MJ, LeBaron C (1991) A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. Pediatrics 88: 34–42
Zerlauth, T (1999) Sport im State of Excellence. Junfermann, Paderborn
Zermanek HN (1981) Wiener und Kybernetik. In: Meyers großes Universallexikon. Vol 8, S 290–294
Zeyer R (2001) Stress. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 411–420
Zeyer R (2004) Hypnose und Stress. Bedingungsfaktoren und Bewältigung von Stress. Eine Wirksamkeitsstudie. Dissertation, Universität Tübingen
Zeyer R, Dürr W, Revenstorf D (1992) Hypnotherapie bei Prüfungsangst. Experimentelle und Klinische Hypnose 8: 71–87
Zeyer R, Gabert-Varga U, Revenstorf D, Prudlo U, Trenkle B (1998) Hypnotherapie und Psychotherapie nach Milton H. Erickson. Fundamenta Psychiatrica 12: 127–138
Ziegler M-G (2008) www.smokestop.de/smokestopazure_009.htm, gesehen am 28.4.2008
Zielke M (1993) Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union, Weinheim
Zilbergeld B (1994) Die neue Sexualität der Männer. dgtv-Verlag, Tübingen
Zilles, Rehkämper (1998): Funktionelle Neuroanatomie (3. Aufl), Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
Zimmerman J (1998) Hypnotic technique for sedation of patients during upper gastrointestinal endoscopy. Am J Clin Hypn 40: 284–287
Zindel JP (1988) Hypnose und tiefenpsychologische Arbeit. Prax Psychother Psychosom 33: 183–192
Zindel JP (1989) The use of hypnotic techniques in psychoanalytic therapies. In: Waxman D (ed) Hypnosis. Whurr, London, pp 125–130
Zindel JP (1992) How can hypnosis enrich psychoanalytic therapy and vice versa? In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 207–212
Zindel JP (1992) Hypnosis in the psychotherapy of schizophrenic and borderline patients. In: Bongartz W (ed) Hypnosis: 175 years after Mesmer – Recent developments in theory and application. Universitätsverlag, Konstanz, pp 309–314
Zindel JP (1994) Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nähe. Experimentelle und Klinische Hypnose 10: 23–34
Zindel JP (1996) Eine hypnoanalytische Methode zur aktiven Introjektion des Therapeuten bei tief gestörten Patienten. Imagination 18: 29–47
Zindel JP (2001a) Hypnoanalyse. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 325–333
Zindel JP (2001b) Hypnose mit frühgestörten und Borderline-Patienten. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin – Ein Manual für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 488–498
Zöllner F (1879) Die transcendentale Physik und die sogenannte Philosophie. Eine deutsche Antwort auf eine »sogenannte wissenschaftliche Frage«. Staackmann, Leipzig
Zucker RA, Gomberg E (1986) Etiology of alcoholism reconsidered: the case for a biopsychosocial process. Am Psychol 41: 783–793
Zugenbühler (1809) Nachricht von Mesmers jetzigem Leben und Aufenthalt, mit Vorbemerkungen von C.W. Hufeland. Journal der practischen Heilkunde 4: 122–125
Zukav G (1989) Die Spur zur Seele. Heyne, München
Zweig F (1994) Dissociation in female patients with borderline and non-borderline personality disorders. J Personal Disord 8: 203–209

Mitglieder im Wissenschaftlichen Beirat deutschsprachiger Hypnosegesellschaften (WBDH)

Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und autogenes Training (DGÄHAT)
Postfach 1365
41436 Neuss
www.dgaehat.de

Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH)
Druffelsweg 3
48653 Coesfeld
www.hypnose-dgh.de

Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH)
Esslinger Straße 40
70182 Stuttgart
www.dgzh.de

Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.)
Waisenhausstraße 55
80637 München
www.MEG-Hypnose.de

Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (ghyps)
Bellevuestraße 9
3052 Zollikofen
Schweiz
www.hypnos.ch

Schweizer Gesellschaft für medizinische Hypnose (SMSH)
Dorfhaldenstraße 5
6052 Hergiswil
Schweiz
www.smsh.ch

Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)
Kaiserstraße 14/13
1070 Wien
Österreich
www.oegatap.at

Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Hypnose (ÖGWH)
c/o Prof. Dr. H. Walter
Univ. Klinik f. Psychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien
Österreich
www.oegwh.at

Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurzzeittherapie, Austria (MEGA)
Kuppelwiesergasse 16/2
1130 Wien
Österreich
www.hypno-mega.at

Sachverzeichnis



A

Abgrenzung 82, 189, 217, 252, 399, 518, 787
– Bedürfnis 144
– Hilfe 375
Abhängigkeit 58, 66, 68, 73, 119, 134, 135, 143, 146, 191, 199, 261, 350, 351, 358, 360, 361, 365–367, 476, 493, 559, 632, 654, 731, 795, 796
– Beziehung 152
– Gefahr 188
– Kontextabhängigkeit 282
– Mehrfachabhängigkeit 350
– Nikotinabhängigkeit 350
– Struktur 183
– Zustandsabhängigkeit 282, 284
Ablationshypnose 566–568, 851
Ablenkung 7, 9, 56, 213, 217, 218, 235, 327, 351, 352, 367, 392, 737
– Strategie 588
Abreaktion 151, 303
Abschied 211
– nehmen 249, 250, 343, 514
– Ritual 545
Abschluss 201, 250, 304, 432, 463, 492, 519, 522, 573–575, 646, 669, 747
– Gespräch 155
– Phase 155
– Ritual 199, 201, 492, 545
Absorbiertheit 611
Absorption 89, 109, 114, 115, 119, 120, 125, 131, 319, 485, 575, 806
– Fähigkeit 238, 368
– Grad 811
– Wert 113
Abspaltung 15, 18, 22, 23, 61, 62, 113, 222, 265, 286, 487, 590, 598, 724, ▶ Dissoziation
Abstinenz 301, 353, 355, 357, 359, 363, 368, 369, 522
– Gebot 73
– Rate/Quote 361–363, 371, 800
– Versuch 359
abstrakt/Abstraktion 83, 121, 230, 232, 278, 279, 698, 813, 815
– Niveau 55
– Vermögen 165
Abwehr 15, 21, 55, 64, 65, 67, 68, 143, 152, 302, 337, 339, 370, 485, 487, 489, 518, 578, 664, 694, 702, 803, 859
– Kraft 686
– Mechanismus 159, 518, 527
– mentale 487
– Phänomen 303
– Prozess 156, 597
– Reaktion 242, 243, 488, 578
– System 488, 489
– Verhalten 489
Adipositas 114, 250, 374, 463, 795, 797, 798, ▶ Ess/Essen, Störung, ▶ Fettsucht
Affekt 5, 16, 26, 30, 37, 38, 43, 59, 73, 103, 137, 153–155, 222, 230, 286, 292, 294, 295, 352, 390, 518, 519, 563, 740, 858
– abgespaltener 151
– Brücke 292, 303, 451, 455, 456, 461, 464, 556, 608
– Ebene 68
– präverbaler 302, 517
– traumatischer 35, 293
Aggression/Aggressivität 55, 56, 62, 260, 269, 273, 365, 371, 372, 432, 476, 496–498, 501, 504, 509–512
– Autoaggression 587
– Handlung 367
– latente 64
– Muster 368
– verdrängte 269
– Vermeidung 267
Agieren 159, 271, 523, 525
Aktionssystem 487
Aktivhypnose, gestufte 5, 184, 185, 189, 851
Albtraum 114, 403, 445, 475, 476, 480, 565, 719
Alexithymie 548, 602
– Konzept 590, 600
Alkohol/Alkoholiker 8, 261, 327, 328, 342, 342, 365–372, 401, 406–408, 456–458, 480, 500, 510, 800
– Abhängigkeit 327, 365, 371, 404
– – Typologie 365
– Abusus/Missbrauch 738, 795, 797
– Entzug 366
– Exzess 510
– Halluzinose 365
– Intoxikation 35
– Koalkoholiker 342
– Konsum 368–370, 372, 414
– Krankheit 372
– Problem 510
– Sucht 342
Allergie 365, 626, 628, 693, 699, 700, 715, 795, 801
Alltagsdenken 7, 15, 18, 21–24, 63, 144, 204, 397
Altruismus 55
Ambivalenz 52, 138, 156, 252, 366, 367, 371, 385, 443, 469, 502, 512, 518, 522
Amnesie 7, 16, 18, 29, 43, 61, 88, 108, 114, 124, 125, 126, 131, 138, 140, 141, 146, 225, 240, 278, 281–283, 286, 288, 296, 440, 448, 485, 491, 514, 632, 669, 670, 672, 779, 815, 858
– Angebot 285, 286, 448
– Aufgabe 282
– dissoziative 486
– funktionelle 283
– hypnotische 124, 281
– komplette 137
– Paramnesie 291
– posthypnotische 106, 125, 137, 280–282, 846
– Quellenamnesie 18, 43
– Reaktion 283
– retrograde 278
– spontane 30, 283
– suggerierte 113, 281
– Suggestion 7
– Technik 295
– Teilamnesie 281
Amputation 613–615, 618, 620, 621, 651
Amygdala 47, 77, 118, 299, 818, 819
Analgesie 17, 18, 118, 143, 221, 487, 606, 620, 631, 644, 648, 668, 739, 742, 743, 747
– Demonstration 714
– fokussierte 116
– Handschuhanalgesie 25, 708, 800, 816, 817, 819, 820
– Hypnoanalgesie/hypnotische Analgesie 5, 17, 24, 28, 116, 610, 669, 743, 747, 820
– Schmerzanalgesie 765
– Suggestion 26, 27, 116, 610
– Wachanalgesie 631
Anämie, autoimmune, hämolytische 570
Anamnese 58, 59, 159, 244, 262, 371, 393, 447, 452, 456, 604, 737, 739, 740, 741, 743, 746, 754, 772
– Außenanamnese 370
– biografische 539
– Dauer 535
– Gespräch 700
– Sexualanamnese 393, 394, 398
Anästhesie 170, 178, 633, 643–648, 743, 747, 794
– Allgemeinanästhesie 636
– Gefühl 745
– Handschuhanästhesie 613, 644, 645, 667, 765
– Heilanästhesie 745
– Hypnoanästhesie/hypnotische Anästhesie 637, 646, 657
– Lokalanästhesie 631, 649
– Maßnahmen 642
– medikamentöse 646
– Versagen 735, 745
– Vorbesprechung 635
Anekdote 15, 26, 66, 101, 231, 234, 237–239, 243, 605–608, 610
– suggestive 26
Angst 23, 52–54, 88, 89, 95, 114, 133, 135, 146, 155–157, 164, 165, 183, 190, 191, 206, 211, 215, 241, 243, 251, 258, 261, 263, 269, 270, 274, 281, 297, 298, 310, 316, 326, 344, 365–368, 371, 376–

378, 388, 389, 392–394, 396–399, 402, 405, 406, 412, 415, 416, 419, 429, 433, 440, 442, 443, 445, 446, 447, 451–453, 455–459, 461–465, 467, 470, 485, 488, 492, 498, 513, 519, 521, 522, 528, 548, 554, 556, 557, 560–562, 564, 565, 568, 621, 628, 631, 634–638, 642, 643, 645, 646, 653–655, 658, 660, 661, 664–667, 672, 688, 701, 706, 707, 714, 724, 729, 735–738, 743, 745–747, 755, 757, 758, 761, 770, 772, 776, 779, 797, 799
– Abbau 742, 748
– Behandlung/Therapie 38, 367, 440, 858
– Bewältigung 26, 797
– Ebene 452
– Flugangst 467, 468, 469, 799
– Gegner 427, 429
– Hierarchie 737
– Höhenangst 463, 467
– Hysterie 151
– iatrogene 737
– irrationale 442
– klaustrophobische 467
– Kontrolle 470
– Krebsangst 735
– Leistungsangst 397
– Linderung 17
– Lösung 365, 366
– Neurose 738
– Prüfungsangst 448, 760, 797
– Reaktion 26, 447, 470, 736
– Reduktion/Reduzierung 116, 388, 389, 463, 638, 748
– Schulangst 770
– Skala 576
– Störung 114, 149, 367, 384, 404, 415, 440, 452, 459, 464, 467, 473, 559, 762, 795–799, 801
– Symptom/Symptomatik 440, 442, 444–447, 449, 737
– Thermometer 465
– Todesangst 476
– Traum 706
– Tunnelangst 449
– Zahnbehandlungsangst 735, 737, 742
Anker/Ankerung 89, 164, 355, 407, 417, 420, 431, 432, 463, 464, 468, 470, 471, 473, 479, 545, 635, 676, 698, 705, 709, 714, 718, 719, 746, 786
Anker-Kollabieren 462, 463, 465
Anorexie 114, 518, 796, ▶ Ess/Essen, Störung
Anosodiaphorie 724
Anosogonie 724
Anspannung 184, 188, 197, 200, 325, 393, 394, 402, 406, 408, 411, 562, 564, 565, 588, 590, 594, 595, 662, 681, 736, 741, 742
– chronische 55
– Daueranspannung 604
– Muskel 197, 200, 680
– Phase 589
– Übung 198
– willkürliche 174
Appetenz
– sexuelle 388–390
– Störung 399
Arbeitsbündnis 676, 677, 683
Archetyp 51, 52, 235, 730, 859
Arthritis 795, 801
– rheumatoide (RA) 570–572, 735
Assoziation/Assoziieren 26, 27, 38, 64, 152, 153, 188, 204, 215, 232–234, 241, 368–370, 425, 455, 464, 480, 555, 590, 597, 608, 633, 657, 663, 677, 694, 698, 813, 848, 860
– Ablauf 188
– akustische 453
– emotionale 233
– Fähigkeit 19
– freies 152, 303
– Kortex 48
– Muster 235
– negative 544
– Prozess 234
– Reassoziation 246, 293, 294, 307, 860, 861
– Wortassoziation 121, 813
Asthma 29, 116, 415, 534, 557, 571, 765, 774–776, 795, 801
– akutes 4
– Attacke 22
Atavismus 18, 698
Atem/Atmung 21, 155, 177, 187, 188, 212, 221, 272, 276, 322, 323, 325, 326, 328, 329, 356, 415, 454, 455, 458, 463, 479, 481, 485, 507, 564, 580, 595, 635, 655, 665–667, 676, 680, 706, 713, 714, 736, 742, 756, 775
– Aussetzer 706
– Blockade 591
– Exkursion 187
– Frequenz 17
– Induktion 417
– Meditation 698
– Muster 354
– Nasenatmung 706, 713
– Not 269, 681, 706
– Pacing 221, 312
– Problematik 706, 707
– Rhythmus 219, 312, 314, 648
– Stillstand 662
– Störung 403
– Technik 697
– Therapie 154, 155, 158, 160
– Übung 376, 477, 480, 697
– Weg 705, 706, 774
Audiokassette 51, 409, 423, 524, 542, 562, 567, 799
Aufmerksamkeit 16–18, 21, 22, 25, 28, 36, 56, 57, 60, 62, 63, 95, 100–103, 108, 117, 119, 143, 144, 171, 183, 184, 191, 193, 196, 200, 211, 213, 214, 217–220, 222, 232, 237–239, 246, 249, 285, 286, 320, 323, 324–326, 328, 351, 388, 390, 391, 396, 416, 427, 431, 433, 440, 454, 455, 480, 482, 487, 540, 552, 553, 562, 575, 579, 587, 591, 592, 600, 627, 635, 647, 655, 670, 677, 678, 683, 685, 701, 715, 766, 782, 809, 817, 829, 837
– Ablenkung 610, 817
– Antenne 589
– bewusste 234, 352
– Einschränkung 724
– Fokussierung/fokussierte 393, 427, 475, 476, 588, 606, 610, 632, 806
– Kontrollintervention 685
– Leistung 428
– Orientierung, einseitige 588
– selektive 560
– Steuerung/Lenkung 117, 118, 806, 818
– Störung 796
– System 118
– Verteilung 18, 60
– Umlenkung 670
– Zentrierung 819
Augenfixationsmethode 185
Augenrolltechnik 649, 711, 712, 716
Augenrolltest 109
Augen-Zähl-Methode 185, 186
Ausdruck 23, 24, 37, 42, 43, 55, 144, 202, 224, 239, 258, 261, 263, 328, 394, 395, 443, 447, 467, 523, 524, 535, 537, 618, 687, 784, 839
– Fähigkeit 686
– Form 155, 342, 779
– Therapie 158, 160
– Verhalten 862
– Weise 63, 79, 265, 535, 729
Ausgrenzung 217
Autoaggression 787
Autoantikörper 570
autogenes Training 4, 5, 51, 53, 117, 154, 155, 158, 160, 173, 177, 186, 189, 195, 197, 379, 407, 524, 564, 594, 601, 676, 696, 725–728, 730, 731, 822, 849–851, 853
Autohypnose 174, 592, 593, 598, 600, 850, 858
Autoimmunaktivität 573, 574
Autoimmunerkrankung/-krankheit 570–572, 576, 693, 699
Autoimmunfehlreaktion 570
Autoimmunprozess 570, 573, 574
Autoimmunstörung 570, 573, 696
Autoimmunsystem 570

Automatismus/Automatisierung 475, 779, 787
Autonomie 212, 221, 223, 309, 346, 360, 459, 482, 627, 634, 683, 774–776, 781, 818
– Bedürfnis 563
Autopoiese 337
Autorität 3, 5, 68, 165, 184, 236, 337, 675
– Bedürfnis 191
– Figur 52
– Komplex 190
Autosuggestion 5, 15, 40, 68, 198, 303, 330, 391, 397, 398, 428, 601, 661, 676, 680, 681, 683, 850
Aversion 382, 465, 660, 694, 743
– Behandlung 382
– sexuelle 389, 390

B

Barber Suggestibility Scale (BSS) 107
Behandlung
– Auftrag 374, 375, 564
– Dauer 24, 159, 160, 360, 447, 799
Beiläufigkeit 7, 9, 232, 234, 258, 283, 284, 296, 358, 563, 637, 708, 719, 738, 861
Belastung 52, 64, 89, 153, 399, 405, 411, 414, 415, 419, 422, 464, 498, 499, 535, 537, 639, 660, 674, 681, 688, 705, 760, 766, 775, 795, 805
– affektive 390, 396, 399
– Alltagsbelastungen 560, 563, 566
– emotionale 156, 274, 444, 445, 586, 695, 779
– Nikotinbelastung 765
– psychosoziale 560, 568, 604
– Reaktion, posttraumatische 5
– Situation 404, 471, 486, 487, 746, 760, 781
– Störung, akute 113, 795, 796
– Störung, posttraumatische 29, 113, 158, 464, 467, 475, 481, 565, 567, 621, 637, 786, 795
– Überbelastung, chronische 548
Beobachter
– Methode 327
– Perspektive 393, 395, 398, 549–551, 771
– Position 35, 36, 293, 295, 550, 556
Bergsteigen, mentales 195
Berührung, körperliche 138, 178, 182, 185, 187, 441, 463, 626, 628, 666, 824
Bestätigung 225, 359, 367, 441–443, 676, 681, 742, 794
Bettnässen 29
Bett's Mental Imagery Scale 121
Bewältigung/Bewältigbarkeit 24, 25, 55, 64, 68, 84, 310, 409, 414, 416, 419, 424, 425, 605, 610, 709, 710, 728, 781, 783, 794, 799
– Erfahrung 25, 27, 420
– Fähigkeit 311, 405, 480, 642
– Form 65, 779
– Kraft 639
– Möglichkeit 309, 414
– Muster 67, 234
– Phantasie 421
– Ressource 143, 414, 463
– Stil 63, 415, 416
– Strategie 58, 59, 68, 414, 746, 767, 786
– Tendenz 415
– Versuch 415
Bewegungstherapie 158, 601
Bewegungsverhalten 381
Beziehung 54, 59, 66, 80, 84, 90, 114, 124, 132, 133, 164, 188, 212, 234, 245, 257, 258, 260, 261, 265, 266, 269, 274, 301, 305, 342, 351, 356, 358, 416, 423, 447, 459, 488–490, 493, 498, 500, 501, 504, 509, 510, 518, 521–525, 527, 528, 535, 536, 538, 540, 542, 544, 549, 677, 678, 684, 740, 757, 792, 852, 858
– Abbruch 500, 501
– afferente 695
– Analyse 54
– Angebot 165
– Anteil 395
– Arzt-Patient-Beziehung 72
– Aspekt 564
– Aufnahme 184, 858
– Bildung 586
– Definition 261
– Dynamik 74, 395
– Ebene 58, 59, 66, 68, 684
– emotional-regressive 109
– efferente 695
– Erfahrung 73
– Geschehen 84
– Geschichte 346
– Gestaltung 377, 380, 540, 676, 691
– hypnotische 27, 30, 53, 57, 58, 59, 63, 64, 66, 68, 302, 519, 859, 862
– instabile 57
– Kontext 393
– Krise 459
– Mensch-Tier-Beziehung 338
– Muster 63, 154, 189, 369, 374, 513, 859
– Mutter-Kind-Beziehung, symbiotische 301, 517
– perfekte 494
– Person 309
– personale 81
– Problem 481
– Qualität 459
– Schema 53, 54, 57, 58, 59, 61, 63, 64, 66–68
– – dysfunktionales 25
– – kindliches 27
– schützende 517
– sexuelle 396–399, 504, 548, 552
– sichere 489, 528
– soziale 360, 414
– Stil, desorganisiert, desorientiert 489
– System 535
– therapeutische 4, 40, 53, 54, 84, 115, 130, 133, 145, 153, 157, 158, 163, 215, 219, 355, 468, 476, 490, 493, 494, 579, 674, 678, 683–685, 689, 690, 792, 852
– unterstützende 679
Bild 9, 15, 19, 21, 22, 28, 51, 61, 68, 80, 153, 157, 165, 204, 206, 207, 211, 212, 217, 219, 224, 230–233, 235, 239, 272, 275, 302, 320, 325, 326, 343, 370, 384, 394, 397, 423, 453, 461, 465, 477, 492, 493, 520–523, 529, 538, 543–545, 550, 564, 573–575, 590, 592, 593, 598–600, 610, 644, 650, 681, 695, 697, 700, 724, 728, 730, 741, 774, 775, 787, 792, 800, 809, 859 ▶ Imagination
– archetypisches 24
– Bilderleben, katathymes 5, 15, 600, 851
– Bildersprache 591, 592
– kinästhetisches 248
– inneres 102, 103, 150, 151, 154, 175, 195, 221, 444, 519, 598, 606, 609, 610, 695, 792, 811
– metaphorisches 307
– Resonanzbild 307
– suggestives 16
– visuelle 125, 573
Bindegewebserkrankung, multiple 570
Bindung 57, 146, 487, 488–490, 493, 525, 839
– Aspekt 24, 356
– Fähigkeit 525
– Forschung 488
– Gestaltung 489
– Muster 143, 487, 678
– Phobie 489
– System 486, 489
– therapeutische 524
– Typ 489
Blood Oxygenation Level Dependent (BOLD) 808
Blut 365, 370, 542, 654, 695, 696, 717, 720, 721, 744, 808, 848
– Druck 17, 21, 163, 177, 317, 415, 454, 626, 631, 636, 654, 655, 719
– Fluss 578, 808, 820
– – zerebraler (rCBF) 117, 808, 819, 848
– Gefäß 19, 357, 579, 655, 719

– Hochdruck 258, 376, 401, 415, 747, 795, 801
– Probe 572
– Stillung 232, 242
– Strom 187
– Vergiftung 662
– Verlust 636
– Volumen 846
– Wert 476
– Zirkulation 242, 579, 580
– Zucker 356, 357
– Zufluss 579
Blutung 17, 279, 475, 643, 647
– Kontrolle 21, 29, 742
Borderline 62, 65, 130, 459
– Patient 46, 62, 113, 132, 133, 154, 449, 518, 628
– (Persönlichkeits-)Störung 57, 115, 135, 158, 482
– Tendenz 62
– Übertragungsmanifestation 154
Braidismus 842, 843
Brainstorming 264
Bulimie 374, 384, 385, 518, 796, 801, ▶ Ess/Essen, Störung

C

Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale (CURSS) 107, 111
Carlton Skills Training Programm (CSTP) 120–122, 124, 127
Cerebellum 46, 48, 179, 180, 813, 815, 816
Chamäleonprinzip 63
Charakter
– Defekt 389
– Struktur 6, 54–57, 61–68
Chemotherapie 28, 274, 578, 632, 639, 677, 680, 681, 688–690, 693, 795, 797
Children's Hypnotic Susceptibility Scale (CHSS) 107
Chronical Major Depression 515
Colitis mucosa 534, ▶ Kolitis
Colitis ulcerosa 534, 570, 698, ▶ Kolitis
Compliance 99, 100, 120–122, 125, 133, 158, 174, 283, 540, 661–663, 667, 748, 781, ▶ Kooperation
Coping 294, 621, 670, 674, 678, 679, 684, 687, 688, 690, 691
– Erfahrung 679, 683
– Fähigkeit 485, 638, 660, 666, 669, 678, 690
– Förderung 677, 683
– Forschung 687
– Ressource 598
– Stil 406, 664, 695
– Strategie 163, 166, 405, 414, 488, 492, 494, 610, 672, 681
– Unterstützung 680–682
Costen-Syndrom 711
Creative Imagination Scale (CIS) 107, 111

D

Dehypnose 528, 747
Dekompensation 130
Dekonstruktion 448
Denken, analogisches 8, 252
Depersonalisation/Depersonalisierung 114, 475, 476, 486, 518
Depression/Depressivität 23, 205, 211, 261, 360, 365, 371, 399, 401, 412, 415, 456, 459, 482, 496–515, 528, 560, 565, 568, 571, 573, 576, 604, 621, 658, 695, 706, 707, 719, 724, 738, 762, 796, 801
– endogene 500
– Freiheit 28
– Inventar 515
– manifeste 499
– Wert 116
Deprivation 52, 120, 124, 137
– sensorische 131, 170, 177
Dermatologie 17, 794, 816
Dermatose/Dermatitis 29, 534, 775
Desensibilisierung 464, 465, 479–482, 493, 708–710, 860
Desensitivierung 152
– hypnoanalytische 152
Destabilisierung 7, 9, 62, 132, 213, 239, 240
Deutung 73, 161, 202, 257, 301, 548, 550, 554, 593, 839
– analytische 306, 307
– Ansatz, psychoanalytischer 301
– Arbeit 302
– assoziative 859
– Komponente 202
– Vehikel 202
Diabetes 401, 570
Direktive 243
– implizite 221, 352
Dissociative Experience Scale (DES) 113
Dissoziation/Dissoziieren 3, 18, , 26, 27, 38, 44, 51, 52, 56, 58, 64, 68, 109, 113–116, 119, 120, 124, 125, 131, 172, 174, 175, 177, 179, 217, 246, 281, 282, 286, 313, 351, 368, 370, 388, 390, 399, 424, 425, 442, 455, 461, 464, 476–482, 485–489, 491, 493, 553, 595, 597, 598, 608, 646, 649, 739, 743, 746, 759, 763, 770, 772, 784, 799, 859–861, ▶ Abspaltung
– bewusst-unbewusste 223, 248
– doppelte 461, 462, 464
– einfache 461, 462, 465
– Fähigkeit 25, 392
– gedankliche 220
– hypnotische 305, 804, 805, 818
– Ich-Dissoziation 188
– imaginative 116
– körperliche 143, 222
– multiple 477, 478, 480
– Neodissoziation 817, 818
– partielle 598, 607
– Prozess 113
– räumliche 222
– spontane 114
– stabile 293
– strukturelle 487–489
– Technik 165, 303, 465, 627, 783
– totale 598, 607, 609
– visuelle 223
– Wert 113
– zeitliche 222
Distanz/Distanziertheit/Distanzierung 21, 61, 135, 151, 153, 156, 158, 165, 211, 232, 236, 238, 273, 274, 327, 377, 416, 417, 431, 444, 445, 464, 476, 478, 488, 489, 492, 494, 528, 539, 542, 564, 742
– Regelung 597, 598
Distress 568, 682
Dominanz 59, 309, 433, 434
Droge 267, 476, 766
– Abhängigkeit 401
– Konsum 529
– psychoaktive 34, 118
– psychotrope 796
– Sucht 261, 481
Durchblutung 17, 21, 25, 163, 314, 578, 616, 618, 642, 715, 717, 783, 819
– Kontrolle 9
– Steigerung 715
– Störung 719
– Suggestion 715, 717–719, 721
– Trance 715
Dyspareunie 58, 390

E

Edukation 302
Effekt/Effektivität 4, 17, 19, 20, 28, 33, 80, 100, 115, 116, 118, 120, 122, 123, 161, 200, 204, 220, 224, 255, 262, 279, 284, 321, 331, 350, 363, 385, 388, 407, 410, 463, 468, 482, 504, 507, 515, 535, 536, 549, 550, 551, 568, 576, 579, 581, 601, 602, 606, 609, 631, 634, 642, 661, 665, 666, 675, 687, 688, 694, 695, 797, 799, 816, 817, 819, 838, 862
– Behandlungseffekt 385, 463
– Carpenter-Effekt 193

– Experimenter-Effekt 837
– dominanter 83
– Größe 793, 797
– Hascherei 662
– hypermnestischer 279
– hypnotherapeutischer 18
– hypnotischer 184
– Forschung 126
– Kaskadeneffekt 7–9, 861
– Kipp-Effekt 199
– Kohnstamm-Effekt 197
– Langzeiteffekt 409, 410, 601, 605, 610
– Nutzeffekt 633, 635
– Negativeffekt 633
– posthypnotischer 200
– Publikums-/Bühneneffekt 97, 99
– Primacy-und-Recency-Effekt 249
– Spontaneffekt 605, 606
– Stärke 4, 385, 601, 796, 797, 799
– therapeutischer 100, 134, 551, 568, 601, 686, 838
– Win-win-Effekt 342
– Zeigarnik-Effekt 223
Einkreistechnik 211, 215
Einsicht 138, 151–154, 160, 184, 193, 243, 261, 284, 299, 302, 303, 305, 418, 523, 677, 690, 708, 724, 747, 824, 860
Einstreuen/Einstreuung 15, 16, 26, 210, 218, 232, 246, 270, 274, 276, 422, 512, 780, 785
Einstreutechnik 210, 211, 234, 269, 270, 610
Ejaculatio pracox 398, 390
Ejakulation 389
– Kontrolle 398
– Zeitpunkt 396, 398
Ekzem 534
Elektroenzephalogramm (EEG) 17, 18, 121, 637, 803–807, 820
Emotionsstupor 475, 476
Empathie 6, 39, 51, 54, 119, 164, 165, 207, 221, 302, 307, 371, 452, 521, 525, 628, 726
Empfänglichkeit 16, 25, 64, 68, 106, 109, 115, 119, 184, 238, 743, 859, 860
Endoskopie 660, 672
endokrines System 694, 862
Entmachtung 634
Entspannung 24, 33, 52, 65, 103, 107, 109, 116, 117, 123, 143, 146, 179, 184, 185, 188, 189, 194, 195, 197, 199, 200, 202, 207, 211, 214, 240, 262, 270, 275, 285, 313, 323, 325, 374–376, 379–381, 393, 399, 407, 409, 411, 429, 451, 453, 454, 457, 467, 472, 490, 491, 528, 551, 561, 564, 572, 576, 588, 590, 592–595, 607, 611, 627, 628, 631, 633, 662, 667, 669, 671, 672, 680, 684, 687, 691, 719, 726–728, 730, 731, 735, 739, 742, 743, 746, 748, 756, 773, 804, 811, 849, 850
– Fähigkeit 405
– geistige 325
– Induktion 213
– Instruktion 579
– Kassette 598
– muskuläre/Muskel 108, 200, 325, 409, 412, 613, 636, 643, 648, 684
– Phase 416
– physiologische 51
– Prozess 417
– Reaktion 18, 21, 26, 143, 642
– Selbstentspannung, konzentrative 850
– Suggestion 108, 186, 200
– Szene 275, 695
– Technik 193, 200, 572, 611, 662, 663, 670, 748
– Text 211
– Therapie 658, 731
– Tiefenentspannung 61, 143, 719
– Training 150, 567, 601
– Übung 194, 198, 201, 456, 591, 594–596, 599, 683, 696, 850
– Verfahren 193, 196, 200, 201, 407, 566, 594, 670, 684, 685, 798
– Wert 123
Entwöhnung 358, 360, 366, 800
– Hilfe 362
– Ritual 350
Erektion 389, 394, 397
– Schwierigkeit 394
– Störung 388–390, 394, 397
Erfahrung
– Ebene 860, 862
– Wissen 77, 292, 299, 675, 691
Erinnerung 8, 15, 21, 22, 24, 25, 30, 39, 51, 64, 67, 134, 143, 152, 154, 217, 232, 235, 256, 272, 280, 282, 288, 290, 291, 292, 307, 342, 417, 419, 444, 447, 461, 470, 471, 475, 481, 482, 485, 486, 489, 490, 492, 505, 507, 520, 528, 573, 590, 597, 620, 670, 672, 676, 680, 682, 731, 762, 763, 836, 853, 859
– aktive 279
– dissoziierte 492
– eidetische 16
– Einheit 282
– Fähigkeit 16
– hypnotische 141
– hypnotisch-regressive 289
– kodierte 292
– narrative 291, 293
– negative 575
– neuronale 75
– positive 575
– Problem 282
– Pseudoerinnerung 134
– rekonstruierte 492
– Schwäche 286
– Selbsterinnerung 324
– Strategie 283
– suggerierte 141
– traumatische 487, 488, 490–494
– Verfälschung 290
– Vermögen 4
– visuelle 573
Ernährung 351, 356–358, 414, 416, 566, 658, 739
Ess/Essen 27, 114, 250, 297, 327, 328, 374–377, 379, 380, 382, 383, 386, 406, 408, 563, 650, 700, 738
– Attacke 374, 795
– Falle 382
– Gewohnheit 296, 381, 384, 385
– impulsives 114
– Störung 114, 115, 149, 374, 384, 385, 795, 796, 799, ▶ Adipositas, ▶ Anorexie, ▶ Fettsucht, ▶ Bulimie
– – atypische 385
– – schlafbezogene 403
– Verhalten 114, 374, 375, 381, 384
Evidence-based medicine 568
Evidenz 33–35, 43, 44, 137, 176, 179, 221, 254, 551, 702, 792
– Charakter 295
– Erlebnis 550
– Gehalt 280
– Prinzip 353
– Stufe 568
Exploration 15, 58, 84, 163, 206, 296, 297, 302, 304, 333, 389, 394, 418, 443, 468, 490, 757, 780, 822, 823
– Erwartungsexploration 605
– Hypnose 399, 446
– Selbstexploration 333–335, 340, 344, 345
– Ressourcenexploration 605, 705, 758
Externalität/Externalisierung 48, 75, 283, 543–545, 549, 556, 758, 770, 772
Extraversion 351
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) 159, 464, 467, 479, 482, 565

F

Farbaura 170
Farbkonstanz 543
Farbkontrastmethode 185
Farbsehzentrum 809, 812
Farbsuggestion 48
Farbwahrnehmung 48, 118, 809, 811
Faszination 72, 602, 837
– Hypnose 523

– Methode 61, 186
Fehlfunktion 703
Fehlregulation 588, 589
Fettsucht 296, 374, ▶ Adipositas, ▶ Ess/Essen, Störung
Fixation 72, 304, 676, 842
– Methode/Technik 170–172, 174, 186, 189, 190, 744
Flashback 452, 475, 476–482, 529, 565, 763
Flexibilität 24, 55, 63, 153, 211, 271, 330, 392, 517, 677, 752
– kognitive 17, 80, 118, 120, 121
– physiologische 120, 121
– psychophysiologische 80
Fokussierung 15–17, 21, 22, 28, 30, 51, 52, 61, 107, 108, 117, 184, 191, 196, 217, 222, 248, 301, 302, 311, 351, 356, 388, 391, 396, 416, 417, 420, 440, 480, 481, 556, 592, 593, 676, 685, 799, 807, 811, 817, 848, 860
Freiberger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitätstest (FIRST) 108, 111
Funktionsstörung
– autonome 796
– gastrointestinale 563
– sexuelle 388–390, 392–395
– somatoforme 586, 765
– somatoforme, autonome 534, 559

G

Gedächtnis 8, 9, 93–96, 109, 113, 134, 278, 280, 290, 291, 479, 486, 573, 574, 613, 679, 763, 812, 813, 815, 836
– aktives 283
– Arbeitsgedächtnis 815
– Archiv 682
– autobiografisches 115, 280
– episodisches 292, 296, 299
– implizites 815
– Langzeitgedächtnis 8
– Leistung 278, 291, 812
– Protokoll 160
– prozedurales 176, 232, 292, 296, 299, 815
– Speicher 8
– Schwäche 286
– szenisches 241
– Verlust 486
– Zustandsgedächtnis 282
Gegenkonditionierung 786
Gegenpol-Technik 418, 423
Gegenübertragung 25, 61, 68, 134, 307, 340, 384, 476, 483, 520
Gegenwart 81–83, 108, 157, 165, 211, 244, 250, 256, 288, 296, 299, 324, 354, 379, 383, 393, 399, 522, 528, 597, 599, 663, 758, 763, 784, 835
– Orientierung 288
– sichere 491
Geruch 188, 212, 292, 380, 394, 568, 658, 709, 736, 742, 768, 771, 773
– Belästigung 765, 766
– Erlebnis 188
– Überempfindlichkeit 589
Geschmack 292, 324, 325, 369, 380, 382, 462, 470, 709, 711
– Aversion 694
– Imitation 736
– Organ 710
Gestik/gestikulieren 16, 220, 505, 551, 671, 862
Gewissen 139, 445, 446, 500
Gewohnheit 60, 66, 350, 353, 361, 374, 386, 407, 411, 779
– abnorme 796
– Bildung 779, 780, 786
– Kontrolle 27, 374
– Problem 320
Gleichnis 230, 231, 337, 341, 345
Goodpasture-Syndrom 570
Guttman-Skala 106

H

Halluzination 18, 33, 34, 44, 47, 48, 88, 89, 125, 137, 225, 290, 403, 485, 529, 541, 607, 614, 812
– kinästhetische 615
– negative 43, 47, 89, 90, 131, 615
– positive 118, 613, 615
– suggerierte 118
Halswirbelsäule (HWS-) 715, 718, 719, 721
– Diagnostik 718
– Extension 718
– Syndrom 716
Halt 489, 491, 492, 494, 690
Haltung
– Entweder-oder-Haltung 538
– Ja-Haltung 210, 284, 469, 563, 564
– Nein-Haltung 628
– Nicht-o.k.-Haltung 309
Harmonisierung 21, 24, 25, 30, 51, 393, 395, 725
Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS) 45, 106, 110, 807, 813
Haschischpsychose 529
Hausaufgabe 232, 245, 345, 397, 398, 423, 432, 453, 479–481, 524, 562, 581, 593, 598, 599, 608, 627, 677–679, 753, 756, 760, 823
Haut 17, 173, 237, 274, 314, 366, 379, 397, 417, 454, 538, 570, 578, 580, 644, 645, 650, 651, 655, 713, 718, 775
– Ausschlag 557
– Durchblutung 564
– Erkrankung 537, 571
– Jucken 21
– Krankheit 4
– Leitfähigkeitsniveau 115
– Spannung 175
– Temperatur 564
– Transplantat 653
– Widerstand 404
Heilbild 698–701
Helfer 359, 521, 545, 626, 767, 768, 772
– Figur 768, 770, 771
– Gestalt 770, 771
– innerer 150
– magische 367
– Symbol 771
– Tier 339
– Wesen 767, 770, 771
– Zelle 699
Heuschnupfen 29, 116, 700
Hippocampus 77, 118, 299
Hirn 20, 33, 45–48, 71, 145, 178, 180, 194, 282, 288, 291, 357, 376, 380, 408, 587, 590, 592, 593, 649, 650, 695, 705, 724, 762, 773, 780, 784, 792, 800, 803, 806, 808, 810, 812, 815, 820, 835, 836, 839, 843, 846
– Aktivierung 127, 179, 816
– Aktivität, elektrische 119, 233, 803, 804, 807
– Areal 48, 118, 179, 614, 620, 806, 809, 812, 820
– Asymmetrie 805
– Durchblutung 119, 811
– Forschung 145, 775, 803, 808, 848, 849
– Frontalhirn 17
– Funktion 803, 809
– Kleinhirn 45, ▶ Cerebellum
– Läsion 29
– Mittelhirn 475
– Operation 88
– Physiologie 17, 34, 37, 45, 48, 117, 118, 121, 127, 180, 299, 803, 809
– Region 45, 49, 809
– Reifung 366
– Rinde 40, ▶ Kortex
– Schädigung 724
– Stamm/Stammhirn 589, 590, 661, 819
– Stoffwechsel 849
– Störung 795, 796
– Tumor 639
Hochton(innenohr)schwerhörigkeit 705, 706

Homosexualität 528
Hormon 415, 552, 655, 657, 695
– hypophysäres 695
– Nebennierenhormon 695
– Peptidhormon 572
– System 9, 19, 582, 696, 703
Hornhaut 171, 172
Hörsturz 424, 705, 708, 711, 714, 715, 717, 719, 721
– akuter 715
– ideopathischer 715
– Therapie 715, 719, 720
Humor 7, 67, 163–166, 236, 324, 421, 540, 677, 737, 741, 752, 861
Hypermnesie 16, 18, 278, 279, 288, 302
– hypnotische 278, 279
– psychotherapeutische 279
Hypersomnie 403
Hypersozialität 498, 500, 505
Hyperthyreose 570, 776
Hypertonie 29, 415
Hypnoanalyse 130, 150–154, 156, 157, 160, 161, 301–304, 747, 798, 851
Hypnodrama 303, 754
Hypnographie 303
Hypnoplastie 303
Hypnose, fraktionierte 184, 185, 189
Hypnosedierung 631
Hypno-Systemische-Sexual-(HSS)Therapie 391–393, 399
Hypnotic Induction Profile (HIP) 110
Hypnotisierbarkeit 105, 106, 109, 113–117, 119–127, 132, 183, 225, 485, 529, 581, 605, 610, 611, 619, 644, 670
Hypnotismus 2, 136, 139, 141, 282, 822, 840–845, 847–849
Hysterie 5, 42, 43, 45, 56, 70, 73, 74, 130–133, 136, 138, 375, 377, 830, 832, 836, 837, 841, 849, 858

I

Ich
– Aktivität 491
– Anteil 156, 191, 859
– Aspekte 311
– dyston 131, 294, 781
– Fähigkeit 155, 160, 491
– fremd 63, 70, 262
– Funktionen 449, 587
– Gefühl 19
– Grenze 156, 301
– Integration 156
– Kontrolle 146, 305
– Orientierung 491
– Psychologie 161, 309
– Schwäche 15, 310
– Stärke/Stärkung 68, 116, 152, 158, 159, 233, 241, 309–311, 355, 368, 370, 491, 518, 523, 524, 561, 562, 658, 725, 767
– Steuerung 145
– Struktur 52, 518, 519, 859
– – Niveau 375
– Symbol 346
– synton 84, 354
– System 282
– Verlust 519
– Zustand 153, 493
Ichthyose/Ichthyosis 4, 17, 29
Identifikation/Identifizierung 118, 152, 156, 247, 249, 263, 265, 291, 327, 339, 355, 396, 430, 431, 433, 451, 490, 492, 503, 508, 514, 520, 521, 551, 552, 606, 607
Identität 19, 44, 56, 84, 113, 246, 311, 341, 354, 355, 356, 376, 486, 518, 527, 835
– Bildung 58
– Diffusion 518, 527, 529
– Entwicklung 252
– Geschlechtsidentität 388
– Ich-Identität 310, 358
– multiple 518
– personale 351, 355, 360
– sexuelle 796
– soziale 310
– Störung 153, 283
– – dissoziative 486, 833, 837
– Veränderung 114
Ideomotorik 19, 23, 25, 107, 125, 126, 170, 174–180, 221, 222, 263–265, 288, 297, 352, 358, 359, 442, 445, 468, 469, 471, 492, 579, 578, 606–609, 649, 651, 656, 676, 677, 681, 682, 702, 709, 710–712, 714, 783, 816
Ideosensorik 176, 263, 352, 358, 359, 545
Illusion 17, 47, 48, 73, 179, 697, 701
– hypnotische 33, 34, 812
– visuelle 34, 48, 118, 812
Imagination 5, 25, 48, 56, 61, 62, 83, 84, 107, 109, 114, 120, 122, 126, 131, 183, 212, 284, 295, 303, 358, 367, 379, 392, 394, 395, 397, 492, 521, 561, 564, 571, 575, 598, 600, 608, 610, 611, 649, 682, 684, 686, 687, 688, 743, 767, 770, 771, 798, 805, 811, 825, 826, 860, ▶ Bild
– Aufgabe 121
– Ergebnisimagination 83
– Fähigkeit 16, 114, 564, 565, 605, 681, 805
– hypnotische 37
– Kühleimagination 613
– Technik 200, 465, 600
– Test 122
– Training 358
– Übung 195
– Verfahren 195, 196, 201, 211
Immobilität 17, 18, 24, 63
Immunbereitschaft 17
Immundefekt 578
Immunerkrankung 693, 696, 697, 699, 702
Immunfunktion 571, 695, 696, 698, 703
Immuninteraktion 657
Immunkompetenz 21, 571, 695, 703
Immunmodulation 693, 696–698, 700, 701
Immunologie 29
Immunreaktion/Immunreaktivität 579, 642, 655, 657, 694, 695, 699, 702, 703, 739
Immunstimulus 698
Immunstörung 693, 696
Immunsuppression 21, 415, 416, 578, 690, 694, 695
Immunsystem 9, 19, 21, 51, 163, 415, 570, 571, 573–576, 578, 582, 593, 631, 657, 693, 694, 696, 697, 699, 700, 701, 703, 739, 818, 862
Immuntraining 696
Immunvisualisierung, korrektive 698, 701
Immunzelle 693, 695, 698, 699, 703
Indikation 38, 68, 126, 148, 165, 171, 172, 189, 190, 191, 283, 286, 296, 305, 306, 350, 359, 362, 384, 433, 451, 459, 464, 481, 523, 565, 568, 600, 604, 605, 628, 631, 670, 677, 682, 719, 735, 746, 770, 772, 773, 775, 786, 793, 794, 800, 801
– Bereich 362
– differenzielle 225, 600
– Stellung 361, 518, 579, 683
Induktion 119, 123, 561, 697, 712
– direkte 183, 185, 191
– fraktionierte 223, 849
– Ritual 33
– Technik 183, 193, 201, 718, 743, 745
– Text 317
Infektion 21, 578, 657, 658, 693, 695, 696, 698, 702
Innenwendung 6, 23, 25, 143, 144, 858
Insomnie 401–406, 409, 411, 412
– Therapie 406
Instabilität 131, 132, 518, 519, 527, 529
Instruktion 15, 51, 61–63, 106–108, 122, 123, 133, 155, 170, 171, 174, 188, 196, 213, 234, 440, 441, 461, 464, 477, 478, 579, 627, 634, 637, 638, 662, 809, 811
– 3-A-Standardinstruktion 177
Integration 151–154, 156, 165, 225, 246, 424, 449, 459, 464, 476, 480, 488, 493, 542, 565, 600, 628, 632, 684, 698, 726, 732, 733, 746, 776, 781, 786, 820
– posthypnotische 701

– Versuch 849
Interaktion 34, 38, 39, 53, 54, 58, 74, 133, 142, 144, 158, 191, 201, 294, 295, 301, 395, 457, 523, 549, 559, 634, 637, 638, 694, 695, 703, 725, 741, 770, 771, 792, 805, 806, 836, 862
– Analyse 58, 59
– Beobachtung 60
– Form 537, 545
– Merkmal 60, 63, 540
– Muster 6, 7, 55, 482
– persönliche 4
– Prozess 394, 545
– Schema 68
– Sequenz 549
– Situation 54
– Stil 58, 549, 858
– Störung 149, 396, 397
– Typologie 56
– Verhalten 60, 63
Intermodalität 35
Interpretation 152, 202, 205, 207, 536, 537, 544, 548, 700, 761, 772, 809, 819
– aktive 122
– Neuinterpretation 247, 619
– Reinterpretation 635
– Spielraum 102
Introjektion 155, 517, 520, 525
– aktive 307, 517, 519, 522–525
– negative 153
Inventory of Hypnotic Depth 109, 112
Involviertheit 20, 83, 109, 119, 217

K

Kaskaden-Effekt 7–9, 861
Kasten/Kästchenversuch 193
Katalepsie 17, 18, 24, 25, 44, 61, 131, 139, 171, 173, 175, 177–179, 213, 352, 358, 441, 605, 607, 609, 667, 668, 670, 783, 805
– Augenkatalepsie 170–172, 175, 609
– Handkatalepsie 774
– Phänomen 184
Katamnese 116, 117, 298, 363, 371, 386, 463, 465, 567, 576, 601, 618, 682, 686, 696, 700, 746, 793, 799
Kieferarthromyopathie (KAM) 711, 716, 718
Kino-Technik 461, 465
Kohärenz 52, 414–416
Kolitis, chronische 537, ▶ Colitis
Kommunikation 2, 3, 9, 44, 45, 49, 58, 59, 72, 74–77, 79, 80, 132, 133, 137, 204, 230, 234, 263, 265, 353, 503, 537, 571, 582, 592, 628, 637, 639, 642, 654, 660, 664, 675, 678, 679, 695, 696, 703, 729, 752, 823, 836, 860
– Alltagskommunikation 3
– Angebot 591
– Chaos 133
– direkte 335
– Ebene 15, 66
– Fähigkeit/Fertigkeit 79, 735
– Fehlkommunikation 237
– Form 207, 632
– Grundlage 53
– hypnotische 15, 34, 639, 640, 672, 742, 861
– indirekte 204, 210, 213, 392, 502, 511, 815
– Mehrebenenkommunikation 593
– Metamodell 205, 206, 207
– Modus 31
– Möglichkeit 54
– Muster 7, 34, 310
– Netz 588
– nichtsprachliche (nonverbale) 677
– parallele 234
– Partner 54, 545
– Prozess 355
– Rahmen 93
– Raum 44, 79
– sprachliche (verbale) 230, 642
– Stil 54–56, 60, 63, 68
– Störung 586
– Strategie 309
– suggestive 735, 739
– System 352
– Technik 357
– – hypnotische 672
– therapeutische 133, 217
– Typ 54
Komorbidität 365, 459, 468, 562, 565–568, 794
Kompetenz 79, 89, 131, 137, 145, 249, 266, 362, 367, 369, 388, 397, 407, 414, 416, 417, 563, 638, 678, 682, 780, 781, 785, 860
– Erwartung 144, 145, 419, 420, 425
– hypnotische 117, 174, 742
– kommunikative 682
– soziale 411, 523
– therapeutische 150
Konditionierbarkeit 693, 694, 697, 701, 703
Konditionieren/Konditionierung 223, 224, 488, 590, 597, 666, 694, 706, 710–712, 746, 860
– klassisches 170, 358, 571, 657
– Lernen 601
– Prozess 25, 354, 404, 780
– sprachliche 223
Konflikt 538, 539
– dyadischer 266
Konfrontation 27, 28, 155, 241, 397, 418, 455, 457, 462, 477, 523, 525, 554, 860, 861
– In-sensu-Konfrontation 462
– Übung 451, 453, 455, 458
Konfusion 6, 7, 56, 62, 100, 165, 205, 213–215, 220, 232, 239, 240, 246, 285, 286, 345, 418, 562, 660, 668, 669, 745
– Technik 164, 213, 215, 370, 518, 626, 742, 861
– therapeutische 238
– Strategie 214
– Wirkung 233
Kontakt 20, 30, 39, 42, 44, 46, 49, 56, 64, 65, 72, 74, 76, 77, 131, 135, 172, 263, 442, 454, 462, 511, 579, 608, 628, 681, 731, 745, 768, 823, 847
– Aufnahme 366, 422, 731, 746
– emotionaler 58, 225
– Fähigkeit 49
– Fläche 454
– Schwierigkeit 457
– sozialer 451, 452, 613
– therapeutischer 6, 536, 601
Kontiguität 860
Kontingenz 221, 787, 860
Kontraindikation 11, 129, 132–135, 137, 154, 189, 190, 267, 283, 286, 296, 305, 360, 384, 385, 399, 423, 433, 449, 459, 464, 469, 481, 523, 527, 565, 576, 600, 618, 619, 628, 661, 670, 682, 683, 702, 746, 775, 776, 786
Kontrakt 8, 20, 82, 443, 658
Kontrollgruppenexperiment 794, 801
Konversion 43, 45, 705, 707, 719
– Affektkonversion 858
– Hysterie 43, 45–47
– Symptom 45
– Syndrom 486
– Störung 46, 113, 116, 178, 795, 796
Konzentration 3, 5, 174, 217, 259, 357, 391, 427, 492, 575, 628, 678, 709, 735, 780, 804, 806, 842
– Anforderung 186
– Fähigkeit 406, 644
– Problem 755, 760
– Schwäche/Schwierigkeit 402, 575, 576, 724
– Steigerung 388, 389
– Störung 475, 476, 706, 707
– Technik 200
– Übung 196
– Verfahren 196, 201
Kooperation 20, 40, 53–55, 107, 120, 122, 125, 146, 164, 289, 392, 398, 430, 434, 493, 537, 576, 626, 628, 638, 677, 809, ▶ Compliance
– Beitrag 262
– Bereich 397

– Bereitschaft 445
– Beziehung 395
– Prozess 433
– Vertrag 144
Körper 2, 27, 43, 51, 66, 98, 100, 178, 188, 197, 198, 220, 222, 244, 272, 275, 297, 298, 313, 314, 316, 317, 323, 325–329, 366, 370, 376–380, 393, 407, 408, 411, 415, 422, 427–434, 442, 453, 470, 472, 505, 507, 528, 535, 536, 538, 541, 542, 545, 548, 550, 557, 532, 570, 573, 578–582, 586, 587, 589, 590–594, 597, 599, 613, 619, 626, 645–647, 649–651, 654–658, 667–669, 697–703, 706, 709, 712, 713, 716, 718, 726, 727, 736, 745, 753, 756, 758, 775, 819, 826, 827, 828, 831, 835, 836, 839
– Arbeit 155
– Ausdruck 55
– Bild 155, 658, 795
– Empfinden/Empfindung 220, 275, 276, 291, 392, 606, 610, 613, 644
– Funktion 88, 593, 643, 647, 774
– Gedächtnis 176, 557, 836
– Haltung 54, 55, 60, 67, 182, 184, 196–199, 211, 212, 221, 304, 421, 505, 551, 609, 807
– Kontakt 628, 736
– Kraft 2
– Motorik 191
– Phänomen 210, 242
– Reaktion 22, 220, 222, 397, 684
– Reise 454, 455
– Saft 2, 827
– Scanning 417, 424
– Schema 65, 170, 212, 221, 291, 385, 619
– Schwankungs-, Schwingversuch 197
– Schwere 186
– Selbst 524
– Signal 26
– Sprache 176, 632
– Struktur 57
– Symptomatik 455, 457
– System 172
– Therapie 64, 68, 158, 602
– Wahrnehmung 3, 18, 154, 160, 214, 451, 467, 676
– Wanderung 595
– Wissen 397
Kortex 45–48, 77, 590, 620, 695, 803–805, 809, 811, 813, 816, 818, 819
Kortikalisierung 619
Krankheitsgewinn, sekundärer 129, 503, 619, 621, 739
Kreativität 7, 9, 22, 28, 38, 55, 56, 62, 65, 155, 252, 264, 307, 320, 325, 330, 367, 371, 380, 459, 521, 522, 525, 634, 675, 678, 852, 860
– Forschung 22
Krebs 22, 28, 214, 215, 274, 559, 643, 651, 679–681, 683, 687, 689, 693, 696, 698, 714
– Angst 735
– Erkrankung 21, 28, 590, 639, 674, 675, 678, 679, 681, 682, 685–688, 690
– Geschwulst 215
– Operation 638
– Persönlichkeit 687
– Schmerz 795
– Zelle 681, 686, 699
Krise 70, 71, 84, 130, 138, 244, 335, 459, 509, 521, 674, 679, 828, 831
– aktuelle 84
– existenzielle 490
– hysteriforme 832
– Intervention 681–683, 690, 691
– metaphorische 246
– Situation 471, 678, 754
– Zeit 414
Kühle 18, 21, 24, 541, 598, 613, 653, 668, 676, 678, 783
Kurztherapie 546, 711

L

Leading 231, 314, 741, 742
Lebenszufriedenheit 163, 799, 800
Leistung 36, 56, 57, 79, 122, 244, 261, 309, 311, 329, 427, 429, 431, 496, 499, 501, 600, 714, 761, 812
– Anforderung 309, 390, 395, 411, 766
– Angst/Ängstlichkeit 390, 397, 414
– Anspruch 64, 393, 766
– Aspekt 370
– Beeinträchtigung 428, 429, 434
– Bereitschaft 433
– Dichte 434
– Druck 197, 380, 554, 768
– Entwicklung 430
– Ergebnis 429
– Fähigkeit 23, 402, 406, 427
– Grenze 434
– Haltung 188
– kognitive 370
– körperliche 4, 17, 22
– Minderung, kognitive 724
– Möglichkeit 427
– Norm 558
– Niveau 427, 431, 433, 434
– Orientierung 375, 379
– Potenzial 434
– Problem 430
– Sport/Sportler 84, 429, 433
– Steigerung 20, 399, 431
– Störung 261, 420
– Verhalten 725
– Voraussetzung 427, 430, 431, 433, 434
– Ziel 58
– Zuwachs 815
– Zwang 361
Lernen 9, 81, 121, 212, 218, 249, 264, 265, 354, 355, 398, 410, 430, 431, 562, 571, 694, 752, 767, 815
– implizites 815
– motorisches 816
– prozedurales 815
Lethargie 17, 139, 845
Levitation 18, 19, 23–25, 27, 30, 43, 53, 66, 67, 131, 174, 179, 184, 304, 305, 441, 614
– Armlevitation 44, 53, 109, 122, 170, 172–174, 176, 178, 179, 369, 441, 447, 538, 606, 607, 609, 614, 783, 815, 816, 852
– – analytische 304
– Handlevitation 26, 60, 66, 102, 176, 233, 262, 383
Licht, goldenes 562, 573, 574
Lid
– Schluss 24, 67, 170–174, 179, 220, 225, 304, 441, 606, 676
– Schlussreflex 171, 666
– Schwere 187
limbisches System 77, 590
Long Stanford Scale 109, 112
Lubrikation 389
– Mangel 58
– Störung 388
Lupus erythematosus, systemischer 570

M

Macht 5, 15, 42, 76, 122, 129, 134, 137, 143–146, 156, 172, 290, 327, 330, 339, 371, 490
– Ausübung 186
– hypnotische 851
– Kampf 171
– Losigkeit 144, 145
– Streben 309
– Struktur 267
Magnetismus 2, 3, 5, 70, 71, 75, 135, 136, 138, 182, 822–835, 837–845, 851, 852
Magnetresonanztomografie, funktionelle (fMRT) 803, 808, 809, 820
Manchester-Hypnoseprotokoll 561, 562
Manie 527, 528
Märchen 96, 156, 230, 231, 235, 238, 247, 333–346, 417, 463, 771

Medikamentenabusus 604, 611, 795
Medium 2, 33, 36, 321, 434, 770, 792, 800, 841
Mediumismus 845
Mesmerismus 2, 136, 141, 642, 822, 828–830, 832, 833–835, 837, 838, 840, 841, 849
Metaanalyse 4, 115, 567, 568, 601, 683, 796–798, 801, 858
Metapher 8, 15, 16, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 62, 66, 75, 80, 84, 148, 150, 151, 154, 165, 172, 180, 206, 209, 211, 214, 219, 230–252, 258, 295, 310–312, 324, 334, 337, 338, 340, 342, 344, 351, 353, 356, 367–369, 371, 375, 378, 680, 382, 409–411, 416, 422, 430, 441, 445, 468–473, 492, 502, 504, 528, 535–541, 543–555, 582, 593, 627, 702, 708, 714, 724, 728, 729, 737, 742, 752, 760–762, 769, 785, 799, 800, 859, 860
– Aufzugmetapher 172, 173
– Basismetapher 769
– Durchblutungsmetapher 715
– Konfusionsmetapher 66, 248, 249, 231
– Lösungsmetapher 67, 440, 445, 448
– Pacing-Metapher 250
– Patientenmetapher 250
– Ressourcenmetapher 248–250
– Spiegelbildmetapher 579, 582
– Therapeutenmetapher 246, 334
– Treppenmetapher 172
– Veränderungsmetapher 249, 250
– Wachstumsmetapher 785
Methadonabusus 795
Migräne 17, 29, 62, 116, 556, 586, 589, 593, 595, 597, 601, 604, 735, 775, 776, 794, 795, 799–801, 816, 822
– Anfall/Attacke 589, 590, 800
– Entspannungsmigräne 589
– Generator 590
– Therapie 590
Milieu 384
– inneres 21, 24, 25
– internes 51
– medizinisches 632
– tranceförderndes 182
Milton-Modell 206–209, 276
Mimik 463, 529, 551, 862
Missbrauch 53, 56, 58, 62, 114, 130, 138, 142, 143, 146, 158, 296, 476, 487–489, 493, 564, 766, 773, 776, 796, 834
Moderatorvariable 799
Modifikation/Modifizierbarkeit 122, 396, 397, 409, 451, 459, 490, 492, 567, 619, 679, 693, 694, 781, 786
Morbus Addison 570
Morbus Alzheimer 631
Morbus Bechterew 570
Morbus Crohn 29
Morbus Renaud 17, 21
Motivation 67, 82, 120, 121, 123–125, 138, 144, 213, 240, 263, 320, 329–331, 359–361, 366, 372, 375–377, 379, 381, 384–386, 391, 419, 427, 451, 453, 457, 498, 540, 579, 648, 653, 670, 676, 679, 780, 781, 787, 862
– Aufbau 786
– Frage 781
– Hin-zu-Motivation 82, 351
– Klärung 252, 780
– Kraft 79
– Strategie 371
– Weg-von-Motivation 82, 351
Münzfallmethode 185, 188
Musik 19, 154, 155, 187, 322, 376, 379, 381, 595, 615, 693, 708, 709, 711, 747, 753, 782
– Erlebnis 480
– Therapie 155, 158, 160, 601
Musterunterbrechung 101, 213, 356, 736, 740–742, 768, 782, 783, 786
Mythos 4, 124, 141, 146, 231, 238, 333, 395, 406, 687

N

Nägelkauen/beißen 29, 334, 779, 786, 787
Nähe 29, 52, 53, 56, 58, 61, 65, 187, 211, 219, 249, 273, 274, 301, 302, 305, 377,393, 456, 489, 490, 494, 517–520, 523, 527, 528, 539, 663
– abstinente 301
– hypnotische 305, 519
– therapeutische 302, 517, 518, 525
Neodissoziationstheorie 817, 818
Nervensystem 135, 138, 571, 578, 586, 589, 590, 653, 694, 703, 862
– autonomes 9, 17, 18, 51, 475, 579, 582, 642, 818
– sympathisches 405, 408
– vegetative 836
– zentrales (ZNS) 71, 563, 570, ▶ Zentralnervensystem
Neuanfang 331
Neukonstruktion 279, 280, 288, 290, 291, 293, 296, 299, 334, 336
Neuorientierung 64, 388, 674, 691, 859
Neuroanatomie 117, 803, 809, 819
Neurobiologie 803, 804, 811, 815, 818
Neurochemie 819, 820
Neurodermitis 275, 557, 774, 775, 799
neuroendokrines System 571, 573, 578
Neurokym 846
Neuro-linguistic programming (NLP) 465, 700, 783
Neurologie 5, 29, 42, 589, 618, 644, 844, 848
Neuromatrix 48, 619, 620
Neuron 620, 812
– Neuronenaktivität/aktivierung 808, 816, 820
Neuropeptid 475, 657, 695, 703
– System 9, 582
Neurophysiologie 37, 117, 803, 805, 807, 808, 811, 836, 843, 846, 849
Neuropsychose 160
– Neuropsychologie 619, 724, 732, 733
Neurose 34, 44, 75, 84, 131, 148, 149, 152, 153, 154, 158, 170, 301, 334, 340, 375, 384, 476, 482, 518, 529, 535, 619, 621, 794, 797, 822, 823
– Begehrens/Rentenneurose 621
– Charakterneurose 518
– Kriegsneurose 5, 148, 151, 849
– narzisstische 518
– Symptomneurose 149, 158
Neurotransmitter 356, 357, 571, 695, 703, 820, 862
Neurowissenschaft 2, 792, 803, 805, 806, 807, 809, 820
Neustrukturierung 239
Nichtwillkürlichkeit 254, 351
Nikotin 356–358, 408
– Abhängigkeit 350
– Abusus 350, 362, ▶ Tabakabusus
– Belastung 765
– Pflaster 67, 350, 800
– Substitution 350
– Sucht 360
Notfall 628, 737, 761
– Aufnahme 654
– Behandlung 737
– Induktion 627
– Koffer 410
– Maßnahme 175, 178
– Praxis 626
– Situation 626, 648, 737
– Reaktion 171
– Reflex 590
– Versorgung 628

O

Objekt
– Besetzung, libidinöse 73
– Beziehung, internalisierte 149
– Beziehungserfahrung 155
– Beziehungstheorie 161
– Bild 153
– Fixierung 185
– Sexualobjekt 393, 395, 399
– Übergangsobjekt 294, 369, 524, 799
– Wahrnehmung 812

– Welt, innere 153
Ohnmacht 280, 309, 343 677, 678
– Anfall/Attacke 62, 452
– Gefühl 311
– Phantasie 4, 68
Onanie 398, 399
Orgasmus 388–390, 396, 398, 399
– Muster 399
– Störung 388–399
– – weibliche 389, 390
– – männliche 389, 390
Orientierung 7, 15, 256, 351, 357, 393, 427, 429, 433, 440, 534, 676, 762
– Funktion 352
– geistige 81
– Hilfe 79, 201, 252
– Losigkeit 214
– Phase 442
– Reaktion 663, 664
– sexuelle 388
– Störung 529
– Störung 389, 390, 399, 529
Ort, sicherer 151, 295, 393, 451, 453, 455, 573

P

Pacing 59–62, 66, 68, 215, 221, 231, 246, 248, 249, 250, 313, 314, 344, 600, 741, 742
Panik 22, 262, 416, 419, 421, 451, 455, 471, 557, 629, 665, 706, 761, 801
– Attacke/Anfall 288, 297, 298, 444, 447, 464, 475, 503, 796
– Reaktion 165
– Störung 115, 116, 467, 567, 797
– Syndrom 443
Parabel 230, 231, 238, 341
Paradox 254, 255, 262, 351
Paralyse 45, 47
– hypnotische 46, 180
– konversionshysterische 46, 47
– Schlafparalyse 403
Parasomnie 403
Parästhesie 178, 598, 613
Parodontitis 735, 739, 743
Partner/Partnerschaft 29, 67, 94, 236, 245, 258, 261, 265, 266, 273, 360, 361, 389, 390, 391, 393–399, 405, 414, 424, 449, 453, 591, 593, 638, 661, 679, 690, 691, 739, 862
– Ab-/Entwertung 394, 395
– Ersatz 500
– Wahrnehmung 391
Persönlichkeit 8, 58, 63, 153, 154, 155, 191, 485, 487, 490, 493, 527, 649, 724, 730, 760, 762
– Anteil 51, 80, 83, 143, 146, 152–154, 156, 263, 314, 393, 395, 397–399, 486, 490, 492, 494
– – normaler (ANP) 487
– – emotionaler (EP) 487
– Ebene 762
– Eigenschaft 125, 404, 405
– emotionale 487
– gespaltene 732
– hysterische 536
– Merkmal 238, 239, 410
– narzisstische 63
– oral dependente 65
– psychopathische 58
– rigide 64
– schizoide 64
– Störung 57, 67, 153, 158, 367, 375, 518, 523, 560, 786, 795, 796, 801, 837
– – abhängige 367, 368, 459
– – histrionische 135, 149
– – zwanghafte 604
– Struktur 63, 190, 191, 334, 375, 377, 518, 699, 861
– Strukturdefizit 518
– Theorie 137
– umgetauschte 833
– Variable 105
– Veränderung 423
– Zug 157, 370
– – depressiver 369
– – narzisstischer 369
– Zustand 486
Phänomenologische Methode nach Shor 109, 112
Phantasie 9, 19, 24, 26, 27, 28, 59, 120, 125, 126, 153, 157, 159, 164, 209, 232, 233, 328, 345, 352, 375, 377, 378, 392, 398, 519, 520, 521, 523, 538, 550, 551, 553, 554, 590, 606, 645, 649, 736, 768, 771, 774, 826, 839
– aggressive 702
– Allmachtsphantasie 689
– Erleben 647
– innere 713, 716
– Lösungsphantasie 421
– Reise 650, 725, 728, 730, 731
Phobie 29, 165, 261, 367, 451, 456, 459, 461, 464, 465, 589, 795, 801, 858
– Agoraphobie 451, 452, 453, 455, 457, 464, 797
– Akrophobie 467
– Behandlung 29
– Flugphobie 467, 473
– Höhenphobie 29, 463
– Klaustrophobie 467
– Objektphobie 797
– situative 461
– soziale 164, 451, 456–458, 465
– spezifische 461, 463–465, 467
– Spritzenphobie 735
– Technik 463
– Todesphobie 29
– Zahnbehandlungsphobie 735, 737, 746, 748
Placebo 19, 122, 581, 601, 610, 640, 793, 794, 800
– Effekt 116, 741
– – selbstinduzierter 598
– Forschung 19, 96
Plastizität 9, 134, 280, 291, 503, 811
– Neuroplastizität 679, 803
– psychische 517
– psychosomatische 19
– somatisch 20
Positronenemissionstomografie (PET) 17, 45–49, 179, 803, 808, 811, 813, 814, 816, 818–820, 848
Prestige 120, 123
Priming 26
Problempatient 664, 736, 740, 741, 748
Produktivität 56
Progression 26, 27, 522, 528, 784, 861
– Altersprogression 289, 393, 396, 397, 608, 635, 784, 786
– Zeitprogression 90, 256, 378–380, 383, 411, 430, 468, 471, 473, 552, 860
– Zukunftsprogression 33, 37, 367
Projektion/Projizieren 20, 24, 51–53, 303, 487, 492, 517, 738, 742, 859
– Elternprojektion 64
– Eltern-Kind-Projektions-Methode 66
– Fläche 76, 399
– Technik 303
Prophezeiung 98, 99, 122, 354, 838
Provokation 65, 100, 101, 103, 596, 738, 823
Pseudokausalität 210
Pseudokonkretheit/konkretismus 205, 206, 209
Pseudologik 215
Pseudoorientierung 256, 264
Psychiatrie 137
Psychoanalyse 130
Psychoedukation 371, 406, 683
Psychologie 137, 339, 844, 852, 862
– Gestaltpsychologie 36, 256
– Jungsche Psychologie 731
– positive 163, 164
– Sozialpsychologie 204
– Tiefenpsychologie 31, 52, 130, 835
Psychoneuroimmunologie (PNI) 570, 571, 573, 578, 686, 693, 696, 697, 702, 703
Psychoonkologie 674, 675, 681–683, 687, 690, 691
Psychopathologie 844

Psychosyndrom, organisches (OPS) 724
Psychotherapieforschung 793
Puységurismus 822, 831–833

R

Rapid Induction Analgesia 668
Rapid Induction Technique 743
Rapport 6, 15, 40, 54, 57–61, 63, 67, 70, 80, 84, 120, 123, 124, 126, 130, 132, 133, 135, 171, 183, 198, 191, 206, 207, 214, 217, 221, 224, 225, 232, 238, 239, 257, 280, 333, 353, 355, 358, 366, 369, 377, 382, 384, 399, 465, 502, 517, 528, 534, 537, 662, 664, 671, 675, 716, 736, 743, 780, 806, 837, 841, 845, 847, 852, 858, 859
– Bedingung 546
– Gestaltung 534, 536–540
– hypnotherapeutischer 80
– hypnotischer 132, 144
– Modell 40
– stabiler 295
– therapeutischer 80, 356
– Verlust 290
Ratifikation/Ratifizierung 15, 24, 30, 63, 67, 225, 304, 333, 469, 508, 524, 561, 606, 607, 609, 677, 715, 782
Rätsel 231, 232, 237, 285
Rauchen 6, 21, 25, 27, 29, 66, 205, 225, 250, 334, 350–363, 365, 385, 408, 739, 797, 799, 800, 801, 858
Reaktionserwartung 120, 121–124, 126
Realität 19, 24, 33, 36, 42, 55, 143, 207, 212, 214, 231, 244, 320, 455, 494, 518, 520, 525, 529, 591, 687, 731, 757, ▶ Wirklichkeit
– Alltagsrealität 674
– Bewältigung 246
– Erfahrung 860
– Orientierung 109, 131, 133, 170, 177
– Prüfung 280, 486, 518, 519
– subjektive 5
– Wahrnehmung 811
Reflexion 302
Reframing 18, 26, 28, 79, 84, 247, 254–261, 263–267, 294, 311, 333, 351, 352, 367, 370, 395, 442, 444, 539, 541, 545, 608, 705, 707, 752, 783, 784, ▶ Umdeutung
– Bedeutungsreframing 258–260
– implizites 261, 266
– Kontextreframing 258, 260, 261, 266, 784
– Kurzreframing 258, 261, 266
– Prozess-Reframing 263
– Sechs-Schritt- (Six-Step-)Reframing 263, 265, 266, 352
Regeneration 24, 143, 247, 429
Regression 9, 15, 20, 23–27, 30, 51, 52, 64, 68, 121, 143, 145, 165, 290, 291, 301, 333, 337, 396, 451, 455, 456, 492, 518, 528, 597, 605, 607–609, 613, 615, 629, 658, 708, 709, 710, 712, 713, 716, 719, 742, 859, 861
– Altersregression 18, 21, 33–37, 39, 58, 62, 64, 81, 97, 108, 126, 134, 157, 173, 211, 240, 249, 256, 278–281, 284, 286, 288–297, 302, 303, 306, 351, 353, 367, 416, 420, 424, 444, 456, 504, 541, 542, 556, 597, 607, 681, 742, 747, 784, 833
– – hypnotische 289, 290–292, 296, 299, 600
– – reaktionsgeleitete 292
– – spontane 556, 626, 628
– analytische 705
– Arbeit 709, 715
– Bereitschaft 190
– Hilfe 252
– Prozess 557
– Situation, traumatisierende 295
– topische 290, 291
– Verlauf 156
– Zeitregression 430
Rehabilitation 29, 88, 490, 493, 643, 732, 801
– emotionale 658
– Medizin, psychosomatische 148
– physische/physikalische 658
– psychosomatische 149
Reinkarnation 289, 290
Reintegration 490, 537, 545, 782
– soziale 459
Reiz/Reizung 8, 17, 23, 183, 217, 390, 423, 589, 710, 745, 761, 818
– Abschirmung 593, 595, 597
– akustischer 463, 804
– äußerer 118, 219
– aversiver 595
– Exposition 29, 860, 861
– externaler/externer 23, 33, 220
– imaginierter 219
– Habituation 589
– Husten 702
– kinästhetischer 744, 745
– Konfrontation 150, 861
– monotoner 182, 184, 843
– phobischer 860
– psychische 398
– Reaktion 779, 780, 786
– rhythmischer 219
– sensorischer 589
– sexueller 393, 395, 397
– Situation 198
– stimulierender 40
– Überflutung 56
– Verarbeitung 589
– Verminderung 523
– visueller 589, 744, 745, 804
– Vorgabe 218
– Würgereiz 664, 735, 742, 746–748
Reizbarkeit 724
Reizdarm 795
– Diagnose 564
– Schweregrad 560
– Stufentherapie 566
– Symptom 560, 564
– Syndrom (RDS) 559, 560, 563, 566, 568
Reizmagen 559
Rekonstruktion/Rekonstruktivität 18, 24, 58, 59, 63, 68, 207, 291, 334, 493, 608, 610, 614, 615, 620, 621, 859, 861, 862
– fiktive 25
– narrative 476, 477
– Prozess 291
Relaxation 195
– Grad 811
– mentale 806
– (Muskel)Relaxation, progressive, nach Jacobson (PMR) 188, 549, 600, 851
Remission 4, 580, 581
– spontane 787
Reorientierung 108, 248, 249, 285, 432, 471, 676, 714
Reparation 302, 525
Resilienz 476, 483
Resonanz 9, 307, 677, 708
– innere 263, 265
Ressource 6, 9, 10, 15, 21, 25, 26, 38, 55, 56, 62, 63, 68, 75–82, 84, 87, 91, 150, 151, 155, 164, 165, 180, 214, 246, 249, 250, 256–258, 260, 266, 278, 293, 294, 296, 302, 314, 321, 325, 329, 333, 339, 344, 345, 351, 353–355, 360, 369, 378, 379, 391, 414, 416, 417–421, 433, 442, 443, 451, 457, 463, 464, 468, 470, 473, 476, 478–483, 512, 518, 537, 540, 541, 542, 545, 550, 552, 565, 579, 581, 582, 587, 605–607, 611, 626, 651, 653, 658, 660, 669, 678, 682, 691, 698, 705, 707, 708, 710, 713, 714, 719, 737, 758, 761, 766–768, 770, 772, 775, 783, 784, 799, 852, 860–863
– abgespaltene 25
– Aktivierung 150, 252, 470, 767, 768, 770, 800
– Aktualisierung 424
– allgemeine 417
– Arbeit 81, 91
– Aufbau 697, 700
– Erfahrung 417, 420, 423, 424
– externale 698

– fiktive 27
– förderung 780
– individuelle 31
– internale 698
– interpersonale 71
– intrapersonale 72
– Orientierung 76, 79, 80, 87, 369, 371, 517, 541, 600, 601, 701, 702, 752, 767, 777, 784, 858
– reale 27
– Reservoir 155
– spezifische 61, 81, 416, 419, 420, 424
– Suche 681, 736
– Transfer 311
– Übung 376
– unbewusste 30, 74, 76, 170, 468, 469, 852
– verborgene 76, 852
– Widerstandsressource 416
– Zustand 264
Restriktion
– motorische 137, 170
Rhythmus 98, 200, 273, 366, 454, 455, 528, 562, 588, 754, 781
– Störung 588–590
– – zirkadiane 403
– Verlust 588
Ritual/Ritualisierung 2, 4, 20, 70, 72, 75, 96, 102, 103, 170–173, 175, 180, 193, 202, 283, 284, 350, 355, 356, 359, 430, 480, 676, 754, 762, 785, 800
– Amnesieritual 286
– Aussöhnungsritual 356
– Erlösungsritual 342
– Handlungsritual 3
– Heil(ungs)ritual 2, 95, 657
– hypnotische/Hypnoseritual 44, 74, 75, 76, 170, 175, 351, 676, 853
– Ich-verstärkendes 317
– motorisch-kinästhetisches 177–179
– Rauchritual 350, 356
– Selbsthypnoseritual 676, 691, 701
– Tranceritual 2
– Übergangsritual 360
– Verabschiedungsritual 356
– Verführungsritual 392, 397
– Verstärkungsritual 173
– Vertiefungsritual 180
– Zubettgehritual 408
Rückfall 129, 265, 355, 358, 362, 363, 366, 367, 369–372, 378, 449, 486
– Prophylaxe 310, 355, 366, 368, 372
– Wahrscheinlichkeit 355
Rückführung 193, 199, 200, 278, 284, 292, 418, 458, 715, 780
– Prozedur 193
– Ritual 199
Rücknahme 284, 420, 421, 579, 580, 669
Rückwärtstechnik 461, 462
Ruhe 155, 187, 189, 205, 206, 208, 211, 214, 219, 224, 244, 271, 272, 296, 297, 314, 321, 343, 366, 368, 371, 378, 417, 418, 421, 423, 440–443, 447, 471, 477, 481, 505, 513, 528, 590, 606, 618, 627, 628, 676, 680, 713, 715, 718, 728, 729, 735, 737, 774, 782, 784, 849
– Atmung 719
– Bedingung 804
– Bild 410, 419, 541, 543, 544, 743
– Entspannung 595
– Erfahrung 424
– Formel 186
– Haltung 442
– Hypnose 383, 477
– Induktion 417, 420, 421, 447
– innere 250, 541, 553, 643
– Kraft 713
– Liegen 672
– Ort 419, 442, 712
– Pause, hypnotische 492
– Phase 414
– Punkt, fixer 170
– Suggestion 185, 186
– Zeit 415, 647
– Zustand 130, 191, 196, 343
Rumination 475, 476

S

Schachtelgeschichte 248, 284, 285, 754
Scham 100, 445, 446, 510, 660, 662–664, 672, 779
– Gefühl 205
– Grenze 663
Schamane/Schamanismus 2, 3, 53, 95, 102, 103, 182, 230
Schlaf, neurologischer 170
– Apnoe-Syndrom 403, 705, 706
– Effizienz 402, 409
– Hormon 411
– Hygiene 403, 406, 412
– hypnotischer 846
– Losigkeit 401, 604, 706, ▶ Insomie
– Qualität 407
– Schlaf, verbesserter 454, 638
– Störung 29, 150, 261, 269, 366, 401–411, 415, 476, 481, 706, 707, 760–762, 769, 770, 795, 799, 801
Schleimhaut
– Entzündung 690, 735
– Erkrankung 739
Schmerz 26, 27, 36, 47, 48, 52, 58, 59, 64, 66, 88, 90, 94, 98, 116, 143, 150, 157, 163, 172, 190, 212, 214, 222, 232, 237, 243, 250, 298, 319, 320, 330, 381, 394, 401, 487, 513, 544, 553, 554, 559, 560, 561, 564, 565, 571, 580, 586–602, 604–611, 613–616, 618–621, 627, 629, 631, 633–635, 637, 638, 644, 647–651, 653–656, 658, 660, 661, 663, 668, 670–672, 674–676, 679, 680, 682, 684, 688–691, 696, 700, 714, 718, 735, 737, 738, 740, 743, 745, 747, 763, 770, 771, 773–776, 797, 800, 804, 816–820, 858
– Abbau 84
– akuter 17, 29, 116, 604, 689, 735, 801
– Analgesie 765
– Anamnese 593, 594, 609
– Anfall/Attacke 279, 563, 565, 590, 613, 618
– Bauchschmerzen 559, 562–564, 600, 769, 770–773
– Behandlung/Therapie 26, 597, 598, 600, 601, 627, 683, 684, 689, 738, 739, 796, 858
– Bewältigung/Bekämpfung 5, 6, 25, 28, 29, 214, 222, 235, 591, 746, 797, 800
– chronischer 27, 29, 115, 116, 211, 250, 500, 554, 555, 588, 601, 604, 611, 738, 794, 801, 816
– Empfindung/Erleben 143, 390, 433, 544, 611, 735, 817, 818
– Fokussierung 591–593
– Forschung 589
– Freiheit 605, 611, 680, 746
– Geburtsschmerz 795, 801
– Gedächtnis 619–621, 679
– Gelenkschmerz 96, 376, 572, 731
– hypnotisch induzierter 47, 48, 819
– Kommunikation 591, 593
– Kontrolle 36, 44, 116, 214, 329, 613, 631, 642, 643, 648, 650, 651, 686, 688, 689, 735, 738, 739, 748, 776, 816, 817
– Kopfschmerz 2, 29, 116, 415, 554–556, 563, 586, 588, 590, 597, 601, 610, 735, 759, 765, 770, 776, 795, 801, 816, 822
– Linderung 17, 214, 592, 605, 607–611, 620, 656, 686, 688
– Operationsschmerz 638, 794, 795, 801
– Phantom(glied)schmerz 613–615, 619–621, 735
– postoperativer 29, 636, 638, 646
– psychischer 587
– psychosomatischer 36, 586, 587, 589, 591, 595, 599, 600, 602
– Reduktion 115, 116, 211, 564, 605, 606, 611, 613, 746, 819
– Rückenschmerz 84, 225, 507, 587, 588, 590, 596, 609
– Schwelle 116, 560, 568, 626
– somatischer/somatoformer 36, 586, 795
– somatosensorischer 818

– Störung 604
– – psychosomatische 586–589
– Symptomatik 598
– Tagebuch 593, 678
– traumatischer 113
– Typ 590
– Verarbeitung 357, 818, 819
– Verschiebung 614, 615
– Verstärkung 605, 609
– Wahrnehmung 689, 696, 773, 817–820
Schock 94, 95, 445, 658, 786
– Behandlung 654
– Reaktion 656
– Zustand 626
Schuld 138, 242, 482, 542, 592, 653, 656
– Frage 446
– Gefühl 269, 370, 445, 446, 456, 500, 506, 510, 656, 682
– Problematik 440, 445
– Thema 700
– Vorstellung 446
– Vorwurf 446
– Zuweisung 761
Schutz 7–9, 16, 30, 44, 73, 146, 178, 224, 375, 376, 411, 448, 481, 491, 492, 511, 520–522, 650, 657, 758, 759, 784, 861
– Engel 294, 342
– Funktion 456, 597, 602, 758, 759
– Mechanismus 752, 753
– physischer 144
– psychischer 144
– Raum 51
– Reaktion 443
– Reflex 590, 744, 752
– Schild 346
– symbolischer 517
– therapeutischer 301
Schwere 171, 183, 185–189, 194, 383, 541, 676, 717, 726, 756, 849, 850
– Losigkeit 731
Sedierung 631, 635, 661, 670, 671
– intravenöse 670–672
– medikamentöse 662
– pharmakologische 638, 661, 670, 671
– präoperative 638
Seeding 16, 26, 218, 502, 504, 564, 662–664, 698, 738, 746, 769, ▶ Einstreuen/Einstreuung
Selbst 80, 152, 153, 156, 225, 261, 351, 396, 507, 697, 700, 713, 728, 729, 730, 858
– Abwertung 311, 779
– Achtsamkeit 159
– Achtung 366, 368, 388–390, 597
– Aktivierung 356
– Akzeptanz 311
– Analyse 160
– Attribution/Attribuierung 309, 317, 459
– Beherrschung 321, 741
– Belohnung 352, 356, 678
– Beobachtung 46, 106, 391, 453, 781, 782, 786, 860, 861
– Beschreibung 107
– Bestimmung/Bestimmtheit 56, 57, 62, 63, 271, 396, 398, 634, 638
– Beurteilung 109, 452
– Bewusstsein 275, 311, 371, 767, 769, 780, 782, 785
– Bild 19, 76, 146, 155, 156, 157, 252, 262, 269, 333, 340, 355, 582, 618
– Definition 354, 355
– Disziplin 84
– Effizienz 691
– Entdeckung 81
– Erfahrung 135, 155, 262, 263, 684
– Erinnerung 324
– Gefühl 3, ▶ Identität
– Heilung 19, 85, 164, 702, 728, 730, 731, 787, 793, 794
– – Kraft 4, 150, 159, 639, 686
– – Potenzial 728
– – Ressource 781, 783
– Hilfe 159, 367, 374, 601, 683, 786
– Hypnose 5, 15, 23, 84, 88, 99, 113, 150, 224, 307, 319–331, 351, 352, 354, 356, 357, 359, 361, 369, 376, 379, 389, 394, 395, 397, 417, 423, 424, 434, 449, 454, 467, 490, 493, 520, 521, 524, 541, 542, 563–565, 579, 601, 608–610, 618, 627, 646, 651, 661, 674–683, 685–691, 697–699, 701, 735, 738, 742, 746, 747, 755, 756, 760–762, 767, 774–776, 782, 787, 799, 800
– – Training 23, 224, 358, 369, 488, 489, 739
– – Übung 322, 327, 329, 410
– – Verfahren 326
– Induktion 182, 774
– Instruktion 741, 861
– Kernselbst 398
– Körperselbst 524
– Kohärenz 476
– Kompetenz 675
– Kontrolle 42, 62, 70, 188, 360, 385, 399, 467, 491, 758, 780, 781, 782, 822
– Konzept 80
– Management 371, 566
– Mord 513, ▶ Suizid/Suizidalität
– Motivierung/Motivation 356
– Organisation 9, 10, 40, 79, 355, 589, 803
– Programmierung 84
– Reflexion, professionelle 684
– Regulation 379, 408, 571, 782, 862
– Repräsentation/Repräsentanz 153, 487, 522, 806
– Schädigung 8, 243, 284, 286, 510
– Schutz 144
– Sicherheit 83, 150, 396
– Ständigkeit 65, 212, 384, 524, 781, ▶ Autonomie
– Suggestion 99, 416, 418, 422, 425, 433, 564
– Tiefenselbst 713, 718
– Unterdrückung 65
– Verletzung 487
– Verstümmelung 487
– Vertrauen 310, 320, 326, 329, 434, 472, 491, 553, 729, 760, 761
– Wahrnehmung 120, 154, 160, 366, 592, 742, 756, 761, 767, 770, 781
– – Defizit 594
– – Störung 587
– Weisheit 700
– Wert/-gefühl 54, 55, 116, 269, 375, 382, 383, 417, 451, 499, 501, 763, 767, 858
– – Regulation 54
– Wirksamkeit 310, 311, 414, 417, 496, 581, 582, 601, 675, 678, 683, 684, 752, 782
– Wirksamkeitserwartung 581, 582, 601
– Zweifel 261
Selbstheit 838
Serotonin 356, 357, 475, 496
Setting 117, 123, 133, 154
– Einzelsetting 391
– experimentelles 123, 690
– Gruppentherapiesetting 149, 220, 350
– hypnotisches 280, 288, 291
– klinisches 123, 479
– Paarsetting 391
– therapeutisches/Therapiesetting 100, 149, 160, 184, 397, 489, 776
Sexualität 55, 56, 73, 100, 388, 392, 394, 396, 398, 399, 487, 548
Signalisieren
– Fingersignalisieren 176
– ideomotorisches 173, 175, 176, 288, 492, 643
– ideosensorisches 176
– Ja/Nein-Signalisieren 265
Sinneseindruck 773, 811
Sinnesempfindung 542
Sinneskanal 191, 462, 635, 642, 660, 676, 741
Sinneskarte 454
Sinnesmodalität 470, 527, 607, 635, 743, 769, 771, 811, 812, 860
Sinnesqualität 441, 542, 543, 684, 775
Sinnesreiz 817

Sinneswahrnehmung 773
Sjögren-Syndrom 570
Sklerodermie 570
Sklerose, multiple 508, 570, 693, 700
Somnambulie/Somnambulismus 71, 106, 125, 139, 140, 278, 279, 290, 822, 829–836, 838, 839, 840, 847
– magnetischer 831
– romantischer 72, 74, 138, 282, 834, 840
Sorgfalt 146, 653, 708
– Pflicht, therapeutische 134, 661
– Technik 660
Spannung 188, 220, 223, 231, 323, 325, 326, 367, 374, 394, 395, 405, 440, 442, 448, 454, 458, 550, 594, 626, 629, 649, 725, 736, 754, 766, 799
– Abbau/Auflösung 715, 779, 780
– Bogen 95, 96, 99, 101
– Kopfschmerz 29, 116, 415, 593, 816
Spiritismus 2, 840, 842, 843, 845
Sprachmodell 205
Sprachmuster 207, 512, 562, 563, 780, 787
Sprechpause 221
Stabilisation/Stabilisierung 67, 159, 368, 370, 470, 489, 491, 524, 544, 697, 699
Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults (SHCS) 108, 110, 644
Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS) 106, 110
Stanford Profile Scale (SPS) 107
Stellvertreter 7, 210, 269–271, 273–276, 505, 860
– Situation 275
– Technik 215, 218, 235, 239, 269, 270, 273, 275, 276, 504
Stress 66, 67, 97, 250, 252, 328, 329, 360, 399, 404–406, 408, 410, 411, 415, 416, 418, 422, 423, 443, 449, 486, 537, 541, 548, 560, 561, 563, 565, 571, 573, 591, 597, 618, 621, 632, 635, 637, 642, 660, 672, 674, 682, 689, 690, 693, 695, 705, 736, 739, 746–748, 775, 782, 785, 800, 804
– Abbau 163, 367
– Acute Stress Disorder 475
– akuter 414
– Arbeitsstress 399
– Auslöser 423, 635, 782
– Ausmaß 632
– Bedingung 420, 695
– Belastung 416, 736, 748
– Bewältigung 407, 412, 419, 423, 567, 779
– Dauerstress 361, 414
– Denken 418
– Erleben/Erlebnis 394, 415, 416
– Faktor 488
– Folge 416
– Forschung 425
– Freiheit 747
– Hormon 17, 21, 475, 779, 820
– Kaskade, neurohumorale 475
– kognitiver 404
– Lösungsprozess 422
– Management 425, 696
– Pegel 715
– Phänomen 541
– Potenzial 661
– Problem 28
– Prüfungsstress 424
– Reaktion 17, 21, 26, 390, 392–394, 396, 425, 445, 571, 675
– – autonome 636
– – physiologische 638
– Reduktion/Reduzierung 24, 320, 385, 541, 566, 678, 690
– Reiz 115
– Resistenz 163
– Situation 419, 420, 422, 425, 590, 591, 695, 719, 746, 747, 784
– – medizinische 632
– Symptom/Symptomatik 134, 415, 416, 417, 422, 449
– Syndrom, akutes 415
– – chronisches 415, 416, 425
– – posttraumatisches 452
– traumatischer 113
Struktur/Strukturierung 47, 56, 57, 65, 119, 131, 133, 149, 184, 189, 190, 206, 213, 234, 236, 239, 248, 249, 265, 290, 528, 549, 567, 725, 753, 754, 760, 761, 809, 852
– Auflösung 239
– Defizit 519
– dependente 55, 61, 65, 67
– depressive 377
– hysterische 56, 377
– kognitive 8, 256
– masochistische 64, 65, 67
– narzisstische 377
– neurotische 152, 153
– psychopathische 55, 63, 64
– schizoide 55, 377
– Schwäche 57
– zwanghaft-rigide 56, 63, 305, 377, 380
Stupor 17, 833
Subliminalebene 16, 859
Substanz
– Abhängigkeit 518, 795, 801
– Abusus 795, 796
– Missbrauch 488
Sucht 67, 263, 350, 351, 357, 359, 363, 367, 797
– Behandlungsmodell 371
– Dynamik 357
– Erkrankung 766
– Kranker/Krankheit 310
– Mittel/Stoff 358, 359
– – Konsum 738
– Muster 352
– Problem/Problematik 135, 265, 351, 352, 362
– Strategie 779
– Struktur 779
– Therapie 362, 363
– Verhalten 66, 357
Suggestibilität 15, 20, 21, 23, 24, 105–109, 116, 121, 125,131, 137, 144, 183, 205, 238, 280, 283, 362, 378, 481, 485, 529, 581, 582, 600, 632, 643, 684, 727, 805, 813, 846, 847, 861
– Hypersuggestibilität 105
– hypnotische 2, 105, 117, 152, 816
– primäre 125
– sekundäre 125
– Suggestibilitätstest 108
– Wachsuggestibilität 113
Suggestion 2, 5, 7–9, 16–21, 23, 24, 28, 33, 39, 40, 42, 48, 51, 52, 60, 61, 67, 68, 73, 83, 93–100, 102, 103, 105, 106, 108, 113, 116–118, 120–123, 125–127, 133, 134, 139, 142, 143, 144, 148, 160, 161, 164, 171, 173, 175, 180, 180, 183–185, 187–190, 193, 194, 196–202, 208–215, 217, 220, 221, 225, 231, 233, 237, 239, 240, 259, 270, 274, 281–283, 285, 290, 302–304, 309, 310, 315, 320, 321, 323, 324, 330, 353, 355, 361, 362, 370, 374, 377, 378, 381, 383, 395, 397–399, 409–411, 415, 424, 478, 482, 491, 527, 528, 543, 561, 562, 564, 571, 575, 578–582, 605, 609, 610, 632–638, 643, 644, 647–649, 651, 654, 656, 665, 668, 669, 675, 676, 679, 685, 688, 690, 715, 718, 719, 725, 730, 731, 738, 739, 744, 745, 747, 748, 752, 754, 768–771, 783, 784, 787, 804–806, 809, 812, 815, 819, 842, 845–852, 859
– Auto-/Selbstsuggestion 99, 303, 330, 391, 398, 416, 418, 422, 425, 433, 564, 661, 676, 680, 681, 683
– Challenge-Suggestion 125, 171, 175, 180, 196
– criminelle 140
– direkte 9, 66, 123, 190, 197, 200, 210, 234, 239, 270, 274–276, 283, 538, 561, 562, 610, 634, 649, 676, 690, 716
– Durchblutungssuggestion 715, 717, 718, 721
– Effekt 202
– eingestreute 512, 562
– Fremdsuggestion 68, 861, 683

– hypnotische/Hypnose 43, 47, 105, 160, 225, 579, 580, 582, 653, 658, 800, 812, 817, 820, 848
– Hypothese 177
– Ich-stärkende 310, 311, 523, 524, 561, 562
– indirekte 15, 190, 197, 200, 204, 208, 215, 221, 238, 249, 250, 258, 275, 351, 353, 381, 455, 538, 541, 562, 563, 634, 676, 690, 716, 748, 754, 815
– individuelle 361
– Induktionssuggestion 676
– kinästhetische 453
– Kontrollsuggestion 780
– Kühlesuggestion 598
– Lehre 847
– Lösungssuggestion 243
– Metasuggestion 145
– Modell à la Bernheim 39
– negative 208, 632, 636, 643, 675, 681, 736, 738, 752
– paradoxe 62, 63
– positive 323, 633, 639, 665, 675, 683, 738, 742, 743
– posthypnotische 15, 16, 43, 67, 107, 108, 125, 131, 223, 249, 281, 303, 320, 327, 329, 351, 353, 359, 361, 370, 397, 440, 448, 471, 480, 481, 501, 507, 522, 524, 561, 562, 579, 580, 608, 609, 635, 669, 698, 701, 812, 823, 851, 860
– prähypnotische 655
– Prinzip 83, 262
– Technik 196, 201, 202
– Testsuggestion 605
– Theorie 3, 72, 75, 845–847, 850
– therapeutische/Therapie 72, 160, 211, 213, 579, 582, 595, 637
– Vertiefungssuggestion 218
– Wachsuggestion 632, 634, 635, 638
– Wärmesuggestion 598
Suizid/Suizidalität 64, 99, 459, 476, 480, 481, 497, 513
– Drohung 513
– Gefahr/Gefährdung 739, 862
– Tendenz 267
Superperson 477–479
Swish
– Muster 351, 354, 355
– Technik 783
Symbiose 19, 52, 305, 517–519, 523, 525
Symbol/Symbolik 16, 19, 22, 52, 155, 156, 204, 211, 231, 235, 284, 295, 302, 320, 325, 430, 475, 514, 517, 519, 520, 528, 535, 540, 541, 543–545, 554, 555, 557, 724, 725, 728–730, 758, 768, 770, 772, 774, 775, 784, 817, 836, 852, 860
– Arbeit 528, 557
– Darstellung 770, 772, 775
– Figur 768
– Handlung 785
– Inhalt 769
Symbolisation/Symbolisierung 24, 283, 294, 517, 555, 683, 684, 784, 787
Symptom
– Beschreibung 542, 770
– Freiheit 28, 447, 449
– Kontrolle 676, 679, 680, 686, 691
– Linderung 562, 799, 800
– Personifizierung 767, 770, 771, 773, 775
– psychosomatisches 587
– Reduktion 489, 491, 561, 567, 573, 576
– Repräsentation 537, 544, 545
– Verschreibung 8, 261, 262, 351
– Verstärkung 544, 606–608
Synergie 161, 691

T

Tabakabusus 795–797, 801, 858, ▶ Nikotin, ▶ Abusus
Tanz/Tanzen 155, 158, 160, 322, 327, 597, 756
– freies 601
– Therapie 154
Tellegen Absorption Scale (TAS) 119
Tertium
– intrapersonales 77
– therapeutisches 6, 11, 69–77, 80, 172, 175, 177, 294, 352, 366, 852
– transpersonales 77
Therapieabbruch 539
Tinnitus 21, 423, 424, 705–715, 719, 720, 722, 795, 796, 801
– akuter 715
– Behandlung 705
– chronischer 705–709, 713–715
– dekompensierter 707
– Reframing 705
– Simulator/Simulation 708, 709, 711, 712, 714
– Symptomatik 424
– Therapie 709, 711
– Ton 706–708, 713
Tod/Todes 81, 157, 289, 338, 343, 375, 405, 445, 456, 457, 633, 679, 688, 689, 696, 743, 781, 835
– Angst 343, 476
– Fall 657, 661
– Phobie 29
– Rate, postoperative 657
– Ursache 674
Trance 2, 4–7, 9, 10, 15–27, 30, 33, 44, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 61–68, 75, 80, 84, 85, 90, 93, 98, 103, 106, 108, 109, 114, 115, 121, 123, 124, 126, 130–135, 138, 142, 143, 146, 150, 152, 153, 156, 157, 161, 164, 165, 170–175, 177–179, 182–184, 186, 187, 204, 207–209, 211, 213, 217–225, 236, 239, 240, 246, 248, 262–265, 269, 271, 274, 275, 280–285, 289–292, 296, 299, 302, 307, 310–312, 319, 321, 325, 326, 329, 334, 351, 353–355, 357–360, 366, 377, 378, 379, 383, 391, 393, 394, 398, 399, 411, 418–421, 423–425, 429, 431, 432, 441, 444, 447, 451, 453–456, 458, 463, 465, 469–471, 478, 479, 488, 492, 493, 501, 502, 504, 507, 508–510, 512, 514, 520–523, 527, 541, 543–545, 548, 550, 551, 554, 555, 557, 561, 562, 564, 567, 568, 574, 579, 580, 581, 593, 596, 597, 600, 614, 618, 626, 627, 628, 632, 635, 637, 638, 642, 645, 648, 649, 653–657, 666, 667, 669, 680, 697, 699, 701, 708, 709, 711, 712, 714, 715, 719, 720, 722, 724, 726, 727, 731, 732, 736, 743, 744, 746, 747, 752, 753, 755–757, 759, 761–763, 770–775, 780, 781, 784–786, 792, 794, 805–807, 809, 811–820, 833, 858, 859, 861
– Alltagstrance 106, 756
– Arbeit 217, 219, 263, 284, 301, 329, 378–380, 383, 384, 753, 754, 755
– Bedingung 150
– Behandlungstrance 705, 708, 722
– Bereitschaft 20, 184, 218
– Bewusstsein 15, 16, 859, 861
– Charakteristika 551
– Durchblutungstrance 715
– Ebene 16, 860
– Eigentrance 224
– Erfahrung 51, 63, 122, 124, 218, 362, 379, 423, 468, 470, 473, 541, 562, 698, 817
– Erleben/Erlebnis 120, 217, 319, 321, 394, 399, 417, 813
– erotische 391, 393, 394, 396, 399
– Entspannungstrance 393, 410
– Fähigkeit 62, 84, 126, 143, 222, 321
– fraktionierte 354, 564
– Forschung 809
– Gegentrance 517
– Gestaltung 60
– Gruppentrance 593
– hypnotische 2–5, 7, 9, 17, 18, 21–23, 30, 31, 33, 51, 54, 64, 80, 81, 106, 115, 118–122, 131, 142–146, 177, 453, 803, 805, 861
– Induktion 2, 15, 18, 30, 33, 52, 53, 59, 60, 62, 63, 100, 135, 144, 165, 170, 172, 182, 184, 186, 204, 207, 210, 211, 213, 239, 248, 276, 284, 296, 306, 307, 311, 312, 317, 354, 377, 397, 454, 461, 468, 469, 470, 471, 502, 595, 634, 642, 665,

671, 711, 718, 731, 775, 803, 807–809, 815, 859
– Intervention 861
– Konversationstrance 311
– Kurztrance 708
– Logik 16, 301, 493, 520–522
– Massentrance 800
– Mediator 220
– Merkmal 17, 605
– Musik 187
– Negativtrance 743
– Neigung 185
– Niveau 225
– parallele 521
– Phänomen 18, 21, 61, 87–91, 103, 183, 221, 222, 225, 239, 240, 252, 301, 351, 358, 424, 486, 677
– Problemtrance 40, 51, 87, 391, 393–395, 397, 447, 501, 502
– Prozess 211, 393, 411, 427, 430, 431
– Ratifizierung 67, 175, 389
– Schlafbaum-Trance 410, 411
– Sequenz 165, 273, 275
– Sexualtrance 397
– spontane 107
– Sprache 270
– Symptomtrance 781, 782
– Tiefe 93, 105, 106, 108, 109, 115, 117, 127, 141, 152, 217, 223, 225, 263, 447, 581, 582, 645, 805, 811
– Training 154, 155, 160
– Übung 23, 731
– Verhalten 218, 362
– Vertiefung 187, 379, 470, 574, 648, 708, 714, 774
– Wunschtrance 581, 596, 599
– Zeichen 234
– Zustand 3, 4, 16, 18, 19, 31, 51, 52, 59, 80, 103, 106, 118, 123, 153, 155, 164, 165, 177, 182, 189, 191, 219, 222, 224, 304, 307, 310, 321, 330, 334, 358, 375, 377, 381, 424, 485, 642, 653, 666, 724, 727, 754, 756, 779, 780, 786, 792, 803
Transformation 26, 28, 246, 247, 266, 326, 709–711
– Fast-Fourier-Transformation 807
– gustatorische 710
– motorische 711
Transparenz 29, 30, 184, 191, 204
Transpersonalität 30
Transzendenz 30
Traum 15, 16, 19, 140, 153, 155, 156, 195, 220, 290, 297, 303, 306, 312, 352, 380, 448, 514, 520–522, 713, 835, 859, 860
– Albtraum 445
– Bewusstsein 15, 846, 862
– Botschaft 306
– Deutung/Deutungskunst 836, 852
– Figur 153
– hypnotischer 108, 302, 303, 517, 519, 520, 522, 609
– Induktion 152
– Nachttraum 306
– Reise 551
– Schlaftraum 303, 730
– Symbolik 852
– Tagtraum 120
– Theater, inneres 157
Trauma/Traumatisierung 23, 25, 27, 30, 37, 39, 44, 51, 53, 59, 62, 64, 84, 93, 94, 114, 134, 137, 155, 165, 178, 222, 231, 249, 279, 281, 284, 286, 288, 291–295, 303, 440, 448, 462, 467, 475–483, 485–494, 537, 542, 560, 565, 567, 589, 597, 608, 610, 613, 618, 621, 638, 648, 681, 682, 689, 705–708, 710, 745, 747, 759, 762, 858, 859, 861
– Aktualtrauma 159
– Arbeit 489, 613
– Bearbeitung/Bewältigung 18, 480, 615, 759
– Behandlung/Therapie 38, 288, 293, 448, 477, 614, 618, 776
– Behandlungstrauma 736, 738
– Exposition 475
– Folgestörung 149, 158
– Knalltrauma 707
– Konzept 483
– Kriegstrauma 158
– Operationstrauma 176
– Opfer 488
– Reaktion 475, 483
– Rekonstruktion 18, 24
– Retraumatisierung
– Symptomatik 482
– Therapie 38, 286, 448, 477, 614, 618, 621, 776
– – hypnotherapeutische 293
– Typ 476, 482, 483
Trichotillomanie 787
Tumor 4, 29
– Behandlung 695, 795, 801
– Schmerz 17, 207, 684, 816
– Zelle 699
Tunnelblick 170
Turboinduktion 743

U

Übererregung 475–477, 480, 482
Übergewicht 29, 93, 114, 374, 376, 382, 384, 557, 797, 799–801
Überlastung 213, 448, 590, 654
– Syndrom 524, 706
– Symptom 415
Überprüfung 64, 83, 141, 158, 200, 202, 206, 218, 225, 265, 363, 449, 694, 861
– emotionale 773
– ökologische 440, 447, 448
Übertragung 15, 27, 52, 53, 61, 62, 64, 68, 73, 74, 134, 135, 143, 149, 152–154, 157, 245, 301, 302, 307, 384, 521, 523, 859
– Angebot 57
– Entwicklung 161
– Fokussierung 150
– hypnotische 859
– Liebe 73
– Muster 493
– Neurose 152, 154
– Phänomen 30, 301, 493
– Position 521
– Psychose 148
– Reaktion 24, 25, 52, 53, 859
– Theorie nach Freud 73
Ulcus 29, 415, 534
Umdeutung 15, 165, 215, 237, 243, 249, 255–259, 261, 262, 266, 267, 311, 352, 374, 421, 539, 606, 607, 609, 786, 858, ▶Reframing
Umfokussierung 393, 395
Umstrukturierung 22, 25, 30, 68, 257, 266, 301, 362, 397, 419, 424
Umwelt 18, 38, 56, 79, 310, 330, 355, 358, 405, 451, 510, 511, 528, 541, 766, 767, 782, 858
– Bedingung 765, 766
– Einfluss 765
– Faktor 765
– Reiz 804
Unbewusste 74, 75, 80, 642
Ungehorsamkeitsregel 591, 594, 595
Unwillkürlichkeit 22, 24, 34, 43, 44, 76, 102, 107, 108, 120, 131, 137, 138, 177, 179, 222, 291, 390, 392, 440, 550, 551, 588, 800
Ursache-Wirkung-Zusammenhang/Verknüpfung 38, 258
Urtikaria 534
Utilisation 6, 7, 9, 79, 87, 88, 123, 131, 224, 266, 375, 376–379, 381, 382, 537, 539, 544, 563, 635, 637, 676, 858, 861
– Ansatz 563, 658
– Phase 561, 562
– Prinzip 91, 175, 858

V

Vaginismus 390
Valenz 37
Validierung/Vailidität 461, 462, 567, 794, 801
Vasodilatation 18, 24, 173
Vasokonstriktion 18, 24, 173

Verantwortung 4, 52, 61, 62, 68, 137, 139, 142–144, 180, 257, 309, 316, 369, 370, 376, 377, 382, 499, 509, 511, 513, 540, 655, 660–663, 738, 782, 800
– Gefühl 411, 445, 446
– Losigkeit 489
Verbalinduktion 185, 186
Verbrennung 571, 653–658, 690
Verdrängung 152, 281, 286, 738
Vergangenheit 21, 53, 73, 81, 143, 188, 236, 250, 256, 258, 278–280, 288–290, 292, 293, 295, 296, 299, 319, 323, 338, 353, 393, 420, 477, 486, 488, 489, 542, 597, 599, 607, 710, 784
– Bewältigung 424
– biografische 73
– Orientierung 288
Verhalten
– Störung 365, 403, 779, 794–796
– Therapie 4, 31, 116, 297, 385, 409, 410, 424, 464, 465, 515, 565–567, 600, 605, 782, 786, 798, 851, 853, 858, 860
Verhandlungsmodell 265, 266, 783
Verknüpfung 19, 195, 234, 258, 320, 382, 458, 528, 561, 769, 815
Vermeidung 53, 113, 114, 370, 415, 452, 487
– Angst 261
– Reaktion 475, 476, 615
– Verhalten 150, 449, 479, 562, 565, 689, 737
Verruca 578, 580, ▶ Warze
Verschiebung 18, 244, 282, 290, 291, 606, 607, 614, 615, 849
Verstärkung 187, 189, 292, 317, 354, 434, 473, 677, 729, 784
Vertiefung 108, 173, 177, 186, 194, 199, 217–224, 263, 338, 358, 417, 561, 573, 574, 627, 637, 648, 666, 676, 715, 726, 727, 753, 760, 770, 771
Visualisierung 21, 22, 24, 155, 320, 326, 464, 561, 565, 686, 698, 699, 709, 731, 768–770, 774, 775, 783, 786, 806, 861
Vorbewusstes/Vorbewusstsein 15, 16, 155, 859, 862
Vorschädigung, bestehende 365, 366
Vulnerabilität 56, 143–145, 388

W

Wachheit, intraoperative 636, 637
Wachkraniotomie 639
Wach-Wach-Technik 639
Wahn 79, 256, 257, 527, 786
– Symptom 518
– System 87, 518
– Verhalten 779
Wahrnehmung 2, 3, 19, 21, 24, 25, 27, 33, 34, 36, 37, 39, 148, 155, 170, 171, 177, 187, 204, 212, 220, 223, 233, 248, 254, 256, 260, 266, 267, 275, 304, 320, 324, 391–393, 396–398, 406, 416, 417, 421–423, 427, 428, 430–432, 477, 482, 485, 486, 502, 517, 520, 522, 587, 588, 593, 607, 614, 617, 626, 642, 644, 646, 662, 664, 677, 679, 680, 683, 763, 775, 780, 782, 804, 809, 811, 812, 815, 817, 819
– akustische 38, 248
– Apparat 35, 36
– Aspekt 27
– auditive 635, 697, 773
– bewusste 424, 645, 817
– Ebene 479
– Fokussierung 390, 392, 428, 665
– Gabe 138
– gustatorische 37
– Hypersensibilität 595
– Instrument 302
– kinästhetische 37, 541, 773
– Objekt 36, 38
– olfaktorische 37, 773
– Physiologie 705
– sensorische 21, 37, 290, 817
– subliminale 15
– suggerierte 809, 811
– Raum, innerer 428
– Therapie 39
– Training 594, 620
– Verarbeitung 820
– visuelle 543, 697, 773, 812
Wärme 18, 24, 178, 188, 189, 210, 211, 270, 273, 274, 339, 518, 525, 541, 561, 563, 580, 595, 609, 618, 680, 710, 713, 717, 718, 727, 728, 817, 849, 850
– Erleben 183, 187
– Gefühl 25, 564, 607
Warze 17, 21, 29, 571, 578–582, 657, 701, 858, ▶ Verruca
– Behandlung 579, 581
– Heilung 25
– juvenile 582
– Typ 578
Widerstand 6–8, 53, 62, 63, 65, 67, 123, 138, 178, 190, 232, 234, 236, 243, 244, 249, 261, 269, 271, 275, 301–303, 305, 306, 310, 328, 331, 334, 335, 344, 345, 443, 469, 501, 502, 511, 512, 514, 540, 553, 628, 657, 740, 745, 829, 861
– Kraft 657
– Phänomen 303
– Ressource 416
– Willen 145
Wiederholung 198, 218, 221, 256, 270, 305, 317, 423, 481, 574, 679, 710, 803, 823
– Zwang 150
Willenlosigkeit 4, 138–142, 145, 291
Wirklichkeit 33, 34, 36, 37, 39, 42, 44, 73, 75, 81, 157, 170, 177, 195, 230, 254, 295, 291, 299, 336, 370, 523, 537, 614, 679, 755, 757, 809, 813, 826. ▶ Realität
– Charakter 34, 36, 49, 294
– Empfinden 33
– Erfahrung 39
– Erleben 35
– Gehalt 40
– hypnotische 176, 293
– konstruierte 37
– Konstruktion 35, 38, 48, 75, 131, 132, 170, 180, 290–292, 672, 811
– Kriterium 37, 294
– – pragmatisch 34, 38
– – semantisch 34, 37
– – syntaktisch 34, 37
– subjektive 37, 132
– Repräsentation 296
– Wahrnehmung 35, 44, 132, 133
Wirksamkeit 4, 5, 22, 26, 72, 157, 161, 163, 188, 200, 223, 234, 311, 337, 350, 353, 360–362, 371, 385, 407, 409, 424, 467, 565, 567, 568, 581, 601, 605, 610, 631, 665, 667, 671, 684, 687–690, 792–800, 805, 816, 858
Wut 88, 96, 211, 212, 247, 250, 258, 269, 273, 327, 406, 419, 497, 509, 510, 542, 653, 656, 657, 740, 746, 758, 781, 784

Z

Zahnhypersensibilität 739
Zentralnervensystem (ZNS) 9, 357, 576, 578, 679, 724, 730, 733, ▶ Nervensystem, zentrales
Zukunft 81, 266, 299, 379, 596
– Bahnung 244, 256, 258, 421, 423
– Imagination 81
– Orientierung 81, 82, 232
– Perspektive 299, 635, 820
– Projektion 25, 264, 351, 354, 358, 367, 368, 416, 421, 424, 537, 545
Zwang 29, 43, 55–58, 62–65, 254, 255, 261, 267, 351, 355, 371, 375, 377, 380, 411, 433, 477, 503, 742, 784, 785, 796, 797, 801, 851
– Alltagszwang 8
– Neurose 158, 305
– Patient 114
– Störung 149, 476, 518, 763, 779
– Symptom 20, 369
– System 449
– Verhalten 779