

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

Hypnose – Brücke zwischen Körper und Seele

von Donnerstag, 16.11.2006 bis Sonntag, 19.11.2006
in Bad Lippspringe

Weitere Informationen und Anmeldungen über:

Geschäftsstelle der
Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. (DGH)
Druffels Weg 3
48653 Coesfeld
Tel: 02541/880760
Fax: 02541/70008
e-mail: DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de



Themen in diesem Heft

- Geschwindigkeit ist keine Hexerei
Schnellhypnose – wozu und wie?
- Wenn die „Stimmen der Götter“
zu quälen beginnen
- Fallbericht: Hypnose bei einer
gehörlosen Frau

Außerdem:

Aktuelles · Fortbildung · Rezensionen · u. a



SUGGESTIONEN

Forum der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V.

Themen in diesem Heft

- Geschwindigkeit ist keine Hexerei
Schnellhypnose – wozu und wie?
- Wenn die „Stimmen der Götter“ zu quälen beginnen
- Fallbericht: Hypnose bei einer gehörlosen Frau

Außerdem:

Aktuelles · Fortbildung · Rezensionen · u. a.



Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Hypnose e.V.
Druffels Weg 3
48653 Coesfeld
Tel: 02541/88 07 60
Fax: 02541/7 0008
e-mail: DGH-Geschaefsstelle@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. Dr.
Helga Hüskens-Janßen
Druffels Weg 3
48653 Coesfeld
e-mail: DGH-Geschaefsstelle@t-online.de

Vizepräsident:

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

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Stephan Eitner

Klinik für Zahn-, Mund- u. Kieferkranke/Uni Erlangen-Nürnberg
Glückstr. 11
91054 Erlangen

MitarbeiterInnen der vorliegenden Ausgabe:

Bernd U. Borckmann, Peter Dünninger, Werner Eberwein, Helga Hüskens-Janßen, Jens Meyer, Dietrich Schauer, Winfried Schmidt, H.-J. Scholz, Sybille Strässer-Strobel, Walter Tschugguel.

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 Münchenberg

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: DIN 4976673 „Hypnose“?

Zur Diskussion

- 5 Geschwindigkeit ist keine Hexerei. Schnellhypnose – wozu und wie?
von Werner Eberwein
- 45 Wenn die „Stimmen der Götter“ zu quälen beginnen
von Sybille Strässer-Strobel
- 56 Psychosomatische und psychoneuroimmunologische Aspekte der Neurodermitis und die Möglichkeiten der Hypnotherapie
von Jens Meyer
- 63 Hypnose bei einer gehörlosen Frau mit chronischem Unterbauchschmerz. Ein Fallbericht *von Walter Tschugguel*

DGH-intern

- 77 Protokoll der Mitgliederversammlung
- 85 Kassenbuchprüfung 2004 *von Rainer Blankenburg und H.-J. Scholz*
- 87 Bericht des Datenschutzbeauftragten der DGH *von Winfried Schmidt*
- 92 Kooperation von DGH und DGÄHAT *von Bernd U. Borckmann*
- 93 Unterstützung durch die Landespsychotherapeutenkammer NRW – Bitte um Mitarbeit *von Helga Hüskens-Janßen*
- 94 Ethische Richtlinien bei der Anwendung von Hypnose
- 100 Jahreskongress der DGH vom 16.–19. November 2006
von Helga Hüskens-Janßen
- 103 Programmübersicht zum Jahreskongress
- 108 Regionale Weiterbildung der DGH
- 114 Neue Zertifikatsinhaber
- 114 Neue Mitglieder der DGH
- 115 Nachlese zum Kongress 2005
- 115 Supervisionsgruppe gesucht

Aktuell

- 116 Aufruf an alle DGH-Mitglieder zur Mitarbeit am bundesweiten Tag der Hypnose *von Werner Eberwein*
- 117 Georg-Gottlob-Studienpreis für Stefan Junker
- 118 »Studierendentag in Münster« *von Hans-Joachim Scholz*
- 119 Neuerscheinungen
Rainer Wittek: Hypnose – Schlüssel zur Seele
- 120 Rezensionen
„Im Atelier der Hypnose“ von Agnes Kaiser Rekkas
(Dietrich Schauer)
„Neuropsychotherapie“ von Klaus Grawe
(Werner Eberwein)

DIN 4976673 „Hypnose“?

In den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts machten sich wackere Forscher in Harvard und Stanford daran, das Phänomen der Hypnose wissenschaftlich zu untersuchen. Dabei stießen sie recht schnell auf ein ärgerliches Dilemma: Wollte man wissenschaftlich gesicherte, statistisch aussagefähige und reproduzierbare Aussagen machen, musste die Methode so weit als möglich standardisiert werden. Man half sich bekanntermaßen damit, dass den Probanden zur Tranceinduktion identische Tonbänder mit genau festgelegten Texten vorgespielt wurden. Leider zeigte sich dabei aber auch, dass die Zahl der hypnotisierbaren Probanden mit steigender Standardisierung des Vorgehens deutlich abnahm. Eine große Zahl derer, die bei streng genormtem Vorgehen als gering suggestibel einzustufen waren, ließen sich allerdings bei geringfügigen Variationen der Induktionen durch geübte Behandler durchaus in Trance versetzen.

Ist damit die Hypnose umso besser, je unwissenschaftlicher sie ist? Worin zeigt sich denn die „Qualität“ einer Hypnose oder gar eines Hypnotiseurs? Wenn wir zwei Vertreter dieser Spezies auftreten lassen und sie durch verschiedene Personen bewertet werden, werden die Ergebnisse vermutlich nicht kompatibel sein: Hypnotiseur A hat seine Induktionsformel auswendig gelernt und wendet sie mit immer gleichem Tonfall, Tempo und Rhythmus bei allen Probanden identisch an. Hypnotiseur B variiert sein Vorgehen jedes Mal individuell abgestimmt auf den Probanden, keine zwei Induktionen sind gleich. Wir als Hypnoseexperten würden möglicherweise Herrn B für seine Phantasie und Flexibilität bewundern und auf Herrn A leicht verächtlich herabblicken. Bei einem Beamten des Gesundheitsministeriums oder einem Vertreter der Krankenkassen hätte Herr B nicht den Hauch einer Chance. Zu chaotisch, unreproduzierbar, Ergebnisse nicht vorhersagbar.

Lässt sich kreatives Chaos in einer Abrechnungsnummer definieren, macht standardisierte Hypnose Spaß?

Leider sind diese Fragen weniger hypothetisch als uns allen lieb sein kann.

Peter Dünninger

Geschwindigkeit ist keine Hexerei

Schnellhypnose – wozu und wie?

Werner Eberwein

Einleitung

Da ist es wieder: Walter, ein Psychologe aus Oldenburg, schaut aufgeregt im Fortbildungsseminar herum. Seine Augen blitzen vor verschwörerischer Neugier: „Werner, zeig doch mal eine *richtige* Hypnose.“

Wie oft habe ich das schon gehört. Ich atme tief durch, erinnere mich, wie ich während meiner eigenen Ausbildung auch immer „richtige“ Hypnose sehen wollte und das Gefühl hatte, dass meine Trainer mir etwas vorenthalten. Was sie auch zeigten – ich hatte das Gefühl, das sei keine „richtige“ Hypnose. Ich wollte etwas Spektakuläres sehen, einen magischen Effekt, eine Blitzheilung, oder mindestens dass jemand an seiner Stuhllehne festklebte. Dabei habe ich schon als Student mit 20 Jahren diese ganzen Spielereien mit hypnotischen Zwängen, Signalhypnosen, eine Versuchsperson den eigenen Namen vergessen lassen, Regression in „vergangene Leben“ und vieles mehr gemacht und war fasziniert von meiner „magischen Macht“ gewesen. Trotzdem hatte ich immer das Gefühl, „richtige“ Hypnose sei noch mal etwas anderes, auch wenn ich nicht hätte sagen können, was ich eigentlich genau erwartete.

Erst nachdem ich mich intensiv mit der Showhypnose beschäftigt hatte (vgl. Eberwein 2002), fing ich an, solche Hypnose-Spektakel grundsätzlich abzulehnen. Heute finde ich hypnotische Machtbekundungen und Manipulationen stupide bis peinlich, manchmal sogar gefährlich. Aber wie soll ich das einem Kollegen erklären, der solche Effekte „einfach gern mal life sehen“ will.

Für mich ist Trance-Kommunikation etwas ziemlich Intimes. Der Patient öffnet vertrauensvoll seine Abwehr für einen suggestiven Einfluss. Nach meinem Verständnis muss ein psychisch geöffneter Mensch geschützt, respektvoll und behutsam behandelt werden, *sogar dann, wenn er selbst das anders haben will.*

Als Analogie fällt mir ein Chirurg ein, der ja auch – auf seine Weise – Patienten „öffnet“. Es geht nicht darum, dass er übervorsichtig jeden Eingriff vermeiden sollte, denn manchmal müssen Eingriffe sein, und Übervorsicht kann sogar gefährlich sein. Aber ein Chirurg darf niemals

mehr vom Körper wegschneiden oder in ihn hineinsetzen, als im Interesse des Patienten erforderlich und *unvermeidbar* ist. Ebenso muss ein Hypnotiseur so schonend wie möglich arbeiten und nur so weit eingreifen, wie es unumgänglich ist.

Bei Techniken, die Hypnose schneller machen, ist die Gefahr besonders groß, dass der Patient überrumpelt und entwürdigt wird. Bei der Schnellhypnose zeigen sich am deutlichsten der *Standpunkt* und das *Wertesystem* des Hypnotiseurs.

Ist Schnellhypnose die ökonomischste Anwendung von Trance-Techniken oder bloß eine Marketing-Fiktion? Gibt es überhaupt hypnotische Techniken, die schneller funktionieren als andere? Und wenn es sie gibt – warum benutzt man sie eigentlich nicht immer? Wann nutzen Schnellhypnose-Techniken, wem nutzen sie – und können sie auch schaden?

Beginnen wir damit, wie Schnellhypnosetechniken gern präsentiert werden.

Mythen der Schnellhypnose

Anhänger der Schnellhypnose behaupten gern:

„Es geht ganz schnell, es ist ganz einfach, es funktioniert immer.“

Das ist natürlich faszinierend. Die Frage ist nur: *Stimmt das auch?*

Klar wäre es hilfreich und ökonomisch, wenn wir alle Patienten in wenigen Augenblicken mit einfachen Standardtechniken und mit garantiertem Erfolg in Trance versetzen und dann darin „leicht und schnell“ alles bewirken könnten, was bewirkt werden soll.

Ein Zahnarzt in einem meiner Seminare brachte es auf den Punkt:

„Ich brauche eine Alternative zur chemischen Anästhesie, die genauso schnell und sicher wirkt wie eine Spritze.“

Damit ist der Korb ziemlich hoch gehängt. Eine sichere, vollständige hypnotische Anästhesie in zwei Minuten – wer versucht, das als Routinetechnik zu etablieren, der hat sich einiges vorgenommen. Und doch gibt es Kollegen, die behaupten, das zu beherrschen.

Schauen wir uns also einmal an, was dran ist an den Mythen der Schnellhypnose.

Der Mythos der Geschwindigkeit

Aus dem Munde der Schnellhypnose-Begeisterten klingt das etwa so:

„Mit Methode X kann ich jeden Patienten innerhalb von wenigen

Minuten in eine Trance versetzen, die so tief ist, dass ich darin alles Erforderliche mit ihm machen kann.“

Wie viele Mythen, so beinhaltet auch dieser einen wahren Kern. Manchmal geht eine Trance-Induktion tatsächlich überraschend schnell. Es gibt Patienten, die so empfänglich und kooperativ sind, dass man sie nur intensiv anzuschauen braucht, und schon sind sie in Trance. Manche Hypnoseanfänger neigen dazu, die Einleitung der Trance endlos lange auszudehnen, weil sie noch kein Gefühl bzw. keine brauchbare Technik dafür haben, um herauszufinden, wann die „eigentliche Behandlung“ beginnen kann. Sicherheitshalber versuchen sie, den Patienten immer tiefer in Trance zu führen, wissen aber nicht, wann die Trance „tief genug“ ist. Oft ist der Patient schon längst in einer ausreichend tiefen Trance, während der Hypnotiseur sich weiter abmüht, ihn in eine solche hineinzubringen. Eigentlich könnte der Hypnotiseur längst anfangen, dem Patienten therapeutische Suggestionen zu vermitteln bzw. ihn in Trance medizinisch behandeln. In diesem Fall ist keine spezifische Schnellhypnosetechnik erforderlich. Die Induktion ist schon schnell genug, nur der Hypnotiseur merkt es nicht. Ihm fehlt ein Gespür bzw. eine geeignete hypnotische Dialogmethode (z. B. Ideomotorik), um herauszufinden, wann der Patient „so weit ist“.

Die moderne, Erickson'sche Hypnose ist, was die Tiefe der Hypnose betrifft, ziemlich pragmatisch orientiert. Ericksonianer unterscheiden nur unscharf zwischen verschiedenen Tiefenstadien sowie zwischen Induktion, Vertiefung, Nutzung und Reorientierung. Der Wachzustand und die Trance verschwimmen für Ericksonianer miteinander. Suggestionen werden bereits *vor* der formellen Induktion oder noch nach der Reorientierung gegeben. Erickson'sche Hypnose ist ein ganzheitlicher Prozess, ein Gesamtkunstwerk. Die Tiefe der Trance ist für Ericksonianer weniger relevant – es kommt ihnen darauf an, die Kooperationsbereitschaft des Unbewussten zu fördern. Wenn dissoziative therapeutische Prozesse in Richtung auf das gewünschte Ziel hin feststellbar sind, ist es für Ericksonianer nicht wichtig, ob oder wie tief der Patient in Trance ist. Daher legen Ericksonianer es nicht auf besonders „tiefe“ Trancezustände an und daher ist die Induktionsphase in der ericksonianischen Hypnose manchmal recht kurz. Der Übergang zwischen Wachzustand, Trance, Nutzung der Trance und Reorientierung geschieht praktisch unmerklich.

Im winzigen Konsultationszimmer von Erickson konnte es im Einzelfall schwierig sein, festzustellen, ob ein Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt wach oder in Trance war. Allerdings nahm sich Erickson zu

Beginn seiner Arbeit mit *jedem* Patienten einige Stunden Zeit, um mit dem Patienten den Zustandswechsel hinein in die Trance und heraus aus der Trance intensiv zu trainieren, so dass die Übergänge hinterher flüssig und beiläufig geschahen.

Dennoch: Um eindeutig dissoziative Prozesse zugänglich zu machen, braucht es auch mit Erickson'schen Techniken *bei den meisten Patienten* einige Zeit und eine gewisse Vorarbeit. Hochsuggestible Patienten gehen zwar mitunter in wenigen Minuten so tief in Trance, dass Anästhesie, Ressourcenaktivierung oder nachhaltige Posthypnose möglich sind. *Die meisten Patienten* brauchen dafür aber etwa 15 bis 20 Minuten Zeit, je nach Trance-Fähigkeit und angezielter Intervention. Manche Patienten brauchen sogar noch viel mehr Zeit, und nach meinem Verständnis sollte der Therapeut ihnen diese Zeit auch geben. Es hat keinen Sinn, einen Patienten, der langsam reagiert, aus ökonomischen oder narzisstischen Gründen drängeln zu wollen. Das erzeugt bloß Druck, und Druck erzeugt Widerstand. Manchmal ist der alte Satz hilfreich: „*Wenn du willst, dass es schnell geht, mach langsam.*“

Eine „Drängelinduktion“ stellt meines Erachtens die Spannungswirkung der Hypnose auf den Kopf. Außerdem werden wir weiter unten sehen, dass viele der sogenannten „Schnellhypnose“-Methoden in der Praxis keineswegs schneller sind als andere, sondern letztlich auch 15 bis 20 Minuten für den *Gesamtprozess* der Induktion brauchen.

Der *Beginn* der Induktion geht oft relativ schnell. Wenn man nur diese Phase misst, entstehen ziemlich kurze Zeitangaben. Es dauert meistens tatsächlich nur eine bis zwei Minuten, bis der Patient reglos mit geschlossenen Augen dasitzt. Das sieht von außen für einen naiven Beobachter wie eine Trance aus, ist aber in meinem Verständnis in den meisten Fällen noch kein veränderter Bewusstseinszustand. Die eigentliche Tranceinduktion wird dann bei Schnellhypnoseverfahren als „Vertiefung“ bezeichnet. Während dieser „Vertiefung“ findet aber erst der allmähliche Wechsel des Bewusstseinszustandes statt. Und dieser Prozess dauert bei den meisten Menschen etwa 15 bis 20 Minuten.

Von diesem Zeitbedarf gibt es einige Ausnahmen. Hochsuggestible Patienten reagieren, wie gesagt, manchmal deutlich schneller. Wenn es hauptsächlich um intensive Ablenkung geht, wie zum Beispiel bei manchen Induktionstechniken für Kinder, dann kann man tatsächlich recht schnell arbeiten. Ein Kind mit etwas zu faszinieren, was für das Kind interessant ist, geht ziemlich schnell. Es ist eher schwierig, diese Faszination für längere Zeit aufrechtzuerhalten. Hypnose-Zahnärzte arbeiten bei Kindern in der Regel *zusätzlich* zur Hypnose mit chemischer

Anästhesie. Für die zahnärztliche Hypnose genügt es vollkommen, wenn die Kinder behandlungsfähig sind, eine hypnotische Anästhesie ist nicht erforderlich. Daher überfluten Hypnose-Zahnärzte Kinder mit kindgerechten Refokussierungstechniken und können dann mit ihnen zahnärztlich arbeiten. Das geht oft recht schnell, aber meines Erachtens sollte man hier im Regelfall eher von einem „Hypnoid“ (einem Hypnose-ähnlichen Zustand) sprechen, nicht von einer stabilen Dissoziation („Hypnose“).

Auch wenn ein Patient schon mal hypnotisiert worden ist und stabil installierte Rehypnose-Anker hat, können Hypnoseinduktionen schnell, manchmal blitzartig gehen („Signalhypnose“). Nach einer längeren, ausführlichen Induktionsphase wird der Versuchsperson posthypnotisch suggeriert, dass sie aufgrund eines bestimmten Auslösereizes augenblicklich in Trance versinken würde. Der Auslösereiz ist dann entweder ein Schlüsselwort oder eine spezifische Berührung (Streichen über die Augen oder ähnliches). Die Etablierung der Signalhypnose braucht einige Zeit (man ahnt es schon: etwa 15 bis 20 Minuten), aber beim nächsten Mal geht die Re-Induktion der Trance wesentlich schneller, manchmal praktisch augenblicklich.

Im Bereich der psychotherapeutischen Anwendungen der Hypnose geht es gelegentlich nur um fokussierte Oberflächenprozesse, die keine besonders intensive Trance erfordern, ja, die im Grunde auch im Wachzustand erreicht werden könnten. Bei vielen NLP-Imaginationsmethoden (z.B. Swish, Alignment, Mentorenarbeit, Timeline usw.) ist der Patient in der Regel nicht besonders stark dissoziiert. Der Zustand des Patienten während solcher Übungen ist nahe am gewöhnlichen Wachzustand („hypnoid“). Daher erfordern diese Techniken keine gründliche Tranceinduktion. Der Zustandswechsel geschieht *beiläufig* während und als Folge der Anwendung der NLP-Methode. Allerdings können nach meiner Erfahrung mit solchen schnellen Transformationstechniken nur Probleme bearbeitet werden, die eher aktuell-reaktiv sind, nicht besonders tief sitzen und nicht generalisiert und in der Persönlichkeitsstruktur des Patienten verankert sind.

Wenn wir als Psychotherapeuten in den Bereich der Persönlichkeits-(Charakter-, Früh-)Störungen kommen, können die Patienten in der Regel weder angemessene Beschreibungen ihrer Problematik noch nachvollziehbare Zielvorstellungen liefern, noch können sie sich stabil kooperativ auf ein therapeutisches Arbeitsverhältnis einlassen. Bei diesen Patienten ist meistens eine jahrelange Arbeit erforderlich, um immer wieder eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung

herzustellen, um sich den neuralgischen Punkten im Leben des Patienten allmählich anzunähern und sie durchzuarbeiten. Von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen werden Schnellhypnosetechniken oft als bedrohlich erlebt, weil sie ihre ohnehin instabile Ich-Struktur weiter destabilisieren. Aber genau das sind die Patienten, die zuhause die Praxis der Psychotherapeuten aufsuchen. Menschen mit begrenzten Symptomstörungen, die lediglich schnellstmöglich eine begrenzte psychische Einschränkung ausgebügelt haben wollen, sind, zumindest unter meinen Patienten, bei weitem in der Minderheit.

In der Psychotherapie geht es oft nicht bloß darum, schnellstmöglich die Probleme zu beseitigen, die der Patient im Erstgespräch genannt hat („Index-Symptome“). Vielmehr besteht der Prozess der Psychotherapie häufig darin, in einem allmählichen Prozess der Selbsterkundung mit dem Patienten zusammen herauszufinden, was die strukturelle Basis seiner Oberflächensymptome ist. Psychotherapie, die sich auf die bloße Beseitigung von Oberflächensymptomen beschränkt, erzeugt oft eine lange Serie von Kurzzeitbehandlungen, die in der Summe leicht eine Langzeitpsychotherapie übertreffen können. Ein humanistischer psychotherapeutischer Prozess der Erweiterung und Vertiefung der eigenen Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten dauert oft Jahre. Wenn in einer psychodynamischen oder humanistischen Psychotherapie mit hypnotischen Techniken gearbeitet wird, geht es nicht primär um Geschwindigkeit, sondern um psychische Integrationsprozesse, und diese schreiten eher langsam voran, weil Geschwindigkeitsdruck die psychischen Integrationsfähigkeiten des Patienten überfordern würde. Sich dem eigenen Schatten zu stellen braucht Zeit, auch wenn mit Hypnose gearbeitet wird. Scheinbare Abkürzungen verlängern dabei oft bloß den Weg.

Der Mythos der Einfachheit

Der Mythos der Einfachheit lautet ungefähr so:

„Du musst dir nicht tausend Prinzipien, Techniken und Formulierungen merken, sondern nur einige simple Tricks, das ist alles.“

Auch an dieser Aussage ist etwas Wahres dran. Vor allem seit der Erikson'schen Wende in der Hypnotherapie neigen manche Kollegen dazu, ihre Hypnosetechnik derart kompliziert zu gestalten, dass sie sie kaum ohne Spickzettel und detaillierte Ablaufschemata durchführen können. Eine überkomplexe Technik befriedigt den Spieltrieb des Hypnotiseurs durch immer neue Ebenen, Varianten und Aspekte, so wie eine elektrische Eisenbahn einen kleinen Jungen begeistert. Wer

aber Hypnose routinemäßig in der therapeutischen Praxis einsetzen will, der braucht Techniken, die in angemessener Zeit zu erlernen sind, die man sich leicht merken kann, die einfach aufgebaut und leicht wiederholbar sind.

Dies trifft allerdings im engeren Sinne vor allem auf die traditionellen Methoden der klassischen Hypnose zu, die man tatsächlich im Prinzip an zwei Wochenenden erlernen kann: „Ihre Augen werden müde ... die Arme sind schwer...“ usw. Wenn man also Wert auf eine *einfache* Methode legt, dann ist man bei der klassischen Hypnose gut aufgehoben. (Was die Probleme dabei sind, werde ich weiter unten beschreiben.)

Die meisten der modernen Schnellhypnosemethoden sind dagegen keineswegs einfach, sondern ziemlich komplex aufgebaut, auch wenn das manchmal auf den ersten Blick nicht so wirkt. Sie können ohne gründliche hypnotische Ausbildung und Selbsterfahrung weder verstanden noch praktiziert werden. Es handelt sich meistens um verschachtelte Mehr-Ebenen-Konfusionen, zu deren kompetenter Anwendung man schon einiges an Vorwissen und Erfahrung braucht. Sie sind alles andere als einfach. Geschwindigkeit und Sicherheit erfordern eben eine gewisse Komplexität.

Die *Induktion* der Trance ist nur für Hypnoseanfänger das Hauptproblem. Wenn man die ersten hypnotischen Schritte macht, erscheint es als schwierig, den Patienten in Trance zu bringen. Wenn man sich mit der Induktion der Hypnose einigermaßen sicher fühlt, erkennt man, dass die Aufgabe dann erst beginnt. Der Patient ist in Trance – aber was jetzt? Aus der Perspektive eines erfahrenen Hypnosetherapeuten ist es überhaupt nicht schwer, einen Patienten in eine Trance hineinzuführen. (Meines Erachtens sind Trance-Effekte sogar im gewöhnlichen Alltagskontakt *unvermeidbar*.) Aber dann wird es erst wirklich interessant. Dann geht es darum, sinnvolle therapeutische Arbeit zu tun und nachhaltige therapeutische Veränderungen zu bewirken, die über diesen Tag hinaus anhalten – und das ist das eigentlich Spannende. Nachhaltige hypnotische Veränderungsstrategien, die dauerhafte Heilungsprozesse fördern, sind keineswegs einfach zuwege zu bringen. Das klassische „Weghypnotisieren“ führt da nicht weit. Für dauerhafte Transformationen muss die Hypnose auf persönlichkeits-theoretischen, psychopathologischen, biografischen und systemischen Überlegungen aufgebaut sein. Wer hier Einfachheit verspricht, produziert letztlich nur psychisches Make-up.

Der Mythos der Sicherheit

Der Mythos der Sicherheit lautet:

„Ich habe das jetzt seit X Jahren mit Y Patienten gemacht, und es klappt immer.“

Abgesehen davon, dass es für solche Behauptungen nie irgendwelche empirische Belege gibt, stellt sich hier wiederum die Frage, was man unter Trance bzw. unter Hypnose versteht. Wenn man damit bloß meint, dass ein Mensch mit geschlossenen Augen und eventuell erhobenen Arm relativ unbeweglich darsitzt und im Großen und Ganzen das tut, was der Hypnotiseur ihm sagt, dann ist eine Tranceinduktion (ob nun schnell oder langsam) tatsächlich eine recht sichere Angelegenheit, die bei praktisch allen Patienten funktioniert. Eigentlich müsste man den meisten Patienten dafür nur sagen: „Schließen Sie bitte die Augen, sitzen Sie ruhig da und tun Sie, was ich Ihnen sage.“ Und tatsächlich: manche „Schnellhypnotiseure“ (besonders Showhypnotiseure) benutzen Instruktionen dieser Art zur Induktion von „Hypnose“. Der Patient schließt folgsam die Augen, sitzt ruhig da und macht mit. Von außen sieht das aus wie hypnotische Allmacht, in Wirklichkeit handelt es sich in vielen Fällen bloß um einen höflichen Menschen, der einer klar formulierten Anweisung kooperativ folgt.

Versteht man dagegen unter Trance ...

... einen signifikant und stabil veränderten Bewusstseinszustand, in dem dissoziative psychische und somatische Prozesse induziert werden können, zu denen der Patient im Wachzustand keinen Zugang hätte, ...

... dann wird deutlich, dass eine Schnellinduktion innerhalb weniger Augenblicke zwar mit einiger Sicherheit den Patienten ruhigstellen und seine Aufmerksamkeit fesseln kann, aber keineswegs schon sicher jeden Patienten in eine therapeutisch nutzbare Trance hineinführt.

Wie sieht es mit der Sicherheit bei der klassischen Hypnose aus? Die klassische Hypnose ist zwar einfach, aber in der Anwendung keineswegs sicher, sondern im Gegenteil ziemlich unsicher. Klassische Hypnose funktioniert bei vielen skeptischen, ängstlichen oder kontrollierenden Patienten nur mangelhaft. Die Gefahr, dass man mit klassischen, direktiven Induktionen scheitert, ist recht hoch. Das war ja gerade der Hauptgrund für die „Erickson'sche Wende“ in der Hypnosetherapie. Um relativ sicher die meisten Patienten in Trance führen zu können, sind die etwas komplexeren, naturalistischen, indirekten Erickson'schen Techniken das Mittel der Wahl.

Zusammenfassung:

- *Was sicher und relativ schnell geht* (z.B. Mehrebenen-Konfusion), *ist nicht einfach.*
- *Was relativ einfach und recht sicher ist* (z.B. sanfte, metaphorische Hypnose), *geht nicht schnell.*
- *Was schnell und einfach geht* (z.B. autoritäre, direktive Hypnose), *ist nicht sicher.*

Wenn das so ist – was sind dann eigentlich „Schnellhypnose“-Techniken?

Wie funktioniert Schnellhypnose?

Alle Schnellhypnosemethoden, die ich kenne, haben folgende *Gemeinsamkeiten*:

- einen standardisierten Ablauf, der kaum auf die individuellen Eigenarten des Patienten abgestimmt wird,
- Konfusion durch eine Abfolge von Stimuli in verschiedenen Sinneskanälen,
- eine auf die schnelle „Induktion“ folgende, längere „Vertiefungsphase“.

Folgende *Techniken* werden in den verschiedenen Schnellhypnosetechniken angewandt:

- direkte Anweisungen,
- direktive Suggestion,
- Konfusion,
- Ideomotorik,
- nonverbales Leading,
- Imagination,
- Doppelbindungen,
- raumzeitliche Desorientierung,
- Dissoziation,
- kinästhetische Stimuli,
- auditive Stimuli,
- visuelle Stimuli,
- Augenfixation,
- Herausforderung,
- Paradoxien,
- Überflutung,

- physiologische Manipulation (z.B. Veränderung des Atemmusters),
- Anleitung zur Autosuggestion.

All das sind Methoden, die auch von Hypnotiseuren angewandt werden, die keinen besonderen Wert auf Geschwindigkeit legen. Gibt es also genuine Schnelhypnosemethoden? Ich denke: nein. Meine These ist:

Schnelhypnose besteht darin, dass man eine Induktion, die man eigentlich auch langsam machen könnte, eben schnell macht, und dabei relativ viel mit Konfusion arbeitet.

Könnte man also im Prinzip jede beliebige Tranceinduktionstechnik entweder langsam und behutsam oder forsch und schnell machen, wodurch sie dann zu einer Schnellinduktionsmethode würde? Ich glaube, das ist so.

Dabei schlage ich vor, zu unterscheiden zwischen:

a) *Überrumpelungsmethoden,*

die in der Regel eher dazu dienen, spektakuläre Effekte zu erzielen und

b) *sanften Konfusionstechniken,*

die recht schnell wirken können, weil sie die Selbstkontrolle unterlaufen.

Überrumpelungs-Induktion versus sanfte Konfusion

Das Hauptproblem bei der Schnelhypnose ist, dass sie, um Geschwindigkeit zu erreichen, leicht dazu führen kann, dass der Patient sich erschrocken und überrumpelt fühlt („Schreckhypnoid“). Für manche Patienten mag das faszinierend sein, vor allem weil es die gängigen Vorstellungen von Hypnose als „blitzartig wirkendes Machtinstrument“ bedient. Für einige Patienten mag auch der Kostenfaktor relevant sein (schnell = billig). Manchmal scheint der Druck zur Geschwindigkeit erforderlich zu sein, um Hypnose in eine Praxisroutine mit einem hohen Patientenaufkommen zu integrieren. Nicht zuletzt kitzelt es den Narzissmus des Behandlers, wenn er innerhalb von „Sekunden“ den Patienten „weg“ kriegt.

Die Frage ist nur: *Ist das auch im Interesse des Patienten?*

Ich denke, wenn eher laborierte Ablenkung oder leichte, hypnoide Zustände angezielt werden, ist ein relativ schnelles Arbeiten vertretbar. Allerdings reicht hier in den meisten Fällen eine sanfte, direktive Führung aus, oder es können behutsame Konfusionstechniken („Soft Confusion“) eingesetzt werden. Wenn man Wert auf tiefe, nachhaltige

Dissoziationswirkungen und dabei auf eine entspannte, schonende Behandlung und auf eine gute, kooperative Beziehung zum Patienten legt, dürfte der Fokus auf Geschwindigkeit oft eher schaden als nutzen.

Aus meiner Perspektive ist eine Überrumpelungsinduktion etwas Ähnliches wie eine „Schnellmassage“. Natürlich kann man jemanden auch schnell massieren. Aber die wohltuende Wirkung einer Massage besteht unter anderem gerade aus dem *Raum-Geben*, *Zeit-Geben*, aus der *Entspannung*, weil man nicht unter Druck steht. Als Faustregel kann gelten:

Wenn eine Hypnoseinduktion unter Zeitdruck steht, dient sie wahrscheinlich mehr dem Hypnotiseur als dem Patienten.

Der Fokus auf die Geschwindigkeit ist eher eine Folge des leistungsökonomischen Denkens der Krankenkassen und mehr ein stressfördernder, also *pathogener* Faktor als ein Beitrag zum Wohlfühlen und zur Heilung. Die Nutzung des Schreckhypnoids, der Schockstarre (siehe unten), ist der *Machostil der Hypnose-Induktion*. Daher mögen viele Kollegen (vor allem Kolleginnen) und Patienten (vor allem Patientinnen) diese Techniken nicht – während andere darauf schwören.

Überrumpelungstechniken sind nicht ungefährlich. Bestimmte körperliche Manipulationen in der Schnelhypnose können – vor allem wenn sie bei körperlich vorgeschädigten Patienten zu grob angewandt werden – zu Verletzungen führen (zum Beispiel das „Armhochreißen“ bei der Turboinduktion – siehe unten).

Schreckhypnosemethoden können psychisch anfällige (z.B. traumatisierte) Patienten in bedrohliche Verwirrung stürzen und Retraumatisierungen auslösen, ohne dass der Behandler das gleich merkt. Wenn Konfusion ein Aspekt eines Traumas war (und z.B. bei sexuellem Missbrauch können wir regelmäßig davon ausgehen), dann sollte der Hypnotiseur die Finger von Hardcore-Konfusions-Induktionen lassen. Und können wir denn immer wissen, ob und in welchem Umfang bei einem Patienten eine Vortraumatisierung vorliegt? Wenn wir davon ausgehen, dass nach entsprechenden Untersuchungen zwischen fünf und dreißig Prozent der Menschen in ihrem Leben schwere Traumata erlebt haben, dann ist das schon ernst zu nehmen.

In meiner Praxis häufen sich in letzter Zeit Anfragen von Patienten, die unsachgemäß aus narzisstischen Gründen oder zu Showzwecken hypnotisiert worden sind und die mitunter seit Jahren unter Folgeschäden leiden. Besonders bedrohlich empfanden diese Patienten die Position der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins, die sie gegenüber dem Hypnotiseur erlebt haben. Im Laufe der Therapie stellen sich oft massive

Vortraumatisierungen und eine allgemeine Ich-Schwäche der Patienten heraus. Diese Patienten erleben die traumatische Hypnoseerfahrung oft erst viel später als Problem. Eine Patientin sagte zum Beispiel:

„Ich muss mich heute schützen vor etwas, das mir damals keine Angst gemacht hat.“

Eine besondere Gefahr der Dekompensation bzw. der Re-Traumatisierung durch überrumpelnde Induktionstechniken besteht bei:

- Paranoiden,
- Dissoziativen,
- Angstpatienten,
- Hysterikern,
- Epileptikern,
- Traumatisierten (z.B. durch Missbrauch, Folter, Misshandlung, Kriminalität, Naturkatastrophen, Gewalt, Unfälle, Verluste, Krieg),
- Ich-Schwachen,
- latenten Psychosen,
- Persönlichkeitsstörungen.

Wenn man all diese Risikogruppen zusammennimmt, dann kommt man schon auf einen erklecklichen Prozentsatz. Hypnotiseure, die keine gründliche psychotherapeutische Ausbildung haben, können solche Risikopatienten weder erkennen noch angemessen mit ihnen umgehen. All das lässt Überrumpelungsinduktionen so fragwürdig erscheinen, dass ich empfehlen würde, auf sie eher zu verzichten. Oft kann aber dieselbe Methode mit einigen, kleinen Veränderungen auch sanft und behutsam durchgeführt werden.

Überrumpelungs-Induktionen sind nur sehr selten im Sinne des Patienten indiziert. Zeitökonomische Argumente, die gern für die Anwendung von Überrumpelungs-Induktionen angeführt werden, finde ich nicht überzeugend, schon deshalb, weil (wie wir weiter unten sehen werden) die Anwendung solcher Methoden die Trance-Induktion gar nicht wesentlich beschleunigt.

Wenn es bei der zahnmedizinischen oder medizinischen Hypnose vor allem auf die schnellstmögliche Erreichung eines analgetischen Effekts ankommt, könnte man fragen, ob es nur zur Erreichung der Schmerzfreiheit nicht einfacher und schonender wäre, mit chemischer Anästhesie zu arbeiten. Eine Überrumpelungsinduktion mit dem Ziel der Analgesiebürdet dem Patienten und dem Behandler einen meines Erachtens unsinnigen Stress auf. Daher würde ich vorschlagen, in der Regel den sanften Verfahren den Vorrang zu geben.

In der medizinischen und zahnmedizinischen Hypnose steht aus der Therapeutenperspektive die Behandlungsfähigkeit des Patienten im Vordergrund. Aus der Patientenperspektive ist eine *respektvolle und behutsame Behandlung* viel wichtiger. Auch das spricht gegen Überrumpelungs-Induktionen, denn die Nutzung des Schreckhypnoids zur Induktion wirkt zwar – aber angenehm ist sie nicht.

Die sanfte, indirekte, Erickson'sche Hypnose stellt eine Reihe von exakt beschriebenen, spielerischen Methoden zur Verfügung, die die Trance-Induktion vor allem bei überkontrollierten oder „widerständigen“ Patienten beschleunigt oder überhaupt erst ermöglicht. Erickson'sche Hypnose ist ein Set von Techniken, aber vor allem eine Einstellung. Erickson'sche Hypnose bedeutet:

Es sind die latenten Fähigkeiten des Patienten, die die Veränderung bewirken, nicht die hypnotische „Power“ des Therapeuten.

Erickson'sche Hypnose „lockt“ Trance-Phänomene aus dem Unbewussten des Patienten hervor. Sie stülpt dem Patienten die Hypnose nicht über, sondern sie nutzt (utilisiert) naturalistische, alltägliche Trance-Erfahrungen und -Fähigkeiten. Das kann den Induktionsprozess deutlich beschleunigen.

Die meisten Schnellhypnosetechniken verwenden Erickson'sche Konfusionsmethoden, um das Bewusstsein des Patienten sanft oder unsanft auszuhebeln. Als Faustregel kann gelten:

Je mehr mit (sachgemäß angewandter) Konfusion gearbeitet wird, umso schneller ist die Induktion.

Aber es gilt auch umgekehrt:

Geschwindigkeit erzengt Konfusion.

Wenn eine komplexe Induktionstechnik mit einer gewissen Geschwindigkeit angewandt wird, wirkt sie wie ein Trommelfeuer aus Stimuli auf den Patienten, was konfusionierend wirkt. Man kann den Patienten also durch sachgerecht angewandte Komplexität und Geschwindigkeit konfusionieren und damit in Trance bringen, aber das *kann man auch ganz sanft machen*.

Die sanften, indirekten Techniken sind letztlich schneller, sicherer und wirkungsvoller (allerdings nicht ganz einfach anzuwenden).

Kriterien für die Anwendung von Schnellhypnosetechniken (ebenso wie für die Anwendung von Hypnose überhaupt) sollten meines Erachtens sein:

- Erreicht man durch Hypnose, dass der Patient die Trance bzw. die Behandlung in Trance als etwas *Angenehmes, Entspannendes, Wohltuendes* erlebt?

- Wird die *Autonomie und die Ich-Stärke* des Patienten gefördert?
- Wird ein begründetes *Vertrauen in den Therapeuten* gefördert?
- Werden die *autonomen Fähigkeiten* des Patienten gefördert?
- Hat der Patient das Gefühl, *behutsam und respektvoll* behandelt zu werden?
- Wem schreibt der Patient hinterher die Wirkungen der Trance zu – seinen *eigenen Fähigkeiten* oder der hypnotischen „Power“ des Hypnotiseurs?

Zusammenfassung:

*Je mehr Zeitdruck, je überrumpelnder und gewaltsamer,
umso mehr Stress für den Patienten und den Therapeuten.*

*Je sanfter, behutsamer, naturalistischer,
umso wohler fühlt sich der Patient und der Therapeut.*

Schnellhypnose-Techniken

Ich habe in der Hypnose-Literatur keine Übersicht über alte und neue Varianten der Schnellhypnose gefunden. Daher möchte ich im Folgenden die verbreitetsten hypnotischen Schnellinduktionstechniken in ihrem Ablauf kurz beschreiben.

Mesmer'sche Passes

Bei den Mesmer'schen Passes geschieht die Induktion des Trance-Zustandes durch scheinbare Berührungen. Diese Methode wurde von dem deutschen Arzt und Astrologen Franz Anton Mesmer in der Mitte des 18. Jahrhunderts entwickelt. Bei den Mesmer'schen Passes wird der Patient nicht wirklich berührt. Vielmehr streicht der Hypnotiseur einige Zentimeter *über* dem Körper des Patienten entlang. Das führt dazu, dass der Patient auf subtile Weise etwas spürt, einerseits durch die Wärmeabstrahlung der Hand, mit der die Passes durchgeführt werden, andererseits durch imaginative Selbstinduktion. Das *Gefühl*, berührt zu werden, obwohl man gar nicht berührt wird, führt zu Konfusion, zu einer Fokussierung der Aufmerksamkeit nach innen auf die Körperempfindungen sowie zu Faszination durch die esoterische Einbindung der Methode („Energie“, „animalischer Magnetismus“).

Passes sind sehr einfach durchzuführen. Es handelt sich um eine sanfte, nonverbale Induktionstechnik. Trotzdem geht die Induktion mit Passes manchmal sehr schnell (wenn der Patient schnell reagiert) und benötigt

dann nur wenige Minuten. Die Methode wurde und wird aber manchmal auch sehr lange (über eine bis zwei Stunden hinweg) ausgeführt. Zunächst streicht der Hypnotiseur nahe über das Gesicht des Hypnotisanden nach unten und sagt dabei: „Schließen Sie die Augen“, was in aller Regel zum sofortigen Augenschluss des Hypnotisanden führt. Sodann streicht der Hypnotiseur etwa einen bis fünf Zentimeter über dem Körper des Hypnotisanden vom Gesicht ausgehend über die Schultern bis zu den Fingern und aus den Fingern „hinaus“. Diese Bewegungen werden relativ langsam durchgeführt und einige bis viele Male wiederholt. Optional kann der Hypnotiseur suggestiv zu dem Patienten sagen: „Wenn Sie etwas spüren, nicken Sie mit dem Kopf.“ Sobald der Patient mit dem Kopf nickt, bittet der Hypnotiseur ihn, genau zu beschreiben, was er spürt.

Auf diese Weise wird die Aufmerksamkeit des Patienten nach innen orientiert, hin zu (teils realen, teils imaginierten) Körperempfindungen. Der Patient wird verwirrt und für subtile Körperwahrnehmungen sensibilisiert. In ericksonianischen Begriffen könnte man sagen, der Patient lernt, auf subtile Hinweisreize („minimal cues“) zu reagieren. Die Passes beruhigen ihn, geben ihm ein Gefühl von Gehaltenwerden, sind gleichzeitig ungewöhnlich und führen zu Faszination. Zu Mesmers Zeiten ging man davon aus, dass mit den Passes „animalischer Magnetismus“ auf den Patienten übertragen wurde (heute würde man esoterisch von „Energie“ sprechen). Das war den Hypnotisanden bekannt und führte auf dem Wege autosuggestiver Imagination oft relativ schnell und überraschend zum Eintritt einer Trance.

Der schottische Arzt Esdaile führte auf Basis dieser Technik im 19. Jahrhundert in Indien *ohne weitere Analgesiesuggestionen* an hundert von Patienten schmerzfreie, tiefe operative Eingriffe durch (Esdaile 1846).

Die Rapid-Induktion

Die Rapid-Induktion-Technik wurde von dem kanadischen Zahnarzt Viktor Rausch entwickelt, der sie von einem Showhypnotiseur unbekannten Namens übernommen hat. Der folgende Überblick ist eine Zusammenfassung einer Demonstration, die Viktor Rausch 1998 auf dem DGH-Kongress in Bad Lippspringe gegeben hat und die bei der Video-Cooperative Ruhr als Videoaufnahme erhältlich ist (Rausch 1998, vgl. auch Kather 2001).

Es handelt sich hauptsächlich um eine Hebelinduktionstechnik. Dem Patienten wird eine körperliche Bewegung suggeriert, und diese Bewe-

gung wird suggestiv verknüpft mit dem Eintritt eines Trance-Zustandes. Diese relativ einfache und altbekannte Methode wird angereichert durch eine Reihe zusätzlicher direkter und indirekter Suggestionstechniken, die zusammen eine recht komplexe Konfusionsinduktion ergeben.

Die Rapid-Induction beginnt schon im Wachzustand mit der Vorhersage zu erwartender Tranceeffekte. Auf diese Weise wird vor dem Beginn der expliziten Trance-Induktion der Eintritt der Tranceeffekte gesät („Seeding“). Der Hypnotiseur fragt in das anwesende Publikum hinein „Wer möchte eine wunderbare, tiefe Trance erleben?“ (Nun, wer möchte das nicht?) Wenn sich jemand meldet, folgt eine Serie von indirekten Seeding-Suggestion: „Wenn Sie bereit sind, mit mir zu arbeiten, und alles zu tun, was ich Ihnen sage, werden Sie eine wunderbare, tiefe Trance erleben.“ In diesem Satz wird beiläufig (und vom Patienten in der Regel nicht bemerkt) implizit Folgendes suggeriert:

- Sie sind bereit mit mir zu arbeiten.
- Sie tun alles, was ich Ihnen sage.
- Die Trance wird wunderbar und tief sein.

Weiter geht das Seeding: „Sie machen das alles selbst. Ich kann das nicht. Alle Hypnose ist Selbsthypnose.“ Auf diese Weise schreibt der Hypnotiseur die Verantwortung für den Eintritt des hypnotischen Zustandes dem Hypnotisanden zu und spricht sich selbst von der Verantwortung für einen Fehlschlag frei. Folge: Wenn es funktioniert – wunderbar. Wenn es nicht funktioniert, liegt die Verantwortung beim Patienten.

Es folgt eine direktive Suggestion: „Sobald ich Ihre Stirn berühre, gehen Sie tief in Trance.“ Als nächstes fordert der Hypnotiseur den Hypnotisanden auf, tief einzuatmen und den Atem anzuhalten. Er wiederholt die Suggestion: „Sobald mein Finger Ihre Stirn berührt, schließen Sie die Augen. – Schauen Sie jetzt auf meinen Finger.“ Er erhebt seinen Finger etwa 50 cm über die Stirn des Patienten, hält ihn dort einen Moment und lässt den Finger dann relativ rasch bis zur Stirnmitte des Patienten sinken. Gleichzeitig suggeriert er: „Atmen Sie ganz aus und lassen Sie sich fallen.“

Durch die nonverbale Führung des Atems (tief einatmen – anhalten – ausatmen – entspannen) wird beim Patienten ein leichtes Schwindelgefühl erzeugt. Dies führt zu einer leichten psychischen Destabilisierung, die den Patienten für die folgenden Suggestionen des Hypnotiseurs öffnet. Durch die direkte Aufforderung „Schließen Sie die Augen“, zusammen mit der Bewegung des Fingers zur Stirn des Patienten

schließt der Patient praktisch automatisch die Augen. Nun ergreift der Hypnotiseur den Kopf des Patienten und *führt* ihn (nonverbal) nach vorne und dann zur Seite.

Für einen naiven Betrachter erscheint der Patient jetzt „hypnotisiert“. Bis hierhin hat die Prozedur nicht mehr als eine oder zwei Minuten gedauert. Super, eine Schnellhypnose! – könnte man denken. Der naive Betrachter weiß nicht, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt zwar kooperativ den Anleitungen des Hypnotiseurs folgt und mit geschlossenen Augen und zur Seite gewandtem Kopf dasitzt, aber in aller Regel aber noch *nicht* in einem veränderten Bewusstseinszustand ist (von sehr empfänglichen Patienten einmal abgesehen). Die Trance wird erst *in der Folge* durch eine Reihe von „vertiefenden“ Suggestionen erreicht. Wenn man den Zeitaufwand für den gesamten Ablauf („Induktion“ und „Vertiefung“) zusammenrechnet, braucht man für die „Rapid-Induction“, wie die Video-Aufnahme von Viktor Rausch beweist, nicht weniger Zeit als für jede andere verbale oder nonverbale Tranceinduktion auch (wir wissen es schon: etwa 15 bis 20 Minuten). Im Grunde handelt es sich gar nicht um eine Schnellinduktionstechnik, sondern um eine relativ komplexe Abfolge von Konfusionen, die in relativ rascher Abfolge und nach außen hin recht spektakulär durchgeführt wird.

Als nächstes folgt zur „Vertiefung“ eine Suggestion, die als Quelle der Technik die Showhypnose verrät (im Grunde wird damit mehr für eventuelle Zuschauer ein Effekt demonstriert, als ein für den Patienten sinnvolles Erleben suggeriert). Der Hypnotiseur hebt den Arm des Hypnotisanden an und suggeriert: „Ihr Arm wird ganz schwer. Mit jeder Zahl wird ihr Arm schwerer. Eins ... zwei ... drei ... vier ... fünf ...“ Währenddessen *führt* der Hypnotiseur durch Berührungen den Arm des Hypnotisanden nach unten. Von außen betrachtet sieht das so aus, als würde der Hypnotisand den verbalen Suggestionen des Hypnotiseurs willenlos folgen. In Wirklichkeit folgt er *auch* der führenden *Hand* des Hypnotiseurs. Einer solchen *nonverbalen Führung* körperlicher Bewegungen kann man sich nur schwer entziehen, wie sich jederzeit zeigen lässt.

Sodann fragt der Hypnotiseur: „Sind Sie bereit, ein Experiment mitzumachen?“ Indem der Hypnotiseur das Folgende als Experiment bezeichnet („Framing“), gibt er einen Fail-Free-Rahmen vor, innerhalb dessen kaum etwas schief gehen kann. Wenn es nicht klappt – macht nichts, es war ja nur ein Experiment. Er hebt den Arm des Hypnotisanden wiederum an und bewegt ihn leicht. Währenddessen gibt er die direkte Anweisung: „*Machen* Sie den Arm hart wie Stahl.“ Dabei zieht er den

Arm nach vorne und oben bis in eine relativ stabile Haltung hinein. Er suggeriert: „Lassen Sie den Arm seine bequemste Position finden. Das ist jetzt die bequemste Stellung, alles andere ist unbequem.“ Hier wird also eine eigentlich unbequeme Position des Armes suggestiv als „bequem“ umdefiniert („Reframing“). Darauf folgt als direkte Anweisung: „Machen Sie den Arm ganz fest.“ Durch letztere Anweisung wird der Effekt der ganzen Übung wiederum ziemlich fail-free. In aller Regel wird der Patient dieser Anweisung folgen und seinen Arm steif und fest „machen“. Hier wird eigentlich gar nicht mit Suggestionen im engeren Sinne, sondern mit direkten Verhaltensanweisungen gearbeitet.

Nun kommt wiederum eine Hebelsuggestion: „Bei jeder Zahl, die ich sage, wird der Arm schwerer ... er sinkt herunter und nimmt Sie mit in eine noch tiefere Trance ... eins ... zwei ... drei ... vier ... fünf ...“ Hier wird auf klassische Weise (Zählmethode) das Schwererwerden des Armes pseudokausal an eine Abfolge von Zahlen geknüpft. Das darauf folgende Herabsinken des Armes wird pseudokausal mit der „Vertiefung“ der Trance verbunden. Es wird außerdem implizit vorausgesetzt, dass der Patient sich bereits in Trance befindet. (Wir sehen spätestens jetzt, dass die Rapid-Induktion ein recht komplexes Bündel direkter und indirekter Techniken beinhaltet.)

Sobald der Arm die Unterlage erreicht hat, führt der Hypnotiseur *über* dem Arm des Patienten die oben beschriebenen Mesmer'schen Passes aus. Währenddessen nutzt er mögliche Störungen, indem er sie pseudokausal mit weiterer Trancevertiefung verknüpft: „Alle Geräusche vertiefen die Trance. Mit jedem Geräusch gehen Sie tiefer in Trance. Jeder Atemzug, jedes Geräusch, jede Berührung lässt Sie tiefer sinken.“ Die weitere „Vertiefung“ erfolgt ziemlich direktiv und etwas kunstlos, wie in der klassischen Hypnose: „Sie sind total entspannt. Sie gehen immer tiefer in Trance ... tiefer und tiefer ...“ usw.

Nun suggeriert der Hypnotiseur Dissoziation, indem er den Patienten in einen imaginierten „Raum der Sicherheit“ führt und ihm suggeriert, er könne die Einrichtung dieses Raums, anwesende Personen usw. sehen. Er suggeriert dem Patienten eine „Sicherheitsfarbe“, eine beruhigende Musik sowie Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit.

Die anschließende *Nutzung* des Trancezustandes erfolgt relativ einfach durch direkte Suggestion (im Falle der Zahnbehandlung durch Suggestion von Taubheit, Kühle im Mundbereich, Gefühllosigkeit und Schlaf).

Im Anschluss etabliert der Hypnotiseur einen posthypnotischen Anker für die Rehypnose: „Immer dann, wenn ich Sie hier an der Schulter

berühre, gehen Sie in Trance.“ Gleichzeitig berührt er den Patienten an der Schulter und bringt den Arm in die kataleptische Position (als Rehypnoseanker). Anschließend folgen direkte posthypnotische Suggestionen (im Falle der zahnärztlichen Behandlung Suggestionen für anhaltende Anästhesie oder rasche Wundheilung).

Die Elman-Induktion

Die Elman-Induktion wurde von dem Showhypnotiseur Dave Elman entwickelt. Sie funktioniert durch Konfusion, die durch ein suggestives Double-Bind erzeugt wird und durch eine relativ schnell eintretende Katalepsiewirkung. Die folgende Beschreibung ist eine Zusammenfassung einer Video-Demonstration des Elman-Schülers Philip Holder (2001).

Vor der eigentlichen Hypnose beginnt der Therapeut ähnlich wie in der Rapid-Induktion mit einem suggestiven Seeding: „Ich möchte Sie zu einem Experiment einladen. Alles was geschieht, ist gut für Sie. Es geschieht, weil Sie es wollen und geschehen lassen.“ Ähnlich wie in der Rapid-Induktion wird die Hypnose als Experiment geframed. Der Satz: „Es geschieht, weil Sie es wollen und geschehen lassen,“ ist ein Double-Bind, weil er den Patienten in eine Position bringt, in der *mit* seinem Willen Dinge geschehen, die (wie unten deutlich werden wird) seinem Willen *nicht* entsprechen. Der Therapeut beugt hier einem eventuellen Versagen seiner später folgenden Suggestion vor, indem er betont, dass der Patient „freiwillig“ mitmachen müsse. Wenn der Patient dann „mitmacht“, dann führen die Suggestionen des Therapeuten zum Erfolg. Wenn er nicht „mitmacht“, dann ist das nicht als Fehlschlag des Therapeuten definiert, sondern als mangelnde Bereitschaft des Patienten. Auf diese Weise wird der Patient in die Position manövriert, quasi freiwillig dabei mitzumachen, seinen freien Willen abzugeben: das *Paradoxon der Freiwilligkeit*.

Der Therapeut fährt fort: „Bitte schließen Sie Ihre Augen und öffnen Sie sie wieder ... Sie sehen, Sie können es, wenn sie es *wirklich* wollen, und wenn es erforderlich ist.“ Indem der Hypnotiseur den Patienten auffordert, die Augen zu öffnen, nimmt er hier einen möglichen Widerstand des Patienten gegen die später folgende Augenkatalepsie vorweg („Entladung des Widerstandes“). Der Therapeut fordert den Patienten auf: „Schauen Sie bitte auf meine Hand.“ Er hält seine Hand vor und etwas über die Augen des Patienten und bewegt sie relativ schnell kreisbogenförmig bis unter das Kinn des Patienten. Gleichzeitig fordert er den Patienten auf: „Schließen Sie die Augen.“ Praktisch jeder Patient schließt hier die

Augen, was von außen so aussieht, als sei der Patient jetzt in Trance. In Wirklichkeit handelt es sich lediglich um einen kooperativen Patienten mit geschlossenen Augen. Die Tranceinduktion folgt jetzt erst. Der Augenschluss benötigt nur wenige Sekunden. Die eigentliche Tranceinduktion (hier wiederum als „Vertiefung“ der Trance bezeichnet) dauert – wie man auf dem Video sehen kann – etwa 15 bis 20 Minuten.

Es folgt eine Entspannungssuggestion mit einer paradoxen Anweisung: „Lassen Sie jetzt die Muskeln in den Augen sich vollkommen entspannen ... bis zu dem Punkt, wo *sie einfach nicht mehr funktionieren*.“ Letztere Anweisung ist paradox, weil der Patient aufgefordert wird, mit seinem Willen etwas zu tun, was dazu führt, dass sein Wille ausgehebelt wird. Dies wird deutlich in der folgenden Herausforderung, die durch einen kommunikativen Double-Bind zum Erlebnis einer Augenkatalepsie führt: „Und wenn Sie absolut sicher sind, dass die Augenmuskeln einfach nicht mehr funktionieren, aber erst dann (!) ... *versuchen* Sie, die Augen zu öffnen ... und stellen Sie fest: je mehr Sie versuchen, die Augen zu öffnen, umso mehr entspannen Sie die Augen.“ Der Patient soll versuchen, die Augen zu öffnen, aber er soll sie *nicht öffnen*. Wenn der Patient dieser Anweisung wortwörtlich folgt, ist er nicht in der Lage, seine Augen zu öffnen.

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten hält an dieser Stelle die Augen geschlossen, gefangen in dem Double-Bind. Einige wenige Patienten öffnen aber die Augen. Der Therapeut reagiert darauf, indem er alle Verantwortung dem Patienten zuweist: „Haben Sie verstanden, was ich gesagt habe? Ich wiederhole es noch einmal. Schließen Sie bitte die Augen ...“ Der Therapeut wiederholt den Double-Bind und die Herausforderung noch einmal. Er betont, dass der Patient seinen Anweisungen *wörtlich* folgen solle. Wenn der Patient dies tut, wird er seine Augen nicht öffnen können. Nach dem zweiten Durchlauf des Double-Bind mit Herausforderung bleiben bei praktisch allen Patienten die Augen geschlossen.

Dann suggeriert der Therapeut eine Vertiefung der Entspannung mit Hilfe einer imaginativen Metapher: „An irgendeinem Punkt ist die Entspannung so groß, dass sie überfließt von den Augen in den ganzen Körper von oben nach unten wie eine farbige Entspannungsflüssigkeit, die herausströmt aus den Fußzehen und den Fingerspitzen, so dass der Körper eingehüllt ist von einem angenehm duftenden, farbigen Nebel.“ Die Vorstellung einer Entspannungsflüssigkeit und eines farbigen Nebels hilft dem Patienten, sich tiefer zu entspannen und sich allmählich von seinem Körperempfinden zu dissoziieren.

Wenn diese Technik in der zahnärztlichen Hypnose angewandt wird, folgen nun direkte Analgesiesuggestionen für den Kieferbereich: „Der Kieferbereich wird kühl, taub, kribbelig, fremd, wie weg, durchsichtig, pelzig ...“ Dann wird der Patient an einen Ruheort dissoziiert, der nach den Sinnesmodalitäten differenziert wird („vakog-Leading“): „Sie können sich aus dem Nebel heraus an Ihren Ruheort begeben ... und dort ... können Sie A sehen ... B hören ... C riechen ... D schmecken ...“ Dann folgt die zahnärztliche Behandlung.

Die Turbo-Induktion

Die Turbo-Induktion wurde von dem Zahnarzt Tobias Stöcker aus Bremen entwickelt, der ihr Grundprinzip von dem österreichischen Showhypnotiseur Bertino übernommen hat. Mehr als alle anderen Schnelhypnoseformen nutzt die Turbo-Induktion das Schreckhypnoid zur Hypnose-Einleitung. Außerdem wird mit Konfusion durch Überladung gearbeitet (durch gleichzeitige Stimulation auf der kinästhetischen, der auditiven und der visuellen Ebene).

Die Technik wurde als Showhypnosemethode entwickelt und wirkt ziemlich spektakulär. Bei den sanfteren, indirekten Induktionstechniken sieht man in der Regel nicht viel mehr, als dass ein Therapeut leise murmelnd zu dem Patienten spricht, während dieser mit geschlossenen Augen relativ bewegungslos dasitzt. Bei der Turbo-Induktion passiert eine Menge, das man sehen kann.

Das Folgende ist eine Zusammenfassung einer Demonstration unter anderem der Turbo-Induktion von Albrecht Schmierer auf dem Video „Zahnextraktion in Hypnose“, das beim Hypnos-Verlag erhältlich ist, und orientiert sich am DGZH-Kursmanuskript für das Seminar Z4 (DGZH 2001).

Die Induktion beginnt, indem der Therapeut eine kleine Lampe etwa 50 bis 80 cm über die Augen des Patienten hält und den Patienten auffordert, in die Lampe hineinzuschauen: „Ihre Augen werden müde ... schauen Sie in dieses Licht ... wenn ich bis 3 zähle, schließen sich die Augen ... und Sie können sie nicht mehr öffnen ... 1 ... 2 ... 3 ...“ Wenn der Therapeut „3“ sagt, bewegt er die Lampe sehr schnell mit einer „zustechenden“ Bewegung auf die Augen des Patienten zu und dann schnell zwischen den Augen hin und her. Dabei suggeriert er: „Das wechselnde Licht führt Sie tiefer in Trance.“ (Pseudo-logische Verknüpfung)

Ich habe diese Methode etwa fünfzehn Mal von verschiedenen Hypnotiseuren am eigenen Leibe erlebt. Wenn der Therapeut mit der

Lampe direkt in mein Augen hineingeleuchtet hat (was in der Regel so praktiziert wird, um den Effekt der Technik zu erhöhen), dann war das ziemlich unangenehm bis schmerzhaft für meine Augen. Die „zusteichende“ Bewegung mit der Lampe führte bei mir wie bei praktisch jedem Patienten reflektorisch zum Augenschluss. Ich erschrak und „erstarrte“ für einen Moment, und dieses „Schreckhypnoid“ ist es, was mit der Methode genutzt wird.

Wenn der Therapeut schnell wechselnd die Lampe mal auf mein eines, mal auf mein anderes Auge zu bewegte, erlebte ich eine Art Lightshow, was mich daran hinderte, die Augen wieder zu öffnen. Bis zu diesem Punkt hat Hypnose, so wie ich sie verstehe, noch nicht stattgefunden. Der Patient wird erschreckt und durch plötzliche, intensive Reize dazu gebracht, reflektorisch die Augen zu schließen und sie geschlossen zu halten. Er ist erstarrt und angespannt.

Der Schreck wird später weiter verstärkt und für die „Vertiefung“ der Trance genutzt. Zunächst folgt aber die klassische, direktive Zähltechnik: „Ich zähle jetzt bis 10, und bei jeder Zahl gehen Sie tiefer in Trance ...“ Der Therapeut zählt rasch von 1 bis 10. Es folgen direktive Entspannungssuggestionen: „Ihr Körper entspannt sich. Ihre Muskeln sind völlig entspannt. Wenn ich Ihren Arm hebe und loslasse, fällt er locker herunter.“ Zum Beweis hebt der Therapeut den Arm des Patienten an und lässt ihn in dessen Schoß herunterfallen.

Es folgt nun in den beginnenden Entspannungszustand hinein eine zweite Schockinduktion: „Atmen Sie jetzt ganz tief ein. Jetzt anhalten!“ Wenn der Patient eingeatmet hat und den Atem anhält, „reißt“ der Therapeut den Arm des Patienten schnell in die Höhe und stellt ihn in eine aufrechte Position hin, streicht auf der Oberseite des Armes nach unten und beklopft den Handrücken mit den Fingern: „Ihr Arm ist jetzt vollkommen steif wie ein Stahlrohr. Sie können ihn nicht mehr bewegen. Versuchen Sie, den Arm zu bewegen. Je mehr Sie es versuchen, umso steifer wird der Arm.“

Dieses Hochreißen des Armes aus der Entspannung heraus ist für manche Patienten nicht ganz ungefährlich. Nicht jeder Patient weiß, ob er latente Probleme mit dem Schultergelenk hat. Es ist ein ziemlich massiver Eingriff, der bei bestimmten Patienten (z.B. bei alten Menschen) zu Schwierigkeiten führen kann.

Mein Haupteinwand gegen diese Methode ist aber, dass hier meines Erachtens *unnötigerweise* mit einem Schreckeffekt gearbeitet wird. Wenn es nur darum geht, den Patienten in einen bewegungslosen Zustand zu bringen, würde es bei den meisten Patienten vollkommen ausreichen,

sie direkt aufzufordern, bewegungslos dazusitzen. Wenn aber das Ziel ist, dass sich der Patient *wohl, sicher, entspannt und respektvoll behandelt* fühlt, dann ist diese Methode für mich nicht das Mittel der Wahl. Es ist eine Induktionsform der alten Schule in der Tradition der Showhypnose. Sie kann für alle Beteiligten, auch für den Patienten, faszinierend sein, aber *angenehm* im Sinne von beruhigend, wohltuend, sich angenommen und respektvoll behandelt fühlen, ist diese Methode nicht gerade. Auch einen erhobenen Arm „so steif wie ein Stahlrohr“ zu haben, ist vielleicht faszinierend, aber nicht unbedingt angenehm.

In der zahnärztlichen Anwendung folgt nun eine direktive Anästhesiesuggestion für den erhobenen Arm und im Anschluss eine Hebelsuggestion, mit der die Anästhesie imaginativ auf den Kieferbereich „übertragen“ wird: „Das ganze Gefühl fließt aus der erhobenen Hand heraus ... durch die Schulter ... hinein in die linke Hand ... die erhobene Hand fühlt sich verändert an ... vielleicht pelzig ... kühl ... fremd ... oder als ob ein Handschuh aus Leder darüber gestülpt sei“ (Handschuh-Anästhesie). Während dieser Suggestionen wird die erhobene, kataleptische Hand berührt. Der Therapeut streicht darüber und beklopft sie leicht mit den Fingern. „Ihr erhobener Arm wird wieder beweglich. Er bewegt sich so schnell zum Mund hin, wie der Kieferbereich braucht, um taub zu werden. Durch die Berührung überträgt sich das veränderte Gefühl auf den Kieferbereich. Der Kieferbereich wird taub wie nach einer Betäubung und schläft ein.“

Währenddessen wird der Kieferbereich von außen (manchmal auch von innen) mit den Fingern berührt. „Die Hand geht in der Zeit zum Mund, die der Kieferbereich braucht, um taub zu werden. Der Kieferbereich wird taub.“ Diese Suggestion wird oft wiederholt und reformuliert. Allmählich senkt sich die Hand des Patienten herab zum Mund und berührt diesen. Wieder folgt eine Hebelsuggestion: „Der Arm sinkt herab und entspannt sich. Mit dem Herabsinken des Armes gehen Sie tiefer in Trance.“ Während des Herabsinkens des Armes bindet der Therapeut eventuelle Störungen (z.B. Störgeräusche oder Restempfindungen) in die Trance ein: „Mit jedem Geräusch gehen Sie tiefer in Trance. Wenn Sie anfangs noch mehr spüren, als Sie wollen, gehen Sie tiefer in Trance. In tiefer Trance ist nur noch Wohlbefinden ...“

Die linke Hand des Patienten wird zum „Blitzableiter“ erklärt, das heißt, sie wird hyperästhetisch (überempfindlich). Der Therapeut suggeriert pseudo-logisch, dass eventuelle Restempfindungen über die linke Hand „abgeleitet“ werden: „Die linke Hand wird zum Blitzableiter ... Wenn Sie anfangs noch etwas spüren, geben Sie alle Anspannung in einen

Finger der linken Hand. Sie können alles Störende durch die linke Hand hinausatmen.“

Sodann suggeriert der Therapeut die Mundöffnung als Startsignal für die Behandlung: „Wenn der Mund sich öffnet, weiß ich, dass ich anfangen kann zu arbeiten.“ Der ganze Prozess dauert, je nach Empfänglichkeit des Patienten, wie gehabt etwa 15 bis 20 Minuten. (Die Zahnextraktion erfolgt, wie auf dem Video zu sehen ist, genau 18 Minuten nach dem Beginn der Trance-Induktion.)

Stellen Sie sich nun vor, man würde diese Induktionsmethode langsam und behutsam machen. Man würde den Arm des Patienten nicht „hochreißen“, sondern sanft und behutsam anheben. Man würde nicht direkt in die Augen des Patienten leuchten, sondern mit der Lampe *über* die Augen des Patienten leuchten, so dass das Licht seinen Augen nicht weh tut. Man würde nicht mit einer schnellen, zustechenden Bewegung den Patienten erschrecken, so dass er reflektorisch die Augen schließt, sondern die Lampe einfach nach unten bewegen und auf diese Weise die Augen des Patienten zum Augenschluss führen. Man würde dem Patienten nicht suggerieren, der erhobene Arm sei hart wie ein Stahlrohr, sondern der erhobene Arm werde „fest“ und könne sich „einen gemütlichen Ort in der Luft“ suchen, so dass er ihn „vergessen“ könne. Auf diese Weise hätte man aus einer Schreckinduktion eine sanfte, behutsame Induktionstechnik gemacht, die kaum länger dauert als die Ursprungsform, die aber viel sanfter, behutsamer und sicherer als diese wäre. Der Beginn der Induktion, bis zu dem Punkt, wo der Patient mit geschlossenen Augen relativ unbeweglich dasitzt, würde statt einer Minute vielleicht zwei Minuten dauern. Aber dafür könnte auf Schreck und Überraschung verzichtet werden.

Die Drei-Worte-Induktion

Die Drei-Worte-Induktion wurde gemeinsam von der Zahnärztin Susann Fiedler aus Kriftel und dem Psychologen Manfred Prior aus Hamburg entwickelt. Sie ist in der Grundstruktur sehr einfach aufgebaut, kann aber durch eine Vielfalt von direkten und indirekten Techniken erweitert und angereichert werden.

Das Prinzip der Drei-Worte-Induktion besteht darin, drei Schlüsselworte für einen angenehmen Zustand des Patienten zu erfragen und diese dann als Anker für die Tranceinduktion und die Orientierung des Patienten hinein in die von ihm gewählte dissoziative Wohlfühlsituation zu nutzen.

Der folgende Überblick ist eine Zusammenfassung eines Demonstrati-

onsvideos von Susann Fiedler, mit dem Titel „Moderne Hypnose in der zahnärztlichen Praxis“.

Die Methode beginnt ebenfalls im Wachzustand mit einer Serie von Seeding-Aussagen, die – als „Definitionen“ getarnt – den späteren Eintritt der entsprechenden Effekte in der Trance vorbereiten. Der Therapeut sagt zum Patienten zum Beispiel: „Jede Hypnose ist Selbsthypnose ... Sie können die Trance selbst aufrecht erhalten ... Trance ist die Aktivierung einer guten Erfahrung.“ Mögliche Tranceerlebnisse und Trancephänomene werden in ihren Einzelheiten beschrieben: „Sie erkennen Trance an folgenden Erfahrungen: ... A ... B ... C ... Wenn Sie etwas davon an sich registrieren, erkennen Sie: *Sie gehen in Trance*.“ Der letzte Satz ist eine eingebettete Direktive, eine indirekte Wachsuggestion („Sie gehen in Trance“).

Der Therapeut beschreibt eine Reihe von subjektiven Erfahrungen, wie Entspannung, innere Bilder, die Fokussierung der Aufmerksamkeit und andere Erlebnisse, die für Trance typisch sind, und stellt auf diese Weise im Vorfeld den Patienten auf das Eintreten der entsprechenden Phänomene ein. Er stellt dem Patienten einen Fächer von Erfahrungen zur Verfügung, die es dem Patienten ermöglichen, verschiedene Reaktionsweisen später als Trance zu erleben und zu definieren. „Es gibt folgende Möglichkeiten: 1. dass Sie nichts erleben oder fühlen, 2. dass Sie alles, was Sie nicht wollen, durch die Blitzableiterhand ausatmen, 3. dass Sie vollkommen in Ihrem guten Erleben sind.“ Dies alles sagt der Therapeut zum Patienten noch *vor* der formellen Trance-Einleitung. Das spätere Startsignal für den Beginn der Behandlung wird sehr einfach in Form einer Vereinbarung etabliert: „Wenn ich Sie am Kinn berühre (der Behandler demonstriert das), geht der Mund auf. Gut so, jetzt bitte ganz weit öffnen ... und wieder schließen ...“

Nun befragt der Therapeut den Patienten nach einem angenehmen Erlebnis, in das sich der Patient während der Trance hineinorientieren möchte: „Was möchten Sie als gute Erfahrung in der Trance aktivieren? Wählen Sie etwas aus, was Sie in der letzten Zeit Schönes erlebt haben. Schildern Sie bitte kurz die Situation.“

Der Therapeut bittet den Patienten, drei Ankerworte für diese positive Erfahrung zu finden: „Sagen Sie mir drei Worte, die das charakterisieren, was das Erlebnis für Sie wertvoll gemacht hat.“ Fiedler bezeichnet diese drei Worte als „Werte“. Es geht ihr darum, Erfahrungsqualitäten herauszuarbeiten, die für den Patienten ein angenehmes Erlebnis charakterisieren, zum Beispiel Ruhe, Freiheit, Wärme, Gelöstheit, Faszination oder ähnliches. Die drei Worte, die der Patient nennt, notiert sich

der Therapeut. Dadurch hat er sie während der Induktion präsent und kann sie außerdem bei der nächsten Behandlung als Rehypnoseanker verwenden.

Nun wird der Patient mit Hilfe der drei Worte-Anker in sein gutes Erlebnis hinein orientiert: „Schließen Sie bitte die Augen und gehen Sie dahin.“ Der Therapeut gibt dem Patienten also die direkte Anweisung, sich die gute Erfahrung nicht nur vorzustellen, sondern sich subjektiv innerlich dorthin zu orientieren („Dissoziation“). Er fragt den Patienten: „Was gibt es da zu sehen/zuhören/zufühlen?“ Die daraufhin vom Patienten genannten imaginativen Wahrnehmungen auf der visuellen, auditiven und kinästhetischen Ebene können im Folgenden ebenfalls als Induktionsanker zur Intensivierung der imaginierten guten Erfahrung genutzt werden, indem der Therapeut die genannten Begriffe ab und zu einstreut.

In der zahnärztlichen Hypnose vertieft nun der Zahnarzt die Trance des Patienten durch Anwendung der Erickson'schen Prozesssprache (vages, wolkiges Sprechen nach dem von Bandler und Grinder so genannten Milton-Modell der Sprache). Währenddessen kann die Helferin die drei vom Patienten genannten Worte gelegentlich einstreuen, wodurch im Sinne einer Doppelinduktion eine Überladung und damit eine Vertiefung der Trance des Patienten eintritt. Nach einer Weile (etwa nach 15 bis 20 Minuten) berührt der Behandler den Patienten am Kinn, woraufhin dieser den Mund öffnet und die Behandlung beginnt.

Die Drei-Minuten- Trance

Die Drei-Minuten-Trance wurde von dem Psychologen Karl Möck aus Darmstadt beschrieben, der sie von dem amerikanischen Gynäkologen David Cheek übernommen hat. Die Induktion der Trance wird suggestiv bezeichnet als „Anleitung zur Selbsthypnose“. Einerseits stimmt das, weil man diese Technik tatsächlich mit etwas Übung selbsthypnotisch verwenden kann, andererseits reduziert diese Bezeichnung beim Patienten ein eventuell vorhandene Angst vor Beeinflussung und Fremdbestimmung.

Der Therapeut fordert den Patienten auf, seine Hand leicht hängend über eine Stuhllehne oder Ähnliches zu legen. Dies ermöglicht schon im Vorfeld eine Entspannung der Finger, die sich allmählich mit zunehmender Entspannung von selbst auseinander bewegen werden. Der Therapeut gibt dem Patienten einen Stift zwischen Daumen und Zeigefinger und fordert ihn auf, diesen leicht am oberen Ende zu halten und senkrecht nach unten hängen zu lassen. Dann bittet er den

Patienten: „Schließen Sie bitte die Augen.“ Nun suggeriert er dem Patienten Entspannung: „Mit jedem Ausatmen werden die Muskeln im Arm entspannter und weicher.“ Die Entspannungssuggestionen werden in Form der klassischen Hypnose durch direkte Suggestionen gegeben und gegebenenfalls viele Male wiederholt. Früher oder später werden im Zuge einer zunehmenden Entspannung der Hand sich die Finger allmählich lockern und dadurch von selbst auseinander bewegen, wodurch der Stift zu Boden fällt. Der Therapeut suggeriert: „Das Geräusch des fallenden Stiftes ist das Signal, für drei Minuten in Trance zu gehen.“

In der von Karl Möck beschriebenen Form werden dem Patienten nun keine weitere Anleitung gegeben, *wie* er „in Trance gehen“ soll. Die Trance wird auch nicht verbal begleitet. Vielmehr schweigt der Therapeut und vertraut darauf, dass der Patient seinen eigenen Tranzeprozess gestaltet.

Möck empfiehlt, etwa fünf Übungsdurchgänge der obigen Anleitung mit dem Patienten durchzuführen und ihn aufzufordern, die Induktion täglich selbsthypnotisch zu üben.

Es handelt sich um direkte Entspannungssuggestion mit einer – für den Patienten zunächst überraschenden – auditiven Rückmeldung durch den fallenden Stift. Der Patient ist sich meistens der subtilen Öffnungsbewegung seiner Finger nicht bewusst und ist überrascht, dass bzw. wann der Stift zu Boden fällt. Das Herunterfallen des Stiftes überzeugt den Patienten suggestiv vom Eintritt eines veränderten Bewusstseinszustandes, den er in der Folge autohypnotisch vertiefen kann. Die Technik ist sehr einfach und unaufdringlich. Sie ist vor allem für Patienten ohne Vorerfahrung mit Hypnose geeignet, um sie von körperlichen Auswirkungen von Suggestionen zu überzeugen. Spezielle Techniken zur Vertiefung des Trancezustandes beinhaltet die Drei-Minuten-Trance nicht. Sie kann aber mit anderen Einleitungs- und Vertiefungstechniken verknüpft werden.

Die Hände-Induktion

Die Hände-Induktion stammt von Ernest Rossi, der sie im Laufe seiner langjährigen Zusammenarbeit mit Milton Erickson entwickelt hat. Sie ist im letzten gemeinsamen Buch von Erickson und Rossi mit dem Titel „Hypnose erleben“ (2004) nachzulesen.

Die Hände-Induktion wird vorbereitet durch die Etablierung eines Ich-weiß-nicht-Set, indem der Therapeut dem Patienten eine Serie von unbeantwortbaren Fragen stellt. Der Therapeut könnte den Patienten

zum Beispiel fragen: „Was könnte die Lösung Ihrer Probleme sein?“ Der Patient antwortet: „Ich weiß es nicht.“ Der Therapeut bestätigt: „Sie wissen es nicht.“ Durch eine Serie von Fragen dieser Art entsteht im Patienten eine innere Einstellung, die ihm die Begrenztheit seines bewussten Wissens verdeutlicht.

Nun bietet der Therapeut ein körperorientiertes hypnotisches Set an, um den Patienten in Kontakt mit seinem inneren Wissen zu bringen. Er fordert den Patienten auf, seine Hände mit zueinander gewandten Handflächen vor seinen Körper zu halten und in den leeren Raum zwischen seinen Händen zu schauen. Das wirkt auf sanfte Weise konfusionierend, weil dem Blick in den leeren Raum zwischen den Händen ein fester Punkt zum Fixieren fehlt. Es folgt eine indirekt suggestive Frage: „Wenn Ihre Augen sich schließen, wird das ein angenehmes Gefühl sein?“ Um zu wissen, ob das ein angenehmes Gefühl ist, muss der Patient die Augen schließen und wird in aller Regel feststellen, dass das tatsächlich ein angenehmes Gefühl ist, und daher die Augen geschlossen lassen.

Es folgt die Suggestion einer imaginierten Empfindung: „Viele Menschen können, wenn sie ihre Hände so halten, eine Art Energieball oder eine ähnliche Empfindung zwischen ihren Händen spüren.“ Der Therapeut beschreibt nun verschiedene mögliche Varianten dieser Empfindung, zum Beispiel dass sich die Luft zwischen den Händen „dicker“ anfühlt, eine Empfindung von Wärme, Anziehung oder Abstoßung oder Farbwahrnehmungen.

Nun suggeriert er dem Patienten eine ideomotorische Reaktion: „Ich möchte Ihrem Unbewussten jetzt gleich eine Frage stellen. Wenn Ihr Unbewusstes ‚ja‘ antworten will, gehen die Hände zusammen.“ Der Therapeut kann dies weiter ausführen, indem er beispielsweise erklärt, dass Menschen, die miteinander übereinstimmen, sich näher kommen, daher würde bei einer Ja-Antwort der Energieball zwischen den Händen schrumpfen. „Wenn Ihr Unbewusstes ‚nein‘ antworten will, dann gehen die Hände auseinander.“ Auch dies kann der Therapeut assoziativ erläutern, indem er ausführt, dass Menschen, die nicht miteinander übereinstimmen, sich voneinander entfernen, so dass das Gefühl entstehen könne, als ob der Energieball sich ausdehne.

Die Frage, die nun kommt, ist ein suggestives Double-Bind, das mit einer ideomotorischen Reaktion beantwortet wird: „Meine Frage an Ihr Unbewusstes lautet: Ist es in Ordnung für Ihr Unbewusstes, dass Sie jetzt in eine angenehme Trance gehen?“ Diese Frage ist deswegen ein Double-Bind, weil sie, gleichgültig, ob die Hände nun zusammen oder

auseinander gehen, ja sogar, wenn sie unbeweglich stehen bleiben, eine ideomotorische Reaktion, also ein Tranceeffekt entsteht.

Wenn die Hände sich aufeinander zu bewegen (was in den meisten Fällen geschieht), dann verstärkt der Therapeut dies suggestiv: „Sie sind jetzt auf dem Weg in eine leichte Trance.“ (Er sagt „leichte Trance“, damit der Patient nicht unter Stress kommt und ständig prüfen muss, ob er schon in die „Abgründe des Kontrollverlustes“ eingetaucht ist.) Falls die Hände sich auseinander bewegen, bestätigt der Therapeut dies ebenso, indem er dem Patienten erklärt, aus der Weisheit seines Unbewussten komme die Antwort, dass jetzt, aus welchen Gründen auch immer, eine Trance nicht angemessen sei, dass sie aber zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen könne. Wenn die Hände sich nicht bewegen, nutzt („utilisiert“) der Therapeut das suggestiv folgendermaßen: „Wenn Ihr Unbewusstes noch mit etwas anderem, Wichtigerem, beschäftigt ist, dann können die Hände für eine ganze Weile so bleiben.“ Auf diese Weise wird das Nicht-Bewegen der Hände, das man auch als einen „Widerstand“ gegen die Tranceinduktion hätte deuten können, auf suggestive Weise reframed, was in der Folge zu einer Katalepsie der Hände, und auf diese Weise ebenso in eine Trance hineinführen kann.

Gehen wir der Einfachheit halber davon aus, dass die Hände des Patienten sich aufeinander zu bewegen. Sobald die Finger des Patienten einander berühren, suggeriert der Therapeut: „Wenn Ihr Unbewusstes meint, dass Sie jetzt in eine tiefe Trance gehen können, sinkt Ihr linker Arm nach unten. Wenn Ihr Unbewusstes meint, dass Sie jetzt in eine mittlere Trance gehen, dann sinkt Ihr rechter Arm nach unten.“ Auch hier handelt es sich um einen Double-Bind, denn egal, ob der linke oder der rechte Arm nach unten sinkt, in jedem Fall wird sich die Trance des Patienten vertiefen.

Falls andere Reaktionen auftreten (wenn beispielsweise über längere Zeit keine der beiden Händen sich nach unten bewegt oder wenn sie in eine andere Richtung gehen), reframed der Therapeut wiederum diese Reaktionen ähnlich wie oben und bindet sie in den Induktionsprozess ein.

Wieder gehen wir zur Vereinfachung davon aus, dass die eine oder die andere Hand des Patienten sich nach unten bewegt. Sobald sie auf dem Schoß des Patienten ankommt, suggeriert der Therapeut: „Sie sind auf dem Weg in eine mittlere/eine tiefe Trance.“ Indem der Therapeut den allmählichen Übergang betont („Sie sind auf dem Weg...“), ermöglicht er es dem Patienten, allmähliche Zustandsveränderungen zu erleben, ohne gleich vollständig in den angezielten Zustand sein zu müssen.

Das nimmt viel Druck vom Patienten und auch vom Therapeuten. Der Therapeut suggeriert weiter: „Wenn sich die andere Hand nun sehr langsam in Richtung auf Ihr Gesicht zu bewegt, wird Ihnen in Ihrer inneren Welt das Thema klar, von dem Ihr Unbewusstes glaubt, dass Sie sich in der Sitzung jetzt damit beschäftigen sollten.“

Der Therapeut kann diese Suggestion auf viele verschiedene Weisen reformulieren und dem Patienten verschiedene Begrifflichkeiten oder Bilder anbieten, aus denen sich der Patient die heraussucht, die für ihn Sinn machen („Fächer-Suggestion“). Außerdem unterstützt der Therapeut durch fortgesetzte Suggestionen die Bewegung des Armes auf das Gesicht des Patienten zu. Sobald die Hand des Patienten sein Gesicht berührt, suggeriert der Therapeut: „Wenn sich Ihr Arm nun langsam nach unten bewegt – wird Ihnen dann einiges über die Geschichte dieses Themas klar werden?“ Indem der Therapeut diese Suggestion sehr behutsam als Frage formuliert, behandelt er den Patienten respektvoll und behutsam und lässt ihm den Weg auch für ganz andere mögliche äußere oder innere Reaktionen offen, die für ihn in diesem Prozess Sinn machen. Diese müssen dann erkannt und in den Induktionsprozess eingebaut werden.

Nach dieser Induktion folgt in der Regel ein dissoziativer Dialog, teils indem der Therapeut mit dem Patienten in Trance spricht, teils durch Anwendung ideomotorischer Techniken. Rossi – früher jungianischer Psychotherapeut – leitet den Patienten gerne in einen psychodynamischen Prozess, indem er die Assoziationen des Patienten mit Hilfe von Körpersignalen begleitet.

Die Hände-Induktion ist eine recht komplexe Induktionstechnik, die voraussetzt, dass der Therapeut mit verschiedensten Reaktionen des Patienten auf seine Suggestionen umgehen und sie in die Tranceinduktion einbinden kann. Sie ist sehr behutsam, aber durch ihre Indirektheit oft sehr schnell. Sie vermittelt dem Patienten eine Ratifikationserfahrung, die ihn auf suggestive Weise vom Eintritt von Tranceeffekten überzeugt, was sich intensivierend auf den Tranceprozess auswirkt. Wenn diese Methode von einem erfahrenen Therapeuten durchgeführt wird, ist sie durch das Einbinden praktisch jeder Reaktion des Patienten nahezu fail-free. Sie ist jedoch wegen ihres nicht-direktiven Grundprinzips eher für psychotherapeutische Anwendungen geeignet und weniger für medizinische oder zahnmedizinische Anwendungen, bei denen es meistens vorrangig um die sichere Erreichung eines klar definierten Zieles durch Hypnose geht.

Die Krafttier-Zauberhand-Induktion

Die Krafttier-Induktion

Die Krafttier-Induktion stammt von dem österreichischen Zahnarzt Robert Schoderböck aus Kremsmünster, der sie aus Grundideen des Hawaiianischen Huna-Schamanismus entwickelt hat (vgl. Schöderböck/Behnecke 2002). Die Technik hat sich vor allem in der zahnärztlichen Kinderhypnose bewährt, wird aber gelegentlich auch in anderen Bereichen und mit Erwachsenen angewandt. Es ist eine sehr schnelle, kindgerechte Technik, die benutzt werden kann, um die eventuelle Angst des Kindes vor der Injektion bei der Zahnbehandlung zu umgehen. Für meine Begriffe kann man die Methode nur begrenzt als Tranceinduktion bezeichnen. Ich würde eher von einer kindgerechten Ablenkungsmethode sprechen. Dem Kind wird eine Imagination suggeriert, und diese Imagination wird intensiviert. Da Imaginationen bei Kindern in der Regel eine größere Intensität haben als bei Erwachsenen, könnte man bei manchen Kindern von einem leichten Trancezustand sprechen.

Die Technik beginnt mit der beiläufigen Suggestion eines kataleptischen Armes. Der Therapeut fragt das Kind: „Darf ich mir mal deinen Arm ausleihen?“ Diese etwas seltsame Formulierung interessiert, belustigt und verwirrt das Kind ein wenig und nimmt ihm dadurch ein Stück weit die Angst vor dem Kommenden. Der Therapeut ergreift die Hand des Kindes und „stellt“ sie in die Luft. Dies hat den positiven Effekt, dass unruhige Kinder in eine unbewegliche Position gebracht werden und nicht mit ihren Händen herumkrabbeln und den Zahnarzt bei seiner Arbeit stören. Gleichzeitig ist der kataleptische Arm ein Zeichen für den Behandler, dass das Kind sich und mit ihm in einem guten Rapport befindet.

Der Therapeut bittet das Kind: „Stell dir bitte mal ein Tier vor.“ Nach einigen Sekunden fragt er das Kind: „Hast du ein Tier?“ In der Regel wird das Kind als Antwort nicken oder „ja“ sagen. Der Therapeut bestätigt: „Super! Verrate mir nicht, was es für ein Tier ist. Schau dir das Tier genau an ... von der Seite ... von oben ... von unten ... von hinten ...“ Während das Kind das imaginierte Tier in seiner Vorstellung von verschiedenen Seiten betrachtet, es quasi im dreidimensionalen Raum in verschiedene Richtungen bewegt, ist es für einige Sekunden relativ stark abgelenkt. In dieser Zeit gibt der Zahnarzt ihm die Injektion zur Anästhesie.

Falls bei dem Kind Angst- oder Schmerzreaktionen auftreten, be-

schäftigt er die Phantasie des Kindes noch mehr, zum Beispiel indem er suggeriert: „Schau mal, rechts von dem Tier läuft noch ein zweites Tier ... Jetzt lass die Tiere mal um die Wette laufen ... Super machst du das ...“ Spätestens jetzt sind die meisten Kinder so weit abgelenkt, dass ihnen eine Injektion gegeben werden kann.

Nun sagt der Therapeut: „Jetzt lass den Arm langsam wieder sinken“, und führt den Arm dabei nonverbal in Richtung zum Bauch des Kindes. Auf diese Weise wird beiläufig die leichte Imaginationstrance des Kindes wieder zurückgenommen. Der Zahnarzt fordert das Kind auf: „Öffne die Augen und spül mal aus.“ Das Kind spült aus und der Zahnarzt fragt es: „Und jetzt verrate mir bitte, was für ein Tier du dir vorgestellt hast ... Und dann sag mir bitte noch, wo du dir das Tier vorgestellt hast, im Wald ... oder in der Wüste ...?“ Nun kann das Kind sprechen, ohne dass das die zahnärztliche Arbeit behindert. Während dieser kleinen Unterhaltung beginnt die Betäubung zu wirken. Der Zahn ist „eingeschlafen“ und die Behandlung kann beginnen.

Die Zauberhand-Induktion

Die Zauberarm-Induktion ist eine Weiterentwicklung der Krafttier-Technik. Sie wurde ebenfalls von Robert Schoderböck für die zahnärztliche Kinderhypnose entwickelt, obwohl sie im Prinzip auch in anderen Bereichen und mit Erwachsenen einsetzbar ist.

Wieder fragt der Behandler zu Beginn das Kind: „Was ist dein Lieblingstier?“ Jedes Kind hat ein Lieblingstier. Nehmen wir an, das Kind antwortet: „Eine Katze.“ Der Therapeut kann nun einige Fragen zu diesem Tier stellen, damit es dem Kind deutlich gegenwärtig wird: „Wie groß ist die Katze? Wie heißt die Katze? Welche Farbe hat das Fell der Katze?“ Nun definiert der Behandler die folgende Induktion einer leichten Trance auf eine Weise, die dem Kind vertraut ist, das Kind interessiert und ihm keine Angst macht: „Ist es okay, wenn wir jetzt ein bisschen zaubern?“ Alle Kinder lieben Zaubern. Das Kind wird neugierig und stellt sich darauf ein, dass jetzt gleich etwas Interessantes passiert. Folge: Der Behandler hat die Aufmerksamkeit des Kindes. „Stell dir vor, die Katze sitzt auf einer Wiese.“ Das kann sich jedes Kind ohne weiteres vorstellen. „Wenn du die Augen zumachst, kannst du sie noch besser sehen.“ Dieser Hinweis gibt dem Kind einen guten Grund, seine Augen zu schließen und sie erst mal geschlossen zu halten, was manche Kinder (zumindest während der Zahnbehandlung) sonst nicht allzu gerne tun.

Nun kommt die Zauberhand-Technik: „Stell dir vor, du hast eine Zau-

berhand. Wenn die Zauberhand nach vorne geht, geht die Katze auf der Wiese auch nach vorne.“ Der Therapeut verknüpft jetzt also suggestiv eine körperliche Bewegung mit der Veränderung einer Phantasie. Wie man durch einen Selbstversuch leicht nachvollziehen kann, kann diese Verknüpfung durch bloße Vorstellung leicht hergestellt werden. Einem Kind fällt das noch leichter. Die meisten Kinder haben ausgedehnte Erfahrungen mit Computerspielen, Gameboys und Joysticks. Sie können die nun folgende Technik daher sehr gut nachvollziehen.

„Wenn deine Hand vorwärts/nach links/nach rechts/im Kreis geht, dann geht auch die Katze vorwärts/nach links/nach rechts/im Kreis.“ Der Therapeut kann dem Kind dies demonstrieren und dabei die Hand des Kindes vorsichtig führen. Einige hektische Kinder neigen dazu, diese Bewegung sehr schnell zu machen, was gleichzeitig Ausdruck ihrer Unruhe (Angst vor der Zahnbehandlung) ist und diese Unruhe aber auch verstärkt. Daher betont der Behandler: „Ganz langsam und vorsichtig.“ Dabei führt er die Hand des Kindes langsam und behutsam in die verschiedenen Richtungen. Nun lädt er das Kind ein, eigenartige und lustige Bewegungen der Katze auszuprobieren: „Wenn die Hand nach hinten geht, geht die Katze auch nach hinten, das sieht ziemlich komisch aus, oder?“ Das sieht deswegen komisch aus, weil Tiere normalerweise nicht rückwärts gehen.

Wenn das bis dahin funktioniert, setzt der Behandler fort: „Jetzt kommt der nächste Zaubertrick. Wenn ich deine Hand nach oben bewege, was macht die Katze dann?“ Der Therapeut gibt der Hand des Kindes nur einen leichten Impuls nach oben, so dass sie sich nahezu von selbst („ideomotorisch“) nach oben bewegt. Er fragt das Kind: „Was macht die Katze jetzt?“ Nun, was wird die Katze wohl machen? Der Behandler wiederholt: „Ganz langsam und ganz vorsichtig.“ Wenn die Katze dann tatsächlich anfängt zu fliegen, lobt der Therapeut das Kind dafür. In diesem Moment ist das Kind ziemlich stark mit einer für das Kind ziemlich interessanten und faszinierenden Imagination beschäftigt. Nebenbei hat der Behandler innerhalb der metaphorischen Szenerie beiläufig eine Levitation und eine Katalepsie des Armes bewirkt. Nun beginnt die Zahnbehandlung. Die dabei entstehenden Störreize und Aktionen des Behandlers werden in die Geschichte eingebunden. Das Kind darf beispielsweise mit der Katze fliegen bis zu einer Wolke. Wenn die Ohren der Katze die Wolke berühren, „fängt es an zu regnen“. Die Katze wird etwas nass (Speichelfluss, Wasserkühlung der Turbine). Gut, dass gleich „ein Wind“ kommt, der die Katze trocken pustet (Speichelsauger, Pressluft zum Trocknen).

Die Zauberarm-Technik verbindet Imagination und Ideomotorik zu einer kindgerechten Ablenkungstechnik für die (zahn-)medizinische Behandlung von Kindern. Die Erfahrung zeigt, dass auch viele Erwachsene diese Technik mögen und sie faszinierend finden. Sie führt etwas tiefer als die vorher beschriebene Krafttier-Induktion in eine Trance hinein, und ist geeignet, das Kind so weit zu beschäftigen, dass es problemlos zahnbehandelt werden kann.

Die Handshake-Induction

Die Handshake-Induction wurde von dem amerikanischen Psychotherapeuten Milton Erickson entwickelt und hat einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Entstehung seines Nimbus als Hypnosezauberer beigetragen. Das letzte gemeinsame Buch von Erickson und Rossi mit dem Titel „Hypnose erleben“ (die deutsche Übersetzung erschien erst 2004) handelt fast ausschließlich von dieser Technik, die in allen Einzelheiten mit diversen Varianten und Implikationen beschrieben wird. Die Handshake-Induction ist in ihrer Originalvariante relativ einfach. Sie folgt der Erickson'schen Philosophie, durch minimale Hinweisreize die Aktivität des Unbewussten des Patienten zu stimulieren. Durch sanfte Suggestion einer Armlevitation, unter Einbeziehung diverser indirekter und Konfusionstechniken, vor allem der Hebelinduktion, wird der Patient relativ rasch in Trance geführt. Ich beschreibe hier zuerst die Erickson'sche Variante, danach die wesentlich komplexere Form, die von Bandler und Grinder (1989) in ihrem Buch „Therapie in Trance“ beschrieben wurde.

Ericksons Variante

Ericksons Handshake-Technik funktioniert so, dass der Therapeut durch subtile taktile Stimulation, verbunden mit verbaler Suggestion eine Armlevitation erzeugt. Dabei ist die taktile Stimulation unregelmäßig, vage, wechselnd und gibt keine spezifische Richtung für die Bewegung des zu hebenden Armes vor. Die Suggestionen des Therapeuten bestehen nur aus Andeutungen („minimale Hinweisreize“) in Verbindung mit Ablenkungstechniken. Währenddessen fokussiert der Therapeut seinen Blick „hinter“ den Patienten, so, als ob er durch ihn hindurch schauen würde. Dadurch entsteht beim Therapeuten ein wie eingefroren wirkender, tranciger Gesichtsausdruck, der für den Patienten ein Hinweisreiz ist, ebenfalls in Trance zu gehen.

Während der Therapeut den Patienten auf diese Weise anschaut und seinen Arm auf die beschriebene Weise berührt, gibt er andeutende

Suggestionen z.B. für die Armlevitation und Katalepsie. Auf diese Weise entsteht eine konfusionierende Mehrfachstimulation auf verschiedenen Sinneskanälen. Der Patient reagiert mehr und mehr auf die minimalen Hinweise des Therapeuten, was nach Ericksons Verständnis einen hypnotischen Rapport bewirkt.

Es handelt sich um eine sanfte, sehr indirekte Induktion durch Armlevitation, die aber in ihren Aspekten und Varianten recht komplex werden kann. Letzteres kann in allen Einzelheiten in dem oben genannten Buch nachgelesen werden.

Die Bandler-Grinder-Variante

Die Variante der Handshake-Induction, die von Bandler und Grinder beschrieben wird, ist angeblich eine Beschreibung der Erickson'schen Handshake-Technik mit NLP-Begriffen. Tatsächlich handelt es sich aber um ein wesentlich komplexeres Modell. Mehr noch: die Handshake-Induction nach Bandler und Grinder ist so kompliziert, dass ich keinen Kollegen kenne, der diese Methode in ihrem vollen Umfang anzuwenden vermag. Sie ist so kompliziert, dass man sich all ihre Details einfach nicht merken kann. Daher benutzen lediglich manche Kollegen bestimmte Aspekte der Methode, vor allem um auf spektakuläre Weise eine Überraschungshypnose quasi aus einer Alltagssituation heraus zu induzieren. Die Bandler-Grinder-Handshake-Methode ist eine Überrumpelungsinduktion im Stil der Showhypnose, die in ihrer Originalvariante sämtliche Vorurteile (Faszinationen und Ängste) gegenüber der Hypnose bestätigt. Es ist im Grunde ein hypnotischer Überfall auf einen Patienten, um ihm die Raffinesse der Technik des Therapeuten zu demonstrieren. Es handelt sich im Wesentlichen um das Ausnutzen eines Überraschungseffektes, der durch eine Musterunterbrechung entsteht.

Der Therapeut geht auf den Patienten zu, als ob er ihn begrüßen wolle. Dabei bewegt er seine rechte Hand mehrmals subtil auf den Patienten zu, als ob er ihm die Hand geben wolle, bis zu dem Punkt, wo sich beim Patienten eine reflektorische Reaktion in derselben Richtung anzudeuten beginnt. Der Therapeut löst also ein soziales Reflexmuster (Handschütteln) aus, bringt es aber nicht zu einem Abschluss. Auf diese Weise wird bei dem Patienten ein reflektorisches Reaktionspotenzial aufgebaut, das im Folgenden genutzt wird.

Nun löst der Therapeut das Muster (Handgeben) vollständig aus: Er geht mit ausgestreckter Hand auf den Patienten zu. Dabei spricht er jetzt und im Folgenden ständig weiter. Der Patient reagiert, indem

er dem Therapeuten seine Hand zum Händeschütteln hinstreckt. Der Patient erwartet nun, dass der Therapeut ihm ebenfalls die Hand gibt. Der Therapeut unterbricht dieses Muster, was bei dem Patienten zu einer Konfusion führt. Der Patient erwartet ganz selbstverständlich, dass ihm nun „die Hand gegeben“ wird, was aber nicht passiert. Für einige Sekunden ist er verwirrt und „weiß nicht, wie ihm geschieht“. Statt dem Patienten nämlich seine rechte Hand zu geben, greift der Therapeut – noch immer vorwärts auf den Patienten zugehend – mit der linken Hand unter die rechte Hand des Patienten und hebt dessen rechte Hand „plötzlich und schnell, aber anmutig“ (Bandler und Grinder) mit minimalem Druck und „geziemender Freundlichkeit“ etwa auf Schulterhöhe an.

Dieses Anheben wird weniger als etwas Mechanisches, sondern mehr als kommunikativer Hinweisreiz an den Patienten durchgeführt, seine Hand hochzuheben. Dabei sieht der Therapeut den Patienten absorbierend, intensiv und erstaunt an. Bandler und Grinder beschreiben, wie sie den Patienten „mit dem einen Auge vor, mit dem anderen Auge hinter dem Patienten fokussieren“. Ich habe das probiert und es ist mir nicht gelungen. Ich vermute, es handelt sich hier mehr um eine Imagination seitens Bandler und Grinder, die ihnen hilft, einen „trancigen“ Blickkontakt aufzubauen.

Gleichzeitig (spätestens jetzt wird es kompliziert) deutet der Therapeut mit dem Zeigefinger seiner rechten Hand etwa auf Augenhöhe auf das Gesicht des Patienten. Er „fängt“ mit dem Zeigefinger den Blick des Patienten ein, dann dreht er plötzlich seinen ganzen Körper nach links und deutet mit dem rechten Zeigefinger auf die erhobene linke Hand des Patienten. (Haben Sie es mitbekommen? Das sind jetzt ziemlich viele körperliche Manipulationen nacheinander.) Der Therapeut schaut den Patienten „verwirrt, überrascht und ungläubig“ (Bandler und Grinder) an und blickt dabei auf die erhobene, schwebende rechte Hand des Patienten. Der verwirrte und überraschte Gesichtsausdruck des Therapeuten ist für den Patienten ein subtiler Hinweisreiz, der ihn in Verwirrung hineinführt.

Die Verwirrung des Patienten wird nun durch eine zweite Konfusion verlängert und intensiviert: Sanft, aber bedeutungsvoll fordert der Therapeut den Patienten verbal auf, auf „die farblichen Veränderungen zu achten“, die sich an seiner rechten Hand zu zeigen beginnen würden. (Kommen Sie noch mit?)

Nun wird die Verwirrung durch eine dritte Konfusion auf die Spitze getrieben: Der Therapeut berührt die Fingerspitzen des Patienten

nacheinander ganz leicht (was beim Patienten ein kribbelndes Gefühl erzeugt) und suggeriert dem Patienten verbal dieses kribbelnde Gefühl, benennt dabei aber die Finger falsch (er sagt zum Beispiel: „Ihr Mittelfinger beginnt zu kribbeln“, während er den Ringfinger des Patienten berührt).

Die spätestens jetzt eintretende „Hardcore-Konfusion“ macht der Therapeut nutzbar, indem er dem Patienten suggeriert, „sich einfach in Trance fallen zu lassen“. Dadurch gibt er dem Patienten einen Ausweg aus der unangenehmen Konfusion – in die Trance hinein. Sollte sich die angestrebte Katalepsie des rechten Armes beim Patienten nicht entwickeln, suggeriert der Therapeut stattdessen, dass die rechte Hand des Patienten schwer würde. Sodann konfusioniert er ihn durch die Suggestion, dass sich seine linke Hand „noch nicht heben“ würde, währenddessen er sie aber hochhebt.

Sie sehen: Diese Technik ist überaus komplex. Ich halte sie in dieser Form für viel zu kompliziert, um sie routinemäßig einzusetzen. Es ist mehr eine Spielerei, vielleicht als Partyspaß geeignet, aber für therapeutische Anwendungen kaum brauchbar.

Die Selbsthypnose-Induktion

Zum Schluss kann ich der Versuchung nicht widerstehen, eine Schnellhypnose-Induktionstechnik zu beschreiben, die ich selbst entwickelt habe und oft anwende, vor allem mit in Hypnose unerfahrenen Patienten. Es handelt sich um eine sehr sanfte, strukturierte Induktion. Eine eventuell vorhandene Angst des Patienten vor Kontrollverlust durch Hypnose wird umgangen, indem die Induktion als „Selbsthypnose-Training“ geframed wird. Und tatsächlich ist die Technik im Grunde eine ericksonianisch modernisierte Form eines angeleiteten Autogenen Trainings und kann gut auch zur Selbsthypnose verwandt werden.

Die Technik funktioniert im Prinzip durch Konfusion, die durch eine Überladung der Aufmerksamkeit des Patienten durch Imagination gleichzeitig auf der auditiven und der visuellen Eben erzeugt wird. Ähnlich wie im Autogenen Training sagt der Patient bestimmte Sätze mit seiner inneren Stimme zu sich selbst und wiederholt diese Sätze immer wieder. Im Gegensatz zum Autogenen Training sind diese Sätze nicht als erreichte Zustände formuliert, sondern als Bewegung zu einem Zustand hin. (Mit dem Autogenen Training haben ja vor allem deswegen viele Patienten Probleme, weil sie sich beispielsweise selbst suggerieren sollen: „Mein rechter Arm ist ganz schwer“, während sie aber das Gefühl haben, dass ihr rechter Arm noch keineswegs schwer

ist. Diese Schwierigkeit wird in der von mir verwandten Variante umgangen, indem die autosuggestiven Sätze als eine kontinuierliche Bewegung zum Entspannungszustand hin formuliert sind, aber nicht als der bereits eingetretene Entspannungszustand selbst.)

Bei der Selbsthypnose-Induktion handelt es sich um eine sanfte, kooperative Technik, die sich aber, wenn man den realen Zeitablauf und die erreichbare Trancetiefe miteinander vergleicht, nach meiner Erfahrung durchaus mit den so genannten Schnellhypnoseinduktionen messen kann.

Zu Beginn erläutere ich dem Patienten, dass es sinnvoll sein kann, hypnotische Übungen „mit nach Hause zu nehmen“, um mit ihnen als Selbsthilfemethode weiter zu üben. Ich bespreche mit ihm einen zeitlichen und räumlichen Rahmen für seine Selbsthypnoseübungen, der für diesen Patienten passt und auf seine speziellen Bedürfnisse abgestimmt ist. Dann erkläre ich dem Patienten, dass wir die nun folgende Trance auf eine Kassette aufnehmen werden, die der Patient mit nach Hause nehmen und für seine Übung verwenden kann.

Ich frage ihn, welches Ziel er durch die Selbsthypnose erreichen möchte. Wir nehmen uns genügend Zeit, um das Ziel in einen für den Patienten griffigen, grammatikalisch positiv formulierten Satz zu fassen. Dann bitte ich den Patienten, sich eine Körperhaltung zu suchen, in der er „gut in Trance gehen kann“. Wie diese Körperhaltung aussieht, sei vollkommen beliebig, Hauptsache sei, dass der Patient in dieser Haltung „so tief in eine angenehme Trance gehen“ könne, wie es für ihn „angenehm und hier in diesem Rahmen angemessen ist“.

Die Induktion besteht aus drei autohypnotischen Sätzen, verbunden mit entsprechenden Vorstellungen und, darauf folgend, einer vierten Autosuggestion, nämlich dem Satz, der vorher mit dem Patienten vereinbart worden ist. Die ersten drei Sätze lauten:

1. „Ich komme zu mir.“
2. „Die Muskeln werden gelöst und weich.“
3. „Ich lasse mich einsinken nach innen.“

Der Patient wird suggestiv angeleitet, zunächst den ersten Satz „mit einer beruhigenden inneren Stimme, langsam und mit Pausen“ zu sich selbst zu sagen und diesen Satz wieder und wieder zu wiederholen. Der Therapeut spricht dem Patienten einige Male mit ruhiger Stimme und Pausen diesen Satz vor und gibt ihm genügend Zeit, diesen Satz einige bis viele Male mit seiner inneren Stimme zu wiederholen. Dann leitet er den Patienten auf suggestive Weise an, sich gleichzeitig das bildlich vorzustellen, was der Satz beinhaltet. Der Patient soll also zu

sich selbst sagen: „Ich komme zu mir“ und sich gleichzeitig bildlich vorstellen, wie er „zu sich“ kommt.

Auf dieselbe Weise wird mit den beiden anderen Sätzen verfahren. Sodann kommt die persönliche Autosuggestion des Patienten, die der Patient ebenfalls zunächst als verbale Autosuggestion und dann als Autosuggestion, verbunden mit einer bildlichen Vorstellung, sich selbst vorgibt. Auf diese Weise entsteht im Geist des Patienten eine konfusionierende Überladung, die auf einfache, sanfte Weise in eine tiefe Trance hineinführen kann.

Ich habe diese Methode im Rahmen von Vorträgen schon mit Hunderten von Zuhörern gleichzeitig mit gutem Erfolg durchgeführt. Erstaunlich war vor allem, dass nur die wenigsten Anwesenden die drei Induktionssätze hinterher wörtlich wiedergeben können, obwohl ich sie in der Induktion viele Male wiederhole.

Die Technik eignet sich besonders gut dazu, den Übergang in den Trancezustand als selbstgesteuerten Prozess zu erlernen. Der gesamte Prozess dauert – wie gehabt – etwa 15 bis 20 Minuten. Wenn die Sätze und Vorstellungen geankert sind, genügt es oft, sie einige Male, oder nach einiger Übung, nur ein einziges Mal zu imaginieren, um einen brauchbaren Trancezustand zu erreichen („autosuggestive Re-Induktions-Anker“).

Die Reorientierung geschieht, indem der Therapeut den Patienten suggestiv auffordert, dreimal tief einzusatmen, in die äußere Welt zurückzukommen, sich zu räkeln und zu strecken, die Augen zu öffnen, sich allmählich aufzurichten, dann nach einer Weile aufzustehen und vielleicht ein paar Schritte zu gehen. Auch die Reorientierung kann später in Form von Selbstinstruktion geschehen.

Literatur und Materialien

- Bandler, R. & Grinder, J (1989): Therapie in Trance. Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewussten. Klett Cotta.
- DGZH (2001): Kursmanuskript für das Curriculum Zahnärztliche Hypnose. Kurs Z4. Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose. Stuttgart.
- Eberwein, W. (2002): Geheimnisse und Gefahren der Showhypnose. DGZH-Info.
- Esdaile J (1846/1902): Mesmerism in India and its practical application in surgery medicine. The Psychic Research Company Chicago (Original publ. in London 1846).
- Fiedler, S. (ohne Datum): Moderne Hypnose in der zahnärztlichen Praxis. Video.

- Holder, P. (2001): The Elman Induction. Video. www.hypnosiscenter.org.
- Kather, W. (2001): Rapid-Induction nach Victor Rausch DDS®. Video. Video-Cooperative-Ruhr.
- Mesmer, F. A. (1985): Abhandlung über die Entdeckung des thierischen Magnetismus. (Original 1781)
- Möck, K.: unveröffentlichtes Manuskript
- Rausch, V. (1998): Hypnose, Mesmerismus und subtile Energie. Video. Video-Cooperative-Ruhr.
- Rossi, E. & Erickson, M. : Hypnose erleben. Veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzen. Pfeiffer bei Klett-Cotta 2004.
- Schmierer, A. (2001): Zahnextraktion in Hypnose. Video. Hypnos-Verlag.
- Schöderböck, R. & Behnecke, G.: Mit Magie geht alles leichter oder „Du bist ein braves Kind“. In: Kinderhypnose in der Zahnmedizin. Hypnos-Verlag.

Wenn die „Stimmen der Götter“ zu quälen beginnen

Im antiken Griechenland galten Tinnitusbetroffene (an quälenden Ohrgeräuschen Leidende) als Auserwählte – mit einer Wahrnehmung von besonderem Wert.

von Sybille Strässer-Strobel

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt unterschiedliche hypnotherapeutische Interventionen zur Behandlung des chronisch dekompenzierten Tinnitus. Dabei wird vor allem die mögliche Kombination der Hypnotherapie mit Verhaltenstherapie besonders abgehoben.

In anschaulichen Beispielen wird das strategische Vorgehen in einzelnen Teilschritten dargestellt und mit wissenschaftlichen Hintergrundinformationen untermauert.

Verhaltenstherapeuten werden dabei Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie mit Hypnotherapie die Effizienz der Verhaltenstherapie weiter erhöhen können.

1. Einleitung

Tinnitus (Ohrgeräusche ohne externen Reiz) gilt nicht als psychische Erkrankung per se.

Chronischer Tinnitus kann allerdings die gleichen Folgen wie viele chronische Krankheiten haben:

- Anpassungsstörungen
- Depression, Suizidalität (!)
- Angst, Panik
- Schlafstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Hilflosigkeit/ Ratlosigkeit
- Gefühle des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlustes

Da Tinnitus selbst zu einem starken *Stressfaktor* wird, wenn die *Aufmerksamkeit* ständig auf ihn gerichtet ist, wird das Phänomen „Tinnitus“ wiederum ungünstig verstärkt.

Man spricht dann von chronisch dekompenzierten Tinnitus.

Die moderne Therapie geht von einem interdisziplinären Behandlungsansatz aus, der eine medizinisch-somatische, krankengymnastische, hörgeschädlige-akustische und psychologische Behandlung ineinander verzahnt.

Im Folgenden beschreibt dieser Artikel die psychologischen Behandlungselemente, vor allem unter verhaltens- und hypnotherapeutischer Ausrichtung.

Die wissenschaftliche Wirksamkeit und lang anhaltenden Effekte der Hypnose wurden bei vielen psychischen Störungsbildern nachgewiesen. Deren Effizienz wurde teils als alleinige und teils als kombinierte Behandlungsstrategie bestätigt. Besonders die Kombination mit Verhaltenstherapie ist hervorzuheben. (Revenstorf 2003)

2. Bausteine eines verhaltenstherapeutischen Vorgehens in der Tinnitusbehandlung

Beispielsweise bietet Kröner-Herwig ein verhaltenstherapeutisches Tinnitusbewältigungstraining (TBT), das schon einige hypnotherapeutische Interventionen beinhaltet.

Leitziel des TBTs von Kröner-Herwig ist, den Anpassungsprozess und die Gewöhnung an den chronisch dekompenzierten Tinnitus zu erleichtern und mit dem Tinnitus wieder gut leben zu können.

Folgende Teilziele und Prioritäten können Bausteine eines typischen verhaltenstherapeutischen Vorgehens sein:

2.1. Reduktion der inneren Anspannung

Primärziel: Entspannung erlernen

Im komplexeren Bedarfsfall:

Reduktion der allgemeinen Stressbelastung,

Aufbau effektiver Problem- und Stressbewältigung

2.2. Steuerung der Aufmerksamkeit

Primärziel: gelassenes Ignorieren lernen

(Löschung der chronifizierten Orientierungsreaktion)

Im komplexeren Bedarfsfall:

Aufbau von gezielten Ablenkungs- und Maskierungsstrategien,

Aufbau von Ressourcen, Genusstaining, verstärkenden Lebensinhalten

2.3. Veränderung der Einstellung zum Tinnitus

Primärziel: Information über Tinnitus (Counselling),

Akzeptanz der Ohrgeräusche

Im komplexeren Bedarfsfall:

Bedingungsanalyse der aufrechterhaltenden Zusammenhänge, sinnvolle Auseinandersetzung mit den Ohrgeräuschen aufbauen, Kognitive Therapie der dysfunktionalen Gedanken

3. Behandlungsstrategien mit hypnotherapeutischer Ausrichtung

3. 1. Reduktion der inneren Anspannung

Da sich die meisten Tinnituspatienten, wenn sie zur Ruhe kommen, verstärkt ihrem Ohrgeräusch zuwenden, fühlen sie sich in entspannten und ruhigen Situationen oft noch mehr gestört.

Es hilft vielen Patienten, zusätzliche akustische Reize zu bieten, um die Ohrgeräusche wieder aus dem Fokus zu rücken, sozusagen zu „maskieren“. So werden ergänzend zum allgemeinen Entspannungstraining Hintergrundgeräusche oder auch Musikuntermalung angeboten.

Hypnotherapeutische Entspannung bietet bedeutend mehr Möglichkeiten zur Maskierung und zur Nutzung der Individualität des Patienten (z.B. mittels kontinuierlichem Redefluss und Bezug auf die spezifische Befindlichkeit des Patienten).

Das Folgen und Führen („pacing und leading“) ist die wichtigste Strategie, den Rapport zu verbessern, sowie auch Trance zu induzieren. Dieses „differenzierte Spiegeln“ bekam durch die Erforschung früher Mutter-Kind-Interaktionen (Beebe und Lachmann zitiert nach Milch 2003) sowie durch die Erforschung der „sog. Spiegelneuronen“ (Bauer 2005) fundierte wissenschaftliche Bestätigung.

Um der erhöhten Erregung vieler Tinnituspatienten zu folgen bzw. die Erregung zu spiegeln, bevorzugen diese häufig auch ein etwas lauterer, deutlicherer und rascherer Sprechen bei der Tranceinduktion.

Dies hilft auch bestehenden Einschränkungen im Hörvermögen (Anamnese!) Rechnung zu tragen und einer Verstärkung des „angestregten Zuhörens“ entgegenzuwirken.

Die so genannten „Zählmethoden“ bieten ein passendes indirektes Abholen im akustischen Repräsentationssystem.

Indirekt kann dann durch Ruhigerwerden, Verlangsamten und Vertiefen

der Stimme ein gerade für den Tinnituspatienten zugeschnittenes Führen aus dem angespannten Erregungszustand initiiert werden.

Hypnotherapeuten sind Experten im Umgang mit den verschiedenen Repräsentationssystemen („VAKOG“, V=visuell, A=akustisch, K=kinästhetisch, O=olfaktorisch, G=gustatorisch), welche differenziert eingesetzt werden können.

Um das Übermaß der Aktivierung der akustischen Modalität abzubauen, empfiehlt es sich, die anderen Wahrnehmungskanäle wieder ins Bewusstsein und zur Nutzung zu bringen:

Beschäftigen Sie Tinnitusbetroffene mit *anderen* Sinneserfahrungen als akustischen, damit Tinnitusphänomene wieder in den Hintergrund rücken können.

Beispielsweise biete ich hierzu in meinem Gruppenprogramm vielfältige Entspannungsübungen an:

nicht nur

- imaginative Vorstellungsbilder,
- sondern auch
- die Augenfixation mit einer Kerze,
- die Fokussierung der Atmung/„Vertiefung“ der Atmung über die Bauch- bzw. Zwerchfellatmung,
- gelegentlich auch die Erfahrung, eine Trance im Stehen zu erleben,
- verschiedene Duftöle,
- die langsame Geschmacksfaltung einer Rosine im Mund u.w.m.

helfen der Entfaltung des multisensorischen Erlebens.

Als Folge hiervon gelang es einer meiner Patientinnen sich daraufhin im häuslichen Umfeld mit dem Duft einer Rose von den Ohrgeräuschen abzulenken.

Je nach Belieben kann eine angenehme Verankerung zum Transfer und zur Generalisierung der wieder möglich gewordenen Entspannung etabliert werden.

Beispielweise bietet sich ein tiefer, entspannender Atemzug oder die Vorstellung eines angenehmen Ortes zwischendurch im Alltag als mobiler Auslöser für Trance an.

So überraschte mich eine Betroffene mit ihrer Idee, „eine zu ihrem angenehmen Ort passende Postkarte“ an ihrem Arbeitsplatz aufzustellen.

Darüber hinaus verteile ich bunte Klebepunkte zum „Mitnehmen der Entspannung nach Hause und zum Arbeitsplatz“.

Es versteht sich von selbst, dass *besonders in der Anfangsphase* der Trancezustand eher nicht im akustischen Sinnessystem verankert werden sollte.

3.2. Steuerung der Aufmerksamkeit

Verhaltenstherapeuten setzen ressourcenorientierte Aktivitäten zur Ablenkung von der Symptomatik ein. Entsprechende Aktivitäten werden von den Patienten aufgelistet und nach Erfolg und Vergnügen bewertet.

Ergänzend bietet hierzu die Hypnotherapie mit einem „transmodalen Wechsel“ (Spiegeln von Wahrnehmungsprozessen in einer anderen Modalität) eine Erleichterung. Werden die störenden Ohrgeräusche nun z. B. gemalt, geformt oder getanzt, führen diese Erfahrungen weg von der „quälenden akustischen Sinnesqualität“.

Auch Kröner-Herwig setzt das so genannte „Sinnbild für die Ohrgeräusche“ als Ablenkungsstrategie in ihrem TBT ein.

Die Patienten stellen sich beispielsweise ihren Tinnitus als Telegraphenleitung oder Holzverarbeitungswerk im Hintergrund bildhaft vor. Hierbei bemerken einige, dass beim bildhaften Beschreiben die Ohrgeräusche in den Hintergrund treten bzw. wieder in positiverer Valenz erfahren werden können.

Dabei ist auch die tranceinduzierende Wirkung solcher Vorstellungsübungen hilfreich:

„Je genauer der Therapeut nach den primären Sinnesmodalitäten fragt und je modalitätsübergreifender der Zugang gewählt werde, umso ‚wirklicher‘ wird der entsprechende hypnotisch-suggestierte Sinneseindruck des Klienten konstruiert werden.“ (Halsband 2004)

Rüdiger Steinriede bereichert diese Interventionsmöglichkeiten mit den Ideen, sich den Tinnitus als eine Speise oder einen Ball vorzustellen.

Neuropsychologische Erkenntnisse weisen daraufhin, dass in Trance *relaxationsbezogene (Entspannung) und absorptionsbezogene (selektive Aufmerksamkeit/Fokussierung) ZNS-Aktivierungseffekte* auftreten können.

Halsband vermutet, dass es sich hierbei um „2 unterschiedliche, sogar dichotome Hirnmechanismen handelt.“ (Halsband 2004)

Das bedeutet für die Arbeit mit Patienten, dass in Trance nicht unbedingt Entspannung und körperliche Ruhe vorliegen muss. Absorption

(intensive, selektive Konzentration auf eine Sache) kann in vielen Situationen stattfinden, in denen keine Entspannung vorliegt: z.B. beim konzentrierten Arbeiten, im Spiel und Sport, aber auch bei Schreck und Schockerlebnissen.

Ich setze zur Förderung der Absorption u. a. Medien wie Knetmasse, Spielfiguren, Malereien und körperbezogene Übungen ein. Mit der Absorption in dieser Beschäftigung kann es nicht nur gelingen, den Tinnitus etwas zu vergessen, sondern auch die metaphorische Ebene zu öffnen, sodass bewältigungsorientierte Suchprozesse angeregt werden können.

So kann die Hypnotherapie einerseits, „dissoziative“ Interventionen zur Ablenkung von „Störreizen“ einsetzen und andererseits „assoziativ“ erhellende Suchprozesse im „Unbewussten fördern.

Manche Tinnitusbetroffenen profitieren mehr von der Dissoziation, wie z.B. eine Patientin, welche in der Vorstellung die Wassermenge eines laut plätschernden Brunnens reduzierte, um wieder mehr Ruhe erleben zu können.

Eine weitere Patientin empfand Erleichterung, indem sie ihr Ohrgeräusch laut und ärgerlich zur Ruhe ermahnte und sozusagen „wegschickte“.

Andererseits können auch „assoziative oder projektive Übungen“ Lösungen anregen:

Ein äußerst tinnitusbelasteter Unternehmer, welcher sich kurz vor seinem Ruhestand befand, empfand überraschend erleichternde Ruhe mit der Vorstellung, sein Enkelkind in den Armen zu sehen. Er kam daraufhin auf die Idee, zukünftig wieder familienorientierte Lebensinhalte zu erschließen.

Eine andere Patientin fuhr in der Imagination mit einer faszinierenden nostalgischen Eisenbahn nach Italien, was ihr ermöglichte, das Ohrgeräusch sozusagen zu reframe (in einen positiveren Bezug zu erleben).

Die Teilnehmer in meinem Gruppenprogramm kneten ihren Tinnitus und bekommen danach die Aufgabe, ihre Knetfigur den anderen Teilnehmern wie in einem Bazar anzupreisen und „loszuwerden“. Die im Gruppenkontext erlebten Interaktionen und Reaktionen führen bei den meisten Teilnehmern zu Überraschungen über die spontanen Ideen und zu neuen Sichtweisen.

Individuelle Trance- und Phantasie Reisen, angereichert mit vielfältigen dissoziativen und auch assoziativen Techniken, werden jedoch

eher im geschützten Rahmen der Einzelsitzung wertvolle Erkenntnisse bringen.

3. 3. Veränderung der Einstellung zum Tinnitus

Das verhaltenstherapeutische Programm sieht den ersten Schritt zur Akzeptanz in der Information und Aufklärung der Störung: organische Grundlagen sowie Hinweise, dass Tinnitusphänomene per se keine Einschränkungen in der Lebenserwartung zur Folge haben, sollen für psychische Erleichterung sorgen.

Des Weiteren sollen Gedanken-, andere Sammlisten und Tinnitustagebücher nach verhaltenstherapeutischer Weise dazu dienen, aufrechterhaltende Bedingungen zu finden und zu verändern.

Für viele Tinnitusbetroffene kann dies besonders in der Anfangsphase der Behandlung zu einer Verstärkung der Symptomatik führen, da die Aufmerksamkeit auf den Tinnitus noch verstärkt wird.

Hypnotherapeuten sind erfahren mit indirekter Kommunikation und im Umgang mit der metaphorischen Ebene, verwenden therapeutische Geschichten und können den Betroffenen dadurch effektiv und individualisiert helfen.

Die Säuglingsforschung weist darauf hin, dass verbale Therapieformen mittels einer metaphorischen Sprechweise und der Förderung innerer Bilder dem Patienten zu einem tieferen Verständnis verhelfen können. Spiegelungen in einem anderen Wahrnehmungskanal können eine starke, entwicklungsfördernde Potenz entfalten (Milch 2003).

Auch Erickson pflegte allgemeine Alltagserfahrungen exemplarisch für den Umgang mit Symptomen einzusetzen.

So haben viele Tinnitusbetroffene ihre Fähigkeit zur Habituation (Gewöhnung an Reize) verlernt. Die Erinnerung an die Fähigkeit, beispielsweise den Druck der Kleidung, der Brille oder Schuhe die meiste Zeit des Tages zu vergessen, erleichtert auch die Vorstellung, sich an Geräusche wie das Ticken einer Uhr oder einer Heizungsanlage ohne Mühe gewöhnen zu können, anstatt sich ständig über die Ohrgeräusche aufzuregen.

Dysfunktionale Gedanken, können Tinnitusbeschwerden verstärken (z.B. „es wird immer schlimmer“..., „das Ohrgeräusch zerstört mein Leben“...).

Die tranceinduzierende Wirkung therapeutischer Geschichten und innerer Bilder scheint in der Tat eine Umkehr der üblichen Verarbeitung

von Wörtern und Vorstellungsbildern mit sich zu bringen. Lassen sich nun Vorstellungen von Bewältigung in Form von Geschichten oder der metaphorischen Ebene erleben, kann diese trancefördernde Verarbeitung verhelfen, das kritische Bewertungssystem und die dysfunktionalen Einstellungen sozusagen zu umgehen. („Wir glauben, was wir sehen“ nach Spiegel/Kosslyn 2004, sowie Halsband 2004)

Eingestreute Lösungsideen erzeugen weitaus weniger Widerstand und berücksichtigen die Individualität des Patienten.

Die Verwendung therapeutischer Metaphern kann die so genannte „kognitive Unstrukturierung“ eleganter ermöglichen, auch weil sie im Allgemeinen eine hohe Akzeptanz beim Patienten findet.

Bei Revenstorf (1997) fand ich eine Geschichte von Erickson.

Fabriklärm

Während des Studiums kam er, so erzählt Erickson, auf dem Weg zur Universität immer an einem bestimmten Fabrikgebäude vorbei. Das Tor stand meist weit offen und er konnte hineinschauen. Die vielen Maschinen machten einen enormen Lärm. Erickson war verwundert, als er feststellte, dass sich die Arbeiter unterhielten, obwohl er selbst bei dem Lärm kein Wort verstehen konnte, auch wenn er nahe heranging. Das machte ihn neugierig.

Eines Tages fragte er den Werksleiter und erhielt die Erlaubnis, in einer sicheren Ecke in der Halle zu schlafen. Die Leute belächelten den „komischen Kauz“. Trotz des Lärmes schlief er nach einiger Zeit ein und wachte erst nach einigen Stunden wieder auf. Er stand auf und ging zu den Arbeitern an den Maschinen und verstand diesmal jedes einzelne Wort.

Seine Ohren hatten gelernt, das Unwichtige auszublenden. Und was die Ohren können, können auch die Augen und die Haut.

Aus dem Internet habe ich folgenden Erfahrungsbericht, den ich zuweilen vorlese.

Ein oder eine Tinnitusbetroffene schreibt:

„Heute bin ich dankbar, dass meine Töne nicht problemlos von heute auf morgen verschwunden sind. Diese Leidenszeit hat es mir ermöglicht, wichtige neue Erfahrungen zu machen. Der Tinnitus hat mich wachgerüttelt und mich damit ermutigt, ganz neue Lebensmöglichkeiten ins Auge zu fassen und letztendlich habe ich dadurch an Lebensqualität und Kraft gewonnen. Geholfen hat mir dabei auch sicher-

lich die menschliche Unterstützung, und der Austausch mit anderen Betroffenen und Ihren Umgang mit dieser Krankheit.

Inzwischen gelingt es mir meistens, den Tinnitus zu überhören. Auch jetzt bin ich natürlich nicht vor „Rückschlägen“ gefeit und befinde mich weiterhin in einem Lernprozess. Aber das Ohrgeräusch hat nicht mehr die Macht, mich derartig aus der Bahn zu werfen.

Vielleicht verliert der ‚Mahner‘ auf diesem Weg auch irgendwann seine Funktion.“

Auch Kröner-Herwig leitet ihr TBT mit der Geschichte der Steinpalme ein.

Ein Araber war krank und zweifelte am Sinn des Lebens. Als er in einer Oase einen jungen, noch kleinen Palmbaum sah, nahm er einen dicken Steinbrocken und legte ihn der jungen Palme mitten in die Blattkrone. Soll auch sie sehen, wie sie damit fertig wird. Die Palme versuchte, die Last abzuwerfen. Sie schüttelte sich im Winde. Vergebens. Da wuchs sie tiefer und fester in den Boden, um stärker zu sein. Und wirklich, ihre Wurzeln erreichten neue Wasseradern. Diese Kraft aus der Tiefe und die Sonne aus der Höhe machten sie zu einer starken Palme, die auch den Stein im Weiterwachsen mittragen konnte.

Nach Jahren kam der Mann wieder, um nach dem Baum zu sehen. Da sah er eine besonders hochragende Palme im Wind schwanken, und in der Krone trug sie den Stein. Und wie sie sich im Winde neigte, schien sie ihm zu sagen: »Ich muss dir danken! Die Last hat mich über meine Schwäche hinauswachsen lassen.«

Im fortgeschrittenen Verlauf der Behandlung können sich die Betroffenen leichter öffnen für eine effektivere Auseinandersetzung mit den Ohrgeräuschen, wie z.B. anhand des Arbeitsblatts von Kröner-Herwig:

Stellen Sie sich vor, morgen kommt ein Medikament auf den Markt, das Ihnen den Tinnitus ein für allemal „wegmacht“:

1. Was würde sich positiv in Ihrem Leben verändern?
2. Gäbe es auch Veränderungen, die für Sie nachteilige Folgen hätten, d.h. würden durch den Wegfall des Tinnitus auch Probleme auftauchen, die Sie jetzt nicht haben?

Ich verwende ergänzend die schriftliche Übung: „Wenn Ihr Ohr sprechen könnte, was würde es heute zu Ihnen sagen“.

Die spontan erfahrenen Phantasien und Ideen können auf ökonomische Art rasch aufrechterhaltende Bedingungen aufspüren.

So eine Patientin, die sich in der Auseinandersetzung mit ihren Kindern gerne souverän und gelassen vorstellte und dabei zu der Erkenntnis gelangte, unter welche unerfüllbaren Ansprüche sie an sich stellte und gerade der Tinnitus ihr „Ausrutscher“ erlaubte.

Ein anderer Teilnehmer erlaubte sich kaum mehr auszuschlafen und vermehrt Zeit in frischer Luft zu genießen. Er entdeckte nach der Übung, welchen Nutzen er durch die Ohrgeräusche hatte. Danach erlaubte er sich unabhängig von den Ohrgeräuschen „Ausschlafstage“ und regelmäßige Spaziergänge im Freien und reduzierte den Einfluss des Tinnitus auf seine Lebensgestaltung.

Eine weitere Patientin spürte wieder ihre Einsamkeit, da sie nach dem Tod ihres Mannes kaum mehr was unternahm und deshalb der Tinnitus ihr Leben mehr und mehr bestimmen konnte. Daraufhin konnte sie sich wieder um neue Kontakte und Beschäftigungen in ihrem Leben kümmern.

Leider lassen sich im Gegensatz zu den beschriebenen Befunden von R. Steinriede nur sehr selten einzige Auslöser oder auch traumatische Ereignisse der Vergangenheit bei meinen Patienten finden, sondern eher multiple Bedingungsfaktoren, die sich gegenseitig potenzierten und so auf vielfältige Weise das Leiden mit Tinnitus aufrecht erhielten. Das mag auch daran liegen, dass meine Patienten nicht an akutem, sondern nach zahlreichen medizinischen Behandlungen (sozusagen „medizinisch austherapiert“) immer noch an chronisch dekompensierten Tinnitus litten.

4. Schlussbemerkung

Viele weitere hypnotherapeutische Interventionen können eingesetzt werden, das hochkomplexe Leiden mit chronisch dekompensiertem Tinnitus zu reduzieren.

Die oben beschriebenen Beispiele stellen nur einen kleinen Ausschnitt der möglichen hypnotherapeutischen Palette dar. Es soll verdeutlicht werden, dass Hypnotherapie nicht nur eigene Konzeptionen in der Behandlung verschiedener Störungen vorweisen kann, sondern auch, wie hier dargestellt, die Verhaltenstherapie bereichern kann, da gezielter auf unbewusste Verarbeitung und auch auf Widerstände in

der Behandlung eingegangen werden und das Vorgehen effizienter gestaltet werden kann.

Abschließend erwähnen möchte ich auch die Freude, die das phantasievolle Arbeiten mit Trance und dem Unbewussten macht. Die unerschöpfliche Quelle überraschender und interessanter Lösungsideen kann mich immer wieder aufs Neue verblüffen.

Über die Autorin

Niedergelassenen in verhaltenstherapeutischer Praxis in Stuttgart für Erwachsene, Kinder und Jugendliche und Gruppen,
Supervisor in Verhaltenstherapie und Hypnose,
Seit 1999 ausgedehnte Erfahrung in der Tinnitusbehandlung nach mehreren Gruppen- und Einzelbehandlungen,
Autorin von 3 Audio-CDs zur ergänzenden hypnotherapeutischen Behandlung des Tinnitus.

Internetadresse: www.straesser-strobel.de

Literatur

- Bauer, Joachim: Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg, Hoffmann und Campe 2005
- CIP-Medien. Zeitschrift für Psychotherapie Bd.8 Heft 2 2003
- Goebel, Gerhard: Tinnitus und Hyperakusis. Fortschritte der Psychotherapie Band 20, Göttingen, Hogrefe, 2003
- Kröner-Herwig: Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus. Weinheim, Beltz-Verlag, 1997
- Milch, Wolfgang: Der Einfluss der Säuglingsforschung auf zukünftige Entwicklungen der Psychotherapie
- Revenstorf, D./ Zeyer, R.: Hypnose lernen. Carl-Auer-Verlag, 1997
- Revenstorf, Dirk: Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens: Hypnotherapie, 2003
- Spiegel/Kosslyn: Glauben ist (gleich) sehen: Neurophysiologie und Hypnose in Hypnose und Kognition: Hirn und Hypnose Band 21, 2004
- Halsband, Ulrike: Mechanismen des Lernens in Trance. In Hypnose und Kognition: Hirn und Hypnose Band 21, 2004
- Steinriede, R.: Kapitel 6.6 Akuter und chronischer Tinnitus. In Revenstorf, D./Peter, B.: Hypnose in der Psychotherapie. Psychosomatik und Medizin. Springer-Verlag 2001
- Geschichten im Internet: www.zeitzuleben.de unter der Geschichtenerzähler

Psychosomatische und psychoneuroimmunologische Aspekte der Neurodermitis und die Möglichkeiten der Hypnotherapie

von Dr. med. Jens Meyer, BSc

Was eigentlich ist eine „Neurodermitis?“

Über 3 Millionen Patienten in Deutschland leiden an Neurodermitis, die in Fachkreisen als atopische Dermatitis, atopisches Ekzem oder endogenes Ekzem bezeichnet wird. Bis zu 10% der Kinder und jungen Erwachsenen sind von der Erkrankung betroffen. Neurodermitis ist eine Erkrankung des atopischen Formenkreises, zu dem auch das allergische Asthma bronchiale, der allergische Schnupfen und die allergische Bindehautentzündung gehören. Der Begriff „Atopie“ beschreibt die Veranlagung, auf eigentlich harmlose Einflüsse der Umwelt mit der Haut (Neurodermitis), der Nasenschleimhaut (allergischer Schnupfen/Bindehautentzündung) oder der Lungenschleimhaut (allergisches Asthma) empfindlich zu reagieren.

Zahlreiche „Provokationsfaktoren“ können zu einem Ausbruch oder der Verschlechterung einer Neurodermitis beitragen. Die häufigsten Faktoren sind neben der genetischen Prädisposition psychische Einflüsse („Stress“, neuroimmunologische Mediatoren), Allergene (Nahrungsmittelallergene, Aeroallergene), Umweltfaktoren (Klima, Zigarettenrauch), Irritantien (Schweiß, Textilien), Mikrobielle Faktoren (Bakterien, Viren, Pilze), Autoallergene (IgE Autoreaktivität) und hormonell bedingte Faktoren. Die Gewichtung dieser Faktoren ist jedoch von Person zu Person sehr unterschiedlich.

Der Beginn der Erkrankung liegt häufig im Kindesalter, die möglichen Verläufe jedoch reichen in ihrer Vielfalt bis hin zum spätmanifesten atopischen Ekzem, welches erst im 6. oder 7. Lebensjahrzehnt auftritt. Hinsichtlich der Rolle der Genetik und des Immunsystems in der Entstehung des atopischen Ekzems bestehen zahlreiche Erkenntnisse und Theorien, die bisher jedoch noch nicht zu einem einheitlichen pathogenetischen Konzept führen konnten.

Psychosomatische und psychoneuroimmunologische Aspekte der Neurodermitis

In einer Umfrage unter Dermatologen aus 19 europäischen Ländern waren 70% der Befragten der Meinung, dass emotionaler Stress den Verlauf einer Neurodermitis beeinflussen kann (1). Diese Auffassung, und die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen, möchte ich in den folgenden Absätzen etwas näher beleuchten.

Patienten mit Neurodermitis sind eine sehr uneinheitliche Krankheitsgruppe. Gieler schreibt: „Patienten mit Neurodermitis sind eine heterogene Gruppe ohne pauschal für alle Patienten charakteristische spezifische Persönlichkeitsauffälligkeiten (2). In Subgruppen liegen eine inadäquate Stressbewältigung, negative Kommunikation und erhöhte Erregungsniveaus vor, die eine Lösung von alltäglichen Problemen behindern.“ Hinsichtlich der Psychodynamik schreibt Gieler: „Es zeigen sich häufig Konfliktmuster, die mit dem Nähe-Distanz-Konflikt zu tun haben.“

Eine aktuelle Studie weist darauf hin, dass die 85 untersuchten Betroffenen mit Neurodermitis signifikant ängstlicher waren als die Kontrollpersonen (3). Dabei zeigte sich Angst als Wesenszug noch stärker ausgeprägt als bedingungsspezifische Ängste. Die Kernaussage der Studie jedoch ging noch über die psychische Ebene hinaus: Es zeigte sich eine Korrelation der Angst mit mehreren immunologischen Parametern wie Serum IgE Spiegeln und Th1/Th2 Ratio.

In der Verhaltenstherapie wird für die Neurodermitis ein „Juckreiz-Kratz-Zirkel“ beschrieben, in dem Problemsituationen aufgrund eines Verhaltensdefizites in Spannungsabbau und Gefühlsausdruck zu emotionaler Anspannung führen (4). Diese Anspannung wirkt sich aus auf die erlernten Reaktionen wie Juckreiz und Kratzen und die Verstärkungen wie Zuwendung und Schuldgefühle und hält den Regelkreis aufrecht. Eine Umfrage des Deutschen Asthma- und Allergiebundes (DAAB) unter mehr als 2000 Personen mit Neurodermitis zeigte zudem: Patienten mit atopischem Ekzem gehen zu spät zum Arzt.

Untersuchungen einer japanischen Gruppe zeigten für Patienten mit Neurodermitis: Das Schreiben von SMS auf einem Handy verursacht Stress und verstärkt allergische Reaktionen. Damit einhergehend ist ein Anstieg an Plasma-Neutrophilen zu messen (5). Diese Reaktionen sind durch Lachen umkehrbar. Das Spielen von Videospielen oder das

permanente Klingeln eines Mobiltelefones verursacht einen Anstieg von Substanz P und anderen proinflammatorischen Mediatoren (6). Stress durch Computerarbeit ergab eine Zunahme an allergenspezifischem IgE (7).

Die allgemeine vegetative Erregbarkeit ist bei Patienten mit Neurodermitis erhöht. Die ist jedoch nicht alleine durch das Vorliegen der Erkrankung zu erklären (8). Die Arbeitsgruppe um Prof. Kapp von der medizinischen Hochschule Hannover konnte bei Patienten mit Neurodermitis einen Anstieg zirkulierender CD8(+) T-Lymphozyten, Natural Killer Cells und eosinophiler Granulozyten durch akuten psychosozialen Stress nachweisen (9). Darüber hinaus zeigte sich eine unterschiedliche Ausprägung der stressinduzierten Immunreaktionen bei Patienten mit Neurodermitis, Psoriasis und bei gesunden Personen.

In einem Übersichtsartikel fassen Wright et al. zusammen (10): Psychosozialer Stress könnte als eine Art „Soziale Verunreinigung“ angesehen werden, die, wenn sie „eingeatmet“ wird, auf eine Art und Weise in biologische Systeme eingreift, wie dies zum Teil auch physikalische Verunreinigungen und toxische Substanzen tun. Neben akutem psychosozialen Stress spielen auch „stressbeladene Lebensereignisse“ bei der Entstehung der atopischen Erkrankungen eine Rolle (11). Inzwischen wurde auch für die Neurodermitis ein interaktionelles Vulnerabilitäts-Stress-Modell entwickelt, das die aktuelle somatische Umwelt (z.B. Allergene), die aktuelle psychische Umwelt (z.B. daily hassles, Stigmatisierung), die somatische Vulnerabilität (z.B. die genetische Anlage) und die psychische Vulnerabilität (Selbstkonzept, Abwehrmechanismen etc.) als zentrale Elemente enthält (12).

Die Liste der Untersuchungen zu stressbedingten Veränderungen immunologischer Parameter bei Neurodermitis ließe sich noch eine ganze Weile fortsetzen. Welche therapeutischen Bedeutungen ergeben sich aus den zahlreichen Ergebnissen in Hinblick auf die Hypnotherapie?

Hypnotherapie bei Neurodermitis

Es ist bekannt, dass die Neurodermitis bei gleicher Externatherapie einen signifikant besseren Verlauf nimmt, wenn die Patienten sowohl dermatologisch als auch in Entspannungstechniken geschult werden (13). Bereits 1995 wurde in dem Fachmagazin „British Journal of Dermatology“ eine wissenschaftliche Studie veröffentlicht, die die

Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Neurodermitis belegt (14). Darüber hinaus demonstrierte Dr. Reza Schirmohammadi in dem Fortbildungsvideo „Einsatz der Hypnose bei Allergien und Neurodermitis“ der Video Cooperative Ruhr eindrucksvoll, wie ein kombiniert metaphorisch-direktiver Ansatz zum Erfolg führen kann. In einer Untersuchung an einem kleinen Kollektiv von Patienten erwies sich auch ein Standard EMDR Protokoll als hilfreich (15).

Meine persönlichen Erfahrungen in der dermatologischen Praxis zeigen das gesamte mögliche Spektrum auf: Von der jungen Dame, die ich aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur mit Angststörung und spontaner Altersregression in Konfliktsituationen gar nicht erst angenommen und primär auf eine Psychotherapie verwiesen habe (wahrscheinlich erfolglos), bis hin zur erfolgreichen „Minimalintervention“ ohne erneuten Schub innerhalb 6 Monaten nach 2-maliger mehr oder weniger unspezifischer Trancearbeit. Die zusammenfassenden Erfahrungen mit Hypnose bei Neurodermitis aus unserer Praxis zeigen, dass der (Kortison-)Salben- und Medikamentenverbrauch im Allgemeinen deutlich verringert werden kann und dass die Häufigkeit und die Intensität der Schübe abnehmen.

In unserer Praxis erfolgt zunächst ein Vorgespräch, welches neben der allgemeinen Anamnese vor allem auf eine wohlgeformte Zielbestimmung und das Erkennen von Ressourcen, hilfreichen Submodalitäten und patienteneigenen Metaphern ausgerichtet ist. In dieser ersten Sitzung findet zumeist auch eine erste Trance statt. Danach werden die Hypnosesitzungen zunächst einmal pro Woche, und später in 2-wöchigen oder größeren Abständen durchgeführt. Je nach Ausprägung der Symptomatik sind ca. 8 bis 12 Sitzungen erforderlich. Weitere Termine in größeren Abständen werden je nach Bedarf vereinbart. Die Hypnotherapie lässt sich sehr gut in die hautärztliche Behandlung integrieren. So können z.B. auch unerwünschte Wirkungen von Dermatika, wie z.B. das häufige Brennen beim Auftragen von Calcineurin-Inhibitoren (Douglan® bzw. Elidel® Creme oder Protopic® Salbe), utlisiert bzw. reframed werden. Weitere komplementärmedizinische Verfahren wie z.B. die Akupunktur oder die chinesische Kräutertherapie können sehr gut mit der Hypnotherapie kombiniert werden. Besonders eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang oft die „Akupunktur-Induktion“, eine verbal-suggestiv-kinästhetische Feedbackschleife ausgehend von den Nadelempfindungen auf und in der Haut.

Ebenso vielfältig wie die Provokationsfaktoren der Neurodermitis sind auch die Anforderungen an die hypnotherapeutische Behandlung. Ein standardisiertes Vorgehen, was z.B. bei Warzen oder Herpes mehr oder weniger möglich ist, wird in vielen Fällen nicht zu durchgreifender Besserung führen. Es folgt eine kurze Darstellung verschiedener Phasen im Rahmen der Behandlung, die sich in der Praxis oft vermischen und der Eigendynamik jeder Sitzung entsprechend auch kombinieren lassen.

Phase 1. Tiefenentspannung und Ich-Stärkung

Bewährt haben sich hier Urlaubstrancen bzw. das Aufsuchen des „safe place“, oder Reisen an den Ort, an dem die Symptomatik nie auftreten würde. Unsere Patientinnen und Patienten erhalten bereits nach der ersten Sitzung mündliche und schriftliche Anleitungen zur Selbsthypnose und/oder eine vorbesprochene CD.

Phase 2. Symptomebene

Allem voran steht hier das Etablieren eines angenehmen Hautgefühls. Befindet sich die Patientin oder der Patient in einem akuten Schub, so muss dieser Schritt als erstes erfolgen, um eine Tiefenentspannung überhaupt möglich zu machen. Hierzu können therapeutische Visualisationen, Visualisierung von Medikamentenwirkungen und das Utilisieren von Hypnosephänomenen wie z.B. Temperaturveränderungen der Haut dienen. Alles, was sonst eventuell nur Begleiterscheinung der Trance ist, bedeutet hier Therapie und kann gezielt genutzt werden. Wichtig ist das Ausarbeiten der individuellen Submodalitäten. Für die Neurodermitis kann das bedeuten: Sonnenlicht und Meerwasser hilft, aber Schwitzen verschlechtert die Haut. Kühle ist angenehm, aber im Winter verschlechtert sich die Haut (trockene Luft, Hausstaubmilbenallergie). Licht kann die Haut selten auch verschlechtern (sogenanntes photoaggraviertes atopisches Ekzem). In Trance kommen die individuell hilfreichen Bilder jedoch von allein: die eiskalte Dusche, das Trinken des heilenden Saftes, diese besondere Creme, das einzigartige Licht. Die einzelnen gefundenen Aspekte können sowohl für die Selbsthypnose zu Hause als auch für die Arbeit auf der kausalen Ebene hervorragend genutzt werden. Direktive („Es geht Ihrer Haut immer besser und besser“) und posthypnotische Suggestionen zum Ende der Sitzung sind wichtiger Bestandteil jeder Trance. Die „Symptomebene“ lässt sich hervorragend verknüpfen mit ersten metaphorischen Geschichten.

Phase 3: Kausalebene

Auf der Kausalebene erfolgt die Arbeit entsprechend der individuellen Situation und der Therapieplanung (Progression in den Lösungszustand, Regression in die Entstehungssituation, Assoziation von Ressourcen, Dissoziation von überwertigen Erfahrungsaspekten, Transformation/Reframing) sowie ausgerichtet auf den Grad der Offenheit für das Thema „Haut & Psyche“. In dem Kontext einer Hautarztpraxis, in der die Hypnose nur als Selbstzahlerleistung angeboten werden kann, teilen sich die Patientinnen und Patienten vor allem in zwei Gruppen: Erstens: „Psychotherapie kommt für mich nicht in Frage“ und zweitens: „Psychotherapie (ohne Hypnose) hatte ich schon, ohne durchgreifenden Erfolg.“

Das Prinzip meines Vorgehens unterscheidet sich auf dieser Ebene nicht wesentlich vom Vorgehen bei anderen „psychosomatischen“ Erkrankungen und beinhaltet die Arbeit mit Metaphern und metaphorischen Geschichten, die Arbeit mit Symbolen (z.B. externe Symptomrepräsentationen (Haut als Landschaft), Dialoge mit Symbolen), die Hypnodiagnostik (z.B. ideomotorischer Fragenkatalog nach David Cheek, modifiziert von Agnes Kaiser Rekkas (16)), Verhaltensarbeit (Ressourcentransfer in kritische berufliche oder häusliche Situation), die Arbeit am Selbstbild (z.B. Change History, Trauma-Arbeit, Timeline ReImprint) und (unbewusste) Konfliktarbeit (z.B. Unbewusstes Konflikt-Integrations-Modell (17)).

Literatur

1. Kurzen H: Die Haut als Spiegel der Seele: Fakt oder Fiktion? Akt. Dermatol. 2005; 31: 431-439.
2. Harth W, Gieler U: Psychosomatische Dermatologie. Springer 2005.
3. Hashizume H et al.: Anxiety accelerates T-helper 2-tilted immune responses in patients with atopic dermatitis. Br. J. Dermatol 2005; 152: 1161-1164.
4. Kossak HC: Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Beltz PVU 2004.
5. Kimata H: Laughter counteracts enhancement of plasma neurotrophin levels and allergic skin wheal responses by mobile phone-mediated stress. Behav Med. 2004 Winter; 29 (4): 149-52.
6. Kimata H: Enhancement of allergic skin wheal responses in patients with atopic eczema/dermatitis syndrome by playing video games or by a frequently ringing mobile phone. Eur J Clin Invest. 2003 Jun; 33 (6): 513-7.
7. Kimata H: Enhancement of allergic skin wheal responses and in vitro allergen-specific IgE production by computer-induced stress in patients with atopic dermatitis. Brain Behav Immun. 2003 Apr; 17 (2): 134-8.

8. Seiffert K, Hilbert E, Schaechinger H, Zouboulis CC, Deter HC: Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis. *Dermatology*. 2005; 210 (4): 286-93.
9. Schmid-Ott G, Jaeger B, Adamek C, Koch H, Lamprecht F, Kapp A, Werfel T: Levels of circulating CD8(+) T lymphocytes, natural killer cells, and eosinophils increase upon acute psychosocial stress in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2001 Jan; 107 (1): 171-7.
10. Wright RJ, Cohen RT, Cohen S: The impact of stress on the development and expression of atopy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005 Feb; 5 (1): 23-9.
11. Kilpelainen M, Koskenvuo M, Helenius H, Terho EO: Stressful life events promote the manifestation of asthma and atopic diseases. *Clin Exp Allergy*. 2002 Feb; 32 (2) :256-63.
12. Raap U et al.: Atopische Dermatitis und psychischer Stress. *Hautarzt* 2003; 54: 925 – 929.
13. Ehlers A et al.: Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J. Consult Clin Psychol* 1995; 63 (4): 624-635.
14. Stewart AC et al.: Hypnotherapie as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *Br. J. Dermatol.* 1995; 132: 778-783.
15. Gupta MA, Gupta AK: Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *J Cutan Med Surg*. 2002 Sep-Oct; 6 (5): 415-21. Epub 2002 May 13.
16. Kaiser Rekkas A: Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Carl-Auer-Systeme Verlag 2001.
17. Grochowik K: Das NLP Master Handbuch. Junfermann 1999.

Hypnose bei einer gehörlosen Frau mit chronischem Unterbauchschmerz

Ein Fallbericht

von Walter Tschugguel

Einleitung

Nur wenige Berichte existieren über die Durchführung hypnotherapeutischer Interventionen bei gehörlosen Patienten. So wurde eine hypnotische Trance bei einer jungen, gehörlosen Frau mit multipler Persönlichkeitsstörung induziert, indem der Operator mittels wiederholter Anwendung der Fingersignale „R-E-L-A-X“, sowie Patientensynchroner Atmung automatisches Schreiben als Substrat der ersten Begegnung mit der alternativen Persönlichkeit einsetzte (Bowman und Coons, 1991). Über die klinischen Ergebnisse des gewählten Verfahrens existieren keine Belege. Weiters wurden zwei gehörlose Kinder mittels Zeichensprache in Selbsthypnose unterrichtet, um imaginative und metaphorische Elemente hinsichtlich gewünschter Zielvorstellungen und Egostärkung autonom einsetzen zu können (Kohen et al., 1998). Dadurch konnte das elfjährige Mädchen ihre multiplen Warzen eliminieren, während der neun Jahre alte Junge, bei dem eine milde Entwicklungsstörung diagnostiziert wurde, imstande war, seine Muskelspasmen unter Kontrolle zu bringen. Matthews und Isenberg verglichen in ihren Untersuchungen die Hypnotisierbarkeit gehörloser Patienten mittels standardisierter Fragebögen und Evaluierungsskalen. So zeigten sie, dass zwischen dem Einsatz von Zeichensprache zur Tranceinduktion bei gehörlosen Patienten und dem Einsatz normal-sprachlicher Techniken bei gesunden Patienten zum Erreichen einer definierten Trancetiefe kein Unterschied bestand (Isenberg und Matthews, 1991), bei allerdings größerem Widerstand der Gehörlosen verglichen mit Gesunden gegenüber dem Operator (Matthews und Isenberg, 1992). Dieser letztgenannte Befund könnte, gemäß Spekulation der Autoren, Ausdruck der Tatsache sein, dass der Operator hören konnte. In einer späteren Studie konnte dieser Unterschied nicht belegt werden (Matthews und Isenberg, 1995), einem Ergebnis, das sich mit Daten einer weiteren Arbeitsgruppe deckte (Repka und Nash, 1995).

Im Folgenden erlaubt sich der Autor, den Fall einer seit Geburt gehörlosen Patientin, die den Autor aufgrund seit sieben Jahren bestehender Unterbauchschmerzen in der Schmerzambulanz der Wiener Klinik für Frauenheilkunde aufsuchte, zu berichten. Der Autor stellt den Therapie-Verlauf konsekutiv innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten dar. Dabei werden auch die Aussagen der Patientin in konsekutiver, nicht geordneter Abfolge wiedergegeben, damit der Leser Gefühl für die tatsächlichen Abläufe entwickeln kann.

Fallbericht

Frau B., 31 Jahre alt, suchte vor ihrem Besuch beim Autor ihren niedergelassenen Frauenarzt auf. Dort berichtete sie über seit sieben Jahren bestehende, permanente unklare Unterbauchschmerzen, ausgeprägte Menstruationsschmerzen, immer wieder geblähten Bauch, sowie Schmerzen bei der Defäkation. Der Facharzt konnte bei der Gynäkologischen Untersuchung keinerlei organische Anhaltspunkte ihres Beschwerdebildes finden und wies die Patientin der Infektionsambulanz der Wiener Klinik für Frauenheilkunde zu. Im Rahmen der vom Facharzt der Infektionsambulanz erhobenen Anamnese zeigte sich ein unauffälliger Menstruationszyklus von 28/5 Tagen, keinerlei Vorliegen von Allergien, keinerlei Medikamenteneinnahme, ein Zustand nach Abbruch einer Schwangerschaft, über dessen Zeitpunkt die Patientin keine Angaben machte, und ein Zustand nach Bauchspiegelung vor zehn Jahren wegen unklarer Unterbauchschmerzen. Dabei habe man Verwachsungen gefunden, die chirurgisch gelöst wurden, wodurch sich die Beschwerden aber nicht besserten. Weiters leide Frau B. seit vielen Jahren an Migräne. Der Gynäkologische Status war bis auf eine leichte Druckschmerzhaftigkeit im Bereich beider Eierstockklogen unauffällig. Infektionsabstriche und Endometriose Serum-Marker wurden abgenommen und die Patientin mit einem Rezept für ein nicht-steroidales Analgetikum, welches perimenstruell einzunehmen wäre, bis zur Befundbesprechung sechs Tage später nach Hause entlassen. Sechs Tage später erfuhr die Patientin im Beisein einer Gebärdensprachdolmetscherin vom Arzt der Ambulanz, dass die Infektionsabstriche sowie die Endometriose Serum-Marker unauffällig wären. Weiters wurde ihr in einem ausführlichen Gespräch mitgeteilt, dass vor zehn Jahren im Rahmen der Bauchspiegelung kein Substrat für den chronischen Unterbauchschmerz entdeckt wurde, die Schmerzsymptomatik eher durch die Blähungen und die Rückenschmerzen verursacht sein

dürften und die Schmercharakteristik keinerlei Kennzeichen typischer Unterbauchschmerzen aufweise, sodass vorerst von einer weiteren Bauchspiegelung Abstand zu nehmen wäre und die Patientin stattdessen in die vom Autor geleitete Schmerzambulanz zuzuweisen wäre. Es wurde hinzugefügt, dass bei fehlender Besserung der Symptome von Seiten der Schmerzambulanz jederzeit eine weitere Bauchspiegelung möglich sei.

Zwei Monate danach wurde die Patientin in der Schmerzambulanz beim Autor des gegenwärtigen Berichts vorstellig. Nach der Anmeldung beim Schalter wurde die Patientin gebeten, einen in der Schmerzambulanz für Patientinnen mit Chronischem Unterbauchschmerz ausliegenden Fragebogen (s.u.) auszufüllen. Der von der Patientin ausgefüllte Fragebogen wurde noch vor Sichtung der Patientin durch den Autor dem Autor durch die Ambulanzschwester überreicht.

Eigenbeschreibung der Patientin mittels Fragebogen

Der Fragebogen enthält genaue Fragen über die Gynäkologische Anamnese, Schulbildung, Beruf, Familienstand, Familienanamnese, genaue Lokalisation der Schmerzen, sowie eine Skizze zur zeichnerischen Angabe der Schmerzlokalisation, quantitativen und qualitativen Angaben über die Schmerzcharakteristik, einem Visual Analog Scale (VAS, 0-10) hinsichtlich mehrerer Schmervariablen (durchschnittliche Schmerstärke des letzten Monats, maximale Schmerzintensität, geringste Schmerzintensität, Behinderung im Beruf, Gesellschaftsleben/Freizeit, Familienleben/Haushalt) sowie allgemeiner Angaben über die Befindlichkeit hinsichtlich der Werte „gut und „schlecht“. Weiters werden Fragen zur Anzahl der Besuche bei welchen Ärzten und wie häufig erhoben, sowie Fragen hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit und deren etwaiger Minderung, sowie bisheriger medikamentöser (mit Angabe der Art, Dosis, Einnahmedauer) und nicht-medikamentöser Interventionen gestellt. Mittels einer Symptom-Checkliste für Somatisierung (Trait-Version SCS-T) werden alle bisher nicht ausreichend ärztlich begründete Symptome erfragt und mittels „0“ (beschwerdefrei) bis „5“ (sehr starke Beschwerden) angegeben. Mittels des Beck-Depression-Inventary wird die depressive Ko-Morbidität erfasst, mittels der STAIG-G Form X1 und X2 wird die Selbstbeschreibung, mittels des Pittsburgher Schlafqualitätsindex die Schlafqualität, mittels des WHOQOL-Bref die Lebensqualität und mittels IRLSSG-Fragebogens das mögliche Vorliegen eines Restless Leg Syndroms erfasst.

Die Patientin machte die folgenden schriftlichen Angaben im Fragebogen, wobei sie beim Ausfüllen des Fragebogens von niemandem unterstützt wurde: sie beschrieb ein Stechen im Unterbauch, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Schmerzen im gesamten Magen-/Darmbereich, starken Harndrang in der Nacht (bis zu 3-4 x/Nacht), Blähungen, öfters ein Druckgefühl, Mundgeruch, Rückenschmerzen, die Lebensqualität sei maximal beeinträchtigt (VAS Score 10), sie verhüte mittels hormoneller Kontrazeption (Vaginalring) und habe gleichzeitig keinen Kinderwunsch und doch Kinderwunsch, sie sei eine ledige Angestellte, in ihrer Familie hätte niemand chronische Schmerzen, die Hauptbeschwerdepunkte wären im Mund/Gesicht/Kopf/Bauch/unterer Rücken/Gesäßbereich, v.a. in den Muskeln, beim Einzeichnen kreuzte die Patientin aber lediglich kreisförmig den Bauch und punktuell den Rücken an, nicht aber Kopf- und Nackenbereich. Die Beschwerden träten täglich auf, dauerten Stunden und wären gleich bleibend und gleichzeitig unterschiedlich stark, seien stärker und häufiger geworden und träten wiederholt ohne erkennbare Regelmäßigkeit mit einem maximalen VAS Score von 7 auf. Die Patientin war bei zahlreichen Ärzten der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Neurologie und Gynäkologie. Sie ist aufgrund ihrer Gehörlosigkeit zu 80% erwerbsgemindert, beabsichtige aber nicht, einen Rentenanspruch zu stellen. Zur Linderung der Beschwerden wurden bisher Massagen, Medikamente, Operationen und Psychotherapie angewandt, aber alles ohne Erfolg. Manchmal nehme sie Medikamente gegen ihre Migräne ein, dies helfe allerdings nicht. Mittels der Somatisierungsliste (SCS-T Version) beschrieb sie mittelgradige Unterleibs- und Rückenschmerzen, starke Schmerzen im Brustkorb, sehr unangenehme Empfindungen im Genitalbereich, starkes Völlegefühl und Blähungen, sehr starkes Druckgefühl und Unruhe im Bauch, sehr starke Nahrungsmittelunverträglichkeit, extrem verschwommenes Sehen, sowie starke Ohrgeräusche, bei angeborener starker Schwerhörigkeit. Sie leide unter starkem Gedächtnisverlust, extrem starken Sehen von Doppelbildern, extrem schlechtem Geschmack im Mund, starker Mundtrockenheit, sehr häufigem Harndrang, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, sexueller Gleichgültigkeit, starkem Ermüden, Entspannungsunfähigkeit, extremen Schlafstörungen und also insgesamt sehr starkem Krankheitsgefühl. Kein Arzt konnte bisher eine ausreichende körperliche Ursache ihrer Beschwerden feststellen. Der Beck Depression Inventory ergab einen Score von 44 Punkten auf einer Skala von 0 (keinerlei Depressivität) bis 85 (= hochgradige Depressivität). Die Selbstbeschreibung mittels STAIG Form X1 und X2 war hochgradig negativ. Der Pittsburgher

Schlafqualitätsindex ergab eine effektive Schlafzeit von maximal vier Stunden/Nacht, weil sie immer wieder die Toilette aufsuchen müsse und zusätzlich morgens viel zu früh aufwache. Die Schlafqualität sei die am schlechtesten mögliche, sie nehme > 3 x/Woche Schlafmittel ein. Der Partner ist durch ihre Schlafstörungen nahezu nicht gestört. Die Lebensqualität wurde insgesamt als sehr schlecht empfunden, eine Restless Leg Symptomatik läge nicht vor.

Erstgespräch des Autors mit der Patientin

Das Erstgespräch zwischen Patientin und Autor erfolgte im Beisein einer von einer öffentlichen Einrichtung finanzierten Gebärdensprachdolmetscherin. Im Rahmen dieses Gesprächs machte die Patientin im Wesentlichen Angaben, wie oben im Fragebogen erwähnt. Hinzu erklärte die Patientin, wenn sie beim Geschlechtsakt mit ihrem Freund obenauf wäre, hätte sie bereits bei bloßer Berührung ihrer Vulva durch den Penis des Freundes Schmerzen bis zu einem VAS Score von 7. Sie hätte niemals körperliche oder sexuelle Gewalt erlitten. Sie hätte eine gehörlose Schwester und einen Bruder, der hören kann, beide Eltern wären gehörlos, der Vater starb an einem Herzinfarkt, als die Patientin acht Jahre alt war, mit der Mutter hätte sie ein gutes Verhältnis. Seit einem Monat stehe sie unter psychotherapeutischer Behandlung bei einer klinischen Psychologin, die Gebärdensprache spricht. Auf die Frage nach ihren bisherigen Beziehungen gab sie an, bis vor zwei Jahren durch insgesamt zwei Jahre hindurch mit einem gehörlosen Partner zusammen gewesen zu sein, der sich, wie sie sagte, als mentaler Sadist erwiesen hatte, indem er „von Feuer im Kopf erzählte und mich wirklich quälte, dabei hatte ich immer Angst, dass die Wohnung brennt, dann kam es zur Trennung, seither ist dieses Gefühl besser“. Davor hätte sie seit dem 21. Lebensjahr eine Beziehung zu einem Mann gehabt, der sie permanent betrogen hätte. Mit diesem Mann hätte sie ihren ersten Sex gehabt, die Beziehung wäre gut gewesen, dauerte aber nur fünf Jahre, da er ein notorischer Schürzenjäger gewesen wäre, wie sie sagte. Aufgrund der nunmehr offen liegenden Zusammenhänge zwischen Beschwerden und bisherigem Patientenerleben befragte der Autor die Patientin nach der von ihr selbst vermuteten Ursache ihrer Beschwerden. Die Patientin gab an, sie hätte keine schöne Kindheit gehabt, der Vater hätte viel getrunken, sie hätte keine Verwandten, da alle gestorben seien, ihre Mutter käme aus einem Nachbarland, die Familie des Vaters wohne in einem anderen Teil der Welt. Der Vater hätte sie (entgegen ihrer anfänglichen Angaben) und ihre Geschwister immer wieder geschlagen,

glücklicherweise sei die Patientin vom 5. bis 18. Lebensjahr im Heim gewesen, aber am Wochenende erwarteten sie Schläge auf den Kopf und auf den Rücken, v. a. nach Problemen, die die Patientin mit anderen Menschen hatte und von denen der Vater erfahren hatte. Diese Probleme erörterte die Patientin allerdings nicht explizit.

Herstellung des für die spätere Hypnose erforderlichen Therapie-rahmens durch Fragen und Bemerkungen, die implizit aber nicht explizit das Patientenerleben reorganisieren und auf das Therapieziel fokussieren

Die *kursiv gesetzten Teile* sind in deutlichem, klaren Ton gehalten, die *fett gedruckten Teile* in eher getragener, langsamer, bedeutungsvoller Sprache, die vielfachen Ebenen der gewählten Worte ansprechend.

Legende: Autor = A; Patientin (Frau B) = P

(Anmerkung: das folgende Gespräch wird noch unter Vermittlung der Gebärdendolmetscherin geführt)

A: Was passiert, wenn Sie *Gefühle haben, die sich nach außen ausdrücken* wollen, aber *nicht dürfen*?

(P läuft rot im Gesicht an, lächelt und macht eine mit beiden Armen nach oben ausladende Bewegung.)

A: Möchten Sie sich *nicht einen Kochtopf vorstellen*, in dem *Ihr heißes Wasser nur so brodelt* und über dem *man* eine straffe Zellophanhülle *befestigt*?

(P lacht und nickt rascher, als die Dolmetscherin übersetzt, ihr Gesicht ist ganz rot.)

A: Was passiert, wenn es *drinnen nur so kocht* und die *Zellophanhülle ist darüber*?

(P wiederholt die ausladenden Bewegungen nach oben und ist dabei ganz rot im Gesicht, dabei ist ihr Gesichtsausdruck fragend)

A: Der *Bauch und viele anderen Anteile des menschlichen Körpers sind von ganz vielen, zahlreichen, glatten Muskelzellen untersetzt, die sind wie eine Zellophanhülle und spannen sich über den Hohlräumen an, indem das, was uns gesagt wird, nicht hinaus darf, was hinein gegeben wurde. Dann stimmt die Rechnung einfach nicht, nicht wahr?*

P nickt und fragt: Ja, aber was soll ich jetzt tun?

A: *Wollen Sie das wirklich herausfinden?* (Pause) *Wenn Sie möchten,*

können Sie mittels Hypnose lernen, einen gleichmäßigen Zustand zwischen ihrem inneren Empfinden und ihrer äußeren Präsentation erlernen, damit die Rechnung stimmt, nicht wahr?

P und Dolmetsch fragen sich jetzt gemeinsam, wie das funktionieren soll.

A: *Früher (Pause) und das ist schon sehr lange her, da wurde mal gefragt, was vor dem gesprochenen Wort da war, damit Sprache möglich ist, es wurde also gefragt, wie konnte das Wort überhaupt entstehen? Da wurde einfach gesagt, es sei die Idee gewesen, der eine Bedeutung innewohnt, die dann in der Form des Wortes ihren körperlichen Ausdruck findet (lange Pause) und (Pause) mir fällt da gerade auf, Sie haben ja ohnehin Ihren eigenen Körper in dem etwas (Pause) zum Ausdruck kommen kann? Macht das Sinn* (an beide gerichtet)?

P und die Dolmetscherin nicken, wobei P freudig erregt wirkt, während die Dolmetscherin optimistisch verwirrt wirkt.

A (nur zur Gebärdendolmetscherin gewandt und sehr beiläufig gesprochen und also daher nicht markiert): Wir können einen Termin vereinbaren, wo Sie bitte auch mitkommen, aber nur für den Anfang und nach dem Ende der Hypnose. Ist Ihnen das möglich? In der Hypnose selbst möchte ich mit Frau B. gern allein arbeiten, also nur sie und ich gemeinsam in jenem Raum, ist das so in Ordnung (an beide gerichtet)?

Beide nicken, als wäre das die natürlichste Sache der Welt, und der Termin wird vereinbart.

Es wird beiden beiläufig und routineartig mitgeteilt, dass voraussichtlich vier bis sechs ungefähr eine Stunde dauernde Sitzungen im Abstand von einigen Wochen zueinander erforderlich wären, die Sitzungen seien aber nur der unwichtigste Teil, das Wichtigste passiere zwischen den Sitzungen, autonom, aus der Patientin selbst als überraschende Erfahrungen, die einige unplanbare, nicht-intendierte Veränderungen nach sich ziehen würden, wobei die Patientin so nebenbei gefragt wird, ob sie denn auch damit einverstanden sei, dass solche Veränderungen erfolgen, von denen sie vorher nicht weiß, was nachher passiert? Darauf gibt die Patientin ihre ausdrückliche, freudige Zustimmung.

A verabschiedet sich jetzt von beiden, und P hat eine merklich aufrechtere Körperhaltung beim Verlassen der Ambulanzräumlichkeiten.

Ablauf der ersten Hypnose-Sitzung, 12 Tage nach dem Erstgespräch

Mittels Übersetzung durch die Gebärdensprachdolmetscherin wurde der Patientin beiläufig erklärt, sie könne sich auf den bereitgestellten bequemen Lehnstuhl setzen. Dort könne sie einfach sitzen und brauche den Autor gar nicht zu beachten. Sie werde mit jedem weiteren Moment, der dabei vergeht, eine zunehmende Müdigkeit verspüren, sodass sie sich fragen werde, wie bald sie ihre Augen schließen werde, und das sei ein autonomer Prozess, der spontan einsetze, sie brauche sich darum gar nicht zu kümmern. Weiters werde sie bemerken, wie ihr zahlreiche Fragen durch den Kopf gehen werden, Fragen zum Ablauf der Hypnose und was dabei wirklich passiere, wobei sie überraschend bemerken werde, dass ihr bewusster Verstand gar nicht zu wissen brauche, während ihr Unbewusstes schon weiß, was wirklich zu tun sei. Es hätte etwas mit einem Gefühl der Leichtigkeit für Hände zu tun, sie werde dann schon merken, worum es gehe. Die Patientin nickte und wurde gebeten, in jenem Sessel Platz zu nehmen. Die Dolmetscherin wurde gebeten, den Raum zu verlassen und erst auf Aufforderung des Autors hin wieder einzutreten. Sie sagte nur, sie werde die Zeit zum Lesen nutzen.

Mittels Körpersprache wurde der Patientin mitgeteilt, es sich so richtig in jenem Lehnstuhl bequem zu machen, wobei dabei sehr augenscheinlich geatmet wurde. Die Patientin folgte diesem Verhalten, worauf der Autor seinerseits im Sinne einer Rückkoppelungsschleife der Atmung der Patientin folgte und sich ein Pacing-Leading Muster zwischen beiden etablieren konnte. Dabei blinzelte der Autor ganz allmählich mit seinen Augen, worauf die Patientin ihre anfängliche Aufgeregtheit ablegte, ebenfalls blinzelte und sich eine kurze Phase des gegenseitigen Beobachtens blinzelter und geschlossener Augen abwechselte. Dabei holte der Autor mittels Körpersprache die Erlaubnis ein, die rechte Hand der Patientin zu fassen. Sie nickte und schloss ihre Augen. Der Autor führte die Hand unbestimmt und mittels leichtem Druck an verschiedenen palmaren und dorsalen Druckpunkten (Erickson und Rossi, 1981) nach oben und ein wenig nach medial, dabei brachte er die Handfläche der Patientin in eine nach oben rezeptive Position. Die durch die Patientin beibehaltene, rezeptive Position entspricht der unbewussten Akzeptanz der Zustimmung der Patientin, für sie in ihrer Rolle als Frau angenehme Erfahrungen annehmen zu lernen, also sich dem öffnen zu lernen, was gleichsam als von außen kommendes

Geschenk von ihr aufgenommen werden kann (gebärdensprachliche Kommunikate, körperliche Kontakte, etc).

Die nunmehr entstandene Katalepsie ihres rechten Armes wurde begleitet von einer ungefähr 20 Minuten dauernden Phase permanent geschlossener Augen, in der sich Atmung, Gesichtsausdruck und Haltung hin zu einer tiefen Trance veränderten. Dem Autor selbst erschienen diese 20 Minuten subjektiv wie fünf Minuten. Er selbst saß einfach nur nahezu regungslos in mittlerer Spontantrance in seinem Sessel. Im Anschluss daran bewegte sich der Autor wieder und trotz ihrer nahezu vollständigen Gehörlosigkeit bemerkte die Patientin diese Bewegungen, öffnete ihre Augen und setzte sich bei immer noch kataleptischer Hand auf, lächelte, atmete mit dem Autor gemeinsam wieder schneller und streckte sich auf entsprechende Gestik des Autors am ganzen Körper durch. Dabei machte sie einen zufriedenen Gesichtsausdruck, ihre Wangen waren gerötet. Der Autor holte die Gebärdensprachdolmetscherin in den Raum und erklärte, wobei die Dolmetscherin übersetzte, er sei jetzt fertig, alles weitere übernehme das Unbewusste der Patientin, die davon überrascht sein werde, was da alles passieren werde. Die nächste Sitzung wurde für einen Zeitpunkt vier Wochen später vereinbart.

Ablauf der zweiten Hypnose-Sitzung, vier Wochen nach der ersten Sitzung

Beim ersten Antreffen der Patientin bemerkte der Autor, die Patientin habe im Gesicht ein wenig zugenommen, sie wirkte ruhiger und zufriedener. Die Gebärdendolmetscherin berichtete über folgende Veränderungen. Der Bauch mache sich weniger bemerkbar, Kopfschmerzen und Parästhesien am Kopf seien immer noch vorhanden, das verschwommene Sehen sei nicht mehr feststellbar gewesen, sie habe jetzt keine Rückenschmerzen und auch keine Blähungen mehr. Der starke Tinnitus, unter dem sie seit vielen Jahren therapieresistent im rechten Ohr gelitten hätte, sei viel besser geworden. Zum Schlafen verwende sie manchmal noch ein Medikament. Ähnlich wie bei der ersten Hypnose wurde die Dolmetscherin gebeten, draußen zu warten. Sie hätte sich aber schon mit der Patientin abgesprochen und würde gleich nach Hause gehen, sollte diese Vorgangsweise dem Autor recht sein, was der Autor bestätigte. Er merkte nur mehr beiläufig an, der Prozess signifikanter, überraschender Veränderungen sei ohnehin schon autonom bei der Patientin im Gange, seine Aufgabe wäre es nurmehr, die Richtung des autonomen Flusses unbewusster Geschehnisse in der Patientin

zu bestätigen, der Rest verändere sich unabdingbar ganz von selbst. Mittels Armlevitation rechts wurde Trance induziert und im Wesentlichen analog wie beim ersten Mal vertieft und aufrechterhalten. Die Patientin wirkte im Anschluss an die Sitzung zufrieden. Der nächste Termin wurde vereinbart.

Ablauf der dritten Hypnose-Sitzung, vier Wochen nach der zweiten Sitzung

Die Rahmenbedingungen waren die gleichen wie bei der zweiten Sitzung. Es gehe der Patientin insgesamt besser, der Bauch sei insgesamt besser, sie habe jetzt keine Rückenschmerzen mehr, der Bauch wäre nur einmal gebläht gewesen, das Völlegefühl habe aufgehört, die Zwangsstörungen seien besser geworden, ihre Ängste seien weniger geworden. Allerdings leide sie jetzt unter Mundgeruch, ihre Parästhesien und Kopfschmerzen hätten sich noch nicht gebessert, sie leide weiters unter entsetzlichen Ein- und Durchschlafstörungen, tagsüber sei sie müde und leide an Konzentrationsstörungen. Induktion, Vertiefung und Aufrechterhaltung der Trance erfolgten analog dem ersten und zweiten Mal. Die Patientin träumte diesmal sehr intensiv, was durch heftige Augenbewegungen und deutliche Idiomotorik, v.a. ihrer beiden Beine angenommen wurde. Anschließend wirkte sie zufrieden, lachte und vereinbarte mit dem Autor die vierte und vorläufig letzte Therapiesitzung.

Ablauf der vierten Hypnose-Sitzung, sechs Wochen nach der zweiten Sitzung

Vor Beginn der vierten Sitzung berichtete die Patientin dem Autor mittels mitgebrachter Aufzeichnungen über zeitweilige Übelkeit, Gleichgewichtsstörungen, Migräne-artige Kopfschmerzen, ständiges Hungergefühl seit zwei Monaten, neuerlichen Tinnitus seit zwei Wochen, leichten Mundgeruch, leichte Schlafstörungen, die keine Schlaftabletten mehr erforderten, sowie über eine Gewichtszunahme von insgesamt neun Kilogramm auf ein derzeitiges Gewicht von 63 Kilogramm, bei 160 cm Körpergröße. Sie gab an, das Rumoren im Bauch nicht mehr zu spüren, weiters hätten sich die Schlafstörungen deutlich gebessert.

Das gesamte Tranceprozedere erfolgte analog den letzten Sitzungen. Nach dem Ende der Sitzung, bei der die Patientin dem Autor durch Körpersprache zu verstehen gab, ein eigenartiges, aber angenehmes

Gefühl an beiden Unterarmen zu verspüren, wurde sie darauf hingewiesen, dass die weiteren von ihrem Unbewussten gewünschten Veränderungen in der für sie persönlich richtigen Geschwindigkeit verlaufen würden. Dies akzeptierte die Patientin durch ein zustimmendes Nicken. Zuletzt wurde vereinbart, sie könne sich drei bis vier Monate nach jener Sitzung beim Autor melden.

Diskussion

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts umfassen einen Behandlungsrahmen von insgesamt vier Monaten. Im Gegensatz zu den in der Einleitung erwähnten Methoden anderer Autoren verwendete der Autor dieses Berichts keinerlei Zeichensprache zur Kommunikation suggestiver Elemente. Die Gebärdendolmetscherin wurde lediglich ersucht, der Patientin ein Rahmenparadigma zu vermitteln, welches zusammengefasst als Zwei-Ebenen-Kommunikation bezeichnet werden kann (Erickson & Rossi, 1976). Die Frage: „Was passiert, wenn Sie **Gefühle haben**, die sich nach außen ausdrücken wollen, aber **nicht dürfen**?“ enthält einen generellen Kontext über ihr momentanes, bewusstes Erleben („nach außen ausdrücken, ... nicht“), also dem fehlenden emotionalen Erleben auf der körperlichen Ebene, welches den bewussten Bezugs- oder Bedeutungs-Rahmen der Patientin fixiert. Die individuellen Worte und Phrasen, die zur Artikulation des generellen Kontexts verwendet wurden, enthalten ihre eigenen, individuellen und buchstäblichen Assoziationen, die nicht Teil des allgemeinen Kontexts sind. Diese unterdrückten Assoziationen bleiben unbewusst und begünstigen in der späteren Trance, während Dissoziation und Buchstäblichkeit vorherrschen, Antwortverhalten, welches das Bewusstsein überrascht (Erickson and Rossi, 1976). Der andere Teil des Satzes („Sie **Gefühle haben**, ... **dürfen**“), der die Gefühle vage und langsam anspricht, wird unter dem gewichtigen Eindruck des erstgenannten Teils bewusst als nicht im Vordergrund empfunden, „schwimmt“ also mit den buchstäblichen Assoziationen des anderen Satz-Teils untermischt mit, sodass dem Unbewussten gleichzeitig zwei Satz-Elemente unter dem äußeren bewussten Anschein vermittelt werden (Erickson & Rossi, 1976). Zusätzlich nimmt der Autor an, dass die Tatsache der kontextualen Assoziierbarkeit beider Satzteile ein neues, nach Fleischer (2003) drittes Bedeutungselement entstehen lassen könnten, welches nach dessen instantaner de-novo Synthese (wie zwei Wellenberge, die

sich überlagern und aufgrund der in der Überlagerungswelle enthaltenen kinetischen Energie große Veränderungen bewirken können, wie beispielsweise Küstenregionen zu überschwemmen) primär unbewusst reagibles Verhalten vermittelt, das der Patientin erst zu einem späteren Zeitpunkt bewusst werden könnte.

Mit dem Satz des heißen, brodelnden Wassers im Kochtopf, der Wiederholung dieser Metapher im nächsten Satz und dem anschließenden Vergleich kochenden Wassers im Kochtopf mit der Bauchhöhle und den die Bauchhöhle auskleidenden, glatten Muskelfasern vermittelte der Autor eine unschwer bewusst durchschaubare Metapher zur Fixation der Aufmerksamkeit. Dadurch wurde dem bewussten Verstand ein von der Patientin akzeptierter Bedeutungsrahmen angeboten, wodurch Widerstände erfolgreich in jenen Rahmen hinein abgeleitet werden konnten (Revenstorf, 2001). Weiters setzte der Autor das Wort „Wasser“ ein, da „Wasser“ ursprachlich metaphorisch dem zeitlichen Geschehen selbst entspricht (Weinreb, 1999). Damit wurde das gegenwärtige Erleben des Patienten-Alltags als einer zeitbezogenen, logisch-kausalen, dualistischen Ursache-Wirkungsabfolge zum Ausdruck gebracht. Gleichzeitig weiß jeder Mensch, aus dem Wasser kann man auch auftauchen und befindet sich damit gleichsam „über dem Wasser“, was nur implizit assoziiert werden könnte, aber nicht explizit ausgesprochen wurde, um unbewusstes, autonomes Handeln zu begünstigen, aber nicht durch direktives Aussprechen vorwegzunehmen und damit das unbewusste Handlungsbedürfnis in Frage zu stellen.

Die nächste Frage: „*Wollen Sie das wirklich herausfinden?*“ folgte der bisherigen Zwei-Ebenen-Kommunikation und kontextualisierte die Motivation der Patientin (*Wollen Sie...?*) (Erickson & Rossi, 1976).

Die beiden Fragen, die das „*Stimmen der Rechnung ...*“ ansprechen, befriedigen, wie dies der Autor bei seiner Formulierung intendierte, das bewusste Bedürfnis nach Gerechtigkeit im Leben, insbesondere, wenn man mit einer Patientin arbeitet, die das Gefühl hat, in vielen Segmenten ihres Lebens (Gehörlosigkeit, Unverständnis des Vaters, etc.) vom Schicksal benachteiligt worden zu sein.

Der nächste Absatz bezog sich auf die jedem Wort innewohnenden, unbewussten mehrfachen Bedeutungen. Hier ist im Besonderen ein Analogieschluss zwischen der Fähigkeit des Wortes, etwas auszusprechen und der Fähigkeit ihres Körpers, etwas auszudrücken metaphorisiert worden. Die Patientin, die aufgrund ihrer Gehörlosigkeit Worte nicht konventionell einsetzen kann, lernte, ihren „körperlichen Wortschatz“ zu erweitern, indem etwas „Sinnhaftes“ angesprochen wird, das sie

in ihrem Körper zum Ausdruck kommen lassen kann. Die Patientin akzeptierte, wie der Autor anhand ihrer Idiomotorik feststellen durfte, dass der Körper nicht nur zur Abwehr, sondern vor allem sinnvoll eingesetzt werden könne. Mit dem Einsatz des Wortes „Früher“ zu Beginn jenes Absatzes kontextualisierte der Autor die alten Erfahrungen gleichsam als Nährboden für neue Fragen und neues Entstehen, mittels konsekutiver Abfolge jener Worte, die in für das Bewusste leicht verständliche Fragen gehüllt wurden.

Die letztendlich abschließenden, beiläufigen Anmerkungen des Autors, nicht die Sitzungen seien das Wichtige, sondern vielmehr die zwischen den Sitzungen ablaufenden autonomen Veränderungen, wurden, da sowohl die Dolmetscherin als auch die Patientin bereits im Begriffe waren, den Raum zu verlassen und damit für das kognitive Verstehen aller Implikationen der vom Autor gemachten Bemerkungen nicht mehr aufmerksam genug waren, wie der Autor hier postuliert, vorwiegend ungefiltert und kritiklos aufgegriffen. Die Absicht des Autors dabei war, die volle Last der Verantwortung dem Unbewussten der Patientin zu übertragen, ein von Erickson entwickeltes Verfahren (Erickson, 1964), das der Autor hier modifiziert einsetzte.

Der Autor postuliert, dass die Hypnose-Sitzungen dazu dienten, innerhalb des vorher sorgfältig aufgebauten Rahmens, die Möglichkeiten wahrzunehmen, das vom Autor in der Patientin angeregte und damit restrukturierte und mit ihren eigenen Assoziationen angereicherte Bedeutungs-Material in einer für das Fortkommen der Patientin optimierten Weise zu ordnen (Erickson, 1962). Die Sicherheit des Autors über den spontanen Fortschritt der für die Genesung der Patientin notwendigen Veränderungen wurde auch im Rahmen der zweiten Sitzung beiläufig der Patientin gegenüber erwähnt (s. oben).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Einsatz von drei etwa eine Stunde dauernden Hypnose-Sitzungen bei einer gehörlosen Patientin, die unter seit Jahren bestehenden chronischem Unterbauchschmerz und zahlreichen Begleitsymptomen litt, ein nahezu völliges Sistieren ihrer Unterbauchbeschwerden bewirkte. Ein großer Teil der begleitenden Symptome, insbesondere die für die Patientin besonders quälenden Schlafstörungen, besserte sich ebenfalls. Diese Verbesserungen erfolgten nicht auf Basis eines bloßen Verschiebens psychosomatischer Symptome. Der Autor nimmt an, die bei der Patientin deutlich erkennbare Verbesserung ihrer Grundstimmungslage könnte den körperlichen Beschwerden den Nährboden entzogen haben.

Literatur

1. Bowman ES, Coons PM. (1991) The use of hypnosis in a deaf patient with multiple personality disorder: a case report. *Am J Clin Hypn*; 34: 68-69.
2. Kohen DP, Mann-Rinehart P, Schmitz D, Wills LM. (1998) Using hypnosis to help deaf children help themselves: report of two cases. *Am J Clin Hypn*; 40: 288-296.
3. Isenberg GL, Matthews WJ. (1991) Working hypnotically with deaf people. *Am J Clin Hypn*; 34: 91-99.
4. Matthews WJ, Isenberg GL. (1992) Hypnotic inductions with deaf and hearing subjects – an initial comparison: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn*; 40: 7-11.
5. Matthews WJ, Isenberg GL. (1995) A comparison of the hypnotic experience between signing deaf and hearing participants. *Int J Clin Exp. Hypn*; 43: 375-385.
6. Repka RJ, Nash MR. (1995) Hypnotic responsivity of the deaf: the development of the University of Tennessee Hypnotic susceptibility scale for the deaf. *Int J Clin Exp Hypn*; 43: 316-331.
7. Erickson MH, Rossi EL. (1981) *Experiencing hypnosis: theoretical approaches to altered states*, Irv. Publ, Inc. New York, p. 27-30.
8. MH Erickson, EL Rossi. (1976) Two-Level Communication and the Microdynamics of Trance and Suggestion; *Am J Clin Hypn*; 18: 153-171.
9. Fleischer M. (2003) *Wirklichkeitskonstruktion*, Universitätsverlag und Buchhandel Eckhard Richter u. Co OHG, Dresden, S. 24-31.
10. Revenstorf D. (2001) Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie. In: Revenstorf D & Peter B. (Hrsg.) (2001) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis*. Springer, Heidelberg, S 53-74.
11. Weinreb F: Zahl, Zeichen, Wort. Das symbolische Universum der Bibelsprache, Thaurus Verlag GmbH, Weiler im Allgäu, 1999, 4. Auflage, S. 68.
12. Erickson MH. (1964) Burden of Responsibility in Effective Psychotherapy
13. *Am J Clin Hypn*; 6: 269-271.
14. Erickson MH. (1962) *Seminars of the San Diego Society of Clinical Hypnosis*. Milton Erickson Foundation Press. Phoenix, AZ.

Anschrift des Verfassers

Univ. Prof. Dr. med. Walter Tschugguel
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde
 Medizinische Universität Wien
 Währinger Gürtel 18-20
 A-1090 Wien
 Tel: +43 1 40400 7828;
 Fax: +43 1 40400 7842
 E-mail: walter.tschugguel@meduniwien.ac.at

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

am: 18. November 2005
 im: Best Western Premier Parkhotel, Peter-Hartmann-Allee 4
 33175 Bad Lippspringe
 Beginn: 20:00 Uhr

Tagesordnung

- | | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| TOP 1 | Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung |
| 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 | Berufung an die Mitgliederversammlung
Vereinsausschluss Herr Dr. Kather/Frau Hirmer |
| TOP 14 | 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.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.

Anlage 1 zur Tagesordnung

Zu TOP 13 Berufung an die Mitgliederversammlung

§ 5 Beendigung der Mitgliedschaft

1. Die Mitgliedschaft endet
 - (a) mit dem Tod des Mitglieds.
 - (b) durch freiwilligen Austritt.
 - (c) durch Streichung von der Mitgliederliste.
 - (d) durch Ausschluss aus dem Verein.
2.
3.
4. Ein Mitglied kann durch Beschluss des Vorstandes aus dem Verein ausgeschlossen werden, wenn es gegen die Vereinsinteressen gröblich verstoßen hat. Vor der Beschlussfassung ist dem Mitglied die Gelegenheit zu geben, sich innerhalb einer angemessenen Frist gegenüber dem Vorstand schriftlich oder persönlich zu äußern. Der Beschluss über den Ausschluss ist dem betroffenen Mitglied mittels eingeschriebenem Brief bekannt zu geben und zu begründen. Gegen den Ausschlussbeschluss steht dem Mitglied die Berufung an die Mitgliederversammlung offen. Die Berufung muss innerhalb einer Frist von einem Monat ab Zugang des Ausschlussbeschlusses beim Vorstand eingelegt werden und verpflichtet ihn, die Berufung der nächsten Mitgliederversammlung zur Entscheidung vorzulegen. Andernfalls gilt der Ausschlussbeschluss als nicht erlassen.

TOP 1 Feststellung der ordnungsgemäßen Einberufung

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Bernd Borckmann eröffnet die Mitgliederversammlung um 20.10 Uhr und stellt deren ordnungsgemäße und fristgerechte Einberufung fest.

TOP 2 Wahl des Versammlungsleiters

Zum Versammlungsleiter wird Herr Dipl.-Psych. Winfried Schmidt gewählt.

TOP 3 Wahl des Protokollanten

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

TOP 4 Beschluss der Tagesordnung

Die Mitgliederversammlung beschließt die vorliegende Tagesordnung, die auch in der Einladung zugegangen ist.

TOP 5 Verabschiedung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung

Schriftliche oder mündliche Einwendungen gegen das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung vom 1.10.2004 in Bad Lippspringe liegen nicht vor. Der Versammlungsleiter stellt die Ordnungsmäßigkeit des Protokolls - wie publiziert in „Suggestionen 1 – 2005“ fest.

TOP 6 Bericht des Vorstandes

Der Präsident der DGH, Herr Dr. Bernd U. Borckmann berichtet von den Bemühungen, zusammen mit der Milton-Erickson Gesellschaft für Hypnose eine gemeinsame Fachzeitschrift herauszugeben.

Am 17.11.2005 ist es im Rahmen des Jahreskongresses der DGH zu einem abschließenden Gespräch gekommen, an dem neben dem Vorstand der DGH auch Herr Prof. Dr. Dirk Revenstorf und Herr Dr. Burkhard Peter für die MEG teilgenommen haben. Es wurde beschlossen, die Fachzeitschrift unter dem Titel „ZHH - Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie“ zu verlegen, die erste Ausgabe ist druckfertig und wird voraussichtlich noch vor Weihnachten erscheinen.

Die Vizepräsidentin der DGH berichtet von der Arbeit der Geschäftsstelle und der Vorbereitung auf den Jahreskongress 2005 der DGH. Der diesjährige Jahreskongress ist – auch im Verhältnis zu den Kongressen der Vorjahre – außerordentlich gut besucht. Es stellt sich das Problem, dass das Parkhotel und auch die übrigen Räumlichkeiten in Bad Lippspringe im Lippeinstitut, der Klinik Martinusquelle und dem Martinus im Park, an ihre räumlichen Kapazitätsgrenzen stoßen. Sie formuliert die Befürchtung, dass durch die steigenden Teilnehmerzah-

len die positive Atmosphäre, die die Jahrestagungen in den vergangenen Jahren prägten, partiell verloren gehen könnte. Sie bittet insoweit um Anregungen und Verbesserungsvorschläge.

Der DGH-Kongress ist durch die Psychotherapeutenkammer NRW zertifiziert; es werden die hieraus resultierenden Formalien erläutert.

Anschließend gibt sie einen Ausblick auf den vom 16.11.-19.11.2006 stattfindenden Jahreskongress „Hypnose: Brücke zwischen Körper und Seele“.

Das Thema Hypnose war im vergangenen Jahr in der Öffentlichkeit und in den Medien recht präsent, was sich auch in der steigenden Zahl von Anfragen von Journalisten niederschlägt. Der Hypnotherapie kommt ein neuer Stellenwert im Gesundheitssystem zu. Vermehrt wird auch die Frage gestellt, wie man seriöse und unseriöse Therapeuten voneinander abgrenzen und unterscheiden könne.

Die Vizepräsidentin berichtet weiter, dass der Vorstand der DGH sich im vergangenen Jahr inhaltlich mit dem Institut ICHP des „Diplomierten Hypnosetherapeuten“ Herrn Sven Frank auseinandergesetzt hat. Dieser bietet als Heilpraktiker Therapien und Fortbildungen im hypnotherapeutischen Bereich an, ohne, dass er eine ausreichende (formale) Qualifikation nachweisen könnte. Es liegen dem Vorstand wissenschaftliche Stellungnahmen von Herrn Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Tübingen und Frau Prof. Dr. Ulrike Halsband, Freiburg sowie Herrn Dr. Hansjörg Ebell, München vor. Ausweislich des Internetauftritts seines Institutes bietet Herr Frank insbesondere auch „Dauertrancen“ an, die angeblich zehn Stunden dauern und in denen acht Therapiesitzungen stattfinden sollen.

Diesbezüglich wurde Kontakt mit der Psychotherapeutenkammer aufgenommen, um die Rechtmäßigkeit des oben beschriebenen „Heilverfahrens“ zu prüfen.

Die Vizepräsidentin berichtet zudem davon, dass eine Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und autogenes Training e.V. angedacht sei; sie begrüßt Herrn Dr. Clausen, der als Präsident der DGÄHT an der Mitgliederversammlung teilnimmt und berichtet von Bestrebungen, im Jahre 2007 gegebenenfalls eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zu organisieren.

Sodann berichtet Herr Dr. Stephan Eitner von seiner Arbeit im Vorstand. In sein Ressort fällt insbesondere die Pressarbeit. In der ver-

gangenen Zeit haben insbesondere die Anfragen seriöser Medien nach Hintergrundinformationen zu Hypnose und Hypnotherapie zugenommen.

Wegen des besonderen Erfolgs im Jahre 2003 ist angedacht, auch im Jahre 2006 einen „Tag der Hypnose“ durchzuführen, auf dem die interessierte Öffentlichkeit zum Beispiel in Arztpraxen und Universitätsinstituten über Anwendungsbereiche der Hypnotherapie informiert werden soll.

Sodann berichtet Herr Dr. Peter Dünninger von seiner Tätigkeit als Herausgeber des Mitgliederorgans „Suggestionen“. Im Zuge der Umstrukturierungen bei der Veröffentlichung der wissenschaftlichen Fachpublikationen sei zwischenzeitlich ein „Vakuum“ aufgetreten, da die Fachzeitschrift „Experimentelle und Klinische Hypnose“ als Publikationsorgan ausgefallen ist. Dieses Vakuum ist dadurch gefüllt worden, dass auch in den Suggestionen entsprechende – wenn auch eher populärwissenschaftlich gehaltene – Fachartikel erschienen sind. Insoweit haben die Suggestionen qualitativ von der skizzierten Situation profitiert. Er bittet darum, auch nach Erscheinen der ZHH die Suggestionen als Mitgliederorgan der DGH nicht zu vergessen und weiterhin entsprechende Artikel zur Veröffentlichung in den Suggestionen bereitzustellen.

Sodann stellt der Schatzmeister, Herr Dr. Christoph Müller, die Haushaltssituation der DGH dar. Der entsprechende Bericht des Schatzmeisters, der in der Anlage beiliegt, ist Bestandteil des Protokolls.

TOP 7 Aussprache zum Bericht des Vorstandes

Zu dem Bericht des Vorstandes liegen keine Wortmeldungen vor. Der Versammlungsleiter ergänzt, dass die DGH durch Frau Dr. Hüsk-Janßen und ihn in der Psychotherapeutenkammer NRW repräsentiert wird.

TOP 8 Bericht der Kassenprüfer

Herr Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz stellt den Bericht der Kassenprüfer vor, der diesem Protokoll in der Anlage beiliegt. Es wurden keine Beanstandungen festgestellt, die Unterlagen sind vollständig und sämtliche Buchungsvorgänge sind korrekt erfasst.

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. Der Versammlungsleiter erläutert, welche Rechtsfolgen mit der Entlastung des Vorstandes verbunden sind und dass insbesondere eine persönliche zivilrechtliche Verantwortlichkeit der Mitglieder des Vorstandes im Regelfall entfällt, wenn diesem die Entlastung ausgesprochen worden ist.

Herr Dipl.-Psych. Sittig beantragt, dem Vorstand die Entlastung erteilen.

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

TOP 13 Berufung an die Mitgliederversammlung

Vereinsausschluss Herr Dr. Kather/Frau Hirmer

Dem Vorstand liegen schriftliche Erklärungen des Herrn Dr. Winfried Kather vom 13.11.2005 und der Frau Dipl.-Stom. Uta Hirmer, ebenfalls vom 13.11.2005, vor, mit der beide Widerspruch gegen die Beschlüsse des Vorstands der DGH vom 02.05.2005 erheben, durch die die Genannten als Mitglied aus der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. ausgeschlossen worden sind.

Der Präsident der DGH berichtet der Mitgliederversammlung von den tatsächlichen Hintergründen, die den Vorstand der DGH dazu veranlassen haben, den genannten Beschluss zu fassen. Herrn Dr. Kather und Dipl.-Stom. Hirmer sind wegen langfristig geplanter Termine nach eigener Darstellung nicht in der Lage, an der Versammlung persönlich teilzunehmen. Sie haben sich allerdings schriftlich zu der Sache eingelassen.

Der Versammlungsleiter fragt, ob ein Antrag auf Aussprache gestellt werde. Ein solcher Antrag wird nicht gestellt.

Auf Anregung des Vorstandes der DGH wird sodann die schriftliche Einlassung des Herrn Dr. Winfried Kather in ihrer gesamten Länge (14 Seiten und Anschreiben) vollumfänglich verlesen. Die Verlesung der Einlassung beginnt um 21:20 Uhr und wird bis 21:40 Uhr von Herrn Dr. Michael Hübner, Münzenberg durchgeführt, von 21:40 Uhr bis 21:55 Uhr von Frau Göritz-Möller, Sulingen und von 21:55 bis 22:02 Uhr wiederum von Herrn Dr. Michael Hübner.

Im Anschluss fragt der Versammlungsleiter, ob die Mitgliederversammlung eine Aussprache zu der Einlassung wünsche. Eine derartige Aussprache wird nicht gewünscht.

Sodann stellt der Versammlungsleiter den von Herrn Dr. Kather gestellten Antrag zur Abstimmung: Er fragt, wer für die Aufhebung des Vorstandsbeschlusses votiere, mit der Folge, dass der Beschluß des Vorstandes auf Ausschluß vom 02.05.2005 aufgehoben wird. (Damit würde Herr Dr. med.dent. Kather Mitglied der DGH bleiben).

Die Mitgliederversammlung votiert wie folgt:

Ergebnis:

Enthaltungen:

4 außerordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.3 der Satzung

3 ordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.2 der Satzung

für die Aufhebung des bezeichneten Vorstandsbeschlusses:
niemand

gegen die Aufhebung des bezeichneten Vorstandsbeschlusses:

17 außerordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.3 der Satzung

39 ordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.2 der Satzung

Der Versammlungsleiter stellt fest, dass der Beschluss des Vorstands durch die Mitgliederversammlung nicht aufgehoben wurde, sondern vielmehr unverändert Wirksamkeit entfaltet und Herr Dr. Kather aus der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. ausgeschlossen bleibt.

Sodann wird die schriftliche Einlassung der Frau Dipl.-Stom. Hirmer in ihrer gesamten Länge (6 Seiten und Anschreiben) vollumfänglich verlesen.

Die Verlesung der Einlassung beginnt um 22:12 Uhr und wird bis 22:38 Uhr von Herrn Dr. Michael Hübner, Münzenberg durchgeführt.

Im Anschluss fragt der Versammlungsleiter ob die Mitgliederversammlung eine Aussprache zu der Einlassung wünsche. Eine derartige Aussprache wird nicht gewünscht.

Sodann stellt der Versammlungsleiter den von Frau Dipl.-Stom. Hirmer gestellten Antrag zur Abstimmung: Er fragt, wer für die Aufhebung des Vorstandsbeschlusses votiere, mit der Folge, dass der Beschluß des Vorstandes auf Ausschluß vom 02.05.2005 aufgehoben wird. (Damit würde Frau Dipl.-Stom. Hirmer Mitglied der DGH bleiben).

Die Mitgliederversammlung votiert wie folgt:

Ergebnis:

Enthaltungen:

4 außerordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.3 der Satzung

1 ordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.2 der Satzung

für die Aufhebung des bezeichneten Vorstandsbeschlusses:
niemand

gegen die Aufhebung des bezeichneten Vorstandsbeschlusses:
12 außerordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.3 der Satzung
41 ordentliche Mitglieder im Sinne des § 4 Nr.2 der Satzung

Der Versammlungsleiter stellt fest, dass der Beschluss des Vorstands durch die Mitgliederversammlung nicht aufgehoben wurde, sondern vielmehr unverändert Wirksamkeit entfaltet und Frau Dipl.-Stom. Hirmer aus der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. ausgeschlossen bleibt.

Dipl.-Psych. Winfried Schmidt
Versammlungsleiter

Dr. Christian Bernd Hüskens
Protokollführer

Ivana Kramer
Protokollführerin

Dr. Bernd U. Borckmann
Präsident der DGH

Dr. Stephan Eitner
Vorstandsmitglied

Kassenbuchprüfung 2004

Bei der deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH)

Vorbemerkung

Die Kassenbuchprüfung für das Geschäftsjahr 2004 wurde am 17.11.2005 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 2004 fand am 17.11.2005 von 11.00 bis 13.00 im Parkhotel in Bad Lippspringe statt.

Die erforderlichen Belege, Kontoauszüge und das Kassenbuch für das Jahr 2004 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 2004.

Die Buchführung für 2004 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 (31.12.2004) 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.

Empfehlung der Kassenprüfer:

Der DGH wird empfohlen, für die Geschäftsstelle einen kostengünstigeren Internetvertrag abzuschließen, da hierdurch Einsparungsmöglichkeiten gegeben sind.

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

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 2004 keine Mängel ergeben.

Daher empfehle ich der Mitgliederversammlung der DGH, dem Vorstand der DGH für das Jahr 2004 insgesamt Entlastung zu erteilen.

Bad Lippspringe, den 17.11.2005

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 2005 fand eine turnusgemäße Prüfung statt, da einige Jahre aus den unterschiedlichsten Gründen keine Prüfung und Beratung vor Ort durchgeführt werden konnte.

Von der Geschäftsstelle und von den Mitgliedern der DGH lagen keine Informationen vor, die Hinweise auf Probleme gegeben hatten.

Anfragen/Beschwerden von Mitgliedern, Institutionen pp. hat es erfreulicherweise bis zur Prüfung am 11.06.05 nicht gegeben.

Die Prüfung fand vor Ort in der Geschäftsstelle in Coesfeld in einer guten Arbeitsatmosphäre statt.

Beginn der Prüfung: 9.30 Uhr, Ende: 11.40 Uhr

Einblick wurde in die vorliegenden Verpflichtungsordner genommen. Es wird nach Durchsicht dringend empfohlen, dass alle Mandatsträger und Regionalleiter sowie Referenten die Datenschutzerklärung unterschreiben.

Zur Erläuterung: Auch ein Regionalgruppenleiter speichert und verarbeitet personenbezogene Daten. Für die ordnungsgemäße Einhaltung der Bestimmung muss jeder Beteiligte persönlich eine Erklärung abgeben.

Nach wie vor ist gesichert, dass die Geschäftsstelle keine Anschriften bzw. andere persönliche Daten an Dritte ohne Einwilligung des Betroffenen weitergibt, keinesfalls werden Anschriften an Firmen etc. weitergegeben.

Die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle und den Vorstandsmitgliedern war bisher unproblematisch und wirklich kooperativ.

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

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

Im Ergebnis wurde bei der Prüfung vor Ort die Sicherheit des WLAN-Netzes und die Sicherheit des PC-Systems gegen Hacker, Trojaner und Viren geprüft.

Weiter wurde das PC-System auf Schwachstellen untersucht.

Die Sparsamkeit des Schatzmeisters der DGH ist wirklich lobenswert, nunmehr muss aber aufgrund der erfolgten Prüfung zu einer Investition in die Sicherheit, die Arbeitsökonomie und den optimierten Ablauf der Büroarbeit dringend geraten werden.

Die letzte Investition in den Hardwarebereich (PC) liegt bekanntlich einige Jahre zurück.

Nach sorgfältiger Prüfung und Auswertung der Arbeitsabläufe und Schwachstellen wird zu folgenden Beschaffungen (möglichst zeitnah) geraten.

1) Internet/Telefon/Fax/WLAN/VOIP

Konkret wird geraten:

- Wechsel zum Provider 1&t1
- Buchung der DSL-Flatrate, möglichst hohe Verbindungsrate buchen, lt. Telekom kann in Coesfeld DSL 6000 genutzt werden.
- Umstieg auf DSL-Telefonie, Flatrate für 9,90 Euro für alle Gespräche, VOIP

Es sind insgesamt 50 Mail-Adressen vorhanden mit je 1 GB Speicher, weitere Mailpostfächer lassen sich günstig dazubuchen, z.B. für Vorstand, Gremienmitglieder und Dozenten.

Weiter Telefonflatrate nach Auswertung der Telefonrechnungen des letzten Jahres.

2) Geräte

Anschaffung SERVER mit Raidsystem zum Schutz der Daten, d. h. 4 HD im System und 2 Platten werden jeweils gespiegelt, WLAN Modul im Server 108 Mbit.

- a) 4 S-ATA-Platten a 300 GB im Server (Seagate mit 5 J. Garantie)

- b) Accesspoint Netgear WG 102 mit Booster (Verbesserung der drahtlosen Verbindung in der Gesch.stelle)
- c) USB-Stick 108 MB AVM für Laptop und andere PCs
- d) AVM WLAN FON 7050 BOX (gibt es günstig mit Auftrag bei 1&t1!)

Anmerkung: AVM und NETGEAR harmonisieren und bieten höchste Verschlüsselungsstufe WAP; Betriebssystem: Windows XP prof.

3) Telefon

Umstieg auf Schnurlos Siemens GIGASET, bei Anschaffung der AVM FON WLAN Box lassen sich die Gigaset Basis und bis zu 6 Mobilteile anschließen. Günstig über e-bay zu kaufen.

Auch das Fax würde sich über die AVM Box am analogen Port betreiben lassen.

4) Datenschutz

Erforderlich wäre die Zertifizierung der E-Mail-Accounts bis Ende 2006 über TRUST-Net oder andere Organisationen.

Dies würde bedeuten, dass jede E-Mail mit sogen. Fingerprints (öffentlicher/Privater Schlüssel) versehen wird. Eine Fälschung durch andere Nutzer der E-Mails der DGH wäre so ausgeschlossen.

Dies bedeutet, dass jedes DGH-Mitglied künftig darauf vertrauen kann, dass „wo DGH draufsteht, auch DGH drin ist“,

Bsp.: Rund um die elektronische Signatur bietet SecCommerce, der Spezialist für Signaturanwendungskomponenten, ein durchgängiges und bewährtes Standardproduktangebot, welches branchenübergreifend von Banken und Versicherungen über Behörden bis hin zum Gesundheitswesen im Einsatz ist.

SecCommerce Informationssysteme GmbH

Obenhauptstraße 5; D-22335 Hamburg

Tel: +49 - 40 - 53 052 - 0; Fax: +49 - 40 - 53 052 - 100

Weiter steht noch das Ergebnis der Prüfung der Bedingungen für eine Verschlüsselung (Krypto) mit dem PGP-Programm abschließend aus. (In der Anlage dazu einige Infos)

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 der Firewall (Norton Security) vorgesehen (Update auf die Version 2006).

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

Nach wie vor bin ich natürlich 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:

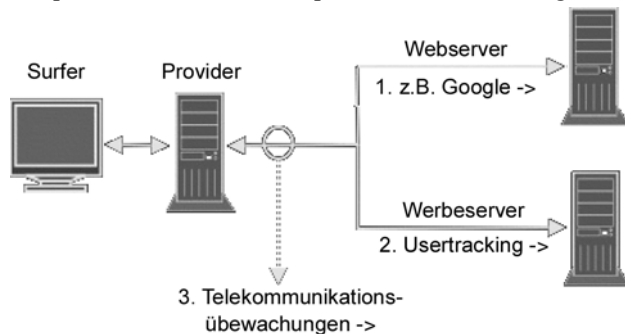
Tel. 05222/363582 (Anrufbeantworter)

Fax: 05222/363583

E-Mail: ws-bs@arcor.de

Verschlüsselung – Warum?

Nahezu von jedem Nutzer werden im www Profile erstellt. Websitebetreiber sammeln umfangreiche Informationen über Surfer (Surfverhalten, genutzte Software, E-Mail-Adressen), um beispielsweise mit dem Verkauf der gesammelten Daten ihr Angebot zu finanzieren. Kommunikationsprofile werden anhand protokollierter Daten generiert usw.



1. Datensammelnde Websites versuchen, möglichst umfassende Informationen über die Nutzer zu gewinnen.
2. Einige Betreiber von Werbeserver nutzen außerdem Möglichkeiten, das Surfverhalten websiteübergreifend zu erfassen.
3. Staatliche Maßnahmen zur Überwachungen protokollieren den Datenverkehr und müssen von Providern unterstützt werden.

E-Mail verschlüsseln – Wie?

Der Einsatz kryptografischer Methoden ist insbesondere für die Kommunikation via E-Mail sinnvoll.

- **Signieren** von E-Mails: Eine vom Absender erstellte Signatur ermöglicht es dem Empfänger, die Identität des Absenders zu prüfen und gewährleistet, dass die E-Mail nicht von Dritten verändert wurde.
- **Verschlüsseln** von E-Mails: Es wird die Vertraulichkeit der Kommunikation gewährleistet. Eine Nachricht kann nur vom Empfänger geöffnet und gelesen werden.
PGP (Pretty Good Privacy) und die kompatible kostenlose Alternative GnuPG (GNU Privacy Guard) stellen hierfür eine erprobte und verbreitete Software zur Verfügung. Beide Softwarepakete nutzen das Verfahren der *asymetrischen Verschlüsselung*.
- Jeder Anwender generiert ein Schlüsselpaar bestehend aus einem geheimen und einem öffentlichen Schlüssel. Während der geheime Schlüssel sorgfältig geschützt nur dem Anwender selbst zur Verfügung stehen sollte, ist der öffentliche Schlüssel an alle Kommunikationspartner zu verteilen. Das Internet stellt hierfür eine entwickelte Infrastruktur zur Verfügung.
- Wenn der Anwender Anton eine signierte E-Mail an die Anwenderin Beatrice senden will, erstellt er eine Signatur mit *seinem geheimen Schlüssel*. Die Anwenderin Beatrice kann mit dem *öffentlichen Schlüssel von Anton* die Nachricht verifizieren.
- Wenn Beatrice eine verschlüsselte Nachricht an Anton senden will, nutzt sie den *öffentlichen Schlüssel von Anton*, um die Nachricht zu chiffrieren. Nur Anton kann diese E-Mail mit seinem geheimen Schlüssel dechiffrieren und lesen.

Die folgende Anleitung beschränkt sich auf den Einsatz von *GunPG* für die Kommunikation via E-Mail. Als Programm zur Bearbeitung der E-Mails wird *Thunderbird*, der E-Mail Client der Mozilla Foundation, vorgeschlagen. Alle Komponenten stehen für Linux, MacOS und WINDOWS kostenfrei zur Verfügung. Alternativ kann auch die Mozilla-Suite oder der Netscape Kommunikator genutzt werden.

Eine schrittweise Anleitung für WINDOWS, Linux und MacOS:

1. Download und Installation der Software ->
2. Einrichten eines E-Mail Kontos in Thunderbird ->
3. Installation der EnigMail-Erweiterung ->
4. Generieren eines eigenen Schlüsselpaares ->
5. Exportieren des öffentlichen Schlüssel ->
6. Aktivieren der Verschlüsselung für das E-Mail Konto ->
7. Importieren der öffentlichen Schlüssel der Partner ->
8. Signieren und Verschlüsseln erstellter E-Mails ->
9. Schlüssel zurückrufen ->

*Liebe Kolleginnen und Kollegen
und Freunde der DGH,*

der Vorstand der DGH hat während des Kongresses 2005 mit dem 1. Vorsitzenden der DGÄHAT, Herrn Dr. med. Günter R. Clausen, über mögliche Formen einer engeren Kooperation beider Gesellschaften gesprochen.

Unser auch bisher schon gutes Verhältnis wurde von beiden Seiten für eine gute Voraussetzung für eine engere Kooperation bei der Jahrestagung gesehen. Aufgrund der bereits weitgehend abgeschlossenen Planung und Vorbereitung für die diesjährige Tagung wird diesmal die Ankündigung: „In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training“ auf den Plakaten angebracht.

Die Tagung 2007 soll als gemeinsame Tagung der beiden Gesellschaften durchgeführt werden. Die Ankündigung und gemeinsame Bewerbung der Tagung wird dann lauten: „Gemeinsame Jahrestagung der DGH und DGÄHAT“.

Dabei waren sich alle Gesprächsteilnehmer einig, dass die Kongressorganisation in einer Hand bleiben und von der DGH durchgeführt werden soll. Die Bereitstellung von Referenten und die thematische Ausgestaltung der Tagung werden in Absprache von beiden Vorständen getroffen.

Über mögliche Themen wurde auch bereits gesprochen, die endgültige Auswahl steht hier noch aus.

Wir sind uns einig, dass diese gemeinsame Ausrichtung der Jahrestagung für beide Gesellschaften von Vorteil sein wird. Die Synergieeffekte werden eine Bereicherung für die Fortbildung der Mitglieder ergeben und das Angebot hochwertiger Vorträge und Workshops erweitern.

Wir freuen uns auf die verstärkte Zusammenarbeit mit der DGÄHAT und auf den auch durch die gemeinsame Herausgabe der neuen „Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie“ zusammen mit den anderen deutschsprachigen Gesellschaften bereits vertieften wissenschaftlichen Austausch.

Die Globalisierung im politischen Raum macht uns vor, dass die zunehmende Herausstellung von Gemeinsamkeiten sinnvoller ist als die

Abgrenzung und Suche nach Alleinstellungsmerkmalen. Je mehr man aufeinander zugeht und je näher man sich mit dem auseinandersetzt, was andere tun, desto häufiger fällt einem auf, wie viel man gleich oder zumindest so ähnlich sieht, dass es für beide Partner eine Bereicherung darstellt, sich ausführlicher damit zu befassen.

Lassen wir uns überraschen, was uns in Zukunft alles an Gemeinsamkeiten auffällt!

Bernd U. Borckmann

Unterstützung durch die Landespsychotherapeutenkammer NRW – Bitte um Mitarbeit

Ist es nicht so, dass auch Sie sich öfter über die Werbung selbsternannter Hypnotiseure geärgert haben, die ihre Dienste zur Heilung aller möglichen Störungen, angefangen von Raucherentwöhnung in einem Hotel gemeinsam mit Hunderten von anderen Leidensgenossen zu einem horrenden Preis anbieten, über Gewichtsreduktion, Dauertrancen von 10-12 Stunden bis zur Behandlung von Ängsten, Depressionen und Essstörungen marktschreierisch anbieten und unseren Ruf und den guten Ruf der wissenschaftlichen Hypnose und Hypnotherapie damit in massiver Weise schädigen?

In einem Gespräch mit der Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer NRW, Monika Konitzer, im Februar sagte diese der DGH ihre Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit unseriösen Hypnotisierenden zu. Sie wolle auch juristisch überprüfen lassen, inwieweit ggf. Sanktionen möglich seien, und das Gesundheitsministerium hierbei um Amtshilfe ersuchen.

Ein erster Schritt zu einer hoffentlich befriedigenden Lösung eines seit vielen Jahren bestehenden Problems!

Und nun bitten wir Sie und euch alle in allen Bundesländern um Mithilfe, da wir der Meinung sind, was in NRW möglich ist, sollte auch in den anderen Bundesländern möglich sein.

Sendet uns bitte alle Annoncen, Anzeigen, Hinweise zu, in der unsachgemäß, unausgebildete Hypnotiseure auf unseriöse Weise ihre Dienste zur Therapie anbieten und damit Patienten potenziell gefährden.

Helga Hüskens-Janßen

Ethische Richtlinien bei der Anwendung von Hypnose

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
gerade weil in letzter Zeit vermehrt obskure Angebote zur Ausbildung in und Heilung mit Hypnose durch die Medien geistern, ist es vielleicht wieder einmal sinnvoll, sich vor Augen zu führen, welchen ethischen Grundsätzen wir als professionelle Hypnoseanwender innerhalb der DGH eigentlich verpflichtet sind. Der gültige Standard hierbei ist der immer wieder zitierte „Code of Ethics“ der ISH, den aber wahrscheinlich die wenigsten von uns im genauen Wortlaut kennen. Daher hier ein Abdruck des gesamten Textes nebst zum besseren Verständnis einer eigenen Übersetzung ins Deutsche, wobei natürlich die englische Version die gültige ist und die Übersetzung, wie gesagt, dem Verständnis dienen soll, aber nicht offiziell bestätigt ist.

CODE OF ETHICS

Ratified August, 1979

The International Society of Hypnosis (ISH) is dedicated to the scientific investigation and clinical utilization of hypnosis at the highest professional level. Ethical guidelines to which a member must subscribe are stated to allow for the multidisciplinary nature of the membership. There is implied a personal commitment to behave according to high standards of personal and professional conduct.

SECTION A: ETHICAL GUIDELINES

Guideline 1

1. A member of ISH shall always place first the welfare of the patient or the experimental subject when using hypnosis or hypnotic techniques in clinical practice or in experimentation.
 - (a) The standards of professional relationships which guide the physician, dentist, psychologist (with doctoral degree), or other defined professional worker, within the appropriate professional or scientific field, shall prevail in his or her use of all hypnotic techniques.
 - (b) Proper safeguards shall be maintained whenever a patient or subject is exposed to unusual stress or other form of risk. If stress or risk

is involved, the person or subject should be informed give consent. Estimation of risk is a difficult matter, and when in doubt the practitioner should consult with professional colleagues.

Guideline 2

2. Hypnosis is considered an adjuvant to other forms of scientific or clinical endeavors, so that competence in hypnotic techniques alone is not acceptable as a basis for professional service or research.
 - (a) In view of the dependence of hypnotic practice upon other qualifications the membership requirements of ISH require proper standing in the recognized national organizations, whether clinical or scientific, appropriate to the field of competence not represented by hypnosis. That is, a medical doctor is expected to belong to the appropriate medical association, a dentist to the appropriate dental association, a psychologist to the appropriate psychological associations, and so on.
 - (b) Item 2a requires acceptance of the ethical and scientific standards of a responsible professional organization. It does not imply endorsement by ISH of the particular policies or practices of any particular organization.

Guideline 3

3. Each member of ISH shall limit the clinical and scientific use of hypnosis to the area of competence as defined by the professional standards of his or her field.

Guideline 4

4. Hypnosis should not be used as a form of entertainment.
 - (a) No member of ISH shall offer services for the purposes of public entertainment or collaborate with any person or agency engaged in public entertainment.

Guideline 5

5. A member of ISH shall not support the practice of hypnosis by lay persons.
 - (a) A lay person is defined here as one who is not a member in good standing of a therapeutic or scientific profession; that is, he or she is not a physician, dentist, psychologist, or member of another recognized therapeutic or scientific profession with credentials in addition to competence as a hypnotic practitioner.

- (b) A member of ISH shall not give courses involving the teaching of hypnotic techniques to lay individuals who lack training in a relevant science or profession. Lectures informing lay individuals about hypnosis are of course admissible providing they do not include demonstrations or didactic material involving inducing of hypnosis.
- (c) Exceptions are made to students in training in the appropriate sciences or professions. While ISH explicitly recognizes that hypnosis is not an independent science or art, the technique may appropriately be utilized by nurses or paramedical assistants under the immediate and direct supervision of an individual whose credentials and training would permit membership in ISH and who has an agreed commitment to this Code of Ethics either directly or through a National Constituent Society. Special arrangements can be made for the training of such nurses or paramedical personnel provided that arrangements have been made for such individuals to work directly under the supervision of an ISH member or the equivalently trained professional as outlined.
- (d) Consultations with lay representatives of the press or other media of communication are permitted to minimize distortions or misrepresentations of hypnosis. Talks with lay representatives of the press and radio or TV appearances are welcomed so long as these benefit the Society from wise and informed views on issues in hypnosis.

Guideline 6

- 6. It is recognized that an ethical code cannot by its very nature specify all of the practices that are considered ethical and mention all of those considered unethical. Hence behavior in accordance with the ethical norms of the nations in which the professional worker or scientist lives are taken for granted, and violation of these norms (e.g., through illegal behavior, or discordant behavior that brings disrepute upon others who practice hypnosis), may be the occasion for adverse action by the ISH, even though not specified in this code.

Inoffizielle deutsche Version:

Die International Society of Hypnosis (ISH) ist der wissenschaftlichen Erforschung und klinischen Anwendung von Hypnose auf höchstem professionellem Niveau verpflichtet. Um die multidisziplinäre Natur der Mitgliedschaft zu berücksichtigen, wurden ethische Richtlinien aufgestellt, die für das Mitglied verpflichtend sind. Darin enthalten ist eine persönliche Versicherung, sich hohen Standards persönlichen und professionellen Verhaltens zu unterwerfen.

Section A: Ethische Richtlinien

Richtlinie 1

- 1. Ein Mitglied der ISH muss bei der Anwendung von Hypnose oder hypnotischen Techniken in der klinischen Praxis oder bei Untersuchungen immer das Wohlergehen des Patienten oder der Versuchsperson an erste Stelle setzen.
- a) Die Standards professioneller Patientenbeziehung, die für den Arzt, Zahnarzt, Psychologen (mit Approbation) oder andere definierte Berufsgruppen innerhalb ihrer jeweiligen beruflichen oder wissenschaftlichen Ausrichtung gelten, sollen auch für ihre oder seine Anwendung aller hypnotischen Techniken Gültigkeit haben.
- b) Sobald ein Patient oder eine Versuchsperson ungewöhnlichem Stress oder anderen Risiken ausgesetzt werden, müssen angemessene Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden. Bei möglichem Stress oder Risiko sollte die betroffene Person ihre schriftliche Einwilligung („informed consent“) geben. Die Abschätzung von Risiken ist schwierig, daher sollte sich der Anwender im Zweifel mit Berufskollegen beraten.

Richtlinie 2

- 2. Hypnose wird als Hilfsmittel bei der Anwendung anderer Formen wissenschaftlicher oder klinischer Verfahren betrachtet, so dass die ausschließliche Beherrschung hypnotischer Techniken nicht als Basis für Therapie oder Forschung akzeptabel ist.
- a) Unter dem Aspekt der Abhängigkeit der Hypnoseanwendung von anderen Qualifikationen erfordert die Mitgliedschaft in der ISH eine ordnungsgemäße Eingliederung in die anerkannten nationalen klinischen oder wissenschaftlichen Standesorganisationen, die dem nicht mit Hypnose verknüpften Berufsfeld entsprechen. Das heißt,

ein Arzt muss dem zuständigen Ärzteverband, ein Zahnarzt dem Zahnärzteverband, ein Psychologe dem Psychologenverband usw. angehören.

- b) Absatz 2a erfordert die Anerkennung der ethischen und wissenschaftlichen Standards einer verantwortlichen Berufsorganisation. Er beinhaltet nicht die Einwilligung der ISH zu den einzelnen Vorschriften oder Praktiken jeder einzelnen dieser Organisationen.

Richtlinie 3

3. Jedes Mitglied der ISH muss die klinische oder wissenschaftliche Anwendung von Hypnose auf sein Berufsgebiet, wie es durch die professionellen Standards seiner Berufsgruppe definiert ist, begrenzen.

Richtlinie 4

4. Hypnose darf nicht als eine Form von Unterhaltung eingesetzt werden.
- a) Kein Mitglied der ISH darf seine Dienste zum Zweck der öffentlichen Unterhaltung anbieten oder mit irgendeiner Person oder Organisation zusammenarbeiten, die öffentliche Unterhaltungsveranstaltungen durchführt.

Richtlinie 5

5. Ein Mitglied der ISH darf die Anwendung von Hypnose durch Laien nicht unterstützen.
- a) Als Laie wird hier jede Person definiert, die nicht als ordentliches Mitglied einem therapeutischen oder wissenschaftlichen Berufsstand angehört; das heißt, er oder sie ist kein Arzt, Zahnarzt, Psychologe oder Mitglied einer anderen anerkannten therapeutischen oder wissenschaftlichen Berufsgruppe mit Qualifikationen, die über seine Kompetenz als Hypnoseanwender hinausgehen.
- b) Ein Mitglied der ISH darf keine Kurse halten, bei denen Laien, die keine Ausbildung in einer relevanten Wissenschaft oder Berufsgruppe haben, hypnotische Techniken gelehrt werden. Kurse zur Information von Laien über Hypnose sind natürlich zulässig, sofern sie keine Demonstrationen oder Lehrmaterial, das Hypnoseinduktionen betrifft, beinhalten.
- c) Ausnahmen gelten für Studenten während der Ausbildung zu den zugelassenen Wissenschaften oder Berufsgruppen. Da die ISH ausdrücklich feststellt, dass die Hypnose keine eigenständige Wissen-

schaft oder Kunst ist, kann die Technik auch angewendet werden von Krankenschwestern oder medizinischem Hilfspersonal unter der ständigen und unmittelbaren Aufsicht einer Person, deren Qualifikation und Ausbildung eine Mitgliedschaft in der ISH zulassen würde und die diesem Code of Ethics entweder direkt oder mittelbar durch eine nationale Mitgliedsgesellschaft zugestimmt hat. Sondervereinbarungen für die Ausbildung solcher Krankenschwestern oder medizinischen Hilfspersonals können unter der Voraussetzung getroffen werden, dass Vorkehrungen getroffen werden, dass solche Personen direkt unter der Aufsicht eines ISH-Mitgliedes oder eines wie oben beschriebenen gleichwertig qualifizierten Berufskollegen arbeiten.

- d) Diskussionen mit Vertretern der Laienpresse oder anderer Kommunikationsmedien sind erlaubt, um verzerrte Darstellungen oder Missverständnisse bezüglich der Hypnose zu minimieren. Gespräche mit Laienvertretern der Presse oder von Radio- und Fernsehsendern werden begrüßt, solange sie durch die Verbreitung kluger und fundierter Ansichten über die Belange der Hypnose der Gesellschaft nützen.

Richtlinie 6

6. Es wird festgestellt, dass ein Ethik-Code naturgemäß nicht alle Praktiken spezifizieren kann, die als ethisch angesehen werden, und ebenso wenig alle unethischen erwähnen kann. Allerdings wird ein Verhalten in Übereinstimmung mit den ethischen Normen der Nation, in denen der Kliniker oder Wissenschaftler lebt, vorausgesetzt und eine Verletzung dieser Normen (z. B. durch ungesetzliches Verhalten, oder abweichendes Verhalten, das andere, die Hypnose praktizieren, in Verruf bringt), auch wenn sie nicht ausdrücklich in diesem Code aufgeführt ist, kann Gegenmaßnahmen der ISH auslösen.

Jahreskongress der DGH vom 16.–19. November 2006

Hypnose – Brücke zwischen Körper und Seele

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wer hätte gedacht, dass bereits vor etwa zwei Jahren, als wir das Thema für unseren diesjährigen Kongress festgelegt haben, unser vorbewusstes Wissen offensichtlich bereits ahnte, dass das Ende des vergangenen und der Beginn dieses kommenden Jahres ganz unter dem Thema „Brückenschlag“ stehen würde?

Das Ergebnis eines sicherlich sehr bedeutsamen Brückenschlages haben Sie in den Weihnachtstagen bereits in den Händen gehalten: die erste Ausgabe der neuen gemeinsamen Zeitschrift deutschsprachiger Hypnosegesellschaften: *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie unter der Endredaktion und Leitung von Burkhard Peter*.

Ich denke, dass wir zufrieden und stolz sein können, dass es uns gelungen ist, viele Kräfte zu bündeln, um eine wissenschaftlich wirklich hochkarätige Zeitschrift herausgeben zu können.

Und auch in einer weiteren Hinsicht werden dieses kommende Jahr und der kommende Kongress unter dem Zeichen des Brückenbauens stehen.

Der Kongress wird unter Mitwirkung und in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training stattfinden. Damit gibt es auch nach außen hin ein deutliches Zeichen des bereits seit längerem bestehenden kollegialen Austausches zwischen der ärztlichen Hypnosegesellschaft und der DGH und ihren Vorständen.

Daher werden auch eine Reihe von Kollegen aus der DGäHaT Seminare auf dem Kongress anbieten, worüber wir uns sehr freuen.

So werden u. a. aus dem Vorstand der DGäHaT die Kollegen Dr. Clausen, Dr. Krause und Dr. Derra mit ihren Workshopbeiträgen einen speziellen Aspekt der medizinischen Hypnose beleuchten.

Verständlicherweise wird es bei dem Thema „Hypnose – Brücke zwischen Körper und Seele“ schwerpunktmäßig um Seminare zur Schmerzbewältigung mit Hypnose, zur Therapie psychosomatischer und somatoformer Störungen, zu Psychohygiene usw. gehen.

Die unten angeführte Liste der Vorträge und Workshops gibt Ihnen einen ersten Eindruck von dem vielseitigen und interessanten Programm unseres kommenden Kongresses.

Da kann man nicht nur gespannt sein auf das gemeinsame Seminar von Prof. Dr. Hüther und Prof. Dr. Sachsse, die eine Brücke schlagen wollen zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Neurobiologie und der Traumatherapie.

Sicherlich interessant sein wird auch das Seminar von Prof. Dr. Tschugguel aus Wien, der in dieser Ausgabe der Suggestionen einen höchst interessanten Fallbericht der Behandlung einer gehörlosen Patientin vorstellt. Tschugguel, Professor für Frauenheilkunde an der medizinischen Universität Wien, der aufgrund seiner zahlreichen interessanten Veröffentlichungen und Forschungsbeiträge zur Hypnose bekannt ist, gilt in Europa als ein Meister der Erickson'schen Hypnose. Besonders glücklich sind wir, dass Jeff Zeig, einer der bekanntesten Ericksonschüler, dem DGH-Kongress einem französischen Kongress gegenüber den Vorzug gegeben hat und unser Gast sein wird.

In seinem Seminar „Advanced techniques of Ericksonian therapy“ wird er die spezifischen Techniken und Methoden Erickson'scher Hypnotherapie bei unterschiedlichsten Störungsbildern aufzeigen. Wer Seminare von Jeff Zeig erlebt hat, weiß, dass sie nicht nur lehrreich, sondern immer wieder ein ganz spezieller Genuss sind.

Bei einem Blick in das Workshopprogramm werden Sie feststellen, dass es wieder eine gute Mischung von uns bereits bekannten Referentinnen und Referenten geben wird und solchen, die das erste Mal einen Workshop auf unserem Kongress anbieten werden.

So freuen wir uns aufgrund der vielen positiven Rückmeldungen des vergangenen Jahres, dass es uns gelungen ist, Johannes Galli aus Berlin nicht nur erneut zu einem Seminar einzuladen. Er wird in diesem Jahr auch das Forum am Donnerstag, dem 16.11. als Kommunikationstheater gestalten.

Der Überblick über die Vorträge und Seminare zeigt, dass es schwer fiel, wollte man versuchen, eine Auswahl besonders hervorzuhebender Referentinnen und Referenten treffen zu wollen.

All diejenigen, die schon öfter Teilnehmer der jährlichen Kongresse der DGH in Bad Lippspringe waren, wissen, dass es uns ein besonderes Anliegen ist, nicht nur die linke Hirnhemisphäre, sondern auch die rechte ganz im Sinne der Hypnotherapie gleichermaßen anzusprechen.

Unter den vielfältigsten Möglichkeiten zur Psychohygiene wird es in diesem Jahr wieder ein besonderes Highlight geben:

Afterconference-Workshop vom 19.11.-21.11.2006

Auf Anregung zahlreicher begeisterter Kollegen ist es uns in diesem Jahr wieder gelungen, den Ayurvedaarzt Dr.Rishi Ram Koirala aus Kathmandu einzuladen.

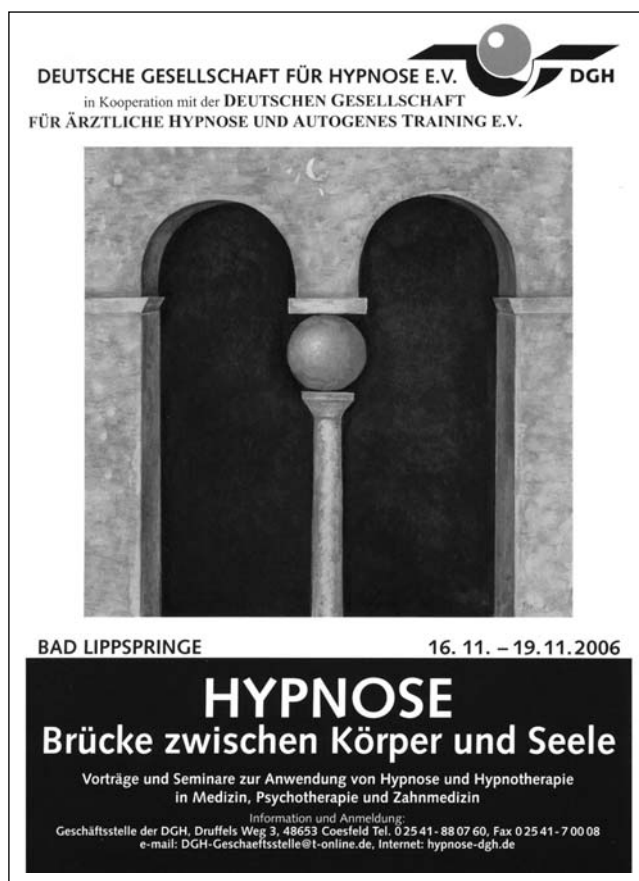
Dr. Koirala wird in seinem Seminar einen Einblick in die traditionelle indische Lehre für ganzheitliche Gesundheit des Ayurveda geben, mit einem besonderen Schwerpunkt auf dem Erlernen und Ausprobieren grundlegender ayurvedischer Massagetechniken.


Ich glaube, der Kongress dieses Jahres verspricht, gut zu werden.

Ich freu mich schon darauf und auch darauf, euch und Sie alle wieder zu sehen.

Vive la trance!

Helga



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE E.V.  DGH
in Kooperation mit der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT
FÜR ÄRZTLICHE HYPNOSE UND AUTOGENES TRAINING E.V.

BAD LIPPSPRINGE 16. 11. - 19. 11. 2006

HYPNOSE

Brücke zwischen Körper und Seele

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. 025 41- 88 07 60, Fax 025 41- 7 00 08
e-mail: DGH-Geschäftsstelle@t-online.de, Internet: hypnose-dgh.de

Programmübersicht

Donnerstag, 16.11.2006

ab 13.00 Uhr	Anmeldung und Registrierung der Kongressteilnehmerinnen und Teilnehmer im DGH - Tagungsbüro, Salon 5 des Parkhotels
	Symposium: Hypnose – Brücke zwischen Körper und Seele
15.00 Uhr	Eröffnung der Tagung und Begrüßung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch Dr. med. dent. Bernd Borckmann, Präsident der DGH und Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüskens-Janßen, Vizepräsidentin der DGH
15.15 Uhr	Univ. Prof. Dr. Gerhard Barolin, Wien/Österreich Das Hypnoid als wesentlicher Faktor in zahlreichen psychotherapeutischen Verfahren
15.45 Uhr	Dipl.-Psych. Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Tübingen Der Körper in der Psychotherapie - Pause -
16.45 Uhr	Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse, Göttingen Prof. Dr. Dr. Gerald Hüther, Göttingen Reconnecting the Dysconnected... Neurobiologische Argumente und psychotherapeutische Strategien für die Verwandlung von Krücken in Brücken
18.00 Uhr	Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden Das Prinzip der Hoffnung in der Psychotherapie. Positiver Umgang mit psychosomatischen Beschwerden im Orient und Oxident Sektempfang zur Begrüßung

Abendveranstaltungen

20.30 Uhr	Forum der Begegnung (Festsaal) Kommunikationstheater mit Johannes Galli, Berlin
-----------	------------------------------------------------------------------------------------

zum Ausklang des Tages: Gemütliches Beisammensein im Bistro unter der musikalischen Begleitung von Dirk Revenstorf (Saxophon), Mathias Ohler (Klavier), Bernd U. Borckmann (Schlagzeug), David Engels (E-Bass) und Axel Behnsen (Gitarre, Gesang)

Freitag, 17.11.2006		Workshops	09.00 – 12.30 Uhr und 14.30 – 18.00 Uhr
Grundkurse			
W 01	Dipl. Stom. Reinhart Dieckmann, Dahlen - Selbsthypnose		
W 02	Zahnarzt Attila Szabó, Hamm - Wie funktioniert - was kann Hypnose?		
Fortgeschrittenenkurse			
W 03	Dipl.-Psych. Hans-Jürgen Herzog, Bad Bocklet - Die innere Welt als zeitliche Dimension erfahren und nutzen - Zeitreisen als therapeutische Möglichkeit		
W 04	Dipl.-Psych. Werner Eberwein, Berlin - Metaphern-Seminar		
W 05	Univ. Prof. Dr. med. Walter Tschugguel, Wien/Österreich - Indirekte Hypnose zur Entfaltung hypnotischer Phänomene bei Widerstand		
Therapiekurse			
W 06	Prof. Dr. Dr. Gerald Hüther, Göttingen/ Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse, Göttingen - Trauma und Traumabehandlung - Neurobiologische Grundlagen und therapeutische Ansätze		
W 07	Prof. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden - Positiver Umgang mit psychosomatischen Erkrankungen		
W 08	Prof. Dr. Walter Bongartz, Universität Konstanz - Hypnose bei psychosomatischen Störungen		
W 09	Dipl.-Psych. Dr. Burkhard Peter, München - Von der Symptomgestalt zum Symptomträger. Strategien für chronische Schmerzpatienten		
W 10	Ph.D. Halko Weiss, Hamburg - Achtsamkeit und der Körper in der Psychotherapie		
W 11	Dr. phil. Charlotte Tracht, München - ImproKom - Kommunikation durch Improvisation		
W 12	Prof. Dr. med. Dieter Heinrich, Linden / Dipl.-Psych. Dipl.-Theol. Elvira Heimann, Marburg - Burnout-Prophylaxe: Ein multimodales Vorgehen beim Selbstmanagement		
W 13	Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Hübner, Münzenberg - Integrale Psychotherapie von Angststörungen / Schwerpunkt Hypnotherapie		
W 14	Dr. med. Claudia Elsig, Küsnacht/Schweiz Hypnose bei Essstörungen im ambulanten Einzelsetting		

W 15	Dipl.-Psych. Harald Krutiak, Berlin - PsychoNeuroImmunologie und Hypnotherapie
W 16	Dr. phil. Marianne Martin, Wien/Österreich - Mit Trance frei von Tabak - Gewohnheitskontrolle zur Raucherentwöhnung
W17	Dipl.-Psych. Karl-Josef Sittig, Münster - Ressourcentechniken in Hypnotherapie und EMDR
W 18	Univ. Prof. Dr. Henriette Walter, Wien/Österreich - Hypnotherapie bei Alkoholabhängigkeit
W 19	Dipl.-Psych. Claudia Weinspach, Münster - „Traumaaarbeit für die Sinne“ - Ressourcenorientierte Körperarbeit und der Einsatz von Improvisationstheater-Ritualen bei traumatisierten Patienten
W 20	Dipl.-Psych. Hans-Joachim Scholz, Haltern - Klinische Hypnose bei Kindern und Jugendlichen
W 21	Zahnarzt Christian Bittner, Salzgitter - Turboinduktionen
W 22	Dipl. med. dent. Ute Stein, Berlin - Angst und Schmerz als Ressource im Umgang mit Kindern und Jugendlichen während der Zahnärztlichen Behandlung

Zur Einstimmung in den Tag

7.15 Uhr	Waldlauf im Kurwald mit Hoteldirektor Flegel
8.00 Uhr	Kraft, Gelassenheit und Ruhe atmen: Entspannungsübung mit Dipl.-Psych. Dr. Frank H. Piekara
8.00 Uhr	Klang - Trance - Atem - Stimme: Eine hypnotherapeutische Körperklang-Meditation mit Musiktherapeutin Sabine Rittner

Abendprogramm

18.30 Uhr	Treffen des Wissenschaftlichen Beirates
19.00 Uhr	Lesung: Man sieht nur mit dem Herzen gut - Petra Gorr, Schauspielerin am Schauspielhaus Rostock liest „Der kleine Prinz“ von Saint-Exupéry (Salon 7)
20.00 Uhr	Mitgliederversammlung (Festsaal)

Samstag, 18.11.2006		Workshops	09.00 – 12.30 Uhr und 14.30 – 18.00 Uhr
Grundkurse			
W 23	Dr. med. Reza Schirmohammadi, Köln - Ein leichter Einstieg in die faszinierende Welt der Hypnose		
W 24	Dipl.-Psych. Dr. Frank H. Piekara, Erding - Chakrenmeditation und Hypnose		

Fortgeschrittenenkurse

- W 25 Dr. med. Günter R. Clausen, Neuss – Innere Hypnokatharsis
- Veränderungen im unbewussten Netzwerk der Neurone
- W 26 Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera, Bremen – Die Matrix-
Technik und der optimale State für Trancearbeit

Therapiekurse

- W 27 Ph. D. Jeffrey Zeig, Phoenix/USA – Advanced Techniques in
Ericksonian Hypnotherapy
- W 28 Johannes Galli, Berlin – Körpersprache und Kommunikation
– Ob wir wollen oder nicht, der Körper spricht
- W 29 Dr. med. Dipl. rer. pol. Gunther Schmidt, Heidelberg – Psy-
chosomatische Lösungen
- W 30 Dipl.-Psych. Dr. med. Claus Derra, Bad Mergentheim – Hyp-
nose und Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung
- W 31 Dr. med. Michael Bohne, Hannover – Problemtrance-Exduk-
tion – Beendigung energieraubender Wahrnehmungsprozesse
mittels Energetischer Psychologie und EDxTM
- W 32 Dr. med. Hansjörg Ebell, München – Hypnose und Selbsthyp-
nose in der Psychoonkologie
- W 33 Dipl.-Psych. Dieter G. Hoff, Münster – Wenn du mich
zwingst, erreichst du mich nie
- W 34 Dipl.-Psych. Dr. rer. biol. hum. Agnes Kaiser Rekkas,
München – Ideomotorik: Kommunikation mit dem
Unbewussten zur hypnotherapeutischen Behandlung
psychosomatischer Erkrankungen
- W 35 Dr. med. Wolf-Rainer Krause, Blankenburg/Harz / Ph. D.
DMD Tibor Károly Fábrián, Budapest/Ungarn – Biofeedback
als Brücke zwischen Körper und Seele
- W 36 Dipl.-Psych. Ortwin Meiss, Hamburg – Hypnotherapie bei
Depressionen
- W 37 Dipl.-Psych. Dr. phil. Anke Pielsticker, München – Hypnose
bei Persönlichkeitsstörungen
- W 38 Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Tübingen – Nutzung des Körpers in
der Psychotherapie
- W 39 Musiktherapeutin Sabine Rittner, Heidelberg – Klang und
Trance:
Der rituelle Einsatz veränderter Bewusstseinszustände in
Psychotherapie und Medizin
- W 40 Dipl.-Psych. Winfried Schmidt, Bad Salzuflen – Einsatz-
möglichkeiten der Hypnose bei der Gruppe der Gewalt- und
Sexualstraftäter im ambulanten u. stationären Setting

- W 41 Dr. med. Rüdiger Steinriede, Böblingen – Hypnotherapie
bei HWS-Syndrom und Kieferarthromyopathie, bei akutem
Hörsturz und bei chronischem Tinnitus
- W 42 Dr. med. dent. Susanne Forschner, Biberach/ Zahnarzt Heiko
Rehe, Clenze –
10 Millionen Angstpatienten in Deutschland – Wer soll helfen,
wenn nicht wir ?
- W 43 Dr. med. dent. Albrecht Schmierer, Stuttgart – Zahnärztliche
Hypnose bei Myoarthropathie und chronischem Schmerz

Zur Einstimmung in den Tag

- 7.15 Uhr Waldlauf im Kurwald mit Hoteldirektor Flegel
- 8.00 Uhr Kraft, Gelassenheit und Ruhe atmen:
Entspannungsübung mit Dipl.-Psych. Dr. Frank H. Piekara
- 8.00 Uhr Klang – Trance – Atem – Stimme: Eine hypnotherapeutische
Körperklang-Meditation mit Musiktherapeutin Sabine Rittner

Abendprogramm

- 20.00 Uhr DGH Fete im Festsaal mit vielen Überraschungen und
Live Musik

Sonntag,
19.11.2006

Vorträge

- 9.30 Uhr Dr. med. Hansjörg Ebell, München
„Warum therapeutische Hypnose“
- 10.00 Uhr Zahnarzt Christian Bittner, Salzgitter
Die Behandlung überempfindlicher Zahnhäse - eine verglei-
chende Studie unter besonderer Berücksichtigung medizini-
scher Hypnose
- Pause -
- 10.45 Uhr Dipl.-Psych. Rainer Wittek, Günzburg
Hypnose bei multiplen Persönlichkeitsstörungen
- 11.15 Uhr Dipl.-Psych. Ortwin Meiss, Hamburg
Basisstrategien zur Aktivierung von Selbstorganisation und
Veränderung
- 11.45 Uhr Ph.D. Jeffrey Zeig, Phoenix/USA
Advanced Techniques of Ericksonian Therapy

Regionale Weiterbildung der DGH

Achtung!

Da häufiger interessierte Kolleginnen und Kollegen die Anfrage stellen, ob denn die Therapiekurse in den Fortbildungszentren ausschließlich den Ausbildungskandidaten vorbehalten seien, soll an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich darauf verwiesen werden, dass natürlich grundsätzlich die regionalen Fortbildungsangebote auch für alle anderen Interessierten offen sind, so weit noch freie Plätze vorhanden sind.

Nähere Informationen dazu erhalten Sie in der Geschäftsstelle oder bei dem entsprechenden Fortbildungszentrum.

Fortbildungszentrum Berlin

Dozent: Dipl.-Psych. Werner Eberwein

Einführungsseminare: jeweils Mittwoch 19.30-22.30 Uhr

Grundkurse

- | | |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17./18. Februar 2006 | <i>H1 - Methoden der Trance-Einleitung</i>
(Werner Eberwein) |
| 31. März/1. April 2006 | <i>H2 - Formulierung von Suggestionen</i>
(Reinhard Dieckmann & Ralf Reinkemeyer) |
| 9./20. Mai 2006 | <i>H3 - Ideomotorik zur hypnotischen Kommunikation mit dem Unbewussten</i>
(Werner Eberwein) |

Fortgeschrittenenkurse

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30. Juni/1. Juli 2006 | <i>H4 - Hypnotische Metaphern und Symbole</i>
(Werner Eberwein) |
| 1./2. September 2006 | <i>H5 - Hypnotische Anästhesie und Schmerzbehandlung</i>
(Reinhard Dieckmann & Ralf Reinkemeyer) |
| 3./4. November 2006 | <i>H6 - Hypnotische Identifikations- und Dissoziationsmethoden</i>
(Werner Eberwein) |

Therapiekurse

- | | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8./9. Dezember 2006 | <i>H7 - Körperorientierte Trance-Techniken und hypnotische Altersregression</i>
(Werner Eberwein) |
| 12./13. Januar 2007 | <i>H8 - Hypnosetherapie bei Ängsten</i>
(Hans-Christian Kossak) |
| 9./10. März 2007 | <i>H9 - Hypnose in der Psychosomatik</i>
(Werner Eberwein) |
| 11.-13. Mai 2007 (3 Tage) | <i>H10 - Hypnosetherapie bei Persönlichkeits-/Frühstörungen</i>
(Werner Eberwein) |

Supervision (jeweils So 10-13 Uhr)

19. Februar 2006; 21. Mai 2006; 2. Juli 2006; 5. November 2006; 10. Dezember 2006; 1. März 2007

Nähere 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
www.werner-eberwein.de

Fortbildungszentrum Mitte

Dozenten: Dr. med. dent. Bernd U. Borckmann
Prof. Dr. Vladimir Gheorghiu
Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Hübner
Dipl.-Psych. Karl Möck

Grundkurs

03./04. 12. 2005 (Dipl.-Psych. K. Möck)
21./22.01.06 (Dipl.-Psych. Dr. phil. M. Hübner)
04./05.03.06 (Dr. med. K. Bloch-Szentágothai)

Fortgeschrittenenkurs

01./02.04.06 (Dipl.-Psych. K. Möck)
13./14.05.06, 24./26.06.06 (Dipl.-Psych. Dr. phil. M. Hübner)

Supervision

Prof. Dr. V. Gheorghiu, Tel. 0641-870170 (auf Anfrage)
Dipl.-Psych. K. G. Möck, Darmstadt, Tel. 06151-244 98 (auf Anfrage)
weitere Supervisionstermine auf Anfrage

Nähere 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 oder
homepage: www.hypnoseausbildung.de

Fortbildungszentrum Süd

Dozenten: Dr. med. dent. Peter Dünninger
Dr. rer. biol. hum. Agnes Kaiser Rekkas, psychologische
Psychotherapeutin

Grund-, Fortgeschrittenen- und Therapiekurse

FK 18./19.03.06, 13./14.05.06
FK 5-6 und 8 St. Supervision und TK 1-2: 19.06. bis 23.06.06 als
Kompaktseminar in Griechenland auf dem Peloponnes
TK 15./16.07.06 Angststörung und Depression
TK 16./17.09.06 Kompetenz, Ichstärkung, Stressbewältigung, Be-
handlung des posttraumatischen Stresssyndrom
TK 5-6: 2./3.12.2006 Psychosomatik

Hypnose-Meisterklasse bei Dr. Agnes Kaiser Rekkas
in Griechenland, Peloponnes, 1. Oktoberwoche 2006 -
Intensives fachliches Lernen und intensiver Austausch mit Selbster-
fahrungswert in mediterraneem Ambiente

Supervision bei Dr. Agnes Kaiser Rekkas
25./26.03.06, weitere Termine auf Anfrage

Nähere Informationen:

Dr. Agnes Kaiser Rekkas, Chorherrstr. 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

Fortbildungszentrum West

Dozenten: Dr. med. Thomas Koch
Dipl.-Psych. Winfried Schmidt

Anfragen nach Terminen:

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; www.time-for-a-change.de

Fortbildungszentrum Nord

Dozenten: Dipl.-Psych. Gilbert Bejer
Dr. med. dent. Sylvio Chiamulera
Dipl.-Psych. Dieter Gerd Hoff
Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüsen-Janßen

Grundkurse

Coesfeld 10./11.02.06, 28./29.04.06, 23./24.06.06, Dipl.-Psych. Dr.
Helga Hüsen-Janßen
Bremen 08./09.07.05, 07./08.10.05, 02./03.12.05, Dr. med.dent.
Sylvio Chiamulera
Münster 26.04.06, 24.05.06, 21.06.06, 09.08.06, 06.09.06,
18.10.06, Dipl.-Psych. Dieter Gerd Hoff

Fortgeschrittenenkurse

Coesfeld 26.04.06, 24.05.06, 21.06.06, 09.08.06, 06.09.06,
18.10.06, Dipl.-Psych. Dieter Gerd Hoff
Bremen 20./21.01.06, 17./18.02.06, 31.03./01.04.06, Dr. med.dent.
Sylvio Chiamulera
Coesfeld 11./12.08.06, 08./09.09.06, 01./02.12.06, Dipl.-Psych. Dr.
Helga Hüsen-Janßen

Therapiekurse

Coesfeld 12./13.05.06 *Hypnobirthing – die hypnoreflexogene*
Methode zur Geburtsvorbereitung,
Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüsen-Janßen/
Coesfeld, Dipl.-Psych. Angelika Hilverling/
Dortmund

- 10./11.06.06 *Paartherapie und implizite Beziehungsverträge*, Prof. Dipl.-Psych. Dr. Dirk Revenstorf/Tübingen
- 25./26.08.06 *Hypnotherapeutische Interventionen zur Traumabearbeitung*, Dipl.-Psych. Karl-Josef Sittig/Münster
- 22./23.09.06 *Hypnotherapie bei Angststörungen*
Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Hübner, Münzenberg
- 20./21.10.06 *Hypnose in der Psychosomatik*
Dr. rer.biol.hum. Agnes Kaiser Rekkas/München
- 27./28.10.06 *Therapeutische Arbeit mit Träumen*, Prof. Dipl.-Psych. Dr. Dirk Revenstorf/Tübingen

- Bremen*
- 01./02.09.06 *Zeitlinien/Times-Lines*, Dr. med.dent. Sylvio Chiamulera
 - 27./28.10.06 *Schmerzbehandlung und hypnot.Anästhesie*, Dr. med.dent. Sylvio Chiamulera

Detmold Termin nicht fest
Schmerz und Hypnose,
Dipl.-Psych. Gilbert Bejer

Supervision

- Coesfeld* 16..06.06, Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüsken-Janßen
04.08.06, Dipl.-Psych. Dr. Helga Hüsken-Janßen
- Detmold* auf Anfrage, Dipl.-Psych. Gilbert Bejer, Tel. 05231-390857, Hypnose@Gilbert-Bejer.de

kollegiale Supervision (Qualitätszirkel) auf Anfrage
Dipl.-Psych. Gilbert Bejer, Tel. 05231-390857
Hypnose@Gilbert-Bejer.de

Nähere Informationen:
Dipl.-Psych. Helga Hüsken-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

Fortbildungszentrum Salzgitter

Dozent: Zahnarzt Christian Bittner

Grundkurs 20./21.01.06, 17./18.02.06, 28./29.04.06

Fortgeschrittenenkurs
09./10.06.06; 30.06./01.07.06; 15./16.09.06

Therapiekurse 10./11.03.06 *Angst und Hypnose*
12./13.05.06 *Arbeit mit Kindern / Zaubern in der Therapie*
03./04.11.06 *Schmerz und Hypnose*

Koll. Supervision
07.02.06 / 02.05.06 / 05.09.06 / 07.11.06
jeweils 20 Uhr

Supervisionswoche
Mallorca 24.09.2006 - 30.09.2006

Nähere Informationen:
Zahnarzt Christian Bittner, Hinter dem Salze 10, 38259 Salzgitter,
Tel.: 05341-3988857, Fax: 05341-35072, e-mail: hypnose@zahn-sz.de

Vorschau auf Kongresstermine

DGZH	08.09-10.09.2006	Berlin
SMSH	09.11.-11.11.2006	Balsthal
DGH in Kooperation DGÄHAT	16.11.-19.11.2006	Bad Lippspringe
M.E.G.	16.03.-19.03.2006	Bad Orb
ÖGATAP	05.03.-12.03.2005	Radstadt
DGÄHAT	17.06.-19.06.2005	Blankenburg/Harz
ISH	21.08.-26.08-2006	Acapulco/Mexico
DGH	15.11.-18.11.2007	Bad Lippspringe

Neue Zertifikatsinhaber

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

Dipl.-Psych. Jutta Arnold, Eschfeldstr. 1 c, 45894 Gelsenkirchen
 Dr. med. dent. Oliver-Frederic Ebner, Gifhorner Str. 8, 38468 Ehra
 Dr. med. Harry Grossmann, Willstattestr. 11, 63454 Hanau
 Dr. med. Jens Meyer, Friedrich-Karl-Str. 116, 28211 Bremen
 Dipl.-Psych. Michael Pietsch, Kirchstr. 18, 48231 Warendorf
 Dipl.-Psych. Ina Rissel, Dornhecken 19, 33617 Bielefeld
 Dipl.-Psych. René Roger Schuck, Elbestr. 32, 12045 Berlin
 Dipl.-Psych. Konstanze Wortmann, Morgenstr. 39a, 59423 Unna
 Dr. med. dent. Marion Ettemeyer, Gräfstr. 113, 81241 München
 Dr. med. Ulrich Janert, Ribnitzer Str. 24, 13051 Berlin

Wir gratulieren!

Neue Mitglieder der DGH

Herzlich willkommen in der Deutschen Gesellschaft für Hypnose:

PD Dr. med. Rainer Arendt
 Dr. med. Hans-Ulrich Burchard
 Dipl.-Psych. Kathrin Fettweiß
 Dr. med. Reinhold Gellner
 Dr. med. Ulrike Gotthardt
 Dr. med. Marina Keim-Sitte
 Dipl.-Psych. Rasmus Kenneweg
 Dipl.-Psych. Gunda Magis
 Dr. med. Claudia Paris
 Dr. med. Ulley Rolles
 Ärztin Antje Rosenbaum
 Dipl.-Psych. Susanne Schleich
 Dr. med. dent. Zeynep Schlie
 Psych. Maren Walla-Kaufmann
 Dipl.-Psych. Ulrich Wenz

Nachlese zum Kongress 2005

Liebe Helga,
 leider hatte ich am Sonntag keine Gelegenheit, mich noch persönlich von Dir zu verabschieden. Das möchte ich hiermit nachholen, außerdem ist es mir ein Bedürfnis, mich bei Dir, Frau Kramer und allen, die vor und während der Tagung für uns so aktiv waren, ganz herzlich mit folgenden Zeilen zu bedanken:

Ein dickes Lob denen gebührt,
 die man im Hintergrund nur spürt.
 Geht's drunter, drüber auch zuweilen,
 zu helfen stets sie sich beeilen.
 Was man für selbstverständlich hält,
 das kriegt man nicht für alles Geld!
 Ein netter Gruß, ein liebes Wort,
 bei Euch stimmt immer der Rapport!
 Hat man 'nen Wunsch, fragt frau nach Rat,
 Ressource führt zur Lösungstat.
 Bei Euch bekommt jeder die Chance
 zu spür'n, was heißt „vive la trance“.
 Ihr seid das Herz der DGH –
 bleibt so, das wäre wunderbar!!!

In diesem Sinne Dir, liebe Helga, und allen MitstreiterInnen
 herzliche Grüße aus Bergisch Gladbach
 Deine Ute

Herzlichen Dank für die nette Rückmeldung!

Organisationsteam und Geschäftsstelle

Supervisionsgruppe gesucht

Frau Dipl.-Psych. Ursula Gosing aus Hemer
 (Tel.: 02372-969977, e-mail: Psyprax.Gosing@t-online.de)
 sucht eine Supervisionsgruppe von erfahrenen Kollegen aus dem
 Raum Hemer, Dortmund, Iserlohn, Hagen.

Aufruf an alle DGH-Mitglieder zur Mitarbeit am bundesweiten Tag der Hypnose zur Öffentlichkeitsarbeit für Hypnose und Hypnotherapie am Mittwoch, dem 18. Oktober 2006

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

am *Mittwoch, dem 18. Oktober 2006* wird – wie zuletzt im Jahr 2003 – wieder ein bundesweiter *Tag der Hypnose* stattfinden. An diesem Aktionstag werden die Mitglieder der deutschen Hypnosegesellschaften *DGH, MEG, DGZH* und *DÄGHAT* in ihren psychotherapeutischen, medizinischen oder zahnärztlichen Praxen, in Kliniken, Universitäten oder angemieteten Räumen *Einführungsveranstaltungen zum Thema Hypnose mit Kurz-Demonstration* durchführen und dazu *interessierte Kolleg/inn/en und Medienvertreter/innen* einladen.

Am Tag der Hypnose 2003 haben sich von Seiten der DGH

83 Kolleginnen und Kollegen beteiligt, die in

29 Städten Veranstaltungen durchgeführt haben.

Wir hoffen sehr, dass in diesem Jahr die Beteiligung noch größer wird.

Die genaue Gestaltung und die Größe der Veranstaltungen kann je nach den lokalen Gegebenheiten und Arbeitsschwerpunkten anders aussehen. Möglich wären z.B. Einführungsveranstaltungen, Vorträge an Universitäten, in Schulen oder Vortragszentren, Einladungen an Fortbildungsinteressierte, Pressekonferenzen, Zeigen von Filmen oder Videos über Hypnose, Demonstrationen, Lesungen, Ausstellungen oder Diskussionsveranstaltungen.

Den DGH-Kolleg/inn/en, die am Tag der Hypnose mitarbeiten, werden wir umfangreiche Hilfestellung bieten. Jeder, der sich an der Aktion beteiligt, erhält ein aktuelles Medienpaket auf CD, das unter anderem beinhaltet:

1. einen detaillierten *Power-Point-Vortrag* zur Einführung in die Hypnose für Psychotherapeuten, Mediziner und Zahnärzte,
2. repräsentative *Hypnose-Fotos* als Datei zum Abdrucken für die Presse,
3. eine komplette *Presse-Informationsmappe*,
4. vorgefertigte *Anschreiben an interessierte Kolleg/inn/en*,
5. vorgefertigte *Anschreiben an Pressevertreter/innen*,
6. eine *Checkliste zu Vorbereitung* und Durchführung der Veranstaltung

7. *Tipps für den Ablauf* und den Umgang mit der Presse,
8. einen *Pressevertrag* zur standesrechtlichen Absicherung,
9. eine *Adressenliste* mit allen DGH-Mitgliedern, die sich an dem Aktionstag beteiligen.

Die Adressen von Fachblättern und lokalen Zeitungen (für inhaltliche Beiträge oder Annoncen) sowie von lokalen Hörfunk-Redaktionen sind euch sicher bekannt, oder ihr könnt sie leicht herausfinden. Wenn ihr darüber hinaus weitere Journalisten einladen wollt, könnt ihr von der Geschäftsstelle Adressen von Medienvertretern erhalten. Bitte teilt der Geschäftsstelle dafür frühzeitig (also in den nächsten Wochen) mit, welche Medien-Adressen ihr *genau* benötigt (PLZ-Bereich, Zeitungen/Hörfunk/TV, Ressorts) und an wie viele Pressevertreter ihr Einladungen verschicken wollt.

Ich (Werner Eberwein) habe im Auftrag des DGH-Vorstandes die Aufgabe übernommen, in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle die Initiativen zum Tag der Hypnose 2006 zu koordinieren. Wenn ihr am Aktionstag teilnehmen wollt, meldet euch bitte umgehend bei mir an (am besten per E-Mail). Ihr erhaltet dann fortlaufende Informationen per E-Mail und erfahrt, wer in eurer Region sich noch am Tag der Hypnose beteiligt.

Herzliche Grüße

Werner Eberwein

Leiter des DGH-Ausbildungszentrums Berlin

e-mail: werwein@aol.com, Tel.: 030-82 70 28-34, Fax: -35

Herzlichen Glückwunsch!

Sie erinnern sich an den Artikel unseres Mitgliedes Stefan Junker in der letzten Ausgabe der Suggestionen mit dem Thema „Medizinische Hypnose bei Magenspiegelung“.

Auf dem vom 10.-12. November 2005 in Potsdam stattfindenden Deutschen Psychologentag wurde Stefan Junker mit dem „Georg-Gottlob-Studienpreis für angewandte Psychologie“ ausgezeichnet. Dieser Preis wird alle zwei Jahre an herausragende Nachwuchswissenschaftler vergeben. Stefan Junker konnte mit seiner prämierten Arbeit belegen, dass Hypnose hoch effizient zur Vorbereitung auf eine Magenspiegelung einzusetzen ist.

»Studierendentag in Münster«

von Hans-Joachim Scholz

Am letzten Novemberwochenende des vergangenen Jahres fand in Münster der Psychologiestudierenden-Kongress 2005 statt. Trotz der heftigen Schneefälle in und um Münster besuchten rund 500 Studierende diesen Kongress, auf dem sie sich Einblicke in das Leben nach dem Studium verschaffen konnten. In mehr als 100 Veranstaltungen wurde das aktuelle Spektrum der Anwendung psychologischer Kenntnisse vorgestellt – von Personalentwicklung und Psychotherapie über Umweltpsychologie bis zur Parapsychologie.

Auch die DGH war mit mindestens einem Referenten vertreten. Dipl.-Psych. H.-J. Scholz sprach über die:

Klinische Hypnose – therapeutische Methode oder obskure Intervention?

Nach einer kurzen Darstellung der historischen Entwicklung der Hypnose wurden einige Grundhypothesen und aktuelle, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vorgestellt.

Anschließend wurden einige Therapieverläufe aus dem klinischen Alltag dargestellt, die erkennen ließen, wie und mit welchem Ergebnis sich unterschiedliche Methoden der klinischen Hypnose in eine Therapieplanung eingliedern lassen.

Abschließend wurden Voraussetzungen, Wege und Kosten der Ausbildung erläutert.

Mehr als 100 sehr aufmerksame und interessierte Zuhörer folgten den Ausführungen. Die vielfältigen Fragen konnten in der vorgesehenen Zeit kaum beantwortet werden, so dass noch auf dem Flur weiterdiskutiert wurde, weil der Raum für das nächste Referat geräumt werden musste.

Rainer Wittek

Hypnose – Schlüssel zur Seele

Aus dem Alltag eines Psychotherapeuten. Erscheint 2. Quartal 2006 im Schattauer Verlag, ca. 160 Seiten, ca. 22,95 €, ISBN 3-7945-2483-7



Spannend erzählte Lektüre, die die vielen faszinierenden Einsatzmöglichkeiten von Hypnose einem breiten Publikum unterhaltsam nahe bringt.

„Erst wenn ich tot bin, ist es zu spät, etwas zu ändern“ „Erst wenn ich tot bin, ist es zu spät, etwas zu ändern“ – diese Aussage einer Patientin einige Monate nach Therapiebeginn verdeutlicht nicht nur die Wandlung einer anfangs mutlosen, resi-

gnativen Frau, sondern spiegelt auch eine Einstellung von Rainer Wittek wider: Nach über 30-jähriger Arbeit als Psychotherapeut ist er der festen Überzeugung, dass auch Patienten, die bereits abgelehnt oder als austerapiert bezeichnet wurden, ein enormes Potenzial an Selbst-stärkenden Kräften besitzen.

Rainer Wittek wendet in seiner klinischen Praxis hypnotherapeutische Vorgehensweisen an, um dieses Potenzial seiner Patienten zu erreichen und zu aktivieren.

Reale Fallberichte offenbaren die faszinierenden Möglichkeiten der Hypnose in der Psychotherapie und machen deutlich, dass mit ihrer Hilfe ein therapeutischer Zugang zu Menschen möglich wird, die anderweitig nicht zu erreichen wären. Dabei dient die Hypnose nicht als eigenständiges Therapieverfahren, sondern bietet die Möglichkeit, Verfahren wie Psychodynamische Therapie oder Verhaltenstherapie effektiver zu gestalten. Der Autor weist der Hypnose in seinem Buch damit den hohen Stellenwert zu, der ihr tatsächlich gebührt. Ihr Missbrauch durch Laientherapeuten, die weder therapeutische Ausbildung oder gar Approbation aufweisen, führt zu der heutzutage so oft verbreiteten Ablehnung dieser so wirkungsvollen therapeutischen Option. Dem Autor ist es daher ein besonderes Anliegen, zwischen „therapeutischer Hypnose“ und „Showhypnose“ zu unterscheiden.

Im Mittelpunkt seines Buches stehen dabei immer die Schicksale von Patienten. Der Autor schildert diese trotz großer Leichtigkeit mit hohem Einfühlungsvermögen, auf eine Weise, die den Leser wie ein Krimi in seinen Bann zieht, ihn jedoch nicht vergessen lässt, dass es sich hierbei immer um reale Fälle handelt.

Nicht nur Fachkollegen in Ausbildung und Praxis, sondern auch ein großer, an der Thematik interessierter Leserkreis findet hier eine spannend und unterhaltsam erzählte Lektüre, die zugleich den hohen Nutzen offenbart, den die Hypnose in der täglichen psychotherapeutischen Arbeit leisten kann.

Rezension

Agnes Kaiser-Rekkas: „Im Atelier der Hypnose“, erschienen Oktober 2005 bei Carl-Auer, ISBN 3-89670-498-2

Wie arbeitet eigentlich ein Hypnotherapeut? Was genau macht er eigentlich, und was würde man sehen, wenn man dabeisitzen würde, oder was würden die Patienten nach der Therapie erzählen? Was ist eigentlich „Hypnotherapie“, wenn sie konsequent umgesetzt wird?

Das Buch von Agnes Kaiser-Rekkas unterscheidet sich auf wohlthuende Weise von vielen anderen Fachbüchern. Es gibt einige Kapitel zu allgemeinen Grundlagen und viele Kapitel zu speziellen Anwendungen und Diagnosen, was noch normal ist. Dieses Buch ist voll von Fallbeispielen, auch die ersten Kapitel, in denen Grundlagen erläutert werden. Mit theoretisch-abstrakten Erläuterungen wird sehr gespart. Man bekommt durchweg einen sehr anschaulichen Eindruck von Hypnose, so wie sie sehr konsequent, in Reinform sozusagen, praktiziert werden kann. Nicht Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch orientierte Therapie oder systemische Therapie mit alle paar Sitzung mal ein paar hypnotischen Elementen, sondern Hypnose in fast jeder Sitzung, explizit, so dass der Klient tatsächlich eine ihm plausible, ratifizierte Erfahrung gemacht hat.

Interessant ist es, sich die Grundorientierung der Autorin genauer zu betrachten: Sie ist keine „offizielle“ Ericksonianerin, Erickson wird wenig zitiert, es fällt vor allem nie der Begriff der Utilisation. Vielleicht, weil er einfach so grässlich klingt, außerdem ist sie ja Ausbil-

derin bei der Deutschen Gesellschaft für Hypnose. Ansonsten geht sie ressourcenorientiert vor, vertritt systemische Sichtweisen und wendet Reframing an – womit sie irgendwie dann eigentlich doch ericksonianisch arbeitet. Gleichzeitig wird veranschaulicht, wie einfach und wirkungsvoll die Verwendung von klassischen, direkten Suggestionen ist. NLP-Techniken werden völlig selbstverständlich integriert, ebenso hypnoanalytische Ansätze aus der Ego-State-Therapy. Man kann das als Ergebnis dessen ansehen, dass sich grade im deutschsprachigen Raum die verschiedenen Hypnose-Strömungen wenig bekämpft und viel gegenseitig bereichert haben.

Hervorstechend ist die extensive Anwendung von ideomotorischen Signalsystemen, was man sehr selten findet. Leider sind diese Methoden, die eigentlich zum Grundrepertoire gehören sollten, nicht sehr weit verbreitet. Viele Teilnehmer von Ausbildungsgruppen hören und lesen nur davon, ohne dass sie je Gelegenheit zu bekommen, dieses nützliche Handwerkszeug zu lernen. Allein dies macht das Buch bereits lesenswert, weil ideomotorische Signalsysteme – bei allen Problemen mit der Interpretation und der theoretisch-empirischen Fundierung – für jeden Hypnotherapeuten essentiell sind und bei reflektierter Verwendung die therapeutische Arbeit ungemein bereichern können.

Auffallend ist auch die Sprache: Kurze, klare, umgangssprachliche Sätze, wie sie für ein Fachbuch unüblich sind, was die Lesbarkeit aber sehr erleichtert. Die Sprache ist auch nicht nüchtern-sachlich, sondern voll von Bildern und Metaphern, was – wie wir ja alle wissen – unbewusste Assoziationsprozesse anregt und das Lesen sehr angenehm macht. Sehr spannend sind auch Textpassagen, in denen Klienten direkt zu Wort kommen mit Gedächtnisprotokollen von Sitzungen oder in Form von E-Mails an die Autorin, was heute ja Alltag ist.

Kritikpunkte habe ich nur zwei: Zunächst gibt es leider kein Register, und da auch die Überschriften im Inhaltsverzeichnis sehr metaphorisch sind, ist es schwer, bestimmte Techniken, die man grade nachlesen möchte, zu finden. Ansonsten wirkt die Sprache etwas mechanistisch in dem Sinne, dass eine bestimmte Technik A quasi unausweichlich eine bestimmte therapeutische Wirkung B hat – obwohl die Autorin das so sicherlich nicht meint und auch immer wieder betont, wie unberechenbar und individuell Therapieverläufe und Reaktionen des Klienten sein können. Ich persönlich finde es auch spannend, wenn nicht nur von Erfolgen und Wun-

dern, sondern auch von schwierigen Verläufen, Misserfolgen, Irrwegen etc. berichtet wird, was nicht nur in diesem Buch, sondern in der Hypnose-Literatur überhaupt zu kurz kommt.

Insgesamt ist dieses Buch ungemein lesenswert. Vor allem denke ich dabei an Ausbildungsgruppen-Teilnehmer, die eine anschauliche Vorstellung dessen, was sie gerade am Lernen sind, bekommen wollen. Auch Therapeuten anderer Grundorientierungen, die wissen wollen, wie Hypnotherapie eigentlich aussieht, jenseits von theoretischen Erläuterungen, können von diesem Buch profitieren. Bei aller Anschaulichkeit ist das fachliche Niveau und die präzise Beschreibung der Techniken, Sitzungen und Therapieverläufe sehr hoch. Man kann vorne anfangen zu lesen, oder nach dem Inhaltsverzeichnis gehen und zu einem bestimmten Thema nachlesen, oder einfach neugierig herum blättern und irgendwo hängen bleiben. Egal wie, es ist lehrreich und spannend.

(Dietrich Schauer, Psychologe)

Rezension

Klaus Grawe „Neuropsychotherapie“. 2004. Göttingen: Hogrefe.

In seinem Buch „Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession“ hat Klaus Grawe 1994 die Psychotherapieszene mit einer knallharten empirischen Metaanalyse aufgeschreckt. Es ist wiederum ein spannendes Unterfangen, das er sich in seinem Buch „Neuropsychotherapie“ (2004) vorgenommen hat: Er möchte die Ergebnisse der Hirnforschung für die Psychotherapie nutzbar machen.

Im ersten Teil des Buches trägt Grawe mit bewundernswerter Akribie die Ergebnisse der Hirnforschung für die Psychotherapie zusammen. So scheint es heute beispielsweise relativ gut gesichert zu sein, dass bei depressiven Patienten bestimmte Hirnregionen (präfrontaler Cortex, Hippocampus) „durch mangelnde Benutzung“ im Volumen geschrumpft sind. Nach einer erfolgreichen Therapie nehmen diese Hirnregionen dagegen an Volumen und an Synapsendichte zu (S. 150 ff). Dies wäre der Nachweis dafür, dass sowohl psychische Störungen als auch psychotherapeutische Prozesse mit *strukturellen Hirnveränderungen* einhergehen. Psychotherapie kann also die Struktur des Gehirns verändern. Das ist interessant

und stärkt die Reputation der Psychotherapeuten gegenüber den Medizinern.

Grawes Angst-Konzept dagegen basiert auf einer außerordentlich schmalen Datenbasis. Nach Grawe haben die Hirnphysiologen Gutberlet und Miltner 1999 herausgefunden, dass ein bestimmter Aspekt des EEG (die P3-Amplitude) sich bei Patienten mit Spinnenphobie *nach* erfolgreicher Verhaltenstherapie noch ebenso von Normalpersonen unterschied wie *vor* der Therapie. Die Verhaltenstherapie hat die Spinnenphobie also beseitigt, das EEG aber nicht verändert. Nach Grawe *interpretieren* Gutberlet und Miltner das so, dass ein Hirnareal, das als Amygdala bezeichnet wird, auch bei den therapierten Patienten weiterhin durch Angstreize aktivierbar bleibt (S. 104).

Wer sich schon einmal mit EEG-Untersuchungen beschäftigt hat, weiß, dass Hirnstromkurven als Messinstrument nicht gerade besonders zuverlässig sind. Gutberlet und Miltner *schließen* außerdem von einem durch Verhaltenstherapie unveränderten EEG auf eine aktiviert gebliebene Amygdala, *ohne* dass dabei die Aktivität der Amygdala direkt gemessen worden wäre. Das ist nun wahrhaft eine schmale – im Grunde eine gar nicht vorhandene – Datenbasis, auf die Grawe nun seine „neurowissenschaftliche Angst-Theorie“ aufbaut. Wenn, so Grawe, die Amygdala „nachgewiesenermaßen“ auch nach der Verhaltenstherapie einer Phobie weiterhin aktiviert bleibe, so könne Angst nicht im verhaltenstherapeutischen Sinn „gelöscht“ werden. Verhaltenstherapeutische Methoden der Angst-Löschung hätten demnach keine neurologische Basis. Die Amygdala als „Angst-Zentrale“ feuere ja weiter, also bleibe die Angstprägung erhalten. Sie könne lediglich „auf kognitivem Wege aktiv gehemmt“ werden.

Meiner Ansicht nach ist das eine Spekulation auf Basis einer Spekulation, die ebenso schwach empirisch fundiert ist wie die von Grawe so heftig attackierten Konstrukte mancher Analytiker-Kollegen. Dass die Amygdala auch dann feuert, wenn ein Affe gerade einen süßen Fruchtsaft schmeckt (S. 289), stört Grawes Konstruktion nicht weiter. Für ihn ist die Amygdala als der neurologische Ort unlöschbarer Angstprägungen identifiziert.

Grawes „neurowissenschaftlich fundiertes Therapiekonzept“ für die Behandlung von Angst ist dann auch nichts anderes als die

altbekannte verhaltenstherapeutische Methode der systematischen Desensibilisierung. Der Patient müsse zunächst in einen guten Zustand versetzt werden. Dann müsse er sich real oder in der Phantasie dem Angstauslöser aussetzen, ohne Angst zu empfinden. Auf diese Weise würde die Angst-Reaktion „aktiv gehemmt“ (S. 107 ff). Ob „Löschung“ oder „aktive Hemmung“ – Grawes Therapieverfahren der Wahl bleibt also dasselbe und das alte: die klassische Verhaltenstherapie.

Nachdem Grawe im ersten Teil seines Buches ausführlich die Ergebnisse der neurologischen Hirnforschung referiert hat, entwickelt er im zweiten Teil des Buches eine *psychologische* Theorie, die mit den neurologischen Resultaten kaum mehr etwas zu tun hat. Er nennt sie „*Konsistenztheorie*“. Es handelt sich um eine etwas modernisierte Form der *Theorie der kognitiven Dissonanz* von Festinger (1957). Nach Grawes Konsistenztheorie habe der Mensch folgende Grundbedürfnisse:

- ein Bedürfnis nach *Kontrolle*,
- ein Bedürfnis nach *Lust*,
- ein Bedürfnis nach *Bindung* und
- ein Bedürfnis nach *Selbstwerterhöhung*.

Aus diesen Grundbedürfnissen entspringen „motivationale Ziele“, und zwar entweder „Annäherungsziele“ (die mit positiven Emotionen einhergehen) oder „Vermeidungsziele“ (die mit negativen Emotionen verbunden sind). Wenn mehrere gleichzeitig aktivierte Grundbedürfnisse eines Menschen miteinander übereinstimmen, und wenn die Person ihre Ziele tatsächlich erreichen kann, dann erlebt der Mensch nach Grawe „Konsistenz“: Die Bedürfnisse sind eindeutig und sie werden erfüllt. Wenn die Person dagegen einen Konflikt zwischen unterschiedlichen Grundbedürfnissen in sich trägt, spricht Grawe von „Diskordanz“. Wenn die Person ihre Ziele nicht erreichen kann, spricht er von „Inkongruenz“. Das „zentrale Prinzip des psychischen Funktionierens“ (S. 186) sei das Streben nach Konsistenz und die Vermeidung von Inkonsistenz. Als „Hauptform von Inkonsistenz“ bezeichnet Grawe die Nichtübereinstimmung zwischen den Zielen eines Menschen und der Realität. Ein Mensch fühlt sich also nach Grawe wohl, wenn seine Bedürfnisse miteinander übereinstimmen und wenn er seine Bedürfnisse befriedigen kann.

An dieser Stelle habe ich mich beim Lesen gefragt, ob es wirklich erforderlich ist, aus einer ganzen Bibliothek von neurologischen und empirischen Untersuchungen über hunderte von Seiten hinweg etwas abzuleiten, was jedes Kind weiß. Wer würde schon das Gegenteil vermuten, dass ein Mensch sich wohl fühlt, wenn er sich innerlich zwischen verschiedenen Bedürfnissen *zerrissen* fühlt, oder wenn er wichtige Lebensziele *nicht* erreichen kann? Was Grawe mit einem ungeheuren Aufwand als „Inkonsistenz“ ableitet, ist nichts anderes als das, was man landläufig als „Frustration“ bezeichnet: wenn etwas nicht so läuft, wie man das möchte.

Wie ist nach Grawe „konsistenztheoretisch“ die Entwicklung psychischer Störungen zu verstehen? „Inkonsistenz“ (also ein innerer Konflikt zwischen verschiedenen Bedürfnissen oder zwischen Bedürfnis und Realität) führe zu einem neurologischen Spannungszustand. Die Überwindung des „Inkonsistenzkonfliktes“ führe zu Spannungsreduktion. Diese sei von einer erhöhten Dopaminausschüttung im Gehirn begleitet. Die wiederum führe zu einem Neuwachstum von synaptischen Verbindungen zwischen den Neuronen im Gehirn – also zu dem, was Grawe neurologisch unter Lernen versteht. Symptome entstünden demnach durch Konditionierung: der zukünftige Patient versuche, Inkonsistenzspannung kurzfristig zu reduzieren und erzeuge dabei ein Symptom (z.B. eine ängstliche Vermeidung). Weil das Symptom die Spannung reduziert, werde der Prozess „verstärkt“ und fahre sich fest, was zur Chronifizierung führe (S. 311 ff). Auch für diese Theorie der Symptomentstehung hätte Grawe die Neurologie nicht bemühen müssen, denn sie ist in jedem Lehrbuch der klassischen Verhaltenstherapie nachzulesen.

So banal wie die (unter einer kompliziert klingenden Terminologie verborgenen) Theorien Grawes sind auch die „empirisch sehr gut belegten“ (S. 433) Empfehlungen, die Grawe uns Psychotherapeuten geben will. Sie reduzieren sich im Wesentlichen auf drei Punkte:

1. Der Therapeut solle mit dem Patienten an der Bewältigung seiner Probleme arbeiten.
2. Der Therapeut solle für eine gute Beziehung zu dem Patienten sorgen.
3. Der Therapeut solle auf die Ressourcen des Patienten fokussieren.

Dadurch entstehe beim Patienten ein „Zustand der Motiviertheit“, der angenehm und anregend sei und mit einer höheren Dopaminkonzentration im Gehirn einhergehe. Das führe zu Gefühlen von Lust, und einer größeren „Verstärkungsbereitschaft“ für neu gelerntes Verhalten.

Die erste Richtlinie empfinde ich als tautologisch. Es handelt sich um eine Definition von Psychotherapie schlechthin. Der zweiten Richtlinie würden sicherlich die Anhänger der meisten psychotherapeutischen Schulen zustimmen (auch wenn sie in der Praxis wohl nicht immer optimal umgesetzt wird). Und was die Ressourcen-Orientierung betrifft, so steht diese Einstellung in den modernen Kurzzeittherapien (Hypnotherapie, NLP usw.) von jeher *an allererster Stelle*. Wir lernen also von Grawe etwas, was zumindest Kurzzeittherapeuten längst wussten, dass es dem Therapieprozess förderlich ist, auf eine gute Beziehung zum Patienten zu achten und auf die Ressourcen des Patienten zu fokussieren.

Grawes vielfach wiederholter, harscher Kritik an den psychodynamisch orientierten Verfahren vermag ich nicht zu folgen. Für Grawe sind psychodynamische Verfahren durch eine (laut Grawe therapeutisch schädliche) „Problemzentriertheit“ statt durch (therapeutisch förderliche) „Ressourcenorientiertheit“ ausgezeichnet. Wenn man die immense Differenziertheit der Theorie und Methodik etwa der modernen psychoanalytischen Richtungen nach Kohut oder nach Kernberg betrachtet, so erscheint die Reduktion dieser Verfahren auf das Schlagwort „Problemzentriertheit“ doch sehr kurz gegriffen. Eine psychodynamische Therapie sei aber – so Grawe – auch darum vollkommen sinnlos, weil frühkindliche Erlebnisse „prinzipiell nicht erinnerbar“ (S. 356) und damit „der Introspektion unzugänglich“ (S. 358) seien. Obwohl Grawe Letzteres in seinem Buch immer wieder betont, *fehlt* gerade hierfür jeder empirische Beleg. Dass in analytisch begründeten Therapien frühkindliche Beziehungsmuster nicht unbedingt direkt *erinnert* werden müssen, sondern dass sie aus den aktuellen Interaktions- und Übertragungsmustern des Patienten *erschlossen* werden können, ist für Grawe auch nicht weiter von Belang.

Schauen wir uns noch an, wie Grawe die Ressourceorientiertheit des psychotherapeutischen Prozesses in der Praxis erreichen will. Grawe empfiehlt dem Therapeuten, aktiv dafür zu sorgen, dass der Patient in der Therapie Erfahrungen macht, die für den Patienten

eine „Befriedigung seiner Grundbedürfnisse“ darstellen (S. 433 ff). Dies führe zu „Konsistenzverbesserung“ und dadurch – auch unabhängig von der Bearbeitung konkreter Symptome – zu einer Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten.

Wie kann der Therapeut die Grundbedürfnisse des Patienten befriedigen? Das „Kontrollbedürfnis“ des Patienten könne befriedigt werden durch eine Verbesserung seiner *Kontrolle über seine Symptome* (z.B. Angst- oder Zwangssymptome). Das Bedürfnis des Patienten nach „Selbstwerterhöhung“ könne befriedigt werden, indem der Therapeut den Patienten für seine Fähigkeiten und Leistungen verbal *anerkenne*. Das Bedürfnis nach „Bindung“ könne befriedigt werden, indem sich der Therapeut als *kompetent und engagiert* darstelle. Wie kann sich der Therapeut als kompetent und engagiert darstellen? Zitat Grawe:

„Therapeuten sollten mit dem Oberkörper zum Patienten hin geneigt sitzen, die Arme offen, die Hände locker im Schoß, jedenfalls nicht verschränkt. Sie sollten, während der Patient spricht, immer wieder mit dem Kopf nicken. Was sie selbst sagen, sollten sie mit lebhafter Gestik unterstreichen. Die Beine sollten eher offen als übereinander geschlagen sein.“ (S. 435)

Das Bedürfnis des Patienten nach „Lust“ könne befriedigt werden, indem der Therapeut dem Patienten in den Sitzungen „*positive Emotionen*“ verschaffe, beispielsweise durch „Humor“ („gemeinsames Lachen“) oder durch – jetzt kommt es – „Hypnose“.

Wenn man bedenkt, wie differenziert etwa hypnotherapeutische oder NLP-Methoden zur Ressource-Aktivierung und zur Verbesserung des Rappports mit dem Patienten sind, mag man über Grawes akademische Ratschläge lächeln. Aber wenn ich mich nicht irre, werden auf einer solchen „empirischen“ Basis demnächst *verbindliche störungsspezifische Therapieleitlinien* erarbeitet werden, die – inklusive obligatorischem Skill-Training und anschließenden Qualitätssicherungsmaßnahmen – uns Therapeuten verpflichtend vorgegeben werden.

Für Grawe ist das menschliche Gehirn bloß ein Computer. Subjektive Erlebnisse sind für ihn „Schaltkreise“, Gedanken und Gefühle werden demnach „geschaltet“, das Bewusstsein ist für Grawe „der Arbeitsspeicher“. Das große Rätsel der Psychologie (vielleicht das zentrale Mysterium unserer Existenz), das *menschliche Bewusst-*

sein, verschwindet in Grawes Computer-Analogien vollkommen. Worum es in der Psychotherapie zentral geht, die *Transformation erlebter Subjektivität* ist für Grawe gar kein Gegenstand. Subjektivität, Individualität und Bewusstsein werden ausgeklammert.

Es ist daher kein Wunder, dass Grawe sich schon auf die künftige Entwicklung einer neurologischen Psychotherapie freut. Zitat Grawe:

„Technisch wäre es auch möglich, ein bestimmtes Hirnareal durch implantierte Elektroden (Schrittmacher) oder durch Magnetstimulation zu aktivieren oder leichter durch bestimmte Reize aktivierbar zu machen. ... Wir haben heute keine Scheu davor, Neuronenverbände durch chemische Einflüsse auf die Neurotransmitter leichter aktivierbar zu machen oder zu hemmen. ... Man könnte in bestimmte, genau ausgewählte Hirnregionen kleine Magnete implantieren, deren magnetische Kraft ausreicht, im Blut zirkulierende Moleküle, die mit bestimmten Markern versehen wurden, zum verstärkten Andocken in genau dieser Hirnregion zu bringen. ... Es könnte etwa genau an der Stelle ein verstärkte Dopaminkonzentration herbeigeführt werden, wo ein neues neuronales Erregungsmuster gebahnt werden soll.“ (S. 446 f)

Für mich ist ein solches Herumspielen am Gehirn eine gruselige Vorstellung. Für Grawe ist es die wünschenswerte Integration von Neurologie und Psychotherapie.

Fazit: Grawes Überblick über die neurologische und empirische Literatur ist beeindruckend. Aber was dabei am Ende für die Psychotherapie herauskommt, ist nicht nur nichts Neues, es bleibt sogar weit hinter dem zurück, was in den modernen Kurzzeittherapien schon lange zum täglichen Brot gehört.

(Werner Eberwein)