

## Kongress der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. (DGH)

*TranceFormation – Hypnose integrieren*

von Donnerstag, 17.11.2005 bis Sonntag, 20.11.2005  
in Bad Lippspringe

*Weitere Informationen und Anmeldungen über:*

Geschäftsstelle der  
Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. (DGH)  
Druffels Weg 3  
48653 Coesfeld  
Tel: 02541/70007 oder 8807 60  
Fax: 02541/70008  
e-mail: [DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de](mailto:DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de)



Nr. 1 · 2005

### Themen in diesem Heft

- Hypnose im Zwischenreich
- Zum positiven Umgang mit Geschichten und Lebensweisheiten
- Fallbeschreibung: Weniger ist mehr

Außerdem:

Aktuelles · Fortbildung · Rezensionen · u. a.



# SUGGESTIONEN

*Forum der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V.*

Themen in diesem Heft

- Hypnose im Zwischenreich
- Zum positiven Umgang mit Geschichten und Lebensweisheiten
- Fallbeschreibung: Weniger ist mehr

Außerdem:

Aktuelles · Fortbildung · Rezensionen · u. a.



# Impressum

## *Herausgeber:*

Deutsche Gesellschaft für Hypnose e.V.  
Druffels Weg 3  
48653 Coesfeld  
Tel: 0 25 41/88 07 60  
Fax: 0 25 41/700 08  
e-mail: DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de  
URL: www.hypnose-dgh.de

## *Vorstand der DGH*

### *Präsident:*

Dr. med. dent.  
Bernd U. Borckmann  
Alstater Straße 69  
69124 Heidelberg  
e-mail: dgh@borckmann.de

### *Schatzmeister:*

Dr. med.  
Christoph Müller  
Lange Straße 37 a  
31592 Stolzenau  
e-mail: Dr.Christoph.Mueller@t-online.de

### *Vizepräsidentin:*

Dipl.Psych.  
Helga Hüskén-Janßen  
Druffels Weg 3  
48653 Coesfeld  
e-mail: DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de

### *Vizepräsident:*

Dr. med. dent.  
Peter Dünninger  
c/o Praxis Dr. Kleyla/Dr. Dünninger  
Kulmbacher Str. 53  
95213 Münchberg  
e-mail: Peduenn@aol.com

Dr. med. dent. Stephan Eitner  
Klinik für Zahn-, Mund- u. Kieferkranke/Uni Erlangen-Nürnberg  
Glückstr. 11  
91054 Erlangen

## *MitarbeiterInnen der vorliegenden Ausgabe:*

Rainer Blankenburg, Peter Dimmling, Peter Dünninger, Helga Hüskén-Janßen, Ernst Meier, Georg Milzner, Nossrat Peseschkian, Helmut Schaaf, Winfried Schmidt, H.-J. Scholz, Rainer Wittek, Konrad Wolff.

Die „Suggestionen“ sind das offizielle Organ der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V.

Chefredaktion: Peter Dünninger

Alle Manuskripte bitte an folgende Adresse: Dr. med. dent. Peter Dünninger, c/o Praxis Dr. Kleyla/Dr. Dünninger, Kulmbacher Str. 53, 95213 Münchberg

Auflage: 900

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber wieder, noch sind sie offizielle Verlautbarungen der DGH. Für unverlangt eingesandte Manuskripte können wir keine Gewähr übernehmen. Das Copyright verbleibt bei den Autoren.

#### 4 Editorial: Der Aufschwung kommt

### Zur Diskussion

---

- 5 Hypnose im Zwischenreich  
*von Konrad Wolff*
- 16 Nachruf zum Tod von Dr. Konrad Wolff
- 17 Es ist nicht schlimm, dass man hinfällt, sondern dass man liegen bleibt  
Zum positiven Umgang mit Geschichten und Lebensweisheiten  
*von Nosrat Peseschkian*
- 35 Weniger ist mehr – Fallbeschreibung  
*von Rainer Wittek*

### DGH-intern

---

- 39 Erleben indianischer Heilungsrituale – Schwitzhütte  
*von Ernst Meier*
- 43 Protokoll der Mitgliederversammlung
- 51 Kassenbuchprüfung 2003 *von Rainer Blankenburg und H.-J. Scholz*
- 53 Bericht des Datenschutzbeauftragten der DGH *von Winfried Schmidt*
- 56 Jahreskongress der DGH vom 17.–29. November 2005  
*von Helga Hüsen-Janßen*
- 58 Aufstellung der Angebote des Jahreskongresses
- 62 Kriterien zur Ernennung als Dozent und Supervisor der DGH
- 66 Regionale Weiterbildung der DGH
- 70 Neue Ausbildungsleiter
- 71 Neue Zertifikatsinhaber
- 72 Neue Mitglieder der DGH

### Aktuell

---

- 74 Anfrage zu Botox bei Tinnitus – schön(er) reich und (auch noch) Tinnitus arm? *von Helmut Schaaf*
- 77 Tag der Lehre an der medizinischen Fakultät der Universität Münster im November 2004 *von Helga Hüsen-Janßen*
- 78 Hypnose statt Narkose – Fallbericht zu einer Nierensteinzertrümmerung mit Hypnose *von Peter Dimmling*
- 80 Neuerscheinungen  
„Warum therapeutische Hypnose“ von Hansjörg Ebell/Hellmuth Schuckall  
„Was du tust ist richtig“ von Karl Weter
- 81 Rezension  
„Wege aus der Hungerfalle“ von Christian Ziegler  
*(Georg Milzner)*

## „Der Aufschwung kommt“

Diese Aussage, von führenden Politikern so lange stereotyp wiederholt, dass sie mittlerweile im Bezug auf die allgemeine Lage eher ein müdes Lächeln hervorruft, trifft zumindest für unser Thema, die Hypnose, zu. Eine Zeit lang schien es, als sei die anfängliche Begeisterung der achtziger und frühen neunziger Jahre einer gewissen Stagnation gewichen. Verfolgt man aber das Presseecho der letzten Jahre, wird man feststellen, dass die Berichterstattung über Hypnose zunehmend ernsthafter, fundierter und positiver geworden ist. Beispiele dafür wären auf unserer Homepage zu finden. Auch die Einstellung in der Bevölkerung zu einer möglichen Hypnosebehandlung scheint mir sich gewandelt zu haben. Diese Aussage erfolgt natürlich rein gefühlsmäßig und ohne jeden wissenschaftlich fundierten Hintergrund. Als ich aber vor etwa zwanzig Jahren eine Umfrage unter Patienten einer Uni-Zahnklinik durchführte, gab von den Patienten, die Angst vor der Zahnbehandlung äußerten, über die Hälfte an, dass ihnen der Begriff „Hypnose“ mindestens genauso viel Angst mache, sie also keine Hypnotherapie zur Behandlung ihrer Zahnbehandlungsangst wünschen würden. Heute kommt es mir so vor, als könne man sich den Patienten mit dem Thema wesentlich unverkrampfter und vorurteilsfreier nähern. Aktionen wie der „Tag der Hypnose“ und der entsprechende Hochschultag dürften das ihrige dazu tun, den potenziellen Nutzen des Verfahrens weiter in den Köpfen zu etablieren. Sorgen wir gemeinsam dafür, dass es in naher Zukunft nicht nur allgemein akzeptiert und selbstverständlich, sondern besser sogar „in“ sein wird, Hypnose in den verschiedenen Fachbereichen einzusetzen.

Um Veröffentlichung auf dem Gebiet der Hypnose ihrerseits zusätzlich zu fördern, möchte die DGH einen Wissenschaftspreis ausloben. Dabei ist beabsichtigt, nicht nur rein wissenschaftlich Tätige, sondern auch Praktiker zu fördern, die sich hier in der Lage fühlen, aus ihrer Sicht einen Beitrag zu leisten.

In diesem Sinne „fortuna audaces iuvat!“ oder wer’s moderner mag: „Nur wer mitspielt, kann gewinnen.“

*Peter Dünninger*

# Hypnose im Zwischenreich

von Konrad Wolff

Hypnose ist die Vorspiegelung wahrer Tatsachen, hat ein geistreicher Schriftsteller gesagt. Er muss sich darin ausgekannt haben. Man kennt sonst nur die Vorspiegelung *falscher* Tatsachen, und das ist Täuschung, Betrug. Vorspiegelung *wahrer* Tatsachen aber ist vielleicht kein Betrug. Und es ist *wirklich* kein Betrug.

Betrug oder nicht Betrug, Täuschung oder nicht Täuschung, Vorspiegelung falscher Tatsachen, Vorspiegelung wahrer Tatsachen: auf der Verwechslung dieser beiden Positionen beruhte und beruht die grundsätzliche Kritik und Verleumdung der Hypnose. Bei der Hypnose wisse man nie, wer wen hypnotisiere, hat ein berühmter Kliniker gesagt, dessen Namen ich zum Glück vergessen habe. Man behauptet, Hypnose sei betrügerisch, Täuschung oder Selbsttäuschung. Hierauf brauchen wir jetzt nicht weiter einzugehen: wer hier von Täuschung spricht, täuscht sich selbst. Der Tadler ist selber tadelnswert.

Aber Vorspiegelung *wahrer* Tatsachen – das kann uns interessieren. In dieser Definition haben wir bereits die ganze Paradoxie, das Widersprüchliche, das Zweideutige des hypnotischen Vorgehens. Es zeigt sich ja bereits darin, dass wir nie ernsthaft zu etwas stehen, was wir dem Patienten sagen, dass wir alles verklausulieren, mit „vielleicht“ oder „es könnte sein“, oder „stell dir vor, es wäre ...“, oder „wenn du Lust hast“ usw. Wir stellen Fragen, wir tasten uns vor. Wir legen uns nie fest, wir lassen immer eine Hintertüre offen, es ist ein ewiges Lavieren, ein Suchen und Versuchen, Probieren und Ausprobieren. Wir lassen uns auf keiner Aussage behaften, wir lassen alle bestimmten Aussagen den Patienten machen. Wir halten uns schön verdeckt.

Das ist nicht so unmoralisch, wie es tönt. Denn wir wollen ja nicht etwas vermitteln, was *wir* wissen und der Patient noch nicht weiß, sondern wir wollen Impulse geben, damit der Patient selber etwas findet, was bisher weder er noch ich gewusst haben. Und das geschieht am besten, wenn wir ihn nicht etwas sehen lassen, was wir selbst zu sehen meinen, sondern ein unbestimmtes Dämmerlicht um ihn verbreiten, in dem er sein eigenes Licht entzünden und dann etwas finden kann. Deshalb hat man ja auch gemeint, dass Hypnose mit einer Herabsetzung des Bewusstseins zu tun habe, was lange nicht immer stimmt. Es ist oft eine Einengung des Bewusstseins aufs Wesentliche und damit eine

Konzentration, und innerhalb der Konzentration eine *Schärfung* und eine *Vertiefung* des Bewusstseins. Wenn uns die Patienten nachher manchmal sagen, sie seien gar nicht in Hypnose gewesen, denn sie hätten ja alles mitbekommen und könnten sich an alles erinnern, so liegt das eben daran, dass sie von der irrigen Vorstellung ausgehen, Hypnose müsse immer so etwas wie schlafen oder dösen sein. Gewiss, der Patient hat vielleicht bewusst alles mitbekommen, was wir sagten, aber darauf kommt es nicht an. Es kommt darauf an, was er *nicht* mitbekommen hat, nämlich alle die selbstzerstörerischen Einwände, die Zweifel, die aus ihm selbst, aus seiner Vergangenheit stammen, und die ihm das Leben sauer machen und seine Entschlusskraft lähmen. Das bleibt alles draußen, und wenn es doch reinkommt, dann nur um es in den Griff zu bekommen.

Wer solche Sätze wie die vorstehenden nicht nur liest, sondern auch hört, der wäre auf dem besten Weg, in Trance zu fallen. Denn es war monoton stets nur von „kommen“, „bekommen“ usw. die Rede – eine Stereotypie, wie wir sie zur Induktion gebrauchen. Und das ist ja auch wieder so eine Zweideutigkeit: Worte, Ausdrücke und doch nichts Neues. Wir tun so, als ob wir etwas zu sagen hätten, und sagen doch nichts Konkretes. Man kann schon verstehen, dass der Unkundige da von Täuschung sprechen mag.

Also Vorspiegelung wahrer Tatsachen. Wir spiegeln dem Patienten eine Wahrheit vor, die in ihm lebt, von der er aber vorher nichts wusste, oder die er bloß ahnte, oder auch das nicht. Das sind zum Beispiel die *Ressourcen*, an die er bisher nicht herankam, und die er erst erkennen und erleben und daran glauben kann, wenn wir sie ihm im hypnotischen Procedere spiegeln. Oder, am deutlichsten; *verdrängte Erinnerungen*, von denen er nichts wusste, und die ihn doch krank machten.

Was ist aber Wahrheit, wenn wir sagen: wir spiegeln ihm wahre Tatsachen vor? Für uns, und vielleicht auch philosophisch, ist Wahrheit nicht etwas ein für alle Mal Feststehendes, sondern etwas, was sich immer wieder auflöst und neu kristallisiert. Für uns, psychologisch gesehen, ist Wahrheit etwas Fließendes, sich Wandelndes, sich Entwickelndes. Und deshalb ist sie auch in einer gut verlaufenden Therapie immer etwas *Gegenwärtiges*, oder wir sollten uns wenigstens bemühen, sie möglichst aktuell, also gegenwärtig, also konkret und greifbar werden zu lassen, auch wenn es sich Vergangenes, um Erinnerungen, handelt, sie also zu vergegenwärtigen mit allem Drum und Dran.

Vergangenheit lebt ja nur noch *in* uns, und als *objektives* Geschehen gibt es sie nicht mehr. Und wie es damals wirklich gewesen ist, können wir schon am nächsten Tag nicht mehr sagen, weil wir sie nur durch die verzerrenden Schleier unserer subjektiven Einstellung sehen können und weil wir in der Zwischenzeit unbewusst in unserem Inneren immer schon daran gearbeitet und sie umgestaltet haben. Wir haben es nur noch mit *Erinnerungen* zu tun, und es ist müßig zu fragen, wie es *wirklich* gewesen ist. Das ist nicht ein psychotherapeutisches Anliegen. Wir haben es nur mit der *jetzigen seelischen Wirklichkeit* zu tun. Und so ist es auch möglich, die Vergangenheit in der Hypnose zu verändern, so dass sie dem Patienten in einem andern Lichte erscheint. Hier haben wir also eine andere Wirklichkeit als die äußere Wirklichkeit. Die Wirklichkeit, die wir in der Hypnose mit dem Patienten zusammen entstehen lassen, ist ein Mittelding, ein Zwischending, eine Kombination. Auf der einen Seite das Destruktive, die Traumata, die er früher erlebt hat, oder seine jetzigen Belastungen; und auf der anderen Seite die Beiträge, die seine biopositive Grundeinstellung, also die Ressourcen seines Unbewussten liefern. Aus dem krank machenden heutigen oder früheren Erleben stammt das *Kognitive*, nämlich die Erinnerung oder die jetzige Erfahrung: So ist es gewesen, so ist es, dass erlebte und erlebe ich – das Kognitive, und daraus folgt dann ein *Urteil*, ein *Gefühlsurteil*, eine *Wertung*: Es ist, es war schrecklich, ängstigend, niederdrückend usw. Und aus den in der Hypnose freigewordenen unbewussten Quellen stammt eine *zweite* Sicht, eine positivere Wertung, also eine neue Gefühlsqualität, mit der *neuen* Wertung: Es *war* schrecklich; aber das weiß ich nur noch im Kopf, mit dem Verstand, ich sehe es noch vor mir, aber ich kann es nicht mehr so empfinden wie bisher. Es geht mir nicht mehr so tief; ich *weiß* nur noch, ich *fühle* es nicht mehr. Und in einem weiteren, letzten Schritt, der aber nicht unbedingt vollzogen werden muss, kann dann sogar das Gefühl, das Affektive, das wir zuvor aus dem Gesamterleben herausgelöst hatten, weil es zu traumatisch war, wieder hereingeholt werden, diesmal in neuer Form, etwa entlang der Argumentation: Es war schrecklich, solange ich darin steckte, aber ich wollte nicht, dass es nicht gewesen wäre, denn es hat mir einen neuen Lebensimpuls gegeben, oder es hat meinem Leben eine neue Richtung verliehen, es gehört zu mir, es macht mich reicher, so dass ich heute froh darum bin. Dann können sich mit dem einst Belastenden positive, lichte Gefühle verbinden, und es wird als notwendige oder sinnvolle Phase im Gesamtverlauf des Lebens gesehen.



Das will nicht heißen, dass wir die traumatischen Erlebnisse nicht hinterfragen sollen. Aber wir sollten es in einer bestimmten Richtung tun. Wir sollen nicht fragen: Du hast diese Erinnerung, aber wie ist es *wirklich* gewesen? Du hast dieses Verhalten, diese Einstellung; aber stimmt sie auch mit der Realität überein, ist sie angemessen? Also nicht so. Sondern: Stimmt deine Haltung usw. *mit deiner eigenen inneren Realität* überein? Es kann sein, dass der Patient selbst uns dazu die Handhabe bietet, indem in ihm selber etwas am Werk ist, das die Echtheit oder Angemessenheit oder Zweckmäßigkeit einer Erinnerung oder einer Gefühlslage, einer Meinung oder einer Überzeugung anzweifelt.

Zur Illustration die folgende Situation: die manchmal vorkommenden Fälle von Männern, die zeitlebens von ihrem Vater leben, von seinem Geld oder in der gesicherten Ordnung seines Unternehmens, und ihn zugleich unerbittlich hassen bis zuletzt und über seinen Tod hinaus. Eine zutiefst unmoralische Situation. Der Mensch *darf* natürlich seinen Vater hassen (aber vielleicht schadet er sich selber damit), aber dann darf er sich nicht auch noch sein Leben lang von ihm aushalten lassen; und er *darf* natürlich auf den Schultern seines Vaters stehen und sein Leben auf der Leistung seines Vaters aufbauen, aber dann darf er ihn nicht sein Leben lang nur hassen. Sein Leben lang hassen und zugleich schmarotzen, das geht nicht, das ist psychisch ungesund. Das ist parasitärer Hass. Ein solcher Mensch hat dann etwa jede Nacht Alpträume, in denen sich die sonst verdrängte Gewissensinstanz meldet. Und wenn man diese richtig bearbeitet, etwa auch in der Hypnose, dann kann die innere Hasswirklichkeit des Mannes aus seinem eigenen Inneren heraus aufgeweicht werden. Dann verändern wir seine bisherige innere Wahrheit. Aber die Chancen sind nicht gut, wie überall, wo viel Geld ist. Unbeschränkte Mittel bieten unbeschränkte Möglichkeiten, vor sich selbst davonzulaufen.

Vorspiegelung wahrer Tatsachen: Das ist ja nichts anderes, als wenn wir dem Patienten in der Nachfolge *Eriksons* und seiner Schüler sagen: Du weißt Dinge, von denen du nicht weißt, dass du sie weißt. So etwas ist für jeden *nur* „vernünftig“ denkenden Menschen ein Skandal, ein babylonischer Gräuel, den der Herr der Heerscharen bis ins dritte und vierte Glied bestrafen muss. Entweder ich weiß etwas, und dann weiß ich auch, dass ich es weiß, oder ich weiß es eben nicht.

Wir aber wissen, dass ein Wissen im Patienten eben auch ein *Nichtwissen* oder *Nochnichtwissen* sein kann, und wir sind stolz auf dieses Wissen des Unwissens in uns und im Patienten. Schließlich hat ja die gan-

ze abendländische Philosophie damit angefangen (wenn wir einmal von den Vorsokratikern absehen), dass ein Kauz namens *Sokrates* seine ganzen Diskurse auf dem Satz aufbaute: Ich weiß, dass ich nichts weiß. Und später gab es die „docta ignorantia“ des *Nicolaus Cusanus*, was wir etwa als ein „informiertes Nichtwissen“ übersetzen könnten. Und noch später erschien in England die Schrift eines unbekannten Mystikers, *Cloud of Unknowing*, die Wolke des Nichtwissens. Wir wäre es, wenn wir das Wesen der Trance spaßeshalber auch einmal so definieren würden: Wir begeben uns in der Trance in eine Wolke des Unwissens hinein – beide, Arzt und Patient? Doch aus dem Unwissen soll dann auch einmal ein wenigstens partielles Wissen werden. Die Wolke des Unwissens ist eben das Wesen der Hypnose. In diese Wolke tauchen wir in jeder Hypnose ein. Zwischen Wissen und Nichtwissen.

Wenn wir uns umsehen und wir erblicken Menschen, Häuser, Bäume, dann ist das eine klare Sache; wir sehen, was wir sehen, und alle anderen sehen das Gleiche auch. Und wir können es klar bezeichnen: Das ist ein Haus, das ist ein Baum. Und wenn wir uns an bestimmte Szenen aus unserem Leben erinnern, und wenn wir uns etwas überlegen und Schlussfolgerungen daraus ziehen, ebenso, das ist eindeutig. Und wenn wir etwas wollen, und wir führen es aus, dann ist das auch klar. Und wenn wir morgens erwachen, dann wissen wir auch mit völliger Sicherheit, dass wir geschlafen und vielleicht geträumt haben. Ferner: Ich weiß, wer ich bin. Auch daran ist kein Zweifel. Und es wäre schön, wenn es immer so wäre. Aber vielleicht auch ein wenig langweilig.

Und es *ist* eben nicht immer so. Jedermann weiß das. Da kommen neckische Kobolde oder böse Dämonen und stören uns in unserer rationalen Sicherheit. Und es sind oft Geister, von denen wir nicht einmal wissen, woher sie kommen. Ob sie aus uns selber stammen, aus unserem Unbewussten oder aus so etwas wie dem Überbewusstsein oder auch einfach aus dem Zwang der Umstände oder aus dem Schicksal oder einer jenseitigen Welt, oder als Prüfungen von Gott.

Sprechen wir zuerst von den *äußeren* Umständen. Sachzwänge nennt man das wohl auch. Wenn ich mich selbstständig mache, nachdem ich 20 Jahre lang angestellt gewesen bin, und einer ungewissen Zukunft entgegensehe, und nicht weiß, ob mein Projekt gelingt, und ich zudem durch die Gründung meiner eigenen Firma überfordert bin und nicht aus und ein weiß und unter ständigem Arbeitsdruck stehe, dann ist es doch wohl klar, warum ich so nervös bin und gespannt und nicht mehr schlafen kann. Und dann denkt man: Das *muss* wohl so sein; das ist

zwangsläufig und unausweichlich. Aber ich leide schwer darunter und möchte etwas daran ändern. Und weiß doch nicht was und verzweifle.

Das ist mein Zustand als Patient. Wenn ich aber der Arzt, die Ärztin dieses Patienten bin, dann weiß ich noch etwas mehr. Dann weiß ich nämlich, dass das nicht so sein *muss*, dass man in schwierigen Situationen schlaflos usw. wird, und habe Mittel an der Hand, um wenigstens die *subjektive* Situation zu verbessern, ganz gleich wie die äußeren Umstände sind. Denn wir wissen mit dem stoischen Philosophen *Epiktet*, dass es nicht die *Dinge*, die äußeren Umstände und Ereignisse sind, die uns krank machen, sondern unsere *Meinungen* von den Dingen, unsere *Vorstellungen* oder die *Fantasien*, die wir uns von den Dingen machen, also negative, zerstörerische Suggestionen, die wir uns selber zufügen, ohne es zu merken.

Und damit stoßen wir auf eine Zone, die *zwischen* die äußeren Vorgänge und unser leidendes Ich eingeschoben ist – eine von Dämmerlicht erfüllte Zone, von der aus die krank machenden, in unserem Falle z. B. schlaufraubenden Einflüsse wirksam sind. Wenn wir die krank machenden Faktoren beeinflussen wollen, müssen wir sie dort suchen, wo sie sind, und von dort aus einwirken, und das ist eben diese Zwischenzone, die wir auch das Unbewusste oder Halbbewusste oder die Tiefenschichten der Seele nennen können.

Auf der einen Seite also die Macht der Tatsachen, die uns sagt: Es ist so schlimm, dass dir gar nichts anderes übrig bleibt, als zu leiden – eine feindselige, eine bösartige Suggestion, und auf der anderen Seite das leidende Ich, das nicht weiß wie sich wehren: zwei ganz klar definierte Bereiche, und dazwischen eine Zone, die Zone des Unbewussten, in der nichts selbstverständlich ist, in der alles im Fluss und alles möglich ist. Wenn wir in diese Zone eintauchen, nennen wir das *Trance*. Wir gelangen in diese Zone zum Beispiel durch hypnotische Induktion.

In ihr können nun Entscheidungen gefällt oder vorbereitet werden, die dann im realen Leben verwirklicht werden. Es kann „ja“ und es kann „nein“ gesagt werden. Es können Weichen gestellt werden. Es können Konzepte entwickelt werden. Es können Richtungen eingeschlagen werden. Es können Entschlüsse gebahnt werden. Das ist das *Willensmoment*, das diese Zwischenzone mit dem bewussten und handelnden Ich verbindet. Das ist das Gemeinsame zwischen dieser Zwischenschicht und dem bewussten Ich, also das *Willensmäßige*.

Und auf der anderen Seite ist dieser Zwischenzustand, die Trance, verbunden mit den *äußeren* Umständen durch die *kognitiven*, die *begrifflichen* und die *bildlichen* Elemente. In der Außenwelt nennen wir sie *Wahrnehmungen* und *Gedanken*; in der Trance sind es *Imaginationen*, *Symbole*, *Metaphern*, *Fantasiegebilde*.

Also: die Trance als Zwischenzustand hat mit dem *Ich* gemeinsam das *Willensmässige*: Ich will etwas, ich brauche etwas, ich erstrebe etwas und mit der *Außenwelt* das *Kognitive*: ich nehme etwas wahr, seien es Gegenstände oder seien es psychische Produkte wie Imaginationen. Die Zwischenzone hat von beiden Polen etwas, vom Ich die *Willensstruktur*, von der Außenwelt die *Bildstruktur*, die *Wahrnehmungsstruktur*. In der Außenwelt ist alles klar und festgefügt und wird uns als feststehende Tatsachen, als Gegenstände, Verläufe usw. präsentiert. Im Ich hinwiederum ist alles durch Gewohnheiten, Triebstrukturen, durch Charakterzüge, Fehlhaltungen, Talente, Wissen, Können, Ängste usw. festgelegt. Während wir also auf beiden Seiten mit festen Gegebenheiten konfrontiert sind, ist im Gegensatz dazu im Medium der Trance alles im Fluss, beweglich, volatil. Und das ist das Medium, in dem wir arbeiten, und nur in ihm *können* wir arbeiten, wenn wir nicht zu äußeren Maßnahmen, etwa zu Ratschlägen oder Ermahnungen oder realistischen Informationen greifen wollen.

Wir können auch sagen: In der Außenwelt *ist* alles wie es eben ist, und wir müssen uns darauf einstellen, und im Ich *bleibt* alles, wie es ist, weil ich alles im Ichzustand festhalte und so der Wandlung entziehe und weil mir jede Veränderung Angst macht. Aber im Zwischenzustand der Trance ist und bleibt nichts, wie es ist, und es ist alles in ständiger Wandlung begriffen. Statt des Seins haben wir hier ein unablässiges *Werden*, *Entstehen* und *Vergehen*. Hypnose ist ein dynamisches Geschehen. Eines der Sonette an Orpheus von Rilke beginnt: „Wolle die Wandlung, o sei für die Flamme begeistert, drin sich ein Ding dir entzieht, das mit Verwandlungen prunkt ...“ Und einige Zeilen weiter: „Was sich ins Bleiben verschließt, schon *ists* das *Erstarrte* ...“ Und zuletzt: „Jeder glückliche Raum ist Kind oder Enkel von Trennung, / den sie staunend durchgehn. Und die verwandelte Daphne / will, seit sie lorbeern fühlt, dass du dich wandelst in Wind.“

Und das ist nun das, wogegen wir uns im Ichzustand sträuben. Wir halten uns an das, was wir kennen, und widerstreben der Wandlung. Wir klammern uns an das Festgefügte, an unsere Gewohnheiten und

Fehlhaltungen, an unsere Süchte und Schwächen und Neurosen und Marotten. Wir wollen im darin verharren und uns darin einrichten und schützen. Das gibt uns Sicherheit, aber nur eine Scheinsicherheit. Bis uns ein Schicksalsschlag, eine Krankheit, ein Verlust, eine Gefahr, eine plötzliche Wendung herausreißen und wir uns neu orientieren müssen, *müssen*, nicht wollen.

Warum klammern wir uns überhaupt an? Natürlich aus Angst, Angst vor der Wandlung, vor dem Unbekannten. Wir ermangeln des Vertrauens, in uns selbst, ins Leben, in andere Menschen.

In der Trance ist es anders. Da ist noch ein anderer mit drin in dem Erlebnis, der Therapeut, die Therapeutin, die Vertrauen hat in den Patienten, in seine Entwicklungsfähigkeit, in seine Ressourcen, und die nun, durch die unterschwellige Verbundenheit mit dem Patienten, dieses Vertrauen auch *ihm* mitteilen kann. Es ist ein Vertrauen, das sich auf ihr *Wissen*, auf *Ausbildung* und *Erfahrung*, auf ihre *Arbeit an sich selbst*, auf ihren eigenen *Reifungsprozess* stützt, und, nicht zu vergessen: auf die dogmatische Überzeugung, die man nicht weiter begründen kann, dass im Patienten, in seinem Unbewussten, alles steckt, was er zu seiner Gesundung braucht. Und so ist Wandlung dann doch möglich, zunächst in der Trance, und dann, weil es vorgespurt worden ist in der Trance, auch im äußeren Leben. Da kann dann jemand plötzlich beschließen, eine Angst fahren zu lassen, eine Gewohnheit aufzugeben, eine andere Gewohnheit anzunehmen, sich aus einer Sucht zu lösen, einen Schmerz einzugrenzen oder abzuspalten, eine somatische Störung statt mit Angst und Besorgnis mit Imaginationen anzugehen, neben aller übrigen Behandlung natürlich. Da kann sich jemand plötzlich entscheiden, glücklich oder unglücklich zu sein, auf Erfolgskurs zu gehen oder zu verzagen. Er kann beschließen, nachts zu schlafen statt sich in Sorgen zu wälzen. Und er kann Mittel finden, dies zu verwirklichen, auf die er bisher noch nicht verfallen ist. Und die Fälle sind ja auch gar nicht selten, wo die Hypnose zwar nicht das Leiden selber angreifen kann, wo aber im Verlauf einer hypnotischen Kur plötzlich von ganz unerwarteter Seite, aber doch auch mitbedingt durch die hypnotische Arbeit, eine Idee auftaucht, welche Therapie hilfreich sein könnte.

Also auf diese Weise funktioniert die Trance als Vermittlerin zwischen Innen- und Außenwelt. Es wird möglich, Inneres in Äußeres zu transformieren und Äußeres in anderen Aspekten zu sehen als bisher. Und sie funktioniert auch als Vermittlerin zwischen Psyche und Soma. Es ist

möglich, in der Trance durch entsprechende Bildvorstellungen, das körperliche Geschehen zu beeinflussen, zu *überformen*, zu informieren, zu *stimulieren*, zu *regulieren*, also auch die physiologischen Vorgänge zu beeinflussen, wie es etwa *Simonton, Achterberg, Arnold, Burrows & Dennerstein, Bongartz* und aus unseren Reihen *Thomas Gysin, Jane Wyler, René Rumley* und viele andere experimentell nachgewiesen haben. Man bildet dem Körper heilende Imaginationen ein. Das anatomische und physiologische Substrat, die anatomische und physiologische Entsprechung der Trance-Imaginationen, quasi die Materialisation der Trance-Imaginationen, das also, was anatomisch-physiologisch vermittelt zwischen Leib und Seele, so wie die Trance zwischen ihnen vermittelt, das sind ja wohl subkortikal-thalamische Strukturen und vor allem das vegetative Nervensystem. Der Mittelstellung der Trance entspricht die Mittelstellung des vegetativen Nervensystems. Beide sind überdies organismische Systeme, die die ganze leib-seelische Einheit durchziehen und sich nicht auf einzelne Teileinheiten einschränken lassen.

Wenn wie die Dinge so sehen, dann erscheint uns die hypnotische Trance keineswegs mehr als ein schummriges Zwischenreich zwischen Schlafen und Wachen, wie man das so lange gemeint und praktiziert hat, nicht mehr als ein Halbschlafen und Halbwachen, auch nicht als ein herabgedämpftes Bewusstsein, auch nicht mehr als etwas Defizitäres, auch nicht mehr als eine abgespaltene Teilpersönlichkeit; dann erkennen wir die Trance vielmehr als eine eigenständige und vollgültige Bewusstseinsform, dann erscheint sie uns eher als etwas zwischen Wachen und *Traum*, und nicht zwischen dem hellwachen Tagesbewusstsein und dem bewussten *Schlaf*. Daher müsste man eigentlich das Wort Hypnose, das aus einer anderen Zeit stammt, aus der Mitte des vorletzten Jahrhunderts, ersetzen durch so etwas wie *Oneirose*, nach dem griechischen Wort „oneiros“ für Traum. Wir würden dann „oneirotische“ Therapie treiben, und niemand wüsste, was das ist, und damit würden wir die Hypnose wieder hereinholen in das Reich des Geheimnisvollen, aus dem sie stammt, was ja für die Therapie vielleicht auch nicht schlecht wäre.

Wir wollen aber nicht verschweigen, dass auch die Hypnose im *wörtlichen* Sinn, als *schlafähnlicher* Zustand, ihre Berechtigung hat. Sie ist dann gewöhnlich verknüpft mit dem Gebrauch direkter Suggestionen, die im schlafähnlichen Zustand besonders gut wirken. So in der klassischen Hypnose. Sie eignet sich für einfache und leichtere oder an-

spruchslose Fälle, für lahme Enten oder für zeitlich limitierte Fälle, wo man in kurzer Zeit zum Ziel kommen muss, etwa vor einem Examen. Das kann auch eine Art Substitutionstherapie sein: man liefert dem Patienten die Impulse, die er selber nicht oder noch nicht entwickeln kann.

Das alles ist nun schwer zu begreifen für jemand, der es nicht erlebt hat, wie die meisten Menschen, oder der es nicht gemerkt hat, dass er es erlebt, wie die alltägliche Spontantrance. Und weil es so schwer zu begreifen ist, hat man die Hypnose angesiedelt in den Bereichen der Thaumaturgie, im Reich der Wunder, der Magie, des Zauberes, oder im weiten Feld des Schwindels, der Scharlatanerie. Oder des Betrugs, oder des Showbiz. Und man hat sie nicht hereinlassen wollen in die geheiligten Hallen der Medizin. Und da stehen an den Türen der offiziellen Medizin noch immer die Herren Ordinarien, vor allem die psychiatrischen, wie knirschende Tempelwächter mit rollenden Augen und Flammenschwertern in der Hand und wollen sie nicht hereinlassen, die arme Hypnose. Denn Psyche, das darf nicht sein, am wenigsten in der Psychiatrie. An ihrer Stelle haben wir ja die Statistik. Und die Hypnose sitzt als ein bettelndes Aschenbrödel vor der Tür und muss frieren. Aber das ist ja vielleicht *auch* nur eine genaue Spiegelung dessen, was wir zuvor schon erkannt haben als Wesen der Trance: sie sitzt immer auf einer *Schwelle*: auf der Schwelle zwischen der Macht der Umstände und dem Ich, zwischen dem Ich und den neurotischen Störungen aus dem Unbewussten, zwischen Schlafen und Wachen, zwischen Wachen und Traum, zwischen Vergangenheitstraumen und Zukunftsgestaltung, zwischen Psyche und Soma, zwischen Medizin und Komplementärmedizin, zwischen Wissenschaft und Scharlatanerie, zwischen Technik und Kunst. Hypnose, Trance, ist immer ein Dazwischen, zwischen Drinnen und Draußen.

Wir stehen vor verwirrenden Fragen hinsichtlich der Stellung der Hypnose. Gehört sie zur Medizin? Gehört sie in die Psychosomatik? Gehört sie zur Paramedizin? Und wo sind die Grenzen oder Übergänge zum Katathymen Bilderleben, zur Verhaltenstherapie, zu kognitiven und zu körperorientierten Therapien, zur Musiktherapie? Gehört sie ausschließlich in die Hand der Ärzte und Zahnärzte? Und wer darf sie betreiben und erlernen? Auch Hilfspersonal? Auch Pädagogen? Welches ist ihre Stellung im medizinpolitischen Diskurs? Ist sie eine selbstständige Disziplin? Oder eine Hilfsdisziplin? In den Standards der ISH, der International Society of Hypnosis, wird sie als eine Hilfsdisziplin ein-

gestuft. Und wo sind ihre Grenzen und wo ihre Indikationen? Die Hypnose hat offensichtlich einen sehr unsicheren Status, auch wenn in den letzten Jahren innerhalb der Medizin und im Zusammenhang mit Tarmed, vor allem auch durch die unermüdlichen Bemühungen unseres vorherigen Präsidenten, bedeutende Klärungen erzielt worden sind hinsichtlich ihrer Anerkennung, und auch hinsichtlich ihres Bekanntheits- und Akzeptanzgrades in der Öffentlichkeit.

Und dann noch die ganz andere Frage. Wie grenzen sich Hypnose und Autohypnose ab von Praktiken wie Meditation, Kontemplation, vom Gebet, von fernöstlichen Übungen wie Chi Gong, Tai Chi, Zen oder Joga? Dass uns solche Fragen in Verlegenheit bringen, ist vielleicht ein Zeichen dafür, dass wir nach solchen Grenzen gar nicht suchen sollen, dass in all solchen Verfahren hypnotische Elemente stecken können, und dass umgekehrt auch all diese Verfahren der hypnotischen Arbeit wertvolle Impulse geben können. Überall können Trancephänomene auftreten. Also auch hier wieder steht die Hypnose mittendrin, nach allen Seiten offen, eben im Zwischenreich.

*Wir bedanken uns bei den Töchtern von Dr. Wolff, Frau Franziska Wolff Concha und Frau Salome Wolff Gadola für die freundliche Genehmigung der Veröffentlichung dieses Artikels.*



## Nachruf

*zum Tod von Dr. Konrad Wolff (1917-2003)*

von Karl G. Möck

Erst bei der diesjährigen Tagung haben wir durch Claude Béguelin vom Tod unseres alten Freundes und Kollegen erfahren, den viele unserer Mitglieder noch aus seinen Workshops in Lippspringe kennen.

Dr. Wolff gehörte zum „Urgestein“ der schweizerischen Hypnose und ist dort als der alte Weise zur Legende geworden. Von Ausbildung und Praxis her Psychoanalytiker, hat er in 1953 den ersten Auslandskurs von Schultz in Basel besucht, später mit ihm und Stokvis gearbeitet, unter dem Einfluss der amerikanischen Kollegen die Schweizerische Hypnosegesellschaft SMSH mitbegründet (deren Präsident er jahrelang war) und die ericksonianischen Elemente mit klassischer Hypnose und jungianischen Elementen auf dem Hintergrund seiner jahrzehntelangen therapeutischen Erfahrung auf eine unnachahmliche Art zu verbinden gewusst. Wer seine hypnotherapeutische Arbeit mit Träumen einmal kennen gelernt hat, wenn dieser fast scheue und pathologisch bescheidene Mensch tief ins Unbewusste seiner Hypnotisanden mit hinabtauchte, der hatte nachher einen Heidenrespekt vor ihm, den der „Dr. Wolff“ dann rasch mit einem freundlich-ungebärdigen „Ach, Unsinn, odr?“ abtat.

Wir hessischen Kollegen haben uns 5 Jahre lang hintereinander den Luxus gegönnt, ihn zur Selbsterfahrung für ein Wochenende in den Taunus zu holen. Ich zehre heute noch von diesen wundervollen Erfahrungen im hypnotischen Zwischenreich.

# Es ist nicht schlimm, dass man hinfällt, sondern dass man liegen bleibt

*Zum positiven Umgang mit Geschichten und Lebensweisheiten*

von Nossrat Peseschkian

## Einführung

Das tragende Motiv für meine Arbeit ist der transkulturelle Ansatz, der sich mir auf Grund meiner eigenen transkulturellen Situation (Deutschland – Iran) anbietet. Genauso nahe lag mir die Verwendung orientalischer Geschichten als Hilfsmittel, Medien und Kommunikationshilfen in meinem Fachgebiet, der Psychotherapie. Ein weiteres Anliegen war die Verknüpfung von Weisheiten und intuitiven Gedanken des Orients mit den neuen psychotherapeutischen Methoden des Okzidents.

## Eine Geschichte auf den Weg:

*„Das Leben ist zu kurz für ein langes Gesicht“*

*1. Szene: Ich gehe die Straße entlang.*

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.

Ich falle hinein.

Ich bin verloren ... Ich bin ohne Hoffnung.

Es ist nicht meine Schuld.

Es dauert endlos, wieder herauszukommen.

*2. Szene: Ich gehe dieselbe Straße entlang.*

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.

Ich tue so, als sähe ich es nicht.

Ich falle wieder hinein.

Ich kann nicht glauben, schon wieder  
am gleichen Ort zu sein.

Aber es ist nicht meine Schuld.

Immer noch dauert es lange herauszukommen.

*3. Szene: Ich gehe dieselbe Straße entlang.*

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.

Ich sehe es.

Ich falle immer noch hinein ... aus Gewohnheit.

Meine Augen sind offen.

Ich weiß, wo ich bin.

Es ist meine eigene Schuld.

Ich komme sofort heraus.

4. Szene: *Ich gehe dieselbe Straße entlang.*

Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig. Ich gehe darum herum.

5. Szene: *Ich gehe eine andere Straße.*

### Die Entwicklung der Positiven Psychotherapie unter transkulturellem Gesichtspunkt

In meiner transkulturellen Situation wurde ich darauf aufmerksam, dass viele Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Einstellungen in den beiden Kulturkreisen unterschiedlich bewertet werden.

#### *Drei Beispiele*

Verhalten	West	Ost
Krankheit	Wenn jemand krank ist, möchte er seine Ruhe haben. Er wird von wenigen Personen besucht. Besuche werden auch als soziale Kontrolle empfunden.	Ist hier jemand erkrankt, so wird das Bett ins Wohnzimmer gestellt, z. B. bei einem Beinbruch. Der Kranke ist Mittelpunkt und wird von zahlreichen Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden besucht. Ein Ausbleiben der Besucher würde als Beleidigung und mangelnde Anteilnahme aufgefasst.
Tod	Von Beileidsbesuchen bitten wir Abstand zu nehmen. Ich muss mit meinem Schicksal allein fertig werden. Jetzt muss ich alleine so viel Leid ertragen.	8 bis 40 Tage lang besuchen alle Verwandte, Freunde, Bekannte und andere Mitmenschen die Hinterbliebenen und geben ihnen so das Gefühl der Geborgenheit. Geteiltes Leid ist halbes Leid.
Depression	Mitteleuropäer und Nordamerikaner entwickeln depressive Verstimmungen, weil ihnen der Kontakt fehlt, sie isoliert sind und sie unter dem Mangel an emotionaler Wärme leiden.	Im Orient entwickeln sich Depressionen eher, weil sich die Menschen durch die Enge ihrer sozialen Verpflichtungen und Verflechtungen überfordert fühlen, der sie auch nicht ausweichen können.

Wir berücksichtigen den transkulturellen Ansatz, welcher nicht nur Material zum Verständnis individueller Konflikte bietet, sondern darüber hinaus auch eine außerordentliche soziale Bedeutung hat. Gastarbeiterprobleme, Probleme der Entwicklungshilfe, Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit Mitgliedern anderer kultureller Systeme ergeben, Probleme transkultureller Ehen, Vorurteile und ihre Bewältigung, Alternativmodelle, die einem anderen kulturellen Rahmen entstammen. In diesem Zusammenhang können auch politische Themen angesprochen werden, die sich aus der transkulturellen Situation ergeben.

Für die zwischenmenschlichen Beziehungen heißt das, durch Relativierung der eigene Werthaltungen Vorurteile in Frage zu stellen, Fixierungen zu lösen und Kommunikationsblockaden aufzuheben.

Seit 1968 arbeite ich an einem neuen Konzept der Psychotherapie und Selbsthilfe, das ich Positive Psychotherapie nenne. Grundzüge und Techniken dieser Methode sind in meinen Büchern *Psychosomatik und Positive Psychotherapie* und *Positive Psychotherapie* ausführlich dargestellt. In der vorliegenden Arbeit geht es vor allem um die Anwendung dieses Konzeptes im familientherapeutischen Rahmen und bei Hypnose unter Berücksichtigung von Geschichten und Lebensweisen.

Die Positive Psychotherapie als eine Kurzzeitpsychotherapie im Sinne einer Psychodynamischen Positiven Psychotherapie ruht auf drei Säulen:

Der positive Ansatz: Das Prinzip der Hoffnung – Das inhaltliche Vorgehen (Das Balancemodell): Konfliktinhalt und Konfliktodynamik – Therapie und Selbsthilfe (Fünf Stufen der Konfliktbewältigung): Das Prinzip der Beratung.

## 1. Der positive Ansatz

*Das Prinzip der Hoffnung – Symbol für die Welt-Identität*

### Das positive Menschenbild

Differenzierung heißt Unterscheidung und ist eine menschliche Fähigkeit, die sich sowohl körperlich als auch psychisch und sozial gestaltet. Der Mensch entwickelt sich, indem er sich zunächst körperlich differenziert. Auch in der Zeit nach der Geburt vollzieht sich eine weitere körperliche Differenzierung. Es eröffnet sich jedoch in unauffälliger

Weise eine zusätzliche Entwicklungsdimension. Sie bezieht sich auf das Erleben, die Erlebnisverarbeitung und das Verhalten.

Die Positive Psychotherapie (PPT) und die Positive Familientherapie (PFT) ruhen auf drei Säulen: dem positiven Ansatz, dem inhaltlichen Ansatz und dem fünfstufigen Vorgehen.

Dem Konzept der Positiven Psychotherapie liegt die Auffassung zugrunde, dass jeder Mensch – unabhängig von seiner derzeitigen Entwicklung (Alter, Geschlecht, Rasse, Klasse, Typologie, Krankheiten oder sozialen „Abnormitäten“) – über die beiden Grundfähigkeiten, die Erkenntnisfähigkeit und die Liebesfähigkeit (Emotionalität) verfügt.

*Die Liebesfähigkeit* beinhaltet: die Fähigkeit zu lieben und geliebt zu werden. Sie führt in ihrer weiteren Differenzierung zu den primären Fähigkeiten wie lieben können, Vorbild sein, Geduld haben, sich Zeit nehmen, vertrauen können, Hoffnung haben, glauben können, zweifeln können, zu Gewissheit gelangen und Einheit herstellen können.

*Die Erkenntnisfähigkeit* umfasst: die Fähigkeit zu lernen und zu lehren. Aus der Erkenntnisfähigkeit entwickeln sich die sekundären Fähigkeiten wie Pünktlichkeit, Sauberkeit, Ordnung, Gehorsam, Höflichkeit, Ehrlichkeit/ Offenheit, Treue, Gerechtigkeit, Fleiß/ Leistung, Sparsamkeit, Zuverlässigkeit, Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit.

Beide Grundfähigkeiten gehören zum Wesen eines jeden Menschen. Je nach den Bedingungen seines Körpers, seiner Umwelt und der Zeit, in der er lebt, werden sich die Grundfähigkeiten differenzieren und zu einer unverwechselbaren Struktur von Wesenszügen führen.

Die primären und sekundären Fähigkeiten bezeichnen wir als *Aktualfähigkeiten*. Träger sind Religionen, Kulturen, Eltern und kulturelle Institutionen. Die Aktualfähigkeiten hängen somit von den historischen wie von den herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen ab. Erkenntnis- und Liebesfähigkeit dagegen gehören zum Wesen eines jeden Menschen. Die Inhalte der Aktualfähigkeiten spielen in alltäglichen Beschreibungen und Wertungen und in der gegenseitigen Partnerbeurteilung eine entscheidende Rolle. Auf Sekundärfähigkeiten bezogene Erfahrungen können sich folgenreich auf die Stimmung und das körperliche Befinden auswirken. So können beispielsweise Pedanterie, Unordnung, ritualisierte Sauberkeit, Unsauberkeit, übertriebene Pünktlichkeitsanforderungen, Unpünktlichkeit, zwanghafte Gewissenhaftigkeit oder Unzuverlässigkeit außer zu sozialen Konflikten auch zu psychischen und psychosozialen Verarbeitungen führen – wie z. B. Ängsten, Aggressionen und Depressionen – mit ihren Begleiterscheinungen im psychosomatischen Bereich.

## Die positive Symptombildung

Die Positive Psychotherapie akzeptiert die Menschen so, wie sie gegenwärtig sind, sieht in ihnen zugleich aber auch das, was sie werden können. Dies bedeutet zunächst, den Menschen mit seinen Störungen und Krankheiten (Pathogenese, d. h. das Krankhafte) anzunehmen, um dann nach seinen noch unbekannten, verborgenen und durch die Krankheit verschütteten Fähigkeiten (Ressourcen) zu suchen.

Beide Aspekte zusammen nennen wir positiv. Positiv leitet sich vom lateinischen Wort „positum“ ab. Es bedeutet, das Ganze zu sehen, das Tatsächliche, das Vorgegebene. Wir gehen davon aus, dass jeder Patient neben seinen Problemen, Störungen und Krankheiten eine Fülle von Fähigkeiten, Möglichkeiten und Chancen mitbringt. Dies muss in der Psychotherapie und in der Gesundheitsmedizin besonders berücksichtigt werden.

Auch Krankheiten können in diesem Sinne positiv gedeutet werden.

- Praktisch wird dies mit Hilfe von positiven Deutungen erreicht, in denen die positiven Aspekte der Symptome sowie die Funktionen, die sie für den Patienten und die Familie besitzen, herausgearbeitet werden.

Die Patienten leiden nicht nur unter ihren Krankheiten und Symptomen, sondern auch unter der Hoffnungslosigkeit, die ihnen mit der Diagnose suggeriert wird. Diese neue Sichtweise wird dem Symptomträger und seiner Familie in der Therapie nahe gebracht. So gewinnen sie Vertrauen, Sicherheit und ein neues Verständnis ihrer Situation. Dies wird ergänzt durch ein gemeinsames Durchdenken und Überarbeiten ihrer Vorstellungen und Lebensziele.

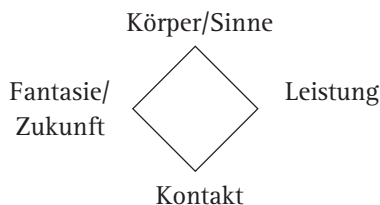
Das positive Vorgehen führt zu einem Standortwechsel, der die Basis für eine therapeutische Zusammenarbeit darstellt, so dass eine konsequente Auseinandersetzung mit bestehenden Problemen und Konflikten ermöglicht wird. Man kommt somit vom Symptom zum Konflikt.

## 2. Das inhaltliche Vorgehen

*Konfliktinhalt und Konfliktdynamik – Symbol für die soziale Identität*

Die vier Qualitäten des Lebens als Ausdruck der Erkenntnisfähigkeit  
Alle Menschen greifen bei der Bewältigung ihrer Probleme auf typische Formen der Konfliktverarbeitung zurück. Sie lassen erkennen, wie man sich und die eigene Umwelt wahrnimmt und auf welchem Weg der Erkenntnis die Realitätsprüfung erfolgt. Während in der westlichen Kul-

tur die Bereiche „Körper“ und „Leistung“ im Vordergrund stehen, werden in der orientalischen Kultur „Kontakt“ und „Fantasie“ höher bewertet. Jeder Mensch entwickelt aber seine eigenen, der Einzigartigkeit seiner Persönlichkeit entsprechenden Reaktionsformen. Die vier Bereiche der Verteilung der Lebensenergie und Konfliktverarbeitung, die im folgenden Schema dargestellt werden, können auf wesentliche Aspekte der Störung hinweisen, die in der Maschinerie der organisch – medizinischen Diagnostik gewöhnlich nicht sichtbar werden.



### *Vier Qualitäten des Lebens*

Wenn die „Waage“ der vier Formen der Konfliktverarbeitung in der Lebenspraxis durch Flucht in die Krankheit (Körper), Flucht in die Arbeit (Leistung), Flucht in die Geselligkeit oder in die Einsamkeit (Kontakt) oder Flucht in Träume (Fantasie) aus dem Gleichgewicht gerät, reagiert der Mensch mit physischen oder psychischen Erkrankungen.

Auf welches Organ schlägt sich bei Ihnen der Ärger?

#### *1. Körper/Sinne*

Im Vordergrund steht das Körper-Ich-Gefühl. Wie nimmt man seinen Körper wahr? Wie erlebt man die verschiedenen Sinnesindrücke und Informationen aus der Umwelt? Die durch die Sinne aufgenommenen Informationen laufen durch die Zensur der erworbenen Wertmaßstäbe. Die einzelnen Sinnesqualitäten können in Zusammenhang mit derartigen Erlebnissen konflikthaft besetzt werden. Durch seine Sinne nimmt das Kind zu Beginn seiner Entwicklung Kontakt zu seiner Umwelt auf. Die Gesamtheit der Aktivitäten wird durch die Sinne kontrolliert. Der Schlaf- und Fütterungsrhythmus kann bedeutsam für die Entwicklung der Pünktlichkeit sein. So geraten manche Menschen in Panik, wenn sie jemanden schreien hören. Die Erinnerung an zornig schreiende Eltern oder die ständige Forderung der Eltern, sich ruhig zu verhalten, machen Lärm subjektiv unerträglich. Auch die anderen Sinnesqualitäten können betroffen sein. Ein schmutziges Aussehen ist an sich

kein Anlass zur Aufregung. Erst dadurch, dass man am eigenen Leibe erfahren musste, dass Schmutz etwas Schlechtes und Schmutzigsein verabscheuenswürdig ist, reagieren wir auf den Anblick eines verdreckten Menschens mit Ekel. So werden diese Bereiche zum „Ort“ geringerer Widerstandskraft und vermehrter Anfälligkeit. Konflikte werden psychisch und psychosomatisch verarbeitet.

Wo liegen Ihre Interessensschwerpunkte?

## 2. *Leistung (Verstand)*

Diese Dimension hat in der Industriegesellschaft, vor allem im amerikanisch-europäischen Kulturkreis, ein besonderes Gewicht. Hierzu gehören die Art und Weise, wie Leistungsnormen ausgeprägt sind und wie sie in das Selbstkonzept eingegliedert werden. Denken und Verstand ermöglichen es, systematisch und gezielt Probleme zu lösen und Leistungen zu optimieren. Zwei einander entgegengesetzte Konfliktreaktionen sind möglich: a) die Flucht in die Arbeit; b) die Flucht vor Leistungsanforderungen. Typische Symptome sind Selbstwertprobleme, Überforderung, Stressreaktionen, Versagensängste, Konzentrationsstörungen und defizitäre Symptome wie Rentenneurose, Apathie, Leistungshemmungen usw.

## 3. *Kontakt/Tradition*

Die sozialen Verhaltensweisen werden durch individuelle Lernerfahrungen und die Überlieferung (Tradition) mitgeprägt. So erwartet man von einem Partner zum Beispiel Höflichkeit, Ehrlichkeit, Gerechtigkeit und Ordnungssinn sowie die Beschäftigung mit bestimmten Interessensgebieten und sucht sich schließlich denjenigen aus, der in irgendeiner Weise diesen Kriterien entspricht.

Wir können auch auf Konflikte reagieren, indem wir die Beziehung zu unserer Umwelt problematisieren: Ein Extrem ist hierbei die Flucht in die Geselligkeit, wobei in der Geborgenheit und der Aktivität der Gruppe die Probleme entschärft werden sollen. Man versucht durch Gespräche mit anderen, Sympathie zu erwecken und Solidarität zu erzielen: „Wenn ich mich über meine Schwiegermutter aufrege, rufe ich meistens eine Freundin an und spreche mit ihr stundenlang darüber.“ Umgekehrt kann man den Rückzug aus der Gemeinschaft antreten. Man distanziert sich von Menschen, die einen beunruhigen, fühlt sich gehemmt, meidet Geselligkeit sowie wie jede Möglichkeit, mit anderen Menschen zusammenzukommen.



Welche Visionen haben Sie?

#### 4. *Fantasie (Intuition)*

Ein weiteres Mittel der Erkenntnis ist, was man in der poetischen Sprache als Stimme des Herzens oder Eingebung, in der Sprache der Religion als Inspiration, in der Sprache der Psychologie als Intuition oder als intuitives Urteil bezeichnen kann. Die Intuition scheint in einem Zusammenhang mit den psychischen Prozessen des Traumes oder der Fantasie zu stehen, die gleichfalls eine Form der Problem- und Konfliktverarbeitung darstellen können. Man kann auf Konflikte reagieren, indem man die Fantasie aktiviert: indem man Konfliktlösungen fantasiert, sich in Gedanken einen erwünschten Erfolg vorstellt oder Menschen, auf die man Wut hat, in der Vorstellung bestraft oder gar tötet.

Intuition und Fantasie reichen über die unmittelbare Wirklichkeit hinaus und können all das beinhalten, was wir als Sinn einer Tätigkeit, Sinn des Lebens, Wunsch, Zukunftsmalerei oder Utopie bezeichnen. Auf die Fähigkeiten der Intuition – Fantasie – und die sich aus ihr entwickelnden Bedürfnisse gehen Weltanschauungen und Religionen ein, die damit die Beziehung auch zu einer fernerer Zukunft (Tod, Leben nach dem Tod) vermitteln.

Die Fähigkeit der Fantasie entwickelt sich schon früh, zu einer Zeit, in der das Kind noch nicht zwischen Wirklichkeit und Vorstellung unterscheiden und klare Kausalbeziehungen herstellen kann. Sie entfaltet sich im Spiel. Der Verlauf dieser Entwicklung wird davon beeinflusst, in welcher Weise familiäre Konzepte die Bereitschaft beinhalten, auf die Fantasie und ihre Inhalte einzugehen.

#### **Anwendung der vier Formen der Konfliktverarbeitung**

Wir erfassen damit individuelle Reaktionsbereitschaften und Verhaltensmuster, wie sie in dieser Partnerschaft häufiger aufzutreten scheinen. Ein Vergleich der beiden Darstellungen zeigt, dass der Körper (beide haben sich schon seit längerer Zeit sexuell nichts mehr zu sagen) und der Kontakt ausgespart sind. In der Tat ergibt die weitere Befragung, dass der Kontakt ein echter Defizitbereich in dieser Partnerschaft ist. Wir verlassen vorerst den konfliktträchtigen Bereich und beschäftigen uns stattdessen mit den entwicklungsfähigen Bereichen.

Dieses Vorgehen entspricht wiederum dem positiven Ansatz. Ein sprachliches Bild, das ich einmal in Zusammenhang mit einer Leistungsproblematik verwendete, soll dieses Vorgehen verdeutlichen: Die vier Bereiche entsprechen einem Reiter, der leistungsmotiviert

(Leistung) einem Ziel zustrebt (Fantasie). Er braucht dazu ein gut gepflegtes Pferd (Körper) und für den Fall, dass dieses ihn einmal abwerfen sollte, Helfer, die ihn beim Aufsteigen unterstützen (Kontakt). Dies bedeutet, dass eine Therapie sich nicht nur mit einem Bereich, z. B. dem Reiter, beschäftigen kann, sondern alle beteiligten Bereiche berücksichtigen muss.

Auf diese Weise lassen sich individuelle und kleingruppenspezifische Stile der Konfliktverarbeitung darstellen. Auch kulturspezifische Reaktionsweisen können so erfasst werden.

### **Aktualfähigkeiten und Konzepte**

Man wird nicht nur krank durch das, was man erlebt hat, sondern auch durch das, was man nicht erleben konnte, wenn den im Menschen angelegten Fähigkeiten die notwendigen Entwicklungsbedingungen entzogen wurden. Beide Konflikt dispositionen entwickeln sich kumulativ als fast unmerkliche Anhäufungen der Mikrotraumen, die den bestehenden familiären und familiär verarbeiteten gesellschaftlichen Konzepten entsprechen. Dementsprechend zeichnen die vier Formen der Konfliktverarbeitung in zwei einander entsprechenden komplementären Bildern (siehe oben).

Dieses Diagramm beschreibt eine typische Form der Konfliktanfälligkeit, die über die vier Vorbilddimensionen lebensgeschichtlich zugänglich und durch das Differenzierungsanalytische Inventar (DAI) inhaltlich beschrieben wird.

### **Aktualfähigkeiten unter dem transkulturellen Gesichtspunkt**

Im Abendland beobachten wir die Tendenz, die sekundären Fähigkeiten, z. B. die Leistungsfähigkeit, besonders hervorzuheben, was zuweilen mit einer Vernachlässigung primärer Fähigkeiten, z. B. dem Kontakt, einhergeht. Im Orient besteht dagegen die Neigung, die primären Fähigkeiten, die sich am Kontakt orientieren, zu betonen, wobei verschiedene sekundäre Fähigkeiten offensichtlich vernachlässigt werden.

Ein Beispiel für transkulturelle Unterschiede ist der Umgang mit den Actualfähigkeiten „Zeit“, „Pünktlichkeit“, „Geduld“. Jeder Mensch verfügt über die Fähigkeit, seine Zeit einzuteilen. Wie jedoch diese Zeiteinteilung bewertet wird, hängt wesentlich von dem jeweiligen kulturellen Bezugsfeld ab. Eine hochorganisierte Industriegesellschaft ist auf die Pünktlichkeit ihrer Mitarbeiter angewiesen. In einer bäuerlichen Gesellschaft dagegen werden Menschen die Zeit weniger straff einteilen und statt der Pünktlichkeit der Geduld einen höheren Wert beimessen.

## Verzeichnis der primären und sekundären Fähigkeiten

<i>Primäre Fähigkeiten</i>	<i>Sekundäre Fähigkeiten</i>
Liebe (Emotionalität)	Pünktlichkeit
Vorbild	Sauberkeit
Geduld	Ordnung
Zeit	Gehorsam
Kontakt	Höflichkeit
Sexualität	Ehrlichkeit/Offenheit
Vertrauen	Treue
Zutrauen	Gerechtigkeit
Hoffnung	Fleiß/Leistung
Glaube/Religion	Sparsamkeit
Zweifel	Zuverlässigkeit
Gewissheit	Genauigkeit
Einheit	Gewissenhaftigkeit

sen. Dies ergibt sich aus ihrer Situation. Sie sind darauf angewiesen, zu warten und sich dem Rhythmus der Natur anzupassen. So fordern verschiedene Systeme eine unterschiedliche Beziehung zur Zeit. Keine dieser Auffassungen zur Zeiteinteilung ist von vornherein die bessere. Jede hat ihre eigenen Konflikthanfälligkeiten: Betonung der Pünktlichkeit im Zusammenhang mit den Stressphänomenen der Industriegesellschaft; großzügig strukturierte Zeiteinteilung im Zusammenhang mit dem Fatalismus orientalischer Bevölkerungsgruppen. Die Beziehung zu „Fleiß/Leistung“ entspricht diesem Unterschied: Produktüberfluss, Produktions- und Verbrauchergesellschaften auf der einen Seite, autarke und weniger produktionszentrierte Lebensweise auf der anderen. Geradezu spannend wird es, wenn unterschiedliche Bezugssysteme aufeinander treffen. Entwicklungshilfe, Industrialisierung und – in entgegengesetzter Richtung – Stadtflucht, Folklore und Alternativbewegung sind Beispiele für die Konfrontation derart unterschiedlicher Lebensweisen.

### Die Anwendung des Differenzierungsanalytischen Inventars (DAI)

Die Aktualfähigkeiten werden über das Differenzierungsanalytische Inventar (DAI) erfasst. Dieses wird damit zu einem Inventar der individuellen, familiären und kulturbezogenen konfliktrelevanten Konzepte. Das DAI kann in der therapeutischen Situation, aber auch im Rahmen der Selbsthilfe von jedem durchgeführt werden.

In diesem Inventar erfolgt unter der Spalte „Ich“ jeweils die Selbstbeurteilung, unter den Partnerspalten die Beurteilung, wie man den Partner erlebt und dessen Verhalten bewertet. Diagnostisch kann man diese Selbst- und Fremdbeurteilungen miteinander zu einem differenzierten Konfliktdiagramm verbinden. Auch nicht anwesende Partner, ein verstorbenes Elternteil, ein geschiedener Ehepartner, ein Partner, der sich weigert, an den Sitzungen teilzunehmen, können so indirekt in die Dynamik der partnerschaftlichen und persönlichen Konzepte einbezogen werden.

Die Aussagen im DAI sind keine absoluten Urteile. Sie sind vielmehr subjektive und in Bezug zu einem Partner relative Bewertungen. Die individuellen Maßstäbe der Partner werden miteinander verglichen.

### 3. Therapie und Selbsthilfe

*Das Prinzip der Beratung – Symbol für die Alltagsidentität*

#### Die fünf Stufen der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Selbsthilfe und Therapie

Wer durch eine Anhäufung von Belastungen (Stress) krank geworden ist, findet in der Positiven Psychotherapie ein Behandlungskonzept, das in relativ kurzer Zeit seine Selbsthilfemöglichkeiten mobilisiert. Dabei stehen die fünf Therapiestufen immer in einem dynamischen Zusammenhang. Sie laufen nicht eine nach der anderen ab, sondern greifen stets als lebendiger Prozess ineinander.

#### 1. Stufe: Beobachtung/ Distanzierung

Die Konfliktbeteiligten verhalten sich zunächst wie jemand, der so nahe vor einem Bild steht, dass er es fast mit der Nase berührt. Er sieht lediglich einen kleinen Ausschnitt, ohne das Ganze wahrzunehmen. Versuchen Sie darum, die Stressfaktoren und Konflikte möglichst umfassend zu erfassen und zu beschreiben. Schreiben Sie auf, worüber oder über wen und wann Sie sich ärgern und welche Anlässe Ihnen angenehm sind. Damit beginnt zugleich ein Prozess des Unterscheidenlernens und der Distanzierung, der durch die positive Umdeutung der Symptome durch den Therapeuten unterstützt wird.

#### 2. Stufe: Inventarisierung

Hier geht es um die Art der Konflikt- und Stressbewältigung, die der Betroffene an sich selbst und am Partner beobachtet. Anhand eines Fragebogens werden die vier Bereiche der Konfliktverarbeitung sowie die

primären und sekundären Fähigkeiten besprochen. Ziel ist es, den Wurzeln der Konflikte auf die Spur zu kommen und die Art der Problemverarbeitung zu erkennen.

### 3. Stufe: Situative Ermutigung

Indem wir uns mit Dingen beschäftigen, die wir als positiv und anregend erleben, fällt es uns leichter, auch den Dingen ins Auge zu sehen, die wir als unangenehm und negativ empfinden. Diese Stufe wendet sich deshalb zunächst von den Konflikten ab und fragt z. B. nach dem, was eine Familie oder Partnerschaft trotz allem zusammenhält. Auch Geschichten, Parabeln und Spruchweisheiten können helfen, vom beharrlichen Wälzen alter Probleme wegzukommen.

### 4. Stufe: Verbalisierung

Um aus der Sprachlosigkeit oder der Verzerrung des Konfliktes herauszukommen, wird schrittweise die Kommunikation mit dem Partner nach festgelegten Regeln trainiert. Während die bisherigen Schritte vor allem die Fähigkeit zu verstehen gefördert haben, beginnt nun die direkte Auseinandersetzung, um die Konflikte zu lösen, statt sie nur agierend auszutragen.

### 5. Stufe: Zielerweiterung

Hier lernt man, den Konflikt nicht auf andere Verhaltensbereiche zu übertragen, sondern neue und bisher nicht erlebte Ziele anzusteuern. Die Zielerweiterung dient dazu, einen Plan für die nächste Zeit zu machen, die Lebensqualität sowie die primären und sekundären Fähigkeiten zu erweitern, neue Verhaltens- und Umgangsweisen für sich zu erschließen.

#### Fallbeispiel

*„Mit seinem Tod hat er mir das Geschäft und damit die Sorgen zurückgelassen“*

Eine 58-jährige Frau mit traurigen Augen trug ein einfaches Kleid und begegnete mir mit blassem Gesicht. Sie sprach mit gedämpfter Stimme, ihre großen Augen wirkten wässrig, auch wenn sie keine Tränen zeigte. Sie beklagte sich über Ängste, Depressionen, Herz- und Kreislaufbeschwerden und wünschte eine Behandlung.

*Patientin*

„Ich fühle mich niedergeschlagen und habe starke Depressionen. Nachts kann ich nicht mehr einschlafen, und wenn ich doch ein-

schlafe, wache ich nach etwa ein bis zwei Stunden schreiend und voller Angst wieder auf und weiß nicht, wo ich mich befinde. Erst wenn ich den Lichtschalter gefunden habe, kann ich mich langsam wieder beruhigen. Ich habe das Gefühl, dass mir alles über dem Kopf wächst, und ich bin oft sehr gereizt. Ich leide unter starken Angstzuständen, habe Herzbeschwerden und Angst, an einem Herzinfarkt zu sterben, wie mein Mann. Ich bin am Ende, absolut fertig. Zudem fühle ich mich geschwächt, bin nervös, vergesse alles, habe immer wieder starkes Herzrasen und Herzklopfen und bin bereits einmal ohnmächtig zu Boden gefallen. Ich leide unter Kopf- und Rückenschmerzen. Ich will weinen und kann es nicht. Ich fühle mich so einsam. Mein Internist und Kardiologe haben bereits mit Ihnen gesprochen. Beide haben viel für mich getan. In unserer Verzweiflung wenden wir uns an Sie und brauchen Ihre Hilfe.

### *Therapeut*

„Sie haben Ihre Situation und Ihre vielfältigen Beschwerden sehr gut dargestellt. Sie wissen wohl, dass alles eine bestimmte Bedeutung und einen Sinn hat. Versuchen wir, Ihre Beschwerden unter diesem Aspekt zu sehen. Sie sprachen von Ihrer Nervosität, von dem Nachlassen des Gedächtnisses, von Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Depressionen, Ängsten und Herz- und Kreislaufbeschwerden.

*Ihre Nervosität* könnte als Fähigkeit, auf bestimmte Lebensumstände spontan und körperlich zu reagieren, angesehen werden.

*Das Nachlassen Ihrer Konzentration* ist die Fähigkeit, sich Spannungen und Konflikte durch den Kopf gehen zu lassen. Kennen Sie die Sprichworte: „Sich den Kopf zerbrechen“ – „Den Kopf verlieren“ – „Das macht mir Kopfschmerzen“ – „Sich den Kopf um ungelegt Eier zerbrechen“?

*Ihre Schlafstörung* zeigt, dass Sie sehr wachsam sind.

*Ihre Rückenschmerzen* sind Ausdruck Ihrer Fähigkeit, sich zusammen zu nehmen, Haltung zu bewahren und sich den gegebenen Umständen anzupassen.

*Ihre Ängste* besagen, dass Sie die Fähigkeit haben, viel Energie aufzuwenden, ohne klare Zielvorstellungen zu haben.

*Ihre Depressionen* zeigen, dass Sie mit tiefer Emotionalität auf Probleme, Ereignisse und Konflikte reagieren. Gleichzeitig bringen Sie zum Ausdruck, dass Sie das Bedürfnis haben, mit anderen Menschen

zusammen zu sein; nach dem Spruch: „Alle Trauer der Erde ist Einsamkeit“ – „Geteiltes Leid ist halbes Leid“.

*Ihre Herzbeschwerden* bedeuten, dass Sie etwas auf dem Herzen haben.“

*Patientin*

„Das ist traurig aber wahr (...). Mein größter Wunsch ist es, aus der Einsamkeit herauszukommen.“

Diese Erklärungen waren für die Patientin ein Gegenkonzept, auf die eigenen typischen Reaktionsweisen aufmerksam zu werden, sie differenzierter zu sehen und sich mit ihnen auseinander zu setzen. Sie waren der Ausgangspunkt, um den Teufelskreis, in dem sich die Patientin befand, aufzubrechen.

*Patientin* (in der nächsten Sitzung)

„Ich war stark mit mir und meinen Beschwerden und Problemen beschäftigt und konnte oft an nichts anderes denken. Durch Ihre Erklärungen und die Metapher „Das Leben ist zu kurz für ein langes Gesicht“ fiel es mir wie Schuppen von den Augen. Ich sah plötzlich, dass ich auch so frei sein kann, und dass es nur an mir liegt, dieses Bewusstsein zu entwickeln. Mit ist jetzt überhaupt erst klar, unter welchem Druck ich in all den Jahren gestanden habe.“

*Therapeut*

„Was haben Sie bisher dafür oder dagegen gemacht?“

*Patientin*

„Nichts, außer hausärztlicher und internistischer Betreuung bei einem Kardiologen. Aber jetzt überholt mich das Ganze wie eine Lawine.“

*Therapeut*

„Überlegen Sie einmal, was in den letzten fünf Jahren alles auf Sie und Ihre Familie zugekommen ist; körperlich, beruflich, familiär und gesellschaftlich; Verlust und Todesfälle. Kennen Sie den Spruch: „Steter Tropfen höhlt den Stein“?“

*Patientin*

„Begonnen haben die Beschwerden vor zwei Jahren, als mein Mann an einem Herzinfarkt starb. Er war beruflich total überlastet und nahm sich die finanziellen Schwierigkeiten seines Geschäftes sehr zu

Herzen. Ein Mitarbeiter meines Mannes, dem er viel anvertraut hatte, führte die Bücher nicht korrekt genug, so dass wir Schwierigkeiten mit dem Finanzamt bekamen. Außerdem verschwanden immer wieder Waren. Mein Mann kam darüber einfach nicht hinweg. Mit seinem Tod hat er mir das Geschäft und damit die Sorgen zurückgelassen. Ich weiß nicht, wem ich die Geschäftsführung anvertrauen soll. Ich habe zu niemandem mehr Vertrauen, auch zu mir nicht, weil ich das niemals gelernt habe und schon jetzt total überfordert bin. Die Vorstellung, dass unser Geschäft langsam, aber sicher wegen meines Unvermögens in Konkurs geht, bringt mich zur Verzweiflung und stellt mein Leben in Frage. Ich weiß nicht mehr, wozu ich lebe (...).“

Die Patientin versuchte nun selber, angeregt durch die oben aufgeführte Metapher und die positive Deutung ihrer Beschwerden ihre Umgebung, ihren verstorbenen Partner, Mitmenschen und sich neu zu erfahren. Es war für sie eine Entdeckungsreise in ein bisher fast unbekanntes Land. Die Patientin schweig eine Weile und überlegte angestrengt: *„Ich glaube, die Geschichte trifft tatsächlich auf mich zu (...)“*. Von hier aus war der konstruktive, konfliktzentrierte Einstieg in die psychosoziale Norm Sparsamkeit möglich. Durch die Geschichte und ihre Übertragung auf die eigene Situation war der Patientin die Doppeldeutigkeit ihrer Haltung bewusst geworden, sie konnte sich über den Generationsauftrag klar werden, den sie unbewusst zu erfüllen versuchte und den Tod ihres Mannes bearbeiten.

### *Patientin*

„Ich glaube, es wäre nicht im Sinne meines Mannes, wenn wir alles fallen ließen. Er hat zeit seines Lebens dafür gesorgt, dass wir glücklich zusammen leben können. Jetzt wäre es widersinnig, wenn wir nur noch das Unglück sehen würden. Wenn wir zusammenhalten, können wir auch jetzt unser Leben noch sinnvoll gestalten.“

Zugrunde liegen Konflikte, welche die Bereiche der Sparsamkeit, Genauigkeit, Ordnung, Ehrlichkeit, Hoffnung, des Glaubens, Zutrauens, Vertrauens und Zweifelns betreffen. Die Identitätskrise bezieht sich in diesem Fallbeispiel auf die Kosmische Identitätsproblematik im Sinne der Lebensziele, als auch auf die menschliche Identitätskrise (mangelnde Energieverteilung für die vier Qualitäten des Lebens) und die Alltagsidentität im Sinne einer mangelnden Konfliktbewältigungsstrategie.



Folgende Techniken wurden im Rahmen dieser Erstbegegnung und Kurzzeittherapie von 12 Stunden innerhalb von vier Monaten einbezogen: Spezielle Fragebogen bei Angst, Herz- und Kreislaufbeschwerden, die Herz-Tagesablauf-Energieverteilung, Entspannungsmethoden und Antidepressiva.

## Psychoserum

Mit der Inventarisierung leiten wir einen Bewusstmachungsprozess ein. Der Patient gewinnt Einsicht in seine meist für selbstverständlich gehaltenen Verhaltensketten. Zumindest von seiner Einsicht her hätte er die Möglichkeit, sich von den konflikthaftern Einstellungen zu Verhaltensmustern zu distanzieren und Abstand zu gewinnen. Mithin muss die Bedeutung der reinen, intellektuellen Einsicht mit Vorsicht beurteilt werden.

Luria z. B. stellte fest, dass Einsicht allein noch keine hinreichende Bedingung für eine Verhaltensänderung sei, durchaus im Sinne des Wortes: „Der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach“. Dieser Satz gilt besonders in der Psychotherapie, wo es darum geht, sich von seinen Gewohnheiten zu verabschieden.

Luria fand in seiner Untersuchung, dass seine Versuchspersonen nur dann Konsequenzen von Einsicht zeigten, wenn diese Einsicht mit einem inneren Befehl verbunden war. Diesen Sachverhalt können wir in der Stufe der situativen Ermutigung therapeutisch nutzen. Hilfreich erweisen sich hier suggestive Verfahren. Zur Erklärung möchte ich auf eine allgemeine Erfahrung zurückgreifen: Wenn wir vor einer schwierigen Aufgabe stehen, ist es uns nicht gleichgültig, wie die anderen reagieren. Wenn uns jemand in dieser Situation vollkommen überzeugt und nicht nur oberflächlich sagt: „Du wirst deine Aufgabe schaffen, ich weiß es bestimmt“, dann dürfte dies anders wirken, als wenn dieselbe Person sagt: „Du kannst dir so viel Mühe geben, wie du magst, dass du die Aufgabe lösen kannst, wage ich zu bezweifeln“.

Wir sehen also, dass diese Aussagen einmal motivierend und unter anderen Bedingungen demotivierend wirken können. Entsprechendes machen wir uns mit Suggestion und Hypnose zunutzen. Im Rahmen dieser Vorgehensweisen können wir gewisse Inhalte dem emotionalen Erleben des Patienten näher gebracht werden. Es geht dabei vor allem um Alternativen zum dem konflikthaftern gewordenen Grundkonzept, welches sich auf das gesamte Verhalten oder auf einzelne Aktualfähig-

keiten beziehen mag. Ein solches Alternativkonzept nennen wir Psychoserum. Das Psychoserum ist eine formelhafte Verkürzung von Ziel- und Sinnvorstellungen, die darauf abgestimmt sind, dem Patienten eine Korrektur der konflikthaft besetzten Verhaltensweisen zu ermöglichen und einen Willensimpuls zu vermitteln, der eine Verhaltensänderung erleichtert.

Während das Autogene Training (nach J. H. Schultz) oder die gestufte Aktivhypnose (nach Kretschmar und Lange) eine Anzahl allgemeiner Aussagen wie „Mut, Zuversicht und Selbstvertrauen“ als Vorsatzformel verwendet, kann in der Positiven Psychotherapie eine individuell angemessene Auswahl konfliktspezifischer Inhalte – ausgedrückt in Aktualfähigkeiten – getroffen werden. Der Patient, der im Verlauf der bisherigen Therapie auf mangelnde Unterscheidungen hin sensibilisiert und für den der individuelle Bedeutungsinhalt der einzelnen Fähigkeiten aufgeschlossen wurde, kann hier auf spezifische Weise angesprochen werden. Die Aktualfähigkeiten eignen sich als Inhalte des Psychoserums vor allem dadurch, dass sie als „Reizwörter“ vorgeprägt und allgemein verständlich sind. Was sie in dem besonderen Fall zu bedeuten haben, wird vorher mit dem Patienten durchgearbeitet.

*Frau S. erwartete, dass ihr Ehemann sofort, wenn möglich noch vor dem vereinbarten Termin kommen müsse, und begab sich mit dieser Erwartung in eine starke emotionale Abhängigkeit. Mehrere Tage ohne den Ehemann zu sein oder allein ohne Familie in den Urlaub zu fahren, hätte eine zu großen Spannungsbogen bedeutet und die Patientin überfordert. Sie wagte nicht, über größere Zeiträume zu hoffen.*

Das Psychoserum lautete daher:

*Lerne zu unterscheiden zwischen Erwartung und Hoffnung.*

Weitere Beispiele für Psychoseren:

*„Lerne zu unterscheiden zwischen Ordnung und Geduld“* (bei Erziehungsschwierigkeiten, die sich an der Unordnung des Kindes und den betonten Ordnungsvorschriften der Mutter entzünden).

*„Lerne zu unterscheiden zwischen Vertrauen und Zutrauen“* (bei Erziehungs-, Partnerschafts- und sozialen Schwierigkeiten).

*„Lerne zu unterscheiden zwischen Liebe und Gerechtigkeit“* (bei einem Patienten, der sich für die Untreue seiner Frau revanchieren möchte).

*„Lerne zu unterscheiden zwischen angeboren und erworben“* (bei einer

Ehefrau, welche die Hoffnung aufgegeben hat, dass sich die „angeborene Unpünktlichkeit“ ihres Mannes jemals bessern wird).

„*Lerne zu unterscheiden zwischen bedingtem und bestimmtem Schicksal*“ (bei einer Patientin, die über dem Tod ihres Kindes nicht hinwegkam).

Neben diesen Unterscheidungspsychoseren gibt es Integrationspsychoseren:

„*Lerne zu integrieren Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft*“ (bei einer 56-jährigen Patientin, die bei depressiver Grundstimmung verkrampft versuchte, ihre Jugenderlebnisse wieder zu erleben).

Als Verhaltensintention legt das Psychoserum eine Modifikation des eigenen Konzeptes nahe und unterstützt die Bahnung des Alternativverhaltens. Als suggestive Vorsatzformel wird das Psychoserum im Anschluss an suggestive Verfahren dargeboten. Bewährt haben sich das Autogene Training und die aus der Verhaltenstherapie bekannte „progressive Entspannung“. Das Psychoserum fungiert hier als Suggestion im Anschluss an die autosuggestiven Verfahren. Das Psychoserum ist kein wesensfremder Befehl, sondern Verstärkung bereits bestehender Motivationen, die auf ein alternatives Verhaltens- und Einstellungskonzept im Rahmen der Psychotherapie gerichtet ist.

### *Korrespondenzadresse*

Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin

Leiter der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie

Langgasse 38–40

65183 Wiesbaden

Tel.: 0611/37 37 07 oder 0611/34 11 67 6; Fax: 0611/39 99 0

E-Mail: [info@wiap.de](mailto:info@wiap.de); Internet: [www.wiap.de](http://www.wiap.de) und [www.positum.org](http://www.positum.org)

# Weniger ist mehr

## *Fallbeschreibung*

von Rainer Wittek

Häufig kommt es vor, dass Frauen unter dem Verhalten ihrer Männer leiden. Der umgekehrte Fall scheint seltener zu sein. Jedenfalls klagen Männer seltener über solche Probleme. Herr E. F. gehört zu den krassen Fällen, in denen Männer am Verhalten ihrer Partnerin zerbrechen.

Ihn lernte ich kennen, kurz nachdem er nach einem Suizidversuch durch die Polizei in die Klinik gebracht worden war. Der Mann Ende vierzig erschien verwahrlost, zeigte deutliche Entzugserscheinungen. Ich hatte zufällig auf der Station, in der er untergebracht war, zu tun. Er sprach mich an, als ich an seinem Zimmer, dessen Tür offen stand, vorbeiging. „Sie werden sich nicht an mich erinnern. Wir sind uns vor zwei oder drei Jahren auf einer Einladung bei der Familie O. begegnet.“ Mir dämmerte, dass dieser vom Entzug gebeutelte Mann der gleiche war, den ich vor allem wegen seiner wie eine Barbiepuppe wirkenden Frau in Erinnerung hatte. „Kann es sein, dass Ihre Frau ziemlich groß und blond ist?“, erkundigte ich mich. „Meine Ex-Frau. Sie erinnern sich? Da haben Sie gleich das ganze Elend angesprochen.“ In der für Menschen im Entzug charakteristischen hektischen Sprechweise, unterbrochen von „Aussetzern“, bei denen er den Gesprächsfaden verlor, berichtete er die Geschichte seines Abstiegs:

„Meine Frau hatte sich schon seit Jahren beklagt, ich hätte zu wenig Zeit für sie, würde zu viel arbeiten, sei kaum zu Hause. Sie hatte ja Zeit, langweilte sich. Berufstätig war sie nur in den ersten beiden Jahren unserer Ehe als meine Sekretärin. Dann zog sie sich aus dem Berufsleben zurück, beschränkte sich auf Repräsentation und kümmerte sich – sehr gut übrigens – um unsere Gäste und um Veranstaltungen, die wir aus geschäftlichen Gründen besuchten. Das machte ihr Spaß, das war für mein Geschäft auch hilfreich. Kinder haben wir nicht. Sie wollte keine, hatte Angst um ihre Figur. Als ich sie zuletzt sah, hatte sie immer noch eine Figur wie ein junges Mädchen, obwohl sie auch schon über vierzig ist.

In den letzten drei oder vier Jahren beklagte sie sich immer mehr über mein Arbeitspensum und meine häufige Abwesenheit, entwickelte auch total unbegründete Eifersuchtsideen. Sie verlangte immer drän-

gender, ich solle mein Arbeitspensum einschränken, mir mehr Zeit für sie nehmen, mit ihr reisen.

Ich weiß nicht, wie oft ich ihr vorgerechnet habe, dass ich bei den Ansprüchen, die wir beide stellten, so viel arbeiten musste. In der Industrie hängt für einen Selbstständigen als Einzelkämpfer eben alles vom persönlichen Einsatz ab. Sie ging auf meine Argumente immer weniger ein, beharrte auf ihrem Standpunkt. Als ich ihr vorrechnete, dass ich bei 50 statt 65 Wochenstunden nicht mehr in der Lage sei, ihr monatliches Taschengeld von 3000 € zu sichern, meinte sie, ihr würden 2000 € auch reichen, wenn sich an den sonstigen finanziellen Gegebenheiten nichts ändert. Wenn ich sagte, das kann ich nicht versprechen, hieß es nur: „Das schaffst du schon.“ Ich Idiot ließ mich breitschlagen.“

Einige Monate ging es gut, seine Frau genoss es, mit ihm bei vielen Anlässen aufzutauchen, sich zu zeigen. Zum ersten großen Krach kam es, als nach reichlich einem Jahr reduzierter Arbeitstätigkeit er ihren Wunsch nach einem neuen Cabrio nicht wie gewohnt erfüllen, sondern um ein halbes Jahr verschieben musste. Auseinandersetzungen, teilweise mit Beschimpfungen wurden häufiger. Inzwischen hatte er sich an die geringere Arbeitsbelastung gewöhnt, fühlte sich gut, vermisste auch den vorher sehr lockeren Umgang mit Geld nicht.

Die Tatsache, dass seine Frau sich auch sexuell von ihm zurückzog, nahm er zwar wahr, nahm sie aber nicht ernst, so, wie er überhaupt ihre „Launen“, wie er es nannte, wenig ernst nahm. Zu den „Launen“ rechnete er auch ihre heftigen Vorwürfe, so habe sie sich das nicht vorgestellt, als sie wollte, er solle weniger arbeiten. Schließlich hatte er das vorher gesagt, sie wusste es, er wollte nicht mehr zurück.

Ein Zeitraum von wenigen Monaten relativer Ruhe folgte, brachte ihn zu der Überzeugung, seine Frau habe die Veränderungen akzeptiert, da es finanziell ja immer noch objektiv betrachtet sehr gut ging.

Wie sehr er sich geirrt hatte erlebte er, als er von einer mehrtägigen Geschäftsreise zurückkehrte. Das Haus war ausgeräumt, die wertvollsten Teile des Mobiliars fehlten. Ein hinterlassener Brief seiner Frau klärte die Situation: Sie hatte in den Monaten, in denen er an die Stabilisierung der Beziehung glaubte oder glauben wollte, ein Verhältnis mit einem anderen Mann angefangen. Der hielt zwar nicht viel von Arbeit, machte ihr aber klar, sie habe Anspruch auf das Vermögen ihres Mannes. Damit könnte sie mit ihm gut leben. Die Konten, auf die

sie Zugriff hatte, waren abgeräumt, die Wohnung im Ausland, die aus steuerlichen Gründen auf ihren Namen lief, bot Unterschlupf. Sie wollte jetzt endlich leben, Spaß haben. Von ihm sei sie maßlos enttäuscht, bezeichnete ihn als Versager, weil er ihre Ansprüche nicht mehr im gewohnten Maß erfüllen konnte. Bei der Lektüre des Briefes, den er mir zu lesen gab, hatte ich das Gefühl, hier schreibt ein kleines wütendes Mädchen an seinen Vater, von dem es nicht bekommt, was es will.

Herr E. F. hatte, nachdem er den Brief gelesen hatte, zunächst in seinem weitgehend leeren Haus getobt, Möbel, die noch vorhanden waren, zerstört und sich schwer betrunken. In diesem Zustand geriet er auch erstmals in Konflikt mit der Polizei, weil er betrunken losfuhr und seinen Wagen an eine Hausmauer setzte. „Jetzt war ich nicht nur die Frau, sondern auch den Führerschein los, eine berufliche Katastrophe. Termine konnte ich nicht einhalten, Bargeld hatte ich kaum noch. Ich habe einfach weitergesoffen, es war ja doch alles aus. In wenigen Monaten ging alles den Bach runter. Von meiner Frau kamen weitere Forderungen, Firmen, bei denen ich Termine nicht eingehalten hatte, kündigten die Zusammenarbeit auf. Ich stand vor dem Nichts. Als letzter Ausweg fiel mir ein, mich in dem leeren Haus, das ich sowieso auch verkaufen musste, aufzuhängen. Weil ich dabei viel Krach machte, riefen Nachbarn die Polizei, die mich hierher brachte. Ich weiß nicht mehr weiter.“

In solchen Fällen ist es schwierig, überhaupt einen Kommentar zu geben. Trost wirkt hier billig oder sogar als Hohn, wenn die reale Situation so verzweifelt ist. Das sagte ich Herrn F. auch, griff das Gefühl der Rat- und Hoffnungslosigkeit auf, sprach seine Wut an, die Wut auf seine Frau und auf sich selbst. „Das Schlimmste ist, ich muss mir sagen, ich habe mich auf die Wünsche meiner Frau eingelassen, obwohl ich im Grunde wusste, wie es enden wird. Meine Frau hat von Kindheit an immer ihre Wünsche erfüllt bekommen. Etwas zu entbehren, sich einzuschränken, existierte in ihrem Weltbild nicht.“

In weiteren Gesprächen ging es immer wieder darum, ganz konkret eine Lösung, einen Ausweg aus seiner verfahrenen Situation zu finden. Herr F. hatte inzwischen von Mitpatienten erfahren, dass ich oft mit Hypnose arbeite. Er bat um eine Stunde, „um zu erfahren, was ich eigentlich will, welche Vorstellungen ich habe. Ich grübele so viel, dass die Zukunft für mich total im Nebel versinkt.“

Wir vereinbarten nur eine einzige Sitzung, da einerseits Herr F. meinte, nur „die richtige Richtung der Entscheidung“ finden zu wollen, andererseits er von sich selbst verlangte, seine Situation, „die ich selbst versaut habe“, auch selbst wieder zu bereinigen.

In solchen Situationen bevorzuge ich ein Vorgehen, welches möglichst keine konkreten Vorgaben enthält. Das sieht so aus, dass ich mich bei der Tranceeinleitung auf die immer vorhandenen spontanen Gedanken beziehe, die wie Wolken am Himmel auftauchen, vorüberziehen, sich scheinbar zufällig vermischen, verschwinden, von anderen (Gedankenwolken) abgelöst werden und schließlich verschwinden. Es bleibt eine freie Fläche, auf der wie auf eine Projektionsfläche Bilder erscheinen, die Hinweise auf eine Lösung bieten.

Herr F. schilderte: „Ich stehe vor einer eigentlich unersteigbaren Felswand mit einem Rucksack am Rücken, zu schwer, um ihn zu tragen. Meine Frau steht neben mir, wartet, dass ich mit dem Rucksack diese Wand hochsteige. Schaffe ich ein kleines Stück, legt sie mir noch eine Last auf meinen Rucksack, immer wieder, bis ich zurückrutsche. Dann drängt sie, ich soll mich endlich anstrengen und die Wand hochklettern. Dann soll ich zurückkommen und sie auch raufbringen.“ Mehr wollte er nicht sagen.

Am folgenden Montag – die Hypnosesitzung war am Freitag gewesen – sprach mich Herr F. bei der Visite an: „Ich habe das Scheitern meiner Ehe wohl selbst provoziert, weil ich spürte, dass bald der Punkt kommt, wo nichts mehr geht und ich zusammenbreche. Meine innere Einstellung war: besser ein Ende mit Schrecken als Schrecken ohne Ende.“

Da keine Selbstmordgefahr mehr bestand, wurde Herr F. entlassen. Er fand in seinen Beruf zurück, wenn auch in wesentlich kleinerem Rahmen als vorher. Bei einem Gespräch in der Ambulanz zwei Monate später meinte er, für ihn sei dieser kleinere Rahmen angemessener. Die hohen Ansprüche in finanzieller Hinsicht seien im Grunde nur von seiner Frau gekommen. Seine Ansprüche könne er jetzt leicht befriedigen. „Es war halt mein Traum, kleiner dunkelhaariger Junge erobert große blonde Frau. Dass der Preis dafür zu hoch ist, habe ich mir viele Jahre nicht eingestehen wollen.“ Eine neue Beziehung wolle er in absehbarer Zeit nicht.

# Erleben indianischer Heilungsrituale – Schwitzhütte

*Erlebnisbericht eines Schwitzhüttenrituals auf der letztjährigen Jahrestagung in Bad Lippspringe*

von Ernst Meier

## Indianische Sichtweise von Krankheit und Gesundheit

„Die Schulmedizin verschreibt Pillen, aber kümmert sich wenig um die Ursachen der Krankheit. Aber jeder Mensch, der krank ist, ist aus einem bestimmten Grund krank“, ist eine der zentralen Aussagen des Medizinmanns Tim Sikyea, Denè-Indianer, an diesem Morgen in der Trinkhalle des Kurhotels in Bad Lippspringe auf der Jahrestagung der DGH in einem der zahlreichen Workshops.

Vor fast einem Jahr saß ich am gleichen Ort im Workshop des tuwinischen Schamanen Galsan Tschinag ... eine der Folgen dieses Workshops war, dass großes Interesse an traditionellen Heilmethoden der Naturvölker erwachte und ich im anschließenden Sommer ins Hochaltai-gebirge reiste. Nun war ich natürlich sehr gespannt, was wohl dieser Workshop für „Folgen“ haben würde.

## Wie hat man sich eine Schwitzhütte vorzustellen?

Das rituelle „Schwitzbad“ ist von vielen nordamerikanischen Indianern zur körperlichen und seelisch-geistigen Reinigung benutzt worden. Jeder Stamm hatte dabei seine individuellen rituellen Formen. Die Grundelemente aber bleiben sich immer gleich.

Die Schwitzhütte in der indianischen Tradition wird zentral als Ort der Begegnung mit der Mutter Erde verstanden und gefeiert. Dabei ist das Einlassen auf die vier Himmelsrichtungen und die vier Elemente Feuer, Erde, Wasser und Luft sowie den Königreichen der Natur mit ihren Wesen, den Tieren und Pflanzen ganz wichtig.

Eine Schwitzhütte hat das Aussehen eines kuppelförmigen Geflechtes aus Weidenruten. Darauf liegen Decken. Das kugelförmige Gebilde symbolisiert so den Bauch der Mutter Erde. Die Hitze im Inneren wird durch glühende Basaltsteine erzeugt, die außerhalb der Hütte in einem offenen Feuer erhitzt, in die Hütte getragen und in eine zentrale Vertiefung gelegt werden. Durch das Übergießen der Steine mit Wasser füllt sich der Innenraum mit Dampf und ermöglicht so den Teilnehmern in



der Dunkelheit eine intensive äußere und innere Reinigung, Heilung und Selbsterfahrung.

Männer, so Tim Sikyea, brauchen diese Reinigung anders als Frauen, die durch ihre monatlichen „Moondays“ über eine ureigene innere Reinigung verfügen und deshalb das Reinigungsritual in geringerem Maße brauchen und während ihren inneren Reinigungstagen auch nicht daran teilnehmen. Verunreinigung in der indianischen Spiritualität beginnt immer innen, nie außen. Umweltverschmutzung ist für die nordamerikanischen Urbewohner in erster Linie eine innere Verschmutzung. Deshalb ist innere Reinigung so zentral in der indianischen Kultur.

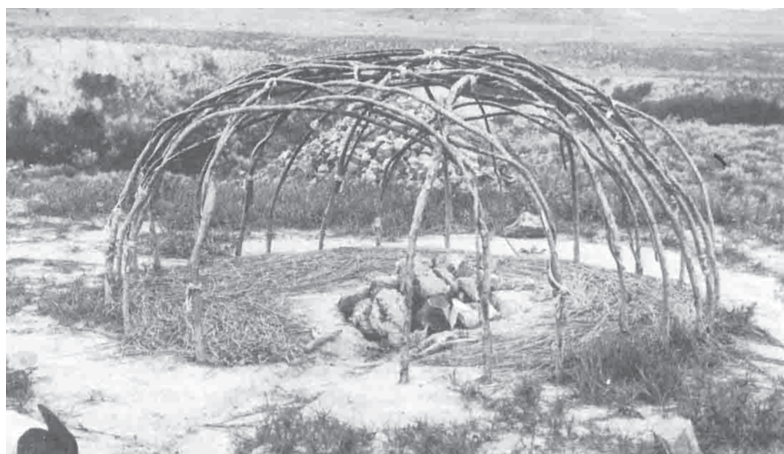


Abbildung 1: Gerippe einer Schwitzhütte, aus „Die Apotheke Manitous“

## Schwitzhüttenzeremonie

Im Vorfeld des Rituals am Morgen stehen Befindlichkeit und die Vorbereitung auf die Zeremonie am Nachmittag im Vordergrund. „Prayerties“, farbige Baumwollstoffsäcklein mit Tabak drin, werden an roten Garnschnüren aufgeknüpft. Jedes Säcklein enthält ein Anliegen des Knüpfenden.

Am frühen Nachmittag vor der Hütte werden alle Teilnehmer mit Salbeirauch vorgereinigt, der mit einer Adlerfeder, Symbol für Kraft, Energie und Himmelsnähe, wischend und fächernd um den Körper verteilt wird. Man zieht den Rauch mit den Händen zum Herzen, über den Kopf, die Stirn und zum Schluss Richtung Erde und nimmt die reini-

gende und stärkende Wirkung bewusst wahr. Dann werden die 25 mit Badetuch bekleideten Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Tim im Raum der Hütte verteilt. Großes Staunen, wie viel bergenden Raum die Mutter Erde hat! Anschließend werden die „Prayerties“ über den Köpfen befestigt, die Hütte wird zugemacht, und bald schon breitet sich nach Wachholder, Salbei und andern Kräutern duftender Dampf in der Dunkelheit aus.

Die Reinigung erfolgt in 4 Phasen. In der ersten Phase werden die „Spirits“ begrüßt und geehrt, wobei das jeder in seiner für ihn vertrauten Spiritualität tun kann. Gesänge, die ertönen, werden vom Adler, dem heiligen Himmelsvogel zu Wakan Tanka, zum Schöpfergott von Himmel und Erde, emporgetragen. In der zweiten, der eigentlichen Heilungsrunde, die auch die wärmste ist, ertönen „Healings Songs“ in die wir singend, betend einstimmen können im Wissen darum, dass Wunden, Verletzungen gereinigt werden, heilen können. Dann erfolgt wieder eine kurze Pause, wo Körper und Psyche sich „abkühlen“. In der dritten, der „Future Round“, wird der Blick ganz nach vorn gerichtet auf zukünftige Lebensaufgaben. Die vierte abschließenden Runde gilt dem Dank.

Am Schluss stehen alle Teilnehmer vor der Schwitzhütte im Kreis und zum Abschied werden Dankesworte ausgetauscht. Die indianische Heilige Pfeife mit Tabak aus Sweetgrass und Rinde aus der Roten Weide macht die Runde und ein Schlusslied begleitet uns zurück in den „Alltag“.

## Rückblick

Selber habe ich die Schwitzhütte erlebt als einen tief körperlichen und psychischen Reinigungsprozess; auch als einen Ort mit intensivem Gefühlskontakt und einer spirituellen Erfahrungen, die mir geholfen hat, mitgeschleppten Ballast loszulassen, neu auf Menschen zuzugehen; auch Mut zu schöpfen für neue äußere und innere Wege. Persönlich ist mir auch eine Antwort geschenkt worden auf eine Frage, die ich schon seit längerer Zeit in mir herumgetragen hatte: „The eagle has landed“, lautete sie und ich spürte, was damit gemeint ist.

Andere Teilnehmer berichteten von ähnlichen Erfahrungen und von der Erfahrung tiefer Verbundenheit untereinander, mit der Natur, dem Kosmos und einer großen Wertschätzung und Achtsamkeit der Schöpfung gegenüber.

Nicht nur ist meine eigene Spiritualität mit einem kostbaren Reinigungsritual bereichert worden. Es war auch eine intensive seelische Selbsterfahrung, eine Reise durch ganz unterschiedliche Bewusstseins- und Trancezustände, eine Reise zurück in die Vergangenheit und nach vorn in die Zukunft.

Auch meine Tätigkeit in der Suchtprävention hat profitiert, wo Tim Sikyea übrigens im März als Referent vor Schülern und Lehrern in Zürich über indianisches Heilungswissen und indianische Kultur sprechen wird.

## Indianische Reinigungsrituale und westliche Kultur

Immer mehr Menschen entdecken in unserem Kulturkreis die Naturverbundenheit, die Spiritualität und die damit verbundenen Reinigungskräfte dieses geistig-seelischen Schwitzhüttenrituals. Aber um eine nachhaltige Wirkung zu erleben, braucht es eine vertiefte Auseinandersetzung mit der indianischen Spiritualität und den Ursprüngen dieses Rituals und eine gute Einbindung in unsere so unterschiedliche Kultur.

## Wer ist Tim Sikyea?

Tim Sikyea (\*1951) ist Denè-Indianer vom Stamm der Slavi, der im Nordwesten Kanadas beheimatet ist. Nach einer spirituellen Initiationserfahrung als junger Erwachsener hat er begonnen, seine Heilerkräfte einzusetzen. Tim, mit indianischem Namen „The Lonely Eagle“, vermittelt in zahlreichen Workshops weltweit indianisches Naturheilwissen, erzählt von den Ritualen seiner Vorfahren und lässt an Schwitzhüttenerfahrungen teilhaben. Tim ist „Minister“ (Prediger) der „Native American Indian Church“.

## Literatur

- Buzzi, Gerhard (2000). Indianische Heilgeheimnisse. Die Lehren von Grossvater, dem heiligen Mann. Atlantis
- Hammerschlag, Carl A. (2003). Die tanzenden Heiler. Lehrjahre eines Arztes bei den Indianern. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Stammel, Heinz, J. (2000). Die Apotheke Manitous. Das Heilwissen der Indianer. Reinbek: Rowohlt.

# Protokoll der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V.

am: 1. Oktober 2004  
 im: Best Western Parkhotel, Peter-Hartmann-Allee 4  
 33175 Bad Lippspringe  
 Beginn: 20:00 Uhr

## Tagesordnung

- TOP 1 Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung
- TOP 2 Wahl des Versammlungsleiters
- TOP 3 Wahl des Protokollanten
- TOP 4 Beschluss der Tagesordnung
- TOP 5 Verabschiedung des Protokolls der letzten MV
- TOP 6 Bericht des Vorstandes
- TOP 7 Aussprache zum Bericht des Vorstandes
- TOP 8 Bericht der Kassenprüfer
- TOP 9 Aussprache zum Bericht der Kassenprüfer
- TOP 10 Bericht des Datenschutzbeauftragten
- TOP 11 Aussprache zum Bericht des Datenschutzbeauftragten
- TOP 12 Entlastung des Vorstandes
- TOP 13 Wahl des Wahlleiters
- TOP 14 Vorstandswahlen
- TOP 15 Verschiedenes

## Anlagen zur Einladung

§ 9 2. der Satzung der DGH:

Die Tagesordnung schlägt der Vorstand vor. Jedes Mitglied hat das Recht, per Einschreiben bis spätestens zwei Wochen vor Beginn der Mitgliederversammlung weitere Tagesordnungspunkte auf die Tagesordnung setzen zu lassen. Der Versammlungsleiter hat zu Beginn der Mitgliederversammlung die Tagesordnung in der Weise zu ergänzen, daß die neu hinzukommenden Tagesordnungspunkte in der Reihenfolge ihres Zugangs beim Vorstand den Tagesordnungspunkten laut Einladung nachgeordnet werden. Über Anträge auf Ergänzungen der Tagesordnung, die erst in der Mitgliederversammlung gestellt werden, beschließt die Mitgliederversammlung. Zur Annahme des Antrags bedarf es einer einfachen Mehrheit.

## § 10 Beschlussfassung der Mitgliederversammlung

1. ...
2. ...
3. Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder.
4. Die Mitgliederversammlung faßt ihre Beschlüsse im Allgemeinen mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen; Stimmenthaltungen bleiben außer Betracht. Eine Mehrheit von 3/4 der abgegebenen gültigen Stimmen (s.§ 8.1) ist erforderlich zur Änderung der Satzung. Zur Auflösung des Vereins, zu der vom Vorstand schriftlich eingeladen werden muss, bedarf es 4/5 der abgegebenen Stimmen. Als abgegebene Stimmen zählen dabei die Stimmen der persönlich anwesenden Mitglieder.

### *Zu TOP 14 Vorstandswahlen*

Nach der letzten MV schied Herr Dipl.-Psych. Werner Eberwein als Schriftführer auf eigenen Wunsch aus dem Vorstand aus. Der Vorstand hat gemäß §6 Abs. 2 letzter Satz Herrn Dr. Stephan Eitner als Ersatzmitglied bestimmt. Die Mitgliederversammlung hat jetzt die Nachfolge in ordentlicher Wahl für den Rest der Amtszeit zu bestimmen.

Darüber hinaus findet für alle Mitglieder des Vorstandes die Wahl gemäß §6 Abs. 2 Satz 2 ff. ein Jahr vor Ablauf der Amtszeit statt.

### *§ 6 Vorstand*

1. Der Vorstand besteht aus dem Präsidenten, zwei Vizepräsidenten, dem Schatzmeister und dem Schriftführer. Dem Vorstand können nur ordentliche Mitglieder angehören.
2. Der Vorstand wird von der Mitgliederversammlung auf drei Jahre gewählt. Ein Jahr vor Ablauf der regulären Amtszeit finden die Neuwahlen für die nächste Amtsperiode statt. NEU in den Vorstand der nächsten Amtsperiode gewählte Vorstandsmitglieder tragen den Zusatz „elect“ zur Amtsbezeichnung und nehmen an der Vorstandsarbeit beratend teil. Der neue Vorstand nimmt seine Amtsgeschäfte nach einer Übergabezeit seitens des alten Vorstandes nach spätestens vierzehn Tagen auf. Scheidet ein Mitglied des Vorstandes während der Amtsperiode aus, rückt ein bereits gewähltes Vorstandsmitglied „elect“ nach. Ist kein Vorstandsmitglied „elect“ gewählt, so kann der restliche Vorstand ein Ersatzmitglied bis zur nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung bestimmen.
3. Der Verein wird gerichtlich und außergerichtlich durch zwei Mitglieder des Vorstands, darunter der Präsident oder ein Vizepräsident, vertreten.
4. Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit sie nicht durch die Satzung einem anderen Vereinsorgan zugewiesen sind.

## **TOP 1 Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung**

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Bernd Borckmann, eröffnet die Mitgliederversammlung um 20.08 Uhr und stellt deren ordnungsgemäße und fristgerechte Einberufung in den „Suggestionen 2/2004“ fest.

## **TOP 2 Wahl des Versammlungsleiters**

Zum Versammlungsleiter wird Herr Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz gewählt.

## **TOP 3 Wahl des Protokollanten**

Zu Protokollanten werden Frau Ivana Kramer und Herr Dr. Christian Bernd Hüsen einstimmig gewählt.

## **TOP 4 Beschluss der Tagesordnung**

Die Mitgliederversammlung beschließt die in der Einladung angegebene Tagesordnung (abgedruckt in „Suggestionen“ 2/2004).

## **TOP 5 Verabschiedung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung**

Schriftliche oder mündliche Einwendungen gegen das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung vom 21.11.2003 in Bad Lippspringe liegen nicht vor. Der Versammlungsleiter stellt die Ordnungsmäßigkeit des Protokolls – wie publiziert in „Suggestionen“ 1/2004 – fest.

## **TOP 6 Bericht des Vorstandes**

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Bernd U. Borckmann, berichtet von der Umstrukturierung der Homepage und von den Bestrebungen, eine gemeinsame Fachzeitschrift mit anderen deutschen hypnotherapeutischen Fachverbänden herauszugeben. Insbesondere könne durch eine Kooperation auch sichergestellt werden, dass auch in Zukunft eine Fachpublikation auf hohem Niveau herausgegeben werden könne. Man freue sich, mit der Milton-Erickson-Gesellschaft einen kompetenten Partner gefunden zu haben, mit dem man gemeinsam ein derartiges Projekt in Angriff nehmen könne. Hierdurch ließen sich für beide Seiten nicht unerhebliche Synergieeffekte erzielen: Man verspreche sich von einer Kooperation insbesondere auch, dass in Zukunft verstärkt fremdsprachige Artikel in deutschsprachiger Übersetzung publiziert werden könnten. Er stellt dar, dass auf Seiten der DGH mit dem wissenschaftlichen Beirat ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung

gestellt werden könne, der auch durch seine personelle Besetzung für eine inhaltliche Qualität auf hohem wissenschaftlichen Niveau bürge.

Die Vizepräsidentin der DGH berichtet von der Arbeit der Geschäftsstelle: Die Arbeit laufe in gewohnt routinierten Bahnen, was unter anderem auch dem außergewöhnlichen Engagement von Frau Kramer zu verdanken sei, für das sie sich auch in diesem Rahmen noch einmal sehr herzlich bedankt.

Sie berichtet zudem von der Umstrukturierung der Homepage und dass mit Herrn Dr. Heiden und dem Grafiker Herrn Biermann qualifizierte Webdesigner und Programmierer gefunden wurden, die recht kostengünstig eine grafisch ansprechende und dem neuesten Stand der Technik entsprechende Lösung erarbeitet und implementiert hätten. Sie berichtet weiter, dass es auch in diesem Jahr gelungen sei, die Anrechenbarkeit des Jahreskongresses „Hypnose – Chance aus der Krise“ im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens zur ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Anerkennung sicherzustellen. Sie berichtete, dass die jeweiligen Anerkennungsverfahren bei den zuständigen Ärzte-, Zahnärzte- bzw. Psychotherapeutenkammern sich im Einzelfall recht schwierig gestalteten; was auch darauf zurückzuführen sei, dass die jeweiligen Leitlinien der Kammern zum Teil noch nicht definitiv verabschiedet worden seien. Sie gab zudem einen Ausblick auf den Jahreskongress 2005 der DGH, der unter dem Motto „TranceFormation – Hypnose integrieren“ vom 17.-20. November 2005 im Best Western Park Hotel Bad Lippspringe stattfinden wird.

Sie berichtet abschließend auch davon, dass die medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster an die DGH herangetreten sei, um einen Hochschultag zur Hypnose zu organisieren. Ihrer Ansicht nach stelle dieser Umstand ein Beispiel dafür dar, dass es in zunehmenden Maße gelinge, die Hypnose in „normale“ psychotherapeutische und (zahn-)medizinische Prozesse zu integrieren.

Im Anschluss daran berichtet der Vize-Präsident, Dr. med. dent. Peter Dünniger, von seiner Arbeit im Bereich der Nachwuchsförderung. Er vertrat insbesondere die Ansicht, dass die DGH „nicht genug Ausbildungsleiter haben“ könne. Es bestehe ungebrochener Bedarf an hochqualifizierten Ausbildungsleitern, da insbesondere die Nachfrage nach qualifizierter Fort- und Weiterbildung im Bereich der Hypnotherapie konstant steige. Die Herren Sittig, Dieckmann, Dr. Wittek, Herzog und Bittner wären ordnungsgemäß zunächst für ein bzw. zwei Jahre

als Ausbildungsleiter der DGH ernannt worden. Er berichtet außerdem von seiner Arbeit als Herausgeber der „Suggestionen“ und davon, dass er auch als (Mit-)Herausgeber einer neu zu gründenden Zeitschrift zur Verfügung stehe. Herr Dr. Dünninger wirbt in der Versammlung um eine verstärkte Mitarbeit der Mitglieder. Insbesondere bestehe Bedarf an Artikeln, sowohl für die Zeitschrift „Suggestionen“ als auch für die neu zu etablierende Fachpublikation.

Herr Dr. Borckmann berichtet, dass nach dem Ausscheiden von Herrn Dipl. Psych. Werner Eberwein Herr Dr. Eitner seitens des Vorstands entsprechend den Bestimmungen der gültigen Satzung der DGH als sein Nachfolger bestimmt worden sei. Herr Dr. Eitner stellt sich kurz vor: Er sei seit 1992 bei der DGH aktiv und habilitiere gerade im Bereich der hypnotherapeutischen Forschung. Er habe bereits mehrere wissenschaftliche Projekte auf diesem Gebiet betreut. Er bietet seine weitere zukünftige Mitarbeit insbesondere im Bereich Kooperation mit der Wissenschaft und wissenschaftlich fundierte Qualifikation an.

Abschließend stellt der Schatzmeister der DGH Herr Dr. Christoph Müller seinen Bericht vor, der diesem Protokoll in Anlage beiliegt und Bestandteil dieses Protokolls ist. Seine Arbeit sei in der Vergangenheit dadurch erheblich entlastet worden, dass „normale“ Banking-Aufgaben in die Geschäftsstelle transferiert worden seien.

## TOP 7 Aussprache zum Bericht des Vorstandes

Die Versammlung spricht dem Vorstand Dank für die geleistete Arbeit aus; Frau Dr. Angelika Scholz hebt die positive Atmosphäre auf DGH-Kongressen hervor, die ihrer Einschätzung nach einmalig sei.

## TOP 8 Bericht der Kassenprüfer

Der anliegende Bericht der Kassenprüfer ist Bestandteil dieses Protokolls. Die Kassenprüfer betonen, dass sich die Arbeit des Vorstandes durch eine sparsame und wirtschaftliche Haushaltsführung auszeichne. Es werde auf die sparsame Verwendung von Geldern Wert gelegt. Es bestehe keinerlei Anlass für Beanstandungen. Auch in dieser Hinsicht könne die Arbeit des Vorstandes als professionell bezeichnet werden. Die Kassenprüfer regen auf Grundlage der erfolgten Kassenprüfung an, dem Vorstand die Entlastung zu erteilen. Die Kassenprüfer weisen zudem darauf hin, dass der DGH in jedem Jahr erhebliche Umkosten in Form von Rücklastschriftgebühren entstehen, die dadurch verursacht



werden, dass Mitglieder etwaige Veränderungen ihrer Bankverbindung der Geschäftsstelle gegenüber nicht oder nicht rechtzeitig anzeigen. Die Kassenprüfer bitten insofern darum, etwaige Änderungen der Bankverbindung der Geschäftsstelle zeitnah mitzuteilen.

### **TOP 9 Aussprache zum Bericht der Kassenprüfer**

Keine Rückfragen.

### **TOP 10 Bericht des Datenschutzbeauftragten**

Der anliegende Bericht des Datenschutzbeauftragten ist Bestandteil dieses Protokolls.

### **TOP 11 Aussprache zum Bericht des Datenschutzbeauftragten**

Keine Rückfragen.

### **TOP 12 Entlastung des Vorstandes**

Die Kassenprüfer empfehlen die Entlastung des Vorstandes.

Frau Dr. Anna Schoch beantragt die Entlastung.

Die Versammlung beschließt einstimmig die Entlastung des Vorstandes bei Enthaltung des Vorstandes.

### **TOP 13 Wahl des Wahlleiters**

Dipl.-Psych. Winfried Schmidt wird einstimmig zum Wahlleiter gewählt.

### **TOP 14 Vorstandswahlen**

Der Wahlleiter übernimmt die Versammlungsleitung und fragt nach Vorschlägen für die Position im Vorstand, die bis dato Herr Dr. Stephan Eitner innehatte. Zur Wahl stellt sich Herr Dr. Stephan Eitner. Weitere Vorschläge gibt es nicht. Herr Dr. Eitner wird einstimmig in seiner Position bestätigt.

### *Wahl des Präsidenten der DGH*

Herr Dr. Borckmann wird als neu zu wählender Präsident der DGH vorgeschlagen. Weitere Vorschläge gibt es nicht. Der Wahlleiter fragt Herrn Dr. Borckmann, ob er im Falle seiner Wahl bereit wäre, das Amt des Präsidenten der DGH weiterhin auszuüben. Herr Dr. Borckmann bejaht dies. Daraufhin wird Herr Dr. Borckmann einstimmig ohne Enthaltungen zum Präsidenten der DGH wieder gewählt.

### *Wahl der Vizepräsidentin*

Frau Dr. Hüskén-Janßen wird als neu zu wählende Vizepräsidentin der DGH vorgeschlagen. Weitere Vorschläge gibt es nicht. Der Wahlleiter fragt Frau Dr. Hüskén-Janßen, ob sie im Falle ihrer Wahl bereit wäre, das Amt der Vizepräsidentin der DGH weiterhin auszuüben.

Frau Dr. Hüskén-Janßen bejaht dies. Daraufhin wird einstimmig bei eigener Stimmenthaltung Frau Dr. Hüskén-Janßen zur Vizepräsidentin der DGH wieder gewählt.

### *Wahl des Vizepräsidenten*

Herr Dr. Dünninger wird als neu zu wählender Vizepräsident der DGH vorgeschlagen. Weitere Vorschläge gibt es nicht. Der Wahlleiter fragt Herrn Dr. Dünninger, ob er im Falle seiner Wahl bereit wäre, das Amt des Vizepräsidenten der DGH weiterhin auszuüben. Herr Dr. Dünninger bejaht dies. Daraufhin wird Herr Dr. Dünninger einstimmig bei eigener Stimmenthaltung zum Vizepräsidenten der DGH wieder gewählt.

### *Wahl des Schriftführers*

Herr Dr. Stephan Eitner wird als neu zu wählender Schriftführer der DGH vorgeschlagen. Weitere Vorschläge gibt es nicht. Der Wahlleiter fragt Herrn Dr. Stephan Eitner, ob er im Falle seiner Wahl bereit wäre, das Amt des Schriftführers der DGH auszuüben. Herr Dr. Stephan Eitner bejaht dies. Daraufhin wird Herr Dr. Stephan Eitner einstimmig bei eigener Stimmenthaltung zum Schriftführer der DGH gewählt.

### *Wahl des Schatzmeisters*

Herr Dr. Christoph Müller wird als neu zu wählender Schatzmeister der DGH vorgeschlagen. Weitere Vorschläge gibt es nicht. Der Wahlleiter fragt Herrn Dr. Christoph Müller, ob er im Falle seiner Wahl bereit wäre, das Amt des Schatzmeister der DGH auszuüben. Herr Dr. Christoph Müller bejaht dies. Daraufhin wird Herr Dr. Christoph Müller einstimmig bei eigener Stimmenthaltung zum Schatzmeister der DGH gewählt.

## **TOP 15 Verschiedenes**

Herr Dipl.-Psych. Winfried Schmidt berichtet von seiner Tätigkeit bei der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und von dem Erlass einer neuen Fortbildungsordnung für psychologische Psychotherapeuten und in diesem Rahmen erfolgten Überlegungen zur Zertifizierung der berufsspezifischen Fortbildung. Weitere Informationen seien den

jeweiligen Webseiten der zuständigen Kammern zu entnehmen. Herr Dr. Borckmann ergänzt, dass diese Fortbildungsordnungen von Land zu Land differierten. Insbesondere gebe es keine bundeseinheitliche Fortbildungsordnung und keine einheitliche für das gesamte Bundesgebiet zuständige zentrale Stelle. Es sei allerdings davon auszugehen, dass sich die Fortbildungsordnungen in den kommenden Jahren in zunehmendem Maße einander näherten.

Frau Dr. Scholz fragt nach, ob durchzuführende Fortbildungsveranstaltungen zunächst bei den Kammern anzuzeigen seien, um eine Anerkennung zu erhalten. Herr Dr. Borckmann weist darauf hin, dass dies von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sei. Gegebenenfalls sei Rücksprache mit der im Einzelfall zuständigen Kammer zu nehmen. Ebenfalls für die Zahnärztkammer in Bayern und Baden-Württemberg gelte die Regelung, dass eine vorherige Anzeige nicht notwendig sei.

Der Versammlungsleiter schließt die Versammlung um 21.11 Uhr.

Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz  
Versammlungsleiter

Dr. Christian Bernd Hüsken  
Protokollführer

Ivana Kramer  
Protokollführerin

# Kassenbuchprüfung 2003

*Bei der deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH)*

## *Vorbemerkung*

Die Kassenbuchprüfung für das Geschäftsjahr 2003 wurde am 30.9.2004 im Parkhotel in Lippspringe durchgeführt.

Anwesend waren der Schatzmeister Herr Dr. Christoph Müller, der Kassenprüfer Herr Dipl.-Psych. H.-J. Scholz und Herr Dr. Rainer Blankenburg..

## **Zur Prüfung**

Die Prüfung für das Kalenderjahr 2003 fand am 30.9.2004 von 11.00 bis 13.00 im Parkhotels in Bad Lippspringe statt.

Die erforderlichen Belege, Kontoauszüge und das Kassenbuch für das Jahr 2003 standen den Kassenprüfern zur jeweiligen Prüfung zur Verfügung.

Wir danken dem Schatzmeister für seine Unterstützung und seine bereitwillige Auskunftserteilung.

Die Buchführung entspricht den Erfordernissen eines Einnahme/Ausgabenachweises und ermittelt den Einnahmenüberschuss des Jahres 2003.

Die Buchführung für 2003 wurde wie im Vorjahr mit dem EDV Programm „Lexware Buchhalter“ (Haufe-Verlag) erstellt. Auf die Führung eines Kassenbuches konnte aufgrund der EDV verzichtet werden. Es waren Ausdrucke aller mittels EDV durchgeführter Buchungen sowie Buchungsübersichten (Journal) vorhanden.

Bei der Kassenprüfung konnte festgestellt werden, daß die Buchungsunterlagen der DGH wiederum vorbildlich geführt worden sind. Von einer optimalen Haushaltsführung kann gesprochen werden.

## **Zur Einzelprüfung**

Die Prüfung der Handkasse entfällt, da bei der DGH keine geführt wird.

Bei der Prüfung der Buchungsunterlagen und des Journals konnte festgestellt werden, dass diese zum Jahresabschluss (31.12.2003) rechnerisch korrekt waren. Es waren keine Saldendifferenzen vorhanden.

Überprüft wurde Folgendes:

- Kontrolle der Salden
- Kontrolle der Einzelbelege
- Einzelne Reisekostenabrechnungen und Auslagenerstattungen auf Korrektheit
- Kostenstruktur der DGH
- Überprüfung der Buchungen bei Abweichung von mehr als 1000 € zum Vorjahr

Bei der Ausgabenkontrolle der DGH wurde festgestellt, dass die Kostenstruktur der DGH im Vergleich zum Vorjahr beibehalten worden ist.

Nach der Prüfung der Buchführung, der Einsicht der Belege, Bankauszüge und sonstigen Buchungsunterlagen wird die *Ordnungsmäßigkeit der Rechnungslegung bestätigt*.

Abschließend möchten wir noch erwähnen, dass sich die Kassenprüfung durch die Vorabprüfung des Buchungsjournals sowie durch ein sehr übersichtliches Ablagesystem der Buchungsbelege im Vergleich zu den Vorjahren vereinfacht hat. Hierfür möchte ich dem Schatzmeister und den Verantwortlichen der Geschäftsstelle nochmals recht herzlich danken.

### Empfehlung zur Entlastung des Vorstandes für das Kalenderjahr 2003

Die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung der DGH bewirkt die Freistellung des Vorstandes von allen Ansprüchen, die bei sorgfältiger Prüfung aller Unterlagen erkennbar waren.

Eine Entlastung des Vorstandes kommt daher nur in Frage, wenn eine einwandfreie Geschäftsführung und eine Erfüllung aller Pflichten festzustellen ist.

Die Überprüfung hat für das Jahr 2003 keine Mängel ergeben.

*Daher empfehlen ich der Mitgliederversammlung der DGH, dem Vorstand der DGH für das Jahr 2003 insgesamt Entlastung zu erteilen.*

Bad Lippspringe, den 30.9.2004

Rainer Blankenburg

H.-J. Scholz

# Bericht des Datenschutzbeauftragten der DGH

von Winfried Schmidt

## *Vorbemerkung:*

Die Tätigkeit des Datenschutzbeauftragten wurde in der Satzung der DGH verankert.

Rechenschaftspflichtig ist der Datenschutzbeauftragter der MV der DGH.

Die Tätigkeit des Datenschutzbeauftragten gründet sich auf die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie auf sonstige Gesetze, die für die Tätigkeit eines Vereins bindend sind.

Da der Sitz der DGH in NRW ist, finden weiter die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes NRW Anwendung.

Im Jahr 2004 ergab sich noch keine Notwendigkeit einer Prüfung vor Ort. Es ist aber nunmehr fest abgesprochen, dass es noch bis zum Jahresende zu einer Prüfung und Beratung vor Ort kommt. Anlassbezogen gab es bisher keine Gründe, eine Überprüfung vorzunehmen, da weder von der Geschäftsstelle noch von den Mitgliedern der DGH Informationen vorlagen, die eine Prüfung zwingend erforderlich gemacht hätten. *Anfragen oder Beschwerden von Mitgliedern etc. hat es erfreulicherweise bis zur MV 2004 nicht gegeben.*

*Nach wie vor ist gesichert, dass die Geschäftsstelle keine Anschriften bzw. andere persönliche Daten an Dritte ohne ausdrückliche Erlaubnis der Mitglieder weitergibt, keinesfalls werden Anschriften an Firmen verkauft.*

Die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle und den Vorstandsmitgliedern war wie bisher auch, unproblematisch und kooperativ.

Vorschläge zur Optimierung des Datenschutzes sind bei der DGH bisher aufgegriffen und dann auch umgesetzt worden.

Aber da gute Sachen noch verbessert werden können, hier der konkrete Vorschlag für den Rückmeldebogen:

Hinweis: Die Bestimmungen des Landes und Bundesdatenschutzgesetzes werden von den Mitarbeiterinnen der DGH eingehalten, es werden nur die Daten gespeichert, die für die Erfüllung der Aufgaben erforderlich sind

Gleichwohl habe ich mich lfd. über aktuelle Entwicklungen und Trends im Bereich Datenschutz weiter informiert und die zahlreichen Kontakte gepflegt.

Nach wie vor wird für den vertraulichen e-Mail Versand ein account bei web.de empfohlen.

Auch die in den letzten Monaten zahlreichen bekannten Hackerangriffe haben besonders die Provider getroffen. Das interne DGH-Netzwerk ist von Hackern nicht bedroht. Aber zur Vorsicht ist auch hier die Aktualisierung des Firewalls (Norton Security) vorgesehen. Insgesamt muss darauf verwiesen werden, dass XP Nutzer sich nicht auf den Windows Firewall verlassen sollten. Hilfreich ist hier ein Blick in die PC Zeitschriften, hier können die Zeitschriften CHIP und c't genannt werden, um Hinweise auf gute Firewalls und die Konfiguration zu erhalten.

Eine entsprechende Beratung der Geschäftsstelle erfolgt laufend und wird zielgerichtet zu entsprechenden Softwareupdates führen.

Nach wie vor bin ich selbstverständlich bezüglich Anregungen und Hinweisen aus dem Kreis der Mitglieder, des Vorstandes sowie der Geschäftsstelle dankbar, denn es gilt ja, die Arbeit auch weiterhin optimal zu gestalten und dem Datenschutz den gebührenden Raum in der DGH zu geben.

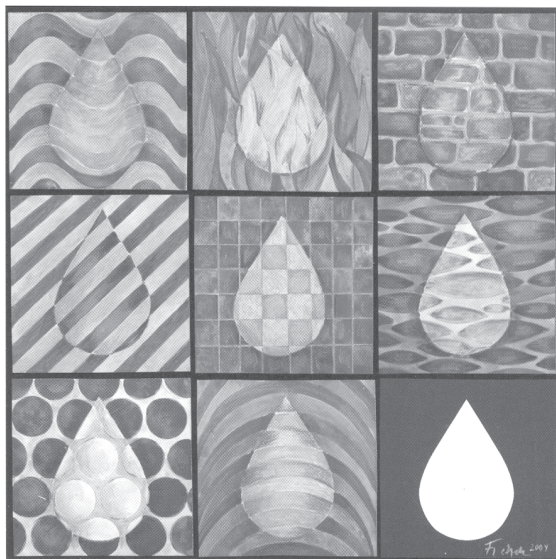
Um die Wege kurz zu halten, verweise ich auf die Möglichkeiten, mit mir bei Bedarf direkt Kontakt aufzunehmen:

Tel.: 0 52 22/36 35 82 (Anrufbeantworter)

Fax: 0 52 22/36 35 83

E-Mail: ws-bs@arcor.de

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE E.V.



BAD LIPPSPRINGE

17. 11. – 20.11.2005

# TranceFormation

## Hypnose integrieren

Vorträge und Seminare zur Anwendung von Hypnose und Hypnotherapie  
in Medizin, Psychotherapie und Zahnmedizin

Information und Anmeldung:

Geschäftsstelle der DGH, Druffels Weg 3, 48653 Coesfeld Tel. 0 25 41 - 88 07 60, Fax 0 25 41 - 7 00 08  
e-mail: DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de, Internet: [www.hypnose-dgh.de](http://www.hypnose-dgh.de)



## Jahreskongress der DGH vom 17.-20. November 2005

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Tranceformation“ so lautet das Thema unseres diesjährigen Kongresses - oder sollten wir uns besser auch an dieser Stelle schon daran gewöhnen, dass aufgrund der Kriterien für die durch die Ärztekammern zu verteilenden Fortbildungspunkte der jährlich stattfindende Kongress der DGH in Zukunft kein Kongress, sondern eine Fortbildungsveranstaltung ist?

Offen gestanden: Ich fände den Terminus Kongress allein wegen der Assoziationen, die er auslöst, insbesondere auch im Hinblick auf das Flair der jährlich stattfindenden Veranstaltung der DGH treffender.

Zurück zum Thema: TranceFormation.

Die Assoziationen zu diesem Thema sind vielfältig. Wie Bernd Borckmann im Vorwort zur Programmankündigung für den Kongress schreibt, zeichnet den Hypnotherapeuten nicht das Erlernen von Techniken aus, sondern seine Fähigkeit, diese erlernten Techniken in seine kommunikativen und kreativen Fertigkeiten als Therapeut zu integrieren. Diesem Aspekt soll das Leitthema des diesjährigen Kongresses durch die Auswahl der Workshopthemen in besonderer Weise Rechnung tragen.

Insbesondere freuen wir uns daher, dass wir u.a. Johannes Galli, international bekannter Theaterintendant und Regisseur, zu einem Workshop zur Körpersprache und Kommunikation einladen konnten.

Widerspiegeln soll das Thema aber auch, in wie vielen Bereichen der Psychotherapie, Medizin und Gesundheitsvorsorge Trance als Therapeutikum Verwendung findet, auch ohne dass der tiefe Zustand der Entspannung, mit dem gearbeitet wird, als Trance benannt wird.

Ein typisches Beispiel dafür ist das Stille Qi Gong, bei dem nach Einleitung einer Entspannung eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf das Fließen des Qis erfolgt. Ich erlebe das Kennenlernen solcher angrenzenden Bereiche als ausgesprochene Bereicherung unserer hypnotherapeutischen Praxis. Daher freue ich mich sehr, dass es uns gelungen ist, Meister Zhi-Chang Li, einen der führenden Lehrmeister des Qi Gong und Autor zahlreicher Fachbücher zum Thema, sowohl für einen Beitrag zum Symposium als auch für einen Workshop zu gewinnen.

Tranceformation: Trance verwandelt, aber auch die theoretisch-wissenschaftliche Einordnung der Hypnose und der Trance hat sich im Verlaufe der Jahre gewandelt. Viele von Ihnen und Euch erinnern sich sicherlich noch gut an die heftigen Diskussionen vor Jahren über den Stellenwert der Hypnose im therapeutischen Kontext, ob sie in erster Linie als Adjunkt zu anderen Therapieverfahren oder als eigene Therapieform aufzufassen wäre. Spätestens nach der Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie von Dirk Revenstorf wird deutlich, dass die Hypnotherapie auch wissenschaftlich als eigenständiges Therapieverfahren aufzufassen ist. Daher haben wir in diesem Jahr bei der Auswahl der Themen für die Workshops besonders darauf geachtet, dass neben Seminaren, in denen die Anwendung der Hypnotherapie bei den verschiedensten Krankheitsbildern gezeigt wird, auch solche angeboten werden, die den Einsatz der Hypnose in bestimmten Tätigkeitsfeldern zum Thema haben. So wird u.a. Prof. Dr. Walter Tschugguel aus Wien die Möglichkeiten der Anwendung der Hypnose in der Frauenheilkunde und Dr. Katalin Bloch-Szentágothai aus der Schweiz deren Einsatz in der Notfallmedizin zeigen.

Wie Sie sehen, können Sie gespannt sein auf ein bunt gemischtes Programm, das uns alt vertraute, aber auch zahlreiche neue Referentinnen und Referenten aus dem In- und Ausland bieten werden.

Und ich hoffe, dass das Programm erneut wieder so interessant sein wird, dass es schwierig wird, eine Entscheidung für die Auswahl der Workshops zu treffen.

Um schon einen kleinen Vorgeschmack auf das Programm zu geben, haben wir die Themen der Vorträge und Seminare, die uns bei der Drucklegung der Suggestionen bereits vorlagen, nachfolgend abgedruckt.

Aber was wäre der Kongress der DGH ohne „all das Drumherum“?

Ihr könnt sicher sein, dass auch in diesem Jahr neben der fachlichen Arbeit und dem kollegialen Austausch auch die Entspannung in unserer typischen DGH-Atmosphäre nicht zu kurz kommen wird.

Ich freu' mich auf Bad Lippspringe

Vive la trance!

Helga Hüsken-Janßen

# Aufstellung der Angebote des Jahreskongresses

## 17.11.05 Symposium

Univ. Prof. Dr. Wolfgang H. R. Miltner, Jena  
Gehirn und Hypnose

Meister Zhi-Chang Li, München  
Heilung aus der Stille

Univ. Prof. Dr. med. Walter Tschugguel, Wien  
Vom paradoxen Leben aus der Ver-Antwortung und Zu-Fall

Dr. med. Gisela Perren-Klingler, Visp  
Borderline-Patienten: Eine häufig traumatisch bedingte Entwicklungsstörung.

Prof. Dr. Dr. Gerald Hüther, Göttingen  
Die Kraft innerer Bilder und Visionen – Perspektiven der Neurobiologie und Psychotherapie

## 18.11.05 Workshops

### *Grundkurse*

Dr. med. Reza Schirmohammadi, Köln  
Ein leichter Einstieg in die Welt der Hypnose

Attila Szabó, Hamm  
Was kann – wie funktioniert Hypnose?

### *Fortgeschrittenenkurse*

Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera, Bremen  
Die Matrix-Technik und der optimale State für Trancearbeit

Dipl.-Psych. Hans-Jürgen Herzog, Bad Bocklet  
Die innere Welt als zeitliche Dimension erfahren und nutzen – Zeitreisen und therapeutische Möglichkeiten

### *Therapiekurse*

Dipl.-Psych. Gerlinde Ahrens-Stich, Ravensburg  
Bremsen lösen - Biografie und Lebensgestaltung

Dr. med. Katalin Bloch-Szentágothai, Muttentz/Schweiz  
Hypnose bei Notfällen

**Prof. Dr. Walter Bongartz, Universität Konstanz**

Hypnose bei psychosomatischen Störungen

**Dipl. Musiktherapeut Thomas Eberle, Heiligkreusteinach**

Klangmassage , Klangreisen und Klangtrance : Die elementare schöpferische Kraft der Klänge

**Dipl.-Psych. Dieter Gerd Hoff, Münster**

Grenzerfahrungen des Lebens „Die Rückführung in Hypnose“ – Integrationserleben oder Phantasie

**Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Hübner, Münzenberg**

Integrative Psychotherapie von Angststörungen / Schwerpunkt Hypnotherapie

**Meister Zhi-Chang Li, München**

Heilung aus der Stille

**Dr. phil. Marianne Martin, Wien**

Mit Trance frei von Tabak – Gewohnheitskontrolle zur Rauchentwöhnung

**Dipl.-Psych. Karl G. Möck, Darmstadt**

Von der Paarkrise zur gereiften Liebesbeziehung. - Hypnotherapeutische Verfahren in der Paartherapie -

**Dr. med. Gisela Perren-Klingler, Visp**

Therapie der Borderline-Patienten unter dem Aspekt Dissoziation/Assoziation

**Dipl.-Psych. Dr. Burkhard Peter, München**

Von der Symptomgestalt zum Symptomträger. Strategien für chronische Schmerzpatienten

**Dipl.-Psych. Daniela Schmid, Dipl.-Psych. Gaby Lippold, Tübingen**

Ein ambulantes hypnotherapeutisches Therapieprogramm zur Behandlung von Bulimia Nervosa

**Dipl.-Psych. Winfried Schmidt, Bad Salzuflen**

Einsatzmöglichkeiten der Hypnose bei der Gruppe der Gewalt- und Sexualstraftäter im ambulanten und stationären Setting

**Dipl.-Psych. Prof. Dr. phil. Anna Schoch, München**

Tranceerleben in Aufstellungen (durch die Struktur eines Systems)

**Univ. Prof. Dr. med. Walter Tschugguel, Wien**

Hypnose in der Frauenheilkunde

**Dr. med. dent. Elisabeth von Mezynski, Berlin**

Angst essen Zähne auf – Psychologie und Ästhetik in der Zahnheilkunde – Behandlung von Zahnarztangst mit Hilfe archetypischer Energien

## 19.11.05 Workshops

### *Grundkurse*

**Dipl. Stom. Reinhart Dieckmann, Dahlen**

Selbsthypnose

**Dipl.-Psych. Dr. Frank H. Piekara, Erding**

Einfach meditieren mit Atem, Körper und Energie

### *Fortgeschrittenenkurse*

**Dr. med. Günter R. Clausen, Neuss**

Innere Hypnokatharsis – Hypnose für Fortgeschrittene

**Dipl.-Psych. Dr. rer. biol. hum. Agnes Kaiser Rekkas, München**

Im Atelier der Hypnose – Entwurf, Technik, Therapieverlauf

**Dr. med. Thomas Koch, Meckenheim**

Arbeiten mit Glaubenssätzen

**Dipl.-Psych. Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Tübingen**

Umgang mit affektiv geladenen Konflikten und Hypnose bei Klienten, Parteien, familiären Beziehungen

### *Therapiekurse*

**Dipl.-Psych. Cora Besser-Siegmund, Hamburg**

Imaginative Thementaufstellung für systemisches Arbeiten mit der Wingwave-Methode

**Zahnarzt Christian Bittner, Salzgitter**

Turboinduktionen in der zahnärztlichen Praxis

**Dipl.-Psych. Werner Eberwein, Berlin**

Bilder aus dem Bauch. Arbeit mit Symbolen in der Psychosomatik

**Johannes Galli, Berlin**

Körpersprache & Kommunikation. Ob wir wollen oder nicht, der Körper spricht.

**Dr.phil. Peter Hain, Zürich**

Humor und provokative Herausforderung in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

**Dipl.-Psych. Paul Janouch, Bad Salzuflen**

Hypnotherapeutische Strategien bei depressiven Patienten

**Dipl.-Psych. Harald Krutiak, Berlin**

Hypnotherapie bei chronischen Erkrankungen

**Dipl. Soz. päd. Annalisa Neumeyer, Freiburg**

Könnte ich doch zaubern, ein kleines bisschen nur!

**Dr. med. rer. pol. Gunther Schmidt, Heidelberg**

Gesprächsführung als Konversations-Trance-Induktion: Psychotherapie und Beratung als Ritual zur Aktivierung passgenauer (Kompetenz- und lösungsfokussierender) Bewusstseinszustände

**Dipl.-Psych. Harry Siegmund, Hamburg**

Limbisches Coaching mit der Wingwave - Methode

**Dipl.-Psych. Karl-Josef Sittig, Münster**

Lösungsorientierte Techniken in der Hypnotherapie

**Dipl.-Psych. Teresa I. Sztab, Merdingen**

Dem Sterben Raum geben: Wahrnehmen und Gestalten der Innen- und Außenräume. Personenzentrierter Ansatz in der Therapie Terminal-Erkrankter unter Berücksichtigung hypnotischer Phänomene.

**Dr. med. Charlotte Wirl, Wien**

Geschichten für alle Altersstufen

**Dr. med. Peter Karl Wirth, Schernsdorf**

Was kann man bei Tumorpatienten alles mit Hypnose erreichen?

## 20.11.05 Vorträge

**Dr. med. dent. Stephan Eitner, Erlangen**

Zahnärztliche Hypnose bei operativen Eingriffen auf dem klinischen wissenschaftlichen Prüfstand

**Dipl.-Psych. Georg Milzner, Münster**

Tango mit Erickson – Beziehung und Beziehungssuggestion

**Dr. med. Helmut Schaaf, Bad Arolsen**

Tinnitus und das Leiden am Tinnitus (und wie Hypnose dennoch helfen kann) ...

**Dr. med. rer. pol. Gunther Schmidt, Heidelberg**

Optimale Lebens-Balance oder: wie hypnotisieren wir uns selbst und wechselseitig in Beziehungen gesund durch den Alltag.

# Kriterien zur Ernennung als Dozent und Supervisor der DGH

Nach der Neuordnung der Fortbildung wurden auf der Dozentenkonferenz am 5. Februar 2005 in Kassel nun auch die Kriterien für die Akkreditierung von Dozenten und Supervisoren der DGH und die Richtlinien für die Durchführung der Fortbildungen der DGH verabschiedet.

## Präambel

Die Deutsche Gesellschaft für Hypnose steht seit ihrer Gründung für eine qualitätsgesicherte, interdisziplinäre Fortbildung in Hypnose und Hypnotherapie.

Dozenten und Supervisoren der DGH vertreten diesen Standard nach außen und sind in der Lage qualitätsgesicherte Fortbildungsveranstaltungen zur Hypnose und Hypnotherapie nach dem jeweils geltenden Curriculum zu organisieren und fachlich und didaktisch fundiert durchzuführen.

## 1. Ernennung zum Dozenten der DGH

### 1.1 Kriterien zur Ernennung von Dozenten

- Ordentliches Mitglied der DGH und bestehende Anerkennung als Therapeut/In seit mindestens drei Jahren
- Anerkennung zur Ausübung der Heilkunde nach einem Berufsgesetz
- Durchführung von mindestens zwei ganztägigen Workshops, die von einem Supervisor der DGH supervidiert werden
- Teilnahme an einer kompletten Grund- und Fortgeschrittenen-Fortbildung der DGH als Assistent
- Anerkennung der Durchführungsbestimmungen für die Fortbildungsveranstaltungen der DGH (s. Punkt 3)

### 1.2 Ernennung als Dozent

Die Ernennung als Dozent der DGH wird beim Vorstand beantragt. Bei Erfüllung der unter 1.1 aufgeführten Kriterien kann der Vorstand den Antragsteller zum Dozenten der DGH für einen befristeten Zeit-

raum von 5 Jahren ernennen. Auf Antrag des Dozenten kann jeweils vor Ablauf dieser 5-Jahres-Frist, unter Nachweis der für die DGH erbrachten Leistungen, der Dozentenstatus um jeweils weitere 5 Jahre verlängert werden.

### 1.3 Widerruf

In begründeten Fällen kann diese Ernennung vom Vorstand widerrufen werden, wenn z.B. der Dozent den satzungsgemäßen Zielen der DGH zuwiderhandelt, die Durchführungsbestimmungen für die Fortbildungsveranstaltungen der DGH (s. Punkt 3) nicht einhält oder wenn er die ethischen Grundsätze der DGH und/oder seines jeweiligen Berufsstandes verletzt.

### 1.4 Widerspruch

Gegen diese Entscheidung des Vorstandes besteht die Möglichkeit des Widerspruches vor einem in der ordentlichen Mitgliederversammlung gewählten Ausschuss von drei ordentlichen Mitgliedern.

## 2. Ernennung zum Supervisor der DGH

Supervisoren sollen in besonderem Maße durch ihre persönliche, fachliche und didaktische Qualifikation (z.B. Lehrtätigkeit, Zusatzausbildungen, Publikationen) befähigt sein, die Anwendung der Hypnose und Hypnotherapie fachlich anzuleiten und qualifiziert zu beurteilen.

### 2.1 Kriterien zur Ernennung von Supervisoren

- Mindestens drei Jahre Tätigkeit als Dozent
- Nachweis von mindestens 100 Stunden selbstgeleiteter Kurse in Klinischer Hypnose, gemäß dem Curriculum der DGH
  - im Rahmen des Kongresses der DGH
  - im Rahmen der von der DGH veranstalteten Kurse der regionalen Fortbildung
- Ausnahmen sind beim Vorliegen äquivalenter Leistungen möglich
- Anerkennung der Durchführungsbestimmungen (s. Punkt 3)



## 2.2 Ernennung als Supervisor

Die Ernennung als Supervisor der DGH wird beim Vorstand beantragt. Bei Erfüllung der unter 2.1 aufgeführten Kriterien kann der Vorstand den Antragsteller zum Supervisor der DGH für einen befristeten Zeitraum von 5 Jahren ernennen. Auf Antrag des Supervisors kann jeweils vor Ablauf dieser 5-Jahres-Frist, unter Nachweis der für die DGH erbrachten Leistungen, der Supervisorenstatus um jeweils weitere 5 Jahre verlängert werden.

## 2.3 Widerruf

In begründeten Fällen kann diese Ernennung vom Vorstand widerrufen werden, wenn z.B. der Supervisor den satzungsgemäßen Zielen der DGH zuwiderhandelt, die Durchführungsbestimmungen für die Fortbildungsveranstaltungen der DGH (s. Punkt 3) nicht einhält oder wenn er die ethischen Grundsätze der DGH und/oder seines jeweiligen Berufsstandes verletzt.

## 2.4 Widerspruch

Gegen diese Entscheidung des Vorstandes besteht die Möglichkeit des Widerspruches vor einem in der ordentlichen Mitgliederversammlung gewählten Ausschuss von drei ordentlichen Mitgliedern.

# 3. Durchführungsbestimmungen für Dozenten und Supervisoren der DGH zur Fortbildung und Supervision in Klinischer Hypnose

## 3.1 Veranstaltungen der von der DGH berufenen Dozenten werden anerkannt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

1. Die Anmeldung der geplanten Veranstaltung beim Vorstand der DGH oder dem dafür vom Vorstand eingesetzten Gremium erfolgt durch deren Veröffentlichung auf der Homepage der DGH durch den Dozenten. Erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Veröffentlichung der geplanten Veranstaltung auf der Homepage der DGH durch den Dozenten kein Widerspruch seitens des Vorstandes / Gremiums, gilt die Veranstaltung als angemeldet und genehmigt.

2. Zusendung der Liste der tatsächlichen Teilnehmer mit deren Berufsbezeichnung und vollständiger Adresse durch den Dozenten an die Geschäftsstelle der DGH innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss der Veranstaltung.
3. Die Qualitätssicherung der Fortbildungsveranstaltungen der DGH erfolgt durch eine Evaluierung der Veranstaltung mittels Evaluationsbögen.

### 3.2 Die DGH führt eine Dozenten- und Supervisoren-Liste, die auf Anfrage von der Geschäftsstelle an Interessenten versandt wird.

## 4. Gastreferenten

Von den Zulassungskriterien sind die Gastreferenten ausgenommen, die vom Vorstand zu Veranstaltungen während des Jahreskongresses oder im Rahmen der Regionalausbildung eingeladen werden.

07. Februar 2005

Dr. Bernd Borckmann  
Präsident der DGH

## Regionale Weiterbildung der DGH

### Fortbildungszentrum Berlin

#### *Informationen:*

Dipl.-Psych. Werner Eberwein, Aachener Str. 27, 10713 Berlin,  
Tel.: 0 30/82 70 28 34, Fax: 0 30/82 70 28 35,  
E-Mail: werwein@aol.com; homepage: [www.hypnodynamik.de](http://www.hypnodynamik.de)

*Grundkurse* werden ab Frühjahr 2006 wieder angeboten

*Fortgeschrittenenkurse* (Fr 14.00 bis 20.00 Uhr / Sa 9.30 bis 18.00 Uhr)  
04./05.03.05, 22./23.04.05, 17./18.06.05

*Therapiekurse* (Fr 14.00 bis 20.00 Uhr / Sa 9.30 bis 18.00 Uhr)

- |              |  |
|--------------|--|
| 12./13.08.05 | <i>Körperorientierte Trance-Techniken und hypnotische Altersregression</i> |
| 23./24.09.05 | <i>Hypnotische Anästhesie und Schmerzbehandlung</i>                        |
| 04./05.11.05 | <i>Hypnotherapie bei Traumata und bei Angst-Syndromen</i>                  |
| 09.-11.12.05 | <i>Hypnotherapie bei Persönlichkeits-/Frühstörungen (3 Tage)</i>           |

#### *Supervision*

6.3.05, 10-13.00, 4.4.05, 19-22.00, 2.5.05, 19-22.00, 6.6.05, 19-22.00,  
19.6.05, 10-13.00, 14.8.05, 10-13.00, 5.9.05, 19-22.00, 3.10.05, 19-  
22.00, 6.11.05, 10-13.00, 5.12.05, 19-22.00, 11.12.05, 10-13.00

### Fortbildungszentrum Süd

#### *Informationen:*

Dr. Agnes Kaiser Rekkas, Chorcherrstr. 4, 81667 München,  
Tel. 0 89/4 48 40 25, Fax 0 89/48 99 97 48,  
E-Mail: [Agnes.Kaiser-Rekkas@t-online.de](mailto:Agnes.Kaiser-Rekkas@t-online.de)

*Grundkurse* ab Spätherbst 2005

*Fortgeschrittenenkurse*

(Sa. 9.30 bis 18 Uhr, So. 9.30 bis ca. 15 Uhr)  
26./27.02.05, 16./17.04.05, 04./05.06.05

30.05. -03.06.2005

Kompaktseminar in Kastro beim Antiken Messini, Peloponnes, div. spielerische Techniken, Wiederholung, Gestaltung der Hypnose, Supervision und Intensivkurs

*Therapiekurse* (Sa. 9.30 bis 18 Uhr, So. 9.30 bis ca. 15 Uhr)

16./17.07.05 *Hypnotherapie bei Angst, Depression, Schlafstörung*

24./25.09.05 *Kompetenz, Ichstärkung, Stressbewältigung, Raucherentwöhnung*

12./13.11.05 *Hypnotherapie in Psychosomatik (Allergien), Psychotraumatologie*

Jan. 2006 *Hypnotische Anästhesie und Analgesie, perioperative Intervention*

*Gruppen-Supervisionswochende:* Termine nach Vereinbarung

*Einzel-Supervisionstermine:* nach Vereinbarung

## Fortbildungszentrum Mitte

*Informationen:*

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Hübner, Hauptstr. 90a,  
35516 Münzenberg, Tel. 0 60 33/7 36 67, Fax: 0 60 33/7 35 59,

E-Mail: [dr.michael.huebner@t-online.de](mailto:dr.michael.huebner@t-online.de)

homepage: [www.hypnoseausbildung.de](http://www.hypnoseausbildung.de)

*Grundkurse* 03./04.12.05 Begin

*Fortgeschrittenenkurse*

12./13.03.05, 09./10.04.05, 21./22.05.05.

Sa 10.00 bis 18.00, So 09.00 bis 15.00, Darmstadt

*Supervisionstermine auf Anfrage*

## Fortbildungszentrum West

*Nähere Informationen:*

Dr. med. Thomas Koch, Neuer Markt 31, 53340 Meckenheim,

Tel. 0 22 25/91 40 10, Fax 0 22 25/91 40 40,

E-Mail: [info@Dr-Thomas-Koch.de](mailto:info@Dr-Thomas-Koch.de)

homepage: [www.time-for-a-change.de](http://www.time-for-a-change.de)

## Fortbildungszentrum Salzgitter

### *Informationen:*

Zahnarzt Christian Bittner, Hinter dem Salze 10, 38259 Salzgitter, Tel.: 0 53 41/3 98 88 57, Fax: 0 53 41/3 50 72, E-Mail: [hypnose@zahn-sz.de](mailto:hypnose@zahn-sz.de)

### *Grundkurse*

22./23.01.05, 26./27.02.05, 23./24.04.05

### *Fortgeschrittenenkurse*

21./22.05.05; 25./26.06.05; 17./18.09.05

### *Therapiekurse*

11./12.06.05     *Angst und Hypnose*

15./16.10.05     *Habits/Zwänge und Hypnose*

10./11.12.05     *Schmerz und Hypnose*

*Supervision* (supervidierte und kollegiale) auf Anfrage

geplant:     *Supervisionswoche Mallorca Ende Oktober 2005*

*Supervisionswoche Stubaital Ende Februar 2006*

## Fortbildungszentrum Nord

### *Informationen:*

Dipl.-Psych. Helga Hüsen-Janßen, Druffels Weg 3, 48653 Coesfeld,  
Tel. 0 25 41/92 67 70, Fax 0 25 41/7 00 08,  
e-mail: [HHueskenJanssen@aol.com](mailto:HHueskenJanssen@aol.com)

### *Grundkurse*

16./17.04.05., 28./29.05.05, 26./27.11.05, Sa-So 10.00 bis 18.00, Detmold  
18./19.02., 11./12.03, 22./23.04.05, Fr 17.00 bis 21.30, Sa 9.00 bis 18.00,  
Coesfeld

20./21.05., 24./25.06., 26./27.08.05, Fr 17.00 bis 21.30, Sa 9.00 bis 18.00,  
Coesfeld

08./09.07.05, 07./08.10.05, 02./03.12.05 Bremen

### *Fortgeschrittenen-Kurse*

26./27.08., 23./24.09., 21./22.10.05, 20./21.01.06, Fr 17.00 bis 21.30,  
Sa 9.00 bis 18.00, Borken

20./21.01.06, 17./18.02.06, 31.03./01.04.06 Bremen

### *Therapiekurse*

25./26.02.05	<i>Zeitlinien/Times-Lines</i> (Bremen)
09.03.05	<i>Sensitivity Training und Hypnose – Körperorientierte Verfahren – Teil I</i> (Münster)
13.04.05	<i>Sensitivity Training und Hypnose – Körperorientierte Verfahren – Teil II</i> (Münster)
22./23.04.05	<i>Ängste, Phobien, Simulator-Technik Lines</i> (Bremen)
03./04.06.05	<i>Schmerzbehandlung und hypnot. Anästhesie</i> (Bremen)
19./20.05.06	<i>Zeitlinien/Times-Lines</i> (Bremen)
01./02.09.06	<i>Zeitlinien/Times-Lines</i> (Bremen)
27./28.10.06	<i>Schmerzbehandlung und hypnot. Anästhesie</i> (Bremen)
Termin nicht fest	<i>Schmerz und Hypnose</i> (Detmold)

### *Supervision*

25.02.05	Coesfeld, Beginn 16.00, 6 AE
09.04.05	Coesfeld, 10.00 bis 17:30, 8 AE
10.06.05	Coesfeld, Beginn 16.00, 6 AE
weitere Supervisionstermine auch in Detmold auf Anfrage	

### *Seminare für den Bereich Ost Westfalen Lippe/Nordhessen und Niedersachsen*

12.03.05 und 23.04.05,	<i>Autogenes Training (AT) (Selbsthypnose)</i>
13.03.05 und 24.04.05,	<i>Grundkurs – Imagination und Selbsthypnose</i>
07.05.05	<i>Fortgeschrittenenkurs – Vertiefungsverfahren der Trance</i>
08.05.05	<i>Therapiekurs – Ängste</i>
11.06.05	<i>Therapiekurs – Schlafstörungen</i>
12.06.05	<i>Therapiekurs – Stressbewältigung</i>

### *Supervisionstermine auf Anfrage*

Anfragen an Dipl.-Psych. Winfried Schmidt, Steinweg 13,  
32108 Bad Salzuflen, Tel. 0 52 22/36 35 82, 0170/38 12 43,  
Fax: 0 52 22/36 35 83, E-Mail: ws-bs@arcor.de

## Neue Ausbildungsleiter



### Karl-Josef Sittig,

Klinischer Diplom-Psychologe, Münster selbstständig tätig in freier Praxis u. a. als Psychologischer Psychotherapeut (Approbation) mit Kassensitz in Münster.

1972 nach dem Abitur am altsprachlichen Gymnasium Theodorianum in Paderborn Studium der Mathematik, Leibeserziehung, Pädagogik, Philosophie, später der klinischen Psychologie. 1978 Universitätsexamen in Mathematik und Sport, Philosophikum in Pädagogik und Philosophie (Gymnasiallehrer), 1983 Diplom in klinischer Psychologie an der WWU in Münster.

Seit 1974 Aus- und Weiterbildungen in Psychoanalyse, Psychodrama (Assistenz-Ausbilder Moreno-Institut Beacon New York, Psychodrama-Institut California-West), Verhaltenstherapie, Hypnose, Gesprächspsychotherapie, Rebirthing, Systemische Familientherapie, Meditationen, NLP, Gestalttherapie, EMDR-Therapeut (EMDRIA), EMDR-Supervisor (EMDRIA), usw.

Seit über 25 Jahren Durchführung von Einzel-, Paar-, Gruppen -Therapien, Ehe- und Erziehungsberatung, Supervision, Ausbildungseminaren, Intensivworkshops und Leitung ärztlicher Qualitätszirkel. Workshops auch anlässlich der Jahrestagungen der DGH. Dabei wurden in den letzten zwei Jahren auch Lehrvideos erstellt.



**Reinhart Dieckmann,**

Dipl. Stom.

Geb. 02.02.55 in Leipzig, Vater  
Pfarrer, Mutter Hausfrau,

1961 bis 1971 „polytechnische  
Oberschule“ in Leipzig,

1971 bis 1974 Berufsausbildung  
zum „Zootechniker mit Abitur“  
(der Jahrgang vor mir wurde  
„Rinderzüchter“, der nach mir  
„Mechanisator der Milch-

produktion“) im VEG (Volkseigenes Gut) Köllitsch bei Torgau.

1974 bis 1976 18 Monate Grundwehrdienst im „Wach-und Sicher-  
stellungsbataillon III in Leipzig,

1976 bis 1981 Studium der Zahnmedizin in Leipzig und Rostock, dann  
durch „Absolventenlenkung“ („jeder darf wohin er muss“) in der zahn-  
ärztlichen Abteilung des Landambulatorium Dahlen, die 1983 Außen-  
stelle der Kreispoliklinik für Zahnheilkunde Oschatz wurde, als  
Assistenzzahnarzt angestellt,

1986 Prüfung zum „Fachzahnarzt für allgemeine Stomatologie“,

1992 Gründung eigener Praxis in Dahlen,

1996 bis 2000 Hypnoseausbildung, NLP-Praktitioner, NLP-Masteraus-  
bildung bei der DGZH,

1998 Hypnose-Curriculum in der DGH-Regionalstelle Berlin,

seit 2000 Assistenz bei der Hypnoseausbildung in der Regionalstelle  
Berlin,

seit 2004 Leitung des Ausbildungswochenendes H2 in Berlin und  
Workshops in Bad Lippspringe.



## Neue Zertifikatsinhaber

Die nachfolgenden Kollegen und Kolleginnen erhielten seit Erscheinen der letzten Ausgabe der „Suggestionen“ das DGH-Zertifikat:

Dipl.-Psych. Renate Becker, Am Rosenanger 45 A, 13465 Berlin  
 Dipl.-Psych. Kathrin Borsche, Oberweg 48, 60318 Frankfurt a. M.  
 Dipl.-Psych. Gabriele Brugger, Plieningenweg 1, 84036 Landshut  
 Dr. Kerime Faris-Lewe, Bischopinkstr. 21c, 48151 Münster  
 Dipl.-Psych. Eva Holesch, Cincinnatistr. 59, 81549 München  
 Dipl.-Psych. Silvia Jaffé-Weidner, Seemüller Str. 10, 81549 München  
 Ärztin Karin Kastner, Am Wasser 129, 8049 Zürich  
 Dipl.-Psych. Cordula Leddin, Karlstr. 33, 88045 Friedrichshafen  
 Dr. med. Astrid Nestvogel, Zimmermannstr. 37, 12163 Berlin  
 Dipl.-Psych. Adina Oppitz, Scheringer Str. 27, 08056 Zwickau  
 Dipl.-Psych. Marion Reithmann, Nachtigalstr. 23, 80638 München  
 Dipl.-Soz.Päd. Brigitte Schmid-Ricklefs, Kreuzherrenstr. 48, 41189  
 Mönchengladbach  
 Dr. med. Friedrich Otto Stählin, Am Perlbach 57, 94505 Bernried  
 Dr. Jürgen Zahout, Glockenstr. 1, 95447 Bayreuth

*Wir gratulieren!*

## Neue Mitglieder der DGH

Herzlich Willkommen in der Deutschen Gesellschaft für Hypnose:

Dipl.-Psych. Dr. phil. Birgit Alby

Dr. med. dent. Regine Bernhardt-Waage

Dipl.-Psych. Dr. Heidi Caspari-Oberegelsbacher

Ärztin Marion Fey-Engbert

Dr. med. Günther Fröhlich

Dr. phil. Harriet Grzondziel

Zahnärztin Maria-Sybille Hoefs

Dr. med. dent. Andrea Janner

Dipl.-Psych. Christiane Karcher-Roth

cand. psych. Jan Kassel

Dr. med. Gerd Koops

Dipl.-Psych. Brigitte Paul-Hambrink

Dr. med. Hendrik Reinwald

cand. med. Burkhardt Schleipen

Dr. med. Stefan Schönfeld

Zahnärztin Ute Stein

Zahnärztin Tanja Isrusch

Dr. phil. Dipl.-Psych. Gudrun Winkler

## Anfrage zu Botox bei Tinnitus

- schön(er) reich und (auch noch) Tinnitus arm?

von Helmut Schaaf

Nachdem sich „Nervengift“ Botox sowohl in der kosemtischen wie in der Schönheitschirurgie fest etabliert hat, wurde es nun auch Tinnitus-Patienten im Abstand von vier Monaten, in die Ohrmuschel gespritzt. Danach seien bei einigen die Ohrgeräusche vermindert worden. Dies hat Meldungen wie folgende – etwa in der Berliner Morgenpost am 18. 9. 2004 nach sich gezogen:

### *Nervengift gegen Tinnitus*

*„Das Nervengift Botulinumtoxin könnte in Zukunft auch gegen Tinnitus eingesetzt werden. Amerikanische Wissenschaftler beobachteten bei einigen Patienten einen Rückgang der Ohrgeräusche, nachdem sie die Substanz im Bereich der Ohrmuschel injiziert hatten. Nach wie vor sind die Ursachen der Entstehung von Ohrgeräuschen nicht vollständig geklärt. Experten vermuten jedoch, eine Fehlfunktion im Bereich des vegetativen Nervensystems könnte ein Grund für das meist plötzliche Auftreten des Tinnitus sein. Genau hier greift das unter dem Markennamen Botox bekannte Botulinumtoxin ein, indem es den Neurotransmitter Acetylcholin blockiert.“*

Die Studie selbst wurde unter dem Titel: „Evaluation of Botox® in Treatment of Tinnitus“ von Katrina R. Stidham MD des California Ear Institute San Ramon, Perry Solomon MD, Director-Bridges Medical Clinic-for BOTOX rx for Migraines and Hyperhydrosis, und Joseph B. Roberson MD, California Ear Institute and Let Them Hear Foundation, California, auf dem „American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation Annual Meeting“, am 19-22, 2004 vorgestellt.

Sie umfasste konkret 26 Tinnitus-Patienten, bei denen in einem Tinnitus-Test der Grad der Einschränkung durch die Ohrgeräusche bestimmt wurde.

Einem Teil der Patienten injizierten sie in drei ausgewählte Punkte im Bereich der Ohrmuschel kleine Dosen des Nervengifts.

Die anderen Probanden durchliefen die gleiche Prozedur, doch hier verabreichten die Forscher ein Placebo.

Vier Monate später wiederholten sie die Injektionen. Diesmal erhielt jedoch die erste Gruppe das Placebo und die andere den Wirkstoff.

Die Forscher befragten die Probanden nach ihrem subjektiven Empfinden und bestimmten mögliche Veränderungen mithilfe des Tinnitus-Tests (wobei nicht angegeben wird, um welchen Test es sich handelt). Von den mit Botulinumtoxin behandelten Patienten hätten sieben eine Verbesserung der Symptome und drei eine Verschlechterung empfunden.

Bei zwei der Placebo-Patienten trat nach eigenen Angaben eine Verbesserung ein und sieben beschrieben eine Verschlechterung. Die Auswertung des Tinnitus-Tests habe auf einen positiven Einfluss des Nervengifts hingewiesen.

Da die Studie nur eine geringe Teilnehmerzahl umfasste, sei eine allgemeine Behandlung des Tinnitus mit Botulinumtoxin noch nicht zu empfehlen, räumten die Anwender ein, sprachen sich aber – schon im eigenen Interesse – für weitere Studien aus.

Unklar bleibt dabei, nach welchen – nur halbwegs nachvollziehbaren Theorievorstellungen gehandelt wurde. Wahrscheinlich könnte die Hauptüberlegung mit „Warum soll nicht Botox auch bei Tinnitus funktionieren und lass uns das doch mal in der Ohrmuschel probieren“ beschrieben werden.

Ganz grundsätzlich ist es so, dass Botox als ein Nervengift sicherlich ebenso wenig wie eine radikale Durchtrennung des Nerven dafür sorgen könnte, dass tatsächlich ein Ohrgeräusch zum Erliegen kommt. Auch besteht sicherlich in keinsten Weise ein Zusammenhang zwischen einer Veränderung in der Ohrmuschel und einem Tinnitus, auch nicht mit Botox.

Hier müssten schon mehr als himmlische Kräfte auf humoralem oder metaphysischem Wege bemüht werden, um hier tatsächlich eine Kausalität herzustellen. In diesem Sinne argumentieren noch nicht einmal Akupunkteure, die schon eher Grund hätten, entlang von Meridianen Tinnitusbeeinflussung zu propagieren ...

Unklar bleibt, welcher Tinnitus Test verwendet wurde, anscheinend nicht der TF nach Goebel Hiller, sonst wäre er als solcher benannt worden.

Unklar ist mir, welche „drei ausgewählten“ Punkte genommen wurden und warum gerade diese ausgewählt wurden.

Nicht mehr hören kann ich, wenn auch noch die unsinnigste Versuchsanordnung nach dem Muster eingeleitet wird wie: „*Nach wie vor sind*

*die Ursachen der Entstehung von Ohrgeräuschen nicht vollständig geklärt. Experten vermuten jedoch, eine Fehlfunktion im Bereich des vegetativen Nervensystems könnte ein Grund für das meist plötzliche Auftreten des Tinnitus sein.“*

Traurig ist allerdings, wenn es reicht, dass der Hinweis auf „Amerikanische Wissenschaftler“, genügt, die „bei einigen Patienten“ etwas beobachteten, um wieder die Tinnitus Betroffenen nach weiteren „letzten Strohhalmen“ greifen zu lassen. Das spricht weder für gelungenen Therapiestandards noch für mündige Patienten, wohl aber für die Not der am Tinnitus hartnäckig Leidenden.

Dr. med. H. Schaaf  
Leitender Oberarzt der  
Tinnitus-Klinik Bad Arolsen  
Psychotherapie

*Wir freuen uns, dass der Kollege Dr. Helmut Schaaf in Bad Lippspringe beim Kongresses der DGH einen Vortrag zum Thema Tinnitus halten wird.*



## Tag der Lehre an der medizinischen Fakultät der Universität Münster im November 2004

von Helga Hüsken-Janßen

Auf Einladung der Fachschaft und des Dekanats der Westfälischen Wilhelms Universität fand der Tag der Lehre in diesem Jahr zum Thema Hypnose statt. Wem es jemals vergönnt war, einen Blick hinter die Mauern dieser altehrwürdigen Alma mater in Münster zu werfen, der kann nachvollziehen, wie sehr wir die gegebene Chance nutzen wollten, Studenten und Lehrkörper die Möglichkeiten der modernen Hypnose und Hypnotherapie nahe bringen zu können.

Nach einem einführenden Vortrag durch Reza Schirmohammadi fanden zu verschiedenen Themen Seminare statt:

unter der Leitung von Ingeborg Belger: Hypnose zur Stressbewältigung,

unter Leitung von Angelika Hilverling und Helga Hüsken-Janßen: Hypnose zur Raucherentwöhnung. Reza Schirmohammadi bot ein Seminar zur Schmerzbewältigung mit Hypnose und Karl-Josef Sittig eines zur Bewältigung von Prüfungsängsten mit Hypnose an.

Bei der abschließenden Reflexion nach der Veranstaltung konnten wir, die Referenten des Hochschultages, zufrieden feststellen, dass wir unser Ziel erreicht hatten.

Studenten und Lehrende zeigten großes Interesse am Thema Hypnose und viele von ihnen schienen auch über die stattgefundene Veranstaltung hinaus hoch motiviert, sich zukünftig näher mit dem Thema zu beschäftigen. Auch von Seiten des Dekanates wurde Interesse signalisiert, weitere Kooperationsmöglichkeiten mit der DGH zu planen.

Und unter einer weiteren Rücksicht war diese Veranstaltung eine erfolgreiche PR-Maßnahme: zur besten abendlichen Sendezeit gab es einen ausgezeichneten Fernsehbericht des WDR, durch den auch die breite Öffentlichkeit einen höchst informativen Einblick in die Möglichkeiten der modernen Hypnotherapie erhielt.

Zur Nachahmung empfohlen.

# Hypnose statt Narkose

## *Fallbericht zu einer Nierensteinzertrümmerung mit Hypnose*

von Dr. Peter Dimmling

In den letzten 1 bis 2 Jahren können wir eine erfreuliche Ausweitung des Anwendungsbereichs Hypnose erkennen: Bei Gastroskopie und Fibromyalgie, Reizdarm und und und.

So stellte sich für mich die Herausforderung, für das hiesige Krankenhaus neue Wege zu beschreiten. Für dessen Verantwortliche war als erster Schritt eine nichtblutige Therapieform zwingende Voraussetzung. Zuvor hatte ich durch mehrere Vorträge im Krankenhaus (erstmalig vor ca. 5 Jahren) Aufklärungsarbeit geleistet.

Mein Ziel war es zu zeigen, dass Hypnose in jedem Bereich der Medizin einsetzbar ist.

Endlich war es so weit: Der Anästhesist, der Urologe und ich hatten kurz vor Weihnachten Premiere: Die erste ESWL, die nach umfangreichen Erkundigungen in Literatur und Gesellschaften überhaupt mit hypnotischer Unterstützung je ablief, sollte über die Bühne gehen. ESWL, die extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie bedeutet Zertrümmerung von Kristallen mittels Schallwellen, ohne das umliegende Gewebe zu schädigen. Anwendungsbereich: Nieren- und Gallensteine.

Schwierig für mich als Zahnarzt war es, mich in die Materie einzulesen und mit Hilfe der medizinischen Kollegen einzudenken.

Auch ein Umdenken bei der Induktion war nötig, da die Patientin während der gesamten Behandlung mit einem ausgestreckten und abgewinkelten Arm möglichst ruhig liegen musste, um ja nicht die durch Bildgebung fokussierte Region zu verlassen. Das wusste ich vorher nicht. Ob dies mit dem von den Füßen aufsteigenden Schweregefühl so vermittelbar war? Was würde passieren, wenn eine Levitation an der mit Clip und Venenzugang bestückten Hand einsetzt?

Während der 35-minütigen Therapie versorgte ich die Patientin mit Trancemusik. Den Kopfhörer hatte ich vergessen ihr vorher überzustülpen – aber mittendrin war es auch kein Problem. Punktfixation, Treppe abwärts in den Ruheraum.

Zusätzlich immer wieder ihre „Gute-Erfahrungsbegriffe“ im Sinne der Drei-Worte-Induktion sowie wiederholtem Lob für ihre Leistung.

Die Patientin war während der Nierensteinzertrümmerung in leichter

bis mittlerer Trance. In Sorge geriet ich, als sie mittendrin für einen Moment die Augen öffnete – doch ich hatte sie auch gleich wieder reingepeaceed.

„Ich habe mich gedanklich während des Eingriffs mit meinen beiden Kindern auf Mallorca beim Spielen befunden. (Dass sie dies erstmals heuer sein sollte, hatte ich im Aufklärungsgespräch eruiert.) Gespürt habe ich schon was, aber das war mir auch völlig egal.“ Nach der Rückkehr aus der Trance war sie höchst überrascht, da sie sich wesentlich besser fühlte als bei früheren gleichartigen Eingriffen nach der herkömmlichen Methode. Gleichzeitig erklärte auch sie, sie wolle die „Prozedur“ bei eventuell notwendiger Wiederholungsnotwendigkeit wieder mit Hypnose machen.

Der Urologe war sichtlich überrascht, weil die Patientin so ruhig ausgeharrt habe. Während ein Patient üblicherweise immer versuche, der doch sehr schmerzhaften Stoßwellenquelle auszuweichen, habe er sie sehr entspannt gesehen. Um mir ein Bild von diesen Wellen zu machen, absolvierte ich einen ganz kurzen Probelauf in kleinster Stufe an meiner Hand. Dies war zwar nicht schmerzhaft, doch ich empfand es auch nicht als sonderlich angenehm. Unsere Patientin erhielt dagegen die 4-fache Dosis über eine halbe Stunde – und ertrug's.

Sehr angetan war der Urologe auch von der Tatsache, dass sich die Patientin bei der Kontrolle am nächsten Tag immer noch gut fühlte und dass auch keine der sonst gelegentlich auftretenden Mini-blutungen feststellbar waren. Auch dieses Phänomen deckt sich mit unseren Erfahrungen aus der Praxis.

Der Anästhesist stand während des Eingriffs zwar auf alle Fälle „Gewehr bei Fuß“, konnte aber auf die zusätzliche Gabe sonst üblicher Schmerzmittel (hier Opiat) verzichten. Lediglich 1 mg Dormicum hatte er verabreicht. Über die für ihn relevanten Werte war auch er überrascht. Er sieht nicht nur die Schonung des Patienten, sondern auch eine betriebswirtschaftliche Komponente durch mögliche Einsparung von Personal, Material und Geräten, ganz zu schweigen vom Image-Gewinn des Hauses.

Dieser Erfahrungsbericht soll alle mit Hypnotherapie Arbeitenden dazu animieren, diese weiter anzuschieben und auch mal über den eigenen Tellerrand rauszuschauen. Sicher sollte es auch weiteren wissenschaftlich fundierten Untersuchungen vorbehalten sein, eine weitere Bresche für diese „sanfte Medizin“ zu schlagen.



# Neuerscheinungen

*Hansjörg Ebell / Hellmuth Schuckall*

## **Warum therapeutische Hypnose**

Fallgeschichten aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten erschien im Oktober 2004 bei Richard Pflaum Verlag,

ISBN 3-7905-0917-5

Hansjörg Ebell und Hellmuth Schuckall haben nicht einfach ein weiteres Lehrbuch der Hypnose herausgegeben, in dem die Darstellung der Methode im Mittelpunkt steht, die hin und wieder mit „Fallvignetten“ illustriert wird, sondern sie haben „den Fall“ in den Mittelpunkt gerückt. Dabei ist ein Buch mit 47 Falldarstellungen entstanden, das – gleichsam als Nebenprodukt – auch unterschiedliche hypnotherapeutische Stile darstellt. Mit dieser besonderen Konzeption gelingt es den Herausgebern, wie in einem Spiegel mit 47 Facetten die vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten des Phänomens Hypnose lebendig sichtbar zu machen.

*(Aus dem Geleitwort von Prof. Dr. Walter Bongartz)*

Alle Fallgeschichten folgen einer klaren Gliederung: Zusammenfassung, therapeutische Ausgangssituation, Therapieprozess und im Zentrum die „Hypnose“ (wer hat konkret was gesagt und getan bzw. was ist daraufhin geschehen). Jeder einzelne „Blick in die Werkstatt“ kann zu einem stimulierenden Impuls für die eigene psychotherapeutische und/oder ärztliche Arbeit werden. Das Buch wendet sich aber nicht nur an Fachkollegen; auch für Laien ist es eine spannende Lektüre über das erstaunliche Potential der Phänomene, die wir heute mit dem Etikett der „therapeutischen Hypnose“ versehen.

*Karl Weter*

## **Was du tust ist richtig**

Lebenshilfe und Ratschläge nicht nur für Tumorpatienten

Wjr-Verlag, 2004, ISBN 3-935659-37-7

Vorliegendes Buch ist mehr als nur ein Hoffnungsschimmer. Genau genommen beschreibt es Heilungen und Verbesserungen von Lebenszuständen, die es so gar nicht geben dürfte, die aber wirklich geschehen sind. Hier von einem Wunder zu sprechen, wäre

größenwahnsinnig, denn es ist einzig und allein der Patient, der diese Heilung bewirkt hat. Die klassische Schulmedizin, kombiniert mit der Kraft der Hypnose, vermag tatsächlich „Berge zu versetzen“.

Das Buch ist mit Einfühlungsvermögen, Herzlichkeit und viel Liebe geschrieben worden. Von einem Arzt, der weiß, worauf es ankommt.

# Rezension

*Christian Ziegler: Wege aus der Hungerfalle. Hypnotherapeutische Strategien bei Magersucht in der Pubertät. Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2004. 254 Seiten.*

Ab 35 Kilo auf die Innere, danach wieder zurück ins psychotherapeutische Geschehen, eine Weile in einer Klinik für Ess-Störungen (vulgo „Fressklinik“), dann eine Nachsorge, das Gewicht pendelt sich ein zwischen 39 und 41 Kilo; wenn man mit der Patientin essen geht, dann sieht man, wie sie die Speisen zermatscht und einen widerwärtigen Brei auf dem Teller erzeugt, den ich auch nicht würde essen wollen; dann Weihnachten, das Familienfest mit dem größten Einsamkeitsrisiko, bei dem zugleich der Perfektionismus blüht, und da kommen plötzlich die Abführmittel, von denen man noch gar nichts wusste, und die Patientin landet erneut auf der Intensiv; fünf Tage später dann das nächste therapeutische Gespräch, vielleicht ein Therapievertrag jetzt, obwohl man das sonst nicht macht, und dann ...

Egal, was dann. Die Einführung genügt wohl, um eine verhältnismäßig normal verlaufende Therapie der Magersucht zu erkennen ... Frauen und Mädchen mit Magersucht zu behandeln ist ziemlich schwer. Magersucht, die Ess-Problematik, die anders als Bulimie keine kulturellen Prägungen aufweist und auch bereits eine historisch weit zurück verfolgbare Erkrankung ist, hat zu vielen Theoriebildungen geführt, deren bekannteste wohl die Zurückweisung der Geschlechtsrolle ist. Der Theoriebildung gegenüber steht

eine nach wie vor unbefriedigende Praxis, von der nur durch Untersuchungen bekannt ist, dass Langzeit-Therapien offenbar die größeren Erfolgchancen haben.

Was können hypnotherapeutische Konzepte zur Therapie der Magersucht beitragen? Der Schweizer Kinder- und Jugendlichenpsychiater Christian Ziegler geht zur Beantwortung dieser Frage von einer sehr strategischen Position aus. Eine Mischung aus Störungselementen, versöhnlicher Grundhaltung („Abscheuliche Gefühle gehören zum Leben ...“, „Fehler gehören zu einem gelingenden Leben ...“) und der Erzeugung von Perspektiven bestimmen sein therapeutisches Handeln. Dabei ist es ihm offensichtlich wichtig, dass einerseits die Autonomie der Klientin gewahrt bleibt, andererseits auch der nötige Druck zur Veränderung erzeugt werden kann.

Das Buch ist in der Reihe „Leben lernen“ bei Pfeiffer / Klett-Cotta erschienen, einer betont praxisorientierten Reihe. So ist der reflexive Anteil im Buch auch sehr klein, großen Raum nehmen dagegen strategische Planungen und vor allem Fallverläufe ein. Im therapeutischen Entwurf stützt sich Christian Ziegler (der in den Fallbeispielen immer sehr funktional „der Therapeut“ heißt; ich habe mich gefragt, ob ein kleines bisschen mehr „ich“ nicht schön gewesen wäre ...) auf einen Grundentwurf Milton Ericksons, die Behandlung der Patientin Barbie nämlich, den er erweitert und mit Elementen Farellys ergänzt.

Erickson und Farelly. Zwei Pragmatiker mit einem Hang zum Ungemütlichen. Nun ist der Pragmatismus gewiss angebracht, denn die Therapie Magersüchtiger ist durchzogen von Möglichkeiten der Verstrickung (Ziegler spricht sehr schön von „Irrgärten“). Auch der Autor lässt sich als Pragmatiker erkennen, dessen wichtigstes Werkzeug die Utilisation ist. So kann er den Leserinnen und Lesern Strategien an die Hand geben, die Wege aus den therapeutischen Irrgärten weisen (oder diese bereits vermeiden helfen). Dass aber das Ungemütliche allein die Therapie nicht halten kann, das wird in zwei Interviews deutlich, die „Frank Farelly bei der Arbeit“ betitelt sind und bei mir einen sehr zwiespältigen Eindruck hinterließen.

Der Abdruck dieses Transkripts ist ein Verdienst, denn hier wird die veränderungsbezogene Grundhaltung des Provokateurs Frank

Farely ganz leicht nachvollziehbar. Ich persönlich habe allerdings Schwierigkeiten mit dem „Arsch und Titten“-Gerede, mit dem er die Patientin zu provozieren sucht. Das mag alles funktional sein, aber ein Geruch von Altmänner-Geilheit zieht trotzdem durch die Passage. Und es ist noch keineswegs ausgemacht, dass das ausschließlich Provokative neben seiner verändernden Komponente nicht noch andere, hässlich nachschmeckende Aspekte aufweist (mir sind mehrere Fälle bekannt, in denen sich der Vater der Magersüchtigen als menschlich schwacher Lüstling erwies, und an diese Erfahrung würde Farely hier mit seinen Reden andocken ...). Vielleicht schafft die provokative Haltung, die ohne Frage sehr hilfreich sein kann, ja ganz nebenbei auch Möglichkeiten, mittels derer der Therapeut Frank Farely uneingestandene Bedürfnisse befriedigen kann ...

Überhaupt eint eine Sichtweise die Erickson-Passage und die Farely-Passage: Die Suggestion nämlich, man müsse Magersüchtige schlecht behandeln, sonst führe die Behandlung zu nichts. Ob das stimmt? Meine eigene Erfahrung ist anders. Gewiss, die selbst provokative Haltung, die im Sich-dünn-Machen steckt, bedarf gelegentlich einer kraftvollen Gegenposition. Andererseits ist die Anerkennung der Autonomie, die Christian Ziegler für sich selbst durchschimmern lässt, mir hier lieber als die mitunter doch reichlich weit gehende Ruppigkeit der beiden Oldies.

Christian Zieglers Buch ist ganz gewiss empfehlenswert für alle die, die ihre Arbeitsweise mit Magersüchtigen entwickeln und verbessern möchten. Die vielen Beispiele sind sehr hilfreich. Ein kleines bisschen mehr Auseinandersetzung mit den theoretischen Modellen anderer wäre aber kein Fehler gewesen und hätte die Leuchtkraft des Buches noch erhöht. Denn die Fragen nach dem Woher und Wozu stehen bei der Therapie der Magersucht nun einmal im Raum, und insofern existiert der Gegensatz von Theorie und Praxis eigentlich gar nicht. Aber warum jetzt noch nörgeln? Der Autor hat seine Absicht ja erreicht, ein – wie er sagt – „Buch über den therapeutischen Dialog“ zu schreiben. Und für alle, die an diesem praktisch-therapeutischen Dialog interessiert sind, ist das Buch schlicht zu empfehlen!

*(Georg Milzner)*

## Vorschau auf Kongresstermine

M.E.G.	03.03.-06.03.2005	Bad Orb
ÖGATAP	05.03.-12.03.2005	Radstadt
Psychologische Fachgruppe Entspannungs- verfahren (BDP)	30.04.-07.05.2005	Sylt
DGÄHAT	17.06.-19.06.2005	Königswinter/Rhein
DGZH	09.09.-11.09.2005	Berlin
ESH	17.09.-24.09.2005	Gozo/Malta
SMSH	03.11.-05.11.2005	Balsthal
DGH	17.11.-20.11.2005	Bad Lippspringe
ISH	October 2005	Oueretaro/Mexico
DGH	16.11.-19.11.2006	Bad Lippspringe