

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin**

Utilisation, Kooperation und Hypnose
Methodologische Analyse und Wirksamkeit moderner Hypnotherapie

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)
Doctor of Philosophy (Ph. D.)

vorgelegt von
Dietrich Schauer, Dipl.-Psych.

Berlin, 2010

Erstgutachter:

Prof. Dr. Jürgen Kriz

Institut für Psychologie, Fachbereich Humanwissenschaften

Universität Osnabrück

Zweitgutachterin:

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

Freie Universität Berlin

Disputationsdatum: 06.07.2010

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 7 |
| Einleitung | 9 |
| 1 Allgemeine Prinzipien | 13 |
| <i>1.1 Utilisation.....</i> | <i>13</i> |
| 1.1.1 Wahlmöglichkeiten und Ressourcenorientierung | 15 |
| 1.1.2 Inhalt, Struktur und Form..... | 18 |
| 1.1.3 Reframing..... | 20 |
| 1.1.3.1 Grundprinzipien von Reframing | 21 |
| 1.1.3.2 Anwendung von Reframing..... | 22 |
| 1.1.4 Kategorien von Ressourcen..... | 25 |
| 1.1.5 Psychotherapeutische Ansätze als Ressourcen | 26 |
| <i>1.2 Strukturierung des Therapieprozesses</i> | <i>28</i> |
| 1.2.1 Zielorientierung..... | 28 |
| 1.2.1.1 Typische Ziele und Teilziele der Hypnotherapie | 30 |
| 1.2.2 Prozessorientierte Entscheidungen | 31 |
| 1.2.3 Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung..... | 32 |
| 1.2.4 Generelle Strategien der Nutzung..... | 35 |
| 1.2.4.1 Logische Ebenen, Wahrnehmungspositionen und Zeitperspektiven | 38 |
| 1.2.5 Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie | 40 |
| 1.2.5.1 Zeitliche Abstimmung und die Grundlagen von Kybernetik und Handlungstheorie | 40 |
| 1.2.5.2 Ein handlungstheoretisches Modell des Therapieprozesses | 44 |
| 1.2.6 Utilisation und Synergetik..... | 48 |
| 1.2.7 Ablauf einer Hypnose-Sitzung..... | 50 |
| 2 Kommunikation, Sprache und Rapport..... | 53 |
| <i>2.1 Verbale Kommunikation.....</i> | <i>53</i> |
| 2.1.1 Spezifische vs. unspezifische Sprachmuster und Suggestionen | 53 |
| 2.1.2 Direkte vs. indirekte und positive vs. negative Suggestionen..... | 57 |
| 2.1.3 Modelle indirekter Suggestion | 59 |
| 2.1.3.1 Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestionen | 60 |
| 2.1.3.2 Implikationen und Präsuppositionen..... | 62 |
| 2.1.3.3 Kategorien indirekter Suggestion..... | 64 |
| 2.1.4 Direktive vs. permissive Suggestionen..... | 68 |
| 2.1.5 Sensorisch spezifische Prädikate und verbale Zugangshinweise | 68 |
| 2.1.6 Zeitformen, Personalpronomen und Prädikate..... | 68 |
| 2.1.7 Überblick über Fragetechniken..... | 69 |
| 2.1.8 Zusammenfassung zur Wirkung von Sprachmustern und Suggestionen | 70 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 2.2 | <i>Nonverbale Kommunikation</i> | 71 |
| 2.2.1 | Minimale Hinweisreize | 72 |
| 2.2.2 | Zugangshinweise | 74 |
| 2.2.3 | Inkongruenz..... | 76 |
| 2.3 | <i>Rapport, verbales und nonverbales Pacing</i> | 77 |
| 2.4 | <i>Metaphern und verwandte indirekte Methoden</i> | 80 |
| 3 | Gestaltung und Utilisation der therapeutischen Beziehung | 86 |
| 3.1 | <i>Utilisation von Patientenmerkmalen</i> | 86 |
| 3.1.1 | Intrapsychische Merkmale und kognitive Stile..... | 89 |
| 3.1.2 | Interaktionelle Stile und Persönlichkeitstypen..... | 94 |
| 3.2 | <i>Kooperation in der Therapie</i> | 104 |
| 3.2.1 | Grundformen der Beziehungsgestaltung | 104 |
| 3.2.2 | Wahlmöglichkeiten im Rahmen kooperativer Beziehungsgestaltung..... | 108 |
| 3.2.3 | Utilisation und Indirektheit | 111 |
| 3.2.4 | Transparenz und Wertschätzung..... | 113 |
| 3.2.5 | Kybernetik 2. Ordnung, Synergetik und Beziehungsgestaltung..... | 117 |
| 3.2.5.1 | Kybernetik 2. Ordnung und Beziehungsgestaltung | 117 |
| 3.2.5.2 | Grundbegriffe der Synergetik und der Therapieprozess..... | 118 |
| 3.2.5.3 | Synergetik und Beziehungsgestaltung | 125 |
| 3.2.6 | Kooperation und Kommunikation | 127 |
| 3.2.7 | Realitätskonstruktion von Problem und Lösung..... | 132 |
| 3.2.8 | Kooperation und Auftragsdynamik | 137 |
| 3.2.8.1 | Triangulation und Double-Binds in der Auftragsdynamik | 139 |
| 3.2.8.2 | Bindungsorientierung und Auftragsdynamik | 142 |
| 4 | Induktion und Vertiefung von Trance | 144 |
| 4.1 | <i>Allgemeine Begriffe und Methoden</i> | 144 |
| 4.1.1 | Trancephänomene | 144 |
| 4.1.2 | Grundbegriffe von Tranceinduktion | 145 |
| 4.1.3 | Aufmerksamkeitsfokussierung..... | 149 |
| 4.2 | <i>Ideomotorische Methoden</i> | 154 |
| 4.2.1 | Grundlagen ideomotorischer Phänomene | 154 |
| 4.2.2 | Technische Varianten der Armlevitation | 156 |
| 4.3 | <i>Sonstige Methoden</i> | 160 |
| 4.4 | <i>Induktion tiefer Trance und spezieller Trancephänomene</i> | 162 |
| 4.5 | <i>Selbsthypnose</i> | 165 |
| 5 | Therapeutische Nutzung von Trance | 166 |
| 5.1 | <i>Dissoziation und Assoziation</i> | 166 |
| 5.1.1 | Dezentrierung..... | 166 |
| 5.1.2 | Evokation und Kontextualisierung | 169 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 5.1.3 | Klassisches und verdecktes Konditionieren..... | 171 |
| 5.1.3.1 | Klassisches Konditionieren | 172 |
| 5.1.3.2 | Verdecktes Konditionieren | 177 |
| 5.2 | <i>Zeitliche Orientierung</i> | 180 |
| 5.2.1 | Zeitprogression und posthypnotische Suggestion..... | 180 |
| 5.2.1.1 | Posthypnotische Suggestionen | 180 |
| 5.2.1.2 | Zeitprogression | 183 |
| 5.2.1.3 | Variierbare Elemente von Zeitprogressionstechniken | 187 |
| 5.2.1.4 | Konversationell-implizite posthypnotische Suggestionen und Zeitprogression in der Gesprächsführung..... | 190 |
| 5.2.2 | Altersregression | 191 |
| 5.2.2.1 | Grundbegriffe und Induktion von Altersregression | 192 |
| 5.2.2.2 | Therapeutische Teilziele von Altersregression | 195 |
| 5.2.2.3 | History-Change, Reimprinting, Fast-Phobia und Zeitlinien..... | 197 |
| 5.2.2.4 | Konversationell-implizite Altersregression in der Gesprächsführung..... | 199 |
| 5.3 | <i>Symptomorientierung</i> | 201 |
| 5.3.1 | Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente..... | 201 |
| 5.3.1.1 | Beobachtungsaufgaben | 202 |
| 5.3.1.2 | Verhaltensexperimente | 203 |
| 5.3.2 | Variation selbsthypnotischer Prozesse | 206 |
| 5.3.2.1 | Struktur und Analyse selbsthypnotischer Prozesse..... | 208 |
| 5.3.2.2 | Grundstrategien der Variation selbsthypnotischer Prozesse | 211 |
| 5.3.3 | Imagination und Visualisierung..... | 217 |
| 5.3.3.1 | Symptomorientierte Imaginations- und Visualisierungstechniken | 218 |
| 5.4 | <i>Problem- und Konfliktorientierung</i> | 222 |
| 5.4.1 | Kommunikation mit dem Unbewussten | 222 |
| 5.4.1.1 | Ideosensorische und imaginative Techniken | 224 |
| 5.4.1.2 | Ideomotorische Signalsysteme | 227 |
| 5.4.2 | Teile-Arbeit | 230 |
| 5.4.2.1 | Theoretische Grundlagen von Teile-Arbeit | 230 |
| 5.4.2.2 | Realitätskonstruktion von Teilen und Prozessen | 235 |
| 5.4.2.3 | Formale Struktur von Reframing-Modellen | 238 |
| 5.4.2.4 | Varianten von Teile-Arbeit..... | 244 |
| 6 | Kombination mit anderen Verfahren | 251 |
| 6.1 | <i>Entspannungsverfahren</i> | 252 |
| 6.2 | <i>Verhaltenstherapie</i> | 252 |
| 6.3 | <i>Psychoanalyse</i> | 253 |
| 6.4 | <i>Gesprächstherapie</i> | 254 |
| 6.5 | <i>Systemische Therapie</i> | 254 |
| 6.6 | <i>NLP (Neuro-Linguistisches Programmieren)</i> | 255 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 7 | Wirksamkeit moderner Hypnotherapie | 258 |
| 7.1 | <i>Einleitung</i> | 258 |
| 7.2 | <i>Methoden und Probleme von Metaanalysen</i> | 259 |
| 7.2.1 | Methodologische Grundlagen von Metaanalysen..... | 259 |
| 7.2.2 | Probleme bei der Erstellung von Metaanalysen..... | 262 |
| 7.2.3 | Die Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie | 264 |
| 7.3 | <i>Anwendungsbereichübergreifende Metaanalysen und Reviews</i> | 268 |
| 7.3.1 | Smith, Glass und Miller (1980): The Benefits of Psychotherapy..... | 269 |
| 7.3.2 | Grawe, Donati und Bernauer (1994): Psychotherapie im Wandel | 270 |
| 7.3.3 | Revenstorf und Prudlo (1994): Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose .. | 273 |
| 7.3.4 | Romminger (1995): Metaanalyse empirischer Arbeiten zur klinischen Hypnose..... | 274 |
| 7.3.5 | International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000), Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention..... | 275 |
| 7.3.6 | Bongartz, Flammer und Schwonke (2002): Die Effektivität der Hypnose: Eine metaanalytische Studie..... | 276 |
| 7.3.7 | Weitere Veröffentlichungen..... | 277 |
| 7.4 | <i>Anwendungsbereichsspezifische empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie</i> | 278 |
| 7.4.1 | Anwendungsbereich 1: Affektive Störungen (F 3)..... | 282 |
| 7.4.2 | Anwendungsbereich 2: Angststörungen..... | 283 |
| 7.4.3 | Anwendungsbereich 3: Belastungsstörungen (F 43)..... | 284 |
| 7.4.4 | Anwendungsbereich 4: Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen | 285 |
| 7.4.5 | Anwendungsbereich 5: Ess-Störungen (F 50) und Adipositas | 286 |
| 7.4.5.1 | Adipositas | 286 |
| 7.4.6 | Anwendungsbereich 6: Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5) | 287 |
| 7.4.7 | Anwendungsbereich 7: Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54)..... | 287 |
| 7.4.8 | Anwendungsbereich 8: Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)..... | 289 |
| 7.4.9 | Anwendungsbereich 9: Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55)..... | 289 |
| 7.4.10 | Anwendungsbereich 10: Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2)..... | 290 |
| 7.4.11 | Anwendungsbereich 11: Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7) | 290 |
| 7.4.12 | Anwendungsbereich 12: Hirnorganische Störungen | 291 |
| 7.4.13 | Anwendungsbereiche bei Kindern und Jugendlichen | 291 |
| 7.5 | <i>Ergebnis des Antrags beim WBP</i> | 292 |
| | Nachwort | 293 |
| | Literaturverzeichnis | 296 |
| | <i>Anmerkungen zu Zitaten und zum Literaturverzeichnis</i> | 296 |
| | <i>Literatur Kapitel 1-6</i> | 297 |
| | <i>Literatur Kapitel 7.....</i> | 315 |
| | <i>Liste der mit dem Antrag beim WBP eingereichten Originalstudien.....</i> | 319 |

Vorwort

Jetzt, wo diese Arbeit fertig ist, frage ich mich manchmal, ob es einem Leser tatsächlich klar wird, wie sehr sie sich von anderen Lehrbüchern über Hypnotherapie unterscheidet. Für mich ganz persönlich hängt damit der Umstand zusammen, dass man einem fertigen Produkt natürlicherweise kaum ansehen kann, wie viel Arbeit, vor allem gedankliche und kreative Eigenleistung, darin steckt. Man kann nur sehen, was dabei heraus gekommen ist, nicht, was alles in Erwägung gezogen wurde, beachtet wurde, verworfen und nicht geschrieben wurde oder wie gezielt aus der umfangreichen vorhandenen Literatur ganz bestimmte Quellen verwendet wurden. Vielleicht geht es vielen Autoren so, aber mir kommt es so vor, als sei dieses Phänomen bei meiner Arbeit besonders ausgeprägt. Ich kann nur hoffen, dass es dem Leser deutlich wird, dass dies keine einfache Sammlung von Techniken und schon gar kein Manual ist, sondern eben der Versuch, einen vollständigen Überblick zu geben, Zusammenhänge aufzuzeigen, eine integrative Systematik zu entwickeln und dabei immer den Bezug zu Praxis zu behalten.¹

Die Arbeit an dieser Dissertation war langwierig und teilweise sehr frustrierend. Dies lag allerdings eher an den Umständen ihrer Entstehung, nicht am Inhalt und der Grundidee. Die Arbeit am Inhalt an sich, das Recherchieren und das konkrete Ausformulieren waren sehr befriedigend, zum Glück. Es kam trotz aller Unterbrechungen nie vor, dass ich erwogen hätte, die Arbeit nicht abzuschließen. Die Neugier und die Freude an der Sache haben immer überwogen.

Zum empirischen Teil der Arbeit, dem Kapitel über die Wirksamkeit moderner Hypnotherapie, habe ich bewusst keinen abschließenden Kommentar geschrieben. Das bedeutet jedoch mitnichten, dass ich an dieser Form der Forschung oder dem Vorgehen und dem Selbstverständnis des wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie keine Kritik anzumelden hätte.

Schließlich möchte ich noch einige grundsätzliche Gedanken zu den viel diskutierten Beziehungen von Technik und therapeutischer Grundhaltung sowie von Theorie und Praxis äußern. Diese Diskussionen werden oft in einer polarisierten entweder-oder-Logik geführt. Nicht selten spitzt sich das so zu, als ob jede präzise Ausführung über eine Technik oder jeder Bezug auf eine Theorie bereits eine unempathische, praxisferne therapeutische Haltung implizieren würde. Ich persönlich vertrete schlicht den Standpunkt, dass sowohl Technik und Haltung als auch Theorie und Praxis fast untrennbar miteinander verknüpft sind – oder sein sollten. Es reicht nicht, z. B. als Grundhaltung zu vertreten, dass man die Beziehung zu seinem Patienten kooperativ gestalten will, man muss auch wissen, was das eigentlich bedeutet und wie dies in der Kommunikation konkret zu realisieren ist, sonst hat der Patient herzlich wenig davon. Sehr passend hierzu finde ich den Ausspruch von Kurt Lewin: „Es gibt nichts praktischeres, als eine gute Theorie.“. Wenn man diese Arbeit oberflächlich durchblättert, könnte man den Eindruck gewinnen, es ginge hier nur um Technik und Theorie, dabei

¹ In der Einleitung wird die Konzeption der Arbeit genauer erläutert. Im Nachwort versuche ich deutlich zu machen, inwiefern die Inhalte dieser Arbeit tatsächlich mit mir persönlich als Therapeut, als Praktiker, zu tun haben.

ist das Gegenteil der Fall. Utilisation und Kooperation sind Begriffe, die versuchen, eine Grundhaltung in Worten zu beschreiben, der Rest sind technische Details – die aber wichtig sind, um diese Grundhaltung praktisch umzusetzen. Und nicht zu letzt kann der Umgang mit Techniken und theoretischen Modellen auch ein spielerischer sein.

Obwohl es sich lohnt, präzise Beschreibungen und Modelle zu formulieren, und diese stetig weiter zu entwickeln, bleibt für mich die Faszination daran, dass vieles noch nicht in Worten beschreibbar ist - und vielleicht nie sein wird. Das trifft auf Kommunikation und menschliche Beziehungen im Allgemeinen zu, auf Psychotherapie im Speziellen und erst recht auf alles, das mit Hypnose zu tun hat. Letztlich kommt es darauf an, seine Intuition zu entwickeln, Theorien und Modelle reichen sowieso nicht aus.

In meiner praktischen therapeutischen Arbeit gehe ich gar nicht selten rein intuitiv vor. Manchmal merke ich dann hinterher, dass meine Intuition zufälligerweise theoriekonform war, also dass ich eine Entscheidung intuitiv und automatisch so getroffen habe, wie ich es auch getan hätte, wenn ich bewusst ein entsprechendes Modell angewendet hätte. Aber manchmal ist das nicht so, ich verlasse mich dann darauf, dass ich irgendwie das Gefühl habe, etwas Bestimmtes sei in der Therapie jetzt nützlich, gerade wenn es sich um eine unorthodoxe Vorgehensweise handelt – oder einen etwas gewagteren Witz. Bei derartigen intuitiven Entscheidungen gilt es dann umso mehr, auf Feedback zu achten, ob die therapeutische Beziehung stabil bleibt und die Entwicklung in eine sinnvolle Richtung geht und darauf flexibel zu reagieren.

Für Intuition gibt es keine Modelle und kein System. Man kann seine Intuition nur durch Erfahrung entwickeln – und Erfahrungen kann man mit Hilfe von Modellen systematisch sammeln. Ab hier wird es dann wirklich interessant und spannend, finde ich, und dafür wurde diese Arbeit geschrieben.

Einleitung

Diese Arbeit soll den aktuellen Stand der Entwicklung der Technik moderner Hypnotherapie und ihrer Wirksamkeit zusammenfassen. In den ersten sechs Kapiteln, dem Hauptteil der Arbeit, wird eine *methodologische Analyse* der Technik moderner Hypnotherapie in Form einer *integrativen Systematik*² vorgelegt. Als zentrales Prinzip wird hierbei das der *Utilisation* angenommen, d. h. sämtliche Konzepte und Techniken der Hypnotherapie, auch nicht-ericksonianische, sowie die Grundhaltung der *kooperativen Beziehungsgestaltung* werden innerhalb dieser Arbeit konsequent als *Anwendungen von Utilisation* eingeordnet und beschrieben. Im siebten, abschließenden Kapitel wird ein Überblick über die Ergebnisse sämtlicher bisher durchgeführten Metaanalysen und einiger relevanter Reviews zur Wirksamkeit von Hypnotherapie gegeben. Es wurde darauf verzichtet eine eigene Metaanalyse zu rechnen. Ursprünglich stand die vorliegende Arbeit im Rahmen des Projektes der Formulierung des Antrages zur Anerkennung der Hypnotherapie beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie.³

Bei der Beschreibung hypnotherapeutischer Technik versucht diese Arbeit der Tatsache gerecht zu werden, dass sich Hypnotherapie bzw. Hypnose schon immer durch eine große Vielfalt von Verfahren und Techniken auszeichnete. Im Laufe der geschichtlichen Entwicklung verliefen immer mehrere Stränge von Schulen oder Richtungen parallel. Dies galt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem für die beiden Hauptrichtungen der einerseits als klassische, traditionelle, autoritäre oder auch direkte Hypnose bezeichneten Richtung und andererseits der indirekten Hypnotherapie nach Milton Erickson. Auch die klassische Hypnose hatte bereits vielfältige Vorläufer, die über Hypnotismus bis zum Mesmerismus zurückgehen. Hinzu kommt, dass die Kombination mit anderen therapeutischen Richtungen, Schulen und Techniken eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Weiterhin ist die Entwicklung einzelner Techniken anderer therapeutischer Schulen (wie die der systematischen Desensibilisierung in der Verhaltenstherapie) oder die Entstehung von therapeutischen Schulen (wie die der Psychoanalyse) verknüpft mit Hypnose oder hypnotischen Techniken. Auch die Entwicklung der Konzepte des Traumas und der Dissoziation sind eng verknüpft mit der Behandlung durch Hypnose und Hypnoanalyse. An der geschichtlichen Entwicklung der systemischen Therapie, insbesondere dem Einfluss Ericksons auf die Palo-Alto-Gruppe, wird auch deutlich, dass in ericksonianischer Hypnotherapie systemische Grundlagen automatisch enthalten sind - und umgekehrt. Weitere Aspekte, wie die verschiedenen Entspannungs- und Imaginationsverfahren, die aus Hypnose entstanden oder mit ihr verwandt sind (v. a. das autogene Training oder das katathyme Bilderleben), lassen sich anfügen.

Die Folge ist ein äußerst heterogenes Bild hypnotherapeutischer Technik. Bisherige

² „Integrative Systematik“ ist gemeint im Sinne eines *technischen Eklektizismus*, der weitgehend *theoretisch-integrativ* fundiert ist und *gemeinsame Wirkfaktoren* berücksichtigt. Zu Formen der Integration psychotherapeutischer Verfahren siehe z. B. Davison und Neale (1996/1996, S. 686ff) oder Goldfried und Norcross (1995).

³ Siehe im siebten Kapitel „Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ die „Einleitung“ und den Abschnitt „Anwendungsbereichsspezifische empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie“. Dort werden Geschichte und Aufgabenteilung der Projektgruppe erläutert.

Übersichtsarbeiten sind in der Regel einseitig klassisch oder ericksonianisch orientiert, befassen sich daher nur mit bestimmten Ausschnitten hypnotherapeutischer Technik oder bestimmten Kombinationen (z. B. Hypnose und Verhaltenstherapie oder Hypnoanalyse als Kombination von Hypnose und Psychoanalyse) und grenzen dabei andere Strömungen bewusst als inkompatibel aus. Festgestellt werden muss leider auch, dass die zeitgenössische Hypnotherapie-„Szene“ in dem schlechten Ruf steht, auf eine naiv-pragmatische Art pseudo-eklektizistisch zu sein.

Das Hauptanliegen dieser Arbeit ist es, die aktuellen Strömungen und Techniken als *Wahlmöglichkeiten* innerhalb des logisch konsistenten Rahmens eines theoretisch fundierten Verfahrens darzustellen. Die Techniken und Modelle sollen nicht einfach gesammelt und beziehungslos nebeneinander aufgezählt werden, sondern es sollen Zusammenhänge aufgezeigt und *prozessorientierte Indikationskriterien* gegeben werden. Als Fragestellung formuliert, versucht diese Arbeit zu klären, ob und wie moderne Hypnotherapie überhaupt als ein konsistentes Verfahren betrachtet und beschrieben werden kann.

Um bei der Konzeptualisierung dieser Arbeit eine gewisse *Vollständigkeit hypnotischer Techniken* zu erreichen, waren erste Ausgangspunkte die Curricula der MEG und der DGH.⁴ Eine daraus abgeleitete und ergänzte ausführliche Inhaltsübersicht wurde den Ausbildern beider Gesellschaften Ende 2001 vorgelegt und von diesen kommentiert und ergänzt, um, wie es damals noch hieß, einen „Kanon hypnotherapeutischer Techniken“ zusammenzustellen. Um das Bild der heutigen Praxis der Hypnotherapie im deutschsprachigen Raum mit dem faktisch praktizierten Eklektizismus realistisch wiederzugeben, wurden außer klassischen und ericksonianischen auch neo-ericksonianische Techniken und Modelle integriert. Diese stammen insbesondere aus der lösungsfokussierten Therapie (nach De Shazer) und dem NLP.⁵ Die Curricula der MEG und der DGH spiegeln dieses heterogene Bild der Praxis deutlich wieder, ebenso die einschlägige Literatur im deutschsprachigen Raum (v. a. Revenstorf 1993 sowie Revenstorf und Peter 2001). Da diese neo-ericksonianischen Verfahren bereits Versuche zur Vereinfachung darstellen, wurde darauf geachtet, dass die dort beschriebenen, allgemein gebräuchlichen Grundtechniken in dieser Arbeit alle enthalten sind, aber in einen größeren Zusammenhang gestellt werden (z. B. die Wunderfrage in den Rahmen der Zeitprogression oder Reimprinting in den Rahmen von Altersregression).

Grundsätzlich wird hier bezüglich der lösungsfokussierten Therapie und dem NLP, die beide aus dem Versuch entstanden, spezielle Teilaspekte der Arbeit Ericksons explizit zu beschreiben, um sie leichter lehr- und praktizierbar zu machen, der Standpunkt vertreten, dass diese keine eigenständigen Therapieformen darstellen. NLP und lösungsfokussierte Therapie sollten im Rahmen von Hypnotherapie oder systemischer Therapie eingebettet sein. Einige Kritikpunkte am NLP werden im Abschnitt „Kombination mit anderen Verfahren“ genannt. Grundsätzlich werden die Modelle aus der lösungsfokussierten Therapie und dem NLP in dieser Arbeit genauso behandelt wie die Modelle

⁴ Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Deutsche Gesellschaft für Hypnose.

⁵ Neurolinguistisches Programmieren.

anderer Schüler Ericksons (z.B. Rossi, Zeig, O'Hanlon, Lankton und Lankton), die ebenfalls versuchten, Ericksons Arbeit lehr- und lernbar zu beschreiben, aber darauf verzichteten, eigene „Schulen“ zu gründen.

Außer der Vollständigkeit von Techniken sollen auch prozessorientierte Kriterien für deren Indikation formuliert werden, gerade wenn diese bislang als inkompatibel betrachtet wurden. Hierfür werden in dieser Arbeit mehrere neu entwickelte Modelle zur *Systematisierung und Indikation* hypnotherapeutischer Techniken vorgestellt, insbesondere das „handlungstheoretische Modell des Therapieprozesses“ und die „generellen Strategien der Nutzung“, die der Gliederung des Kapitels „Therapeutische Nutzung von Trance“ zu Grunde liegen. Als übergeordnetes Konzept dient die Annahme, dass Hypnotherapie in erster Linie in der *Utilisation von Trancephänomenen* besteht. Grundbegriffe (wie Ressourcenorientierung, Reframing etc.) werden nicht lose hintereinander, sondern in einen logisch-konsistenten Bezug zum Utilisationsprinzip gesetzt. Alle weiteren Begriffe und Konzepte sowie die Strukturierung des Therapieprozesses und die Beziehungsgestaltung werden ebenfalls vom zentralen Konzept der Utilisation ausgehend definiert, abgeleitet und beschrieben.

Einzelne *Interventionen* werden nicht nur in der oft üblichen Form von Schritt für Schritt Anleitungen vorgestellt. Stattdessen werden gemeinsame Elemente wie Teilschritte von Interventionen herausgearbeitet, um damit die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Techniken deutlich zu machen. In den einzelnen Abschnitten wird vom allgemeinen zum speziellen vorgegangen und von elementaren zu komplexeren Anwendungen. Soweit möglich werden die mutmaßlichen Wirkmechanismen ansatzweise beschrieben und auch hinterfragt, um das Verständnis der Funktionsweise der Techniken zu erleichtern. Übersichtsarbeiten, in denen Techniken zusammengefasst werden, werden gelegentlich mit der Metapher des „Werkzeugkastens“ beschrieben. In dieser Arbeit wurde eher versucht, eine „Werkzeuglehre“ zu entwickeln, mit deren Hilfe die Elemente, aus denen die geläufigen „Werkzeuge“ zusammengesetzt sind, zu neuen „Werkzeugen“ zusammengefügt werden können.

Chambless und Hollon (1998) fordern für die wissenschaftliche Anerkennung eines Therapieverfahrens eine manualisierte Beschreibung des therapeutischen Vorgehens. Mit der hier vorgelegten Methodologie könnte dies erleichtert werden. Es wird aber deutlich, dass Hypnotherapie - noch weniger als einige andere Verfahren - nicht sinnvoll in Form störungsspezifischer Manuale beschrieben werden kann. Das Prinzip der Utilisation geht notwendigerweise einher mit einer Individualisierung des therapeutischen Vorgehens. Es gibt zwar störungsspezifische Konzepte, doch machen diese Gebrauch von den allgemeinen hypnotherapeutischen Grundkonzepten und Techniken und stellen nie einen ausschließlichen oder optimalen Weg dar, sondern lediglich Wahlmöglichkeiten, die dem individuellen Fall flexibel angepasst werden müssen. Die Diagnostik bezieht sich in erster Linie auf Muster selbsthypnotischer Prozesse und andere damit einhergehende individuelle Muster und weniger auf Symptome, so dass die Indikationskriterien für Techniken nicht symptom- sondern prozessorientiert sind. Daher wurde diese Arbeit von vornherein nicht als störungsspezifisches

Manual, sondern als *abstrakte Orientierungshilfe*⁶ zur *Individualisierung des Therapieprozesses* konzipiert.

Es liegt in der Natur von Hypnose, dass sie im Gegensatz zu einem Text nicht linear ist. Das Hauptproblem bei der Erstellung dieser Arbeit war daher weniger der Inhalt, sondern die Notwendigkeit, ihn in einer linearen Struktur zu formulieren. Daher werden im Text bewusst viele *Querverweise* gegeben, obwohl dies leider auf Kosten der Lesbarkeit geht. Beispielsweise wird in der gesamten Arbeit sehr häufig auf die beiden Abschnitte „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ und „Teile-Arbeit“ verwiesen, weil dort grundlegende Modelle und Konzepte erläutert werden. Diese Abschnitte befinden sich aber, da sie im Rahmen der Gesamtstruktur in das Kapitel „Therapeutische Nutzung von Trance“ gehören, erst in der zweiten Hälfte der Arbeit. Grundsätzlich sind alle Abschnitte so aufgebaut, dass sie auch einzeln lesbar sind.

Da die Menge der Beispiele auf das Notwendigste reduziert und auf *Transkripte* völlig verzichtet wurde, ist diese Arbeit nicht geeignet, eine anschauliche Vorstellung von Hypnotherapie zu vermitteln. Dies ist auch nicht nötig, denn in der Literatur finden sich bereits genug ausführliche und kommentierte Transkripte.⁷ Die anschaulichste Vorstellung bekommt man ohnehin durch Beobachtung von Praktikern beim Hospitieren oder mit Hilfe von Video-Aufzeichnungen.⁸ Die Intention dieser Arbeit ist hingegen, auf einer abstrakten, formalen Ebene ein Verständnis für Zusammenhänge, die in der klinischen Praxis relevant sind, so zu vermitteln, dass die vorhandenen Transkripte und Aufzeichnungen einfacher analysiert und besser verstanden werden können.

⁶ Zur Unterscheidung zwischen *störungsspezifischem Manual* und *abstrakter Orientierungshilfe* siehe Auckenthaler (2000, S. 213-222).

⁷ Etwa bei Erickson, Rossi und Rossi (1976/1978), Erickson und Rossi (1979/1981) oder zur klassischen Hypnose bei Jovanovic (1988) und Kossak (2004), der auch eine Audio-CD mit Induktionsbeispielen beigelegt hat.

⁸ Sehr bekannt, auch als „Monde-Tapes“ bezeichnet und oft kommentiert sind die von Lustig (1975) herausgegebenen Videoaufzeichnungen zweier Hypnose-Sitzungen bei Milton Erickson, als dieser bereits im Alter von 73 Jahren war.

1 Allgemeine Prinzipien

Zu Beginn dieser Arbeit werden das Grundkonzept der *Utilisation*, seine Beziehungen zu weiteren Konzepten wie Ressourcenorientierung und Reframing sowie einige theoretische Hintergründe erläutert. Mehrere Modelle zur *Strukturierung des Therapieprozesses*, die aufeinander aufbauen, werden beschrieben.⁹ Diese Modelle sind die Grundlage für die Strukturierung der restlichen Arbeit, insbesondere des Kapitels „Therapeutische Nutzung von Trance“, weswegen sich in diesem ersten Kapitel mit die meisten Querverweise befinden.

Insgesamt sollte deutlich werden, weshalb es sinnvoll ist, sämtliche Konzepte und Techniken der Hypnotherapie, auch nicht-ericksonianische, konsequent als *Anwendungen von Utilisation* einzuordnen und zu beschreiben.

1.1 Utilisation

Die Einführung des Begriffes *Utilisation* und die damit einhergehende Weiterentwicklung der Hypnose¹⁰ geht auf Erickson (1959) zurück. Zuvor benutzte er den weitgehend synonymen Begriff des *naturalistischen Ansatzes* (Erickson 1958) oder umschrieb die zugrunde liegenden Ideen ohne einen speziellen Terminus zu einzuführen (z.B. 1948).¹¹ Übersetzt wird Utilisation meistens mit „Nutzung“ oder auch „Nutzbarmachung“, was in vielerlei Hinsicht zu kurz greift. Mehrere andere grundlegende Konzepte, insbesondere Ressourcenorientierung und Reframing, werden mit Utilisation impliziert. Eine Reihe von - insbesondere ericksonianischen - Autoren sieht in Utilisation heute das zentrale Grundprinzip moderner Hypnotherapie.

Ein grundlegender Ansatz von Utilisation ist, dass *spontan* und *natürlich* auftretende Verhaltensweisen und Reaktionen des Patienten soweit wie möglich in die Gestaltung der Therapie im Allgemeinen und der Hypnose im Speziellen miteinbezogen und genutzt werden sollen. Daraus folgt, dass in der Therapie nicht nur standardisierte Vorgehensweisen verwendet werden, sondern dass der Therapieprozess *individualisiert* wird. Anstatt durch direkte Suggestion erwünschte, bislang dem Patienten nicht verfügbare Verhaltensweisen hervorrufen oder unerwünschte Symptome zum

⁹ Einige der Textpassagen des Kapitels „Allgemeine Prinzipien“ sind auch im Abschnitt „Detaillierte Beschreibung der Verfahren“ (Revenstorf und Schauer 2003) im Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie enthalten, wurden für diese Arbeit allerdings komplett überarbeitet und erweitert. Genauere Angaben zur Entstehung des Antrages folgen im Abschnitt „Anwendungsbereichsspezifische empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie“.

¹⁰ Zu den mannigfaltigen Definitionen der Begriffe „*Hypnose*“ und „*Trance*“ sei verwiesen auf Revenstorf und Schauer (2003, S. 5-8), Revenstorf (2001, S. 13-16), Peter (1993, S. 25ff), Yapko (2003, S. 3ff; S. 331ff) oder Kossak (2004, S. 72ff; S. 77ff; S. 117ff). Im Rahmen dieser Arbeit sei lediglich festgehalten, dass die empirische Forschung inzwischen zu belegen scheint, dass es sich bei Trancezuständen um *veränderte Bewusstseinszustände* handelt, wie es in den *State-Theorien* vertreten wird. Daher werden die Begriffe in dieser Arbeit in diesem Sinne verwendet. Ausführlicher hierzu siehe den Abschnitt „Theoretische Grundlagen von Teile-Arbeit“.

¹¹ In einigen ursprünglich unveröffentlichten Manuskripten, die erst auf der CD-ROM „Complete Works“ (Short und Zeig 2001) enthalten sind, schrieb Erickson auch schon früher explizit von Utilisation und Individualisierung (z. B. 1952; 1954).

Verschwinden bringen zu wollen, werden bereits vorhandene, dem Patienten verfügbare Verhaltensweisen genutzt um das Therapieziel zu erreichen. Es findet nicht eine Suggestion neuer Muster¹², sondern eine *Evokation* bereits vorhandener Muster statt. Scheinbar neue Muster und Reaktionsweisen entstehen indirekt, indem bereits vorhandene Muster in andere Kontexte generalisiert, neu verknüpft oder variiert werden. Hierfür entstanden die Konzepte der *Indirektheit* und der *indirekten Suggestion*, die in den Abschnitten „Kommunikation, Sprache und Rapport“ und „Gestaltung und Utilisation der therapeutischen Beziehung“ erläutert werden. Die systematische Beobachtung bestimmter Merkmale des Patienten und die Anpassung des Therapieprozesses durch den Therapeuten wird als *Tailoring* (Maßschneidern) bezeichnet (Zeig 1994) und im Abschnitt „Utilisation von Patientenmerkmalen“ beschrieben.

Es lassen sich drei Ebenen von Utilisation nach ihrer Funktion in der Therapie unterscheiden:

- *Therapiebeziehung*: Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Attributionsmuster, kognitive Stile, Kommunikations-Stile und andere Merkmale des Patienten werden vom Therapeuten systematisch beobachtet. Er stimmt die Gestaltung der Kommunikation symmetrisch oder komplementär auf den Patienten ab, um die Therapiebeziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten. In den Abschnitten „Gestaltung und Utilisation der therapeutischen Beziehung“ und „Kommunikation, Sprache und Rapport“ werden hierzu mehrere Modelle vorgestellt.
- *Tranceinduktion und Vertiefung*: Die gleichen Informationen können auch genutzt werden, um die Gestaltung der Tranceinduktion individuell auf den Patienten abzustimmen. Außengeräusche und andere Stimuli, die potenzielle Störungen darstellen, können in die Tranceinduktion mithilfe geeigneter Suggestionen so integriert werden, dass der Trancezustand nicht gestört sondern weiter vertieft wird (*Inkorporation*). Einzelne Trancephänomene, die keinen therapeutischen Sinn an sich haben, können zur Erreichung von *therapeutischen Teilzielen* genutzt werden (z.B. Katalepsie eines Armes zur Installation eines ideomotorischen Signalsystems). Sowohl während der Trance als auch im Nachgespräch können Trancephänomene (wie Katalepsie oder Zeitverzerrung) und andere Erfahrungen des Patienten genutzt werden, um das Erleben der Trance dem Patienten plausibler zu machen (*Ratifikation*). Während der Trance kann das zunächst eine weitere Vertiefung bewirken, weiterhin verstärkt die Plausibilität der Trance-Erfahrung die *Erwartung* des Patienten, dass eine therapeutische Veränderung stattfindet und verbessert die Kooperationsbasis.

¹² Der Begriff „Muster (pattern)“ wird von Simon, Clement und Stierlin (2004, S. 228f) definiert als „regelhafter Ablauf oder Zusammenhang von Ereignissen. Der Musterbegriff... bezieht sich auf eine funktionale, zusammengesetzte Einheit, deren Elemente voneinander unterschieden werden können. Der Begriff wird zumeist beschreibend verwendet und lässt sich von anderen Begriffen wie Struktur... oder Gestalt nicht eindeutig abgrenzen.“ Sie beziehen sich weiterhin auf die Begrifflichkeiten des „Musters“ und der „Muster von Mustern“ bei Bateson (1972/1981, 1979/1982). Die Palo-Alto-Gruppe um Bateson wurde bei der Entwicklung der Kommunikationstheorie viel von Erickson beeinflusst. Im Rahmen dieser Arbeit wird wiederholt auf deren Begriffsbildungen Bezug genommen. Daher sei darauf hingewiesen, dass der Begriff „pattern“ in der amerikanischen Originalausgabe von Watzlawick, Beavin und Jackson (1967/1969) in der deutschen Ausgabe meistens nicht mit „Muster“, sondern mit „Struktur“ übersetzt wird (siehe dort S. 24).

Im Abschnitt „Induktion und Vertiefung“ von Trance werden diese Vorgehensweisen genauer erläutert.

- *Therapeutische Veränderung*: Verhaltensmuster und Trancephänomene werden zur Erreichung des eigentlichen Therapiezieles genutzt, indem sie von dem Kontext, in dem sie bereits natürlich auftreten, auf den Kontext *generalisiert* werden, der bislang als problematisch empfunden wurde. Zuvor müssen jedoch *Informationen* gesammelt werden, damit Entscheidungen getroffen werden können, welche Verhaltensmuster und Trancephänomene überhaupt in welchen Kontext generalisiert werden sollen. Hinzu kommt, dass bestimmte therapeutische Veränderungen bei entsprechenden Therapiezielen auch durch eine Utilisation der therapeutischen Beziehung erreicht werden. Dies wird in den Abschnitten „Feedback und Handlungstheorie“, „Kommunikation, Sprache und Rapport“, „Gestaltung und Utilisation der therapeutischen Beziehung“ und „Therapeutische Nutzung von Trance“ beschrieben.

1.1.1 Wahlmöglichkeiten und Ressourcenorientierung

Alle Muster von Erleben, Denken und Verhalten einschließlich von Trancephänomenen, die - innerhalb eines bestimmten Kontextes, hier Therapie - *utilisiert* werden können, werden als *Ressourcen* - zum Erreichen bestimmter Ziele innerhalb dieses Kontextes - bezeichnet. Diese im Rahmen dieser Arbeit verwendete Definition ist insofern rekursiv, als dass sich Utilisation und Ressource gegenseitig bedingen. Außerdem definiert sich eine Ressource durch Ihre Nützlichkeit für ein Ziel innerhalb eines Kontextes, d. h. in einem anderen Kontext oder für ein anderes Ziel stellt ein und dasselbe Muster evtl. keine Ressource mehr da.¹³

In diesem und den folgenden Abschnitten „Inhalt, Struktur und Form“ sowie „Reframing“ soll deutlich gemacht werden, wie grundsätzlich alle Muster, insbesondere auch ursprünglich unerwünschte sowie scheinbar belanglose, in irgendeiner Form als Ressourcen genutzt werden können. Kurz gesagt: eine Ressource ist alles, was zur Utilisation geeignet ist und alles, was utilisierbar ist, ist eine Ressource. Außer Muster von Erleben, Denken und Verhalten, also psychologischen Kategorien, können auch Personen, Gegenstände, Objekte im weiteren Sinn, Orte, Geld, Rohstoffe, Zeit usw. als Ressourcen bezeichnet werden. Im Rahmen von Therapie sind derartige nicht-psychologische Ressourcen deswegen relevant, weil sie mit Mustern von Erleben, Denken und Verhalten in irgendeiner Form im Zusammenhang stehen können. Synonym zum Begriff der Ressource im Sinne von Fähigkeit wird oft der Begriff der *Kompetenz* verwendet und synonym zur Ressourcenorientierung der Begriff *Kompetenzorientierung*.

Aus theoretischen Perspektiven wie Konstruktivismus und Kybernetik 2. Ordnung lassen sich elementare Grundsätze von Utilisation beschreiben, die eine direkte Praxisrelevanz für hypnotherapeutische Technik haben. Der wichtigste, durch von Förster (1960) formulierte Grundsatz

¹³ Auch das, was man umgangssprachlich als „ungenutzte, brachliegende“ Ressourcen bezeichnet, definiert sich letztlich über die potentielle Nützlichkeit in bestimmten Kontexten bestimmte Ziele zu erreichen.

besteht darin, dass Probleme gelöst werden, indem die *Anzahl der Wahlmöglichkeiten erhöht* wird, anstatt unerwünschte Wahlmöglichkeiten wegzunehmen. Vorausgesetzt wird hierbei, dass auch ein unerwünschtes Muster von Erleben und Verhalten, ein Symptom, formal als eine Wahlmöglichkeit angesehen wird, und zwar unabhängig von Auswirkungen oder Bewertungen. Ein Problem besteht daher darin, dass dem Patienten in einem bestimmten Kontext nur eine Wahlmöglichkeit verfügbar ist, die er negativ bewertet. Wenn man weiterhin davon ausgeht, dass jede Wahlmöglichkeit eine utilisierbare Ressource sein kann, was im Abschnitt „Reframing“ weiter verdeutlicht wird, stellen unerwünschte Verhaltensmuster fehlkontextualisierte oder übergeneralisierte Ressourcen dar, die in einem anderen Kontext durchaus nützlich sein können. Therapie ist damit ein Prozess, in dem Wahlmöglichkeiten in bestimmten Kontexten erweitert werden sollen, indem die geeigneten Ressourcen in diesen Kontext generalisiert werden. Unerwünschte Verhaltensweisen wie Symptome werden nicht „eliminiert“, es werden Alternativen geschaffen. Wenn diese alternativen Wahlmöglichkeiten für den Organismus „besser“ sind, werden sie angewendet, während die alte, unerwünschte Wahlmöglichkeit seltener oder gar nicht mehr angewendet wird - bzw. nur in den Kontexten, in denen sie nützlich ist. Dies kann so erlebt werden, als wäre die unerwünschte Wahlmöglichkeit, das unerwünschte Muster, das Problem, „verschwunden“, als potentielle Wahlmöglichkeit existiert sie aber weiter. Verhaltensmuster an sich werden hierbei also nicht direkt verändert, sondern lediglich die Kontexte, in welchen die Verhaltensmuster auftreten.

Die Begriffe Wahlmöglichkeit und Ressource sind weitgehend entsprechend, ersterer ist allerdings eher formal und wertfrei, während der zweite mit einer positiven Bewertung verbunden ist. Mit *Ressourcenorientierung* ist sowohl gemeint, dass sich die Therapie auf die Evokation geeigneter Ressourcen im Sinne einer Aktivierung von Stärken und Fähigkeiten konzentriert, statt nur auf Defizite und deren Ursachen, als auch, dass *alle* Verhaltensmuster als Wahlmöglichkeiten und Ressourcen angesehen werden. Eingeschlossen sind hier auch Verhaltensmuster einschließlich Widerstand, die zunächst als unerwünscht bewertet werden und erst durch Umkontextualisieren oder Umdeuten zu Ressourcen werden (siehe die noch folgenden Abschnitte „Reframing“ und „Kategorien von Ressourcen“).

Ein wichtiges Argument für den Grundsatz der Erweiterung von Wahlmöglichkeiten ist die Tatsache, dass einmal *neurologisch gebahnte Muster* nicht mehr verschwinden können (zusammenfassend siehe z. B. Dudai 1989). Im Sinne der *Neuroplastizität* können Muster lediglich schwächer, d.h. anatomisch durch Abnahme der synaptischen Sprossung zurückgebildet werden, und es können andere Muster, die durch den selben Stimuli ausgelöst werden, stärker gebahnt werden, oder sie werden mit anderen auslösenden Stimuli, d.h. mit einem anderen Kontext, verknüpft.¹⁴ Wenn diese *Reassoziationsprozesse* gründlich erfolgen, besteht zumindest theoretisch die Möglichkeit, dass ein altes, unerwünschtes Muster nicht mehr aktualisiert wird, was dem subjektiven Empfinden von Beseitigung gleichkäme,

¹⁴ Auch hier handelt es sich dann nicht um anatomisch neue Verknüpfungen, sondern um die verstärkte Bahnung potentieller, d. h. anatomisch bereits vorhandener aber bislang noch nicht genutzter, Verknüpfungen.

obwohl es immer noch neurologisch gebahnt und damit als Wahlmöglichkeit potentiell verfügbar bleibt. Eine vollständige *Löschung* ist neurologisch nicht möglich, wohl aber eine *Reassoziaton*.

Das Anliegen von Patienten besteht in der Regel darin, solche unerwünschten Verhaltensmuster zu beseitigen. Theorien von Therapie wurden teilweise so formuliert, dass Wahlmöglichkeiten extinguiert, gelöscht, verlernt, vergessen oder sonst wie eliminiert werden sollen. Therapien, die auf der Basis von solchen - aus der Sicht von Gedächtnisforschung und Kybernetik 2. Ordnung nicht sinnvoller - Vorannahmen durchgeführt werden, können durchaus erfolgreich sein. Das bestätigt allerdings nicht die zugrunde liegenden Vorannahmen des Eliminierens von Mustern, sondern würde eben bedeuten, dass in diesen Therapien, obwohl die Eliminierung eines unerwünschten Musters angestrebt war und ohne dass eine Erweiterung von Wahlmöglichkeiten die explizite Perspektive war, neue stabile alternative Wahlmöglichkeiten erlernt wurden.

In der Hypnotherapie werden Wahlmöglichkeiten erweitert, indem zunächst geeignete *Ressourcen* *evoziert* werden. Dies geschieht durch Nutzung von *Trancephänomen* wie Progression, Regression, Identifikation, Imagination usw.. Direkte und indirekte Suggestionen, ressourcen-evozierende Fragen, Fragen nach Ausnahmen vom Problem usw. zielen alle explizit oder implizit, d.h. mit oder ohne formale Tranceinduktion, auf Trancephänomene ab, die mit Ressourcen assoziiert sind bzw. aus welchen die Ressourcen bestehen. Die evozierten Ressourcen werden dann z.B. durch posthypnotische Suggestionen oder verdecktes Konditionieren in den *Kontext generalisiert*, in dem weitere *Wahlmöglichkeiten* entwickelt werden sollen. Einige Autoren (Dilts et al. 1980/1985, S. 34; Gilligan 1987/1991, S. 208) bringen dies auf den als Gleichung formulierten Grundsatz *Problem + Ressource = Lösung*. Diese Gleichung kann auch umgeformt werden zu *Problem = Lösung - Ressource*. In Worten ausgedrückt würde das bedeuten, dass ein Problem immer mit dem Defizit von Ressourcen in einem bestimmten Kontext einhergeht.

Ein weiterer oft formulierter und Erickson zugeschriebener Grundsatz ist, dass *der Patient über die Ressourcen, die er zur Lösung seines Problems braucht, bereits verfügt* (siehe z.B. Zeig 1985/1995 bzw. 2002, S. 24). Diese Ressourcen befinden sich bislang lediglich nicht im gewünschten Kontext oder, worauf z. B. die Frage nach Ausnahmen vom Problem abzielt, sind dort nicht in der gewünschten Stabilität.

Dilts et al. (1980/1985) vertreten die radikale Sichtweise, dass alle Muster von Denken, Erleben und Verhalten einschließlich aller Trancephänomene sich als Sequenzen der Nutzung von *Repräsentationssystemen* bzw. *Sinnesmodalitäten* darstellen lassen, welche von den Autoren als „neurolinguistische Programme“ bezeichnet werden. Repräsentationssysteme wären damit als kleinste Elemente für den Aufbau jedes Verhaltensmusters und jeder beliebigen Ressource utilisierbar. Dilts et al. (1980/1985) sehen dies, da jeder über Repräsentationssysteme verfügt, als die konsequente Umsetzung des Grundsatzes, dass jeder die Ressourcen, die er braucht, bereits in sich trägt. Obwohl dieser Ansatz als zu reduziert und mechanistisch kritisiert wurde (siehe den Abschnitt „NLP (Neurolinguistisches Programmieren)“ unter „Kombination mit anderen Verfahren“), hat er in der

Praxis einen nicht zu unterschätzenden heuristischen Wert (siehe z.B. die Abschnitte „Sensorisch spezifische Prädikate und verbale Zugangshinweise“, „Induktion und Vertiefung von Trance“ oder „Variation selbsthypnotischer Prozesse“).

Geht man schließlich von der Vorannahme aus, dass sowohl Problem- als auch Lösungsmuster als Wahlmöglichkeiten bereits vor und auch nach der Therapie beide vorhanden sind, zielt Therapie auf eine Veränderung der *Problem/Lösungs-Balance* ab (Schmidt 2004, S. 76ff). Hierin drückt sich auch aus, dass weder der Zustand vor, noch der nach der Therapie statische Zustände sind, sondern als *dynamische Fließgleichgewichte* verstanden werden sollten. Betrachtet man beide Muster und deren Balance aus der Perspektive der Synergetik als *Attraktoren* in einer epigenetischen Potentiallandschaft, bleiben beide Attraktoren bestehen, lediglich ihre Stabilität bzw. Stärke, repräsentiert durch die Tiefe der Täler in der Potentiallandschaft, verändert sich (siehe Abschnitt „Utilisation und Synergetik“).

1.1.2 Inhalt, Struktur und Form

Grundlegend für das Verständnis von Utilisation ist die Unterscheidung zwischen Inhalt, Struktur und Form. Der bereits genannte Grundsatz Problem + Ressource = Lösung stellt eine *Struktur* dar, die unabhängig von konkreten *Inhalt* invariant bleibt und daher auf verschiedene Probleme angewandt werden kann. Weiterhin kann eine Intervention, die nach dieser Struktur durchgeführt wird, verschiedene *Formen* haben, die das gleiche Ergebnis erbringen können. Beispiele für *Inhalte* stellen die einzelnen Diagnosen oder andere Problembeschreibungen dar. *Formen* können explizite Hypnose, Psychodrama oder Gespräch sein. Andere inhaltsfreie *Strukturen* stellen z.B. die Reframing-Modelle dar, die im Abschnitt „Teile-Arbeit“ dargestellt werden.

Gelegentlich werden synonym die aus der Semiotik stammenden Begriffe *Semantik*, *Syntax* und *Pragmatik* benutzt. Häufig wird in der Literatur eine der drei Unterscheidungen weggelassen und nur zwischen Inhalt und Struktur oder Inhalt und Form unterschieden. Die Betrachtung der Struktur und der Form von Prozessen wird umgangssprachlich oft mit der Frage nach dem „*Wie?*“ gleichgesetzt, die Betrachtung von Inhalten mit der Frage nach dem „*Was?*“.

Die Unterscheidung zwischen Inhalt, Struktur und Form bietet die Möglichkeit der *inhaltsfreien Prozessarbeit* und ist gerade während einer hypnotischen Trance, wenn der Patient kein verbales Feedback¹⁵ gibt, nützlich. Der Therapeut muss nicht wissen, was im Patienten inhaltlich konkret passiert, er braucht lediglich aufgrund nonverbaler Signale des Patienten zu beobachten, ob dieser sich in einem bestimmten Zustand befindet, der einem bestimmten Schritt in einer Intervention entspricht, um zu entscheiden, wann er den nächsten Schritt einleitet. Der Therapeut strukturiert den Prozess so unabhängig vom Inhalt. Es ist außerdem nicht nötig, dass der Therapeut genau versteht, was der

¹⁵ Zum Sprachgebrauch des Begriffes „Feedback“ ist anzumerken, dass dieser in der Hypnotherapie - und daher auch in dieser Arbeit - mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet wird. Zum einen ist er allgemeinsprachlich synonym zu „Rückmeldung“, „Antwort“ oder „Signal“ zu verstehen, zum anderen im speziellen kybernetischen Sinn im Zusammenhang mit „Rückkopplung“, „rückbezüglicher Prozess“ oder „Feedback-Schleife“.

Patient mit den sprachlichen Formulierungen konkret meint, wenn er über ein Problem oder auch über eine Ressource und eine Lösung spricht. Es reicht unter Umständen sogar völlig aus, diese drei Zustände nur symbolisch zu bezeichnen und dann den als Ressource bezeichneten Zustand durch geeignete Interventionen mit dem als Problem bezeichneten Zustand zu integrieren. Interventionsmuster mit ideomotorischen Signalsystemen sind besonders gut inhaltsfrei durchführbar (siehe Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“). Die minimalistischste Anwendung der Struktur Problem + Ressource = Lösung für eine inhaltsfreie Prozessarbeit sind die Methoden des Gegenkonditionierens, die im Abschnitt „Klassische Konditionieren“ beschrieben werden.

In der Therapiepraxis ist eine völlig inhaltsfreie Arbeit - außerhalb einer Trance - in der Regel nicht nötig, da Patienten bereit sind, Inhalte dem Therapeuten mitzuteilen. Allerdings ist es sinnvoll, dass der Therapeut gleichzeitig auf der inhaltlichen wie auf der strukturellen Ebene den Therapieprozess gestaltet und sich hierbei durch Inhalte nicht verwirren lässt sondern den Überblick über die Struktur des Prozesses behält. Wenn aber der Patient über Probleme oder erwünschte Lösungen inhaltlich wenig sagen kann, weil ihm vieles einfach nicht bewusst ist, besteht in der Hypnotherapie die Möglichkeit direkt mit unbewussten Anteilen zu arbeiten und Lösungen zu finden, die zunächst weder der Patient noch der Therapeut verstehen brauchen. Die Option für inhaltsfreie Prozess-Arbeit auf einer unbewussten Ebene existiert außer in der Hypnotherapie noch bei bestimmten Methoden der systemischen Therapie wie der systemischen Strukturaufstellung (Sparrer und Varga von Kibéd 1998, 2000).

Eine auf den Konstruktivisten von Glaserfeld (1981) zurückgehende Unterscheidung ist die zwischen *Passen* und *Stimmen*. Er beschreibt dies mit einer Metapher: Ein Schlüssel „passt“, wenn ein Schloss mit ihm geöffnet werden kann. „Passen“ beschreibt die Eigenschaft des Schlüssels, nicht das Schloss. Korzybski (1933) prägte den bekannten Grundsatz „Die Landkarte ist nicht das Gebiet.“ („The map is not the territory.“). Eine Landkarte als Modell „passt“, wenn genügend Information enthalten ist, so dass man sich im Gelände, der Realität, zurechtfinden kann. Eine Landkarte würde hingegen „stimmen“, wenn alle Informationen, die in der Realität, dem Gelände, enthalten sind, auch im Modell, der Landkarte, repräsentiert wären. Ein vollständiges Modell wäre dann ein exaktes Duplikat der Realität, in dem viel redundante Information enthalten wäre. Daher enthalten Modelle weniger Informationen als die Realität, sie sind *unvollständig*, passen aber.¹⁶ Optimal oder elegant sind schließlich Modelle, die so wenig Information wie möglich, aber so viel wie nötig enthalten.¹⁷

Auf die Therapie bezogen bedeutet dies, dass das Modell des Therapeuten vom Patienten und seinem Problem nicht - im Sinne der Vollständigkeit - stimmen kann und auch nicht braucht, sondern lediglich ausreichend zu passen braucht, damit er den Patienten beim Finden einer Lösung unterstützen kann. Die Unterscheidungen zwischen Inhalt, Struktur und Form dienen dieser Passung

¹⁶ Ob sie tatsächlich passen, hängt natürlich vom Kontext und dem Ziel des Benutzers ab: Zum U-Bahn fahren verwendet man andere Karten als zum Bergsteigen. Dies wird im folgenden Abschnitt „Grundprinzipien von Reframing“ aufgegriffen.

¹⁷ Dieser Grundsatz wird oft als „Ockham’s Rasiermesser“ bezeichnet.

oder Passgenauigkeit. So lassen sich *Strukturen von Standardinterventionen* beschreiben, die unabhängig von Inhalt und Form auf möglichst viele Probleme passen, wie die Reframing-Modelle, die Wunderfrage, die Varianten des Gegenkonditionierens oder die grundlegende Strategie des Aktivierens von Ressourcen.¹⁸

Der allgemeine Begriff des *Musters* und die Beschreibung eines Musters als *Feedback-Schleife* bezeichnen ebenfalls Strukturen und sind inhaltsfrei. Man kann Therapie inhaltsfrei beschreiben als einen Prozess, in dem *Muster-Unterbrechung* und *Destabilisierung* stattfindet, sowie die *Etablierung neuer Muster* aus *Elementen bereits vorhandener Muster*. Verhaltensweisen, Interaktionen zwischen Personen oder Gruppen, Informationsverarbeitungsprozesse usw. sind speziellere Arten von Mustern. Viele Interventionen, gerade strategische und paradoxe Interventionen, werden auf der Basis des inhaltsfreien Konzeptes der Muster-Unterbrechung konstruiert.

Der Grundsatz der *minimalen Veränderung* (umgangssprachlich auch *Kaskaden-, Domino- oder Schneeballeffekt*), nach dem möglichst viel Veränderung des Patienten im Sinne des Therapiezieles durch möglichst sparsame Interventionen erreicht werden soll (siehe Erickson in Zeig 1985/1995 bzw. 2002, S. 82), ist durch eine inhaltsfreie Betrachtung der Strukturen von Problemen und Lösungen leichter zu realisieren. Die Analyse der Strukturen von Mustern und Prozessen ermöglicht, Interventionen gezielt so zu platzieren und zu individualisieren, dass genau die Elemente verändert werden, durch die sich in der Folge möglichst viele andere, therapeutisch relevante Elemente automatisch mit verändern. Auf einige konkrete Anwendungen dieses Prinzips wird vor allem im Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ eingegangen.

1.1.3 Reframing

Reframing wird meistens mit „Umdeuten“ übersetzt, aber auch mit „in einen neuen Rahmen setzten“. Rahmen ist hierbei synonym zu Bezugsrahmen, Situation, Kontext oder auch Perspektive zu verstehen. Der Begriff *Reframing* wurde durch die Forschungsgruppe um Bateson geprägt (Watzlawick, Weakland und Fisch 1974/1974; Jackson und Weakland 1961), wobei Jackson (1961) zunächst den synonymen Begriff „Relabeling“ benutzte. Schon in den 50er Jahren pflegte diese Gruppe intensiven Kontakt zu Erickson. Haley und Weakland führten z.B. 1959 ein Interview mit Erickson über die *positive Sicht von Symptomen und Schwierigkeiten* (Haley 1985)¹⁹. Erickson selbst benutzte den Begriff Reframing nicht wörtlich, sprach aber z. B. von Veränderung des „frame of reference“. Die Konzepte der Utilisation und des naturalistischen Ansatzes implizieren notwendigerweise den Prozess des Reframing.

¹⁸ Ein Großteil dieser Grundsätze fasst De Shazer (1985/1989) zusammen.

¹⁹ Aus diesen Interviews ist auch bekannt, dass Erickson sich viel mit Jung beschäftigt hat, ohne diesen zu zitieren. Dies ist insofern interessant, als dass Jung bereits keine rein defizitorientierte Sichtweise von Symptomen mehr vertrat, sondern ihnen die Bedeutung als Bestandteil oder Ausdruck von Transformationsprozessen gegeben hat. Auch ein Archetyp ist grundsätzlich als Ressource zu verstehen.

1.1.3.1 Grundprinzipien von Reframing

Durch Reframing findet in der Regel - aber nicht notwendiger Weise - ein Wechsel der *Bewertung* statt, meistens bekommen negativ bewertete Verhaltensweisen oder Ereignisse eine *positive Konnotation*. Bandler und Grinder (1982/1985, S.45)²⁰ weisen darauf hin, dass einfache positiv vs. negativ Bewertungen beim Reframing vorsichtig gehandhabt werden sollen. Sinnvoller sind Reframes, die sich auf die *Nützlichkeit in einem bestimmten Kontext* beziehen, dies wird kurz auch als *kontextbezogene Zieldienlichkeit* bezeichnet. Der umgekehrte Wechsel von einer positiven zu einer negativen Bewertung durch Reframing ist ebenfalls möglich und kann durchaus therapeutisch sinnvoll sein, z.B. „Erfolg ist gefährlich, ... denn er hält davon ab, andere Dinge zu sehen und andere Möglichkeiten zu lernen.“ (Bandler und Grinder 1982/1985, S.48).

Dieser Wechsel der *Bewertung* wird grundsätzlich indirekt erreicht, nachdem entweder ein Wechsel der *Bedeutung* einer Verhaltensweise oder des *Kontextes*, in dem eine Verhaltensweise oder ein Ereignis gesehen werden, stattfindet. Prinzipiell kann durch ein Reframing jedoch auch ein Wechsel von Bedeutung oder Kontext stattfinden, ohne dass ein Wechsel der Bewertung stattfindet, z. B. wenn ein Verhalten, das in einem Kontext bereits eine Ressource darstellt, auf einen weiteren Kontext generalisiert wird, in dem es dann ebenfalls eine Ressource darstellt.

Aufbauend auf den linguistischen Kategorien des Meta-Modells, das im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ dargestellt wird, geben Bandler und Grinder (1982/1985, S. 28ff) Hinweise und Beispiele, wann welche dieser beiden Arten von Reframing indiziert sein kann:

- Bei Aussagen in Form einer vergleichenden Generalisierung bei einem getilgten Kontext („Meine Tochter ist störrisch.“), kann ein *Kontext-Reframing* angeboten werden („Ihre Tochter kann sich aufdringlichen Männern widersetzen.“).
- Beinhaltet eine Aussage eine komplexe Äquivalenz („Die Fußabdrücke auf dem Teppich bedeuten, dass meine Arbeit nicht respektiert wird.“) ist ein *Bedeutungs-Reframing* möglich („Die Fußabdrücke auf dem Teppich bedeuten, dass die Menschen da sind, die sie lieben.“).

Durch ein Kontext-Reframing wird ein Verhalten, das als unerwünscht beurteilt wurde, zu einer Ressource, indem nach einem Kontext, einer Situation, gesucht wird, in dem dieses Verhalten erwünscht ist, ohne dass das Verhalten an sich verändert wird. Bei einem Bedeutungs-Reframing wird das unerwünschte Verhalten in dem Kontext belassen, in dem es stattfindet, es wird lediglich die Bedeutung verändert. Ein Kontext-Reframing impliziert in den meisten Fällen auch ein Bedeutungs-Reframing, so auch im obigen Beispiel, auch dies ist jedoch nicht notwendigerweise der Fall. Ein Wechsel der Bewertung wird zwar häufig angestrebt, ist aber weder bei Bedeutungs- noch bei Kontext-Reframing zwingend. Im am weitest reichenden Fall wird ein Kontext-Reframing vorgenommen, welches sowohl ein Bedeutungs-Reframing als auch einen Wechsel der Bewertung

²⁰ Bandler und Grinder (1982/1985) kann als zusammenfassendes Standardwerk zum Thema Reframing betrachtet werden, auf welches z. B. auch Schlippe und Schweitzer (1996, S. 181) oder Gerl (2001) verweisen.

impliziert.²¹

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass es zu kurz greift, Reframing als isolierte Technik zu begreifen, die nur in bestimmten Situationen angewendet wird, ebenso wie auch Utilisation keine isolierte Technik darstellt. Kommunikation transportiert immer Bedeutungen, Kontexte und Bewertungen und verändert diese, teilweise explizit ausgesprochen, teilweise impliziert durch sprachliche, logische Vorannahmen. Insofern finden die Prozesse des Bedeutungs- und Kontext-Reframing unausweichlich immer statt, auch ohne dass sie so benannt werden oder den Kommunikationspartnern bewusst sind. Daher ist es nützlich, sich dessen als Therapeut in der Kommunikation mit Patienten bewusst zu sein.

Die komplexeren Reframing-Modelle Six-Step-Reframing, Verhandlungs-Reframing und „einen-neuen-Teil-bauen“ basieren alle auf den beiden grundlegenden Reframing-Modellen von Kontext- und Bedeutungs-Reframing und werden im Abschnitt „Teile-Arbeit“ dargestellt. Bei jedem dieser Reframing-Modelle sowie „bei jeder therapeutischen Veränderung überhaupt wirken die drei Prozesse der Manipulation von Teilen, des sekundären Gewinnes und der Änderung der Generalisierung“ (Bandler und Grinder 1982/1985, S. 169), wobei sekundärer Gewinn synonym zu Zieldienlichkeit und Generalisierung synonym zu Kontextbezogenheit zu verstehen ist.

1.1.3.2 Anwendung von Reframing

Die bereits in den Abschnitten „Utilisation“ sowie „Wahlmöglichkeiten und Ressourcenorientierung“ beschriebenen Zusammenhänge stellen im Prinzip bereits Anwendungen von Reframing dar: Ein Symptom als Wahlmöglichkeit zu bezeichnen ist ein Bedeutungs-Reframing; davon auszugehen, dass ein Symptom in einem anderen Kontext eine Ressource darstellt, ist ein Kontext-Reframing.

Eine elementare Anwendung des Kontext-Reframing besteht darin, den Patienten zu fragen, *in welcher Situation er das unerwünschte Verhalten beibehalten möchte*. Ein Patient mit einer Angst-Symptomatik, der zunächst als Auftrag formuliert, dass er nie wieder Angst haben möchte, findet dann vielleicht Situationen, in denen es sehr sinnvoll und gesund ist, Angst zu haben. Damit ist das Problem im ursprünglichen Kontext zwar noch nicht gelöst, aber es kann mehreres erreicht werden: evtl. bestehende irrationale Vorannahmen des Patienten, dass das Verhalten komplett für immer und überall beseitigt werden soll, können ausgeräumt werden. Weiterhin wird eine Kontextualisierung des Verhaltens von Situationen, in denen es unerwünscht ist, auf Situationen, in denen es eine Ressource darstellt, eingeleitet, dies kann einhergehen mit Prozessen des verdeckten Konditionierens. Schließlich befindet sich der Patient, wenn er über das Verhalten als Ressource spricht, in einem anderen physiologischen Zustand, als wenn er über das Verhalten als Problem spricht - obwohl er über dasselbe Verhalten spricht. Dieser *positive, ressourcenvollere physiologische Zustand*, der immer dann eintritt, wenn ein Patient einen Reframe akzeptiert, ist verknüpft mit dem Übergang von sympathischer zu parasympathischer Aktivierung. Stahl (1985, S. 11) bezeichnet ihn auch als

²¹ Ob die Unterscheidung der beiden Kategorien Bedeutungs- und Kontext-Reframing tatsächlich erschöpfend und konsequent durchhaltbar ist, so wie es Bandler und Grinder wohl intendieren, ist fraglich, kann aber im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden.

Versöhnungs-Physiologie, er wird im Abschnitt „Nonverbale Kommunikation und Rapport“ weiter behandelt. Eine Frage, die ein Kontext-Reframing einleitet, empfiehlt sich daher als Standardintervention gerade am Anfang nahezu jeder Therapie.

Weitere Anwendungen von Kontext-Reframing ergeben sich aus dem Wechsel der *Zeitperspektive*, des zeitlichen Kontextes, in dem die Nützlichkeit eines Verhaltens und seiner Auswirkungen beurteilt werden. Betrachtet man die *Resultate* eines Verhaltensmusters, die *Auswirkungen* eines Symptoms in der *Gegenwart*, wird es als destruktiv, einschränkend, negativ und unerwünscht bewertet. Betrachtet man hingegen den *Entstehungskontext* in der *Vergangenheit*, z.B. in der *Herkunftsfamilie*, kann es auch als eine *Anpassungsleistung*, als eine sinnvolle Lösung mit positiven Auswirkungen in diesem Kontext zum damaligen Zeitpunkt bewertet werden.

Elementare Anwendungen des Bedeutungs-Reframing sind die Unterscheidungen zwischen dem *Verhalten* und dem *Impuls*, der dem Verhalten vorausgeht, sowie seiner *positiven Absicht* bzw. dem dahinter stehenden *Bedürfnis* und den *Auswirkungen* (siehe z. B. Schmidt 2001/2004, S. 273). Außer einem Reframing wird durch diese Unterscheidungen das Verhalten bereits in Bestandteile zerlegt, wodurch das Verhalten nicht mehr als ein unveränderbares „Ding“ sondern als ein *Prozess*, der aus mehreren Schritten besteht, erlebbar wird, in dem für den Patienten *Handlungsspielraum* besteht. Diese und weitere Unterscheidungen werden im Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ weiter aufgegriffen.

Unabhängig von Intentionen können Verhaltensweisen und Ereignisse positive oder negative Auswirkungen haben, deren *Zusammenhang* mit dem Verhalten nur *indirekt* ist oder die durch unerwartete *Wechselwirkungen mit dem Kontext* entstehen. Dies kann z. B. für das Reframing zunächst unangenehmer Lebensereignisse genutzt werden: „Am nächsten Tag versuchte der Sohn des Bauern eines der Wildpferde zu reiten; das Pferd warf ihn ab und er brach sich ein Bein... In der nächsten Woche kamen Rekrutierungsoffiziere ins Dorf, um die jungen Männer zur Armee zu holen. Den Sohn des Bauern wollten sie nicht, weil sein Bein gebrochen war.“ (Andreas und Andreas 1982/1985, S.13).

Die positive Absicht eines Verhaltens ist in der Regel eine völlig andere als die realen Auswirkungen, wegen deren das Verhalten unerwünscht ist. Eine metaphorische Standard-Formulierung für ein Bedeutungs-Reframing von Symptomen ist *Lösungsversuch mit Preis* (Schmidt 2004, S. 76ff), womit sowohl die negativen Auswirkungen als auch die positiven Absichten wertgeschätzt werden. Die negativen Auswirkungen werden als „Preis“ umgedeutet, was einem Bedeutungs-Reframing entspricht. Dies ist im Rahmen einer Therapie wesentlich nützlicher als einseitige, reduzierte Beschreibungen, in denen nur die negativen Auswirkungen eines Verhaltens betrachtet werden.

Die positiven Absichten von Verhaltensmustern sind eng verknüpft mit dem System von Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern eines Patienten, das zu weiten Anteilen

unbewusst ist.²² Oft ist dem Patienten weder die positive Absicht noch der Entstehungskontext seiner Verhaltensmuster bewusst. In der Hypnotherapie besteht die Möglichkeit, das *Unbewusste zu befragen*. Auf die therapeutischen Vorgehensweisen sowie die damit verbundenen Schwierigkeiten wird in den Abschnitten „Altersregression“ und „Kommunikation mit dem Unbewussten“ eingegangen.

Wenn die positive Absicht, wegen derer das Verhalten in der Gegenwart aufrechterhalten wird (z. B. Zuwendung), eine andere ist, als die, wegen derer das Verhalten im Entstehungskontext in der Vergangenheit hervorgebracht wurde (z. B. sich schützen), entspricht diese positive Absicht in etwa dem psychoanalytischen Konzept des *sekundären Gewinns*.

Die für die therapeutische Praxis, insbesondere für die therapeutische Beziehungsgestaltung, wohl grundsätzlichsste Konsequenz ergibt sich aus dem Reframing bzw. der Utilisation von Reaktionsweisen des Patienten, die ansonsten als *Widerstand* bezeichnet werden. Grundsätzlich kann jedes zunächst „widerständige“ Verhalten des Patienten kann als kooperativer, konstruktiver Beitrag zur Beziehungsgestaltung umgedeutet werden (siehe Gilligan 1987/1991; Yapko 2003, S. 532ff). Watzlawick, Weakland und Fisch (1974/1974, S. 125f) beschreiben die Entwicklung des Reframing-Begriffes aus der Beobachtung Ericksons Arbeit am Beispiel der Induktion einer Handlevitation. Jede denkbare Reaktion des Patienten, auch ein Ausbleiben der Handlevitation, bekommt hier eine positive Bedeutung im Sinne einer hypnotischen Reaktion, einer therapeutischen Veränderung und eines konstruktiven, kooperativen Beitrages zur Therapiebeziehung. Im Abschnitt „Kooperation in der Therapie“ wird auf den Begriff „Widerstand“ weiter eingegangen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass auch die Entwicklung des Konzepts „*Double-Bind*“ eng mit der Beobachtung Ericksons Arbeit Ende der 50er Jahre durch die Palo-Alto-Gruppe um Bateson und damit auch mit dem Prinzip der Utilisation verknüpft ist. Bereits Bateson, Jackson, Haley und Weakland (1956) beschreiben außer pathogenen Double-Binds in schizophrenogener Kommunikation Ericksons Vorgehensweisen sowohl bei der Tranceinduktion als auch bei Interventionen auf Verhaltensebene als Beispiele *therapeutischer Double-Binds*. Ein Symptom oder eine vermeintlich unerwünschte Reaktion wird hierbei als eine von mehreren erwünschten Möglichkeiten utlisiert, so dass Widerstand von vorneherein gar nicht mehr möglich ist und das zunächst unerwünschte Verhalten als nützlich umgedeutet wird. Viele Formen von indirekten Suggestionen, insbesondere „Abdecken aller Möglichkeiten“, „Bindungen und Doppelbindungen“ usw. stellen Anwendungen dieses Grundprinzips dar (siehe Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestionen“). Auf den Begriff Double-Bind sowie einige Probleme im Sprachgebrauch wird ausführlicher im Abschnitt „Kooperation in der Therapie“ eingegangen.

²² Grawe (1998, S. 234ff) bezeichnet unbewusste Prozesse in der Terminologie der Gedächtnispsychologie als *implizite prozedurale Schemata*.

1.1.4 Kategorien von Ressourcen

Grundsätzlich können zwei Hauptkategorien von Ressourcen unterschieden werden:

- Ressourcen, die von vornherein, ohne ein Reframing, von Patient und Therapeut als Fähigkeiten, Stärken, Kompetenzen und Potentiale etc. positiv bewertet werden.
- Ressourcen, die zuerst als negativ bewertete Symptome und Problemmuster, einschließlich Widerstand, betrachtet wurden, und erst durch Reframing zur Ressource werden.

Beide Kategorien lassen sich weiter ausdifferenzieren. Als Ressourcen, die kein Reframing voraussetzen, können angeführt werden:

- *Individuelle Ressourcen* im Sinne von Fähigkeiten, Stärken, Kompetenzen und Potentialen, die Patient und Therapeut von vornherein, also ohne weiteres Reframing, als solche ansehen. Dies entspricht der Ressourcen-Aktivierung bei Grawe (1998). Eine Ressourcenorientierung einschließlich Utilisation und Reframing von Symptomen, Problemmustern und Widerstand kommt in der Konzeption der Allgemeinen Psychotherapie allerdings nicht vor.
- *Natürliche, universelle Ressourcen* (z. B. Lernen, Kreativität), deren Existenz interindividuell bei allen Patienten vorausgesetzt werden kann, auch wenn sie erst evoziert werden müssen. Diese Voraussetzbarkeit ist z. B. zur Formulierung von Metaphern nützlich oder in der Teile-Arbeit (Generierung neuer Wahlmöglichkeiten durch einen „kreativen Teil“).
- Das *Unbewusste* als Ressource. In der Hypnotherapie sollen unbewusste Potentiale, Such- und Problemlöse-Prozesse aktiviert werden. Es wird eine Verbesserung der Kooperation von Bewusstsein und Unbewusstem angestrebt. Hierauf wird im Abschnitt „Teile-Arbeit“ ausführlicher eingegangen. Auf den Begriff des „Unbewussten“ als verdinglichte Konstruktion bzw. therapeutisches Tertium gehen Schmidt (1985, 1989, 2004), Stahl (1985, S. 7f) und Peter (2001) ein. Hierbei werden in der Hypnotherapie Vorannahmen gemacht, die bereits ein Reframing darstellen, da sie im Kontrast stehen zu einem negativ konnotierten Konzept des Unbewussten als „Ursache“ von Problemen und Symptomen.
- *Individuell konstruierte Ressourcen*. Dies können imaginierte Orte wie ein „sicherer Ort“ oder eine „Kraftquelle“ sein (siehe den Abschnitt „Imagination und Visualisierung“) oder auch symbolisch imaginierte innere Anteile wie ein innerer Heiler, ein Ratgeber, das innere Kind, das höhere Selbst oder unterstützende Personen und Wesen wie verstorbene Angehörige, Schutzengel, Krafttiere usw. (siehe den Abschnitt „Teile-Arbeit“).

Ressourcen, die ein Reframing voraussetzen, sind:

- Symptome und Problemmuster einschließlich Widerstand, die zur Ressource werden durch *Bedeutungs-Reframing* bzw. positive Konnotation.
- Symptome und Problemmuster einschließlich Widerstand, die zur Ressource werden durch *Kontext-Reframing* bzw. Generalisierung und Transfer in eine andere Situation. Hierbei erfolgt implizit auch ein Bedeutungs-Reframing.
- Symptome und Problemmuster einschließlich Widerstand, die zur Ressource werden durch

strategische Utilisation wie *Symptomverschreibung*. Auf diesen und den nächsten Punkt, die beide Unterformen von Kontext-Reframing darstellen, wird im Abschnitt „Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente“ eingegangen.

- Muster von Erleben und Verhalten, die im Rahmen der Therapie zunächst *weder als Fähigkeit, noch als Problem bewertet* wurden, da sie mit dem Thema der Therapie ursprünglich nichts zu tun hatten. Durch Utilisation können sie aber im Problemkontext zu Ressourcen werden, die eine Lösung ermöglichen. Beispiele sind die Utilisation von Abneigungen bei der Konstruktion von *Ordeals* (siehe Abschnitt „Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente“) oder die Utilisation von starken *Emotionen*, die mit dem Problemmuster ursprünglich nichts zu tun hatten (wie z. B. Utilisation von Wut zur Rehabilitation beeinträchtigter Körperteil; siehe Trenkle 1994 oder Zeig 1985/1995 bzw. 2002, S. 25ff).

1.1.5 Psychotherapeutische Ansätze als Ressourcen

Zum Abschluss der Ausführungen über Utilisation soll schließlich noch darauf hingewiesen werden, dass diese Konzepte nicht nur für die therapeutische Arbeit mit Patienten gelten, sondern konsequenterweise gerade auch für den *Umgang mit verschiedenen Theorien und Modellen von Therapie*. Theorien für falsch zu erklären oder zu ignorieren, nur weil sie alt oder angeblich überholt sind, entspricht nicht gerade einer *Erweiterung von Wahlmöglichkeiten*. Sowohl kognitiv-behaviorale als auch psychoanalytische oder andere Konzepte können in bestimmten Kontexten nützlich sein. Außerdem enthalten sie implizite, nicht so benannte, ressourcenorientierte Ansätze, die man übersehen würde, wenn man sich mit diesen Modellen gar nicht erst beschäftigt. Eine Schwierigkeit hierbei ist, dass eine Reihe von Begrifflichkeiten wie „Widerstand“ und „Abwehr“ *Kriegsmetaphern* sind. Auch in der systemischen Therapie wird davon gesprochen, „rigide Systeme zu sprengen“ oder „auszuhebeln“. Das bedeutet, dass eine gewisse Übersetzungs- und Selektionsarbeit nötig ist, um diese Theorien und Modelle als Ressourcen nutzen zu können.

Die momentan oft vertretene entweder-oder-Dichotomisierung von *Pathologie- vs. Ressourcenorientierung* ist aus der Sicht der Erweiterung der Wahlmöglichkeiten nicht sinnvoll. Beide Orientierungen können in Abhängigkeit von der Fragestellung und der kontextbezogenen Zieldienlichkeit nützliche Perspektiven sein. Hierzu soll an den Standard-Reframe von Symptomen als Lösungsversuch mit Preis erinnert werden: Wenn es in einem bestimmten Kontext zieldienlich ist, über das Symptom als Lösungsversuch zu reden, ist eine ressourcenorientierte Sicht nützlich. Wenn man in einem anderen Kontext über den Aspekt des Preises redet, kann eine pathologieorientierte Sicht sinnvoll sein. Pathologieorientierung alleine ist im Rahmen einer Therapie, die den Patienten bei einer Veränderung unterstützen soll, mit Sicherheit nicht sehr hilfreich. Aber auch ein Verständnis von Ressourcenorientierung, das die Wahlmöglichkeit der Perspektive von Pathologieorientierung ausschließen will, und im Zusammenhang damit die destruktiven Auswirkungen von Problemen in der Gegenwart übersieht, versäumt nicht selten, das Leid von Patienten ausreichend zu würdigen. Dies

verschlechtert den Rapport und die Therapiebeziehung und darüber hinaus gehen wertvolle Informationen für die Gestaltung der Therapie verloren.

Ressourcenorientierung wird auch häufig so missverstanden, dass die Frage nach der Entstehung von Problemen in der *Vergangenheit* ausgeklammert wird. Dies scheitert bereits an den Patienten, die diese Frage als eines ihrer Anliegen in die Therapie bringen. Nachhaltige, stabile therapeutische Veränderungen beinhalten auch die Perspektive des Patienten auf sein Leben als Ganzes, mit seiner *Zukunft* und seiner Vergangenheit. Das Verständnis des Patienten für die Entstehung seiner Probleme in der Vergangenheit und ihrer Funktion in der *Gegenwart* erweitert sein Selbstbild. Aus hypnotherapeutischer Sicht hängt dies zusammen mit einer *Integration von Bewusstsein und dem Unbewussten* und erweitert die Eigenkompetenz des Patienten, auch in der Zukunft nach der Therapie neue Probleme selbstständig zu lösen. In den Abschnitten „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“, „Feedback und Handlungstheorie“ und „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ werden Kriterien benannt, wann in einer Hypnotherapie welche zeitliche Perspektive sinnvoll sein kann.

Ein gutes Beispiel für einen lösungsorientierten Ansatz in der Psychoanalyse, der ursprünglich nicht als „lösungsorientiert“ bezeichnet wurde, ist das Konzept der *korrigierenden emotionalen Erfahrung* von Alexander und French (1946),²³ auf das interessanterweise auch Grawe (1998, S. 107f) extensiv zurückgreift. Auch Erickson (1965) benutzt diesen Begriff und führt aus, dass er dieses Vorgehen in seiner therapeutischen Arbeit häufig nutzt (S. 7). Entstanden ist dieses Konzept in der Chicagoer Schule, einem der ersten Ansätze psychoanalytischer Kurzzeittherapie. Hierbei wird - kurz zusammengefasst - die Frage gestellt, welche *emotionale Erfahrung* der Patient in der *Gegenwart* machen muss, um einen *Konflikt lösen* und sich in *Zukunft anders verhalten* zu können. Die Betonung liegt auf emotional, da Psychoanalyse häufig so missverstanden wird, dass es nur um ein rationales Verstehen ginge, das weder emotionale Relevanz hätte noch Verhaltensänderungen nach sich ziehen würde. Im Rahmen dieser Arbeit wird dieses Konzept herangezogen, um zu beschreiben, wie in der Therapie *bindungsorientiert* gearbeitet werden kann (siehe die Abschnitte „Prozessorientierte Entscheidungen“ und „Utilisation von Patientenmerkmalen“). Grundsätzlich vermittelt bereits die Gestaltung der Therapiebeziehung in Form von Kooperation kontinuierlich korrigierende emotionale Erfahrungen (siehe den Abschnitt „Gestaltung und Utilisation der therapeutischen Beziehung“, v. a. den Unterabschnitt „Kooperation in der Therapie“). Aber auch Vorgehensweisen, wie sie im Rahmen von Altersregression möglich sind (History Change etc.), dienen letztendlich dem Vermitteln von korrigierenden emotionalen Erfahrungen in Trance (siehe Abschnitt „Altersregression“).

²³ Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht darauf eingegangen werden, welche Wandlungen Definition und Verwendung dieses Begriffes bereits durchlaufen haben, hierfür sei verwiesen auf Milch (2002).

1.2 Strukturierung des Therapieprozesses

Im Folgenden werden eine Reihe von Begriffen und Konzepten eingeführt, die der Strukturierung des Therapieprozesses dienen. Die meisten dieser Begriffe sind zusammengesetzt und enden auf „orientierung“. Kompliziert wird es auch dadurch, dass einige dieser Begriffe sich nicht als Alternativen ausschließen, sondern gleichzeitig gelten sollen. Einige der Begriffe scheinen intuitiv zunächst unvereinbar zu sein, z. B. „Problemorientierung“ und „Lösungsorientierung“. Erklärt werden kann diese leider verwirrende Situation um die „Orientierungs“-Begriffe damit, dass die einzelnen Begriffe nicht gleichzeitig entwickelt wurden, sondern nacheinander in die Theoriebildung der Hypnotherapie eingeflossen sind. Einige dieser Begriffe stammen auch nicht aus dem Feld der Hypnotherapie selbst, sondern aus anderen Bereichen der Psychotherapie. Da diese Begriffe in der hypnotherapeutischen Literatur extensiv verwendet werden, sollen sie hier so erläutert werden, dass ihre Beziehungen zueinander und ihr jeweiliger Nutzen zur Strukturierung des Prozesses einer Hypnotherapie deutlich werden. Im Abschnitt „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“ wird schließlich ein Modell vorgeschlagen, in dem sämtliche zuvor definierten Begrifflichkeiten so eingeordnet werden, dass das Modell in sich geschlossen, logisch und konsistent ist.

1.2.1 Zielorientierung

Die Begriffe Ziel- und Lösungsorientierung werden umgangssprachlich weitgehend synonym verwendet. Gemeint ist mit beidem zunächst, dass die Therapie, und alles was darin geschieht, ein Mittel zum Zweck ist, um für ein Problem des Patienten eine Lösung zu finden. Daher ist die Gestaltung der Therapie in erster Linie auf die *Zukunft* hin orientiert. Das Bearbeiten der Vergangenheit ist in diesem Rahmen ein Mittel zum Zweck, Informationen zu sammeln und Veränderungen zu ermöglichen, die für eine Gestaltung der Zukunft nützlich sind. Unter *Ziel* wird eher eine konkrete Beschreibung eines angestrebten Zustandes verstanden, während sich eine *Lösung* im Kontrast zu einem Problem definiert. Da eine Ressource sich über ihre *kontextbezogene Zieldienlichkeit* definiert, sind Ressourcenorientierung sowie Ziel- und Lösungsorientierung als Teilaspekte des Oberbegriffes Utilisation untrennbar verknüpft.

Einige Autoren unterscheiden zusätzlich noch die Begriffe des *Ergebnis*, womit das subjektive Erleben, die Qualität des Zustands, das sich durch Erreichen des konkreten Ziels einstellen soll, gemeint ist (Gerl 2001, S. 79) und der *Richtung*, die in der Therapie eingeschlagen wird, wenn noch kein konkretes Ziel beschreibbar ist. Allen Begriffen ist gemeinsam, dass sie genutzt werden, um den Therapieprozess zu strukturieren. Welcher Begriff in der direkten Kommunikation mit dem Patienten gebraucht wird, sollte im Sinne eines Pacing wie es im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ beschrieben wird, individuell gehandhabt werden.

Zum Sprachgebrauch ist anzumerken, dass „Lösungsorientierung“ oft mit „Lösungsfokussierung“ vermischt wird. *Lösungsfokussierung* nach De Shazer konstituiert sich aus bestimmten Elementen wie

Wunderfrage, Fragen nach Ausnahmen, unterschiedsbildenden Fragen, Skalierungen und Komplimenten. Außerdem begründet De Shazer (1991/1992) seinen Ansatz mit einer sprachphilosophisch-poststrukturalistischen Grundhaltung und grenzt ihn strikt von Therapie-Konzeptionen mit strukturalistischen Vorannahmen ab, zu denen er auch die systemische Therapie zählt (S. 63ff). Die genannten Grundelemente der Lösungsfokussierung werden in den Abschnitten „Kooperation und Auftragsdynamik“ und „Therapeutische Nutzung von Trance“ subsumiert und erläutert. In dieser Arbeit wird der Begriff „Lösungsfokussierung“ dann verwendet, wenn ausschließlich der Ansatz von De Shazer gemeint ist. Ansonsten werden die allgemeineren Begriffe „Lösungsorientierung“ oder „Zielorientierung“ gebraucht.

Der Prozess vom Problem-Zustand zum Ziel wird in *Teilziele* zerlegt, die keinesfalls zu groß, sondern im Zweifelsfall eher kleiner sein sollten. Entgegen einem weit verbreiteten Missverständnis können Therapieziele zu Beginn einer Therapie nicht statisch festgelegt werden. Ziele ändern sich im Laufe einer Therapie, sie können sich mehrmals in der Sitzung verändern, jede neue Information kann der ganzen Therapie eine neue Bedeutung geben. Evaluationsinstrumente wie „Goal-Attainment-Scaling“ (Kiresuk und Sherman 1968) sind daher nur bedingt einsetzbar.

Ein erstes Teilziel in der Therapie stellt die *Beschreibung des Zieles der Therapie* durch den Patienten dar. Allerdings kann sich bereits eine konkrete *Beschreibung des Problems*, die als Voraussetzung einer Beschreibung des Therapiezieles gesehen werden kann, über mehrere Sitzungen erstrecken (De Shazer 1985/1989). Allein die Beschreibung von Problem und Lösung ist bereits ein entscheidender Bestandteil der Therapie, durch den der Patient Klarheit über sich und seine Situation gewinnt. Mit dem Fortschreiten der Therapie wird immer wieder überprüft, ob das Therapieziel noch sinnvoll ist, um es gegebenenfalls zu verändern. In diesem Klärungsprozess kann zumindest theoretisch jederzeit festgestellt werden, dass der Patient gar keine weitere Veränderung mehr wünscht, woraus sich der Grundsatz „Jede Sitzung kann die letzte sein“ ableitet. Zielklärung ist daher nicht nur eine Phase zu Beginn der Therapie, sondern ein elementares Werkzeug während der gesamten Therapie.

Der systematische Vergleich zwischen einem Problem und einer Lösung bzw. einem Ziel stellt eine elementare Strategie zur Gewinnung von nützlichen Informationen dar. Man sucht im Sinne von Bateson (1979/1982) nach „Unterschieden, die einen Unterschied machen“, was kurz als *Unterschiedsbildung* bezeichnet wird. Alle Interventionen können mit diesen Informationen auf ihre Ziieldienlichkeit überprüft werden, indem kontinuierlich *Feedback* gesammelt wird, ob sich der Patient in Richtung auf das vereinbarte Therapieziel hin entwickelt. Grundsätzlich bekommen *Informationen* innerhalb der Therapie erst durch ihre Beziehung zum Ziel einen Sinn.

Hinzu kommt, dass der Patient durch die Beschreibung von Zielen außer seinem Leidensdruck, einer *negativen Weg-Von-Motivation (Vermeidungsziel)* bezogen auf das Problem, zusätzlich eine *positive Hin-Zu-Motivation (Annäherungsziel)* aufbaut, womit automatisch auch eine Veränderung der

Aufmerksamkeitsfokussierung einher geht.²⁴

Die *Induktion von Trance und Trancephänomenen* stellt innerhalb der Therapie grundsätzlich kein Selbstzweck dar. Da dies immer ein Mittel zum Erreichen des eigentlichen therapeutischen Zieles darstellt, ist die Induktion von Trance nur ein therapeutisches *Teilziel* im Rahmen des gesamten Therapieprozesses (siehe Abschnitt „Induktion und Vertiefung von Trance“).

Muster von Erleben und Verhalten außerhalb der Therapie werden aus der Sicht der Hypnotherapie auch als *selbsthypnotische Prozesse* betrachtet. Trancephänomene und Sequenzen von Trancephänomenen stellen eine Ebene von Verhaltensmustern dar, die nur in der Hypnotherapie systematisch einbezogen wird. Trancezustände können in Form von sich-selbst-verstärkenden bzw. aufrechterhaltenden Feedbackschleifen beschrieben werden (siehe ausführlich den Abschnitt „Variation von selbsthypnotischen Prozessen“).

Selbsthypnotische Prozesse und Trancezustände, die als unerwünscht bewertet werden, bezeichnet man kurz als *Problemtrance*, einen im Gegensatz dazu stehenden erwünschten Trancezustand als *Lösungstrance* (Gilligan 1987/1991, S. 172ff, S. 193ff; Schmidt 2004, S. 45, 76; Schmidt 1999/2004, S. 110ff). Yapko (1992/1995) spricht analog von *therapeutischen Trancen* und *Symptom-Trancen*. Eine weitere, ähnliche Unterscheidung ist die zwischen *Eutrance* und *Dystrance* (angenehmer und unangenehmer Trancezustand; Schmierer 1993).

Ziel einer Hypnotherapie ist demnach eine *Problemtrance-Exduktion*, die mit einer *Lösungstrance-Induktion* einhergeht (siehe Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“). Schmidt (2005) spricht daher von *dialektischer Hypnotherapie*. Beschreibt man ein Problem mit dem Standard-Reframe „Lösungsversuch mit Preis“, besteht das Ziel der Therapie darin, „Lösungsversuche mit geringerem Preis“ zu ermöglichen.

Auf weitere Aspekte und Techniken von Zielorientierung wie Szenariotechniken, Wunderfrage, Zielrahmen, Wohlgeformtheitskriterien von Zielen usw. wird in den Abschnitten „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“, „Auftragsdynamik und Kooperation“ sowie „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ eingegangen.

1.2.1.1 Typische Ziele und Teilziele der Hypnotherapie

Bestimmte Ziele und Teilziele kommen in der Hypnotherapie besonders häufig vor (Revenstorf 2001, S. 19ff), daher soll hier eine kurze Übersicht gegeben werden.

- *Harmonisierung des inneren Milieus*: Die Umstellung des autonomen Nervensystems von ergotroper Bereitschaftsreaktion auf einen trophotropen Reaktionsmodus geht außer der subjektiv empfundenen Entspannung einher mit einer Verminderung der Ausschüttung von Stresshormonen und des damit zusammenhängenden immunsupprimierenden negativen Feedbacks, womit eine Steigerung der Immunkompetenz und eine bessere Regeneration des Organismus ermöglicht wird.

²⁴ In den Begriffen der Synergetik (siehe Abschnitt „Utilisation und Synergetik“) formuliert kann die Dynamik der Bewegung auf ein Ziel hin als *Attraktor* bezeichnet werden. Die Aktivierung von Ressourcen verändert die *Randbedingungen* und dient der Etablierung dieses Attraktors.

- *Erhöhung der Suggestibilität*: Suggestionen werden in Trance besser rezipiert, die Informationsverarbeitung ist vielfältiger und tiefer als im normalen Wachzustand, wodurch kreative, dem bewussten Denken bislang nicht verfügbare, Lösungspotentiale entfaltet werden können.
- *Veränderung der Wahrnehmung*: Trancephänomene wie Zeitverzerrung, Analgesie, Dissoziation bzw. Abspaltung von unerwünschten Erlebnisaspekten und Assoziation von ressourcervollen Zuständen sind Elemente zur Erreichung vieler therapeutischer Ziele.
- *Aktivierung der Vorstellung*: Organheilung und andere Veränderungen physiologischer Reaktionen z.B. im Sport können durch metaphorische Visualisierungen angeregt werden. Die Sichtweise des Patienten auf sein Problem kann sich durch metaphorische Imaginationen so erweitern, dass unerwartete Lösungen möglich werden, die sich zunächst ebenfalls bildhaft zeigen, bevor sie auch das bewusste Denken rational versteht. Techniken der Zeitprogression sind die Basis ziel- und lösungsorientierter Therapie. Ressourcen wie der „sichere Ort“ oder unterstützende Instanzen wie der „innere Heiler“ können in der Imagination aufgebaut werden.
- *Unwillkürlichkeit*: Ideodynamische Prozesse ermöglichen die Selbstorganisation des Organismus und die Reassoziaton der einzelnen Aspekte des Erlebens des Patienten. Primärprozesshafte Erfahrungen verbessern die Integration unbewusster Anteile und des Bewusstseins.
- *Nutzung „stillen Wissens“*: Spezielle Methoden wie ideomotorische Signalsysteme oder hypnoprojektive Imaginationen dienen der Kontaktaufnahme mit unbewussten Anteilen und der Aktivierung von unbewussten Lösungsprozessen.
- *Regression*: Das Wiedererinnern und Aufsuchen signifikanter Episoden in der Vergangenheit ermöglicht dem Patienten oft eine Klärung unbewusster Ziele und Überzeugungen, die zur Aufrechterhaltung von Symptomen und unerwünschtem Erleben beitragen. Zusätzlich können Erlebnisse imaginiert werden, die zur realen Erinnerung alternative Lernerfahrungen ermöglichen.

1.2.2 Prozessorientierte Entscheidungen

Im Laufe der Therapie trifft der Therapeut eine Reihe von methodischen Entscheidungen zur Gestaltung des Therapieprozesses (Revenstorf 2001, S. 25ff).

- Zunächst ist zu entscheiden, ob über die *unspezifischen Wirkungen* von Hypnose hinaus (Harmonisierung des inneren Milieus und Erhöhung der Suggestibilität) auch eine *spezifische Wirkung* angestrebt wird.
- Es kann gleichzeitig und mit wechselndem Schwerpunkt sowohl *explizit* gearbeitet werden, d.h. mit Vorgehensweisen, die vom bewussten Denken nachvollzogen werden können, mit verbalem Diskurs oder einer offen als Hypnose deklarierten Intervention, als auch *implizit* mit verschiedensten indirekten und metaphorischen Methoden, wobei Hypnose nicht als solche benannt werden braucht (siehe die Abschnitte „Kommunikation, Sprache und Rapport“ sowie „Therapeutische Nutzung von Trance“).

- Außer einer rein *lösungsorientierten* Arbeit, die auf die Auflösung eines Symptoms, eines Problems oder eines Konfliktes abzielt, kann zusätzlich die therapeutische Beziehung *bindungsorientiert* genutzt werden, indem der Therapeut die Gestaltung der Therapie der Persönlichkeit und dem interaktionellen Stilen des Patienten *individuell anpasst* sowie ihm systematisch *korrigierende emotionale Erfahrungen* (Alexander und French 1946) vermittelt. Hierauf wird im Abschnitt „Utilisation von Patientenmerkmalen“ ausführlich eingegangen.

1.2.3 Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung

Eine weitere elementare Unterscheidung ist die zwischen *Symptomorientierung* einerseits und *Problem- und Konfliktorientierung* andererseits (Revenstorf 1993, 1999, 2001). Dies entspricht in etwa der Unterscheidung zwischen der *Problembewältigungsperspektive* und der *motivationalen Klärungsperspektive* bei Grawe (1998) sowie der Unterscheidung zwischen *stützender, zudeckender Arbeit* und *aufdeckender Arbeit* mit *Einsichtsorientierung* in der Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Therapie.

Die Begriffe „Symptom-“, „Problem-“ und „Konfliktorientierung“ sind insofern irreführend, als dass Hypnotherapie grundsätzlich lösungsorientiert ist. Gemeint ist die Orientierung entweder auf ein konkretes Symptom hin oder auf ein Problem, das hinter einem Symptom steht und in der Regel mit einem Konflikt zusammenhängt. Hinzu kommt der Begriff der „Bindungsorientierung“. Genau genommen müsste man also von „symptomorientierter Lösungsorientierung“, von „problem- und konfliktorientierter Lösungsorientierung“ sowie „bindungsorientierter Lösungsorientierung“ sprechen - was schlicht unpraktisch wäre und in der Literatur auch nicht üblich ist.

In der Hypnotherapie sind jeweils zwei weitere pragmatische Unterscheidungen möglich. Symptomorientierung kann auf den Ebenen von *Verhalten* oder von *selbsthypnotischen Prozessen* ansetzen. Problem- und Konfliktorientierung kann sich auf die *Gegenwart* oder auf die *Vergangenheit* beziehen. Hieraus ergeben sich insgesamt vier Grundorientierungen²⁵.

Symptomorientierung (Problembewältigungsperspektive, stützendes, zudeckendes Vorgehen):

1. *Ziel- und Lösungsorientierung auf Verhaltensebene:* Die alleinige Anwendung progressiver Techniken zur Veränderung des Verhaltens einschließlich lösungsfokussierter Gesprächsführung (siehe den Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestionen“). Techniken der Verhaltenstherapie auf der Basis von klassischem und operantem Konditionieren sowie Modelllernen sind auf dieser Ebene in die Hypnotherapie integrierbar, was als *hypno-behaviorale Therapie* bezeichnet wird.
2. *Analyse und Variation selbsthypnotischer Prozesse:* In Kombination mit progressiven Techniken wird durch gezielte Musterunterbrechung und Veränderung von Trancephänomenen, Submodalitäten und anderen Elementen der Informationsverarbeitung eine Problemtrance-Exduktion einhergehend mit einer Lösungstrance-Induktion ermöglicht. Hier sind Techniken der

²⁵ Diese Systematik wurde bereits in Schauer (2000) beschrieben und für diese Arbeit weiter ausdifferenziert.

Kognitiven Verhaltenstherapie wie die Arbeit mit automatischen Gedanken und irrationalen Überzeugungen sowie mit verdecktem Konditionieren integrierbar, was ebenfalls zur *hypno-behavioralen Therapie* zählt.

Außer der LösungsTranceinduktion ermöglicht die Analyse der Problemtrance, *Indikatoren* für weitere Vorgehensweisen zu identifizieren. Diese Indikatoren sind die in der Hypnotherapie zentralen Integrationspunkte anderer Therapieformen. Grundsätzlich kann angenommen werden, dass interpersonale Systeme²⁶, sowohl der Gegenwart als auch der Vergangenheit, intrapsychisch repräsentiert werden und psychische Probleme mit diesen Repräsentationen zusammenhängen. Interpersonale Konflikte müssen über diese Repräsentationen vermittelt werden, um zu intrapsychischen Konflikten werden zu können. Vygotski (1934) formulierte den hierzu passenden Grundsatz, dass die Struktur der äußeren Interaktion zur Struktur des inneren Dialoges wird. Die Bindungstheorie (Bowly 1969/1975) geht von ähnlichen Vorannahmen aus, dass sich Bindungserfahrungen in intrapsychischen Repräsentationen manifestieren.

Problem- und Konfliktorientierung (motivationale Klärungsperspektive, aufdeckendes Vorgehen, Einsichtsorientierung):

3. *Gegenwartssystem*: Lassen sich in der Problemtrance Repräsentationen signifikanter Personen des Gegenwartssystems bzw. des sozialen Umfeldes des Patienten identifizieren, die z.B. auf einen interpersonalen Konflikt oder beziehungsgestaltende Auswirkungen des Symptoms im Gegenwartssystem hinweisen, sind die Techniken der Dezentrierung und des Perspektivwechsels indiziert sowie bestimmte Formen von Teile-Arbeit (z.B. „innere Familienkonferenz“, Schmidt 1997). Techniken der systemischen Therapie wie zirkuläre Fragen, die als implizite Induktion von Trancephänomenen betrachtet werden können (Schmidt 1985), können hier integriert werden. Dies wird als *hypno-systemische Therapie* bezeichnet.
4. *Vergangenheit*: Enthält die Problemtrance altersregressive Elemente wie verändertes Erleben der Körpergröße, Erinnerungen an vergangene Erfahrungen, Traumata, biographisch relevante Erlebnisse oder Repräsentationen von Personen aus der Herkunftsfamilie etc., ist die Arbeit mit diesen vergangenen Erfahrungen mit Techniken wie der Altersregression indiziert. Hier können Elemente tiefenpsychologischer Therapie bzw. der Psychoanalyse integriert werden, wie es in der *Hypnoanalyse* geschieht.

Diese vier Grundorientierungen können in der Hypnotherapie flexibel gewechselt werden. Solange keine andere Indikation besteht, z.B. aufgrund des durch den Patienten formulierten Auftrags, kann

²⁶ Bekanntermaßen werden systemische Grundbegriffe sehr unterschiedlich definiert und verwendet. Da ericksonsche Hypnotherapie geschichtlich und konzeptuell enge Beziehung zur Forschungsgruppe von Gregory Bateson hat, werden systemische und kybernetische Grundbegriffe im Rahmen dieser Arbeit gemäß den Definitionen der *Kommunikationstheorie* von Watzlawick, Beavin und Jackson (1967/1969) verwendet (S. 19-49; zu „Information und Rückkopplung“ siehe S. 29ff; zu „Interaktion als System“ siehe S. 114ff). Diese beziehen sich auf Autoren wie von Bertalanffy (1950, 1956), Hall und Fagen (1956) oder Ashby (1954, 1956). Eine Diskussion der Kommunikationstheorie, die unter anderem daher sinnvoll ist, weil Bateson selbst gegenüber dieser Veröffentlichung skeptisch war (siehe z. B. Lutterer 2000), kann im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgen.

mit der Arbeit auf der 1. Ebene, der rein ziel- und lösungsorientierten Arbeit, begonnen werden. Stagniert dies, ist das als Feedback und Hinweis zu bewerten, dass die Problemtrance analysiert werden sollte, um Indikatoren zu gewinnen, auf welcher der drei weiteren Ebenen gearbeitet werden sollte. Sowohl die Arbeit mit dem Gegenwartssystem als auch die Arbeit mit der Vergangenheit dienen als Teilziele dem eigentlichen therapeutischen Ziel, der LösungsTranceinduktion. Daher sollte abschließend der Transfer der therapeutischen Veränderung immer durch progressive Techniken wie posthypnotischen Suggestionen oder Future-Pace unterstützt werden. Da die Indikatoren im Laufe der Problemtrance-Analyse dem Patienten ebenfalls bewusst werden, ist diesem der Sinn der Gestaltung der Therapie direkt plausibel, was eine Verbesserung der Kooperationsbasis mit sich bringt.

Daraus folgt, dass drei verschiedene Arten von Therapieverläufen möglich sind: Nachdem das Problem beschrieben wurde, wird ein Ziel definiert. Im einfachsten Fall nähert sich der Patient durch symptomorientiertes Vorgehen, reine Lösungsfokussierung auf Verhaltensebene oder Veränderung des selbsthypnotischen Prozesses, dem Ziel *direkt* an, bis er es erreicht hat. Kommt es zu einer Stagnation, tauchen Hindernisse oder Ambivalenzen auf, kann der Patient entweder seine *Ziele neu definieren* und auf diese direkt hinarbeiten, oder eine problem- und konfliktorientierte Klärungsperspektive ist indiziert, d.h. er wird auf seine Ziele *indirekt*, auf einem „Umweg“ über sein Gegenwartssystem oder seine biographische Vergangenheit, hinarbeiten.

Da die oben definierten vier Grundorientierungen in dieser Arbeit nicht hintereinander abgehandelt werden, soll an dieser Stelle ein Überblick eingeschoben werden, in welchen Abschnitten welche Aspekte behandelt werden. Hiermit sollen die Struktur der Arbeit sowie die Beziehung der einzelnen Techniken und Elemente zu diesen vier Grundorientierungen deutlicher werden:

Die Analyse und Unterschiedsbildung von Problem- und Lösungstrance wird Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ erläutert. Die reine Ziel- und Lösungsorientierung auf Verhaltensebene wird in den Abschnitten „Beobachtungs- und Verhaltensexperimente“ sowie „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ behandelt. Die problem- und konfliktorientierte Arbeit mit dem Gegenwartssystem erfolgt in erster Linie mit Techniken wie zirkulären Fragen, die im Abschnitt „Dezentrierung“ behandelt werden sowie mit „Teile-Arbeit“. Vergangenheit und Herkunftsfamilie werden mit Techniken der „Altersregression“ und ebenfalls mit „Teile-Arbeit“ bearbeitet. Die in den anderen Unterabschnitten von „Therapeutische Nutzung von Trance“ behandelten Techniken („Evokation und Kontextualisierung“, „Klassisches und verdecktes Konditionieren“, „Imagination und Visualisierung“) sind so grundlegend, dass sie den obigen vier Orientierungen nicht zugeordnet werden können.

Die Techniken der „posthypnotischen Suggestion und Zeitprogression“ werden in jeder Therapie, gleich welcher der vier Orientierungen, verwendet, da sie ein integraler Bestandteil der Auftragsdynamik und des Transfers der Therapiefortschritte in den Alltag des Patienten sind. „Kommunikation mit dem Unbewussten“ wird bei symptomorientierter Arbeit definitionsgemäß nicht angewendet, oder anders herum ausgedrückt, sobald mit dem Unbewussten kommuniziert wird ist das

therapeutische Vorgehen automatisch problem- und konfliktorientiert. Meistens findet dann eine aufdeckende, motivational klärende Arbeit statt, eine Ausnahme bilden die Formen der „Teile-Arbeit“, bei der (z.B. mit ideomotorischen Signalsystemen) auf einer unbewussten Ebene neue Wahlmöglichkeiten und Lösungen entwickelt werden, ohne dass dem Bewusstsein irgendwelche konkreten Inhalte mitgeteilt werden.

Inwiefern über das im Abschnitt „Utilisation von Patientenmerkmalen“ beschriebene Maß hinaus zusätzlich bindungsorientiert vorgegangen wird, ist schließlich eine Sache der Auftragsdynamik. Es kann durchaus davon ausgegangen werden, dass bei jeder problem- und konfliktorientierten Arbeit, die sich in irgendeiner Form um Interaktions- und Beziehungsprobleme dreht, auch innerhalb der Therapie eine Übertragungsdynamik stattfindet, für deren Klärung der Therapeut einen Auftrag akquirieren kann. Bindungsorientierte Arbeit findet also gemeinsam mit problem- und konfliktorientierter Arbeit hauptsächlich im Rahmen hypnosystemischer und hypnoanalytischer Therapie statt.

Hervorzuheben ist, dass das Spektrum der hypnotherapeutischen Techniken insgesamt wesentlich breiter ist, als das der Therapieformen, die auf den vier Ebenen jeweils mit integriert werden können, da deren Techniken dann eine Teilmenge hypnotherapeutischer Techniken bilden.²⁷ Hinzu kommt die in diesem Ausmaß allein in der Hypnotherapie mögliche explizite Arbeit mit Trancephänomenen und unbewussten Prozessen, die über einfache Imaginations- oder Entspannungstechniken weit hinausgeht. Die Folge ist, dass sich sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische Therapien durch Kombination mit Hypnose bzw. durch Hypnoanalyse drastisch verkürzen (siehe z.B. Kirsch, Montgomery, Sapirstein 1995; Fromm und Brown 1986). Hierauf wird in den Abschnitten „Kombination mit anderen Verfahren“ und „Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ ausführlich eingegangen.

1.2.4 Generelle Strategien der Nutzung

Es können fünf *generelle Strategien der Nutzung von Trance* in der Hypnotherapie unterschieden werden, die sich auf *drei Achsen* bzw. in einem Raum mit *drei Dimensionen* anordnen lassen:

- Dissoziation vs. Assoziation
- Altersregression vs. Zeitprogression
- Transformation

Alle Interventionen, sowohl symptomorientiert oder problem- und konfliktorientiert, sowohl explizit oder implizit, sowohl unspezifisch oder spezifisch, als auch bindungsorientiert, lassen sich in diesem dreidimensionalen Raum anordnen (Abbildung 1-1). Bei der Strukturierung des Therapieprozesses kann sich der Therapeut an diesen Achsen orientieren.

Die Grundidee eines dreidimensionalen Modells wird bei Revenstorf (1993) formuliert, allerdings

²⁷ Wie weit einzelne Therapeuten dann auch in der Lage sind, dieses potentiell vorhandene Spektrum therapeutisch in der Praxis nutzen zu können, ist u. a. eine Frage des Ausbildungsstandes.

wurde die Anordnung der Achsen anders gewählt und noch keine umfassende Zuordnung von Techniken zu diesen Achsen vorgenommen. Revenstorf (2001) spricht von „generellen Strategien der Nutzung“, ordnet diese aber keinen Achsen oder Dimensionen mehr zu. Bei Revenstorf (1993) entsprach die Achse Transformation zunächst ausschließlich einem Bedeutungs-Reframing. Die hier verwendete Anordnung entspricht der bei Revenstorf und Schauer (2003), hier wurden Symptom- vs. Problem- und Konfliktorientierung der Achse Transformation zugeordnet. Die Gliederung des Abschnitts „Therapeutische Nutzung von Trance“ in dieser Arbeit beruht auf diesem letzten Modell. Da der Begriff „Transformation“ aufgrund seiner Verwendung in der Esoterik-Szene vorbelastet ist, wird in dieser Arbeit nicht dieser Begriff verwendet, sondern die Begriffe der beiden Richtungen „Symptomorientierung“ gegenüber „Problem- und Konfliktorientierung“ sowie gegebenenfalls der Begriff „Bindungsorientierung“.

Die erste Achse besteht in der zeitlichen Orientierung mit den beiden Richtungen *Progression* und *Regression*. Die zweite Achse repräsentiert *Assoziation* und *Dissoziation* von Aspekten des Erlebens. Zu Beginn des Abschnittes „Dezentrierung“ wird darauf eingegangen werden, inwiefern sich Dissoziation und Assoziation gegenseitig bedingen. Es sei noch angemerkt, dass auch Gilligan (1987/1991) dissoziative und assoziative Techniken unterscheidet.

Die dritte Achse schließlich wird mit *Transformation* bezeichnet, wobei die beiden Richtungen der *Symptomorientierung* einerseits und *Problem- und Konfliktorientierung* einschließlich *Bindungsorientierung* andererseits entsprechen. Je mehr problem- und konfliktorientiert sowie bindungsorientiert gearbeitet wird, also eine aufdeckende, einsichtsorientierte, motivationale Klärungsperspektive eingenommen wird, desto mehr kommen Interventionen zum Tragen, die zu Veränderungen im System von Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern des Patienten führen. Je mehr rein symptomorientiert gearbeitet wird, also zudeckend vorgegangen und eine Problembewältigungsperspektive eingenommen wird, desto weniger finden derartige Veränderungen statt. Eine reine Symptomorientierung wäre z.B. bei der Kontrolle von akutem Schmerz (etwa beim Zahnarzt), einer reinen Spannungshypnose zur Stressbewältigung oder bei der Beeinflussung eines physiologischen Prozesses durch Visualisierung (Organheilung, z.B. nach einer Unfallverletzung, siehe Abschnitt „Imagination und Visualisierung“) der Fall.

Bezüglich der Achse Transformation lassen sich Parallelen zu Befunden der Prozessforschung herstellen, nach denen *drei Phasen einer Psychotherapie* unterschieden werden können (Howard et al. 1992, siehe auch Grawe 1998, S.19f):

1. Verbesserung des Wohlbefindens
2. Besserung der Symptomatik
3. Besserung der psychosozialen Anpassung

Symptomorientierte Therapie soll eine Besserung der Symptomatik sowie auch eine Verbesserung des Wohlbefindens ermöglichen, problem- und konfliktorientierte sowie bindungsorientierte Therapie darüber hinaus eine Besserung der psychosozialen Anpassung. Zunächst kann man schließen, dass

diese Orientierungen im Laufe einer Therapie wechseln können, so wie es auch der Reihenfolge der Phasen entspricht, und dass diese Orientierungen dem individuellen Patienten und seiner aktuellen Situation angepasst werden sollten. Wenn man davon ausgeht, dass eine Verbesserung des Wohlbefindens die Voraussetzung für die beiden folgenden Phasen darstellt, lässt sich dies als eine Begründung des Sinnes und der Wirkweise von Ressourcenorientierung verstehen. Weiterhin kann noch geschlossen werden, dass eine Besserung der psychosozialen Anpassung mit längerer Therapie und mehr Aufwand verbunden ist und andere technische Vorgehensweisen erfordert. Auf die methodologischen Implikationen dieses Modells von Therapiephasen für die Wirksamkeitsforschung, insbesondere für die Interpretation von Effektstärken, wird im Abschnitt „Probleme bei der Erstellung von Metaanalysen“ am Ende dieser Arbeit eingegangen.

Auf Parallelen der generellen Strategien der Nutzung zum aus dem NLP stammenden Modell der logischen Ebenen von Dilts (1990/1993) wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

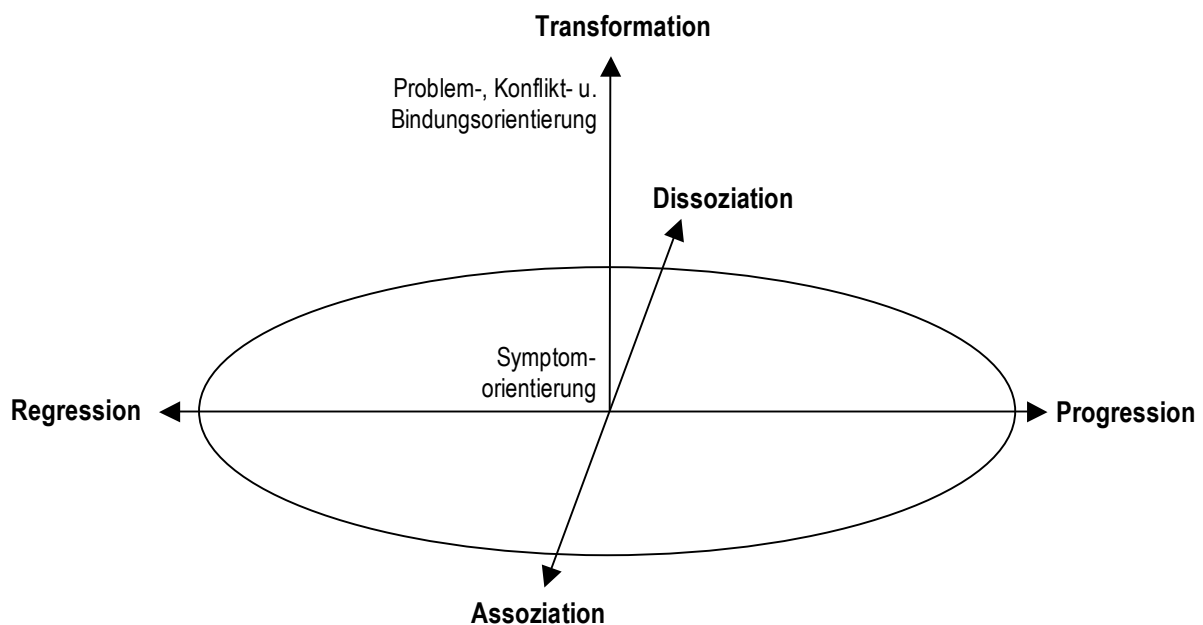


Abbildung 1-1: Generelle Strategien der Nutzung von Trance

1.2.4.1 Logische Ebenen, Wahrnehmungspositionen und Zeitperspektiven

Das ebenfalls dreidimensionale Modell von Dilts (1990/1993), bestehend aus logischen Ebenen, Wahrnehmungspositionen und Zeitperspektive, weist deutliche Parallelen zum oben dargestellten Modell der generellen Strategien der Nutzung von Trance auf. Revenstorf (1993) hat sich bei der Konzeption seines dreidimensionalen Modells nicht auf Dilts bezogen. Das Modell von Dilts wird in dieser Arbeit dargestellt, weil es, obwohl es originär ein NLP-Modell ist, von vielen Hypnotherapeuten, die NLP in ihrer Arbeit integrieren, zur Diagnostik und zur Strukturierung des Therapieprozesses genutzt wird. Das Konzept der logischen Ebenen ist in einigen Aspekten differenzierter als das der Achse Transformation mit der einfachen Unterscheidung der beiden Richtungen Symptomorientierung einerseits gegenüber Problem- und Konfliktorientierung sowie Bindungsorientierung andererseits. Daher stellt es weitere Wahlmöglichkeiten zur Gestaltung der Therapie zur Verfügung. Im Rahmen dieser Arbeit wird auf Begriffe dieses Modells nur dann Bezug genommen, wenn die Begriffe der generellen Strategien der Nutzung von Trance nicht ausreichen oder ergänzt werden sollen. Auf die Kritik am Modell von Dilts und seinen theoretischen Überlegungen, insbesondere seiner Herleitung der logischen Ebenen (z. B. Woodsmall 1999), kann hier nicht eingegangen werden.

Die drei *Zeitperspektiven* Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, auch in Form von Zeitlinien (Andreas und Andreas 1987/1988, James und Woodsmall 1988/1991), entsprechen der Achse Progression und Regression. Die drei *Wahrnehmungspositionen* (1. Position: der Patient, 2. Position: sein Gegenüber, 3. Position: Außenperspektive) entsprechen insofern der Achse Dissoziation und Assoziation, als das ein Wechsel der Perspektive bzw. eine Dezentrierung eine der elementaren Möglichkeiten zur Dissoziation darstellt. Das Modell der *logischen Ebenen* ist vom Konzept des Lernens höherer Ordnung bzw. der Muster von Mustern (Bateson 1972/1981) abgeleitet. Dilts (1990/1993) unterscheidet sechs Ebenen, denen zur Veranschaulichung bestimmte Fragetechniken zugeordnet sind (Tabelle 1-1).

| Logische Ebene | Fragetechnik |
|---------------------------|---------------------|
| Spiritualität | was und wer noch? |
| Identität | wer? |
| Glaubens- und Wertesystem | wozu? warum? |
| Fähigkeiten | womit? |
| Verhalten | wie? |
| Umwelt (Kontext) | wo? wann? mit wem? |

Tabelle 1-1: Logische Ebenen (Dilts 1990/1993)

In Anlehnung an das Modell des Verhandlungs-Reframing (Bandler und Grinder 1982/1985, Dilts et al. 1980/1985, S. 262), das im Abschnitt „Teile-Arbeit“ erläutert wird, wird davon ausgegangen, dass Probleme besser zu lösen sind, wenn man sich auf eine dem Problem übergeordnete logische Ebene begibt. Die Orientierung der Therapie auf diesen logischen Ebenen entspricht in etwa der Achse Transformation. Problem- und Konfliktorientierung bzw. motivationale Klärung mit einhergehender bindungsorientierter Arbeit in der therapeutischen Beziehung entspricht Veränderungen auf höheren logischen Ebenen. Symptomorientierte Arbeit entspricht eher Veränderungen auf niedrigeren logischen Ebenen.

Selbsthypnotische Prozesse (im NLP wird von „Strategien“ oder synonym von „neurolinguistischen Programmen“ gesprochen) lassen sich diesen logischen Ebenen zuordnen. Bei selbsthypnotischen Prozessen auf der logischen Ebene des Verhaltens und deren Verknüpfung mit dem Kontext, der Umwelt, ist dies einfach nachzuvollziehen. Aber auch Konzepte, die höheren logischen Ebenen zugeordnet werden, und die in anderen Therapieschulen eher abstrakt umschrieben werden, können in Form selbsthypnotischer Prozesse konkret fassbar gemacht werden.

Ein Glaubenssatz bezüglich der eigenen Fähigkeiten z.B. - sozialpsychologisch ausgedrückt eine Selbstwirksamkeits-Erwartung - kann auch als *selbsthypnotisch induzierte (Mini-)Trance mit einer posthypnotischen Suggestion* aufgefasst werden (siehe auch Bandler 1993/1995, S. 187). Um ein vereinfachtes konkretes Beispiel zu geben, wird ein Gedanke wie „egal wie viel ich lerne, in der Prüfung fallen mir die wichtigen Sachen nicht ein“, begleitet mit inneren Bildern von Gesichtern unfreundlicher Prüfer, hämisch grinsender Beisitzer und der Erinnerung an den jämmerlichen Klang der eigenen Stimme usw. zu einem anderen selbsthypnotischen Prozess, einem anderen emotionalen Zustand und einer anderen Performanz - sowohl in der Prüfung selbst als auch bei der Vorbereitung - führen als ein Gedanke wie „auch wenn ich beim Lernen einige Lücken lassen muss, in der Prüfung werden mir schon schlaue Antworten einfallen“, begleitet von inneren Bildern mit Gesichtern verblüffter Prüfer, emsig protokollierender, offensichtlich beeindruckter Beisitzer und der Erinnerung daran, wie die eigene Stimme fest und selbstsicher klingt.

Die formalen Strukturen selbsthypnotischer Prozesse sind unabhängig von ihrer logischen Ebene sehr ähnlich und können daher alle mit den im Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ erläuterten Techniken analysiert werden. Die Zuordnung eines selbsthypnotischen Prozesses zu einer logischen Ebene kann ein Element dieser Analyse sein und nützliche diagnostische Hinweise geben, ob eine direkte Veränderung dieses selbsthypnotischen Prozesses oder andere Interventionen sinnvoll sein können.

Zum Sprachgebrauch im Rahmen dieser Arbeit soll angemerkt sein, dass statt der eher umgangssprachlichen Begriffe „Glaubenssystem“ und „Glaubenssatz“ die allgemein- und sozialpsychologischen Begriffe „Einstellung“, „Erwartung“ und „Attributionsmuster“ verwendet werden.

Bezüglich der Achse Transformation und den logischen Ebenen sei abschließend darauf hingewiesen,

dass sich auch Parallelen zu Modellen wie z. B. der Kontrolltheorie von Powers (1973) herstellen ließen, auf die sich auch Grawe (1998) bezieht. Dort wird angenommen, dass Erleben und Verhalten in Form von hierarchisch angeordneten Regelkreisen reguliert wird. Es ließen sich auch Parallelen mit den hierarchischen Strukturen der Plananalyse (Grawe und Caspar 1984) und der sequentiellen Plananalyse (Schiepek et al. 1995) herstellen.

1.2.5 Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie

Im Folgenden soll die Bedeutung von Feedback in der Gestaltung des Therapieprozesses erläutert und ein daraus abgeleitetes handlungstheoretisches Modell vorgestellt werden. Da Hypnotherapie zielorientiert ist und der Therapieprozess in sich stetig verändernde Ziele und Teilziele strukturiert wird, deren Erreichen durch Feedback überprüft wird, ist es eine nahe liegende Möglichkeit, die Entscheidungen des Therapeuten handlungstheoretisch zu beschreiben. Die Entscheidungen des Therapeuten zur Gestaltung des Therapieprozesses werden hierbei als *Wenn-Dann-Vernüpfungen* operationalisiert, für einzelne Interventionen sowie den Therapieprozess insgesamt ergeben sich daraus *Entscheidungsbäume* bzw. *Flussdiagramme*.

Es muss betont werden, dass, obwohl die zugrunde gelegten Modelle (Miller, Galanter und Pribram 1960/1973; Wiener 1948/1948) der Kybernetik 1. Ordnung entstammen, hier nicht eine „Steuerung“ des Patienten (wie z.B. der Raumtemperatur mit einer Heizung) gemeint ist. Es soll die Bedeutung der Beobachtung von Feedback des Patienten durch den Therapeuten veranschaulicht werden, wobei vorausgesetzt wird, dass der Patient ein „sich selbst organisierendes System“ und der Therapeut ein „beobachtendes System“ im Sinne der Kybernetik 2. Ordnung darstellen.

1.2.5.1 Zeitliche Abstimmung und die Grundlagen von Kybernetik und Handlungstheorie

Das *Test-Operate-Test-Exit-Modell*, (Miller, Galanter und Pribram 1960/1973) stellt einen der Ausgangspunkte von Kybernetik und psychologischer Handlungstheorie dar. Wenn-dann-Verknüpfungen werden hier als Test-Operate-Test-Exit-Schleifen, kurz *TOTE-Loops*, beschrieben. Es wird durch einen Vergleich überprüft, ob bestimmte konkrete Bedingungen vorliegen oder nicht (*Test*). Wenn nicht, dann wird eine bestimmte Handlung ausgeführt (*Operate*). Dann wird erneut überprüft, ob die Bedingung vorliegt, d. h. es wird überprüft, ob die Handlung das gewünschte Ergebnis erbracht hat (*Test*). Wenn die Bedingung noch nicht vorliegt, wird die Handlung erneut ausgeführt (*Operate*). Diese Schleife wiederholt sich so oft, bis die Bedingung erreicht ist. Sobald die Bedingung festgestellt wird (*Test*), wird die TOTE-Loop verlassen (*Exit*). Mehrere TOTE-Loops können sequenziell, hierarchisch oder verschachtelt angeordnet sein, so dass sich auch komplexe Prozesse einfach beschreiben lassen, was im Folgenden auf Interventionen, deren Vorbereitung und schließlich den Therapieprozess als Ganzes angewendet werden soll. Eine Intervention besteht dann aus einer *Sequenz von Teilzielen*, deren Erreichen durch Feedback überprüft wird. Daher können Interventionen statt als Abfolge von Schritten auch als Sequenzen von TOTE-Loops beschrieben

werden. Die einzelnen Exit-Kriterien sollten konkret, d.h. sensorisch evident, beschrieben werden, damit sie überprüfbar sind.

Wenn Interventionen nicht greifen, muss dies nicht am Patienten oder der Intervention an sich liegen, sondern liegt evtl. daran, dass die Voraussetzungen für ein sinnvolles Anwenden der Intervention nicht erfüllt waren. Ein Beispiel hierfür ist die Wunderfrage (siehe Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“), die erst gestellt werden sollte, wenn der Patient sich in einem geeigneten Zustand befindet. Ob und wann dieser Zustand eintritt, hängt von der Gestaltung der Kommunikation durch den Therapeuten ab (De Shazer 1998). Dies besteht, umgangssprachlich formuliert, schlicht im Wecken von Neugierde oder Erzeugen von Spannung beim Patienten. Die Intervention besteht also nicht nur an der Frage an sich, sondern maßgeblich auch aus der Vorbereitung der Frage. Das bedeutet, dass der Therapeut wissen muss, woran er erkennen kann, ob der Patient sich in einem geeigneten Zustand befindet (Test). Zuvor muss er beim Patienten Neugierde und Spannung hervorrufen (Operate). Wenn dies erreicht ist, kann er die Vorbereitung abschließen (Exit) und die Wunderfrage stellen, also zur nächsten TOTE-Loop übergehen.

Diese *zeitliche Abstimmung* (Timing) von Interventionen auf den Patienten und insbesondere deren *Vorbereitung* wird häufig mit Metaphern wie „Gift-Wrapping“ (Zeig 1994) oder „Bühne-Bauen“ (Trenkle 1997) umschrieben. Bei diesen Metaphern sind die Verpackung und der Bühnenaufbau die Vorbereitung, das Geschenk und das Theaterstück die eigentliche Intervention. Erickson und Rossi (1979/1981) sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass der Therapeut durch geeignete Kommunikation, z.B. Seeding (siehe Abschnitt „Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestion“) beim Patienten zuerst einen Zustand von *Reaktionsbereitschaft* hervorrufen und fördern muss, bevor weitere Interventionsschritte stattfinden. Grundsätzlich ist das Gelingen jeder Intervention davon abhängig, ob die für diese Intervention notwendige spezifische Reaktionsbereitschaft besteht. Das bedeutet, dass der Therapeut vor dem Anwenden einer Intervention, gerade auch von grundlegenden Interventionen wie Bedeutungs- und Kontext-Reframing, zunächst auf die Voraussetzungen, die *für diese Intervention spezifische Reaktionsbereitschaft*, hinarbeiten sollte. Ob diese Reaktionsbereitschaft vorliegt, ist hauptsächlich durch Beobachtung nonverbaler Signale des Patienten festzustellen. In der Hypnotherapie wurde die systematische Beobachtung von nonverbalen Signalen des Patienten elaboriert wie in keinem anderen Verfahren, da ein Erfolg bei der Induktion und Nutzung von Trance, auch bei impliziter, konversationeller, indirekter Hypnose, maßgeblich davon abhängen.

Weitere Beispiele sind die populären *NLP-Formate* (manualisierte Interventionen), die in der Literatur als Abfolge von Schritten angegeben werden. Bandler und Grinder (1979/1981, S. 119) weisen selbst darauf hin, dass sie keinesfalls immer alle Schritte in der Reihenfolge des Formates durchführen, da Formate lediglich der Orientierung im Sinne inhaltsfreier Prozessarbeit dienen. Wird ein Schritt durchgeführt, ohne dass der vorherige Schritt tatsächlich abgeschlossen ist, kann das Ziel der Intervention kaum erreicht werden. Ob ein Schritt abgeschlossen ist hängt aber nicht allein davon ab,

ob der Therapeut ihn durchführt, indem er z.B. eine bestimmte Frage stellt oder Instruktion gibt. Vielmehr muss durch verbales und nonverbales Feedback überprüft werden, ob der Patient sich tatsächlich in dem Zustand befindet, der mit dem vorausgehenden Schritt angestrebt wurde. Wenn das nicht der Fall ist, muss der Schritt wiederholt oder in einer anderen, für den Patienten individuell besser passenden Form ausgeführt werden, bevor zum nächsten Schritt übergegangen wird. NLP-Formate können also als Sequenz von TOTE-Loops verstanden werden.

Kossak (1997, S. 167ff) veranschaulicht die Bedeutung der zeitlichen Abstimmung von verbalen Suggestionen und nonverbalem Feedback am einfachen Beispiel einer Fingerfixations-Technik auf Basis der Kybernetik (Wiener 1948/1948) als Flussdiagramm (siehe Abbildung 1-2)²⁸. Die Ja-Nein-Entscheidungspunkte hier können analog zu TOTE-Loops verstanden werden. Im Abschnitt „Induktion und Vertiefung von Trance“ wird genauer auf die einzelnen Elemente dieser Technik eingegangen, insbesondere auf die hier verwendete *Utilisation unausweichlicher physiologischer Reaktionen*.

Dilts et al. (1980/1985, S. 260) beschreiben Reframing in einem Modell verschachtelter TOTE-Loops. Die einzelnen Varianten der Reframing-Modelle können hierbei als Pfade innerhalb dieses Modells aufgefasst werden. Auf diese Modelle, die in der Hypnotherapie eine elementare Bedeutung für den gesamten Therapieprozess haben, wird im Abschnitt „Teile-Arbeit“ genauer eingegangen.

De Shazer (1988/1989, S. 103) beschreibt lösungsfokussierte Therapie in Form eines Flussdiagramms. Die einzelnen Konzepte, v. a. das der Auftragsstypen, und die Entscheidungspunkte werden auch innerhalb dieser Arbeit aufgegriffen, v. a. in den Abschnitten „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ sowie „Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente“.

²⁸ Da diese Ausführungen in der 4. Auflage (Kossak 2004) nur teilweise enthalten sind und das Flussdiagramm gar nicht, wird hier die 3. Auflage (Kossak 1997) zitiert. Der Beispieltext einer einfachen Tranceinduktion, die nach diesem Prinzip gestaltet ist, befindet sich auch in der 4. Auflage (Kossak 2004, S. 279f).

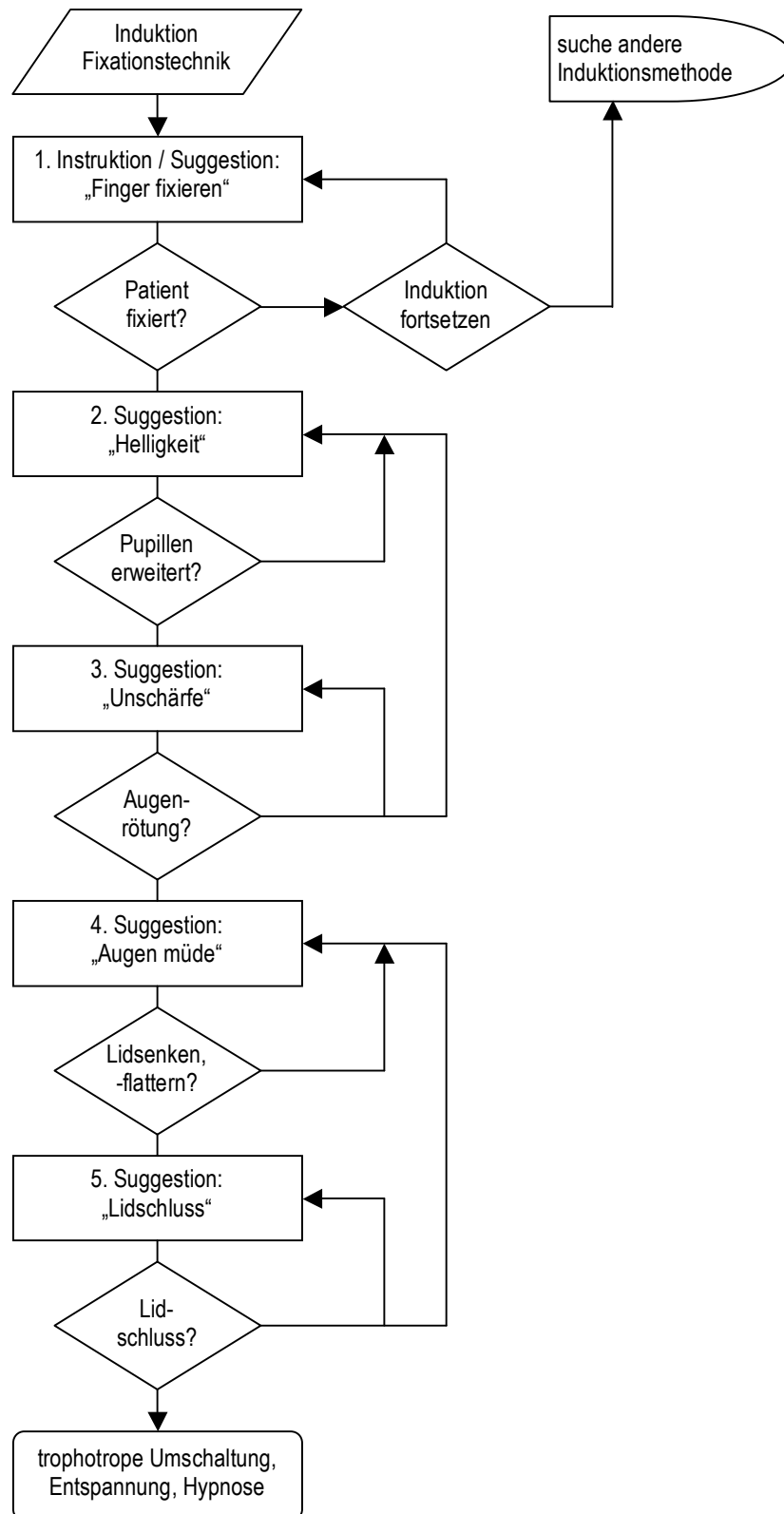


Abbildung 1-2: Flussdiagramm zur zeitlichen Abstimmung von verbalen Suggestionen auf nonverbales Feedback am Beispiel einer Fingerfixations-Technik (vereinfacht und modifiziert nach Kossak 1997, S. 169). Senkrechte Verbindungen nach unten bedeuten Ja-Entscheidungen, waagerechte Verbindungen nach rechts und oben bedeuten Nein-Entscheidungen.

1.2.5.2 Ein handlungstheoretisches Modell des Therapieprozesses

Grundlegend für eine sinnvolle Durchführung aller Interventionen ist, dass der Therapeut kontinuierlich beobachtet, ob ein ausreichender *Rapport* zum Patienten besteht. Wenn sich der Rapport verschlechtert oder verloren geht, sollte statt der weiteren Durchführung von Interventionen immer zuerst der Rapport wiederhergestellt werden, ansonsten besteht die Gefahr, dass die Therapiebeziehung nachhaltig negativ beeinträchtigt wird, da der Patient das Verhalten des Therapeuten z.B. als grenzüberschreitend empfindet. Rapport ist also das therapeutische Teilziel von oberster Priorität. Auf die Regulation einschließlich der Beobachtung und dem Testen von Rapport wird im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ ausführlich eingegangen.

Ob ein therapeutisches Teilziel erreichbar ist, hängt in der Hypnotherapie letztendlich davon ab, ob ein Patient in der Lage ist, in einer Sitzung bestimmte *Trancephänomene* hervorzubringen und eine ausreichende *Trancetiefe* zu entwickeln. Gelingt dies nicht, dann liegt dies keinesfalls allein an seinem „Widerstand“. Entgegen aller Mythen liegt es auch nicht ausschließlich an den hypnotischen Fähigkeiten des Therapeuten. Für alle Trancephänomene und für eine ausreichende Trancetiefe ist unter Umständen ganz einfach ein bestimmtes *Training* und eine gewisse *Zeit* nötig (Gilligan 1987/1991, S. 28, S. 402ff). Interessanterweise geht gerade aus Ericksons Fallbeschreibungen hervor, dass er seine Patienten teilweise acht oder mehr Sitzungen in speziellen Trancephänomenen wie Zeitverzerrung trainierte, bevor die eigentliche Therapie mit der Nutzung des trainierten Trancephänomens durchgeführt wurde. Die Dauer der Sitzungen wird oft mit mehreren Stunden angegeben, und die Dauer der Tranceinduktion liegt mit 30 Minuten oder mehr deutlich höher als bei Hypnotisuren, die sich darüber beklagten, dass sie mit Induktionen von 5-10 Minuten nicht die selben Resultate erzielten wie Erickson.²⁹ Den Patienten darin zu trainieren, bestimmte Trancephänomene hervorbringen zu können und ausreichende Trancetiefe zu entwickeln stellt also ebenfalls ein therapeutisches Teilziel dar, dessen Erreichen durch Feedback zu überprüfen ist.

Um schließlich zu einer handlungstheoretischen Perspektive³⁰ zu gelangen, wird im Folgenden der Therapieprozess vom Ziel aus rückwärts zum Anfang hin betrachtet:

- Zweck der Therapie ist letztendlich das Erreichen des Therapiezieles. Aus der Sicht von Kybernetik 2. Ordnung besteht dies in der Erweiterung von Wahlmöglichkeiten in einem bestimmten Kontext. Dies geschieht in der Hypnotherapie durch Utilisation von Ressourcen.
- Um zu wissen, welche Ressourcen der Patient in welchem Kontext braucht, müssen Informationen gesammelt werden. Diese werden durch Unterschiedsbildung zwischen Problem- und Lösungstrance gewonnen.

²⁹ Ein gutes Beispiel hierzu ist die Kontroverse zwischen Erickson (1938, 1941) und Hibler (1940, 1941) über die Induktion experimenteller Farbenblindheit.

³⁰ Dieses handlungstheoretische Modell wurde erstmals in Schauer (2000) beschrieben und für diese Arbeit erweitert und überarbeitet. Es entstand aus dem Versuch heraus, die Ausführungen von Gunther Schmidt im Rahmen seiner Seminare und Supervisionen nachzuvollziehen.

- Worin die Lösung bestehen soll, wird im Prozess der Zielklärung und der Auftragsdynamik zwischen Patient und Therapeut ausgehandelt und beschrieben.
- Voraussetzung hierfür sind kooperative Kommunikationsmuster und Rapport.

Umgekehrt bedeutet dies, dass Interventionen ohne ausreichende Informationen oft nicht greifen, ohne klaren Auftrag und Ziel keine sinnvollen Informationen gewonnen werden können, ohne Rapport kein Ziel definiert und kein Auftrag konstruiert werden können. Da das Erreichen dieser Teilziele durch Feedback überprüft wird, kann von hierarchischen Feedback-Schleifen gesprochen werden.

Fasst man dies zusammen, werden vier Ebenen therapeutischer Teilziele deutlich:

1. Rapport und Kooperation
2. Auftragsdynamik und Zielklärung
3. Informationen sammeln und Unterschiedsbildung
4. Utilisation von Ressourcen zur Erweiterung von Wahlmöglichkeiten

Anschaulich kann man diese Ebenen mit folgenden Fragen umschreiben:

1. „Was brauchen Patient und Therapeut, um gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten?“
2. „Was könnte eine Lösung sein?“ und
„Wer will was von wem unter welchen Bedingungen?“
3. „Wie unterscheiden sich Problem und Lösung?“ und
„Was wird gebraucht, um vom Problem zur Lösung zu kommen?“
4. „Wie werden diese Ressourcen auf den relevanten Kontext generalisiert?“

Jede dieser Ebenen beinhaltet therapeutische Teilziele, deren Erreichen die Voraussetzung für eine sinnvolle Arbeit auf den jeweils nachfolgenden Ebenen ist. Auch diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass Probleme, hier im Therapieprozess, gelöst werden, wenn man die Lösung auf einer logisch höheren Ebene sucht.

Hierfür spricht der Erfahrungswert in Supervisionen, dass die erfolglose Suche nach Interventionen einfach darauf beruht, dass der Auftrag noch nicht ausreichend geklärt ist. Auch der oft formulierte pragmatische Grundsatz, dass in der Therapie 80% der Zeit auf das Sammeln von Informationen verwendet werden soll, nur 10% für die eigentliche Intervention und weitere 10% für posthypnotische Suggestionen und andere Transfermaßnahmen wie Futur-Pace,³¹ spiegelt ebenfalls wieder, dass vor der Durchführung einer Intervention erst alle Voraussetzungen, wie ausreichende Informationen, erfüllt sein müssen.

Wie bereits dargestellt können sich die Bedingungen in der Therapie jederzeit verändern, der Rapport kann verloren gehen, neue Informationen haben die Auswirkung, dass das Therapieziel sich verändert usw.. Daher sind diese Feedback-Ebenen nicht sequentiell, was bedeuten würde, dass ein erreichtes Teilziel wie das Herstellen von Rapport als „abgeschlossen“ gelten würde. Vielmehr muss kontinuierlich darauf geachtet werden, ob sich die Bedingungen so verändert haben, dass zu einer

³¹ Natürlich sind solche Quantifizierungen nicht wörtlich zu nehmen, es soll eher eine Grundhaltung veranschaulicht werden.

hierarchisch vorgeordneten Ebene zurückgekehrt werden sollte.

Da für jede dieser vier Ebenen Kriterien beschreibbar sind, ob das entsprechende Teilziel erreicht ist, und weiterhin jeder Ebene spezifische Verhaltensweisen des Therapeuten zugeordnet werden könne, wie das jeweilige Teilziel erreichbar ist, können diese vier Feedbackebenen als TOTE-Loops beschrieben werden. Eine Übersicht gibt Tabelle 1-2. Die hier vorausgesetzte kooperative Beziehungsgestaltung einschließlich Auftragsdynamik werden im Abschnitt „Gestaltung und Utilisation der therapeutischen Beziehung“ ausführlich dargestellt. Die oben dargestellten prozessorientierten Entscheidungen und die generellen Strategien der Nutzung von Trance können in dieses handlungstheoretische Modell nahtlos eingefügt werden.

| Entscheidungen des Therapeuten (Test / Exit) | Handlungen des Therapeuten (Operate) |
|---|---|
| 1. Rapport und Kooperation: Bestehen Rapport und eine Kooperationsbasis? | |
| <p><i>Was brauchen Patient und Therapeut, um gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • bestehen Rapport, kooperative Beziehungsgestaltung und eine Win-Win-Situation? oder: <ul style="list-style-type: none"> ○ besteht eine symmetrische Eskalation? ○ oder eine starre Komplementarität (z. B. ein Dominanz-Unterwerfungs-Muster seitens des Patienten)? | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport herstellen: nonverbales und verbales Pacing • Rapport beobachten, testen und regulieren • Transparenz • Wertschätzung • Tit-for-Tat-Strategie • Ich-Botschaften • Dilemmata transparent machen • Feedback-Fragen • aktives Zuhören |
| 2. Zielklärung und Auftragsdynamik: Ist ein Auftrag bzw. ein Ziel definiert? | |
| <p><i>Was könnte eine Lösung sein?</i> <i>Wer will was von wem unter welchen Bedingungen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • besteht eine geteilte Wirklichkeit von Patient und Therapeut bezüglich des Ziels und des Auftrags? • Was bedeuteten (neue) Informationen für das Ziel und den Auftrag? Ziel erreicht und Auftrag erfüllt? („Jede Sitzung kann die letzte sein.“) | <ul style="list-style-type: none"> • Ziel- / Auftrags- (Neu-) Konstruktion: Erweiterung von Wahlmöglichkeiten |
| 3. Informationen sammeln und Unterschiedsbildung: Sind ausreichend Informationen gesammelt? | |
| <p><i>Worin unterscheiden sich Problem und Lösung?</i> <i>Wo werden welche neuen Wahlmöglichkeiten gebraucht?</i> <i>Welche Ressourcen werden gebraucht, um vom Problem zu Lösung zu gelangen?</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Biographie: Problem- und Lösungsmuster in der Vergangenheit • Analyse und Vergleich von Problem- und Lösungsstrance |
| 4. Utilisation von Ressourcen: Sind ausreichend Ressourcen genutzt? | |
| <p><i>Wie werden diese Ressourcen auf den relevanten Kontext generalisiert um Wahlmöglichkeiten zu erweitern?</i></p> <p>Prozessorientierte Entscheidungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unspezifische oder spezifische Wirkung • explizites oder implizites Vorgehen • Symptomorientierung: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ziel- und Lösungsorientierung auf Verhaltensebene 2. Variation selbsthypnotischer Prozesse <p>Problem- und Konfliktorientierung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gegenwartssystem 4. Vergangenheit und Herkunftsfamilie <ul style="list-style-type: none"> • Bindungsorientierung | <ul style="list-style-type: none"> • Training von Trancephänomenen • Generelle Strategien der Nutzung von Trance: <ul style="list-style-type: none"> - Assoziation und Dissoziation - Progression und Regression - Transformation • korrigierende emotionale Erfahrungen durch Individualisierung und kooperative Beziehungsgestaltung |

Tabelle 1-2: Handlungstheoretisches Modell von Hypnotherapie

1.2.6 Utilisation und Synergetik

In den vorausgehenden Abschnitten wurden mehrfach Begriffe aus der Theorie der Synergetik (Haken 1981, 1984) und anderer Selbstorganisationstheorien verwendet. In diesem Abschnitt soll kurz skizziert werden, inwiefern einige Grundbegriffe der Hypnotherapie und die Dynamik therapeutischer Veränderung in Begrifflichkeiten der Synergetik beschrieben werden können. Hierbei soll ein direkter Bezug zum im vorigen Abschnitt vorgestellten handlungstheoretischen Modell von Hypnotherapie hergestellt werden. Im Abschnitt „Kybernetik 2. Ordnung, Synergetik und Beziehungsgestaltung“ wird auf die Grundbegriffe von Synergetik und Selbstorganisationstheorien etwas ausführlicher eingegangen, doch kann dies im Rahmen dieser Arbeit nur verkürzt und vereinfacht geschehen, wobei auf mathematische Modelle völlig verzichtet werden muss und lediglich ein anschaulicher, bildhaft-intuitiver Zugang ermöglicht werden kann.³²

Ausgegangen wird davon, dass Muster von Erleben, Denken und Verhalten einschließlich von Trancezuständen und Beziehungsmustern als selbstorganisierte dynamische Strukturen, so genannte *Attraktoren*, beschrieben werden können. Eine Möglichkeit der Darstellung der Stabilität, der „Stärke“, eines Attraktors besteht in der Veranschaulichung als *epigenetische Potentiallandschaft*, in der die Tiefe der Täler die Stabilität eines Attraktors und damit der entsprechenden Muster und Trancezustände repräsentiert. Bei einer Problemtrance-Exduktion verringert sich Stärke des entsprechenden Problem-Attraktors und damit die Tiefe des Tales, er wird destabilisiert. Bei einer Lösungstrance-Induktion wird der entsprechende Lösungs-Attraktor verstärkt bzw. stabilisiert, und das zugehörige Tal vertieft. Beide Attraktoren sind bereits vor einer Therapie vorhanden, es verändert sich lediglich die Problem/Lösungs-Balance und das Verhältnis der Täler in der Potentiallandschaft zueinander. Der Übergang vom Problem- zum Lösungs-Attraktor kann als *Phasenübergang*, *qualitativer Sprung* oder als *Bifurkation* beschrieben werden (vgl. Rossi 1996, z.B. S. 90).

Grawe (1998, S. 502ff) verwendet den Begriff „Störungs-Attraktor“, was in etwa dem Begriff des Problem-Attraktors entspricht, und bezeichnet die „Destabilisierung des Störungs-Attraktors“ als einen Wirkfaktor der Psychotherapie (S. 549ff). Er führt allerdings keinen Begriff ein, der dem eines „Lösungs-Attraktors“ entspräche. Ansonsten benutzt Grawe (1998) den Begriff „interpersonaler Attraktor“ für Beziehungsmuster und führt detailliert aus, inwiefern neuronale Grundlagen des Gedächtnisses (Roth 1994) und synchron aktivierte Zell-Ensembles (Hebb 1958; Singer 1994) als neurologische Korrelate von Attraktoren verstanden werden können.³³ In der Hypnotherapie hingegen wird außer der Destabilisierung des Problem-Attraktors vor allem die Stabilisierung des Lösungs-Attraktors und damit eine Veränderung der Problem/Lösungs-Balance angestrebt.

³² Es wird insbesondere noch nicht darauf eingegangen, inwiefern die Bezeichnung einer Dynamik als „Attraktor“, „Ordner“ oder „externe Randbedingung“ davon abhängt, welches System mit welchen Grenzen bzw. welche Systemebene gerade beschrieben wird. Dies wird im Abschnitt „Grundbegriffe der Synergetik und der Therapieprozess“ detailliert erläutert.

³³ Auf einige Unklarheiten in Grawes Verwendung der Begriffe „Attraktor“ und „Ordner“ wird im Abschnitt „Grundbegriffe der Synergetik und der Therapieprozess“ ansatzweise eingegangen.

Die Veränderung der Problem/Lösungs-Balance zieht sich über den Verlauf der gesamten Therapie. In der Psychotherapieforschung wird zwischen unspezifischen Effekten, die auf die Therapiebeziehung zurückgeführt werden, und spezifischen Effekten, die auf die eigentlichen therapeutischen Interventionen zurückgeführt werden, unterschieden (siehe hierzu auch den Abschnitt „Probleme bei der Erstellung von Metaanalysen“ am Ende dieser Arbeit). Allein eine gute therapeutische Beziehung kann demnach bereits zu einer Destabilisierung des Problem-Attraktors, einer Stabilisierung des Lösungs-Attraktors und damit zu Veränderung der Problem/Lösungs-Balance führen. Die weiteren therapeutischen Interventionen, die einem spezifischen Therapieeffekt entsprechen, verschieben diese Balance weiter bis zum Ende der Therapie hin. Im handlungstheoretischen Modell der Hypnotherapie entsprechen die Ebenen „Rapport und Kooperation“ sowie „Auftragsdynamik und Zielklärung“ in etwa dem unspezifischen Effekt der Therapiebeziehung und die Ebenen „Unterschiedsbildung und Informationen sammeln“ sowie „Utilisation von Ressourcen“ den spezifischen Therapieeffekten.

Abbildung 1-3 veranschaulicht die Veränderung der Problem/Lösungsbalance in einer epigenetischen Potentiallandschaft. Hierzu ist zu bemerken, dass diese Form der Darstellung, die in vielen Publikationen der Synergetik verwendet wird, rein metaphorischen Charakter hat, und nicht, wie die abstrakten Potentiallinien suggerieren könnten, etwa den einer Messung oder einer anderen Form von Objektivität.

Während des gesamten Therapieprozesses wird die Kommunikation durch nonverbalen Rapport, indirekte Suggestionen, Einstreuungen, Implikationen, Beiläufigkeit usw. auf permanente Destabilisierung des Problem-Attraktors und Stabilisierung des Lösungs-Attraktors ausgerichtet. Im Abschnitt „Kybernetik 2. Ordnung, Synergetik und Beziehungsgestaltung“ wird genauer darauf eingegangen, inwiefern eine kooperative Beziehungsgestaltung, in der Bedingungen wie Wertschätzung, Transparenz und kooperative Kommunikationsmuster hergestellt werden, die Entstehung eines Lösungs-Attraktors ermöglicht. Im Rahmen von Auftragsdynamik und Unterschiedsbildung wird sowohl der Lösungs-Attraktor weiter stabilisiert, indem Ziele spezifiziert werden, als auch der Problem-Attraktor destabilisiert, indem nach Ausnahmen vom Problem gefragt wird oder verdinglichte, statische Beschreibungen des Problems durch den Patienten durch geeignete Fragen des Therapeuten zu Beschreibungen von dynamischen, beeinflussbaren Prozessen verändert werden (siehe hierzu den Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“). Die systematische, individuell passgenaue Utilisation von Ressourcen soll schließlich zur weiteren Stabilisierung des Lösungs-Attraktors führen.

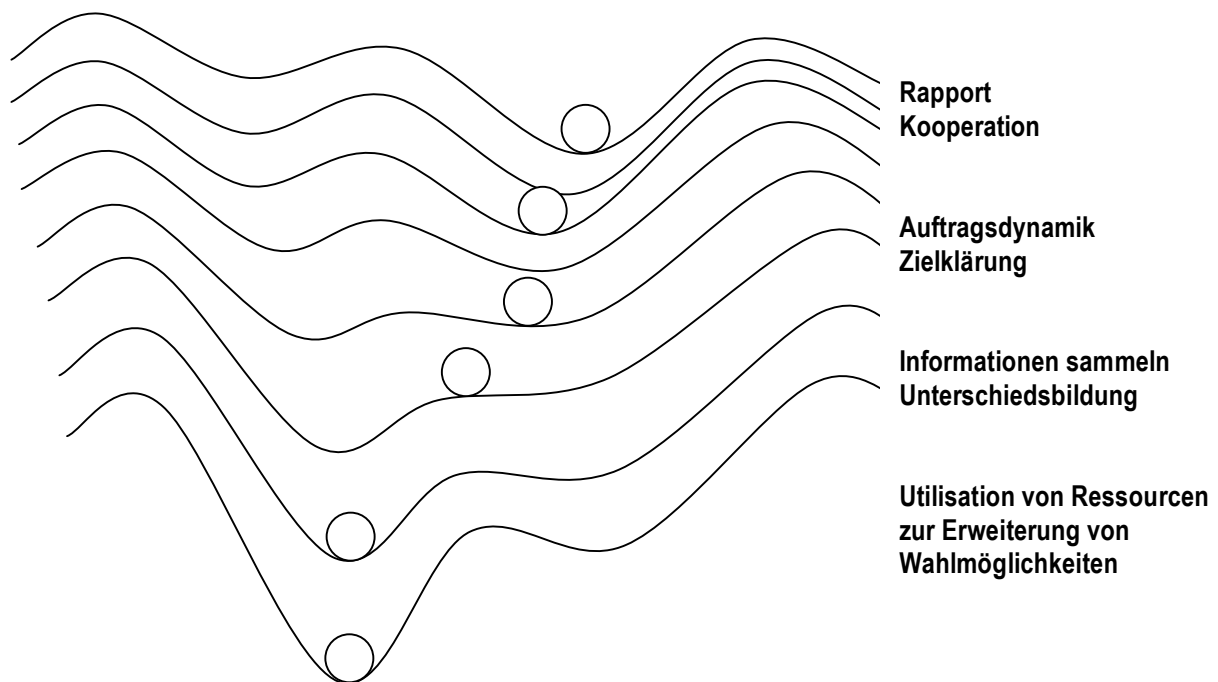


Abbildung 1-3: Veränderung der Problem/Lösungs-Balance in einer dreidimensionalen epigenetischen Potentiallandschaft. Das rechte Tal repräsentiert den Problem-Attraktor, das linke Tal den Lösungs-Attraktor. Das zeitliche Fortschreiten der Therapie ist von oben-hinten nach unten-vorne dargestellt. Die dritte Kugel von unten-vorne befindet sich am Punkt des Phasenübergangs vom Problem- zum Lösungs-Attraktor.

1.2.7 Ablauf einer Hypnose-Sitzung

Erickson und Rossi (1976) beschreiben Hypnose in einem *Fünf-Phasen-Paradigma*, das sowohl für explizite, formale und direkte Hypnose, als auch für konversationelle, indirekte Induktion und alle Mischformen gilt (Tabelle 1-3). Auf die Fokussierung der Aufmerksamkeit folgt zunächst ein Außerkraftsetzen des gewohnten Bezugsrahmens, dann eine Stimulation interner Suchprozesse und impliziter Verarbeitungen, worauf dann veränderte Erlebnis- oder Verhaltensweisen folgen. Ein weiteres Modell, bei dem es sich in gewissem Sinne um eine Weiterentwicklung des Fünf-Phasen-Paradigmas handelt (Rossi 1996), wird am Ende des Abschnitts „Teile-Arbeit“ behandelt. Einen sehr vereinfachten Überblick über den Ablauf einer Sitzung, in der explizite, formale Tranceinduktion angewendet wird, gibt die folgende Tabelle 1-4. (siehe auch z.B. Revenstorf und Schauer 2003, S. 26; Revenstorf 1993, S. 163; Kossak 2004, S. 239f).

| (1) Fixierung der Aufmerksamkeit | (2) Außerkraftsetzen bewusster Haltungen | (3) Unbewusste Suche | (4) Unbewusste Prozesse | (5) Hypnotische Reaktion |
|--|--|--|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Geschichten, die Interesse und Faszination motivieren 2. Standard Augenfixation 3. Pantomime Techniken 4. Imagination und Visualisierungs-Techniken 5. Handlevitation 6. Entspannung und alle Formen der inneren sensorischen, perzeptiven und emotionalen Erfahrung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Schock, Überraschung, Unrealistisches und Ungewöhnliches 2. Verändern des Bezugsrahmens, Zweifel, Widerstand und Misserfolg umbewerten 3. Ablenkung 4. Dissoziation und Destabilisierung 5. Kognitive Überladung 6. Konfusion, Scheinlogik 7. Paradox 8. Konditionierung mit Stimmdynamik etc. 9. Strukturierte Amnesie | <p>Indirekte Formen von Suggestionen, Anspielungen, Wortspielen und Witzen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Metaphern, Analogien, Umgangssprache 2. Implikationen 3. Implizierte Direktive 4. Doppelbindungen 5. Worte, die explorierende Haltungen initiieren 6. Fragen und Aufgaben, die eine bewusste Suche erfordern 7. Pause mit Erwartungshaltung des Therapeuten 8. offene Suggestionen 9. Abdecken aller Reaktionsmöglichkeiten 10. zusammengesetzte Aussagen | <p>1. Summation von:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. eingestreuten Suggestionen B. wörtlich genommenen Assoziationen C. individuellen Assoziationen D. multiplen Wort-Bedeutungen <ol style="list-style-type: none"> 2. autonome sensorische und perzeptive Prozesse 3. Freud'scher Primärprozess 4. Ich-Funktionen und Abwehrmechanismen 5. Zeigarnik-Effekt | <p>„Neue“ Erfahrung oder Verhaltensreaktion, die als hypnotisch oder als von alleine ablaufend erlebt wird.</p> |

Tabelle 1-3: Fünf-Phasen Paradigma (nach Erickson und Rossi 1976; für diese Arbeit ins Deutsche übersetzt)

| |
|--|
| 1. Herstellung von Rapport |
| 2. Vorgespräch <ul style="list-style-type: none">• Zielklärung• Beseitigung negativer Befürchtungen (Willenlosigkeit und Manipulation, Amnesie)• Beseitigung unrealistischer Erwartungen („Wahrheitsdroge“, passive Kur)• Abklärung individueller Vorerfahrungen (positive wie negative) |
| 3. Induktion und Vertiefung eines Trancezustandes <ul style="list-style-type: none">• Orientierung auf Trance (Einbeziehung individueller Vorerfahrungen)• Eventuell Destabilisierung des alltäglichen, gewohnten Bezugsrahmens• Fokussierung der Aufmerksamkeit• Intensivierung der Vorstellung bzw. Imagination• Ratifizierung der Trance (z.B. Handlevitation) |
| 4. Therapeutische Nutzung <p>Utilisation von Trancephänomenen und inhaltliche Bearbeitung</p> <ul style="list-style-type: none">• Progression vs. Regression• Assoziation vs. Dissoziation• Transformation: Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung |
| 5. Reorientierung <ul style="list-style-type: none">• Posthypnotische Suggestion (Transfer in den Alltag),• Bahnung der nächsten Trance• Eventuell Amnesie-Suggestion (bzw. Ablenkung)• Rücknahme von Suggestionen (bei permissiven Suggestionen i. d. R. nicht nötig)• Rücknahme bestimmter Phänomene (veränderter Muskeltonus und Blutdruck)• Suggestion von Erholung, Erfrischung, Wachheit etc |
| 6. Nachgespräch <ul style="list-style-type: none">• weitere Ratifizierung der Trance (z.B. Feststellung von Zeitverzerrung)• eventuell Schutz der in der Hypnose unbewusst erarbeiteten Lösungsideen durch posthypnotische Amnesie |

Tabelle 1-4: Ablauf einer Hypnotherapie-Sitzung (modifiziert nach Revenstorf und Schauer 2003, S. 26)

2 Kommunikation, Sprache und Rapport

Zunächst werden als Grundlagen *verbaler Kommunikation* eine Reihe von Modellen und Unterscheidungen von *Sprachmustern und Suggestionen* erläutert. Dann wird ein Überblick gegeben, wo welche einzelnen Modelle von *Fragetechniken* in anderen Abschnitten dieser Arbeit erläutert werden und es wird eine Zusammenfassung zur *Wirkung von Sprachmustern* gegeben, in der die praktische Relevanz der systematischen Nutzung von Sprachmustern verdeutlicht werden soll.

Einige Möglichkeiten des Therapeuten, *nonverbale Signale* des Patienten zu beobachten, Hypothesen über innere Prozesse des Patienten aufzustellen und sein eigenes nonverbales Verhalten darauf abzustimmen, werden aufgezeigt. Dann werden die Grundlagen von *Rapport*, der aus verbalen und nonverbalen Elementen besteht, sowie dessen Herstellung und Regulation beschrieben.

Die Erläuterung von *Metaphern* und verwandten indirekten Methoden steht am Ende dieses Kapitels, da hier auf Konzepte der vorigen Abschnitte sowohl zu verbaler als auch nonverbaler Kommunikation zurückgegriffen wird.

2.1 Verbale Kommunikation

2.1.1 Spezifische vs. unspezifische Sprachmuster und Suggestionen

Sprachmuster lassen sich zunächst nach ihrer *Spezifität* unterscheiden. Bei einer spezifischen Aussage ist für Sender und Empfänger³⁴ gleichermaßen eindeutig, was genau gemeint ist, bei einer unspezifischen Aussage muss die Bedeutung vom Empfänger erschlossen oder erraten werden. Sprachliche Unschärfen sind allerdings alltäglich und nicht zu vermeiden, da es unmöglich und auch redundant wäre, immer alle spezifischen Informationen zu verbalisieren.

In der Kommunikation ist es daher sinnvoll, dass ein Empfänger erkennen kann, inwiefern eine Botschaft von ihm als unspezifisch wahrgenommen wird, damit er gegebenenfalls durch gezielte Fragen spezifischere, konkrete Informationen erhalten kann. Weiterhin ist es sinnvoll, dass ein Sender entscheiden kann, wie spezifisch er eine Botschaft formulieren möchte. Beide Prozesse, sowohl das Hinterfragen unspezifischer Aussagen als auch das Formulieren systematisch spezifischer bzw. unspezifischer Aussagen, können kontextbezogen zielführend angewendet werden.

Im therapeutischen Kontext formulieren Patienten häufig unspezifische Aussagen, die der Therapeut hinterfragen kann, um spezifischere, konkretere Informationen zu gewinnen. Zum Formulieren von

³⁴ Kommunikationstheoretische Grundbegriffe werden in dieser Arbeit gemäß den Definitionen von Watzlawick, Beavin und Jackson (1967/1969) verwendet. Diese wiederum verweisen (S. 22f) v. a. auf Morris (1938) oder Carnap (1942), welche grundlegende Begriffe der - der Kommunikationstheorie vorausgehenden - *Semiotik* definierten. Im Sinne der semiotischen Unterscheidung *Syntax, Semantik und Pragmatik* wird die Kommunikationstheorie hauptsächlich der Pragmatik zugeordnet. Zur Entwicklung der Semiotik sind auch Peirce (1865-1913), Saussure (1916) oder Korzybski (1933) zu nennen.

Das populäre *Sender-Empfänger-Modell* ist in der Semiotik bereits enthalten und wurde vermischt mit Begriffen (z. B. „Kodierung“) der mathematischen *Informationstheorie* (Shannon und Weaver 1949). Seine oftmalige Gleichsetzung mit der Kommunikationstheorie ist nicht korrekt, da es schon viel früher existierte und die Kommunikationstheorie schließlich darüber hinausgeht.

Tranceinduktionen hingegen kann es sinnvoll sein, gezielt unspezifisch zu formulieren und die Aussage oder Suggestion gleichzeitig bedeutungsvoll klingen zu lassen. Für diese beiden Prozesse legten Bandler und Grinder das verbale *Meta-Modell* (1975/1980) und das nach dem Vornamen von Erickson benannte *Milton-Modell* (1975/1996) vor. Da beide Modelle die Spezifität von Sprachmustern aus entgegen gesetzter Perspektive behandeln, wird das Milton-Modell auch als „inverses Meta-Modell“ bezeichnet. Im Rahmen dieser Arbeit wird der Einfachheit halber auch von „Meta-/Milton-Modell“ gesprochen, wenn von beiden Modellen gleichzeitig die Rede ist.

Beide Modelle beziehen sich auf die linguistische Theorie der *Transformationsgrammatik* (Chomsky 1957). Bei der Bildung der verbal geäußerten *Oberflächenstruktur* aus der gedanklichen *Tiefenstruktur* finden zwangsläufig *Transformationen* statt, von denen Chomsky drei Hauptkategorien unterscheidet: Durch *Tilgung* werden Informationen weggelassen. Durch *Generalisierung* werden Informationen von einzelnen Elementen auf ganze Kategorien angewandt. Die restlichen Transformationen, bei denen sensorische Erfahrung verändert abgebildet wird, werden als *Verzerrung* bezeichnet. Diese drei Kategorien von Transformationen hängen miteinander zusammen, z. B. setzen Generalisierungen die Tilgung von Informationen voraus, durch die sich Objekte, die einer Kategorie zugeordnet werden, zu sehr unterscheiden würden. Da jede Transformation eine Verzerrung der Tiefenstruktur bedeutet, stellen Generalisierung und Tilgung gewissermaßen Spezialfälle von Verzerrung dar.

Meta- und Milton-Modell unterscheiden eine Reihe linguistischer Kategorien, die Transformationen von Tiefenstrukturen in sprachliche Oberflächenstrukturen darstellen und unterschiedlichen Formen von Tilgung, Generalisierung und Verzerrung entsprechen. Teilweise beinhalten diese linguistischen Kategorien mehr als eine Form von Transformation. Aussagen mit Modalverben der Notwendigkeit wie „man muss immer fleißig sein“ z. B. beinhalten außer einer Generalisierung auch eine Tilgung des Ereignisses, das eintreten würde, wenn man das angeblich notwendige Verhalten unterlassen würde.

Oberflächenstrukturen, die spezifisch und vollständig genug sind, um bestimmte im Kontext der Kommunikation relevante Informationen der Tiefenstruktur zu kommunizieren, werden als *wohlgeformt* im Sinne des Meta-Modells bezeichnet und Oberflächenstrukturen, die zu unvollständig sind, als *fehlgeformt*.

Grundsätzlich dient das Meta-Modell der *Spezifizierung einer Tiefenstruktur bei gegebener Oberflächenstruktur* durch Formulierung gezielter Fragen, während das Milton-Modell dazu dient, *systematisch unspezifische Oberflächenstrukturen* zu formulieren, so dass der Patient seine individuell passenden Tiefenstrukturen konstruieren kann. Unspezifische Sprachmuster sind in der Hypnose nützlich, um einem Patienten einen Prozess zu suggerieren bzw. ihn dabei zu begleiten, ohne dass der Hypnotiseur den konkreten Inhalt kennen muss. Daher werden Sprachmuster des Milton-Modells auch als *Prozesssprache* bezeichnet. Sprachmuster, die im Sinne der Wohlgeformtheit des Meta-Modells spezifisch formuliert werden um bestimmte konkrete Informationen zu kommunizieren, werden auch als *Inhaltssprache* bezeichnet.

Eine Übersicht über die linguistischen Kategorien des Meta-/Milton-Modells gibt Tabelle 2-1.³⁵ Die Oberkategorien *Informationen gewinnen*, *Einengungen im Modell des Sprechers* und *semantische Fehlgeformtheit* wurden von Cameron-Bandler (1978/1983) aus pragmatischen Gründen für eine zusammenfassende Beschreibung des Meta-Modells eingeführt und von Grinder und Bandler (1981/1984) selbst für eine zusammenfassende Beschreibung des Milton-Modells übernommen. Die ursprünglichen Arbeiten (Bandler und Grinder 1975/1980, 1975/1996) waren differenzierter aber auch unübersichtlicher strukturiert. Obwohl Meta- und Milton-Modell invers zueinander entworfen wurden, sind im Milton-Modell Kategorien enthalten, die im Meta-Modell keine direkte Entsprechung finden. Sie werden bei Grinder und Bandler (1981/1984) als „weitere Elemente des Milton Modells“ gesondert aufgeführt und im Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestionen“ mit behandelt.

³⁵ Die Beispiele wurden aus mehreren Stellen der angegebenen Primärliteratur zusammengestellt. Die tabellarische Gegenüberstellung beider Modelle wurde erst für diese Arbeit vorgenommen. Dies ist - obwohl es aufgrund der inversen Konstruktion der beiden Modelle nahe liegend ist - bisher noch nicht umgesetzt worden. Aus Platzgründen wird in dieser Arbeit darauf verzichtet, die Erläuterungen der einzelnen Kategorien aus der Primärliteratur wiederzugeben, die Beispiele sollten selbsterklärend sein.

| Kategorie | Meta-Modell | | Milton-Modell |
|---|--|--|---|
| | <i>Aussagen des Patienten</i> mit unvollständiger Oberflächenstruktur | <i>Fragetechniken des Therapeuten</i> zur Spezifizierung der Tiefenstruktur | <i>Suggestionen des Therapeuten</i> zur Tranceinduktion mit systematischer Unspezifität |
| Informationen gewinnen | | | |
| 1. Tilgung | Ich fürchte mich. | Vor wem oder was fürchten Sie sich? | Ich weiß, dass Sie neugierig sind. |
| 2. Fehlen des Bezugsindex | Niemand will mich. Das ist schwer. | Wer will Sie nicht? Was ist daran schwer für Sie? | Man kann sich entspannen. |
| 3. Unspezifizierte Verben | Er hat mich abgelehnt. | Wie hat er Sie abgelehnt? | Ich möchte, dass Sie lernen. |
| 4. Nominalisierungen | Ich bekomme keinerlei Anerkennung. | Wie würden Sie den gerne anerkannt werden? | Ich weiß, dass es in Ihren Leben bestimmte Schwierigkeiten gibt, für die Sie gern eine befriedigende Lösung finden würden... und ich bin mir nicht sicher, welche persönlichen Fähigkeiten Ihnen am meisten helfen würden, diese Schwierigkeiten zu lösen, aber ich weiß, dass Ihr Unbewusstes besser als Sie in der Lage ist, Ihre emotionalen Erfahrungen nach genau dieser Fähigkeit zu durchsuchen... |
| Einengungen im Modell des Sprechers | | | |
| 5. Universalquantoren (vs. Existenzquantoren) | Es ist unmöglich zu bekommen was ich will. | Haben Sie jemals etwas bekommen, was Sie wollten? | Jeder Gedanke, den Sie haben, hilft Ihnen, tiefer in Trance zu fallen. |
| 6. Modaloperatoren der Notwendigkeit (vs. Modaloperatoren der Möglichkeit) | Ich muss mich um andere Leute kümmern. | Was passiert, wenn Sie es nicht tun? | Haben Sie bemerkt, dass Sie Ihre Augen nicht öffnen können? |
| Semantische Fehlgeformtheit | | | |
| 7. Kausalität und Verknüpfungen | | | |
| Konjunktion | | | Sie hören den Klang meiner Stimme, <i>und</i> Sie beginnen, sich zu entspannen. |
| Implizite Kausativa | | | <i>Während</i> Sie so dasitzen und lächeln, können Sie langsam in Trance fallen. |
| Ursache-Wirkung | Sie <i>frustrieren</i> mich. | <i>Wie</i> frustriere ich Sie? | Ihr Kopfnicken wird <i>bewirken</i> , dass Sie sich noch besser entspannen. |
| 8. Gedankenlesen | <i>Alle meinen</i> , ich nehme zu viel Zeit in Anspruch. | <i>Woher</i> wissen Sie was alle meinen? | <i>Sie fragen sich</i> vielleicht, was ich als nächstes sagen werde. |
| 9. Verlorener Performativ | <i>Es ist falsch</i> , von der Sozialhilfe zu leben. | Es ist falsch <i>für wen</i> ? | <i>Es ist gut</i> , dass Sie sich so schnell entspannen können. |

Tabelle 2-1: Komplementäre linguistische Kategorien von Meta- und Milton-Modell (nach Bandler und Grinder 1975/1980, 1975/1996; Cameron-Bandler 1978/1983; Grinder und Bandler 1981/1984). Die Beispiele in der Spalte des Milton-Modells und die Beispiele in den beiden Spalten des Meta-Modells stehen inhaltlich in keinem Zusammenhang, sie weisen lediglich strukturell einander entsprechende Transformationen auf.

Folgende Konzepte beider Modelle sind den linguistischen Kategorien übergeordnet oder können in mehreren Kategorien auftreten:

Als *komplexe Äquivalenz* wird die Beziehung zwischen einem Wort oder einem Begriff und seiner konkreten, sensorisch beschreibbaren Bedeutung, auch *Evidenz*, bezeichnet. Da komplexe Äquivalenzen individuell verschieden und oft unbewusst sind, besteht eine Anwendung des Meta-Modells darin, sich vom Kommunikationspartner sensorisch genaue Beschreibungen von der Bedeutung unspezifischer Sprachmuster geben zu lassen. Außer den speziellen Fragen der einzelnen Kategorien des Meta-Modells kann auch allgemein die Frage „Woran erkennen Sie...?“ gestellt werden.

Als *transderivationale Suche* wird der Prozess bezeichnet, den ein Empfänger durchlaufen muss, um ein Sprachmuster zu dekodieren, also zu einer Oberflächenstruktur eine Tiefenstruktur zuzuordnen, was gleichbedeutend damit ist, einer Botschaft eine Bedeutung zuzuordnen um sie zu verstehen. Je spezifischer eine Aussage ist, desto schneller und einfacher läuft dieser Prozess ab. Umgekehrt wird dieser Prozess umso aufwendiger, je unspezifischer eine Aussage formuliert ist. Wenn es sogar unmöglich ist, einer Oberflächenstruktur eine Tiefenstruktur eindeutig zuzuordnen, sondern mehrere Tiefenstrukturen passen würden, entsteht *Ambiguität* (Mehrdeutigkeit). Erickson hat diesen Prozess der transderivationalen Suche bei der Tranceinduktion durch hypnotische, also unspezifische, Sprachmuster systematisch maximiert (O'Hanlon 1987/1990, S. 154). Eine Suggestion sollte spezifisch genug formuliert werden, um für den Patienten bedeutungsvoll genug zu klingen um akzeptiert zu werden, und sie soll unspezifisch genug sein, um seinen individuellen Assoziationsprozessen möglichst viel Freiraum zu lassen. Ist eine Suggestion hingegen zu spezifisch, kann eine Inkongruenz mit dem Erleben des Patienten entstehen.

Hinterfragt ein Therapeut eine Äußerung eines Patienten mit einer im Meta-Modell vorgeschlagenen Fragetechnik, so löst dies beim Patienten, der in seinem Gedächtnis nach den für eine Antwort benötigten Informationen sucht, ebenfalls eine transderivationale Suche aus. Dies bewirkt eine konversationelle, implizite Tranceinduktion, da der Patient sich nach innen orientieren und evtl. eine Altersregression durchlaufen muss, um die zur Beantwortung der Frage notwendige Tiefenstruktur zu finden (Dilts 1990/1993, S. 224).

2.1.2 Direkte vs. indirekte und positive vs. negative Suggestionen

In *direkten Suggestionen* wird das erwünschte Erleben direkt und offensichtlich formuliert. Es kann zwischen *positiv* formulierten Suggestionen wie „Ihr Arm fühlt sich angenehm schwer und warm an“ und *negativ* formulierten Suggestionen wie „Sie werden in ihrem Arm keinen Schmerz mehr fühlen“ unterschieden werden.

Bei *indirekten Suggestionen* ist das erwünschte Erleben in der Formulierung nicht offensichtlich. Stattdessen wird ein Erleben suggeriert, welches das erwünschte Erleben beinhaltet oder bewirkt, ohne offen ausgesprochen zu werden, z.B. können suggerierte Erinnerungen an das Schwimmen im Wasser

während eines Urlaubes ein Erleben von Wohlbefinden und damit indirekt ein Verschwinden von Schmerzen bewirken, ohne dass das Wort „Schmerzen“ in der Formulierung enthalten ist. Indirekte Suggestionen können auf der Ebene der Sprachmuster aussehen wie direkte Suggestionen, wobei einige der Formen indirekter Suggestionen wesentlich komplexere Sprachmuster aufweisen als direkte Suggestionen. Der Unterschied besteht darin, dass bei einer direkten Suggestion das therapeutische Ziel bzw. die erwünschte Erfahrung mit der Formulierung der Suggestion übereinstimmt, während bei einer indirekten Suggestion das therapeutische Ziel, die erwünschte Erfahrung, nicht offen formuliert wird, sondern durch die Wirkung der formulierten Suggestion automatisch mit erreicht wird. Das bedeutet, dass die Klassifikation einer Suggestion als direkt oder indirekt weniger, wie häufig angenommen, vom Sprachmuster an sich oder seiner Komplexität abhängt, sondern von der *Identität des Inhalts der Formulierung mit dem therapeutischen Ziel bzw. dem erwünschten Erleben*.

Die Entwicklung der Indirektheit wird fälschlicherweise oft Erickson zugeschrieben. Erickson und Rossi (1976) selbst verweisen auf Moll (1890), Sidis (1898), Platonov (1959) und weitere frühere Autoren, die bereits mit indirekten Suggestionen, teilweise auch unter dieser Bezeichnung, gearbeitet haben. Erickson (1976, zit. n. Erickson und Rossi 1979/1981, S. 37) hat die *Einstreutechnik* und das Prinzip der *Nichtwiederholung* als seine wichtigsten Beiträge bezeichnet.

Die Benutzung direkter und indirekter Suggestionen schließt sich nicht gegenseitig aus. Die Kombination von allen möglichen Formen der Suggestion ist heute die Regel. Ebenso ist die früher angenommene Unterteilung der Hypnotherapie in zwei Lager, die klassische, autoritäre Hypnose und die moderne, ericksonianische Hypnose, längst nicht mehr der Fall.

Direkte Suggestionen bewirken Ericksons Ansicht nach oft nur „oberflächliche“, „scheinbar adäquate Reaktionen“ und veranlassen Patienten nur dazu, „Gewohnheiten vorübergehend zu ändern“. Hingegen wird ein durch indirekte Suggestionen bewirktes Erleben „zu einem Bestandteil... (der) Erlebniswelt“ und „wenn (der Patient) den inneren Prozess der Reorganisation und Reorganisation seiner Erlebniswelt durchmacht, können bleibende Resultate eintreten“ (Erickson 1948, zit. n. Erickson und Rossi 1979/1981, S. 23). Indirekte Suggestionen ermöglichen ein umfangreicheres Erleben als direkte Suggestionen, die auf einen viel kleineren Aspekt von Erleben fokussieren, was dem Maximieren der transderivationalen Suche im Sinne von Bandler und Grinder (1975/1996) entspricht. Dies ist bereits dadurch bedingt, dass in der Formulierung einer direkten Suggestion eben nur das therapeutische Ziel, das mit der Formulierung eben identisch ist, enthalten ist, während in einer indirekten Suggestion sowohl das Erleben, das in der Formulierung offensichtlich ist, als auch das therapeutische Ziel, das eben nicht formuliert ist, mit enthalten sind.

„... die hypnotische Therapie ist ein Lernprozess,... dauerhafte Resultate ergeben sich... aus der Aktivität des Patienten. Der Therapeut stimuliert den Patienten lediglich zur Aktivität, oft ohne zu wissen, welcher Art diese Aktivität sein mag,...“ (Erickson 1948, zit. n. Erickson und Rossi 1979/1981, S. 23). Hierin spiegelt sich auch das Verständnis wieder, dass der eigentliche Veränderungsprozess im Patienten stattfindet, und nicht etwa durch den Therapeuten „bewirkt“ wird.

Gelegentlich wird im Zusammenhang mit Ericksons Prinzipien der Utilisation und des Naturalismus auch betont, dass der Vorgang des Hervorrufens hypnotischer Phänomene eher als *Evokation von Fähigkeiten* und weniger als „Suggestion“ bezeichnet werden sollte (O’Hanlon 1987/1990, S. 133). Der Therapeut hat hier die Rolle der „Schaffung eines Kontextes, in dem sich diese Fähigkeiten natürlich oder wie von selbst einstellen“. Indirekte Suggestionen wie Einstreutechniken und Implikationen dienen dazu, einen Kontext zu erzeugen, in dem die Reaktionsbereitschaft und die Aktivität des Patienten spontan entstehen und unterstützt werden.

Ein oft thematisierter Aspekt von indirekten Suggestionen besteht in der Möglichkeit, das *Bewusstsein zu umgehen* und Prozesse auf unbewusster Ebene anzustoßen, da die „bewusste Wahrnehmung von Techniken und ihren Zielen für die therapeutische Änderung hinderlich sein kann“ (Revenstorf und Freund 2001, S.169). Erickson selbst empfiehlt dies wiederholt für die Therapie von Patienten, die ansonsten als „schwierig“ oder „im Widerstand“ bezeichnet werden. Ob indirekte Suggestionen in dieser Weise genutzt werden oder ob man konsequent transparent arbeitet hängt von der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ab, die strategisch oder kooperativ sein kann (siehe Abschnitt „Kooperation in der Therapie“). Die Benutzung von indirekten Suggestionen impliziert jedoch nicht notwendigerweise eine strategische Beziehungsgestaltung mit Umgehung des Bewusstseins des Patienten, wie oft angenommen, dies ist lediglich eine Möglichkeit. Gerade am Beispiel der Utilisation von Erinnerungen an ressourcenvolle Erfahrungen wird deutlich, dass es dem Patienten durchaus auch bewusst sein darf, welche Technik mit welchem Ziel angewendet wird, ohne dass die Wirkung dadurch gemindert wird.

2.1.3 Modelle indirekter Suggestion

Es gibt eine Reihe von Modellen und Theorien über Ericksons Arbeit und die ihm zugeschriebenen Prinzipien der Utilisation und der Indirektheit. Da er selbst keine vollständige Theorie oder ein Modell seiner Arbeit hinterlassen hat, sondern eine große Anzahl von Artikeln über einzelne spezielle Aspekte von Hypnose, stammen diese Modelle alle von seinen Schülern. O’Hanlon (1987/1990) legte außer seinem eigenen Modell auch eine Übersicht mit kurzen Zusammenfassungen von Modellen vor, die andere Autoren von Ericksons Arbeit entwickelt haben. Hierzu zählen die bekannteren Modelle von Rossi (Erickson, Rossi und Rossi 1976/1978; Erickson und Rossi 1979/1981; Erickson und Rossi 1981/2004), Haley (1963, 1967), Zeig (1985/1995/2002), Lankton und Lankton (1983), Bandler und Grinder (1975/1996; Grinder, Bandler und DeLozier 1977) sowie auch Modelle von einigen weniger bekannten Autoren wie Gordon und Meyers-Anderson (1981/1981), Havens (1985, 2003), Behrs (1971), Omer (1982) und Lustig (1984).

Die in den nächsten Abschnitten folgende Darstellung von Indirektheit orientiert sich zunächst an dem einzigen Modell, bei dem Erickson wenigstens als Ko-Autor beteiligt ist (Erickson und Rossi 1979/1981). Auch andere Übersichts-Arbeiten haben sich bereits an diesem Modell orientiert (Jovanovic 1988; Weitzenhoffer 1989).

Der Teil des Milton-Modells (Bandler und Grinder 1975/1996), der direkt mit dem Meta-Modell (Bandler und Grinder 1975/1980) korrespondiert, wurde im Abschnitt „Spezifisch vs. unspezifisch“ dargestellt. Eine Übersicht der weiteren Elemente des Milton-Modells, die auch als „Sprachmuster zur indirekten Auslösung von Reaktionen“ bezeichnet werden, gibt Tabelle 2-4 im Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestion“. Die zehn Kategorien des Modells von Erickson und Rossi, die im Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestion“ behandelt werden, sind eher pragmatisch gebildet, während das Milton-Modell auf theoriegeleiteten linguistischen Unterscheidungen basiert. Dennoch bestehen Gemeinsamkeiten zwischen beiden Modellen und es lassen sich alle Sprachmuster mit beiden Modellen parallel analysieren.

Die elfte Kategorie des Modells von Erickson und Rossi (1979/1981) „Metaphern, Anekdoten, Witze und Symbole“ schließlich wird in dieser Arbeit in einem gesonderten Abschnitt „Metaphern und verwandte indirekte Methoden“ behandelt. Dieser Abschnitt setzt die Abschnitte „Nonverbale Kommunikation“ und „Rapport, verbales und nonverbales Pacing“ inhaltlich voraus. Dort wird allerdings weniger auf Erickson und Rossi (1979/1981) zurückgriffen, sondern auf die Modelle von Gordon (1978/1986) sowie Lankton und Lankton (1983, 1989/1991).

2.1.3.1 Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestionen

Die *Einstreutechnik* kann als wichtigstes Grundelement der indirekten Suggestion gelten. Als zweites Grundelement können *Implikationen und Päsuppositionen* gelten, die im nächsten Abschnitt behandelt werden. Im darauf folgenden Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestion“ soll schließlich veranschaulicht werden, inwiefern alle Formen indirekter Suggestion als unterschiedlich komplexe Kombinationen von Einstreutechniken und Implikationen verstanden werden können.

Als Wirkmechanismus von Einstreutechniken kann das in der Allgemeinen und der Sozialpsychologie als *Priming* bezeichnete Phänomen angenommen werden. Das Konzept der Einstreuung kann unterschiedlich eng definiert werden. Außer der Einstreutechnik im engeren Sinne kann jedes einzelne Wort, das in einer Aussage enthalten ist, in gewissem Sinne als eine Einstreuung betrachtet werden, da es zwangsläufig Assoziationen auslöst, während der Empfänger die Botschaft dekodiert. Diese Assoziationsprozesse laufen außer auf der bewussten Ebene unabhängig davon auch automatisch und zum großen Teil auf einer unbewussten Ebene ab. Die einzelnen Assoziationen können dem logischen, semantischen Inhalt der Aussage dann entgegenlaufen. Offensichtlich wird dies bei *negativen, direkten Suggestionen*. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist die Aufforderung „Denk nicht an den rosa Elefanten“, mit dem gezeigt wird, dass eine negative, direkte Suggestion auch als indirekte Suggestion wirken kann, d. h. die durch die Aussage ausgelöste visuelle Assoziation ist mit dem eigentlichen semantischen und logischen Inhalt der Aussage inkongruent.

Werden Einstreuungen eingesetzt, um zeitlich im Voraus Assoziationen auszulösen, die z.B. eine Intervention vorbereiten, bahnen oder „vorprägen“ sollen, spricht man von *Seeding*. Dies kann im Rahmen der so genannten *Präinduktion* genutzt werden, die im Abschnitt „Induktion und Vertiefung

von Trance“ beschrieben wird. Das grundlegende Prinzip, indirekte Suggestionen und Einstreuungen in Gesprächen einfließen zu lassen, wird als *Beiläufigkeit* bezeichnet. Das Konzept der *konversationellen Trance*, auf das ebenfalls im Abschnitt „Induktion und Vertiefung von Trance“ eingegangen werden wird, ist hiermit verknüpft.

Ein eng mit der Einstreutechnik zusammenhängendes Phänomen ist das *Wörtlichnehmen*. Redewendungen, die metaphorisch einen bestimmten semantischen Inhalt kommunizieren sollen, lösen Assoziationen aus, die über den bewussten semantischen Inhalt hinausgehen, und es entsteht eine Ambiguität. Verwendet ein Patient spontan metaphorische Beschreibungen bezeichnet man das als *Patienten-Metapher*. Redewendungen wie „Das sitzt mir im Nacken“ oder „Das schlägt mir auf den Magen“, in denen physiologische Prozesse als Metaphern verwendet werden, werden als *Organsprache* bezeichnet und stellen eine Unterkategorie des Wörtlichnehmens dar.³⁶ Organsprache und andere metaphorische Beschreibungen können therapeutisch eingesetzt werden wie Einstreutechniken im Allgemeinen sowie zur Konstruktion therapeutischer Metaphern herangezogen werden. Verwendet der Patient organsprachliche Metaphern, kann das ein unbewusst formulierter Hinweis sein, der diagnostisch genutzt werden kann (Gilligan 1987/1991, S. 154). Eine weitere Unterkategorie von Wörtlichnehmen besteht in Reaktionen des Patienten auf *Konversationspostulate* wie „Können Sie mir sagen wie spät es ist?“, indem mit „Ja“ statt mit der Uhrzeit geantwortet wird. Erickson (1955/1940er) untersuchte diese Form des Wörtlichnehmens von Konversationspostulaten als Indikator für Trancetiefe.³⁷

Einige der im Folgenden beschriebenen einzelnen Varianten von Einstreutechniken sind in den Tabellen 2-3 und 2-4 im Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestion“ enthalten. Beim *indirekten assoziativen Fokussieren* (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 38f) wird ein Thema aufgegriffen, ohne dass dies in offensichtlicher Weise mit dem Patienten in Beziehung gesetzt wird. Anstatt mit dem Patienten über seine Mutter zu sprechen kann der Therapeut von seiner eigenen Mutter erzählen um beim Patienten Assoziationen auszulösen. Eine spezielle Variante stellt die *Einkreistechnik* dar, bei der Assoziationen zu einem Thema durch mehrere Geschichten über angrenzende Teilthemen geweckt werden (Revenstorf und Freund 2001, S. 178ff).

Beim *indirekten ideodynamischen Fokussieren* (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 39f) werden Suggestionen eingestreut, die sich speziell auf ideodynamische Reaktionen beziehen. Eine Handlevitation kann vorbereitet werden, indem vor der Tranceinduktion von anderen Patienten erzählt wird, bei denen eine Handlevitation auftrat. Der gleiche Effekt kann auch auftreten, wenn ein Patient nur zusieht, wie eine anderer Patient hypnotisiert wird, wobei Prozesse der Identifikation und des Modellerns eine Rolle spielen (v. a. der Carpenter-Effekt, siehe den Abschnitt „Grundlagen ideomotorischer Phänomene“).

³⁶ Dies wird auch in der *Ideolektik* (Jonas 1981; Jonas und Daniels 1987), der Gesprächsführung mit der *Eigensprache* des Patienten, beschrieben.

³⁷ Weitzenhoffer (2000, S. 185ff) kommentiert Ericksons Artikel methodenkritisch und kommt zu dem Schluss, dass Wörtlichnehmen kein Indikator für Trancetiefe sei.

Grundsätzlich enthalten alle Techniken, bei denen Geschichten, Metaphern, Anekdoten, Witze etc. benutzt werden, zumindest als ein Element die Einstreutechnik, die weiteren Mechanismen werden im Abschnitt „Metaphern und verwandte indirekte Methoden“ gesondert beschrieben. Bekannt ist die *Mein-Freund-John-Technik*, die nach einer Fallgeschichte von Erickson benannt wurde, in der er einem Patienten von seinem Freund John erzählte, der seinen Phantomschmerz bewältigte (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 142ff). Diese spezielle Konstruktionsform einer Geschichte wird im Milton-Modell als *verschobener Bezugsindex* bezeichnet, da zwar der Patient gemeint ist, aber nicht in der 2. Person angesprochen wird, sondern über eine 3. Person geredet wird. Eine weitere Variante ist die *Stellvertreter-Technik* (Bongartz und Bongartz, 2001; 1998, S. 193 ff). Mit *Zitaten* wird ein ähnlicher Effekt erzielt, indem der Empfänger – wie es im Milton-Modell bezeichnet wird – *die Anführungszeichen verliert* und die zitierte Aussage unbewusst auf sich bezieht. Beobachtet der Therapeut schließlich beim Einstreuen verschiedener Themen oder beim Erzählen von Anekdoten und Metaphern die *nonverbalen Reaktionen* des Patienten, kann dies zur Bildung diagnostischer Hypothesen herangezogen werden (Erickson und Zeig 1980/1985, S. 44ff).

Die Wirkung von Einstreuungen kann durch *analoges Markieren*, ein Begriff aus dem Milton-Modell, verstärkt werden (Bandler und Grinder, 1975/1996; siehe auch Erickson und Rossi 1979/1981, S. 121f). Hierfür variiert der Hypnotiseur während des Aussprechens der eingestreuten Worte eine nonverbalen, analogen Aspekt wie Tonfall und Körperhaltung, oder er macht z. B. eine bestimmte Handbewegung. Der Tonfall kann bereits durch eine leichte Drehung des Kopfes variiert werden. Es bestehen Zusammenhänge von analogem Markieren mit klassischem Konditionieren, die im Abschnitt „Klassisches und verdecktes Konditionieren“ behandelt werden. Durch analoges Markieren mehrerer Worte, die im Satzbau nicht aufeinander folgen, können unabhängig von der Syntax der gemachten Aussagen als indirekte Suggestionen so genannte *eingebettete Kommandos* gegeben werden. In der Aussage „*I know how close you are to understanding now the meaning of trance.*“ (die analog markierten Worte sind kursiv hervorgehoben) ist das eingebettete Kommando „*Eye close now.*“ enthalten.

2.1.3.2 Implikationen und Präsuppositionen

Ein zweites Grundelement indirekter Suggestionen stellen neben der Einstreutechnik *Implikationen* dar. Grundsätzlich enthalten alle Suggestionen - wie überhaupt alle sprachlichen Aussagen - Implikationen und Einstreuungen. Wie bei der Einstreutechnik kann man außer der speziellen Kategorie der Implikation die Wirkung von Implikationen im Allgemeinen betrachten.

Der linguistische Begriff *Präsupposition* bezeichnet die sprachliche Abbildung von Vorannahmen oder Implikationen, also einer Aussage, die die logische Voraussetzung einer weiteren Aussage bildet. Vorannahmen werden oft nicht verbalisiert und sind dem Sender häufig gar nicht bewusst. Das bedeutet, dass eine Aussage andere Aussagen, die nicht ausgesprochen sind, mit bedingt. Präsuppositionen können verschiedenen linguistischen Kategorien des Meta-Modells angehören.

Durch die Anwendung des Meta-Modells können diese unausgesprochenen, unbewussten Vorannahmen des Patienten oft herausgearbeitet werden. Dies ist gerade bei der Arbeit mit dem System von Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern eines Patienten ein zentraler Punkt.

Bei der Anwendung des Milton-Modells hingegen werden durch bestimmte Sprachmuster gezielt Präsuppositionen kommuniziert, ohne dass sie ausgesprochen werden, womit Präsuppositionen die indirekteste und vielleicht effektivste Form der Suggestion darstellen (siehe auch Erickson und Rossi 1979/1981, S. 62). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass Präsuppositionen, die zu weit außerhalb des Bezugsrahmens eines Empfängers liegen, nicht akzeptiert werden. Dies kann eine Verschlechterung des Rapports bewirken, wenn der Patient über die Äußerungen des Therapeuten in negativer Weise irritiert ist.

Bandler und Grinder (1975/1996) unterscheiden 30 verschiedene linguistische Formen von Präsuppositionen, die sich in die beiden Gruppen *einfache* oder *Existenz-Präsuppositionen* und *komplexe Präsuppositionen* zusammenfassen lassen. Sobald die Existenz eines bestimmten Elementes notwendig ist, damit eine Aussage sinnvoll ist, handelt es sich um eine Existenz-Präsupposition. Wird mehr als nur die Existenz eines Elements vorausgesetzt, also z.B. eine Abfolge von Ereignissen oder Eigenschaften eines Elementes, handelt es sich um komplexe Präsuppositionen. Von diesen 30 Kategorien stellen Grinder und Bandler (1981/1984) acht als für die Hypnose besonders nützlich hervor (Tabelle 2-2). Es handelt sich um eine Kategorie einfacher Existenzpräsuppositionen und sieben Kategorien komplexer Präsuppositionen. Schließlich wird in der Tabelle noch ein Beispiel gegeben, wie mehrere Präsuppositionen systematisch kombiniert werden können.

| Kategorie | Aussage / Suggestion | enthaltene Präsuppositionen |
|--|--|---|
| Einfache oder Existenz-Präsuppositionen | Hans hat die Äpfel gegessen. | Hans existiert. Äpfel existieren. |
| Komplexe Präsuppositionen | | |
| 1. Temporale Nebensätze | Möchten Sie sich setzen, <i>bevor</i> Sie in Trance fallen? | Sie werden in Trance fallen. |
| 2. Ordnungszahlen | Vielleicht sind Sie neugierig, welche Seite Ihres Körpers sich <i>zuerst</i> entspannen wird. | Beide Seiten Ihres Körpers werden sich entspannen. Eine davon zuerst. |
| 3. Verwendung von „oder“ | Ich weiß nicht, ob Ihre rechte <i>oder</i> Ihre linke Hand sich mit unbewussten Bewegungen heben wird. | Eine Hand wird sich heben. |
| 4. Verben des Wahrnehmens | <i>Merken Sie</i> , dass Ihr Unbewusstes schon zu lernen beginnt? | Ihr Unbewusstes hat schon begonnen zu lernen. |
| 5. Adverbien und Adjektiva | Sind Sie <i>tief</i> in Trance? | Sie sind bereits in Trance. |
| 6. Wechselnder Gebrauch von Verben und Adverbien der Zeit | Und Sie können sich <i>weiter</i> entspannen. | Sie sind bereits entspannt. |
| 7. Kommentierende Adjektiva und Adverbien | Glücklicherweise brauche ich nicht so genau zu wissen, was Sie wollen, um Ihnen zu helfen, es zu bekommen. | Sie wollen etwas. Ich kann Ihnen helfen, es zu bekommen. |
| Kombinierte Präsuppositionen | Und ich weiß nicht, wie schnell Sie bemerken werden, was Ihr Unbewusstes bereits alles gelernt hat, denn Sie brauchen es nicht zu wissen, <i>bevor</i> Sie sich ganz bequem entspannt haben und dem anderen Ich erlaubt haben, etwas Neues, Sinnvolles und Erfreuliches zu lernen. | Ihr Unbewusstes hat etwas gelernt. Sie werden es bemerken. Sie werden sich bequem entspannen. Es gibt ein anderes Ich. Sie werden dem anderen Ich erlauben, etwas Neues, Sinnvolles und Erfreuliches zu lernen. |

Tabelle 2-2: Auswahl der für Hypnose wichtigsten acht kategorien von Präsuppositionen (nach Grinder und Bandler 1981/1984)

2.1.3.3 Kategorien indirekter Suggestion

Jede sprachliche Aussage und jede Suggestion enthalten Einstreuungen und Implikationen. Indirekte Suggestionen nutzen diese grundlegenden Mechanismen systematisch. In Tabelle 2-3 wird veranschaulicht, welche Einstreuungen und Implikationen in den einzelnen Kategorien indirekter Suggestion nach Erickson und Rossi (1979/1981) enthalten sein können. Die kursiv gedruckten Worte in der mittleren Spalte stellen Einstreuungen dar, da sie unbewusste Assoziationen in Richtung des therapeutischen Ziels auslösen sollen. Sie können durch analoges Markieren hervorgehoben werden. In der rechten Spalte sind nur die Implikationen angegeben, die in Beziehung zum therapeutischen Ziel stehen. Weitere Implikationen, die dafür nicht relevant sind, wie alle enthaltenen einfachen Existenzpräsuppositionen, sind nicht angegeben. Je mehr ein therapeutisches Ziel durch Implikationen als durch Einstreuungen erreicht wird, als desto komplexer und indirekter kann man eine Suggestion betrachten. Implikationen sind oft die wirksamste Form der Suggestion, was gerade auch außerhalb von therapeutischen Kontexten zu beobachten ist (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 62) und mit dem Prinzip der Beiläufigkeit zusammenhängt. Es gibt zwei spezielle Unterkategorien der Einstreutechnik

und der Implikation, die nicht zu verwechseln sind mit den beschriebenen allgemeinen Prozessen, die für alle Formen der Suggestion gelten.

Die Kategorien des Milton-Modells, die keine direkte Entsprechung im Meta-Modell haben, stellen ebenfalls Formen der indirekten Suggestion dar, Grinder und Bandler (1981/1984) bezeichnen sie als *Sprachmuster zur indirekten Auslösung von Reaktionen* (Tabelle 2-4). *Eingebettete* und *verneinte Befehle* sowie *eingebettete Fragen* können als Varianten der Einstreutechnik betrachtet werden. *Konversationspostulate* beruhen auf kulturellen Konventionen, die auch als Vorannahmen verstanden werden können. *Analoges Markieren* sowie *Zitate* und *verlorene Anführungszeichen* wurden ebenfalls bereits bei den Einstreutechniken abgehandelt. Die vier Kategorien der *Mehrdeutigkeit* sind linguistische Grundbausteine von Wortspielen und damit der verbalen Konfusionstechniken, die im Abschnitt „Induktion und Vertiefung von Trance“ dargestellt werden. Das metaphorische Sprachmuster der *punktuellen Grenzüberschreitung* beruht auf der gezielten Verletzung einer kulturellen Vorannahme z.B. über die Eigenschaften eines Elementes. Die Formulierung „ein trauriger Fels“ verletzt die kulturelle Vorannahme, dass Felsen keine Gefühle haben können.

Grundsätzlich beschreiben das Modell von Erickson und Rossi und das Milton-Modell Indirektheit aus unterschiedlichen Perspektiven, einerseits aus einer pragmatischen und andererseits aus einer linguistisch- theoriegeleiteten, die sich gegenseitig ergänzen können. Die Beispiele in beiden Tabellen wurden aus der angegebenen Primärliteratur zusammengestellt. Die Analyse der Suggestionen nach Einstreuungen und Implikationen sowie die tabellarische Darstellung wurden für diese Arbeit vorgenommen.

Abschließend sollen noch drei weitere pragmatische Ansätze von Modellen indirekter Suggestion wenigstens erwähnt werden: Die *Slight of Mouth Patterns* von Dilts (1999/2001) bieten eine Systematik, um auf der Basis von Bedeutungs- und Kontext-Reframing kombiniert mit so genannten Meta-Programmen (die in etwa kognitiven Stilen entsprechen) passend zu Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern des Patienten verbale Interventionen zu konstruieren, die beiläufig eine Konfusion und eine Veränderung der Einstellungen anstoßen sollen. Die sehr pragmatisch konzipierten *Mini-Max-Interventionen* von Prior (2002) stellen Anwendungen der in den letzten Abschnitten beschriebenen Formen indirekter Suggestionen, insbesondere von Implikationen, beiläufig im Gespräch dar. Riebensahm (1996) schließlich zeigt Gemeinsamkeiten beiläufiger, ericksonianischer Sprachmuster zur *Rhetorik von Aristoteles* auf.

| Kategorie | Suggestion bzw. Sprachmuster <i>enthaltene Einstreuungen (kursiv)</i> | enthaltene Implikationen [oder sonstige Erläuterungen] |
|---|--|--|
| 1. Einstreutechnik | Sie können diese Gefühle so <i>frei</i> beschreiben, wie sie wollen. | [positive Assoziationen an einen freien Umgang mit Gefühlen] |
| indirektes assoziatives Fokussieren | (Therapeut spricht über seine Mutter oder Mütter im allgemeinen) | [Erfahrungen des Patienten mit seiner Mutter werden fokussiert] |
| Indirektes ideodynamisches Fokussieren | (Mein Freund) John war <i>großartig</i> . Und ich redete mit ihm darüber, wie wichtig es sei, <i>angenehme Gefühle</i> in der Fußprothese... <i>zu verspüren</i> . | Man kann statt Phantomschmerz auch angenehme Gefühle empfinden. |
| 2. Gemeinplätze | Die meisten Menschen empfinden eine <i>Hand leichter</i> als die andere. | Hände können als verschieden leicht empfunden werden. |
| 3. vage zeitliche Angaben | Früher oder später wird sich Ihre <i>Hand heben</i> . | Die Hand wird sich heben. |
| 4. Nicht-Wissen, Nicht-Tun | Sie brauchen sich nicht bemühen, mir zuzuhören, weil Ihr <i>Unbewusstes</i> das <i>tun kann</i> und von <i>ganz alleine reagiert</i> . | Es gibt ein Unbewusstes. Es werden von alleine Reaktionen geschehen. |
| 5. offene Suggestionen | Wir haben alle <i>Potentiale</i> , deren wir nicht gewahr sind, und wir <i>wissen</i> gewöhnlich nicht, wie sie sich <i>äußern werden</i> . | Es gibt unbewusste Potentiale. Sie werden sich äußern. |
| 6. Abdecken aller Möglichkeiten einer Kategorie von Reaktionen | Bald werden Sie <i>spüren</i> , dass sich einer Ihrer Finger oder ein Daumen etwas <i>bewegt</i> , vielleicht <i>von selbst</i> . Er kann sich nach <i>oben</i> oder <i>unten</i> oder <i>seitlich bewegen</i> oder <i>niederdrücken</i> . | Egal was passiert, es ist richtig. |
| 7. Fragen, die neue Reaktionsmöglichkeiten fördern | | |
| zum Fokussieren von Assoziationen | Haben Sie den hypnotischen Zustand im Grunde <i>ähnlich</i> empfunden wie den Wachzustand? | [Fokussierung auf Gemeinsamkeiten] |
| in der Tranceinduktion | Während Sie sich weiter <i>entspannen</i> , <i>hebt</i> sich jetzt die eine oder die andere <i>Hand stärker</i> oder vielleicht beide <i>gleichzeitig</i> ? | Sie entspannen sich weiter. Mindestens eine Hand hebt sich. |
| zur Förderung der therapeutischen Reaktionsbereitschaft | Und welches wird sich als das <i>wirksamste</i> Mittel zum <i>Abnehmen</i> erweisen? Werden Sie abnehmen, weil Sie einfach <i>vergessen zu essen</i> ,... weil es Sie davon abhält, <i>interessantere Dinge zu tun</i> ? ... | Es gibt mehrere wirksame Mittel zum Abnehmen. Sie werden irgendwie abnehmen. Es gibt interessantere Dinge als Essen. |
| Zusammengesetzte Fragen | Werden Sie <i>Geschmack</i> an <i>neuen</i> Nahrungsmitteln ... finden, so dass Sie <i>überrascht</i> sein werden, dass Sie <i>abgenommen</i> haben, weil Sie sich im Grunde keine Opfer auferlegt haben? | Sie werden abnehmen. Sie brauchen sich keine Opfer auferlegen. |
| 8. zusammengesetzte Suggestionen | | |
| Ja-Haltung und Verstärkung | Es ist ein so <i>schöner Tag</i> , gehen wir <i>schwimmen</i> . Gehen wir <i>schwimmen</i> , es ist ein so <i>schöner Tag</i> . | An einem schönen Tag sollte man schwimmen gehen. |
| kontingente Suggestionen und Assoziationsnetze | Während Sie hier sitzen, werden Sie feststellen, dass Sie immer <i>entspannter</i> werden, und sich immer <i>wohler fühlen</i> . | Sie fühlen sich bereits entspannt und wohl. Sitzen „bewirkt“ Entspannung und Wohlbefinden. |
| Nebeneinanderstellen von Gegensätzen | Während Ihr Unterkiefer immer <i>tauber</i> und <i>gefühlloser</i> wird, achten Sie darauf, wie Ihre linke Hand immer <i>sensitiver</i> wird. | Der Unterkiefer ist bereits taub. Die linke Hand ist bereits sensitiv. Beides verstärkt sich synchron. |
| Verneinung | Warum sollten Sie das nicht <i>geschehen lassen</i> ? | Sie können es geschehen lassen. |
| Überraschung | Ihr <i>Sexualleben</i> [Pause] bloß, was Sie diesbezüglich <i>wissen</i> und <i>verstehen</i> müssen. Ihre <i>geheimen Wünsche</i> [Pause] sind <i>am wichtigsten</i> für Sie. | Es gibt geheime, sexuelle Wünsche. Es gibt auch nicht-geheime Wünsche, die aber weniger wichtig sind. |
| 9. Implikationen und implizierte Anweisungen | | |
| implizierte Direktive | Sobald [Zeitgebundene Einleitung] Ihr <i>Unbewusstes</i> auf die <i>Ursache</i> dieses Problems gestoßen ist, [implizierter Prozess] kann sich Ihr <i>Finger heben</i> [Verhaltensreaktion]. | Das Unbewusste wird auf die Ursache des Problems stoßen. |
| 10. Bindungen und Doppel-Bindungen | | |
| Meiden-Meiden und Machen-Machen-Konflikte | Möchten Sie in eine leichte, mittlere oder tiefe <i>Trance eintreten</i> ? | Sie werden in eine Trance gehen. |
| Bewusst-Unbewusst-Doppelbindung | Es ist wirklich nicht wichtig, was Ihr bewusster Verstand macht, denn Ihr <i>Unbewusstes</i> kann das <i>richtige Mittel finden</i> , um mit diesem Schmerz fertig zu werden. | Der bewusste Verstand kann etwas machen ohne zu stören. Es gibt ein Mittel gegen den Schmerz. |
| Doppel-Dissoziations-Doppelbindung | Sie können als Person <i>erwachen</i> , aber Sie brauchen nicht als Körper zu <i>erwachen</i> . [Pause] Sie können <i>erwachen</i> , wenn Ihr Körper <i>erwacht</i> , aber ohne Ihren Körper zu erkennen. | Erwachen als Person, Erwachen als Körper und Erkennen des Körpers können getrennt sein. |

Tabelle 2-3: Kategorien indirekter Suggestionen (nach Erickson und Rossi 1979/1981)

| Kategorie | Suggestion <i>enthaltene Einstreuung</i> | Erläuterungen |
|-----------------------------------|--|---|
| Eingebettete Befehle | Und während Sie so dasitzen, <i>entspannen Sie sich</i> . | Sie entspannen sich. |
| Verneinte Befehle | Ich möchte nicht, dass Sie sich allzu <i>wohl fühlen</i> . | Sie fühlen sich wohl. |
| Eingebettete Fragen | Es würde mich interessieren, was Sie sich <i>von der Hypnose versprechen</i> . | Was versprechen Sie sich von Hypnose? Bzw.: Sie versprechen sich etwas von Hypnose. |
| Konversationspostulate | [Können Sie mir sagen, <i>wie spät</i> es ist?] | Wie spät ist es? |
| Mehrdeutigkeit | | |
| Phonologisch | Blumen, <i>Sie scheinen schwach zu sein</i> , doch <i>Sie werden es schaffen</i> , denn <i>Ihnen wird geholfen</i> , durch eine Kraft, die gar nicht wahrnehmbar scheint... [Revenstorf und Freund 2001, S. 177] | <i>Sie</i> (2. Person Singular) vs. <i>sie</i> (3. Person Plural); nur im Deutschen möglich |
| Syntaktisch | Hypnotizing hypnotists can be tricky. Patienten, die die Therapeuten hypnotisieren, gibt es häufiger als Therapeuten, die die Patienten heilen. [O'Hanlon 1987/1990, S. 155] | Transitive Verben mit ing-Endung als Verb oder Adjektiv; nur im Englischen möglich Zweideutig, wer wen hypnotisiert und heilt. Das Relativpronomen <i>die</i> kann sowohl Akkusativ als auch Nominativ sein. |
| Satzbezug | Ich weiß nicht, ob Sie bald <i>bemerken</i> werden, dass Sie hier ganz bequem sitzen, dem Klang meiner Stimme zuhören <i>und in eine tiefe Trance gleiten</i> . | <i>bemerken</i> kann sich auch auf den Satzteil nach <i>und</i> beziehen oder auch nicht. |
| Interpunktion | Und Sie hören, meine Stimme wird <i>immer tiefer</i> fallen Sie in Trance. | Satz ist syntaktisch nicht korrekt. <i>Immer tiefer</i> ist Ende des ersten und Anfang des zweiten Satzteils. |
| Analoges Markieren | <i>I know how close you are to understanding now the meaning of trance.</i> | eingebetteter Befehl durch phonologische Mehrdeutigkeit: <i>Eye close now</i> |
| Metaphorische Sprachmuster | | |
| Punktuelle Grenzüberschreitung | ein <i>trauriger</i> Felsen | Verletzung der Präsupposition, dass Felsen keine Gefühle haben können. |
| Zitate | Erickson sagte zu einem seiner Patienten: „ <i>Sie werden erst dann wirklich Bescheid wissen, wenn Sie wirklich jeden einzelnen Schritt gründlich geübt haben.</i> “ | Verlorene Anführungszeichen |

Tabelle 2-4: Sprachmuster zur indirekten Auslösung von Reaktionen bzw. Kategorien des Milton-Modells, die im Meta-Modell keine direkte Entsprechung haben (nach Bandler und Grinder 1975/1996; Grinder und Bandler 1981/1984).

2.1.4 Direktive vs. permissive Suggestionen

Direktive Suggestionen werden im Imperativ und direkt formuliert. Direktiv ist nicht mit direkt gleichzusetzen, denn direkte Suggestionen sind nicht notwendigerweise auch direktiv, sondern können auch permissiv sein.

Permissive Suggestionen beruhen auf Modalverben der Möglichkeit sowie offenen Suggestionen und können sowohl indirekt als auch direkt formuliert sein. Permissiv ist nicht mit non-direktiv zu verwechseln, da bei permissiven Suggestionen in der Regel suggeriert wird, dass eine bestimmte Reaktion erfolgen kann, während non-direktives Vorgehen ein reines Spiegeln bedeuten würde.

Diese beiden Typen von Suggestionen sind eng mit der Beziehungsgestaltung verknüpft: Autoritäre Beziehungsgestaltung macht vornehmlich von direktiven Suggestionen Gebrauch. Permissivität hingegen erleichtert Kooperation, da dem Patienten die Kontrolle überlassen bleibt. Direkte Suggestionen stehen nicht im Widerspruch zu kooperativer Beziehungsgestaltung, wenn sie permissiv formuliert sind oder wenn ein entsprechender Therapieauftrag vorliegt (z.B. Hypnoanästhesie bei einer zahnärztlichen Behandlung).

2.1.5 Sensorisch spezifische Prädikate und verbale Zugangshinweise

Das Vorgehen, Erinnerungen danach zu explorieren, ob sie eher visueller oder akustischer Art sind, geht auf Erickson zurück (siehe z. B. Erickson und Rossi 1977, S. 16) und wurde im NLP weiterentwickelt. Sensorisch spezifische Prädikate (Adjektive und Verben) in Formulierungen des Patienten werden als *verbale Zugangshinweise* bezeichnet, aufgrund derer der Therapeut Hypothesen bezüglich präferierter Repräsentationssysteme (Dilts et al. 1980/1985), Submodalitäten (Bandler 1985/1987) und deren Verwendung in Informationsverarbeitungs- und selbsthypnotischen Prozessen aufstellen kann. Diese Hypothesen kann der Therapeut mit nonverbalen Zugangshinweisen, die im Abschnitt „Nonverbale Kommunikation und Rapport“ behandelt werden, abgleichen. Diese Informationen können zum systematischen Formulieren von Fragen, Suggestionen und Tranceinduktionen genutzt werden sowie bei der Analyse und Variation selbsthypnotischer Prozesse.

2.1.6 Zeitformen, Personalpronomen und Prädikate

Sprachmuster beeinflussen direkt Informationsverarbeitungs- und selbsthypnotische Prozesse des Patienten, was auf der Ebene von Submodalitäten sehr deutlich wird (Andreas und Andreas 1987/1988, S. 55ff). Therapeutisch relevant sind insbesondere Sprachmuster, die eine Auswirkung auf dissoziiertes oder assoziiertes Erleben des Patienten haben.

Die *Zeitformen* der Verben, die das Erleben des Patienten betreffen, haben eine grundsätzliche Auswirkung darauf, wie assoziiert oder dissoziiert ein eine imaginierte Erfahrung erlebt wird. Formulierungen im Präsens erzeugen eher ein assoziiertes Erleben, während Formulierungen in Futur oder Perfekt eher dissoziiertes Erleben erzeugen. Daher wird in Tranceinduktionen in der Regel

Präsens benutzt. Soll eine Erfahrung, wie z.B. eine unangenehme Erinnerung, dissoziiert erlebt werden, kann das durch eine geeignete Zeitform erleichtert werden.

Arbeitet man mit *Perspektivwechseln*, indem z.B. der Patient aus einer ressourcervollen Außenperspektive beobachten soll, was er als Kind in einer traumatischen Situation erlebt hat, sollte der Therapeut die Personalpronomen von 2. und 3. Person Singular sowie die zugehörigen Prädikate so verwenden, dass sie mit diesen Wahrnehmungsperspektiven kongruent sind, damit die Dissoziation von dem vergangenen traumatischen Erleben und die Assoziation mit der ressourcervollen Außenperspektive stabil bleibt, z. B. „Was *sehen sie* von ihrer Außenperspektive aus? *Das kleine Mädchen* dort drüben, wie *fühlt sie sich*? Was *braucht sie*?“ statt „Was *sehen sie*? Wie *fühlen sie sich*? Was *brauchen sie*?“ (Prädikate und Personalpronomen sind kursiv hervorgehoben).

2.1.7 Überblick über Fragetechniken

Fragen stellen einen Grundbestandteil von Therapie dar. Fragen bewirken eine bestimmte Aufmerksamkeitsfokussierung und lösen eine transderivationale Suche und Assoziationsprozesse aus. Zusammengesetzte Fragen stellen nach Erickson und Rossi (1979/1981, S. 52) den Prototyp der *Suggestivfrage* dar. Aber auch alle anderen Formen von Fragen, selbst offene Fragen, enthalten wie alle sprachlichen Aussagen zwangsläufig Einstreuungen und Implikationen bzw. Präsuppositionen und sind damit immer potenziell suggestiv.

Die Struktur einer Frage impliziert die *Struktur der Antwort*. Eine entweder/oder Formulierung impliziert nur zwei mögliche Antworten. Eine mehr-oder-weniger Formulierung impliziert bereits eine ganze Dimension. Eine offene Frage wie „Was ist passiert?“ impliziert immerhin noch, dass etwas passiert ist. Die Frage „Was hat es in der letzten Woche für hilfreiche Veränderungen gegeben?“ enthält die Präsupposition, dass es hilfreiche Veränderungen gegeben hat, während die Frage „Hat es in der letzten Woche hilfreiche Veränderungen gegeben?“ genau diese Präsupposition nicht enthält (Prior 2002, S. 19ff).

Fragen implizieren auch die Form des *Informationsverarbeitungsprozesses*, den der Empfänger durchlaufen muss, um die Antwort zu finden. Die Frage „Welche Farbe ist bei einer Ampel unten?“ impliziert, dass der Empfänger eine Ampel visualisieren muss, da er die Antwort wahrscheinlich nicht als deklaratives Wissen abgespeichert hat. Patienten, die davon überzeugt sind, schlecht visualisieren zu können, kann man durch solche Fragen indirekt leichter die Erfahrung einer Visualisierung ermöglichen als durch eine direkte Aufforderung („Wir machen jetzt eine Visualisierung“), die eher negative Assoziationen und Misserfolgserwartungen erzeugt.

Hinzu kommt, dass durch eine Frage die *Aufmerksamkeit* des Empfängers zumindest im ersten Moment auf das Formulieren einer Antwort fokussiert wird. Eine bewusste Überprüfung von Implikationen erfordert bei einer Frage daher mehr kognitiven Aufwand und autonome Aufmerksamkeitsfokussierung als bei einer einfachen Aussage.

Diese Eigenschaften von Fragen können sowohl therapeutisch sinnvoll genutzt werden, als auch

unerwünschte Prozesse suggerieren. So können unvorsichtig formulierte Fragen in Trance z.B. während einer Altersregression zum versehentlichen Konstruieren von Fehlerinnerungen beitragen (siehe Yapko 1994).

Es gibt eine Reihe von Modellen von Fragetechniken, deren Darstellungen in dieser Arbeit verteilt sind. Der Übersicht halber sollen hier alle Modelle aufgelistet werden:

- Das Modell der Kategorien *indirekter Suggestionen* von Erickson und Rossi (1979/1981) enthält mehrere Kategorien mit Fragetechniken. An den Beispielen von Augenfixierung und Handlevitation veranschaulichen Erickson und Rossi (1979/1981, S. 50f) exemplarisch, wie ganze Induktionen und Sitzungen alleine mit Suggestionen in Frageform durchgeführt werden können.
- Das *Meta-Modell* wurde im Abschnitt „Spezifische vs. unspezifische Suggestionen“ dargestellt.
- *Zirkuläre Fragen*, die aus der systemischen Therapie stammen, sind notwendigerweise mit einem Perspektivwechsel verknüpft und werden im Abschnitt „Dezentrierung“ behandelt.
- Die *Wunderfrage* wird im Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ behandelt.
- Fragen nach *Ausnahmen vom Problem* und *bisherigen Lösungsversuchen* werden im Abschnitt „Altersregression“ behandelt.
- Fragen zur *Evokation von Ressourcen* und zur Spezifizierung von *Kontexten* werden im Abschnitt „Evokation und Kontextualisierung“ behandelt.
- *Skalierungsfragen* werden im Abschnitt „Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente“ behandelt, *hypothetische Skalierungsfragen* im Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“.
- Schließlich können verschiedene Typen von Fragen kombiniert werden. „Woran würde Ihre Ehefrau erkennen, dass Sie Ihr Problem gelöst haben?“ stellt z.B. eine Kombination von Perspektivwechsel und Zeitprogression dar.

2.1.8 Zusammenfassung zur Wirkung von Sprachmustern und Suggestionen

Um die Wirkung von Sprachmustern und Suggestionen plausibel zu machen, kann der Prozess des Dekodierens sowohl von Aussagen als auch von Fragen als gestufter Ablauf mehrerer Teilprozesse beschrieben werden:

- Zunächst lösen die enthaltenen einzelnen Worte *Assoziationen* aus. Diese sind unabhängig von der syntaktischen Struktur des Satzes und damit auch unabhängig von der logisch-semanticen Bedeutung der Aussage. Diese Assoziationsprozesse sind im Sinne eines *Priming* automatisch und bleiben zumindest teilweise *unbewusst*. *Einstreutechniken* wirken auf dieser Stufe des Dekodierungsprozesses und das Phänomen des *Wörtlichnehmens* kann auftreten, speziell von *organsprachlichen Metaphern*.
- Wenn die *syntaktische Struktur* eines Sprachmusters dekodiert wird, kann es zu Ungenauigkeiten und *Ambiguität* kommen. Bei *Zitaten* können die Anführungszeichen verloren gehen, bei *Anekdoten* wird der *verschobene Bezugsindex* unbewusst ignoriert, *eingebettete Fragen* und

Kommandos können unabhängig von der logisch-semantischen Bedeutung des gesamten Sprachmusters unbewusst gehört werden. *Verneinungen* und *syntaktische Ambiguität* wirken ebenfalls auf dieser Stufe der Dekodierung, die ebenfalls zumindest teilweise unbewusst bleibt.

- Die *logisch-semantischen Bedeutung* des gesamten Sprachmusters ist vollständig bewusst. Die Assoziationen und Bedeutungen, die auf den vorherigen Stufen des Dekodierungsprozesses entstanden sind, und die mit der bewussten, logisch-semantischen Bedeutung nicht kongruent sind, werden zum Zweck der *allgemeinen Realitätsorientierung* (Shor 1959) normalerweise ignoriert (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 41), zumindest auf bewusster Ebene.
- *Implikationen und Präsuppositionen* werden nur bewusst überprüft und gegebenenfalls abgelehnt, wenn sie zu weit außerhalb des *Bezugsrahmens* des Empfängers liegen und wenn genug *Aufmerksamkeitskapazität* zur Überprüfung vorhanden ist. Überladung und andere Konfusionstechniken vermindern die Aufmerksamkeitskapazität. Implikationen von indirekten Suggestionen wirken am elegantesten, wenn sie gerade so innerhalb des Bezugsrahmens des Patienten liegen und ihn gleichzeitig erweitern.

2.2 Nonverbale Kommunikation

Die Beachtung der nonverbalen Signale eines Patienten und die systematische Veränderung des nonverbalen Verhaltens des Therapeuten haben in der Hypnotherapie drei Hauptfunktionen:

- Aufgrund bestimmter Signale und der Veränderungen des nonverbalen Verhaltens, so genannter *minimaler Hinweisreize*, zu denen *Trancezeichen* und *Zugangshinweise* zählen, können Hypothesen über den inneren Zustand, Informationsverarbeitungs- und selbsthypnotische Prozesse des Patienten aufgestellt werden. Grinder und Bandler (1981/1984) bezeichnen dies als *Kalibrieren*. Diese Hypothesen werden soweit möglich mit den verbalen Äußerungen des Patienten abgeglichen und beruhen auf dem Vergleich von mindestens zwei Zuständen oder der Veränderung von einem Zustand zum anderen. Wichtig ist, dass sich diese Hypothesen in der Regel nicht auf Inhalte von Gedanken oder Bedeutung von Gesten und Körpersprache beziehen, sondern auf Eigenschaften des inneren, physiologischen Zustandes des Patienten, vor allem der Aktivierung des autonomen Nervensystems. Auf der Basis dieser Hypothesen wird der Therapieprozess an die individuellen Merkmale des Patienten angepasst und zeitlich abgestimmt.
- Der Therapeut kann sein eigenes nonverbales und verbales Verhalten systematisch so variieren, dass der *Rapport* zwischen Patient und Therapeut hergestellt und reguliert wird. Herstellung von Rapport dient in der Hypnotherapie auch der Förderung der *Reaktionsbereitschaft* (Erickson und Rossi 1979/1981), die die notwendige Voraussetzung einer hypnotischen Reaktion ist.
- Schließlich können nonverbale Elemente der Kommunikation vom Therapeuten systematisch genutzt werden, um *auf nonverbaler Ebene zu intervenieren*, sowohl um verbale Suggestionen zu unterstützen oder evtl. völlig nonverbal zu arbeiten. Auf Effekte des klassischen Konditionierens

und von Ankern, die als nonverbale Elemente in Induktionen genutzt werden können, wird im Abschnitt „Klassisches und verdecktes Konditionieren“ eingegangen. Analoges Markieren durch Modulation des Tonfalls und andere nonverbale Parameter wurde bereits im Abschnitt „Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestionen“ beschrieben. Auf weitere Möglichkeiten wie den Gebrauch von *Pantomimetechiken* als nonverbale Suggestionen bis hin zu vollständigen Hypnose-Sitzungen ohne den Gebrauch gesprochener Sprache und verbaler Suggestionen wies Erickson (1964) hin.

2.2.1 Minimale Hinweisreize

Die nonverbalen Signale des Patienten, die zur Hypothesenbildung über seinen inneren Zustand geeignet sind, werden allgemein als *minimale Hinweisreize* (Minimal Cues) bezeichnet, da sie in ihrer Ausprägung so gering sind, dass sie ohne systematische Beobachtung normalerweise nicht bewusst wahrgenommen werden. Bei Hinweisreizen, die auf das Vorhandensein oder die Entwicklung eines Trancezustandes hindeuten, spricht man von *Trancezeichen* oder *Trance-Indikatoren*. Alle folgend beschriebenen Hinweisreize sind aber auch außerhalb von Hypnose in der alltäglichen Kommunikation zu beobachten.

Von besonderem Interesse sind Hinweisreize, die Rückschluss auf die Aktivität des *autonomen Nervensystems* erlauben. Sympathische Aktivierung, die mit Adrenalinausschüttung und einer *Tonuserhöhung* einhergeht, lässt sich an kleinen Pupillen, verstärkter Muskelanspannung, eher flacher, schneller Brustatmung und blasser, gering durchbluteter Haut ablesen. Parasympathische Aktivierung, die mit einer *Tonuserniedrigung* einhergeht, ist an erweiterten Pupillen, Muskelentspannung, langsamer Bauchatmung, stärkerer Hautdurchblutung sowie leichtem Anschwellen und Öffnen der Lippen erkennbar (Bandler und Grinder 1982/1985, S. 37; Revenstorf 1993, S. 150). Die physiologischen Prozesse, auf denen diese Hinweisreize beruhen, sind unterschiedlich reagibel und daher bei Veränderungen der Aktivierung verschieden unmittelbar zu beobachten: Am schnellsten sind die Veränderungen der Pupillengröße und des Atemmusters zu erkennen, dann die der Muskelanspannung und als letztes die der Hautdurchblutung. Da die Induktion von Trance im Normalfall mit Entspannung einhergeht, sind hierbei die Anzeichen einer Tonuserniedrigung beobachtbar. Sympathische Aktivierung während einer Trance kann auftreten, wenn z.B. in einer Altersregression ein angstbesetztes Erleben wieder erinnert wird.

Tabelle 2-5 gibt einen Überblick beobachtbarer Trancezeichen bzw. minimaler Hinweisreize, die einer Tonuserniedrigung entsprechen. Die Zusammenstellung beruht auf Gilligan (1987/1991, S. 157), wurde um einzelne Aspekte (aus Gilligan (1987/1991, S. 154; Erickson und Rossi 1979/1981, S. 26; Revenstorf 1993, S. 150) ergänzt und neu sortiert.

| |
|---|
| <p>1. Bei geöffneten Augen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abnahme oder Verlust des Liedschlagreflexes • Zittern der Augenlider • Zucken der Augenmuskeln • Blickfixierung • Pupillendilatation • Abnahme der Augenbewegungen • vermehrte Bildung von Tränenflüssigkeit (v.a. bei Fixationstechniken) • spontanes Schließen der Augen |
| <p>2. Körperbewegungen und Muskulatur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Körperbewegungen, Bewegungsunfähigkeit • sparsame Bewegungen • Muskelentspannung, ausgeglichener Muskeltonus • spontanes ideomotorisches Verhalten (z.B. Zucken der Finger, Armlevitation, Zittern der Augenlider) |
| <p>3. Stimme und Schlucken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verbale Hemmung • veränderte Stimme • Schlucken, Veränderung oder Ausbleiben des Schluckreflexes |
| <p>4. Atmung und Puls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der Atmung: Bauchatmung, Rhythmus verlangsamt und regelmäßiger • Verlangsamung der Pulsfrequenz (evtl. an Halsschlagader / Carotis sichtbar; bei übereinander geschlagenen Beinen an Bewegungen der oberen Fußspitze) |
| <p>5. Gesicht, Kopf, Nacken und Schultern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glättung (Verflachung) der Gesichtsmuskulatur (Stirn, Wangen, Kiefer, Mundwinkel), Glättung von Falten • Veränderung in Größe und Färbung der Lippen (Durchblutung), leichtes Öffnen • Entspannung von Schultern, Nacken und Hals, Neigung des Kopfes; ideomotorisches Nicken • Veränderung in Symmetrie / Asymmetrie der Gesichtshälften • Veränderung der Gesichtsfarbe: <ul style="list-style-type: none"> • entweder blasser (Hinweis auf eher auf dissoziierte Zustände) • oder gerötet (größere kinästhetische Entspannung) |
| <p>6. Reaktionen und Reflexe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abnahme oder Verlust der Orientierungsreaktionen (z.B. auf Geräusche im Raum) • evtl. Schreckreflex • zeitverzögerte Reaktionen (z.B. beim Sprechen oder bei Bewegungen), Verzögerung von Reflexen |
| <p>7. nach der Trance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • körperliche Reorientierung |

Tabelle 2-5: Beobachtbare Trancezeichen bzw. minimale Hinweisreize, die mit einer Tonuserniedrigung einhergehen (zusammengestellt, ergänzt und neu sortiert nach: Gilligan 1987/1991, S. 157, S. 154; Erickson und Rossi 1979/1981, S. 26; Revenstorf 1993, S. 150)

Sympathische Aktivierung ist auch außerhalb von Hypnose in der normalen Kommunikation bei *Ablehnung oder Abwägung* beobachtbar und parasympathische bei *Zustimmung* (Revenstorf 1993, S. 149). Wenn der Therapeut einen Reframe anbietet können so unabhängig von den verbalen Aussagen des Patienten Hypothesen über die Akzeptanz des Reframes vor allem auf unbewusster Ebene gebildet werden (Bandler und Grinder 1982/1985, S. 37). Diesen Übergang von sympathischer zu parasympathischer Aktivierung beim Akzeptieren eines Reframes bezeichnet Stahl (1985, S. 11) auch als *Versöhnungs-Physiologie*.

Ebenfalls sehr eng mit dem inneren Zustand verknüpft sind Rhythmus und Geschwindigkeit des *Atemmusters* und des *Sprechens* sowie der *Tonfall*. Grundsätzlich sind *Rhythmus und Geschwindigkeit* Eigenschaften des inneren Zustandes, die den verschiedenen nonverbalen Signalen übergeordnet sind, da diese alle vom Grad der autonomen Aktivierung abhängig sind. Rhythmus und Geschwindigkeit des inneren Zustandes bilden sich auch in *motorischen Aktivitäten* wie Laufen, Bewegungen der Hände und der Füße, Kopfnicken oder Schaukeln des Oberkörpers ab (Bandler und MacDonald 1988/1990, S.123ff).

Unabhängig hiervon sind weiterhin oft feine *ideomotorische Reaktionen* beobachtbar, die auf innere Vorstellungen des Patienten schließen lassen, die mit motorischer Aktivität zusammenhängen (Erickson 1961, S. 2). Auf den zugrunde liegenden Carpenter-Effekt wird im Abschnitt „Ideomotorische Methoden“ eingegangen. Bei ausreichenden Lichtverhältnissen sind auf den geschlossenen Augenlidern des Patienten Bewegungen der Augäpfel erkennbar, die an *Rapid-Eye-Movements* (REM) erinnern, und auf visuelle Imaginationen hinweisen (Grinder und Bandler 1981/1984, S. 307).

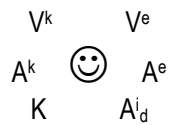
Die Wahrnehmung von Hinweisreizen, die mit feinen motorischen Bewegungen des Patienten zusammenhängen, ist für den Therapeut oft leichter, indem er seinen *Blick defokussiert* oder seine Blickrichtung so verändert, dass sich der Patient im *peripheren Blickfeld* des Therapeuten befindet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die peripheren rezeptiven Felder der Retina auf schnelle Reizweiterleitung von schwarz/weiß bzw. Helligkeitsveränderung und Bewegung spezialisiert sind, die zentralen rezeptiven Felder der Retina hingegen auf langsame Reizweiterleitung von Farben und Formen. Diese Beobachtungstechnik ist gerade auch in Gruppensettings nützlich.

2.2.2 Zugangshinweise

Als *Zugangshinweise* (Accessing Cues) bezeichnen Dilts et al. (1980/1985) diejenigen Hinweisreize, die auf die benutzten Repräsentationssysteme und Submodalitäten bei Informationsverarbeitungs- und selbsthypnotischen Prozessen schließen lassen sollen. Verbale Zugangshinweise wurden im Abschnitt „Sensorisch spezifische Prädikate und verbale Zugangshinweise“ behandelt.

Augenbewegungen (Blickrichtungen) sollen direkt mit dem momentan aktiven, zugänglich gemachten, Repräsentationssystem korrelieren, sowohl während der Patient eine Aussage formuliert als auch während er nach der Antwort auf eine Frage sucht (Abbildung 2-1). Die Abfolge von Augenbewegung

soll die gerade aktivierte Strategie bzw. das aktive neurolinguistische Programm, also die Sequenz der bei der Informationsverarbeitung benutzten Sinnesmodalitäten, erkennbar machen (Dilts et al. 1980/1985, S. 96ff, S. 102ff). Visueller Zugang soll auch an defokussiertem Blick ohne spezielle Richtung erkennbar sein.



V^k = visuell konstruiert

V^e = visuell eidetisch

A^k = auditiv konstruiert

A^e = auditiv eidetisch

K = kinästhetisch

A^{i_d} = auditiv intern digital
(innerer Dialog)

Abbildung 2-1: Augenbewegungen als nonverbale Zugangshinweise bei normal organisierten Rechtshändern (nach Dilts et al. 1980/1985, S.96f).

Als weitere *nonverbale Zugangshinweise* werden angeführt: Aufrechte Körperhaltung, schnelle, eher flache Brustatmung, schnelleres Sprechen, hohe Stimmlage und Gestik mit erhobenen Händen deuteten auf einen visuellen Zugang hin, während gebeugte Körperhaltung, tiefe Bauchatmung, langsames Sprechen, tiefe Stimmlage und Gestik mit gesengten Händen auf einen kinästhetischen Zugang hinweisen. Eine aufrecht-gebogene Körperhaltung mit leicht zurückgezogen Schultern und rhythmische Bewegungen von Kopf oder Händen sollen auf einen auditiven Zugang und einen inneren Dialog hinweisen.

Da die *Satir-Kategorien* mit der zugehörigen Körpersprache ebenfalls mit Repräsentationssystemen zusammenhängen sollen (Bandler, Grinder und Satir 1975/1978; Grinder und Bandler 1976/1982, S. 56ff), können sie als Zugangshinweise auf den Ebenen von Verhalten und Persönlichkeit genutzt werden: *Anklagen* mit erhobenem Zeigefinger und schneller, schriller Stimme weist auf visuellen Zugang hin, *Rationalisieren* mit monotoner Stimme auf auditiven Zugang, *Beschwichtigen* mit gebückter Körperhaltung und leiser Stimme auf kinästhetischen Zugang und *Ablenken* mit einem wechselnden Gebrauch der ersten drei Verhaltenskategorien auf Zugang in allen Repräsentationssystemen.

Körperbau und Konstitution werden laut Dilts et al. (1980/1985, S. 117) durch den chronischen präferierten Gebrauch eines Repräsentationssystems über die damit verbundenen Atemmuster, Körperhaltungen und Muskelanspannungen beeinflusst. Damit sollen umgekehrt Körperbau und Konstitution Hinweise für präferierte Repräsentationssysteme geben: Ein dünner, angespannter Körper (entsprechend dem ektomorphen Typ nach Sheldon) soll für visuell orientierte Personen

charakteristisch sein, ein athletischer, muskulöser Körper (mesomorpher Typ) für sensumotorisch-kinästhetische Personen, ein voller, weicher Körper (endomorpher Typ) für propriozeptiv-kinästhetische Personen, lediglich auditiv orientierte Personen lassen sich keinem Konstitutions-Typ zuordnen. Auf die Zusammenhänge von Satir-Kategorien, präferierten Repräsentationssystemen und Konstitutionstypen wird zusammenfassend im Abschnitt „Utilisation von Patienten-Merkmalen“ eingegangen.

Nonverbale Zugangshinweise für *Submodalitäten* (Bandler 1985/1987) sind schwieriger zu verallgemeinern, daher existiert auch keine Übersicht hierzu. Gestikulieren in bestimmte Richtungen kann darauf hinweisen, dass ein Patient eine Repräsentation räumlich repräsentiert, als ob ein bestimmter Gedanke oder ein bestimmtes Gefühl einen festen Platz im visuellen Gesichtsfeld des Patienten hat. Dies soll grundsätzlich bei Zeitlinien der Fall sein (Andreas und Andreas 1987/1988; James und Woodsmall 1988/1991), auch innerlich gehörte Stimmen oder Geräusche können als aus bestimmten Richtungen kommend repräsentiert werden. Bewegt ein Patient seinen Kopf zurück, während mit einer visuellen Imagination gearbeitet wird, kann das darauf hinweisen, dass das Bild intensiver empfunden wird, da es innerlich größer, farbiger und heller oder näher heran geholt wurde. Von besonderer Relevanz soll schließlich der Ort im visuellen Feld, an dem der visuelle Anteil einer Repräsentation bzw. Imagination wahrgenommen wird, sein, da Repräsentationen, speziell Glaubenssätze und Werte, nach bestimmten Eigenschaften wie z.B. Überzeugung oder Zweifel im visuellen Feld örtlich sortiert sein sollen (Bandler 1985/1987, S. 121ff).

2.2.3 Inkongruenz

Inkongruente Kommunikation seitens des Patienten kann in verschiedenster Form auftreten. Im einfachsten Fall kommuniziert der Patient zwei widersprüchliche verbale Aussagen zeitlich hintereinander (*sequentiell*). Häufiger ist jedoch die Inkongruenz zwischen verbalen digitalen Aussagen und gleichzeitig (*simultan*) nonverbal analog kommunizierten Botschaften. Dies kann z. B. eine verbal geäußerte Zustimmung des Patienten zu einem vom Therapeut angebotenen Reframe bei gleichzeitigen auf Ablehnung hinweisenden nonverbalen Reaktionen sein. Die kommunizierbare Anzahl der inkongruenten Botschaften ist theoretisch nur physiologisch begrenzt, auch die zeitliche Anordnung dieser Botschaften und die simultan zur Kommunikation genutzten nonverbalen Kanäle können stark variieren (zusammenfassend siehe Grinder und Bandler 1976/1982).

Inkongruenzen sind dem Patienten häufig nicht bewusst. Inkongruente Kommunikation deutet in der Regel auf *intrapsychische Konflikte* und *Ambivalenzen* hin. Bezieht sich eine inkongruente Äußerung auf die Therapie, das Therapieziel oder die Person des Therapeuten, kann das den Therapeuten in ein *Dilemma* oder einen *Double-Bind* bringen. Der Umgang mit diesen Dilemmata in der Auftragsdynamik wird im Abschnitt „Kooperation in der Therapie“ beschrieben.

Verbale Hinweise auf Inkongruenzen können Formulierungen wie „einerseits... andererseits...“ oder „ich möchte... aber...“ sein. *Nonverbale Hinweise* können das Abfallen der Stimme am Ende eines

Satzes, bei dem das „aber...“ unausgesprochen bleibt, sein, oder das Gestikulieren mit den Händen zu unterschiedlichen Seiten, wenn der Patient über verschiedene Aspekte seines Erlebens spricht, sowie andere *nonverbale Asymmetrien*.

Die bei einer Inkongruenz beteiligten inneren Anteile können nach *regressiver* und *progressiver* Funktion unterschieden werden. Ist eine Inkongruenz sequentiell sortiert, d.h. der Patient die Botschaften hintereinander kommuniziert, können außer unterschiedlichen Zugangshinweisen auch unterschiedliche autonome Aktivierungen beobachtet werden, weswegen Dilts, Hallbom und Smith (1989/1991, S. 124) auch von *inhibitorischer* und *exzitatorischer* Funktion sprechen. Asymmetrische Gestik soll auch darauf hinweisen, dass konfligierende Anteile neurologisch *lateralisiert* repräsentiert werden. Vereinfacht zusammengefasst wird der bewusste, progressive, exzitatorische Anteil der dominanten (beim Rechtshänder linken) Hemisphäre zugeordnet, der unbewusste, regressive, inhibitorische Anteil der nicht-dominanten (beim Rechtshänder rechten) Hemisphäre.

Die Identifikation von Inkongruenzen ist in der Therapie von elementarer Bedeutung. Der Umgang mit Dilemmata und Double-Binds wird im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ erläutert. Teile-Arbeit basiert gewissermaßen auf dem Sortieren von Inkongruenzen. Sowohl die Auftragsdynamik als auch die Therapie insgesamt haben letztendlich zum Ziel, Inkongruenzen aufzulösen und Kongruenz herzustellen (siehe hierzu die Reframing-Modelle, die im Abschnitt „Teile-Arbeit“ behandelt werden).

2.3 Rapport, verbales und nonverbales Pacing

Hypnotischer „Rapport“ ist nicht das gleiche wie das, was im Allgemeinen als „Kontakt“ bezeichnet wird. Das wird daran deutlich, dass Rapport auch bestehen kann, ohne dass Augenkontakt besteht oder verbale Interaktion stattfindet. Kontakt im Sinne von verbaler Interaktion kann auch stattfinden, ohne dass Rapport besteht - was häufig unerfreulich verläuft. Rapport wird im Wesentlichen hergestellt durch *Pacing* (Angleichen, spiegeln, mitgehen) und führt zu einem Zustand den man als *Synchronisation* von Patient und Therapeut beschreiben kann. Obwohl Pacing auch auf verbaler Ebene stattfindet, scheinen die wichtigeren Aspekte von Rapport auf nonverbaler Ebene zu liegen.

Ziel von *nonverbalem Pacing* ist der *nonverbale Rapport*, eine Synchronisation von Patient und Therapeut. Ziel von *verbalem Pacing* ist der *verbale Rapport*, eine Angleichung auf der Ebene von Sprachmustern. Herstellung von Rapport dient in der Hypnotherapie - außer der Herstellung der therapeutischen Beziehung – vor allem der Förderung der *Reaktionsbereitschaft* (Erickson und Rossi 1979/1981), welche schließlich die Voraussetzung einer hypnotischen Reaktion ist (siehe auch Abschnitt „Zeitliche Abstimmung und die Grundlagen von Kybernetik und Handlungstheorie“).

Vorweg soll noch klargestellt werden, dass der im Zusammenhang mit Pacing oft benutzte Begriff des *Leading* (Führen) in dieser Arbeit nicht verwendet wird, ebenso wird auf metaphorische alternative Begriffe wie „Einladung“ verzichtet. Ersterer ist inzwischen im Sinne von Manipulation negativ

konnotiert, zweiterer ist zu umgangssprachlich. Stattdessen wird hier allgemein von „Suggestion“ gesprochen oder die Funktion der Suggestion wird mit spezifischeren Begriffen wie „Veränderung der Aufmerksamkeitsfokussierung“ beschrieben. Die Kontroverse um den Begriff „Leading“ hat damit zu tun, dass sich zunehmend Sichtweisen der Kybernetik 2. Ordnung ausbreiten, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann. Im Abschnitt „Kooperation in der Therapie“ wird auf einige damit zusammenhängende Aspekte der Gestaltung der therapeutischen Beziehung eingegangen. Dass die Unterscheidung von Pacing und Leading ohnehin künstlich und nicht konsequent durchhaltbar ist, wird an mehreren Kategorien indirekter Suggestion deutlich: Eine als Allgemeinplatz formulierte Suggestion z. B. hat gleichzeitig die Funktionen von Pacing und Leading, ähnliches gilt auch für viele Formen von offenen Suggestionen.

Verbales Pacing besteht zunächst im *Zitieren*, Aufgreifen und Wiederholen von Begriffen, Schlüsselworten und Metaphern des Patienten. Weiterhin kann der Therapeut in seiner Sprache und beim Formulieren von Suggestionen systematisch die sensorisch spezifischen Prädikate an die Präferenzen des Patienten von *Repräsentationssystemen* angleichen. Beim Zitieren von Formulierungen des Patienten geschieht dies einfacher Weise automatisch. Möchte der Therapeut das bewusste Denken des Patienten pacen, geschieht dies durch Benutzung von Prädikaten, die dem präferierten Repräsentationssystem des Patienten zugeordnet sind. Möchte der Therapeut hingegen unbewusste Anteile pacen, kann er Prädikate benutzen, die sich auf Repräsentationssysteme beziehen, die der Patient nicht präferiert. Verbales Pacing kann auch von kompletten Strategien, also Sequenzen im Gebrauch von Repräsentationssystemen, z.B. Entscheidungsstrategien, erfolgen (Dilts et al. 1980/1985, S. 121ff). Hierauf wird detaillierter im Abschnitt „Intrapsychische Merkmale und kognitive Stile“ eingegangen werden.

Die Formulierung von Aussagen, die der Wahrnehmung des Patienten entsprechen und damit seine Zustimmung finden, erzeugt einen Zustand, der mit einer erhöhten *Reaktionsbereitschaft* einhergeht. Eine Abfolge von drei Pacing-Aussagen gefolgt von einer Suggestion, die über die Wahrnehmung des Patienten hinausgeht, wird als *Yes-Set* bezeichnet. Die Wirkung der vierten Aussage, der Suggestion, hängt davon ab, inwieweit die ersten drei Pacing-Aussagen die Reaktionsbereitschaft verstärken konnten (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 54). Diese Technik wurde bereits als eine Kategorie indirekter Suggestion angeführt (siehe Tabelle 2-3, Kategorie 8.).

Werden diese Aussagen systematisch sensorisch spezifisch formuliert, so dass ein Übergang von präferierten zu weniger präferierten Repräsentationssystemen stattfindet, spricht man von *Überlappen* (Overlapping) (Grinder und Bandler 1981/1984, S. 65). Aus der Abfolge mehrerer Yes-Sets kann das Grundgerüst von Tranceinduktion durch Aufmerksamkeitsfokussierung aufgebaut werden, was im Abschnitt „Induktion und Vertiefung von Trance“ weiter dargestellt wird. Pacing, Reaktionsbereitschaft, Yes-Set und Überlappen spielen auch in der normalen Kommunikation außerhalb von expliziter Hypnose eine fundamentale Rolle. Die hier für präferierte Repräsentationssysteme geschilderten Formen des Pacings können auch auf andere Sprachmuster, die

z. B. mit kognitiven Stilen des Patienten zusammenhängen, angewendet werden. Hierfür verwendbare Modelle werden im Abschnitt „Utilisation von Patientenmerkmalen“ vorgestellt.

Nonverbales Pacing besteht darin, dass der Therapeut sich auf nonverbaler Ebene dem Patienten angleicht. Außer der Körperhaltung sind das alle nonverbalen Kanäle, in denen eine *Synchronisation von Rhythmus und Geschwindigkeit* möglich ist. Prinzipiell kann das alle Aspekte betreffen, die in Tabelle 2-5 angeführt worden sind. Besonderer Bedeutung kommt dem Atemmuster und dem Sprechrhythmus zu. Es wird empfohlen, bei der Tranceinduktion den Sprechrhythmus so zu gestalten, dass der Therapeut spricht, während der Patient ausatmet und eine Pause macht, während der Patient einatmet. Synchronisation von Atemmuster und Sprechrhythmus, v. a. auch außerhalb von Hypnose in der normalen Kommunikation, haben Rückwirkung auf die autonome Aktivierung und damit den inneren Zustand der beteiligten Personen. Hierbei spielen vermutlich auch Prozesse eine Rolle, die in Körpertherapien als *vegetative Identifikation* (Reich 1933) bezeichnet werden.

Die Beobachtung nonverbaler Signale, insbesondere der Synchronisation, kann aber außer zur Herstellung von Rapport auch genutzt werden, um zu *beobachten*, ob zwischen zwei Personen – z.B. einem Paar – Rapport besteht, oder ob ein Patient spontan in Rapport mit dem Therapeuten geht, ohne dass dieser den Rapport systematisch durch Pacing herstellt. Sobald Anzeichen zu beobachten sind, dass ein Rapport besteht, kann dieser *getestet* werden, indem der Therapeut sein nonverbales Verhalten (z.B. Körperhaltung und Atemmuster) variiert und beobachtet, oder der Patient sich nonverbal angleicht oder nicht.

Auf die selbe Weise wie der Rapport getestet wird kann der Therapeut bei bestehendem Rapport dem Patienten, z.B. durch Veränderung seines Atemmusters und seiner Körperhaltung, gewissermaßen *nonverbale Suggestionen* geben, die dazu führen können, dass der Patient Atemmuster und Körperhaltung synchron angleicht und sich so sein innerer Zustand verändert.

Werden tatsächlich alle möglichen nonverbalen Kanäle in das Pacing miteinbezogen bezeichnet man es als *vollständig*, ansonsten als *partiell*. Statt sich in einen bestimmten Kanal, wie z.B. dem Atemmuster, dem Patient *direkt* anzugleichen, kann dies *indirekt* in einem anderen Kanal, z. B. durch feine Bewegung einer Hand oder des Kopfes im Rhythmus des Atmens, geschehen (*Überkreuz-Pacing*) (Bandler und Grinder 1979/1981; Gilligan 1987/1991, S. 143.). Partielles indirektes Überkreuz-Pacing empfiehlt sich v. a. in der Arbeit mit Patienten, die schwerkrank sind oder chronische Schmerzen haben. Der Therapeut kann den Rapport damit auf ein Ausmaß regulieren, dass seine Befindlichkeit nicht beeinträchtigt wird, aber ein ausreichender nonverbaler Rapport für die Therapie und für Hypnose besteht. Schließlich ist es unter bestimmten Umständen auch sinnvoll, den Rapport systematisch zu *beenden*, indem eine bestehende, vielleicht unbeabsichtigt spontan entstandene Synchronisation die unerwünscht ist, unterbrochen wird.

Pacing von *Inkongruenzen*, sowohl verbal als auch nonverbal, z.B. durch Spiegeln der asymmetrischen, lateralisierten Gesten des Patienten, ist insofern von besonderer Bedeutung, als dass der Rapport nicht nur zum bewussten Denken des Patienten, das den Veränderungswunsch

verbalisiert, sondern auch zu konfligierenden, oft unbewussten Anteilen nötig ist, um den Patient bei einer Veränderung zu unterstützen. Reaktanz und so genannter Widerstand hängen in gewissem Sinne immer damit zusammen, dass der Therapeut zu diesen inneren Anteilen keinen Rapport hergestellt oder ihn verloren hat.

2.4 Metaphern und verwandte indirekte Methoden

Metaphern werden zu den Techniken der indirekten Suggestionen gezählt. Die bei der Auswahl und Konstruktion von Metaphern geltenden Grundprinzipien gelten auch für Symbole, Geschichten, Anekdoten, Märchen, Analogien, Bilder usw. (siehe auch den Abschnitt „Imagination und Visualisierung“). Besondere mit Metaphern verwandte Techniken sind *Rituale* (van der Hart 1981/1982, Schales 2001, Imber-Black, Roberts und Whiting 1993) sowie die Nutzung von *Humor und Witzen* in der Therapie (Provokative Therapie, Farrelly und Brandsma 1974/1986; Hain 1996, 2001). Wenn im Folgenden nur von Metaphern gesprochen wird, gilt das Gesagte auch für diese Techniken. Auf symbolische Gegenstände als Auslöser für ressourcenvolle Zustände wird in den Abschnitten „Klassisches Konditionieren“ und „Posthypnotische Suggestionen“ eingegangen. Im Abschnitt „Ideosensorische und imaginative Techniken“ wird auf eine Gruppe von Ritualen zur Kommunikation mit dem Unbewussten eingegangen.

Metaphern können sowohl in Trance nach einer expliziten, formalen Induktion dargeboten werden, als auch beiläufig im Gespräch, insbesondere in Form von Geschichten und Anekdoten (Erickson und Zeig 1980/1985). Sie können zunächst genutzt werden, um durch indirektes Pacing *Rapport* aufzubauen. Bietet der Patient bei der Beschreibung seiner Probleme oder seiner Ziele spontan Metaphern an (*Patientenmetaphern*), etwa in organsprachlichen Redewendungen, können diese von Therapeut direkt aufgegriffen und gegebenenfalls in veränderter Form weiter genutzt werden. Dies dient sowohl der Verbesserung des Rapports als auch einer therapeutischen Nutzung. Es kann auch nützlich sein, wenn der Therapeut Geschichten aus seinem eigenen Leben oder Fallgeschichten von anderen Patienten erzählt, wie ähnliche Problematiken gelöst werden konnten. Durch derartige Geschichten wird es dem Patienten erleichtert eine Außenperspektive einzunehmen und es wird ein Reframing impliziert, dass derartige Lebenssituationen „normal“ oder menschlich sind und auch schon von anderen Menschen bewältigt werden konnten (*Normalisierung*).

Beachtet werden sollte allerdings, dass wenn der Therapeut zu viele derartige Geschichten erzählt, manche Patienten dies als selbstdarstellerisch empfinden könnten, was den Rapport verschlechtert. Ähnliches kann für das Erzählen von Geschichten und insbesondere Märchen gelten, wenn Patienten sich in ihrer schwierigen Lebenssituation nicht ernst genug genommen fühlen. Es soll auch erwähnt werden, dass ein zu ausschweifender strategischer Einsatz von Metaphern und Geschichten bei einer Vernachlässigung der Transparenz ebenfalls zu einer Verschlechterung des Rapports führen kann. Sicherlich empfinden es einige Patienten (z.B. mit eher histrionischen Anteilen) als angenehmer,

Rückmeldungen des Therapeuten indirekt „durch die Blume“ zu hören. Andere Patienten (z.B. mit eher paranoiden Anteilen) hingegen können dies als manipulativ empfinden und vermuten bald hinter jeder Aussage des Therapeuten eine versteckte Botschaft, was sich negativ auf die Kooperationsbasis auswirkt („Was will mir mein Therapeut damit schon wieder sagen? Und warum sagt er es mir nicht offen und direkt?“).

Die Rezeption von Metaphern bewirkt beim Patienten intrapsychische Reaktionen einschließlich spontaner Trancephänomene, die anhand nonverbaler Hinweisreize beobachtet und zur *Diagnostik* genutzt werden können (Zeig 1980/1985, S. 44ff). So können Hypothesen z.B. über die emotionale Relevanz bestimmter Themen für den Patienten aufgestellt werden, ohne ihn direkt darauf anzusprechen.

Metaphern können außerdem zur *Induktion* von Trance und speziellen Trancephänomenen und Zuständen genutzt werden, sowie als eigentliche therapeutische Intervention zur Erreichung therapeutische Teilziele. Die Hauptanwendung ist die indirekte Evokation von Ressourcen, ein elementarer Grundwirkmechanismus ist die *Einstreutechnik*. In einigen von Ericksons bekanntesten Fallgeschichten („Mein Freund John“, Erickson und Rossi 1979/1981, S. 142ff; „Tomato-Joe“, Erickson 1966) stellt die Einstreutechnik gemeinsam mit dem *verschobenen Bezugsindex* das Hauptkonstruktionsprinzip dar.

Zur Auswahl und Konstruktion können *universelle Metaphern*, die für alle Patienten gelten sollen, als auch speziell auf den Patienten und seine Diagnose *individuell zugeschnittene Metaphern* genutzt werden (eine umfangreiche Sammlung bietet Hammond 1990). Bei ersterem ist insofern Vorsicht geboten, dass es immer individuelle Ausnahmen geben kann. Eine Strandszene, die für die meisten Patienten Entspannung symbolisiert, kann aufgrund einer schlechten Urlaubserfahrung bei einem einzelnen Patienten völlig unerwünschte Reaktionen hervorrufen. Dieses Risiko spielt bei standardisiertem Vorgehen, z.B. mit Hilfe von Hypnose-CDs, eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Einige der weiter unten beschriebenen Konstruktionsprinzipien sind speziell geeignet um *Konfusion* zu erzeugen und die *Tranceinduktion* zu erleichtern, oder auch zur Erzeugung von *posthypnotischer Amnesie*. Letztere kann aus strategischen Erwägungen sinnvoll sein, um die im Unbewussten während der Trance entwickelten Lösungsansätze vor einer Zensur durch das Bewusstsein zu schützen. Andere Trancephänomene und therapeutische Teilziele die durch Metaphern erreicht werden sollen sind *Perspektivwechsel*, *Musterunterbrechung*, *Reassoziaton* und *Umstrukturierung* sowie das *Auslösen von inneren Suchprozessen*.

Humor und Witze in der Therapie bewirken neben der *Induktion eines ressourcenreichen Zustandes* des Patienten durch *Lachen* einen *Perspektivwechsel* und eine *Musterunterbrechung*. Eine adipöse Patientin z.B. berichtete in einer Nachbesprechung, dass sie, während sie zu ihren zwei Kühlschränken geht, immer wieder an einen besonders bizarren Witz des Therapeuten denken muss, mit der Folge, dass sie lachen muss und sich häufig einfach wieder umdreht und weggeht, ohne einen Fressanfall zu haben (Farrelly 1999, zitiert nach Schulte 2002, S. 1, S. 151f). Die Erinnerung an den Witz im

Problemkontext bewirkt eine Musterunterbrechung und ein alternatives, ressourcenreiches Verhalten. Lerntheoretisch formuliert hat eine *verdeckte Konditionierung* stattgefunden, allerdings auf eine sehr ökonomische Weise (siehe auch Hain 2001). Die *Übertreibung* und Überzeichnung des Problems durch bizarre Witze kann, da dies in der Imagination des Patienten intensive affektive Bilder erzeugt, im verhaltenstherapeutischen Sinn auch als eine Art *Reizkonfrontation*, *Exposition*, *Fooding* oder *Implosion in senso* verstanden werden können.

Seitens der Literaturwissenschaft wird zwischen der *Substitutions-* und der *Interaktionstheorie* unterschieden (Kurz 1982, S. 7ff). Nach ersterer auf Aristoteles zurückgehender Theorie wird bei der Metapher das eigentlich gemeinte Wort durch ein anderes substituiert. Dieser Vorgang der Übertragung impliziert ein topologisches Modell der Sprache. In der einfachsten Untertheorie, der *Vergleichstheorie*, ist die Metapher ein um den Partikel „wie“ verkürzter Vergleich. In der Interaktionstheorie hingegen geht man davon aus, dass der metaphorische Ausdruck nicht ohne einen Verlust an Information ersetzbar ist und dass es dafür keinen „eigentlichen“ Ausdruck gibt. Es besteht außerdem eine semantische Inkongruenz zwischen der Metapher und ihrem Kontext, weswegen ein Interaktionsprozess einsetzen muss, damit die Metapher ihre Bedeutung erhält. Ebenso ist das Symbol ein hermeneutisches Phänomen und kein semiotisches (Kurz 1982, S. 80ff), die Beziehung zwischen Symbol und Symbolisiertem entspricht nicht der zwischen Zeichen und Bezeichnetem. Die Bedeutung eines Symbols ist nicht eindeutig, sie muss erst gedeutet werden.³⁸

Ein Modell zur Konstruktion therapeutischer Metaphern geht vom Konzept des *Homomorphismus* aus (Gordon 1978/1986). Elemente und Relationen der Problemkonstruktion werden in der Metapher 1:1 repräsentiert, wobei diese Repräsentation nicht vollständig sein muss, sondern lediglich relevante Elemente und Relationen enthalten braucht.³⁹ Im Laufe einer Geschichte verändern sich die Relationen zwischen den Elementen in einer Entwicklung vom Problem zur Lösung. Dies soll beim Patienten auf einer unbewussten Ebene Suchprozesse zur Lösung für sein in der Metapher repräsentiertes Problem stimulieren. Implizite Voraussetzung dieses Konstruktionsprinzips ist die im Abschnitt „Allgemeine Prinzipien“ erläuterte Unterscheidung von Inhalt, Struktur und Form. Eine spezielle Variante ist die *Stellvertretertechnik* (Bongartz und Bongartz 2001; 1998, S. 193 ff). Diese indirekte, strategische Metapher wird insbesondere zum Umgehen von Widerstand eingesetzt, wenn der Therapeut den Patienten zu neuen Verhaltensweisen animieren möchte. Allerdings berichten Therapeuten immer wieder von völlig unerwarteten und teilweise auch unerwünschten Resultaten dieser Techniken. Dies kann u. a. auf Interaktionseffekte mit dem Kontext zurückgeführt werden und ist aus der Sicht von Kybernetik 2. Ordnung (von Förster 1974), der Autopoiesis und dem Prinzip der Unmöglichkeit instruktiver Interaktion (Maturana und Varela 1980, 1987/1987) nicht überraschend (siehe Abschnitt „Kooperation in der Therapie“).

In gewissem Sinne handelt es sich bei der Konstruktion therapeutischer Metaphern um eine

³⁸ Vereinfacht ausgedrückt haben Metaphern die Fähigkeit, mit dem Kontext die Bedeutung zu wechseln.

³⁹ Deshalb auch „Homomorphismus“, und nicht, wie häufig gesagt wird, „Isomorphismus“.

Umkehrung der Traumarbeit (im Sinne von Freud 1900). Nicht der Primärprozess, das Unbewusste, teilt sich dem Sekundärprozess, dem Bewusstsein, in Form eines Traumes mit, sondern das Bewusstsein, zunächst des Therapeuten, versucht mit Hilfe der Metapher einen Prozess im Unbewussten anzustoßen. Gemeinsamkeiten bestehen in den Vorgängen der *Symbolisierung* und deren Deutung, der Komplexitäts-Reduktion, die wie bei der Traumarbeit mit einer *Verdichtung* einhergeht, und der *Verschiebung*. Hierauf wird auch im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ eingegangen.

Ein elaboriertes Modell zur Konstruktion von Metaphern wird als *eingebettete Metaphern Struktur* (embedded metaphor structure, Lankton und Lankton 1983, 1989/1991) bezeichnet. Durch eine systematische Verschachtelung von Geschichten sollen die Trance induziert und vertieft werden, ein Pacing stattfinden, Konfusion erzeugt werden, Ressourcen evoziert und eine therapeutische Veränderung initiiert werden (siehe Abbildung 2-3). Für letzteres, die eigentliche therapeutische Intervention, soll durch diese Verschachtelung posthypnotische Amnesie erzeugt werden. Krause und Revenstorf (2003) konnten allerdings zeigen, dass die Amnesie oft nicht für die angestrebten sondern für andere Inhalte oder gar nicht eintritt. Dennoch treten bei derartig konstruierten Interventionen oft beachtliche Trancephänomene, insbesondere Zeitverzerrung auf. Die „Löwengeschichte“ mit ihren Varianten und Erweiterungen basiert auf diesem Konstruktionsprinzip und nutzt sowohl universelle als auch individuelle - z.B. an Diagnosen - angepasste Metaphern (Trenkle 1997).

Ein einfacheres Konstruktionsprinzip ist das der *verschachtelten Realitäten* (Stacked Realities, Grinder und Bandler 1981/1984, S. 117ff), welches hauptsächlich zur Erzeugung von Konfusion während der Tranceinduktion dient. Das allgemeinste Prinzip der Verschachtelung, das nicht nur für Metaphern gilt, sondern auch beiläufig im Gespräch eingesetzt werden kann, um posthypnotische Amnesie zu erzeugen, bezeichnen Erickson und Rossi (1979/1981, S. 160) als *Herbeiführen von Assoziationslücken*. Hierbei wird ein vor der Trance begonnenes Gespräch, evtl. zu einem völlig alltäglichen Thema, unmittelbar nach der Reorientierung abrupt fortgesetzt (Abbildung 2-2).⁴⁰

Eine Reihe von Autoren (z.B. Erickson und Rossi 1979/1981, S. 308f, S. 418ff; Bandler und Grinder 1982/1985, S. 32f) schreiben die therapeutische Wirkung von Trance im Allgemeinen und Metaphern im Speziellen u.a. der *lateralisierten Verarbeitung von Sprache* zu. Während verbal-rationaler Diskurs nur in der dominanten, eher mit dem Bewusstsein zusammenhängenden, Hemisphäre verarbeitet wird, lösen Metaphern bildhaft-imaginative Prozesse aus, die auch in der nicht-dominanten, eher mit dem Unbewussten zusammenhängenden, Hemisphäre verarbeitet werden sollen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Metaphern eine umfangreichere *Aktivierung von propositionalen Netzwerken* (Lang 1979) auslösen, als einfache Instruktionen zu Imaginationen. Dies würde mit Ericksons bereits im Abschnitt „Direkte vs. indirekte und positive vs. negative Suggestionen“ erläuterte Hypothese übereinstimmen, dass indirekte Suggestionen mehr Assoziationen insbesondere

⁴⁰ Erickson, Haley und Weakland (1959) kommentieren ausführlich das Transkript einer Sitzung, in der dieses Prinzip angewendet wurde.

auf unbewussten Verarbeitungsebenen auslösen als direkte Suggestionen und damit dem Patienten zu umfangreichern, tieferen und nachhaltigeren Reassoziations- und Neustrukturierungsprozessen verhelfen.

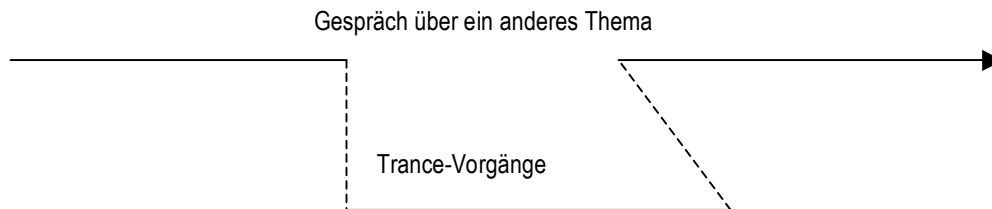


Abbildung 2-2: Herbeiführen von Assoziationslücken zum Erzeugen posthypnotischer Amnesie (leicht modifiziert nach Erickson und Rossi 1979/1981, S. 160)

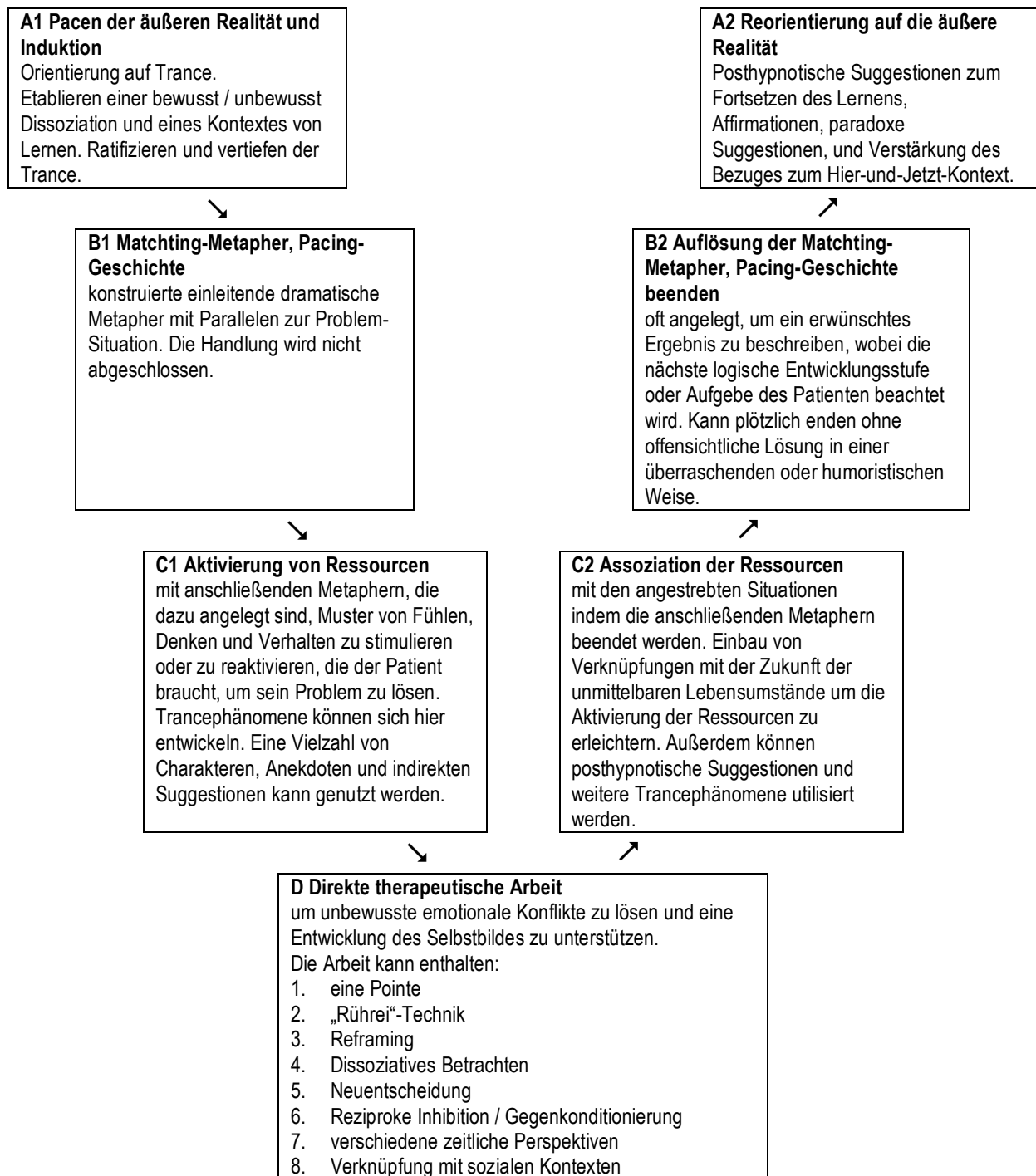


Abbildung 2-3: Eingebettete Metaphern Struktur (nach Lankton und Lankton 1983, S. 127; siehe auch Lankton und Lankton 1989/1991 sowie Trenkle 1997, S. 55). Als „Rührei“-Technik wird die Veränderung der Sequenz eines selbsthypnotischen Prozesses bezeichnet (siehe den Abschnitt „Grundstrategien der Variation selbsthypnotischer Prozesse“). Mit „Dissoziatives Betrachten“ ist eine visuell-kinästhetische Dissoziation, ein Perspektivwechsel, gemeint (siehe den Abschnitt „Dezentrierung“).

3 Gestaltung und Utilisation der therapeutischen Beziehung

Im ersten nun folgenden Abschnitt wird die Utilisation von intrapsychischen und interpersonellen Patientenmerkmalen beschrieben, im zweiten Kooperation in der Therapie.

Das Anliegen des zweiten Abschnittes ist es, die Grundformen von Beziehungsgestaltung autoritäre, standardisierte, strategische und kooperative Beziehungsgestaltung und Zusammenhänge zwischen diesen Formen zu vermitteln. Danach sollen schrittweise die Unterschiede zwischen strategischer und kooperativer Beziehungsgestaltung, die beide auf dem Prinzip der Utilisation beruhen, herausgearbeitet werden. Hierbei soll begründet werden, weshalb eine kooperative Beziehungsgestaltung, im Interesse sowohl von Patient als auch von Therapeut, zu bevorzugen ist, und wie dies konkret in Kommunikation und Auftragsdynamik umgesetzt werden kann. Eine solche Begründung kann gerade in der Hypnotherapie bislang nicht als trivial oder allgemein akzeptiert vorausgesetzt werden. Es sollte deutlich werden, weshalb kooperative Beziehungsgestaltung die einzige konsequente Umsetzung des Utilisationsprinzips darstellt.

Die im ersten Unterabschnitt vorgestellten Methoden der Utilisation von Patientenmerkmalen dienen der Individualisierung von Therapie, sind Anwendung des Utilisationsprinzips und können daher sowohl bei strategischer als auch bei kooperativer Beziehungsgestaltung genutzt werden. Sämtliche Patientenmerkmale können zur Herstellung von Rapport, in der Kommunikation und zur Tranceinduktion genutzt werden. Bei symptomorientierter Therapie können die intrapsychischen Merkmale insbesondere zur Variation selbsthypnotischer Prozesse genutzt werden. Bei konflikt- und problemorientierter Therapie und sowie zur Vermittlung korrigierender emotionaler Erfahrungen bei bindungsorientierter Therapie sind insbesondere die interaktionellen Merkmale nutzbar.

3.1 Utilisation von Patientenmerkmalen

Eine Reihe der im folgenden aufgeführten Aspekte wurde bereits in den vorangehenden Abschnitten „Allgemeine Prinzipien“, „Strukturierung des Therapieprozesses“ sowie „Kommunikation, Sprache und Rapport“ angerissen und werden insbesondere in den Abschnitten „Induktion und Vertiefung von Trance“ sowie „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ weitergeführt.

Gleich zu Beginn des Abschnittes „Allgemeine Prinzipien“ wurden drei Ebenen von Utilisation nach ihrer Funktion in der Therapie unterschieden:

- Therapiebeziehung
- Tranceinduktion und Vertiefung
- therapeutische Veränderung

Das Ziel einer Therapie und damit jeder Utilisation besteht allgemein formuliert darin, die *Anzahl der Wahlmöglichkeiten zu erhöhen* (siehe Abschnitt „Wahlmöglichkeiten und Ressourcenorientierung“). Die Muster, die Patienten in unflexibler Weise wiederholen, lassen sich mit den Merkmalen beschreiben, die in diesem und den folgenden Abschnitten dargestellt werden. Es ist grundsätzlich

sinnvoll, dass der Patient auf mehreren Ebenen, also in Bezug auf mehrere der nachfolgend beschriebenen Merkmale, neue Erfahrungen macht, durch die sich in Form implizitem Lernens seine Wahlmöglichkeiten von Denken, Erleben und Verhalten erweitern. Damit ist z. B. gemeint, dass ein Patient, der seinen Aufmerksamkeitsfokus fast ausschließlich nach außen richtet (externaler Aufmerksamkeitsstil) davon profitieren kann, wenn er im Laufe einer Therapie wiederholt die Erfahrung macht, dass ein nach innen Richten der Aufmerksamkeit (internaler Aufmerksamkeitsstil) in bestimmten Situationen sinnvoll sein kann, so dass er im Laufe der Therapie in der Nutzung seiner Wahlmöglichkeiten des Aufmerksamkeitsstils flexibler wird. Diese Erfahrungen können durch Gestaltung des Gesprächs, der Tranceinduktionen usw. vermittelt werden, ohne dass sie explizit thematisiert oder als Therapieziel vereinbart werden brauchen - was aber im Sinne einer Transparenz und einer kooperativen Beziehungsgestaltung (siehe Abschnitt „Kooperation in der Therapie“) durchaus sinnvoll ist.

Um die Orientierung zu erleichtern wird grob zwischen *intrapsychischen und interpersonellen Merkmalen* unterschieden (Zeig 1984; siehe auch Revenstorf 1993, S. 146ff). Die einzelnen Merkmale und die damit zusammenhängenden Verhaltensmuster sind grundsätzlich unabhängig voneinander zu beobachten und zu nutzen. Es bestehen jedoch einige Zusammenhänge zwischen den Merkmalen, die teilweise auch theoretisch begründet werden können. Am Ende des Abschnitts „Interaktionelle Stile und Persönlichkeitstypen“ wird z.B. der Zusammenhang zwischen präferierten Repräsentationssystemen – einem intrapsychischen Merkmal – und den so genannten Satir-Kategorien – einem interaktionellen Merkmal – dargestellt. Derartige Zusammenhänge können, wenn sie beim individuellen Patienten beobachtet werden können, bei der Utilisation systematisch genutzt werden, etwa gemäß des Prinzips des minimalen Aufwands.

Ein Pacing zum Herstellen von Rapport oder in der Tranceinduktion kann darin bestehen, dass der Therapeut den Patienten in einem relevanten Merkmal *symmetrisch* spiegelt (z.B. im sprachlichen Gebrauch sinnesspezifischer Prädikate). Bei anderen Merkmalen (insbesondere bei interaktionellen Stilen) kann ein Pacing auch in einer *komplementären* Verhaltensweise bestehen, mit der einer (vielleicht unbewussten) Erwartungshaltung des Patienten entsprochen wird, um den Rapport herzustellen (Revenstorf 2001, S. 65).

Hierzu soll bemerkt werden, dass in Paar-, Familien- und Gruppentherapien oder auch außerhalb therapeutischer Settings beobachtet werden kann, dass so genannte *Kollisionsmuster* (Willi 1975; siehe auch Mentzos 1982, S. 258f), sowohl symmetrische als auch komplementäre, nicht nur - wie im ursprünglichen Konzept beschrieben - bezüglich Persönlichkeitstypen und interaktioneller Stile bestehen, sondern auch auf der Ebene kognitiver Stile und anderer intrapsychischer Merkmale (Zeig 1984; Trenkle und Schmidt 1986). Ein einfaches Beispiel wäre ein Paar, in dem einer der Partner einen „linearen“ und der andere einen „mosaikartigen“ Denkstil bevorzugt, was sich in der Kommunikation und der Verwendung von Sprachmustern niederschlägt. Beobachtet der Therapeut dies in einer Paartherapie, kann er dies nutzen, indem er zunächst mit beiden einzeln Rapport

herstellt, evtl. Tranceinduktionen individualisiert gestaltet und schließlich das Paar dabei unterstützt, in der Kommunikation neue Wahlmöglichkeiten zu entwickeln, so dass beide die Sprache und das Denken des anderen besser verstehen und sich so ausdrücken können, dass umgekehrt der andere sie besser verstehen kann.

Diese Utilisation der Muster, die der Patient in die Therapie mitbringt und spontan zeigt, kann für alle drei eingangs genannten Ziele der Utilisation erfolgen. Zunächst erfolgt ein symmetrisches oder komplementäres Pacing des Patienten bezüglich eines oder mehrerer relevanter Merkmale, um *Rapport* und eine *Kooperationsbasis* herzustellen. Sobald der Therapeut dann seine Kommunikation und sein Verhalten variiert entspricht dies zunächst einer Musterunterbrechung für den Patienten. Wenn der Rapport und die Kooperationsbasis zwischen Patient und Therapeut stabil genug ist, variiert der Patient sein Erleben und Verhalten in der Folge ebenfalls. Im Rahmen einer *Tranceinduktion* erlebt der Patient hierdurch eine Veränderung seines Bewusstseins-Zustandes, da er eine Erfahrung macht, die nicht seiner Gewohnheit entspricht. Bei einer (eher symptomorientierten) Variation des für die Problemtrance zuständigen selbsthypnotischen Prozesses können gezielt Elemente variiert werden, die eine Lösungstrance-Induktion ermöglichen. Bei *bindungsorientierter Arbeit*, in der interpersonelle Merkmale und Persönlichkeitstypen utlisiert werden, können dem Patienten gezielt *korrigierende emotionale Erfahrungen* vermittelt werden.

Zwischen den im Folgenden beschriebenen Merkmalen und Kategorien bestehen teilweise Überschneidungen, da sie von verschiedenen Autoren dargestellt werden. Soweit möglich wird auch auf Interkorrelationen und andere Zusammenhänge zwischen den Merkmalen eingegangen. Selbstverständlich ist eine Aufzählung solcher Merkmale niemals vollständig. Es sind in der Therapie mit einem konkreten Patienten auch niemals alle der Merkmal-Kategorien relevant. Außerdem ist es in der therapeutischen Praxis in der Regel nicht nötig und realisierbar, existierende psychometrische Messverfahren einzusetzen. Vielmehr sollte der Therapeut durch einfache Beobachtung des Verhaltens und der Sprache des Patienten einige wenige Merkmale gezielt erfassen können, die für die Individualisierung des therapeutischen Vorgehens relevant sind. Es werden nur zu einem Teil der im Folgenden angeführten Merkmale Beispiele und genauere Erläuterungen gegeben, zunächst aus Platzgründen, aber auch, weil hier in erster Linie die Grundprinzipien der Utilisation von Patientenmerkmalen vermittelt werden sollen.

Da die Anzahl der Unterschiede zwischen den einzelnen, individuellen Patienten natürlicherweise unendlich sind, ist es für jeden Therapeuten eine unerschöpfliche Entwicklungschance, die Differenziertheit seiner Wahrnehmung des Patienten und die Wahlmöglichkeiten in seinem Verhalten als Therapeut immer zu erweitern, um auf jeden neuen, individuellen Patienten besser eingehen zu können. Daher wäre es völlig sinnlos, eine Systematik wie die folgende Übersicht als vollständig oder abgeschlossen zu konzipieren, es kann nur darum gehen, Beispiele für die Anwendung des Grundprinzips der Utilisation zu vermitteln.

3.1.1 Intrapsychische Merkmale und kognitive Stile

In diesem Abschnitt werden intrapsychische Merkmale zusammengefasst, also Stile oder Eigenschaften, die die Informationsverarbeitung einschließlich Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Fühlen und Erleben betreffen. Zunächst soll ein Überblick gegeben werden über die Konstrukte bzw. Gruppen von Konstrukten, deren hypnotherapeutische Utilisation beschrieben ist. Hierzu werden auch Konstrukte und Merkmale ergänzt, deren Utilisation noch nicht explizit beschrieben wurde, die aber mit den anderen Merkmalen inhaltlich zusammenhängen und ebenfalls analog genutzt werden könnten. Schließlich wird eine Reihe von Beispielen angeführt, wobei dies nicht für alle Konstrukte und Merkmale möglich ist.

Zeig (1984) versuchte aus der Beobachtung Ericksons Arbeit eine Übersicht elementarer Diagnosekategorien zu extrahieren, um das *Tailoring* (Maßschneidern) zu erleichtern. Im *Aufmerksamkeitsstil* wird zwischen *internal* vs. *external* und *fokussiert* vs. *diffus* unterschieden. Im *Verarbeitungsstil* wird zwischen *linear* vs. *mosaikartig*⁴¹ und *Untertreibung* vs. *Übertreibung* unterschieden. Weitere Kategorien nach Zeig (1984) folgen im Abschnitt „Interaktionelle Stile und Persönlichkeitstypen“. Beispielhaft werden in der folgenden Tabelle 3-1 mehrere ausgewählte Induktionstexte, in denen jeweils eines der oben genannten Merkmale genutzt wird, wiedergegeben. Hierbei erfolgt zunächst ein *Pacing*, dann eine *Musterunterbrechung* und schließlich eine *Überleitung zu einem veränderten Zustand* (nach Zeig 1984, übersetzt und modifiziert von Trenkle und Schmidt 1986, Trenkle 1991), z. B. wird der mosaikartige Verarbeitungsstil genutzt, indem mit Formulierungen wie „die eine oder andere entspannende Assoziation“ zunächst ein *Pacing* erfolgt und dann mit Formulierungen wie „eine angenehme Situation Schritt für Schritt zu erleben“ zu einem linearen Verarbeitungsstil übergegangen wird, der für den Patienten eine ungewohnte Erfahrung bedeutet und so die Veränderung seines Bewusstseinszustandes erleichtern soll. Die darauf folgende Tabelle 3-2 veranschaulicht die gleichzeitige Utilisation von zwei Merkmalen mit jeweils zwei Ausprägungen, woraus sich vier mögliche Kombinationen ergeben.

⁴¹ Der Begriff „mosaikartig“ wird in der Hypnotherapie von Zeig und Trenkle nur im Gegensatzpaar mit „linear“ verwendet und ist nicht mit ähnlichen Begriffen, etwa aus der Gestaltpsychologie, zu verwechseln.

| | |
|--|--|
| Verarbeitungsstil: linear vs. mosaikartig | |
| linear | „Du kannst systematisch all Dein Wissen nutzen, Schritt für Schritt, in der richtigen Reihenfolge, bewusst wie unbewusst in der richtigen Reihenfolge, Dein Weg in die Entspannung, ...bevor auch manchmal überraschend eine unpassende Assoziation, ...tiefer und tiefer in die Entspannung führen kann...“ |
| mosaikartig | „Du kannst die Assoziationen einfach geschehen lassen, die eine oder die andere, entspannende Assoziationen, Erinnerungen vielfältiger Art, frühere, kürzliche, vielfältig, ...Assoziationen um dann ganz konzentriert eine angenehme Situation Schritt für Schritt zu erleben, ...was tiefer und tiefer in die Entspannung führen kann...“ |
| Aufmerksamkeitsstil: fokussiert vs. diffus | |
| fokussiert | „Sie haben die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einen Punkt zu lenken, ganz konzentriert bei der Sache zu sein, und Sie können deshalb die folgende Geschichte voll konzentriert anhören, ...und mit der Zeit sich auf die eigenen Bilder einlassen, vielleicht sind Teile in der Geschichte wo Sie gerne mal in Gedanken abschweifen, ...und Sie können das zulassen, um diese Geschichte besonders wirksam werden zu lassen, kann es günstig sein, irgendwann tiefer und tiefer in die Geschichte einzutauchen...“ |
| diffus | „...Wenn Leute Filme anschauen, dann sind sie oft anfangs noch im Kino, schauen wer zu spät kommt... essen Chips oder Salzstängel oder unterhalten sich mit dem Nebenmann... und allmählich kann es geschehen, dass man mehr und mehr in den Film eintauchen kann, ...nicht bei jedem Film, ...alles um sich herum vergessen, so auch mit dieser Geschichte, ...lassen Sie sich Zeit, bis Sie etwas so sehr interessiert, dass Sie ganz in der Geschichte sind, ...und dabei können sie die Augen schon schließen und dabei die Gedanken wandern lassen, bis Sie so konzentriert um Teile dieser Geschichte, ...in Richtung von Ihren Ziele konzentriert...“ |
| Aufmerksamkeitsstil: external vs. internal | |
| external | „Sie wandern gerne, erleben Dinge, sind ein guter Beobachter, und im Prozess des Hörens einer Geschichte kann diese Fähigkeit besonders wichtig sein... sich eine Geschichte so gut vorstellen können, dass man in der Geschichte die Augen, die Ohren die Sinne so offen hält, dass Sie die Geschichte wirklich erleben... um in Richtung therapeutischer Ziele Dinge wahrzunehmen...“ |
| internal | „Sie haben die Fähigkeit nach innen zu gehen, ganz in sich zu sein, und im Verlauf des Zuhörens wird Ihnen diese Fähigkeit sehr nutzen, sich vorzustellen die Dinge wirklich zu erleben... Dinge zu sehen, Dinge zu hören, zu fühlen, so dass Sie wie in Wirklichkeit zunehmend sehen, hören und fühlen können und diese Geschichte sich in vielen Schichten in Richtung Ihrer Ziele...“ |
| Verarbeitungsstil: übertreiben vs. untertreiben | |
| übertreiben | „Geschichten können von beispielloser Dramatik sein, mitreißend, überwältigend, wobei einige schon grenzenlos überrascht waren, welche immense Dramatik und Bedeutung in einer vordergründig banalen langweiligen Szene einer Geschichte stecken können, so dass Sie bewusst wie unbewusst wirklich gespannt sein dürfen, welche Teile der Geschichte vordergründig faszinierend sein können und welche banalen Teile auf tiefer Ebene dramatische Auswirkungen auf die Erreichung Ihrer Ziele haben können...“ |
| untertreiben | „Viele lieben kühle sachliche Analysen. Geschichten, Analogien oder Gleichnisse können komplexe Situationen in aller Kürze auf den Punkt bringen. Die folgende Geschichte ist nur ein kleiner Beitrag um in einigen wenigen Aspekten in Bezug auf unsere therapeutischen Ziele einen Schritt voran zu kommen. Sie könnten jedoch die Geschichte wenn Sie wollen so intensiv erleben wie Sie wollen, vielleicht an einer Stelle mit so farbiger Deutlichkeit, dass Sie auch bewusst neue Ideen bekommen können...“ |

Tabelle 3-1: Utilisation kognitiver Stile zur Tranceinduktion (nach Zeig 1984, übersetzt und modifiziert von Trenkle und Schmidt 1986, Trenkle 1991)

| | kinästhetisch | visuell |
|--------------------|--|--|
| linear | „Du kannst systematisch entspannen lernen, systematisch beobachten wie sich die Kopfhaut anfühlt, die Stirn, die Wangenmuskulatur, die Lippen, der Kehlkopf, die Atmung, ...und die Stirnmuskulatur kann wieder mehr entspannen, ...und dabei tiefer und tiefer gehen...“ | „...und sich ganz systematisch auf eine Szene konzentrieren, auf ein Bild, eine Erinnerung, ein Erlebnis, wo Sie sich wirklich wohl und geborgen fühlen... und dann Schritt für Schritt, den ganzen Zeitablauf, Bild für Bild, wie in Zeitlupe ganz genau, zeitliche Reihenfolge, zeitlicher Ablauf, Bild für Bild, so gut Sie es können, Schritt für Schritt erleben, Bild für Bild, ... bevor dann überraschend viele Bilder von verschiedene vergleichbare angenehme Situationen, Bilder von verschiedenen angenehmen Situationen auftauchen können, ...und dadurch die Entspannung tiefer und intensiver...“ |
| mosaikartig | „...die Wahrnehmung von einem Körperteil zum anderen wandern kann, die Atmung, die Temperatur der Hände, das Gefühl der Stirnmuskulatur, ...und es gibt einen Punkt im Körper, der sich relativ am wohlsten fühlt, und auf diesen Punkt konzentrieren, diesen Punkt finden und von hier aus Schritt für Schritt ganz systematisch... sich die Entspannung ausbreiten und tiefer und tiefer werden kann...“ | „... Bilder aus verschiedenen angenehmen Lebenssituationen, verschiedene Bilder, Erinnerungen, mal deutlicher, mal weniger, ...bevor dann irgendwann der Blick auf einem Bild bleiben kann, wie ein Standbild, ganz intensiv, ...und von diesem Bild der Zustand tiefer Entspannung ausgehen kann...“ |

Tabelle 3-2: Utilisation der Kombinationen zweier kognitiver Stile zur Tranceinduktion (nach Zeig 1984, übersetzt und modifiziert von Trenkle und Schmidt 1986, Trenkle 1991)

Erickson (siehe z.B. Erickson und Rossi 1977, S. 16) berücksichtigte bei der Induktion, inwiefern der Patient Gedächtnisinhalte in einzelnen *Sinnesmodalitäten* bewusst repräsentiert und sprachlich beschreiben kann.⁴² Bandler, Grinder und DeLozier (1977; siehe auch Dilts et al. 1980/1985, Bandler und Grinder 1979/1981) griffen das auf bezeichneten dies als *präferiertes Repräsentationssystem (Lead-System)*. Es werden unterschieden: *visuell, auditiv, olfaktorisch, gustatorisch, kinästhetisch-propriozeptiv* und *kinästhetisch-taktil*. Diese eher pragmatischen Kategorien sind neurophysiologisch nicht ganz korrekt bezeichnet, haben sich aber im Sprachgebrauch eingebürgert. Weiterhin postulieren sie ein *Strategiemodell*, nachdem Informationsverarbeitungsprozesse als Sequenz von Schritten in diesen Repräsentationssystemen beschreibbar sind. Es wird auch davon ausgegangen, dass individuelle Unterschiede darin bestehen, welche Funktionen den Repräsentationssystemen zugeordnet werden. In einer Entscheidungsstrategie z.B. wird die eigentliche Entscheidung - nach mehreren Schritten in anderen Repräsentationssystemen – konstant in einem, individuell hierfür präferierten Repräsentationssystem getroffen (*Referenz-System*). Hat man z.B. beobachtet, dass eine Person eine Entscheidungsstrategie mit einer Sequenz benutzt wie: „Wenn ich mir diese Frage

⁴² Erickson tat dies explizit lange vor der Entwicklung von NLP, stellte es aber nicht so sehr in den Vordergrund, da er es wohl für elementar hielt.

stelle...“ (auditiv) „...und mir einen Überblick verschaffe...“ (visuell) „...bekomme ich ein gutes Gefühl.“ (kinästhetisch), dann kann man seinen Gebrauch von sinnesspezifischen Prädikaten in der Kommunikation dieser Reihenfolge anpassen. Dadurch kann man die Person nicht (wie es die leider weit verbreiteten NLP-Mythen besagen und Autoverkäufer es gerne hätten) dazu bringen, etwas zu tun, was sie nicht möchte, man passt sich in seinem Sprachgebrauch lediglich genauer an die Person an, wird einen besseren Rapport mit ihr haben und sie in der Kommunikation besser erreichen.

Später wurden noch individuelle Präferenzen im Gebrauch von *Submodalitäten* postuliert (Gordon 1978/1986, Bandler 1985/1987), sowie so genannte *Zeitlinien* und *Meta-Programme* (Andreas und Andreas 1987/1988; James und Woodsmall 1988/1991). Bei letzteren handelt es sich um pragmatisch definierte *kognitive Stile*, es wird differenziert zwischen *matching vs. mismatching*, *positiv vs. negativ*, *externe vs. interne Referenz* und *Chunkgröße*. James und Woodsmall (1988/1991) stellen auch einen Bezug zwischen diesen Meta-Programmen und der Persönlichkeitstheorie von Jung (1921/1923) her. Diese unterscheidet vier *Grundfunktionen* (*Denken, Fühlen, Empfinden, und Intuieren*) sowie die Dimension *Introversion vs. Extaversion*. Die sich hieraus ergebenden acht Grundtypen der Persönlichkeit sollen sich im Gebrauch dieser Meta-Programme unterscheiden.

Zentral in der Hypnotherapie ist die Utilisation von *Einstellungen, Erwartungen, Überzeugungen und Werten*. Zeig (1984) und Haley (1973/1978) sprechen bei der Beschreibung von Ericksons Vorgehen die Werte bzw. Einstellungen des Patienten zu utilisieren von *Hooks* (Aufhängern), Dilts (1990/1993) von *Levering* (Hebeln). Im Abschnitt „Utilisation und Indirektheit“ wird hierauf genauer eingegangen. Zur Utilisation von Einstellungen bzw. Werten in der Tranceinduktion gibt Revenstorf (1993, S. 148) drei Beispiele mit politischen Einstellungen, die in Tabelle 3-3 wiedergegeben werden. Yapko (1985, übersetzt und modifiziert von Trenkle und Schmidt 1987) beschreibt zur Identifikation solcher Einstellungen mehrere Beobachtungs- und Fragetechniken, die in Tabelle 3-4 aufgelistet werden.

Patienten haben natürlicherweise *Einstellungen und Erwartungen an Hypnose* und bestimmte Vorstellungen darüber, ob und inwiefern ihnen eine Hypnose therapeutisch helfen kann. Bongartz und Bongartz (1998, S. 131ff) unterscheiden die vier Patiententypen *rational-kooperativ, rational-skeptisch, magisch-mythisch* und *autoritätsgläubig* und beschreiben, wie die Induktion individuell angepasst werden kann, so dass die Erwartungen der Patienten genutzt werden.

| | |
|--------------------|--|
| Feminismus | „Eine Frau kann ihre besondere Art haben, den Zustand von Trance zu erleben.“ |
| Ökologie | „Sie können sich an einen Flecken heiler Natur erinnern, den sich vorzustellen für Sie eine Entspannung bedeutet.“ |
| Kommunismus | „Allen Menschen ist gemeinsam, dass sie einen Anspruch darauf haben, etwas für sich zu tun.“ |

Tabelle 3-3: Utilisation von politischen Einstellungen in der Tranceinduktion (Revenstorf 1993, S. 148)

| |
|---|
| <p>Fragen, die auf Wertunterschiede abzielen</p> <p>Ist die Person...</p> <ul style="list-style-type: none"> ... ein Team-Mensch oder ein Individualist? ... Anführer oder Gefolgsperson? ... Gehorsam oder stellt Autorität in Frage? ... Puritaner oder Genießer / sinnesfroh? ... wünscht soziale Hierarchien oder soziale Gerechtigkeit? ... arbeitet um zu leben oder lebt um zu arbeiten? ... sucht Stabilität oder persönliche Erfüllung? ... strebt nach materiellen Dingen oder nach bedeutsamen Erfahrungen? |
| <p>Generalisierungen in verbaler und nonverbaler Kommunikation</p> <p>Stereotype Aussagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • man sollte... ..tun, wissen • Immer, vor allem... ..gilt, ist richtig • Man, Frau, Kind muss einfach... • ich kann mir nicht leisten... <p>Wiederkehrende Handlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beleidigungen schlucken • Neuen Erfahrungen ausweichen • Nie bzw. immer protestieren / demonstrieren / sich zu Wort melden • Nie, manchmal oder immer Geschwindigkeitsbegrenzungen übertreten |
| <p>Lebensstil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Kleidung trägt jemand? • Welchen Schmuck (Indianer, Gold, konservativ, Avantgarde) ? • Welchen Beruf? Ist Beruf und persönliches Erscheinungsbild kongruent? • Welche Ausbildung? • Wie wohnt jemand? Familie? Hat jeder sein eigenes Zimmer? Wohngemeinschaft? Kleines Zimmer oder große Wohnung alleine? • Hobbies? • Sieht sich jemand als Herr oder Opfer des Schicksals? |

Tabelle 3-4: Beobachtungs- und Fragetechniken zur Identifikation von strategisch utilisierbaren Einstellungen („Hooks“; Yapko 1985, übersetzt und modifiziert von Trenkle und Schmidt 1987)

Revenstorf (1993, S. 147f) weist darauf hin, dass zur Utilisation außer den von Zeig beschriebenen und anderen in der Hypnotherapie bereits gebräuchlichen Merkmalen auch Konstrukte genutzt werden können, die aus der Allgemeinen, der Differenziellen und der Sozialpsychologie bekannt sind.

Grundlegend ist das Konstrukt *Locus of Control* aus der sozialen Lerntheorie (Rotter 1966), auch bezeichnet als bzw. eng verwandt mit Kontrollüberzeugung, generalisierte Kontrollerwartung oder Kausalattributionstendenz. Differenziert werden die Dimensionen *internal vs. external*, *stabil vs. variabel* und *global vs. spezifisch*. Dieses Konstrukt wird im Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ bei der Unterscheidung von Auftragsstypen und deren Utilisation weiter aufgegriffen.

3.1.2 Interaktionelle Stile und Persönlichkeitstypen

In diesem Abschnitt wird die Utilisation von interaktionellen Stilen, Persönlichkeitstypen und anderen interpersonalen Konstrukten beschrieben. Dies ist insbesondere zur bindungsorientierten Arbeit sinnvoll, bei der die Übertragungsdynamik zunächst genutzt wird, um die therapeutische Beziehung so zu gestalten, dass Widerstand gar nicht erst entstehen braucht, und um die Induktion von Trance individueller zu gestalten. Weiterhin sollen dem Patienten gezielt korrigierende emotionale Erfahrungen vermittelt werden, die aus den folgenden Merkmalen, insbesondere den Modellen zu Persönlichkeitstypen, konstruiert werden können.

Zeig (1984, übersetzt und modifiziert von Trenkle und Schmidt 1986, Trenkle 1991) unterscheidet außer den bereits genannten intrapsychischen Diagnosekategorien auch die folgenden interaktionellen Kategorien: *geben vs. nehmen*, *intra- vs. extrapunitiv*, *dominant vs. submissiv bzw. subdominant*, *kooperativ (compliant) vs. widerständig (defiant)*, *Verantwortung übernehmend vs. abschiebend*, *aus eigener Motivation vs. auf Druck von außen handelnd* sowie die Tendenz zu *Denken, Fühlen oder Handeln*. Zusätzlich empfiehlt Zeig zu beachten, ob der Patient *in der Stadt oder auf dem Land aufgewachsen* ist, in welcher *Geschwisterposition* er geboren ist und was seine *Gewohnheiten im Umgang mit Zeit* sind. In der folgenden Tabelle 3-5 werden einige Beispiele gegeben, wie diese Konstrukte zur Tranceinduktion genutzt werden können.

Das auf Freud und Breuer (1895) zurückgehende Konzept *Widerstand* wird häufig in Verbindung gebracht mit dem sozialpsychologischen Konstrukt der *Reaktanz* (Brehm 1966). In der Hypnotherapie und dem NLP wird gelegentlich auch von *Polarity Response* gesprochen (Grinder und Bandler 1981/1984, S. 94ff). Die je nach Grundform der Beziehungsgestaltung unterschiedlichen Möglichkeiten auf Reaktanz bzw. Widerstand therapeutisch zu reagieren werden im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ ausgeführt.

| intrapunitiv vs. extrapunitiv | |
|--|--|
| intrapunitiv | „Sie werden dazu neigen zu sagen, ich bin nicht sicher, ob ich die folgende Geschichte wirklich verstehe. Das wird die Wirkung nicht beeinflussen, weil es geht nicht darum, dass Sie die ganze Geschichte völlig auf der bewussten Ebene verstehen, im Gegenteil, ein Teil der Geschichte soll eher auf unbewusster Ebene die Wirkung entfalten und Ihr bewusstes Denken darf sich sogar mit der Frage beschäftigen, ob ich die Geschichte wirklich gut ausgewählt habe, während Ihr Unbewusstes neue Lösungsideen...“ |
| extrapunitiv | „Sie werden während des Anhörens auf der bewussten Ebene unter Umständen das Bedürfnis verspüren, sich zu fragen, was das soll, die Geschichte in Frage zu stellen... während für Ihr Unbewusstes nicht wichtig ist, dass in jeder guten Geschichte relevante und bewusst irrelevante Teile sind, denn Ihr Unbewusstes wird intuitiv die lösungsrelevanten Analogien erkennen...“ |
| geben vs. nehmen | |
| geben | „Therapeutisch Geschichten erzählen ist ein kooperativer Akt. Ich brauche Ihre Hilfe, Ihre volle Aufmerksamkeit, damit die Geschichte in Richtung Ihrer Ziele die volle Wirkung entfalten kann, wobei Sie dazwischen auch einmal ganz egoistisch den eigenen Gedanken nachhängen dürfen und sich darauf verlassen, dass Sie unbewusst weiter zuhören können...“ |
| nehmen | „Ich weiß nicht, ob Sie momentan in der Stimmung sind, sich etwas zu gönnen, einfach gar nichts zu tun, dasitzen und zuhören... Sie müssen nicht einmal bewusst zuhören...“ |
| dominant vs. submissiv bzw. subdominant | |
| dominant | „In Ihrem Beruf sind Sie wegen Ihres Verantwortungsbewusstseins, Ihrer Fähigkeit andere zu führen und die Leitlinie effizient zu bestimmen, deswegen sind Sie so weit gekommen... Oft haben diese Leute Schwierigkeiten in die andere Position zu gehen und einfach nur zu hören... auf die eigenen Ideen zu achten... Assoziationen zu achten und ganz persönliche neue Lösungen zu entwickeln...“ |
| submissiv bzw. subdominant | „Sie können sich ganz entspannt hinsetzen, die Augen schließen, und aufmerksam der Geschichte zuhören... es ist wichtig, dass Sie ganz genau darauf achten, wo die wesentlichen Botschaften für Sie verborgen sein können... ein Teil der Lösung liegt darin, dass Sie mit Ihrer aktiven Mithilfe neue Ideen finden, ein Teil der Geschichte enthält unbewusste Botschaften und Sie können nächste Therapiestunde berichten welche Veränderungen in Ihrem Leben Sie beobachteten konnten... und was Sie glauben, was auf bewusster und was eher auf unbewusster Ebene passiert ist...“ |

Tabelle 3-5: Utilisation interaktioneller Merkmale zur Tranceinduktion (Zeig 1984, übersetzt und modifiziert von Trenkle und Schmidt 1986, Trenkle 1991)

Satir (1972/1975) unterscheidet vier *Kommunikations-Stile*, die beschreiben, auf welche Muster unter Stress und in Konfliktsituationen zurückgegriffen wird, um den eigenen Selbstwert durch Verzerrung des Kontextes, des eigenen Selbst oder des anderen zu stabilisieren (*Anklagen, Rationalisieren, Beschwichtigen* und *Verwirren*). Es werden typische paraverbale Merkmale wie Körperhaltung und Tonfall sowie unbewusste Gefühle und Grundbedürfnisse beschrieben. Bandler, Grinder und Satir (1976/1978) postulieren einen Zusammenhang mit präferierten Repräsentationssystemen (*Anklagen - visuell, Rationalisieren - auditiv, Beschwichtigen - kinästhetisch* und *Verwirren - wechselnd*) und den zugehörigen nonverbalen Zugangshinweisen sowie mit bestimmten Sprachmustern des Meta-/Milton-

Modells (siehe Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“).

Revenstorf (1993, S. 147f; 2001, S. 58f, S. 66) beschreibt die Utilisation der Satir-Kategorien zum Pacing, zur Tranceinduktion und zur bindungsorientierten Arbeit in der Hypnotherapie. Die Kommunikations-Stile werden hier auch mit einigen Persönlichkeitstypen bzw. Pathologien in Zusammenhang gesetzt (*Anklagen - paranoid, Rationalisieren - zwanghaft, schizoid, Beschwichtigen - depressiv, phobisch* und *Verwirren - histrionisch*). Beispielhaft werden in Tabelle 3-6 kurze Ausschnitte von nach Satir-Kategorien individualisierten Tranceinduktionen wiedergegeben (Revenstorf 1993, S. 148). Zusätzlich werden hier die Prädikate, die einem präferierten Repräsentationssystem zugeordnet werden können, kursiv hervorgehoben.

| Satir-Kategorie | präferiertes Repräsentationssystem | Persönlichkeits-typen bzw. Pathologie | individualisierte Tranceinduktion <i>(sensorisch spezifische Prädikate)</i> |
|------------------------|---|--|---|
| Anklagen | visuell | paranoid | „Da man sich auf niemanden verlassen kann, ist es gut, <i>zu sehen</i> , dass man für den Erfolg selbst zu sorgen hat. Und Sie können überprüfen, ob Ihnen die Hypnose zusagt, und sollen Ihre Einwendungen nicht vergessen und Sie am Schluss äußern.“ |
| Rationalisieren | auditiv | zwanghaft, schizoid | „Es ist gut, die nötige Vorsicht walten zu lassen. Man kann <i>sich innerlich sagen</i> , eins nach dem anderen zu erledigen – das ist vermutlich eine vernünftige Strategie.“ |
| Beschwichtigen | kinästhetisch | depressiv, phobisch | „Sie müssen nichts Besonderes <i>leisten</i> , um in Trance gehen zu können, und brauchen nur zu <i>tun</i> , was ich Ihnen sage, und Sie werden sich dabei <i>wohl fühlen</i> .“ |
| Verwirren | wechselnd | histrionisch | „Dieses und jenes ist interessant zu beachten. Die Bücher, das Fenster, der Stuhl, auf dem Sie <i>sitzen</i> , die Akten, die Lampe in der Art, wie sie das Papier <i>beleuchtet</i> , Ihre Füße auf dem Boden. Und nichts ist wirklich wichtig. Sie können vieles <i>bedenken</i> oder einfach in Trance gehen.“ |

Tabelle 3-6: Utilisation von Satir-Kategorien zur Tranceinduktion (zusammengestellt nach Satir, Bandler und Grinder (1976/1983), Revenstorf 1993, 2001). Zusätzlich sind sensorisch spezifische Prädikate kursiv gedruckt.

Einen anderen Ansatz, der gerade in der Hypnoanalyse, also der Kombination von Hypnose mit Psychoanalyse, oder der Kombination von Hypnotherapie mit tiefenpsychologisch fundierter Therapie sinnvoll ist, wählen Mende (1998) und Revenstorf (2001). Sie beschreiben die Utilisation von Persönlichkeitstypen zur Individualisierung der Therapie und zur bindungsorientierten Arbeit, was insbesondere zur Vermittlung von korrigierenden emotionalen Erfahrungen geeignet ist. Die Prinzipien der Utilisation und der Ressourcenorientierung werden hierbei auf Charakter- und Persönlichkeitstypologien, die ursprünglich defizitorientiert sind, angewendet.

Mende (1998) geht dabei von der ökosystemischen Theorie der Hypnose (Fourie 1991, 1994) sowie

hypnoanalytischen Konzepten aus. Revenstorf (2001) geht von körpertherapeutischen, neo-reichianischen Charaktertypologien aus, als Quellen benennt er Kurtz (1983/1985; Hakomi-Therapie) und Pierrakos (1987/1987; Core-Energetics), wobei er Aspekte wie den „Muskelpanzer“ und die Struktur der Schichten gegenüber einfacher Typen hervorhebt. Letzteres entspricht dem strukturellen Aspekt der Charakteranalyse nach Reich (1933, S. 72f). Mende (1998) unterscheidet sechs Persönlichkeitstypen (histrionisch, zwanghaft, depressiv/dependent, schizoid, narzisstisch, Borderline) und Revenstorf (2001) acht (zusätzlich: masochistisch, psychopathisch). Trotz der unterschiedlichen theoretischen Begründung und der ungleichen Anzahl der unterschiedenen Typen gehen beide von - im weiteren Sinne - psychoanalytischen Entwicklungstheorien aus. Eine Vorannahme dieser Theorien ist, dass auch gesunde Personen in diesen Typologien eingeordnet werden können, ohne klinisch relevante Symptome oder Pathologien aufzuweisen, da von einem Kontinuum mit einem diskreten Übergang von gesund nach gestört ausgegangen wird.

Bei der Utilisation von Persönlichkeitstypen ist es möglich, unterschiedliche Modelle und Theorien heranzuziehen, wenn dies der Anpassung des therapeutischen Vorgehens an den individuellen Patienten dient. Es erscheint daher nicht sinnvoll, sich dabei auf eine Typologie festzulegen, alleine schon, weil letztendlich kaum festgestellt werden kann, welche Typologie tatsächlich die valideste ist. Die Theorien haben teilweise ähnliche Vorannahmen, unterscheiden sich aber erheblich im Grad der Differenziertheit und dem theoretischen Hintergrund. Reich (1933) unterscheidet zunächst fünf Charaktertypen (einschließlich dem „gesunden“, genitalen Charakter). Hingegen unterscheidet z.B. Baker (1967) ebenfalls fünf Typen, die aber nicht direkt denen von Reich entsprechen und in insgesamt zwanzig Subtypen unterteilt werden, Lowen (1958/1981) acht Typen, Pierrakos (1987/1987) sechs und Rieman (1961), der eher populärwissenschaftlich einzuordnen ist, lediglich vier. Allein dieser kurze Vergleich nur der Anzahl der unterschiedenen Typen dokumentiert die Willkürlichkeit der Modelle. Es können genauso gut auch die Kategorien der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 oder der Achse II des DSM-IV verwendet werden. Im Rahmen dieser Arbeit geht es nicht darum, ob eines dieser Modelle besser oder richtiger ist. Es wird lediglich der Ansatz vertreten, dass eine Kenntnis dieser Modelle Informationen liefern kann, die zur Individualisierung des therapeutischen Vorgehens genutzt werden können.

Auch im DSM-IV (1994/1996, S. 716) wird der Ansatz angeregt, von einem Kontinuum „gesund - gestört“ auszugehen, d.h. dass auch gesunde Personen Züge, Vorstufen oder Anteile haben, die sich den Persönlichkeitsstörungen auf Achse II zuordnen lassen. Hierfür spricht auch, dass Sass (1996) oder Steinmeyer et al. (1998) die Vereinbarkeit von dimensional Modellen (wie den Big Five, Costa und McCrae 1985), die sowohl für gesunde wie auch gestörte Populationen gelten, mit der kategorialen Typologie von Persönlichkeitsstörungen im DSM-III-R mit Hilfe multidimensionaler Skalierung zeigen konnten. Ergebnisse ein und desselben Datensatzes einer Stichprobe können hierbei gleichzeitig cluster- als auch faktorenanalytisch dargestellt und interpretiert werden. Ein ähnlicher Ansatz steht hinter der Achse „Struktur“ im OPD bzw. OPD-2 (Arbeitskreis OPD 1996, 2006). Auch

hier wird von einem Kontinuum des Integrationsniveaus von Persönlichkeitsstrukturen von gut integriert bis desintegriert ausgegangen. Die hier vorgestellten Utilisations-Modelle von Mende und Revenstorf können daher sowohl für Patienten mit diagnostizierbarer Persönlichkeitsstörung als auch für „weniger gestörte“ oder „gesunde“ Patienten eingesetzt werden.

Mende (1998) argumentiert, dass die Aufrechterhaltung von *Autonomie* aus ökosystemischer Sicht für den Patienten in einer Psychotherapie zentrale Bedeutung hat, und daher seine unbewussten *Einstellungen und Erwartungen* (positive wie negative) zu *persönlicher Veränderung* aktualisiert werden. Da zur Hypnose das Bild besteht, dass hier Veränderung besonders schnell und tief greifend stattfindet, werden diese Einstellungen und Erwartungen umso massiver aktualisiert und beziehen sich vor allem auf die *Funktion von Hypnose und dem Unbewussten* in der Therapie. Je nach Persönlichkeitstyp unterscheiden sich diese Einstellungen und Erwartungen und beeinflussen die *Übertragungsdynamik*, da sich je nach psychosexueller Entwicklungsphase Form und Bedeutung der *Bedrohung von Autonomie* unterscheiden. Außer der Befürchtung, der negativen Erwartung, dass sich diese Bedrohung in der therapeutischen Beziehung wiederholen könnte, welche in der negativen Übertragung mündet, bestehen auch positive Wünsche und Hoffnungen, also positive Erwartungen, in welcher Form eine persönliche Veränderung stattfinden kann, welche Rolle das Unbewusste und Hypnose dabei spielen kann und eine positive Übertragung. Die Rolle des Hypnotiseurs in der v.a. unbewussten Wahrnehmung des Patienten veranschaulicht Mende in Form von *Archetypen*. Bezüglich der negativen Übertragung muss der Therapeut seine *Gegenübertragung* sinnvoll handhaben, während die positive Übertragung des Patienten genutzt werden kann. Bezüglich der negativen Einstellungen und Erwartungen zu persönlicher Veränderung, dem Unbewussten und Hypnose werden je nach Persönlichkeitstyp passende *Reframings* vorgeschlagen. Auch die grundsätzlichen *therapeutischen Strategien* im Sinne zu vermittelnder korrigierender emotionaler Erfahrungen (wobei Mende diesen Begriff nicht benutzt) und die *ersten Zeichen eines therapeutischen Fortschrittes* unterscheiden sich je nach Persönlichkeitstyp. Eine Übersicht liefern die zusammengehörenden Tabellen 3-7 und 3-8.

Es soll noch darauf hingewiesen werden, dass die von Mende als verbale Aussagen formulierten Aspekte der Übertragung bzw. Einstellung zu Veränderung fast alle typische Double-Binds enthalten, die den Therapeuten in ein Dilemma bringen und die Therapie als unlösbares Problem definieren. In den folgenden Abschnitten „Kooperation und Kommunikation“ sowie „Kooperation und Auftragsdynamik“ werden Vorgehensweisen beschrieben, diese Double-Binds therapeutisch sinnvoll zu nutzen.

| Persönlichkeits-Typ | Histrionisch | Zwanghaft | Depressiv |
|---|---|---|---|
| Ursprung der veränderungsbezogenen Übertragung: Bedrohung der Autonomie durch... | Verlust der Freiheit zu wählen. | Verlust der Freiheit der Selbe zu bleiben. | Angewiesen sein auf die Hilfe anderer. |
| Übertragung bzw. Einstellung zu Veränderung | Veränderung durch Wissen. Bedürfnis nach Rat und Instruktion bei der Suche nach dem wahren inneren Selbst: <i>„Zeig mir wer ich wirklich bin und sage mir was ich tun soll, ich habe keine Ahnung, was für mich gut ist.“</i> | Veränderung durch Druck. Bedürfnis nach Wahrnehmung eines scheinbar unkontrollierbaren Teils der Persönlichkeit: <i>„Ich möchte mich verändern, aber ich kann nicht - etwas in mir ist stärker als ich (und Sie!).“</i> | Veränderung durch neue Hoffnung. Scham und Bedürfnis nach Selbstvertrauen: <i>„Ich muss fähig sein alleine klar zu kommen, und ich bin unzureichend, wenn ich es nicht kann.“</i> |
| Gegenübertragung | Prioritäten setzen. Ratschläge geben. Erklärungen anbieten. | Kreativ sein. Alternativen vorschlagen. Logik. | Festigung anbieten. Verborgene Fähigkeiten würdigen. Versprechen geben. |
| Archetypische Rolle des Hypnotherapeuten | Der Weise | Der Diktator | Der Retter |
| Reframing von Veränderung | Werde wer Du wirklich bist. | Dieselbe Person bleiben, mit neuen Fähigkeiten, Wahlmöglichkeiten und Optionen. | Einen Neuanfang machen mit einem natürlichen Gefühl von Trauer über das, was zu Ende ist, und der Ungewissheit, was kommen wird. |
| Ideen über das Unbewusste | Quelle des wahren <i>Wissens</i> über das eigene Selbst. | Verlässliche Quelle der <i>Kontrolle</i> über die Unterscheidung von äußeren und inneren Gründen zur Veränderung. | Zugang zum Unbewussten als Quelle <i>neuer Hoffnung</i> , z.B. mit Visualisierung, durch die symbolisch gezeigt wird, dass diese neue Hoffnung gerechtfertigt ist. |
| Ideen über Hypnose | Zustand, in dem besondere Dinge passieren können. | Eine spezielle, professionelle Vorgehensweise zum ausschließlichen Zweck selbst bestimmter Veränderung. | Methode, um schnell eine tragfähige Beziehung aufzubauen, in der der Therapeut die Verantwortung übernimmt für die „richtigen“ Schritte. |
| Erster Therapiefortschritt | Lernen, Dissoziation zu genießen. | Lernen, unwillkürliche Aktivität zu genießen. | Zurückgehen bedrückender Gedanken und Gefühle während des Zustandes in Hypnose. |
| Therapeutische Strategie | Die Einverständnis aller relevanten Teile des Selbst einholen, bevor eine anhaltende Veränderung implementiert wird. | Konfusion erzeugen, welche (wenn überhaupt) Veränderungen vom Therapeuten als lohnend oder vorteilhaft betrachtet werden. | Den Patienten dabei unterstützen herauszufinden, was für ihn „richtig“ ist. |

Tabelle 3-7: Veränderungs-bezogene Übertragung und hypnotherapeutische Vorgehensweisen bei verschiedenen Persönlichkeitstypen (Mende 1998).

| Persönlichkeits-Typ | Schizoid | Narzisstisch | Borderline |
|---|---|---|--|
| Ursprung der veränderungsbezogenen Übertragung: Bedrohung der Autonomie durch... | Angewiesen sein auf eine Beziehung | Notwendigkeit, Grenzen des Daseins und möglicher Entwicklungen anerkennen zu müssen. | Notwendigkeit, mit Einflüssen von außen umzugehen, die ein verletzendes Identitätsgefühl treffen |
| Übertragung bzw. Einstellung zu Veränderung | Veränderung durch mentale Chirurgie. Wunsch nach schmerzloser Manipulation in Richtung des erwünschten Resultats: <i>„Implantiere die notwendige Veränderung in mein Gehirn sobald ich narkotisiert in Trance bin, so dass ich nichts davon fühle.“</i> | Veränderung durch Magie. Bedürfnis nach Zeichen für grenzenlose Möglichkeiten und Entwicklung ohne Anstrengung: <i>„Ich könnte es tun, wenn ich wollte, aber ich werde es nicht, bis Du mir zeigst, dass es einfach geht und überwältigend wirkungsvoll ist. Doch wenn es einfach geht ist es nichts wert.“</i> | Veränderung besteht darin, dass andere sich verändern. Bedürfnis, akzeptiert und respektiert zu werden, während zukünftige Zurückweisung und Enttäuschung erwartet wird, sowie Wunsch nach Unterstützung andere zu verändern: <i>„Die Welt ist schlecht – zeig mir, dass Du gut bist. Enttäusch mich nicht – aber ich weiß, dass Du es tun wirst.“</i> |
| Gegenübertragung | Anstreben von „tiefer“ Hypnose. Mit dem Unbewussten arbeiten. Emotionale Wärme bieten. | Permissiv sein. Betonung von Fähigkeiten. Betonen, dass die Arbeit unbewusst gemacht wird und ohne Anstrengung. | Nicht-konfrontativ („nett“) sein. Angriffe vermeiden. Ärgerlich sein, wenn man trotzdem kritisiert wird. |
| Archetypische Rolle des Hypnotherapeuten | Der Chirurg | Der Magier | Der Engel |
| Reframing von Veränderung | Lernen, noch unabhängiger und selbst-bezogener zu sein und gleichzeitig frei zu sein, neues Material im Lernprozess zu akzeptieren oder abzulehnen. | Kreation von (noch mehr) Möglichkeiten angenehmer Selbst-Erfahrungen im alltäglichen Leben. | Entwicklung der Stärke man selbst zu sein, unabhängig davon, ob andere ihr Verhalten ändern. |
| Ideen über das Unbewusste | Quelle profunden intellektuellen Verstehens, fähig zur Durchführung aller <i>Operationen</i> , zur Verbesserung und zur Erhöhung der Unabhängigkeit und Selbst-Bezogenheit | Zuverlässige Quelle <i>magischer</i> Erzeugung innerer Zufriedenheit über positive Aspekte des Daseins | Quelle des Identitäts-Gefühls, des Kerns des Selbst, der unberührt bleibt, mit der Fähigkeit die Wahrnehmung bedrohlicher anderer zu verändern, die sich weigern, sich zu verändern |
| Ideen über Hypnose | Zustand einer erhöhten Wahrnehmung dessen, was nützlich ist für gute innere Anpassungen | Zustand, in dem Entwicklung stattfinden kann ebenso wie ein Erstaunen über die Magie normaler Alltags-Erlebnisse | Methode um mit dem Kern des Selbst in Kontakt zu kommen und die Möglichkeiten des Selbstschutzes zu erweitern |
| Erster Therapiefortschritt | Erweiterte Möglichkeiten der Selbst-Kontrolle genießen | Lernen, sich über kleine Fortschritte zu freuen | Lernen, ein abgegrenztes Körperschema zu genießen |
| Therapeutische Strategie | (keine Angaben) | (keine Angaben) | (keine Angaben) |

Tabelle 3-8: Veränderungs-bezogene Übertragung und hypnotherapeutische Vorgehensweisen bei verschiedenen Persönlichkeitstypen (Mende 1998). Die Zellen mit „(keine Angaben)“ sind im Original unbesetzt, vermutlich wegen eines Druckfehlers. In der Spalte ganz rechts, siebte Zeile, ist auch im Original keine kursive Hervorhebung.

Revenstorf (2001) umschreibt die archetypische *Therapeutenrolle* ausführlicher und fügt individuelle *Ressourcen* sowie *Pacing-Strategien zur Tranceinduktion* hinzu. Aus der neoreichianischen Hakomi-Körpertherapie (Kurtz 1983) abgeleitet werden therapeutische Interventionen vorgeschlagen zur *Abnahme der Abwehr* bzw. zur *Provokation* und zur *Unterstützung defizienter Impulse*, durch welche der geschwächte, bislang abgewehrte Impuls für den Patienten stärker erlebbar werden soll. Schließlich werden für jeden Persönlichkeitstyp so genannte *Sonden* vorgeschlagen, bei denen es sich um als Aussagen formulierte Sätze handelt. Diese Sätze können im Rahmen einer Übung ausgesprochen werden, um die emotionale Reaktion des Patienten erlebbar zu machen, oder der Therapeut kann sie beiläufig im Gespräch einfließen lassen. Zunächst eignen sich Sonden diagnostisch um festzustellen, in welcher Entwicklungsschicht Konflikte und unerfüllte Bedürfnisse bestehen, sie eignen sich aber auch als grundlegende Pacing-Haltungen für den Therapeuten. Bei der Arbeit mit Altersregression etwa können auf Basis dieser Sonden gezielte Suggestion formuliert werden, um ressourcenvolle, korrigierende emotionale Erfahrungen zu vermitteln. Eine Übersicht liefert Tabelle 3-9, bei der es sich um eine Zusammenfassung mehrerer Tabellen bei Revenstorf (2001, S. 60, 67, 71) handelt. Es werden diejenigen Aspekte veranschaulicht, die bei Mende (1998) noch nicht beschrieben sind.

| Charakterstruktur | Therapeutenrolle | Ressourcen | Pacing bei Trance-induktion | Abnahme der Abwehr, Provokation | Unterstützung defizienter Impulse | „Sonden“ |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|---|---|--|--|
| Schizoid | „Chirurg“, der ohne Gefühl operiert | Imagination, abstraktes Denken | Raum und Zeit geben, Abspaltung und Imagination nutzen | Augen verschließen | In Kontakt bringen | „Du bist willkommen“ |
| Oral-dependent (depressiv) | „Retter“, der alles in die Hand nimmt | Nutzung von Hilfe | Direkte, gefühlsbetonte, körperbezogene Suggestionen | Bemuttern, entmündigen | Ermutigen, selbstständig zu sein | „Ich bin für Dich da“ |
| Borderline | „Engel“, der nicht zornig wird | (keine Angaben) | Enttäuschungen vorbeugen, Selbstkontrolle der Trance | Therapeut stellt sich selbst in Frage | Patienten liebenswert finden | „Du kannst Dich auf mich verlassen“ |
| Narzisstisch | „Zauberer“, der Wunder möglich macht | (keine Angaben) | Mit kleinen Trance-Schritten zufrieden sein, ratifizieren | Großartigkeit übertreiben | Mit dem falschen Selbst konfrontieren | „Du bist eine wertvolle Person“ |
| Psychopathisch | „Mutter Maria“, die alles verzeiht, der man nichts vor machen muss | Risikofreude, Unterhaltsamkeit | Alternativen anbieten, herausfordern, paradoxe Suggestionen | Feinde suggerieren, Absicherung übertreiben | Kreativität respektieren, Festlegung suggerieren | „So wie Du bist, ist es in Ordnung“ |
| Masochistisch | „Richter“, der das widerfahrene Unrecht aufklärt | Loyalität | Keinen Druck ausüben, Selbstbestimmung | Überlasten | Geduld haben, kämpfen lassen | „Du kannst es auf Deine Art und Weise tun“ |
| Histrionisch | „Weiser“, der einen in Schwierigkeiten beraten kann | Kreativität | Aufmerksamkeit, genaue Instruktionen, ratifizieren | Mehr Beachtung fordern lassen | Bedeutung suchen | „Du bist wichtig“ |
| Rigide-zwanghaft | „Diktator“, der klare Anweisungen gibt | Produktivität | Trance als Fertigkeit, Destabilisierung durch Konfusion | Mehr Lustverzicht fordern | Entspannung suggerieren | „Du musst nichts beweisen“ |

Tabelle 3-9: Utilisation von Charaktertypen (zusammengestellt nach Revenstorf 2001, S. 60, 67, 71.) Die Zellen mit „(keine Angaben)“ ergeben sich, da in der Original-Tabelle bei Revenstorf S. 60, die auf Kurz (1983) zurück geht, etwas andere Charakter-Strukturen unterschieden werden.

Die Utilisation dimensionaler Trait-Modelle wie etwa der Big-Five (Costa und McCrae 1985) für die Hypnotherapie ist noch nicht explizit beschrieben, es bestehen jedoch Überschneidungen solcher Konzepte mit den bereits genannten kognitiven Stilen, Persönlichkeits-Theorien und Charakter-Typologien.

Den Aktivierungsfunktionen des autonomen Nervensystems kommt in der Hypnose eine wichtige Rolle zu. Interessant können in diesem Zusammenhang Temperament-Typologien werden, wie sie von

Cloninger et al. (1993) wieder aufgegriffen wurden. Bereits Edmonston (1977) und Jovanovic (1988, S. 144ff) konnten statistische Zusammenhänge von Temperamentstypen und Körperbau mit standardisierten Hypnotisierbarkeits-Skalen herstellen. Im Rahmen dieser Arbeit ist hierbei von Interesse, ob sich aus Temperament-Typologien Hinweise ableiten lassen, die zur Utilisation und besseren Individualisierung vor allem von Tranceinduktionen genutzt werden können.

Die Beobachtung nonverbaler Signale und Merkmale wie Atemmuster und Körperhaltung, die direkt zusammenhängen mit den Aktivierungsfunktionen des autonomen Nervensystems, und deren Bezug zu inneren Prozessen und präferierten Repräsentationssystemen wurde bereits im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ angerissen. Dilts et al. (1980/1985, S. 117) vermuten einen Zusammenhang von präferierten Repräsentationssystemen, chronischen Atemmustern und Körperhaltungen mit den Temperamentstypen nach Sheldon, die mit denen von Kretschmer korrespondieren (visuell - endomorph - leptosom, kinästhetisch-propriozeptiv - mesomorph - pyknisch, kinästhetisch-sensumotorisch - ektomorph - athletisch, auditiv). Es wird vermutet, dass z.B. die Präferenz des visuellen Systems mit einer vermehrten Brustatmung einhergeht, wohingegen die Präferenz des kinästhetischen Systems mit einer vermehrten Bauchatmung einhergeht. Dies soll langfristig einen Einfluss auf die Körperhaltung und den Körperbau haben, und umgekehrt sollen Körperhaltung und Atemmuster die Benutzung der Sinnesmodalitäten beeinflussen.

Der von Bandler, Grinder und Satir (1976/1978) postulierte Zusammenhang von präferierten Repräsentationssystemen und Kommunikationsstilen (Satir-Kategorien) wurde bereits dargestellt (siehe Tabelle 3-6). Daraus kann man ableiten, dass, ausgehend von den Temperament-Modellen, allein aus dem Körperbau, der eine in der Praxis offensichtliche, sehr einfach verfügbare Informationsquelle darstellt, Hypothesen abgeleitet werden können bezüglich intrapsychischer Merkmale (wie präferierter Repräsentationssysteme) und weiterer interpersoneller Merkmale (wie Satir-Kategorien), die dann (z.B. durch Beobachtung der Sprachmuster des Patienten und seinem Verhalten in der Therapie) verifiziert und in der Kommunikation und Tranceinduktionen genutzt werden können. Einen Überblick zu diesen möglichen Zuordnungen liefert Tabelle 3-10.

| Temperamentstyp nach | | präferiertes Repräsentations-System | Satir-Kategorie |
|----------------------|------------|-------------------------------------|--------------------|
| Sheldon | Kretschmer | | |
| ektomorph | leptosom | visuell | Anklagen |
| endomorph | pyknisch | kinästhetisch-propriozeptiv | Beschwichtigen |
| mesomorph | athletisch | kinästhetisch-sensumotorisch | (nicht zugeordnet) |
| (nicht zugeordnet) | | auditiv | Rationalisieren |

Tabelle 3-10: Mögliche Zuordnungen von Temperamentstypen, präferierten Repräsentationssystemen und Satir-Kategorien.

3.2 Kooperation in der Therapie

3.2.1 Grundformen der Beziehungsgestaltung

Gilligan (1987/1991, S. 21ff) unterscheidet in der Hypnotherapie zwischen autoritärer, standardisierter und kooperativer Form der Beziehungsgestaltung. Schmidt (1999/2004, S. 92ff) fügt dem die strategische Form hinzu, wobei er genau genommen den Begriff der „kooperativ“ bei Gilligan durch „strategisch“ ersetzt und ein anderes Verständnis von „kooperativer Beziehungsgestaltung“ einführt. Dies ergab sich daraus, dass Gilligan Kooperation zunächst ausschließlich an der Verwendung des ericksonschen Utilisationsprinzips festmachte. Wie weiter unten deutlich werden wird, ist es aber sinnvoll, bei der Verwendung von Utilisation eine strategische und eine kooperative Form zu unterscheiden. Einen Überblick über Unterschiede aller vier Grundformen von Beziehungsgestaltung gibt Tabelle 3-11 am Ende dieses Abschnitts.⁴³

Autoritäre Beziehungsgestaltung beruht auf dem Prinzip der Gehorsamkeit (Dominanz und Unterwerfung / Submission). In der Hypnose werden grundsätzlich kurze Induktionsformen und direkte Suggestionen verwendet. Am deutlichsten wird autoritäre Beziehungsgestaltung bei der Bühnenhypnose, aber auch die klassische, traditionelle Hypnose im klinischen, therapeutischen Kontext wird eher in Form autoritärer Beziehungsgestaltung ausgeübt. Im Rahmen der Therapie kann das bedeuten, dass der Therapeut davon ausgeht, dass ihm die alleinige Expertise über Ziele und Form der Therapie zukommt, und der Patient sich daher unterordnen muss.

So einfach das klingen mag, die Verbreitung solcher Interaktionskonstellationen, die Bereitschaft von Therapeuten solche Konstellationen herzustellen und von Patienten, sie aufzusuchen, sowie die Stabilität solcher Beziehungskonstellationen sind nicht zu unterschätzen. Patienten, vor allem schlecht informierte, und Therapeuten mit autoritärer Grundhaltung glauben, umgangssprachlich ausgedrückt, schlicht: „Der Therapeut weiß es einfach besser. Therapie muss so sein, es geht gar nicht anders.“⁴⁴

Ein großer Teil der sozialpsychologischen Forschung des 20. Jahrhunderts⁴⁵ widmete sich solchen Phänomenen wie *Konformität* (Asch 1951) und *Gehorsamkeit* (Milgram 1963, 1974). In der sozialpsychologisch-verhaltenstheoretischen Hypnose-Forschung (siehe z. B. Spanos 1991 oder

⁴³ Laut Schmidt (persönliche Mitteilung) vertritt Gilligan inzwischen eine ihm ähnliche Position. Dies manifestierte sich bei Gilligan im Lauf der 90er Jahre zuerst am deutlichsten in der Abkehr von der strategischen Verwendung von Konfusionstechniken - was gerade deshalb bemerkenswert ist, weil Gilligan (1987/1991, S. 283ff) mit einem Kapitel einen der wichtigsten Standardtexte zum Thema Konfusionstechniken geschrieben hatte.

⁴⁴ Eine solche Haltung seitens der Therapeuten ist am vielleicht offensichtlichsten in der Suchttherapie zu beobachten. Das Verfahren des *Motivational Interviewing* (Miller und Rollnick 1991/1999; Körkel und Veltrup 2003) wurde entwickelt, um zu den in der Suchttherapie bis dahin allgemein üblichen konfrontativen Vorgehensweisen, die einer autoritären Beziehungsgestaltung in etwa entsprechen, eine Alternative zu finden. Diese entspricht grundsätzlich der im Folgenden dargestellten kooperativen Beziehungsgestaltung. Miller und Rollnick (1991/1999, S. 22f, S. 65) haben konfrontative Vorgehensweisen und die dazu gehörigen therapeutischen Einstellungen ausführlich mit Beispielen und Zitaten belegt, die den hier so einfach zusammengefassten Aussagen erstaunlich nahe kommen.

⁴⁵ Ohne das im Rahmen dieser Arbeit angemessen thematisieren zu wollen, soll wenigstens daran erinnert werden, dass diese sozialpsychologische Forschung auch aus dem Eindruck des Nationalsozialismus heraus motiviert war.

Barber 1969) wurde teilweise sogar vertreten, dass *Compliance* (im Sinne einer Bereitschaft des Hypnotisanden, sich den Anweisungen des Hypnotiseurs unterzuordnen) sogar als einzige Erklärung für hypnotisches Verhalten des Subjekts gelten könne. Eine Diskussion der Relevanz sozialpsychologischer Phänomene für Hypnose findet sich z. B. bei Yapko (2003, S. 131ff). Grundsätzlich wird heute davon ausgegangen, dass Compliance eine Rolle spielen kann, aber alleine nicht ausreicht, um hypnotische Reaktionen zu erklären (siehe hierzu auch den Abschnitt „Theoretische Grundlagen von Teile-Arbeit“).

Wenn der Therapeut schließlich den Eindruck hat, dass ein Patient seinerseits die Erwartung oder den unausgesprochenen Wunsch hat, sich dem Therapeuten unterzuordnen, und gerade deshalb Hypnose möchte, weil in der Öffentlichkeit bis heute noch ein entsprechendes Bild existiert, sollte der Therapeut dies thematisieren, den Patienten aufklären und evtl. einen Auftrag zu bindungsorientierter Therapie akquirieren, wie es im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ dargestellt werden wird.

Standardisierte Beziehungsgestaltung findet zunächst im Rahmen von Forschungsexperimenten unter Laborbedingungen statt. Die hier verwendeten Hypnose-Verfahren können insofern der klassischen Hypnose zugeordnet werden, da auch hier eher kurze Induktionen und direkte Suggestionen verwendet werden. Ebenso ist die Induktion mit Hilfe von Tonträgern (Audiokassetten oder CDs) zwangsläufig standardisiert, wobei hier hingegen oft auch längere Induktionstexte und indirekte Suggestionen (z.B. Metaphern und Geschichten) verwendet werden. Wenn im Rahmen von Laborexperimenten längere Induktionen durchgeführt werden sollen, werden aus forschungsökonomischen Gründen oft Tonträger verwendet. Therapeutische Arbeit im Alltag ist insofern immer mehr oder weniger standardisiert, da der Therapeut auf bewährte Vorgehensweisen zurückgreift, auf die erfahrungsgemäß der größte Teil der Patienten die gewünschte Reaktion zeigt. In Kontexten, in denen weniger Zeit verfügbar ist, sich individuell auf den Patienten einzustellen, z.B. in einer Zahnarztpraxis oder anderen medizinischen Kontexten, nimmt der Grad der Standardisierung zwangsläufig zu.

Kooperative und strategische Beziehungsgestaltung beruhen beide auf dem Prinzip der Utilisation, individualisieren das Vorgehen, verwenden indirekte Suggestionen sowie längere Induktionen und werden daher beide der modernen, eriksonianischen Hypnose zugerechnet. Im Rahmen kooperativer Beziehungsgestaltung werden in bestimmten Situationen auch kurze Induktionstechniken und direkte Suggestionen verwendet. Die Hauptunterschiede bestehen in den Aspekten *Transparenz* und *Auftragsdynamik*: Bei kooperativer Beziehungsgestaltung wird der Auftrag zwischen Patient und Therapeut ausgehandelt und der Therapeut erläutert sein Vorgehen, um das *verstehende Einverständnis* des Patienten zu erhalten. Bei strategischem Vorgehen wird davon ausgegangen, dass eine Aufklärung des Patienten hinderlich sein kann, da sie diejenigen bewussten Prozesse des Patienten stärkt, die das Problem mit aufrechterhalten und den Zugang zu möglichen Ressourcen erschweren. Hierzu dienen beispielsweise indirekte Vorgehensweisen wie die Stellvertretertechnik und insbesondere Suggestionen zur posthypnotischen Amnesie. Bei kooperativer Beziehungsgestaltung

wird die Hypnose oft als Selbsthypnosetraining definiert, um die Eigenkompetenz des Patienten zu fördern.

Zum Sprachgebrauch muss angemerkt werden, dass der Begriff „Strategie“ häufig synonym zu „Methode“ oder „Heuristik“ etc. benutzt wird und nicht notwendigerweise mit „strategischer Beziehungsgestaltung“ zusammenhängt. Weiterhin wird der Begriff „Strategie“ von einigen Autoren (Dilts et al. 1980/1985; Bandler und Grinder 1979/1981) im Rahmen des „Strategiemodells“ im NLP zur Bezeichnung eines selbsthypnotischen Prozesses bzw. eines Informationsverarbeitungsprozesses, einem „neurolinguistischen Programm“, benutzt. Um Verwechslungen zu vermeiden wird daher innerhalb dieser Arbeit von „strategischer Beziehungsgestaltung“ oder von „selbsthypnotischem Prozesses“ gesprochen. Weiterhin wird gelegentlich die Formulierung „strategisch-manipulativ“ benutzt, wenn eine negative Konnotation ausgedrückt werden soll.

Je nach Form der Beziehungsgestaltung bekommen *nicht erwartete, unerwünschte Reaktionen* des Patienten oder ein *Ausbleiben von erwünschten Reaktionen* eine völlig unterschiedliche Bedeutung. Bei autoritärer Beziehungsgestaltung wird dem die Bedeutung von *Widerstand* gegeben. Standardisierte Vorgehensweisen, die zur Diagnostik und zur empirischen Forschung im Labor entwickelt wurden, stellen in diesem Fall eine geringe *Suggestibilität* fest. Strategische Beziehungsgestaltung gibt unerwünschten Resultaten hingegen die Bedeutung, dass die bewussten Prozesse noch zu stark sind und daher die *Individualisierung* des Vorgehens verbessert werden muss, v.a. durch noch indirektere Suggestionen. Bei kooperativer Beziehungsgestaltung wird zunächst ebenfalls eine Verbesserung der Individualisierung angestrebt, allerdings betrifft dies nicht nur indirekte Suggestionen. Vielmehr kommt hinzu, dass dem Patient ein berechtigtes Interesse an mehr *Aufklärung und Transparenz* zugestanden wird, um z.B. eventuelle bislang nicht geäußerte Befürchtungen auszuräumen, dass der Patient ein natürliches Bedürfnis nach mehr *Wertschätzung* hat, und dass der *Rapport* verbessert werden sollte.

In diesem Sinne werden *Fragen des Patienten* lediglich bei kooperativer Beziehungsgestaltung als berechtigtes Interesse des Patienten nach Aufklärung bewertet und beantwortet und *Einwände* als nützliches, konstruktives Feedback interpretiert. Bei autoritärer Beziehungsgestaltung sind Fragen und Einwände grundsätzlich unerwünscht, weil sie den „Erfolg“ des Hypnotiseurs bzw. Therapeuten behindern oder in Frage stellen, weswegen sie als Teil des Widerstandes interpretiert und abgewertet werden. Bei standardisierter Beziehungsgestaltung spielt je nach situativem Kontext (Labor in einer Universität oder Arztpraxis) der Zeitfaktor die Hauptrolle, Fragen und Einwände werden daher evtl. in einem Vorgespräch oder nach der Hypnose dementsprechend nur teilweise beantwortet. Bei strategischer Beziehungsgestaltung wird einfach davon ausgegangen, dass die Kontrollfunktion des Bewusstseins noch zu stark ist und daher noch besser individualisierte, indirekte Vorgehensweisen gefunden werden müssen, weswegen Fragen nicht oder nur scheinbar beantwortet werden, um dann z.B. eine Konfusionstechnik anzuschließen.

Wenn durch zu strategisches oder autoritäres Vorgehen das individuelle Bedürfnis des Patienten nach

Transparenz und Kontrolle verletzt wird, können der Rapport und die therapeutische Beziehung beeinträchtigt werden. Wird aufgrund einer standardisierten Vorgehensweise auf Individualisierung verzichtet, wird einem Patienten, der keine oder eine unerwünschte Reaktion zeigt, der jedoch bei einer anderen, ihm individuell besser angepassten Vorgehensweise, durchaus in therapeutisch erwünschter Weise reagieren würde, eine Misserfolgserfahrung vermittelt. Damit wird dem Patienten eine negative Erwartung bezüglich seiner eigenen Fähigkeiten suggeriert, was die Erfolgsaussichten nachhaltig verschlechtern kann. Auf diese und andere Zusammenhänge, die für eine kooperative Beziehungsgestaltung sprechen, wird in den folgenden Abschnitten weiter eingegangen.

Im Laufe der letzten 30 Jahre haben sich die Grenzen zwischen der modernen, ericksonianischen Hypnose und der traditionellen, klassischen Hypnose verwischt. Im Rahmen kooperativer Beziehungsgestaltung können die anderen Formen unter bestimmten Umständen als Wahlmöglichkeiten flexibel genutzt werden, worauf in dem Abschnitt „Wahlmöglichkeiten innerhalb kooperativer Beziehungsgestaltung“ detailliert eingegangen werden wird.

Ohne dies ausreichend belegen zu können, soll klar zum Ausdruck gebracht werden, dass in dieser Arbeit die Auffassung vertreten wird, dass kooperative Beziehungsgestaltung zu besseren und nachhaltigeren Therapieergebnissen führt. Autoritäre, standardisierte und strategisch-manipulative Beziehungsgestaltung führen zu schlechteren, weniger nachhaltigeren Therapieergebnissen, zu mehr Therapieabbrüchen und zu mehr iatrogenen Schädigungen wie z. B. einer negativen Beeinträchtigung der Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten. Ansätze von empirischen Belegen für diese Behauptungen finden sich in der Forschung zum „Motivational Interviewing“ (Miller und Rollnick 1991/1999; Körkel und Veltrup 2003).

| Grundform der Beziehungsgestaltung | autoritär | standardisiert | strategisch | kooperativ |
|--|---|--|---|--|
| Richtung | klassische Hypnose | größtenteils klassische Hypnose | ericksonianische Hypnose | ericksonianische Hypnose |
| Situativer Kontext | Showbühne Therapie | Forschungslabor (Zahn-) Arztpraxis Therapie CD | Therapie | Therapie |
| Suggestionsform | direkt | direkt teilweise indirekt (CD) | indirekt | indirekt und direkt |
| Dauer der Induktion | kurz | kurz (Zahnarztpraxis) lang (CD) | lang | lang und kurz |
| Interpretation bei unerwünschter oder ausbleibender Reaktion | Patient ist im Widerstand. | Niedrige Suggestibilität des Patienten. | Bessere Individualisierung und noch indirekteres Vorgehen nötig. | Bessere Individualisierung sowie mehr Transparenz, Wertschätzung und besserer Rapport nötig. |
| Umgang mit Fragen und Einwänden des Patienten | Fragen und Einwände sind unerwünscht, werden als Teil des Widerstands eingeordnet, Patient soll aufhören zu fragen. | Zeitfaktor. Fragen werden in geringem Umfang evtl. im Vorgespräch oder nach der Hypnose beantwortet. | Bewusstsein des Patienten ist noch zu kontrollierend. Fragen werden nicht oder nur scheinbar beantwortet. | Fragen werden beantwortet, da berechtigtes Interesse an Aufklärung besteht. Einwände werden als konstruktives Feedback bewertet. |

Tabelle 3-11: Grundformen der Beziehungsgestaltung (modifiziert und erweitert nach Gilligan 1987/1991, S. 31)

3.2.2 Wahlmöglichkeiten im Rahmen kooperativer Beziehungsgestaltung

Im Abschnitt „Feedback und Handlungstheorie“ wurde ein handlungstheoretisches Modell zur Strukturierung des Therapieprozesses vorgestellt. Die beiden grundlegenden Feedback-Ebenen hierbei sind *1. Rapport und Kooperation* sowie *2. Auftragsdynamik*. Die Herstellung von Rapport durch nonverbales und verbales Pacing sowie das Beobachten und Testen von Rapport wurden im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ behandelt.

Im Abschnitt „Grundformen der Beziehungsgestaltung“ wurde erwähnt, dass strategische und kooperative Beziehungsgestaltung beide auf dem Utilisationsprinzip aufbauen, sich aber u. a. in den Punkten Transparenz und Umgang mit unerwünschten Reaktionen des Patienten bzw. Widerstand unterscheiden. Ganz grundsätzlich wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass diese beiden Formen ebenso wie autoritäre und standardisierte Beziehungsgestaltung Wahlmöglichkeiten darstellen, die in bestimmten Kontexten zielführend sein können. Dies können unterschiedliche, durch Umstände bedingte, Situationen sein, sowie auch unterschiedliche Zeitpunkte oder Therapiephasen. Verdeutlicht werden kann dies gut in Begriffen der sozialpsychologischen Konflikt- und

Kooperationsforschung, insbesondere der Spieltheorie.

Bei kooperativer Beziehungsgestaltung und Auftragsdynamik soll, in den Begriffen der Spieltheorie formuliert, eine *Win-Win-Situation* entstehen. Bei strategischer und autoritärer Beziehungsgestaltung, die zwar vom Therapeuten gut gemeint sein kann und für Patienten heilsam sein soll, entsteht beim Auftreten von Widerstand eine Dominanz-Submissions-Dynamik, umgangssprachlich formuliert ein Machtkampf, und damit eine *Win-Lose-Situation*.

Der Transfer sozialpsychologischer Kooperationsforschung in den Bereich der Psychotherapie hat bislang kaum stattgefunden. Eine Ausnahme bildet De Shazer (1985/1989, S. 99ff, S. 105ff),⁴⁶ der zunächst ein Modell zur Konstruktion von auf die Motivationslage des Patienten zugeschnittenen Hausaufgaben entwickelte und dann Parallelen zur aus der Spieltheorie stammenden Tit-for-Tat-Strategie von Axelrod (1984/1987) zog. Hierauf wird im Abschnitt „Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente“ genauer eingegangen. Später entwickelte er das Modell der Auftragsstypen (De Shazer 1988/1989), welches im Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ aufgegriffen wird. Grundsätzlich geht De Shazer davon aus, dass es die Aufgabe des Therapeuten ist, eine *Kooperation zu initiieren* und sich je nach Reaktion des Patienten an dessen *Motivationslage symmetrisch anzupassen*, wodurch ein *positive Rückkopplung* und damit der therapeutische Fortschritt eintreten soll, ohne, dass „Widerstand“ zu entstehen braucht.

In der Konfliktforschung zeigt sich auch, dass Muster der Kooperation am stabilsten aufgebaut werden können, wenn in bestimmten Situationen auch nicht-kooperative (kompetitive, distributive etc.) Wahlmöglichkeiten genutzt werden, etwa um dem Gegenüber ein unmittelbares Feedback zu geben, dass sein unkooperatives Verhalten nicht toleriert wird (siehe hierzu ebenfalls die Arbeiten von Axelrod (1984/1987) zum iterierten Gefangenendilemma und der Tit-for-Tat-Strategie). Konkrete Beispiele im therapeutischen Kontext sind eine grundsätzlich mangelnde Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitarbeit oder Situationen, in denen ein Patient Grenzen und Regeln verletzt, die zur Durchführung einer Therapie notwendig sind, wie z. B. im stationären Setting das Einhalten einer Hausordnung. Eine *negative Rückkopplung* seitens des Therapeuten sollte so *unmittelbar* wie möglich stattfinden und von einem - gegebenenfalls an klare, *eindeutig* formulierte *Bedingungen* geknüpften - erneuten *Kooperationsangebot* gefolgt sein.⁴⁷

Das bedeutet zusammengefasst, dass der Aufbau eines stabilen kooperativen Interaktionsmusters sowohl davon abhängt, dass der Therapeut sich an die Motivationslage des Patienten anpasst und wiederholte Kooperationsangebote macht, aber auch, dass er nicht-kooperatives Verhalten des Patienten diesem rückmeldet und gegebenenfalls sanktioniert. Ein rein „nettes“ Verhalten des

⁴⁶ Das Nachwort zur deutschen Ausgabe (1989) schrieb Schmidt, der die Ansätze De Shazers in die hypnosystemische Therapie integrierte.

⁴⁷ Eine in diesem Zusammenhang erwähnenswerte Übersicht sozialpsychologischer theoretischer Modelle und empirischer Forschungsergebnisse zur flexiblen Anwendung kooperativer und nicht-kooperativer Vorgehensweisen liefert Thomas (1992). Hier werden ein integratives, theoretisch fundiertes Modell vorgestellt sowie praktische Hinweise zur Anwendung gegeben. Dieser Artikel entstand im Bereich der Organisationsberatung, ist aber gut auf therapeutische Kontexte übertragbar.

Therapeuten ist unter Umständen gar nicht sinnvoll, um eine Kooperationsbasis aufzubauen.

In dieser Arbeit wird der Standpunkt vertreten, dass die selben Vorgehensweisen wie Utilisation und Indirektheit, die strategisch eingesetzt werden können, genauso gut zum Herstellen von Rapport und einer kooperativen Beziehung genutzt werden können. Anders formuliert, es kann ein Kontext erzeugt werden, in dem Kooperation des Patienten, und in der Folge die therapeutische Veränderung, seine spontane, natürliche Reaktion darstellen. Kurz: strategische Vorgehensweisen werden zum Erzeugen von Kooperation eingesetzt.

Das negative Gegenstück, das in der psychosozialen Realität manchmal schwer zu unterscheiden ist, - und zwar inner- und außerhalb therapeutischer Settings - wäre die Verwendung von Verhaltensweisen und Redewendungen, die kooperativ aussehen und klingen, aber lediglich dem strategischen Erreichen von Zielen dienen. Beispielsweise kann ein Gesprächspartner versichern, dass er die Interessen seines Gegenübers respektiere, nicht etwa weil es tatsächlich so ist, sondern lediglich, weil er ihn zu einem bestimmten Verhalten bewegen will. Kurz: Verhaltensweisen, die nur kooperativ aussehen, werden strategisch-manipulativ eingesetzt.

Hassan (1988/1993, 2000) beschreibt Kommunikation und Gruppendynamik in Sekten sowohl aus sozialpsychologischer⁴⁸ und aus hypnotherapeutischer Perspektive. Hierbei handelt es sich um extreme Ausprägungen autoritärer und strategisch-manipulativer Beziehungsgestaltung. Diese zu verstehen ist im Sinne einer Unterschiedsbildung nützlich, um durch den Kontrast indirekt ein klareres Verständnis von Kooperation zu entwickeln. In der von ihm entwickelten Form der Sektenausstiegsberatung empfiehlt er - allerdings ohne den Begriff der „Kooperation“ zu benutzen - Vorgehensweisen, die durch Transparenz und Wertschätzung gekennzeichnet sind. Er beschreibt ausführlich die - in seinem Arbeitskontext häufige - Ausnahme-Situation der strategischen Anbahnung des Erstkontakts. Sobald dieser zustande gekommen ist, macht der Therapeut sein Vorgehen transparent, entschuldigt sich für sein zunächst strategisch-manipulatives Vorgehen und arbeitet konsequent kooperativ weiter. Dieses zweiphasige Vorgehen stellte einen erheblichen Fortschritt im Vergleich zur in diesem Bereich bis dahin üblichen sog. „Deprogrammierung“ dar, mit der man versuchte, die Indoktrination durch die Sekte einfach nur umzukehren. *Strategische Vorgehensweisen* sind hier also als *begründete Ausnahmen* in einen Rahmen kooperativer Beziehungsgestaltung eingebettet.

Yapko (1990; 2003, S. 276f) empfiehlt, den Patienten so wenig wie möglich aufzuklären, aber so viel wie nötig, damit die Kooperationsbasis gewährleistet ist. Er erkennt einerseits an, dass das Bedürfnis des Patienten nach Aufklärung so stark ist, dass es nicht übergangen werden darf, geht aber grundsätzlich davon aus, dass die Kontrollfunktion des Bewusstseins so viel wie möglich umgangen werden soll.

⁴⁸ Hassan (1988/1993, 2000) wendet die sozialpsychologische Grundlagenforschung zu „Konformität“ (Asch 1951), „Gehorsamkeit“ (Milgram 1963, 1974) und die Theorie der kognitiven Dissonanz von Festinger, Rieken und Schachter (1956) zur Beschreibung der Dynamik in Sekten sowie zur Herleitung seiner Interventionsstrategien in der Ausstiegsberatung an. Hassan hat sowohl eine NLP- als auch eine Hypnotherapie-Ausbildung absolviert und hält über seine Arbeit Seminare und Vorträge auf Hypnose-Kongressen.

Autoritäre Beziehungsgestaltung, insbesondere in der klassischen Hypnose, könnte auch als Utilisation autoritärer Reaktionsbereitschaft des Patienten begriffen werden. *Standardisierte Vorgehensweisen* stellen eine Utilisation von Reaktionsweisen, die in der Population aller Patienten und Patienten statistisch häufig verbreitet sind, dar.

Insgesamt kann also gesagt werden, dass strategische, autoritäre und standardisierte Vorgehensweisen im Rahmen kooperativer Beziehungsgestaltung unter bestimmten äußeren Umständen oder in bestimmten Phasen einer Therapie vorübergehende Ausnahmen bilden können. Diese Ausnahmen müssen dem Patienten dann - wenigstens im Nachhinein - transparent gemacht und plausibel begründet werden, um eine stabile Kooperationsbasis (wieder-)herzustellen und einen Therapieauftrag auszuhandeln.

3.2.3 Utilisation und Indirektheit

Erickson formulierte als seinen ersten therapeutischen Grundsatz (in Zeig 1985/1995 bzw. 2002, S. 119): „Versuche nicht, jemanden zur Änderung seiner Ideenbildung zu zwingen, sondern begleite diese Ideenbildung und verändere sie schrittweise und schaffe Situationen, in denen die jeweilige Person selbst ihr Denken breitwillig ändert.“. Dies kann als eine einfache Beschreibung der Prinzipien Utilisation und Indirektheit verstanden werden. Grinder und Bandler (1981/1984, S. 299) formulieren dies ähnlich: „Schaffen Sie eine Situation oder einen Kontext, in dem die Person von ganz alleine so reagiert, wie Sie es wollen. Wir haben hier hauptsächlich darüber gesprochen, wie man eine Situation inneren Erlebens schafft und dafür hypnotische Techniken einsetzt. Sie können aber mit Hilfe ihrer Kreativität auch einen äußeren Kontext herstellen, der ohne jede explizite Hypnose die erwünschte Reaktion bewirkt.“. Bei indirekter Vorgehensweise wird nicht versucht, das Verhalten des Patienten direkt zu beeinflussen, sondern indirekt über die Beeinflussung des Kontexts, auf den der Patient reagiert.

Bei Bandler und Grinder kann davon ausgegangen werden, dass dies im Sinne strategischer Beziehungsgestaltung, oder, einfach gesagt, Manipulation, gemeint ist. Dies wird immer wieder (z.B. in Bandler und Grinder 1979/1981) damit begründet, dass Manipulation und Kommunikation sowieso nicht trennbar seien, und da man - im Sinne des ersten Axioms der Kommunikationstheorie (Watzlawick, Beavin und Jackson 1967/1969) - „nicht nicht-kommunizieren kann“, könne man auch „nicht nicht-manipulieren“, und wenn man schon manipulieren müsse, dann wenigstens bewusst und zum Guten. Dies entspricht nicht, wie weiter unten deutlich werden wird, den Implikationen der Kybernetik 2. Ordnung und auch nicht einer konsequenten Anwendung des Utilisationsprinzips.

Erickson hat zwar seine Vorgehensweise dem Patienten nicht transparent gemacht, aber so weit individualisiert, dass Gilligan (1987/1991) hierin zumindest Grundlagen von kooperativer Beziehungsgestaltung sieht. Haley (1963, 1973/1978) hingegen leitete aus Ericksons Arbeit eine Therapieform ab, die er als „strategische Familientherapie“ bezeichnete. Interessant ist hier zu bemerken, dass innerhalb der Palo Alto Gruppe zwischen Bateson einerseits und insbesondere Haley

und Watzlawick andererseits eine Kontroverse über Therapie und Macht bestand. Bateson äußerte auch einige negative Kommentare über NLP, er bezeichnete es z.B. als „evilly manipulative“ (siehe Lutterer 2000).

Auf die vielfältigen Möglichkeiten indirekte Suggestionen, insb. Metaphern, einzusetzen um das Bewusstsein des Patienten zu umgehen wurde im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ hingewiesen. Wenn dies ohne das Einverständnis des Patienten geschieht, ist dies als strategisch einzuordnen. Auch die Induktion posthypnotischer Amnesie, Konfusionstechniken, therapeutische Double-Binds, Splitting, Polaritäten ausspielen usw. sind grundsätzlich zunächst zu strategischen Vorgehensweisen zu rechnen.

Auch die Utilisation von Einstellungen (Werten) wird häufig strategisch eingesetzt. Haley (1973/1978) und Zeig (1984) sprechen von *Hooks*, Dilts (1990/1993) von *Levering*. Hiermit ist gemeint, dass eine für den Patienten wichtige Einstellung als „Haken“ oder „Hebel“ genutzt werden kann, um ihn zu einem bestimmten, vom Therapeuten erwünschten Verhalten zu motivieren. Dieses Vorgehen kann angewendet werden, wenn ein Patient zu einem erwünschten Verhalten nicht ausreichend direkt motivierbar ist. Es wird nach einer Einstellung gesucht, die den Patienten hoch motiviert und die zunächst nichts mit dem erwünschten Verhalten zu tun haben braucht. Dann wird eine Verbindung zwischen dieser Einstellung und dem erwünschten Verhalten hergestellt. Zu einem erschöpften Patienten, der leistungsorientiert und pflichtbewusst ist, kann der Therapeut etwa sagen „Sie müssen zur Steigerung der Effizienz aus Pflichtbewusstsein mehr Ruhepausen machen.“. Einem verantwortungsbewussten Familienvater, der Übergewicht reduzieren möchte, dies bislang nur für seine eigene Gesundheit wollte und keinen Erfolg hatte, da diese Motivation nicht ausreichte, kann an die Vorbildfunktion für seine Kinder erinnert werden. Mit einer Bulimikerin, die geizig ist, kann vereinbart werden, dass sie nach jedem Brech-Anfall einen Geldschein im Wert einer Mahlzeit zerreißen und in der Toilette hinunterspülen soll.

Diese indirekten Vorgehensweisen finden wie gesagt zunächst im Rahmen strategischer Beziehungsgestaltung statt. Es ist aber durchaus auch möglich, im Rahmen einer kooperativen Beziehungsgestaltung motivationale Zusammenhänge dem Patienten transparent zu machen und so denselben - oder einen besseren und nachhaltigeren - therapeutischen Effekt zu erzielen. In den folgenden Abschnitten soll verdeutlicht werden, wie die geschilderten Herangehensweisen und das Prinzip der Utilisation nicht nur strategisch-manipulativ, sondern im Rahmen kooperativer Beziehungsgestaltung konstruktiv genutzt werden können.

Es soll in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht werden, dass theoretische Texte zu strategischem Denken schon sehr lange existieren. Frühe Beispiele finden sich in der taoistischen Militär-Philosophie („Die Kunst des Krieges“ von Sunzi, die Originalfassung wird im 6.-5. Jahrhundert. v. Chr. vermutet). Einige dieser Texte sind sehr formal und abstrakt, weswegen sie sich gut auf andere Kontexte transferieren lassen.

Jullien (1996/1999) vergleicht Texte von Sunzi und anderen östlichen Quellen mit westlichen Texten

(u. a. „Der Fürst“ von Machiavelli 1532, verfasst 1513). Hierbei kommt er zu Grundsätzen, die als Anwendungen „systemischen Denkens“ gesehen werden könnten und den ericksonianischen Prinzipien Utilisation und Indirektheit sehr ähneln.⁴⁹ Einige anschaulich formulierte Beispiele für diese Grundsätze wären: „Sich mit dem Werden verbinden“ (S. 105), „Das Situationspotential ausnutzen“ (S. 31ff), „Je früher man eingreift, umso weniger muss man handeln“ (S. 173), „Die Wirkung nicht erzwingen, sondern geschehen lassen“ (S. 145ff), „Die Kunst besteht darin, zu siegen, bevor man kämpft“ (S. 174), „Den anderen besiegen ohne ihn anzugreifen“ (S. 231) oder „Der Effekt ist kein angestrebtes Ziel, sondern ergibt sich als Konsequenz“ (S. 166). Gerade die letzte Formulierung kann synonym zu den am Anfang dieses Abschnitts wiedergegebenen Formulierungen von Erickson und Zeig sowie Bandler und Grinder verstanden werden.

Julien schließt sein Buch damit ab, indem er seine Ausführungen mit der im Taoismus häufig verwendeten Metapher des „Wassers“ veranschaulicht (S. 227ff). Interessanterweise greifen auch Autoren, die Prinzipien der Synergetik veranschaulichen wollen, auf diese Metapher zurück, so etwa Kriz (2003, S. 1) zur Positionsbestimmung der „Personenzentrierten Systemtheorie“ in Abgrenzung von mechanistischen Metaphern: „So wird in Bezug auf klinische Prozesse... in einer Weise gesprochen, die eher an das Schmieden eines Werkstückes oder an das Ausbeulen einer Blechdose erinnert als an die Veränderung der selbstorganisierten Struktur eines Wasserfalls oder an Interventionen in ein komplexes ökologisches Gleichgewicht.“. Eine weitere gut nachvollziehbare und mit anschaulichen Beispielen versehene Darstellung dieser Denkweise findet sich bei auch bei Kriz (1997, S. 106-110). „Heilung kann hier somit auch nicht in einer „Reparatur“ bestehen - so wie man auch eine Kerzenflamme oder einen Wasserfall nicht mit einem Hammer wieder ausbeulen kann - sondern es bedarf einer *Analyse der Bedingungen, unter denen das System eben diese Struktur realisiert.*“ (S. 108).

3.2.4 Transparenz und Wertschätzung

Grawe (1998, S. 374ff, S. 383ff) fasst in Anlehnung an Epstein (1990, 1991) vier psychologische Grundbedürfnisse zusammen: 1. Kontrolle und Orientierung, 2. Selbstwerterhöhung, 3. Bindung sowie 4. Lustgewinn und Unlust-Vermeidung. Hierbei ist das Bedürfnis nach *Kontrolle und Orientierung* das grundlegendste, „nicht nur des Menschen, sondern auch anderer höherer Lebewesen“ (Grawe 1998, S. 393). Zu diesen vier Grundbedürfnissen kommt das *Konsistenzprinzip* hinzu, das übergeordnete „Streben nach Konsistenz bzw. Reduktion von Inkonsistenz“ (S. 386, S. 421ff, S. 476), durch welches die Befriedigung der vier Grundbedürfnisse organisiert wird.

Die ökosystemische Theorie der Hypnose (Fourie 1991, 1994) betont die Bedeutung des Bedürfnisses des Organismus nach *Autonomie*. Mende (1998) bezieht sich auf diese Theorie, um die Utilisation von Übertragungsmustern unterschiedlicher Persönlichkeitstypen herzuleiten, die letztlich alle dem Bewahren von Autonomie dienen (siehe Abschnitt „Interaktionelle Stile und Persönlichkeitstypen“).

⁴⁹ Auf grundlegende Parallelen von Ericksons Prinzipien und dem Taoismus weist auch Scholz (1986) hin.

Es gibt eine Reihe sozialpsychologischer Untersuchungen zur Bedeutung des Konstruktes *Reaktanz* (Brehm 1966), welches als Versuch verstanden werden kann, dem Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung bzw. Autonomie nachzukommen.

Masson (1988/1991, 1992/1993) nimmt den radikalen Standpunkt ein, dass Psychotherapie unausweichlich *Machtmissbrauch* sei - und zwar im negativen Sinn, statt „Machtgebrauch“ oder „Machtausübung“ in einem eher neutralen Sinn. Er kommt zu dem Schluss, dass Psychotherapie ethisch nicht vertretbar sei und fordert daher ihre Abschaffung. Er widmet sich mit einem ganzen, gesonderten Kapitel der Arbeit von Erickson und kritisiert ihn als extrem manipulativ und grenzüberschreitend.⁵⁰

Der Umgang mit dem *Grundbedürfnis nach Kontrolle und Orientierung bzw. Autonomie* und im Zusammenhang damit der Umgang mit *Widerstand, Reaktanz* und dem Thema *Macht* spielt für die Dynamik der Therapiebeziehung und den Verlauf einer Therapie eine elementare Rolle. Im Folgenden soll dargestellt werden, wie die therapeutische Beziehung so gestaltet werden kann, dass kein Machtmissbrauch stattfindet, sondern eine konstruktive Kooperation zwischen Patient und Therapeut, indem das Bedürfnis des Patienten nach Kontrolle und Orientierung zw. Autonomie respektiert und in die Therapie miteinbezogen und genutzt wird. Interessanterweise ist zu beobachten, dass gerade im Feld der Hypnotherapie ein teilweise intensiverer Diskurs zu Fragen von Beziehungsgestaltung, Macht und Manipulation stattfindet, als in anderen Psychotherapie-Verfahren. Dies ist wohl dadurch zu erklären, dass eine Gegenreaktion auf den Mythos der uneingeschränkten Macht des Hypnotiseurs erfolgte sowie eine Auseinandersetzung mit den realen Einflussmöglichkeiten durch Hypnose und Suggestion stattfindet, die zu den im Folgenden zusammengefassten Konzepten geführt haben.

Die offensichtlichste Grundvoraussetzung für Kooperation ist *Transparenz*, d.h. dass der Therapeut sein Vorgehen und seine Hypothesen erläutert (siehe z.B. Schmidt 2004, S. 66f). Fragen des Patienten werden nicht als Widerstand gewertet (im Sinne dass der Patient „etwas abwehrt“, sich nicht „einlassen“ will, zu „verkopft“ sei etc.), sondern als berechtigtes Interesse an Aufklärung. Die Beseitigung von Befürchtungen durch Aufklärung erleichtert die *Kooperation zwischen Bewusstsein und dem Unbewussten* des Patienten (siehe die Abschnitte „Kooperation und Auftragsdynamik“ und „Teile-Arbeit“). Bevor die eigentliche Therapie mit hypnotischen oder nicht-hypnotischen Interventionen stattfindet, wird der Patient aufgeklärt und es werden ein Auftrag und Therapieziele definiert, bis die *verstehende Einverständnis* des Patienten mit der therapeutischen Vorgehensweise und deren Zielen vorliegt. Durch Transparenz und *kontinuierliche Feedbackschleifen über den Therapiefortschritt* (siehe den Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“) wird *Plausibilität* hergestellt. Im Rahmen von Induktion und Nachbesprechung schließlich dient die *Ratifikation* außer

⁵⁰ Als Alternativen zu Psychotherapie schlägt Masson lediglich Selbsthilfegruppen vor - und lässt dabei außer Acht, dass gerade diese sektenartige Gruppendynamiken entwickeln können. Obwohl diese Position schlicht unrealistisch ist, sind die Argumentationen und Recherchen (insbesondere zu Erickson und seinem strategischen Vorgehen) durchaus ernst zu nehmen.

einer direkten Vertiefung der Trance ebenfalls der Plausibilität des therapeutischen Vorgehens und damit der Verbesserung der Kooperationsbasis. Die Grundhaltung der Transparenz ermöglicht also, dass das Bedürfnis des Patienten nach Kontrolle und Orientierung bzw. Autonomie kein Störfaktor mehr ist, sondern eine Kraft, die dadurch, dass sie explizit miteinbezogen und wertgeschätzt, also genutzt wird, den Therapieprozess unterstützt.

In diesem Punkt der Transparenz unterscheidet sich der in dieser Arbeit vertretene Ansatz von Hypnotherapie deutlich von anderen Ansätzen, wie der traditionellen, indirekten ericksonianischen Vorgehensweise (die als strategisch-manipulativ einzuordnen ist), von ursprünglichen systemischen und strategischen Familientherapeutischen Ansätzen und auch dem lösungsfokussierten Ansatz nach De Shazer, in dem ebenfalls kein Wert auf Transparenz gelegt wird (Schmidt 2005, S. 97).

In der Hypnotherapie wird oft noch immer vorausgesetzt, dass Hypnose besser wirken würde, wenn das Bewusstsein des Patienten nicht aufgeklärt sondern umgangen wird (z.B. Revenstorf und Freund 2001, S. 169). Eine Methode hierfür ist die Induktion posthypnotischer Amnesie, etwa durch verschachtelte Metaphern oder durch Herbeiführen von Assoziationslücken (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 160; siehe Abschnitt „Metaphern und verwandte indirekte Methoden“). Dem ist entgegenzuhalten, dass strategische, autoritäre und standardisierte Beziehungsgestaltung mit dem *Grundbedürfnis nach Kontrolle bzw. Autonomie unweigerlich in Konflikt geraten*, vom Patienten als grenzüberschreitend empfunden werden können und für ihn daher eine Bedrohung darstellen (siehe z.B. Schmidt 1999/2004, S. 92f). Die resultierende Reaktanz wird gemeinhin als *Widerstand* bezeichnet oder als Defizit an Suggestibilität definiert. Je nach Art einer hinzukommenden negativen Übertragung kann dieser Widerstand bzw. diese Reaktanz auch in Form masochistischer Unterwerfung oder passiv-aggressivem Widerstandes auftreten, was beides ebenfalls als ein Versuch Autonomie zu bewahren gesehen werden kann. Auf die Utilisation von Widerstand, von der sowohl strategische als auch kooperative Beziehungsgestaltung Gebrauch machen, wird im Abschnitt über Kooperation und Auftragsdynamik weiter eingegangen.

Gelegentlich wird der vermeintlich höhere *Zeitaufwand* als ein Nachteil von Transparenz angeführt. Diese tatsächliche Investition von mehr Zeit zu Beginn der Therapie bzw. vor der Hypnose relativiert sich allerdings auf zweierlei Weise: Die Erläuterungen und Erklärungen der möglichen Vorgehensweisen kann der Therapeut bereits so formulieren, dass sie im Sinne einer *Präinduktion* eine positive Erwartungshaltung suggerieren, so dass die eigentliche therapeutische Arbeit, insbesondere die explizite Hypnose, vorgebahnt sind.⁵¹ Hinzu kommt, dass die Ersparnis von Energie und Zeit, dadurch, dass kein oder weniger Widerstand entsteht, den Aufwand von mehr Transparenz mehr als aufwiegt.

⁵¹ Nach der Erfahrung des Autors kann man selbst diesen Effekt transparent machen, indem der Therapeut z. B. sagt: „Während ich ihnen die Vorgehensweise erkläre, und sie sich nur vorstellen, wie die Hypnose ihnen ablaufen könnte, werden bereits Prozesse und Erwartungen ausgelöst, die eine therapeutische Wirkung haben können.“ Patienten stimmen dem häufig direkt zu und beschreiben, was sie bereits vor der eigentlichen Hypnose für spontane Ideen und Imaginationen hatten. Zu Präinduktion siehe den Abschnitt „Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestionen“.

Ein weiterer Aspekt von Kooperation in der Therapiebeziehung ist schließlich *Wertschätzung*, der sich direkt aus Utilisation, Reframing und Ressourcenorientierung ergibt. Im Abschnitt „Reframing“ wurde ausgeführt, dass dies über einfache positive Konnotation hinausgeht. Gelegentlich wird bei der Beschreibung dieser Grundhaltungen ericksonscher Hypnotherapie auch der Begriff *Veränderungsoptimismus* benutzt (sinngemäß z.B. Rosen 1982, S. 463f, zitiert nach Revenstorf und Prudlo 1994, S. 206). Man könnte auch umgekehrt argumentieren, dass dieses *positive Menschenbild* Ericksons der eigentliche Ausgangspunkt des Prinzips der Utilisation ist.

Wertschätzung in der Hypnotherapie ist vergleichbar mit *Akzeptanz* und *Empathie* in der Gesprächstherapie (Rogers 1942/1972, 1951/1973) und den *entwicklungsfördernden therapeutischen Grundhaltungen* weiterer Therapierichtungen wie der selbst-psychologische Ansatz der Psychoanalyse nach Kohut (1971/1973), in dem auf die *positive Übertragung* fokussiert wird, die analytischen Psychologie nach Jung (ab 1912, siehe Jacobi 1940/1943) sowie humanistischer Psychotherapieansätze wie die Gestalttherapie (Perls, Hefferline und Goodman 1951/1979).⁵²

Bei strategisch-manipulativer Beziehungsgestaltung also wird das psychologische Grundbedürfnis des Patienten nach Orientierung, Kontrolle und Autonomie nicht genutzt. Es wird lediglich versucht, es durch Indirektheit zu umgehen. Autoritäre und standardisierte Beziehungsgestaltung ignorieren dieses Bedürfnis oder versuchen es auszuschalten. Bei kooperativer Beziehungsgestaltung wird auch dieses Bedürfnis explizit miteinbezogen und genutzt, während strategische Beziehungsgestaltung in der Anwendung des Utilisationsprinzips gewissermaßen inkonsequent ist. Lediglich kooperative Beziehungsgestaltung wendet das Utilisationsprinzip vollständig und konsequent an, so dass sich eine Therapiedynamik entfalten kann, die als *Synergie* beschrieben werden kann. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind die hier beschriebenen Grundhaltungen des Therapeuten Wertschätzung und Transparenz, mit denen er auf das Grundbedürfnis des Patienten nach Kontrolle, Orientierung und Autonomie sowie auf die als „Widerstand“ bezeichneten Verhaltensweisen des Patienten reagiert. Zusammenhänge von Formen der Beziehungsgestaltung und Synergie werden in den folgenden Abschnitten dargestellt, anschließend die konkrete Umsetzung von kooperativer Beziehungsgestaltung durch bestimmte Formen von Kommunikation und Auftragsdynamik.

⁵² Grundsätzlich soll festgehalten werden, dass ein krasses Missverhältnis besteht zwischen einerseits dem wenigen Raum, den die Beschreibung des Begriffes der Wertschätzung in dieser Arbeit - und auch in der restlichen Literatur - einnimmt und andererseits der elementaren Bedeutung einer wertschätzenden Grundhaltung in der konkreten praktischen Therapie. Vielleicht liegt das einfach daran, dass hier Grenzen des verbal Beschreibbaren erreicht sind.

3.2.5 Kybernetik 2. Ordnung, Synergetik und Beziehungsgestaltung

3.2.5.1 Kybernetik 2. Ordnung und Beziehungsgestaltung

Aus konstruktivistischen und systemischen Theorien, insbesondere der Kybernetik 2. Ordnung (von Förster 1974) und der Autopoiesis (Maturana und Varela 1980, 1987/1987) wurde der Grundsatz der *Unmöglichkeit instruktiver Interaktion* abgeleitet. Damit ist gemeint, dass die Reaktionen *nicht-trivialer, sich selbstorganisierender Systeme*, wie Patienten (und Organismen im allgemeinen), nicht im linear-kausalen Sinne vorausberechnet werden können, d.h. sie können nicht gesteuert werden, wie dies in der Kybernetik 1. Ordnung beschrieben werden würde. Bei trivialen Systemen hingegen besteht eine eindeutige, lineare Beziehung zwischen Input und Output, dadurch sind sie berechen- und steuerbar.⁵³

Autoritäre und strategische Beziehungsgestaltung gehen implizit von einer Kybernetik 1. Ordnung aus, da voraus gesetzt wird, dass die Intervention des Therapeuten „richtig“ ist, also quasi linear-kausal ein erwünschtes Ergebnis bewirken müsste. Eine unerwünschte Reaktion des Patienten sagt ausschließlich etwas über dessen Dysfunktionalität aus (Widerstand oder mangelnde Suggestibilität) und nicht etwa darüber, dass die Intervention nicht passend gewählt oder durchgeführt wurde. Der Patient wird hier als triviales System betrachtet, von dem erwartet wird, dass ein spezifischer Input immer und bei allen Patienten zum gleichen, vorausberechenbaren Output führen sollte.

Die Prinzipien der *Utilisation* und der *Indirektheit*, die sowohl der strategisch-manipulativen als auch der kooperativen Beziehungsgestaltung zu Grunde liegen, entsprechen insofern einer Anwendung der Kybernetik 2. Ordnung, da hierbei davon ausgegangen wird, dass nicht der Patient, sondern nur der *Kontext, auf den er reagiert*, beeinflusst werden kann. Für den Patienten zählen auch der Therapeut und seine Beziehungsgestaltung zu diesem Kontext, auf den er reagiert. Hier wird der Patient als *nicht-triviales, als sich selbstorganisierendes System* betrachtet, bei dem ein bestimmter Input nicht zum gleichen Output wie bei anderen Patienten führen muss bzw. um einen spezifischen, erwünschten Output zu bekommen, muss der Input, die Intervention, individuell angepasst werden. Unterschiede zwischen strategisch-manipulativer und kooperativer Beziehungsgestaltung bestehen schließlich darin, wie der Patient als nicht-triviales, sich selbstorganisierendes System verstanden wird, welche Kräfte innerhalb dieses Systems als relevant betrachtet werden (vor allem das Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle bzw. Autonomie), und wie bestimmte Reaktionsweisen dieses nicht-trivialen, sich selbstorganisierenden Systems eingeordnet und bewertet werden (insbesondere „Widerstand“).

Es wäre übrigens ein Missverständnis, aus dem Grundsatz der Unmöglichkeit instruktiver Interaktion eine Art moralisches Gebot für den Therapeuten abzuleiten, dass er dem Patienten keine direkten Aufforderungen geben dürfe. Selbstverständlich kann dies getan und versucht werden, allerdings in

⁵³ Zur Unterscheidung zwischen „trivialer Maschine“ und „nicht-trivialer Maschine“ bzw. „nicht-trivialem System“ siehe von Förster (1993).

dem Bewusstsein, dass der Patient eben nur unter bestimmten Voraussetzungen und nach einem selbstorganisatorischen Prozess dieser Aufforderung nachkommt oder eben nicht. Relevant für die Therapiebeziehung ist die Art, wie diese Aufforderung kommuniziert wird, bzw. die Therapiebeziehung und die Form der Kommunikation werden für den Patienten relevant sein, wie er die Aufforderung verarbeitet.

3.2.5.2 Grundbegriffe der Synergetik und der Therapieprozess

„Kooperation ist Synergie“ ist eine Aussage, die inzwischen insbesondere in der Hypnotherapie-Szene recht häufig zu hören ist. Meistens wird sie allerdings eher umgangssprachlich verwendet, ohne genauer aufgeführt zu werden. Im Folgenden soll eine genauere begriffliche Einordnung vorgenommen werden, um diese Behauptung zu fundieren. Deutlich werden soll in erster Linie, warum es sinnvoll ist, die therapeutische Beziehung kooperativ zu gestalten, auch wenn autoritäre, standardisierte oder strategische Vorgehensweisen dem Therapeuten einfacher oder aus irgendwelchen Gründen nahe liegender erscheinen könnten – was bei Hypnotherapeuten leider noch immer häufig der Fall ist. Entwickeln kann sich Synergie nur unter bestimmten Kombinationen von Bedingungen und Kräften. Synergie kann nicht entstehen, wenn auf wichtige Bedingungen oder Kräfte nicht sinnvoll, eben durch Utilisation, eingegangen wird, sondern diese ausgeblendet oder ignoriert werden.

Theorien der Selbstorganisation, insbesondere die *Synergetik* (Haken 1981/1984) und die Theorie der *dissipativen Strukturen*, (Prigogine und Stengers 1981) wurden ursprünglich zur Beschreibung physikalischer und chemischer Phänomene entwickelt und dann auf soziale und interaktionelle Prozesse übertragen. Synergetik hat (laut Kriz 1992, S. 143) anderen Theorien der Selbstorganisation voraus, dass (vor allem in Physik und Chemie) quantitativ exakte Prognosen durchgeführt werden können. Die Theorie der Synergetik wird häufig in Verbindung mit anderen Theorien verwendet, insbesondere mit Konstruktivismus, Kybernetik 2. Ordnung und weiteren Selbstorganisations- und Systemtheorien. Die Anwendung von Begriffen aus Synergetik und anderen Selbstorganisationstheorien auf Psychologie und Psychotherapie findet sich bei Kriz (1992, 1997, 2003/2004), Ciompi (1982), Kruse und Stadler (1990), Schiepek und Tschacher (1997) oder Grawe (1998). Anwendungen speziell auf Suggestion und Hypnose finden statt bei Kruse (1989), Kruse und Gheorghiu (1992), Kruse, Stadler, Pavlekovic und Gheorghiu (1992) und auf Hypnotherapie bei Rossi (1996, 2002). Im Rahmen dieser Arbeit wurden bereits im Abschnitt „Utilisation und Synergetik“ einige Grundbegriffe aus Synergetik und Selbstorganisations-Theorien verwendet. Eine Diskussion dieser Theorien und Begriffe ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, für genaue Definitionen kann auf Kriz (1992, 1997, 2003/2004) verwiesen werden.

Zentral sind die Unterscheidungen von „entstehender Ordnung“, „ordnenden Kräften“ und „äußeren Umständen“, also von *Attraktoren*, *Ordnern* und *externen Randbedingungen*, auch für die Begründung des Zusammenhangs von Synergie und kooperativer Beziehungsgestaltung. Attraktoren bzw. entstehende Ordnungen sind *selbstorganisierte, dynamische Strukturen*, d. h. sie lassen sich nicht

direkt „steuern“, lediglich die *externen Randbedingungen*, von denen ihre Entstehung abhängt, lassen sich beeinflussen. Die *Elemente* des Systems auf *Mikro-Ebene* sind durch *iterierte Operationen rückgekoppelt*. Unter bestimmten externen Randbedingungen findet die *Emergenz* eines Attraktors auf *Makro-Ebene* statt, dessen *Struktur* durch einen *Ordner* bestimmt bzw. beschrieben wird, und der *top-down* die Dynamik auf Mikro-Ebene beeinflusst (*Slaving*).⁵⁴ Bei bestimmten anderen externen Randbedingungen kann ein Übergang (*Phasenwechsel*) von einem Attraktor zu einem anderen stattfinden. Attraktoren werden im zeitlichen Verlauf durch Wiederholung der Dynamik in ihrer Struktur deutlicher und differenzierter. Außerdem bleiben sie unter mäßigen Störeinflüssen stabil, d. h. die Dynamik entwickelt sich nach einer Ablenkung durch Rückkopplung wieder von alleine zum Attraktor zurück (*Komplettierungsdynamik*). Bei intrapsychischen und interpersonellen Dynamiken sind insbesondere so genannte *Sinnattraktoren* relevant (Kriz 2003; 1997, S. 137ff, S. 141ff), bei denen Wahrnehmungen und Erfahrungen in ihrer Interpretation und Verarbeitung nach bestimmten Ordnern selektiv bzw. komplexitäts-reduzierend strukturiert wird.

Bezogen auf Therapie bedeutet dieses Verständnis von Selbstorganisation, dass die Verhaltensweisen, Reaktionen und Entwicklungen des Patienten oder die Dynamik der Therapiebeziehung nicht direkt gesteuert werden können, aber die Haltung und die Interventionen des Therapeuten oder das Setting der Therapie. Es soll im Folgenden also nochmals in anderen Worten beschrieben werden, wie *entwicklungsförderliche Bedingungen* für den Patienten geschaffen werden können, und damit *indirekt* die Entwicklung des Patienten angestoßen und gefördert wird. Es soll deutlich werden, dass Synergie durch Kooperation ermöglicht wird, weil nur Kooperation einer konsequenten Anwendung des Utilisationsprinzips entspricht. Hierfür werden zunächst verschiedene Begriffe des Therapieprozesses, die zur Beschreibung der Dynamik therapeutischer Beziehungsgestaltung verwendet werden, danach unterschieden, ob sie eher als Attraktoren, Ordner oder externe Randbedingungen verstanden werden können.

Vorweg muss auf ein grundsätzliches Problem hingewiesen werden: Es liegt hierbei in der Natur der Sache, dass diese Zuordnungen von der Perspektive und der Betrachtungsebene abhängen. Dies ist bei interaktiven Dynamiken noch komplizierter als bei physikalischen oder chemischen Dynamiken, für deren Beschreibung die Theorie der Synergetik ursprünglich entwickelt wurde. Zur Verwendung der Begriffe ist zu beachten, dass Bezeichnung eines Prozesses bzw. einer Dynamik als „Attraktor“, „Ordner“ oder „Randbedingung“ davon abhängt, welches *System* gerade beschrieben wird und welche *Grenzen*⁵⁵ dieses hat, oder ob man eine bestimmte *Systemebene* bzw. ein *Subsystem* beschreibt. Aneinandergrenzende Subsysteme bzw. Systemebenen sind hierbei Teil der jeweils gegenseitigen

⁵⁴ Der Begriff „Slaving“ wurde in der Synergetik zunächst auf physikalische Vorgänge angewandt und hört sich auf soziale Vorgänge bezogen unpassend an. Außer „attrahierender Sog“ gibt es aber leider keine begriffliche Alternative.

⁵⁵ Hall und Fagen (1956, S. 20; zitiert nach Watzlawick, Beavin und Jackson 1967/1969, S. 117) bezeichnen die Trennung von System und Umwelt als willkürlich. Dies gilt zumindest für *offene Systeme*, zu denen organische und interaktionelle Systeme, wie auch Therapiesysteme, zu zählen sind. Zur Diskussion der Begrifflichkeiten *Systemgrenzen*, *Offenheit/Geschlossenheit*, *System-Umwelt-Relationen*, dem *Problem der Beschreibungsebenen* und zum *Unterschied von Emergenz und Repräsentanz* siehe auch Kriz (1997, S. 116-118 und S. 158-164).

externen Umgebung. Daraus folgt, dass ein Attraktor auf einer Systemebene, der die Struktur eines bestimmten Ordners dieser Systemebene hat, für eine angrenzende Systemebene eine externe Randbedingung darstellen kann, die dort wiederum zur Emergenz von Attraktoren beitragen kann.

Abbildung 3-1 gibt einen Überblick über einige Grundbegriffe von Selbstorganisations-Theorien und Synergetik, angeordnet nach *Mikro- und Makro-Ebene* sowie *Wirkrichtung (bottom-up oder top-down)*. In dieser Literatur finden sich ähnlich aufgebaute Abbildungen, die aber weniger Begriffe enthalten (z. B. Kriz 2003, S. 13; Kriz 1997, S. 79; Grawe 1998, S. 463). Da die Begriffe aus verschiedenen Theorien stammen, die zur Beschreibung unterschiedlicher Phänomene und Aspekte entwickelt wurden, gibt es keine eindeutigen Entsprechungen (etwa von Emergenz und Komplettierungsdynamik, von Attraktor und dissipativer Struktur oder von nichtlinearer Veränderung, Phasenwechsel und Bifurkation). Begriffe, die an einer Position eingeordnet wurden, sind daher nicht unbedingt synonym zu verstehen. Es geht hier lediglich um die Position der Begriffe in Bezug zur Achse Mikro-/Makro-Ebene bzw. bottom-up/top-down, um die Grundprinzipien von zirkulärer Kausalität und Selbstorganisation zu veranschaulichen.

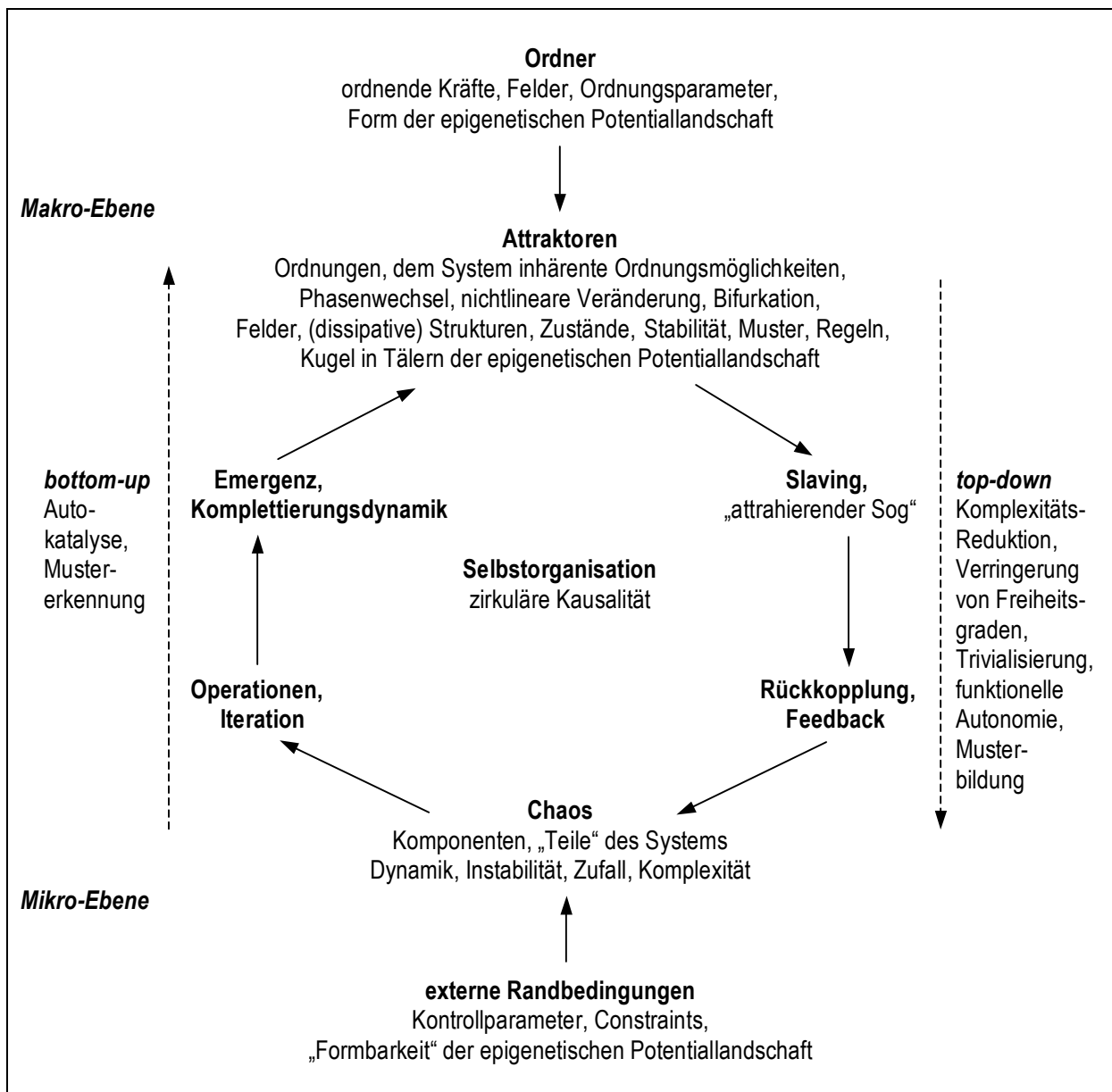


Abbildung 3-1: Grundbegriffe von Selbstorganisationstheorien und Synergetik, angeordnet nach Mikro- und Makro-Ebene sowie Wirkrichtung bottom-up oder top-down.

In diesem Abschnitt wird hauptsächlich die *Dynamik der Therapiebeziehung*, kurz: das *Therapiesystem*, beschrieben, bestehend aus den Komponenten Patient und Therapeut, die durch Kommunikation miteinander interagieren. Das *System der Lebenszusammenhänge des Patienten* ist allerdings viel größer und besteht aus noch viel mehr Komponenten, womit das Therapiesystem hierin als Subsystem betrachtet werden kann. Beides sind *soziale, interpersonale oder interaktive Systeme*, hinzu kommen die *intrapsychischen oder kognitiven Systeme* von jeweils Patient und Therapeut, die als Systemebenen oder Subsysteme des Therapiesystems verstanden werden können.⁵⁶ Die

⁵⁶ Zur Unterscheidung von *kognitiver und interaktiver Ordnung* sowie zur Wechselwirkung zwischen diesen Systemebenen siehe Kriz (1997, S. 150-158; 2003, S. 22-33).

intrapyschischen Systeme von Therapeut und Patient sind Teil der Umgebung des Therapiesystems und umgekehrt ist das Therapiesystem Teil der Umgebung der intrapsychischen Systeme von Patient und Therapeut. Das Therapiesystem und das Systems der Lebenszusammenhänge des Patienten schließlich sind Teile der Umgebung des intrapsychischen Systems des Patienten.

Der Prozess einer therapeutischen Veränderung durch beispielsweise eine *korrigierende emotionale Erfahrung* lässt sich in den Begrifflichkeiten der Synergetik bei Berücksichtigung der Grenzen dieser Systemebenen wie folgt beschreiben: Bezogen auf die Ebene des *Therapiesystems* stellen die entstehenden Dynamiken der Beziehungsgestaltung bzw. Interaktionsmuster zwischen Therapeut und Patient *Attraktoren* dar. Bezogen auf das *intrapyschische System* des Patienten hingegen stellen die Erfahrungen des Patienten in der Therapiebeziehung *externe Randbedingungen* dar. Die Erfahrung des Patienten im Therapiesystem kann von ihm gespeichert werden und stellt innerhalb seines intrapsychischen Systems nun einen *Ordner* dar, der in seiner Wahrnehmung und seinen inneren Prozessen zur Emergenz eines *Sinnattraktors* führen kann. Dieser wiederum kann für das *System der Lebenszusammenhänge* des Patienten eine *externe Randbedingung* darstellen und kann bzw. soll dort zur Emergenz von neuen *Attraktoren* in den Beziehungen des Patienten führen.

In der Literatur wird nicht selten versäumt, diese Systemebenen klar zu unterscheiden. Die Folge ist, dass einige Begriffe sehr verschieden und teilweise widersprüchlich verwendet werden, dies gilt insbesondere für die Begriffe „Ordner“ und „Attraktor“. Kriz (2003, S. 17f) weist darauf hin, dass die Verwendung beispielsweise des Schema-Konzeptes bei vielen Autoren insofern ungenau ist, als dass nicht klar wird, ob es sich bei Schemata um „entstehende Ordnungen“ oder um „ordnende Kräfte“ handelt.⁵⁷

Zunächst zählen das *Setting der Therapie*, etwa die Frequenz, die Sitzungsdauer, ambulanter oder stationärer Ort der Therapie usw. den *externen Randbedingungen des Therapiesystems*. Die konkreten *verbalen und nonverbalen Handlungen und Verhaltensweisen* von Patient und Therapeut können als

⁵⁷ Auch Grawe (1998, S. 453-474) bezieht sich auf Selbstorganisations-Theorien und Synergetik, verwendet aber die Begriffe „Ordner“ und „Attraktor“ oft synonym und verwischt die Grenzen der Systemebenen. Diese Unklarheiten lassen sich insbesondere bei der Verwendung des Begriffes „interpersonaler Attraktor“ (Grawe 1998, S. 473, S. 517ff) feststellen. Wenn man die Beziehungen des Patienten in seinen Lebenszusammenhängen außerhalb der Therapie betrachtet, in denen sich eine bestimmte Interaktionsdynamik bereits wiederholt etabliert hat, kann dies sinnvoll als Attraktor bezeichnet werden. In der Therapiebeziehung kann erst dann von einem Attraktor gesprochen werden, wenn sich eine Interaktions-Dynamik zwischen Patient und Therapeut konkret etabliert, was aber nicht zwingend passieren muss. Wenn von Verhaltensmustern des Patienten die Rede ist, die ein Gegenüber, wie einen Therapeuten, dazu „bringen sollen“, in einer bestimmten Weise zu reagieren, wäre es präziser, von Randbedingungen zu sprechen, die seitens des Patienten in die Dynamik der Therapiebeziehung hineinwirken, oder von Ordnern und Sinnattraktoren im intrapsychischen System des Patienten, welches ein Teil der Umgebung der Therapiebeziehung ist. Grawe (1998, S. 473) hingegen spricht im Zusammenhang mit Beziehungsmustern von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen von „Versklavung“ des Therapeuten, was die Emergenz eines Attraktors und eine top-down gerichtete Dynamik voraussetzt, statt von einer bottom-up gerichteten, beginnenden Komplettierungsdynamik, die lediglich Randbedingungen und Operationen von Seiten des Patienten voraussetzt, und nur dann, wenn der Therapeut entsprechend reagiert, zur Emergenz eines entsprechenden interpersonellen Attraktors in der Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut führen kann, aber nicht muss. Darüber hinaus setzt Grawe (1998, S. 473) Attraktoren neuronaler Erregungsmuster direkt gleich mit interpersonalen- und Störungsattraktoren, ohne zu berücksichtigen, dass es sich um verschiedene Systemebenen handelt.

Operationen bezeichnet werden. Durch die Wiederholung bzw. Fortführungen der Operationen von Patient und Therapeut sowie durch die jeweiligen Reaktionen aufeinander, die als *Iteration* zu verstehen sind, bilden sich *Feedbackschleifen*. Diese *rückgekoppelten Interaktionsmuster* können sich wiederholen und stabilisieren.

Die im Therapiesystem, in der Interaktion von Patient und Therapeut, so *entstehenden Beziehungsdynamiken* (Kooperations-, Widerstands-, Dominanz-Unterwerfungs-Muster usw.) schließlich können als *dem System inhärente Ordnungsmöglichkeiten*, als *Attraktoren*, verstanden werden. Die Entwicklung in einer Therapiebeziehung zu einer spezifischen Dynamik hin entspricht der *Emergenz* eines Attraktors, der Übergang zwischen zwei verschiedenen Dynamiken einem *Phasenwechsel*. Im folgenden Abschnitt wird genauer auf die Unterschiede im Zustandekommen verschiedener Beziehungsdynamiken eingegangen.

Haltung und Grundsätze des Therapeuten, wie etwa Veränderungsoptimismus, Wertschätzung oder Transparenz, sowie seine *Konzepte von Beziehungsgestaltung* und von *Interventionen* sind als *Ordner* seines intrapsychischen Systems zu verstehen. Seine Wahrnehmungen und Entscheidungsprozesse werden von diesen Ordnern komplexitäts-reduzierend, also selektiv, geordnet, so dass in der intrapsychischen Dynamik so genannte *Sinnattraktoren* entstehen (Kriz 2003; 1997, S. 141ff). Entscheidet sich der Therapeut für eine spezifische Intervention, „ordnet“ dies seine Kommunikation und konkreten Verhaltensweisen, sprich *Operationen*, im interpersonalen Therapiesystem. Hier wird nun die Systemebene gewechselt, so dass diese (intrapsychischen) Sinnattraktoren innerhalb des interpersonellen Therapiesystems nun als *externe Randbedingungen* zu verstehen sind.

Die *psychologischen Bedürfnisse des Patienten* (Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung, Bindung, Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie das Konsistenzprinzip), die in seinem intrapsychischen System analog Ordnern entsprechen und zu Sinnattraktoren führen, können im interpersonellen Therapiesystem als *externe Randbedingungen* seitens des Patienten verstanden werden. Im Gegensatz zum Therapiesetting, den Haltungen und Interventionen des Therapeuten können diese natürlicherweise vom Therapeuten nicht variiert oder beeinflusst werden. Der Patient bringt diese Randbedingungen in die Therapie mit, sie „existierten“ sozusagen bereits vor der Therapie. Andere Merkmale und Eigenschaften des Patienten, wie Erwartungen und Befürchtungen, Einstellungen, Bindungsstile, kognitive Stile usw., wie sie auch im Abschnitt „Utilisation von Patientenmerkmalen“ zur Sprache kamen, können im gleichen Sinne als Ordner des intrapsychischen Systems des Patienten und externe Randbedingungen des Therapiesystems verstanden werden.

Interventionen des Therapeuten, die eine therapeutische Veränderung beim Patienten „bewirken“ sollen, sind als *Einflussmöglichkeiten auf ein dynamisches System* zu verstehen, durch die eine nicht-lineare Veränderung (Phasensprung, Bifurkation) angeregt, ermöglicht oder gefördert werden soll. In diesem Zusammenhang ist nochmals an die *Unmöglichkeit instruktiver Interaktion* (Maturana und Varela 1980, 1987/1987) erinnert. Entscheidet sich der Therapeut beispielsweise für eine Zielklärung durch Techniken der Zeitprogression, so kann dies letztendlich als Aktivierung einer „ordnenden

Kraft“, eines *Ordnerns*, im intrapsychischen System des Patienten verstanden werden. Umgangssprachlich wird oft davon gesprochen, dass „eine *Neuinformation* in das System“ gebracht wird. Die Vorstellung eines Zieles „ordnet“ die konkreten intrapsychischen Veränderungsschritte des Patienten in Richtung dieses Ziels im Sinne einer *Komplettierungsdynamik* zu einem *Attraktor*, gegebenenfalls einem *Sinnattraktor*.⁵⁸

Auch interpersonell kann die *Dynamik der Entwicklung* der konkreten Verhaltensweisen des Patienten von einem Problemzustand zu einem Zielzustand hin, sowohl in der interpersonellen Beziehungsdynamik zum Therapeuten als auch im interpersonellen System seiner Lebenszusammenhänge, als *Attraktor* verstanden werden. Ein erreichter *Zielzustand* - der nicht als statisch, sondern als dynamisch zu verstehen ist - entspricht ebenfalls einem Attraktor, dem *Lösungs-Attraktor* (siehe auch Abschnitt „Utilisation, Kooperation und Synergie“). Analog können in diesem Sinne auch im Therapieprozess evozierte *Ressourcen* und *korrigierende emotionale Erfahrungen*, die der Patient macht, intrapsychisch als Ordner bzw. ordnende Kräfte angesehen werden, weil sie sowohl im Therapiesystem die Dynamik des Therapieprozesses und insbesondere die Beziehungsdynamik als auch die Entwicklung des Patienten im System seiner Lebenszusammenhänge „ordnen“ und dort Attraktoren, insbesondere Sinnattraktoren, entstehen lassen.

Zusammenfassend können Ansatzpunkte oder Ebenen für therapeutische Veränderungen im Rahmen synergetischer Begriffe folgendermaßen beschrieben werden:

- Der Therapeut kann bestimmte *externe Randbedingungen* des Therapiesystems variieren, dies sind seine Form der Beziehungsgestaltung, seine therapeutischen Grundsätze, seine Interventionen und Entscheidungen über Teilziele, oder auch das Setting.
- Der Therapeut führt konkrete Handlungen, Verhaltensweisen und Techniken, also *Operationen*, aus, auf die der Patient reagiert. Der Therapeut wiederum reagiert auf den Patienten, woraus sich *iterierte Feedbackschleifen* ergeben, die zur Etablierung von Attraktoren in der Dynamik der Therapiebeziehung führen können. Unterschiedliche Handlungen, Verhaltensweisen und Techniken des Therapeuten, etwa aufgrund von anderen therapeutischen Grundsätzen oder Entscheidungen über Teilziele, führen zu anderen rückgekoppelten Reaktionen des Patienten und damit zu anderen Attraktoren.
- Schließlich kann Therapeut in das bestehende Therapiesystem *Neuinformationen* einbringen. Dies geschieht etwa, indem er gemeinsam mit dem Patienten Ziele definiert, Ressourcen aktiviert, ihm inhaltliche Rückmeldungen zu seinem Verhalten gibt, Deutungshypothesen anbietet, Vorschläge macht etc. oder insbesondere dem Patienten korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht. Diese Neuinformationen „wirken“ allerdings erst dann, wenn sie im intrapsychischen System des Patienten zur Entstehung von neuen Attraktoren, insbesondere Sinnattraktoren, geführt haben.

Allen diesen Möglichkeiten ist die zentrale Idee gemeinsam, dass sie *Randbedingungen* liefern, unter

⁵⁸ Kriz (2003, S. 29ff) spricht von *teleologischen Aspekten der Imagination*. Diese Prozesse sind gerade in der Hypnotherapie elementar.

denen bestimmte *Ordner top-down* gerichtet ein „*Slaving*“, einen „attrahierenden Sog“ auslösen sollen, was zu *Rückkopplungen* und *bottom-up* gerichteten *Komplettierungsdynamiken* und damit zur Ausbildung von *Lösungs-Attraktoren* führen soll. Der Patient und die Therapiebeziehung werden nicht „gesteuert“, sondern *selbstorganisatorische Entwicklungen* in konstruktive Richtungen werden angeregt und unterstützt.

3.2.5.3 Synergetik und Beziehungsgestaltung

Bezogen auf die Dynamik in der Therapiebeziehung soll nun folgendes grundsätzlich festgehalten werden: externe Randbedingungen können zusammenpassen oder sich widersprechen, Felder können sich „überlagern“ und dabei „verstärken“ oder „abstoßen“, Ordner bzw. ordnende Kräfte können in die „Richtung“ gleicher bzw. zusammenpassender Strukturen „wirken“ oder in verschiedene. Auf der Seite der Randbedingungen, die der Patient in die Therapiedynamik einbringt, ist dies insbesondere sein Grundbedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Autonomie und damit zusammenhängend die konkreten Verhaltensweisen, die als „Widerstand“ bezeichnet werden. Auf der Seite der Randbedingungen, die der Therapeut einbringt, ist dies seine Grundhaltung, wie er mit diesem Grundbedürfnis des Patienten umgeht, sowie die damit zusammenhängenden konkreten Formen zu kommunizieren und die Auftragsdynamik zu gestalten. Sein inneres Konzept von Beziehungsgestaltung ist im intrapsychischen System des Therapeuten ein Ordner, der im Prozess seiner Wahrnehmung, seines Denkens und Verhaltens einen Sinnattraktor erzeugt. Die Unterschiede von kooperativer und manipulativ-strategischer Beziehungsgestaltung wurden im Abschnitt „Transparenz und Wertschätzung“ bereits herausgearbeitet.

Die bereits rein semantische Ähnlichkeit der Begriffe Ko-Operation (Zusammen-Arbeiten) und Synergie (Gemeinsam-Wirken) kann so verstanden werden: Kooperation in der Therapiebeziehung ermöglicht eine Synergie der Operationen, also der Kommunikation, von Therapeut und Patient, der auf das Therapiesystem „einwirkenden“ Randbedingungen, die Überlagerung und gegenseitige Verstärkung aller Felder, die Ordner bzw. ordnenden Kräfte können „in die gleiche Richtung wirken“.⁵⁹ Dieses Gemeinsam-Wirken und Zusammen-Arbeiten wird ermöglicht, indem der Therapeut dem Grundbedürfnis des Patienten nach Kontrolle, Orientierung und Autonomie mit den Grundhaltungen Wertschätzung und Transparenz begegnet. Konkret umgesetzt wird dies durch bestimmte Formen von Kommunikation und Auftragsdynamik, insbesondere wie auf die als „Widerstand“ bezeichneten Verhaltensweisen des Patienten reagiert wird. Der sich dann etablierende Attraktor kann sehr stabil sein. Irritationen wie etwa verbale Missverständnisse oder andere Störungen und Konflikte in der Therapiebeziehung können diesen Attraktor, die kooperative Beziehungsdynamik, nicht nachhaltig stören, Patient und Therapeut kehren immer im Sinne einer Komplettierungsdynamik wieder zur Kooperation zurück.

Therapiebeziehungen oder Interaktionsmuster, die mit Begriffen wie „Widerstand“ bezeichnet werden,

⁵⁹ Umgangssprachlich wird dies oft mit der Redewendung „an einem Strang ziehen“ verdeutlicht.

entstehen, weil eine solche Synergie gestört wird oder durch die autoritäre, standardisierte oder manipulativ-strategische Beziehungsgestaltung des Therapeuten schlicht verhindert wird und gar nicht erst entstehen kann. Wenn das Grundbedürfnis des Patienten nach Orientierung, Kontrolle und Autonomie, das als Randbedingung auf das Therapiesystem „wirkt“, vom Therapeuten nicht einbezogen wird, entwickelt dies zwangsläufig eine Eigendynamik. Daher wird in der Beziehungsdynamik mehr Fluktuation stattfinden, die Therapiebeziehung ist instabiler. Die Interaktionsmuster zwischen Therapeut wechseln im einfachsten Fall zwischen konstruktiven Phasen, in denen der Patient - im Sinne des Therapeuten - mitarbeitet („sich einlässt“) und Phasen, in denen der Patient „im Widerstand“ ist („sich nicht einlässt“, „etwas nicht annehmen will“ etc.) und die Therapiebeziehung sich streckenweise eher als „Kampf“ darum gestaltet, wer „es besser weiß“ und sich durchsetzt. In solchen Therapien ist, umgangssprachlich formuliert, ein großer „Reibungsverlust“ zu beobachten. Dieser Widerstand kann auch subtilere Formen annehmen wie passiv-aggressiver Widerstand oder die so genannte negative therapeutische Reaktion. Es etablieren sich in der Therapiebeziehung also zwei oder mehrere Attraktoren, die instabiler sind und fluktuieren.

Eine Ausnahme sind bestimmte Dominanz-Unterwerfungs-Muster, die entstehen, wenn autoritäre Beziehungsgestaltung seitens des Therapeuten beim Patienten auf eine Bereitschaft sich unterzuordnen (im Sinne von Milgram 1963, 1974) trifft. Für die Zeitdauer von kurzen Kontakten, wie etwa in der Showhypnose, kann dieser Attraktor ausreichend stabil sein. Langfristig aber wird sich das Bedürfnis nach Orientierung, Kontrolle und Autonomie wahrscheinlich immer durchsetzen und zu den unterschiedlichen Formen von Widerstand führen.

Im Abschnitt „Transparenz und Wertschätzung“ wurde bereits hergeleitet, dass lediglich kooperative Beziehungsgestaltung einer konsequenten Anwendung des *Utilisationsprinzips* entspricht, weil nur hier das Bedürfnis des Patienten nach Orientierung, Kontrolle und Autonomie explizit einbezogen und genutzt wird. Strategisch-manipulative Beziehungsgestaltung versucht dieses Bedürfnis durch Indirektheit zu umgehen, autoritäre und standardisierte Beziehungsgestaltung versuchen, es zu ignorieren oder auszuschalten. In den Begrifflichkeiten der Synergetik bedeutet dies: Bei gegebenen Randbedingungen, insbesondere Bedürfnis des Patienten nach Orientierung, Kontrolle und Autonomie, kann der Therapeut seinerseits mit den Grundhaltungen von Wertschätzung und Transparenz, operationalisiert durch geeignete Formen der Kommunikation, Randbedingungen schaffen, die in der Dynamik der Therapiebeziehung die Emergenz eines Attraktors kooperativer Beziehungsgestaltung ermöglichen. Andere Formen der Beziehungsgestaltung schaffen hingegen Randbedingungen, unter denen sich in der Beziehungsdynamik eher Attraktoren von Widerstand oder Dominanz-Unterwerfung herausbilden.

Bei kooperativer Beziehungsgestaltung kann der Patient eine *korrigierende emotionale Erfahrung* machen. Hierbei kann ein *Modellernen* stattfinden, die *Kooperation zwischen Therapeut und Patient* ist dann ein Modell dafür, dass der Patient die *Beziehungen in seiner Umwelt kooperativer gestalten* kann und mit sich selbst kooperativer umgeht, im Sinne einer verbesserten *Kooperation innerer*

Anteile (siehe Abschnitt „Teile-Arbeit“). Diese Entwicklung der Interaktionsmuster des Patienten vom *Problem- zum Lösungs-Attraktor* kann auch als nichtlineare Veränderung, als Phasenwechsel oder als Bifurkation bezeichnet werden (siehe auch Abschnitt „Utilisation, Kooperation und Synergie“). Ein Kooperations-Attraktor in der Therapiebeziehung stellt einen „Teil“, eine „Voraussetzung“ oder ein Feld dar für einen „umfassenderen“ Lösungs-Attraktor sowohl im intrapsychischen System des Patienten als auch im System seiner Lebenszusammenhänge (siehe auch Abschnitt „Utilisation, Kooperation und Synergie“). Bei kooperativer Beziehungsgestaltung werden am konsequentesten *entwicklungsfördernde Kontextbedingungen* hergestellt, der hier entstehende Attraktor hat eine höhere Stabilität und therapeutische „Wirkung“. Kooperation ist eine „bessere“ Basis, eine „bessere“ Kontext-Bedingung, ein die Entwicklung des Patienten „mehr“ unterstützendes Feld zum Etablieren von Lösungs-Attraktoren, als andere Formen der therapeutischen Beziehungsgestaltung.⁶⁰

Diese entwicklungsfördernden Kontext-Bedingungen, zu denen die genannten Aspekte Transparenz und Wertschätzung zählen, kann der Therapeut auf der konkreten Handlungsebene durch bestimmte Formen der Kommunikation und der Auftragsdynamik systematisch herstellen, die in den folgenden Abschnitten weiter erläutert werden.

3.2.6 Kooperation und Kommunikation

Ein zentraler Gegenstand der Psychotherapie sind die *Realitätskonstruktionen* des Patienten bestehend aus Einstellungen, Erwartungen, Attributionsmustern, Interpunktionen, Bewertungen, usw.. Realitätskonstruktionen werden durch Kommunikation vermittelt und im konstruktivistischen Sinne durch Kommunikation „erzeugt“. Sobald nun der Therapeut über den Patienten und dessen Leben Aussagen mit „Wahrheitsanspruch“ macht, die dem Patienten nicht plausibel sind, kann er dies als Bedrohung seines Bedürfnisses nach Autonomie, Orientierung und Kontrolle empfinden. Dies können Aussagen darüber sein, was „gut oder schlecht“ für den Patienten sei und was er daher tun solle, aber insbesondere auch Aussagen darüber, was „in Wirklichkeit“ seine unbewussten Intentionen und Konflikte seien. Ob der Patient derartige Aussagen als konstruktive Rückmeldung empfindet, oder ob er sich durch den Therapeuten dem Erwartungsdruck ausgesetzt fühlt, eine ihm nicht plausible Realitätskonstruktion allein aufgrund der Rollenverteilung im Rahmen der Therapie akzeptieren zu sollen, ist schlicht davon abhängig, ob der Therapeut einen „Wahrheitsanspruch“ erhebt und in der Kommunikation vermittelt oder nicht. Dies ist einer der elementarsten Unterschiede zwischen autoritärer und strategischer Beziehungsgestaltung einerseits und kooperativer Beziehungsgestaltung andererseits. Umgangssprachlich ausgedrückt: wenn innerhalb der Psychotherapie soziale Kontrolle bzw. „Macht“ ausgeübt wird, bezieht diese sich auf „Wirklichkeit“ und „Wahrheit“. Ein Gespräch

⁶⁰ Ergänzt werden soll der Hinweis von Kriz (1997, S. 95), dass der Begriff der *Selbstaktualisierungstendenz* bei Rogers (1959/1987) als Attraktor verstanden werden kann, und dass Rogers zur theoretischen Begründung passenderweise Begriffe der Gestaltpsychologie, wie v. a. der Feldtheorie, herangezogen hat. In diesem Sinne kann kooperative Beziehungsgestaltung auch verstanden werden als Optimierung der entwicklungsfördernden Kontext-Bedingungen zur Entfaltung der Selbstaktualisierungstendenz.

gleichberechtigter Partner darüber, was für oder gegen das Zutreffen von Hypothesen spricht, oder inwiefern Hypothesen nützlich und hilfreich sind oder nicht, ist grundsätzlich *ergebnisoffen*. Erhebt der Therapeut einen Wahrheitsanspruch, nimmt er ein Ergebnis vorweg. Dies ist von Bedeutung, weil eine Diskrepanz der Wahrnehmungen von Therapeut und Patient alltäglich und natürlich ist, und der Umgang mit diesen Diskrepanzen entscheidend für die Beziehungsgestaltung und damit für das Auftreten von Widerstand ist. Wie damit umgegangen wird, ist abhängig von der *Haltung* des Therapeuten und seiner *theoretischen Orientierung*, worauf sich die vorigen Abschnitte bezogen haben, und zeigt sich technisch auf der Ebene der *Kommunikation*, der Verwendung von *Sprachmustern* und der *Auftragsdynamik*.

Beachtet werden sollte z.B., dass es in der Natur der Sache liegt, dass weder der Patient und noch weniger der Therapeut das *Unbewusste* des Patienten direkt *beobachten* können, da es definitionsgemäß eben nicht bewusst und somit nicht beobachtbar ist - im Gegensatz zu beobachtbaren *Verhaltensweisen*. Aussagen, die sich auf das Unbewusste des Patienten beziehen, können genau genommen weder der Patient noch der Therapeut *überprüfen und verifizieren* - dies ist höchstens mit Inhalten des Bewusstseins möglich. Auch die Deutung einer Gegenübertragung im Sinne der Psychoanalyse ist kein objektives Messinstrument, sondern lediglich eine Quelle von Informationen, aus denen *Hypothesen* generiert werden können.

Sinnvoll ist es daher, sprachlich genau zu unterscheiden zwischen *sensorisch evidenten* und damit *überprüfbar, verifizierbaren Wahrnehmungen* einerseits und *Hypothesen, Spekulationen, Interpretationen und Bewertungen* andererseits. Bezüglich unbewussten Intentionen und Konflikten sind ausschließlich Vermutungen, Spekulationen und Hypothesen möglich, die mehr oder weniger therapeutisch nützlich sein und *passen* können (von Glasersfeld 1981, siehe Abschnitt „Inhalt, Struktur und Form“).

Ohne hier auf die genauen Definitionen und Unterschiede eingehen zu können, soll in diesem Zusammenhang hingewiesen werden auf die in der systemischen Therapie gebräuchlichen Begriffe⁶¹ der *Haltung des Nicht-Wissens*, der *Neutralität*, der *Allparteilichkeit* und der *bezogenen Individuation* (Stierlin 1994), sowie auf die *Diskursethik* und den Begriff *herrschaftsfreier Diskurs* (Habermas 1981). Diese Theorien und Konzepte können, wenn sie auf den Kontext der Therapie bezogen werden, dazu genutzt werden, um die Kommunikation und Beziehung in der Therapie so zu gestalten, dass sie vom Patienten nicht als Machtmissbrauch seitens des Therapeuten bezüglich der Realitätskonstruktion („Wahrheit“, „gut und schlecht“ usw.) empfunden wird, sondern als konstruktive, kooperative Unterstützung.

De Shazer (1991/1992, 1994/1996) zieht zur Erläuterung seiner Form der Gestaltung des Gesprächs in der Therapie den *Poststrukturalismus* mit dem Konzept der *Dekonstruktion* (Derrida 1972) und den Begriff des *Sprachspiels* (Wittgenstein 1953) heran. Er vertritt die radikale Position, dass es in der

⁶¹ Für genaue Definitionen und deren Diskussion sei z. B. auf Simon, Clement und Stierlin (2004) oder von Schlippe und Schweitzer (1996) verwiesen.

Therapie kontraproduktiv sei, Hypothesen über Ursachen und Zusammenhänge, die als strukturalistisch gelten, aufzustellen (siehe auch Schmidt 2005, S. 72f, der hierzu eine Gegenposition vertritt). Statt dessen solle sich der Therapeut ausschließlich mit der Veränderung der *Narrationen* des Patienten, der sprachlichen „Oberfläche“, durch lösungsfokussierte Gesprächsführung (Wunderfrage, Fragen nach Ausnahmen, unterschiedsbildende Fragen, Skalierungsfragen und Komplimente) befassen. Da auch systemische Therapie strukturalistisch sei, weil sie Kausalitäten annimmt, grenzt De Shazer seinen Ansatz auch dezidiert von dieser ab. Dennoch wird lösungsfokussierte Gesprächsführung häufig fälschlicherweise bei systemischen Ansätzen subsumiert. Ohne hier auf die theoretischen Argumentationslinien von De Shazer genauer eingehen zu können, soll im Rahmen dieser Arbeit lediglich darauf verwiesen werden um vorzuschlagen, dass dieser theoretische, sprachphilosophische Hintergrund genutzt werden kann, um sich der Nicht-Objektivität sprachlicher Aussagen zu vermeintlich offensichtlichen ursächlichen Zusammenhängen noch bewusster zu werden. Im Sinne der Erweiterung von Wahlmöglichkeiten können in der Hypnotherapie durchaus strukturalistische Hypothesen aufgestellt werden, die dann aufgrund der Implikationen des Poststrukturalismus relativiert und gemeinsam mit dem Patienten auf ihre Nützlichkeit hin überprüft werden können (Schmidt 2005, S. 73). Schlicht gesagt, die Argumentationslinien von De Shazer liefern weitere Gründe und Möglichkeiten dafür, mit Sprachmustern und Realitätskonstruktionen noch reflektierter umzugehen.

Es ist ein aus der Kommunikationstheorie (Watzlawick, Beavin und Jackson 1967/1969) bekannter natürlicher Umstand, dass *Sender und Empfänger einer Botschaft nicht immer die gleiche Bedeutung geben*. Setzt man voraus, dass es in bestimmten Kontexten zieldienlich ist, dass Sender und Empfänger einer Botschaft dieselbe Bedeutung geben (mit einfachen Worten: „sich verstehen“), stellt Kommunikation ein Problem dar, das nur von beiden gemeinsam gelöst werden kann. Dies bedeutet zunächst, dass der Sender beim Kodieren der Botschaft darauf achtet, dass er sich (im Sinne des Meta-Modells) *ausreichend spezifisch ausdrückt*. Dies bedeutet weiterhin, dass beide, Sender und Empfänger, durch *verbales Feedback* (nachfragen; wiederholen, wie eine Aussage verstanden wurde etc., oft als *aktives Zuhören* bezeichnet) überprüfen, ob der Empfänger der Botschaft bei der Dekodierung die selbe Bedeutung wie der Sender gegeben hat, oder ob ein *Missverständnis* vorliegt, das durch weitere, spezifischere Kommunikation aufgelöst werden kann. Hierbei sind die *kontextspezifischen Vorinformationen* beider zu beachten, was in der Sprechakt-Theorie (Searle 1969/1971) auf den Grundsatz *X bedeutet Y im Kontext C (X =Y in C)* gebracht wird. Vereinfacht zusammengefasst bedeutet das, ob eine Aussage vom Sender spezifisch genug kodiert wurde, dass sie vom Empfänger so verstanden wird, wie der Sender sie gemeint hat, hängt auch davon ab, welche kontextspezifischen Vorinformationen beiden bekannt sind.

Kommunikationsprobleme werden umgangssprachlich-pointiert oft in Grundsätzen zum Ausdruck gebracht wie: „Sinn von Kommunikation ist die Reaktion, die man bekommt“, „Es gibt keinen Widerstand, nur schlechte Kommunikation“, „Die Bedeutung der Botschaft bestimmt der Empfänger“

oder „Es gibt keine Konflikte, nur Informations-Defizite“ (zu den ersten beiden Grundsätzen siehe Bandler und Grinder 1979/1981). Diese Grundsätze wurden formuliert, um Therapeuten bewusst zu machen, welche Problematik mit der Rolle als Sender verbunden ist, d.h. um sie zu motivieren, in der Kodierung von Botschaften an Patienten flexibler zu werden und auf das Feedback zu achten. Konsequenterweise würde dies bedeuten, dass wenn ein Therapeut flexibel genug wäre, seine Kommunikation an den individuellen Patienten optimal anzupassen, kein Widerstand entstehen, sondern der Patient immer in einer therapeutisch erwünschten Weise reagieren würde. Obwohl eine konsequente Umsetzung dieser Grundsätze völlig utopisch ist (und gerade bei Bandler und Grinder von einer gewissen Selbstüberschätzung auszugehen ist), stellen diese Grundsätze nützliche Heuristiken dar, um sich grundsätzlicher kommunikationstheoretischer Probleme von Kodierung und Dekodierung bewusst zu sein, und v. a. dann, wenn eine Patient in einer therapeutisch unerwünschten Weise reagiert, dies nicht als „Widerstand“ zu definieren, sondern als interaktionelles Phänomen, welches sich durchaus auch auflösen kann, wenn der Therapeut mit diesem Patienten in einer anderen Weise kommuniziert.

Allgemein bekannt ist die Methode, seine Aussagen in Form von *Ich-Botschaften* zu formulieren (siehe z. B. Schulz von Thun 1981). Im Meta-/Milton-Modell entspricht dies weitgehend dem *vollständigen Performativ*, also einer Aussage, in der außer einer Bewertung bzw. einer Interpretation auch die Information enthalten ist, wer diese Aussage macht. Statt nur zu sagen „Therapie machen ist gut.“ würde z.B. gesagt werden „Nach meiner Erfahrung kann es in bestimmten Situationen gut sein, eine Therapie zu machen.“. Damit drückt der Sender im Sinne der Kybernetik 2. Ordnung aus, dass er sich seiner Perspektive als *Beobachter* bewusst ist und seine Bewertungen und Interpretationen daher *subjektiv* sind. Erreicht werden soll, dass ein Gegenüber in der Kommunikation, ein Empfänger, eine höhere Bereitschaft hat, eine Botschaft zu akzeptieren, wenn sie als Ich-Botschaft formuliert wird, da sie ihm nicht als absolute, objektive „Wahrheit“ aufoktroziert, sondern nur als eine mögliche, subjektive Wahrnehmung „angeboten“ wird. Konflikte sind in der Regel leichter lösbar, wenn die beteiligten Parteien über ihre Wahrnehmungen und Intentionen in Form von Ich-Botschaften kommunizieren. Kommunikationstheoretischer Hintergrund ist, dass durch die Verwendung von Ich-Botschaften verhindert werden kann, dass sich *Inhalts- und Beziehungsebene* vermischen, d. h. eine Aussage über einen Inhalt in Form einer Ich-Botschaft stellt nicht die Wahrnehmung einer anderen Person und damit auf der Beziehungsebene ihre Position und ihren Status in Frage, sondern bleibt eine Aussage auf Inhaltsebene (siehe Watzlawick, Beavin und Jackson 1967/1969, S. 79ff, 83ff).

Befindet sich der Therapeut durch das Verhalten des Patienten in einem Double-Bind, ist eine spezielle Unterkategorie von Ich-Botschaften nützlich, die Schmidt (2000/2004, S. 197ff) als *Dilemma-transparent-machen* bezeichnet und zur *Utilisation von Auftragsdilemmata* dient. Diese in der Auftragsdynamik häufig vorkommende Situation kommt zustande, indem der Patient einen Auftrag formuliert, der unlösbar oder für den Therapeuten nicht akzeptabel ist, oder indem vom Patienten mehrere, einander widersprechende Aufträge kommuniziert werden. Bezüglich der

konfligierenden inneren Anteile bzw. Polaritäten des Patienten kann eine *simultane Inkongruenz* in der Kommunikation des Patienten nun durch Therapeuten als eine *sequentielle Inkongruenz* verbal gespiegelt werden. Die Begriffe simultane und sequentielle Inkongruenz wurden bereits im Abschnitt „Sprache, Kommunikation und Rapport“ eingeführt. Die Anwendung der Vorgehensweise Dilemma-transparent-machen wird im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ mit einigen grundsätzlichen Bemerkungen zur Definition und zum Sprachgebrauch des Begriffes „Double-Bind“ weiter ausgeführt.

Andere für eine kooperative Gestaltung der Kommunikation beschriebene Modelle und Konzepte sind die Regeln der *Themenzentrierten Interaktion* (TZI, Cohn 1975) oder die sog. *gewaltfreie Kommunikation* (Rosenberg 1999/2001). Diese Modelle liefern eine Reihe von Anregungen, wie in bestimmten Situationen spezielle Varianten von Ich-Botschaften und Pacing-Aussagen formuliert werden können und wie der praktische, zeitliche Ablauf von Kommunikation kooperativ gestaltet werden kann. Zu beachten ist grundsätzlich, dass einige Formulierungen, wenn sie zu extensiv benutzt werden, vom Gegenüber als „Psycho-Jargon“ und „Betroffenheits-Gelaber“ empfunden werden können, weshalb sie eher sparsam und gezielt eingesetzt werden sollten.

Eine weitere, relativ elaborierte Methode ist die des *Motivational Interviewing* (Miller und Rollnick 1991/1999; Körkel und Veltrup 2003), die in der Suchtherapie entwickelt wurde. Aufgrund der pragmatischen Orientierung der Autoren werden nur wenige theoretische Bezüge hergestellt, was ihnen bewusst ist. Zum Grundprinzip „den Widerstand aufnehmen“ wird interessanterweise zuerst der metaphorische Vergleich von Haley (1963) mit „psychologischem Judo“ zitiert (Miller und Rollnick 1991/1999, S. 71) - ohne dass dabei reflektiert wird, dass sich Haley auf Erickson und das Utilisationsprinzip bezogen hat. Motivational Interviewing kann daher durchaus als ein pragmatischer Ansatz gesehen werden, wie das Utilisationsprinzip in der Gesprächsführung speziell mit Suchtpatienten und deren Motivationslage konkret umgesetzt werden kann.

Gerade für die Formulierung von Ich-Botschaften gilt die im Abschnitt „Wahlmöglichkeiten innerhalb kooperativer Beziehungsgestaltung“ angesprochene Problematik der Verhaltensweisen, die kooperativ „aussehen“ sollen, aber strategisch bzw. manipulativ eingesetzt werden. Ein Therapeut, der Aussagen z. B. als „Vermutung“, „Vorschlag“ einer Hypothese bzw. einer Deutung oder seine Wahrnehmung des Patienten in Form einer Ich-Botschaft formuliert, aber gar nicht an einer in eine andere Richtung gehenden Rückmeldung des Patienten interessiert ist, da er von der Richtigkeit seiner Hypothese bereits überzeugt ist, und eine negative Rückmeldung des Patienten insgeheim als Widerstand wertet, wird inkongruent wirken und dadurch höchstwahrscheinlich den Rapport zum Patienten und sein Vertrauen früher oder später verlieren. Auf die kooperative Utilisation von - zunächst vermeintlich - negativen Rückmeldungen des Patienten wird im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ weiter eingegangen.

Bei der *Kooperation von Patient und Therapeut* findet ein implizites Modellernen statt, da der Patient die *Erfahrung von Kooperation in der Therapiebeziehung internalisiert*. Die Fähigkeiten des Patienten

zur *Kooperation mit seiner Umwelt* sowie die *Kooperation seiner inneren Anteile* werden erweitert und verbessert (siehe Abschnitt „Teile-Arbeit“). Kooperation in der Therapiebeziehung wirkt damit als *korrigierende emotionale Erfahrung* (Alexander und French 1946). Der *unspezifische Wirkfaktor* (im Sinne von Grawe et al, 1994, S. 711ff), der auf einer *tragfähigen therapeutischen Beziehung* basiert, wird durch eine kooperative Beziehungsgestaltung konsequent ausgeschöpft.

Die hier angeführten Formen der Kommunikation, insbes. Ich-Botschaften, sind integrale Bestandteile von Kooperation. Das kontinuierliche Training in der Unterscheidung zwischen sensorischer Wahrnehmung einerseits und Hypothese, Spekulation, Interpretation und Bewertung andererseits, in der Formulierung spezifischer Sprachmuster und in verbalem Feedback (im Sinne von „aktivem Zuhören“) verbessert schließlich auch die *Fähigkeit zur Realitätsprüfung* und der *Ich-Funktionen*⁶² im allgemeinen, die als ein wichtiger Bestandteil von gesunder Autonomie gelten können. Eine andere für Kooperation wichtige Fähigkeit, *Perspektivwechsel*, kommt Abschnitt „Dezentrierung“ zur Sprache.

Autoritäre und strategische Beziehungsgestaltungsformen untergraben die Fähigkeit zur Realitätsprüfung, anstatt sie zu fördern. Man kann hierzu durchaus auch eine ethische Position einnehmen und argumentieren, dass eine autoritär oder strategisch gestaltete Therapiebeziehung letztendlich versucht, den Patienten „zur Unmündigkeit zu erziehen“, während lediglich kooperative Beziehungsgestaltung den Patienten als mündigen Bürger ernst nimmt und fördert, doch das ginge über den Rahmen dieser Arbeit hinaus.⁶³

3.2.7 Realitätskonstruktion von Problem und Lösung

Bei der Beschreibung bzw. Konstruktion des Auftrages und damit einhergehend des Problems und einer angestrebten Lösung durch den Patienten sind unabhängig vom Inhalt bestimmte strukturelle Eigenschaften relevant (siehe den Abschnitt „Inhalt, Struktur und Form“). Dies sind zunächst die aus der Sozialpsychologie bekannten *Attributionsmuster* mit den Dimensionen *intern vs. extern*, *variabel vs. stabil* sowie *spezifisch vs. unspezifisch*, anhand derer sich der *erlebte Handlungsspielraum* des Patienten ablesen lässt. Bestimmte Elemente der Situation werden als potenziell veränderbares *Problem* erlebt, bestimmte andere Elemente als unveränderliche *Restriktion* (Schmidt 2005, S.104f; 1999/2004, S. 120f). Damit einher geht die *Interpunktion*, also die Sequenzierung einzelner Ereignisse. Hierin ist auch enthalten, ab welchem Punkt für den Patienten das eigentliche Problem bzw. unerwünschte Erleben anfängt. In Konflikten zwischen Personen, z.B. Paaren, unterscheiden sich diese Interpunktionen zum Teil erheblich, selbst wenn sich die Beteiligten über den sachlichen Ablauf der Ereignisse einig sind. Aufgrund unterschiedlicher Bewertungen wird aber der Beginn des Problems in einer Handlungssequenz unterschiedlich wahrgenommen. Offensichtlich divergierende Interpunktionen liegen z.B. bei Paaren vor, die darüber streiten, wer von beiden „zuerst damit

⁶² Realitätsprüfung und Ich-Funktionen im Sinne der Psychoanalyse, siehe z. B. Freud 1936.

⁶³ Schmidt (2004, S. 27) umschreibt seine therapeutische Grundhaltung mit dem Grundsatz: „Gehe mit Menschen so um, wie du selbst gerne hättest, dass man mit dir umgeht, insbesondere dann, wenn du auf das Wohlwollen anderer angewiesen bist.“

angefangen hat“ oder „endlich damit aufhören soll“. *Bewertungen* sind Teil des individuellen *Systems von Einstellungen, Attributionsmustern und Erwartungen* (umgangssprachlich oft als Glaubens- und Wertesystem bezeichnet) und entscheidend für die *Motivationslage* des Patienten. Daraus folgt, welche seiner Verhaltensweisen er als *ich-synton* oder *ich-dyston* erlebt und damit zum Thema der Therapie macht oder nicht.

Es gibt verschiedene Typologien und Kategoriensysteme von Patienten hinsichtlich ihrer Auftragsmuster, das auch in der Hypnotherapie bekannteste stammt von De Shazer (1988/1989, S. 102ff). Er unterscheidet zwischen *Kunden, Klagenden* und *Besuchern*, Schmidt (1999/2004, S.119; 2005, S. 107) ergänzt die Kategorie des *Ko-Therapeuten*. De Shazer und Schmidt verwenden allerdings nicht die Begriffe *ich-synton* vs. *ich-dyston* und beziehen sich nur wenig auf sozialpsychologische Konstrukte wie Attributionsmuster. Daher soll diese Typologie, die eine pragmatische Vereinfachung darstellt, anhand der oben genannten Kriterien verdeutlicht werden:

- *Besucher* erleben ein Verhalten als *ich-synton* und bewerten es positiv, während diejenigen Personen oder Institutionen, die den Patienten überweisen oder schicken, dieses Verhalten als Problem definieren. Aus der Perspektive des Besuchers besteht das Problem eher im Konflikt mit der Institution (z.B. Jugendamt, Gericht), er hat keine Motivation selbst etwas zu verändern. Der Beginn des Problems wird erst beim Konflikt mit der Institution interpunktiert, nicht bei vorausgehendem eigenem Verhalten. Derartige Auftragsmuster liegen in der Regel bei Strafgefangenen und Tätern vor sowie häufig bei Suchtpatienten, die ausschließlich auf Druck ihres Arbeitgebers, ihrer Angehörigen oder Ehepartner (in Form von Androhung von Kündigung oder Scheidung) hin zur Therapie erscheinen.
- *Klagende* erleben keinen Handlungsspielraum und definieren sich als Opfer von Umständen, anderen Personen oder von Symptomen, von denen sie glauben, sie nicht beeinflussen zu können. Die Ursache des Problems wird extern attribuiert, evtl. auch als stabil, oft werden andere Personen dafür verantwortlich gemacht. Das eigene Verhalten wird teils als *ich-synton*, teils als *ich-dyston*, aber nicht beeinflussbar bewertet. Der Beginn des Problems wird beim eigenen Leid interpunktiert, bei vorausgehendem eigenem Verhalten allerhöchstens teilweise. In der Auftragskonstruktion mit Klagenden wird am häufigsten die Unterscheidung zwischen Problem und Restriktion relevant (siehe Schmidt 2005, S. 105).
- *Kunden* sind der Überzeugung, dass sie einen zumindest potentiellen Handlungsspielraum haben, den sie aber bisher noch nicht ausschöpfen konnten und definieren sich als mitverantwortlich für Entstehung und Aufrechterhaltung des Problems. Ein Teil der Ursachen des Problems wird also intern und variabel attribuiert. Dem zufolge wird auch interpunktiert, dass dem Problem ein eigenes, verursachendes Verhalten vorausgeht, welches daher als *ich-dyston* erlebt wird.

De Shazer selbst bemängelt (laut Varga von Kibéd 1999) an seiner Typologie inzwischen, dass sie häufig so missverstanden wird, dass nur der Patient kategorisiert oder bewertet wird, als seien nur Kunden gute Patienten, Besucher schlechte und Klagende mittelmäßige. Hingegen sollen auf dem

Hintergrund von Kybernetik 2. Ordnung, Konstruktivismus und Poststrukturalismus nicht Patienten, sondern *Interaktionsmuster zwischen Patient und Therapeut* unterschieden werden. Das Anliegen und die Motivationslage des Patienten sollen mit Hilfe des Kategoriensystems wahrgenommen und genutzt werden, um ihm und seinem Anliegen so gut es geht gerecht zu werden. Im Abschnitt „Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente“ wird weiter auf die Hintergründe und die Entwicklung dieser Typologie eingegangen sowie auf unterschiedliche Typen von zu diesen Auftragsmustern passenden Interventionen. Im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ wird dargestellt, wie der Therapeut damit umgehen kann, wenn er den Auftragsstyp des Patienten nicht akzeptieren kann, weil er dessen Realitätskonstruktion in relevanten Punkten nicht teilt.

Bemerkt werden soll in diesem Zusammenhang, dass es erstaunlich ähnliche Typologien und Kategoriensysteme bereits zuvor in der Psychoanalyse gab. Argelander (1970, S. 28ff) unterscheidet zwischen *vorgeschickten* (oder vorgeschobenen), *anspruchsvollen*, *unergiebigem* (oder anspruchlosen) und *aufgeklärten Patienten*. Eine direkte Entsprechung zu den Typen von De Shazer lässt sich am einfachsten für vorgeschickte Patienten und Besucher herstellen. Aufgeklärte Patienten entsprechen einer Untergruppe der Kunden, unergiebige Patienten einer Untergruppe der Klagenden. Anspruchsvolle Patienten könnte man am ehesten als eine Mischung aus Kunden und Klagenden einordnen. Auf psychoanalytischem Hintergrund werden eine Reihe von Hinweisen zur Übertragungsdynamik und der Gestaltung der Therapie gegeben, die durchaus an das Utilisationsprinzip erinnern. Es kann davon ausgegangen werden, dass De Shazer dieses psychoanalytische Modell nicht kannte. Insofern kann man die Parallelen als gegenseitige Bestätigung interpretieren, die umso erfreulicher ist, da die Modelle völlig verschiedenen Schulen entstammen.

Eine weitere zentrale Unterscheidung besteht darin, ob der Patient das Problem sprachlich eher als einen *unwillkürlichen Prozess* beschreibt, gegebenenfalls in einer Sequenz von Schritten, oder eher als einen *Konflikt zwischen inneren Anteilen*. Dementsprechend lassen sich das Therapieziel bzw. eine Lösung und damit der Auftrag sprachlich konstruieren. Im ersten Fall würde das Therapieziel als *Variation eines selbsthypnotischen Prozesses* bzw. als *Problemtrance-Exduktion und LösungsTranceinduktion* beschreiben. Im zweiten Fall würde man das Ziel der Therapie - im Sinne von „Teile-Arbeit“ - als eine Verbesserung der *Kooperation innerer Anteile* beschreiben bzw. als eine Verbesserung der Balance zwischen Problem- und Lösungsmustern, die mit jeweils einem inneren Anteil korrespondieren (kurz: *Problem-/Lösungs-Balance*). Beide Formen der sprachlichen Konstruktion entsprechen einer *Erweiterung von Wahlmöglichkeiten*. Grundsätzlich handelt es sich lediglich um sprachliche Konstruktionen, die mehr oder weniger die gleichen Phänomene aus unterschiedlicher Perspektive beschreiben und in gewissem Maße austauschbar sind. Sprachliche Konstruktionen, die u. a. der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient dienen und - zumindest teilweise - innerhalb dieser Kommunikation erst entstehen, *stimmen* nicht, sie *passen* lediglich so gut wie möglich (im Sinne von Glaserfeld 1981). Optimalerweise werden in der Therapie beide Beschreibungsformen besprochen, was die Perspektiven des Patienten, also seine Wahlmöglichkeiten

in der Wahrnehmung, erweitert.

Eine solche Erweiterung der Realitätskonstruktion des Patienten dient u. a. auch der *Dekonstruktion* des Problems, genauer gesagt seiner Problem-Beschreibung, der *Problemkonstruktion* (De Shazer 1991/1992, S. 70ff). Konstruktionen in Begrifflichkeiten von Teilen oder „Dingen“ gehen sprachlich einher mit der Benutzung von Nominalisierung und Begriffen von Eigenschaften. Schlägt der Therapeut die Konstruktion als Prozess vor, kann das der *Denominalisierung*, auch als *Verflüssigung von Eigenschaften* bezeichnet, dienen. D.h., bereits die Phase der Therapie, die in erster Linie der Sammlung von Informationen dient, kann bereits eine therapeutische Wirkung beinhalten.

In den Begriffen der Synergetik wird so eine *Destabilisierung* der bestehenden Ordnung, eine Schwächung des Attraktors, der mit der Problemkonstruktion assoziiert wird, also des Problem-Attraktors, erreicht. Die Wirkung der Ordner (der ordnenden Kräfte), die zu einer Lösung führen sollen, also mobilisierte Ressourcen, korrigierende emotionale Erfahrungen usw., wird so vorbereitet und erleichtert. In diesem Zusammenhang ist auch zu sehen, dass die Diagnose einer „Störung“ allein durch das Sprachmuster einen statischen Zustand und weniger Veränderungsspielraum suggeriert als eine prozesshafte Beschreibung wie etwa „jemand verhält sich gestört ... unter bestimmten Umständen“.

Da die soeben benutzten Begriffe in der gesamten Arbeit verwendet werden, insbesondere in den Abschnitten „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ und „Teile-Arbeit“, gibt Tabelle 3-12 eine Übersicht. Ergänzend werden hier auch die Kategorien Modalverben und Quantoren aus dem Meta-/Milton-Modell (siehe Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“) sowie die Unterscheidung zwischen entweder-oder- und sowohl-als-auch-Logik angeführt, da diese Kategorien bei Realitätskonstruktionen oft eine wichtige Rolle spielen. Die Unterscheidung *kausal* („warum?“) und *teleologisch* („wozu?“) wird in der Hypnotherapie oft getroffen, ohne explizit mit diesen Begriffen so benannt zu werden, etwa beim Konzept der positiven Absicht im Bedeutungs-Reframing (siehe die Abschnitte „Reframing“ und „Teile-Arbeit“).⁶⁴

Diese Übersicht ist nicht so zu verstehen, dass die Begriffe, die sich in einer Spalte befinden, tatsächlich immer zusammenhängen, oder eine der Spalten „richtige“ und die andere „falsche“ Begriffe enthält. Es soll lediglich eine Übersicht über Aspekte von Realitätskonstruktionen gegeben werden, anhand deren sich Problem- und Lösungskonstruktionen erfahrungsgemäß gut unterscheiden lassen. Welche Form der Beschreibung therapeutisch sinnvoll ist, muss nach kontextbezogener Ziieldienlichkeit individuell entschieden werden.

⁶⁴ Diese Unterscheidung findet sich explizit gelegentlich in der systemischen Therapie (siehe z. B. Watzlawick, Beavin und Jackson 1967/1969, S. 31, 121) und insbesondere in der personenzentrierten Systemtheorie (Kriz 2003).

| | |
|---|---|
| statisches Objekt, Entität | dynamischer Prozess, Sequenz, Muster |
| „Ding“, „Sache“ | „Abfolge von Schritten“ |
| Teil, innerer Anteil | selbsthypnotischer Prozess |
| Eigenschaft, Verdinglichung, Personifizierung, Externalisierung | Verflüssigen von Eigenschaften |
| Nominalisierung | Denominalisierung |
| Generalisierung (≈ globaler Rahmen) | Dekonstruktion globaler Rahmen |
| Diagnose „Störung“ | Beschreibung „verhält sich gestört“ |
| Problem | Ausnahmen vom Problem, Elemente einer Lösung |
| das Symptom | Unterscheidungen: Kontext, positive Absicht, Impuls, Verhalten, Auswirkungen / Resultat |
| Universalquantoren: immer, alle, überall, usw. | Existenzquantoren: manchmal, einige, es gibt, usw. |
| Modalverben der Notwendigkeit: müssen, nicht dürfen, sollen | Modalverben der Möglichkeit: können, dürfen, wollen |
| entweder-oder-Logik | sowohl-als-auch-Logik |
| kausal, Determinismus („warum?“) | teleologisch („wozu?“) |

Tabelle 3-5: Eigenschaften von Realitätskonstruktionen

Erfahrungsgemäß ist es hilfreich, Therapieziele möglichst *spezifisch* in *sensorischen Evidenzen* zu beschreiben (siehe hierzu die Abschnitte „Kommunikation, Sprache und Rapport“ sowie „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“). Zusätzlich sollten szenarioartig die vom Patienten *antizipierten beziehungsgestaltenden Auswirkungen* einer Lösung auf sein soziales Umfeld etc. abgeklärt werden, insbes. mit zirkulären Fragen (siehe Abschnitt „Dezentrierung“). Hierbei können sich Konflikte und Double-Binds offenbaren, die für die Auftragsdynamik relevant sind (siehe nächster Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“). Spezifische Beschreibungen von Problem und Lösung, von Zielen und Teilzielen, ermöglichen außerdem, dass Patient und Therapeut jederzeit überprüfen können, ob einzelne Interventionen und die Therapie als ganzes dem Patienten helfen, sich in eine erwünschte Richtung zu entwickeln (siehe auch den Abschnitt „Feedback und Handlungstheorie“).⁶⁵ Es kann auch nützlich sein, diese spezifischen Beschreibungen mit *Skalierungen* zu kombinieren, um eindeutiger Unterschiede feststellen zu können und kommunizierbar zu machen, z.B. zwischen Zuständen zu verschiedenen Zeitpunkten. Grundsätzlich ist *Feedback* dafür nützlich, dass für den Patienten *Plausibilität* bezüglich des therapeutischen Vorgehens entstehen kann, die wiederum eine der wichtigsten Voraussetzung für die Kooperationsbereitschaft des Patienten ist.

⁶⁵ Gelegentlich hört man in Ausbildungsseminaren den Grundsatz „Das Ziel strukturiert das Problem“. Damit ist gemeint, dass durch den Prozess der Definition des Ziels andere Aspekte der Problemkonstruktion relevant werden, als ohne den Kontrast mit der Zielkonstruktion.

Im Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ werden weitere Elemente der Unterschiedsbildung zwischen Problem und Lösung dargestellt, allerdings auf der Ebene von Trancephänomenen, während in diesem Abschnitt die Elemente (insbes. Attributionsmuster) der Konstruktion von Problem und Lösung dargestellt wurden, die direkt für die Dynamik zwischen Patient und Therapeut relevant sind, und die auch nicht auf der Ebene Trancephänomenen beschrieben werden. Die Unterschiedsbildung zwischen Problem- und Lösungs trance gibt dann allerdings weitere Informationen zur Konkretisierung des Auftrags, insbesondere zur Zeitperspektive, und damit zur weiteren Gestaltung der Therapie, v. a. ob problem- oder symptomorientiert vorgegangen werden sollte. Ansonsten liefert die Unterschiedsbildung zwischen Problem- und Lösungs trance die Informationen für die Variation selbsthypnotischer Prozesse, deshalb wird sie auch erst in dementsprechenden Abschnitt ausführlich beschrieben.

Zum Sprachgebrauch soll noch angemerkt werden, dass Schmidt (1999/2004, S. 106ff, S. 110ff) zwischen *interaktionellen und internalen Musterelementen* von Realitätskonstruktionen unterscheidet, die er dann einer *Mikro-* und einer *Makroebene* zuordnet.⁶⁶ Die interaktionellen Musterelemente der Makroebene bei Schmidt entsprechen weitgehend den Aspekten, die in diesem Abschnitt dargestellt wurden, die internalen Elemente der Mikroebene denjenigen, die im Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ dargestellt werden.

3.2.8 Kooperation und Auftragsdynamik

Auftragsdynamik stellt insofern eine spezielle Anwendung der *Utilisation von Patientenmerkmalen* dar, als hier Elemente der *Realitätskonstruktion* des Patienten und seiner *Motivationslage* zur Individualisierung des Therapieprozesses genutzt werden. Es gibt zwei Grundvarianten, die in der Praxis fast immer in Mischformen vorkommen: Entweder der Therapeut *akzeptiert die Konstruktionen* von Problem, Lösung bzw. Therapieziel und Auftrag seitens des Patienten oder er hinterfragt sie und schlägt *alternative Konstruktionen* vor.

Die erste Grundvariante entspricht in der minimalistischsten Variante dem Vorgehen in der lösungsfokussierten Gesprächsführung. Die Realitätskonstruktion des Patienten und damit sein Auftragsmuster werden hier direkt genutzt, indem versucht wird, ausschließlich auf der Ebene von Sprachspielen zu arbeiten und auf strukturalistische Hypothesen zu verzichten (De Shazer 1991/1992, 1994/1996). Wenn der Therapeut dem Patienten hingegen andere Therapieziele vorschlägt, als dieser von alleine äußert, spricht man von *Akquirieren eines Auftrags* (Schmidt 2004, 2005). Dies ist bei reinem lösungsfokussierten Vorgehen nicht vorgesehen. Der Therapeut kann, wenn er über reine Lösungsfokussierung hinaus gehen möchte, z.B. dem Patienten andere Problemkonstruktionen vorschlagen (konfligierende innere Anteile statt unwillkürlich ablaufender Prozess oder umgekehrt), bestimmte Ziele vorschlagen, versuchen, die Idee der positiven Absicht zu

⁶⁶ Diese Begrifflichkeiten sind auch nicht zu verwechseln mit den im Abschnitt „Utilisation von Patientenmerkmalen“ unterschiedenen intrapsychischen und interaktionellen Merkmalen, mit denen es zwar einige inhaltliche Überschneidungen gibt, die aber dort eine andere Funktion haben.

erläutern und den Patienten davon zu überzeugen, dass es hilfreich sein kann, mit einem inneren Anteil Kontakt aufzunehmen um die Kooperation seiner inneren Anteile zu verbessern, ihn davon überzeugen, dass er einen Einfluss auf den Ablauf des Prozesses wiedergewinnen kann, usw., was alles nicht mehr der ursprünglichen Realitätskonstruktion und dem ursprünglichen Auftrag des Patienten entspricht.

Aus - stark vereinfachter - kybernetischer Sicht wirkt eine reine Lösungsfokussierung, bei der die Realitätskonstruktion des Patienten vollständig akzeptiert wird und gemäß dem Grundsatz „Tue mehr von dem was funktioniert“ ausschließlich auf ressourcenvolle Muster fokussiert wird, hauptsächlich durch *positives Feedback*, während ein Vorgehen, in dem die Realitätskonstruktion des Patienten hinterfragt wird, zusätzlich auch *negatives Feedback* nutzt.

Bei rein strategischer oder autoritärer Beziehungsgestaltung akquiriert der Therapeut ebenfalls keinen Auftrag, da er seine Entscheidungen bezüglich der Therapieziele, die er für den Patienten festlegt, ohnehin nicht transparent macht. Bei strategischem Vorgehen wird versucht, die Realitätskonstruktion des Patienten und seine anderen Merkmale so optimal wie möglich zu utilisieren, um Reaktanz und Widerstand gegenüber autoritärem Vorgehen zu minimieren. Bei kooperativer Beziehungsgestaltung wird in der Auftragsdynamik (die umgangssprachlich oft mit *Kundenorientierung* verglichen wird) zweistufig vorgegangen: zunächst versucht der Therapeut, die Realitätskonstruktion des Patienten lösungsfokussiert zu utilisieren soweit er dies für sinnvoll hält. Sobald er es für therapeutisch nützlicher hält, dem Patienten andere Beschreibungen und Therapieziele vorzuschlagen, macht er dies transparent. Häufig ist hier die Methode des *Dilemma transparent Machens* indiziert, d.h. der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass er *einerseits* gerne so arbeiten möchte, wie der Patient dies wünscht, er es aber *andererseits* aufgrund seiner Erfahrung als seine Verantwortung ansieht, dem Patienten andere Vorschläge zu machen. Hinzufügen kann der Therapeut noch, dass er nicht wissen kann, ob seine Hypothesen zutreffen und ob seine Vorschläge sinnvoll sind, und der Patient dies daher überprüfen soll. Einer der häufigsten Anlässe für dieses Vorgehen ist in der Hypnotherapie, dass der Therapeut die Realitätskonstruktion bezüglich der Unterscheidung Problem und Restriktion nicht akzeptieren kann, etwa weil der Patient die Erwartung hat, dass sein Problem einfach „weghypnotisiert“ werden soll. An dieser Stelle ist es häufig sinnvoll, dass der Therapeut dem Patienten die Unterscheidung zwischen Impuls, Verhalten, positiver Absicht und Auswirkungen oder anderer der im Abschnitt „Reframing“ eingeführten Unterscheidungen erläutert.

Da im Laufe einer Therapie durch die Erfahrungen des Patienten ständig neue Informationen hinzukommen, stellt sich immer wieder die Frage, was die neuen Informationen für das Therapieziel und den Auftrag bedeuteten, ob das Ziel bereits erreicht und damit der Auftrag erfüllt ist, oder ob ein neuer Auftrag und andere Ziele vielleicht viel sinnvoller wären. Daher kommt der Therapeut auch immer wieder in die Situation, dass eine neue Auftrags-Akquise nötig ist. Insbesondere das Auftreten von Reaktanz, die nicht sinnvoll direkt genutzt werden kann, braucht nicht als Widerstand gewertet zu werden, sondern kann einfach als Anlass gesehen werden, einen neuen Auftrag auszuhandeln.

Außer dem Auftrag, der sich auf die Therapie als ganzes bezieht, kann der Therapeut auch Zwischen- oder Teil-Aufträge akquirieren bezüglich einzelner Schritte und Interventionen (z.B. ob der Patient zu einem bestimmten Thema eine Rückmeldung hören möchte) um zu vermeiden, dass der Patient diese Interventionen als grenzüberschreitend empfindet. Für bestimmte Vorgehensweisen (z.B. Berührung) sollte ohnehin immer nach ausdrücklicher Erlaubnis gefragt werden. Der Therapeut baut auf diese Weise zum Patienten eine funktionierende Basis *kontinuierlicher Feedbackschleifen* auf, durch welche die *Plausibilität* des therapeutischen Vorgehens für den Patienten erhöht werden soll.⁶⁷

Die *Verteilung der Rollen und der Expertise* zwischen Patient und Therapeut besteht nicht darin, dass der Therapeut wissen soll, was für den Patienten „gut oder schlecht“ ist. Der Therapeut ist - sehr verkürzt zusammengefasst - für *Struktur* und *Form* der Therapie verantwortlich, insbesondere dafür, kooperative Kommunikationsmuster für kontinuierliche Feedbackschleifen aufzubauen und dem Patienten zu einem passenden Zeitpunkt nützliche *Fragen* zu stellen. Der Patient ist für den *Inhalt* der Therapie verantwortlich, nur er kennt seine reale Lebenssituation und kann auf diese Fragen auch die entsprechenden *Antworten* geben (siehe hierzu auch den Abschnitt „Inhalt, Struktur und Form“).

3.2.8.1 Triangulation und Double-Binds in der Auftragsdynamik

Die prototypische Situation, in der eine Auftrags-Akquise sinnvoll ist, lässt sich anschaulich in Begriffen von Teile-Arbeit und der sozialpsychologischen *Balancetheorie* (Heider 1946, 1958/1977) beschreiben, wobei das Therapiesystem als aus den drei Komponenten Therapeut, Bewusstsein des Patienten und Unbewusstes des Patienten bestehend betrachtet wird. Die Relation des Therapeuten zum Bewusstsein des Patienten ist positiv, ebenso die zum Unbewussten des Patienten, da er davon ausgeht, dass dieses positive Absichten verfolgt. Wenn der Patient allerdings sein Symptom als ausschließlich negativ bewertet und lediglich eliminiert haben möchte, da er noch nicht zwischen den negativen Auswirkungen des Verhaltens und der positiven Absicht des inneren Anteiles unterscheidet, ist die Relation vom Bewusstsein des Patienten in Richtung seines Unbewussten negativ. In den Begriffen der Balancetheorie besteht damit eine *unbalancierte Triade*. Zwischen dem Patienten und seinem Unbewussten besteht hierbei eine Einheitsrelation, da es ein Teil von ihm ist, die gleichzeitig eine negative Wertrelation ist. Der Therapeut befindet sich durch den Auftrag, den das Bewusstsein des Patienten formuliert, gegen das Unbewusste des Patienten in einer *Triangulation* und damit einem *Double-Bind*, da er (analog etwa zur All-Parteilichkeit in einer Paartherapie) nicht nur die Interessen des Bewusstseins des Patienten, sondern auch von dessen Unbewussten würdigen und in die Arbeit mit einbeziehen will (siehe Abbildung 3-2 am Ende dieses Abschnitts).

Derartige Aufträge werden in der Regel in Form einer simultanen Inkongruenz kommuniziert (siehe Abschnitt „Kommunikation, Sprach und Rapport“), d.h. die verbale Äußerung des Patienten wird von

⁶⁷ Neuere Entwicklungen lösungsorientierter Therapiekonzepte, die ebenfalls die Bedeutung von Eigenkompetenz und Feedback des Patienten betonen, sprechen z. B. von „client-informed therapy“ und „the client's theory of change“ (siehe z. B. Miller, Duncan und Hubble 1997/2000; Hubble, Duncan und Miller 1999/2001).

nonverbalen Signalen begleitet, die eine andere Botschaft kommunizieren. Watzlawick (mündliche Mitteilung, in Vorträgen, o. J.) bringt diese Inkongruenz und den damit einhergehenden Double-Bind oft auf die Formel „Verändere mich, aber verändere mich nicht.“ und vergleicht dies mit dem Sprichwort „Wasch mich, aber mach mich nicht nass.“. Schmidt (2004, S. 29) formuliert dies etwas ausführlicher als typische Situation in einer systemischen Familientherapie: „Helft uns schnell, die Symptome zu ändern und aufzulösen, wagt es aber ja nicht, dies zu tun, denn dies würde unsere Homöostase gefährden“. Die von Mende (1998) formulierten Aussagen zur veränderungsbezogenen Übertragungsdynamik unterschiedlicher Persönlichkeitstypen, die im Abschnitt „Utilisation von interaktionellen Patientenmerkmalen“ angeführt wurden, enthalten ähnliche Double-Binds.

An dieser Stelle ist einiges zum Sprachgebrauch des Begriffes *Double-Bind* einzufügen. Von den beteiligten Autoren wurden im Laufe der Zeit unterschiedlich enge Definitionen geliefert.⁶⁸ Teilweise wurden diese Definitionen aus der Theorie der logischen Typen von Whitehead und Russel (1910) abgeleitet. Einigkeit besteht immerhin grundsätzlich darin, dass Double-Binds eine Unterkategorie von *Paradoxien* darstellen. Haley (1958),⁶⁹ der die einfachste, allgemeinste Definition von Double-Bind lieferte, vergleicht die Situation der Person, die sich in einem Double-Bind befindet, mit einer *No-Win-Situation*, einem Begriff aus der sozialpsychologischen Spieltheorie.

Weitzenhoffer (1989, S. 231ff; 2000, S. 105ff) kritisierte sowohl Erickson und Rossi (1975), die das Konzept des Double-Binds wieder aufgriffen, als auch die theoretischen Ausführungen von Bateson und seinen Mitarbeitern als inkonsistent und unpräzise. Beispielsweise seien die von Bateson et al. ausgeführten Paradoxien zwischen einer Aussage und einer Aussage über Aussagen nicht durch logische Typen, sondern besser durch logische Ebenen beschreibbar. Außerdem sei das Wort „Double“ überflüssig, der Begriff „Bind“ würde völlig ausreichen und der Begriff „Dilemma“ sei ohnehin besser geeignet.

Insgesamt wird der Begriff Double-Bind umgangssprachlich sehr häufig und unscharf verwendet. Gemeint ist meistens eine Form von Konflikt, Dilemma oder Entscheidung zwischen alternativen Reaktions- und Verhaltensweisen, insbesondere wenn dieser Konflikt willkürlich von einer anderen Person herbeigeführt wurde. Außer der eigentlichen paradoxen Kommunikation werden von Watzlawick, Beavin und Jackson (1967/1969, S. 195f) weitere definatorische Kriterien genannt, wie das Kriterium, dass der Empfänger der paradoxen Kommunikation nicht in der Lage ist, die Situation zu verlassen oder die Paradoxie durch Metakommunikation aufzulösen. Letzteres Kriterium wird von den Autoren selbst als „wenig überzeugend“ relativiert (z.B. Watzlawick, Beavin und Jackson 1967/1969, S. 225, Fußnote). Es erscheint auch insofern fragwürdig, als dass die Klassifizierung einer

⁶⁸ Man vergleiche Bateson, Jackson, Haley und Weakland (1956) mit Haley (1958) oder Watzlawick, Beavin und Jackson (1967/1969).

⁶⁹ Haley (1958, S. 52; zitiert nach Weitzenhoffer 1989, S. 236) definiert Double-Bind: „A „double bind“ is present when one person communicates a message and qualifies that message with an incongruent message in a situation where the other person must respond to these contradictory messages, cannot leave the field, and cannot comment on the contradiction.“. In dieser Definition fehlen z.B. das Kriterium der Involviertheit der beiden Personen, ebenso das Kriterium der Wiederholung, das bei Bateson et al. (1956) explizit genannt wird.

Aussage als Double-Bind hier von der Reaktion und der Wirkung abhängig gemacht wird, und nicht von Merkmalen der Aussage an sich, ihrer Struktur, dem Kontext oder der Intention des Senders. Sobald also ein Empfänger durch Metakommunikation reagiert und das Paradox auflöst, liegt also streng genommen kein Double-Bind mehr vor. Genau an diesem Punkt aber wird der Begriff oft anders verwendet, wenn eben grade beschrieben wird, durch welche Reaktion ein Double-Bind aufgelöst werden kann. Die weiter unten beschriebene Vorgehensweise „Dilemma-transparent-machen“ stellt eine solche Form der *Metakommunikation* zum Auflösen eines Double-Binds dar (Schmidt 1999/2004, S. 94) - womit der Double-Bind definitionsgemäß keiner mehr wäre, die Situation aber dennoch mit diesem Begriff bezeichnet wird.

Schmidt (z.B. 2004 S. 29; 1999/2004, S. 94) benutzt den Begriff des Double-Binds zunächst im Rahmen der Auftragsdynamik für die Situation, in die der Therapeut kommt, wenn der Patient versucht, ihn gegen das Symptom zu triangulieren, und weiterhin, um die Utilisation von Widerstand durch therapeutische Double-Binds zu beschreiben.⁷⁰ Da der Begriff Double-Bind im Rahmen dieser Arbeit außer im Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestionen“ hauptsächlich in diesem Abschnitt zur Erläuterung der Konzepte von Schmidt verwendet wird, schließt sich diese Arbeit seinem Sprachgebrauch an.

Anstatt einen Auftrag, durch den der Therapeut in einen Double-Bind käme, anzunehmen oder, etwa bei autoritärer Beziehungsgestaltung, abzuwerten und dem Patienten aufzuoktroieren, was „in Wirklichkeit mit ihm los ist“ und „für ihn gut ist“, kann der Therapeut diesen Double-Bind spiegeln und als *Dilemma transparent machen*, indem er beispielsweise (kurz zusammengefasst) sagt: „*Einerseits* kann ich wirklich verstehen und ihnen gut nachfühlen, dass sie das Problem, dieses leidvolle Erleben, einfach los werden wollen, *andererseits* halte ich es aus meiner Erfahrung heraus für besser, wenn wir gemeinsam versuchen zu klären, welche positive Absicht ihr Unbewusstes mit diesem Verhalten vielleicht verfolgt.“ Die genaue Formulierung und die Ausführlichkeit der Erklärungen des Therapeuten hierzu müssen sich selbstverständlich nach dem individuellen Patienten richten. Da in dieser Phase der Therapie die Kooperationsbasis aufgebaut wird und noch fragil ist, sind hier die im Abschnitt „Kooperation und Kommunikation“ beschriebenen Sprachmuster (Ich-Botschaften, vollständiger Performativ usw.) und die Unterscheidung von sensorisch spezifischer Wahrnehmung einerseits und Hypothese, Spekulation, Interpretation und Bewertung andererseits besonders wichtig.

Sinn des Dilemma-transparent-machens ist, dass die simultane Inkongruenz des Patienten den Therapeuten nicht mehr in einem Double-Bind bringt, da er sie dem Patienten als sequentielle Inkongruenz verbal gespiegelt (rückgemeldet) hat. Der Double-Bind, das Auftragsdilemma, wurde durch Metakommunikation gelöst. Aus der No-Win-Situation, in welcher der Therapeut sich

⁷⁰ Schmidt (2004, S. 29) setzt den Begriff „Double-Bind“ ausdrücklich gleich mit dem umgangssprachlichen Begriff „Zwickmühle“. Häufig verwendet er synonym den Begriff „Dilemma“ (z. B. 2000/2004, S. 197ff). Außerdem verwendet er den Begriff „Double-Bind“ in seinen Artikeln und Büchern seltener, als mündlich in seinen Seminaren und Vorträgen.

ansonsten durch die paradoxe Kommunikation des Patienten befunden hätte, kann nun gemeinsam mit dem Patienten für beide eine Win-Win-Situation, gewissermaßen ein therapeutischer Double-Bind, erarbeitet werden. Nachdem der Therapeut sein Dilemma transparent gemacht hat, kann er z. B. versuchen, den Patienten davon zu überzeugen, dass es sinnvoll ist, mit diesem unbewussten Anteil zu kommunizieren, um seine positive Absicht zu erfahren und neue Wahlmöglichkeiten zu finden und damit einen neuen Auftrag akquirieren.

3.2.8.2 Bindungsorientierung und Auftragsdynamik

Spezielle Formen von Aufträgen liegen vor, wenn in der Therapie explizit auf der Ebene der *Bindungsorientierung* gearbeitet wird, weil der Patient seine Interaktions- und Beziehungsmuster und die damit zusammenhängenden Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmuster ändern will. Bindungsorientierte Arbeit kann außer dem Vermitteln korrigierender emotionaler Erfahrungen darin bestehen, dass der Therapeut (im Sinne der Deutung in der Psychoanalyse) Hypothesen bezüglich der Übertragungsdynamik äußert, deren mögliches Zutreffen der Patient dann überprüft.

Insbesondere wenn Patienten im Rahmen der Auftragsklärung häufig inkongruent kommunizieren und daher den Therapeuten wiederholt in Double-Binds bringen, kann es sich hierbei um den Ausdruck von Interaktions- und Beziehungsmustern handeln. Dies kann der Therapeut dem Patienten als Hypothese rückmelden und versuchen, einen Auftrag für bindungsorientierte Arbeit zu akquirieren. Wenn der Therapeut in der Therapiebeziehung eine symmetrische Eskalation oder ein starre Komplementarität beobachtet, v. a. in Form von Dominanz-Unterwerfungs-Mustern, die sich sowohl in den angesprochenen Formen von Widerstand aber auch in überzogener Unterordnung seitens des Patienten zeigen können, kann er auch dies in Form von Ich-Botschaften dem Patienten rückmelden, um einen Auftrag zur bindungsorientierten Arbeit zu akquirieren. Derartige Situationen wurden bereits im Abschnitt „Grundformen der Beziehungsgestaltung“ bei autoritärer Beziehungsgestaltung angesprochen. Beispielsweise zeigen einige Patienten (grade bei lösungsorientierter Therapie) einen Perfektionismus und eine Leistungsorientierung in der Weise, dass sie „besonders gute Patienten“ sein möchten, indem sie besonders akkurate Zielbeschreibungen formulieren und schnelle Therapiefortschritte berichten bezüglich eines zu Beginn der Therapie benannten Symptoms auf Verhaltensebene. Der Therapeut befindet sich damit in dem Double-Bind, einerseits die Fortschritte und das Bemühen des Patienten zu sehen und würdigen zu wollen, und andererseits zu vermuten, dass es ein wichtigeres Thema gibt, das der Patient bisher noch nicht als Auftrag verbalisieren konnte. Der Therapeut kann diese Vermutung dem Patienten zurückmelden und vorschlagen, eine evtl. hinter diesem Beziehungsmuster stehende Übertragung (z.B. vom Therapeuten Anerkennung bekommen zu wollen, die dem Patienten von einem Elternteil vorenthalten blieb) zu bearbeiten und alternative Wahlmöglichkeiten zu entwickeln. Der Patient kann die vom Therapeut geäußerte Vermutung nun für sich verifizieren und ist mit dem Vorschlag bzgl. eines neuen Auftrags einverstanden oder auch nicht. Dann können Patient und Therapeut ihre Wahrnehmungen vergleichen und gemeinsam weitere

Hypothesen entwickeln. Das ursprüngliche Therapieziel (Beseitigung eines Symptoms) bekommt dann im Rahmen eines neu vereinbarten Therapieziels eine andere Bedeutung.

Ausdrücklich gewarnt werden soll an dieser Stelle davor, dass der Therapeut - über das Herstellen von Rapport hinaus - bindungsorientiert arbeitet, ohne dafür einen ausdrücklichen Auftrag vom Patienten akquiriert zu haben, da der Patient dies früher oder später bemerken und mit hoher Wahrscheinlichkeit als Grenzüberschreitung und Vertrauensbruch werten wird.

Zusammengefasst ist Sinn und Zweck der Auftragsdynamik die Konstruktion einer *geteilten Wirklichkeit* bezüglich der Konstruktion von Problem, Lösung und Auftrag. *Transparenz* und *kontinuierliche Feedbackschleifen* über den Therapiefortschritt sollen die *verstehende Einverständnis* des Patienten und die *Plausibilität* des therapeutischen Vorgehens ermöglichen, um eine *Win-Win-Situation* und eine nachhaltige *Kooperationsbasis* zu erarbeiten. Bei stabilem Rapport, einer bestehenden Kooperationsbasis und einem klar definierten Auftrag mit überprüfbaren Zielen und Teilzielen kann die „eigentliche“ Therapie, bestehend aus Informationen sammeln und Unterschiedsbildung sowie Evokation und Utilisation von Ressourcen mit oder ohne explizite Hypnose stattfinden.

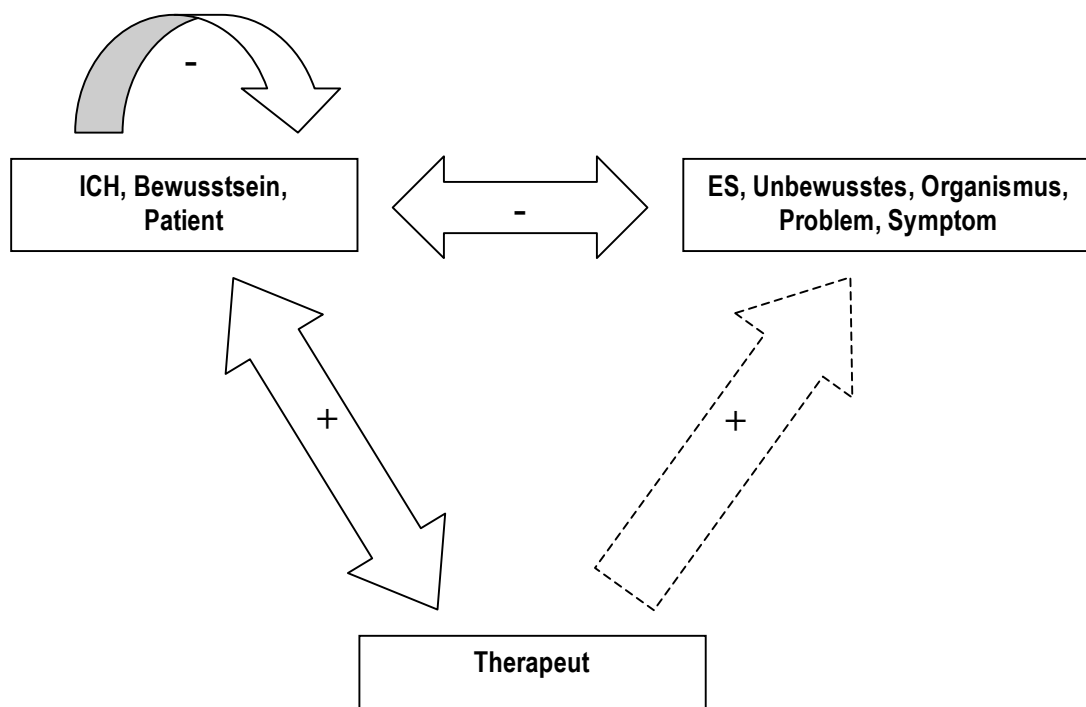


Abbildung 3-2: Triangulation im Therapiesystem (nach Schmidt 2004).

4 Induktion und Vertiefung von Trance

4.1 Allgemeine Begriffe und Methoden

4.1.1 Trancephänomene

Trancephänomene haben keinerlei therapeutischen Wert an sich. Diesen bekommen sie erst, wenn sie utlisiert werden, um therapeutische Ziele oder Teilziele zu erreichen (siehe Abschnitt „Ziele und Teilziele der Hypnotherapie“). Einzelne Trancephänomene können für verschiedene Ziele genutzt werden. Ebenso können einzelne Ziele evtl. mit Hilfe unterschiedlicher Trancephänomene erreicht werden. Tabelle 4-1 gibt eine Übersicht über therapeutisch relevante Trancephänomene. Ausführliche Beschreibungen finden sich z.B. bei Kossak (2004) oder Peter (1993). Eine andere Übersicht, in der Trancephänomene auf mehreren bipolaren Kontinuen angeordnet werden (Geary 2001, S. 5), folgt im Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“.

| | |
|--|--|
| <p>Perzeptive, sensorische und kognitive Prozesse:</p> <p>Dissoziation</p> <p>Fokussierung der Aufmerksamkeit</p> <p>Konzentration, Absorption</p> <p>erhöhte Imaginations- und Visualisierungsfähigkeit</p> <p>Zeitverzerrung (Ausdehnung, Verdichtung / Verkürzung)</p> <p>Regression, Revivikation</p> | <p>Kinästhetische und sensumotorische Phänomene:</p> <p>Katalepsie (Paralyse)</p> <p>Ideomotorik</p> <p>Levitation</p> <p>wächserne Biegsamkeit (cerea flexibilitas)</p> <p>Motorische Ökonomie (Economy of Movement)</p> <p>Veränderung des Körperschemas</p> |
| <p>Hypermnesie</p> <p>Amnesie</p> <p>Fehlerinnerung (Kryptomnesie), Konfabulation</p> <p>Analgesie / Anästhesie</p> <p>Hyperästhesie (Farberleben, Berührung etc.)</p> <p>Synästhesie</p> <p>Ideosensorik</p> <p>positive Halluzination</p> <p>negative Halluzination</p> <p>komplexe Halluzination</p> <p>posthypnotische Reaktion (z.B. Amnesie, Auftrag)</p> <p>Trancelogik</p> | <p>Physiologische und vegetative Reaktionen:</p> <p>psycho-physiologische Flexibilität</p> <p>Vegetative Umschaltung (trophotrop)</p> <p>Regulation von Blutdruck und Herzfrequenz</p> <p>Vasodilatation, -Konstriktion (periphere Durchblutung)</p> <p>Beeinflussung des Blutbildes</p> <p>Thermoregulation</p> <p>Regulation der Speichelsekretion</p> <p>Aktivierung des Immunsystems</p> <p>Regulation autoimmuner Reaktionen (z.B. bei Allergien)</p> <p>Beeinflussung von Hautreaktionen</p> <p>neurophysiologische Korrelate</p> |

Tabelle 4-1: Therapeutisch relevante Trancephänomene

„Neurophysiologische Korrelate“ werden hier mit als Trancephänomene angeführt, da sie sich z.B. in der Kombination von Hypnose bzw. Selbsthypnose mit Neurofeedback therapeutisch nutzen lassen. Zeitprogression, Visualisierung, Dezentrierung und Identifikation (siehe Abschnitt „Therapeutische Nutzung von Trance“) werden hier nicht angeführt, da sie keine eigenständigen Trancephänomene sind, sondern Sonderformen von komplexen Halluzinationen darstellen. Genau genommen gilt das auch für „Erhöhung der Imaginationsfähigkeit“, die dennoch angeführt wird, da gerade diese Erhöhung der Fähigkeit im Vergleich zum normalen Wachbewusstsein spezifisch für hypnotische Trance ist und gewissermaßen die Voraussetzung von komplexen Halluzinationen darstellt. „Fehlerinnerungen“ werden aufgrund ihrer praktischen Relevanz angeführt, obwohl sie genau genommen kein eigenständiges Trancephänomen darstellen, sondern, als Auswirkung der erhöhten Imaginationsfähigkeit, Hypermnesien an komplexe Halluzinationen. Der Begriff der „Trancelogik“ geht auf Orne (1959) zurück, „psycho-physiologische Flexibilität“ auf Crawford (1989) und „Ökonomie der Bewegung“ auf Erickson und Rossi (1979/1981). „Dissoziation“ und „psycho-physiologische Flexibilität“ stellen sowohl für sich stehende, spezielle Trancephänomene dar, als auch allgemeine Überbegriffe, denen sich andere, speziellere Trancephänomene, wie „Analgesie“ oder „Thermoregulation“, unterordnen lassen.

4.1.2 Grundbegriffe von Tranceinduktion

Es gibt eine unerschöpfliche Vielzahl von Techniken und Vorgehensweisen zur *Induktion* und *Vertiefung* von Trancezuständen.⁷¹ Die meisten Techniken können sowohl zur Induktion als auch zur Vertiefung angewandt werden. Die in der Literatur immer wieder gemachten Zuordnungen von Techniken zu Induktion oder Vertiefung sind eher willkürlich und unterscheiden sich daher erheblich. Ein levitierter Arm beispielsweise kann sowohl als Suggestibilitäts-Test, zur Induktion von Trance, zur Vertiefung und als ideomotorisches Signalsystem genutzt werden. Viele Autoren ordnen Levitation als Vertiefungsmethode ein oder als zu nutzbares Trancephänomen nach erfolgter Induktion und Vertiefung, während Erickson (z.B. 1961) Levitation als Induktions-Methode deklarierte. In der Regel werden mehrere Techniken kombiniert, indem sie nacheinander oder parallel durchgeführt werden. Einige Techniken (wie der Body-Sway-Test, siehe unten) werden häufiger zur Überprüfung von Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit eingesetzt, sind aber ebenso zur Induktion verwendbar.

Da, um wirken zu können, eine *Fremd-Suggestion* zur *Autosuggestion* werden muss,⁷² können

⁷¹ Im folgenden Abschnitt werden eine Reihe von Begriffen und Konzepte definiert, die so elementar sind, dass sich nicht mehr sinnvoll recherchieren lässt, in welcher Quelle sie zuerst beschrieben wurden.

⁷² In diesem Zusammenhang soll daran erinnert werden, dass der Bewusstseinszustand eines Patienten nicht im Sinne der Kybernetik 1. Ordnung „gesteuert“ werden kann. Die im Abschnitt „Kooperation in der Therapie“ gemachten Ausführungen, die dort in erster Linie auf die Therapiebeziehung und Auftragsdynamik bezogen sind, gelten selbstverständlich auch für den Prozess der Tranceinduktion. So kann eine Suggestion als *Ordner* verstanden werden und der interaktionelle Prozess der Induktion von Trance sowie ein eingetretener Trancezustand, der selbstverständlich keinen statischen „Zustand“ sondern ein dynamisches Fließgleichgewicht darstellt, können als *Attraktoren* beschrieben werden.

grundsätzlich alle Induktions- und Vertiefungsmethoden sowohl zur Fremd- als auch zur Selbsthypnose verwendet werden, wenn nicht aus pragmatischen Gründen (wie bei den messmerschen Passes, siehe Abschnitt „Sonstige Methoden“) eine zweite Person als Hypnotiseur benötigt wird, und wenn man von der Utilisation der Übertragungsdynamik absieht.

Zunächst kann grob zwischen *sprachlichen, verbalen und nicht-sprachlichen, non-verbalen Induktionsmethoden* unterschieden werden. Non-verbale Induktionsmethoden werden in der Regel in Kombination mit verbalen Suggestionen angewandt.

Als erstes Beispiel einer einfachen verbalen Induktion wurde im Abschnitt „Feedback und Handlungstheorie“ das Flussdiagramm einer Fingerfixationstechnik wiedergegeben. Im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ werden viele kurze Beispiele einzelner Suggestionen gegeben. Im Abschnitt „Utilisation von Patientenmerkmalen“ wird ebenfalls eine Reihe von Beispielen gegeben, bei denen es sich größtenteils um Elemente von Induktionen handelt. Daher wird in diesem Abschnitt auf weitere Beispiele zu verbalen Induktionstechniken verzichtet, während die ideomotorischen Methoden, welche die in der Therapie am häufigsten angewandten nicht-sprachlichen Induktionstechniken darstellen, im Abschnitt „Ideomotorische Methoden ausführlicher dargestellt werden.

Auf die Unterscheidung von *direkten und indirekten Suggestionen* sowie auf *Pacing, Leading* und *Yes-Set* wurde bereits im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ eingegangen und im folgenden Abschnitt „Aufmerksamkeitsfokussierung“ wird dies vertieft. Die Bedeutung der *Reaktionsbereitschaft* und der *zeitlichen Abstimmung von verbalen Suggestionen auf nonverbale Signale* wurde im Abschnitt „Feedback und Handlungstheorie“ erläutert.

Wird die Hypnose angekündigt und als solche benannt, bezeichnet man sie als *explizit* oder *formal*. Wird ein Trancezustand jedoch *beiläufig* durch indirekte Techniken erzeugt, oder werden während des Therapiespraches entstehende *spontane Trancezustände* aufgegriffen und verstärkt, bezeichnet man die Hypnose als *implizit* oder *konversationell* (zu Beiläufigkeit siehe Abschnitt „Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestionen“). Ein Teil dieser spontanen Trancezustände gerade in der zweiten Hälfte einer Therapiesitzung wird von Rossi (1982, 1996, 2002) auf ultradiane Rhythmen zurückgeführt, die im Alltag gewöhnlich als Ermüdung und Tagträume interpretiert werden. Spricht während einer Hypnose nur der Hypnotiseur wird dies als *monologisches Vorgehen* bezeichnet, spricht auch der Patient, um Fragen des Therapeuten zu beantworten oder um seine Erfahrungen und Wahrnehmungen zu beschreiben, wird dies als *dialogisches Vorgehen* bezeichnet.

Die Utilisation potentiell störender Außenreize wird als *Inkorporation* bezeichnet. Im einfachsten Fall wird eine Verknüpfung der Wahrnehmung des Reizes mit einer trance-vertiefenden Suggestion vorgenommen. Außenreize, in der Regel akustische, sollten inkorporiert werden, solange der Trancezustand noch nicht stabil genug ist, d.h. die Absorption des Patienten noch nicht ausreicht, um Störreize von alleine auszublenden. Ein analoges Vorgehen der Utilisation von Verhaltensweisen des Patienten wird als *Pacing beobachtbaren Verhaltens* bezeichnet und ist gerade bei Anzeichen

körperlicher und emotionaler Reaktionen sinnvoll (Unruhe, Weinen, Lachen, etc.). Bei einigen Induktionstechniken, wie bestimmten Fixationstechniken und ideomotorischen Methoden, die in den folgenden Abschnitten erläutert werden, treten *unvermeidbare physiologische Reaktionen* auf, die analog dem Vorgehen der Inkorporation zum Pacing und zur Verknüpfung mit Vertiefungssuggestionen genutzt werden können.

Sobald Phänomene auftreten, die der Patient nicht aus seinem Alltag kennt, erscheint es ihm eher plausibel, dass er sich tatsächlich in einem Trancezustand bzw. in Hypnose befindet und nicht beispielsweise einfach nur entspannt ist. Diese Utilisation von Trancephänomenen wird als *Ratifikation* bezeichnet. Dafür geeignet sind während der Trance-Sitzung z.B. ideomotorische Phänomene wie Armlevitation, um eine Dissoziation zwischen Bewusstsein und unbewussten Prozessen anzuzeigen. Eine Ratifikation während eines Trancezustandes kann direkt zur Vertiefung genutzt werden. Nach der Reorientierung kann eine Ratifikation erfolgen, indem der Patient nach seiner Einschätzung der Dauer der Trance befragt wird, wobei häufig eine deutliche Zeitverzerrung festgestellt werden kann. Ratifikation dient außer einer direkten Vertiefung der Trance der Plausibilität des therapeutischen Vorgehens und der Verbesserung der Kooperationsbasis.

Eine einfache Strategie der Induktion ist die *Utilisation von Vorerfahrungen* (z. B. mit Autogenem Training) des Patienten durch das Überleiten vom Wachzustand in einen dem Patienten bereits bekannten, leicht veränderten Bewusstseinszustand. Da dieser Zustand dem Patienten bereits bekannt ist, eignet er sich wahrscheinlich nicht, um vom Patienten als „echte hypnotische Trance“ erlebt zu werden. Daher sollte nun eine weitere Überleitung in einen für den Patienten deutlicher veränderten Zustand mit geeigneten Trancephänomenen erfolgen, der zur Ratifikation geeignet ist.

Entspannungsverfahren wie Autogenes Training oder Progressive Muskel-Relaxation können zumindest am Anfang einer Induktion genutzt werden, sowohl bei Patienten mit Vorerfahrung in diesen Methoden als auch ohne. Nach Herstellung des leichten Entspannungszustandes können durch geeignete Suggestionen eine Vertiefung der Trance und ideodynamische Prozesse in Gang gebracht werden.

Besonders hervorgehoben werden sollen hier die Möglichkeiten der beiläufigen Verwendung von *Einstreutechniken*, *Seeding* sowie weiterer indirekter Suggestionen im *Vorgespräch*. Durch Erfragen und konkretes Beschreiben lassen von Vorerfahrungen mit Trancezuständen oder auch von Erwartungen und Phantasien zu Trance, sowie durch indirekte Suggestionen zur Förderung einer *Erwartungshaltung*, lässt sich bereits vor der eigentlichen, expliziten Induktion ein Trancezustand teilweise evozieren und die eigentliche Induktion erleichtern. Dieses Vorgehen sowie der Einfluss des *Kontextes* (Meiss 2001), in dem die Hypnose stattfindet, bezeichnet man zusammengefasst als *Präinduktion*.

Wird der Trancezustand nicht einfach induziert und vertieft sondern unterbrochen, indem der Patient zwischenzeitlich reorientiert wird, um den Trancezustand daraufhin neu zu induzieren und weiter zu vertiefen, spricht man von *Fraktionierung*. Ein dialogisches Vorgehen wird hierdurch erleichtert.

Berichtete Erfahrungen und Wahrnehmungen eines Patienten lassen sich beim Induzieren der nächsten Trance direkt als Pacing utilisieren. Außerdem wird die Tatsache utlisiert, dass Trancezustände sich nicht linear vertiefen lassen, sondern Trancetiefe im Verlauf einer Sitzung einen wellenförmigen Verlauf hat. Ein etwaiger Leistungsdruck, dass der Zustand stetig tiefer und tiefer werden muss, kann gar nicht erst entstehen. Fraktionierung bewirkt stattdessen eine schrittweise zunehmende, einfachere und schnellere Vertiefung des Trancezustandes jeweils nach den Reorientierungen. Wenn die Unterbrechung vom Patienten als Störung empfunden wird, erhöht sich aufgrund des Zeigarnik-Effekts seine Motivation in die Trance zurück zu kehren. Bei Selbsthypnose schließlich ermöglicht ein fraktioniertes Vorgehen die Durchführung komplexerer Interventionen mit mehreren Schritten, da der Patient sich nur auf den nächsten Schritt konzentrieren muss. Während einer Trance-Phase wird nur ein Schritt durchgeführt, z.B. mit einem inneren Anteil in Kontakt treten, in den Pausen kann eine bewusste Orientierung auf den nächsten Schritt erfolgen.

Viele der *Suggestibilitäts- und Hypnotisierbarkeits-Tests* können außer als Tests auch in der Induktion verwendet werden, oder es wird direkt nach einem Test fließend zur Induktion übergegangen (Gheorghiu 2001). Beim *Body-Sway-Test* wird dem Patienten suggeriert, dass er nach hinten (oder ggf. nach vorne) fallen, vom Hypnotiseur aufgefangen und dabei in Trance gehen wird. Die Suggestion kann in Form einer implizierten Direktive formuliert werden. Wie bei anderen ideomotorischen Methoden wirkt hier die Verstärkung subliminaler Bewegungen und der Carpenter-Effekt (siehe Abschnitt „Ideomotorische Methoden“). Zusätzlich kann suggeriert werden, dass der Patient am ganzen Körper steif, also kataleptisch, wird. Diese Induktionsmethode wird häufiger als in der Therapie in der Show-Hypnose verwendet, wo der kataleptische Hypnotisand dann z.B. auf zwei Stühle zur kataleptischen Brücke gelegt wird. In der Kinesiologie wird der Body-Sway-Test auch als Signalsystem benutzt,⁷³ allerdings meistens ohne dass seine Herkunft aus der Hypnose-Forschung benannt wird.⁷⁴ Andere zur Induktion utilisierbare Tests, die in der Therapie aber kaum verwendet werden, sind Augenlidkatalepsie, Eye-Roll-Test, Augenkonvergenz-Test, Blinzelttest, Handfaltetests, Geruch- und Geschmackstests sowie Wärme-Kälte-Illusionstests. Zur Beschreibung siehe ebenfalls z.B. Kossak (2004, S. 253ff) oder Revenstorf (1993, S. 163, S. 165).

Wenn beobachtbare ideodynamische Reaktionen erfolgen, die aber noch zu schwach sind, können Suggestionen zur *Amplifikation* (Verstärkung) dieser Reaktionen gegeben werden. Dieses Vorgehen ist insbesondere bei der Installation ideomotorischer Signalsysteme sinnvoll (siehe Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“). Hierbei ist es erfahrungsgemäß nützlich, sich für eine bereits erfolgte, noch so schwache, Reaktion bei einem inneren Anteil oder *beim Unbewussten zu bedanken*.

⁷³ In der Hypnotherapie hingegen wird der Body-Sway-Test nicht als Signalsystem genutzt, es werden andere Methoden, wie Fingersignale, bevorzugt (siehe die Abschnitte „Ideomotorische Methoden“ und „Kommunikation mit dem Unbewussten“).

⁷⁴ Im Grunde stellen alle Signalsysteme der Kinesiologie ideomotorische Signalsysteme im Sinne der Hypnose dar. Wenig bekannt ist, dass einige der Begründer der Kinesiologie Schüler von Hypnotherapeuten wie David Cheek waren.

Eine sehr offensichtliche Unterscheidung ist die der *Geschwindigkeit* der Induktion. *Schnelle Induktionstechniken* (z.B. die Turbo-Induktion (Schmierer 1993, 2001) oder die Rapid Induktion Analgesie (Barber 1977) basieren meist auf direkten Suggestionen in Verbindung mit der Utilisation unvermeidbarer physiologischer Reaktionen sowie Überraschungs- und Überladungseffekten (siehe nächster Abschnitt unter „Konfusionstechniken“). Sie finden außer in der Showhypnose eher in medizinischen Kontexten (Zahnarztpraxis) Anwendung und weniger in der Psychotherapie.

Da der Therapeut während der Hypnose in einem anderen *Tonfall* spricht als im Gespräch, wird dieser Tonfall zu einem *konditionierten Auslöser von Trance*, wodurch sich die nächste Induktion erleichtert (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 121f). Dieser Effekt ist ähnlich dem *analogen Markieren* zu verstehen (siehe die Abschnitte „Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestionen“ und „Klassisches Konditionieren“).

Am Abschluss jeder Trance können *posthypnotische Suggestionen* gegeben werden, dass die nächste Trance schneller und einfacher erzeugt sowie noch tiefer und intensiver erlebt werden wird. Dieses Vorgehen ist auch für Selbsthypnose zu empfehlen. Nach Erickson (1952) ist dies eine der wichtigsten Grundtechniken, um durch kontinuierliches Training und Individualisierung dem Patienten das Erreichen von tieferen Trancen und Erzeugen von speziellen Trancephänomenen zu ermöglichen.

4.1.3 Aufmerksamkeitsfokussierung

Alle Induktionsmethoden beeinflussen in irgendeiner Form die Aufmerksamkeit. Dies kann sowohl durch *Monotonie* und *Wiederholung* oder einen *Rhythmus* als auch durch *Überraschung*, *Überladung*, *Konfusion* oder andere Formen der Bindung von Aufmerksamkeit geschehen. Der normale, gewohnte Wachzustand und seine Wahrnehmungsmuster werden *unterbrochen*, wodurch ein *veränderter Bewusstseinszustand* entstehen kann, in welchem dann Trancephänomene, dissoziative und ideodynamische Prozesse auftreten und genutzt werden können.

Einige Techniken (wie die Fixationsmethoden) arbeiten *direkt* über eine Veränderung des Aufmerksamkeits-Fokus, andere Techniken (wie Armlevitation) binden die Aufmerksamkeit *indirekt*, etwa durch *Faszination* bei der Erfahrung eines ungewöhnlichen Phänomens.⁷⁵ Einige Methoden wie die Fixationstechniken beruhen auf *Außen-Orientierung*, andere hingegen auf *Innen-Orientierung*. Häufig beginnt eine Induktion mit einer Außen-Orientierung, um dann zur Innen-Orientierung überzugehen. Es ist aber auch durchaus möglich, einen Trancezustand zu induzieren, indem man sofort mit einer Innen-Orientierung beginnt. In der Regel hat der Patient in einem Zustand der Innen-Orientierung die Augen geschlossen, dies ist aber nicht unbedingt nötig.

Die Fokussierung der Aufmerksamkeit bewirkt grundsätzlich eine Veränderung des Zeiterlebens im Sinne des Trancephänomens der *Zeitverzerrung*, in der Regel einer *Verlangsamung* (auch *Zeit-Ausdehnung*), umgekehrt verstärkt eine Suggestion von Verlangsamung die Fokussierung der

⁷⁵ Die direkten Techniken werden geschichtlich eher der klassischen Hypnose, die indirekten eher der ericksonianischen zugeordnet. Diese Trennung wird in dieser Arbeit auch und insbesondere bei Induktionstechniken nicht mehr vorgenommen.

Aufmerksamkeit. Meistens wird eine Aufmerksamkeitsfokussierung als *Konzentration* und *Einengung*⁷⁶ beschrieben, die mit einer *Intensivierung* des Erlebens einhergeht. Zeitverzerrung in Form von Verlangsamung ist außer zu Induktion und Vertiefung von Trance grundsätzlich zu Intensivierung jeglicher Zustände nützlich, so zur Induktion von Hypermnésie und Altersregression, bei der Evokation und Assoziation von Ressourcen und bei der Exploration und Analyse von selbsthypnotischen Prozessen, um einzelne Schritte der Sequenz besser herausarbeiten zu können (siehe Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“).

Das (willkürliche) *Schließen der Augen* bewirkt bereits ohne weitere Techniken oder Suggestionen eine leichte Veränderung des Bewusstseinszustandes. Im EEG verringert sich der Anteil von β -Wellen, während der sich der Anteil von α -Wellen erhöht. Ähnliches gilt für die *Kontrolle der Atmung*, bereits wenige tiefe, ruhige Atemzüge bewirken Veränderungen im autonomen Nervensystem, sympathische Aktivierung nimmt ab und parasympathische Aktivierung nimmt zu. Daher sind das Schließen der Augen und die Kontrolle des Atems bereits eine einfache Methode einen leichten Entspannungs- oder Trancezustand herbeizuführen. Dabei können die Atemzüge synchron zum Rhythmus mit Suggestionen zur Vertiefung verknüpft oder einfach gezählt werden.

Mit dem Begriff *Overlapping* (Überlappen) bezeichnet man die Utilisation des präferierten Repräsentationssystems (Sinnesmodalität) zum Pacing mit darauf folgender Suggestion in einem weniger präferierten Repräsentationssystem. Durch Fokussierung der Aufmerksamkeit in dem weniger präferierten Repräsentationssystem erfolgt bereits eine Veränderung des Bewusstseinszustandes. Dilts et al. (1980/1985) gehen davon aus, dass präferierte Repräsentationssysteme mit bewusster Informationsverarbeitung und weniger präferierte Repräsentationssysteme mehr mit vor- und unbewusster Informationsverarbeitung in Verbindung stehen. Im Sinne eines Yes-Sets ist es auch mehrmaliges Pacing möglich, bevor eine Suggestion erfolgt. Geht man dabei in der Reihenfolge visuell-akustisch-kinästhetisch vor, ohne individuelle Präferenzen zu berücksichtigen, spricht man auch von VAK-Methode. Eine weitere Variante wird als 5-4-3-2-1-Methode bezeichnet, wobei in mehreren Durchgängen zuerst fünf Mal, dann vier Mal, dann drei Mal usw. in jedem Repräsentationssystem die Wahrnehmung auf passende Reize gelenkt wird.

Grundsätzlich erleichtert eine Utilisation individueller Präferenzen von Repräsentationssystemen sowie Synästhesiemustern und Submodalitäten innerhalb einer Sinnesmodalität in der Reihenfolge der individuellen Präferenziertheit die Induktion und Vertiefung von Trance. Überlappungstechniken sind einfache Methoden zur Induktion und Vertiefung eines jeglichen Zustandes und sowohl bei Innen- als auch bei Außen-Orientierung sinnvoll. Überlappungs-Techniken sind insbesondere beim Induzieren der Trancephänomene *Altersregression* und *Hypermnésie* nützlich und wirken auch bei impliziter,

⁷⁶ Braid, der den Begriff des „Hypnotismus“ einführte (1843), wollte diesen nach einiger Zeit selbst wieder abschaffen und durch „Monoideismus“ ersetzen (1855). Er war zu der Auffassung gekommen, dass Hypnose weniger als dem Schlaf ähnlich beschrieben werden sollte, sondern besser als die Konzentration auf eine Vorstellung, durch welche körperliche Reaktionen ausgelöst werden können (siehe Kossak 2004, S. 20f; Peter 1993, S. 32). Der Begriff „Hypnotismus“ hatte sich aber bereits durchgesetzt.

konversationeller Induktion. Aufgrund der neuronalen Verarbeitung *olfaktorischer* und *gustatorischer Afferenzen*, die nicht nur über den Thalamus in den somatosensorischen Kortex sondern teilweise ohne Umweg direkt in das limbische System geleitet werden, lassen sich Erinnerungen durch Überlappen in diese Kanäle oft stark intensivieren.

Fixationstechniken stellen die bekanntesten, am weitesten verbreiteten und gewissermaßen ältesten⁷⁷ Methoden zur Tranceinduktion dar. Der Patient wird dabei aufgefordert, einen bestimmten Reiz zu fixieren. Dies kann ein Punkt an einer Wand sein oder an einem beliebigen Gegenstand, der auch in Bewegung sein kann. Gebräuchlich sind Pendel, Metronomzeiger, Bleistiftspitze, eine Fingerspitze des Hypnotiseurs, Farbkontrast-Tafel, eine sich drehende Spirale, der Daumennagel des Patienten, Kerzenflamme, Fotos usw., aber auch spirituelle Symbole wie Mandalas können die gleiche Funktion erfüllen. Neben visuellen können auch regelmäßige akustische Reize wie das Ticken einer Uhr oder eines Metronoms verwendet werden. Je nach Kontext, Einstellung und Erwartung des Patienten können symbolische Aspekte, wie z.B. archaische Bedeutungen einer Kerzenflamme, in die Induktion einbezogen werden.

Bei Fixationstechniken treten bestimmte *unvermeidbare physiologische Reaktionen* auf, die zum Pacing und durch Verknüpfung mit Vertiefungssuggestionen genutzt werden können. Einige Beispiele sind das Verschwimmen der Umgebung des Punktes durch Defokussierung der Linse, Veränderungen von Farben und Kontrasten durch photo-chemische Prozesse der rezeptiven Felder der Retina (Kontrasteffekte), Erweiterung und Verengung der Pupille, die Rötung der Augen oder die Bildung von Tränenflüssigkeit bei Trockenheit des Augapfels durch Nachlassen des Blinzel-Reflexes, Nachbilder und Veränderung des Nystagmus. Wird eine Lampe plötzlich und für den Patienten unerwartet auf die Augen zu bewegt, kann der auftretende Lidschlussreflex genutzt werden, indem er direkt mit Vertiefungssuggestionen verknüpft wird (z.B. in der Turbo-Induktion, Schmierer 1993, 2001).

Hat der Hypnotiseur Kontrolle über die *Bewegung des fixierten Objekts*, wie z.B. einer Bleistiftspitze, kann er dies ebenso nutzen, indem er die Geschwindigkeit mit der beobachtbaren Vertiefung des Trancezustandes des Patienten im Sinne eines Überkreuz-Pacings *synchronisiert*. Fixiert der Patient seinen eigenen Finger oder Daumennagel, der sich nach Erzeugung eines kataleptischen Armes ideomotorisch auf sein Gesicht zu bewegt, kann diese Bewegung und die Berührung des Gesichts als Pacing genutzt mit Vertiefungs-Suggestionen verknüpft werden.

Eine Induktionstechnik, die sich dieses technische Element zu nutze macht, ist die *Rapid Induktion Analgesia* (Barber 1977). Hier fixiert der Patient die Fingerspitze des Hypnotiseurs und wird instruiert, tief einzuatmen und die Luft anzuhalten. Dann wird die Suggestion gegeben, dass der Patient, sobald der Hypnotiseur seine Stirn berührt, ausatmen, die Augen schließen und tief in Trance gehen kann.

⁷⁷ Die älteste Beschreibung einer Fixationstechnik in der Literatur, die der Hypnose bzw. dem Hypnotismus zugeordnet werden kann, findet sich bei Braid (1843; siehe Hole 2001, S. 161). Allerdings finden sich auch in wesentlich älteren Texten, z. B. einem ägyptischen Papyrus, Beschreibungen von Fixationstechniken (siehe Jovanovic 1988, S75f; 1993, S. 11f; Kossak 2004, S. 6).

Der Zeitpunkt und die Geschwindigkeit, mit der der Hypnotiseur seinen Finger auf die Stirn des Patienten zu bewegt, werden so gewählt, dass die Spannung für den Patienten gesteigert wird, ohne unangenehm zu werden. Es ist auch möglich, dies mit einer Zähltechnik zu kombinieren, etwa „Sobald ich bis drei zähle und ihre Stirn berühre schließen Sie die Augen, atmen aus und gehen Sie tief in Trance.“. Folgen die Augen des Patienten der Fingerspitze des Hypnotiseurs bei der Bewegung stellt sich ein Konvergenzeffekt ein. Außer der Spannung durch das Luftanhalten und Warten entsteht bei gleichzeitiger Berührung, Augen schließen und Ausatmen ein sensorischer Überladungseffekt. Das Ausatmen geht mit einer stärkeren physiologischen Entspannung einher als ohne vorheriges Luftanhalten. Nach dieser Induktion kann z.B. mit einer Handschuhanästhesie fortgefahren werden. Die Rapid Induktion Analgesia stellt neben der im Abschnitt „Technische Varianten der Armlevitation“ beschriebenen Turbo-Induktion eine sehr schnelle und sichere Induktionstechnik dar, deren Wirksamkeit maßgeblich vom Timing abhängt. Derartige Methoden werden hauptsächlich in medizinischen Kontexten, in erster Linie von Zahnärzten, genutzt.

Bei *imaginativen Methoden* wird der Patient aufgefordert, sich eine Szene möglichst plastisch vorzustellen, wobei Überlappungstechniken hilfreich sind. Diese kann metaphorisch den Übergang von bewussten zu un- oder vorbewussten Prozessen darstellen, wie eine Treppe hinab zu steigen, in einem Fahrstuhl hinunter zu fahren, in eine Höhle hinein zu gehen, geheimnisvolle Türen zu öffnen, an einem See spazieren zu gehen oder mit einem Boot hinaus zu fahren, tauchen zu gehen etc.. Es können auch Erinnerungen an reale Erfahrungen imaginiert werden, oder Erinnerungsreste an Träume aufgegriffen werden. Imaginative Methoden können sehr individuell und flexibel variiert werden. Sie entsprechen einer Innen-Orientierung und können mit einer vorausgehenden Außen-Orientierung (wie z.B. einer Fixationstechniken) kombiniert werden, oder auch als alleinige Induktionstechnik. Von Imaginationstechniken zur Induktion kann direkt zu weiterführenden Techniken, die dann der eigentlichen therapeutischen Veränderung dienen, übergegangen werden, wie sie in den Abschnitten „Imagination und Visualisierung“ und „Kommunikation mit dem Unbewussten“ erläutert werden.

Eine weitere Form von Innen-Orientierung besteht in der *Beobachtung und Verstärkung ideodynamischer Prozesse*, insbesondere ideosensorischer Körperwahrnehmungen, auftauchender Bilder, Erinnerungen oder Gedanken. Eine beobachtete Wahrnehmung kann als Pacing genutzt und mit Suggestionen zur Vertiefung, der Fortsetzung des ideodynamischen Prozesses und dem Auftauchen weiterer Wahrnehmungen, Bilder und Gefühle etc. verbunden werden (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 92ff). Dieses Vorgehen kann beliebig oft wiederholt werden und ist sowohl bei dialogischer Fremd- als auch bei Selbsthypnose einsetzbar. Varianten dieses Vorgehens werden im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ erläutert und dort als „freischwebende Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen Vorbewussten“ bezeichnet (Zindel 2001, S. 327).

Den Umstand, dass die Kapazität menschlicher Aufmerksamkeit limitiert ist, kann man systematisch durch *Konfusionstechniken* nutzen. Yapko (1990) unterscheidet *Unterbrechung, Überlastung und Ablenkung* in den Bereichen *Sensorik, Beziehung und Zeit* sowie bezüglich der *Dissoziation in*

bewusste und unbewusste Prozesse. Diese Mechanismen sind elementar und werden im Grunde bei jeglicher Induktionsmethode genutzt. Musterunterbrechung findet immer statt, und sobald mehrere Methoden gleichzeitig kombiniert werden, tritt auch eine Überlastung oder eine Ablenkung ein. Konfusionstechniken optimieren dies systematisch sowohl durch elaborierte verbale, hauptsächlich indirekte Suggestionen auf der Basis von Wortspielen (Gilligan 1987/1991), als auch durch nonverbale Methoden. Ein Beispiel für letzteres ist der „Handshake-Interrupt“, der im Abschnitt „Ideomotorische Methoden“ beschrieben wird.

Synchrone Berührungen und passive Bewegungen können zu jeder Suggestion hilfreich sein, die eine korrespondierende Wahrnehmung beinhaltet. Voraussetzung ist selbstverständlich das Einverständnis des Patienten, berührt zu werden. Während der Induktion kann synchron zu Schwere-Suggestionen (z.B. des autogenen Trainings) auf Arme, Beine oder Augenlider ein leichter Druck ausgeübt werden. Auch wenn der Patient die Berührung bewusst wahrnimmt und sich über die Funktion im klaren ist, kann die Wirkung der Suggestion so erhöht werden. Da die Suggestion so in zwei Sinnesmodalitäten synchron stattfindet, kann sich auch ein Überladungseffekt einstellen.

Bei der einfachsten Variante der *Zähl-Methoden* zählt der Hypnotiseur von 10 bis 0 herunter und gibt zwischen den Zahlen Vertiefungs-Suggestionen. Zur Reorientierung kann dann von 0 bis 10 zurückgezählt werden, begleitet von entsprechenden Reorientierungs-Suggestionen. Zunächst wirken hier die Fixierung der Aufmerksamkeit, eine gewisse Monotonie und der Rhythmus des Zählens. Darüber hinaus entsteht beim Patienten, auch ohne dass dies vom Hypnotiseur explizit ausgesprochen werden braucht, eine Erwartungshaltung, dass sich mit dem Herunterzählen sein Zustand ändern wird, da ihm die Reihenfolge der Zahlen bekannt ist. Bei anderen Varianten von Zählmethoden werden Rhythmus und Geschwindigkeit des Zählens sowie die mathematisch korrekte Reihenfolge der Zahlen bewusst variiert oder unterbrochen, um zusätzliche Konfusion zu erzeugen. Gleichzeitig zum Zählen (oder auch ohne Zählen) kann der Hypnotiseur den Patienten an der Schulter berühren und während der Vertiefungs-Suggestionen in Stufen am Arm synchron sanft herab streichen sowie zur Reorientierung wieder nach oben streichen. Hierbei werden verbale Suggestionen und nonverbale Elemente synchronisiert, so dass auch die nonverbalen Elemente als Suggestion wirken und sich ein sensorischer Überladungseffekt einstellen kann. Einzelne Stellen am Arm können bei Wiederholung dieser Vorgehensweise als klassisch konditionierte Stimuli für einzelne Stufen der Trancetiefe dienen (siehe auch den Begriff „Sliding Anchor“ im Abschnitt „Klassisches und verdecktes Konditionieren“). Bei bestimmten Zählmethoden, bei denen der Patient selbst z.B. von 100 in Dreier-Schritten herunter zählen soll, wirken außer Monotonie auch Ablenkung und Überlastung. Zählmethoden werden eher der klassischen Hypnose zugerechnet und lassen sich gut mit anderen Induktionsmethoden, wie Fixationstechniken oder dem Body-Sway-Test, kombinieren. Sie werden in Kontexten eingesetzt, in denen schnelle, direkte Techniken indiziert sind. Außer in der Show-Hypnose ist dies in Zahnarztpraxen und medizinischen Anwendungen wie Geburtsvorbereitung. In der Therapie können sie in Kombination mit anderen Induktionsmethoden durchaus auch verwendet werden.

4.2 Ideomotorische Methoden

In diesem Abschnitt soll speziell auf ideomotorische Methoden eingegangen werden, da diese in der Therapie häufig verwendet werden und einen besonderen Stellenwert haben. Deutlich werden soll auch hier, dass diese Methoden aus Grundelementen zusammengesetzt sind, die flexibel kombiniert werden können. Zunächst wird auf mutmaßliche Grundmechanismen von Ideomotorik und einige geschichtliche Aspekte eingegangen, um das Verständnis für die danach beschriebenen technischen Varianten zu erleichtern.

4.2.1 Grundlagen ideomotorischer Phänomene

Eine der Grundlagen ideomotorischer Phänomene ist der sog. *Carpenter-Effekt*, der bereits Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieben wurde (Carpenter 1852; siehe Kossak 2004, S. 120).⁷⁸ Die *Beobachtung* oder die *Vorstellung* einer *Bewegung* erleichtert die *Tendenz zu ihrer Ausführung*, was auch mit physiologischen Meßmethoden wie dem EMG gezeigt werden kann. James (1889, 1890) formulierte aufbauend auf den Carpenter-Effekt eine Theorie der Ideomotorik und beschrieb das Phänomen des automatischen Schreibens. Nachvollziehen, Imitation sowie unwillkürliches Nachmachen von Bewegungen und Reaktionen (z.B. Kopfnicken, Gähnen etc.) können auch im Alltag beobachtet werden, womit der Carpenter-Effekt auch eine der Grundlagen des nonverbalen Rapports zu sein scheint. Es soll auch erwähnt werden, dass Erickson diesen Effekt bei der Rehabilitation von seiner ersten Polio-Erkrankung systematisch nutzte (siehe z.B. Zeig 1985/1995 bzw. 2002, S. 25), indem er sich im gelähmten Zustand möglichst plastisch an Bewegungen erinnerte.

Eine weitere Grundlage besteht in der gezielten *Verstärkung subliminaler Bewegungen* der Arme, Hände, Finger, des Kopf sowie anderer Körperteile, die aufgrund von Herzschlag, Atmung und leichtem muskulären Zittern immer vorhanden sind. Dieser Effekt kann z.B. genutzt werden, um ein ideomotorisches Signalsystem zu etablieren (siehe unten). Antike Vorläufer verschiedener Konstruktionen mit Pendel wurden als Orakel benutzt und im Spiritismus des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhundert wieder aufgegriffen, teilweise in bizarren Formen wie Gläserücken zur Kontaktaufnahme mit Geistern (siehe z. B. Kossak 1997, S. 87, 237f).⁷⁹ Bereits Chevreul (1833) führte die Bewegungen des Pendels nicht auf übersinnliche, sondern auf mentale, imaginative Prozesse zurück. Das nach ihm benannte „Chevreulsche-Pendel“ wird heute als Suggestibilitäts-Test eingesetzt und gelegentlich als ideomotorisches Signalsystem.

Erickson (1961) beschreibt rückblickend, wie er ab 1923 die Methode der *Handlevitation* entwickelte. Zunächst war er an Phänomenen interessiert, die Induktion und Vertiefung von Trance erleichtern. Er experimentierte mit automatischem Schreiben, das sich bei vielen Patienten aber nur schwer oder gar

⁷⁸ Hellpach (1933 S. 48) formulierte das aus dem Carpenter-Effekt weiterentwickelte *Ideo-Realgesetz*: „Jeder subjektive Erlebnisinhalt schließt einen Antrieb zu seiner objektiven Verwirklichung ein.“

⁷⁹ Diese Ausführungen sind in der 4. Auflage (Kossak 2004) nicht enthalten, daher wird hier die 3. Auflage (1997) zitiert.

nicht hervorrufen lässt. Eine erste Vereinfachung bestand darin, dass der Patient statt zu schreiben den Stift auf dem Papier lediglich hin und her bewegen sollte. Da Erickson den Eindruck gewann, dass allein die *Unwillkürlichkeit der Bewegung* relevant für die Tranceinduktion ist, verzichtete er schließlich auch auf Stift und Papier.

Parallel machte Erickson die Beobachtung, dass in Trance imaginierte oder erinnerte Bewegungen beobachtbare motorische Reaktionen hervorrufen, ohne dass er sich bei der Beschreibung des Phänomens auf den oben genannten Carpenter-Effekt oder James (1889) bezog. Durch Beobachtung dieser auch als *Minimal-Cues* bezeichneten Bewegungen erhält der Hypnotiseur Aufschluss über Intensität und Inhalt von Imaginationen sowie über die Ausführung von Instruktionen zur Imagination durch den Patienten.

Eine weitere Beobachtung bestand darin, dass Patienten, die keine beobachtbare Handlevitation entwickeln, manchmal in der *Imagination* eine intensive Handlevitation erleben. Dieses Phänomen, bei dem das Körperschema verändert wahrgenommen wird, kann spontan auftreten aber auch gezielt zur Induktion genutzt werden.

Erickson (1961, S. 4) führte unwillkürliches Kopfnicken in Trance als erstes *ideomotorisches Signalsystem* ein, zunächst als Methode zur Tranceinduktion, dann auch als aufdeckende Technik. Schließlich wurden auch das Heben der Hände oder Finger als Signalssystem genutzt. Hierbei wurde die Suggestionenform der *implizierten Direktive* entwickelt, die bereits im Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestion“ angeführt wurde und im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ weiter erläutert wird. Automatisches Schreiben und Malen benutzte Erickson weiterhin, allerdings weniger zur Induktion sondern als aufdeckende Technik und zur Demonstration von Dissoziation und unbewussten, autonomen Prozessen (Erickson 1937, Erickson und Kubie 1938, 1940).

Watzlawick, Weakland und Fisch (1974/1974, S. 125f) beschreiben Ericksons Flexibilität bei der Induktion von Trance und Armlevitation, um das Prinzip der Utilisation zu illustrieren. Hierbei sind die als *Abdecken aller Möglichkeiten* bezeichneten Formen indirekter Suggestion grundlegend, bei denen jegliche motorische Reaktion des Patienten, einschließlich dem Ausbleiben einer motorischen Reaktion, als positive, kooperative Reaktion gewürdigt wird sowie zur Intensivierung seiner Erfahrung und damit zur Vertiefung der Trance genutzt wird (siehe Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestion“). Wolberg (1948), der die Methode der Handlevitation nach eigenen Angaben von Erickson lernte, bezeichnet sie als wichtigste Methode zur Induktion von Trance in der Hypnose überhaupt.

Das Phänomen der Handlevitation hat keinen therapeutischen Sinn an sich. Es kann genutzt werden, um Aufmerksamkeit zu fokussieren, zu faszinieren, das Erleben von sensumotorischen Erfahrungen zu intensivieren, innere Prozesse zu stimulieren und durch Innenorientierung Trance zu induzieren, vertiefen und ratifizieren. Ideomotorische Signalsysteme können ebenfalls sowohl in der Induktion als auch in Trance aufdeckend zur Kommunikation mit dem Unbewussten genutzt werden. Außerhalb von Trance können Phänomene wie das Chevereul-Pendel oder auf dem Carpenter-Effekt beruhende

Imaginationsübungen zum Testen von Suggestibilität verwendet werden. Dieselben Testverfahren wiederum können nahtlos in eine Tranceinduktion übergeleitet werden (Gheorghiu 2001). Außer Hand, Arm, Finger oder Kopf können auch andere Körperteile wie die Füße oder auch motorische Symptome wie Tics (Nijenhuis 2003) als Signalssystem genutzt werden.

4.2.2 Technische Varianten der Armlevitation

Im Folgenden sollen einige *technische Varianten der Armlevitation* kurz beschrieben werden. Zunächst werden die Grundvariante sowie die wichtigsten Vereinfachungen dargestellt, dann werden einige spezielle technische Varianten, die spezifischen Anwendungen dienen, beschrieben.

Die technischen Varianten der Armlevitation unterscheiden sich erheblich in der *Schwierigkeit*, das Phänomen der Ideomotorik zu induzieren. Im praktischen Ablauf bestehen die offensichtlichsten Unterschiede in der *Geschwindigkeit* der Durchführung und darin, wie die Hand in diejenige *Position* gelangt, in der sie zunächst kalateptisch werden soll, um damit die ideomotorische Reaktion zu ermöglichen. Es spielen auch Aspekte wie Statik von Skelett und Muskulatur, muskuläre und sensumotorische Reaktionen sowie Durchblutungsveränderungen eine Rolle, die zu *unvermeidlichen physiologischen Reaktionen* führen und genutzt werden können.

In der Grundvariante der Armlevitation, die als die schwierigste gelten kann, lässt der Patient seine Hände auf seinen Beinen oder auf der Armlehne *passiv liegen*. Es werden direkte oder indirekte Suggestionen gegeben, dass eine oder beide *Hände sich von alleine heben* (siehe Yapko 2003, S. 365ff). Einfacher ist es, den Patienten aufzufordern, eine Hand oder beide *willkürlich aktiv anzuheben*, oder der Therapeut hebt eine Hand oder beide aktiv an, d. h. der Patient lässt die Hände *passiv anheben*. Dies kann vor der Tranceinduktion geschehen oder bei bereits induzierter Trance. Der Patient wird nun aufgefordert, den Arm in der gehobenen Position zu belassen, die Veränderungen von Empfindungen im Arm zu beobachten und es können Suggestionen von Leichtigkeit oder von „Abkoppeln“ des Armes gegeben werden. Das Hervorrufen ideomotorischer Phänomene fällt nun wesentlich leichter.

Bei bereits bestehender, mittlerer bis tiefer Trance ist es möglich, dass der Hypnotiseur den Arm anhebt und suggeriert, dass dieser nun von selbst mühelos in dieser Position verbleibt. Erickson (1939) beschreibt, wie bei bereits eingetretener Katalepsie des Patienten das Phänomen der *wächsernen Biiegsamkeit* (*cerea flexibilitas*) genutzt werden kann, da der vom Therapeut angehobene Arm in jeder beliebigen Position ohne weitere Suggestion verbleibt.

Bei allen diesen technischen Varianten sollte beachtet werden, dass Patienten unterschiedliche, individuelle Reaktionen zeigen, bestimmte Phänomene sehr leicht, andere hingegen schwer oder gar nicht hervorbringen können und evtl. ein gewisses Training benötigen. Daher ist es sinnvoll, zunächst Phänomene anzustreben, die für den Patienten einfach genug sind, um unnötige Frustrationen und Misserfolgserfahrungen zu vermeiden. Indirekte Suggestionenformen wie „Abdecken aller Möglichkeiten“ sind hier hilfreich. Gleichzeitig sollte das hergestellte Phänomen für den Patienten als

ungewöhnlich genug erlebt werden, so dass es ihm plausibel ist, dass er sich einen veränderten Bewusstseinszustand befunden hat, also auch eine *Ratifikation* erfolgt.

Bei der vielleicht einfachsten Variante hebt der Patient beide Hände selbst an und wird aufgefordert, die *Unterschiede in der Wahrnehmung der Hände* zu beobachten. Es können beliebige Submodalitäten wie Temperatur, Schwere und Leichtigkeit, Deutlichkeit der Konturen, Wahrnehmung der Luft auf der Haut usw. genutzt werden. Dann wird suggeriert, dass der Patient die *Veränderung* dieser Wahrnehmungen der Hände beobachten kann, und dass jeder noch so kleine wahrnehmbare *Unterschied deutlicher* wird. Dann wird suggeriert, dass eine der beiden Hände herabsinken und die andere ansteigen wird. Die Suggestionen können so formuliert werden, dass *pseudo-logische Verknüpfungen* vermittelt werden, etwa „je wärmer die eine Hand wird, desto kühler wird die andere“, „je leichter die eine Hand wird, desto schwerer wird die andere“ und „je mehr die eine Hand absinkt, desto weiter bewegt sich die andere nach oben“.

In der oben genannten Grundvariante, bei der beide Hände passiv auf den Beinen liegen, lässt sich die Levitation einer Hand ebenfalls erleichtern, indem Suggestionen von Unterschieden in der Wahrnehmung der Hände und deren Verstärkung gegeben werden. Da die eine Hand nicht absinken kann, da sie schon auf dem Bein aufliegt, kann suggeriert werden dass sie sich anfühlt, als würde sie immer fester *mit dem Bein* „*verwachsen*“, während die andere immer leichter wird. Der technische Unterschied zu weiter oben beschriebenen, schwierigsten Grundvariante der Armlevitation besteht in der *Nutzung der Unterschiede* zwischen den Händen, die der Armlevitation entgegengesetzte Suggestion des „*Verwachsen*“ kann der Suggestion des Ansteigens des anderen Armes vorangestellt werden. Sie bindet Aufmerksamkeit, tritt in der Regel einfacher und schneller ein, als eine Levitation, wodurch diese schließlich erleichtert wird.

Bei allen Varianten, in denen beide Hände während der Induktion einbezogen sind, auch wenn sich nur eine Hand heben soll, können Suggestionen formuliert werden wie „Sie können sich von ihrem Unbewussten *überraschen* lassen, ...*welche* Hand sich hebt, und ...ob es die Hand ist, von der sie es bewusst erwarten“ oder „...ob sich tatsächlich die Hand hebt, die sich leichter anfühlt“. Die so formulierte Suggestion einer Überraschung bindet die Aufmerksamkeit und enthält die Implikation, dass sich auf jeden Fall eine der beiden Hände hebt. Die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf beide Hände gleichzeitig führt auch zu einem Überladungseffekt.

Eine weitere Möglichkeit das Eintreten ideomotorischer Phänomene zu erleichtern besteht darin, den Patienten aufzufordern, zu beobachten, *welche Bewegungsimpulse* unwillkürlich auftreten und diese dann *willkürlich zu verstärken*, indem die Bewegung teilweise bewusst willkürlich ausgeführt wird. Dies kann von Metaphern begleitet werden, dass der Patient seiner Hand ideomotorische Bewegung „*beibringt*“, so wie Eltern ihren Kindern dabei helfen Laufen zu lernen, in dem sie sie stützen und an der Hand nehmen. Diese Vorgehensweise hat den Nachteil, dass die Ratifikation der Trance-Erfahrung für den Patienten reduziert sein kann.

Rossi (1992/1997, siehe auch 1996) entwickelte eine sog. *Fail-Save-Double-Bind-Induction*, bei der

der Patient beide Hände mit den Handflächen zueinander ebenfalls zunächst willkürlich anhebt. Je nach Glaubenssystem des Patienten kann nun suggeriert werden, dass zwischen den Händen ein magnetisches oder in irgendeiner Form energetisches Feld entsteht, oder ein solches Feld wird einfach als Metapher deklariert. Auch hier treten unvermeidliche physiologische Reaktionen sowie subliminale Bewegungen ein, die zur Vertiefung der Trance oder für ideomotorische Signalsysteme genutzt werden können. Das Zueinanderbewegen der Hände kann als ein Ja- und das Auseinanderbewegen als ein Nein-Signal definiert werden. In weiteren Varianten, die mit sog. *Basic-Assessing-Questions* arbeiten, die aus der implizierten Direktive entwickelt wurden (Rossi 1996, S. 191ff), legt der Patient metaphorisch sein Thema, ein Symptom, ein Problem, einen inneren Anteil, eine Polarität, eine Entscheidungs-Alternative oder was auch immer in eine Hand, und das Gegenteil, eine Lösung etc. in die andere Hand und beobachtet die sich entwickelnden ideomotorischen Bewegungen und sein inneres ideosensorisches Erleben. Diese sowie weitere verwandte Methoden werden im Abschnitt „Teile-Arbeit“ wieder aufgegriffen. Da ein Ausbleiben von ideomotorischen Reaktionen kaum vorkommt und eine Tranceinduktion hiermit sehr einfach ist, bezeichnet Rossi sie auch als „Idiotensichere-Induktion“ („Idiot-Proof-Induction“). Diese Methoden sind sowohl mit Instruktionen eines Therapeuten als auch in Selbsthypnose durchführbar und sowohl mit offenen als auch mit geschlossenen Augen.

Eine schnelle und sichere Variante ist die „*Rührlöffeltechnik*“, bei der der Therapeut mit einer Hand den Ellebogen des Patienten und mit der anderen dessen Handgelenk senkrecht darüber anhebt. Der Unterarm des Patienten wird nun langsam in kleiner werdenden Kreisen passiv bewegt, wobei vermutlich eine sensumotorische Irritation eintritt. Hierdurch werden Konfusion und Überladung der Sensorik erzeugt. Beim langsamen, schrittweisen Loslassen des Ellebogens des Patienten kann der Therapeut das Eintreten der Katalpsie des Armes beobachten und die Induktion hiermit zeitlich abstimmen. Diese Technik kann auch rein nonverbal, also ohne begleitende verbale Suggestionen, durchgeführt werden.

Von *umgekehrter Armlevitation* wird gesprochen, wenn der Patient aufgefordert wird, den Arm willkürlich auszustrecken und die Empfindungen zu beobachten, während er langsam nach unten zurück auf sein Bein sinkt. Diese (unvermeidliche) Reaktion kann mit indirekten Suggestionen wie der implizierten Direktive angewendet werden, indem die Berührung des Beines mit einer hypnotischen Reaktion verknüpft wird. Die umgekehrte Armlevitation ist geeignet, um eine erste Erfahrung von Ideomotorik zu vermitteln und kann als eine Vorübung zur eigentlichen, „echten“, Armlevitation verwendet werden.

Beim *Armschweretest*, der variiert auch als ein Item in standardisierten Hypnotisierbarkeits bzw. Suggestibilitäts-Tests eingeht (z. B. Item „Senken der Hand“ in der Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, SSHS, Weitzenhoffer und Hilgard 1959, 1962), streckt der Patient bzw. der Proband den Arm waagrecht aus und imaginiert, wie er ein Gewicht in der Hand hält oder wie ein schwebender Luftballon an seinem Handgelenk festgebunden ist. Je nach Intensität der Imagination und

Ausprägung der Suggestibilität senkt bzw. hebt sich der Arm. Dies kann als Imaginationübung, als Induktionsmethode oder als Vorerfahrung zur eigentlichen Trance genutzt werden.

Eine Gruppe von Varianten, die ebenfalls eher als Vorübung geeignet sind, wird als *paradoxe Armlevitation* bezeichnet. Der Patient wird aufgefordert, den schräg ausgestreckten Arm noch oben zu heben, allerdings gegen den Druck des Therapeuten. Nach einer gewissen Zeit lässt der Therapeut den Arm des Patienten los, während der Patient ihn nun lediglich ausgestreckt halten soll. Aufgrund der Adaption des Muskeltonus bewegt sich der Arm nun von alleine nach oben (*Kohnstamm-Effekt*). Dieses ebenfalls unvermeidliche physiologisch bedingte Phänomen kann mit Suggestionen von Leichtigkeit verbunden und zur weiteren Induktion genutzt werden. Statt gegen den Therapeuten kann der Patient seinen ausgestreckten Arm auch gegen einen Tisch oder eine Wand drücken, was auch im Selbstversuch möglich ist.

Bei der in der zahnärztliche Hypnose verbreiteten *Turbo-Induktion* (Schmierer 1993, 2001) und anderen schnellen Induktionsformen („Sudden Disorientation Method“, Cheek und LeCron 1968, S. 167) besteht ein Schritt darin, dass der Hypnotiseur *den Arm des Patienten sehr schnell und plötzlich nach oben hebt*. Dann werden Suggestionen der Steifheit des Armes gegeben, um unmittelbar eine Katalepsie zu erzeugen. Nützlich ist es hierbei, mit einer Hand einen leichten Druck gegen das Ellebogen-Gelenk des Patienten auszuüben und mit der anderen Hand das Handgelenk des Patienten leicht entgegengesetzt und nach oben zu ziehen, so dass der Arm senkrecht und völlig gestreckt ist. Die dabei eintretende unvermeidliche physiologische Reaktion des Blutrückflusses aus dem Arm (orthostatischer Effekt), mit der durch das Nachlassen der lokalen Durchblutung eine Abkühlung der Hand eintritt, kann durch das Pacing dieser Kühle und verknüpften Suggestionen von Leichtigkeit, Fremdheit, Taubheit und Unempfindlichkeit utlilisiert und weiter zur so genannten „Handschuhanästhesie“ ausgebaut werden. Das Eintreten der Anästhesie kann erleichtert werden, indem der Hypnotiseur parallel zu den Verbalsuggestionen mit den Fingerspitzen leicht und unregelmäßig auf die Handoberfläche und die Finger des Patienten tippt. Hierdurch werden, ähnlich der „Rührlöffeltechnik“, eine sensumotorische Irritation sowie Konfusion und Überladung der Sensorik erzeugt. Häufig wird dann eine Überleitung vom kataleptischen Arm zu ideomotorischen Bewegungen der Hand suggeriert, etwa, dass sich die Hand von alleine zum Kiefer bewegt und dabei die Anästhesie überträgt.

Im Standard-Ablauf der Turbo-Induktion stellt die Herstellung der Katalepsie des Armes den zweiten Schritt dar, zuvor erfolgt meistens eine Fixationstechnik mit verschiedenen Überraschungs- und Überladungseffekten. Unmittelbar vor dem schnellen Anheben des Armes wird oft die Instruktion zum tiefen Einatmen gegeben. Sobald der Patient kurz vor dem Maximum des Einatmens ist wird die Instruktion „und jetzt...Anhalten!“ gegeben und gleichzeitig ein Arm des Patienten schnell angehoben. Hierbei handelt es sich um eine Suggestion mit phonetischer Ambiguität, da das „Anhalten!“ sowohl auf den Atem als auch auf den Arm bezogen sein kann. Auch dies erzeugt Konfusion durch Überladung, außerdem soll die Suggestion vom Unbewussten „wörtlich genommen“ werden, um die

Katalepsie des Armes einzuleiten. Turbo-Induktion, Sudden Disorientation Method und die im Abschnitt „Aufmerksamkeitsfokussierung“ beschriebene Rapid Induktion Analgesia (Barber 1977) stellen sehr schnelle und sichere Induktionstechniken dar, deren Wirksamkeit maßgeblich vom Timing abhängt. Die dichte Abfolge der Schritte ist relativ komplex und optimiert die angestrebten Phänomene wie Überraschung, Überladung und unausweichliche physiologische Reaktionen. Derartige Methoden werden hauptsächlich in medizinischen Kontexten, in erster Linie von Zahnärzten, genutzt.

Ein Beispiel für eine *nonverbale Konfusionstechnik* ist die Methode des *Handshake-Interrupt* (Erickson, Rossi und Rossi, 1976/1978, S. 110ff; Gilligan 1987/1991, S. 301ff). In der Hauptvariante zieht der Hypnotiseur nach dem Händeschütteln seine Hand in einer langsamen, unberechenbaren Bewegung zurück. In anderen Varianten greift der Hypnotiseur beim Händeschütteln z. B. mit seiner anderen Hand sanft das Handgelenk des Patienten und hebt den Arm etwas an. Dann löst seine Finger in unregelmäßiger Reihenfolge oder legt sie abwechselnd wieder an das Handgelenk, so dass der Patient nicht weiß, wann seine Hand ganz losgelassen wird. Auch ohne gleichzeitige verbale Suggestionen lässt sich so eine Katalepsie hervorrufen, ähnlich wie in der oben beschriebenen „Rührlöffeltechnik“. Bei anderen Varianten hält der Hypnotiseur einfach länger die Hand des Patienten, oder er zieht seine Hand bereits vor dem Händeschütteln plötzlich wieder zurück und nimmt mit seiner anderen Hand das Handgelenk des Patienten. Allen Varianten gemeinsame Wirkmechanismen sind Unterbrechung eines sensumotorischen Musters, Überraschung und Aufmerksamkeitsfixierung.

Die im Abschnitt „Grundlagen ideomotorischer Phänomene“ bereits erwähnte *imaginierte Armlevitation* kann sowohl spontan auftreten als auch suggeriert werden. Sie wird von Erickson (1952) außer zur Vorbereitung und zur Vertiefung von Trance insbesondere zum Training von tiefen Trancezuständen empfohlen.

4.3 Sonstige Methoden

In diesem Abschnitt werden stichpunktartig Methoden aufgezählt, die einem Hypnotherapeuten zumindest bekannt sein sollten, obwohl sie in der Psychotherapie kaum angewendet werden.

- Eine klassische Induktionstechnik ist die *Faszinationsmethode* (heute im popularisierten NLP-Sprachgebrauch manchmal auch „Personal Power Induktion“), bei der der Hypnotiseur mit dem Hypnotisanten intensiven Augenkontakt aufnimmt. Diese Methode war im 19. Jahrhundert weit verbreitet und wird heute noch in der Showhypnose verwendet, da sie in der Regel mit autoritärer Beziehungsgestaltung und direkten Suggestionen einhergeht.
- Ebenfalls klassisch ist die *Schreckhypnose* (Faria 1819), bei der dem Patienten nach einer Zeit der Ruhe, evtl. mit Augenkontakt, plötzlich und mit lauter Stimme eine direktive Suggestion wie „Schlafe!“ gegeben wird.

- Das Verfahren der *Passes* (Herabstreichen am Arm und anderen Teilen des Körpers ohne ihn zu berühren) nach Messmer (1779/1781, 1814) erfährt in den letzten Jahren durch Rausch (1998) eine Renaissance, insbesondere in der zahnärztlichen Hypnose. Esdaile (1846) setzte *Passes* völlig ohne begleitende Verbalsuggestionen zur Induktion von Anästhesie bei chirurgischen Eingriffen wie Amputationen ein. Der Wirkmechanismus ist ungeklärt, die Anwender gehen von der Existenz einer Aura oder eines Energiefeldes um den Körper herum aus. Messmer benutzte die Begriffe „Fluidum“ und „animalischer Magnetismus“.
- *Manuelle Techniken*, wie sie aus der *Cranio-Sacral-Osteopathie* oder aus der *Feldenkrais-Methode* bekannt sind, können ebenfalls zur Induktion genutzt werden (Duffner 1993, 1998; Busch 1995; Bandler 1996/1997). Es soll in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass Moshe Feldenkrais das erste Buch von Coué (1922) über Auto-Suggestion übersetzte sowie Ericksons Arbeit und Artikel sehr gut kannte. Der Feldenkrais-Methode liegt ein Ansatz zugrunde, der als konstruktivistisch eingeordnet werden kann.
- Bereits Braid (1843) entwickelte das Verfahren der *Phreno-Hypnose*, bei dem bestimmte Punkte am Schädel des Patienten berührt wurden.
- Bei einer *Doppelinduktion* sprechen zwei Hypnotiseure gleichzeitig, wodurch beim Patienten eine Konfusion durch Überladung erzeugt wird (Gilligan 1987/1991, S. 338ff).
- Bei der *Aktiv-Wach-Hypnose* (Banyai & Hilgard 1976) sitzt der Patient auf einem Ergometer und befindet sich daher nicht in körperlicher Entspannung, sondern in aktiver Bewegung. Die Körperwahrnehmungen des Patienten werden hierbei zum Pacing genutzt (z.B. Wärme, Widerstand der Pedale) und statt Entspannung werden Frische, Wachheit und Stärke suggeriert. Dieses Verfahren wird sowohl zum Training von Hochleistungssportlern als auch zur Therapie von Depression eingesetzt.
- Eine Kombination von Hypnose mit *Tai Chi* beschreibt Sylvester (2001), insbesondere zur Behandlung von chronischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose.
- Weit verbreitet zur Tranceinduktion (insbesondere auf käuflichen CDs oder Audio-Kassetten) sind *akustische Methoden* wie Musik, Trommeln, Gong, Metronom, Meeresgeräusche usw. die teilweise von verbalen Suggestionen begleitet werden. Allerdings eignen sich CDs (mit verbalen Suggestionen) aufgrund ihrer Standardisiertheit lediglich für erste Erfahrungen mit leichten Trancezuständen, Entspannungs- und Imaginationübungen. In psychotherapeutischen Settings werden sie kaum eingesetzt.
- Bei zahnärztlichen Behandlungen haben sich *CDs mit verbalen Induktionstexten und Musik*, teilweise auch als Doppelinduktion (z. B. Schmierer und Schmierer 1997), sehr bewährt und sind gegenüber einer „Live-Hypnose“ durch den Zahnarzt selbst, eine Helferin oder einen zusätzlich anwesenden Psychologen deutlich ökonomischer.
- Im Zusammenhang mit Rhythmus und Musik sind natürlicherweise auch *Trance-Tänze* zu nennen, wie sie in allen Kulturen in irgendeiner Form vorkommen.

- In der Therapie nur selten gebräuchlich sind *kinästhetisch-taktile Methoden* wie Unterarmschwinge, Armkreisen, Münzmethode und Handspreizen. Hierbei werden verschiedene unvermeidliche physiologische Reaktionen genutzt. Zur Beschreibung siehe z.B. Revenstorf (1993, S. 164f).
- Bestimmte Techniken der *vertieften Atmung und der Hyperventilation* führen ebenfalls zu einer Veränderung des Bewusstseinszustandes (z.B. Holotropes Atmen, Grof 1985/1985, 1988/1987), sind aber aufgrund der damit einhergehenden physiologischen Veränderungen, v. a. der chemischen Zusammensetzung des Blutes, vorsichtig zu handhaben.
- *Sensorische Deprivation*, z.B. in einem Salzwassertank (Floating in einem Samadhi-Tank, Lilly 1968, 1977/1988), führt außer zu veränderten Bewusstseinszuständen auch zu einer messbaren Erhöhung der Suggestibilität.
- Durch Druck auf die *Carotis*, eine Hauptader am Hals, wird eine vorübergehende Mangel durchblutung des Gehirns und eine Bewusstseinsstrübung bewirkt (siehe Kossak 2004, S. 223). Es handelt sich also nicht um eine hypnotische Induktionsmethode. Sie wird ausschließlich in der Show-Hypnose angewendet und ist gefährlich.
- Veränderung des Bewusstseinszustandes durch Sedativa oder andere Psychopharmaka wird als *Narkohypnose* bezeichnet und heute nicht mehr verwendet. Man ging davon aus, dass schwerhypnotisierbare Patienten so in einen Zustand gebracht werden können, in dem auch sie suggestibel werden.
- Ludwig und Levine (1965) vergleichen Psychotherapie, psychedelische Therapie (mit LSD) und Hypnose getrennt und in Kombination mit dem Ergebnis, dass *hypnodelische Therapie*, also die Kombination von psychedelischer Therapie und Hypnose, am wirksamsten sei (siehe auch den Abschnitt „Anwendungsbereich 9. Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55)“ sowie Grawe et al. 1994).

4.4 Induktion tiefer Trance und spezieller Trancephänomene

Die weitere *Vertiefung* eines bereits erreichten Trancezustandes erfolgt grundsätzlich durch wiederholte und intensivere Anwendung der bereits umschriebenen Methoden. Erickson (1952) beschreibt in einem Grundlagenartikel zu Induktion tiefer Trancen die Grundmethoden *Konfusions-Techniken*, das Prinzip der *Wiederholung*, eine *multiple Dissoziationstechnik*, *posthypnotische Suggestionen* und betont die Bedeutung von *Individualisierung* bzw. dem Utilisationsprinzip sowie von ausreichendem *Training*. Es ist umstritten, inwieweit die Tiefe des Trancezustandes tatsächlich relevant für den Therapieerfolg ist. Dennoch kann man grundsätzlich davon ausgehen, dass bestimmte Formen hypnotherapeutischer Arbeit eine Trancetiefe erfordern, die hinreichend ist, um die zu nutzenden Trancephänomene zu ermöglichen.

Die Induktion *spezieller Trancephänomene* erfolgt durch die Variation der bereits beschriebenen

Methoden direkter und indirekter Suggestion, so dass hier nicht weiter darauf eingegangen werden braucht und aufgrund der Vielfalt auch gar nicht kann. Beispiele finden sich überall in der Literatur (eine gute Übersicht gibt Yapko 2003), insbesondere in Transkripten. Die Induktion ideomotorischer Trancephänomene wurde aufgrund der häufigen Anwendung ausführlich beschrieben. In Hinblick auf den folgenden Abschnitt „Therapeutischen Nutzung von Trance“ ist noch zu beachten, dass manche Trancephänomene eindeutig zuordenbar sind (z.B. Altersregression und Zeitprogression), manche nicht. Verlangsamung (eine Form von Zeitverzerrung) kann genutzt werden, um z.B. die Assoziation mit einem ressourcenvollen Zustand zu verstärken oder um in Kombination mit Altersregression und Hypermnesie die Deutlichkeit einer erinnerten Erfahrung oder eines zu analysierenden selbsthypnotischen Prozesses zu verstärken.

Eine Übersicht von Trancetiefe und Trancephänomenen gibt Tabelle 4-2. Hierbei handelt es sich um eine Zuordnung, die ursprünglich zur Messung von Hypnotisierbarkeit getroffen wurde (Davis und Husband 1931, zitiert nach Weitzenhoffer 2000, S. 255 und Jovanovic 1988, S. 135). Die Phänomene wurden nach ihrer Schwierigkeit bzw. der dazu nötigen Trancetiefe geordnet, wobei jedes Item einen Score von 0 bis 30 ergibt. Methodologisch entspricht dies einer Guttman-Skala. Einige der Zuordnungen könnte man durchaus anders treffen, z.B. ist für die Fähigkeit, die Augen zu öffnen, ohne die Trance zu unterbrechen, keine „tiefe Trance“ nötig, für das Trancephänomen Hyperästhesie ebenfalls nicht. Es handelt sich um eine Zuordnung, wie sie auf der Erfahrung der Autoren bestehen soll, die notwendigerweise wiederum auf ihren Induktionstechniken beruht. Dennoch ist die Davis-Husband-Scale zur groben Orientierung geeignet, insbesondere die Unterteilung in vier Stufen von Trancetiefe wird auch heute verwendet. Im Rahmen einer Psychotherapie sind die Trancephänomene, die hier einer leichten und mittleren Trancetiefe zugeordnet sind, in der Regel völlig ausreichend.

| Trancetiefe | Score | Testsuggestion und hypnotische Reaktion |
|----------------------------------|-------|--|
| nicht-hypnotisierbar | 0 | |
| Hypnoid | 1 | |
| | 2 | Relaxation |
| | 3 | Flattern der Augenlider |
| | 4 | Liedschluss |
| | 5 | vollständige physische Entspannung |
| leichte Trance | 6 | Katalepsie der Augen |
| | 7 | Katalepsie von Extremitäten |
| | 10 | rigide Katalepsie |
| | 11 | Handschuhanästhesie |
| mittlere Trance | 13 | partielle Amnesie |
| | 15 | posthypnotische Anästhesie |
| | 17 | Persönlichkeitsveränderungen |
| | 18 | einfache posthypnotische Suggestionen |
| | 20 | Kinästhetische Illusionen vollständige Amnesie |
| tiefe Trance (Somnambulismus) | 21 | Fähigkeit, die Augen zu öffnen, ohne die Trance zu beeinträchtigen |
| | 23 | bizarre posthypnotische Suggestionen |
| | 25 | vollständiger Somnambulismus |
| | 26 | positive posthypnotische visuelle Halluzinationen |
| | 27 | positive posthypnotische akustische Halluzinationen |
| | 28 | systematisierte posthypnotische Amnesien |
| | 29 | negative akustische Halluzinationen |
| | 30 | negative visuelle Halluzinationen Hyperästhesie |

Tabelle 4-2: Trancetiefe und hypnotische Reaktionen (Davis und Husband 1931, zitiert nach Weitzenhoffer 2000, S. 255 und Jovanovic 1988, S. 135)

4.5 Selbsthypnose

Um die Autonomie und die Eigenkompetenz des Patienten zu fördern stellt Hypnotherapie idealerweise ein *Selbsthypnose-Training* dar. Wie im Abschnitt „Grundbegriffe von Tranceinduktion“ bereits erwähnt, muss Fremdhypnose zur Selbsthypnose werden, um überhaupt wirken zu können. Für die Tranceinduktion gelten daher grundsätzlich die gleichen Prinzipien wie für Hypnose durch einen Hypnotiseur.

Selbsthypnose stellt insofern ein Paradox dar, als dass *Unwillkürlichkeit willkürlich* herbeigeführt werden soll. Befindet sich eine Person in einem Trancezustand ideodynamischen Erlebens ist es schwierig für sie, gleichzeitig noch einen Überblick über die Abfolge von Schritten einer Intervention oder Übung zu behalten. Daher eignen sich am ehesten Techniken, die aus möglichst wenigen Schritten bestehen. Eine *Fraktionierung* kann es erleichtern, auch komplexere Interventionen, die aus mehreren Schritten bestehen, durchzuführen. In den Pausen kann eine Reflexion des bereits erlebten und eine Orientierung auf den nächsten Schritt und das zugehörige Teilziel erfolgen. Besser als seltenes, massiertes *Training* ist kurzes aber häufiges, möglichst regelmäßiges trainieren. Das Erlernen von Selbsthypnose mit Hilfe von CDs kann aufgrund der standardisierten Induktionen schwierig sein, auch wenn einige erste Erfahrungen leichter Entspannungs- und Trancezustände gemacht werden können.

Im Abschnitt „Therapeutische Nutzung von Trance“ wird auf einzelne zur Selbsthypnose geeignete Techniken hingewiesen, dennoch existieren eine Reihe weiterer speziell für Selbsthypnose entwickelter Techniken, die hier nicht angeführt werden können. Zur Übersicht siehe z.B. Alman und Lambrou (1992/1995) oder Alman (2001).

5 Therapeutische Nutzung von Trance

Die Gliederung dieses Abschnittes beruht auf dem Modell, welches im Abschnitt „Generelle Strategien der Nutzung“ erläutert wurde. Es werden *drei Achsen* bzw. ein Raum mit *drei Dimensionen* beschrieben, in dem sich alle Interventionen anordnen lassen:

- Dissoziation vs. Assoziation
- Altersregression vs. Zeitprogression
- Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung

5.1 Dissoziation und Assoziation

5.1.1 Dezentrierung

Piaget (1947/1948) prägte den Begriff der *Dezentrierung*, der Fähigkeit zum vorübergehenden Verlassen einer *egozentrischen Wahrnehmungsposition*, um eine andere Perspektive einzunehmen. Durch den Wechsel von Wahrnehmungsposition und Perspektive kann man sich den grundlegenden Mechanismus zu nutze machen, dass das Einnehmen einer Perspektive impliziert, dass andere Perspektiven momentan nicht eingenommen sind, d.h. *Assoziation* mit einer Wahrnehmungsposition und des damit verbundenen inneren Zustands impliziert die *Dissoziation* von anderen Positionen und Zuständen. Die Assoziation mit einer Wahrnehmungsposition in Hypnose erfolgt durch Imagination und Visualisierung, also genau genommen dem Trancephänomen der komplexen Halluzination. Fokussiertheit auf einen Reiz, Konzentration und Absorption implizieren das Ausblenden anderer Reize. Bei geöffneten Augen implizieren positive Halluzinationen die negative Halluzination realer sensorisch-afferenter Wahrnehmungen. Dieser Grundmechanismus kann auch zur Schmerzkontrolle genutzt werden.

Zunächst lässt sich unterscheiden, ob eine Situation aus der natürlichen, eigenen Perspektive wahrgenommen wird, oder von einer *Beobachter- oder Außenperspektive* aus. In der Therapie geschieht das im einfachsten Fall durch Instruktionen bzw. Suggestionen, dass der Patient die Situation und sich als beteiligte Person von außen sieht. Da dieser Wechsel meistens zunächst im visuellen Kanal stattfindet und dann die Veränderung der körperlichen Empfindungen und Gefühle zur Folge hat, sprechen Bandler und Grinder (1979/1981) von *visuell-kinästhetischer Dissoziation* oder kurz von V/K-Dissoziation. Je nach den individuell präferierten Repräsentationssystemen kann die Dissoziation auch über den auditiven oder kinästhetischen Kanal eingeleitet werden. Grundsätzlich sind zur Verstärkung der Assoziation mit der angestrebten Wahrnehmungsposition, hier der Außenperspektive, und damit zur Stabilisierung der Dissoziation von anderen Positionen und Zuständen alle individuell angepassten Überlappungstechniken sinnvoll. Auf die Bedeutung des sorgfältigen Gebrauchs von bestimmten Sprachmustern, insbesondere von Personalpronomen, Prädikaten und Zeitformen, wurde im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ hingewiesen. Der Perspektivwechsel lässt sich mit metaphorischen Instruktionen wie Kino, Fernsehen,

Theater, Kamera, Vogel- oder Frosch-Perspektive erleichtern, bei traumatherapeutischen Imaginationsverfahren wird oft von „Screen-Technik“ gesprochen (siehe z. B. Reddeman 2001). Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel lässt sich durch systematisches Training verbessern, das z. B. von Eberwein und Schütz (2001) als „Entwicklung eines Trance-Körpers“ bezeichnet wird. Alman (2001) bezeichnet die Außenperspektive als Watcher-Position.

Eine weitere Variante besteht in der *Identifikation mit signifikanten Personen*. Hierdurch kann der Patient sein Einfühlungsvermögen und seine *Empathie* für diese verbessern. Identifikation mit Personen, die spezielle Fähigkeiten haben, ermöglicht *Modellernen*, was sowohl für therapeutische Themen als auch z.B. in der Sport-Hypnose nützlich ist. Unterschiedliche Trancetiefe ermöglicht außer expliziten Einsichten und beschreibbaren Wahrnehmungen von Gefühlen auch ein implizites Lernen von intuitiven Vorgehensweisen oder sensumotorischen Abläufen. Mehrere Autoren (Gilligan 1987/1991, Grinder und Bandler 1981/1984) berichten von selbsthypnotischem Identifikationslernen in Trance mit Erickson als Modell, um ihre hypnotischen Fähigkeiten und ihre therapeutische Intuition zu verbessern.

Stellt man einem Patienten *zirkuläre Fragen*, so muss er, um die Fragen beantworten zu können, innerlich einen Perspektivwechsel vornehmen. Hierbei können sowohl Außenperspektiven als auch Perspektiven anderer beteiligter Personen wie Familienmitgliedern eingenommen werden. Hierbei werden konversionell die genannten Trancephänomene komplexe Halluzination, Imagination und Identifikation evoziert. Zirkuläre Fragen stellen also Techniken zur indirekten, impliziten Induktion von leichten Trancezuständen dar, weswegen Schmidt (1985) systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie beschreibt.

Eine besondere Variante von Außenperspektive wird als *Doppel-Dissoziation* bezeichnet, hier beobachtet der Patient einen Beobachter dabei, wie dieser ihn in einer speziellen Situation beobachtet. Außer einem Beobachter, der evtl. noch emotional involviert ist, wird ein zweiter, emotional weniger involvierter oder völlig unbeteiligter Beobachter eingeführt. In die Kino-Metapher übertragen bedeutet dies z.B., dass auf der Leinwand ein Film über ein Ereignis aus der Vergangenheit läuft, und der Patient, evtl. ohne den Film sehen zu können, sich selbst als Zuschauer auf einem Sessel sitzen und den Film betrachten sieht. Eine Frage wäre dann z.B., was der Zuschauer beim Betrachten des Filmes denkt oder fühlt.

Dilts (1990/1993) bezeichnet die natürliche, egozentrische Perspektive als 1. Position, die Identifikation mit einer anderen Person als 2. Position und eine Außenperspektive als 3. Position. Wahrnehmungspositionen können beliebig mit zeitlicher Orientierung kombiniert werden, was in den Abschnitten „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ und „Altersregression“ erläutert wird und die Grundlage des Modells darstellt, das im Abschnitt „Logische Ebenen, Wahrnehmungspositionen und Zeitperspektiven“ vorgestellt wurde. Einen Überblick der Wahrnehmungsperspektiven gibt Tabelle 5-1.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Egozentrische, natürliche eigene Perspektive2. Identifikation mit einer signifikanten Person oder einem Modell3. ressourcenvolle Beobachter- oder Außenperspektive, Watcher-Position4. Doppel-Dissoziation, emotional unbeteiligter Beobachter eines Beobachters |
|--|

Tabelle 5-1: Wahrnehmungsperspektiven

Beim Einnehmen der Außenperspektive ist es sinnvoll, Positionen einzunehmen, die mit besonderen *Ressourcen* assoziiert sind. Dies kann durch direkte und indirekte Suggestionen erfolgen (z. B. „Und während Sie das kleine Kind dort drüben sehen, ... können Sie sich an all das erinnern, was sie als Erwachsener bereits gelernt haben...“).

Wenn es dem Patienten schwer fällt, eine stabile, dissoziierte Außenperspektive aufrecht zu erhalten, weil die negativen Gefühle zu überwältigend sind, können Submodalitäten und Metaphern genutzt werden um die *Dissoziation* zu aufrechtzuerhalten. Der Patient kann sich vorstellen, die Entfernung zum Ereignis zu vergrößern, die Perspektive so zu verändern, dass er die Situation mehr von oben sieht, das Ereignis statt farbig nur schwarz/weiß zu sehen, dass sich eine Glasscheibe zwischen ihm und dem Ereignis befindet, er in einer geschützten Energiekugel über dem Ereignis schwebt, auf einem Regenbogen sitzt, den Fernseher, auf dem der Film über das Ereignis läuft, weiter weg zu schieben und leiser zu machen, usw..

Der Wechsel der Wahrnehmungsperspektive ermöglicht zwei elementare Anwendungen, die unterschiedlichen Orientierungen therapeutischer Veränderung des Patienten entsprechen:

- Die Dissoziation negativer Erfahrungsaspekte wie z.B. Schmerzen in der Gegenwart oder negativer, überwältigender Gefühle bei der Erinnerung an ein Erlebnis in der Vergangenheit entsprechen zunächst eher einer *symptomorientierten* therapeutischen Veränderungen. Außer der Dissoziation an sich wirkt hier zusätzlich der Mechanismus der Musterunterbrechung. Gerade traumatische Erinnerungen laufen oft in Form stereotyper Filme ab, die neurologisch stark gebahnt sind. Sobald der Patient in der Therapie die Erfahrung einer dissoziierten Wahrnehmung gemacht hat, wird diese als alternative Bahnungen verstärkt und die Bahnung der ursprünglichen Erinnerung geschwächt. Der Patient hat auf der Ebene der Gedächtnisfunktionen von nun an zum ursprünglichen stereotypen Film eine weitere Wahlmöglichkeit der Erinnerung.
- Einsichten über die bewussten und unbewussten Intentionen von sich selbst und anderen sowie explizites und implizites Lernen entsprechen eher einer *problem- und konfliktorientierten* therapeutischen Veränderung. Dies ist allerdings erst möglich, wenn die Dissoziation von negativen Affekten stabil genug ist.

5.1.2 Evokation und Kontextualisierung

Die *Evokation von Ressourcen* und deren *Generalisierung auf Kontexte*, in denen mehr Wahlmöglichkeiten erwünscht sind, stellen elementare Prozesse von Utilisation in der Hypnotherapie dar. Auf Ressourcen und kontextbezogene Zieldienlichkeit wurde ausführlich im Abschnitt „Allgemeine Prinzipien“ eingegangen. Im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ wurde angerissen, wie Evokation und Kontextualisierung von Ressourcen durch indirekte Suggestionen, sowohl in Form von Aussagen als auch von Fragen, mit Hilfe der Grundmechanismen Einstreuung und Implikation erfolgt. Im Folgenden werden Formulierungen von Fragen angeführt und erläutert, die der Therapeut dem Patienten direkt stellen oder zum Formulieren indirekter Suggestionen unausgesprochen nutzen kann.

Berichtet der Patient über ein ressourcenvolles Verhalten und befindet sich im dazugehörigen ressourcenvollen inneren Zustand, kann mit den Fragen „Wie machen Sie das?“ oder „Welche Schritte durchlaufen sie dabei?“ genau herausgearbeitet werden, wie dieses Muster aufgebaut ist, sowohl auf Verhaltensebene als auch auf den Ebenen der Informationsverarbeitung und der Trancephänomene. Die zeitliche Orientierung ist dabei in der *Gegenwart*. Dieses auch als *Elizitation* bezeichnete Vorgehen wird durch das Spezifizieren der *sensorischen Evidenzen* mit den Fragetechniken des Meta-Modells (siehe Abschnitt „Spezifische vs. unspezifische Sprachmuster und Suggestionen“) ergänzt und im Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ detaillierter beschrieben.

Berichten Patienten davon, dass sie in der Vergangenheit ein ressourcenvolles Verhalten hervorbrachten, dann wird durch die Fragen „Wann haben Sie das schon mal gemacht?...Wie haben Sie das gemacht?“ die zeitliche Orientierung auf die Vergangenheit gerichtet und implizit das Trancephänomen der *Altersregression* genutzt. Die in der *lösungs-fokussierten Gesprächsführung* benutzten Fragen nach *Ausnahmen vom Problem* „Wann war es besser?“ und „Wann war es weniger schlecht?“ nutzen ebenfalls das Trancephänomen der Altersregression und werden im entsprechenden Abschnitt beschrieben.

Sehr häufig sind Patienten aber nicht in der Lage, sich an ressourcenvolle Verhaltensweisen und Zustände zu erinnern, dann würde der Therapeut mit solchen Fragen unter Umständen Frustration und Hoffnungslosigkeit hervorrufen und den Rapport verschlechtern. Es kann dann einfacher sein, die Fragen im *Konjunktiv* zu formulieren, wie „Wenn Sie es könnten, wie würden Sie das machen?“ oder „Tun Sie mal so, als ob Sie es könnten. Wie machen Sie es jetzt?“ Es wird ein „*als-ob*“-Rahmen eingeführt, wobei die Ressource durch die *Imagination* indirekt assoziiert wird, da der Patient sich bei der Beschreibung in der Gegenwart innerlich in den zugehörigen inneren Zustand begeben muss.

Ähnlich wird durch die Frage „Wenn Sie es gelernt haben werden, wie werden sie das dann machen?“ die zeitliche Orientierung in die Zukunft verlegt, das Trancephänomen der *Zeitprogression* tritt auf und der Patient assoziiert sich innerlich bei der Beschreibung des Verhaltens in den zugehörigen inneren Zustand. Im gewissen Sinne wird hierbei die im Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ erläuterte *Szenario-Technik* angewendet.

Bei der Frage-Variante „Kennen Sie jemanden, der das kann? ...Wie macht er das?“ werden schließlich Prozesse der *Identifikation* und des *Modelllernens* genutzt. Grundsätzlich unterscheiden sich die letzten drei Frage-Varianten durch die Nutzung von Imagination, Zeitprogression und Identifikation von den ersten beiden darin, dass sie Vergangenheit und Gegenwart des Patienten, die oft beide als ausschließlich leidvoll erlebt werden, umgehen, aber trotzdem ressourcvolle Muster indirekt evozieren können.

Allen Fragetechniken ist gemeinsam, dass sie sich sowohl auf die Verhaltensebene richten können als auch auf die Ebenen von selbsthypnotischen Prozessen, Informationsverarbeitung und Trancephänomenen. Die Problemtrance-Exduktion und die Lösungs-trance-Induktion erfolgen grundsätzlich durch direkte und indirekte Evokation von Ressourcen. Die explizite oder implizite Induktion der zu den Ressourcen gehörenden Trancezustände kann im einfachsten Fall durch das Spezifizieren der sensorischen Evidenzen mit den Fragetechniken des Meta-Modells erreicht werden, da diese eine transderivationale Suche auslösen. Das Erleben dieses Zustandes im Rahmen der Therapie kann aus lerntheoretischer Sicht als operande Verstärkung der zugehörigen Muster gesehen werden, auf neurologischer Ebene findet eine Verstärkung der synaptischen Bahnungen statt. Aus der Sicht von Selbstorganisations-Theorien wird der Lösungs-Attraktor stabilisiert und der Problem-Attraktor destabilisiert, was als Veränderung der Tiefe der Täler in einer epigenetischen Potentiallandschaft abgebildet werden kann (siehe Abschnitt „Utilisation, Kooperation und Synergie“). Elizitation und Evokation von ressourcvollen Zuständen stellt daher eine der einfachsten und elementarsten therapeutischen Techniken überhaupt dar. Einen Überblick gibt Tabelle 5-2.

| Fragetechnik | Zeitperspektive und Trancephänomen, verwandte Methoden |
|--|--|
| „Wie machen Sie das?“ „Welche Schritte durchlaufen sie dabei?“ | Gegenwart |
| „Wann haben Sie das schon mal gemacht?“ „Wie haben Sie das damals gemacht?“ | Altersregression |
| „Wann war es besser?“ „Wann war es weniger schlecht?“ | Altersregression, lösungsfokussierte Gesprächsführung |
| „Wenn Sie es könnten, wie würden Sie das machen?“ „Tun Sie mal so, als ob Sie es könnten. Wie machen Sie es jetzt?“ | Imagination, „als-ob-Rahmen“ |
| „Wenn Sie es gelernt haben, wie werden sie es dann machen?“ | Zeitprogression, Szenario-Technik |
| „Kennen Sie jemanden, der das kann? ... Wie macht er das?“ | Identifikation, Modelllernen |

Tabelle 5-2: Direkte Fragetechniken zur Evokation von Ressourcen

Kontextualisierung, sowohl im Rahmen einer Elizitation als auch einer Generalisierung von Ressourcen, erfolgt zunächst durch die einfachen Fragen „Wann?“ und „Wo?“. Manchmal sind weitere Fragen wie „Mit wem?“ oder „In welcher Rolle?“ sinnvoll. Ausführlichere Frage-Varianten sind „Woran haben sie erkannt, dass Sie dieses Verhalten zeigen wollten oder mussten?“ und „Woran werden Sie erkennen, dass Sie dieses Verhalten zeigen wollen oder müssen?“. Grundsätzlich werden durch derartige Fragen *auslösende Stimuli*, die als *Kontextmarkierungen* fungieren, spezifiziert. Mit diesen Fragen wird bei der Elizitation von Mustern das Trancephänomen der *Regression* genutzt, bei der Generalisierung von Ressourcen das der *Progression*. Genauere Spezifikationen können mit den Fragetechniken des Meta-Modells vorgenommen werden, da auch hier *sensorische Evidenzen* herausgearbeitet werden. Diese Fragen können ebenfalls direkt gestellt werden oder der Therapeut nutzt sie unausgesprochen beim Formulieren indirekter Suggestionen. Einen Überblick über Fragetechniken zur Kontextualisierung gibt Tabelle 5-3.

In beiden Fällen, sowohl beim Identifizieren von natürlichen Auslösern als auch beim Herstellen von neuen Verknüpfungen von Auslösern mit einer Ressource, liegt der Mechanismus *posthypnotischer Auslöser* und *posthypnotischer Reaktionen* zu Grunde. Daher können sie mit Techniken wie Future-Pace, verdecktem Konditionieren und posthypnotischen Suggestionen einerseits und Affektbrücke andererseits kombiniert werden, die in den folgenden Abschnitten beschrieben werden.

| Fragetechnik | posthypnotische Auslöser, Zeitperspektive und Trancephänomen |
|---|--|
| „Wann?“ | Zeit |
| „Wo?“ | Raum, Ort |
| „Mit wem?“ | beteiligte Personen |
| „In welcher Rolle?“ | sozialer Kontext |
| „Woran haben sie erkannt, dass Sie dieses Verhalten zeigen wollten oder mussten?“ | Evidenz, Regression |
| „Woran werden Sie erkennen, dass Sie dieses Verhalten zeigen wollen oder müssen?“ | Evidenz, Progression |

Tabelle 5-3: Fragetechniken zur Kontextualisierung

5.1.3 Klassisches und verdecktes Konditionieren

Eine Reihe weiterer elementarer hypnotherapeutischer Techniken beruhen auf der Nutzung von Prozessen, die mit dem *klassischen Konditionieren* (Pawlow 1927) verwandt sind. Assoziationen von auslösenden Stimuli mit Zuständen einschließlich der zugehörigen Trancephänomene und Verhaltensmuster können systematisch hergestellt und genutzt werden. Erfolgt das Herstellen solcher Verknüpfungen in *senso*, spricht man von *verdecktem Konditionieren* (Cautela 1967, 1975). Im

vorigen Abschnitt wurde bereits erwähnt, dass Kontextmarkierungen als auslösende Stimuli wirken. In diesem Abschnitt wird ein Überblick zu grundlegenden Interventionen von klassischem und verdeckten Konditionieren in der Hypnotherapie gegeben. Obwohl diese Interventionen auf den Lernprinzipien der allgemeinen Psychologie beruhen, unterscheiden sich die Vorgehensweisen deutlich von Interventionen in der Verhaltenstherapie. Die Intervention „Anker kollabieren“ z.B. ist zwar als ein Form des *Gegenkonditionierens* zu betrachten, doch gibt es in der Verhaltenstherapie keine entsprechende Intervention. Weitere Interventionen aus der Verhaltenstherapie können allerdings ohne weiteres integriert werden, einen Überblick zu verdeckten Verfahren gibt Kossak (2004, S, 333ff).

Grundsätzlich soll bemerkt werden, dass die Wirkmechanismen der im Folgenden beschriebenen Techniken hypothetisch sind. Außerdem wird die therapeutische Wirksamkeit dieser Interventionen, für die es keine empirischen Belege gibt, grade in der NLP-Szene wahrscheinlich weit überschätzt. Insofern kann sich ein Therapeut von der Wirksamkeit lediglich durch Selbsterfahrung überzeugen. Es soll hier empfohlen werden, dies insbesondere mit so konsequent minimalistisch konzipierten Interventionen wie „Anker kollabieren“ oder „Swish“ zu tun. Diese Techniken werden hier deshalb dargestellt, weil sie zu den hypnotherapeutischen Grundkonzepten zählen, in Kombination mit anderen Interventionen wahrscheinlich deren Wirksamkeit erhöhen und schließlich dadurch die Aufmerksamkeit auch für natürlich ablaufende Prozesse des Konditionierens in Kommunikation und Alltag verbessert wird.

Auf klassisches Konditionieren durch Tonfall, Stimmmodulation und andere nonverbale Signale durch den Therapeuten (Erickson und Rossi 1979/1981, S. 121f) wurde bereits im Zusammenhang mit der Technik des *analogen Markierens* im Abschnitt „Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestionen“ hingewiesen. Auf einige grundsätzliche Zusammenhänge hypnotherapeutischer Interventionen mit verdecktem Konditionieren wird in den noch folgenden Abschnitten „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ und „Imagination und Visualisierung“ eingegangen.

5.1.3.1 Klassisches Konditionieren

Im Therapieprozess hat der Therapeut verschiedene Möglichkeiten, einzelne Zustände des Patienten an einen Stimulus zu klassisch konditionieren, die sich zunächst nach Sinnesmodalitäten unterscheiden lassen.. Klassische Konditionierung ist sowohl *taktil* wie auch *akustisch* und *visuell* möglich. Im einfachsten Fall erfolgt dies durch eine leichte Berührung z.B. am Knie oder der Schulter des Patienten. Wie im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ bereits erwähnt sollte sich der Therapeut das Einverständnis des Patienten geholt haben, bevor er ihn berührt. Wesentlich unauffälliger sind Handbewegungen oder Veränderungen der Körperhaltung und des Tonfalls des Therapeuten. Da der Therapeut während der Hypnose in einem anderen Tonfall spricht als im Gespräch, wird dieser Tonfall zu einem konditionierten Auslöser von Trance (Erickson und Rossi

1979/1981, S. 121f). Natürliche konditionierte Auslöser von Trancezuständen und damit assoziierten Verhaltensmustern sind oft auch *olfaktorisch* oder *gustatorisch*. Dies ist bei der Induktion des Trance-Phänomens Altersregression systematisch nutzbar und wurde im Abschnitt „Induktion und Vertiefung von Trance“ beschrieben.

Konditioniert werden können grundsätzlich alle Zustände, sowohl ressourcvolle Zustände und Elemente von Lösungstrancen oder einfache Entspannungszustände als auch Problemtrancen. Wichtig ist der Aspekt, dass *klassische Konditionierungsprozesse natürlich und spontan permanent ablaufen*, weswegen versehentliche Konditionierungen auch unerwünschte Prozesse auslösen können. Daher ist es sinnvoll, kontinuierlich bereits bestehende oder mögliche Assoziationen zu beobachten, auch wenn der Therapeut gerade keine systematische Intervention auf der Basis von klassischer Konditionierung durchführt.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, den Patienten darin zu instruieren, einen Zustand, in der Regel eine Ressource, *selbst an einen Stimulus zu konditionieren*, den er dann außerhalb der Therapie nutzen kann, um in einem bestimmten Kontext einen ressourcvollen Zustand hervorzurufen. Hierzu können ebenfalls Berührungen am eigenen Körper, z.B. am Ohrfläppchen oder einer Stelle am Unterarm genutzt werden, aber auch Körperhaltungen wie Arme hinter dem Kopf verschränken, sich im Stuhl zurück lehnen oder bestimmte Haltungen der Hände und Finger, wie eine kreisförmige Berührung von Daumen und Zeigefinger. Der Patient kann als Auslöser auch Gegenstände auswählen, die je nach Kontext handlich genug sein sollten und zusätzlich noch eine symbolische Bedeutung haben können, die auch in sozialen Kontexten unauffällig in der Hosentasche getragen werden kann, so dass der Patient sie bei Bedarf dort umgreifen kann, z.B. kann ein Zustand von Selbstvertrauen an eine kleine Plastikfigur assoziiert werden, Geborgenheit an ein Stofftier oder Klarheit an einen Kristall. Ebenfalls gut zur Selbstkonditionierung ist Musik auf CD geeignet, z. B. kann eine bestimmte Musik mit einem selbsthypnotischen Entspannungszustand verknüpft werden, um sich dann mit dieser Musik auf einem tragbaren CD-Player in den Kontext zu begeben, auf den die Ressource generalisiert werden soll.

Konditionierungsprozesse können als Teil indirekter Suggestionen *implizit* ablaufen, also ohne Wissen des Patienten, aber auch *explizit*, also mit Ankündigung des Therapeuten, oder, wie im Falle der Selbst-Konditionierung, mit einer Instruktion. Bei explizitem Vorgehen, gerade bei vom Patienten selbst ausgewählten symbolischen Gegenständen, kommt außer dem *Wirkmechanismus* der *klassischen Konditionierung* noch der der *posthypnotischen Reaktion* hinzu, da die Instruktion beim Patienten auch eine Erwartungshaltung hervorruft. Häufig wird zur Erklärung der Wirkung symbolischer Gegenstände auch auf das Konzept des *Übergangsobjektes* nach Winnicott (1953/1969) verwiesen (siehe auch den Abschnitt „Metaphern und verwandte indirekte Methoden“).

Im NLP wird für „konditionierter auslösender Stimulus“ auch der metaphorische Begriff des *Ankers* benutzt (Dilts et al. 1980/1985) und für den Prozess des Konditionierens die Umschreibung „Anker setzen“. Leider differenzieren die Autoren meistens nicht zwischen konditionierten Stimulus und posthypnotischem Auslöser, weswegen in dieser Arbeit die beiden letzteren, eindeutigeren Begriffe

verwendet werden, damit deutlich ist, welcher Wirkmechanismus genutzt werden soll.

Technisch ist zu beachten, dass eher unspezifische Auslöser, wie bestimmte Berührungen, auch spontan auftreten können. Wenn dies vermieden werden soll, um genau zu kontrollieren, wann ein Zustand ausgelöst wird, muss ein entsprechend *spezifischer Auslöse-Stimulus* gewählt werden, also z.B. eine unnatürliche Bewegung oder Berührung, die nur willkürlich auftritt. Ein weiterer technischer Aspekt ist die *zeitliche Abstimmung* von dem zu konditionierenden Zustand mit dem Stimulus, der zum konditionierten Auslöser werden soll. Optimal wäre, wenn der Stimulus, der zum konditionierten Auslöser werden soll, direkt vor dem zu konditionierenden Zustand dargeboten wird. In der Regel ist in der Therapie aber lediglich eine Gleichzeitigkeit herstellbar, da der Therapeut mit dem Konditionieren erst beginnt, wenn das Auftreten des Zustandes beim Patienten bereits begonnen hat. Werden spontan auftretende Zustände konditioniert, kann der Stimulus, der zum konditionierten Auslöser werden soll, erst mit einer Verzögerung dargeboten werden. Die Auswirkung von suboptimaler zeitlicher Abstimmung ist eine schwächere Assoziation von Stimulus und Reaktion, weswegen die Intensität der konditionierten Reaktion schwächer sein kann.

Möglichkeiten der Verstärkung der Assoziation bestehen darin, beim Konditionieren *synchron* zur sich verändernden Intensität des zu konditionierenden Zustandes die Stärke des Stimulus, der zum konditionierten Auslöser werden soll, z.B. den Druck der Berührung, zu variieren, so dass ein stärkerer Druck mit einer intensiveren Reaktion verbunden wird. Bei Tranceinduktionen bietet sich an, die stärker werdende Intensität der Trance mit einer gleitenden Berührung am Arm des Patienten von der Schulter zur Hand abwärts zu synchronisieren (*Gleitanker* / „Sliding Anchor“, Bandler und Grinder 1979/1981). Weiterhin besteht die Möglichkeit, an einen Auslöser mehrere ressourcenvolle Zustände zu konditionieren und dies wiederholt durchzuführen, um so die Assoziation und die Intensität der konditionierten Reaktion zu verstärken (*Stapelanker*).

Die Intervention *Anker kollabieren* (Collapsing Anchors, Bandler und Grinder 1979/1981) kann als eine pragmatische Variante dessen gesehen werden, was in der Lerntheorie als *Gegenkonditionieren* bezeichnet wird, und stellt die minimalistischste Umsetzung der Grundstrategie Problem + Ressource = Lösung dar, die im Abschnitt „Inhalt, Struktur und Form“ erläutert wurde (Tabelle 5-4). Zwei Zustände, in der Regel eine Problemtrance und eine Ressource, werden hintereinander an zwei unterschiedliche Stimuli konditioniert. Es bietet sich an, als taktile Stimuli zwei Stellen zu berühren, die am Körper des Patienten symmetrisch gegenüberliegen, wie beide Knie oder Schultern. Die Zustände können hervorgerufen werden, indem der Patient instruiert wird, sich an eine Situation und die damit zusammenhängenden Gefühle und Wahrnehmungen zu erinnern, oder durch formale, explizite Induktion von Trancephänomenen wie Altersregression. Damit die Assoziationen zwischen den Stimuli und den konditionierten Zuständen möglichst stark sind wird empfohlen, die konditionierten Zustände zu trennen, indem der Therapeut zwischen den Konditionierungsdurchgängen die Aufmerksamkeit des Patienten z.B. durch kurzen Small-Talk ablenkt (*Seperator-State*). Schließlich werden beide Stimuli gleichzeitig ausgelöst, um die beiden Zustände zu integrieren

und die Lösungstrance zu erzeugen, wobei keinerlei weitere Verbalsuggestionen nötig sind. Die Integration kann darin beobachtbar sein, dass die beiden Körperhälften des Patienten, vor allem im Gesicht, zunächst unsymmetrisch die nonverbalen Anzeichen beider Zustände zeigen, sich vermischen, integrieren (*Mischphysiologie*) und nach einiger Zeit symmetrisch angleichen. Gegebenenfalls kann die Stabilität der Lösungstrance *getestet* werden, indem der an die ursprüngliche Problemtrance konditionierte Stimulus ausgelöst wird, woraufhin sich die Problemtrance nicht mehr auslösen lassen sollte, sondern die Lösungstrance. Diese Art des Testens kann auch nach jeder anderen Intervention verwendet werden, um die Stabilität der Lösungstrance zu überprüfen, wenn die ursprüngliche Problemtrance an einen spezifischen, evtl. natürlichen Auslösereiz gekoppelt ist. Bei der Durchführung dieser Intervention ist die als Kalibrierung bezeichnete Beobachtung nonverbaler Hinweise besonders relevant.

| |
|---|
| <p>1. Induktion und Konditionierung eines ersten Zustandes (einer Ressource)</p> <p style="padding-left: 40px;">Seperator State</p> |
| <p>2. Induktion und Konditionierung eines zweiten Zustandes (einer Problemtrance)</p> <p style="padding-left: 40px;">Seperator-State</p> |
| <p>3. Gleichzeitiges Auslösen beider konditionierter Stimuli</p> <p style="padding-left: 40px;">Integration beobachten und abwarten, bis Mischphysiologie beendet und Lösungstrance entstanden ist</p> <p style="padding-left: 40px;">Seperator-State</p> |
| <p>4. Testen der Stabilität der Lösungstrance durch Auslösen des Stimulus, an den die ursprüngliche Problemtrance konditioniert war</p> |

Tabelle 5-4: Gegenkonditionieren (Anker kollabieren), modifiziert nach Bandler und Grinder (1979/1981)

Die Konditionierung und Integration von Zuständen kann durchaus auch im Rahmen größerer Interventionen und Therapieprozesse erfolgen. Viele Interventionen können effizienter durchgeführt werden, wenn einzelne Trancezustände, wie die von Problemtrancen und Ressourcen als Elemente von Lösungstrancen, durch Konditionierung leichter zugänglich gemacht werden können (siehe z.B. das Transkript zur Behandlung einer Flugphobie in Revenstorf 1993, S. 169ff).

Besondere Bedeutung in der Kommunikation kommt der Konditionierung von *sequentiellen Inkongruenzen* zu. Berichtet der Patient hintereinander von zwei Seiten eines Konfliktes, kann der Therapeut sich jeweils in eine andere Körperposition begeben. Die verschiedenen Körperhaltungen fungieren als konditionierte Stimuli für die beiden Seiten des Konfliktes. Wenn der Patient zu einem späteren Zeitpunkt wieder über eine der Seiten spricht, kann der Therapeut sich in die Körperhaltung begeben, die er eingenommen hatte, als der Patient über die jeweils andere Seite sprach. Häufig gestikulieren Patienten mit ihren Händen, wenn sie über Konflikte sprechen, wobei eine Hand jeweils

einem der inneren Anteile zugeordnet ist. Während eines verbalen Pacings kann der Therapeut dann diese Zuordnung zunächst übernehmen und dann vertauschen, indem er beim Sprechen über die beiden Seiten mit der jeweils anderen Seite zugeordneten Hand gestikuliert. Ebenso können auch Ressource-Zustände konditioniert werden, etwa während der Patient über gute Erfahrungen oder erfolgreiches Verhalten berichtet. Sobald der Patient dann über Probleme und negative Erfahrungen spricht, kann der Therapeut z.B. die Körperhaltung einnehmen, die an die Ressource des Patienten konditioniert ist, wodurch diese mit der Problemtrance integriert wird und der Patient eine bessere Voraussetzung hat, um neue Perspektiven und Wahlmöglichkeiten zu entwickeln.

Eine weitere ähnliche Vorgehensweise, die bei simultaner Inkongruenz des Patienten von verbaler Botschaft und nonverbalen Signalen möglich ist und als *Kurzschließen* bezeichnet wird, besteht darin, dass der Therapeut die Kanäle vertauscht, indem er den verbalen Teil nonverbal paced und den nonverbalen Teil verbal. Es können hierbei im einfachsten Fall Zustimmung und Ablehnung aber auch z.B. Freundlichkeit und Ärger oder Freude und Traurigkeit vertauscht werden. Wenn der Patient eine verbale Aussage positiv formuliert und gleichzeitig den Kopf schüttelt, kann der Therapeut die Aussage negativ umformulieren und gleichzeitig mit dem Kopf nicken. Gelingt dieses Vorgehen, können beim Patienten zunächst eine Konfusion ähnlich einer Mischphysiologie beobachtet werden und daraufhin die nonverbalen Anzeichen einer Integration.

Diese zuletzt beschriebenen Vorgehensweisen entsprechen einem *impliziten, beiläufigen Gegenkonditionieren*. Zwar finden derartige Prozesse ohnehin natürlich statt, weswegen es besser ist, wenn der Therapeut in der Lage ist, sie bewusst zu handhaben, doch soll hier nachdrücklich an die Ausführungen im Abschnitt „Kooperation in der Therapie“ erinnert werden, dass, sobald der Patient sich manipuliert fühlt, der Rapport beeinträchtigt werden kann. Die oben erläuterten Vorgehensweisen, den Patienten zu instruieren, sich in Selbsthypnose selbständig zu konditionieren, stellen hingegen transparente, kooperative Variante von Gegenkonditionieren dar

Werden nicht nur zwei sondern mehrere Zustände konditioniert, etwa um einen schrittweisen Übergang zwischen zwei sehr unterschiedlichen Zuständen zu erleichtern oder um Sequenzen von Repräsentationssystemen und Submodalitäten aufzubauen, bieten sich die Fingerkuppen als taktile Stimuli an. Dieses als *Chaining* (Dilts et al. 1980/1985) bezeichnete Vorgehen kann bei der Variation selbsthypnotischer Prozesse nützlich sein, indem z.B. einzelne Schritte der Sequenz einer Problemtrance oder des Übergangs zur Lösungstrance konditioniert werden und damit leichter variierbar werden (siehe Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“).

Eine weitere Variante wird als *Bodenanker* bezeichnet. Hierbei wird der Patient instruiert, sich bei der Assoziation mit einzelnen Zuständen an verschiedene Stellen des Fußbodens zu positionieren. Wenn der Patient keine Schuhe trägt besteht die Option, durch Unterlagen wie Decken oder Matten einen taktilen Unterschied zwischen den Position und dem restlichem Fußboden zu erzeugen. Abgesehen von solchen Unterlagen, die einen taktilen Stimulus darstellen können, besteht der Wirkmechanismus wohl weniger in einer klassischen Konditionierung als in der - gewissermaßen posthypnotischen -

Suggestion, dass man sich bei der Einnahme einer der Positionen an den zugeordneten Zustand erinnern wird.

Schließlich soll noch darauf hingewiesen werden, dass beim als *Visual Squash* bezeichneten Vorgehen (Bandler und Grinder 1979/1981, S. 159), das im Abschnitt „Teile-Arbeit“ beschrieben wird, und auch bei ähnlichen imaginativen Verfahren der Wirkmechanismus der Gegenkonditionierung zumindest beteiligt ist, obwohl andere Wirkmechanismen auf metaphorisch-symbolischen Ebenen für die Integration der visuell repräsentierten inneren Anteile im Vordergrund stehen.

Die Auffassung, *geschriebene und gesprochene Worte als konditionierte Stimuli* für konditionierte Reaktionen und Repräsentationen zu betrachten, die auf ein reduziertes Verständnis von Sprache als einem Phänomen verdeckten und klassischen Konditionierens hinauslief, konnte sich nie durchsetzen, da sie gegenüber linguistischen Theorien wie z. B. der Transformations-Grammatik (Chomsky 1957) zu kurz griff, ist aber dennoch manchmal von pragmatischem Wert. Beschreibt der Patient ambivalente Gefühle in einer Situation z.B. gegenüber einer Person, die in einer entweder-oder-Logik verknüpft sind, kann der Therapeut dem Patienten vorschlagen, die einzelnen verbalen Beschreibungen mit Konjunktionen wie „und“ verbunden auszusprechen um zu beobachten, ob und wie sich seine Gefühle dabei verändern. Von der Grundstruktur kann auch dieses Vorgehen (ähnlich wie das oben beschriebene „Kurzschließen“) als Integration inkongruenter oder dissoziierter Zustände durch Gegenkonditionieren betrachtet werden. Grinder und Bandler (1976/1982; Grinder, Bandler und DeLozier 1977; Bandler, Grinder und Satir 1976/1978) entwickelten eine Reihe ähnlicher verbaler und psychodramatischer Techniken zum Umgang mit Polaritäten und Inkongruenzen, bei denen einzelne *verbale und nonverbale Elemente systematisch vertauscht, vermischt und variiert* werden.⁸⁰

Grundsätzlich können die beschriebenen Verfahren der Gegenkonditionierung nützlich sein, um die Generalisierung von Ressourcen auf klar spezifizierbare Kontexte zu unterstützen. Veränderungen dieser Art entsprechen in der Regel einer *Symptomorientierung*. Für Veränderungen bei Problem- und Konfliktorientierung sind in der Regel komplexere Interventionen und Vorgehensweisen notwendig. Das bewusste und systematische Beachten und Nutzen von Prozessen verdeckter und klassischer Konditionierung ist in der Therapie allerdings auch hier sinnvoll, da diese Prozesse in der *Kommunikation* natürlicherweise immer ablaufen und komplexere Interventionen durch den Einsatz von konditionierten Stimuli und systematisch genutzten posthypnotischen Auslösern effizienter gestaltet werden können.

5.1.3.2 Verdecktes Konditionieren

Eine Technik, bei der natürliche Auslöse-Stimuli von Problemtrancen zur Verhaltensmodifikation genutzt werden, ist der *Swish* (Bandler 1985/1987; Tabelle 5-5). Der Swish ist eine NLP-Submodalitäts-Intervention und wurde aus dem Versuch heraus entwickelt, die minimal notwendigen

⁸⁰ Hinzugefügt werden muss, dass die Wirkung dieser Techniken nicht auf Konditionierungseffekte reduzierbar ist. Aus den Weiterentwicklungen dieser Techniken entstanden Ende der 70er Jahre schließlich die Grundkonzepte des NLP, v. a. das dortige Verständnis von Repräsentationssystemen und inneren Anteilen.

Elemente von natürlichen Lern- und Entscheidungsprozessen zu formalisieren. Da bei diesem Vorgehen internale Repräsentationen der Auslöse-Stimuli in senso an eine gewünschte Reaktion konditioniert werden, kann von einem *verdeckten Konditionieren* gesprochen werden. Diese Technik wird hier exemplarisch dafür beschrieben, wie Techniken des verdeckten Konditionierens, nicht nur aus dem NLP, sondern auch aus der Verhaltenstherapie, in der Hypnotherapie genutzt und variiert werden können.

Der *Auslöse-Stimulus* kann mit der Frage „Woran haben sie erkannt, dass Sie dieses Verhalten zeigen müssen?“, die im Abschnitt „Evokation und Kontextualisierung“ angeführt wurde, identifiziert werden. Bei der *gewünschten Reaktion*, die an den Stimulus konditioniert werden soll um die Problemtrance zu ersetzen oder zu schwächen, handelt es sich in der Regel um ein *visuell-kinästhetisch dissoziiertes Zielbild* des Patienten von sich selbst, d. h. wie er sich selbst sehen würde, wenn er sein Therapieziel erreicht hat. Die Konstruktion der Repräsentationen von Therapiezielen wird im Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ behandelt. Die Konditionierung soll erfolgen, indem geeignete *Submodalitäten schnell und mehrfach hintereinander* so verändert werden, dass ein nahtloser Übergang vom Auslöse-Stimulus zum Zielbild erzeugt wird, der außerhalb der Therapie stabil ist. Es soll erreicht werden, dass jedes Mal, wenn der Patient mit dem Auslöse-Stimulus konfrontiert wird, statt der ursprünglichen Problemtrance ein automatischer, teilweise unbewusst ablaufender, *generativer Veränderungsprozess* auf den Zielzustand hin abläuft.

Als Auslöse-Stimulus wird in der Regel eine visuelle Repräsentation gewählt, z.B. das Bild einer Zigarettenschachtel. In der visuell-kinästhetisch dissoziierten Ziel-Repräsentation sieht sich der Patient in der Zukunft als Nichtraucher, mit allen Ressourcen die er brauchte, um statt zu Rauchen über andere, bessere Wahlmöglichkeiten zu verfügen. Beim visuellen Standard-Swish wird das Auslöser-Bild in der Vorstellung bei geschlossenen Augen weg geschoben und verkleinert, bis es in der Ferne verschwunden ist. Von dort aus wird das Zielbild herangeholt und vergrößert. Dies beiden Schritte sollen direkt hintereinander und schnell durchgeführt werden. Danach wird ein Separator-State erzeugt, indem der Patient für 1-3 Sekunden seine Augen öffnet. Der gesamte Ablauf wird 5 Mal wiederholt.

Der Ablauf soll schnell sein, da der genutzte Lernmechanismus der Verknüpfung aus neurologischen Gründen nur schnell funktionieren kann (Bandler 1985/1987, S. 158). Daher dauert die Durchführung der Intervention insgesamt nur ca. 1 Minute. Der Patient führt den Ablauf nach Instruktion des Therapeuten selbständig durch. Ähnlich wie bei der Intervention Collapsing Anchors kann der Auslöse-Stimulus genutzt werden um in der Therapiesitzung die Stabilität der Lösungs- bzw. der konditionierten Reaktion zu testen. Ob die Intervention den gewünschten Erfolg bringt oder nicht scheint davon abzuhängen, wie präzise der Auslöse-Stimulus identifiziert wurde und wie kongruent und „anziehend“ das Zielbild konstruiert wurde. Diese beiden Prozesse, die scheinbar „nur“ zur Vorbereitung der eigentlichen Intervention dienen, können völlig unterschiedlich viel Zeit in Anspruch nehmen. Wie im Abschnitt „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“ ausgeführt macht eine

Durchführung der Intervention ohne eine abgeschlossene Vorbereitung keinen Sinn. Dies gilt für alle Interventionen, wird aber am Swish aufgrund der extremen Diskrepanz des Zeitaufwands von Vorbereitung und Durchführung besonders deutlich.

Die Submodalitäten Entfernung und Größe der Bilder werden im visuellen Standard-Swish verwendet, weil sie bei den meisten Patienten funktionieren, es ist aber durchaus möglich, gemäß individueller Präferenzen andere Submodalitäten zum Übergang zwischen den Bildern zu verwenden. Gelegentlich ist es auch nützlich, Bilder im Panorama-Format vor der Durchführung des Swish auf ein begrenztes Format zu bringen, z.B. durch einen Rahmen oder durch die Metapher von Fotos, da nicht alle Patienten Panorama-Bilder beim Wegschieben automatisch verkleinern können. Außerdem kann ein Swish auch in anderen Sinneskanälen, also auditiv oder kinästhetisch, durchgeführt werden (Andreas und Andreas 1987/1988, S. 91ff) oder in mehreren Kanälen synchron, indem sich z.B. mit der Entfernung der Bilder auch die Lautstärke von Geräuschen verändert. Die Struktur der Intervention und der Inhalt bleiben gleich, lediglich die Form ändert sich.

| |
|---|
| 1. Natürlichen visuellen Auslöse-Stimulus einer Problemtrance identifizieren. |
| 2. Visuell-kinästhetisch dissoziierte Repräsentation des Patienten aufbauen, wie er sich sehen würde, wenn er sein Therapieziel erreicht haben wird. |
| 3. Durchführung: a. Auslösendes Bild sich entfernen und verkleinern lassen. b. Ziel-Bild heranholen und sich vergrößern lassen. c. Seperator State (kurz Augen öffnen) a-c. 5 Mal schnell wiederholen |
| 4. Testen |

Tabelle 5-5: Visueller Standard-Swish (nach Bandler 1985/1987)

5.2 Zeitliche Orientierung

5.2.1 Zeitprogression und posthypnotische Suggestion

Die zeitliche Orientierung des Patienten auf die Zukunft stellt ein notwendiges Grundelement jeder Hypnotherapie dar, während andere Elemente wie Regression oder Perspektivwechsel nicht immer eingesetzt werden müssen, sondern lediglich zur Erreichung bestimmter therapeutischer Teilziele dienen. *Auftragsdynamik und Zielklärung* beinhalten automatisch implizite Zeitprogression, wenn auch nur konversationell induziert. Posthypnotische Suggestion und Zeitprogression können grundsätzlich zur Erreichung jedes beliebigen Therapieziels eingesetzt werden. Die Technik der *posthypnotischen Suggestion* kann als eine der ältesten hypnotherapeutischen Techniken angesehen werden, die seit den Ansätzen zur Suggestionstherapie im Hypnotismus (z.B. Bernheim 1884/1888; Charcot 1888) genutzt wird, während *Zeitprogression* erst von Erickson (1954) systematisch in der Therapie eingesetzt wurde. In diesem Abschnitt werden zunächst Grundlagen posthypnotischer Suggestion dargestellt und dann Grundtechniken der Zeitprogression. Hierbei sollen die Elemente, aus denen diese Standardinterventionen zusammengesetzt sind, herausgearbeitet werden, damit deutlich wird, wie diese Elemente unabhängig voneinander flexibel zu individualisierten Interventionen neu kombiniert werden können.

5.2.1.1 Posthypnotische Suggestionen

Posthypnotische Suggestionen dienen dazu, die Auftretenswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens und Erlebens nach der Hypnose zu erhöhen. Diese *posthypnotischen Reaktion* wird oft, aber nicht notwendigerweise, an einen *posthypnotischen Auslöser* gekoppelt.

Wie im Abschnitt „Klassisches und verdecktes Konditionieren“ zum Begriff des Ankers bereits angemerkt wurde, liegen dem Wirkmechanismus der posthypnotischen Reaktion höhere kognitive Funktionen zu Grunde als einfache Konditionierungsprozesse, was allein daran deutlich wird, dass sie auch ohne einen spezifischen posthypnotischen Auslöser eingesetzt werden können. Außerdem braucht der Patient die suggerierte Reaktion in dem Moment der Sitzung, in der die posthypnotische Suggestion gegeben wird, nicht zu erleben, auch nicht in *senso*, was für eine klassische oder verdeckte Konditionierung hingegen notwendig wäre. Der Wirkmechanismus scheint eher darin zu bestehen, dass vor allem auf unbewussten, impliziten Ebenen der Informationsverarbeitung Repräsentationen von den suggerierten Reaktionen, Verhaltens- und Erlebensmustern entstehen, die in der Sozialpsychologie als *Erwartungen* bezeichnet werden würden. Von da an findet ein *Feedback-Prozess* statt, der spontane Veränderungen in Richtung des suggerierten und nun implizit repräsentierten Zustandes verstärkt, während andere Veränderungen nicht verstärkt sondern geschwächt werden oder evtl. verschwinden.

Im gewissen Sinne stellt die Nutzung *positiver posthypnotischer Suggestionen* die einfachste Form von Therapie dar. Bei rein symptomorientierten Vorgehen kann unter Umständen durchaus allein

durch positiv formulierte posthypnotische Suggestion des erwünschten Zustandes, der erwünschten Verhaltens- oder Erlebensmuster, gegebenenfalls mit einem hinreichend spezifisch ausgewählten posthypnotischen Auslöser, die gewünschte therapeutische Veränderung erreicht werden. Hierbei wird ausschließlich und konsequent der Wirkmechanismus der *Veränderung von Erwartung* genutzt.

Die alleinige Verwendung *negativer posthypnotischer Suggestionen*, etwa dass das Symptom oder unerwünschte Erleben verschwinden wird, ist nicht zu empfehlen, da negative Suggestionen das unerwünschte Erleben als Einstreuung enthalten und damit indirekt suggerieren. Wirkungsvoll kann die Verknüpfung von negativen und positiven posthypnotischen Suggestionen sein, wobei der Inhalt der negativen Suggestion gewissermaßen zum posthypnotischen Auslöser für die positive posthypnotische Reaktion werden kann (z. B. „Dieser ziehende Schmerz wird weniger... und ein angenehmes, warmes Gefühl breitet sich fließend aus...“).

Posthypnotische Suggestionen unterscheiden sich darin, wie *spezifisch die posthypnotischen Auslöser für bestimmte Kontexte* sind. Auslöser die im Alltag häufiger vorkommen wie z.B. Türen sind für generalisierte Reaktionen sinnvoll, während Auslöser, die selten vorkommen oder nur in ganz bestimmten Kontexten wie z.B. die Anwesenheit bestimmter Personen die posthypnotische Reaktion nur in eben diesen Kontext auslösen.

Zwei Subtypen posthypnotischer Suggestionen sind von besonderer Bedeutung:

- *Posthypnotische Amnesie* besteht darin, dass der Patient sich nach der Hypnose an die Erfahrungen während der Trance oder an andere, in der Suggestion spezifizierte Informationen nicht erinnern kann. Dies kann strategisch eingesetzt werden, wenn therapeutische Fortschritte vor Limitierungen des bewussten Denkens geschützt werden sollen. Es ist offensichtlich, dass ein solches Vorgehen vom Patienten als Manipulation empfunden werden kann und mit einer kooperativen Gestaltung der Therapiebeziehung schwer zu vereinbaren ist. Erickson (z.B. 1954) befragte seine Patienten sowohl im wachen, nicht-hypnotisierten Zustand als auch das Unbewusste derselben Patienten in Trance, ob sie die bewusste Erinnerung an die Erfahrungen während der Trance, einschließlich z.B. durch Altersregression bearbeiteter traumatischer Erfahrungen, wollten oder nicht, um schließlich die Entscheidung zu treffen, ob er Amnesie suggerierte oder nicht.
- Eine der wichtigsten und einfachsten Techniken zur Erreichung tiefer Trancezustände besteht im Rahmen eines mehrere Sitzungen umfassenden Trainings darin, *posthypnotische Suggestionen für die nächste Trance* zu geben, etwa dass sie einfacher und schneller erreicht werden kann und noch angenehmer und tiefer sein wird (Erickson 1952 S. 26ff). Hinzukommen können Suggestionen, dass der Patient mehr und mehr bewusst und unbewusst über seine individuelle Art in Trance zu gehen lernen kann, und er sich von seinem Unbewussten überraschen lassen kann, welche neuen Erfahrungen er machen wird und welche neuen Wahlmöglichkeiten er entwickeln wird.

Grundsätzlich handelt es sich bei Feedback-Prozessen durch Erwartung um Dynamiken, die analog zum Wirkmechanismus des *Placeboeffektes* verstanden werden können. Gelegentlich wird auch davon gesprochen, dass Hypnose „Ansatzpunkte für das systematische Auslösen des Placeboeffektes oder

der Spontanremission sucht“ (z. B. Lenk 1993, S. 373). Um dies zu verdeutlichen sollen noch einige grundlegende Zusammenhänge zwischen Placeboeffekt, Erwartung und Therapiebeziehung erläutert werden.

In der Psychotherapieforschung werden *Placebo-Kontrollgruppen* sehr unterschiedlich operationalisiert. Eine sehr „effektive“ Placebo-Behandlung wie Gespräche mit „warmherzigen Professoren ohne formelle Therapieausbildung“ kann unter Umständen ebenso gut wirken, wie die eigentliche Behandlungsbedingung, also Gespräche mit ausgebildeten Therapeuten. Eine „richtige“ Placebo-Behandlung hingegen hat gar keine Wirkung oder bewirkt sogar eine Verschlechterung. Auf einige methodologische Aspekte von Placebo-Kontrollgruppen und die Interpretation von Effektstärken wird im Abschnitt „Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ eingegangen. Grawe et al. (1994, S. 711ff) schließen aus den Differenzen in der Höhe der Effektstärken von Placebo-Kontrollgruppen, dass alleine eine gute therapeutische Beziehung ohne spezifische therapeutische Techniken bereits therapeutische Wirkung hat. Daher wird zwischen *spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren* unterschieden. Grawe et al. (1994, S. 713) betonen, dass jeder Therapeut diesen unspezifischen Wirkfaktor nutzen können muss und schreiben schließlich: „Dafür hatte der Hypnotherapeut Milton Erickson eine besonders klare Einsicht, der geradezu als Virtuose in der spezifischen Nutzung dieses „unspezifischen“ Wirkfaktors angesehen werden kann.“. In der Psychotherapieforschung wird eine gute therapeutische Beziehung als eine der Voraussetzungen für unspezifische Therapieeffekte einschließlich des Placeboeffektes betrachtet. An den Placebo-Medikamenten in der pharmakologischen Forschung wird aber auch deutlich, dass das eine Beziehung keine notwendige Voraussetzung des Placeboeffektes ist. Entscheidend scheinen letztendlich die *Entstehung einer Erwartung und die Auslösung eines positiven Feedback-Prozesses* zu sein. Hierbei spielt es eine untergeordnete Rolle, wie die Erwartung und der Feedbackmechanismus ausgelöst wurden. Ablaufen kann ein positiver Feedbackprozess durch Erwartung auf allen Regulationsebenen des Organismus, von elementaren physiologischen bis zu höheren kognitiven Funktionen und auf Verhaltensebene.⁸¹

Grawe (1998, S. 30) vertritt mit Bezug auf Kirsch (1990) die Auffassung, dass die Wirkung von Hypnose allein auf die Veränderung von Erwartungen reduziert werden könnte. Diese wird in dieser Arbeit nicht geteilt, da eine Reihe von Phänomenen (siehe den Abschnitt „Trancephänomene“) nicht allein durch Erwartungen erklärt werden können, sondern durch Dissoziation und weitere, über Erwartung weit hinausgehende Effekte. Auf einige theoretische und empirische Grundlagen von Dissoziation wird im Abschnitt „Teile-Arbeit“ weiter eingegangen. Festgestellt werden kann allerdings, dass in der Hypnotherapie die Verstärkung und Nutzung unspezifischer Effekte einschließlich des Placeboeffektes und der Veränderung von Erwartungen v. a. durch posthypnotische Suggestionen systematisch anstrebt wird und zu den grundlegenden Wirkmechanismen zählt.

⁸¹ Dem im Abschnitt „Ideomotorische Methoden“ erläuterten Carpenter-Effekt liegt ein sehr ähnlicher Feedbackmechanismus zu Grunde.

5.2.1.2 Zeitprogression

Ähnlich dem Grundmechanismus der Dezentrierung impliziert eine *Assoziation mit einem imaginierten, zukünftigen, erwünschten Zustand durch Zeitprogression* die Dissoziation vom gegenwärtigen, evtl. unerwünschten Zustand. Auch Zeitprogression erfolgt durch Imagination und Visualisierung, also genau genommen durch das Trancephänomen der komplexen Halluzination. Die in folgenden verglichenen technischen Varianten zur Induktion und Nutzung von Zeitprogression unterscheiden sich erheblich in ihrer Durchführung, dem Ausmaß ihrer Strukturiertheit und vor allem in Form und Ausmaß der Einbeziehung unbewusster Anteile und Prozesse.

In der ersten und bis heute maßgeblichen Arbeit zur therapeutischen Nutzung von Zeitprogression beschreibt Erickson (1954) anhand von fünf Fallbeispielen mehrere komplexe Varianten von Techniken, mit denen er über einen Zeitraum von 15 Jahren experimentiert hatte. Zum Begriff *Zeitprogression* benutzte er synonym die Begriffe *Zukunftsprojektion* und *Pseudo-Orientierung in der Zeit*. In der Hypnotherapie ist heute oft von „der Kristallkugeltechnik“ in Form einer standardisierten, technisch sehr reduzierten Variante die Rede. Die ursprüngliche technische Flexibilität geht hierbei verloren, daher soll an dieser Stelle auf den Originalartikel etwas genauer eingegangen werden: In allen Fällen wurden außer Zeitprogression auch andere Techniken, wie z.B. auch Altersregression, eingesetzt. Alle fünf Therapien erstreckten sich über mehrere Sitzungen. In dreien der fünf Fälle bestand die Durchführung der Zeitprogression darin, dass die Patienten sich selbst in einer in Trance halluzinierten Kristallkugel sahen, wie es Ihnen nach der Lösung ihres Problems gehen würde. Hinzu kamen weitere Kristallkugeln, in denen einzelne der Lösung vorangehende Handlungen imaginiert wurden. Die Metapher der Kristallkugel ist hierbei nur eine von beliebig vielen Möglichkeiten Zeitprogression zu induzieren, die lediglich verwendet wurde, weil die kulturell bestehenden Mythen über Kristallkugeln bei bestimmten Patienten gut genutzt werden können. Teilweise befragte Erickson die Patienten, inwiefern die Therapie und sein Handeln als Therapeut zur Lösung des Problems beigetragen hätten. Bei dreien der fünf Patienten wurde aus strategischen Erwägungen eine posthypnotische Amnesie suggeriert, wobei es sich nicht um dieselben drei Fälle handelte, in denen die Kristallkugel-Metapher angewendet wurde. Die Inhalte der Progressionen betrafen größtenteils andere Ereignisse als eine direkte Lösung des Problems, die eigentlichen Therapieziele wurden nicht direkt, sondern indirekt erreicht. Z. B. im Fall einer Agoraphobikerin bedeutete dies, dass sie nicht das Verlassen des Hauses imaginierte, sondern den Besuch der Hochzeit einer engen Freundin und Vorbereitungen wie das Kaufen eines Kleides, worin das Verlassen des Hauses indirekt enthalten war. Das Prinzip der Indirektheit wurde v. a. im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ beschrieben. Die Patienten berichteten schließlich die spontane Ausführung von Handlungen, die sie nicht bewusst geplant hatten und über die sie selbst überrascht waren.

Den *Wirkmechanismus* von Zeitprogression beschreibt Erickson (1954, S. 23) so, dass die unbewusst entwickelten Zukunftsvorstellungen bei speziellen Gelegenheiten im realen Leben der Patienten als

Reaktionsmöglichkeiten ausgelöst werden. Er stellt außerdem fest, dass diese unbewusst entwickelten Vorstellungen im Gegensatz zu bewussten Phantasien keinen grandiosen, unrealistischen Charakter haben, sondern durchführbare Verhaltensweisen und *realistische, erreichbare Ziele* repräsentierten. Um diese unbewusst entwickelten Reaktionsweisen zu schützen wurde teilweise posthypnotische Amnesie induziert. Als weiteren Bestandteil des Wirkmechanismus führt Erickson (1954, S.1, S.24) die an die Gestehtgesetze und den Zeigarnik-Effekt erinnernde Überlegung an, dass *einmal initiierte Handlungen dazu tendieren, beendet zu werden*. D. h. sobald im realen Leben der Patienten die Auslöser für die unbewusst entwickelten Zukunftsvorstellungen auftauchen, werden die entsprechenden Handlungen als Reaktionen initiiert und laufen scheinbar automatisch und unwillkürlich ab, ohne dass der Patient sich bewusste Mühe geben muss, bis der imaginierte Zustand, der das Therapieziel indirekt mit enthält, erreicht ist. Die Begriffe *Erwartungshaltung* und *Übung* werden von Erickson erwähnt, aber nicht weiter ausgeführt (S. 1).

Als die strukturierteste Vorgehensweise der Zeitprogressionstechniken kann der *Zielrahmen* (Outcome-Frame, Dilts et al. 1980/1985), betrachtet werden, bei dem Wohlgeformtheitskriterien zur verbalen Formulierung von Zielen definiert werden (Tabelle 5-6). Ziele sollen *positiv formuliert* sein und in *sensorisch evidenten, spezifischen Begriffen* im Sinne des Meta-Modells. Nicht das Verschwinden eines Problems, sondern ein stattdessen *erwünschter, positiver Zustand* soll beschrieben werden. Dies lässt sich mit der Frage „Woran werden sie erkennen, dass sie das Ziel erreicht haben?“ zusammen fassen. Hierzu gehört, dass die sensorische Evidenz des *Kontexts*, in dem das Ziel erreicht werden soll, mit Kontextualisierungsfragen definiert wird. Weiterhin soll darauf geachtet werden, dass das Ziel tatsächlich *realistisch und erreichbar* ist, was z. B. darin besteht, dass sich der Patient nur die Ausführung eines eigenen Verhaltens und nicht die Reaktion anderer Personen zum Ziel setzt. Wenn in der Sitzung die Assoziation des Patienten mit dem Zustand des in der Vorstellung erreichten Ziels verstärkt werden soll, ist es weiterhin sinnvoll, den Patienten sein Ziel im *Präsens* statt im Konjunktiv oder im Futur beschreiben zu lassen. Angewendet wird dieser Zielrahmen im Gespräch, indem der Therapeut mit dem Meta-Modell und anderen Fragetechniken den Patienten dabei unterstützt, die Formulierung seiner Ziele oder Wünsche so lange zu verändern, bis die Wohlgeformtheitskriterien erfüllt sind. Dieses Vorgehen ohne formale Tranceinduktion ist eher als kognitiv mit geringerer Beteiligung unbewusster Anteile einzuordnen.

- **positive Formulierung** (nicht weg-von, sondern hin-zu)
- **sensorische Evidenz**, spezifisch beschreiben
- **Kontextualisierung** (wann, wo, mit wem)
- **Kontrollierbarkeit** (realisierbar, z. B. eigenes Verhalten)
- **Präsens** (assoziiierende Formulierung)

Tabelle 5-6: Zielrahmen (Outcome-Frame): Wohlgeformtheitskriterien von Zielen (nach Dilts et al. 1980/1985)

Lösungsfokussierte Gesprächsführung entstand u. a. aus dem Versuch, formale, explizite Induktion von Zeitprogression durch implizite, konversationelle Techniken wie die *Wunderfrage* zu ersetzen. Ericksons Arbeit über Zeitprogression wurde als Ausgangspunkt genommen (De Shazer 1985/1989, S. 116ff), wobei nach und nach einzelne Elemente wie posthypnotische Amnesie und formale Tranceinduktion weggelassen wurden. Der Therapeut stellt den Patienten die Frage, was alles anders wäre, wenn über Nacht ohne sein Wissen und Zutun ein Wunder geschähe, so dass sein Problem verschwunden wäre. Es wird davon ausgegangen, dass der metaphorische Charakter des Begriffes „Wunder“ und die *Überraschung* über die unerwartete Frage auf Seiten des Patienten ausreicht, um eine formale Tranceinduktion zu ersetzen und beim Patienten einen Zustand von Kreativität zu erreichen. Zusätzliche Varianten kombinieren die Wunderfrage mit zirkulären Fragen wie „Woran würde Ihre Frau erkennen, dass ein solches Wunder geschehen ist?“, d.h. der Patient durchläuft außer einer Zeitprogression auch einen Perspektivwechsel und seine Repräsentation des Lösungszustandes erweitert sich. Als Wirkmechanismus wird die Entwicklung einer positiven Erwartungshaltung und einer positiven, sich selbst verstärkenden Feedbackschleife ähnlich einer Self-fulfilling Prophecy gesehen (De Shazer 1985/1989, S. 108ff). Inzwischen betont De Shazer (1998, 1999) nachdrücklich, dass das Stellen der Wunderfrage nur sinnvoll ist, wenn der Patient sich in einem passenden Zustand wie Neugier befindet, der durch geeignete Gesprächsführung durch den Therapeuten zuerst erreicht werden muss. Ansonsten wird die Wunderfrage verschwendet, da beim Patienten lediglich Irritation erzeugt wird und eine Verschlechterung des Rapports die Folge sein kann. Hierauf wurde im Zusammenhang mit den Begriffen der „Reaktionsbereitschaft“ und der „zeitlichen Abstimmung“ bereits im Abschnitt „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“ eingegangen.

Bezüglich der dargestellten Vorgehensweisen Zielrahmen einerseits und den Varianten der Kristallkugeltechnik andererseits nimmt die Wunderfrage eine Zwischenstellung ein, da sie zwar im Gespräch ohne formale Tranceinduktion stattfindet, aber keine Wohlgeformtheitskriterien definiert sind. Stattdessen wird aus den Eigenschaften des als Wunder beschriebenen Zustands u. a. der Auftragsstyp identifiziert, wie im Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ beschrieben wurde. Es sind sowohl bewusste, kognitive Prozesse beteiligt wie auch bis zu einem gewissen Grad unbewusste. Allerdings soll klar hervorgehoben werden, dass Erickson bezüglich des Zweckes und der teilweise bestehenden Notwendigkeit der Induktion von Trancezuständen mit ausreichender Trancetiefe eine deutlich andere Auffassung hatte als De Shazer, der die Induktion von Trance und deren Vertiefung als überflüssig betrachtete.

Der sechste Schritt des im noch folgenden Abschnitt „Teile-Arbeit“ behandelten Six-Step-Reframings wird als *Future-Pace* bezeichnet und besteht darin, dass der Patient in der Imagination ein neues, erwünschtes, erfolgreiches Verhalten assoziiert durchlebt, um den Transfer in den Alltag zu erleichtern. Dies ist eine der einfachsten Vorgehensweisen, um Ressourcen zu generalisieren und ist vergleichbar mit „Probehandeln in senso“ in der Verhaltenstherapie. Ein Wirkmechanismus ist vermutlich, dass hierbei eine *verdeckte Konditionierung* (Cautela 1967, 1975) stattfindet, da das

erwünschte Verhalten bzw. die zu generalisierenden Ressourcen in *sensu* an die kontextspezifischen Stimuli konditioniert werden. Zusätzlich können posthypnotische Reaktionen mit entsprechenden Auslösern verknüpft werden. Gleichzeitig mit dem Future-Pace kann auch der fünfte Schritt des Six-Step-Reframings durchgeführt werden, der so genannte *Ökologie-Check*. Hierbei soll auf innere Einwände geachtet werden, die darauf hinweisen, dass der Patient bezüglich des Ziels oder der bislang erarbeiteten neuen Wahlmöglichkeiten zur Erreichung des Ziels inkongruent ist. Das bedeutet, dass mindestens zwei innere Anteile im Konflikt miteinander sind, und es kann z.B. ein Verhandlungs-Reframing durchgeführt werden, um Kongruenz, eine Kooperation der inneren Anteile, herzustellen. Zum Ökologie-Check gehört auch, dass der Patient überprüft, ob eine neue Wahlmöglichkeit tatsächlich realistisch ist, oder ob er weitere Ressourcen im betreffenden Kontext benötigt. Grundsätzlich wird empfohlen, einen Future-Pace oder eine vergleichbare Technik nach jeder Intervention, nicht nur im Rahmen der Reframing-Formate, durchzuführen, um einen ökologischen Check durchzuführen und den Transfer der neuen Wahlmöglichkeiten und Ressourcen auf den entsprechenden Kontext zu erleichtern.

Eine Gruppe von Vorgehensweisen, die man als *Szenario-Techniken* zusammenfassen kann, können sowohl im Gespräch als auch in Trance angewendet werden. Es werden eine oder mehrere mögliche Entwicklungen durchgespielt, wobei alle oben angeführten Variationsmöglichkeiten (wie z.B. Perspektivwechsel) eingesetzt werden können. Hypothetische Fragen, „Was-wäre-wenn“-Fragen, Worst-Case- und Best-Case-Szenarien als auch die aus der systemischen Therapie bekannten Verschlimmerungsfragen können hier zugeordnet werden. In einer von Schmidt (1999/2004) als *Reise in die Lösungszeit* bezeichneten Vorgehensweise, in der u. a. zirkuläre Fragen angewendet werden, liegt der Schwerpunkt auf den *antizipierten beziehungsgestaltenden Auswirkungen*. So lassen sich wichtige Informationen über vorhandene Ambivalenzen bezüglich einer möglichen Lösung finden, die mit unbewussten Intentionen wie sekundären Gewinnen zusammenhängen können.

Eng verwandt mit Szenario-Techniken ist die mit *Als-Ob-Rahmen* bezeichnete Vorgehensweise, bei der der Patient innerlich in Trance oder auch psychodramatisch auf Verhaltensebene durchleben soll, wie sich ein anderes Verhalten und der zugehörige Zustand anfühlt. Außer kognitiven Informationen wird dem Organismus so eine sensorisch vollständigere Erfahrung vermittelt. Außer Zuständen in der Zukunft können auch andere Zustände durchlebt werden, z.B. durch Identifikation mit anderen Personen, um deren Fähigkeiten zu erlernen. Bandler und Grinder (1975/1980) beziehen sich in ihren Erläuterungen dieser Vorgehensweisen auf die „Philosophie des Als Ob“ von Vaihinger (1911/1924) und erwähnen, dass sich auch Perls (1973/1976) bei der Entwicklung der Gestalttherapie auf Vaihinger bezog.

In der lösungsfokussierten Gesprächsführung werden beim Auftragsstyp Klagender Beobachtungsaufgaben mit Skalierungen gegeben, statt Verhaltensaufgaben, wie beim Auftragsstyp Kunde (De Shazer 1988/1989). In der Grundvariante beobachtet der Patient die Ausprägung des Problems bzw. der Lösung und skaliert dies regelmäßig, so dass in einer späteren Sitzung

Informationen gewonnen werden können, wovon die Ausprägung von Problem bzw. Lösung abhängt. In einer erweiterten Variante gibt der Patient jeden Abend eine *prognostische Skalierung* für den folgenden Tag, wofür er innerlich eine implizite Zeitprogression durchlaufen muss. Am folgenden Abend wird skaliert, was die tatsächliche Ausprägung war, und es wird eine neue Prognose für den nächsten Tag abgegeben. Dieser Ablauf wird bis zur nächsten Sitzung, also in der Regel eine Woche, wiederholt. Wenn die Prognosen zutreffen, hat der Patient offensichtlich eine präzise Vorstellung davon, wovon die Ausprägung von Problem bzw. Lösung abhängt. Wenn die Prognosen nicht zutreffen, kann herausgearbeitet werden, auf welchen Vorannahmen seine falschen Einschätzungen beruhten. So oder so können Unterschiede gebildet und Informationen darüber gewonnen werden, inwiefern der Patient seinen Handlungsspielraum erweitern kann. Da der Patient bei dieser Intervention keinen „Fehler“ machen kann, sondern ein therapeutischer Fortschritt gewissermaßen unvermeidlich ist, handelt es sich um einen therapeutischen Double-Bind.

5.2.1.3 Variierbare Elemente von Zeitprogressionstechniken

Abschließend sollen noch einige grundlegende Elemente angeführt werden, die bislang noch nicht explizit genannt wurden, und die zur Variation von auf Zeitprogression basierenden Interventionen eingesetzt werden können. In Tabelle 5-7 werden die oben beschriebenen Grundtechniken (außer der prognostischen Skalierung) verglichen, inwiefern sie in diesen und den bereits beschriebenen Elementen variieren. Diese Elemente können flexibel kombiniert werden, so dass über die Grundtechniken hinaus für den individuellen Patienten passende Interventionen konstruiert werden können.

Außer dem *Zustand am erreichten Ziel* selbst können auch die *Zeit nach Erreichung des Ziels* sowie *zum Ziel führende Handlungen*, imaginiert werden. In Ericksons Kristallkugeltechnik wurde das Ziel *indirekt* erreicht, da das Ziel nicht *direkt*, sondern stattdessen ein Zeitpunkt in der Zukunft und mehrere dorthin führende Situationen, die das eigentliche Therapieziel alle implizierten, imaginiert wurden. Die Wahrnehmungsperspektive kann sowohl *assoziiert* sein, wie im Future-Pace, oder *visuell-kinästhetisch dissoziiert*, wie bei der Standardvariante der Kristallkugeltechnik oder beim Swish (siehe den Abschnitt „Verdecktes Konditionieren“).

Außer im pseudo-orientierten Zustand *in der Zukunft assoziiert* zu sein, als wäre er die *Gegenwart*, bestehen noch die Möglichkeiten, von dort aus zeitlich in eine *Richtung* zu schauen, also *in die weitere Zukunft*, oder *in die jeweilige Vergangenheit* - die zum Zeitpunkt der Therapie noch Zukunft ist. Dies kann umschrieben werden in dem Satz „Schau zurück von dem Punkt, auf den Du jetzt voraus schaust“ (Trenkle 1997, S. 103). Letztere Perspektive ermöglicht einen imaginären Rückblick von einem ressourcervollen Zeitpunkt in der Zukunft aus, um zur Lösung führende Handlungen und Wahlmöglichkeiten zu finden. Je weiter ein Therapieziel in der Zukunft liegt, desto sinnvoller wird es, den Weg dorthin in *Teilziele* und *Zwischenschritte* zu zerlegen und auch diese zu imaginieren, wie es ebenfalls in der Kristallkugeltechnik geschehen kann. Diese einzelnen Schritte sollten so klein wie

nötig gewählt sein, so dass sie dem Patienten bewältigbar erscheinen.

Ziele können unterschiedlich *spezifisch* imaginiert werden. Wenn es noch nicht möglich ist, ein konkretes Ziel zu beschreiben, kann es stattdessen sinnvoll sein, eine *Richtung* zu beschreiben, in die eine Entwicklung gehen soll. Es kann auch völlig kontraindiziert sein, ein Ziel in Form von konkreten Ereignissen zu definieren, da diese für sich genommen noch nicht relevant sind, z.B. können die Eigenschaften eines zu findenden Berufs als Ziel zunächst wichtiger sein als die konkreten Bedingungen einer bestimmten Arbeitsstelle. Es kann dann sinnvoll sein, herauszuarbeiten, welche *Eigenschaften, Werte oder Qualitäten* in einem Ziel enthalten sein sollen, Gerl (2001, S. 79) bezeichnet dies in Unterscheidung zum konkreten Ziel als *Ergebnis*. Es wird sozusagen das höhere Ziel, das mit einem konkreten Ziel eigentlich erreicht werden soll, beschrieben. Eigenschaften, Werte und Qualitäten bzw. das Ergebnis können durch Nutzung von Trance anders herausgearbeitet werden als durch einfaches Gespräch, z.B. indem das Unbewusste symbolisch oder bildhaft mitteilt, welche Eigenschaften, Werte oder Qualitäten für den Patienten von Wichtigkeit sind. Als Wirkmechanismus kann vermutet werden, dass sobald der Patient in Trance eine intensive emotionale und körperliche Erfahrung des Zustandes machen kann, den er durch Erreichen des konkreten, noch unbekanntes Ziels in seinem realen Leben machen will, ein *Feedback-Prozess* auf einer unbewussten Ebene in Gang kommt, der konkrete Handlungen generiert, die der Annäherung an diesen Zustand dienen. Die Inhalte der Zeitprogression befinden sich also nicht mehr auf einer bewusst-willkürlichen Handlungsebene, sondern eher auf einer unbewussten, intuitiv-abstrakten und emotional-körperlichen. Bei der Durchführung ist es nützlich zu suggerieren, dass das Unbewusste weiß, was für den Patienten gut ist und durch direkte und indirekte Suggestionen universelle Ressourcen wie Kreativität, Flexibilität, Wahrnehmungsfähigkeit, Lernen, Neugier usw. zu evozieren. Alle weiteren im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ angeführten Techniken können bei dieser Art der Zielfindung miteinbezogen werden. Diese Vorgehensweisen sind bei Konflikt- und Problemorientierung nützlich, es erfolgt eine Integration von bewussten und unbewussten Anteilen. Da die Probleme hier indirekt gelöst werden, indem übergeordnete Ziele angesteuert und *universelle Ressourcen zur Generierung neuer Wahlmöglichkeiten* evoziert werden, sprechen manche Autoren (z.B. Lankton 1985, Dilts 1990/1993) auch von *generativem Lernen*.

| Variierbare technische Elemente | | Grundtechniken der Zeitprogression | | | | |
|--|--|---|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | | Kristall- kugel- technik | Wunder- frage | Ziel- rahmen | Future- Pace | Szenario- Techniken |
| Evokation von Zeitprogression | explizite Tranceinduktion | x | | | x | x |
| | Gespräch mit konversationeller, impliziter Tranceinduktion | | x | x | (x) | x |
| Direktheit / Indirektheit | Ziel direkt imaginieren | | x | x | x | x |
| | Zustand imaginieren, der das Ziel indirekt beinhaltet | x | | | | |
| Bewusstsein / Unbewusstes | Beteiligung des Unbewussten | x | x | | x | x |
| | rationaler Diskurs | | | x | x | x |
| Amnesie | posthypnotische Amnesie | x | | | | |
| | Erinnerung an Inhalte der Sitzung bleibt bestehen | | x | x | x | x |
| Wahrnehmungs- position | assoziiert | | x | x | x | x |
| | visuell-kinästhetisch dissoziiert | x | (x) | (x) | (x) | (x) |
| Zeitpunkte | Zeitpunkt, während das Ziel erreicht ist | x | x | x | x | x |
| | Zeitpunkte bevor das Ziel erreicht ist; Teilziele oder Handlungen auf dem Weg zum Ziel | x | | | | (x) |
| | Zeitpunkte nachdem das Ziel erreicht ist | x | x | | | (x) |
| Wahrnehmungs- perspektive | assoziiert im pseudo-orientierten Zustand in der Zukunft als imaginierte Gegenwart | | x | x | x | |
| | Rückblick in die Vergangenheit von einem Zeitpunkt nach Erreichen des Ziels aus | x | | | | |
| | vorausblickend in die Zukunft aus der realen Gegenwart | | | x | | x |
| Spezifität | konkretes Ziel (Ereignis, Handlung) | x | x | x | x | x |
| | Richtung einer Entwicklung | x | x | | (x) | (x) |
| | Ergebnis, höheres Ziel (Werte, Qualitäten des Zielzustandes) | | | | (x) | (x) |
| | universelle Ressourcen evozieren, generatives Lernen | | | | (x) | (x) |

Tabelle 5-7: Varianten von Zeitprogressions-Techniken. x = dieses Element ist in den Hauptvarianten der Grundtechnik enthalten; (x) = dieses Element ist in häufig verwendeten Varianten enthalten.

Pseudo-Orientierung in der Zeit, sowohl Zeitprogression in die Zukunft als auch Altersregression in die Vergangenheit, kann durch die Imagination einer *Zeitlinie* (Andreas und Andreas 1987/1988; James und Woodsmall 1988/1991) veranschaulicht und erleichtert werden. Der Patient gleitet entlang oder auf einer vorgestellten Linie von der Gegenwart aus in bestimmte Zeitabschnitte. Hierbei wird davon ausgegangen, dass im Sinne kognitiver Stile interindividuelle Unterschiede in der Repräsentation von Zeitempfinden bestehen. Dies soll sich darin ausdrücken, in welchen Richtungen in der räumlichen Umgebung ein Patient Zukunft und Vergangenheit subjektiv „empfindet“. Verbale Zugangshinweise während Patienten über Ereignisse in Zukunft oder Vergangenheit sprechen können Formulierungen sein wie „das habe ich hinter mir gelassen“, „eine schillernde Zukunft liegt vor ihr“, „es geht bergab“, „wenn ich die Erinnerungen an mir vorbei ziehen lasse“ oder „die Erinnerungen steigen wieder auf“. Gleichzeitig können entsprechende nonverbale Signale wie Gestikulieren mit den Händen in verschiedene Richtungen oder Drehen des Kopfes beobachtet werden. Nachdem die Richtungen, in denen der Patient Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft wahrnimmt, identifiziert wurden, wird er aufgefordert, diese Richtungen als durch eine Linie verbunden zu imaginieren. Es gibt eine Reihe imaginativ-metaphorischer Vorgehensweisen mit Zeitlinien, wie Wechsel der Perspektive auf die Linie, Veränderung der Entfernung zur Linie und ihrer Lage im Raum, Veränderung von Farbe und Form der Linie, Generalisierung von z.B. als Farben symbolisierten Ressourcen von bestimmten Abschnitten der Linie in andere sowie Kombinationen mit weiterführenden Interventionen wie „Reimprinting“ oder „Core-Transformation“ (siehe die Abschnitte „Altersregression“ und „Teile-Arbeit“).

5.2.1.4 Konversationell-implizite posthypnotische Suggestionen und Zeitprogression in der Gesprächsführung

Von Bedeutung für die Gesprächsführung ist schließlich, dass konversationelle, beiläufig im Gespräch geäußerte, indirekte Suggestionen ohne formale Tranceinduktionen oft *zeitliche Präsuppositionen* bzw. *Implikationen bezüglich der Zukunft* enthalten und daher ähnliche Wirkungen haben können wie posthypnotische Suggestionen.

Anwendungen hierfür sind indirekte Suggestionen im Rahmen des Vorgesprächs bezüglich der folgenden Trance oder Intervention, die die Induktion erleichtern und als *Präinduktion* oder *Seeding* bezeichnet werden. Abschließende Äußerungen und Zusammenfassungen des Therapeuten am Ende einer Sitzung oder als beiläufige Bemerkungen geäußerte indirekte Suggestionen beim Verabschieden des Patienten während dieser das Therapiezimmer verlässt, können eine ähnliche Wirkung haben (zu Beiläufigkeit siehe den Abschnitt „Einstreutechniken und allgemeine Grundlagen indirekter Suggestion“). Die Wunderfrage sowie Szenario-Techniken stellen, wie oben erläutert, systematische Anwendungen konversationeller Tranceinduktionen dar. Die „Mini-Max-Interventionen“ (Prior 2002) arbeiten größtenteils mit zeitlichen Implikationen, die das Problem in der Vergangenheit belassen und die bereits begonnene Entwicklung einer Lösung in der Gegenwart suggerieren.

Umgekehrt ist zu bemerken, dass ein unreflektierter, unsystematischer Gebrauch von Sprachmustern

in der Therapie unerwünschte suggestive Auswirkungen haben kann, v. a. indem die Unmöglichkeit einer Lösung und die Stabilität des Problems impliziert werden.

5.2.2 Altersregression

Ebenso wie Dezentrierung und Zeitprogression erfolgt Altersregression durch Imagination und Visualisierung und stellt damit ebenfalls eine Unterkategorie des Trancephänomens der *komplexen Halluzination* dar, zu dem das Trancephänomen der *Hypermnese* hinzukommt.

Therapeutische Teilziele bei der Durchführung von Altersregression können sowohl die *Evokation von Ressourcen* als auch *Klärung unbewusster Intentionen* sowie die *Entstehung von Einstellungen, Erwartungen und Überzeugungen* sein, die in Gegenwart limitierend und irrational erscheinen. Hierbei kann es sich sowohl um einzelne Traumata handeln als auch Abfolgen von Ereignissen, bei den möglichst ein frühestes identifiziert werden sollte, oder langfristige Beziehungskonstellationen und Interaktionsmuster, wie z.B. Parentisierung.

Interventionen mit Altersregression kommen in der Regel in Therapien zu Anwendung, in denen gleichzeitig *problem-, konflikt- und bindungsorientiert* vorgegangen wird. Am konsequentesten geschieht dies in der Hypnoanalyse. Bestimmte Interventionen wie der unten erläuterte „History Change“ zielen zwar - in der ursprünglichen, minimalistischen Konzeption der Entwickler - zunächst nur auf die Behandlung eines Symptoms wie einer Phobie ab, womit sie eher der Symptomorientierung zugeordnet werden können, beinhalten mit der Altersregression und der Bewusstmachung und Bearbeitung des auslösenden, traumatischen Ereignisses aber zumindest in einigen Elementen eine Problem- und Konfliktorientierung. Wenn Altersregression ausschließlich zur Evokation von Ressourcen eingesetzt wird, kann das Vorgehen auch rein *symptomorientiert* sein.

Unklar ist, inwieweit es zu einem vollständigen Wiedererleben, einer *Revivifikation*, vergangener Ereignisse überhaupt kommen kann, oder ob nicht bei jeder Altersregression durch die *Konstruktion* von Erinnerungen zumindest zu einem gewissen Anteil immer eine *Konfabulation* stattfindet, die eine Verzerrung der Inhalte, eine Vermischung von realer Erinnerung und dazu Phantasiertem, zur Folge hat. Sicher ist, dass unter Umständen vollständige *Fehlerinnerungen* erzeugt werden können, an denen kaum noch ein Anteil realer Ereignisse ist. Ursache hiervon kann ein unvorsichtiger Gebrauch von Sprachmustern und deren Implikationen sein, die bei entsprechenden Erwartungen des Patienten, seiner Reaktionsbereitschaft und erhöhter Imaginationsfähigkeit in Trance zur Suggestion so plastischer Phantasien führen können, die von realen Erinnerungen nicht mehr unterscheidbar sind. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass bei jeder Altersregression beide Prozesse, sowohl Revivifikation als auch Konstruktion von Fehlerinnerungen, in gewissen Anteilen vermischt ablaufen. Über die Problematik von *Fehlerinnerungen* muss der Patient unbedingt aufgeklärt und die Implikationen für die *Auftragsdynamik* müssen überprüft werden. Klassisch ist die Situation, in der eine Patientin mit diffusen psychischen Beschwerden Hypnose möchte, um die „Wahrheit“ darüber herauszufinden, ob sie in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden ist - oder, wie dies leider auch

vorkommt, ein Therapeut seiner Patientin vor einer Hypnose im Gespräch suggeriert, dass sie angesichts ihrer Probleme in der Gegenwart sicherlich sexuell missbraucht worden sei (zu dieser Thematik siehe Yapko 1994).⁸² Sinnvoll hingegen ist es, einen Auftrag zu konstruieren, der beinhaltet, dass ein in der Gegenwart möglichst konstruktiver Umgang mit der nicht beseitigbaren Ungewissheit gefunden werden soll und welche beziehungsgestaltenden Auswirkungen diese Unsicherheit haben kann.

Ein weiterer umstrittener Punkt betrifft die Frage der *Kausalität*, also ob Muster von Verhalten und Erleben in der Gegenwart durch die Vergangenheit überhaupt in irgendeiner Form „verursacht“ werden. De Shazer (1991/1992, 1994/1996) etwa vertritt in seinem lösungsfokussierten Ansatz mit Bezug auf den Poststrukturalismus den radikalen Standpunkt, dass strukturalistische Annahmen, wie eben „Verursachung“ von Verhaltensmustern durch Erfahrungen in der Vergangenheit, nutzlos und hinderlich seien. Wird dies mit dem Patienten nicht angemessen transparent diskutiert, können dadurch neue limitierende Einstellungen suggeriert werden, die den Patienten z.B. daran hindern können, wenigstens zu versuchen, im Sinne einer einfachen Lösungsfokussierung seinen Handlungsspielraum zu erweitern, ohne zuerst vergangene Situationen als vermeintliche Ursachen von Problemen bearbeiten zu wollen.

Ob Altersregression zur motivationalen Klärung tatsächlich indiziert ist, muss im Rahmen der Auftragsdynamik abgeklärt werden. Altersregression stellt keinen Selbstzweck dar, sie dient ebenso wie z.B. Perspektivwechsel immer nur therapeutischen Teilzielen. Die gewonnenen Informationen werden anschließend mit Hilfe anderer Interventionen zur Erweiterung von Wahlmöglichkeiten, der eigentlichen Funktion der Therapie, genutzt. Wie im Abschnitt „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“ ausgeführt besteht die deutlichste Indikation, wenn beim *Vergleich von Problem- und Lösungstrance* Altersregression als ein entscheidendes Element der Problemtrance identifiziert werden kann. Altersregressive Elemente können sich in vielerlei Form zeigen, z.B. in „sich keiner fühlen“, auch mit einer veränderten optischen Perspektive auf andere Personen, sich „schwächer“ oder „jünger“ fühlen, in einer plötzlichen, amnesie-artigen Nicht-Verfügbarkeit vorhandener Fähigkeiten des Erwachsenen in bestimmten Situationen, oder im als „fremdartig“ und unwillkürlich erlebten Wiederholen von Mustern des Erlebens und Verhaltens, die als in der Gegenwart unangemessen bewertet werden. Zu beachten ist bei der Unterschiedsbildung noch, dass Altersregression durchaus auch ein erwünschtes Element einer Lösungstrance sein kann, was an Ressourcen wie Neugier oder Verspieltheit deutlich wird.

5.2.2.1 Grundbegriffe und Induktion von Altersregression

Die Induktion von Altersregression erfolgt am einfachsten durch eine *Affektbrücke* (Watkins 1971).

⁸² Dieselbe Problematik besteht bei der Reinkarnations-Therapie (Rückführungen in frühere Leben), wie sie in der Esoterik-Szene verbreitet ist. Mit dieser Anmerkung soll keine Aussage über die Möglichkeit früherer Leben und Reinkarnation gemacht werden. Es soll lediglich darauf aufmerksam gemacht werden, dass auch hier die Problematik der Fehlerinnerungen in der Regel nicht reflektiert wird.

Ein in der Gegenwart wahrgenommenes Gefühl wird aufgegriffen und der Patient soll durch seine Erinnerungen zurückgehen bis zu einem Zeitpunkt, an dem er dieses Gefühl zum ersten Mal hatte. Es ist sinnvoll, die Suggestionen so zu formulieren, dass der Patient nicht aktiv und bewusst zu suchen braucht, sondern sein Unbewusstes den Prozess der Suche für ihn durchführen kann. Nicht immer notwendig aber oft nützlich ist die vorausgehende Induktion eines unspezifischen Trance- und Entspannungszustandes. Hierbei können eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Körperwahrnehmungen, die zu diesem Gefühl gehören, hilfreich sein sowie alle Varianten von Überlappungstechniken (siehe den Abschnitt „Aufmerksamkeitsfokussierung“). Statt eines Affektes bzw. einer kinästhetischen oder taktilen Wahrnehmung können auch visuelle oder akustische Stimuli genutzt werden. Besonders hilfreich kann es sein, den Patienten nach olfaktorischen oder gustatorischen Stimuli zu befragen, da deren Afferenzen nicht nur über den Thalamus in den somatosensorischen Kortex sondern teilweise ohne Umweg direkt in das limbische System geleitet werden und daher unmittelbarer mit Inhalten des Langzeitgedächtnis verknüpft sind, so dass sich Erinnerungen durch Überlappen in diese Kanäle stark intensivieren lassen.

Stößt der Patient im Falle traumatischer Erinnerungen auf alte, bislang nicht oder nur unvollständig ausgelebte negative Affekte, kann es zu einer *Abreaktion*, dem aktualisierten, intensiven Durchleben dieser Affekte kommen. Ist dieser Prozess vollständig und führt zu einer Erleichterung spricht man von *Katharsis*. Bei diesen Erinnerungen und Affekten kann es sich um Inhalte handeln, die bislang amnestisch oder verdrängt waren, genauso gut können aber auch weitere Aspekte oder Bestandteile von teilweise bewussten Erinnerungen erschlossen werden, z.B. weitere Details von Handlungsabläufen oder verdrängte Gefühle zu Erlebnissen. Der Vorgang der Abreaktion bzw. der Revivikation kann außer der ideosensorisch auftauchenden Erfahrung auch ideomotorische Reaktionen von Bewegungen auslösen und zum Einnehmen zunächst unverständlicher Körperhaltungen führen.

Gerade bei der Bearbeitung traumatischer Erinnerungen kann es wichtig sein, zuerst geeignete *Sicherheitsmaßnahmen* vorzunehmen. Der Patient sollte zunächst unbedingt in den Grundfähigkeiten der *Reorientierung* und der *visuell-kinästhetischen Dissoziation* ausreichend trainiert sein, außerdem sind in der Imagination aufgebaute *Ressource-Zustände* wie der „sichere Ort“, eine „Kraftquelle“ oder innere Helfer hilfreich (siehe Abschnitt „Imagination und Visualisierung“). Wenn beim Erreichen der traumatischen Erinnerung die Affekte zu überwältigend sind oder Abreaktion und Katharsis als therapeutische Ziele nicht angestrebt sind, was bei einigen weiter unten dargestellten Vorgehensweisen wie „History Change“ der Fall ist, kann zunächst eine visuell-kinästhetisch dissoziierte Wahrnehmungsposition eingenommen und durch geeignete Veränderung von *Submodalitäten* wie Vergrößerung der Entfernung, schwarz-weißer statt farbiger Wahrnehmung oder leiseren Geräuschen stabilisiert werden. Ebenso können schützende Symbole wie eine Glasscheibe oder ein Schutzschirm imaginiert werden, oder eine distanzierte Perspektive wie in einen Fernseher oder auf eine Kinoleinwand eingenommen werden (siehe auch Abschnitt „Dezentrierung“).

Sobald eine visuell-kinästhetisch dissoziierte Wahrnehmungsposition stabil etabliert ist, kann dem Patienten die Frage gestellt werden, *welche Ressourcen er gebraucht hätte*, um die damalige Situation besser zu bewältigen und zu anderen Entscheidungen und Einstellungen zu gelangen. Wenn es Patienten auch von der Außenperspektive aus schwer fällt zu benennen, was er damals gebraucht hätte, kann man den Perspektivwechsel erweitern, indem der Patient gefragt wird, was er für ein anderes Kind im jeweiligen Alter, das er als Erwachsener irgendwo antreffen würde, tun würde. Gerade nach Gewalterfahrungen handelt es sich dabei oft um tröstende Zuwendung, daher wird dieser Prozess auch *Re-Parenting* (Neu-Beelterung) genannt. Da es sich aber auch um völlig andere Ressourcen handeln kann wird allgemein auch von *Rekonstruktion* gesprochen, Re-Parenting kann demnach als eine Unterkategorie von Rekonstruktion betrachtet werden. Im nächsten Schritt imaginiert der Patient, was passiert wäre, wenn die benötigte Ressource vorhanden gewesen wäre. Im Falle der tröstenden Zuwendung kann das erfolgen, indem er sich vorstellt, das Kind in den Arm zu nehmen. In einem weiteren Schritt kann der Patient imaginieren, wie er sich als Kind gefühlt hätte, wenn er in dieser Form getröstet worden wäre. Zu beachten ist hierbei, dass die Wahrnehmungspositionen hier gestuft gewechselt werden können von einer zunächst unbeteiligten Person über eine beteiligte erwachsene Person zurück zur assoziierten Position des betroffenen Kindes.

Beim Wechsel der *Wahrnehmungspositionen* sind vielfältige Varianten möglich. Außer einer dissoziierten kann eine *doppelt-dissoziierte Position* eingenommen werden, um mehr emotionale Distanz zu ermöglichen. In der Traumatherapie kann es in einzelnen Fällen auch hilfreich sein, die Wahrnehmungsperspektive eines Täters einzunehmen. Die durch *Identifikation mit dem Aggressor* entstandenen Täter-Introjekte und durch Modellernen internalisierte pathologische und destruktive Verhaltensmuster können so bearbeitet werden.

Auch bei den integrierbaren *Ressourcen* sind viele Varianten möglich, eine besondere besteht darin, dass der Therapeut selbst als handelnde Person in der Erinnerung hinzugefügt wird. Es wird ein *therapeutisches Introjekt* erzeugt, wie dies im Fallbeispiel des Februarmannes beschrieben wird (Erickson und Rossi 1979/1981, 1989/1991). Eine Patientin, die sich nicht zutraute Kinder zu erziehen, da sie selbst als Kind sehr wenig Zuwendung bekam, erlebte in mehreren Trance-Sitzungen eine zweite Kindheit, in der Erickson als gütiger alter Mann sie jedes Jahr im Februar besuchte. Grundsätzlich scheint der Wirkmechanismus all dieser Formen von Rekonstruktion darin zu bestehen, dass *korrigierende emotionale Erfahrungen* (Alexander und French 1946) vermittelt werden, allerdings nicht wie in der Psychoanalyse ausschließlich innerhalb der therapeutischen Beziehung, sondern in der Imagination.

Außer der Konstruktion von Fehlerinnerungen besteht die Möglichkeit, dass der Patient bei der vermeintlich frühesten Erinnerung lediglich eine *Deckerinnerung* hervorbringt. Hierbei handelt es sich um Ereignisse, die nur einen scheinbaren Zusammenhang mit dem Problem oder Symptom in der Gegenwart aufweisen und oft lediglich triviale Ereignisse beinhalten. Es kann angenommen werden,

dass sie eine Schutzfunktion - im psychoanalytischen Sinn der Abwehr - erfüllen, indem sie die Bewusstwerdung einer schmerzlicheren, früheren Erinnerung verhindern sollen. Lässt sich dies nicht durch Suggestionen auflösen, dass der Patient einfach weiter zurück in seiner Erinnerung bis zum wirklich ursprünglichen Ereignis gehen soll, ist es indiziert, mit den unbewussten inneren Anteilen, die den Patienten auf diese Art schützen wollen, zu verhandeln. Vorgehensweisen hierzu werden in den Abschnitten „Kommunikation mit dem Unbewussten“ und „Teile-Arbeit“ beschrieben, eine Möglichkeit wäre ein Verhandlungs-Reframing mit einem ideomotorischen Signalsystem. Ähnliches gilt für die Situation, dass der Patient keine oder nur völlig diffuse Ereignisse erinnert.

Um die Problematiken von Fehl- und Deckerinnerungen zu lösen entwickelte Erickson (1954; Cooper und Erickson 1950) die Vorgehensweise, dass er seine Patienten zunächst mehrere Sitzungen formal in *Zeitverzerrung* kombiniert mit Altersregression trainierte, bis sie in der Lage waren lange Zeitabschnitte ihres Lebens in kurzer Zeit in der Sitzung zu durchleben. Ähnliche Phänomene, die auch als „Nah-Todes-Erfahrungen“ bezeichnet werden, werden von Personen berichtet, die in schwere Unfälle verwickelt waren und diese überlebten. Das Training erfolgt zunächst anhand von Inhalten, die emotional und therapeutisch nicht relevant sind. Die eigentliche therapeutische Intervention findet erst statt, wenn der Patient trainiert ist, dieses Phänomen mit ausreichender Ausprägung hervorzubringen. Der Vorteil gegenüber der herkömmlichen Induktion von Altersregression liegt dann schlicht darin, dass nicht mehr dialogisch vorgegangen werden braucht. Sobald der Patient in Trance die Aufforderung bekommt, einen Lebensabschnitt zu durchleben, in dem relevante Erlebnisse vermutet werden, begibt er sich ohne weitere Suggestionen dorthin und kehrt nach der instruierten real verstrichenen Zeit wieder in die Gegenwart zurück, um dem Therapeuten die relevanten Erinnerungen zu berichten. Der Therapeut hatte so keine Gelegenheit durch unvorsichtige Sprachmuster Inhalte zu suggerieren, es verbleibt lediglich die Möglichkeit suggestiver Einflüsse vor der Hypnose im Sinne einer Präinduktion.

Wird die Altersregression durchgeführt um *Ressourcen* zu evozieren ist der Ablauf der Durchführung grundsätzlich der gleiche, statt einer Abreaktion oder einer Katharsis soll es zu einer intensiven Assoziation der zum Zustand der Ressource gehörenden Wahrnehmungen und Trancephänomene kommen. Für diese durch Altersregression erschlossenen Ressourcen wird gelegentlich auch der Begriff *Referenzerfahrung* verwendet.

5.2.2.2 Therapeutische Teilziele von Altersregression

Das Erinnern und Wiedererleben vergangener Ereignisse dient zunächst der Einsicht oder auch der motivationalen Klärung, einer *Exploration* der Entstehungsbedingungen von Entscheidungen, Einstellungen, Erwartungen, Attributionsmustern und allgemein Mustern von Erleben und Verhalten. Wichtig sind hier auch alle als Reframing bezeichneten verbalen Vorgehensweisen, da allein die Veränderung der Bedeutung eines Ereignisses eine nachhaltige therapeutische Veränderung bewirken kann. Eine *Katharsis* geht insofern über eine reine Exploration hinaus, als dass das Durchleben bislang

verdrängter Affekte mehr als einen reinen Informationsgehalt bedeutet.

Nimmt der Patient eine *visuell-kinästhetisch dissoziierte Wahrnehmungsposition* ein, wird zur ursprünglichen, natürlicherweise assoziierten bereits eine zusätzliche, neue Erfahrung konstruiert. Diese Konstruktion erfolgt in der Gegenwart und stellt zur ursprünglichen Erinnerung eine alternative Erinnerung dar, die sich in der emotionalen Intensität unterscheiden. Der Patient hat also auf der Ebene der Gedächtnisfunktion gewissermaßen zwei Wahlmöglichkeiten: er kann sich an die ursprüngliche, assoziierte, emotional intensive Erfahrung erinnern oder an die hinzukonstruierte, visuell-kinästhetisch dissoziierte, emotional unbeteiligte Erfahrung. Außerdem sind von einer ressourcervollen Außenperspektive aus oft weitergehende Lernprozesse und Einsichten möglich als in einer assoziierten Position. Die gezielte *Integration von Ressourcen* in die ursprüngliche Erinnerung zur Erzeugung alternativer Erinnerungen mit veränderten Handlungsabläufen stellt die umfangreichste therapeutische Veränderung bei der Arbeit mit Altersregression dar.

Grundsätzlich handelt es sich bei jeder Form der Rekonstruktion der Vergangenheit um die Erzeugung einer *therapeutischen Fehlerinnerung*. Die ursprüngliche Erinnerung bleibt bestehen, ebenso die damit verbundenen Wahlmöglichkeiten. Es bestehen jetzt zwei Lernerfahrungen nebeneinander, als Wahlmöglichkeiten auf der Ebene der Gedächtnisfunktionen, aus der neue Wahlmöglichkeiten auf Verhaltensebene in der Gegenwart resultieren können. Die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten in der Gegenwart durch alternative Lernerfahrungen ist das therapeutische Ziel bei der Durchführung von Altersregression. Dieses gleichzeitige Bestehen von Erinnerungen, einer ursprünglichen und einer therapeutisch konstruierten, sollte mit dem Patienten gründlich besprochen werden, da leider - gerade aus der NLP-Szene heraus - zu viele unseriöse Mythen vom „Auslöschen der Vergangenheit“ kursieren (z.B. bei James und Woodsmall 1988/1991), die im übrigen dem gerade auch im NLP formulierten Grundsatz der Erweiterung von Wahlmöglichkeiten widersprechen.

Streng genommen stellt bereits die visuell-kinästhetische Dissoziation eine Fehlerinnerung dar, weil die im Langzeitgedächtnis gespeicherte Erinnerung natürlicherweise der assoziierten Wahrnehmungsperspektive entspricht. Eine Ausnahme hiervon sind visuell-kinästhetische dissoziierte Erinnerungen, die bereits in der traumatisierenden Situation, also vor der Therapie-Sitzung, vom Patienten spontan erzeugt wurden. Eine selbsthypnotisch herbeigeführte visuell-kinästhetische Dissoziation kann bereits in der Situation der Traumatisierung direkt zum Schutz vor den überwältigenden negativen Affekten eingesetzt worden sein, so dass die Erinnerung daran zunächst auch aus einer visuell-kinästhetisch dissoziierten Perspektive ist.

Grundsätzlich ist das Erzeugen einer therapeutischen Fehlerinnerung, am meisten das Einfügen eines therapeutischen Introjektes, ein Vorgehen, das als „invasiv“ bezeichnet werden muss. Gemäß dem Grundsatz der minimalen Veränderung kann empfohlen werden, mit den Interventionen der Altersregression gestuft vorzugehen, indem kontinuierlich überprüft wird, ob eine weitergehende, invasivere Intervention tatsächlich zur Erreichung des Therapieziels notwendig ist. In Tabelle 5-8 werden Techniken der Altersregression und die zugehörigen therapeutischen Teilziele geordnet nach

dem Umfang der therapeutischen Veränderung zusammengefasst.

| Technik der Altersregression | Therapeutisches Teilziel |
|--|---|
| assoziiertes Wiedererleben zur Exploration, ohne Abreaktion | Einsicht, motivationale Klärung Bedeutungs-Reframing |
| assoziiertes Wiedererleben mit Abreaktion | Katharsis |
| Dezentrierung (Perspektivwechsel), visuell-kinästhetische Dissoziation, Identifikation | erwachsenes, ressourcenvolles Selbst des Patienten als Beobachter Identifikation mit einem anderen, neutralen Beobachter Identifikation mit einer anderen, signifikanten Person |
| Rekonstruktion (History-Change, Reimprinting, Re-Parenting), Einfügen therapeutischer Introjekte | Hinzufügen von ressourcenvollen Aspekten (therapeutische Fehlerinnerung) |

Tabelle 5-8: Techniken der Altersregression und therapeutische Teilziele geordnet nach dem Umfang der therapeutischen Veränderung

5.2.2.3 History-Change, Reimprinting, Fast-Phobia und Zeitlinien

In diesem Abschnitt wird kurz auf einige NLP-Formate eingegangen, in denen die erläuterten Elemente in sehr reduktionistischer Form zusammengefasst wurden. Diese Formate können als Orientierungshilfe genutzt werden, um für den individuellen Patienten passende Interventionen durchzuführen, indem die einzelnen Elemente der Formate flexibel kombiniert werden.

Ein minimalistisches Format der Rekonstruktion stellte der so genannte *History-Change* dar, der auch als alte Phobie-Technik bezeichnet wird, da diese Vorgehen zunächst speziell zur Behandlung von Phobien entwickelt wurde (Bandler und Grinder 1979/1981; Tabelle 5-9). Die Durchführung ist auch in einem leichten, konversationellen Trancezustand ohne formale Induktion möglich. Nach einer Affektbrücke zur traumatisch erlebten, Phobie-auslösenden Situation wird der Patient zur visuell-kinästhetischen Dissoziation angeleitet und aufgefordert, die benötigte Ressource zu identifizieren und zu assoziieren. Ergänzend können die Problemtrance vor der Affektbrücke und die Ressource separat geankert werden (zum Ankern siehe den Abschnitt „Klassisches Konditionieren“). Gegebenenfalls kann auch vor der Intervention bereits eine allgemeine Ressource geankert werden, wobei ein dritter Anker möglich ist oder ein Stapelanker mit der später identifizierten spezifischen Ressource. Schließlich soll die Ressource in irgendeiner Form auf die vergangene Situation übertragen werden, entweder wie oben dargestellt durch Re-Parenting oder indem die Ressource symbolisiert (z.B. als „heilendes Licht“) von der dissoziierten Position den in der Vergangenheit beteiligten Personen gegeben oder „geschickt“ wird. Parallel können analog dem Format „Anker kollabieren“ die Anker für die Problemtrance und die Ressource ausgelöst werden, um so die Integration zu erleichtern. Schließlich soll der Patient die Situation assoziiert mit der integrierten Ressource neu erleben. Dieses Format folgt somit ebenso wie das Format „Anker kollabieren“ der Struktur *Problem + Ressource = Lösung*. Abschließend sollte ein Future-Pace für die neuen Wahlmöglichkeiten in der Gegenwart einschließlich

ökologischem Check durchgeführt werden und die Stabilität der Lösungstrance durch Auslösen des Ankers, der ursprünglich an die Problemtrance konditioniert wurde, getestet werden.

Komplexe Interventionen wie die *Neuentscheidungs-Therapie* in der Transaktionsanalyse (Goulding und Goulding 1979) können laut Bandler und Grinder (1979/1981) auf dieses minimalistische Format des History-Change reduziert werden bzw. als ausgebaute Varianten hiervon verstanden werden.

Dilts (1990/1993; Dilts, Hallbom und Smith 1989/1991) entwickelte zur Arbeit mit Glaubenssystemen und Identität eine Reihe von Erweiterungen dieses Formates, die in Anlehnung an das Konzept der *Prägung* in der Verhaltensbiologie (Lorenz 1935) als *Reimprinting* bezeichnet werden. Die drei Wahrnehmungspositionen 1., 2. und 3. Position und die zeitlichen Orientierungen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft werden systematisch gewechselt und Ressourcen gemäß dem Modell der logischen Ebenen eingeteilt. Statt einem Vorgehen in Trance können für die Wahrnehmungspositionen und zeitlichen Orientierungen auch 3 mal 3 Felder als Bodenanker verwendet werden. Ebenso können zur zeitlichen Orientierung Zeitlinien verwendet werden, die imaginiert oder mit auf dem Boden liegenden Seilen symbolisiert werden.

Allergien verstehen Dilts, Hallbom und Smith (1989/1991, S. 195) als „phobische Reaktion des Immunsystems“, daher soll das History-Change-Format auch zur Behandlung von Allergien eingesetzt werden können. Dissoziations-Metaphern wie Glasscheiben sollen sich hierbei als imaginierter Schutz vor dem Allergen als besonders nützlich erwiesen haben.

| |
|--|
| 1. Ankern einer allgemeinen Ressource |
| 2. Affektbrücke zu Trauma Ankern der Problemtrance Visuell-kinästhetische Dissoziation, traumatische Situation von außen betrachten |
| 3. Identifikation einer speziell für diesen Kontext nützlichen Ressource Ressource evozieren und Ankern (Stapelanker mit allgemeiner Ressource) |
| 4. Integration: symbolisch übertragen und die Anker kollabieren lassen assoziiertes Durchleben der neuen Erfahrung |
| 5. Future-Pace Ökologie-Check Test in Gegenwart: Anker der Problemtrance soll jetzt Lösungstrance auslösen |

Tabelle 5-9: History-Change-Format (modifiziert nach Bandler und Grinder 1979/1981)

Eine spezielle Submodalitäts-Technik ist das Format *Fast-Phobia* (auch schnelle Phobie-Technik; Bandler 1985/1987, S. 57ff), deren Wirkmechanismus auf der *Umkehrung des natürlichen Lernprozesses*, durch den die phobische Reaktion entstand, basieren soll. Es wird davon ausgegangen,

dass eine Phobie oder ein anders Symptom während eines bestimmten Erlebnisses erlernt wurde und ist daher auch nur für solche Probleme anwendbar. Von dieser Erinnerung soll der Patient einen kurzen Film aus einer visuell-kinästhetisch dissoziierten Perspektive imaginieren, der an dem Punkt endet, an dem die Phobie vollständig erlernt war, und der an einem Punkt kurz vor dem Ereignis, das die Phobie auslöste, beginnt. Dann soll der Patient diesen Film schnell, wie in Zeitraffer, rückwärts laufen lassen. Dies soll, wie auch beim Swish, nach der Instruktion durch den Therapeuten vom Patienten selbständig mehrfach hintereinander durchgeführt werden, wobei die Durchgänge durch einen kurzen Seperator-State voneinander getrennt werden sollen.

Die dargestellten Interventionen zur Altersregression können, ebenso wie bei Zeitprogression bereits erwähnt, durch Imagination einer *Zeitlinie* (Andreas und Andreas 1987/1988; James und Woodsmall 1988/1991) erweitert werden und mit anderen Vorgehensweisen wie der *Core-Transformation* (Andreas und Andreas 1994/1995, 1996; siehe den Abschnitt „Varianten von Teile-Arbeit“) kombiniert werden.

5.2.2.4 Konversationell-implizite Altersregression in der Gesprächsführung

Eine Reihe von Techniken, die im therapeutischen Gespräch angewendet werden, induzieren ohne explizite Tranceinduktion auf konversationellem Weg implizite, leichte Trancezustände mit Altersregression, sobald sich der Patient an Erfahrungen in der Vergangenheit erinnern soll. Dies ist analog zu beiläufigen, konversationell-impliziten posthypnotischen Suggestionen zu verstehen.

Bereits ausgeführt wurde im Abschnitt „Spezifische vs. unspezifische Sprachmuster und Suggestionen“, dass das Hinterfragen einer Äußerung des Patienten durch den Therapeuten mit einer im *Meta-Modell* vorgeschlagenen Fragetechnik beim Patienten eine transderivationale Suche auslöst. Dies bewirkt eine konversationelle, implizite Tranceinduktion, da der Patient sich nach innen orientieren und häufig eine Altersregression durchlaufen muss, um die zur Beantwortung der Frage notwendige Tiefenstruktur zu finden (Dilts 1990/1993, S. 224).

Lösungsfokussierende Fragen nach *Ausnahmen vom Problem* induzieren Altersregressionen in Zustände, die recourcenvoll waren, um sie in der Gegenwart zu assoziieren. *Unterschiedsbildende Fragen* beziehen sich ebenfalls auf vergangene Erfahrungen, sowohl beim Vergleich von konstruierter Lösung oder Wunder mit dem Problem als auch beim Vergleich von Ausnahme mit dem Problem, da zumindest das Problem und die Ausnahmen in der Vergangenheit erlebt wurden. Je mehr Ausnahmen oder andere Elemente der Lösung in der persönlichen Vergangenheit des Patienten durch Altersregression in der Gegenwart evoziert werden können, desto weniger müssen Ressourcen durch aufwändigere Vorgehensweisen wie z.B. Modelllernen, bei dem zusätzlich der Schritt der Identifikation mit einem Modell notwendig ist, gewonnen werden, bei denen die Intensität des Ressource-Zustands in der Regel weniger stark ist. Um systemische Fragen nach den *beziehungsgestaltenden Auswirkungen des Symptoms* zu beantworten muss sich der Patient ebenfalls an vergangene Ereignisse erinnern, auch wenn es sich um jüngere, fast gegenwärtige Ereignisse

handelt. Dies gilt auch für *zirkuläre Fragen*, die außer einer Dezentrierung auch eine Altersregression erfordern, wenn sie sich auf vergangene Ereignisse beziehen. Die Fragen nach *bisherigen Lösungsversuchen* (Watzlawick, Weakland und Fisch 1974/1974), die ebenfalls Altersregressionen induzieren, geben in der Regel Aufschlüsse über Interaktionmuster im System und Ausnahmen vom Problem, liefern aber auch Informationen, die für die Auftragsdynamik relevant sind.

Fragen nach Ausnahmen können auch herangezogen werden, um *Generalisierungen* im System von Einstellungen und Erwartungen des Patienten zu hinterfragen und durch *kognitive Dissonanz* zu schwächen. De Shazer (1991/1992) bezeichnet dies in Anlehnung an Derrida (1972) als *Dekonstruktion globaler Rahmen*. Generalisierungen, die die Verwendung von *Verdinglichungen*, die sich linguistisch als *Nominalisierungen* abbilden, einschließen, können hinterfragt werden, indem der Patient mit den Fragen des Meta-Modells dazu aufgefordert wird, einzelne Schritte eines Prozesses zu beschreiben, wofür er ebenfalls eine implizite Altersregression durchlaufen muss. Diese Umkehrung wird als *Verflüssigen von Eigenschaften* oder *Denominalisierung* bezeichnet (siehe auch den Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“).

Neben Kontext- und Bedeutungsreframing bilden letztere Techniken eine weitere elementare Gruppe verbaler Techniken zur Veränderung des Systems von Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern des Patienten. Es handelt sich gewissermaßen um Musterunterbrechungen auf kognitiver Ebene, durch die vorübergehende Konfusion und kognitive Dissonanz hervorgerufen werden. Dies bietet im Moment der häufig entstehenden spontanen Trancezustände des Patienten eine gute Gelegenheit für den Therapeuten, therapeutische Suggestionen zu platzieren und bewirkt eine Destabilisierung des Problem-Attraktors.

Auch im Zusammenhang mit diesen Techniken soll wiederholt werden, dass die *zeitliche Abstimmung* dieser verbalen Interventionen auf der Basis der systematischen Beobachtung nonverbaler Reaktionen des Patienten, wie sie in den Abschnitten „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“ und „Kommunikation, Sprache und Rapport“ dargestellt wurde, entscheidend für den Therapieerfolg ist. Eine Kalibrierung, ob der Patient beim Beantworten einer Frage tatsächlich eine Altersregression durchläuft statt nur oberflächlich verbal zu reagieren ist nützlich, um das Gespräch so zu gestalten, dass eine Erinnerung und der damit zusammenhängende Zustand intensiv genug für eine therapeutische Veränderung werden kann.

5.3 Symptomorientierung

5.3.1 Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente

Es existiert inzwischen eine Reihe von Modellen, in denen Regeln dargelegt werden, wann und wie der Therapeut seinem Patienten vorschlagen kann, zwischen den Sitzungen bestimmte *Verhaltensexperimente* und *Beobachtungsaufgaben* durchzuführen. Häufig werden synonym die Begriffe *Hausaufgaben* und *Verschreibungen* verwendet. Interessanterweise beziehen sich viele der Autoren dieser Modelle zum Entwurf von Verhaltensexperimenten und Beobachtungsaufgaben auf Erickson, angefangen von der Gruppe um Bateson am Mental Research Institut in Palo Alto (z.B. Haley 1963, 1973/1978 oder Watzlawick, Weakland und Fisch 1974/1974), von der strategische Verschreibungen als Interventionsmethode extensiv genutzt wurde und u. a. zur Entwicklung der Strategischen Familientherapie führte, über den Ansatz der lösungsfokussierten Gesprächsführung (De Shazer 1985/1989, 1988/1989) bis hin zu neueren Weiterentwicklungen lösungsorientierter Therapie (z.B. Bertolino und O'Hanlon 2002). Dies ist darauf zurückzuführen, dass Ericksons Konzept der Utilisation und sein Verständnis von selbsthypnotischen Prozessen eine geeignete Basis für die Entwicklung effektiver Verhaltensexperimente und Beobachtungsaufgaben bilden. Im Folgenden können nur die verbreitetsten Konzepte zum Entwurf von Verhaltensexperimenten und Beobachtungsaufgaben dargestellt werden. Rituale, die ein eigenes weites Feld bilden, werden im Abschnitt „Metaphern und verwandte indirekte Methoden“ ansatzweise mit behandelt. Grundsätzlich gilt, dass diese Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente Wahlmöglichkeiten für jeden Auftragstyp (außer bestimmten Besucher-Konstellationen wie Therapie in Zwangskontexten, z.B. Strafvollzug) und damit für jede denkbare Therapiesituation darstellen, auf die der Therapeut im Zweifelsfall immer zurückgreifen kann. Die im Folgenden geschilderten Entscheidungskriterien zur Indikation der einzelnen Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente gemäß der Auftragsstypen entsprechen grundsätzlich denen bei De Shazer (1988/1989, S. 101ff).

Zwei Aspekte sind bei der Formulierung der Instruktion zu Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente von besonderer Bedeutung:

Erstens beinhalten die Instruktionen und die Art der Intervention Vorannahmen und Implikationen, die als indirekte Suggestionen wirken. Hierzu zählen die Vorannahme, dass *Veränderung unvermeidlich* ist und daher früher oder später stattfinden wird (Veränderungsoptimismus) sowie die Vorannahme, dass eine *zeitliche Orientierung auf Gegenwart und Zukunft* nützlich ist (De Shazer 1984, S. 14f; 1985/1989, S. 184ff). Hinzu kommen die in der Intervention enthaltenen *Kontext- und Bedeutungsreframings*, gerade bei Symptomverschreibungen.

Zweitens ist die Art der Intervention ein Teil der *Beziehungsgestaltung* zwischen Therapeut und Patient. In diesem Zusammenhang ist zu sehen, dass das Konzept der Auftragsstypen aus der systematischen Beobachtung davon entwickelt worden ist, wann Patienten die vom Therapeut gegebenen Hausaufgaben durchführen und wann nicht (De Shazer 1982; 1985/1989, S. 99ff). Hierauf wurde

bereits in den Abschnitten „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ und „Kooperation und Auftragsdynamik“ hingewiesen.

Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente können im Prinzip nicht nur bei Symptomsondern auch bei Problem- und Konflikt- sowie Bindungsorientierung genutzt werden. Da ersteres aber häufiger der Fall ist und wegen der grundlegenden Bedeutung der Vorgehensweisen werden sie hier im Abschnitt unter „Symptomorientierung“ eingeordnet. Einen Überblick über Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente gibt Tabelle 5-10 am Ende des Abschnitts „Verhaltensexperimente“.

5.3.1.1 Beobachtungsaufgaben

Die einfachste, als lösungsfokussierte Standardintervention für alle Patienten konzipierte Beobachtungsaufgabe besteht in der Instruktion, dass der Patient beobachten und berichten soll, „*was alles so bleiben soll, wie es ist*“ oder „*was sich von dem, was sich bis zur nächsten Sitzung ereignet, wiederholen soll*“. Diese Aufgabe kann von einer Sitzung zur nächsten gegeben werden, kann aber auch schon vor der ersten Sitzung telefonisch oder brieflich gegeben werden. Diese Aufgabe fokussiert auf Gegenwart und Zukunft, auf Wünschens- und Bewahrenswertes und damit auf Ressourcen. Die Möglichkeit unerwarteter positiver Veränderungen im Zeitraum bis zur nächsten Sitzung wird impliziert (De Shazer 1984, S. 14f). Schließlich ist diese Aufgabe nicht nur für Kunden, sondern für alle Auftragsstypen geeignet, auch für Besucher und Klagende, da sie kein aktives Handeln verlangt. Damit ist sie so entworfen, dass ihre Struktur für alle Patienten *passt* (von Glasersfeld 1981; De Shazer 1985/1989, S. 184ff).

Liegt der Auftragsstyp des Klagenden vor, können weitere einfache *Beobachtungsaufgaben* gegeben werden. Die Grundvariante besteht einfach in der Instruktion, zu beobachten, wann die als Problem bzw. Lösung definierten Muster stärker oder schwächer *ausgeprägt*, besser oder schlechter, häufiger oder seltener sind, und evtl. welche *Umstände* dazu führen oder welche *eigenen Verhaltensweisen* des Patienten dazu beitragen. Um die Kommunikation zu vereinfachen kann der Patient die Antworten *skalieren*. Eine im Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“ erwähnte Variante besteht darin, dass der Patient täglich jeweils am Abend außer der Ausprägung des vergangenen Tages zusätzlich eine Prognose für den nächsten Tag skalieren soll. So werden in jedem Fall, egal ob der Patient mit seiner Prognose recht hat oder nicht, Informationen gewonnen, die sich zur Unterschiedsbildung nutzen lassen. Evtl. können so Ausnahmen vom Problem identifiziert werden oder der Auftragsstyp kann sich vom Klagenden zu Kunden verändern.

Eine spezifischere Beobachtungsaufgabe besteht in der Instruktion „*achten Sie auf das, was Sie tun, wenn sie den Impuls überwinden*“ (De Shazer 1985/1989, S. 179f). Hierbei wird vorausgesetzt, dass das Problem in einem Verhaltensmuster besteht, über das der Patient keine Kontrolle zu haben glaubt und dass im Therapiesgespräch bereits Ausnahmen berichtet wurden, die der Patient bislang aber für zufällig hält. Weiterhin muss die Unterscheidung zwischen Impuls und Verhalten vom Patienten als

plausibel akzeptiert sein (siehe auch die Abschnitte „Reframing“ und „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“). Dem Patienten muss auch plausibel sein, dass er eine potenzielle Kontrolle über das Verhaltensmuster hat. Patienten, die ihr Problem extern attribuieren, also dem Auftragstyp des Klagenden entsprechen, werden diese Aufgabe nicht akzeptieren, sondern diese Instruktion vielleicht als „Unterstellung“ empfinden, sie wären „selbst schuld“. Der ausgehandelte Teil-Auftrag besteht in diesem Abschnitt der Therapie darin, dass der Patient herausfinden will, was sein Handlungsspielraum ist. Diese Beobachtungsaufgabe passt außer bei Kunden in der Regel gut bei Patienten, deren Auftragstyp sich am Übergang vom Klagenden zum Kunden befindet. Sie nehmen sich als Teil des Problem-Musters wahr und sind motiviert, zumindest zu verstehen, wie sie dieses Muster aktiv unterbrechen können. Innerhalb einer Hypnotherapie kann diese Beobachtungsaufgabe wesentlich weiter genutzt werden, als im Rahmen anderer Therapiekonzepte, da nur hier außer mit Verhalten und Kognitionen auch mit selbsthypnotischen Prozessen gearbeitet werden kann (siehe Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“).

5.3.1.2 Verhaltensexperimente

Sobald mit Hilfe ressourcen-evozierender Fragen, die im Abschnitt „Evokation und Kontextualisierung“ beschrieben wurden, Ausnahmen vom Problem und andere Ressourcen identifiziert sind, die der Patient nicht als Zufall sondern als selbst herbeigeführt intern attribuiert, kann die einfache Aufgabe „*tue mehr von dem, was funktioniert*“ gegeben werden. Hierfür sollte der Auftragstyp des Kunden vorliegen, da dies die Aktivität des Patienten erfordert. Sollte der Patient trotz identifizierter Ressourcen ein Klagender bleiben, ist dies ein Hinweis, dass der Auftrag bzw. das Therapieziel hinterfragt und gegebenenfalls neu definiert werden müssen. Häufig kommen in diesem Stadium Ambivalenzen und Konflikte des Patienten zum Vorschein, für deren Bearbeitung erst das Einverständnis des Patienten nötig ist, da sonst der Rapport und die Kooperationsbasis gefährdet sind. Wenn sich keine Ausnahmen vom Problem identifizieren lassen eignet sich die Aufgabe *tue irgend etwas anderes* (De Shazer 1985/1989, S. 167ff). Hierbei wird vorausgesetzt, dass das Problem durch ein Muster hervorgerufen oder aufrechterhalten wird, dessen Unterbrechung zu einer Verbesserung oder dem Verschwinden des Problems führen können. Dies gilt insbesondere für eingeschliffene Interaktions-Sequenzen zwischen mehreren Personen. Auch wenn der Patient kein Kunde ist, sondern die Ursache des Problems extern attribuiert, eben im Verhalten anderer Personen, und daher dem Auftragstyp eines Klagenden entspricht, muss er sich zumindest als ein Teil dieses Musters wahrnehmen und motiviert sein, dieses aktiv zu unterbrechen. Es kann hierbei der *Spontaneität des Patienten* überlassen werden, was genau er dann anderes tut oder es werden innerhalb der Therapie *konkrete Möglichkeiten besprochen und geplant*, was der Patient in bestimmten Situationen anderes ausprobieren kann. Hilfreich können auch indirekte Suggestionen sein, dass der Patient sich von seinem *Unbewussten überraschen* lassen kann, welche neuen Verhaltensweisen es spontan kreieren wird. Sind mindestens zwei Möglichkeiten konkret besprochen, kann auch ein *Zufallselement*

hinzugenommen werden, indem der Patient z.B. eine Münze wirft um zu entscheiden welche Verhaltensweise er ausprobiert.

An dieser Stelle können die bekannten *Verhaltensexperimente der Verhaltenstherapie* nahtlos in Hypnotherapie integriert werden. Bei sozialer Unsicherheit und Vermeidungsverhalten beispielsweise kann eine Angsthierarchie aufgestellt werden und der Patient begibt sich in außerhalb der Sitzungen in die entsprechenden Situationen. Trenkle (1988) z. B. verschreibt stotternden Patienten absichtliches Stottern in Angst auslösenden Situationen, um Vermeidungsverhalten und Unsicherheit zu reduzieren und Kontrollüberzeugung zu stärken, was direkt die Intensität des unkontrollierbaren Stotterns verringern kann. Hierbei findet eine Symptomverschreibung statt, d.h. es wird ein Symptom genutzt, um ein therapeutisches Teilziel zu erreichen.

Ein weiteres Feld ist das der *Symptom-Verschreibung*. Eng verwandt sind das Konzept der *paradoxen Intention* (Frankl 1960) oder der Position der *Nicht-Veränderung* seitens des Therapeuten. Zu den mutmaßlichen Wirkmechanismen zählt in jedem Falle die Musterunterbrechung, teilweise auch das Erzeugen von Reaktanz.

Nimmt ein Therapeut die Position der Nicht-Veränderung ein, spielt er damit häufig die regressive Polarität des Patienten aus, was diesen dazu bringen kann, aus Reaktanz heraus seine progressive Polarität zu aktualisieren. Das Muster, in dem sich diese beiden Polaritäten in Form einer sich selbst aufrechterhaltenden Feedbackschleife bislang gegenseitig blockierten, ist damit unterbrochen. Ähnliches gilt für das systematische Wechseln von *Optimismus und Pessimismus* durch den Therapeuten (De Shazer 1977; 1984, S. 16). Das *Ausspielen von Polaritäten* wurde bereits im Abschnitt „Inkongruenz“ angesprochen und wird im Abschnitt „Teile-Arbeit“ erneut aufgegriffen. Eine wichtige Rolle hierbei spielt die genaue Beobachtung nonverbaler Signale des Patienten, wie dies im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ dargestellt wurde. Auf die Probleme strategischer Beziehungsgestaltung wurde ausführlich im Abschnitt „Kooperation in der Therapie“ eingegangen.

Symptomverschreibungen können zum Erreichen *therapeutischer Teilziele* eingesetzt werden. Erickson verschrieb einem übergewichtigen Patienten bis zur nächsten Sitzung soviel wie möglich zu essen. Das Muster der bisherigen erfolglosen Lösungsversuche des Patienten weniger zu essen war unterbrochen und er machte die Erfahrung, dass er sein Essverhalten kontrollieren kann. Das Symptom wurde genutzt, um das therapeutische Teilziel zu erreichen, die *Kontrollüberzeugung* des Patienten zu verbessern.

De Shazer (1988/1989, S. 169ff) beschreibt einen Fall, in dem die Patientin über zwei Symptome, Bulimie und Alkoholmissbrauch, klagte. Die Verschreibung bestand in einer Variation der Aufgabe „tue irgend etwas anderes“ mit einem *Zufallsprinzip*. Die Patientin sollte jedes Mal, wenn sie begann sich schlecht zu fühlen, aber noch nicht wusste, ob sie einen Fressanfall haben oder sich betrinken würde, eine Münze werfen, um sich für eines der beiden Symptome zu entscheiden. Die beiden Symptommuster wurden genutzt, um das therapeutische Teilziel der *Musterunterbrechung* zu

erreichen und *Reaktanz* hervorzurufen. Wichtig ist, dass die Musterunterbrechung an der entscheidenden Stelle der Sequenz zwischen Wahrnehmung des Impulses und selbsthypnotischer Initiierung des Verhaltens platziert wurde.

Als *Ordeal* bezeichnet Haley (1989) einen therapeutischen Vertrag, in dem der Patient verspricht, sich selbst bei Ausführung des Symptomverhaltens zu bestrafen. Einer Patientin, deren Symptom darin bestand, dass sie sich vor dem Badezimmerspiegel unaufhörlich im Gesicht kratzte, und die eine starke Abneigung gegen Bohnen hatte, verschrieb Erickson, dass sie eine Dose Bohnen neben den Badezimmerspiegel stellen und bei jedem erneuten Kratzen aufessen sollte. Außer den Informationen über Abneigungen des Patienten ist für derartige Interventionen eine entsprechende Therapiebeziehung notwendig. Ordeals müssen ebenfalls sorgfältig platziert werden, um das selbsthypnotische Muster unterbrechen zu können. Im beschriebenen Fall ist bemerkenswert, dass die Patientin sich völlig über den Wirkmechanismus im Klaren war, wovon bei der leichten Durchschaubarkeit von Ordeals grundsätzlich ausgegangen werden kann. Insofern wird also nicht eine strategische, sondern eine kooperative, transparente Beziehungsgestaltung vorausgesetzt. An der Beschreibung dieses Falles wird außerdem deutlich, wie nützlich Humor in der Therapie sein kann, denn Erickson und die Patientin haben bei der Ausarbeitung des Vertrages wohl viel gelacht.

| Auftragstyp | Beobachtungsaufgabe bzw. Verhaltensexperiment |
|--|---|
| alle, auch Besucher | Was alles soll so bleiben, wie es ist? Was von dem, was sich bis zur nächsten Sitzung ereignet, soll sich wiederholen? |
| Klagende | Beobachten, wann Problem bzw. Lösung besser und schlechter sind Skalierung Prognose für den nächsten Tag (Zeitprogression) |
| Kunden und Klagende am Übergang zum Kunden, die sich als Teil des Problem-Musters wahrnehmen | Achten Sie auf das, was Sie tun, wenn sie den Impuls überwinden. |
| Kunden | Tue mehr von dem was funktioniert (mehr desselben) |
| | Tue irgend etwas anderes Zufallsprinzip (zwei neue, geplante Verhaltens-Muster) Spontaneität des Patienten sich vom Unbewussten überraschen lassen |
| | konkrete Möglichkeiten besprechen und planen Verhaltensexperimente der Verhaltenstherapie |
| | Symptom-Verschreibung Zufallsprinzip bei zwei Symptom-Mustern Ordeal |

Tabelle 5-10: Auftragstypen und geeignete Beobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente

5.3.2 Variation selbsthypnotischer Prozesse

Auf den nun folgenden Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ wurde im Laufe der gesamten Arbeit immer wieder verwiesen, insbesondere in den Abschnitten „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“, „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ und „Kooperation und Auftragsdynamik“, da im Rahmen der hier abgehandelten Analyse selbsthypnotischer Prozesse Informationen gewonnen werden, die auch für die Auftragsdynamik und Entscheidungen des Therapeuten zur Strukturierung des Therapieprozesses relevant sind.

Die Arbeit mit selbsthypnotischen Prozessen wird von vielen Autoren beschrieben (Gilligan 1987/1991, S. 172ff, S. 193ff; 1988; Schmidt 2004, S. 45, 76; 1999/2004, S. 110ff; 2005; Peter 2001; Lenk 2001; Yapko 1992/1995; 2003; Schmierer 1993; Zeig 1994) und lässt sich grob in folgende Phasen bzw. Funktionen unterteilen:

- *Identifikation* eines selbsthypnotischen Prozesses, der für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung eines als Problem empfundenen Erlebens und Verhaltens verantwortlich ist. Dies wird gemeinhin als *Problemtrance* bezeichnet. Es folgt die *Analyse* dieser Problemtrance in eine Sequenz von Schritten, Zuständen (States) und Feedbackschleifen.
- *Konstruktion* eines selbsthypnotischen Prozesses, der ein erwünschtes Erleben bewirken soll und daher als *Lösungstrance* bezeichnet wird. Hierbei werden bereits einige der Techniken verwendet, die im Abschnitt „Posthypnotische Suggestion und Zeitprogression“ beschrieben wurden (z.B. Wunderfrage, Zielrahmen, Szenario-Techniken etc.). Oft lässt sich auch ein selbsthypnotischer Prozess identifizieren, der im Sinne einer Ausnahme vom Problem bereits einer Lösungstrance oder wenigstens einzelnen Elementen davon entspricht. Dann lassen sich die als *Evokation von Ressourcen* beschriebenen Techniken nutzen (siehe Abschnitt „Evokation und Kontextualisierung“). *Analyse* der Lösungstrance.
- *Unterschiedsbildung* zwischen Problem- und Lösungstrance. Hierbei sollen diejenigen Komponenten gefunden werden, die eine nahtlose Überleitung ermöglichen könnten im Sinne von Problemtrance-Exduktion bei synchroner Lösungstrance-Induktion. Im Prozess der Unterschiedsbildung werden Problem- und Lösungstrance weiter analysiert. Evtl. werden hierbei Komponenten identifiziert, die bei der ersten, groben Analyse der Problemtrance noch nicht beachtet worden sind. Die Lösungstrance, die bislang hypothetisch ist, wird durch den Kontrast zur Problemtrance weiter konkretisiert. Hauptmethode ist die *Exploration der Problemtrance* durch *iterierte, willkürliche Variation einzelner Elemente*. Hierbei wird beobachtet, ob sich andere, nicht willkürlich variierte Elemente und damit das Erleben der Trance insgesamt der Lösungstrance annähern oder nicht. Die Logik des Vorgehens ähnelt durchaus der des *systematischen Experiments*, wie es in Methodologie und Versuchsplanung der empirischen Psychologie beschrieben wird.
- Auf der Basis der durch die Unterschiedsbildung gewonnenen *Informationen* kann über das

weitere therapeutische Vorgehen entschieden werden. Im Abschnitt „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“ wurden vier Möglichkeiten unterschieden:

Symptomorientierung:

1. reine Ziel- und Lösungsorientierung
2. Variation selbsthypnotischer Prozesse

Problem- und Konfliktorientierung bzw. motivationale Klärung:

3. Gegenwartssystem
4. Vergangenheit und Herkunftsfamilie

In diesem Abschnitt wird außer Analyse und Unterschiedsbildung von Problem- und Lösungstrance die *Variation selbsthypnotischer Prozesse*, also die 2. Ebene von Symptomorientierung, erläutert. Die anderen drei Ebenen therapeutischen Vorgehens werden in anderen Abschnitten dieser Arbeit erläutert (siehe Abschnitt „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“). In diesem Zusammenhang ist zu sehen, dass selbsthypnotische Prozesse auf unterschiedlichen logischen Ebenen liegen können (Dilts 1990/1993, siehe Abschnitt „Logische Ebenen, Wahrnehmungspositionen und Zeitperspektiven“). Erwartungen z. B., die umgangssprachlich als „Glaubenssätze“ bezeichnet werden, können als selbsthypnotisch induzierte (Mini-)Trancen mit posthypnotischen Suggestionen beschrieben werden (Bandler 1993/1995, S. 187), d. h. ein Prozess, der einer höheren logischen Ebene zugeordnet werden würde, setzt sich als selbsthypnotischer Prozess aus den gleichen Trancephänomenen zusammen, wie ein Prozess, der einer niedrigeren logischen Ebene zugeordnet werden würde. Die Analyse der selbsthypnotischen Prozesse ist auf allen logischen Ebenen sinnvoll, eine reine Variation selbsthypnotischer Prozesse bietet sich eher auf den unteren logischen Ebenen an. Oft ist eine solche Analyse die Voraussetzung dafür, um überhaupt erst diagnostizieren zu können, auf welcher logischen Ebene ein selbsthypnotischer Prozess stattfindet und welches weitere therapeutische Vorgehen damit indiziert ist.

- Wenn nicht direkt der selbsthypnotische Prozess verändert wird, sondern eine andere Art von Intervention durchgeführt wird, so kann durch Analyse von Problem- bzw. Lösungstrance vor und nach der Intervention der therapeutische Erfolg *überprüft* und *getestet* werden. Jede therapeutische Veränderung muss sich unabhängig davon, durch welche Intervention sie herbeigeführt wurde, zwangsläufig auch auf der Ebene der selbsthypnotischen Prozesse bzw. der Informationsverarbeitung manifestieren. Im einfachsten Fall genügt es, den Patienten dem Stimulus, der ursprünglich die Problemtrance ausgelöst hat, auszusetzen. Ebenso kann eine Submodalität, die ursprünglich das unangenehme Empfinden verstärkt hat, variiert werden. Wenn der therapeutische Erfolg tatsächlich stabil ist, kann eine Problemtrance so nicht mehr oder wenigstens nicht mehr so intensiv ausgelöst werden, sondern stattdessen die Lösungstrance.

Die Veränderung selbsthypnotischer Prozesse, eine Problemtrance-Exduktion bei synchroner Lösungstrance-Induktion, stellt letztendlich das Ziel einer Hypnotherapie dar, unabhängig davon,

ob dieses Ziel in der Auftragsdynamik zwischen Patient und Therapeut so benannt wurde oder anders beschrieben wurde, z.B. als Verbesserung der Kooperation innerer Anteile. Die verschiedenen Beschreibungsformen des Therapiezieles wurden im Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ behandelt. Dies bedeutet, dass auch wenn nicht explizit an einer Variation selbsthypnotischer Prozesse gearbeitet wurde, sondern z.B. eine „Teile-Arbeit“ stattgefunden hat, eine solche Variation selbsthypnotischer Prozesse automatisch mit erfolgt und die Problemtrance nicht mehr in der ursprünglichen Form abläuft. Daher können die in diesem Abschnitt beschriebenen Analyse-Methoden auch als Feedback-Instrument zur Kontrolle des Therapieerfolgs eingesetzt werden, wofür weiter unten das Beispiel der Depression angeführt wird.

5.3.2.1 Struktur und Analyse selbsthypnotischer Prozesse

Über die herkömmliche klinische Diagnose hinaus ist in der Hypnotherapie die *Musterdiagnose* zentral (Gilligan 1987/1991). Systeme aus der Verhaltensanalyse wie z.B. das SORCK-Schema (Kanfer und Phillips 1970) können hiermit nahtlos kombiniert werden. Muster werden in der Hypnotherapie als Sequenzen von Trancephänomenen bzw. Trancezuständen beschrieben, wobei die Sequenz als ganze oder zumindest einzelne Abschnitte der Sequenz die Struktur einer sich-selbst-aufrechterhaltenden oder –verstärkenden negativen oder positiven Feedbackschleife haben (Gilligan 1987/1991, S. 193ff) und daher auch in Form von TOTE-Loops beschrieben werden können (Dilts et al. 1980/1985). Zwei Aspekte unterscheiden hypnotherapeutische Musterdiagnostik deutlich von anderen psychotherapeutischen Diagnose-Systemen:

- Die *Struktur eines selbsthypnotischen Prozesses* ist für die therapeutische Arbeit mindestens so relevant wie der Inhalt. Bei ein und derselben Diagnose, z.B. Panikattacken, kann die Analyse des selbsthypnotischen Prozesses zu verschiedenen Ergebnissen und daher völlig anderen therapeutischen Vorgehensweisen führen. Beispielsweise wird eine sich-selbst-verstärkende Feedbackschleife, die aus einem auditiv-kinästetischen Synästhesiemuster besteht, anders bearbeitet als eine durch einen spezifischen Stimulus ausgelöste Altersregression.
- Da die Bewertung von Trancephänomenen und selbsthypnotischen Prozessen von deren kontextbezogenen Zieldienlichkeit abhängt, ist die Voraussetzung für Entscheidungen über die Indikation therapeutischer Strategien die *Unterschiedsbildung zwischen Problem- und Lösungstrance* (Zeig 1994; Gilligan 1987/1991, S. 172ff; Lenk 2001) mit Hilfe unterschiedsbildender Fragen. Ohne Informationen über eine Lösungstrance, die das angestrebte Therapieziel darstellt, haben Informationen über die Problemtrance keine bewertbare Bedeutung, womit auch keine Entscheidungen zur Strukturierung des Therapieprozesses getroffen werden können (siehe Abschnitt „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“). Relevant sind hier *Unterschiede, die einen Unterschied machen* (im Sinne von Bateson 1979/1982).

Die Analyse der Muster selbsthypnotischer Prozesse bezeichnen Dilts et al. als (1980/1985) als

Elizitation. Der Therapeut fordert den Patienten dazu auf, zu beschreiben, was in ihm abläuft und spezifiziert diese Beschreibung mit Hilfe der Fragen des Meta-Modells. Eine konkrete Formulierung kann sein „Wie machen Sie das?“, was die Präsupposition einer Aktivität des Patienten enthält. Andere Fragen sind „Was passiert Schritt für Schritt?“, „Was passiert direkt bevor Sie ... erleben?“ oder „Woran erkennen Sie, dass ... abläuft?“. Hilfreich kann es hierbei sein, dem Patienten zu einem Perspektivwechsel zu verhelfen durch die Metapher, dass der Patient sich vorstellen soll, der Therapeut sei ein Schauspieler, der den Patient vertreten soll, und der genau wissen muss, wie der selbsthypnotische Prozess abläuft, damit er ihn bei sich selbst ablaufen lassen kann. Andere nützliche Metaphern können die Aufforderungen sein, der Patient soll sich den Prozess „in Zeitlupe“ vorstellen oder ihn wie bei einen Video-Recorder „zurückspulen“ oder „vorspulen“.

Die Fragen der Elizitation induzieren beim Patienten in der Sitzung leichte, implizite Trancezustände, was der Therapeut kontinuierlich anhand der nonverbalen Trancezeichen beobachten kann. Wenn der Patient Erfahrungen aus seiner Vergangenheit schildert, sowohl Situationen, in denen er ein Symptom durchlebte, als auch ressourcvolle Erfahrungen, durchläuft er hierbei eine konversationelle, implizite *Altersregression*. Eine Elizitation ist auch bei hypothetischen, imaginierten Erfahrung möglich, dann durchläuft der Patient eine *Zeitprogression* oder eine *Identifikation* mit einem Modell. Die Elizitation bzw. Analyse der Lösungstrance läuft formal genau so ab, wie die der Problemtrance. Eine Elizitation ist auch unabhängig von einer Problem-/Lösungstrance-Unterschiedsbildung z.B. in Kombination mit ressourcen-evozierenden Fragen, sinnvoll, da diese Ressourcen dann besser zugänglich werden (siehe Abschnitt „Evokation und Kontextualisierung“).

Um spezifische Informationen über den selbsthypnotischen Prozess zu gewinnen, ist es sinnvoll, alle Beschreibungen des Patienten, die unspezifisch sind, also Sprachmustern des Milton-Modells entsprechen, durch die Fragen des Meta-Modells zu *spezifizieren*. Metaphorische Redewendungen können aufschlussreich sein, z.B. kann die Formulierung „dann stehe ich neben mir“ ein Hinweis auf eine spontane visuell-kinästhetische Dissoziation sein. Bereits erläutert wurde der Vorgang der Denominalisierung, auch Verflüssigen von Eigenschaften, bei dem ein als Entität repräsentierter Prozess in seine Schritte zerlegt wird.

Außer den direkten, verbalen Beschreibungen des Patienten sind *nonverbale Signale*, Gestik, Zugangshinweise wie Augenbewegungen und Atemmuster, wie im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ dargestellt, relevant, um den selbsthypnotischen Prozess zu analysieren. Da es dem Patienten in der Regel schwer fällt, selbsthypnotische Prozesse verbal zu beschreiben, da sie vorbewusst ablaufen, liefern nonverbale Signale häufig schneller die relevanten Informationen und können dann durch verbales Nachfragen verifiziert werden.

Bei jeder Elizitation wird eine Sequenz und die darin enthaltenden Feedbackschleifen herausgearbeitet. Als aus welchen Elementen diese Sequenz zusammengesetzt beschrieben wird, bzw. welche Konzepte und Kategorien zur Beschreibung der Elemente verwendet werden, kann flexibel danach entschieden werden, welche Beschreibung in der Kommunikation mit dem Patienten zur

Erreichung des Therapiezieles hilfreich ist. Da die Unterschiedsbildung zwischen Problem- und Lösungstrance die Grundlage der Entscheidungen für weitere therapeutische Vorgehensweisen ist, sollen hierbei genau diejenigen Beschreibungskriterien gefunden werden, in denen sich Problem- und Lösungstrance dieses individuellen Patienten unterscheiden. Gesucht werden *Unterschiede, die einen Unterschied machen* (Bateson 1979/1982), darüber hinaus gehende Informationen sind zur Erreichung des Therapieziels redundant. Diese Unterscheidungskriterien können natürlicherweise so vielfältig sein wie die Subjektivität menschlicher Wahrnehmung. Es ist nicht möglich, eine vollständige Aufzählung solcher Kriterien zu geben und es ist auch nicht nötig, dass ein Therapeut alle irgendwo theoretisch beschriebenen Kriterien kennt. Es ist allerdings sinnvoll, dass ein Therapeut, im gleichen Sinne wie bei der Utilisation von Patientenmerkmalen bereits bemerkt wurde, seine Flexibilität in der Wahrnehmung solcher Kriterien kontinuierlich erweitert. Eine Übersicht über mögliche Kriterien gibt Tabelle 5-11.

| Element / Kriterium | Beispiele |
|--|--|
| Trancephänomene | Dissoziation und Assoziation, Altersregression und Zeitprogression, ... |
| Repräsentationssysteme / Sinnesmodalitäten | visuell, auditiv, kinästhetisch (-taktil, -sensumotorisch, -propriozeptiv), olfaktorisch, gustatorisch |
| Submodalitäten | Helligkeit, Farben, Richtung, Lautstärke, Druck, ... |
| kognitive Stile | linear/mosaikartig, fokussiert/diffus, ... Motivation: Annäherungs-/Vermeidungs-Ziele, Werte bzw. kontextbezogene Ziele, ... NLP-Meta-Programme, Zeitlinien, ... |
| motorische Koordination und Physiologie | Atemmuster, Körperhaltung, Economy of Movement, Körperschema, wahrgenommene Körpergröße, ... |
| innerer Dialog | irrationale Kognitionen, Klang der Stimme, ... |
| Repräsentation beziehungsgestaltender Auswirkungen | Reaktionen Angehöriger, Kontaktabbrüche oder Entwertungen, Kommentare anderer Personen, Zuwendung und Aufmerksamkeit, ... |

Tabelle 5-11: Elemente von Problem- und Lösungstrance, die als Kriterien zur Unterschiedsbildung genutzt werden können

Innerhalb der herausgearbeiteten Sequenz sind bestimmte Schritte von besonderer Bedeutung: Am Anfang einer Sequenz steht ein *auslösender Stimulus*, eine *Kontext-Markierung*. Danach erfolgt die *Wahrnehmung des Impulses* zu einem bestimmten Verhaltensmuster. Schließlich wird eine *Entscheidung* darüber getroffen, ob und welches Verhaltensmuster initiiert wird (siehe z. B. Dilts et al. 1980/1985, S. 127ff), d. h. ob sich im wahrscheinlichen weiteren Verlauf die Problemtrance oder ein anderes Muster wie eine Lösungstrance entfaltet. An diesem Punkt spielen die Trancephänomene

Dissoziation vs. Assoziation eine zentrale Rolle, v. a. in der Hinsicht, wie bewusst, willkürlich oder unbewusst, unwillkürlich, automatisch diese Entscheidung erlebt wird. Auch die zeitliche Orientierung mit den Trancephänomenen Altersregression vs. Zeitprogression (evtl. in Form von Zeitlinien) spielen hier eine besondere Rolle sowie motivationale kognitive Stile wie Annäherung vs. Vermeidung (weg-von vs. hin-zu). Beschreibt man den selbsthypnotischen Prozess mit dem TOTE-Modell als Feedbackschleife, entspricht dieser Entscheidungspunkt einem Test. Da nicht nur die Sequenz als Ganzes sondern auch einzelne Abschnitte in der Sequenz sich-selbst-verstärkende oder -aufrechterhaltende *Feedbackschleifen* bilden (Gilligan 1987/1991, S. 194),⁸³ können in einer längeren Sequenz durchaus mehrere Entscheidungspunkte vorkommen.

Dieser Punkt entspricht aus synergetischer Sicht der *Schwelle in einer epigenetischen Potentiallandschaft* oder auch der *Bifurkation* des selbsthypnotischen Prozesses. Selbsthypnotische Prozesse sind natürlicherweise so aufgebaut, dass sie, spätestens sobald ein solcher Punkt überschritten ist, so automatisiert ablaufen, dass sie sich nur noch schwer unterbrechen lassen. Die Identifikation eines solchen Entscheidungspunktes kann auch bei anderen Interventionen, wie z.B. der Konstruktion von Verhaltensexperimenten und der Platzierung von Musterunterbrechungen im Allgemeinen, nützlich sein. Die Beobachtungsaufgabe mit der Instruktion „*achten Sie auf das, was Sie tun, wenn sie den Impuls überwinden*“ (De Shazer 1985/1989, S. 179f) zielt darauf ab, dem Patienten an diesem Entscheidungspunkt zu mehr Handlungsspielraum zu verhelfen.

Natürlicherweise laufen die meisten selbsthypnotischen Prozesse, insbesondere die, welche eine Problemtrance induzieren, automatisch und un- oder vorbewusst ab. Sie werden dem Patienten erst während der Elizitation durch die Fragen des Therapeuten bewusst. Alleine das Zerlegen der Sequenz in einzelne Schritte und deren *Bewusstmachung* kann bereits eine *Musterunterbrechung* bewirken, da der Patient den Prozess bislang als unkontrollierbar ablaufendes Ganzes und nicht als Abfolge einzelner Schritte empfunden hat.

5.3.2.2 Grundstrategien der Variation selbsthypnotischer Prozesse

Sobald eine Problem- und eine Lösungstrance spezifiziert sind, kann eine weitere *Exploration* erfolgen. Durch *Variation* einzelner Elemente der Problemtrance und Beobachtung sich *synchron* mit verändernden Elementen können die relevanten Unterschiede zur Lösungstrance herausgearbeitet werden. Dies sind Elemente, deren Variation das angenehme bzw. unangenehme subjektive Empfinden einer Trance *intensiviert* bzw. abschwächt. Diese Variation kann hintereinander für mehrere Elemente durchgeführt werden, wodurch Zusammenhänge zwischen den Elementen deutlich werden. Gemäß des Prinzips des *minimalen Aufwands* werden Elemente gesucht, deren willkürliche Variation möglichst viele oder alle anderen relevanten Elemente mit variieren (ähnlich einem Kaskaden-, Domino- oder Schneeballeffekt).

⁸³ Es soll an dieser Stelle wenigstens bemerkt werden, dass die Konzepte der synergetischen Systemtheorien (Attraktoren, Ordner usw.) gut geeignet wären, die Dynamiken von Trancezustände und deren Induktion zu beschreiben.

Spielt in einer Problemtrance z.B. der Klang eines Geräuschs eine Rolle, so kann die Quelle in der Imagination weiter weg geschoben werden. Wahrscheinlich wird das Geräusch synchron zur Vergrößerung der Entfernung auch leiser. Auf der visuellen Ebene wird der zugehörige Gegenstand wahrscheinlich synchron kleiner. Die zugehörige unangenehme oder angenehme Empfindung wird mit der Entfernung ebenfalls verändert, handelt es sich um einen angstauslösenden Stimulus, wie eine zischelnde Schlange bei einem Schlangen-Phobiker, wird die Angst mit der Entfernung wahrscheinlich abnehmen und sein Wohlbefinden zunehmen. D.h. Größe, Lautstärke und Empfindung verändern sich durch Variation der Entfernung automatisch mit. In diesem Beispiel entspricht dieser Zusammenhang auch der Erfahrung, die man in der Realität macht, was in der Imagination nicht immer der Fall sein muss. Wenn ein Element identifiziert ist, durch dessen Variation sich mehrere andere Elemente der Problemtrance der Lösungstrance annähern, kann eine therapeutische Veränderung gemäß dem Prinzip des minimalen Aufwandes erreicht werden.

Einen besonderen Stellenwert haben *sensumotorische und taktile Elemente*. Variation der Körperkoordination von Bewegungsabläufen und insbesondere des Atemmusters haben oft Auswirkung auf eine Vielzahl anderer Elemente von Problem- und Lösungstrance und bieten daher Möglichkeiten für elegante Interventionen. An dieser Stelle gibt es eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten zwischen Hypnotherapie und körpertherapeutischen Ansätzen, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden kann.

Die kontinuierliche Überprüfung der Auswirkung der Variation eines Elementes auf das subjektive Empfinden wird als *Testen in der Gegenwart* bezeichnet und stellt - nicht nur im Zusammenhang mit selbsthypnotischen Prozessen - eine in der Therapie elementare Form von Feedback und Kooperation zwischen Patient und Therapeut dar. Manchen Patienten fällt dies leichter, wenn im Stehen gearbeitet wird und für Problem- und Lösungstrance oder für einzelne Schritte der zugehörigen Sequenzen *Bodenanker* benutzt werden. Es kann auch nützlich sein, die einzelnen Explorationsdurchgänge explizit durch Separator-States zu trennen.

Außer der einfachen Variation einzelner Elemente können auch völlig neue Elemente eingefügt werden, aus einem anderen, ressourcenvollen Zustand übertragen werden oder die Sequenz der Problemtrance durch Veränderung der Reihenfolge der Schritte im Sinne einer Musterunterbrechung variiert werden („Rührei“-Technik, Lankton und Lankton 1983, S. 334ff). Überlappungstechniken, wie sie zur Induktion verwendet werden, können ebenfalls genutzt werden, um selbsthypnotische Prozesse zu explorieren und zu variieren. Auch die Kombination mit symbolisch-metaphorischen Imaginationen kann ein Ansatzpunkt zur Variation eines selbsthypnotischen Prozesses sein, indem eine Analogie hergestellt wird („Der Schmerz ist wie...“ z. B. eine Farbe), worauf im Abschnitt „Symptomorientierte Imaginations- und Visualisierungstechniken“ eingegangen werden wird.

In manchen Fällen kann auch eine *Übertreibung eines Elementes* sinnvoll sein, d.h. ein Element wie z.B. die von einem Spinnenphobiker imaginierten haarigen Spinnenbeine können vergrößert werden, was die angstvolle Empfindung zunächst weiter verstärkt, bis diese Größe schließlich völlig

übertrieben ist und nicht mehr Angst auslösend sondern z.B. lächerlich wirkt. Hier besteht zwischen Größe und Angst also kein linearer, sondern ein kurvilinear, umgekehrt u-förmiger Zusammenhang. Andreas und Andreas (1987/1988) geben an, dieses Vorgehen bei der Behandlung zwanghafter Verhaltensmuster einsetzen zu können. Der Stimulus, der das zwanghafte Verhalten auslöst, wird soweit übertrieben, dass die Zwangsreaktion nicht mehr stattfindet und auch in Zukunft vom Stimulus entkoppelt bleiben soll (Compulsion Blowout).⁸⁴ Im verhaltenstherapeutischen Sinn kann dieses Vorgehen als *Implosion in senso* verstanden werden.

In den obigen Beispielen wurden als variierte Elemente der Anschaulichkeit halber Submodalitäten verwendet. Grundlegende detailliertere Therapiestrategien mit Submodalitäten, die aber letztlich alle auf den hier skizzierten Grundprinzipien aufbauen, finden sich bei Bandler (1985/1987) sowie bei Andreas und Andreas (1987/1988). Tabelle 5-12 hingegen gibt einen allgemeinen Überblick über *Trancephänomene*, anhand derer sich Problem- und Lösungstrance unterscheiden lassen. Geary (2001, S. 5) ordnet Trancephänomene auf bipolaren Kontinuen an. Hierbei ist nicht vorgegeben, welcher Pol einer Problem- oder einer Lösungstrance entspricht. Die Zuordnung der Trancephänomene auf Kontinuen ist eine Heuristik, um zu einer gegebenen Problemtrance eine Lösungstrance zu konstruieren, da diese zumindest teilweise Trancephänomene am jeweils anderen Pol aufweisen wird.

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Altersregression | Zeitprogression |
| Amnesie | Hypermnésie |
| Anästhesie Analgesie | Hypersensitivität |
| Katalepsie | Flexibilität / Beweglichkeit |
| Dissoziation | Assoziation |
| positive Halluzination | negative Halluzination |
| Zeitausdehnung | Zeitverkürzung |
| posthypnotische Suggestion | prähypnotische Suggestion |

Tabelle 5-12: Trancephänomene angeordnet auf bipolaren Kontinuen (Geary 2001, S. 5). Analgesie ist in Richtung Mitte verschoben, da sie auf dem Kontinuum Anästhesie - Hypersensitivität liegt.

⁸⁴ Obwohl aus den Ausführungen der Autoren leider nicht hervorgeht, ob es sich dabei tatsächlich um klinisch relevante Zwangsstörungen handeln soll oder lediglich um „zwanghafte“, automatische Verhaltensreaktionen bei ansonsten klinisch gesunden Personen, wird die Intervention hier erläutert, da hier eine Möglichkeit der Variation selbsthypnotischer Prozesse verdeutlicht wird, die ansonsten nicht beschrieben ist.

In Tabelle 5-13 schließlich werden die einzelnen Trancephänomene bei Depression durchgespielt. Yapko (1992/1995) spricht hierbei nicht von Problem- und Lösungs trance, sondern von *therapeutischen und symptomatischen Trancen*. Zu beachten ist, dass z.B. bei Depressionen eine einfache Variation des selbsthypnotischen Prozesses, etwa durch aufhellen und intensivieren der Farben des visuellen Anteils von Erinnerungen, in der Regel keinen nachhaltigen therapeutischen Effekt hat, alleine schon, weil Patienten dazu schlicht nicht in der Lage sind, wenn sie es versuchen sollen. Eine mögliche, aber wesentlich aufwendigere Vorgehensweise ist es, die Amnesie für positive, ressourcenvolle Erinnerungen und die Hypermnesie für negative Erfahrungen umzukehren. Ein solches symptomorientiertes Vorgehen kann aber nur einer von vielen Bestandteilen in der Therapie sein. Bei Depression ist es hingegen häufiger indiziert, nicht symptomorientiert durch Variation des selbsthypnotischen Prozesses, sondern problem- und konfliktorientiert sowie bindungsorientiert zu arbeiten. Die genauere Indikation, z.B. ob hypnosystemisch mit dem Gegenwartssystem oder hypnoanalytisch mit der biographischen Vergangenheit und der Herkunftsfamilie gearbeitet werden muss, wird hierbei nicht einfach voraus gesetzt, sondern aus der genaueren Analyse der selbsthypnotischen Prozesse abgeleitet. Weitere Informationen zur weiteren Strukturierung des Therapieprozesses ergeben sich auch aus Interventionen, die im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ beschrieben sind. Die Veränderung auf Ebene von Trancephänomenen und Submodalitäten stellt sich dann im Laufe der Therapie von alleine ein und liefert damit ein Feedback über den Therapiefortschritt. Interventionen wie Reframing, kognitive Umstrukturierung im Sinne der Verhaltenstherapie oder Durcharbeiten und Einsicht im Sinne der Psychoanalyse bilden sich letztendlich immer auch auf der Ebene von selbsthypnotischen Prozessen und Trancephänomenen ab. Häufig berichten z.B. depressive Patienten bei fortgeschrittener Therapie spontan von positiven Kindheitserinnerungen, wogegen sie sich zu Beginn der Therapie nur an negative Ereignisse erinnern konnten, oder davon, dass ihnen das Leben viel „heller und bunter“ vorkommt. Dies kann umso mehr ein Feedback über den Therapiefortschritt sein, wenn diese Aspekte von Amnesie oder visuellen Submodalitäten gegenüber dem Patienten nie explizit erläutert und bearbeitet wurden.

| Trancephänomene | Depressive Symptomatik |
|---|--|
| Altersregression (einschließlich Hypermnesie und Revivifikation) | <ul style="list-style-type: none"> • Primärer Fokus auf die Vergangenheit • Erinnerung / Wiedererleben von vergangenen Kränkungen, Zurückweisungen, Demütigungen etc. • Verwendung der Vergangenheit als Referenz für Lebensentscheidungen |
| Zeitprogression | <ul style="list-style-type: none"> • Projektion vergangener Kränkungen auf zukünftige Kontexte |
| Amnesie | <ul style="list-style-type: none"> • Mangel an bewusster Erinnerung an vergangene Erfolge oder positives Feedback |
| Katalepsie | <ul style="list-style-type: none"> • Psychomotorisches Zurückbleiben und starres Gehabe |
| Dissoziation | <ul style="list-style-type: none"> • Depressiver Affekt unabhängig von einem Kontext • Selektive Aufmerksamkeit zugunsten von Negativem • Dissoziation vom gegenwärtigen Kontext zugunsten einer Vergangenheitsorientierung • Negative Selbst-Bewertung von „Teilbereichen“ (z.B. Wut) |
| Ideodynamische Reaktionen | <ul style="list-style-type: none"> • Automatische depressionsauslösende Gedanken, Gefühle, Empfindungen und Verhaltensweisen |
| Halluzinationen (positive und negative) | <ul style="list-style-type: none"> • Zurückweisung und Negativismus werden wahrgenommen, wo sie gar nicht sind • Unfähigkeit, positives Feedback zu sehen oder zu hören |
| Sensorische Veränderungen | <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte Beziehung zum eigenen Körper durch physiologische Symptome (z.B. Somatisierung) • Verringerte sensorische Bewusstheit und sensorische Freude |
| Zeitverzerrung | <ul style="list-style-type: none"> • Stärkeres Erleben vergangenen und gegenwärtigen Unbehagens • Schwächeres Erleben zukünftiger Möglichkeiten |

Tabelle 5-13: Trancephänomene bei Depression (Yapko 1992/1995, S. 140f)

Einige Besonderheiten sind bei der Veränderung des *inneren Dialoges* zu beachten. Zunächst können verbale, semantische Aspekte, wie die *Inhalte* oder die Formulierungen von Sätzen, die ein Patient innerlich zu sich selbst sagt, bearbeitet werden. Auf der inhaltlichen Ebene des inneren Dialoges als Teil des selbsthypnotischen Prozesses werden kognitive Stile, motivationale Stile wie Annäherung vs. Vermeidung (weg-von vs. hin-zu), automatische Gedanken, Einstellungen, Attributionsmuster, Erwartungen, „Werte“ als kontextbezogene Ziele, Zeitperspektiven, logische Verknüpfungen (entweder-oder vs. sowohl-als-auch), selbst abwertende oder fatalistische Kognitionen, logische Ebenen, Kognitionen im Allgemeinen usw. deutlich. Diese Inhalte können mithilfe des Meta-Modells hinterfragt und, wenn sie dem Patienten bislang unbewusst waren, bewusst gemacht werden. Häufig wird dem Patienten hierbei auch bewusst, welche bislang unbewusste Absicht er mit einem bestimmten Verhalten eigentlich verfolgt hat. Daraufhin kann ebenso wie in der kognitiven Verhaltenstherapie durch rationalen Disput versucht werden, diese irrationalen Kognitionen bzw. automatischen Gedanken zu verändern, wodurch sich die Problem- der Lösungs- trance annähern

würde. Der Therapeut kann dem Patienten auch vorschlagen, eine Kognition mit geringfügig veränderter *Formulierung* in der Gegenwart zu testen, z.B. indem der Patient einen Satz statt mit einer entweder-oder- mit einer sowohl-als-auch-Verknüpfung innerlich zu sich selbst sagt, und beobachtet, wie sich dies auf sein subjektives Empfinden auswirkt (siehe auch den Abschnitt „Klassisches Konditionieren“).

Genauso gut können aber auch *non- und paraverbale Elemente* wie Stimme, Tonfall, Lautstärke und Richtung variiert werden, womit Hypnotherapie über kognitive Verhaltenstherapie hinausgeht. Diese Elemente haben weniger mit dem Inhalt, sondern mit *Struktur und Form* des selbsthypnotischen Prozesses zu tun (siehe den Abschnitt „Inhalt, Struktur und Form“). Durch Variation des Tonfalls kann sich bei konstant gehaltener Formulierung das subjektive Empfinden komplett umkehren, ein und derselbe Satz kann statt selbst abwertend und unangenehm auch als ironisch und erheiternd empfunden werden, z.B. kann bei einem negativen, kritischen Kommentar die Stimme des Vaters ersetzt werden durch die einer Comic-Figur. Dies bedeutet in der Regel noch nicht das endgültige Erreichen des Therapieziels, kann aber eine Musterunterbrechung bedeuten und dem Patienten mehr Handlungsspielraum vermitteln. Gelegentlich kann eine Veränderung des Tonfalls genutzt werden, um den inneren Dialog dem Patienten überhaupt erst erträglich oder hörbar zu machen, so dass der Inhalt besser bearbeitet werden kann. Wenn die imaginierte Stimme von außerhalb des Sichtfeldes des Patienten kommt, z.B. von ganz nah schräg hinten und bedrohlich wirkt, kann eine Variation von Entfernung und Richtung eine Veränderung des Erlebens bewirken, etwa indem die selbe Stimme von vorne und aus größerer Entfernung imaginiert wird, so dass eine inhaltliche Bearbeitung erst ermöglicht wird. Durch Variation des Tonfalls kann sich auch spontan die inhaltliche Formulierung und damit das Erleben ändern, was den Übergang von der Problem- zur Lösungs- trance erleichtert oder als Mitteilung von Informationen durch das Unbewusste gewertet werden kann.

Ist die Stimme des inneren Dialoges nicht die eigene des Patienten sondern die einer *anderen Person*, kann dies ein Hinweis sein, dass evtl. *systemisch* weitergearbeitet werden sollte, wenn es sich um eine Person aus dem *gegenwärtigen Umfeld* des Patienten handelt, oder *hypnoanalytisch*, wenn es sich um eine signifikante Person aus der Vergangenheit des Patienten, evtl. ein *Introjekt* aus der Herkunftsfamilie, handelt. Dies kann für die Kooperation zwischen Patient und Therapeut bedeuten, dass eine erneute Auftragsklärung angebracht ist. Was andere Personen und Introjekte betrifft, ist noch anzumerken, dass diese nicht unbedingt in Form von akustischen Stimmen sondern auch z.B. visuell in Form von Gesichtern oder taktil in Form von erinnerten Berührungen repräsentiert sein können.

Grundsätzlich macht sich Hypnotherapie den Umstand zu Nutze, dass interpersonale Konstellationen und Konflikte intrapsychisch repräsentiert sein müssen, um sich für den Patienten psychisch auswirken zu können (siehe auch Abschnitt „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“). Das bedeutet, dass auch in einer Einzeltherapie systemisch gearbeitet wird, obwohl die Systeme (Herkunftsfamilie, aktuelle Familie, Firma, Organisation etc.) im Therapiezimmer physisch abwesend sind. An diesem Punkt geht die Arbeit mit selbsthypnotischen Prozessen in „Teile-

Arbeit“ über.

Die Grundstruktur der Vorgehensweise von Elizitation mit Unterschiedsbildung von Problem- und Lösungstrance, Exploration und Variation bleibt grundsätzlich gleich, egal welche der Elemente variiert werden und um welche Art von Problem und Lösung es sich handelt, unabhängig von der logischen Ebene, sie gilt für kognitive Stile, Zeitlinien, Einstellungen usw. genauso wie für Veränderung des inneren Dialoges. Selbstwirksamkeitserwartungen beispielsweise, also Erwartungen bezüglich der Zukunft, können als *selbsthypnotische (Mini-)Tranceinduktionen mit posthypnotischen Suggestionen*, die als selbsterfüllende Prophezeiungen wirken, betrachtet werden und können daher wie jeder andere selbsthypnotische Prozess analysiert und variiert werden, obwohl sie auf einer höheren logischen Ebene einzuordnen sind (Bandler 1993/1995, S. 187; siehe auch den Abschnitt „Logische Ebenen, Wahrnehmungspositionen und Zeitperspektiven“).

Wie im Abschnitt „Klassisches Konditionieren“ beschrieben, können Auslösereize, an die ursprünglich eine Problemtrance konditioniert war, schließlich auch dafür verwendet werden, um die Stabilität der Lösungstrance zu *testen*. Analog kann die ursprüngliche Problemtrance erneut exploriert werden, wobei diese nun nicht mehr auslösbar sein oder in der alten, unkontrollierten Form ablaufen, sondern in die Lösungstrance übergehen sollte. Derartige Tests können z. B. im Rahmen einer Rückfallprophylaxe auch implizit-konversationell ablaufen.

Die hier geschilderten Vorgehensweisen gelten auch für *nicht-klinische Anwendungsbereiche* wie Sporthypnose, wenn z.B. durch spezielle Trancephänomene wie Hyperästhesie oder Zeitverzerrung die Performanz verbessern soll. Oft zeichnet sich die Lösungstrance hier durch eine deutlich veränderte Bewegungsökonomie (Economy of Movement) aus. Eine Problemtrance im eigentlichen Sinn braucht hier nicht unbedingt vorzuliegen, oft geht es darum, einen gegebenen selbsthypnotischen Prozess, der dann formal einer Problemtrance entspräche, zu optimieren.

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass ein grundsätzlicher Vorteil der hier geschilderten Vorgehensweisen darin besteht, dass der *Patient Kontrolle über sein subjektives Erleben* zurück erlangt, die er auch in anderen Kontexten außerhalb bzw. nach Abschluss der Therapie nutzen kann. Dies ist gerade auf dem Hintergrund einer kooperativen Beziehungsgestaltung der Transparenz und der Plausibilität der Entscheidungen des Therapeuten über das Vorgehen hilfreich. Schließlich ist dies der Eigenkompetenz und Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten sehr förderlich.

5.3.3 Imagination und Visualisierung

Nach Induktion von Trance oder leichter Entspannung besteht eine *gesteigerte Imaginationsfähigkeit*. Trancephänomene wie *komplexe Halluzinationen* können induziert und utlisiert werden. Dies ist Voraussetzung für eine Reihe von Interventionen, die unter „Dissoziation und Assoziation“ und „Progression und Regression“ bereits beschrieben wurden und unter „Problem- und Konfliktorientierung“ noch beschrieben werden. In diesem Abschnitt werden lediglich die Grundbegriffe sowie rein *symptomorientierte Techniken* erläutert. Problem- und konfliktorientierte

Techniken bauen darauf auf und werden in den folgenden Abschnitten „Kommunikation mit dem Unbewussten“ und „Teile-Arbeit“ beschrieben.

Obwohl die meisten Interventionen auf Visualisierung basieren, können Imaginationen auch in den anderen *Sinnesmodalitäten* durchgeführt werden, also akustisch, taktil und sensumotorisch. Für letztes wäre das mentale Training durch verlangsamte Imagination von Bewegungsabläufen im Sport ein Beispiel. Zur systematischen Nutzung der Sinnesmodalitäten wurde auf die grundsätzliche Bedeutung von Überlappungstechniken v. a. im Abschnitt „Induktion und Vertiefung von Trance“ hingewiesen.

Der Unterschied zwischen hypnotischen und nicht-hypnotischen Imaginationsverfahren besteht darin, ob *unwillkürliche, ideodynamische bzw. ideosensorische Prozesse* angestoßen werden, oder ob Inhalt und Verlauf einer Imagination ausschließlich willkürlich geplant und gesteuert werden. Letzteres ist bei den Imaginationsverfahren der Verhaltenstherapie wie Desensibilisierung in senso der Fall, ersteres bei hypnotherapeutischen Techniken wie Teile-Arbeit und aufdeckender Altersregression, aber auch bei hypnoiden Verfahren wie dem Katathymen Bilderleben und anderen Wachtraummethode. Im Rahmen der Hypnotherapie können willkürlich gesteuerte Imaginationstechniken (z.B. Future Pace) mit unwillkürlichen, ideodynamischen Prozessen (z.B. Kristallkugeltechnik) flexibel kombiniert werden.

Imaginationen können *konkret-realistisch* sein oder *symbolisch-metaphorisch*, z. B. kann versucht werden, eine Imagination von weißen Blutkörperchen zur Stärkung des Immunsystems möglichst realistisch zu gestalten, wohingegen die Imagination von Haifischen symbolisch hierfür sein kann.⁸⁵ Es werden *Analogien* suggeriert zwischen dem imaginierten Bild und dem zu beeinflussenden Prozess, ähnlich dem Prinzip des *Homomorphismus* bei der Konstruktion von *Metaphern*, d. h. die Aktivität der Haifische soll die weißen Blutkörperchen und das Immunsystem stimulieren.

Bei den Formulierungen der Imaginations-Instruktionen bzw. Suggestionen ist auf die enthaltenen *Implikationen* zu achten. Es sollte kein statischer Zustand, sondern immer die Möglichkeit zur *Dynamik*, zu einer positiven Entwicklung, impliziert werden. Dies ist insbesondere bei komplexeren Imaginationsmethoden sinnvoll, die in mehreren Sitzungen ausgebaut werden können.

Da einfachere Imaginationen auch *ohne Verbalsuggestion* durchgeführt werden können, eignen sie sich besonders gut zur Selbsthypnose. Im Einzel-Setting bieten sich *dialogische* und *fraktionierte* Techniken an. In der Gruppe ist das Vorgehen notwendigerweise insofern *standardisiert*, dass schwerlich auf den individuellen Patienten eingegangen werden kann, sondern eher *universelle Metaphern*, z.B. für Ressourcen, verwendet werden müssen und möglichst *inhaltsfreie Suggestionen*, die der einzelne Patient mit seinen individuellen Themen füllen kann.

5.3.3.1 Symptomorientierte Imaginations- und Visualisierungstechniken

Es folgen nun einige Beispiele von in der Praxis häufig verwendeten Imaginationstechniken. Ein

⁸⁵ Zu diesem Beispiel siehe Revenstorf (1993, S. 158f), der sich auch auf die Unterscheidung zwischen *Zeichen* und *Symbol* bei Jung (1964/1968) bezieht.

weites Anwendungsfeld von Visualisierung ist die *Beeinflussung physiologischer Prozesse*, insbesondere zur Organ- und Wundheilung. Ein einfaches Beispiel ist, dass direkt nach einer Verletzung, wie einer Schnittwunde oder einer Prellung, auf der Wunde Eiswürfel imaginiert werden können um eine Kühlung zu suggerieren. Ist die Verletzung auf einer Seite des Körpers, z.B. an einer Hand, kann das verletzte mit dem gesunden Gewebe verglichen werden, und es kann imaginiert werden, wie das verletzte Gewebe sich dem gesunden wieder angleicht. Ebenso kann von der Erinnerung an die Zeit vor der Verletzung als Referenz-Erfahrung ausgegangen werden oder eine Heilung in Zeitraffer imaginiert werden. Dies kann durch zusätzliche Symbole für Heilung, wie heilem Licht und leuchtenden Farben unterstützt werden.

Zur Beeinflussung von Schmerzen und Tinnitus oder zu Kontrolle von Blutung bei chirurgischen oder zahnärztlichen Eingriffen kann eine *Analogie* zwischen der Intensität des Schmerzes, des Tinnitus oder der Blutung und einem *Symbol* wie einem Schiebe- oder Drehregler, einem Rad oder einer Farbe suggeriert werden. Durch Variation des Reglers, Veränderung der Farbe oder Mischen der Farbe mit ihrer Komplementärfarbe soll dann die Intensität des Schmerzes, des Tinnitus oder der Blutung beeinflusst werden.

Sehr bekannt ist das *Simonton-Programm* zur Behandlung von Krebspatienten (Simonton et al. 1978/1982). Hierbei wird imaginiert, wie Zellen des Immunsystems die Tumorzellen beseitigen. Es können sowohl realistische Bilder von Zellen, ähnlich wie in medizinischen Lehrfilmen, imaginiert werden oder symbolische Repräsentationen, wie Schafe für Leukozyten und Unkraut für Tumorzellen, wobei die Schafe das Unkraut essen und diese Analogie den physiologischen Prozess stimulieren soll. Die Kombination des Simonton-Programms mit Hypnose beschreibt Hartmann (1986, 1991).

Interessant ist bei einigen dieser Methoden, dass eine Wirkung nachweisbar ist, obwohl die Analogie zum physiologischen Prozess sachlich nicht korrekt ist. Bei Krebs z.B. ist die Schwäche des Immunsystems nicht alleine relevant für die Erkrankung, hinzu kommt beispielsweise, dass Tumorzellen aufgrund ihrer veränderten Membranoberfläche von den Zellen des Immunsystems nicht mehr identifiziert werden können. Bei anderen Phänomenen wie Blutungskontrolle bei zahnärztlichen Eingriffen ist der physiologische Mechanismus nicht mal annähernd vollständig bekannt.

Ein weiteres Anwendungsfeld ist Imagination zur *Assoziation von Ressourcen* bzw. ressourcenvollen Zuständen, zum Zweck einer Ressourcen-Aktivierung. Dafür bieten sich oft symbolisch-metaphorische Vorgehensweisen an. Die Imagination des Symbols soll hierbei als auslösender Stimulus in *senso* für die Ressource dienen. Ein Vortragender kann einen Kristall als Symbol für Klarheit imaginieren. Ein Sportler kann einen Gepard als Symbol für Schnelligkeit imaginieren oder eine Gazelle als Symbol für Sprungkraft. Um eine Zeitprogression zu induzieren können Kristallkugeln imaginiert werden, in denen sich Szenen in der Zukunft abspielen (Erickson 1954). Die Imagination von *inneren Anteilen*, Introjekten, ressourcenvollen und unterstützenden Personen oder Wesen wie einem „inneren Kind“, einem „weisen alten Mann“ als Ratgeber, einem „inneren Heiler“, von Krafttieren und Schutzengeln oder von Archetypen ist ebenfalls eine häufige Anwendung von

Imagination, die auch zur Ressourcen-Aktivierung geeignet ist, und auf die im Abschnitt „Teile-Arbeit“ noch weiter eingegangen wird.

Grade in der Arbeit mit traumatisierten Patienten wird häufig eine *sicherer Ort* imaginiert, um einen ressourcenvollen Zustand zu etablieren. Eine ähnliche Funktion hat die Imagination einer „Kraftquelle“ (Kutschera 1994, S. 195ff). Da diese Patienten häufig nur schwer Zugang finden zu Ressourcen und positiven Erfahrungen, ist es zur Vermeidung von Misserfolgen und Frustration besonders wichtig, bei der Formulierung der Suggestionen zu implizieren, dass es sich nicht um einen statischen Zustand sondern einen positiven Entwicklungsprozess über mehrere Sitzungen hinweg handelt. Der Zugang zu diesem Ressource-Zustand bzw. der Aufbau eines sicheren Ortes kann unter Umständen nur sehr langsam und in kleinen Schritten erfolgen, die umso mehr gewürdigt werden sollten. Es kann ein erheblicher Fortschritt sein, wenn in einer ersten Imaginationssitzung nur eine Farbe und der Hauch eines körperlichen Gefühls erlebt werden. Hierbei wäre es fatal, wenn der Patient die Instruktionen so versteht, dass der sichere Ort immer gleich ist und daraus, dass es ihm schwer fällt, überhaupt etwas zu imaginieren, schließt, dass er gar keinen sicheren Ort hat und niemals haben wird. Zur Einleitung einer solchen Imagination sollte der Therapeut daher statt „Heute suchen wir Ihren sicheren Ort“ besser „Wir schauen nach, wie Ihr sicherer Ort *heute* aussieht“ sagen oder „Sie können neugierig sein, wie viel Ihnen Ihr Unbewusstes *heute* von ihrem sicheren Ort zeigt“. Ebenso sollte der Therapeut in einer späteren Sitzung statt „Wir gehen heute wieder zu ihrem sicheren Ort“ besser sagen „Mal sehen, wie viel sich ihr sicherer Ort *inzwischen entwickelt* hat“.

In den Abschnitten „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“ und „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ wurde darauf hingewiesen, dass es ein diagnostischer Hinweis auf ein altersregressives Erleben in der Problemtrance sein kann, wenn ein Patient sich körperlich kleiner wahrnimmt. Umgekehrt kann eine *Veränderung des Körperschemas* in Trance therapeutisch zur Induktion einer Lösungstrance genutzt werden. Eine in-senso Desensibilisierung bei sozialen Ängsten kann erleichtert werden, indem sich der Patient einfach körperlich größer imaginiert, die ursprünglich Angst auslösende Szene also von oben herab wahrnimmt (Bongartz und Bongartz 1998, S. 293 ff).

Um ein Erleben von mehr *Sicherheit* zu erreichen kann der Patient zwischen sich und einer imaginierten Angst auslösenden Szene, wie einem von ihm erlebten Trauma, das er von einer Außenperspektive betrachtet, zum Schutz eine Glasscheibe imaginieren (für weitere, ähnliche Techniken siehe auch den Abschnitt „Altersregression“). Viele Therapeuten beschreiben, dass die Imagination eines farbigen, aura-artigen Schutzschildes aus Energie hilfreich sein kann. Auch hier scheint die Frage, ob derartige Energie-Felder tatsächlich existieren, nicht ausschlaggebend für eine therapeutische Wirkung der Imaginationstechnik zu sein.

Symbolische Imaginationen können auch zur Anregung von *Prozessen im Unbewussten* genutzt werden. Wenn vorübergehend zu wenige Kapazitäten da sind, um ein akutes Problem zu bearbeiten, kann imaginiert werden, wie ein Symbol für dieses Problem in einem *Container* aufbewahrt wird, bis der Patient sich ihm wieder widmen kann. Zusätzlich kann suggeriert werden, dass das Unbewusste

bereits an einer Lösung arbeitet, ohne dass das Bewusstsein hiervon belastet wird. Eine schwangere Patientin z.B. kann so Themen, die die Beziehung zu ihrem Partner in Frage stellen, auf die Zeit nach der Geburt verschieben. Hierbei kann mit dem Unbewussten über ein ideomotorisches Signalsystem ausgehandelt werden, unter welchen Bedingungen und wie lange die Themen im Container verbleiben können. Der in der Traumatherapie inzwischen weit verbreiteten *Tresor-Technik* (siehe z. B. Reddeman 2001) liegt die gleiche Idee zu Grunde, sie wird in der Regel aber weder individualisiert noch fließen ideodynamische Elemente, wie ideomotorische Signalsysteme oder die Stimulation unbewusster Suchprozesse, ein.

Es können auch *real wahrgenommene Reize durch imaginierte Aspekte verändert* werden, um die emotionale Reaktion in spezifischen Kontexten zu verändern. Ein Prüfling kann sich den Prüfer vor und auch während der Prüfung z. B. mit einer Narrenkappe vorstellen, um sich sicherer zu fühlen. Ebenso kann ein autoritärer Chef mit einem lächerlich bunten, indianischen Häuptlings-Federschmuck imaginiert werden. Dies löst wahrscheinlich nicht alle Probleme, kann aber die Bewältigung unangenehmer Affekte in der konkreten Situation erleichtern, Ressourcen aktivieren und mehr Handlungsspielraum ermöglichen. Andreas und Andreas (1987/1988, S. 260f) schlagen ein analoges Vorgehen vor, um die affektive Reaktion auf unangenehme Erinnerungen zu verändern, die als „Reframing wörtlich genommen“ bezeichnet wird. Hierbei wird ein Standbild der Erinnerung in der Imagination mit einem Rahmen umgeben, der gegebenenfalls möglichst übertrieben kitschig (mit barocken goldenen Schnörkeln etc.) aussehen kann, so dass sich die ursprüngliche, unangenehme emotionale Reaktion auf das Bild in Richtung Selbstironie verändern kann.

Eine spezielle Anwendung ist schließlich die imaginierte Handlevitation (Erickson 1952), die bereits im Abschnitt „Ideomotorische Methoden“ genannt wurde.

Imaginationstechniken in der Therapie mit traumatisierten Patienten beschreibt zusammenfassend Reddeman (2001). Einen Überblick kognitiv-verhaltenstherapeutischer Imaginationstechniken gibt Lazarus (1977/1980). Einen Überblick imaginativer Techniken in der Hypnotherapie mit überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutischer Orientierung gibt Kossak (2004, S. 351ff).⁸⁶

⁸⁶ Im Überschneidungsbereich der Psychotherapie- und der Esoterik-Szene werden ebenfalls Imaginationsverfahren verwendet, bekannt sind z. B. die Methoden von Gawain (1978/1984) oder Krystal (1993/1994), einer Anhängerin des indischen Gurus Sai Baba. Diese Methoden können für die Hypnotherapie durchaus als Anregungen verwendet werden, ohne dass dahinter stehende Einstellungssysteme übernommen werden bräuchten.

5.4 Problem- und Konfliktorientierung

5.4.1 Kommunikation mit dem Unbewussten

Durch die in diesem Abschnitt beschriebenen Techniken unterscheidet sich Hypnotherapie am deutlichsten von andern Therapieformen, sowohl von Verhaltenstherapie und den dortigen Imaginationstechniken als auch von Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Therapie und deren Konzeption vom Unbewussten.

Ausgehend vom topologischen Modell (Bewusstsein, Unbewusstes und Vorbewusstes bzw. Primär- und Sekundärprozess) und vom Instanzenmodell (Ich, Es und Über-Ich) formulierte Freud (siehe zusammenfassend 1933) den bekannten Grundsatz „Wo Es war, soll Ich werden.“. Er fügte hinzu, dass es die „...Absicht...“ der „...therapeutischen Bemühungen der Psychoanalyse...“ sei, „...das Ich zu stärken, es vom Über-Ich unabhängiger zu machen, sein Wahrnehmungsfeld zu erweitern und seine Organisation auszubauen, so dass es sich neue Stücke des Es aneignen kann.“. Das Ich ist diejenige Instanz, die zwischen dem Es, dem Über-Ich und der Außenwelt vermittelt. Ontogenetisch entsteht das Ich an der „Oberfläche“ des Es, durch den Kontakt mit der Außenwelt, das Über-Ich ist mit dem Abschluss der ödipalen Phase als Teil des Ich ausgebildet. Beachtet werden sollte, dass eine Gleichsetzung des Es mit dem Unbewussten und des Ich mit dem Bewusstsein nicht gemeint ist. Teile des Es können vorbewusst und bewusst werden, ebenso wie große Teile des Ich vor- und unbewusst sind. Auch das Über-Ich ist teilweise bewusst, größtenteils aber vor- und unbewusst (siehe Abbildung 5-1). In diesen grundlegenden Modellen und der daraus folgenden oben von Freud zitierten Zielsetzung der Therapie bestehen einige der vielen Möglichkeiten, Psychoanalyse und Hypnotherapie zu Hypnoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Hypnotherapie zu kombinieren.

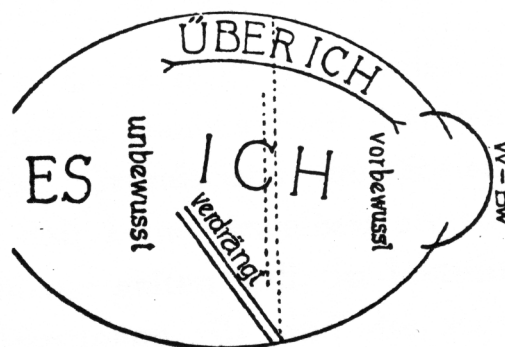


Abbildung 5-1: Das topologische Modell und das Instanzenmodell (Freud 1933). „W-Bew“ steht für „Wahrnehmung-Bewusstsein“.

Einsicht durch *Bewusstmachung* und *Durcharbeiten unbewusster Konflikte* werden in der Psychoanalyse als der maßgebliche therapeutische Wirkmechanismus betrachtet. Hypnotherapie bietet eine Reihe von Techniken, die zu Bewusstmachung und Einsicht dienen können, aber es besteht andererseits auch die Möglichkeit, *Lösungen auf unbewusster Ebene zu finden* oder bestimmte Informationen im Unbewussten zu belassen. Erickson (z.B. 1954; siehe auch Havens 1985/2003, S. 299ff) betonte die Notwendigkeit, die *Privatizität des Unbewussten* und sein Bedürfnis nach Schutz zu respektieren. Einer der Hauptgründe, weswegen er posthypnotische Amnesie einsetzte, war, um die auf unbewusster Ebene erarbeiteten Lösungen vor einem - seiner Meinung nach - zu kontrollierenden Bewusstsein zu schützen.

Als Grundsatz kann man formulieren, dass Suggestionen so formuliert werden sollten, dass die Entscheidung, ob und wann eine Information dem Patienten bewusst wird oder nicht, durch das Unbewusste des Patienten getroffen wird, so dass es seiner Person als Ganzes zu gute kommt. Letztendlich spiegelt sich in dieser Haltung nur das wieder, was ohnehin als Tatsache akzeptiert werden muss. Allerdings wird diese natürliche Dissoziation von Bewusstsein und Unbewusstem nicht als Nachteil und korrekturbedürftig betrachtet, sondern positiv als Ressource bewertet, die genutzt werden kann. Bewusstmachung ist in der Hypnotherapie also nicht die einzige, sondern eine von mehreren Möglichkeiten zur Erreichung therapeutischer Ziele.

Hypnotherapie bietet die Möglichkeit, die Potentiale paralleler, impliziter Informationsverarbeitungsprozesse zu nutzen. Damit wird das Bewusstsein entlastet und es können in einer Art Arbeitsteilung kreative Lösungen gefunden werden, die bei bewusster, serieller Informationsverarbeitung alleine nicht möglich sind. Ein grundlegendes therapeutisches Ziel ist die Verbesserung der *Kooperation zwischen Bewusstsein und Unbewusstem*. Erickson sprach in diesen Zusammenhängen oft von der „Weisheit des Unbewussten“ (siehe z. B. Zeig 1985/1995 bzw. 2002). Durch die Suggestion einer *Dissoziation* von Bewusstsein und Unbewusstem werden *ideodynamische Prozesse* und eine *Aktivierung impliziten, unbewussten Wissens* ermöglicht. Es kann zwischen *ideosensorischen und ideomotorischen Prozessen* unterschieden werden. Die einzelnen Verfahren unterscheiden sich in der benötigten *Trancetiefe*, den genutzten *Trancephänomenen* und im Grad der *Strukturiertheit*.

Auf die verschiedenen Möglichkeiten und Probleme von Realitätskonstruktionen in Form von selbsthypnotischen Prozessen oder inneren Anteilen wird in den Abschnitten „Realitätskonstruktion von Teilen und Prozessen“ und „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ eingegangen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass allein die Vorannahme, dass es ein Unbewusstes gibt, problematisch ist, da es sich eben um eine Konstruktion handelt. Noch problematischer ist es, darüber hinausgehend die Möglichkeit anzunehmen, mit dem Unbewussten, z.B. durch Signalsysteme, kommunizieren zu können.⁸⁷ Dies ist analog zur Problematik der Fehlerinnerungen zu verstehen, die

⁸⁷ Signalsysteme, v. a. in Form von Pendeln oder kinesiologischen Tests, sowie automatisches Schreiben sind auch in der Esoterik-Szene verbreitet, wo sie in der Regel nicht hinterfragt werden.

im Abschnitt „Altersregression“ aufgezeigt wurde. Hierüber muss der Patient aufgeklärt werden, und die Implikationen für die Auftragsdynamik müssen beachtet werden.

5.4.1.1 Ideosensorische und imaginative Techniken

Imaginationsmethoden wie *Katathymes Bilderleben* (KB, Leuner 1955; zur Beziehung von KB und Hypnose siehe z.B. Leuner 1993), *aktive Imagination* (nach Jung, siehe Jung und Chodorow 1997), die *Phantasiereisen* und *geleiteten Imaginationen* der Gestalttherapie (siehe v. a. Stevens 1971/1975) und andere so genannte Wach- oder Tagtraummethoden (zusammenfassend siehe Kretschmer 1993) sowie regressive Verfahren wie *Neokatharsis* (Ferenczi 1929)⁸⁸ ermöglichen zumindest teilweise ideodynamische Prozesse und können insofern als hypnotisch angesehen werden.

Eine grundlegende - und die vielleicht nützlichste - Form der Kommunikation mit dem Unbewussten besteht im Erreichen eines Zustandes, der als *freischwebende Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen Vorbewussten* (der eigenen „Innenwelt“) bezeichnet werden kann (Zindel 2001, S. 327). Diese Fähigkeit hierzu hat eine ich-stärkende Funktion, da sich die Toleranz gegenüber primärprozesshaftem und assoziativem Denken erhöht. Dies kann als eine Verstärkung der bzw. Ergänzung zur natürlichen *Introspektionsfähigkeit* verstanden werden. Nach Induktion eines Entspannungs-Zustandes wird die Trance dialogisch vertieft: Der Patient erzählt kurz, was er innerlich erlebt. Der Therapeut greift diese Inhalte zum verbalen Pacing auf und schließt evtl. eine Frage an wie „sie erleben grade XY ...und was kommt jetzt?...“ oder „... und was erleben Sie als nächstes?...“ (siehe Erickson und Rossi 1979/1981, S. 92ff). Dieser Ablauf kann beliebig oft wiederholt und variiert werden. Erreicht wird so ein Zustand der verstärkten *Fokussierung auf inneres Erleben*, auch einfach *Innenorientierung* oder *Innenfokussierung* genannt. Diese Methode kann aufgrund ihrer Einfachheit als Selbsthypnose und mit etwas Training auch ohne Verbalsuggestion durchgeführt werden. Der Zustand ermöglicht eine schrittweise (*Selbst-)Exploration* bislang vor- und unbewusster Gefühle, Gedanken, Absichten und Bedürfnisse. Alman (2001) vermittelt diese und ähnliche Methoden in der Therapie als Selbsthypnose-Training und bezeichnet sie als *Selfcare-Techniques*. Viele leichtere psychische Störungen, insbesondere Somatisierungen und depressive Symptomatiken, lassen sich so mit sehr geringem Aufwand nachhaltig verringern oder prophylaktisch vermeiden, da diese Methoden letztlich auch dem Stress-Management und der Förderung der Regeneration dienen. Das aus der Gesprächspsychotherapie (Rogers 1942/1972, 1951/1973) hervorgegangene Verfahren des *Focusing* (Gendlin 1978/1981) wurde für ähnliche Zwecke entwickelt und kann gut mit Hypnose und Selbsthypnose kombiniert werden. Ein weiterer, ähnlich zu verstehender Begriff, ist die aus der Meditationspraxis stammende *innere Achtsamkeit*.

In Begrifflichkeiten der Synergetik kann der Zweck eines solchen Zustandes in einer Unterstützung und Optimierung der *Selbstorganisation des Organismus* beschrieben werden. Die Konzepte von Rossi (1982, 1996) stellen die Funktion von Therapie und Selbsthypnose zur Unterstützung dieser

⁸⁸ Die Bezeichnung „Neokatharsis“ wurde lediglich aufgrund ablehnenden Haltung Freuds zur Hypnose gewählt.

Selbstorganisationsprozesse des Organismus unter der Berücksichtigung insbesondere der ultradianen Rhythmen (Basic Rest Activity Cycle, Kleitman 1963, 1969) in das Zentrum aller technischen Überlegungen. Scholz (1986) zieht Parallelen zwischen Hypnotherapie nach Erickson und taoistischen Konzepten, in denen eine ähnliche Grundhaltung gefunden werden kann.

Ursprünglich bezeichnet der Begriff der *frei schwebende Aufmerksamkeit* in der Psychoanalyse den Zustand des Analytikers, der seine Reaktionen auf die Äußerungen des Analysanden beobachtet, welcher sich wiederum im Zustand der *freien Assoziation* befindet. Aus hypnotherapeutischer Sicht befinden sich Analytiker und Analysand gemeinsam in einem leicht veränderten Bewusstseinszustand, einer *therapeutischen Co-Trance*. In der Hypnoanalyse wird dies systematisch hergestellt, intensiviert und utillisiert. Vas (1993) bezeichnet diesen gemeinsamen Trancezustand in der Therapie mit psychotischen Patienten als *Countertrance*.

Freud (1900) bezeichnete die Traumanalyse als „Königsweg zum Unbewussten“. Es wird davon ausgegangen, dass unbewusste Konflikte, Ängste und Wünsche durch die *Traumarbeit*, insbesondere die Mechanismen *Symbolisierung* und *Verdichtung*, im Traum abgebildet und in der Therapie wieder bewusst gemacht und durchgearbeitet werden können. In der Hypnotherapie bestehen darüber hinausgehend die Möglichkeiten das Auftreten und die Erinnerung an Träume durch posthypnotische Suggestionen zu verstärken (Amplifikation von Nachträumen), in der Sitzung imaginativ zu erinnern, zu explorieren und weiterzuträumen, im Sinne korrigierender emotionaler Erfahrung durch Einfügen von Ressourcen zu bearbeiten (analog zur Bearbeitung vergangener Ereignisse wie im Abschnitt „Altersregression“ beschrieben) oder - ebenfalls während der Sitzung – durch ideosensorische Imagination komplette neue Träume zu induzieren. Je nach Trancetiefe variiert die Qualität dieser induzierten Träume in ihrer Struktur und dem Grad der Symbolisierung zwischen Tagträumen des Wachzustands und Nachträumen im Schlaf. Die *aktive Imagination* (nach Jung, siehe Jung und Chorodow 1997) und andere Tag- oder Wachtraummethoden (siehe Kretschmer 1993) ähneln diesen Vorgehensweisen. Auf die therapeutische Nutzbarkeit von *luziden Träumen* bzw. *Klarträumen* (LaBerge 1985), die sich ebenso wie normale Nachträume durch posthypnotische Suggestionen amplifizieren lassen, hat auch Schmidt (2005, S. 91) hingewiesen.

In der Hypnoanalyse wurden eine Reihe von *projektiven Imaginations-Methoden* entwickelt, bei denen der Patient das Thema und einzelne Aspekte (Probleme, mögliche Lösungen, innere Anteile usw.) vom Unbewussten metaphorisch symbolisieren lassen kann (Zindel 2001). Hierbei laufen ähnliche Prozesse wie bei der Konstruktion von Metaphern ab, wobei die Konstruktion nicht durch den Therapeuten, sondern wie beim Traum durch den Patienten und sein Unbewusstes erfolgt. Projektive Imaginations-Methoden unterscheiden sich vom Traum und auch untereinander im Grad der Strukturiertheit, wobei man sich von mehr Struktur verspricht, Symbolisierung, Bewusstmachung von Bedeutungen und weitere therapeutische Arbeit zu erleichtern. Katathymes Bilderleben (Leuner 1955) stellt eine solche strukturierte Vorgehensweise dar, ebenso die Imaginationsmethoden der Gestalttherapie (Phantasie Reisen, Stevens 1971/1975). Auch Techniken, die unter Dissoziation und

Perspektivwechsel behandelt wurden (Bildschirm, Kinoleinwand usw.) können projektiv angewendet werden (Cheek und LeCron 1968, S. 91).

Als projektive Methoden, die ohne formale, explizite Tranceinduktion und Imagination auskommen, können therapeutische *Rituale* wie *Visionsuche* betrachtet werden. Der Patient wird aufgefordert, z.B. während eines Spaziergangs in der Natur durch ein spontanes Signal seines Unbewussten Symbole zu finden, die für bestimmte Aspekte seines Themas stehen sollen, wie eine benötigte Ressource oder ein bislang unbewusstes Bedürfnis. Solche posthypnotisch suggerierten Signale können individuell völlig verschieden sein, wichtig ist hierbei die Ratifikation, dass der Patient das Signal als tatsächlich von seinem Unbewussten stammend erlebt. Der Therapeut kann den Patienten z.B. auffordern, darauf zu achten, ob ihm in seinem Augenwinkel plötzlich etwas auffällt, oder es wird (wie in einem Fall von Erickson) eine posthypnotische Suggestion für eine ungewöhnliche Wahrnehmung wie einem plötzlichen Lichtblitz gegeben. Transportierbare Symbole wie Zweige oder Steine können auch in die nächste Sitzung mitgebracht werden. Erickson schickte seine Patienten häufig zu derartigen Ritualen auf den Berg Squaw Peak oder in den Botanischer Garten (Zeig 1985/1995 bzw. 2002).

Sehr einfach können zur Bewusstmachung *posthypnotische Suggestionen* angewendet werden, dass dem Patienten in einem bestimmten Zeitraum nach der Sitzung (Tage, Wochen), spontan eine Idee, ein Einfall, eine Erinnerung, eine Einsicht oder ein Bild etc. zu einem in der Therapie relevanten Thema bewusst wird, evtl. nach dem Aufwachen als fragmentarische Erinnerung an einen Traum. Derartige Suggestionen können außer im Rahmen expliziter Hypnose auch sehr elegant beiläufig gegeben werden, etwa am Ende der Sitzung oder beim Verabschieden des Patienten.

Einige über Bewusstmachung oder Selbstexploration hinausgehende Möglichkeiten der Utilisation leichter Trancezustände kann man unter Förderung der *Kreativität* zusammenfassen. Viele Autoren sprechen hierbei vom *Auslösen von Suchprozessen*, einige auch von *Such- und Findeprozessen*. Prinzipiell wird hierbei - explizit oder implizit - zwischen dem Bewusstsein und dem Unbewussten „vereinbart“, dass das zensierende *Realitätsprinzip* vorübergehend zurückgestellt wird. Dies entspricht formal dem im Abschnitt „Teile-Arbeit“ dargestellten Verhandlungs-Reframing, durch welches Kooperation und Kommunikation zwischen Bewusstsein und dem Unbewussten verbessert werden soll. Durch die verminderte *Zensur* durch das Wachbewusstsein, das nun eher eine beobachtende Funktion einnimmt, wird eine *divergente Produktion* (im Sinne von Guilford 1967), also Kreativität, erleichtert. Revenstorf und Prudlo (1994, S. 194) sprechen in diesem Zusammenhang von „divergenter Suche“, Revenstorf (1999, S. 8.) von „divergenten Lösungen“. Es können - umgangssprachlich ausgedrückt - in einem *Brainstorming* neue Wahlmöglichkeiten generiert werden oder neue Sichtweisen eingenommen werden, die weniger auf einer entweder-oder-Logik sondern mehr auf einer *sowohl-als-auch-Logik* beruhen. Der 4. Schritt des im Abschnitt „Teile-Arbeit“ beschriebenen Six-Step-Reframings macht sich diesen Zustand von erhöhter Kreativität zu Nutze.

Leichten Trancezuständen wird auch die Eigenschaft zugeschrieben, dass auf einer unbewussten Ebene über das bereits im Wachzustand stattfindende *subliminale Lernen* hinaus eine *verbesserte*

Rezeption besteht und ein *passives Lernen* erleichtert wird. Suggestopädie nutzt beide Zugänge, sowohl im Wach- als auch im Trancezustand, während andere Verfahren wie Alpha-Learning mithilfe diverser technischer Apparaturen eine Veränderung des Bewusstseinszustands (zu einem Alpha-Zustand) erreichen wollen. Bei Hemi-Sync wird zusätzlich davon ausgegangen, dass eine Synchronisation der Hemisphären besonders nützlich sei.

Ein zentraler Bereich der Kommunikation mit dem Unbewussten in der Hypnotherapie, insbesondere in der Hypnoanalyse, ist die *aufdeckende Arbeit* mit der Vergangenheit, die im Abschnitt „*Altersregression*“ bereits behandelt wurde. Die Verfahren der *Zeitprogression* unterscheiden sich, wie im entsprechenden Abschnitt erläutert, erheblich im Grad der Ideodynamik, der Nutzung unbewusster Prozesse. Insbesondere die originale Kristallkugeltechnik und ihre Varianten (Erickson 1954) basieren auf kreativen ideodynamischen Prozessen im Unbewussten zur *indirekten Generierung neuer Wahlmöglichkeiten*, die teilweise durch posthypnotische Amnesie auch unbewusst bleiben, bis sie im Verhalten unwillkürlich aktualisiert werden.

5.4.1.2 Ideomotorische Signalsysteme

Die bisher dargestellten Techniken basieren, abgesehen von Ritualen, auf Varianten ideosensorischer, imaginativer Techniken. Ein weites Feld ergibt sich aus der Anwendung *ideomotorischer Signalsysteme* und der Kombination von ideosensorischen, imaginativen Techniken mit ideomotorischen Signalsystemen bis hin zur Möglichkeit der *inhaltsfreien Prozessarbeit*.

Am gebräuchlichsten sind *Fingersignale*, *Pendel* und Varianten der *Handlevitation*, grundsätzlich ist aber auch jede andere motorische Reaktion utilisierbar, z.B. unbewusstes Kopfnicken oder Symptome wie motorische Tics (Nijenhuis 2003). Fingersignale und Handlevitation werden in der Regel bei geschlossenen Augen in Trance angewendet, während ein Pendel auch im Wachzustand mit offenen Augen benutzt werden kann. Beim Pendel wird meistens davon ausgegangen, dass ein visuelles Feedback für den Patienten notwendig ist, um das Phänomen überhaupt hervorbringen zu können (Kossak 2004, S. 257), während Cheek und LeCron (1968, S. 86) behaupten, dass dies auch mit geschlossenen Augen, also allein mit taktilem Feedback, möglich sei und mit offenen Augen lediglich einfacher.

Ideomotorische Signalsysteme können zur Beantwortung von *dichotom formulierten Fragen* und zur Initiierung und Strukturierung *unbewusster Prozesse* genutzt werden. Letzteres erfolgt durch die Suggestionenform der *implizierten Direktive*, die bereits im Abschnitt „Kategorien indirekter Suggestion“ angeführt wurde (Tab. XX, Kategorie 9).

Dichotome Fragen lassen zunächst nur zwei Antwort-Alternativen zu wie Ja/Nein, früher/später, mehr/weniger, größer/kleiner u.ä. Das einfachste Vorgehen ist, Signale für „Ja“ und „Nein“ zu vereinbaren und alle Fragen so zu formulieren, dass sie zustimmend oder ablehnend beantwortet werden können, z.B. „War das Ereignis vor dem zehnten Lebensjahr?“. Iteriert man die Formulierung solcher Fragen mehrfach können auch genaue Informationen wie Alter oder Zeitpunkt erfragt werden.

Wie im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ ausgeführt, ist besonders darauf zu achten, dass derartige Fragen präzise und eindeutig formuliert werden und frei von metaphorischen Redewendungen sind, u.a. da in Trance das Phänomen des Wörtlichnehmens auftritt (Cheek und LeCron 1968, S. 87). Ebenso ist auf enthaltne Implikationen und Vorannahmen zu achten, da, ähnlich der Problematik der Konstruktion von Fehlerinnerungen bei der Arbeit mit Altersregression, Inhalte suggeriert werden können, die sich kontraproduktiv auswirken.

Erickson (1961) beschreibt ein Signalsystem, in dem die Levitation einer Hand ein „Ja“, die der anderen Hand ein „Nein“ und die beider Hände ein „Ich weiß nicht“ bedeuten. Cheek und LeCron (1968, S. 85 ff) empfehlen, außer diesen drei Signalen noch ein viertes für „Ich will diese Frage nicht beantworten“ zu installieren. Bei Fingersignalen empfehlen sie weiterhin, dass sich die vier Finger an einer Hand befinden sollen. Beim Pendel bestehen die vier Signale aus zwei orthogonalen Schwingrichtungen und zwei gegenläufigen Kreisbewegungen, bei einer levitierten Hand können dies Bewegungen nach oben, unten, links und rechts sein. Es ist auch möglich, die gleichzeitige Bewegung zweier Finger oder Hände als ein Signal zu installieren.

Bei der *Etablierung des Signalsystems* kann der Therapeut die *Signale vorgeben*, einfacher ist in der Regel jedoch, das *Unbewusste zu befragen*, welches Signal welcher Antwort entspricht, z.B. „Welches ist der Ja-Finger?“. Sobald eine Reaktion erfolgt, sollte der Therapeut sich explizit beim Unbewussten *bedanken* oder auch den Patienten dazu auffordern, sich bei seinem Unbewussten zu bedanken. Hierdurch wird der *Rapport* zum Unbewussten und die *Kooperation* im Therapiesystem zwischen dem Therapeuten, dem Bewusstsein und dem Unbewussten des Patienten gefestigt. Wenn das Signal zu undeutlich ist, weil die Bewegung kaum wahrnehmbar ist, sollte man sich ebenfalls zunächst für die Reaktion bedanken, um dann das Unbewusste darum bitten, das Signal zu verstärken (*Amplifikation*). Genauso gut kann das Signal auch zu stark sein, z.B. bei der Utilisation eines motorischen Tics (Nijenhuis 2003). Analog sollte dann dem Unbewussten für diese Reaktion ebenfalls gedankt werden, um es daraufhin darum zu bitten, die Stärke des Signals, also die Amplitude der Bewegung, zu *reduzieren*.

Bei *Mehrdeutigkeit* kann das Signal überprüft werden, indem eine Antwort mit wiederholtem Fragen repliziert wird oder indem therapeutisch belanglose Fragen, deren Antworten bekannt sind, gestellt werden. Bei unerwarteten oder nicht-definierten Signalen, wie der Bewegung eines fünften Fingers, können weitere Informationen erfragt werden, evtl. mit den weiter unten skizzierten Techniken. Grundsätzlich sollte jede Reaktion, sei sie noch so unverständlich, mehrdeutig oder bizarr, im Sinne des Utilisationsprinzips als Ausdruck der *Kooperationsbereitschaft des Unbewussten* gedeutet werden, und keinesfalls etwa als Widerstand. Daher sollte man sich grundsätzlich für jede Reaktion bedanken, dem Unbewussten mitteilen, dass man die Reaktion nicht versteht und dann um eine verständlichere Reaktion bitten. Bei Patienten mit hoher Misserfolgserwartung bezüglich ihrer Fähigkeiten Trancephänomene hervorzubringen bei gleichzeitiger Compliance aufgrund einer submissiven, positiven Übertragung kann es auch zu einem mehr oder weniger willkürlichem Simulieren von

Signalen kommen. Auch dies sollte nicht als Widerstand gedeutet werden, sondern als Ausdruck des Versuchs, den Erwartungen des Therapeuten zu entsprechen um die Beziehung zu schützen. Der Patient wird aufgefordert, die Bewegung von alleine geschehen zu lassen, wofür eine weitere Vertiefung der Trance hilfreich sein kann. *Willkürliche Bewegungen* sind mit etwas Erfahrung von unwillkürlichen an der Qualität der Bewegung zu unterscheiden. Bei unwillkürlichen Fingersignalen zittert oder zuckt der Finger fast immer leicht, während er sich langsam hebt (Cheek und LeCron 1968, S. 88).

Initiieren und Strukturierung unbewusster Prozesse mit ideomotorischen Signalen erfolgt mit Suggestionen, die als *implizierte Direktive* bezeichnet werden (Cheek und LeCron 1968; Erickson und Rossi 1979/1981, S. 64). Hierbei wird nach einer *zeitgebundenen Einleitung* ein *implizierter Prozess* mit einer *Verhaltensreaktion* verknüpft, z.B. „Sobald [Zeitgebundene Einleitung] ihr Unbewusstes auf die Ursache dieses Problems gestoßen ist, [implizierter Prozess] kann sich ihr Finger heben [Verhaltensreaktion].“. Hierbei sind mehrere Implikationen enthalten: Zunächst mehrere einfache Existenz-Präsuppositionen: Es gibt ein Unbewusstes, ein Problem und eine Ursache. Weiterhin mehrere komplexe Präsuppositionen: Das Unbewusste wird auf die Ursache des Problems stoßen. Sobald das geschehen ist, wird sich der Finger heben. Da nicht in Frage gestellt ist, ob der Finger sich hebt, sondern nur der Zeitpunkt offen gelassen wird, wird impliziert, dass der Finger sich heben wird, womit eben auch impliziert ist, dass das Unbewusste auf die Ursache des Problems stoßen wird.

Aus Sicht des Milton-Modells wird bei einer implizierten Direktive ein temporaler Nebensatz mit einem impliziten Kausativ kombiniert. Diese elementare Kategorie indirekter Suggestionen kann mit anderen Vorannahmen und mit komplexeren Formen wie Doppel-Bindungen flexibel variiert werden. Diese Formen der indirekten Suggestion sind insbesondere zur Kommunikation mit dem Unbewussten und dem Organismus geeignet (Rossi und Cheek 1988). Rossi (1996, S. 191ff) entwickelte daraus schließlich so genannten *Basic Accessing Questions*, mit denen inhaltsfreie Prozessarbeit möglich ist, und auf die im Abschnitt „Teile-Arbeit“ eingegangen wird.

Der implizierte Prozess kann völlig auf der unbewussten Ebene verbleiben wobei das Bewusstsein des Patienten und der Therapeut lediglich die Verhaltensreaktion wahrnehmen. Genauso gut kann auch Bewusstmachung angeregt werden, indem das Unbewusste aufgefordert wird, ein Symbol, ein Bild oder eine Erinnerung an eine Situation etc. zu schicken, auftauchen oder bewusst werden zu lassen. Die Verhaltensreaktion kann auch in einer Handlevitations-Variante bestehen. Hierbei kann eine Analogie bzw. Synchronisation zwischen dem implizierten unbewussten Prozess und einer Bewegung suggeriert werden, z.B. das Herabsinken des Armes und die Berührung des Beines bei der umgekehrten Handlevitation, das Zueinanderbewegen beider Hände und deren Berührung oder die Bewegung nach oben und die Berührung der Stirn einer levitierten Hand. Wenn der Inhalt nicht bewusst gemacht wird, sondern lediglich durch eine Sequenz implizierter Direktiven eine aus mehreren Schritten bestehende Intervention (wie z.B. Six-Step-Reframing, siehe Abschnitt „Teile-Arbeit“) durchgeführt wird, ist so eine strukturierte inhaltsfreie Prozessarbeit möglich. Eine

inhaltsfreie Prozess-Suggestion hierbei kann z. B. sein: „Jedes Mal... wenn ihr kreativer Teil eine neue Wahlmöglichkeit gefunden hat... bewegt sich ihr Ja-Finger.“

Automatisches Schreiben (James 1889, Erickson 1937, Erickson und Kubie 1940, Mühl 1952) und automatisches Malen (Erickson und Kubie 1938) erfordern als ideomotorische Trancephänomene eine wesentlich tiefere Trance als Armlevitation, Fingersignale oder Pendel, weswegen Cheek und LeCron (1968) letztere bevorzugen. Zwar scheint automatisches Schreiben ein idealer Weg, detaillierte Informationen aus dem Unbewussten zu erhalten, doch ist dieses Phänomen nur schwer hervorzurufen. Mühl (1952) behauptet, bei 80% der Patienten automatisches Schreiben induzieren zu können, allerdings teilweise erst nach einem Training von 20-30 Sitzungen (zit. nach Cheek und LeCron 1968, S. 85).

5.4.2 Teile-Arbeit

Teile-Arbeit wird in dieser Systematik zwar bei Problem- und Konfliktorientierung eingeordnet, da dies der Schwerpunkt der Anwendung ist, doch bestehen mehrere Bezüge zu den anderen Achsen. Zunächst impliziert der Begriff des „inneren Anteils“ immer eine *Dissoziation* oder die Suggestion einer Dissoziation. Weiterhin wird Teile-Arbeit häufig mit Techniken der *Altersregression* oder der *Zeitprogression* kombiniert. Schließlich werden Konzepte der Teile-Arbeit in der Therapie angewendet, ohne dass dies explizit so benannt wird, da die Theorie oder das Modell, mit dem der Therapeut arbeitet, ein *Teile-Konzept impliziert*. Hierauf wurde z. B. im Abschnitt „Kooperation und Auftragsdynamik“ im Zusammenhang mit der Triangulation des Therapeuten zwischen dem Bewusstsein und dem Unbewussten des Patienten hingewiesen.

Unter dem Begriff Teile-Arbeit werden eine Reihe von heterogenen Techniken zusammengefasst, deren einzige Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie auf Modellen und Theorien beruhen, in denen menschliches Verhalten und Erleben in irgendeiner Form auf „innere Anteile“, kurz „Teile“ zurückgeführt wird. Diese Teile wiederum stehen in einer Interaktion bzw. als Komponenten in Relation zueinander. Probleme und Lösungen können als mit diesen Teilen und ihrer Interaktion zusammenhängend beschrieben werden. Es wird eine *Multiplizität* angenommen, innere Anteile bilden ein *intrapsychisches System* (siehe z. B. Schmidt 2004, S. 53; Beahrs 1982). Dabei bilden einzelne innere Anteile mehr oder weniger *geschlossene Subsysteme* bzw. *Entitäten*.

5.4.2.1 Theoretische Grundlagen von Teile-Arbeit

Die Theorien über Dissoziation, Hysterie und Traumatisierung von Janet (1889, 1893, 1894, 1904, 1907, 1911)⁸⁹ und von Myers (1940), die Neo-Dissoziationstheorie von Hilgard (1974) und die Weiterentwicklungen von Nijenhuis und van der Hart (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2006; Nijenhuis, van der Hart und Steele 2004/2004; van der Hart, Steele, Nijenhuis und Matthes 2006),

⁸⁹ Janet hat einen Großteil der Entwicklungen von Trauma- und Psychotherapie vorweggenommen (Ellenberger 1970/1973; van der Hart und Friedman 1989), daher werden hier mehrere seiner ersten wichtigen Veröffentlichungen angeführt.

aber auch einige aus der allgemeinen Psychologie stammende Theorien wie beispielsweise die Kontrolltheorie von Powers (1973) und die Theorie der hierarchischen Regelkreise (Carver und Scheier 1981) nehmen - in unterschiedlichen Begriffsbildungen - an, das menschliches Erleben und Verhalten als unwillkürlich, automatisch, als vom Bewusstsein unkontrollierbar, wahrgenommen werden kann. Grawe (1998, S. 373) spricht vom „impliziten Funktionsmodus“ und der „Gleichzeitigkeit mehrerer zielorientierter Prozesse“, er setzt „das Unbewusste“ in etwa gleich mit *impliziten prozeduralen Schemata* (S. 234ff). Insgesamt wird in diesen Modellen - vereinfacht zusammengefasst - unterschieden zwischen einem „Teil“, der als „das Bewusstsein“ erlebt und bezeichnet wird, und mehreren weiteren „Teilen“, die einem „Unbewussten“ zugerechnet werden können.

In jüngerer Zeit konnte mit physiologischen Meßmethoden wie bildgebenden Verfahren oder evozierten Potentialen gezeigt werden, dass unter Hypnose eine veränderte Konnektivität neuronaler Netzwerke eintritt. Das bedeutet, dass Zell-Ensembles, die neuronal assoziiert sind und daher gewöhnlich synchrone Aktivierungsmuster aufweisen, unter Hypnose entkoppelt werden können. Damit ist zunächst gezeigt, dass unter Hypnose tatsächlich veränderte Bewusstseinszustände eintreten und nicht nur Varianten des normalen Wachzustandes. Somit könnte die Kontroverse zwischen State- und Non-State-Theorien zugunsten der State-Vertreter entschieden sein. Darüber hinaus ist damit ein neurologisches Korrelat des zuvor ausschließlich aufgrund von Beobachtungen von außen konzipierten Phänomens der Dissoziation identifiziert. Am besten ist dies bislang für hypnotische Schmerzkontrolle untersucht (zusammenfassend siehe Miltner und Weiß 2003, Peter 2003 oder auch Yapko 2003).

Die Dissoziationstheorien von Janet, Myers, Nijenhuis und van der Hart wurden ebenso wie die Hypnoanalyse (einschließlich der Ego-State-Therapy) im Zusammenhang mit der Therapie von traumatisierten Patienten, insbesondere nach den beiden Weltkriegen, entwickelt (hierauf wird auch in einigen Reviews hingewiesen, die im Abschnitt „Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ angeführt werden). Die Konzepte von *Trauma* und *Dissoziation* sind also eng miteinander verknüpft. Dennoch können Dissoziationen außer durch einmalige oder wiederholte Traumatisierung auch durch längerfristige, nicht offensichtlich traumatische Entwicklungen entstehen. *Beziehungskonstellationen* und *Interaktionsmuster* in der Herkunftsfamilie, wie z.B. Parentisierung oder Delegation, können zu einer Verdrängung von Affekten führen und innere Anteile entstehen lassen, die mehr oder weniger dissoziiert sind. Der Begriff des Abwehrmechanismus der *Verdrängung* aus der Psychoanalyse ist hierbei nicht identisch mit Dissoziation im hypnotherapeutischen Sinne. Verdrängung stellt lediglich eine der Möglichkeiten der Entstehung und Verstärkung von Dissoziation dar, insbesondere in der Form der Amnesie. In einem gewissen Umfang ist Dissoziation ein völlig normales, gesundes Phänomen, das zur effektiven Organisation menschlicher Bewusstseinsprozesse notwendig ist.

Auf das topologische Modell (Bewusstsein, Unbewusstes und Vorbewusstes bzw. Primär- und Sekundärprozess) und das Instanzenmodell (Ich, Es und Über-Ich) der Psychoanalyse (siehe

zusammenfassend Freud 1933) wurde bereits im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ eingegangen. Freud beschrieb „...dieses Ich personifiziert, als besonderes Wesen hingestellt“. Das Ich „...dient drei gestrengen Herren, ist bemüht, deren Ansprüchen und Forderungen in Einklang miteinander zu bringen.“ (gemeint sind das Es, das Über-Ich und die Außenwelt). Nicht nur aufgrund dieser personifizierenden sprachlichen Formulierungen kann es als eine mögliche und sinnvolle Perspektive erscheinen, auch die Modelle der Psychoanalyse als Teile-Modelle und damit psychoanalytische Therapie als Teile-Arbeit zu verstehen.

Viele psychotherapeutische Techniken, Modelle und Theorien beinhalten explizit oder implizit Konzepte von inneren Anteilen, weswegen sie im weiteren Sinne als Varianten von Teile-Arbeit verstanden werden können. Eine Übersicht solcher psychotherapeutischer Techniken, Modelle und Theorien gibt Tabelle 5-14.

| Bezeichnung der Teile oder der Technik | Therapierichtung Theorie, Modell | Autoren |
|--|---|------------------------------|
| <i>Psychoanalytische Modelle</i> | | |
| Bewusstsein, Vor-, Unbewusstes | Topologisches Modell | Freud (Sigmund) |
| Ich, Es, Über-Ich | Instanzen-Modell | Freud (Sigmund) |
| Ich-Funktionen, Abwehrmechanismen | Ich-Psychologie | Freud (Sigmund und Anna) |
| Introjekte | | Freud (Sigmund), Ferenczi |
| Selbst, grandioses / minderwertiges Selbst | Selbst-Psychologie (Narzissmus) | Kohut |
| Ich-Zustände | Ich-Psychologie | Federn |
| Objekte, Objekt-Repräsentanzen, Übergangsobjekte | Objektbeziehungstheorie | Klein, Kernberg, Winnicott |
| Archetypen, Schatten etc. | Analytische Psychotherapie | Jung |
| Charakter-Schichten, Funktionen | Charakteranalyse (Struktureller Aspekt) | Reich |
| Personen, Tiere, Wesen, Gegenstände, Orte,... | Katathymes Bilderleben | Leuner |
| <i>Humanistische und systemische Modelle</i> | | |
| Selbst, Teilpersönlichkeiten | Psychosynthese | Assagioli, Ferruci |
| Polaritäten, Top- / Underdog, Hot Seat | Gestalttherapie | Perls, Heffrin und Goodman |
| Lower- / Higher-Self | Core-Energetics | Pierrakos |
| Parts-Party | Familientherapie | Satir |
| Kindheits- / Eltern- / Erwachsenen-Ich | Transaktionsanalyse | Berne, Goulding und Goulding |
| Focussing | Gesprächspsychotherapie | Gendlin |
| Personen, Alternativen, Organe etc. | Systemische Strukturaufstellung | Sparrer und Varga von Kibéd |
| Internal Family System | Systemische Therapie | Schwarz |
| Protagonist, Antagonist, Hilfs-Ichs | Psychodrama | Moreno |
| Externalisierung | Systemische Therapie | |
| Inneres Team | Kommunikationstraining, Coaching | Schulz von Thun |
| <i>Hypnotherapeutische Modelle</i> | | |
| Introjekte | | Charcot |
| Psychologische Automatismen, (Ebenen des) Bewusstsein, Unterbewusstsein | Dissoziations-Theorie | Janet |
| Hidden-Observer | Neo-Dissoziations-Theorie | Hilgard |
| Apparently Normal Personality, Emotional Personality | Theorie der strukturellen Dissoziation | Myers, Nijenhuis |
| Ego-States | Hypnoanalyse, Ego-State-Therapy | Watkins und Watkins |
| Reframing-Modelle | Hypnotherapie, NLP | Bandler und Grinder, Dilts |
| Zauberwiesen-Strategie | | Renartz |
| Committee-Meeting | | Alman |
| Innere Familienkonferenz | Hypnosystemische Therapie | Schmidt |
| Self, Parts | Self-Relations-Therapy | Gilligan |
| Soziales Panorama | NLP | Derks |

Tabelle 5-14: Psychotherapeutische Techniken, Modelle und Theorien, die als Teile-Arbeit verstanden werden können

Symptome und Probleme werden in diesen Modellen und Theorien sprachlich mit unterschiedlichen Begriffen beschrieben, die in gewisser Weise synonym zu verstehbar sind: Konflikt, Ambivalenz, Inkongruenz zwischen Teilen, Interferenz von Strategien oder mangelnde Kooperation zwischen inneren Anteilen. Daher werden auch der Sinn von Therapie und Lösungen unterschiedlich beschrieben: Durcharbeiten von Konflikten, besserer Umgang mit Ambivalenzen oder Ambivalenz-Coaching, Herstellen von Kongruenz, Integration, usw..

Hypnosystemische Therapie kann auf den Grundsatz *Kooperation zwischen Patient und Therapeut zur Verbesserung der Kooperation der inneren Anteile des Patienten* gebracht werden. Die Beziehungsgestaltung des Therapeuten zum Patienten soll dabei durch *Internalisierung* als *korrigierende emotionale Erfahrung* wirken, wie der Patient die Beziehung zu seinen inneren Anteilen und zu seiner Umwelt kooperativer gestalten kann. Die kooperative Beziehungsgestaltung auf der interaktionellen Ebene zwischen Patient und Therapeut dient als Modell für die intrapsychische Beziehungsgestaltung der inneren Anteile des Patienten miteinander, insbesondere für den Umgang des Bewusstseins mit dem Unbewussten (siehe Abschnitt „Kooperation in der Therapie“).

Im Abschnitt „Inkongruenz“ unter „Kommunikation, Sprache und Rapport“ wurde bereits ausgeführt, wie bei konfligierenden Teilen unterschieden werden kann zwischen *regressiver* und *progressiver* Funktion, die mit unterschiedlicher autonomer Aktivierung einhergehen, weswegen Dilts (1989/1991, S. 124) auch von *inhibitorischer* und *exzitatorischer* Funktion spricht. Auch Nijenhuis (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2006; Nijenhuis, van der Hart und Steele 2004/2004; van der Hart, Steele, Nijenhuis und Matthes 2006) setzt aufbauend auf Myers (1940) in ihrer Dissoziations-Theorie die Aktualisierung unterschiedlicher dissoziierter Zustände bzw. innerer Anteile in Beziehung zu Mustern autonomer Aktivierung als evolutionsbiologisch begründeten Reaktionen. Da es sich hierbei um die elaborierteste aktuelle Dissoziationstheorie handelt, die sowohl für die Arbeit mit traumatisierten als auch nicht-traumatisierten Patienten relevant ist, soll sie hier kurz erläutert werden.

Zunächst wird davon ausgegangen, dass abhängig von Schweregrad und Häufigkeit der Traumatisierung unterschiedliche Formen und Ausprägungsgrade von *struktureller Dissoziation* entstehen, die dem Spektrum der Diagnosen von Phobien, einfacher PTBS⁹⁰ über komplexer PTBS und anderen dissoziativen Störungen bis zu dissoziativer Identitätsstörung reichen. Bei Phobien und einfacher PTBS besteht eine primäre strukturelle Dissoziation zwischen einem „apparently normal part of the personality“ (ANP) und einem „emotional part“ (EP), in dem während der Traumatisierung erlebte Affekte dissoziiert sind. Bei der sekundären strukturellen Dissoziation können mehrere dissoziierte emotionale Teile vorhanden sein, die unterschiedlichen evolutionsbiologisch angelegten Reaktionsmöglichkeiten während einer traumatisierenden Situation entsprechen. Bekannt sind bereits die Flucht- und die Kampf-Reaktion (Flight and Fight), hinzugefügt werden eine „Freeze“-Reaktion, die mit einer Analgesie einhergeht und eine so genannte „Total-Submission“-Reaktion, die mit einer Anästhesie einhergeht. Alle vier Reaktionsweisen können auch bei Tieren beobachtet werden und

⁹⁰ Posttraumatische Belastungsstörung

unterscheiden sich messbar in den Aktivierungsmustern des autonomen Nervensystems (Panksepp 1998). Kurz zusammengefasst findet bei „Freeze“- und „Total-Submission“-Reaktionen außer einer Aktivierung des Sympathikus (Fear-Flight-Fight-Response) zusätzlich eine Aktivierung des Parasympathikus statt (Porges 2003). Bei der sekundären strukturellen Dissoziation wird weiterhin zwischen einer sequentiellen Dissoziation, die den angesprochenen emotionalen Persönlichkeitsteilen entspricht, und einer parallelen Dissoziation unterschieden, bei der gleichzeitig ein erlebender und ein beobachtender Persönlichkeitsteil bestehen. Diese Unterscheidung ähnelt der im Abschnitt „Kommunikation, Sprache und Rapport“ eingeführten zwischen simultaner und sequentieller Inkongruenz. Bei einer tertiären strukturellen Dissoziation schließlich bestehen mehrere dissoziierte „apparently-normal“-Persönlichkeiten, was der dissoziativen Identitätsstörung, früher multiple Persönlichkeitsstörung, entspricht. Die Beobachtung autonomer Reaktionsmuster ist insbesondere in der Arbeit mit dissoziativen Störungen nach Traumatisierung relevant, aber auch bei nicht-traumatisierten Patienten können die entsprechenden Hinweisreize in abgeschwächter Form beobachtet und zum Pacing sowie zur zeitlichen Abstimmung von Interventionsschritten genutzt werden, wie es in den Abschnitten „Minimale Hinweisreize“ und „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“ beschrieben wurde.

5.4.2.2 Realitätskonstruktion von Teilen und Prozessen

Es bestehen wie bereits erwähnt enge Zusammenhänge zwischen Teile-Arbeit, Variation selbsthypnotischer Prozesse, Kontext- und Bedeutungs-Reframing sowie der Konstruktion des therapeutischen Auftrags. Ein innerer Anteil ist für die Initiierung eines oder mehrerer selbsthypnotischer Prozesse und der damit einhergehenden Verhaltensmuster zuständig. Die positive Absicht eines Teiles entspricht (kybernetisch ausgedrückt) dem Exit-Kriterium des selbsthypnotischen Prozesses, d.h. ein innerer Anteil hält ein bestimmtes Verhaltensmuster so lange aufrecht, bis sein Ziel erreicht, seine positive Absicht erfüllt ist.

Erweiterung von Wahlmöglichkeiten besteht zunächst darin, alternative Verhaltensmuster und selbsthypnotische Prozesse oder Variationen der bereits vorhandenen zur Erreichung dieser positiven Absicht zu generieren oder durch Rekontextualisierung und Generalisierung verfügbar zu machen. Dies entspricht einer einfachen *symptomorientierten Veränderung*, da am Teil und seiner positiven Absicht nichts weiter verändert wird. Es kann aber auch daran gearbeitet werden, die positive Absicht des Teiles, also das Exit-Kriterium des selbsthypnotischen Prozesses, zu verändern. Hiermit kann im Sinne einer motivationalen Klärung eine Bewusstmachung bislang unbewusster Intentionen, Erwartungen, ihrer Entstehung in der Vergangenheit sowie aufrechterhaltender Funktionen in der Gegenwart einhergehen. Die darauf folgende Veränderung des Systems von Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern des Patienten entspricht einer *Problem- oder Konfliktorientierung*. Hierfür kann bei *bindungsorientiertem Vorgehen* die Beziehung zwischen Therapeut und Patient und ihrer Übertragungsdynamik eine zusätzliche Ebene von Informationen und

Interventionsmöglichkeiten durch korrigierende emotionale Erfahrungen bieten, sofern der Therapeut einen entsprechenden Auftrag akquiriert hat.

Die meisten Techniken der Teile-Arbeit zielen auf eine Bewusstmachung und Veränderungen der Relation zwischen den Teilen und ihrer positiven Absichten ab, die Teile an sich bleiben dabei bestehen und unverändert. Einige Techniken jedoch ermöglichen die *Veränderung der Teile selbst*, etwa indem Teile miteinander integriert („verschmolzen“) werden oder sich wie ein lebendes Wesen weiterentwickeln („einen Teil erwachsen werden lassen“). Auch diese Techniken sind als problem- und konfliktorientiert einzuordnen, weiter unten werden einige dieser Vorgehensweisen skizziert.

Trotz der angeführten Dissoziationstheorien ist im Sinne des Konstruktivismus zunächst davon auszugehen, dass der Begriff „Teil“ keine objektive Tatsache darstellt, sondern eine umgangssprachliche *Metapher*, die zum pragmatischen Zweck der *Kommunikation* von Therapeut und Patient eingeführt wird. Die Beschreibung von Problem und Lösung, des Auftrags usw. mit Hilfe des Begriffes „innerer Anteil“ ist eine von vielen möglichen *Realitätskonstruktionen*. Patient und Therapeut erzeugen im Kontext der Therapie eine *geteilte Wirklichkeit*, um im Kontext der Therapie kommunizieren und kooperieren zu können. Hierauf wurde bereits im Abschnitt „Realitätskonstruktion von Problem und Lösung“ eingegangen.

Wird ein Verhalten nicht als Prozess, sondern als Eigenschaft oder innerer Anteil beschrieben, wird das Sprachmuster einer *Nominalisierung* verwendet (z.B. „...die *Angst* überfällt mich...“ oder „...die *Sucht* ist stärker als ich...“). Diese Art der Beschreibung wird auch als *Verdinglichung* und ggf. als *Personifizierung* bezeichnet oder (in Anlehnung an den Begriff der Internalisierung) als *Externalisierung*, wenn der innere Anteil so beschrieben wird, als sei er ein Objekt oder eine Person außerhalb des Patienten.⁹¹ Das Hinterfragen dieser Beschreibung (z.B. mit Hilfe des Meta-Modells), so dass wieder ein Prozess mit einzelnen, konkreten, Schritten beschrieben wird, bezeichnet man daher als *Denominalisierung* oder *Verflüssigung von Eigenschaften*.

Da es nicht notwendig ist, den Begriff „Teil“ in der Kommunikation mit dem Patienten explizit zu benutzen, können statt dessen synonyme Begriffe gewählt werden, die einem Pacing des Patienten am ehesten gerecht werden. Hierzu bieten sich natürlich am ehesten Formulierungen an, die der Patient bei der Beschreibung seiner Problematik spontan selbst wählt. Dies entspricht der Utilisation einer Patienten-Metapher. In den Abschnitten „Konstruktion von Problem und Lösung“ und „Kooperation und Auftragsdynamik“ wurde bereits ausgeführt, dass die *Konstruktion von Problem und Auftrag* am einfachsten ist, wenn die spontane Beschreibung des Patienten genutzt wird. Beschreibt der Patient die Problemtrance als Prozess, als Abfolge von Schritten, bietet sich eine Auftragskonstruktion im Sinne der Variation selbsthypnotischer Prozesse an, benutzt er Formulierungen wie „einerseits... andererseits...“, „etwas in mir...“ oder mit Nominalisierungen bietet sich eher Teile-Arbeit an.

Es ist durchaus auch möglich, dem Patienten alternative Beschreibungen vorzuschlagen, wenn dies die

⁹¹ Mit „Personifizierung“ und „Externalisierung“ werden auch einige systemische und psychodramatische Interventionen bezeichnet, mit denen eine solche Dissoziation vom Problem bzw. Symptom als ein therapeutischer Schritt vorgenommen wird.

Konstruktion der Lösung und die sich anschließenden Interventionen erleichtert. Das kann bedeuten, dass der Therapeut dem Patient eine Reihe von Grundbegriffen erläutert, um das Problem, die Lösung, den Verlauf der Therapie mit den nötigen Interventionen in einer Form zu beschreiben, die damit der Therapeut vorgibt. Dies bedeutet aber letztendlich auch, dass *der Patient die Sprache des Therapeuten erlernen soll*, anstatt umgekehrt. Dies beinhaltet immer das Risiko von Irritationen oder Überforderung auf Seiten des Patienten, die die Therapiebeziehung belasten können. Grundsätzlich sollte individuell entschieden werden, wie viel dieses Aufwandes und Risikos tatsächlich notwendig ist, um eine geteilte Wirklichkeit als Kommunikations- und Kooperationsbasis aufzubauen.

Für Teile-Arbeit sind letztere Grundsätze von Realitätskonstruktion und Auftragsdynamik insbesondere deshalb relevant, weil sich die einzelnen Techniken, Modelle und Theorien, die es in der Psychotherapie gibt, erheblich in der *Menge der Vorannahmen* unterscheiden, die der Patient akzeptieren muss, um mit dem Therapeuten eine geteilte Wirklichkeit zu haben und damit die Therapie zu ermöglichen. Einige Modelle, wie z.B. die Transaktionsanalyse, haben sehr konkrete Begrifflichkeiten, in die der Patient seine Problematik erst einpassen muss. Einige Modelle setzen die Existenz einer zentralen, steuernden Instanz wie dem „Selbst“ oder dem „Ich“ voraus. In der Hypnotherapie werden in der Regel lediglich ein Unbewusstes und ein Bewusstsein postuliert, wobei ersteres als aus mehreren unbewussten Anteilen bestehend beschrieben werden kann. Letztendlich ist aber nicht einmal die Vorannahme des Unbewussten notwendig, obwohl sie erfahrungsgemäß sehr nützlich ist (siehe z.B. Schmidt 1985, 1989).

Die Konstruktion des inneren Anteils wird gewöhnlich dann gewählt, wenn ein Verhalten als unwillkürlich und automatisch, als nicht oder nur schwer willentlich beeinflussbar erlebt wird. Oft ist der Patient sich weder über die Entstehung noch über die Funktion im Sinne einer unbewussten positiven Absicht des Verhaltens im Klaren, er erlebt das Verhalten als ich-dyston und bewertet es negativ. Teile-Arbeit ist aber auch anwendbar auf Verhaltensmuster, die zwar als automatisch und unwillkürlich ablaufend erlebt werden, aber *ich-synton* sind und *positiv bewertet* werden und deren positive Absicht bewusst ist, die also eine *Ressource* darstellen. Dies ist möglich, wenn z.B. die Generalisierung einer Ressource, die als innerer Anteil beschrieben wird, erreicht werden soll. Beispiele hierfür wären die Kontaktaufnahme mit und Aktivierung eines „kreativen Teils“ (wie im 3. Schritt des weiter unten beschriebenen Six-Step-Reframings) oder einer anderen universellen Ressource (wie dem in bestimmten Kontexten vorhandenen Selbstvertrauen oder eines metaphorischen, personifizierten inneren Anteils wie einem „innerer Ratgeber“. Hierauf wird weiter unten gesondert eingegangen.).

Auffällig ist, dass die verbalisierten Kognitionen, die einzelnen inneren Anteilen zugeordnet werden, sich nicht nur inhaltlich, sondern auch formal deutlich unterscheiden können, v. a. in *Sprachmustern*. Kognitionen eines inneren Anteils, dem man im psychoanalytischen Sinn eine Über-Ich-Funktion zuordnen könnte, beinhalten oft Sprachmuster mit Generalisierungen, Fehlen des Bezugsindex („man...“), Modalverben der Notwendigkeit („...muss...“), Universalquantoren („...immer“) usw..

Wenn diesen Kognitionen noch non- und paraverbale Elemente wie akustische Stimmen oder visuelle Repräsentationen der Gesichter von Personen aus der Gegenwart oder der Vergangenheit zugeordnet werden, können dies wertvolle Hinweise sein, dass es sich - ebenfalls im psychoanalytischen Sinn - um ein *Introjekt* handeln könnte und daher mit dem Gegenwarts- oder Herkunftssystem gearbeitet werden sollte. Hierauf wurde schon im Abschnitt „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ hingewiesen sowie im Abschnitt „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“, weiter unten im folgenden Abschnitt wird dies weiter ausgeführt.

Grundsätzlich problematisch ist, dass unterschiedliche Realitätskonstruktionen Implikationen enthalten, die suggestiv wirken, weshalb deren Auswirkungen geprüft werden sollten. Die Beschreibung in Form eines inneren Anteils kann als eine *Suggestion* wirken, die das Ausmaß der *Dissoziation* oder zumindest das dissoziierte Erleben noch verstärken und damit den erlebten Handlungsspielraum eher noch weiter verkleinern. Diese Problematik der suggestiven Wirkung einer Beschreibung kann analog gesehen werden zu Problemen wie der Konstruktion von Fehlerinnerungen bei der aufdeckenden Arbeit mit Altersregression oder der Interpretation ideomotorischer Bewegungen als Signale des Unbewussten. Eine Realitätskonstruktion in Form innerer Anteile verstärkt die Dissoziation, eine Konstruktion in Form von selbsthypnotischen Prozessen verstärkt eher die Assoziation. Grundsätzlich sollte Therapie im Sinne einer Bewusstmachung und Erweiterung des Handlungsspielraumes letzteres bewirken, daher ist Teile-Arbeit und Dissoziation nur vorübergehend sinnvoll, um in bestimmten Therapiephasen gezielte Interventionen zu ermöglichen. Idealerweise werden dem Patienten beide Formen der Realitätskonstruktion angeboten.

Realitätskonstruktionen können - wie ein Placeboeffekt und positive Erwartungen - therapeutisch hilfreich sein, können aber auch den Handlungsspielraum des Patienten limitierend wirken. Daher sollte diese Grundproblematik dem Patienten anhand der in der Therapie relevanten Themen und Techniken (Fehlerinnerungen, Signalsysteme, innere Anteile und das Unbewusste usw.) transparent gemacht werden, damit ein reflektierter, konstruktiver Umgang mit dieser nicht lösbaren Grundproblematik erarbeitet werden kann.⁹² Auf den zentralen Aspekt der *positiven oder negativen Konnotation* innerer Anteile wird im nächsten Abschnitt eingegangen, da er unmittelbar mit dem Reframing-Konzept verknüpft ist.

5.4.2.3 Formale Struktur von Reframing-Modellen

Unterscheidet man, wie im Abschnitt „Allgemeine Prinzipien“ ausgeführt, zwischen *Inhalt*, *Struktur* und *Form*, wird deutlich, dass Techniken der Teile-Arbeit auf verschiedene Inhalte wie z.B. unterschiedliche Diagnosen oder Symptome anwendbar sind. Je formaler und abstrakter eine Technik

⁹² In der Esoterik-Szene ist es teilweise üblich, durch „Channeling“ mit Hilfe von Medien Kontakt mit den Seelen Verstorbener, Geistführern oder anderen „höheren Wesen“ etc. aufzunehmen. Speziellere Varianten sind die verschiedenen Formen von schamanischem oder christlichem Exorzismus. Hierbei wird in der Regel nicht reflektiert, dass es sich auch um dissoziative Phänomene handeln kann, d. h., dass sich - analog zu einem projektiven, imaginativen Verfahren - lediglich ein unbewusster innerer Anteil des Mediums zeigt, das vielleicht intuitiv auf Bedürfnisse und Interessen des Fragenden oder einer anwesenden Gruppe eingeht.

bzw. ein Modell zu Teile-Arbeit beschrieben ist, desto einfacher ist eine flexible, individualisierte Anwendung, da - im Sinne von inhaltsfreier Prozessarbeit - bei gleicher Struktur verschiedene Inhalte in unterschiedlichen Formen bearbeitet werden können. Einige Techniken hingegen legen sich auf eine bestimmte Form fest (wie die Parts-Party auf eine psychodramatische Form), einige andere Techniken legen sich auf bestimmte Inhalte fest (wie die Transaktionsanalyse auf Inhalte, die mit Eltern- Kindheits- und Erwachsenen-Ich zu tun haben).

Im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ wurde bereits erwähnt, dass Modelle wie das unten beschriebene Six-Step-Reframing in der formalen Abfolge der Schritte mit ideomotorischen Signalsystemen durchgeführt werden können. Oft wird die Kommunikation mit inneren Anteilen durch Visualisierung von Personen, Wesen oder Symbolen ermöglicht, wofür sich dialogisches und auch fraktioniertes Vorgehen bei der Tranceinduktion anbietet. Schließlich können innere Anteile auch psychodramatisch dargestellt werden (Hypnodrama) oder aufgestellt werden (systemische Strukturaufstellung).

Das wohl abstrakteste, formalste Konzept mit den sparsamsten Vorannahmen, das damit auch am flexibelsten an den individuellen Patienten anpassbar ist, stellen die Reframing-Modelle dar (Dilts et al. 1980/1985, Bandler und Grinder 1982/1985). Sämtliche anderen Teile-Modelle lassen sich mit den Reframing-Modellen kombinieren oder können als spezielle Varianten des übergreifenden Konzepts der Reframing-Modelle aufgefasst werden (siehe dazu z.B. Gerl 2001). Reframing an sich, im Sinne von Umdeuten, ist allerdings nicht identisch mit Teile-Arbeit, sondern nur die Voraussetzung und ein erster Schritt. Die Annahme, dass jedes Verhalten bzw. der dazugehörige innere Anteil, eine positive Absicht hat, auch wenn es durch seine Resultate zunächst noch so destruktiv und bizarr erscheint, entspricht einem Bedeutungs-Reframing. Die Annahmen, dass jeder Teil in einem bestimmten Kontext eine sinnvolle Funktion haben kann und im ursprünglichen Kontext seiner Entstehung eine positive Funktion hatte, entsprechen einem Kontext-Reframing. Die elementaren Techniken Bedeutungs- und Kontext-Reframing wurden bereits im Abschnitt „Allgemeine Prinzipien“ dargestellt, ebenso die Einführung des Begriffes Reframing durch die Palo Alto Gruppe. Zum Sprachgebrauch ist anzumerken, dass der Begriff „Reframing“ oft sehr unscharf benutzt und fälschlicherweise mit „Teile-Arbeit“ gleichgesetzt wird.

Eine Gruppe von Vorannahmen, in denen sich die einzelnen Teile-Modelle erheblich voneinander unterscheiden, umfasst die *positive und negative Konnotation* einzelner Teile und die damit einhergehenden *Attributionsmuster* bezüglich der Verursachung von Problemen. Sehr grob vereinfacht wird in der klassischen Psychoanalyse dem Ich bzw. dem Bewusstsein eine positive Funktion zugeordnet, während dem Es bzw. dem Unbewussten als Quelle der Triebe und Konflikte die Verursachung der Probleme und Pathologien zugeschrieben und es daher negativ bewertet wird. Bei Erickson hingegen wird das Unbewusste als Quelle von Weisheit und Kreativität positiv bewertet und dem Bewusstsein die Verantwortung dafür zugeschrieben, dass die Ressourcen des Unbewussten sich nicht entfalten können, weil das Bewusstsein zu kontrollierend ist. Daher müssten indirekte Techniken

in der Therapie insbesondere die Funktion haben das Bewusstsein zu umgehen. Diese polarisierenden Vorannahmen der beiden Ansätze haben direkte Auswirkungen auf die Gestaltung der Therapie, die darin mündet, dass „gegen“ einen der inneren Anteile des Patienten gearbeitet wird - und nicht mit allen Teilen gemeinsam an einer Lösung, die für alle Anteile gut ist.

Auch andere Modelle ordnen einzelnen inneren Anteilen – zunächst - negative konnotierte Bezeichnungen zu, z.B. dem so genannten „Lower Self“ in der neo-reichianischen Körpertherapie Core-Energetics (Pierrakos und Thesenga 1992/2001, Pierrakos 1987/1987) oder dem Archetyp des „Schatten“ in der analytischen Psychologie nach Jung (1912, zusammenfassend 1935). Erst nach einer therapeutischen Bearbeitung können diese Anteile eine positive Bedeutung erhalten. Schließlich drücken auch alltägliche, umgangssprachliche Formulierungen wie „den inneren Schweinehund überwinden“ oder „die Angst bekämpfen“ ebenfalls die negative Konnotation innerer Anteile aus.

In der Hypnotherapie hingegen ordnet man ausgehend von den Grundprinzipien Utilisation und Ressourcenorientierung sowie den Reframing-Modellen inneren Anteilen weder eine positive noch eine negative Konnotation an sich zu. Stattdessen werden mehrere Unterscheidungen wie der positiven Absicht eines Teiles und den negativen Auswirkungen des Verhaltens getroffen (siehe die Abschnitte „Wahlmöglichkeiten und Ressourcenorientierung“ sowie „Reframing“). Auch Bewusstsein und Unbewusstes werden nicht positiv und negativ polarisiert, sondern eben beide als Teile mit zwar grundsätzlich positiven Absichten, aber nicht immer kontextbezogen zieldienlichen Verhaltensmustern.

Dilts et al. beschrieben den Prozess des Reframings, der Teile-Arbeit, der Aufhebung von Interferenzen von Strategien und damit der Therapie insgesamt in Form mehrerer verschachtelter TOTE-Schleifen (siehe Abbildung 5-2). Die Interferenz von Strategien (wie selbsthypnotische Prozesse hier bezeichnet wurden) wird als identisch mit konfligierenden inneren Anteilen betrachtet. Hierbei besteht das Problem nicht in den positiven Absichten der Teile, sondern in der verhaltensmäßigen Umsetzung, der Strategie, eines Teiles, mit der Resultate einhergehen, die der positiven Absicht des anderen Teiles widersprechen.

Bandler und Grinder (1979/1981) entwickelten zunächst das bekannte *Six-Step-Reframing*, dann (1982/1985) die Varianten *Verhandlungs-Reframing* und ein Modell mit der Bezeichnung „*einen neuen Teil schaffen*“ (Tabellen 5-15, 5-16, 5-17). Diese drei Techniken der Teile-Arbeit bauen auf den Grundlagen des Bedeutungs- und Kontext-Reframings auf, und sind im Modell der verschachtelten TOTE-Schleifen als unterschiedliche Pfade vollständig enthalten. Der 5. Schritt der Six-Step Reframings z. B. entspricht dem Test der übergeordneten TOTE-Schleife. Das Verhandlungs-Reframing ist eine ausführlichere Variante des Prozesses, der abläuft, wenn die Schritte 4 und 5 des Six-Step-Reframings mehrfach durchlaufen werden. In allen Modellen kommt ein Schritt vor (im Six-Step-Reframing der 4. Schritt), in dem eine aktivierter kreativer Teil Wahlmöglichkeiten generiert, die zunächst nicht zensiert werden durch Wohlgeformtheitskriterien im Sinne des Zielrahmens (siehe Abschnitt „Zeitprogression und posthypnotische Suggestion“) oder einem sonstigen Realitätsprinzip

(im Sinne der Psychoanalyse). Umgangssprachlich kann man diesen Schritt mit einem „Brainstorming“ vergleichen.

Das Problem des Patienten wird in diesen Modellen konstruiert als Inkongruenz im System innerer Anteile, was der Interferenz von Strategien entspricht, und die Lösung als Herstellen von Kongruenz. Bei jedem dieser Reframing-Modelle sowie „bei jeder therapeutischen Veränderung überhaupt wirken die drei Prozesse der Manipulation von Teilen, des sekundären Gewinnes und der Änderung der Generalisierung“ (Bandler und Grinder 1982/1985, S.169), wobei sekundärer Gewinn synonym zu Zieldienlichkeit und Generalisierung synonym zu Kontextbezogenheit zu verstehen ist.⁹³

⁹³ Ohne dies im Rahmen dieser Arbeit diskutieren zu können, soll die These aufgestellt werden, dass so genannte *therapeutische Non-Verträge* (Votsmeier 1998; Stauss 1993, S. 111f) dann funktionieren, wenn sie einen therapeutischen Double-Bind darstellen. Dieser kann nur entstehen, wenn während der Erarbeitung des Vertrages implizit die Struktur eines Reframings durchlaufen wurde. Hierdurch schafft es der Patient entweder, ein neues Verhalten umzusetzen, oder er lernt etwas über sein Symptom, dessen positive Absicht, den Auslöser, den zugrunde liegenden selbsthypnotischen Prozess, die beziehungsgestaltenden Auswirkungen usw., oder macht eine andere positive Erfahrung (sog. „positive Sanktion“).

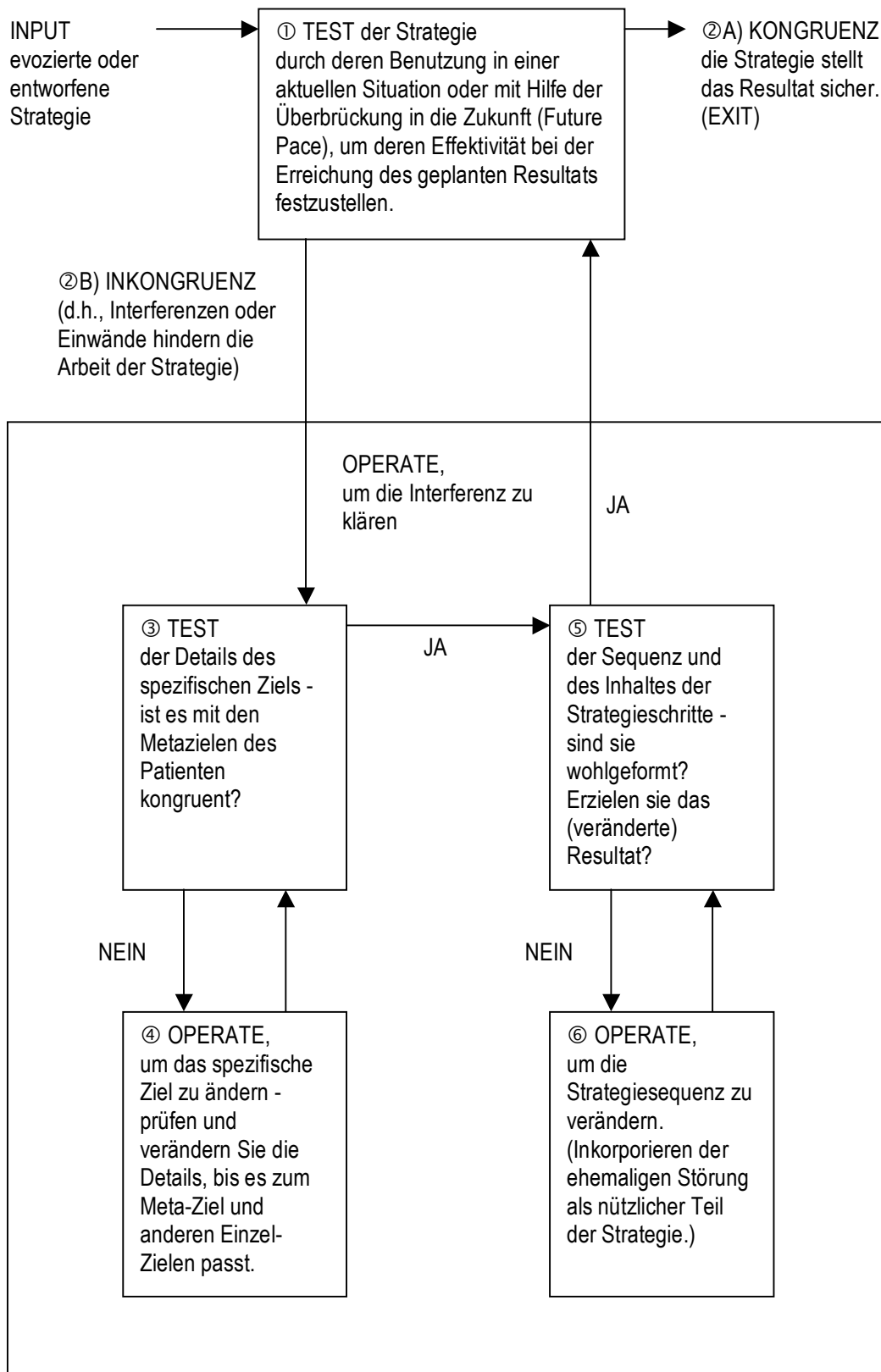


Abbildung 5-2: Die Reframing-TOTE-Schleife (Dilts et al. 1980/1985, S. 260)

| |
|---|
| 1. Identifikation des Musters, das verändert werden soll bzw. als Problem erlebt wird |
| 2. Kommunikation mit dem inneren Anteil etablieren; Signal-System installieren |
| 3. Unterscheidung des Musters von der positiven Absicht des inneren Anteils |
| 4. Kreativen Teil aktivieren und mindestens drei neue Wahlmöglichkeiten finden lassen |
| 5. Future Pace |
| 6. Ökologischer Check (→ bei inneren Einwänden zurück zu 4. Schritt oder Verhandlungs-Reframing) |

Tabelle 5-15: Six-Step-Reframing (zusammengefasst nach Bandler und Grinder 1982/1985, S. 138f)

| |
|---|
| 1. Identifikation zweier innerer Anteile, die sich gegenseitig unterbrechen (wenn nur ein Teil den anderen unterbricht → evtl. Six-Step-Reframing). |
| 2. Beide inneren Anteile nach ihrer positiven Absicht befragen. |
| 3. Evtl. die beiden inneren Anteile nach ihrer nächst höheren, gemeinsamen positiven Absicht für den Gesamtorganismus befragen (allgemeines Meta-Ziel, dem beide Teile zustimmen). |
| 4. Beide inneren Anteile befragen, ob ihre Funktion wichtig genug ist, dass sie bereit sind, den anderen Teil nicht zu unterbrechen , wenn sie als Gegenleistung ebenfalls nicht unterbrochen werden. |
| 5. Future Pace ; beide inneren Anteile befragen, ob sie bereit sind, das Obengenannte für einen spezifizierten Zeitraum zu tun. |
| 6. Ökologischer Check (→ bei inneren Einwänden Fortsetzung des Verhandlungs-Reframings mit weiteren Teilen) |

Tabelle 5-16: Verhandlungs-Reframing (zusammengefasst nach Bandler und Grinder 1982/1985, S. 73; bei Schritt 3. Dilts et al. 1980/1985, S. 262, Absatz (4))

| |
|---|
| 1. Identifikation des Ziels, der positiven Absicht , der Funktion des zu schaffenden inneren Anteils. |
| 2. Durchleben von Erinnerungen , in denen etwas Ähnliches wie das erwünschte Verhalten oder einzelne Elemente davon bereits erlebt wurden. |
| 3. Patient konstruiert visuell-kinästhetisch-dissoziierten Film , in dem er das erwünschte Verhalten zeigt. |
| 4. Wenn er zufrieden ist, durchlebt er das konstruierte Verhalten assoziiert . |
| 5. Wenn er noch nicht zufrieden ist, werden die beiden vorigen Schritte (3. und 4.) wiederholt . |
| 7. Ökologischer Check ; Einwände und Befürchtungen anderer Teile gegen dieses neue Verhalten sammeln (→ Verhandlungs-Reframing oder zurück zu 3. Schritt). |
| 8. Future Pace ; Existenz des neuen Teiles sicherstellen. |

Tabelle 5-17: Reframing-Modell „einen-neuen-Teil-schaffen“ (zusammengefasst nach Bandler und Grinder 1982/1985, S. 126f)

Zu beachten ist, dass bei Anwendung dieser Techniken die Teile an sich unverändert bleiben, lediglich die Kontextualisierung der Teile, die von ihnen initiierten Muster und die mit ihrer Funktion, ihrer positiven Absicht, zusammenhängenden Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmuster verändern sich. Beim Verhandlungs-Reframing bleiben konfligierende Teile unverändert, sie verändern lediglich im Sinne einer gemeinsamen, übergeordneten positiven Absicht ihre Strategien, um nicht mehr zu interferieren.

Wie im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ erläutert, muss die positive Absicht nicht bewusst werden, es ist auch möglich, z.B. mit ideomotorischen Signalsystemen und Prozess-Instruktionen wie der impliziten Direktive eine Lösung auf unbewusster Ebene finden zu lassen. Dennoch ist eine Bewusstmachung zur Verbesserung der Kooperation von Bewusstsein und Unbewusstem sinnvoll, um die Eigenkompetenz des Patienten zu stärken und die Nachhaltigkeit des Therapieerfolges zu erhöhen.

Der Begriff des „Teiles“ wird auch von diesen Autoren als pragmatische Metapher für die Kommunikation zwischen Patient und Therapeut betrachtet, sie bewerten ihn sogar negativ als „Anthropomorphismus“ (Bandler und Grinder 1982/1985, S. 91f). Im Sinne ihrer informationstheoretischen, formalen Orientierung halten sie Begriffe wie *Unterprogramm* oder *Subroutine* für passender.

In diesen allgemeinen Reframing-Modellen gibt es keine Vorannahme bezüglich konkreter Teile wie einem „Selbst“. Da Teile in Interaktion stehen wird lediglich angenommen, dass einzelne Teile übergeordnet die Aktivität von anderen Teilen regulieren können und bezeichnet diese formal als *Meta-Teile* (Bandler und Grinder 1982/1985, S. 90f).

5.4.2.4 Varianten von Teile-Arbeit

Eine häufige Anwendung ist die Einführung innerer Anteile als *Ressourcen*, was am einfachsten durch Imagination und Visualisierung von Personen, Wesen oder auch von Symbolen geschieht. Einige Beispiele können sein: ein innerer Arzt oder Heiler, ein weiser alter Mann bzw. eine weise alte Frau, ein anderer Ratgeber, Krafttiere, Schutzengel, das höhere Selbst usw.. Das innere Kind kann sowohl als Ressource (z.B. für Verspieltheit und Spontaneität) imaginiert werden, als auch in der Arbeit mit Altersregression z. B. bei traumatischen Erfahrungen. Verstorbene Angehörige oder Freunde können ebenfalls als Ressource imaginiert werden, etwa als Ratgeber oder Unterstützer oder um mit diesen Personen in der Imagination eine Aussprache zu halten, die in der Realität nicht mehr möglich ist. Abstraktere Teile, z.B. universelle Ressourcen wie Kreativität, werden seltener als Person oder Wesen imaginiert sondern eher durch bildhafte Symbole. Diese Ressource kann dann durch Imagination dieses Symbols aktiviert werden, was eine einfache Anwendung zur Selbsthypnose darstellt. Der Patient kann dieses Symbol dann durch Visualisierung in einem spezifischen Kontext als Auslöser für eine posthypnotische Reaktion, der Aktivierung einer Ressource, nutzen.

Bei inneren Anteilen, die von vorneherein eine Funktion als Ressource, Helfer oder Ratgeber etc.

haben, ist kein Bedeutungs-Rreframing mehr nötig, da sie bereits positiv konnotiert sind. Die Bewertung innerer Anteile, wie z.B. verstorbene Angehörige oder metaphorischer-Personifikationen von Symptomen, die ambivalent oder negativ konnotiert sind, verändern sich durch Reframing im Laufe einer Intervention zu einer positiven Konnotation und können so ebenfalls zu Helfern oder Ressourcen werden.

Die Techniken der Teile-Arbeit lassen sich auch in der Therapie somatischer Erkrankungen einsetzen, indem *Organe* bzw. deren Repräsentanzen im Unbewussten als innere Anteile definiert werden und mit ihnen kommuniziert wird. Lenk (1993) stellte eine Variante des Six-Step-Reframings mit Visualisierung zur Hypnotherapie bei Krebserkrankungen vor, bei der mit dem visualisierten Tumor kommuniziert wird, um Hinweise zur Veränderung der Lebensgestaltung des Patienten zu bekommen. Eine Variante systemischer Strukturaufstellung wird als „Organaufstellung“ bezeichnet (Sparrer und Varga von Kibéd 1998, 2000).

Abstraktere innere Anteile wie das Selbst, ein „Steuerungs-Ich“, das Bewusstsein, das Unbewusste oder der Hidden-Observer (in Induktionen, die auf der Neo-Dissoziationstheorie beruhen) werden kaum imaginiert und visualisiert, weder als Personen, Wesen oder Symbole, sondern lediglich sprachlich in der Kommunikation benutzt.

Teile-Arbeit kann auf vielfältige Weise mit Techniken der *Altersregression* und der *Zeitprogression* kombiniert werden. Die letzten beiden Schritte des Six-Step-Reframings Future-Pace und ökologischer Check beinhalten eine Zeitprogression. Visualisierte Teile können entlang von Zeitlinien in die Vergangenheit gleiten, um den Zeitpunkt eines für die Entstehung des Teiles relevanten Ereignisses zu finden oder in die Zukunft, um metaphorisch eine Ressource zu generalisieren. Der Patient kann in einem zeitlich in die Zukunft orientierten Zustand seinem eigenen, älteren und weiseren Selbst begegnen um einen Rat zu erhalten. Gerade bei stark dissoziierten Teilen kann es nützlich sein, sie zu befragen, wie alt sie sind bzw. wann und in welcher Situation sie entstanden sind oder bestimmte Entscheidungen getroffen haben. Dies kann mit ideomotorischen Signalsystemen, einer Affektbrücke oder wenn möglich mit direkten Fragen an den Teil geschehen. So wird ein Zugang zu unbewussten Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern möglich. Erinnerungen, die bislang evtl. ebenfalls unbewusst waren, können dann mit den im Abschnitt „Altersregression“ erläuterten Techniken bearbeitet werden.

Finden sich bei der Unterschiedsbildung zwischen Problem- und Lösungstrance in der Problemtrance *Repräsentanzen aktueller oder vergangener Bezugspersonen* kann die Arbeit mit dem Gegenwarts- oder dem Herkunftssystem des Patienten indiziert sein. Ursprünglich sind dies Anwendungsbereiche systemischer Therapie bzw. der Psychoanalyse, die sich mit Hypnose zur *hypno-systemischen Therapie* sowie zur *Hypnoanalyse* kombinieren lassen. Diese Repräsentanzen, die durch Introjektion oder Internalisierung entstanden sind, können als eine besondere Untergruppe innerer Anteile betrachtet werden.

Da im Einzeltherapie-Setting hypno-systemischer Therapie mit Repräsentanzen von

Familienmitgliedern gearbeitet wird, spricht man auch von „Familientherapie ohne Familie“. Relevant sind oft die Phantasien und Erinnerungen bezüglich *beziehungsgestaltender Auswirkungen* von Problemen und Symptomen im Unterschied zu einer Lösung. Techniken wie die *innere Familienkonferenz* (Schmidt 1997) sind sowohl als Imagination in Trance als auch hypnodramatisch als Familienskulptur durchführbar. Im Abschnitt „Dezentrierung“ wurde bereits erwähnt, dass Schmidt (1985) systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie beschreibt, da das Beantworten zirkulärer Fragen durch den Patienten eine Dissoziation von der egozentrischen Wahrnehmungsposition impliziert. Oft werden in der hypno-systemischer Teile-Arbeit Analogien zwischen intrapsychischen Systemen zu äußeren, interpersonellen Systemen wie Familien und Organisationen sowie zur Gruppendynamik gezogen. Einzeltherapie wird dann im übertragenen Sinn als „Organisationsentwicklung des intrapsychischen Systems“ bezeichnet. Da innere Anteile auch bei Personen ohne psychische Störung mehr oder weniger dissoziiert sind, wird gelegentlich auch die Analogie zur multiplen Persönlichkeitsstörung hergestellt (Schmidt 2004, S. 53). Eine Übersicht über einige hypno-systemische Modelle gibt Hesse (2003).

Einige Techniken zielen direkt eine Veränderung des Teils an sich an, nicht nur seiner positiven Absicht, seiner Wahlmöglichkeiten, der Kontextualisierung oder der Interaktion der Teile untereinander wie bisher beschriebenen. Beim *Visual Squash* (Bandler und Grinder 1979/1981, S. 159f) werden zwei Teile in der Imagination miteinander integriert, metaphorisch gesprochen „verschmolzen“. Das Ergebnis ist ein neuer Teil, der die Ressourcen der beiden alten Teile enthält. Die beiden Teile werden vom Patienten als Person, Wesen oder Symbol visualisiert, ggf. auf den Oberflächen seiner nach oben gedrehten Handflächen. Die beiden Hände können dann willkürlich oder ideomotorisch zusammengeführt werden, sowohl bei geöffneten oder bei geschlossenen Augen. Hierbei können diverse Suggestionen zur Weiterentwicklung des Patienten gegeben werden. Wenn die Hände sich berühren kann der Patient beobachten, wie ideosensorisch ein dritter, neuer innerer Anteil entsteht. Von der Struktur her ähnelt dieses Vorgehen dem als „Anker kollabieren“ bezeichneten Gegenkonditionieren in einer imaginativ-metaphorischen Form.

Bei der *Core-Transformation* (Andreas und Andreas 1994/1995, 1996) wird - kurz zusammengefasst - ein Teil zuerst nach seiner positiven Absicht befragt und dann mehrfach weiter nach der positiven Absicht der positiven Absicht. Formuliert wird dies in Fragen wie: „Was möchtest Du erreichen, indem Du x machst?“, „Wenn dieses Ziel erreicht ist, was gibt es dann, was dann noch wichtiger ist?“ oder „Wenn Du die Erfahrung machst, dass Du x machst, so gut x wie Du nur kannst, was möchtest Du durch dieses x dann erreichen, das noch wichtiger ist?“. Der Zustand eines erreichten Ziels soll in der Imagination zunächst eine Weile erlebt werden, bevor die nächste Frage gestellt wird. Es entsteht eine Hierarchie von Zielen, die immer allgemeiner werden (immer größere Chunks darstellen, in der Begrifflichkeit der NLP-Meta-Programme). Schließlich wird ein Ziel formuliert und damit einhergehend ein Seins-Zustand erlebt, der einen sehr elementaren Charakter hat, daher oft als spirituell empfunden und als Core-State bezeichnet wird. Die Autoren unterscheiden aufgrund ihrer

Beobachtung zwischen fünf verschiedenen Gruppen von Core-States: „Ruhen im Sein“ („Being“), „Innerer Friede“ („Inner Peace“), „Liebe“ („Love“), „Okay-Sein“ („OKness“) und „Einssein“ („Oneness“). Dann wird vom Core-State aus rückwärts gefragt „Wie wirkt sich dieser Zustand auf den nächst kleineren Kontext x-1 aus?“ oder „Wie transformiert oder bereichert der bereits eingetretene Zustand x das beabsichtigte Ergebnis x-1?“. Da der Patient sich diese Hierarchie von Kontexten nicht gemerkt haben wird, sollte der Therapeut sie in den Worten des Patienten benennen. Wenn dieser veränderte Zustand erlebt wurde, wird mit derselben Frage die nächste, hierarchisch niedrigere Stufe transformiert, bis schließlich der Ausgangszustand erreicht ist. Hier wird gefragt: „Wie verändert das Deine ursprüngliche Situation, dass Du nun bei Zustand x beginnst?“ und schließlich „Wie verändert es Deine Erfahrung, wenn Du zum ursprünglichen, ersten Kontext zurückkehrst?“. Der ursprüngliche innere Anteil soll dadurch transformiert werden, so dass ihm nicht nur neue Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen oder seine ursprünglichen Ziele sich verändern, sondern der Teil an sich durch den integrierten Core-State verändert ist. Diese Technik kann mit anderen Techniken wie Zeitlinien kombiniert werden, um die erlebten ressourcervollen Zustände zu generalisieren, damit sie in Zukunft verfügbarer sind, oder um Erfahrungen in der Vergangenheit zu bearbeiten. Leitet man den Core-State in der Imagination zu einem Zeitpunkt auf der Zeitlinie, der die Entstehung eines Teiles repräsentiert, und lässt diesen Teil in die Gegenwart gleiten und sich dabei entwickeln, wird das als „einen Teil erwachsen werden lassen“ bezeichnet. Im Übrigen ist diese Intervention - im Sinne des generativen Lernens - auch mit Verhaltensmustern anwendbar, die nicht als Problem erlebt werden, und soll zu einer Vertiefung der Erfahrung, die bereits vorher als ressourcervoll erlebt wurde, führen.

Rossi (1996) entwickelte eine Gruppe von Techniken, die auf der Anwendung der *implizierten Direktive bei ideomotorischen Signalsystemen* sowie der *Fail-Save-Double-Bind-Induction* aufbauen (siehe den Abschnitt „Ideomotorische Methoden“). In der Hauptvariante werden zwei Teile, Polaritäten, Entscheidungsalternativen, Aspekte eines Themas, ein Problem und eine Lösung, ein Problem und sein (wie auch immer bezeichnetes) Gegenteil oder ein Problem und eine Ressource in der Imagination in jeweils eine Hand „gelegt“. Die genaue Bezeichnung scheint hierbei eher unwichtig zu sein, im einfachsten Fall legt der Patient in eine Hand das „Thema“ und in die andere die „Lösung“. Instruktionen oder Suggestionen werden bis hierher kaum gegeben, der Patient soll selbst wählen, was er in welche Hand legt. Dann soll der Patient mit offenen oder geschlossenen Augen einfach auf sein ideodynamisches Erleben und die sich einstellenden ideomotorischen Bewegungen achten. Während dessen gibt der Therapeut Suggestionen zum Pacing und zur Verstärkung einer jeden Veränderung, um den Prozess zu aktivieren, und stellt sog. *Basic-Accessing-Questions*. Diese stellen Varianten der implizierten Direktive dar (Rossi 1996, S. 191ff), indem sie dieselbe dreiteilige Struktur aufweisen (siehe die Abschnitte „Kommunikation mit dem Unbewussten“ und „Kategorien indirekter Suggestion“), aber mit einer Frage enden. Es ist sowohl eine Integration innerer Anteile (z.B. bei ideomotorischer Berührung der Hände) möglich als auch eine Kommunikation oder Interaktion zwischen den Teilen. Während der Patient sein ideodynamisches Erleben beobachtet kann eine

Bewusstwerdung bislang un- bzw. vorbewusster Inhalte stattfinden. Aufgrund der Einfachheit ist diese Technik mit etwas Training auch als Selbsthypnose durchführbar.

Rossi konzipiert diese technische Vorgehensweise aufgrund seiner theoretischen Orientierung zur Unterstützung natürlicher Selbstorganisations-Prozesse. Ausgehend von einem psychophysiologischen Modell ultradianer Rhythmen („Basic Rest Activity Cycle“, Kleitman 1963, 1969; Rossi 1982) und in Anlehnung an den *kreativen Kreislauf* nach Poincaré (1902/1904/1905) postuliert er für eine komplette Therapiesitzung bzw. eine abgeschlossene (Selbst-)Hypnose vier Phasen (Rossi 1996, S. 49). Diesen vier Phasen werden die vier *Grundfunktionen Denken, Fühlen, Empfinden, und Intuieren* aus der Persönlichkeitstheorie von Jung (1921/1923) zugeordnet (Rossi 1996, S. 252) sowie *Basic-Accessing-Questions*. Die ersten beiden Phasen gehen mit einer ansteigenden Erregung und die beiden letzten mit einer Entspannung einher. Tabelle 5-18 (nach Rossi 1996, S. 194) gibt einen Überblick über diese vier Phasen und einfache Grundvarianten der Basic-Accessing-Questions.

Rossi (1986) beschrieb eine Vorversion dieses Vorgehens, in der lediglich drei Schritte unterschieden wurden und die als *Basic-Accessing-Formula* bezeichnet wurde. Die Suggestionen sind als instruktive Aussagen formuliert, nicht als Fragen, wie die später entwickelten Basic-Accessing-Questions. Als Überbegriff seiner Methoden wählte er „Mind-Body-Healing“. Da diese Variante eine gute Grundorientierung gibt, wird sie in Tabelle 5-19 ebenfalls wiedergegeben. Im Fokus Rossis theoretischer Überlegungen standen damals außer ultradianen Rhythmen Bezüge von Hypnose und zustandsabhängigem Gedächtnis, Lernen und Verhalten (Rossi 1987, „state-dependent memory, learning and behavior“, SDMLB).

In gewissem Sinne können diese beiden Modelle als konzeptuelle Weiterentwicklungen des *Fünf-Phasen-Paradigmas* (siehe Abschnitt „Ablauf einer Hypnose-Sitzung“) betrachtet werden. Stärker strukturierte Interventionen, wie die oben beschriebenen Reframing Modelle, lehnt Rossi ab, da sie die natürlichen Selbstorganisations-Prozesse eher stören würden. Er benutzt zwar den Begriff der Dissoziation, aber nicht den des „inneren Anteils“.

Weitzenhoffer (1989, S. 288ff) kritisiert die theoretischen Überlegungen Rossis, v. a. vertausche Rossi Fakten und Spekulationen. Außerdem zieht Weitzenhoffer Parallelen zwischen Rossis Methoden mit den oben dargestellten Reframing-Modellen von Bandler und Grinder - was Rossi, dessen sehr kritische Haltung gegenüber dem NLP und seinen Begründern allgemein bekannt ist, vehement abstreiten würde.

| Hypnose-Phasen (Rossi) kreative Phasen (Poincaré) Grundfunktionen (Jung) | Basic Accessing Questions |
|--|---|
| 1. Initiation Informationen sammeln Empfinden | Sobald ihr Unbewusstes bereit ist, ihr Problem zu lösen, können sich ihre Hände von selbst aufeinander zu bewegen? |
| 2. Erregung (Arousal) Inkubation Fühlen | Sobald ihr Unbewusstes fähig ist, alle Ursachen, Erinnerungen und Gefühle, die mit Ihrem Problem zusammenhängen, zu erleben, wird eine Hand von selbst nach unten sinken? |
| 3. Einsicht Illumination Intuition | Sobald es passend für sie ist, alle Möglichkeiten, ihr Problem auf die für sie beste Weise zu lösen, zu betrachten, wird die andere Hand von selbst nach unten sinken? |
| 4. Reintegration Verifikation Denken | Sobald ihr Unbewusstes weiß, dass es diese innere Heilung fortsetzen kann, und wenn ihr Bewusstsein weiß, dass es sie unterstützen kann, indem es ihnen hilft, die Tageszeiten zu bemerken, in denen sie eine Selbsthypnose brauchen, werden sie bemerken, wie sie wieder erwachen? |

Tabelle 5-18: Hypnose-Phasen und Basic-Accessing-Questions (nach Rossi 1996, S. 194).

| Beschreibung des Schrittes | Suggestion / Instruktion |
|--|--|
| Bereitschafts-Signal vom Unbewussten für „innere Arbeit“ | Sobald ihr Unbewusstes weiß, wie es ihr Problem lösen kann, werden sie sich entspannen und ihre Augen schließen sich. |
| Zugriff und Überführung („accessing and transducting“) zustandsabhängiger Ressourcen | Ihr Unbewusstes kann fortfahren, an einer Lösung zu arbeiten, die allen ihren Bedürfnissen gerecht wird. Zu diesem Zweck kann ihr Unbewusstes alle Arten von Erinnerungen, vergangenen Erfahrungen und Fähigkeiten nutzen. |
| Ratifikation | Sobald ihr Unbewusstes weiß, dass das Problem gelöst ist, soweit das im Moment möglich ist, und dass es gut damit umgehen kann, werden sich ihre Augen öffnen und sie werden hellwach sein. |

Tabelle 5-19: Basic-Accessing-Formula: Grundschrte von „Mind-Body-Healing“ (Rossi 1986, zit. nach Weitzenhoffer 1989, S. 292; für diese Arbeit ins Deutsche übersetzt und modifiziert).

Einige ursprünglich nicht aus der Hypnotherapie stammende Techniken wie das *Katathyme Bilderleben* oder *Focussing* ermöglichen ideodynamische Phänomene und können daher als hypnotische Verfahren der Teile-Arbeit genutzt werden.

Andere hier nicht weiter beschriebene hypnotherapeutische Techniken der Teile-Arbeit sind die *Zauberwiesen-Strategie* (Renartz 1997) oder das *Committee-Meeting* (Alman 2001, S. 535ff), das auch

als fortgeschrittene Selbsthypnose-Technik angewendet werden kann.

In der *Ego-States Therapy* (Watkins und Watkins 1979, 1981, 1982, 1997/2003), einer Variante der Hypnoanalyse, wird mit dissoziierten inneren Anteilen gearbeitet, die als Ego-States bezeichnet werden.

Eine neuere Entwicklung, die zumindest unter bestimmten Gesichtspunkten auch als hypnotherapeutische Teile-Arbeit gesehen werden kann, ist schließlich die *Self-Relations Therapy* nach Gilligan (1997/1999). In diesem Rahmen entwickelte er auch eine Reihe von hypnotherapeutischen Techniken, in denen die vier Archetypen „König“, „Kämpfer“, „Liebender“ und „Heiler“ genutzt werden (S. 189ff).

6 Kombination mit anderen Verfahren

Im Folgenden soll auf die Kombination von Hypnotherapie mit einzelnen Therapieverfahren und Entspannungsmethoden eingegangen werden.⁹⁴ In den Abschnitten „Symptomorientierung vs. Problem- und Konfliktorientierung“, „Feedback, Kybernetik und Handlungstheorie“ sowie „Variation selbsthypnotischer Prozesse“ wurde ausführlich erläutert, wann und wie welche Verfahren und Perspektiven innerhalb einer Hypnotherapie integriert werden können, daher wird hier auf weitere Querverweise verzichtet.

Hypnotische Trancephänomene, wie Dissoziation und Ideodynamik, und die insbesondere zur Behandlung somatischer Probleme (z.B. Schmerzkontrolle) nützliche Erhöhung der psychophysiologischen Flexibilität sind ein Spezifikum der Hypnotherapie und werden nur dort gezielt genutzt. Hypnotische Trance ist hirnpfysiologisch von Entspannung und Imagination klar abzugrenzen (siehe Miltner und Weiß 2003). In anderen Therapieverfahren können diese Phänomene spontan auftreten, werden aber im Allgemeinen nicht systematisch verwendet. Hypnose kann auch genutzt werden, um Entspannung und Imagination an den individuellen Patienten angepasst einfacher und intensiver zu ermöglichen, bietet aber darüber hinaus gehende weitere Möglichkeiten. Es ist zu bemängeln, dass Entspannungsverfahren, Imaginationsmethoden und Hypnose in der empirischen Forschung oft nicht klar genug getrennt werden, weswegen die Wirksamkeitsunterschiede von Hypnotherapie- und Vergleichsbedingung oft nur gering ausfallen. Die Folge ist, dass der eigentlich interessante Zusatznutzen von Hypnose bei der aktuellen empirischen Datenlage vermutlich unterschätzt wird.

Im Abschnitt „Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ wird wiederholt darauf hingewiesen werden, dass eine erhebliche Diskrepanz darin besteht, in welchen Anwendungsbereichen Hypnotherapie in der Praxis eingesetzt wird, und in welchen Anwendungsbereichen Wirksamkeitsstudien vorliegen (siehe auch Bongartz et al. 2002). Dieses Fehlen empirischer Belege lässt sich nur durch forschungsökonomische und infrastrukturelle Probleme erklären.

In diesem Zusammenhang soll auf die Ergebnisse einer Befragung von Praktikern der Hypnotherapie hingewiesen werden (Woitowitz et al. 1999), aus der hervorgeht, dass Hypnotherapeuten durchschnittlich 3.83 therapeutische Aus- und Weiterbildungen abgeschlossen haben. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapieformen, Gesprächstherapie, systemische Therapie und Gestalttherapie. Außer der Erweiterung ihrer technischen Flexibilität und einer Steigerung der Effektivität waren für die befragten Therapeuten dabei spezielle Aspekte der Hypnotherapie wie Menschenbild, Haltung des Therapeuten, Arbeit mit dem Unbewussten und Trance etc. von Interesse.

⁹⁴ Siehe auch die Übersichten Revenstorf (2001) sowie Revenstorf und Schauer (2003) im Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Genauere Angaben zur Entstehung des Antrages folgen im Abschnitt „Anwendungsbereichsspezifische empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie“.

Ernest Hilgard prophezeite bereits vor über 30 Jahren, dass sich das Wissen über Hypnose in der wissenschaftlichen Gemeinschaft verbreitet, dass Hypnose vom Forschungsgegenstand zum Forschungswerkzeug für andere Forschungsgegenstände wie Halluzination, Schmerz oder Gedächtnis wird und dass Hypnotherapie in der klinischen Praxis für indizierte Anwendungen zur Routine wird (laut Nash 2000, S. 110).⁹⁵

6.1 Entspannungsverfahren

Grundsätzlich können alle Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelrelaxation (nach Jakobson), autogenes Training (nach Schulz) oder auch Meditationsmethoden als Techniken zur Induktion von hypnotischer Trance mit genutzt werden. Da hier aber wesentlich standardisiertere Vorgehensweisen die Regel sind, ist das nicht für alle Patienten indiziert. Hypnotherapie bietet aufgrund des Utilisationsprinzips wesentlich mehr Möglichkeiten der Individualisierung.

Die autosuggestiven Formeln des autogenen Trainings gehen darauf zurück, dass Patienten, die in Folge des Ersten Weltkrieges unter PTBS litten, nach ihren Empfindungen bei der Induktion von Hypnose befragt wurden. Diese Empfindungen, die ursprünglich eine Folge der Induktion waren, werden in den Formeln vorweg genommen und dienen so umgekehrt als Suggestion, um die Induktion von Entspannung zu erleichtern. Dieses standardisierte Verfahren wurde aus der Notwendigkeit heraus entwickelt, der Vielzahl der PTBS-Patienten eine einfach zu erlernende Selbsthypnose-Technik zur Selbsthilfe anbieten zu können (siehe Peter 2001).

6.2 Verhaltenstherapie

Grundsätzlich ist die Kombination dieser beiden Verfahren seit geraumer Zeit eine Selbstverständlichkeit, was sich in der großen Anzahl der praxeologischen Publikationen zeigt (z.B. Brown und Fromm 1987; Kroger und Fezler 1976; Peter, Kraiker und Revenstorf 1991; zum Überblick siehe auch Revenstorf 2000).

Die Verwurzelung der Hypnotherapie in behavioristischen Konzepten wird nicht zuletzt bei Milton Erickson deutlich, der bereits Anfang der 20er Jahre in der Abteilung von Clark Hull die wohl erste universitäre Veranstaltung zur Hypnose in den USA durchführte und später grundlegende Prozesse wie klassisches Konditionieren (z.B. durch Stimm-Modulation) konsequent in seiner therapeutischen Praxis integrierte. Auch die sozialpsychologische Hypnose-Forschung der 50er und 60er Jahre hatte deutlich behavioristische Schwerpunkte.

Verhaltenstherapeutische Imaginationsverfahren, wie sie grade in den kognitiven Ansätzen genutzt werden, In-Senso-Techniken wie Desensibilisierung oder die Techniken des verdeckten Konditionierens (Cautela 1967, 1975) lassen sich in Kombination mit Hypnotherapie flexibler einsetzen, das Erleben des Patienten kann in hypnotischer Trance stärker intensiviert und der Transfer

⁹⁵ Vorwort zu: International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000) 48 (2). Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention.

durch posthypnotische Suggestionen effektiver unterstützt werden. Da verhaltenstherapeutische Techniken in der Regel keine ideodynamischen Prozesse hervorrufen, können hypnotherapeutische Elemente (wie ideomotorische Signalsysteme oder symbolische Visualisierungen von inneren Anteilen) eine sinnvolle Erweiterung darstellen.

Die beiden Metaanalysen von Kirsch et al. (1995) und Kirsch (1996) werden in den Abschnitten „Essstörungen und Adipositas“ und „Anwendungsbereichübergreifende Metaanalysen“ besprochen, ebenso wird im gesamten Abschnitt „Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ wiederholt auf das Review von Schoenberger (2000) Bezug genommen. Der Zusatznutzen durch die Kombination von Verhaltenstherapie mit Hypnotherapie ist bei der Behandlung von Adipositas am deutlichsten belegt, scheint aber auch für andere Anwendungsbereiche gegeben, so z.B. Angststörungen.

6.3 Psychoanalyse

Cardena (2000) und Kronsbein (2001) stellen ausführlich die Zusammenhänge in der geschichtlichen Entwicklung der Hypnoanalyse, der Therapie von PTBS und des Konzeptes der Dissoziation dar (siehe auch den Abschnitt „Belastungsstörungen“). Der Begriff der „Hypnoanalyse“ wurde eingeführt von Hadfield (1940), der damit zunächst die Methodenkombination von *Katharsis* und einer so genannten *Nacherziehung* bezeichnete. Vergleichbare Vorgehensweisen wurden ohne diese Bezeichnung bereits vor dem ersten Weltkrieg durchgeführt, unmittelbar danach vor allem mit Kriegsneurotikern (Simmel 1919, 1944).

Aus psychoanalytischer Sicht wird Hypnose unverständlicher Weise meistens den zudeckenden Verfahren zugeordnet, obwohl *Hypnoanalyse* als ein *aufdeckendes Verfahren* seit über einem halben Jahrhundert bekannt ist und unter anderem in der Menninger-Klinik praktiziert wurde (siehe z.B. Brenman und Gill 1947). Außer Konzepten wie Einsicht, Deutung, Durcharbeiten und korrigierenden emotionalen Erfahrungen, die grundsätzlich wie in der Psychoanalyse angewendet werden, besteht in der Hypnoanalyse die Möglichkeit der Nacherziehung, die mit den hypnotherapeutischen Techniken der *Rekonstruktion* vergleichbar ist und als *korrigierende emotionale Erfahrung in Trance* verstanden werden kann (siehe den Abschnitt „Altersregression“).

Eine zentrale Technik wurde von Watkins (1971) als *Affektbrücke* bezeichnet, der auch die *Ego-State-Therapie* (Watkins und Watkins 1979, 1981, 1982, 1997/2003) mitentwickelte. Außer der Bearbeitung vergangener Ereignisse werden verschiedene weitere Methoden wie *projektive Techniken* und *hypnotische Träume* eingesetzt, die im Abschnitt „Kommunikation mit dem Unbewussten“ erläutert werden. Es gibt verschiedene Varianten in der Kombination von Hypnose und Psychoanalyse (Zindel 2001), die beschrieben werden können als einerseits die Einbeziehung von Hypnose in die Psychoanalyse (Wolberg 1945, 1948) oder andererseits die tiefenpsychologisch fundierte Handhabung von Hypnose, also tiefenpsychologisch fundierte Hypnotherapie (Watkins 1992). Einen Überblick geben Fromm und Nash (1997) sowie Brown und Fromm (1986).

Psychoanalytische Imaginations- und Wachtraumverfahren wie die aktive Imagination (nach Jung),

die Neokatharsis (nach Ferenczi), das katathyme Bilderleben (nach Leuner) oder die Oberstufe des autogenen Trainings (nach Schulz) haben hypnotische Aspekte, da die Symbolisierung unbewusster Inhalte als ideodynamischer Prozess verstanden werden kann (zusammenfassend siehe Kretschmer 1993)

Hypnoanalyse bzw. tiefenpsychologisch fundierte Hypnotherapie scheint nach Auffassung vieler Autoren gerade bei Störungen wie Psychosen und Persönlichkeitsstörungen viel versprechende Ansätze zu bieten (z.B. Zindel 2001; Fromm und Nash 1997; Brown und Fromm 1986, Alberts 1993), leider ist dies noch nicht durch kontrollierte Studien empirisch belegt.

Alle genannten Autoren vertreten den Standpunkt, dass die Durchführung von Psychoanalyse bzw. tiefenpsychologisch fundierter Therapie sich durch die Kombination mit Hypnose zur Hypnoanalyse bzw. tiefenpsychologisch fundierten Hypnotherapie deutlich erleichtern, intensivieren und verkürzen lässt. Brown und Fromm (1986, S. 142) sprechen sogar davon, dass der therapeutische Fortschritt von drei Jahren Psychoanalyse nach ihrer Erfahrung mit Hypnoanalyse in drei bis sechs Monaten erzielt werden kann.

6.4 Gesprächstherapie

Zwischen humanistischem *Menschenbild* der Gesprächstherapie und Ressourceorientierung, Individualisierung und Kooperation in der Hypnotherapie können grundlegende Gemeinsamkeiten gesehen werden. Gilligan (1987/1991) bezieht sich daher in seiner Darstellung der Therapiebeziehung und des hypnotischen Rapport mehrfach auf Rogers. Im Abschnitt „Transparenz und Wertschätzung“ wird auf Parallelen in den Grundprinzipien der Beziehungsgestaltung hingewiesen. Ein hypnotherapeutisches Verständnis von Kommunikation, Sprache und Suggestion ergänzt sich mit dem der Gesprächstherapie (Gerl und Peter 1982). Die Methode des *Focusing* (Gendlin 1978/1981) kann gut mit Hypnose und Selbsthypnose kombiniert werden. Da *Focusing* ideodynamische Phänomene ermöglicht, kann es ohnehin als hypnotisch verstanden werden.

6.5 Systemische Therapie

Erste Veröffentlichungen zur Kombination von Hypnotherapie und systemischer Therapie stammen von Ritterman (1980, 1983, 1985). Fourie (1991, 1994) stellt eine ökosystemische Theorie der Hypnose vor. Schmidt (1985) beschreibt Familientherapie als „zirkuläre Hypnotherapie“ und bezeichnet seine Konzeption als „hypnosystemische Therapie“ (zusammenfassend siehe Schmidt 2004; 2005). Schiepek (1999, S. 220ff) stellte in einer Befragung von systemischen Therapeuten fest, dass diese die Methodenkombination mit Hypnotherapie bevorzugen. Weitowitz, Peter, und Revenstorf (1999) kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

Die Verbindungen von Hypnotherapie und der Entwicklung der verschiedenen systemischen Therapiekonzepte sind vielfältig; hier soll darauf hingewiesen werden, dass eine Reihe von Grundkonzepten wie Reframing oder Double-Bind entwickelt wurden, als die Palo-Alto-Gruppe um

Bateson seit dem Ende der 50 Jahre durch Beobachtungen und Interviews die Arbeitsweise von Milton Erickson nachvollzog. Diese Konzepte sind grundlegender Bestandteil der Entwicklung der Kommunikationstheorie (Watzlawick, Beavin und Jackson 1967/1969) und damit der systemischen Therapie. Systemische und konstruktivistische Theorien, einschließlich kybernetischer und synergetischer Theorien, können als gemeinsame Grundlage systemischer Therapie und Hypnotherapie betrachtet werden.

Rossi (1982, 1987, 1996, 2002) greift in seinen Veröffentlichungen außer auf neurophysiologische Zusammenhänge bzgl. zustandsabhängigem Lernen und ultradianer Rhythmen zunehmend auch auf Selbstorganisationstheorien zurück. Eine Nutzung von Selbstorganisationstheorien, insbesondere der Synergetik, für die theoretische Fundierung der Hypnotherapie, wie es in dieser Arbeit ansatzweise versucht wurde, liegt nahe und ist bei weitem nicht ausgelotet.

6.6 NLP (Neuro-Linguistisches Programmieren)

Seitens der Hypnotherapie wurde mehrfach Kritik an NLP geäußert (Revenstorf 1985; Danzer-Kahn 1985; Jojart und Revenstorf 1986; Keller und Revenstorf 1996; Kossak 1997). Eine Reaktion seitens NLP gibt es von Weerth (1992), der der Kritik interessanterweise inhaltlich zustimmt und versucht, für NLP eine pragmatische Rechtfertigung zu begründen. Geschichtlich ist zunächst festzustellen:

Die von den NLP-Begründern modellierten Therapeuten Erickson und Satir, sowie Bateson, auf dessen kommunikationstheoretische Ansätze sich bezogen wurde, äußerten sich in den Vorworten zu den ersten Veröffentlichungen sehr positiv. Später distanzieren sie sich aber, als die manipulative Grundhaltung des NLP immer deutlicher wurde (siehe hierzu Lutterer 2000). Einige heute prominente Vertreter ericksonianischer Hypnotherapie (z.B. Gilligan, Yapko, O'Hanlon, Lankton und Lankton), die zur Gründergruppe des NLP zählten, distanzieren sich aus ähnlichen Gründen. Andere Vertreter (Dilts, Andreas und Andreas) distanzieren sich zwar nicht, nahmen aber eine kritische Zwischenposition ein und versuchen, NLP „seriös“ zu vertreten. Eine Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Gerichtsverfahren, in die Richard Bandler in den 80er Jahren verwickelt war. Hierauf kann in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden, es soll aber auf die Artikel von Clancy und Yorkshire (1989) sowie Masson (1992/1993) verwiesen werden.⁹⁶

Als Ende der 70er Jahre ericksonianische Hypnotherapie nach Deutschland kam bestand diese Aufspaltung noch nicht. Die aus USA eingeladenen Ausbilder in Hypnotherapie und NLP waren teilweise dieselben Personen, wodurch Hypnotherapie im deutschsprachigen Raum auf der technischen Ebene bis heute mit NLP vermischt ist. Dies spiegelt sich sowohl in den Curricula von MEG, DGH und DGZH⁹⁷ wieder, als auch in der Literatur (siehe hierzu z.B. den Artikel von Revenstorf 1985 die einzelnen Kapitel in Revenstorf 1993 oder Revenstorf und Peter 2001; z.B.

⁹⁶ Diese Artikel sind auch im Internet verfügbar.

⁹⁷ Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose, Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose

Reuben 1993; Lenk 1993; Revenstorf 1993; Gerl 2001; Lenk 2001 usw.).

In Anwendung und Lehre ist das kein Problem, aber in der theoretischen Begründung hypnotherapeutischer Technik sollte bezüglich der Quellen eine entsprechende Sorgfalt walten. NLP-Autoren bei der Beschreibung bestimmter in der Hypnotherapie gebräuchlicher Techniken als Quellen nicht anzugeben, nur weil man die Personen für unseriös hält, wäre wiederum selbst nicht seriös und ist unwissenschaftlich. Kossak (2004, S. 335), um nur ein Beispiel zu nennen, beschreibt Vorgehensweisen, die exakt denen des „Ankerns“ im NLP entsprechen, benutzt allerdings nur den Begriff „Auslösesignal“ und nennt weder NLP- noch andere Autoren. Das gleiche gilt z.B. für die Verwendung des NLP-Formates Collapsing Anchors in Revenstorf (1993). Revenstorf und Freund (2001) beziehen sich ausgiebig auf das Milton-Modell, ohne Bandler und Grinder zu zitieren. Weitere Beispiele ließen sich anfügen.

Einige der inhaltlichen und theoretischen Kritikpunkte an NLP werden im Folgenden thesenartig wiedergegeben:

- Die Ableitung der Kategorien des Meta-Modells aus der Transformationsgrammatik von Chomsky ist unpräzise und nicht ausreichend begründet. Dennoch haben die Fragetechniken bzw. Suggestions-Formen des Milton-Modells einen unbestrittenen pragmatischen Wert (siehe hierzu z.B. Revenstorf und Freund 2001, die sich ausgiebig auf das Milton-Modell beziehen).
- An der Transformationsgrammatik an sich besteht die Kritik, dass die Voraussetzung der Existenz von Tiefenstrukturen problematisch und nicht notwendig sei.
- Die Fragetechniken des Meta-Modells erinnern an die von Ellis (1962) zur Hinterfragung irrationaler Überzeugungen.
- Die Reframing-Modelle ähneln bereits vorher bekannten Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie, etwa dem Problemlöse-Ansatz von D’Zurilla und Goldfried (1971).
- Bei den Techniken des Ankerns handelt es sich um klassisches Konditionieren. Bei einigen Varianten, die konzeptuell nicht klar genug unterschieden werden, allerdings eher um posthypnotische Suggestionen bzw. posthypnotische Auslöser.
- Grundsätzlich ist die Quellenlage bei den NLP-Autoren höchst unklar. Angeblich entstanden die Grundmodelle aus der Beobachtung und „Modellierung“ der Therapeuten Perls, Erickson, Satir und anderer wie Farrelly. Die genannten Ähnlichkeiten zur kognitiven Verhaltenstherapie sind aber sehr offensichtlich. Daher ist nicht klar, ob die NLP-Begründer nicht alle ihre Quellen genannt haben, oder einfach schlecht recherchiert haben. Beides ist wissenschaftlich nicht seriös.
- Das Modell der Augenbewegungen als Zugangshinweise ist empirisch nicht belegt. Dennoch scheint es von pragmatischem Nutzen zu sein, wenn die abgeleiteten Hypothesen bezüglich der präferierten Repräsentationssysteme und der Struktur der selbsthypnotischen Prozesse des Patienten durch andere Zugangshinweise validiert werden.
- Eine empirische Belegung der therapeutischen Wirksamkeit fehlt fast komplett. Weerth (1992) führte immerhin eine Pilotstudie zur Wirksamkeit einzelner auf Submodalitäten basierenden

Techniken durch. Dieses Defizit wird meistens damit begründet, dass die NLP-Konzepte schwer operationalisierbar seien - was angesichts von Zweck und Anspruch der expliziten, manualisierten NLP-Interventionen als so genannte „Formate“ schlicht unglaubwürdig ist.

- Die theoretische Fundierung wird von den Kritikern als dürftig betrachtet. Außer an der Transformationsgrammatik und der Kommunikationstheorie werden einige Ansätze aus dem Konstruktivismus oder der Kybernetik (z.B. das TOTE-Modell nach Miller, Galanter und Pribram 1960/1973) herangezogen, aber nur sehr lose und nicht konsistent schlüssig.
- Hinzugefügt werden soll hier eine Kritik, die in den oben genannten Quellen noch nicht formuliert wurde: Nicht selten widersprechen NLP-Autoren den eigenen Grundsätzen. James und Woodsmall (1988/1991) z.B. sprechen davon, „Erinnerungen auf der Zeitlinie explodieren zu lassen“ und zu „löschen“. Abgesehen davon, dass eine vollständige Löschung neurologisch nicht möglich ist, widerspricht dies dem auch im NLP formulierten Grundsatz, Probleme zu lösen, indem die Anzahl der Wahlmöglichkeiten erhöht wird.

7 Wirksamkeit moderner Hypnotherapie

7.1 Einleitung

Es hat in den letzten 30 Jahren bereits eine Reihe von Metaanalysen und Reviews gegeben, in denen Hypnotherapie mitberücksichtigt wurde, oder die ausschließlich zur Hypnotherapie erstellt wurden. Diese Arbeiten unterscheiden sich allerdings in Form, Fragestellung und den Inklusionskriterien der einbezogenen Studien.

Die Recherche, deren Ergebnisse hier zusammengefasst werden, orientiert sich an den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie und schließt an mehrere Recherchen zu Metaanalysen und Reviews von Arbeitsgruppen der Universitäten Konstanz und Tübingen an, die in den 90er Jahren durchgeführt wurden. Anlass dieser Recherche war die Beantragung der wissenschaftlichen Anerkennung von Hypnotherapie (gemäß § 11 Psychotherapiegesetz) beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP)⁹⁸ im Auftrag der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG) und der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH), im Folgenden kurz „der Antrag“.⁹⁹

Zunächst sollen die methodologischen Grundlagen und Probleme, die zum Verständnis der hier angeführten Metaanalysen nötig sind, kurz erläutert werden. Damit wird verständlich, warum sich die in den Literatur-Recherchen identifizierten Studien und die Ergebnisse bezüglich des Ausmaßes der Wirksamkeit von Hypnotherapie unterscheiden. Es folgt eine Darstellung der Kriterien des WBP. Danach werden einzelne anwendungsbereichübergreifende Metaanalysen und Reviews referiert und schließlich der Stand der anwendungsbereichspezifischen empirischen Befunde zusammengefasst und kommentiert.¹⁰⁰

Bezüglich der Ergebnisse, die in den folgenden Abschnitten zusammengefasst werden, fallen zwei Umstände ins Auge:

Betrachtet man die Anwendungsbereiche, in denen empirische Belege zur Wirksamkeit von Hypnotherapie vorliegen, fällt eine erhebliche Diskrepanz zur therapeutischen Praxis auf, z.B. gibt es keine Belege im Bereich Depression, aber mehrere ausgereifte Konzepte, die von Hypnotherapeuten aufgrund der Verbreitung dieser Störungen auch häufig praktiziert werden. Hingegen existieren vergleichsweise viele Belege zur Anwendungen, die in den eher medizinischen Bereich hineinragen, obwohl diese in der hypnotherapeutischen Praxis eher selten vorkommen. Es ist zu vermuten, dass

⁹⁸ siehe den Internetauftritt des WBP (ab 1999): www.WBPpsychotherapie.de

⁹⁹ Der Antrag kann von der Homepage der MEG als PDF-Datei heruntergeladen werden (Revenstorf 2003; Ausgabe als Zeitschrift 2006).

¹⁰⁰ Im Antrag enthalten sind die Texte zu den anwendungsbereichübergreifenden Metaanalysen und Reviews sowie die Texte zu den anwendungsbereichspezifischen empirischen Befunde. Diese Texte wurden für die vorliegende Arbeit allerdings überarbeitet und teilweise ergänzt. Der Abschnitt „Methoden und Probleme von Metaanalysen und die Kriterien des WBP“ ist im Antrag nicht enthalten.

Genauere Angaben zur Entstehung des Antrages und zur Aufgabenverteilung innerhalb des Arbeitskreises folgen im Abschnitt „Anwendungsbereichsspezifische empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie“.

diese Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis infrastrukturell, ökonomisch und geschichtlich erklärt werden kann.

Was das Ausmaß der Wirksamkeit (z.B. gemessen in Effektstärken) betrifft, fallen die Ergebnisse recht unterschiedlich aus. Im Zusammenhang damit kann man sehen, dass die angewendeten Techniken und Vorgehensweisen sehr heterogen sind und aus dem gesamten hypnotherapeutischen Spektrum stammen. Eine häufige Folge ist, dass die angewendeten Techniken bei Imagination oder Entspannung verharren, anstatt systematisch originär hypnotische Phänomene wie Dissoziation, Ideodynamik oder spezielle Trancephänomene (wie Armlevitation oder Zeitverzerrung) zu nutzen. Daher drängt sich der Eindruck auf, dass die eigentliche Wirksamkeit „konsequent“ durchgeführter Hypnotherapie wesentlich höher sein müsste, als dies bislang belegt werden konnte.

7.2 Methoden und Probleme von Metaanalysen

7.2.1 Methodologische Grundlagen von Metaanalysen

Zielsetzung von Metaanalysen ist die Zusammenfassung von mehreren oder möglichst allen Untersuchungen zu einem Thema, um bezüglich einer Fragestellung zu einer Bewertung zu gelangen. Es ist festzustellen, dass der Begriff *Metaanalyse* nicht einheitlich verwendet wird und oft im Zusammenhang mit Evaluation und Qualitätssicherung genannt oder gar synonym verwendet wird. Eingeführt wurde der Begriff von Glass (1976), der statistische Verfahren zur Zusammenfassung vorstellt und diese vom *Review* abgrenzt. In einem *narrativen Review*, auch Übersichtsarbeit genannt, werden Untersuchungen angeführt, erläutert und die methodisch unzulänglichen verworfen. Teilweise werden die restlichen Untersuchungen dann einfach nach „signifikant“ und „nicht signifikant“ geordnet und ausgezählt (Glass 1976, S. 4f).

Letztere Methode wird auch als *Box-Score-Technik* bezeichnet und oft zu den Verfahren der Metaanalyse hinzugezählt. Erstmals wurde diese Methode von Luborsky, Singer und Luborsky (1975) in einem etwas über 100 kontrollierte Studien umfassenden Vergleich von Therapierichtungen angewandt.

Reviews bzw. Übersichtsarbeiten im klassischen Sinne befinden sich in dem regelmäßig neu herausgegebenen „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ von Bergin und Garfield (1994). In einem *integrativen Review* schließlich wird zu den Ergebnissen noch eine erklärende Theorie angeboten (Fricke und Treinies 1985, S. 12).

Würde man die enge Definition von Glass anwenden, wäre der Hauptteil der Metaanalyse von Grawe et al. (1994) „Psychotherapie im Wandel“, in dem 897 Studien angeführt werden, eine Übersichtsarbeit mit einer Box-Score-Methode, wenn auch eine sehr differenzierte. Lediglich der Teil über die 41 direkten Therapievergleichsstudien, in dem Effektstärken berechnet wurden, wäre dann eine Metaanalyse im engeren Sinne nach Glass (1976). Auf die Metaanalyse von Grawe et al. (1994) wird später noch weiter eingegangen.

Im Folgenden wird der Begriff Metaanalyse so verwendet, dass Reviews bzw. Übersichtsarbeiten, in denen eine Box-Score-Technik angewandt wurde, mit eingeschlossen sind, was auch dem allgemeinen Sprachgebrauch entspricht.

Statistische Verfahren zur Zusammenfassung laufen auf die Bildung eines Veränderungsmaßes oder einer Effektgröße für die einzelnen untersuchten Bedingungen, hier Therapieformen, hinaus. Zum Sprachgebrauch sei noch angemerkt, dass die Begriffe „Effektstärke“ und „Effektgröße“ gelegentlich synonym verwendet werden. Im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch existiert der Begriff „Effect Size“. Im Rahmen dieser Arbeit wird „Effektgröße“ als Überbegriff für alle Veränderungsmaße benutzt. Mit „Effektstärke“ sind hier nur die unten beschriebenen Berechnungsweisen von standardisierten Mittelwertsdifferenzen gemeint. Ob diese sich auf Vergleiche mit Kontrollgruppen oder auf Prä-Post Vergleiche beziehen, wird gegebenenfalls spezifiziert. „Effektstärken“ werden also als spezielle „Effektgrößen“ verstanden.

Das gebräuchlichste Veränderungsmaß bzw. die gebräuchlichste Effektgröße ist derzeit die von Smith, Glass, und Miller (1980) eingeführte *Effektstärke* (ES). Hier wird die Mittelwertsdifferenz zwischen der Versuchsbedingung und der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt nach der Therapie ins Verhältnis zur Standardabweichung der Kontrollgruppe gesetzt (*Kontrollgruppen-Vergleich*).

$$(1) \quad ES = \frac{\bar{x}_{KG\,post} - \bar{x}_{TG\,post}}{s_{KG\,post}}$$

| | | | | |
|------|------------|------------------|-------------|--------------------|
| mit: | <i>ES</i> | Effektstärke | | |
| | \bar{x} | Mittelwert | <i>s</i> | Standardabweichung |
| | <i>KG</i> | Kontrollgruppe | <i>TG</i> | Therapiegruppe |
| | <i>prä</i> | vor der Therapie | <i>post</i> | nach der Therapie |

Es gibt verschiedene Varianten der Berechnung von Effektstärken, bei denen z.B. die einzelnen Standardabweichungen von Versuchs- und Kontrollgruppe oder auch aus mehreren Studien unterschiedlich gemittelt werden. Gemeinsam ist allen Verfahren, dass eine *standardisierte Messwertdifferenz* errechnet wird.

Eine besondere Form von Effektstärke, die ohne Kontrollgruppe auskommt, wurde von Grawe und Braun (1994) beschrieben. Sie wird auch in der Software *Figurationsanalyse* (Grawe und Baltensperger 1998), einem Instrument zur Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis, benutzt. Hier wird die Messwertdifferenz einer Therapiegruppe vor und nach der Therapie ins Verhältnis zur Standardabweichung vor der Therapie gesetzt (*Prä-Post-Vergleich*).

$$(2) \quad ES = \frac{\bar{x}_{TG\,prä} - \bar{x}_{TG\,post}}{s_{TG\,prä}}$$

In Studien, in denen keine Kontrollgruppe vorhanden ist, aber zwei Therapiebedingungen, kann nur diese Berechnungsweise angewandt werden. Wenn die Zuteilung der Patienten randomisiert erfolgt, werden solche Studien in vielen Metaanalysen integriert. Bei Quasi-experimentellen Designs mit nur einer Therapiegruppe kann nur diese zweite Berechnungsweise angewandt werden, bei Designs mit Kontrollgruppen beide. Die zweite Berechnungsweise, die auch als Pseudo-Effektstärke bezeichnet wird, ist inzwischen sehr weit verbreitet. Dies folgt aus dem pragmatischen Umstand, dass Institutionen wie psychosomatische Fachkliniken oder Beratungsstellen keine Kontrollgruppen bilden können. Unter günstigen organisatorischen Umständen ist es höchstens möglich Kontrollgruppen mit Patienten von einer Warteliste zu bilden, diese ist dann aber nicht randomisiert. Der zweite Messzeitpunkt einer Kontrollgruppe von der Warteliste entspricht dabei dem ersten Messzeitpunkt der Therapiegruppe, insofern wären die in die Formel eingesetzten Mittelwerte und Standardabweichungen äquivalent. Außerdem sind in der Psychotherapie-Forschung bereits eine Vielzahl von Messungen an Kontrollgruppen vorgenommen worden, so dass man nur noch belegen müsste, dass eine Therapiegruppe eine Stichprobe aus einer bereits untersuchten Population darstellt. Bei der Behandlung von Rauchern z.B. kann auch ohne Kontrollgruppen-Vergleich von einem Erfolg gesprochen werden, wenn die Spontanremissionsrate von 15% überschritten wird (Baer, Foreyt und Wright 1977), ähnliches gilt für viele Anwendungen im medizinischen Bereich.

Es gab eine Reihe von Untersuchungen zu den Veränderungen, die in Placebo-Kontrollgruppen im Vergleich zu Behandlungsgruppen stattfinden, um zwischen spezifischen und unspezifischen Therapieeffekten zu differenzieren (Prioleau, Murdoch und Brody 1983; Shapiro und Shapiro 1983; Grawe 1992). Eine sehr effektive Placebo-Behandlung wie Gespräche mit „warmherzigen Professoren ohne formelle Therapieausbildung“ kann unter Umständen ebenso gut wirken, wie Gespräche mit ausgebildeten Therapeuten (Grawe et al. 1994, S. 711; Strupp und Hadley 1979). Grawe (1992, S. 134) zeigte an 111 unbehandelten Kontrollgruppen, dass Veränderungen dort im Bereich von $-.26$ bis $+.76$ Effektstärken liegen, mit einer durchschnittlichen Effektstärke von $.10$. Bowers und Clum (1988) verglichen über 69 Studien verhaltenstherapeutische Behandlung sowohl mit unbehandelten als auch mit Placebo-Kontrollgruppen. Der Unterschied zwischen den echten Behandlungsbedingungen und den unbehandelten Kontrollgruppen betrug $.76$, der zwischen unbehandelten und Placebo-Kontrollgruppen betrug $.21$. Die Differenz beider Werte wird als spezifischer Effekt der Therapiemethode betrachtet und war hier mit $.55$ doppelt so groß wie die zweite Differenz zwischen Placebo- und unbehandelter Kontrollgruppe. Veränderungen bei Placebo-Kontrollgruppen werden von Grawe auf einen *unspezifischen Wirkfaktor* zurückgeführt und in Zusammenhang mit einer guten Therapiebeziehung gebracht. Er betont, dass jeder Therapeut diesen unspezifischen Wirkfaktor nutzen können muss und schreibt schließlich: „Dafür hatte der Hypnotherapeut Milton Erickson eine besonders klare Einsicht, der geradezu als Virtuose in der spezifischen Nutzung dieses „unspezifischen“ Wirkfaktors angesehen werden kann.“ (Grawe et al. 1994, S. 713).

Bei der Berechnungsweise der Effektstärke von Grawe und Braun (1994) werden nur dann höhere

Werte erzielt als bei der von Smith, Glass, und Miller (1980), wenn als zugehörige Kontrollgruppe eine wirksame Placebo-Behandlung eingesetzt wird oder Effekte wie spontane Remission und Regression zu Mitte auftreten, was in der Regel allerdings der Fall ist (Matt und Navarro 1997). Diese Differenz in der absoluten Höhe der Effektstärken muss bei der Interpretation nur dann beachtet werden, wenn Ergebnisse verglichen werden, die mit verschiedenen Formeln berechnet wurden. Hartmann und Herzog (1993) haben verschiedene Berechnungsweisen von Effektstärken, z.B. mit den oben erwähnten unterschiedlichen Methoden gemittelter Standardabweichungen, miteinander verglichen und festgestellt, dass diese um .90 korrelieren und sich weitgehend entsprechen.

Zur Beurteilung von Effektstärken hat Cohen (1969) vorgeschlagen, von .2 bis .5 von einem schwachen, bis .8 von einem mittleren und darüber von einem starken Effekt zu sprechen. Wie oben ausgeführt sollte dies aber nicht pauschal so geschehen, sondern die zugrunde liegende Berechnungsweise und weitere Aspekte, die unten angeführt werden, sollten bei der Interpretation beachtet werden.

Andere gebräuchliche Maße für die Veränderung in Therapiegruppen in Metaanalysen sind: *Punkt-Biseriale-Korrelation*, *Fail-Safe-N* (Rosenthal 1979), *Binominal-Effekt-Size-Display* (Rosenthal und Rubin 1982) oder das *Delta-Maß*, ein spezieller Korrelationskoeffizient (siehe hierzu Bortz und Döring 1995). Alle diese Effektgrößen können unter bestimmten Verteilungsannahmen ineinander umgerechnet werden: Im Rahmen der üblichen Annahme der Normalverteilung der Daten ist z.B. die Effektstärke von .83 so zu interpretieren, dass 69% der behandelten Patienten im Durchschnitt besser abschneiden als unbehandelte Patienten (siehe die unten beschriebene Metaanalyse von Romminger 1995).

Eine differenziertere und aussagekräftigere Form der Veränderungsmessung ist der *Reliable-Change-Index* von Jacobson und Revenstorf (1988). Hier werden Prozentanteile von Stichproben ober- und unterhalb von Cut-Off-Werten (z.B. kann bei Becks Depressionsinventar der Schwellenwert von 16 als Grenze zwischen gesund und klinisch belastet gelten) sowie innerhalb eines Konfidenzintervalls (bzgl. der Messfehler) berechnet. Auf Verteilungsannahmen wird verzichtet, womit der Tatsache genüge getan wird, dass klinische Stichproben so gut wie nie normalverteilt sind, sondern unsymmetrisch (schief) und gelegentlich sogar polymodal (mehrgipflig). Allerdings werden zur Analyse die gesamten Rohdaten benötigt, worauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren kaum verbreitet ist (Schauenburg und Strack 1998).

7.2.2 Probleme bei der Erstellung von Metaanalysen

Es gibt bei der Erstellung einer Metaanalyse zahlreiche statistische und methodologische Probleme, weshalb immer wieder kritisiert wurde, dass die Zielsetzung einer Metaanalyse gar nicht erfüllbar wäre. Bei Erstellung und Interpretation von Metaanalysen, die den Beleg der Wirksamkeit eines Therapieverfahrens oder den Vergleich des Ausmaßes der Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren zum Ziel haben, sollten bestimmte Probleme besonders beachtet werden:

- Je nach methodologischer Orientierung werden mehr oder weniger Studien als methodisch adäquat integriert oder als inadäquat ausgeschlossen. Aspekte hierbei sind oft die Verwendung von Kontrollgruppen und randomisierte Zuteilung zu Untersuchungsbedingungen im Gegensatz zu quasi-experimentellen Designs. Eine weitere Unterscheidung ist die zwischen klinischen und Analogstudien.
- Metaanalysen, die die Berechnung von Effektstärken oder anderen Effektgrößen anstreben, können nur Studien integrieren, in denen entsprechende Daten mitgeteilt werden.
- Unterschiede von Stichprobengrößen sollten bei der Integration beachtet und gegebenenfalls als Gewichte berücksichtigt werden, wofür es verschiedene Verfahren gibt.
- Die Heterogenität bzw. die Homogenität von Stichproben beeinflusst die Höhe der Effektstärke: homogene Stichproben erzielen aufgrund kleinerer Standardabweichungen höhere Effektstärken.
- Je spezifischer die Messinstrumente auf die Patienten-Stichproben und die Symptomatik zugeschnitten sind, desto höhere Effektstärken werden gemessen.
- Die Schwere der Symptombelastung der Patienten vor der Therapie beeinflusst die Höhe der Effektstärke in der Weise, dass bei Stichproben mit schwerer belasteten Patienten höhere Effektstärken resultieren können. Bei extrem schwer belasteten Patienten, vor allem wenn diese vor der Therapie gezielt aus einer größeren Stichprobe ausgewählt wurden, kann zusätzlich der Effekt der Regression zur Mitte zum Tragen kommen.
- Variablen sind unterschiedlich veränderungssensitiv (Lambert und Hill 1994). Wenn in Studien nur wenige, veränderungssensitive Variablen gemessen, die z.B. nur die Hauptsymptomatik betreffen, werden höhere Effektstärken erzielt, als in Studien, in denen mehr und auch weniger veränderungssensitive Variablen gemessen werden. Dies lässt sich mit Befunden aus der Prozessforschung erklären, die zu einem Phasenmodell der Psychotherapie geführt haben (Howard et al. 1992, siehe auch Grawe 1998, S. 19f). Danach verändert sich in einer Therapie zuerst das allgemeine Wohlbefinden, dann die Symptomatik und schließlich auch die psychosoziale Anpassung und die Persönlichkeit. Je mehr in Studien also allgemeines Wohlbefinden und Symptomatik erfasst wird, desto höhere Effektstärken werden erzielt, je mehr auch Variablen der psychosoziale Anpassung und der Persönlichkeit erfasst werden, desto niedrigere Effektstärken werden erzielt. In der Forschungspraxis wurden bislang kaum standardisierten Messbatterien benutzt, obwohl es hierfür von der Society for Psychotherapy Research Empfehlungen gibt (Grawe und Braun 1994 S. 244). Verschiedene Therapierichtungen fokussieren aber aufgrund ihrer theoretischen Ausrichtung unterschiedliche Aspekte der therapeutischen Veränderung und wählen daher verschiedene Messinstrumente aus.

Bei der Erstellung von Metaanalysen ist es dann kaum möglich, die unterschiedliche Veränderungssensitivität der Variablen bei der Integration der Daten zu gewichten, zumal die Veröffentlichungen zum Phasenmodell von Psychotherapie noch relativ neu sind und bislang zu wenig Beachtung gefunden haben. Grawe et al. (1994) lösten dieses Problem, indem für

verschiedene Variablen und Veränderungsbereiche getrennte Signifikanztests berechnet wurden.

- Die letzten genannten Punkte laufen darauf hinaus, dass die Höhe von Effektstärken nicht nur etwas über die untersuchten Therapieverfahren aussagt, sondern auch - und vielleicht viel mehr - über die Stichprobenzusammensetzung und die verwendeten Messinstrumente.
- Studien werden oft in praxisfernen Settings wie an Universitäten durchgeführt und nicht immer von wenigstens durchschnittlich erfahrenen Therapeuten. Eine Kritik an der Metaanalyse von Grawes et al. (1994) war daher, dass einige der Behandlungen in einbezogenen Studien zu tiefenpsychologischen bzw. psychodynamischen Therapien von nicht hinreichend qualifizierten Personen durchgeführt wurden (Tschuschke et al. 1997).
- In der Recherche nach Studien für eine Metaanalyse sollte Vollständigkeit angestrebt werden. Es sollen auch Studien integriert werden, deren Ergebnis nicht signifikant sind. Es ist aber fraglich, ob alle Studien, die nicht-signifikant waren, auch wirklich veröffentlicht wurden. Dadurch ist das Bild, das in einer Metaanalyse entsteht, bereits bei einer einfachen Box-Score-Methode verzerrt. Ein Versuch diese Problematik zu lösen stellt die Berechnung des *Fail-Save-N* (Rosenthal 1979) dar. Hierbei wird bei einem vorliegenden positiven Ergebnis für die Wirksamkeit einer Therapiemethode berechnet, wie viele nicht-signifikante Studien unveröffentlicht existieren müssten, damit das Ergebnis im Sinne eines Fehlers 1. Art als nicht-signifikant gelten könnte.
- Schließlich ist es sowohl was die Auswahl der benutzten Interventionen als auch was die behandelten Patientengruppen betrifft fraglich, ob hierbei die therapeutische Praxis wieder gespiegelt wird.

Eine Reihe dieser Probleme spielen bei der metaanalytischen Evaluation der Wirksamkeit von Hypnotherapie eine wichtige Rolle. In den folgend beschriebenen Metaanalysen gereichen diese Probleme teilweise zum Nachteil, teilweise zum Vorteil der Beurteilung von Hypnotherapie.

7.2.3 Die Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Die Ergebnisse der in Revenstorf (2003) veröffentlichten Recherche wurden nach den Anwendungsbereichen und Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie sortiert und ausgewertet, um festzustellen, inwieweit die Wirksamkeit von Hypnotherapie empirisch belegt ist. Da die genauen Formulierungen und Details relevant sind, werden folgend größere Teile der Originaltexte des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zitiert.¹⁰¹

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie definierte zunächst „Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen“ sowie die Anzahl der jeweils erforderlichen Wirksamkeitsnachweise (ohne Datumsangabe): „Da die Gesamtzahl aller Störungsbilder im Indikationsbereich der Psychotherapie zu groß ist, um jeweils Einzelnachweise zu verlangen, kann nicht auf der Ebene einzelner Störungen über die wissenschaftliche Anerkennung entschieden werden.

¹⁰¹ Die im Folgenden zitierten Texte sind nachzulesen auf der Homepage des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP): www.WBPsychotherapie.de

Es muss eine Kategorisierung in größere Klassen von Störungen erfolgen, wobei sinnvoller Weise neben der möglichen nosologischen und phänomenologischen Nähe auch die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung, ihr Vorkommen in der psychotherapeutischen Praxis und ihre Bedeutung als Gegenstand der Psychotherapieforschung berücksichtigt werden sollten. Eine vollständige Gleichwertigkeit der Klassen kann dabei nicht erreicht werden. Auf dieser Basis hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die folgende Zusammenfassung der *wesentlichen Anwendungsbereiche von Psychotherapie* in Anlehnung an den ICD-10-Schlüssel erstellt. Sie sind nicht als Alternative zu geltenden Diagnoseschlüsseln wie der ICD-10 oder zu nosologischen Klassifikation zu verstehen, die anderen, sehr viel weiteren Aufgabenstellungen dienen.“ Die an das ICD-10 angelehnten Anwendungsbereiche werden in Tabelle 7-1 wiedergegeben.

In einer bestimmten Anzahl von Anwendungsbereichen muss eine bestimmte Mindestanzahl von methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit belegen: „Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist.“ „Die Anzahl von drei erforderlichen Studien für einen einzelnen Anwendungsbereich kann teilweise reduziert werden, wenn – in der Regel ältere – methodisch adäquate Wirksamkeitsstudien ohne Angabe eines spezifischen Störungsbereichs oder mit mehreren klar definierten Störungsgruppen vorliegen. Dies gilt allerdings nur für die Anwendungsbereiche 1 bis 8 der aufgeführten Liste. Liegen in der Regel mindestens 8 solche allgemeinen, ansonsten methodisch adäquate Studien vor, kann die Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich aus dieser Gruppe bereits dann als hinreichend nachgewiesen gelten, wenn lediglich zwei für diesen Anwendungsbereich spezifische Studien vorliegen. Die Wirksamkeit für die Anwendungsbereiche 9 bis 12 der Anwendungsbereichsliste kann lediglich durch spezielle Wirksamkeitsnachweise im Sinne von 1. nachgewiesen werden.“

„Nur solche *Therapieverfahren*, die für mindestens fünf Anwendungsbereiche der Psychotherapie (1 bis 12 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens vier der „klassischen“ Anwendungsbereiche (1 bis 8) als *wissenschaftlich anerkannt* gelten können, sollen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum *Psychologischen Psychotherapeuten* entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden.“

„Therapieverfahren, die für eine geringere Anzahl von Anwendungsbereichen ... als wissenschaftlich anerkannt gelten können, können im Rahmen der vertieften Ausbildung als *Zusatzverfahren* gelehrt werden.“

| |
|---|
| 1. Affektive Störungen (F 3) |
| 2. Angststörungen phobische Störungen (F 40) andere Angststörungen (F 41) Zwangsstörungen (F 42) |
| 3. Belastungsstörungen (F 43) Belastungsreaktionen posttraumatische Belastungsstörungen Anpassungsstörungen |
| 4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen dissoziative Störungen (F 44) somatoforme Störungen (F 45) Neurasthenie (F 48) |
| 5. Ess-Störungen (F 50) |
| 6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5) nicht-organische Schlafstörungen (F 51) nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F52) |
| 7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54) |
| 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6) Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62) Verhaltensstörungen (F 63 – 69) |
| 9. Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55) |
| 10. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 2) |
| 11. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7) |
| 12. Himorganische Störungen |

Tabelle 7-1: Zwölf an das ICD-10 angelehnte Anwendungsbereiche von Psychotherapie laut dem Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie.

Diese 12 Anwendungsbereiche sind an das ICD-10 lediglich *angelehnt*. Das bedeutet z. B., dass Studien zur Behandlung von Übergewicht in dieser Arbeit im Anwendungsbereich „Ess-Störungen“ angeführt werden. Übergewicht wurde bei der Konzeption des ICD-10 aus dem Kapitel F herausgelassen, da die Rolle psychologischer Faktoren bei der Entstehung von Übergewicht nicht genügend geklärt erschien. Da es aber offensichtlich - grade durch Hypnose - psychotherapeutisch beeinflussbar ist, scheint der Anwendungsbereich „Ess-Störungen“ die sinnvollste Zuordnungskategorie.

Ein für Hypnotherapie ebenfalls relevanter Anwendungsbereich ist „Anpassungsstörungen bei somatischen Krankheiten“. Hier werden die Studien zu den verschiedenen medizinischen Anwendungen von Hypnose zugeordnet. Etwas uneindeutig ist das teilweise bei Studien, in denen

Angstsymptomatiken behandelt werden wie Angst vor dem Zahnarzt oder vor Operationen. Diese werden als spezifische Phobien dem Anwendungsbereich „Angststörungen“ zugeordnet. Ängstlichkeit und Lebensqualität nach Operationen hingegen werden hier eingeordnet. Behandlung von Warzen wird ebenfalls hier eingeordnet. Chronische Schmerzen werden als somatoforme Störung im Anwendungsbereich 4 eingeordnet, während akute Schmerzen (z.B. in der Geburtshilfe oder bei chirurgischen Eingriffen) ebenfalls hier unter F 54 eingeordnet werden.

Klassische psychosomatische Krankheiten wie Asthma, Bluthochdruck und Neurodermitis werden im ICD-10 nicht explizit unter den somatoformen Störungen genannt, wo wir sie aber trotzdem zuordnen. Ansonsten hätte man sie ebenfalls unter F 54 Anpassungsstörungen bei somatischen Krankheiten zuordnen können.

Weiterhin formulierte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie „Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie“ (8.6.2000):

„1. Die Stichprobe muss hinreichend beschrieben sein.

2. Es muss ein klinisch relevantes Outcome-Kriterium genannt werden, das mit reliablen Methoden feststellbar ist, z. B. Syndromskalen.

3. Es muss ein klinisch relevantes Indikationskriterium genannt werden. Dies kann eine Diagnose sein (z. B. Generalisierte Angsterkrankung), es kann aber auch ein Zielsyndrom sein (z. B. Neglect oder Schlafstörung), sofern plausibel gemacht werden kann, dass die Veränderung eines solchen Zielkriteriums bei der Behandlung einer krankheitswertigen Störung bedeutsam sein kann.

4. Es muss eine Kontrollbedingung gegeben sein, die im Vergleich zur Intervention erlaubt abzuschätzen, wie über die Zeit hin der Spontanverlauf oder der Verlauf unter einer anderen Therapie gewesen wäre.

5. Es muss nachvollziehbar gemacht werden, worin die therapeutische Intervention und der therapeutische Prozess bestand.

6. Aussagen zur Stabilität des Behandlungserfolges (Katamnese) sind wünschenswert.“

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie besteht im Unterschied zu den meisten der oben angeführten Metaanalysen nicht auf einer Vollständigkeit der Recherche. Es wird nicht gefordert, dass Studien mit nicht-signifikantem Ergebnis angegeben werden, es sollen lediglich eine bestimmte Anzahl von Studien mit signifikantem Ergebnis pro Anwendungsbereich angeführt werden, um eine Wirksamkeit zu belegen. Ein solches Vorgehen kann man auch als *Verifikation* bezeichnen.

Es können nicht nur klinische Studien, sondern auch Analogstudien angeführt werden.¹⁰² Ansonsten können außer Studien mit Kontrollgruppe und Studien mit einer Vergleichsbedingung wie Entspannungsverfahren auch Studien über den Vergleich von anderen Therapierichtungen wie Kognitiver Verhaltenstherapie mit und ohne Kombination mit Hypnotherapie angeführt werden.

Es wird auch nicht auf die Berechnung von Effektstärken oder anderen Maßen bestanden, obwohl die Anführung von Metaanalysen möglich ist. Ebenfalls möglich ist die Angabe von Kosten-Nutzen-

¹⁰² Persönliche Mitteilung von Prof. Margraf an Prof. Revenstorf (März 2000).

Analysen sowie von kontrollierten Einzelfallstudien („Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren“, 22.9.1999).

Insgesamt ähneln die Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie denen der American Psychological Association (Chambless und Hollon 1998). Da diese für den Antrag beim WBP aber nicht verbindlich sind, wird hier nicht näher auf sie eingegangen.

7.3 Anwendungsbereichübergreifende Metaanalysen und Reviews

Von den in diesem Abschnitt dargestellten Metaanalysen und Reviews wurden mit dem Antrag als Originalarbeiten eingereicht: Bongartz, Flammer und Schwonke (2002), Grawe, Donati und Bernauer (1994, S. 626-637), Kirsch (1996), Kirsch, Montgomery und Sapirstein (1995), Montgomery et al. (2002) und die gesamte Ausgabe „International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000) 48 (2), Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention“ mit den darin enthaltenen Arbeiten von Cardena (2000), Green und Lynn (2000), Milling und Costantino (2000), Montgomery et al. (2000), Pinnell und Covino (2000) sowie Schoenberger (2000). Von den restlichen Arbeiten (Smith, Glass und Miller 1980; Revenstorf und Prudlo 1994; Romminger 1995 sowie Wadden und Anderton 1982) wurden im Antrag Zusammenfassungen geliefert.

7.3.1 Smith, Glass und Miller (1980): The Benefits of Psychotherapy

In dieser bis dahin umfangreichsten Recherche wurden 475 Studien identifiziert. Diese Recherche war jedoch nicht vollständig, außerdem wurden Analogstudien und unveröffentlichte Dissertationen integriert. Erstmals wurden für jede Therapierichtung aus den jeweils recherchierten Studien Effektstärken berechnet (zur Kritik siehe Grawe et al. 1994, S.47ff). Die Anzahl der Studien zur Hypnotherapie geht aus der Veröffentlichung nicht klar hervor.

Die Effektstärke für Hypnotherapie fiel mit 1.82 sehr hoch aus. Die über alle Therapiemethoden gerechnete durchschnittliche Effektstärke betrug .85, d.h. die berechnete Effektstärke von Hypnotherapie war mehr als doppelt so hoch (Tabelle 7-2).

| Type of therapy (arbitrary order) | Average effect size |
|-------------------------------------|---------------------|
| 1. Psychodynamic therapy | .69 |
| 2. Dynamic-eclectic therapy | .89 |
| 3. Adlerian therapy | .62 |
| 4. Hypnotherapy | 1.82 |
| 5. Client-centred therapy | .62 |
| 6. Gestalt therapy | .64 |
| 7. Rational-emotive therapy | .68 |
| 8. Other cognitive therapies | 2.38 |
| 9. Transactional analysis | .67 |
| 10. Reality therapy | .14 |
| 11. Systematic desensitisation | 1.05 |
| 12. Implosion | .68 |
| 13. Behaviour modification | .73 |
| 14. Cognitive-behavioural therapy | 1.13 |
| 15. Eclectic-behavioural therapy | .89 |
| 16. Vocational-personal development | .65 |
| 17. Undifferentiated counselling | .28 |
| 18. Placebo treatment | .56 |
| Total | .85 |

Tabelle 7-2: Effektstärken, die in der Metaanalyse von Smith, Glass und Miller (1980, S. 89) für verschiedene Therapierichtungen berechnet wurden.

7.3.2 Grawe, Donati und Bernauer (1994): Psychotherapie im Wandel

In diese Metaanalyse wurden nur Studien mit Kontrollgruppen oder mit mindestens einer Vergleichs-Bedingungen anderer Therapieverfahren berücksichtigt. Die Zuteilung musste randomisiert sein. Im Hauptteil von Grawes Metaanalyse wurden 897 Studien zu verschiedenen Therapierichtungen, die bis zu Jahreswende 1983/84 veröffentlicht waren, zusammengetragen und nach methodologischen Gesichtspunkten in ihrer Gütequalität auf einem Profil beurteilt. Studien zur Behandlung von Rauchen, Übergewicht, Bettnässen und geistiger Behinderung wurden nicht berücksichtigt. Die Wirksamkeit wurde mit einer differenzierten Box-Score-Technik dargestellt, in der die Ergebnisse für Hauptsymptomatik und mehrere andere Variablen und Veränderungsbereiche getrennt ausgezählt wurden. Auf eine Effektstärkenberechnung wurde hier im Gegensatz zu Smith et al. (1980) aufgrund methodologischer Vorbehalte verzichtet. Bezüglich Hypnotherapie wurden nur Studien berücksichtigt, in denen reine Hypnotherapie eingesetzt wurde, also keine Kombination mit anderen Verfahren wie Kognitiv-Behavioraler-Therapie. Insgesamt wurden 19 Studien identifiziert. Das methodologische Güteprofil wurde mit z-Werten von -0.2 bis +0.5 als durchschnittlich bewertet. Es wurden fast nur Studien gefunden, in denen Hypnotherapie mit Kontrollgruppen oder anderen Entspannungsverfahren verglichen wurde (Tabelle 7-3 und 7-4), fast keine Studien zum Vergleich mit anderen Therapieverfahren (Tabelle 7-5). Es waren 16 von 19 Studien signifikant.

Grawe et al. kommen schließlich zu folgender Bewertung: „Insgesamt wurde für die Hypnose ... eine gute Wirksamkeit festgestellt. Dies gilt besonders für die Behandlung von Schmerzen, psychosomatischen Störungen und Schlafstörungen.“ (S. 634) ... „Sie kann grundsätzlich von Therapeuten ganz verschiedener Orientierung im Rahmen umfassenderer Behandlungspläne eingesetzt werden und sollte daher zum methodischen Rüstzeug möglichst vieler Psychotherapeuten zählen. Ihre gute Wirksamkeit zur Besserung bestimmter Symptome lässt es gerechtfertigt und wünschenswert erscheinen, dass sie in der psychotherapeutischen Alltagspraxis häufiger angewendet wird, als es gegenwärtig geschieht.“ (S. 636f).

| Veränderungsbereiche | Globale Erfolgsbeurteilung | Hauptsymptomatik | | Sonstige Befindlichkeitsmasse | Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich | Zwischenmenschlicher Bereich | Freizeit | Arbeit | Sexualität | Psychophysiologische Masse | Anzahl Bedingungen |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|----------|--------|------------|----------------------------|--------------------|
| | | individuell definiert | für alle Patienten gleich | | | | | | | | |
| Bedingungen | | | | | | | | | | | |
| Total | - | - | 13/17 | 2/5 | 0/3 | 1/2 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 2/5 | 19 |
| Einzel | - | - | 12/16 | 2/4 | 0/2 | 1/2 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 2/5 | 17 |
| Gruppe | - | - | 1/1 | 0/1 | 0/1 | - | - | - | - | - | 2 |
| ambulant | - | - | 13/17 | 1/4 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 2/5 | 17 |
| stationär | - | - | - | 1/1 | 0/2 | 1/1 | - | - | - | - | 2 |
| Drogen- und Alkoholabhängigkeit | - | - | - | 1/1 | 0/2 | 1/1 | - | - | - | - | 2 |
| Angst | - | - | 2/4 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 0/2 | 4 |
| Schmerzen | - | - | 6/7 | - | - | - | - | - | - | 0/1 | 7 |
| Psychosomatische Störungen | - | - | 3/3 | - | - | - | - | - | - | 2/2 | 3 |
| Schlafstörungen | - | - | 2/3 | 1/3 | - | - | - | - | - | - | 3 |

Tabelle 7-3: Wirkungsbereich von Hypnotherapie. Prä-Post-Vergleiche in 10 Veränderungsbereichen (aus Grawe et. al. 1994, S. 635).

Die Zahl hinter dem Strich (Nenner) gibt die Anzahl Behandlungsbedingungen an, in denen im betreffenden Bereich Masse erhoben und berechnet worden sind. Die Zahl vor dem Strich (Zähler) gibt die Anzahl Behandlungsbedingungen an, in denen sich signifikante positive oder negative (-) Veränderungen gezeigt haben. 0 bedeutet keine signifikanten Veränderungen.

| Veränderungsbereiche | Globale Erfolgsbeurteilung | Hauptsymptomatik | | Sonstige Befindlichkeitsmasse | Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich | Zwischenmenschlicher Bereich | Freizeit | Arbeit | Sexualität | Psychophysiologische Masse | Anzahl Bedingungen |
|----------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|----------|--------|------------|----------------------------|--------------------|
| | | individuell definiert | für alle Patienten gleich | | | | | | | | |
| Bedingungen | | | | | | | | | | | |
| Total | - | - | 6/8 | 0/2 | 0/2 | - | - | - | - | 1/2 | 9 |
| Einzel | - | - | 5/7 | 0/1 | 0/1 | - | - | - | - | 1/2 | 7 |
| Gruppe | - | - | 1/1 | 0/1 | 0/1 | - | - | - | - | - | 2 |
| ambulant | - | - | 5/6 | 0/2 | 0/1 | - | - | - | - | 1/1 | 6 |
| stationär | - | - | 1/2 | - | 0/1 | - | - | - | - | 0/1 | 3 |
| Alkohol-abhängigkeit | - | - | 0/1 | - | 0/1 | - | - | - | - | - | 2 |
| Schmerzen | - | - | 4/5 | 0/1 | 0/1 | - | - | - | - | - | 5 |
| Hypertonie | - | - | 1/1 | - | - | - | - | - | - | 1/1 | 1 |
| Einschlafstörungen | - | - | 1/1 | 0/1 | - | - | - | - | - | - | 1 |

Tabelle 7-4: Wirkungsbereich von Hypnotherapie. Kontrollgruppen-Vergleiche in 10 Veränderungsbereichen (aus Grawe et. al. 1994, S. 635). Legende siehe vorige Tabelle.

| Veränderungsbereiche | Globale Erfolgsbeurteilung | Hauptsymptomatik | | Sonstige Befindlichkeitsmasse | Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich | Zwischenmenschlicher Bereich | Freizeit | Arbeit | Sexualität | Psychophysiologische Masse | Anzahl Vergleiche |
|---|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|----------|--------|------------|----------------------------|-------------------|
| | | individuell definiert | für alle Patienten gleich | | | | | | | | |
| Bedingungen | | | | | | | | | | | |
| Hypnose vs. Verhaltenstherapie | - | - | 0/1 | 0/1 | 0/2 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | 0/1 | - | 2 |
| Hypnose vs. medikamentöse Therapien | +1/1 | - | +1/1 | 0/1 | -1/2 | 0/1 | - | - | - | - | 3 |
| Hypnose vs. unspezifische Therapien | - | - | 0/1 | 0/2 | 0/2 | 0/1 | - | - | - | - | 2 |
| Hypnose vs Kombination medikamentöse und Psychotherapie | - | - | - | +1,-1/1 | 0/1 | 0/1 | - | - | - | - | 1 |
| Hypnose vs. versch. Entspannungsverfahren | +1/1 | - | 0/8 | - | - | - | - | - | - | 0/4 | 8 |

Tabelle 7-5: Wirkungsvergleiche zwischen Hypnotherapie und Therapien anderer Richtungen in 10 Veränderungsbereichen (aus Grawe et. al. 1994, S. 636).

Die Zahl hinter dem Strich (Nenner) gibt die Anzahl der berechneten Vergleiche an. Die Zahl vor dem Strich (Zähler) zeigt das Ergebnis des Vergleichs; + bedeutet signifikante Überlegenheit, - signifikante Unterlegenheit der erstgenannten Bedingung, 0 bedeutet keine signifikanten Unterschiede.

7.3.3 Revenstorf und Prudlo (1994): Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose

Dieser Artikel mit der darin enthaltenen Metaanalyse wurde als Gutachten für die Milton Erickson Gesellschaft Austria (MEGA) erstellt.¹⁰³

Es wurden Studien mit Kontrollgruppe und / oder Vergleichs-Bedingung einbezogen. Es wurden nur Studien berücksichtigt in denen reine Hypnotherapie, also nicht in Kombination mit anderen Verfahren, untersucht wurde. Es gab keine Einschränkungen bezüglich der Anwendungsbereiche, daher wurden auch Studien wie z.B. zur Geburtshilfe berücksichtigt. Analogstudien wurden ebenfalls berücksichtigt. Effektstärken wurden nicht berechnet, sondern lediglich der Anteil der signifikanten von den gefundenen Studien angegeben. Es wurden 77 Studien in 17 Anwendungsbereichen identifiziert, von denen insgesamt 67 signifikante Ergebnisse zeigten (Tabelle 7-6).

| Störung | Prä-Post-Vergleich | Kontrollgruppen-Vergleich | Anzahl der Studien |
|---------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| 1. Chirurgie | | 1/1 | 1 |
| 2. Hochdruck | 1/2 | 1/1 | 3 |
| 3. Asthma | 1/2 | 1/1 | 3 |
| 4. Krebs (Überlebenszeit) | (Überlebenszeit) | 1/1 | 1 |
| 5. Warzen | 31% Verbesserung | | 7 |
| 6. Colon irritabile | | 1/1 | 1 |
| 7. Übelkeit (Krebs) | 3/3 | | 3 |
| 8. Kopfschmerzen | 6/6 | 1/1 | 7 |
| 9. Krebs-Schmerz | 6/6 | | 6 |
| 10. Chronischer Schmerz | | 2/2 | 2 |
| 11. Angst | 3/4 | 5/6 | 10 |
| 12. Schlafstörung | 2/2 | 1/1 | 3 |
| 13. Enuresis | | 1/1 | 1 |
| 14. Sucht | 1/3 | | 3 |
| 15. Adipositas | 4/4 | | 4 |
| 16. Rauchen | 34% Abstinenz | | 21 |
| 17. Geburtshilfe | | 1/1 | 1 |
| Insgesamt | 27/32 | 16/17 | 77 |

Tabelle 7-6: Zusammenstellung von 77 empirischen Studien zur Effektivität von Hypnotherapie (aus Revenstorf und Prudlo 1994, S. 210).

¹⁰³ Dieses Gutachten wurde von der „Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie“ (ÖGATAP) zur Anerkennung der Hypnotherapie eingereicht, die seit dem im Rahmen des österreichischen Psychotherapiegesetzes anerkannt ist.

7.3.4 Romminger (1995): Metaanalyse empirischer Arbeiten zur klinischen Hypnose

In dieser Metaanalyse¹⁰⁴ wurden ausschließlich Studien mit Kontrollgruppe berücksichtigt, in denen die methodische Qualität sowie die mitgeteilten Daten ausreichten, um sie zur Berechnung von Effektgrößen statistisch zu integrieren. Studien, in denen keine Kontrollgruppe, aber eine Vergleichsbedingung gegeben war wurden nicht integriert. Es wurden nur Studien berücksichtigt, in denen reine Hypnotherapie eingesetzt wurde, also nicht in Kombination mit anderen Verfahren. Es wurden 36 Studien identifiziert, aus denen eine Effektstärke von .83 errechnet wurde. Dies entspricht einem Punkt-Biserialen Korrelationskoeffizienten von .38. Daraus wurde das Verhältnis der Verbesserung von behandelten zu unbehandelten Patienten abgeschätzt (Binominal Effect Size Display nach Rosenthal und Rubin, 1982), welches bei 69% zu 31% liegt. Für drei Bereiche lagen hinreichend viele Studien vor, so dass für sie gesonderte Effektstärken berechnet wurden. Diese lagen für Rauchen bei $d = .89$, für Angst bei $d = .95$ und für Schmerz bei $d = .54$ (siehe Tabelle 7-7).

| Störung | Effektstärke | Punkt-Biserialer Korrelation | Verbesserung Unbehandelte / Behandelte |
|------------------|--------------|------------------------------|--|
| homogene Studien | .68 | .32 | 34/66% |
| Rauchen | .89 | .40 | 30/70% |
| Angst | .95 | .44 | 29/71% |
| Schmerz | .54 | .26 | 37/63% |
| Alle Studien | .83 | .38 | 31/69% |

Tabelle 7-7: Metaanalyse zur Hypnotherapie (Romminger 1995; Revenstorf 1997, S. 11). Bei den homogenen Studien wurden Ausreißer eliminiert.

¹⁰⁴ Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ergebnisse veröffentlicht in Revenstorf (1997).

7.3.5 International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000), Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention

In diesem Themenheft befinden sich Übersichtsarbeiten zu ausgewählten Anwendungsbereichen (Schmerzkontrolle, verschiedene medizinische Anwendungen, PTBS, Rauchen, Kinder) und ein Review über Kombination von Hypnose und Kognitive Verhaltenstherapie. Alle Übersichtsarbeiten beziehen sich ausdrücklich auf die APA-Kriterien (Chambless und Hollon 1998), die bei der Beurteilung der methodischen Qualität der recherchierten Studien konsequent angelegt werden. Es werden aber auch nicht-kontrollierte Studien wie Fallberichte zumindest genannt. Die Übersichtsarbeiten erheben bei ihren Literatur-Recherchen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, außerdem sind die Anwendungsbereiche, die in diesem Themenheft abgedeckt sind, sehr selektiv.

Dennoch wird für die Bereiche Schmerzkontrolle (Montgomery et al. 2000), verschiedene medizinische Anwendungen (Pinnell und Covino 2000) und Raucherentwöhnung (Green und Lynn 2000) eine gute empirische Basis der Wirksamkeit festgestellt, für PTBS hingegen scheint bis auf eine Studie eine systematische Forschung fast vollständig zu fehlen – obwohl Hypnose hier traditionsgemäß intensiv verwendet wird (Cardena 2000). In der Arbeit mit Kindern ist die Wirksamkeit bei akutem Schmerz, Nebenwirkungen von Chemo-Therapie und Enuresis belegt (Milling und Costantino 2000).

Bei der Übersichtsarbeit zur Behandlung von Schmerzen (Montgomery et al. 2000) handelt es sich um eine eigenständige Metaanalyse. Anhand von 18 Studien wurde eine nach Stichprobengröße gewichtete Effektstärke (nach Hunter und Schmidt 1990) von $D=.67$ errechnet.

Sehr deutlich sind die Belege dafür, dass Kognitive Verhaltenstherapie kombiniert mit Hypnotherapie wesentlich wirksamer ist, als jede der beiden Therapieformen alleine, was sich z.B. bei Angststörungen und Übergewicht zeigt (Schoenberger 2000).

7.3.6 Bongartz, Flammer und Schwonke (2002): Die Effektivität der Hypnose: Eine metaanalytische Studie

Diese Metaanalyse aus Konstanz baut auf die oben angeführten Arbeiten der Tübinger Arbeitsgruppen von Revenstorf, Prudlo und Romminger auf. Es wurden alle Studien mit Kontrollgruppe und / oder einer Vergleichs-Bedingung berücksichtigt, wenn aufgrund der mitgeteilten Daten eine statistische Integrierbarkeit zur Berechnung von Effektstärken möglich war. Es wurden nur Studien berücksichtigt, in denen reine Hypnotherapie angewendet wurde, also nicht in Kombination mit anderen Verfahren. Es wurden nur klinische Studien aufgenommen, keine Analogstudien.

Aus insgesamt 43 Studien wurde eine gewichtete Effektstärke von $D=.51$ errechnet, was einer Korrelation von $r=.24$ und einem Binominal Effect Size Display von 62% zu 38% entspricht. Ferner wurde eine Fail-Safe-N (Rosenthal 1979) von 165, 81 errechnet, d.h. es müssten über 165 Studien mit nicht-signifikantem Ergebnis unveröffentlicht sein, damit das Gesamtergebnis dieser Metaanalyse falsch im Sinne eines Fehlers der 1. Art wäre.

Gesondert konnte für die 19 Studien, in denen Hypnose zur Unterstützung medizinischer Maßnahmen eingesetzt wurde, eine gewichtete Effektstärke von $D=.38$ errechnet werden, sowie für die 24 Studien, in denen Störungen aus dem ICD-10 Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) behandelt wurden, eine Effektstärke von $D=.60$. Eine weitere Aufgliederung ist in Tabelle 7-8 dargestellt.

Erstmalig wurde der Versuch unternommen, die angewendeten hypnotherapeutischen Techniken zu kategorisieren und nach klassischer und moderner Hypnose zu unterscheiden, wobei 74% der Studien eher klassischen Methoden zugeordnet wurden.

| Störungsbild / Anwendungsbereich | | Anzahl Studien | Effektstärke D |
|--|--|----------------|----------------|
| A Somatische Beschwerden | Asthma, Warzen, Ulcus Duodendi, Kopfschmerz | 11 | .57 |
| B Suchtverhalten | Rauchen | 5 | .54 |
| C Neurotische Störungen | Prüfungsangst, PTSD | (7+1) 8 | .71 |
| D Unterstützung medizinischer Maßnahmen | Analgesie, Geburtsvorbereitung, Angst vor/nach OP, Blutungskontrolle, usw. | 14 | .40 |
| E Unterstützung medizinischer Maßnahmen bei der Behandlung von Krebs | Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie, Schmerzen | 5 | .29 |
| Psychische und Verhaltensstörungen | A, B, C | 24 | .60 |
| Unterstützung medizinischer Maßnahmen | D, E | 19 | .38 |
| Alle Studien | | 43 | .51 |

Tabelle 7-8: Effektstärken von Hypnose in einzelnen Bereichen von Störungsbildern (Bongartz, Flammer und Schwonke 2002).

7.3.7 Weitere Veröffentlichungen

Wadden und Anderton (1982) belegen anhand von 17 klinischen Studien eine gute Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Schmerzen, Asthma und Warzen, berechnen jedoch keine Effektstärken.

Kirsch et al. (1995) erstellten eine Metaanalyse über 18 Studien zum Vergleich von Kognitiver Verhaltenstherapie mit und ohne Kombination mit Hypnose, wobei sich die Behandlungsbedingungen nach Angaben der Autoren nur geringfügig unterschieden. Mindestens 70% der Patienten, die zusätzlich Hypnose erhielten, ging es besser als den Patienten, die lediglich mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden. Dieses Resultat war besonders deutlich in der Behandlung von Übergewicht und wurde in Langzeit-Katamnesen sogar noch deutlicher.

Kirsch (1996) konnte diesen Befund in einer weiteren Metaanalyse, die ausschließlich der Behandlung von Übergewicht durch Verhaltenstherapie mit und ohne Kombination mit Hypnose gewidmet war, verdeutlichen.

Montgomery et al. (2002) haben in einer Metaanalyse die Effektivität von Hypnose als Zusatzintervention bei chirurgischen Eingriffen untersucht. Aus 20 kontrollierten Studien mit 1624 Patienten errechneten sie eine gewichtete Effektstärke von $D=1.20$.

7.4 Anwendungsbereichsspezifische empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie

Dem Endergebnis der Recherche, welches in Revenstorf (2003), dem Antrag beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, im Folgenden kurz „der Antrag“, veröffentlicht ist, ging eine Reihe von Arbeitsschritten voraus, an denen eine Vielzahl von Personen beteiligt war.

Ausgangspunkt war eine Datenbank, die aus der Recherche (in Medline und Psychlit) zur Metaanalyse von Bongartz, Flammer und Schwonke (2002, damals in Vorbereitung) stammte.¹⁰⁵ Diese Datenbank wurde aktualisiert und um einige wenige noch fehlende Studien ergänzt, die in den oben angeführten Metaanalysen integriert waren. Eine erste grobe Selektion ergab schließlich eine Datenbank von 180 Publikationen zur Effektivität der Hypnotherapie, einschließlich Metaanalysen und Reviews. Diese Studien wurden gesichtet und soweit möglich den 12 Anwendungsbereichen des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zugeordnet (Tabelle 7-9). Hierbei wurden nur die Studien gezählt, die positive Ergebnisse erbrachten und möglichst gut den methodologischen Mindestanforderungen für Wirksamkeitsnachweise entsprachen. Daher entspricht die Summe der Studien pro Spalte nicht der Anzahl der Studien, die in den Metaanalysen insgesamt integriert sind. Tabelle 7-10 gibt einen Überblick über die einzelnen Anwendungsbereiche weiter nach Diagnosen aufgeschlüsselt, soweit diese in den Studien angegeben sind.

Für die Metaanalyse von Smith, Glass und Miller (1980) waren diese Zuordnungen nicht möglich, da hierzu die Quellenangaben nicht eindeutig sind. Für das Themenheft des International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000) sind diese Zuordnungen unvollständig, da bei einem Teil der in den Übersichtsarbeiten angegebenen Studien wichtige Informationen z.B. zum Design fehlen. Aufgrund der verschiedenen Inklusionskriterien der Metaanalysen stellen die früher erstellten Metaanalysen und Reviews mit einer kleineren Anzahl von Studien nicht automatisch Teilmengen der später erstellten, umfangreicheren Metaanalysen und Reviews dar, es ergeben sich lediglich Schnittmengen.

Diese Recherche versuchte alle bislang identifizierten Studien zu erfassen und durch weitere, aktuellere oder bislang nicht integrierte Studien zu ergänzen. Von diesem Zwischenergebnis fand eine Vorveröffentlichung im Internet statt (Revenstorf, Schauer und Flammer 2001).¹⁰⁶

Schließlich wurde von einer Arbeitsgruppe eine Auswahl aus diesen Studien nach engsten

¹⁰⁵ Erich Flammer stellte in Absprache mit Prof. Bongartz diese über 350 Literaturhinweise umfassende Datenbank zur Verfügung und war an der ersten Aktualisierung und Selektion der Studien beteiligt, weswegen er für die Internet-Vorveröffentlichung der Zwischenergebnisse (Revenstorf, Schauer und Flammer 2001) als Mitautor gilt.

¹⁰⁶ In dieser Vorveröffentlichung ist auch eine Vorversion des in dieser Arbeit enthaltenen Abschnitts „Methoden und Probleme von Metaanalysen und die Kriterien des WBP“ enthalten. Von diesem Abschnitt befindet sich allerdings keine Version im Antrag an den WBP, da dies zu diesem Zeitpunkt inhaltlich nicht mehr sinnvoll erschien.

methodenkritischen Kriterien getroffen.¹⁰⁷ Tabelle 7-11 gibt eine Übersicht des Endergebnisses. Die hierbei ausgewählten 60 Studien wurden gemeinsam mit den meisten der oben angeführten Metaanalysen und Reviews dem Antrag beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (Revenstorf 2003) als Originalarbeiten beigelegt.

In den folgenden Abschnitten wird der Stand der empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit von Hypnotherapie für die einzelnen Anwendungsbereiche des WBP kommentiert. Hierbei wird hauptsächlich auf die anwendungsbereichsübergreifenden Metaanalysen und Reviews des vorigen Abschnitts sowie auf das Endergebnis der Recherche von Revenstorf (2003) Bezug genommen. Die beim Antrag als Originalarbeiten eingereichten Studien werden nicht im Einzelnen dargestellt aber genannt, wenn sie für einen Anwendungsbereich einen speziellen Stellenwert einnehmen. Die Literaturangaben dieser einzelnen Studien befinden sich gesondert im Literaturverzeichnis. Der Stand der Recherche ist von Ende Januar 2003, der Antrag wurde im Februar 2003 eingereicht.

Hinzuzufügen ist, dass der Wissenschaftliche Beirat im September 2003, also ein halbes Jahr nach Einreichen des Antrages zur Hypnotherapie, der bis dahin noch nicht begutachtet wurde, seine Kriterien präzisiert hat (15.9.2003, siehe Internetauftritt des WBP). Diese methodologisch nun strengeren Kriterien gelten für Studien, die nach 1.1.1990 publiziert wurden, für ältere Studien gelten die bisherigen, oben zusammengefassten Kriterien.

¹⁰⁷ Die Arbeitsschritte zwischen der Übergabe der Datenbank von Erich Flammer einschließlich der Erstellung der Vorveröffentlichung 2001 bis zur Endauswahl der Studien durch die Arbeitsgruppe wurden von Dietrich Schauer durchgeführt.

Die endgültige Auswahl der Studien aus der ergänzten Datenbank für den Antrag wurde durchgeführt von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Marc Habermüller, Gaby Lippolt, Daniela Schmid, Bettina Klein und Monika Stoll.

Überschneidungen zwischen dem Antrag und der vorliegenden Arbeit bestehen hauptsächlich in den Abschnitten „Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ und „Allgemeine Prinzipien“:

Die Texte im Antrag zu Metaanalysen und Reviews wurden ausschließlich von Dietrich Schauer verfasst.

Die Zusammenfassungen der Originalarbeiten geordnet nach Anwendungsbereichen im Antrag wurden größtenteils von Marc Habermüller und von anderen Mitgliedern der Arbeitsgruppe verfasst. Diese Texte sind im Antrag enthalten, aber nicht in der vorliegenden Arbeit.

Die zugehörigen Einführungen und Schlussfolgerungen der einzelnen Anwendungsbereiche im Antrag wurden von Dietrich Schauer verfasst, für den Anwendungsbereich 3 „Belastungsstörungen“ gemeinsam mit Bettina Klein, für einen Teil der restlichen Anwendungsbereiche gemeinsam mit Marc Habermüller. Diese Texte wurden für die vorliegende Arbeit neu überarbeitet und erweitert.

Der Abschnitt „Detaillierte Beschreibung der Verfahren“ des Antrags basiert zum großen Teil auf einem Entwurf des Abschnittes „Allgemeine Prinzipien“ der vorliegenden Arbeit, der von Dietrich Schauer verfasst war. Dieser Entwurf wurde von Prof. Revenstorf und Dietrich Schauer zu der Fassung im Antrag überarbeitet. Einige Textpassagen beruhten auf Entwürfen der anderen Abschnitte oder wurden ausschließlich für den Antrag neu formuliert. Für die vorliegende Arbeit wurde auf die ursprünglichen Entwürfe von Dietrich Schauer zurückgegriffen, diese wurden völlig neu überarbeitet und erweitert.

Sämtliche Texte, die schließlich in der vorliegenden Arbeit enthalten sind und sich mit dem Antrag überschneiden, wurden von Dietrich Schauer verfasst, neu überarbeitet und teilweise erweitert.

| Metaanalysen / Reviews | Revenstorf, Schauer und Flammer Sept. 2001 167 Studien | IJCEH April 2000 | Bongartz, Flammer und Schwonke 2002 43 Studien | Romminger 1995 36 Studien | Revenstorf, Prudlo 1994 77 Studien | Grawe et al. 1994 19 Studien |
|---|--|---|--|-------------------------------------|---|--|
| Veröffentlichung Anzahl Studien | | | | | | |
| Anwendungsbereiche | Anzahl der Studien | | | | | |
| 1. Affektive Störungen (F 3) | | | | | | |
| 2. Angststörungen phobische Störungen (F 40) andere Angststörungen (F41) Zwangsstörungen (F 42) | 20 | HT+VT: 2 | 8 | 6 | 8 | 2 |
| 3. Belastungsstörungen (F 43) Belastungsreaktionen posttraumatische Belastungsstörungen Anpassungsstörungen | 1 | 1 (+1 in Vorb.) (1 MA*) | | | | |
| 4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen , dissoziative Störungen (F 44) somatoforme Störungen (F 45) Neurasthenie (F 48) | 33 | z.T Studien in AB 7 | 9 | | 12 | 4 |
| 5. Ess-Störungen (F 50) | 8 1 MA | HT+VT: 5 Adipositas 1 MA 1 Bulimie | | | 4 | |
| 6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5) nicht-organische Schlafstörungen (F 51) nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F 52) | 10 | | | | 4 | 2 |
| 7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54) | 66 | 1 RV (med.) 1 MA (Schmerz) | 21 | 14 | 21 | 6 |
| 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6) Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62) Verhaltensstörungen (F 63 – 69) | | | | | | |
| 9. Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55) | 28 | 3-16 HT+VT: 5 | 5 | 4 | 21 | 1 |
| 10. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2) | | | | | | |
| 11. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7) | 1 (Kinder) | | | | | |
| 12. Hirnorganische Störungen | | | | | | |

Tabelle 7-9: Wirksamkeitsnachweise von Hypnotherapie verschiedener Recherchen geordnet nach wesentlichen Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen, Stand September 2001 (Revenstorf, Schauer und Flammer 2001). AB = Anwendungsbereich, MA = Metaanalyse, RV = Review, HT = Hypnotherapie, VT = Verhaltenstherapie, MA* über Therapiemethoden von PTSD allgemein, nicht nur HT.

| Anwendungsbereiche | Anzahl der Studien und Diagnosen | |
|---|----------------------------------|---|
| 1. Affektive Störungen (F 3) | | |
| 2. Angststörungen phobische Störungen (F 40) andere Angststörungen (F41) Zwangsstörungen (F 42) | 20 | 2 Schlangenphobie 3 Angst vor zahnärztlicher Behandlung 7 Prüfungsangst (Analogstudien) 7 HT+VT 3 Selbst-Hypnose-Training |
| 3. Belastungsstörungen (F 43) Belastungsreaktionen posttraumatische Belastungsstörungen Anpassungsstörungen | 1 | 1 Vergleich HT / KVT 1 Studie in press. MA Sherman (1998) Therapiemethoden bei PTSD allgemein: Vorteil von HT evtl. erst in Katamnesen deutlich |
| 4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen dissoziative Störungen (F 44) somatoforme Störungen (F 45) Neurasthenie (F 48) | 33 | 5 Migräne 10 andere Kopfschmerzen 5 andere chronische Schmerzen 4 Asthma 3 Bluthochdruck 4 Colon irritabile 1 Prävention der Neubildung von Darmgeschwüren 1 Neurodermitis bei Kindern MA Montgomery (2000) 18 Studien (Schmerzen): ES = .74 [AB 4 & 7] MA Grawe et al. (1994) 6 Studien (Schmerzen): gute Wirksamkeit [AB 4 & 7] MA Grawe et al. (1994) 4 Studien (somatoforme Störungen.): gute Wirksamkeit |
| 5. Ess-Störungen (F 50) | 8 | 1 Bulimie HT+VT 7 Adipositas davon 5 HT+VT MA Kirsch (1996) HT+VT vs. VT: Überlegenheit in Katamnesen noch deutlicher |
| 6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5) nicht-organische Schlafstörungen (F 51) nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F 52) | 10 | 5 Schlafstörungen 1 Schlafwandeln 1 Bruxismus 1 sexuelle Dysfunktionen bei Männern 2 Enuresis (Kinder und Jugendliche) MA Grawe et al. (1994) 2 Studien: gute Wirksamkeit |
| 7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54) | 66 | Anästhesie und Entspannung bei chirurgischen Eingriffen und radiologischen Untersuchungen Verbesserung des Heilungsprozesses und der Befindlichkeit nach chirurgischen Eingriffen Verlängerung der Überlebenszeit bei Krebs Reduktion von Übelkeit und Übereben bei Chemotherapie Schmerzen bei Krebserkrankung Geburtsvorbereitung Schmerzen vor und bei der Geburt Beschleunigung des Heilungsprozesses bei Verbrenungen und Knochenbrüchen Warzen Tinnitus andere spezielle Krankheitsbilder MA Bongartz, Flammer und Schwonke (2002) 19 Studien (Unterstützung medizinischer Maßnahmen): ES = .38 MA Montgomery (2000) 18 Studien (Schmerzen): ES = .74 [AB 4 & 7] MA Grawe et al. (1994) 6 Studien (Schmerzen): gute Wirksamkeit [AB 4 & 7] |
| 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6) Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62) Verhaltensstörungen (F 63 – 69) | | |
| 9. Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55) | 28 | 1 Methadon-Patienten: Rückfall-Prävention 26 Raucherentwöhnung 5 davon HT+VT vs. VT |
| 10. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 2) | | |
| 11. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7) | 1 | 1 lernbehinderte Kinder: HT in Gruppen, Selbsthypnosetraining |
| 12. Hirnorganische Störungen | | |

Tabelle 7-10: Überblick über die Wirksamkeitsnachweise von Hypnotherapie in den einzelnen Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen aufgeschlüsselt nach Diagnosen, soweit in den Studien angegeben (Revenstorf, Schauer und Flammer 2001). MA = Metaanalyse, AB = Anwendungsbereich.

| WBP-Anwendungsbereich | Originalarbeiten | Metaanalysen | Störungsdiagnosen |
|--|------------------|--------------|--|
| 1. Affektive Störungen | 1 | - | Depression |
| 2. Angststörungen | 7 | 2 | Phobien, Prüfungsangst |
| 3. Belastungsstörungen | 1 (4) | - | PTBS (Einzelfallstudien) |
| 4. Somatoforme Störungen | 7 | 2 | Reizdarm, Fibromyalgie, Spannungskopfschmerz |
| 5. Essstörungen | 2 3 | 1 2 | Bulimie Adipositas |
| 6. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen | 3 | 1 | Insomnie, Schlafwandeln |
| 7. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten | 18 | 6 | Migräne, Asthma, rheumatische Arthritis, Geburtsvorbereitung, Postoperative Krankheitsbewältigung (Schmerzen, Erbrechen, Bypass), Krebschmerz, Verbrennungsschmerz, Ulcus-Rückfallprophylaxe |
| 9. Substanzmissbrauch | 7 | 1 | Rauchen, Methadon |
| Anwendung bei Kindern und Jugendlichen | 7 | 2 | Krankheitsbewältigung bei Krebs (Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie), Enuresis |
| Summe | 56 (60) | | |

Tabelle 7-11: Anzahl der mit dem Antrag beim WBP eingereichten Originalarbeiten (Tabelle modifiziert nach Revenstorf 2003, S. 180).

7.4.1 Anwendungsbereich 1: Affektive Störungen (F 3)

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor. Lediglich eine Studie (Lavature et al. 2002), die dem Antrag als Originalarbeit beigelegt wurde, untersuchte die Effektivität der Hypnotherapie zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Reduktion der Depressivität. Diese Studie kann nur als ein erster Hinweis dafür gelten, dass die Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Depression und anderen affektiven Störungen empirisch belegbar ist. Es handelt sich um eine Analogstudie mit Studenten ohne Katamnese, in der Hypnose zwar wirksam, jedoch der anderen Behandlungsbedingung nicht überlegen war.

In diesem Anwendungsbereich wird die Diskrepanz zwischen empirischer Forschung und Praxis der Hypnotherapie, die auch Bongartz et al. (2002) feststellen mussten, am drastischsten. Psychotherapeuten, die mit Hypnose arbeiten, setzen diese selbstverständlich auch bei Patienten mit Depression und anderen affektiven Störungen ein (Woitowitz, Peter und Revenstorf 1999). Es existieren eine Reihe von expliziten Konzepten hierzu, die von einer Kombination mit anderen Therapiemethoden ausgehen. Sämtliche im Abschnitt „Kombination mit anderen Verfahren“ beschriebenen Ansätze sind grundsätzlich zur Therapie von Depressionen geeignet. Ein elaborierter

Ansatz, der von einer Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie ausgeht, wurde von Yapko (1992/1995) ausgearbeitet. Eine weitere elementare und weit verbreitete Kombination ist die mit systemischer Therapie (Schmidt 2001). Hypnose eignet sich zur Aktivierung von Ressourcen, zur Bearbeitung vergangener Erfahrungen und zur Veränderung von Einstellungen, Erwartungen und Attributionsmustern.

Das Fehlen der empirischen Belege lässt sich nur durch forschungs-ökonomische und infrastrukturelle Probleme erklären und verdient nähere Überprüfung. Eine im Grunde identische Situation besteht in den Anwendungsbereichen „Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen“ sowie „Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“.

7.4.2 Anwendungsbereich 2: Angststörungen

Dieser Anwendungsbereich umfasst phobische Störungen (F 40), andere Angststörungen (F 41) sowie Zwangsstörungen (F 42). In diesem Anwendungsbereich wurden mit dem Antrag sieben Studien zur Behandlung von Phobien und Angststörungen als Originalarbeiten eingereicht. Davon sind drei Studien über Prüfungsangst, eine Studie über Angst vor öffentlichem Sprechen, eine Studie über Schlangenphobie und zwei Studien über andere Angststörungen. Bei den Studien über Prüfungsangst handelt es sich nicht um klinische Studien, sondern um Analogstudien mit Studenten. Teilweise wurde in den Studien Hypnotherapie explizit mit verhaltenstherapeutischen Techniken kombiniert oder es fand ein Selbsthypnose-Training statt.

Schoenberger (2000) diskutiert in einem Review über Kombination von Hypnose und Kognitive Verhaltenstherapie u.a. gesondert die Anwendung bei Angststörungen. Hypnose kann ohne weiteres mit Techniken zur Entspannung, geleiteter Imagination, systematischer Desensibilisierung, kognitiver Umstrukturierung und in vivo Exposition kombiniert werden. Kombinierte Therapie mit kognitiver Verhaltenstherapie und Hypnose ist im Kontrollgruppenvergleich als wirksam belegt. Eine überlegene Wirksamkeit gegenüber reiner kognitiver Verhaltenstherapie konnte laut diesem Review bislang nur eine Studie nachweisen (Schoenberger et al. 1997). Es handelt sich aber lediglich um eine Analogstudie, weswegen sie nicht mit dem Antrag als Originalarbeit eingereicht wurde.

Das Review von Pinnell und Covino (2000) zur Anwendung von Hypnose in verschiedenen medizinischen Bereichen wird im Abschnitt zum Anwendungsbereich 7 „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)“ angeführt, doch die dort enthaltenen Studien zu Angststörungen im Zusammenhang mit medizinischen oder zahnmedizinischen Eingriffen können nach den Kategorien des WBP genau genommen ebenfalls im Anwendungsbereich „Angststörungen“ mitgerechnet werden.

Erwähnt werden soll auch das Ergebnis der Metaanalyse von Romminger (1995), der für die Behandlung von Angststörungen durch Hypnotherapie eine Effektstärke von $d = .95$ errechnete.

Aufgrund der angeführten empirischen Untersuchungen kann von einer gut belegten Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Angststörungen ausgegangen werden. Es konnte gezeigt werden, dass ein breites

Spektrum von Ängsten durch Hypnotherapie zum einen effektiv und zum anderen mit geringem Aufwand behandelt werden kann. In keiner der erwähnten Studien wurden mehr als neun Hypnose-Sitzungen benötigt, um den jeweils starken therapeutischen Effekt zu erzielen. Die methodische Qualität der Untersuchungen kann dabei als sehr gut bewertet werden. Es handelt sich um kontrollierte Studien mit ausreichender Stichprobengröße und einer Katamnese-Untersuchung (mit Ausnahme einer Studie), so dass auch die Stabilität des Erfolgs der Hypnotherapie bei Angststörungen als gesichert angesehen werden kann.

7.4.3 Anwendungsbereich 3: Belastungsstörungen (F 43)

Dieser Anwendungsbereich umfasst Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen. Zu diesem Anwendungsbereich wurde mit dem Antrag nur eine kontrollierte Studie als Originalarbeit eingereicht. Es wurde die Wirksamkeit von Hypnotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie verglichen (Brom et al. 1989). Es zeigten sich keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede, beide Behandlungen waren aber im Vergleich zu einer Kontrollgruppe wirksam. Darüber hinaus existiert eine Reihe von Einzelfallstudien unterschiedlicher methodischer Qualität, von denen mit dem Antrag vier als Originalarbeiten eingereicht wurden. Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass die tatsächliche Häufigkeit der Anwendung der Hypnose zur Therapie von Störungen dieses Anwendungsbereichs in der Praxis weitaus größer ist, als dies durch die publizierten kontrollierten Studien anzunehmen wäre (Bengel & Landji 1996).

In einer Metaanalyse zur Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze zu PTBS errechneten van Etten und Tayler (1998) für Hypnotherapie eine Effektstärke von $d = .94$. Cardena (2000) stellt in einem methodenkritischen Review ebenfalls fest, dass für PTBS bis auf eine Studie eine systematische Forschung fast vollständig zu fehlen scheint – obwohl Hypnose hier in der Praxis traditionsgemäß verwendet wird. Es wird darauf hingewiesen, dass in einer Metaanalyse zu verschiedenen Behandlungsmethoden von PTBS die Vermutung geäußert wurde, dass der Vorteil von Hypnotherapie erst in Katamnesen deutlich wird (Sherman 1998). Die Geschichte der Behandlung von Belastungsstörungen mit Hypnose, die bis zu Janet (1911) zurückgeht, wird dargestellt. Hadfield (1940) legte eine Katamnese über 100 von 500 bis 600 behandelten Patienten vor, die unter den Folgen des 1. Weltkrieges litten und mit Hypnoanalyse behandelt wurden. Die Entwicklung hypnoanalytischer Konzepte zur Behandlung der PTBS ist eng verknüpft mit der Behandlung von Belastungs- und dissoziativen Störungen. Weiterhin werden von Cardena (2000) Fallstudien zu besonderen Anwendungsfeldern von Hypnose bei Belastungsstörungen angeführt: Vietnam-Veteranen, sexuelle Übergriffe und Vergewaltigung, Auto-Unfälle, Holocaust-Überlebende, Patienten nach Anästhesie-Versagen, sowie die Anwendung von Hypnose in unterschiedlichen kulturellen Gruppen und bei Kindern. Schließlich legen Cardena et al. (2000) im Rahmen der International Society for Traumatic stress studies praktische Richtlinien zur effektiven Behandlung von PTBS mit Hypnose vor.

Anhand der vorhandenen Studien zeigt sich, dass Hypnose geeignet ist, um Symptome wie Dissoziation, Flashbacks, Depression, Ängste, Vermeidungsverhalten, Schmerzen, Schlafstörungen und Alpträume erfolgreich zu behandeln. Des Weiteren haben klinische Untersuchungen gezeigt, dass Hypnose geeignet ist, um dissoziative Phänomene einer willentlichen Kontrolle zu unterstellen (z.B. Benningfield 1992; Brede und Benedict 1980; Spiegel 1981; Spiegel und Cardena 1991; van der Hart, Boon und van Everdingen 1990). Der Mangel an kontrollierter Forschung ist verwunderlich, da viele Patienten mit einer PTBS eine erhöhte Suggestibilität aufweisen (Kluft 1985; Cardena 1996) und viele der Symptome einer PTBS eng mit spontaner Trance verbunden sind.

7.4.4 Anwendungsbereich 4: Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen

Dieser Anwendungsbereich umfasst dissoziative Störungen (F 44) somatoforme Störungen (F 45) und Neurasthenie (F 48). Von den insgesamt 33 mit dem Antrag eingereichten Studien sind: fünf über die Behandlung von Migräne, zehn über andere Kopfschmerzen, fünf über andere chronische Schmerzen, vier über Asthma, drei über Bluthochdruck, vier über Colon irritabile, eine über Prävention der Neubildung von Darmgeschwüren und eine Studie über Neurodermitis bei Kindern.

Das Review von Pinnell und Covino (2000) zur Anwendung von Hypnose in verschiedenen medizinischen Bereichen wird im Abschnitt zum Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten“ (F54) dargestellt, doch die dort enthaltenen Studien zu gastrointestinalen Erkrankungen würden nach den Kategorien des WBP genau genommen zum Anwendungsbereich „Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen“ zählen.

Grawe et al. (1994) stellen in ihrer Metaanalyse zu den Bereichen Schmerz und psychosomatische Beschwerden bereits eine „gute Wirksamkeit“ der Hypnotherapie fest (S. 634). Von den dort angeführten Studien würden vier dem Anwendungsbereich „Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F45)“ und sechs dem Anwendungsbereich „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten“ (F54) gemäß WBP zugeordnet werden. Die Recherche von Grawe et. al (1994) reichte allerdings lediglich bis 1983 und es existieren inzwischen aktuellere Studien.

Romminger (1995) errechnete im Rahmen einer Metaanalyse für die hypnotherapeutische Behandlung von Schmerzen eine Effektstärke von $d=.54$, wobei ein Teil der integrierten Studien die Behandlung von Kopfschmerzen betraf und damit diesem Anwendungsbereich „Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F45)“ zuzuordnen wäre.

Für den Bereich der somatoformen Störungsbilder kann aufgrund der dargestellten empirischen Untersuchungen von einer gut belegten Wirksamkeit der Hypnotherapie ausgegangen werden. Neben den Ergebnissen selbst unterstreicht die methodische Qualität der Studien (Stichprobengröße, Randomisierung, Katamnese) diese Aussage ebenso wie die Tatsache, dass die unterschiedlichsten Störungsbilder innerhalb des Anwendungsbereichs in gleichem Maße von Hypnose profitieren. Erwähnenswert ist zudem, dass die Anzahl der benötigten Sitzungen und damit verbunden der Kostenaufwand der Therapie im Verhältnis zum erzielten Erfolg hinsichtlich der Kern-Symptomatik

der Störungen als gering zu bewerten ist.

7.4.5 Anwendungsbereich 5: Ess-Störungen (F 50) und Adipositas

Dieser Anwendungsbereich umfasst zunächst Anorexie und Bulimie, aber auch Adipositas wird hier, wie oben begründet, zugeordnet. Insgesamt wurden mit dem Antrag fünf Studien als Originalarbeiten eingereicht, davon zwei Studien über die Behandlung von Bulimie (Griffiths et al. 1994, 1996). In diesen Studien wurde Hypnotherapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie kombiniert. Die Überlegenheit von kombinierter Behandlung wird in Katamnesen noch deutlicher als bei Behandlungsende, was in zwei Metaanalysen (Kirsch et al. 1995; Kirsch 1996), davon eine speziell zu Adipositas, weiter untermauert wurde.

Schoenberger (2000) diskutiert in einem Review zur Kombination von Kognitiver Verhaltenstherapie mit Hypnose auch die Behandlung von Bulimie und stellt ebenfalls fest, dass hierzu nur die oben genannte Studie mit Katamnese vorliegt.

Es existieren eine Reihe von Konzepten für die Hypnotherapeutische Arbeit mit Essstörungen (siehe z.B. Nash und Baker 1993), die allerdings alle davon auszugehen scheinen, dass nicht alleine Hypnose sondern eine Methodenkombination indiziert ist. Ein Hinweis für den spezifischen Nutzen von Hypnose gibt die Studie von Van Demburg und Kurz (1989), in der die Beeinflussung des Körperbildes bei Anorexie ein Element der Therapie war. Die genannten Studien liefern einen ersten Beleg für die Wirksamkeit von Hypnotherapie. Dennoch bedarf es weiterer empirischer Forschung, insbesondere was die Ausschöpfung der spezifischen Möglichkeiten der Hypnose betrifft.

7.4.5.1 Adipositas

Die restlichen drei eingereichten Originalarbeiten sind über die Behandlung von Adipositas, teilweise ebenfalls mit Kombination von Hypnotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie. Sie wurden im Antrag im Anwendungsbereich „Zusätzlich“ bzw. „Anwendungsbereich Adipositas“ angeführt.

Schoenberger (2000) diskutiert in einem Review zur Kombination von Kognitiver Verhaltenstherapie mit Hypnose auch Gewichtsreduktion bei Adipositas. Eine Reihe von Studien zeigt die Verbesserung des Therapieerfolges durch Kombination mit Hypnose gegenüber reiner kognitiver Verhaltenstherapie. Kirsch et al. (1995) rechneten eine Metaanalyse über insgesamt 18 Studien zu verschiedenen Störungen, davon acht Studien zur Behandlung von Adipositas, für die Kombination von Hypnotherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber reiner kognitiver Verhaltenstherapie. Mindestens 70% der Patienten, die Hypnotherapie erhielten, erreichten einen besseren Therapieerfolg als die verhaltenstherapeutisch behandelten. Es zeigte sich, dass diese überlegene Wirksamkeit sich bei Gewichtsreduktion in Katamnesen mit fortschreitender Zeit erhöht. Bei einer Katamnesedauer von bis zu 24 Monaten zeigte sich sogar, dass die rein verhaltenstherapeutisch betreuten Patienten wieder an Gewicht zunahmten, während die Patienten, die zusätzlich Hypnose bekamen, ihr erreichtes Gewicht halten konnten. Dieses Ergebnis ließ sich in einer weiteren Metaanalyse (Kirsch 1996) über

zehn Studien bei strengem methodologischem Vorgehen bestätigen. Als gewichtete Effektstärken-Differenz über alle Messzeitpunkte hinweg wurde $D=.98$ errechnet, für die Zunahme der überlegenen Wirksamkeit der Hypnotherapie im Laufe der Zeit eine Korrelation von $r = .74$. Somit zeigt sich, dass der Einsatz von Hypnose, zusätzlich zur Verhaltenstherapie, zu einer signifikant höheren Gewichtsabnahme führt.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Hypnotherapie eine effektive und ökonomische Methode zur Behandlung der Adipositas darstellt. Erwähnenswert ist hierbei die langfristige Stabilität der Gewichtsreduktion, die gerade bei diesem Störungsbild besonders wichtig und durch andere Therapieansätze entweder überhaupt nicht (z.B. Diäten) oder nicht in diesem Masse erreicht wird. Obwohl Adipositas nicht als Störung bzw. Diagnose im Rahmen des ICD-10 Kapitel F aufgeführt ist, muss der medizinische und psychische Nutzen der Hypnotherapie für die betroffenen Personen, aber auch der Nutzen für die Gesellschaft, als hoch bewertet und deshalb erwähnt werden.

7.4.6 Anwendungsbereich 6: Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5)

Dieser Anwendungsbereich umfasst nicht-organische Schlafstörungen (F 51) und nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F52). Zu diesem Anwendungsbereich wurden mit dem Antrag insgesamt drei Studien eingereicht, eine Studie über Schlafwandeln (Reid et al. 1981) und zwei über Einschlafstörungen.

Grawe et al. (1994) gehen bereits aufgrund von zwei Studien, jeweils einer zu Schlafwandeln und Einschlafstörungen, von einer guten Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Schlafstörungen aus. Hypnose scheint hinsichtlich des langfristigen Therapie-Erfolgs anderen Therapieformen überlegen. Auch die Anzahl der jeweiligen Intervention (maximal sechs Sitzungen) ist als gering einzustufen.

7.4.7 Anwendungsbereich 7: Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54)

Diesem Anwendungsbereich werden alle Studien zur Anwendung von Hypnose im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen und Diagnosen zugeordnet. Zu den Anwendungen zählen: Anästhesie und Entspannung bei chirurgischen Eingriffen und radiologischen Untersuchungen, Verbesserung des Heilungsprozesses und der Befindlichkeit nach chirurgischen Eingriffen, Verlängerung der Überlebenszeit bei Krebs, Reduktion von Übelkeit und Übelkeit bei Chemotherapie, Schmerzen bei Krebserkrankung, Geburtsvorbereitung und Schmerzen vor und bei der Geburt, Beschleunigung des Heilungsprozesses nach Verbrennungen und Knochenbrüchen, Behandlung von Warzen, Tinnitus und anderer spezieller Krankheitsbilder. Mit dem Antrag wurden 18 Originalarbeiten eingereicht.

Bongartz, Flammer und Schwonke (2002) errechneten für 19 Studien, in denen Hypnose zur Unterstützung medizinischer Maßnahmen eingesetzt wurde, eine Effektstärke von $.38$. Grawe et al. (1994) stellten anhand von sechs Studien für diesen Anwendungsbereich bereits eine gute Wirksamkeit fest. Wadden und Anderton (1982) belegen anhand von 17 klinischen Studien eine gute Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Schmerzen, Asthma und Warzen, berechneten jedoch keine Effektstärken.

Erwähnt werden soll auch das Ergebnis der Metaanalyse von Romminger (1995), der für die hypnotherapeutische Behandlung von Schmerzen eine Effektstärke von $d=.54$ errechnete.

Bei der Übersichtsarbeit zur hypnotherapeutischen Behandlung von Schmerzen von Montgomery et al. (2000) handelt es sich um die erste eigenständige Metaanalyse hierzu. Anhand von 18 Studien wurde eine nach Stichprobengröße gewichtete Effektstärke (nach Hunter und Schmidt 1990) von $D=.67$ errechnet. Bei klinischen Schmerzen betrug die gesondert berechnete gewichtete Effektstärke $D=.74$ und bei experimentell erzeugten Schmerzen $D=.64$. Die nicht-gewichteten Effektstärken lagen insgesamt bei $d=.74$ sowie bei $d=.80$ und $d=.70$. Zwei der Studien (ter Kuile et al. 1996; Spinhoven 1992) zur Behandlung von Kopfschmerz zählt nach den Kategorien des WBP genau genommen in Anwendungsbereich „Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen“.

In einer weiteren Metaanalyse haben Montgomery et al. (2002) die Effektivität von Hypnose als Zusatzintervention bei chirurgischen Eingriffen untersucht. Aus 20 kontrollierten Studien mit 1624 Patienten errechneten sie eine insgesamt gewichtete Effektstärke von $D=1.20$.

In einem methodenkritischen Review von Pinnell und Covino (2000) wird die Anwendung der Hypnose in verschiedenen medizinischen Bereichen diskutiert: Angststörungen im Zusammenhang mit medizinischen oder zahnmedizinischen Eingriffen, Asthma, Hauterkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Bluterkrankungen, Übelkeit und Erbrechen im Zusammenhang mit Chemotherapie in der Onkologie sowie Geburtshilfe und Gynäkologie. Es soll noch auf die Überlappungen der hier diskutierten Studien mit den vom WBP definierten Anwendungsbereichen hingewiesen werden: Die Studien zu Angststörungen im Zusammenhang mit medizinischen oder zahnmedizinischen Eingriffen würden nach den Kategorien des WBP genau genommen in Anwendungsbereich „Angststörungen“ fallen, ebenso würden die Studien zu gastrointestinalen Erkrankungen nach den Kategorien des WBP in den Anwendungsbereich „Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen“ fallen.

Insgesamt wurden eine Reihe methodologisch sehr gut angelegter Studien mit positivem Ergebnis bezüglich der Wirksamkeit von Hypnose in allen genannten Bereichen gefunden. Kritikpunkte blieben die häufig zu geringe Stichprobengröße, wobei das Kriterium von mindestens 25-30 Patienten gemäß Chambless und Hollon (1998) angelegt wurde, sowie die - ebenfalls im Sinne von Chambless und Hollon (1998) - teilweise fehlende manualisierte Beschreibung der Behandlung. Es konnte festgestellt werden, dass in fast allen Studien die katamnestiche Stabilität überprüft wurde. Diskutiert wird auch die unklare Rolle der Hypnotisierbarkeit sowohl bezüglich des Erfolges einer Behandlung mit Hypnose als auch in der Ätiologie einiger Erkrankungen.

Aufgrund der vorliegenden empirischen Evidenz muss von einer guten Wirksamkeit der Hypnotherapie innerhalb dieses Anwendungsbereichs ausgegangen werden. Hypnose scheint als supportive Maßnahme zur Behandlung einer breiten Palette von somatischen Störungsbildern indiziert. Hervorzuheben ist die positive Wirkung der Hypnose auf das subjektive Erleben der Patienten. Besonders deren Angst- und Schmerz-Symptomatik können durch diese positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus scheinen aber auch objektiv messbare Therapie-Parameter von ihr

beeinflussbar. So verkürzt sich nachweislich der Heilungsprozess vieler Erkrankungen wie auch die postoperative Rekonvaleszenz und die betroffenen Personen benötigen häufig geringere Mengen von belastenden Medikamenten im Rahmen ihrer Therapie. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die Anwendung der Hypnose Kosten und Aufwand der Behandlung diverser somatischer Erkrankungen senken kann. Hierfür spricht auch deren wirksame Anwendung als rückfallprophylaktische Maßnahme. Hypnotherapie scheint also insgesamt sowohl auf physiologischer als auch auf psychologischer und ökonomischer Ebene effizient für den Patienten und das Gesundheitswesen zu sein. Die Studien, die diesen Schluss belegen sind zahlreich und methodisch von guter Qualität. Sie zeigen auf, dass es sich hier um eine Therapieform mit geringem therapeutischem Aufwand und hohen Nutzen handelt.

7.4.8 Anwendungsbereich 8: Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)

Dieser Anwendungsbereich umfasst Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62) sowie Verhaltensstörungen (F 63 – 69). Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor. Die Situation hier ist identisch mit der im Anwendungsbereich Affektive Störungen und der im noch folgenden Anwendungsbereich Schizophrenie und wahnhaftige Störungen.

Auch für die Therapie von Persönlichkeitsstörungen ist Hypnose in Kombination mit anderen Therapieverfahren gut geeignet (siehe Abschnitt „Kombination mit anderen Verfahren“). Viele Fallbeschreibungen der Hypnoanalyse widmen sich Patienten mit einer entsprechenden Diagnose. Auch die Kombinationen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden (z.B. der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan 1987) oder systemischer Therapie sind sinnvoll.

7.4.9 Anwendungsbereich 9: Abhängigkeiten und Missbrauch (F 1, F 55)

In diesem Anwendungsbereich liegt eine große Anzahl von Studien vor, die meisten zur Raucherentwöhnung. Hiervon ist gut ein Fünftel in expliziter Kombination bzw. im Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie.

Eine Studie mit Methadon-Patienten (Manganiello 1984) belegt die Wirkung von Hypnose in der Rückfall-Prävention. Eine weitere Studie mit eher untypischer Fragestellung, die aber auch bei Grawe et al. (1994) angeführt wird, vergleicht Psychotherapie, psychedelische Therapie (mit LSD) und Hypnose getrennt und in Kombination mit dem Ergebnis, dass hypnodelische Therapie, also die Kombination von psychedelischer Therapie und Hypnotherapie, am wirksamsten sei (Ludwig et al. 1965).

In dem sehr methodenkritischen Review zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung von Green und Lynn (2000) bleiben von ursprünglich 59 recherchierten Studien nur bzw. immerhin drei übrig, die den Kriterien von Chambless und Hollon (1998) standhalten. 13 weitere Studien genügen diesen Kriterien wegen einer zu geringen Stichprobengröße nicht (weniger als mindestens 25-30 Patienten pro Versuchsbedingung). Romminger (1995) errechnete im Rahmen einer Metaanalyse für die

hypnotherapeutische Behandlung von Rauchen eine Effektstärke von .89. Mit dem Antrag schließlich wurden sieben Originalarbeiten eingereicht, davon sechs Studien zur Raucherentwöhnung und die oben genannte Studie mit Methadon-Patienten.

Die Wirksamkeit von Hypnose ist in diesem Anwendungsbereich gut belegt. Die genannten Studien zur Therapie bei Methadon-Entzug und Raucherentwöhnung und die Metaanalyse zur Raucherentwöhnung zeichnen sich durch ein gutes methodisches Niveau aus. Gerade bei Abhängigkeiten wie Rauchen mit hohem Suchtpotential ist eine langfristige Stabilität der Erfolge wichtig. Dies spielt als Präventivmaßnahme für Folgekrankheiten eine nicht zu unterschätzende Rolle als kostensenkender Faktor für das Gesundheitswesen. Hypnose hat ihre Vorteile auch im günstigen Verhältnis von Aufwand und Nutzen. Wünschenswert ist eine weitere Erforschung der Möglichkeiten von Hypnose in der Therapie von Abhängigkeiten von weiteren Substanzen, insbesondere Alkohol sowie nicht-substanzbezogenen Süchten (Sex, Spielen, Internet etc.).

7.4.10 Anwendungsbereich 10: Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2)

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor. Die Situation hier ist, wie bereits erwähnt, identisch mit den Anwendungsbereichen „Affektive Störungen“ und 8 „Persönlichkeitsstörungen“.

Ein elaboriertes hypnotherapeutisches Konzept zur Therapie von Psychosen legte Vas (1993) vor. Alberts (1993) beschreibt hypnotherapeutische Ansätze bei Psychosen und Borderline-Störungen. Walter (2001) gibt einen Überblick zu hypnotherapeutischen Ansätzen bei affektiven, manisch-depressiven sowie bei schizophrenen Psychosen, schizotypen und wahnhaften Störungen. Schmidt (1992) beschreibt hypnosystemische Ansätze für die Therapie mit psychotischen Patienten.

Außerdem kann nur wiederholt auf die bei weitem nicht ausgeloteten Möglichkeiten der Hypnoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Hypnotherapie hingewiesen werden (siehe die Abschnitte „Kombination mit anderen Verfahren“ und „Anwendungsbereich 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)“). Ein großer Teil der in hypnoanalytischer Literatur angeführten Fallbeispiele widmet sich Patienten mit so genannten „frühen Störungen“, zu denen außer Patienten mit Borderline- und anderen Persönlichkeitsstörungen auch Patienten mit Psychosen gezählt werden.

7.4.11 Anwendungsbereich 11: Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7)

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor. Lediglich eine Studie zu Hypnotherapie in Gruppen und Selbsthypnose-Training mit lernbehinderten Kindern könnte angeführt werden (Johnson et al., 1981). Wahrscheinlich können einige der Konzepte aus den unten folgenden Anwendungsbereichen bei Kindern und Jugendlichen auf diesen Bereich modifiziert übertragen werden.

7.4.12 Anwendungsbereich 12: Hirnorganische Störungen

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor. Die Möglichkeiten von Hypnose (und Selbsthypnose) in diesem Anwendungsbereich sind ebenfalls bei weitem nicht ausgelotet. Abgesehen von der hypnotherapeutischen Bearbeitung von chronischen Schmerzen, Phantomschmerzen (Peter 2001) oder Anpassungsstörungen nach Unfällen oder Schlaganfällen dürfte es Möglichkeiten in der Reaktivierung beeinträchtigter Körperteile und paralysierter Muskelpartien geben. Die der Ideomotorik zugrunde liegenden Wirkmechanismen wie der Carpenter-Effekt (siehe den Abschnitt „Ideomotorische Methoden“) können genutzt werden. Einige Ansätze werden von Trenkle (1994) beschrieben, weitere Ansätze und Studien hierzu wurden von Kossak (2004, S. 120) gesammelt. Görtz (2001) beschreibt Ansätze der Hypnotherapie bei stationären ZNS-Patienten mit Hirnorganischem Psychosyndrom (HOPS). Eine Kombination von Hypnose mit Methoden der Neuropsychologie ist nahe liegend.

Möglicherweise könnte die Kombination von Hypnose mit manuellen Techniken wie der Cranio-Sacral-Osteopathie und der Feldenkrais-Methode viel versprechend sein (Duffner 1993, 1998; Busch 1995; Bandler 1996/1997).

Nicht zuletzt ist die Biographie Milton Ericksons ein Beispiel für die Anwendung von Selbsthypnose zur Rehabilitation nach Polio (siehe z.B. Zeig 1985/1995 bzw. 2002, S. 25ff).

7.4.13 Anwendungsbereiche bei Kindern und Jugendlichen

Dem Antrag wurden insgesamt sieben Originalarbeiten beigelegt. Die Wirksamkeit von Hypnotherapie ist damit belegt anhand von zwei Studien bei Enuresis und mit insgesamt fünf Studien zur Krankheitsbewältigung bei Krebs (Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie).

Laut dem Review von Milling und Costantino (2000) ist in der Arbeit mit Kindern die Wirksamkeit von Hypnose bei akutem Schmerz, Nebenwirkungen von Chemo-Therapie und Enuresis gut belegt. Weiterhin werden erste Ergebnisse aus Studien zur Behandlung von Lern-Störungen (Prüfungsangst; Selbstvertrauen bei Lernbehinderung), Zystischer Fibrose sowie zur Beeinflussung physiologischer Prozesse wie peripherer Temperatur und Immunfunktionen (Immunoglobulin, im Speichel gemessen) diskutiert.

Im Review von Pinnell und Covino (2000) sind einige Studien z.B. zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen im Zusammenhang mit Chemotherapie in der Onkologie mit Kindern und Jugendlichen angeführt.

Zu den typischen Störungen wie Tics, Tourette-Syndrom oder Aufmerksamkeitsstörungen liegen leider noch keine empirischen Belege in Form von kontrollierten Studien vor, doch existieren hier durchaus elaborierte Therapiekonzepte. Gerade die Vermittlung von Selbsthypnose-Strategien bietet sich hier häufig an.

Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen lässt sich sicherlich weiter ausbauen, der spielerische Umgang mit Trance bietet hierfür gute Möglichkeiten. An Grundlagenliteratur sind z.B. zu nennen

Mills, Crowley und Ryan (1986/1996), Olness und Kohen (1996/2001), Holz, Mrochen, Nemetschek und Trenkle (2000) sowie Mrochen, Holz und Trenkle (1993).

Erwähnt werden soll schließlich, dass der Einsatz hypnotherapeutischer Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gerade im deutschsprachigen bereits sehr verbreitet ist, was sich z.B. an den Ausbildungsgängen hierzu von der MEG und der DGZH sowie an der regelmäßig ausgerichteten Tagung „Hypnosystemische Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ dokumentiert.

7.5 Ergebnis des Antrags beim WBP

Der WBP unterscheidet zwei Möglichkeiten der Anerkennung einer Therapieform: entweder diagnoseübergreifend als *Verfahren* oder indikationsspezifisch als *Methode* bzw. *Zusatzverfahren* (siehe den Abschnitt „Die Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“).

In seinem Gutachten vom 27. März 2006 akzeptiert der WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2006) insgesamt 26 der 60 mit dem Antrag eingereichten Studien als Wirksamkeitsnachweise. Metaanalysen und Reviews wurden in die Bewertung nicht miteinbezogen. Die Einzelfallstudien bei PTBS wurden in die Bewertung ebenfalls nicht miteinbezogen. Die restlichen Studien und die Analogstudien bei Angststörungen wurden aus methodischen Gründen verworfen. Einige Studien wurden vom WBP anderen Anwendungsbereichen zugeordnet (die meisten Studien zu „somatoforme Störungen“ und die Studien zu Adipositas wurden bei „psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)“ zugeordnet).

Die wissenschaftliche Anerkennung wird für zwei Anwendungsbereiche ausgesprochen: „psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)“ sowie „Substanzmissbrauch (F 1, F 55)“. Es wird darauf hingewiesen, dass lediglich für Raucherentwöhnung und Methadonentzug Belege vorliegen und damit nicht auf die Behandlung bei Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol oder von illegalen Drogen generalisiert werden kann. Für die Anwendung von Hypnotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde die wissenschaftliche Anerkennung zwar für keinen der Anwendungsbereiche ausgesprochen, doch wurde die Wirksamkeit von Hypnotherapie zur Bewältigung der Nebenwirkungen von Chemotherapien bei Krebserkrankungen als belegt festgestellt.

Damit wird Hypnotherapie vom WBP weder für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten noch für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen. Für die genannten Indikationen bzw. Anwendungsbereiche gilt Hypnotherapie als wissenschaftlich anerkannte Methode bzw. als Zusatzverfahren. Eine Zusammenfassung des Gutachtens sowie einen Kommentar liefert Revenstorf (2006). Die Auswirkung dieser wissenschaftlichen Anerkennung für zwei Anwendungsbereiche auf die Abrechenbarkeit von Hypnotherapie als Zusatzverfahren und auf die Struktur der psychotherapeutischen Ausbildungsgänge bleibt abzuwarten.

Nachwort

Während ich die Endfassung dieser Arbeit zum letzten Mal komplett zur Korrektur gelesen habe, habe ich mich immer wieder gefragt, ob jemand, der mir bei meiner praktischen therapeutischen Arbeit zuschauen würde, überhaupt merken würde, dass die hier beschriebenen Theorien und Modelle irgendetwas mit mir als Therapeut und meiner Art mit Patienten zu arbeiten zu tun haben.

Ein Außenstehender würde natürlich bemerken, wenn ich mit expliziter Hypnose arbeite, den Patienten nach Zielen frage, nach der Ausnahme vom Problem frage oder eine ähnlich offensichtliche Technik anwende. Aber meistens tue ich das gar nicht, das heißt ein Außenstehender könnte oft keine explizite Technik erkennen, glaube ich. Ein Außenstehender wäre vielleicht sogar der Meinung, dass ich mich mit meinen Patienten einfach nur nett unterhalte, vielleicht wäre er auch darüber irritiert, dass Witze gemacht werden. Höchstwahrscheinlich wäre ein Außenstehender der Meinung, dass ich für einen Hypnotherapeuten, der ja lösungs- und ressourcenorientiert arbeiten soll, auffällig viel mit den Patienten über ihre Vergangenheit, ihre Kindheit und ihre Herkunftsfamilie rede und außerdem mit den Patienten auch noch ziemlich viel über ihre Diagnosen spreche, einschließlich ihres Strukturniveaus oder gegebenenfalls einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose. Wenn er genau hinhört, würde er vielleicht bemerken, dass ich dabei permanent versuche - und nicht nur gelegentlich, als gewissermaßen isolierte Technik - beiläufige Reframings einfließen zu lassen, gerade dann, wenn mein Tonfall ganz harmlos, natürlich, umgänglich oder kumpelhaft und ironisch ist, oder wenn ich den Patienten an der Tür verabschiede.

Insgesamt drei Jahre habe ich in einer Privatklinik gearbeitet mit einer ungewöhnlich hohen Therapiedichte, ich habe meine Einzelpatienten vier bis fünf Einheiten in der Woche (zu jeweils 50 Minuten) gesehen, also fast täglich. Außerdem ist das Konzept der Klinik integrativ, es wird sowohl tiefenpsychologisch fundiert als auch verhaltenstherapeutisch gearbeitet. Damit, dass ich hypnotherapeutisch arbeite, war mein Chef einverstanden und es hat - überraschenderweise - fast nie Probleme mit Kollegen im Team gegeben, sondern interessierte Nachfragen. Ich hatte in den Therapien also viel Zeit und konnte innerhalb eines gewissen Rahmens alles tun, was ich für richtig gehalten habe. Sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapeut habe ich sehr oft Selbsthypnose-Training durchgeführt.

Bereits seit einiger Zeit bevor ich in dieser Klinik anfing, arbeite ich privat mit ambulanten Patienten, die ich in unterschiedlichen Frequenzen sehe. Für eine Sitzung nehme ich mir 80-90 Minuten Zeit, weil ich im ambulanten Setting keine Lust auf Zeitdruck habe. Dort arbeite ich fast jede Sitzung mit Hypnose und Selbsthypnose-Training, weil die Aufträge dies in der Regel beinhalten. Im stationären Setting habe ich das den Patienten zu einem geeigneten Zeitpunkt angeboten, wenn es zu deren Auftrag gepasst hat - was aber fast immer der Fall war.

Abgesehen von meinen Hypnose-Ausbildungen (bei der MEG als Praktikant, bei der DGZH als Assistent) und meiner NLP-Practitioner-Ausbildung habe ich eine neo-reichianische Körpertherapie-

Ausbildung gemacht, die viel zu meiner Einstellung und meinem Verständnis von Menschen, Problemen und Gesundheit beigetragen hat. Körpertherapie ist etwas, was ich in der stationären psychotherapeutischen Arbeit in der Privatklinik leider nicht praktizieren konnte, aber hoffentlich zu gegebener Zeit wieder aufnehmen werde.

Ansonsten habe ich mich inzwischen dazu entschieden, eine Ausbildung in einem Institut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse zu absolvieren, und zwar aus Überzeugung, nicht nur für die Approbation. Trotz aller - nicht grade wenigen - mir bekannten Möglichkeiten schnell, lösungsorientiert, kurzzeittherapeutisch zu arbeiten denke ich, dass persönliche Entwicklung einfach Zeit braucht und dass es sich lohnt, sich manche Dinge genauer anzusehen.

Sehr fasziniert bin ich von den Möglichkeiten, die sich noch mit den Kombinationen von Hypnose und psychodynamischen Therapien auf tun könnten, und von allem, was mit dem Unbewussten, Intuition und veränderten Bewusstseinszuständen zu tun hat. Diese Möglichkeiten ließen sich im Rahmen dieser Arbeit nur andeuten.

Doch zurück zu der Frage, was die Inhalte dieser theoretischen Arbeit mit meiner therapeutischen Praxis zu tun haben. Es ist tatsächlich so, dass ich alles, was in dieser Arbeit beschrieben ist, auch anwende. Natürlich nicht alles gleichzeitig und nicht jede Technik regelmäßig, aber ich denke, dass ich so gut wie jede der hier beschriebenen Techniken irgendwann angewendet habe. Ich schreibe also aus klinischer Erfahrung heraus. Vor allem aber treffe ich alle grundsätzlichen therapeutischen Entscheidungen, insbesondere zu zeitlicher Orientierung sowie zu symptom- vs. konflikt- und problemorientiertem Vorgehen, genau so, wie sie in dieser Arbeit beschrieben sind. Diese Modelle habe ich wirklich immer präsent und ich empfinde die Arbeit damit als sehr einfach. Das handlungstheoretische Modell, bzw. seine erste Version, ist im Übrigen in einer Zeit entstanden kurz bevor ich angefangen habe, praktisch zu arbeiten. In gewissem Sinn habe ich es zunächst ausschließlich für mich selbst entwickelt, damit ich die Inhalte meiner Ausbildungen, die ich damals als viel und verwirrend empfunden habe, irgendwie ordnen und umsetzen konnte.

Es wird einem Außenstehenden oft nicht auffallen, wenn die Analyse eines selbsthypnotischen Prozesses stattfindet, weil ich mich viel auf die Beobachtung nonverbaler und verbaler Zugangshinweise verlasse. Sehr wohl wird auffallen, dass ich meinen Patienten dann ausführlich erkläre, was ein selbsthypnotischer Prozess ist. Erstaunt wird ein Außenstehender vielleicht sein, dass ich meinen Patienten dann oft auch dazu erkläre, dass ich auf ihre nonverbalen Signale achte und sie auf Veränderungen in Tonfall, Sprechgeschwindigkeit, Atemmuster, Körperhaltung usw. aufmerksam mache, weil er vielleicht noch annimmt, Hypnotherapeuten dürften ihre Tricks nicht verraten, da die Therapie dann nicht mehr funktioniert. Grundsätzlich wird einem Außenstehenden daran hoffentlich auffallen, dass ich mich sehr konsequent um Transparenz, eine gründliche Auftragsklärung und den Aufbau einer stabilen Kooperationsbasis bemühe. Gerade das ist es auch, was mir in der Arbeit mit so genannten schwierigen Patienten sehr viel Spaß macht. Es ist sehr befriedigend, wenn man mit jemanden, der vielleicht schon viele Misserfolge und schlechte Erfahrungen gemacht hat, sehr

misstrauisch und widerständig auftritt und sich zunächst so verhält, als wolle er jegliche Therapie unterminieren, eine tragfähige Beziehung aufbauen kann. Wenn dem Außenstehenden die Konzepte Utilisation, Individualisierung, Wertschätzung, Transparenz und Kooperation bekannt sind, würde er hoffentlich - feststellen, dass diese Begriffe für mich eine Grundhaltung umschreiben, und dass ich mich bemühe, diese so gut es geht mit jedem individuellen Patienten praktisch umzusetzen.

Literaturverzeichnis

Anmerkungen zu Zitaten und zum Literaturverzeichnis

- Um die historische Entwicklung und die ursprüngliche Herkunft einzelner hypnotherapeutischer Konzepte deutlich werden zu lassen, wurde soweit möglich die erste Veröffentlichung recherchiert.
- Wenn die Quelle nicht in deutscher Sprache - sondern meistens in englischer - erstveröffentlicht und später übersetzt wurde, entspricht die erste Jahreszahl beim Zitieren der englischen, die zweite der deutschen Veröffentlichung. Beide Ausgaben werden im Literaturverzeichnis getrennt aufgeführt. Seitenzahlen beziehen sich auf die deutsche Ausgabe.
- Bei Standardwerken, deren historischer Entstehungskontext weniger wichtig erschien, da es sich um reine Nachschlagwerke handelt, wird hingegen bewusst die neueste Ausgabe verwendet und zitiert, wenn die neueren Ausgaben überarbeitet sind (z. B. Simon, Clement und Stierlin 2004 ist die 6. Auflage, die 1. Auflage war 1984).
- Bei einzelnen Standardwerken, die überarbeitet neu aufgelegt wurden, kommt es vor, dass Inhalte aus älteren Ausgaben zitiert werden, da diese in den neuen Ausgaben nicht mehr enthalten sind (Kossak 1997 und 2004; Weitzenhoffer 1989 und 2000). Daher werden beide verwendete Ausgaben im Literaturverzeichnis getrennt aufgeführt.
- Bei dem Standardwerk von Schmidt (2004) handelt es sich um eine Sammelausgabe von zuvor veröffentlichten Artikeln, lediglich die ausführliche Einleitung wurde hierfür neu verfasst. Beim Zitieren handelt es sich bei der ersten Jahreszahl um die Erstveröffentlichung des Artikels. Die Seitenzahlen beziehen sich auf die Buchausgabe von 2004.
- Für die Literaturverweise einschließlich der Seitenzahlen auf Artikel von Erickson wurde nicht die Buchausgabe die gesammelten Schriften (Rossi 1980) oder deren deutsche Übersetzung (Rossi 1995) verwendet, sondern die CD-ROM „Complete Works“ (Short und Zeig 2001). Übersetzungen von Zitaten ins Deutsche wurden selbst vorgenommen.
- Bei einem verhältnismäßig großen Anteil der Zitate werden Seitenzahlen angegeben, um Auffinden der Belege, insbesondere in den umfangreichen Standardwerken, zu erleichtern.
- Für den Abschnitt „7 Wirksamkeit moderner Hypnotherapie“ wird ein gesondertes Literaturverzeichnis angeführt, so dass die Literaturangaben übersichtlicher sind. Dieser Abschnitt unterscheidet sich inhaltlich vom Rest der Arbeit. Einige Angaben sind damit doppelt.
- Schließlich werden in die Literaturangaben der mit dem Antrag beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) eingereichten Originalstudien aufgeführt, geordnet nach den vom WBP definierten Anwendungsbereichen.

Literatur Kapitel 1-6

- Alberts, H. (1993). Psychosen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korr u ueberarb Aufl., S. 225-243). Berlin: Springer.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: principles and application*. New York: Ronald Press.
- Alman, B. (2001). Selbsthypnose. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 312-324). Berlin: Springer.
- Alman, B.-M., & Lambrou, P.-T. (1992). *Selfhypnosis. The complete manual for health and self-change*. New York: Brunner/Mazel.
- Alman, B.-M., & Lambrou, P.-T. (1995). *Selbsthypnose Das Handbuch zur Selbstbehandlung*. Heidelberg: Auer.
- American-Psychiatric-Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- American-Psychiatric-Association. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. (2., verbesserte Auflage 1998). Göttingen: Hogrefe.
- Andreas, C., & Andreas, T. (1994). *Core transformation - reaching the wellspring within*. Moab: Real People Press.
- Andreas, C., & Andreas, T. (1995). *Der Weg zur inneren Quelle. Core-Transformation in der Praxis. Neue Dimensionen des NLP*. Paderborn: Junfermann.
- Andreas, C., & Andreas, T. (1996). Core Transformation: A brief therapy approach to emotional and spiritual healing. In M. F. Hoyt (Hrsg.), *Constructive therapies, Vol 2* (S. 275-305). New York, NY: Guilford Press.
- Andreas, S., & Andreas, C. (1982). Introduction. In R. Bandler & J. Grinder (Hrsg.), *Reframing: neuro-linguistic programming and the transformation of meaning*. Moab, Utah: Real People Press.
- Andreas, S., & Andreas, C. (1985). Einführung. In R. Bandler & J. Grinder (Hrsg.), *Reframing - Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie (NLP)*. Paderborn: Junfermann.
- Andreas, S., & Andreas, C. (1987). *Change your mind - and keep the change*. Moab: Real People Press.
- Andreas, S., & Andreas, C. (1988). *Gewusst wie. Arbeit mit Submodalitaeten und weitere NLP-Interventionen nach Mass*. Paderborn: Junfermann.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. In H. Guetzkow (Hrsg.), *Groups, leadership and men; research in human relations* (S. 177-190). Oxford, England: Carnegie Press.
- Ashby, W. R. (1954). *Design for a Brain*. New York: John Wiley & Sons.
- Ashby, W. R. (1956). *An Introduction to Cybernetics*. London: Chapman & Hall, Ltd.
- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21 Jahrhunderts* (S. 213-223). Tuebingen: DGVT Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie.
- Axelrod, R. (1984). *The evolution of cooperation*. New York: Basic Books.
- Axelrod, R. (1987). *Die Evolution der Kooperation*. München: Oldenbourg.
- Baker, E. F. (1967). *Man in the Trap*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Bandler, R. (1985). *Using your brain - for a change*. Moab: Real People Press.
- Bandler, R. (1987). *Veraenderung des subjektiven Erlebens. Fortgeschrittene Methoden des NLP*. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R. (1993). *Time for a change*. Cupertino: Meta Publications.
- Bandler, R. (1995). *Time for a Change. Lernen, bessere Entscheidungen zu treffen. Neue NLP-Techniken*. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R. (1996). *Applied Neuro Dynamics*.
- Bandler, R. (1997). *Unbaendige Motivation. Angewandte Neurodynamik. Ueber NLP, schnelle Veraenderungen und vieles mehr*. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *The structure of magic. Volume I*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

- Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M. D. Vol 1*. Cupertino: Meta Publications.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Frogs into princes. Neurolinguistic programming*. Moab: Real People Press.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1980). *Metasprache und Psychotherapie. Struktur der Magie I*. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1981). *Neue Wege der Kurzzeit-Therapie. Neurolinguistische Programme*. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1982). *Reframing: neuro-linguistic programming and the transformation of meaning*. Moab, Utah: Real People Press.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1985). *Reframing - Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie (NLP)*. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1996). *Patterns. Muster der hypnotischen Techniken Milton H. Ericksons*. Paderborn: Junfermann.
- Bandler, R., Grinder, J., & Satir, V. (1976). *Changing with families. A book about further education for being human*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Bandler, R., Grinder, J., & Satir, V. (1978). *Mit Familien reden. Gesprächsmuster und therapeutische Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Bandler, R., & MacDonald, W. (1988). *An insider's guide to sub-modalities*. Cupertino: Meta Publications.
- Bandler, R., & MacDonald, W. (1990). *Der feine Unterschied. NLP - Übungsbuch zu den Submodalitäten*. Paderborn: Junfermann.
- Banyai, E.-I., & Hilgard, E.-R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal-of-Abnormal-Psychology*, 85(2), 218-224.
- Barber, J. (1977). Rapid induction analgesia: A clinical report. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 19(3), 138-147.
- Barber, T.-X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Oxford, England: Van Nostrand Reinhold.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature*. New York: E. P. Dutton.
- Bateson, G. (1981). *Ökologie des Geistes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bateson, G. (1982). *Geist und Natur. Eine notwendige Einheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. A. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beahrs, J.-O. (1971). The hypnotic psychotherapy of Milton H. Erickson. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 14(2), 73-90.
- Beahrs, J. O. (1982). *Unity and Multiplicity: Multilevel Consciousness of Self in Hypnosis, Psychiatric Disorder and Mental Health*. New York: Brunner / Mazel.
- Bernheim, H. (1884). *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris: Octave Doin.
- Bernheim, H. (1888). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*. (Übers. von Sigmund Freud). Tübingen: Edition Diskord. (Fotomechanischer Nachdruck der Ausgabe Leipzig und Wien, 1985).
- Bertalanffy, L. v. (1950). An Outline of General System Theory. *British Journal of the Philosophy of Science*, 1, 134.
- Bertalanffy, L. v. (1956). General System Theory. *General Systems Yearbook*, 1, 1.
- Bertolino, B., & O'Hanlon, W. H. (2002). *Collaborative, competency-based counseling and therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bongartz, B., & Bongartz, W. (2001). Die Stellvertretertechnik. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 184-194). Berlin: Springer.
- Bongartz, W., & Bongartz, B. (1998). *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bongartz, W., Flammer, E., & Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47(2), 67-76.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: Hogart Press.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.
- Braid, J. (1843). *Neurypnology, or, The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism: illustrated by numerous cases of its successful application in the relief and cure of disease*. London, Edinburgh: John Churchill; Adam & Charles Black.

- Braid, J. (1855). *The physiology of fascination, and the critics criticised*. Manchester: Grant & co.
- Brehm, J.-W. (1966). *A Theory of Psychological Reactance*. Oxford, England: Academic Press.
- Brenman, M., & Gill, M.-M. (1947). *Hypnotherapy; a survey of the literature*. Oxford, England: International Universities Press.
- Brown, D.-P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and Hypnoanalysis*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Brown, D.-P., & Fromm, E. (1987). *Hypnosis and Behavioural Medicine*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Busch, M. (1995). *Ericksons Hypnotherapie und Feldenkrais' Bewegungslernen als Wege zur Rekonstruktion individueller Entwicklungschancen* [Toncassette]. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Cameron-Bandler, L. (1978). *They lived happily ever after. Neurolinguistic programing in couple therapy*. Cupertino: Meta Publications.
- Cameron-Bandler, L. (1983). *Wieder zusammenfinden NLP - Neue Wege der Paartherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Cardena, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International-Journal-of-Clinical-and-Experimental-Hypnosis*, 48(2), 225-238.
- Carnap, R. (1942). *Introduction to Semantics*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carpenter, W. B. (1852). On the influence of Suggestion in Modifying and directing Muscular Movement, independently of Volition. *Proceedings of the Royal Institution of Great Britain, Weekly Evening Meeting* (Friday March 12.), 147-153.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A control theory approach to human behaviour*. New York: Springer.
- Cautela, J.-R. (1967). Covert Sensitization. *Psychological-Reports*, 20(2), 459-468.
- Cautela, J.-R. (1975). The use of covert conditioning in hypnotherapy. *International-Journal-of-Clinical-and-Experimental-Hypnosis*, 23(1), 15-27.
- Chambless, D.-L., & Hollon, S.-D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*, 66(1), 7-18.
- Charcot, J. M. (1888). *Oeuvres complètes de J. M. Charcot*. Paris: Bureaux du Progrès médical.
- Cheek, D. B., & LeCron, L. (1968). *Clinical hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Chevreur, M. E. (1833). Lettre à M. Ampère sur une classe particulière de mouvements musculaires. *Revue des Deux Mondes*, II, 258-266.
- Chomsky, N. (1957). *Syntactic Structures*. Den Haag: Mouton.
- Ciampi, L. (1982). *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clancy, F., & Yorkshire, H. (1989). The Bandler Method. *Mother Jones Magazine*, Feb/Mar.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cohn, R. C. (1975). *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion: von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cooper, L.-F., & Erickson, M.-H. (1950). Time distortion in hypnosis II. *Bulletin -Georgetown-University-Medical-Center*, 4(3), 50-68.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Coué, E. (1922). *Die Selbstbemeisterung durch bewusste Autosuggestion*. Basel: B. Schwabe & Co.
- Crawford, H. J. (1989). Cognitive and physiological flexibility: Multiple pathways to hypnotic responsiveness. In V.-A. Gheorghiu, P. Netter, H.-J. Eysenck & R. Rosenthal (Hrsg.), *Suggestion and suggestibility: Theory and research* (S. 155-168). New York, NY: Springer-Verlag Publishing.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Danzer-Kahan, U. (1985). Psycholinguistik oder Pseudolinguistik als theoretische Grundlage des Neuro-Linguistic Programming. *Hypnose-und-Kognition*, 2(2), 36-43.
- Davis, L. W., & Husband, R. W. (1931). A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits. *The-Journal-of-Abnormal-and-Social-Psychology*, 26(2), 175-182.
- Davison, G.-C., & Neale, J.-M. (1996). *Abnormal psychology* (überarb. 6. Aufl.). Oxford, England: John Wiley and Sons.

- Davison, G.-C., & Neale, J.-M. (1996). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch* (4. Aufl.). Muenchen: Urban & Schwarzenberg.
- De Shazer, S. (1977). The optimist-pessimist technique. *Family-Therapy*, 4(2), 93-100.
- De Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy*. New York: Guilford.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family-Process*, 23(1), 11-17.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: W W Norton.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- De Shazer, S. (1989). *Der Dreh - Ueberraschende Wendungen und Loesungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Auer.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W W Norton.
- De Shazer, S. (1992). *Das Spiel mit Unterschieden - Wie therapeutische Loesungen loesen*. Heidelberg: Auer.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York, NY: W W Norton and Co.
- De Shazer, S. (1996). „...Worte waren urspruenglich Zauber“. Dortmund: verlag modernes lernen.
- De Shazer, S. (1998). Mündliche Mitteilung während des Kongress-Workshops "Die Wunderfrage". Heidelberg: Kongress Weisen der Welterzeugung - Die Wirklichkeit des Konstruktivismus II.
- De Shazer, S. (1999). *Die Wunderfrage: Workshop* [Videofilm produziert anlaesslich des Symposions "Ambulante und stationaere Loesungsmodelle fuer die effektive Kurzzeittherapie von Suchtproblemen" in Heidelberg]. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Derrida, J. (1972). *Die Schrift und die Differenz*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (franz. Orig.: L'écriture et la différence. Paris: Seuil 1967).
- Dilts, R., Grinder, J., Bandler, R., Cameron-Bandler, L., & DeLozier, J. (1980). *Neuro-linguistic programming: Volume I*. Cupertino: Meta Publications.
- Dilts, R., Grinder, J., Bandler, R., Cameron-Bandler, L., & DeLozier, J. (1985). *Strukturen subjektiver Erfahrung. Ihre Erforschung und Veraenderung durch NLP*. Paderborn: Junfermann.
- Dilts, R.-B. (1990). *Changing belief systems with NLP*. Cupertino: Meta Publications.
- Dilts, R.-B. (1993). *Die Veraenderung von Glaubenssystemen. NLP-Glaubensarbeit*. Paderborn: Junfermann.
- Dilts, R.-B. (1999). *Slight of mouth. The magic of conversational belief change*. Cupertino: Meta Publications.
- Dilts, R.-B. (2001). *Die Magie der Sprache - Sleight of Mouth. Angewandtes NLP*. Paderborn: Junfermann.
- Dilts, R.-B., Hallbom, T., & Smith, S. (1989). *Beliefs: Pathways to health and well-being*. Lake Oswego: Metamorphous Press.
- Dilts, R.-B., Hallbom, T., & Smith, S. (1991). *Identitaet, Glaubenssysteme und Gesundheit Hoehere Ebenen der NLP-Veraenderungsarbeit*. Paderborn: Junfermann.
- Dudai, Y. (1989). *The Neurobiology of Memory* (1st Aufl.): Oxford University Press.
- Duffner, T. (1993). Die Feldenkraismethode in der Psychotherapie. In F. Christmann, M. Dietrich & W. Larbig (Hrsg.), *Ambulante Verhaltensmedizin und Psychotherapie. Der Blick ueber den Zaun* (S. 94-99). Muenchen: Quintessenz.
- Duffner, T. (1998). *Bewegung und Wahrnehmung oder warum Schroedingers Katze ueberlebt* [Videofilm produziert anlaesslich der Hypnotherapie-Tage 1998 in Bad Orb. Workshop mit einer Demonstration]. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Eberwein, W., & Schuetz, G. (1996). *Die Kunst der Hypnose. Dialoge mit dem Unbewussten. Mit Anleitungen zur Selbsthypnose*. Paderborn: Junfermann.
- Edmonston, W.-E. (1977). Body Morphology and the capacity for hypnosis. In *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena - Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 296, S. 105-118).
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discover of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Ellenberger, H. F. (1973). *Die Entdeckung des Unbewussten*. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 165-192). New York, NY: Guilford Press.
- Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. In R. C. Curtis (Hrsg.), *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (S. 111-137). New York, NY: Guilford Press.

- Erickson, E.-M. (1941). Critical comments on Hibler's presentation of his work on negative after-images of hypnotically induced hallucinated colors. *Journal-of-Experimental-Psychology*, 29(2), 164-170.
- Erickson, M.-H. (1937). The experimental demonstration of unconscious mentation by automatic writing. *Psychoanalytic-Quarterly*, 6, 513-529.
- Erickson, M.-H. (1939). The applications of hypnosis to psychiatry. *Medical-Record -New-York*, 150, 60-65.
- Erickson, M.-H. (1948). Hypnotic psychotherapy. *Medical-Clinics-of-North-America*, 32, 571-583.
- Erickson, M.-H. (1952). A Therapeutic Double Bind Utilizing Resistance (Unveröffentlichtes Manuskript). In J. K. Zeig & D. Short (Hrsg.), *Milton H. Erickson, M.D.: Complete Works*. (CD-ROM, Version 1.0). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Erickson, M.-H. (1952). Deep Hypnosis and Its Induction. In L.-M. Lecron (Hrsg.), *Experimental hypnosis: a symposium of research* (S. 70-114). Oxford, England: Macmillan.
- Erickson, M.-H. (1954). Utilizing the Patient's Own Personality and Ideas: "Doing It His Own Way" (Unveröffentlichtes Manuskript). In J. K. Zeig & D. Short (Hrsg.), *Milton H. Erickson, M.D.: Complete Works*. (CD-ROM, Version 1.0). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Erickson, M.-H. (1954). Pseudo-orientation in time as an hypnotherapeutic procedure. *Journal-of-Clinical-and-Experimental-Hypnosis*, 2, 261-283.
- Erickson, M.-H. (1955/1940er). Literalness: An Experimental Study (Unveröffentlichtes Manuskript). In J. K. Zeig & D. Short (Hrsg.), *Milton H. Erickson, M.D.: Complete Works*. (CD-ROM, Version 1.0). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Erickson, M.-H. (1958). Naturalistic techniques of hypnosis. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 1, 3-8.
- Erickson, M.-H. (1959). Further clinical techniques of hypnosis: Utilization techniques. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 2, 3-21.
- Erickson, M.-H. (1961). Historical Note on the Hand Levitation and Other Ideomotor Techniques. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, January (3), 196-199.
- Erickson, M.-H. (1964). Pantomime techniques in hypnosis and the implications. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 7(1), 64-70.
- Erickson, M.-H. (1965). The Hypnotic Corrective Emotional Experience *The American Journal of Clinical Hypnosis*, January, 7, 242-248.
- Erickson, M.-H. (1966). Interspersal Hypnotic Technique for Symptom Correction and Pain Control. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, January, 8, 198-209.
- Erickson, M.-H. (1976). Gespräch auf dem 7. Internationalen Kongress für Hypnose anlässlich der Verleihung der Benjamin Franklin Goldmedallie an Erickson für seine inovativen Beiträge zur Hypnose.
- Erickson, M.-H., & Erickson, E.-M. (1938). The hypnotic induction of hallucinatory color vision followed by pseudo-negative after-images. *Journal-of-Experimental-Psychology*, 22(6), 581-588.
- Erickson, M.-H., Haley, J., & Weakland, J. H. (1959). A transcript of a trance induction with commentary. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 2, 49-84.
- Erickson, M.-H., & Kubie, L. S. (1938). The use of automatic drawing in the interpretation and relief of a state of acute obsessional depression. *Psychoanalytic-Quarterly*, 7, 443-466.
- Erickson, M.-H., & Kubie, L. S. (1940). Translation of the cryptic automatic writing of one hypnotic subject by another in a trance-like dissociated state. *Psychoanalytic-Quarterly*, 9, 51-63.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1975). Varieties of double bind. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 17(3), 143-157.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1976). Two level communication and the microdynamics of trance and suggestion. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 18(3), 153-171.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1976). Indirect Forms of Suggestion (Vortrag gehalten auf der Konferenz 28th Annual Meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis). In J. K. Zeig & D. Short (Hrsg.), *Milton H. Erickson, M.D.: Complete Works*. (CD-ROM, Version 1.0). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1977). Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 20(1), 36-54.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1979). *Hypnotherapy. An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1981). *Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele, Forschungen*. Muenchen: Pfeiffer.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1981). *Experiencing hypnosis: therapeutic approaches to altered states*. New York: Irvington Publishers.

- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1989). *The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy*. Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (1991). *Der Februarermann Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung in Hypnose*. Paderborn: Junfermann.
- Erickson, M.-H., & Rossi, E.-L. (2004). *Hypnose erleben: veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Erickson, M.-H., Rossi, E.-L., & Rossi, S.-L. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. Oxford, England: Irvington.
- Erickson, M.-H., Rossi, E.-L., & Rossi, S.-L. (1978). *Hypnose. Induktion, psychotherapeutische Anwendung, Beispiele*. München: Pfeiffer.
- Erickson, M.-H., & Zeig, J.-K. (1980). *A teaching seminar with Milton H Erickson*. New York: Brunner/Mazel.
- Erickson, M.-H., & Zeig, J.-K. (1985). *Meine Stimme begleitet Sie überallhin. Ein Lehrseminar mit Milton H. Erickson*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Esdaile, J. (1846). *Mesmerism in India and its practical application in surgery and medicine*. London: Longman, Brown, Green & Longmans. (Aktuelle Ausgabe: Whitefish: Kessinger Publishing).
- Faria, J. C. (1819). *De la cause du sommeil lucide: ou Etude sur la nature de l'homme*. Paris: Horiac. (2. Aufl.: Dalgado, D.G. (Hrsg.). (1906). Paris: Henri Jouve).
- Farrelly, F. (1999). *Intensivworkshop in Provokativer Therapie* [Videoaufzeichnung]. München / Schwabmühlhausen: Deutsches Institut für Provokative Therapie.
- Farrelly, F., & Brandsma, J. M. (1974). *Provocative Therapy*. Cupertino: Meta Publications.
- Farrelly, F., & Brandsma, J. M. (1986). *Provokative Therapie*. Berlin: Springer.
- Ferenczi, S. (1929). Relaxationsprinzip und Neokatharsis. In S. Ferenczi (Hrsg.), *Bausteine zur Psychoanalyse, Band 3 (von 4)*. Leipzig - Wien - Zürich und Bern: Internationaler Psychoanalytischer Verlag und Huber Verlag.
- Festinger, L., Riecken, H. W., & Schachter, S. (1956). *When Prophecy Fails: A Social and Psychological Study of a Modern Group that Predicted the Destruction of the World*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fourie, D.-P. (1991). The ecosystemic approach to hypnosis. In J. W. Rhue & S. J. Lynn (Hrsg.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (S. 466-481). New York, NY: Guilford Press.
- Fourie, D.-P. (1994). *Hypnose. Ein ökosystemischer Ansatz*. München: Quintessenz.
- Frankl, V. E. (1960). Paradoxical Intention: A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Internat. Psychoanalyt. Verl.
- Freud, S. (1900; ausgeliefert 1899). *Die Traumdeutung*. Leipzig und Wien: Verlag Franz Deuticke. (Aktuelle Ausgabe: Frankfurt am Main: Fischer).
- Freud, S. (1933). *Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit (XXXI. Vorlesung)*. In: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. (Aktuelle Ausgabe: Frankfurt am Main: Fischer).
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig und Wien: Verlag Franz Deuticke. (Aktuelle Ausgabe: Frankfurt am Main: Fischer).
- Fromm, E., & Nash, M.-R. (1997). *Psychoanalysis and hypnosis*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Geary, B.-B. (2001). Assessment in Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy. In J. K. Zeig & B.-B. Geary (Hrsg.), *The Handbook of Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy* (S. 1-17). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing: Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Müller.
- Gerl, W. (2001). Reframing. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 269-285). Berlin: Springer.
- Gerl, W. (2001). Ressourcen- und Zielorientierung. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 75-82). Berlin: Springer.
- Gerl, W., & Peter, B. (1982). Gesprächspsychotherapie und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson - Formen indirekter Suggestion in der Gesprächspsychotherapie. In J. Howe (Hrsg.), *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie. Ein Kompendium zur Kombination therapeutischer Verfahren*. Weinheim: Beltz.

- Gheorghiu, V.-A. (2001). Vorbereitung und Aufhebung hypnotischer Vorgaenge. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 194-204). Berlin: Springer.
- Gilligan, S.-G. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy*. Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Gilligan, S.-G. (1988). Symptom phenomena as trance phenomena. In S. R. Lankton & J. K. Zeig (Hrsg.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (S. 327-352). Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Gilligan, S.-G. (1991). *Therapeutische Trance. Das Prinzip Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie*. Heidelberg: Auer.
- Gilligan, S.-G. (1997). *The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy*. New York, NY: W W Norton and Co.
- Gilligan, S.-G. (1999). *Liebe dich selbst wie deinen Naechsten. Die Psychotherapie der Selbstbeziehung*. Heidelberg: Auer.
- Goldfried, M.-R., & Norcross, J.-C. (1995). Integrative and eclectic therapies in historical perspective. In L. E. Beutler & B. M. Bongar (Hrsg.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (S. 254-273). New York, NY: Oxford University Press.
- Gordon, D. (1978). *Therapeutic metaphors*. Cupertino: Meta Publications.
- Gordon, D. (1986). *Therapeutische Metaphern*. Paderborn: Junfermann.
- Gordon, D., & Meyers-Anderson, M. (1981). *Phoenix: therapeutic patterns of Milton H. Erickson*. Cupertino, Ca: Meta Publications.
- Gordon, D., & Meyers-Anderson, M. (1981). *Phoenix: therapeutische Strategien von Milton H. Erickson*. Hamburg: ISKO-Press.
- Goulding, M., & Goulding, R. (1979). *Changing Lives through Redecision Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Goettingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Caspar, F. M. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument fuer die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive* (S. 177-197). Goettingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Goettingen: Hogrefe.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1976). *The structure of magic. Volume II*. Oxford, England: Science and Behavior.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1981). *Trance-formations. Neuro-linguistic programming and the structure of hypnosis*. Moab: Real People Press.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1982). *Kommunikation und Veraenderung Die Struktur der Magie II*. Paderborn: Junfermann.
- Grinder, J., & Bandler, R. (1984). *Therapie in Trance. Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewussten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grinder, J., Bandler, R., & DeLozier, J. (1977). *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D. Vol. 2*. Cupertino: Meta Publications.
- Grof, S. (1985). *Beyond the brain: birth, death, and transcendence in psychotherapy*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.
- Grof, S. (1985). *Geburt, Tod und Transzendenz: neue Dimensionen in der Psychologie*. München: Kösel.
- Grof, S. (1987). *Das Abenteuer der Selbstentdeckung: Heilung durch veränderte Bewusstseinszustände ; ein Leitfaden*. München: Kösel.
- Grof, S. (1988). *The adventure of self-discovery*. Albany: State University of New York Press.
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hadfield, J. A. (1940). Treatment by suggestion and hypno-analysis. In E. Miller (Hrsg.), *The neuroses in war* (S. 128-149). Oxford, England: Macmillan.
- Hain, P. (1996). Humor als therapeutische Intervention. *Hypnose-und-Kognition*, 13, 251-256.
- Hain, P. (2001). Humor und Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 152-155). Berlin: Springer.
- Haken, H. (1981). *Synergetics. An Introduction*. Berlin: Springer.
- Haken, H. (1984). *Erfolgsgeheimnisse der Natur*. Frankfurt: Ullstein.
- Haley, J. (1958). An interactional explanation of hypnosis. *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 1, 41-57.

- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. Oxford, England: Grune and Stratton.
- Haley, J. (Hrsg.). (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy. Selected papers of Milton H. Erickson*. New York: Grune Stratton.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Oxford, England: W W Norton.
- Haley, J. (1978). *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. Muenchen: Pfeiffer.
- Haley, J. (1984). *Ordeal therapy: Unusual ways to change behavior*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Haley, J. (1985). *Conversations With Milton H. Erickson* (Vol. 1-3): Triangle Press, W. W. Norton.
- Haley, J. (1989). *Ordeal-Therapie - Ungewöhnliche Wege der Verhaltensänderung*. Hamburg: ISKO-Press.
- Hall, A. D., & Fagen, R. E. (1956). Definition of System. *General Systems Yearbook*, 1, 18.
- Hammond, D. C. (Hrsg.). (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton.
- Hartmann, M.-S. (1986). Jeder Abschied ist auch ein neuer Anfang. *Simonton-Arbeit und Hypnotherapie. Hypnose-und-Kognition*, 3(2), 62-65.
- Hartmann, M.-S. (1991). *Praktische Psycho-Onkologie. Psychologische Therapiekonzepte und Anleitungen fuer Patienten zur psycho-sozialen Selbsthilfe bei Krebserkrankungen*. Muenchen: Pfeiffer.
- Hassan, S. (1988). *Combatting cult mind control*. Rochester, Vt.: Park Street Press.
- Hassan, S. (1993). *Ausbruch aus dem Bann der Sekten*. Reinbek: Rowohlt.
- Hassan, S. (2000). *Releasing the bonds: empowering people to think for themselves*. Somerville, MA: Freedom of Mind Press.
- Havens, R. A. (1985). *The wisdom of Milton H. Erickson*. New York, N.Y.: Irvington Publishers.
- Havens, R. A. (2003). *The wisdom of Milton H. Erickson. The complete volume*. (Neuauflage). Carmarthen, Wales; Williston, VT: Crown House Pub.
- Hebb, D. O. (1958). A neurophysiological Theory. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology – A Study of Science* (S. 622-643). New York: McGraw Hill.
- Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *Journal of Psychology*, 21, 107-112.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heider, F. (1977). *Psychologie der interpersonalen Beziehungen*. Stuttgart: Klett.
- Hellpach, W. (1933). *Elementares Lehrbuch der Sozialpsychologie*. Berlin: Springer.
- Hesse, P.-U. (2003). *Teilarbeit: Konzepte von Multiplizitaet in ausgewaehlten Bereichen moderner Psychotherapie* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Auer.
- Hibler, F. W. (1940). An experimental investigation of negative after-images of hallucinated colors in hypnosis. *Journal-of-Experimental-Psychology*, 27(1), 45-57.
- Hibler, F. W. (1941). Note on Mrs. Erickson's comments on Hibler's work on negative afterimages of hypnotically induced hallucinated colors. *Journal-of-Experimental-Psychology*, 29(2), 170-173.
- Hilgard, E.-R. (1974). Toward a neo-dissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives-in-Biology-and-Medicine*, 17(3), 301-316.
- Hole, G. (2001). Direkte Induktionen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin Manual fuer die Praxis* (S. 158-169). Berlin: Springer.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinowich, Z. (1992). *A phasethory of psychotherapy*. Berkeley, USA: Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Ressearch.
- Hubble, M. L., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart & soul of change: what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hubble, M. L., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2001). *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Imber-Black, E., Roberts, J., & Whiting, R. A. (1993). *Rituale. Rituale in Familien und Familientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer- Systeme.
- Jackson, D. D. (1961). Interactional Psychotherapy. In M. T. Stein (Hrsg.), *Contemporary Psychotherapies* (S. 256-271). New York: The Free Press of Glencoe.
- Jackson, D. D., & Weakland, J. H. (1961). Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique, and results. *Psychiatry*, 24 (2), 30-45.
- Jacobi, J. S. (1940). *Die Psychologie von C. G. Jung: eine Einführung*. Zürich: Rascher.
- Jacobi, J. S. (1943). *The psychology of Jung; an introduction with illustrations*. New Haven: Yale University Press.

- James, T., & Woodsmall, W. (1988). *Time line therapy*. Cupertino: Meta Publications.
- James, T., & Woodsmall, W. (1991). *Time Line. NLP-Konzepte zur Grundstruktur der Persönlichkeit*. Paderborn: Junfermann.
- James, W. (1889). Notes on automatic writing. *Proceedings of the American Society for Psychical Research*, 1, 548-564.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: H. Holt and company.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan.
- Janet, P. (1893). *L'Etat mental des hysteriques: Les stigmates mentaux* (Vol. I). Paris: Rueff & Cie.
- Janet, P. (1894). *L'Etat mental des hysteriques: Les accidents mentaux* (Vol. II). Paris: Rueff & Cie.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: Macmillan.
- Janet, P. (1911). *L'etat mental des hysteriques* (2., erw. Aufl.). Paris: F. Alcan.
- Jojart, J., & Revenstorf, D. (1986). Zur theoretischen Grundlage des sprachlichen Metamodells von Bandler & Grinder. *Hypnose-und-Kognition*, 3(2), 52-54.
- Jonas, A. D. (1981). *Kurz-Psychotherapie in der Allgemeinmedizin: das gezielte Interview*. Stuttgart: Hippokrates-Thieme.
- Jonas, A. D., & Daniels, A. (1987). *Was Alltagsgespräche verraten: verstehen Sie limbisch?* Wien: Hannibal.
- Jovanovic, U.-J. (1988). *Methodik und Theorie der Hypnose*. Stuttgart: Gustav Fischer-Verlag.
- Jovanovic, U.-J. (1993). Historische Entwicklung der Hypnose. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korrigierte u. überarbeitete Aufl., S. 7-24). Berlin: Springer.
- Jullien, F. (1996). *Traité de l'efficacité*. Paris: Éditions Grasset & Fasquelle.
- Jullien, F. (1999). *Über die Wirksamkeit*. Berlin: Merve.
- Jung, C. G. (1912). *Wandlungen und Symbole der Libido. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens*. Leipzig und Wien: Verlag Franz Deuticke (aktuelle Ausgabe: *Symbole der Wandlung*, Gesammelte Werke Bd. 5. Olten: Walter Verl.).
- Jung, C. G. (1921). *Psychologische Typen*. Zürich: Rascher (aktuelle Ausgabe: *Gesammelte Werke*, Bd. 6. Olten: Walter-Verl.).
- Jung, C. G. (1923). *Psychological types*. London: K. Paul, Trench, Trubner & co. / New York: Harcourt, Brace & company, inc.
- Jung, C. G. (1935). Über die Archetypen des kollektiven Unbewussten. In *Eranos-Jahrbuch 1934*. Zürich: Rhein-Verlag (aktuelle Ausgabe: *Gesammelte Werke*, Bd. 9/1. Olten: Walter-Verl.).
- Jung, C. G., & Chodorow, J. (1997). *Jung on active imagination*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Jung, C. G., Henderson, J. L., von Franz, M.-L., Jaffé, A., & Jacobi, J. (1964). *Man and his symbols*. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Jung, C. G., Henderson, J. L., von Franz, M.-L., Jaffé, A., & Jacobi, J. (1968). *Der Mensch und seine Symbole*. Olten: Walter-Verl.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.
- Keller, D., & Revenstorf, D. (1996). Das Augenbewegungsmodell des NLP. Physiologische und kognitive Grundlagen. *Hypnose-und-Kognition*, 13, 225-250.
- Kiresuk, T.-J., & Sherman, R.-E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community-Mental-Health-Journal*, 4(6), 443-453.
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Belmont, CA: Thomson Brooks / Cole Publishing Co.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-reanalysis. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*, 64(3), 517-519.
- Kirsch, I. (2000). The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention: A Preamble to the Special Issue. *International-Journal-of-Clinical-and-Experimental-Hypnosis*, 48(2), 107-110.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*, 63(2), 214-220.
- Kleitman, N. (1963). *Sleep and wakefulness*. Oxford, England: Univ Chicago Press.
- Kleitman, N. (1969). Basic rest-activity cycle in relation to sleep and wakefulness. In A. Kales (Hrsg.), *Sleep: Physiology & Pathology* (S. 33-38). Philadelphia: Lippincott.
- Koerkel, J., & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Uebersicht. *Suchttherapie*, 4(3), 115-124.

- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1973). *Narzißmus: eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl. Aufl.). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Korzybski, A. (1933). *Science and Sanity*. Oxford, England: International Non-Aristotelian Libr.
- Kossak, H.-C. (1997). *Hypnose*. (3. vollst ueberarb Aufl). München: Psychologie Verlags Union.
- Kossak, H.-C. (2004). *Hypnose. Lehrbuch fuer Psychotherapeuten und Aerzte*. (4. vollst ueberarb Aufl). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Krause, C., & Revenstorf, D. (2003). Posthypnotische Amnesie fuer therapeutische Geschichten. *Hypnose-und-Kognition*, 20, 127-156.
- Kretschmer, W. (1993). Wachtraummethode. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korr u ueberarb Aufl., S. 434-445). Berlin: Springer.
- Kriz, J. (1992). *Chaos und Struktur. Grundkonzepte der Systemtheorie. Band 1*. Muenchen: Quintessenz-Verlag.
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie. Eine Einfuehrung fuer Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Kriz, J. (2003). *Personzentrierte Systemtheorie - Grundfragen und Kernaspekte*. Ungekürzte Internet-Version des Kapitels (2004). Universitaet Osnabrueck, URL (25.10.2009): <http://jkriz.de/pzs-kriz-ungekurzt.pdf>.
- Kriz, J. (2004). Personzentrierte Systemtheorie - Grundfragen und Kernaspekte. In A. von Schlippe & W. C. Kriz (Hrsg.), *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven fuer psychotherapeutisches Handeln*. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kroger, W.-S., & Fezler, W.-D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Oxford, England: J B Lippincott.
- Kronsbein, F.-H. J. (2001). Hypnose in der Klinik. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 142-152). Berlin: Springer.
- Kruse, P. (1989). Some suggestions about suggestion and hypnosis: A radical constructivist view. In V. Gheorghiu, P. Netter, H. J. Eysenck & R. Rosenthal (Hrsg.), *Suggestion and suggestibility: Theory and research* (S. 91-98). Berlin: Springer.
- Kruse, P., & Gheorghiu, V. (1992). Self-organization theory and radical constructivism: A new concept for understanding hypnosis, suggestion, and suggestibility. In W. Bongartz (Hrsg.), *Hypnosis: 175 years after Mesmer - Recent developments in theory and application* (S. 161-172). Konstanz: Universitätsverlag.
- Kruse, P., & Stadler, M. (1990). Stability and instability in cognitive systems: Multistability, suggestion, and psychosomatic interaction. In H. Haken & M. Stadler (Hrsg.), *Synergetics of cognition. Proceedings of the international symposium at Schloss Elmau, Bavaria, June 4-8, 1989* (S. 201-215). Berlin: Springer.
- Kruse, P., Stadler, M., Pavlekovic, B., & Gheorghiu, V. (1992). Instability and cognitive order formation: Self-organization principles, psychological experiments, and psychotherapeutic interventions In W. Tschacher, G. Schiepek & E. J. Brunner (Hrsg.), *Self-organization and clinical psychology. Empirical approaches to synergetics in psychology* (S. 102-117). Berlin: Springer.
- Kurtz, R. (1983). *Hakomi therapy*. Boulder, Co: Hakomi Institute.
- Kurtz, R. (1985). *Körperzentrierte Psychotherapie: die Hakomi-Methode*. Essen: Synthesis.
- Kurz, G. (1982). *Metapher, Allegorie, Symbol*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Kutschera, G. (1994). *Tanz zwischen Bewusst-sein und Unbewusst-sein. NLP-Arbeits- und Uebungsbuch*. Paderborn: Junfermann.
- LaBerge, S. (1985). *Lucid dreaming*. Los Angeles, New York: J.P. Tarcher; Distributed by St. Martin's Press.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16.
- Lankton, C.-H. (1985). Generative Veraenderung: Ueber die blosse Symptombesserung hinaus. *Hypnose-und-Kognition*, 2(1), 42-67.
- Lankton, C.-H., & Lankton, S.-R. (1989). *Tales of enchantment. Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, C.-H., & Lankton, S.-R. (1991). *Geschichten mit Zauberkraft. Die Arbeit mit Metaphern in der Psychotherapie*. Muenchen: Pfeiffer.
- Lankton, S.-R. (1980). *Practical magic: A translation of basic Neuro-Linguistic Programming into clinical psychotherapy*. Cupertino: Meta Publications.
- Lankton, S.-R., & Lankton, C.-H. (1983). *The Answer Within. A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

- Lazarus, A. A. (1977). *In the mind's eye: the power of imagery for personal enrichment* (1st Aufl.). New York: Rawson Associates Publishers.
- Lazarus, A. A. (1980). *Innenbilder: Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe*. München: Pfeiffer.
- Lenk, W. (1993). Hypnotherapie bei Krebserkrankungen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korrigierte und überarbeitete Aufl., S. 358-374). Berlin: Springer.
- Lenk, W. (2001). Problemtrance - Lösungstrance. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 96-101). Berlin: Springer.
- Leuner, H. (1955). Experimentelles kathartisches Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 5, 233-260.
- Leuner, H. (1993). Veränderte Bewusstseinszustände in der Psychotherapie. In A. Dittrich, A. Hofmann & H. Leuner (Hrsg.), *Welten des Bewusstseins Band 1: Ein interdisziplinärer Dialog* (S. 113-147). Berlin: VWB Verlag fuer Wissenschaft und Bildung.
- Lilly, J. C. (1968). *Programming and metaprogramming in the human biocomputer theory and experiments*. Miami, Fla.: Communication Research Institute.
- Lilly, J. C. (1977). *The deep self: profound relaxation and the tank isolation technique*. New York: Simon and Schuster.
- Lilly, J. C. (1988). *Das tiefe Selbst*. Basel: Sphinx.
- Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. *Journal für Ornithologie*, 83(2-3).
- Lowen, A. (1958). *The language of the body. Foundations and practice of bioenergetics*. New York: Grune & Stratton.
- Lowen, A. (1981). *Körperausdruck und Persönlichkeit Grundlagen und Praxis der Bioenergetik*. München: Koesel.
- Ludwig, A. M., & Levine, J. (1965). A controlled comparison of five brief treatment techniques employing LSD, hypnosis, and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 19(3), 417-435.
- Lustig, H. (1975). *The artistry of Milton H. Erickson, M.D., Part I and Part II*. [Video]. Haverford, PA: Herbert S. Lustig, M.D., Ltd.
- Lustig, H. (1984). *A Primer of Ericksonian Psychotherapy. The Mastery Model* [Video]. New York: Irvington.
- Lutterer, W. (2000). *Auf den Spuren Ökologischen Bewusstseins: Eine Analyse des Gesamtwerks von Gregory Bateson*. Norderstedt: Libri Books on Demand.
- Machiavelli, N. (1532). *Der Fürst*. (verfasst 1513, italienischer Originaltitel: Il Principe). (Aktuelle Ausgabe: Ditzingen: Reclam).
- Masson, J.-M. (1988). *Against therapy: Emotional tyranny and the myth of psychological healing*. New York, NY, England: Atheneum Publishers.
- Masson, J.-M. (1991). *Die Abschaffung der Psychotherapie. Ein Plädoyer*. München: C. Bertelsmann.
- Masson, J.-M. (1992). *Nachwort zur 2. Auflage von »Against Therapy«*. London: Harper/Collins.
- Masson, J.-M. (1993). Die Tyrannei der Psychotherapie (dt. Übers. des Nachworts zur 2. Auflage von »Against Therapy«). In K. Kempker & P. Lehmann (Hrsg.), *Statt Psychiatrie* (S. 96-122). Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. Dordrecht, Holland; Boston: D. Reidel Pub. Co.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. München: Goldmann.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: the biological roots of human understanding*. Boston: New Science Library: Distributed in the United State by Random House.
- Meiss, O. (2001). Kontextaspekte der Suggestion. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 88-96). Berlin: Springer.
- Mende, M. (1998). Hypnotherapeutic Responses to Transference in the Face of Therapeutic Change. *Hypnos*, Vol. XXV(No3).
- Mentzos, S. (1982). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. München: Kindler Verlag.
- Mesmer, F. A. (1779). *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*. Genf und Paris: Didot.
- Mesmer, F. A. (1781). *Abhandlung über die Entdeckung des thierischen Magnetismus*. Karlsruhe, Tübingen: Edition Diskord.

- Mesmer, F. A. (1814). *Mesmerismus oder System der Wechselwirkungen, Theorie und Anwendung des thierischen Magnetismus als die allgemeine Heilkunde zur Erhaltung des Menschen*. Berlin: Nicolaische Buchhandlung.
- Milch, W. (2002). Korrigierende Emotionale Erfahrung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (2. Aufl., S. 397-399). Stuttgart Berlin Köln: Verlag W. Kohlhammer.
- Milgram, S. (1963). Behavioral Study of obedience. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(4), 371-378.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority; an experimental view*. New York: Harper & Row.
- Miller, G.-A., Galanter, E., & Pribram, K.-H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York, NY: Henry Holt and Co.
- Miller, G.-A., Galanter, E., & Pribram, K.-H. (1973). *Strategien des Handelns. Plaene und Strukturen des Verhaltens*. Stuttgart: Klett.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel: Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Miller, W.-R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W.-R., & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprachsfuehrung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Miltner, W. H. R., & Weiß, T. (2003). Hirnphysiologische Korrelate von hypnotischen Trancezuständen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (§ 11 Psychotherapiegesetz)*. URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/expertise.pdf>.
- Moll, A. (1890). *Hypnotism*. London: Walter Scott.
- Morris, C. W. (1938). Foundation of the Theory of Signs. In O. Neurath, R. Carnap & C. W. Morris (Hrsg.), *International Encyclopedia of Unified Science* (Vol. I, 2, S. 77-137). Chicago: University of Chicago Press (dt: Grundlagen der Zeichentheorie. In: Ästhetik der Zeichentheorie (1988). Frankfurt a.M.: Fischer).
- Mühl, A. (1952). Automatic writing and hypnosis. In L.-M. Lecron (Hrsg.), *Experimental hypnosis: a symposium of research* (S. 426-438). Oxford, England: Macmillan.
- Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.-R.-S. (2003). Mündliche Falldarstellung während eines Vorkongress-Workshops. Berlin: VIII. European Conference on Traumatic Stress.
- Nijenhuis, E.-R.-S., van der Hart, O., & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality*. Trauma Information Pages website, URL (25.10.2009): <http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm>.
- Nijenhuis, E.-R.-S., van der Hart, O., & Steele, K. (2004). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In L. Reddemann, U. Gast & A. Hofmann (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - stoerungsspezifisch und schulenebergreifend* (S. 47-69). Stuttgart: Thieme.
- O'Hanlon, W.-H. (1987). *Taproots. Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis*. New York: W W Norton.
- O'Hanlon, W.-H. (1990). *Eckpfeiler. Grundlegende Prinzipien der Therapie und Hypnose Milton Ericksons*. Hamburg: Iskopress.
- Omer, H. (1982). The macrodynamics of Ericksonian therapy. *The Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 1, 34-45.
- Orne, M.-T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *The-Journal-of-Abnormal-and-Social-Psychology*, 58(3), 277-299.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Pawlow, I. P. (1927). *Conditioned reflexes; an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. London: Oxford University Press: Humphrey Milford.
- Peirce, C. S. (1865-1913). *Semiotische Schriften*. (Aktuelle Ausgabe: Kloesel, C. und Pape, H. (Hrsg.). (2000). *Semiotische Schriften*. 3 Bände (Bd. 1., 1865–1903, Bd. 2., 1903–1906, Bd. 3., 1906–1913). Frankfurt/Main: Suhrkamp).

- Perls, F. S. (1973). *The gestalt approach & Eye witness to therapy*. Ben Lomond, Calif.: Science & Behavior Books.
- Perls, F. S. (1976). *Grundlagen der Gestalt-Therapie: Einführung und Sitzungsprotokolle*. München: Pfeiffer.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy; excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1979). *Gestalt-Therapie: Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peter, B. (1993). Hypnotische Phaenomene. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korr u ueberarb Aufl., S. 25-68). Berlin: Springer.
- Peter, B. (2001). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 33-53). Berlin: Springer.
- Peter, B. (2001). Geschichte der Hypnose in Deutschland. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 697-737). Berlin: Springer.
- Peter, B. (2003). Schmerzwahrnehmung. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (§ 11 Psychotherapiegesetz)*. URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/expertise.pdf>.
- Peter, B., Kraiker, C., & Revenstorf, D. (Hrsg.). (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Piaget, J. (1947). *La psychologie de l'intelligence*. Paris: Colin.
- Piaget, J. (1948). *Psychologie der Intelligenz*. Zürich: Rascher.
- Pierrakos, E., & Thesenga, D. (1992). *Fear no evil: the pathwork method of transforming the lower self*. Madison, Va.: Pathwork Press.
- Pierrakos, E., & Thesenga, D. (2001). *Fürchte dich nicht vor dem Bösen*. Essen: Synthesis.
- Pierrakos, J. C. (1987). *Core energetics: developing the capacity to love and heal*. Mendocino, Calif.: LifeRhythm Publication.
- Pierrakos, J. C. (1987). *Core-Energetik: Zentrum deiner Lebenskraft*. Essen: Synthesis-Verlag.
- Platonov, K. (1959). *The Word as a Physiological and Therapeutic Factor*. Moskau: Foreign Languages Publishing House (russische Originalausgabe 1955).
- Poincaré, H. (1902). *La science et l'hypothèse*. Paris: Flammarion.
- Poincaré, H. (1904). *Wissenschaft und Hypothese*. Leipzig: Teubner.
- Poincaré, H. (1905). *Science and hypothesis*. London, New York: Scott.
- Porges, S. W. (2003). The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behavior. *Physiol Behav*, 79, 503-513.
- Powers, W.-T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Oxford, England: Aldine.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1981). *Dialog mit der Natur: neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens*. München u.a.: Piper.
- Prior, M. (2002). *Mini-Max-Interventionen*. Heidelberg: Auer.
- Rausch, V. (1998). *Hypnose, Mesmerismus und subtile Energie* [Videofilm produziert anlaesslich der 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft fuer Hypnose (DGH). Workshop mit Video-Einspielung, einer Demonstration und Gruppenuebungen]. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen für studierende und praktizierende Analytiker*. Wien: Selbstverlag des Autors. (Aktuelle Ausgabe: Köln: Kiepenheuer und Witsch).
- Renartz, G. (1997). *Die Zauberwiesenstrategie: Workshop mit einer Demonstration*. [Videofilm produziert anlaesslich der Workshopatagung "Hypnotherapeutische und Systemische Konzepte fuer die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen" des Milton-Erickson-Instituts Rottweil, 22 -25 Oktober 1997, Heidelberg]. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Reuben, C. (1993). Neurolinguistisches Programmieren (NLP). In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korr u ueberarb Aufl., S. 446-461). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (1985). Kritik der "Struktur der Magie". In B. Peter (Hrsg.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson: Grundlagen und Anwendungsfelder*. Muenchen: Pfeiffer.
- Revenstorf, D. (1985). Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Intervention. *Hypnose-und-Kognition*, 2(2), 13-35.

- Revenstorf, D. (Hrsg.). (1990). *Klinische Hypnose* (1. Aufl.). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (Hrsg.). (1993). *Klinische Hypnose* (2., korr u ueberarb Aufl.). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (1993). Technik der Hypnose. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korr u ueberarb Aufl., S. 143-175). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (1999). Klinische Hypnose. Gegenwaertiger Stand der Theorie und Empirie. *Psychotherapie,- Psychosomatik,-Medizinische-Psychologie*, 49(1), 5-13.
- Revenstorf, D. (2000). Klinische Hypnose. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2001). Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 12-33). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2001). Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 53-75). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2001). Hypnose als Hefe oder als Backform. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 12-33). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (Hrsg.). (2003). *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (§ 11 Psychotherapiegesetz)*. URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/expertise.pdf>. [Ausgabe als Zeitschrift: *Hypnose-ZHH*, 2006, 1(1+2)].
- Revenstorf, D., & Freund, U. (2001). Indirekte Induktion und Kommunikation. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 169-184). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D., & Peter, B. (Hrsg.). (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis*. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D., & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Beruecksichtigung der Hypnotherapie nach M. H. Erickson. *Hypnose-und-Kognition*, 11, 190-224.
- Revenstorf, D., & Schauer, D. (2003). Detaillierte Beschreibung der Verfahren. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (§ 11 Psychotherapiegesetz)*. URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/expertise.pdf>.
- Riebensahm, H. (1996). Aristoteles und Milton Erickson: Prinzipien der klassischen Rhetorik in der Psychotherapie Milton Ericksons. *Hypnose-und-Kognition*, 13, 199-210.
- Riemann, F. (1961). *Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens*. München, Basel: E. Reinhardt.
- Ritterman, M. (1980). Hypno-Structural Family Therapy. In L.-R. Wolberg & M. Aronson (Hrsg.), *Group and Family Therapy: An Overview*. New York: Brunner-Mazel.
- Ritterman, M. (1983). *Using hypnosis in family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ritterman, M. (1985). Family Context, Symptom Induction and Therapeutic Counterinduction: Breaking the Spell of a Dysfunctional Rapport. In J.-K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian Psychotherapy Vol. II: Clinical Applications* (S. 49-70). New York: Brunner Mazel.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy; newer concepts in practice*. Boston, New York: Houghton Mifflin company.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy, its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: a study of a science, Vol. 3* (S. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: Gesellschaft für wiss. Gesprächspsychotherapie.
- Rosen, S. (1982). The Values and Philosophy of Milton H. Erickson. In J.-K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

- Rosenberg, M. B. (1999). *Nonviolent communication: a language of compassion*. Del Mar, CA: PuddleDancer Press.
- Rosenberg, M. B. (2001). *Gewaltfreie Kommunikation: aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen - neue Wege in der Mediation und im Umgang mit Konflikten*. Paderborn: Junfermann.
- Rossi, E.-L. (1982). Hypnosis and ultradian cycles: A new state(s) theory of hypnosis? *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis*, 25(1), 21-32.
- Rossi, E.-L. (1986). *The psychobiology of mind-body healing: New concepts of therapeutic hypnosis*. New York, NY: W W Norton and Co.
- Rossi, E.-L. (1987). From mind to molecule: A state-dependent memory, learning, and behavior theory of mind-body healing. *Advances-*, 4(2), 46-60.
- Rossi, E.-L. (1992). *Sensitive fail-safe approach to hypnosis: One demonstration* [Videofilm einer Demonstration]. Phoenix, Arizona: 5th International Congress on Ericksonian Approach.
- Rossi, E.-L. (1996). *The Symptom Path to Enlightenment: The New Dynamics of Hypnotherapeutic Work*. Pacific Palisades CA: Palisades Gateway Publishing.
- Rossi, E.-L. (1997). *Ein sensibler, pannenicherer Zugang zur Hypnose: Eine Demonstration* [Videofilm einer Demonstration]. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Rossi, E.-L. (2002). *The psychobiology of gene expression: Neuroscience and neurogenesis in hypnosis and the healing arts*. New York, NY: W W Norton and Co.
- Rossi, E.-L., & Cheek, D.-B. (1988). *Mind-Body Therapy: Ideodynamic Healing in Hypnosis*. New York: W. W. Norton.
- Roth, G. (1994). *Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Roth, G. (1996). *Das Ich und sein Gehirn*. Frankfurt: Suhrkamp TB.
- Rotter, J.-B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological-Monographs:-General-and-Applied*, 80(1), 1-28.
- Sass, H. (1996). Persönlichkeitslehre in der Psychiatrie. In H. Sass (Hrsg.), *Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung* (S. 224-238). Jena, Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books.
- Satir, V. (1975). *Selbstwert und Kommunikation: Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe*. München: Pfeiffer.
- Saussure, F. d. (1916). *Cours de linguistique générale*. (dt.: Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft (1931). 2. Auflage (1967). Berlin: de Gruyter).
- Schales, H.-C. (2001). Symbol, Ritual und Hypnose: Archetypische Ordnungsbildung in der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 285-300). Berlin: Springer.
- Schauer, D. (2000). *Zur Evaluation stationärer hypno-systemischer Therapie: Ein Pilotprojekt in der Fachklinik am Hardberg*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G., Koehler, M., Richter, K., & Schuetz, A. (1995). Die systemische Analyse der systemischen Therapie. *Familiendynamik-*, 20(1), 15-31.
- Schiepek, G., & Tschacher, W. (1997). *Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie*. Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg.
- Schmidt, G. (1985). Systemische Familientherapie als zirkuläre Hypnotherapie. *Familiendynamik-*, 10(3), 241-264.
- Schmidt, G. (1989). Wenn Sie Ihr Unbewusstes treffen, gruessen Sie es von mir! Einige Anmerkungen zum Phänomen einer Verdinglichung. *Hypnose-und-Kognition*, 6(1), 19-31.
- Schmidt, G. (1997). *Konferenzen mit der inneren Familie und deren hypnotische Wirkungen* [Tonkassette eines Seminars]. Muensterschwarzach Abtei: Auditorium Vier-Tuerme Versandbuchhandlung.
- Schmidt, G. (1999). Hypno-systemische Kompetenzentfaltung. Nutzungsmöglichkeiten der Problemkonstruktion. In H. Doering-Meijer (Hrsg.), *Ressourcenorientierung - Loesungsorientierung. Etwas mehr Spass und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung* (S. 70-129). Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2000). "Wahrgebungen" aus der "inneren" und "auesseren Welt" des Therapeuten und ihre Nutzung fuer ziieldienliche therapeutische Kooperation. *Familiendynamik-*, 25(2), 177-205.

- Schmidt, G. (2001). Systemisch-hypnotherapeutische Konzepte fuer die Kooperation mit depressiv definierten Menschen und ihren Beziehungssystemen. *Psychotherapie-im-Dialog*, 2(4), 418-430.
- Schmidt, G. (2004). *Liebesaffaeren zwischen Problem und Loesung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Auer.
- Schmidt, G. (2005). *Einfuehrung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*. Heidelberg: Auer.
- Schmierer, A. (1993). *Einfuehrung in die zahnaerztliche Hypnose*. Berlin: Quintessenz.
- Schmierer, A. (2001). Zahnaerztliche Problempatienten. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis*. Berlin: Springer.
- Schmierer, A., & Schmierer, G. (1997). *Beim Zahnarzt ohne Spritze - Angst- und Schmerzkontrolle während der Zahnbehandlung durch Selbsthypnose mit Hilfe einer Doppelinduktion* [CD]. Stuttgart: Hypnos Verlag.
- Schoenberger, N.-E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International-Journal-of-Clinical-and-Experimental-Hypnosis*, 48(2), 154-169.
- Scholz, W. (1986). *Taoismus und Hypnose Der Weg Milton H. Erickson's. Eine vergleichende Untersuchung philosophischer Grundannahmen und spezifischer Veraenderungsstrategien im Taoismus und der Psychotherapie Milton H. Erickson's*. Augsburg: AV-Verlag.
- Schulte, P. C. (2002). *Bedingungen für den entwicklungsförderlichen Einsatz humorvoller Provokation in der Therapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität, Berlin.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden: Störungen und Klärungen - Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Searle, J. R. (1969). *Speech acts: an essay in the philosophy of language*. London: Cambridge U.P.
- Searle, J. R. (1971). *Sprechakte: ein sprachphilosophischer Essay*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Shor, R.-E. (1959). Hypnosis and the concept of the generalized realityorientation. *American-Journal-of-Psychotherapy*, 13, 582-602.
- Sidis, B. (1898). *The Psychology of Suggestion*. New York: Appleton.
- Simmel, E. (1919). *Kriegs-Neurosen und Psychisches Trauma*. München und Leipzig: Otto Nemnich.
- Simmel, E. (1944). War neurosis. In S. Lorand (Hrsg.), *Psychoanalysis today* (S. 227-248). New York: International Universities Press.
- Simon, F. B., Clement, U., & Stierlin, H. (2004). *Die Sprache der Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta (6. aktualis. Aufl.; 1. Aufl.: Simon, F. B. & Stierlin, H., 1984).
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. (1978). *Getting well again: a step-by-step, self-help guide to overcoming cancer for patients and their families*. Los Angeles, Calif.: Tarcher.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. (1982). *Wieder gesund werden: eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Singer, W. (1994). *Gehirn und Bewußtsein*. Heidelberg: Spektrum, Akad.Verl.
- Spanos, N.-P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. In J. W. Rhue & S. J. Lynn (Hrsg.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (S. 324-361). New York, NY: Guilford Press.
- Sparrer, I., & Varga von Kibéd, M. (1998). Vom Familien-Stellen zur Systemischen Strukturaufstellungsarbeit. In G. Weber (Hrsg.), *Praxis des Familien- Stellens* (S. 394-404). Heidelberg: Carl Auer-Systeme Verlag.
- Sparrer, I., & Varga von Kibéd, M. (2000). *Ganz im Gegenteil...Tetralemmaarbeit und andere Grundformen systemischer Strukturaufstellungen-für Querdenker und solche, die es werden wollen*. Heidelberg: Carl Auer-Systeme Verlag.
- Stahl, T. (1985). Vorwort zur deutschen Ausgabe. In R. Bandler & J. Grinder (Hrsg.), *Reframing - Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie (NLP)*. Paderborn: Junfermann.
- Stauss, K. (1993). *Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom: stationäre Behandlung nach den Methoden der Transaktionsanalyse - das Grönenbacher Modell*. Paderborn: Junfermann.
- Steinmeyer, E.-M., Pukrop, R., Herpertz, S., & Sass, H. (1998). Kontinuitätsmodell der DSM-III-R-Persoenlichkeitsstoerungen und des Fuenf-Faktoren-Modells der Persoenlichkeit. In G. Gross, G. Huber & H. Sass (Hrsg.), *Moderne psychiatrische Klassifikationssysteme Implikationen fuer Diagnose und Therapie, Forschung und Praxis* (S. 106-124). [11 Weissenauer Schizophrenie-Symposium am 26 und 27 April 1996 in Bonn]. Stuttgart: Schattauer.
- Stevens, J. O. (1971). *Awareness: Exploring, Experimenting, Experiencing*. Moab, Utah: Real People Press.

- Stevens, J. O. (1975). *Die Kunst der Wahrnehmung: Übungen der Gestalttherapie*. München: Kaiser.
- Stierlin, H. (1994). *Ich und die anderen: Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sunzi. (5.-6. Jh. v. Chr.). *Die Kunst des Krieges*. (Aktuelle Ausgabe: München: Droemer Knaur).
- Sylvester, S. M. (2001). The Warrior's Approach in Dealing with Chronic Illness. In J. K. Zeig & B.-B. Geary (Hrsg.), *The Handbook of Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy* (S. 263-271). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Trenkle, B. (1988). Charles Van Riper meets Milton H. Erickson: Approaches in the treatment of the adult stutterer. In J. K. Zeig & S. R. Lankton (Hrsg.), *Treatment of special populations with Ericksonian approaches* (S. 54-68). Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Trenkle, B. (1991). *Einleitungen für Konversationstrancen beim Geschichtenerzählen entsprechend dem Muster pace, disrupt, pattern*. [Seminar-Handout]. Rottweil: Milton Erickson Institut.
- Trenkle, B. (1994). The Ericksonian utilization approach for the rehabilitation of paralyzed patients. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian methods The essence of the story* (S. 445-461). New York: Brunner/Mazel.
- Trenkle, B. (1997). *Die Loewengeschichte. Hypnotisch-metaphorische Kommunikation und Selbsthypnosetraining*. Heidelberg: Auer.
- Trenkle, B., & Schmidt, G. (1986). *Diagnostische Kriterien (weitgehend nach Zeig)*. [Seminar-Handout]. Heidelberg-Rottweil: Milton Erickson Institut.
- Trenkle, B., & Schmidt, G. (1987). *Beobachtungs- und Fragetechniken zur Identifikation von strategisch utilisierbaren Einstellungen („Hooks“)* [Seminar-Handout]. Heidelberg-Rottweil: Milton Erickson Institut.
- Vaihinger, H. (1911). *Die Philosophie des Als Ob. System der theoretischen, praktischen und religiösen Fiktionen der Menschheit auf Grund eines idealistischen Positivismus*. Berlin: Reuther & Reichard.
- Vaihinger, H. (1924). *The philosophy of as if. A system of the theoretical, practical and religious fictions of mankind*. London: Routledge and Kegan Paul, Ltd.
- van der Hart, O. (Hrsg.). (1981). *Afscheidsrutuelen in psychotherapie*. Baarn: Ambo Boecken.
- van der Hart, O. (Hrsg.). (1982). *Abschiednehmen. Abschiedsrituale in der Psychotherapie*. Muenchen: Pfeiffer.
- van der Hart, O., & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on disssociation: a neglected intellectual heritage. *Dissociation*, 2, No. 1: March.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.-R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: W W Norton and Co.
- van der Hart, O., Steele, K., Nijenhuis, E.-R.-S., & Matthes, H. (2006). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit und die Behandlung traumatischer Erinnerungen. In A. Maercker, Rosner, Rita (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenebergreifend* (S. 156-173). Stuttgart: Thieme.
- Varga von Kibéd, M. (1999). Mündliche Mitteilung während des Seminars "Systemische Strukturaufstellungen". Heidelberg: Milton-Erickson-Institut.
- Vas, J. (1993). *Hypnose bei Psychosen. Eigenschaften der hypnotischen Beziehung bei der Psychotherapie schwer gestoerter Patienten*. Muenchen: Quintessenz.
- von Foerster, H. (1974). *Cybernetics of Cybernetics: the control of control and the communication of communication*. Urbana Illinois: University of Illinois.
- von Foerster, H. (1993). *Wissen und Gewissen: Versuch einer Brücke*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- von Glasersfeld, E. (1981). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit - Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beitrage zum Konstruktivismus*. München: Piper.
- von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Beratung und Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Votsmeier, A. (1998). Stationäre Therapie von Borderline-Störungen nach einem psychodynamisch-integrativen Ansatz. Das Grönenbacher Modell. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin u. Klinischer Psychologie*, 1, 24-39.
- Vygotski, L. S. (1934). *Thought and speech*. (Russischer Originaltitel: Mishlenie i rech). Oxford, England: Giz.
- Watkins, J.-G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International-Journal-of-Clinical-and-Experimental-Hypnosis*, 19(1), 21-27.
- Watkins, J.-G. (1992). *Hypnoanalytic techniques: The practice of clinical hypnosis*. New York, NY: Irvington Publishers.

- Watkins, J.-G., & Watkins, H.-H. (1979). The theory and practice of ego-state therapy. In H. Grayson (Hrsg.), *Short-term approaches to psychotherapy* (S. 176-220). New York: Human Sciences Press.
- Watkins, J.-G., & Watkins, H.-H. (1981). Ego-state therapy. In R. J. Corsini (Hrsg.), *Handbook of innovative psychotherapies* (S. 252-270). New York: Wiley.
- Watkins, J.-G., & Watkins, H.-H. (1982). Ego-state therapy. In L. E. Abt & I. R. Stuart (Hrsg.), *The newer therapies: A source book* (S. 137-155). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Watkins, J.-G., & Watkins, H.-H. (1997). *Ego States: Theory and therapy*. New York: W W Norton.
- Watkins, J.-G., & Watkins, H.-H. (2003). *Ego-States - Theorie und Therapie. Ein Handbuch*. Heidelberg: Auer.
- Watzlawick, P., Beavin, J.-H., & Jackson, D.-D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes* (1st Aufl.). New York: Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J.-H., & Jackson, D.-D. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Hans Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J. A., & Fisch, R. (1974). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weerth, R. (1992). *NLP & Imagination. Grundannahmen, Methoden, Moeglichkeiten und Grenzen*. Paderborn: Junfermann.
- Weitzenhoffer, A.-M. (1989). *The practice of hypnotism. Vol. 1: Traditional and semi-traditional techniques and phenomenology*. Oxford, England: John Wiley and Sons.
- Weitzenhoffer, A.-M. (1989). *The practice of hypnotism. Vol. 2: Applications of traditional and semi-traditional hypnotism. Non-traditional hypnotism*. Oxford, England: John Wiley and Sons.
- Weitzenhoffer, A.-M. (2000). *The practice of hypnotism* (2. überarb. Aufl.). Oxford, England: John Wiley and Sons.
- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form A and B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Whitehead, A. N., & Russell, B. (1910). *Principia mathematica*. Cambridge: University Press.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Wiener, N. (1948). *Kybernetik. Regelung und Nachrichtenübertragung im Lebewesen und in der Maschine*. Düsseldorf, Wien: Econ.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle*. Reinbek: Rowohlt.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1969). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. Eine Studie über den ersten, nicht zum Selbst gehörenden Besitz. *Psyche*, 23.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophische Untersuchungen*. Oxford: Blackwell. (Aktuelle Ausgabe: Frankfurt am Main: Suhrkamp).
- Woitowitz, K., Peter, B., & Revenstorf, D. (1999). Zur Praxis der Hypnotherapie Eine Befragung von Hypnotherapeutinnen und Hypnotherapeuten der M.E.G. *PsychotherapeutenFORUM-*, 6(6), 9-13.
- Wolberg, L.-R. (1945). *Hypnoanalysis*. Oxford, England: Grune and Stratton.
- Wolberg, L.-R. (1948). *Medical hypnosis. Vol. I: The principles of hypnotherapy*. New York City, NY: Grune and Stratton.
- Wolberg, L.-R. (1948). *Medical hypnosis. Vol. II The practice of hypnotherapy*. Oxford, England: Grune and Stratton.
- Yapko, M.-D. (1985). The Erickson Hook: Values in Ericksonian Approaches. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian Psychotherapy (Vol. I)*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M.-D. (1990). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis* (2. Aufl.). Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Yapko, M.-D. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.

- Yapko, M.-D. (1994). Memories of the future: Regression and suggestions of abuse. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (S. 482-494). Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Yapko, M.-D. (1995). *Depression und Hypnose. Strategien der Veraenderung von depressiven Lebensmustern*. Muenchen: Pfeiffer.
- Yapko, M.-D. (2003). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis* (3. überarb. Aufl.). New York: Brunner/Routledge.
- Zeig, J.-K. (1984). *Zeig's Assessment Criteria (Tailoring)*. [Seminar Handout, rev. 1994]. Phoenix, Arizona: Milton H. Erickson Foundation.
- Zeig, J.-K. (1985). *Experiencing Erickson. An Introduction to the Man and His Work*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.-K. (1994). Advanced techniques of utilization: An intervention metamodel and the use of sequences, symptom words, and figures of speech. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (S. 295-314). Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Zeig, J.-K. (Hrsg.). (1994). *Ericksonian methods: The essence of the story*. Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.
- Zeig, J.-K. (1995). *Die Weisheit des Unbewussten. Hypnotherapeutische Lektionen bei Milton H. Erickson*. Heidelberg: Auer.
- Zeig, J.-K. (2002). *Einzelunterricht bei Erickson*. Heidelberg: Auer. (Neuausgabe von: Die Weisheit des Unbewussten, 1995).
- Zeig, J.-K., & Short, D. (Hrsg.). (2001). *Milton H. Erickson, M.D.: Complete Works*. (CD-ROM, Version 1.0). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation Press.
- Zindel, J. P. (2001). Hypnoanalyse. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 325-333). Berlin: Springer.

Literatur Kapitel 7

- Baer, P., Foreyt, J., und Wright, S. (1977). Selfdirected termination of excessive cigarette use among untreated smokers. *Journal of Behavior Therapy*, 8, 71-74
- Bergin, A.E. und Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* New York: John Wiley und Sons Inc.
- Bortz, J. und Döring, N., (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer
- Bowers, T.G. und Clum, G.A. (1988). Relative contribution of specific and non-specific treatment-effects: Meta-analysis of placebo-controlled behavior therapy research. *Psychological Bulletin*, 103, 315-323
- Chambless, D.-L., & Hollon, S.-D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*, 66(1), 7-18.
- Cohen J. (1969). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. New York: Academic press
- Fricke, R. und Treinies, G. (1985). *Einführung in die Meta-Analyse*. Verlag Hans Huber, Bern
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher* 5, Nr. 10, 3-8
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 3, 132-162
- Grawe, K., Baltensperger, C. (1998). Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozeß und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. Psychomedia, Zug
- Grawe, K., Braun, U. (1994). *Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe
- Hartmann, A. und Herzog, T. (1993). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? Vortrag gehalten auf der 39. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Freiburg
- Howard, K.I., Lueger, R.J. Maling, M.S. und Martinowich, Z. (1992). A phasetheory of psychotherapy. Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, USA
- Hunter J, Schmidt FL (1990) *Methods of meta-analysis*. Sage, Newbury Park
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (April 2000): Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention

- Jacobson, N. S., Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioural Assessment* 10, 133-145
- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G (1995) Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63:214-220
- Kluft, R. P. (1999). *Dissociative Identity Disorder*, In: Millre, E.N. und Magruder, K. M. (Eds.), *Cost-Effectiveness of Psychotherapy* Oxford University Press
- Lambert, M.J. und Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: A.E. Bergin und S.L. Garfield (Ed.) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, New York: Wiley
- Luborsky, L. Singer, B. und Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- Matt, G.E. und Navarro, A.M. (1997). What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions, *Clinical Psychology Review*, 17, 1-32
- Prioleau, L., Murdoch, M. und Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-310
- Revenstorf, D. (1997). Klinische Hypnose – Gegenwärtiger Stand der Theorie und Empirie, *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 5-13
- Revenstorf, D. und Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose, *Hypnose und Kognition*, 11 (1 und 2), 190-224
- Romminger, M. (1995). *Meta-Analyse empirischer Arbeiten zur klinischen Hypnose*, unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Tübingen
- Rosenthal, R. (1979) The "file drawer problem" and tolerance for null results. *Psychological Bulletin* 86: 638-641
- Rosenthal, R. und Rubin, D. B. (1982) A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology* 74:166-169
- Schauenburg, H. und Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinischsignifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, Heft 48 S. 257-264
- Schulte, D. (1993). Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22, 374-393
- Shapiro, D. und Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53
- Smith, M.L. und Glass, G.V. (1997). Meta-analysis of psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 165-180
- Smith, M.L., Glass, G.V. und Miller, T.L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore London: Johns Hopkins Univ. Press
- Strupp, H. H. und Hadley, S.W. (1979). Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136
- Tschuschke, V. Heckrath, C. und Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Wadden TA, Anderton CH (1982) The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin* 91:215-243
- Watkins, J.G. und Watkins, H. H. (1993), Ego-state-therapy in the treatment of dissociative disorder, In: R.P. Kluft und C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 277-299). Washington, DC: American Psychiatric Press
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (ab 1999). *Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG*. Internetauftritt. URL (25.10.2009): www.WBPsychotherapie.de

Anwendungsbereichübergreifende Metaanalysen und Reviews

- Chambless DL, Hollon SD (1998) Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18
- Hunter J, Schmidt FL (1990) *Methods of meta-analysis*. Sage, Newbury Park
- Revenstorf D (1997) Klinische Hypnose – Gegenwärtiger Stand der Theorie und Empirie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 5-13
- Revenstorf D, Prudlo U (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 11 (1 und 2), 190-224

- Romminger M (1995) Metaanalyse empirischer Arbeiten zur klinischen Hypnose, unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Tübingen
- Rosenthal R (1979) The "file drawer problem" and tolerance for null results. *Psychological Bulletin* 86, 638-641
- Rosenthal R, Rubin DB (1982) A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology* 74, 166-169
- Smith ML, Glass GV, Miller TL (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore London: Johns Hopkins Univ Press
- Wadden TA, Anderton CH (1982) The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin* 91, 215-243

Anwendungsbereichsspezifische empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie

- Revenstorf, D. (Hrsg.). (2003). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (§ 11 Psychotherapiegesetz). URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/expertise.pdf>. [Ausgabe als Zeitschrift: *Hypnose-ZHH*, 2006, 1(1+2)].
- Revenstorf, D., Schauer, D. und Flammer, E. (2001). Empirische Befunde zur Effektivität der Hypnotherapie. (Internet-Vorveröffentlichung, aktualisierte Version Mai 2002). Universität Tübingen, URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/Meta-Analyse.pdf>

Anwendungsbereich 1: Affektive Störungen

- Fromm, E. und Nash, M. R. (1996). *Psychoanalysis and Hypnoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Schmidt, G. (2001). Systemisch-hypnotherapeutische Konzepte fuer die Kooperation mit depressiv definierten Menschen und ihren Beziehungssystemen. *Psychotherapie-im-Dialog*, 2(4), 418-430.
- Woitowitz K., Peter, B. und Revenstorf, D. (1999). Zur Praxis der Hypnotherapie. *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft* 6 (6), 9-13
- Yapko, M. D. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. D. (1995). *Depression und Hypnose. Strategien der Veraenderung von depressiven Lebensmustern*. Muenchen: Pfeiffer.

Anwendungsbereich 2: Angststörungen

- Schoenberger, N.-E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & et al. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior-Therapy*, 28(1), 127-140.

Anwendungsbereich 3: Belastungsstörungen

- Bengel, J. und Landji, Z. (1996). Symptomatik, Diagnostik und Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 44, 129-149.
- Benningfield, M.F. (1992). The use of hypnosis in the treatment of dissociative patients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 17-31.
- Cardena, E. (1996). Dissociativity in Gulf War PTSD patients. *International Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 394
- Cardena, E., Maldonado, J., Van der Hart, O, Spiegel, D. (2000) Hypnosis in effective treatments für PTSD. *Practice Guidelines for the International Society for Traumatic stress studies*. Guilford Press, NY, London
- Hadfield, J. A. (1940). Treatment by suggestion and hypno-analysis. In E. Miller (Hrsg.), *The neuroses in war* (S. 128-149). New York: Macmillan.
- Janet, P. (1911). *L'etat mental des hysteriques* (2., erw. Aufl.). Paris: F. Alcan.
- Kluft, R.P. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 66-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sherman, J. J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatment for PTSD: A metaanalyse of controlled clinical trials. *Journal Traumatic Stress*, 11, 413-436
- Spiegel, D. (1981). Vietnam grieft work using hypnosis. *American Journal of clinical Hypnosis*, 24, 33-40
- Spiegel, D. und Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Jounral of abnormal Psychology*, 100, 366-78

van Etten, M.L. und Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144

van der Hart, O., Boon, S., van Everdingen, G. B. (1990). Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories. In: Fass, Margot L. (Ed); Brown, Daniel (Ed); *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm*. pp. 231-253.

Anwendungsbereich 5: Essstörungen

Nash, M. R. und Baker, E. (1993) Hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. In: Rhue J. W., Lynn, S. J. und Kirsch, I. (Hrsg.) *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association. S. 383-394

Van Demburg, E.J. und Kurtz, R.M. (1989). Changes in body attitude as a function of posthypnotic suggestions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 15-30.

Anwendungsbereich 7: Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten

ter-Kuile, M.-M., Spinhoven, P., Linssen, A. C.-G., & van-Houwelingen, H.-C. (1996). Cognitive coping and appraisal processes in the treatment of chronic headaches. *Pain*, 64(2), 257-264.

Anwendungsbereich 8: Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Linehan, M.-M. (1987). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin-of-the-Menninger-Clinic*, 51(3), 261-276.

Anwendungsbereich 9: Abhängigkeiten und Substanzmissbrauch

Ludwig, A. M., & Levine, J. (1965). A controlled comparison of five brief treatment techniques employing LSD, hypnosis, and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 19(3), 417-435.

Anwendungsbereich 10: Schizophrenie und wahnhafte Störungen

Alberts, H. (1993). Psychosen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. korrigierte und überarbeitete Aufl., S. 225-243). Berlin: Springer.

Schmidt, G. (1992). Systemische und hypnotherapeutische Konzepte fuer die Arbeit mit psychotisch definierten Patienten. In B. Peter & G. Schmidt (Hrsg.), *Erickson in Europa. Europäische Ansätze der Ericksonschen Hypnose und Psychotherapie*, Heidelberg: Auer (S. 14-71).

Vas, J. (1993). Hypnose bei Psychosen. Eigenschaften der hypnotischen Beziehung bei der Psychotherapie schwer gestörter Patienten. München: Quintessenz.

Walter, H. (2001). Hypnotherapie bei Psychosen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 498-507). Berlin: Springer.

Anwendungsbereich 11: Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung

Johnson, L.-S., Johnson, D. L., Olson, M.-R., & Newman, J.-P. (1981). The uses of hypnotherapy with learning disabled children. *Journal-of-Clinical-Psychology*, 37(2), 291-299.

Anwendungsbereich 12: Hirnorganische Störungen

Peter, B. (2001). Phantomglied-Schmerzen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 640-650). Berlin: Springer

Trenkle, B. (1994). The Ericksonian utilization approach for the rehabilitation of paralyzed patients. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Ericksonian methods The essence of the story* (S. 445-461). New York: Brunner/Mazel.

Goertz, K. (2001). Ansätze von Hypnosetherapie bei stationären ZNS-Patienten. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual fuer die Praxis* (S. 669-680). Berlin: Springer

Kossak, H.-C. (2004). Hypnose. *Lehrbuch fuer Psychotherapeuten und Aerzte*. (4. vollst. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Busch, M. (1995). Ericksons Hypnotherapie und Feldenkrais' Bewegungslernen als Wege zur Rekonstruktion individueller Entwicklungschancen [Toncassette]. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

- Duffner, T. (1993). Die Feldenkraismethode in der Psychotherapie. In F. Christmann, M. Dietrich & W. Larbig (Hrsg.), *Ambulante Verhaltensmedizin und Psychotherapie. Der Blick ueber den Zaun* (S. 94-99). Muenchen: Quintessenz.
- Duffner, T. (1998). *Bewegung und Wahrnehmung oder warum Schroedingers Katze ueberlebt* [Videofilm produziert anlaesslich der Hypnotherapie-Tage 1998 in Bad Orb. Workshop mit einer Demonstration]. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Bandler, R. (1996). *Applied Neuro Dynamics*.
- Bandler, R. (1997). *Unbaendige Motivation. Angewandte Neurodynamik. Ueber NLP, schnelle Veraenderungen und vieles mehr*. Paderborn: Junfermann.
- Zeig, J.-K. (1985). *Experiencing Erickson. An Introduction to the Man and His Work*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Zeig, J.-K. (1995). *Die Weisheit des Unbewussten. Hypnotherapeutische Lektionen bei Milton H. Erickson*. Heidelberg: Auer.
- Zeig, J.-K. (2002). *Einzelunterricht bei Erickson*. Heidelberg: Auer. (Neuausgabe von: *Die Weisheit des Unbewussten*, 1995).

Anwendungsbereiche bei Kindern und Jugendlichen

- Mills, J.-C., Crowley, R., & Ryan, M.-O. (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within*. New York: Brunner/Mazel
- Mills, J.-C., Crowley, R., & Ryan, M.-O. (1996). *Therapeutische Metaphern fuer Kinder und das Kind in uns*. Heidelberg: Auer.
- Olness, K., & Kohen, D.-P. (1996). *Hypnosis and hypnotherapy with children* (3. Aufl.). New York, NY: Guilford Press.
- Olness, K. und Kohen, D. P. (2001). *Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Mrochen, S., Holtz, K.-L., & Trenkle, B. (Hrsg.). (1993). *Die Pupille des Betnaessers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Auer.
- Holtz, K.-L., Mrochen, S., Nemetschek, P., & Trenkle, B. (Hrsg.). (2000). *Neugierig aufs Grosswerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Auer.

Ergebnis des Antrags beim WBP

- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie*. URL (25.10.2009): <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.61.62>
- Revenstorf, D. (2006). *Anerkennung der Hypnotherapie*. URL (25.10.2009): http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/Anerkennung_Hypnotherapie.pdf

Liste der mit dem Antrag beim WBP eingereichten Originalstudien

Anwendungsbereichübergreifende Metaanalysen und Reviews

- Bongartz W, Flammer E, Schwonke R (2002). Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut* 47, 67-76
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). 4.7.5. Hypnose. In: *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, 626-637. Göttingen: Hogrefe
- Kirsch I (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (3), 517-519
- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 214-220
- Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH, Bovbjerg DH (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesthesia und Analgesia*, 94(6), 1639-45.
- In: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (April 2000) 48 (2). Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention.
- Cardena E (2000) Hypnosis for the treatment of trauma: A probably, but not yet fully supported efficacious intervention. 225-238

- Green JP, Lynn SJ (2000) Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. 195-224
- Milling LS, Costantino CA (2000) Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. 113-137
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH (2000) A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?. 138-153
- Pinnell CM, Covino NA (2000) Empirical support for the use of hypnosis in medicine: A review. 170-194
- Schoenberger N (2000) Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. 154-169

Anwendungsbereich 1: Affektive Störungen

Laverture, N.E., Kumar, V.K., Pekala, R.J. (2002). The Effectiveness of a Hypnotic Ego-Strengthening Procedure for Improving Self-Esteem and Depression. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 1-23.

Anwendungsbereich 2: Angststörungen

- Boutin, G.E, Tosi, D.J. (1983). Modification of Irrational Ideas and Test Anxiety through Rational Stage Directed Hypnotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 382-391.
- Horowitz, S.L. (1970). Strategies within Hypnosis for Reducing Phobic Behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 104-112.
- Sapp, M. (1991). Hypnotherapy and Test Anxiety: Two Cognitive-Behavioral Constructs. The Effects of Hypnosis in Reducing Test Anxiety and Improving Academic Achievement in College Students. *The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 12, 25-31.
- Spies, G. (1979). Desensitization of Test Anxiety: Hypnosis Compared with Biofeedback. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 108-111.
- Stanton, H.E. (1984). A Comparison of the Effects of an Hypnotic Procedure and Music on Anxiety Level. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12, 127-132.
- Stanton, H.E. (1991). Overcoming Fear of Public Speaking with the Diagnostic Trance. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 41-47.
- Stetter, F., Walter, G., Zimmermann, A. et al (1994). Ambulante Kurzzeittherapie von Angstpatienten mit autogenem Training und Hypnose. *Psychotherap. Psychosom.med. Psychol.*, 44, 226-234.

Anwendungsbereich 3: Belastungsstörungen

- Brende, J.O. und Benedict, B.D. (1980) The vietnam combat delayed stress response syndrome: hypnotherapie of "dissociative Symptoms" *The american journal of clinical hypnosis*, Vol. 23, 1, pp.34-40
- Brom, D., Kleber, R.J., Defares, P.B. (1989). Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Jiraneck, D. (1993). Use of hypnosis in pain management and post-traumatic stress disorder. *Australian Journal of clinical Hypnosis*. Vol. 21, No.1, 1993, pp. 75-84
- Leung, J. (1994) Treatment of post-traumatic stress disorder with hypnosis. *Australian journal of clinical and experimental Hypnosis*, Vol. 22, No.1, pp.87-96
- Moore, M. (2001). Hypnosis and Post-traumatic stress disorder. *Australian Journal of clinical and experimental hypnosis* Vol. 29, No. 2, 93-106

Anwendungsbereich 4: Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen

- Haanen, H.C.M., Hoenderdos, H.T.W., Romunde, L.K.J et al. (1991). Controlled Trial of Hypnotherapy in the Treatment of Refractory Fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 18, 72-75.
- Houghton, L.A., Heyman, D.J., Whorwell, P.J. (1996). Symptomatology, quality of life and economic features of irritable bowel syndrome – the effect of hypnotherapy. *Allment. Pharmacol. Ther.*, 10, 91-95.
- Melis, P.M.L., Rooimans, M.S., Egilius, L.H. et al. (1991). Treatment of Chronic Tension-type Headache With Hypnotherapy: A Single-blind Time Controlled Study. *Headache*, 31, 686-689.
- Spinhoven, P.A., Linssen, A.C., Van Dyck, R., Zitman, F. (1992). Autogenic Training and Self-Hypnosis in the Control of Tension Headache. *General Hospital Psychiatry*, 14, 408-415.
- Stam, H.J., McGrath, P.A., Brooke, R.I. (1984). The Effect of a Cognitive-Behavioral Treatment Program on Temporo-Mandibular Pain and Dysfunction Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 46, 6, 534-545.

Whorwell, P.J., Prior, A. und Colgan, S.M., (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. *Gut*, 28, 423-425.

Whorwell, P.J., Prior, A., Faragher, E.B. (1984). Controlled Trial of Hypnotherapy in the Treatment of Severe Refractory Irritable-Bowel-Syndrome. *The Lancet*, 2, 1232-1234.

Anwendungsbereich 5: Essstörungen

Griffiths, R.A., Hadzi-Pavlovic, D., Channon-Little, L. (1994). A Controlled Evaluation of Hypnotherapeutic Treatment for Bulimia Nervosa: Immediate Pre-Post Treatment Effects. *European Eating Disorders Review*, 2, 202-220.

Griffiths, R.A., Hadzi-Pavlovic, D., Channon-Little, L. (1996). The Short-Term Follow-Up Effects of Hypnotherapeutic and Cognitive Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 4, 12-31.

Anwendungsbereich Adipositas

Bolocofsky, D.N., Spinler, D., Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of Hypnosis as an Adjunct to Behavioral Weight Management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.

Bornstein, P.H., Devine, D.A. (1980). Covert Modeling-Hypnosis in the Treatment of Obesity. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 272-276.

Deyoub, P.L. (1979). Hypnosis in the Treatment of Obesity and the Relation of Suggestibility to Outcome. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 26, 137-149.

Anwendungsbereich 6: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen

Reid, W.H., Ahmed, I., Levie, C.A. (1981). Treatment of sleepwalking: A controlled Study. *American Journal of Psychotherapy*, 35 (1), 27-37

Stanton, H.E. (1989). Hypnotic relaxation and the Reduction of Sleep Onset Insomnia. *International Journal of Psychosomatics*, 36, 64-67.

Woolfolk, R.L., McNulty, T.F. (1983). Relaxation Treatment for Insomnia: A Component Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 495-503.

Anwendungsbereich 7: Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten

Anderson, J.A.D., Basker, M.A., Dalton, R. (1975). Migraine and Hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 48-58.

Ashton, R.C., Gerard, C., Whitworth, G.C. et al (1995). The Effect of Self-Hypnosis on Quality of Life Following Coronary Artery Bypass Surgery : Preliminary Results of a Prospective, Randomized Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1, 285-290.

Ashton, R.C., Whitworth, G.C., Seldomridge, J.A. et al (1997). Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized Trial. *J Cardiovasc Surg*, 38, 69-75.

Citron, K.M., Black, S., Crocket, J.A. et al (1968). Hypnosis for Asthma – a Controlled Trial. *British Medical Journal*, 4, 71-76.

Colgan, S.M., Faragher, E.B., Whorwell, P.J. (1988). Controlled Trial of Hypnotherapy in Relapse Prevention of Duodenal Ulceration. *The Lancet*, 11, 1299-1300.

Enquist, B., Björklund, C., Engman, M., Jakobsson, J. (1997). Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. *Acta Anaesthesiol Scand*, 41, 1028-1032.

Ewer, T., C., Stewart, D. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 293, 1129-1132.

Faymonville, M.E., Mambourg, P.H., Joris, B. et al (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus reducing strategies : a prospective randomized study. *Pain*, 73, 361-367.

Goldman, L., Ogg, T.W., Levey, A.,B. (1988). Hypnosis and daycase anaesthesia. *Anaesthesia*, 43, 466-469.

Harmon, T.M., Tyre, T.E. (1990). Improved Obstetric Outcomes using Hypnotic Analgesia and Skill Mastery Combined with Childbirth Education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 525-530.

Horton-Hausknecht, J.R., Mitzdorf, U., Melchart, D. (2000). The Effect of Hypnosis therapy on the Symptoms and Disease Activity in Rheumatoid Arthritis. *Psychology and Health*, 14, 1089-1104.

- Jenkins, M. W., Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 100, 221-226.
- Mauer, M.H., Burnett, K.F., Ouellette, E.A. et al (1997). Medical Hypnosis and Orthopedic Hand Surgery : Pain Perception, Postoperative Recovery, and Therapeutic Comfort. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 144-161.
- Meurisse, M., Defechereux, T., Hamoir, E. et al (1999). Hypnosis with Conscious Sedation instead of General Anaesthesia ? Applications in Cervical Endocrine Surgery. *Acta chir belg*, 99, 151-158.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Burns, G.L., Marvin, J.A. (1992). Hypnosis for the Treatment of Burn Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 713-717.
- Syrjala, K.L., Cummings, C., Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment : a controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137-146.
- Weinstein, E.J., Au, P.K. (1991). Use of Hypnosis before and during Angioplasty. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 29-37.
- Wright, B.R., Drummond, P.D. (1999). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, 26, 275-282.

Anwendungsbereich 9: Abhängigkeiten und Substanzmissbrauch

- Javel, A.F. (1980). One-Session Hypnotherapy for Smoking : A Controlled Study. *Psychological Reports*, 46, 895-899.
- Kline, M.V. (1970). The use of Extended Group Hypnotherapy Sessions in Controlling Cigarette Habituation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 4, 270-282.
- Manganiello, A.J. (1984). A Comparative Study of Hypnotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Methadone Addicts. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 273-279.
- Pederson, L.L., Scrimgeour, W.G., Lefcoe, N.M. (1975). Comparison of Hypnosis Plus Counseling, Counseling Alone, and Hypnosis Alone in a Community Service Smoking Withdrawal Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 920.
- Rabkin, S.W., Boyko, E., Shane, F., Kaufert, J. (1984). A randomized Trial Comparing Smoking Cessation Programs Utilizing Behaviour Modification, Health Education or Hypnosis. *Addictive Behaviours*, 9, 157-173.
- Schubert, D. (1983). Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 198-202.
- Williams, J.M., Hall, D.W. (1988). Use of Single Session Hypnosis for Smoking Cessation. *Addictive Behaviors*, 13, 205-208.

Anwendungsbereiche bei Kindern und Jugendlichen

- Banerjee, S., Srivastav, A., Palan, B.M. (1991). Hypnosis and Self-Hypnosis in the Management of Nocturnal Enuresis: A Comparative Study with Imipramine Therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 113-119.
- Edwards, S.D., Spuy, H.I.J. (1983). Hypnotherapy as a Treatment for Enuresis. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 26, 161-170.
- Jacknow, D., Tschann, J.M., Link, M.P., Boyce, W.T. (1994). Hypnosis in the Prevention of Chemotherapy-Related Nausea and Vomiting in Children: A Prospective Study. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 258-264.
- Kuttner, L. (1988). Favorite Stories: A Hypnotic Pain-Reduction Technique for Children in Acute Pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 289-295.
- Lambert, S.A. (1996). The Effects of Hypnosis/Guided Imagery on the Postoperative Course of Children. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 17, 307-310.
- Lioffi, C., Hatira, P. (1999). Clinical Hypnosis versus Cognitive Behavioral Training for Pain Management with Pediatric Cancer Patients undergoing Bone Marrow Aspirations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 104-116.
- Zeltzer, L.K., Dolgin, M.J., LeBaron, S., LeBaron, C. (1991). A Randomized, Controlled Study of Behavioral Intervention for Chemotherapy Distress in Children with Cancer. *Pediatrics*, 88, 34-42.

Anhang

Liste der aus dieser Dissertation hervorgegangenen Vorveröffentlichungen

- Revenstorf, D., Schauer, D. und Flammer, E. (2001). Empirische Befunde zur Effektivität der Hypnotherapie. (Internet-Vorveröffentlichung, aktualisierte Version Mai 2002). Universität Tübingen, URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/Meta-Analyse.pdf>.
- Revenstorf, D. (Hrsg.). (2003). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (§ 11 Psychotherapiegesetz). URL (25.10.2009): <http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/expertise.pdf>. [Ausgabe als Zeitschrift: Hypnose-ZHH, 2006, 1(1+2)].

Lebenslauf

aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

