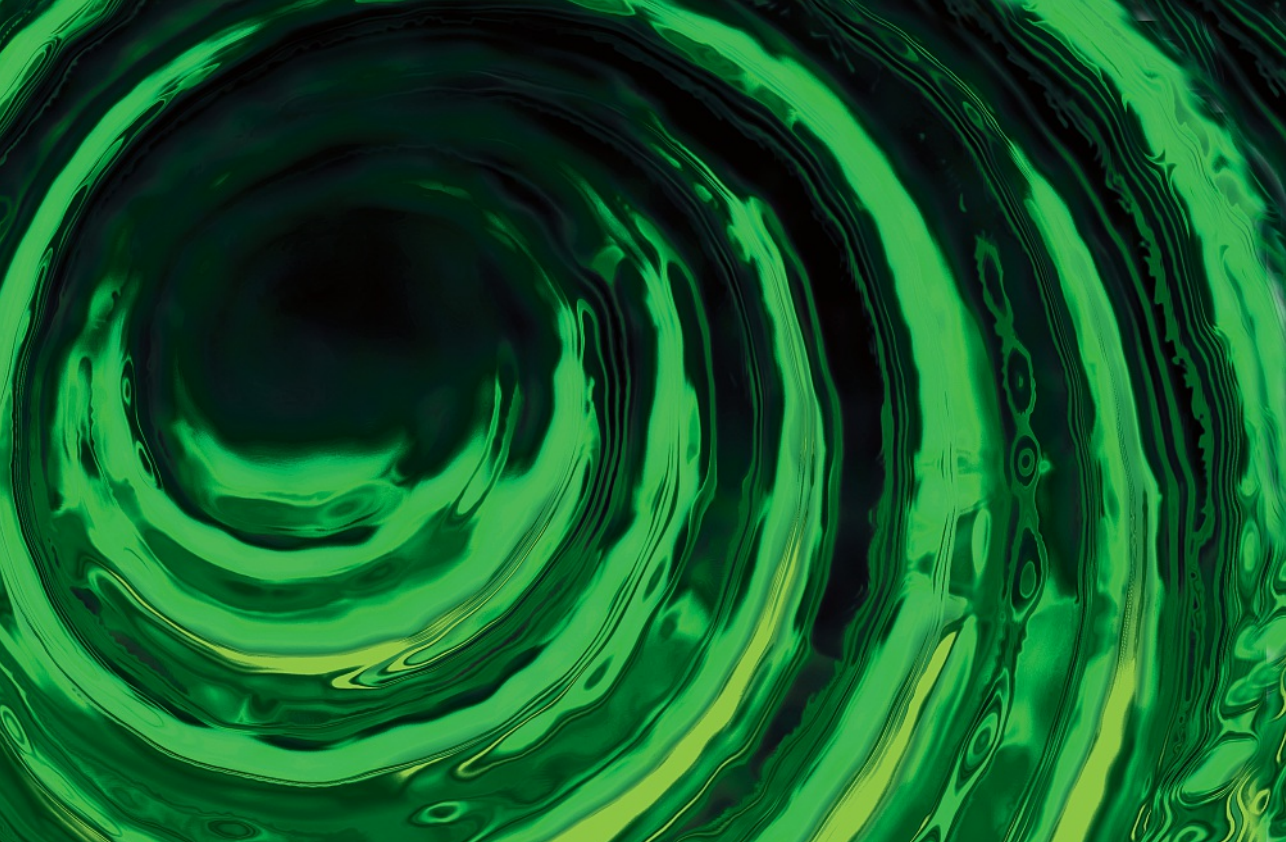




Kossak

5. Auflage

Hypnose

Lehrbuch für Psychotherapeuten
und Ärzte



BELTZ

Inhalt

Vorwort zur 5. Auflage	25
Teil I Geschichte und Theorien	29
1 Geschichte der Hypnose	31
1.1 Vorwissenschaftliche Formen	31
1.1.1 Frühe Kulturen	31
1.1.2 Hypnose – Rituale der Naturvölker	33
1.1.3 Meditations- und Gebetsformen	35
1.2 Beginn einer Wissenschaft: von Paracelsus zu Freud	35
1.2.1 Von der Mystik zur Aufklärung	35
1.2.2 Franz Anton Mesmer	36
1.2.3 Puységurs Weiterentwicklung	41
1.2.4 Abbé Faria	42
1.2.5 Braid und die Entwicklung in England	42
1.2.6 Die Schule von Nancy	44
1.2.7 Die Schule der Salpêtrière	45
1.2.8 Freuds Entdeckungen durch Hypnose – und seine Kritik	47
1.3 Jüngste historische Entwicklung der Hypnose	51
1.3.1 Internationale Entwicklungen	51
1.3.2 Entwicklungsaspekte im deutschsprachigen Raum	52
1.4 Auswirkungen und Wechselwirkungen von Hypnose und Kunst	54
1.4.1 Literatur	54
1.4.2 Comic und Graphic Novels	55
1.4.3 Film	55
2 Theorien der Hypnose	56
2.1 Historische Theorien	56
2.2 Die Dissoziationstheorie – Pierre Janet	56
2.3 Die Neodissoziationstheorie – Ernest R. Hilgard	57
2.4 Die Dissoziations-Kontroll-Theorie – Erik Z. Woody und Kenneth S. Bowers	58
2.5 Die Theorie der Rollengestaltung – Theodore R. Sarbin	59
2.6 Die psychoanalytische Interpretation – Merton M. Gill und Margaret Brenman	60
2.7 Das Real-Simulations-Modell – Martin T. Orne	60
2.8 Der Kommunikationsansatz – Milton H. Erickson	60
2.8.1 Grundmethoden Ericksons	61
2.9 Der ökosystemische Ansatz – David P. Fourie	64

2.10	Kognitive Selbstorganisationstheorie – Peter Kruse und Vladimir A. Gheorghiu	65
2.11	Erste Erklärungsmodelle der Verhaltenstheorien	65
2.11.1	Frühe Ansätze	65
2.11.2	Theorie der zerebralen Inhibition – Iwan Petrowitsch Pawlow	66
2.11.3	Hypnose als Verhalten – Clark Hull	67
2.11.4	Hypnose als »abstraktes Konditionieren« – L. A. Welch	68
2.12	Operationale, kognitiv-behaviorale und soziokognitive Ansätze	69
2.12.1	Die Ansätze von Theodore X. Barber	69
2.12.2	Die kognitiven und sozialpsychologische Theorien – Nicolas P. Spanos	71
2.12.3	Die sozial-kognitive Theorie – Irving Kirsch und Steven Jay Lynn	72
2.13	Hypnose als Produkt der Evolution	75
3	Theorien: Überblick und Vergleiche	77
3.1	Theorienvergleiche	78
3.2	Diskussion »state« versus »non-state«	79
3.3	Theorien- und Methodendiskussion: Therapie nach Erickson	81
3.4	Versuch einer Definition von Hypnose	82
3.5	Praxisrelevanz der Theorien	84
	Experimentelle Grundlagen	86
4	Suggestion, Suggestibilität, Hypnotisierbarkeit: Definitionen, Korrelate	86
4.1	Der Begriff der Suggestion	86
4.2	Abgrenzung von Suggestion und Hypnose	88
4.2.1	Suggestion ohne Hypnose	89
4.2.2	Hypnose ohne Suggestion	92
4.2.3	Suggestion mit Hypnose	92
4.3	Suggestibilität	93
4.4	Arbeitsdefinitionen und Pragmatik für die Therapie	95
4.5	Grundlegende Ergebnisse aus der Suggestibilitätsforschung	96
4.5.1	Stabilität versus Erlernbarkeit	96
4.5.2	Persönlichkeitsfaktoren und Hypnotisierbarkeit	99
4.5.3	Hypnotisierbarkeit – weitere Forschungsergebnisse	102
5	Tests zur Messung der Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit	105
5.1	Überlegungen zur Testkonstruktion	105
5.2	Historische Skalen zur Hypnotisierbarkeit	105

5.3	Moderne Skalen zur Hypnotisierbarkeit	106
5.3.1	Skalen für Erwachsene	106
5.3.2	Skalen für Kinder	109
5.3.3	Verhaltensskalen	109
5.3.4	Skalen für klinische und spezielle Anwendungen	110
5.4	Auswahl der angemessenen Skala	111
5.5	Kritik an den Skalen	112
5.6	Klinische Relevanz der Hypnotisierbarkeitsskalen	114
6	Zum Problem der hypnotischen Tiefe	116
6.1	Historische Betrachtungen zur Hypnosetiefe	116
6.2	Moderne Skalen zur Messung der Hypnosetiefe	116
6.3	Forschungsergebnisse	117
6.4	Folgerungen	118
6.5	Vertiefungsmethoden zur Verbesserung von Entspannung, Imagination und Kooperation	120
7	Verhalten in Hypnose	125
7.1	Kommunikation – Rapport	125
7.2	Reaktionen der Motorik	127
7.2.1	Ideomotorik	127
7.2.2	Katalepsie	129
7.2.3	Armlevitation	131
7.2.4	Automatisches Schreiben und andere Automatismen	132
7.3	Psycho-physiologische Reaktionen	135
7.3.1	Kardio-vaskuläre Reaktionen	135
7.3.2	Speichelsekretion	140
7.4	Immunsysteme	140
7.4.1	Wirkungen auf das Immunsystem	140
7.4.2	Allergiereaktionen	141
7.4.3	Hautreaktionen	141
7.5	Neurobiologie und Neuropsychologie der Hypnose	143
7.5.1	Grundlegende neurobiologische Funktionen und Aktivitäten in Hypnose	143
7.5.2	Hypnotisierbarkeit und Gehirnaktivitäten	147
7.5.3	Spezielle Gehirnfunktionen und Fragestellungen mit Hypnose	148
7.6	Veränderungen der Wahrnehmung	153
7.6.1	Halluzinationen	154
7.6.2	Hypnotische Farbenblindheit	156
7.6.3	Hypnotische Blindheit	157
7.6.4	Hypnotische Taubheit	157
7.6.5	Hypnotische Geruchsreduktion – Anosmie	159
7.6.6	Analgesie und Anästhesie	159

7.6.7	Veränderung des Körperschemas	162
7.6.8	Emotionale Unempfindlichkeit	162
7.7	Veränderungen von Gedächtnis und Zeiterleben	163
7.7.1	Altersregression	163
7.7.2	Altersprogression	170
7.7.3	Zeitverzerrung	172
7.7.4	Amnesie	174
7.7.5	Hypermnésie	178
7.8	Veränderungen weiterer psychologischer Aspekte	178
7.8.1	Dissoziation – »Der verborgene Beobachter«	178
7.8.2	Dissoziation bei Analgesie und Anästhesie	180
7.8.3	Posthypnotische Suggestionen	181
7.8.4	Trance-Logik	184
7.9	Weitere Aspekte der Hypnose	186
Teil II	Indikation und Abgrenzung	189
	Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose	191
8	Indikationen und Vorteile der Hypnoseanwendung	191
8.1	Indikationen der Hypnose	191
8.1.1	Historische Aspekte	191
8.1.2	Allgemeine Indikationsbereiche	191
8.1.3	Differenzielle Indikationsstellung	192
8.2	Vorteile der Arbeit mit Hypnose	193
9	Abgrenzungen, Gefahren, Grenzen und Kontraindikationen	195
9.1	Abgrenzung der Hypnose gegenüber Schlaf, Entspannung und Alltagsverhalten	195
9.2	Gefahren der Hypnose	196
9.2.1	Gefahren für die Patienten	196
9.2.2	Gefahren für den Therapeuten	198
9.3	Grenzen der Hypnose	199
9.3.1	Grenzen der Hypnose als reine Anwendertechnik	199
9.3.2	Grenzen des Therapeuten	199
9.3.3	Probleme in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient	200
9.3.4	Grenzen des Patienten	201
9.3.5	Methodikprobleme	204
9.4	Wenn Hypnose falsch eingeordnet wird	207
9.5	Kontraindikationen	209
10	Ethische und religiöse Aspekte der Hypnose	212
10.1	Ethische Aspekte	212

10.1.1	Verantwortung für Therapie und Experiment	212
10.1.2	Ethische Prinzipien für den Therapeuten	212
10.2	Religiöse Aspekte	215
10.2.1	Altes Testament	215
10.2.2	Neues Testament	215
10.2.3	Sichtweisen des Christentums	216
10.2.4	Sichtweisen anderer Religionen	217
11	Bühnen- und Showhypnose, Tierhypnose	219
11.1	Grundprinzipien der Showhypnose	220
11.2	Ablauf der Showhypnose	220
11.2.1	Vorbereitung des Publikums	220
11.2.2	Auswahl der Mitwirkenden	221
11.2.3	Einleitung der Hypnose	221
11.2.4	Durchführung der Suggestionen	222
11.2.5	Beendigung der Hypnose	222
11.2.6	Ausbildung der Showhypnotiseure	222
11.3	Zusatzprinzipien und Techniken der Showhypnose	223
11.4	Die Show mit der »echten Hypnose«	225
11.5	Gefahren der Showhypnose	226
11.6	Fallbeispiele	229
11.7	Neuropsychologische Erklärungen der Showhypnose	231
11.8	Gesetzliche Aspekte der Showhypnose	231
11.9	Tierhypnose	232
11.9.1	»Tierhypnose« als Körperstarre	233
11.9.2	Moderne Experimente und Wissenschaftsfolgerungen	235
Teil III	Anwendung	237
Elemente der Hypnosesitzung		239
12	Sitzungsaufbau, Therapievoraussetzungen, Patientenaufklärung	239
12.1	Aufbau einer Hypnosesitzung	239
12.1.1	Einleitungsgespräch bzw. Einleitungsgeschichte	240
12.1.2	Induktion	240
12.1.3	Ruheszene	240
12.1.4	Therapiephase, Interventionsphase	242
12.1.5	Rückführung, Beendigung	243
12.1.6	Nachbesprechung der Hypnosephase	244
12.1.7	Therapeutische Hausaufgaben	245
12.2	Voraussetzungen für die Hypnoseanwendung	245
12.2.1	Erwartungshaltungen des Patienten	245

12.2.2	Überprüfung der Imaginationsfähigkeit des Patienten	246
12.2.3	Beeinflussende Faktoren der Imaginationen	246
12.2.4	Allgemeine Grundhaltung des Therapeuten	247
12.3	Aufklärung des Patienten	248
12.3.1	Das Aufklärungsgespräch	248
12.3.2	Häufige Patientenfragen	248
12.3.3	Informationsblatt für Patienten	249
13	Vorbereitungsübungen und Vertrauensaufbau	251
13.1	Methodische Aspekte	251
13.2	Vorbereitungstests	253
13.2.1	Der Versuch mit dem Chevreulschen Pendel	254
13.2.2	Die sogenannten »Katalepsie«-Tests	256
13.2.3	Das Kohnstamm-Phänomen	260
13.2.4	Der Body-Sway-Test	263
14	Die Induktion der Hypnose – Theorie und Praxis	264
14.1	Definition der Induktion	264
14.2	Forschungsergebnisse: Induktionsvariablen und ihre Praxisanwendung	266
14.2.1	Aufbau von Erwartung und Kooperation	266
14.2.2	Verbalisierungen der Suggestionen	267
14.2.3	Verbindung von Suggestionen mit aktuellen Ereignissen	268
14.2.4	Vorbeugen oder Uminterpretieren von Fehlern des Patienten	269
14.2.5	Weitere Variablen	270
14.3	Methoden der Induktion	271
14.3.1	Verbalsuggestionen	272
14.3.2	Augenfixationsmethoden	274
14.3.3	Varianten der Fixationsmethoden	277
14.3.4	Induktion über bestimmte Reize	279
14.3.5	Spezielle nonverbale Induktionsverfahren	280
14.4	Apparative Hilfen bei der Induktion	281
14.5	Schnellinduktionen	283
14.6.	Neurophysiologie der Induktion – Induktion und Augenschließen	284
14.7	Anmerkungen, Kritik und Ausblick	284
15	Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient in der Hypnose	285
15.1	Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Psychotherapie	285
15.2	Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Hypnose	287
15.3	Anforderungen an den Hypnosetherapeuten	288
15.4	Experimentelle Befunde	291

15.5	Kommunikation zwischen Therapeut und Patient	291
15.5.1	Theoretische Perspektiven	291
15.5.2	Was ist hypnotische Kommunikation?	292
15.6	Erklärungsmodelle der Therapeut-Patient-Beziehung	292
15.6.1	Kommunikationstheoretisches Erklärungsmodell	292
15.6.2	Verhaltenstheoretische Erklärungsmodelle	293
15.7	Schlussbemerkung	295
Kombinationen		296
16	Hypnoseanwendung in Kombination mit verschiedenen Therapiemethoden	296
16.1	Kombination und Integration von Therapiemethoden	296
16.2	Psychoanalyse – Hypnoanalyse	298
16.2.1	Klassische Hypnoanalyse	298
16.2.2	Ego-State-Therapy	298
16.2.3	Die Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP)	299
16.2.4	Autogenes Training (AT)	299
16.2.5	Autogene Psychotherapie (ATP)	299
16.3	Gesprächspsychotherapie	299
16.4	Gestalttherapie	300
16.5	Gruppentherapieformen und systemische Ansätze	300
16.5.1	Allgemeine Gruppentherapie	300
16.5.2	Hypnosystemische Therapie	301
16.5.3	Psychodrama	301
16.5.4	Kritische Betrachtungen der Gruppentherapie mit Hypnose	302
16.6	Familien- und Paartherapie	302
16.6.1	Familientherapie	302
16.6.2	Paartherapie	303
16.7	Entspannungsverfahren	303
16.8	Hypnose und Biofeedback	304
16.9	Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR	304
16.10	Meditation und Hypnose	305
16.10.1	Meditation	305
16.10.2	Achtsamkeit, Akzeptanz und Hypnose	305
16.11	Weitere Kombinationsformen von Hypnose	307
16.11.1	Hypnopunktur	307
16.11.2	Psychodynamisch-Imaginative Traumaarbeit (PITT)	308
16.11.3	Memory Focused Intervention (MFI)	308
16.12	Neurolinguistisches Programmieren (NLP)	309
16.13	Rationale-emotive Therapie (RET)	309

17	Hypnose und Kognitiv-behaviorale Therapie (KBT)	310
17.1	Verhaltenstheorien	310
17.2	Hypnose aus der Perspektive der kognitiven Verhaltenstheorie	311
17.3	Verhaltenstherapie, Kognitiv-behaviorale Therapie	312
17.4	Methodenkombination von Hypnose und kognitiv-behavioraler Therapie	315
17.4.1	Historischer Abriss	315
17.4.2	Vorteile der Methodenkombination	316
18	Kognitiv-behaviorale Therapie – Behandlungsmethoden mit Hypnose	320
18.1	Konfrontations- und Bewältigungsverfahren	320
18.1.1	Systematische Desensibilisierung	321
18.1.2	Konfrontation und Reaktionsverhinderung	322
18.1.3	Training in Angstbewältigung	323
18.1.4	Selbstsicherheitstrainings	324
18.2	Operante Methoden	324
18.3	Modelllernen	327
18.4	Selbstkontrolle	327
18.5	Modelle kognitiver Therapien	328
18.5.1	Klassische kognitiv-behaviorale Methoden	328
18.5.2	Rational-emotive Therapie – RET	331
18.5.3	Kognitive Interventionen bei Depressionen	332
18.5.4	Problemlösen als kognitives Therapieverfahren	332
18.5.5	»Paradoxe« Interventionsansätze	333
18.6	Kognitiv-behaviorale Kurztherapie der Angst mit Hypnose (KBKH)	334
18.6.1	Grundelemente der Therapie	335
18.6.2	Bewertung der Intervention	338
	Spezialmethoden	339
19	Imaginative Verfahren – Methoden, Anwendungen	339
19.1	Geschichte und Begriffsbestimmung	339
19.2	Theoretische Erklärungsmodelle	340
19.2.1	Propositionen	340
19.2.2	Erklärungsmodelle für Imaginationen – Gesehen oder gedacht?	341
19.3	Imagination und Hypnose	342
19.4	Therapeutische Wirkungen	343
19.5	Methodische Hinweise	344
19.6	Imaginative Methoden in der Psychotherapie und Hypnose	346
19.6.1	Imaginations-Grundübung	347
19.6.2	Erleichterung der Imagination/der Hypnose	347

19.6.3	Veränderungen von Wahrnehmungsqualitäten der Auslöser	348
19.6.4	Zeitveränderungen	349
19.6.5	Selbstwahrnehmung	349
19.6.6	Das idealisierte Selbstbild	350
19.6.7	Ich-Stärkung	351
19.6.8	Regietechniken	352
19.6.9	Probehandeln	353
19.6.10	Steigerungstechniken	355
19.6.11	Umdeutungen	356
19.6.12	Symbolisierungen, Bilder	357
19.6.13	Abfalltechniken	357
19.6.14	Psychologische Räume	359
19.6.15	Hypnotisch induzierter Traum	360
19.6.16	Schultafel, Projektionswand	360
19.6.17	Die Pille	361
19.6.18	Heilende und helfende Bilder	361
19.6.19	Systembezogene Innenbilder – Berücksichtigung von Symptom und Organ	363
20	Selbsthypnose	364
20.1	Historische Aspekte und Definitionsprobleme	364
20.2	Experimentelle Befunde (Kurzabriss)	366
20.3	Anleitung zur Selbsthypnose	367
20.3.1	Umgekehrte Handlevitation	367
20.3.2	Das Stufen-Lernprogramm	367
20.3.3	Schnellinduktionen zur Selbsthypnose	369
20.3.4	Die Überallmethode	370
20.4	Indikationsbreite	370
20.5	Selbsthypnose bei Kindern	372
20.6	Tonträger zur Selbsthypnose	372
20.6.1	Individuelle Therapie-Instruktionen auf Tonträgern	372
20.6.2	Allgemeine und Standard-Instruktionen auf Tonträgern	374
20.6.3	Standard-Instruktionen der zum Buch gehörenden Online-Materialien	374
20.7	Kontraindikationen der Selbsthypnose	375
21	Hypnose bei Kindern und Jugendlichen	376
21.1	Historischer Kurzabriss	376
21.2	Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit bei Kindern	377
21.3	Experimentelle Befunde	378
21.4	Einstellungen von Kindern und Eltern	378
21.5	Entwicklungspsychologie und Anwendungspraxis	378

21.5.1.	Anwendungen auf den Grundlagen der Entwicklungspsychologie	379
21.5.2.	Erstkontakte	380
21.5.3	Kommunikation	381
21.5.4	Kommunikation mit Hypnose	382
21.6	Bezugspersonen und Aktivitäten	383
21.7	Induktionstechniken für Kinder	383
21.7.1	Präverbale Techniken	385
21.7.2	Einfache verbale Techniken	385
21.7.3	Vorschule und Schulanfangsbereich	386
21.7.4	Mittlere Kindheit	387
21.7.5	Jugendliche	388
21.8	Anwendungsbereiche der Kinder-Hypnose	389
21.9	Grenzprobleme in der Kinder-Hypnose	390
Anwendungsbereiche		391
22	Hypnose in der Psychotherapie	391
22.1	Angststörungen und angstbezogene Probleme	391
22.1.1	Phobien und Panikattacken	391
22.1.2	Zwangsstörungen	396
22.1.3	Stressreaktionen	398
22.1.4	Posttraumatische Belastungsstörung	401
22.1.5	Trauer – Sterbeprobleme, Hinterbliebene	413
22.2	Somatoforme Störungen	415
22.2.1	Somatisierungsstörung	416
22.2.2	Konversionsstörung	416
22.2.3	Hypochondrische Störung	419
22.3	Schmerzen	419
22.3.1	Erklärungsmodelle	419
22.3.2	Implikationen der Gehirnforschung für die klinische Praxis	422
22.3.3	Kognitiv-behaviorale Therapiemethoden kombiniert mit Hypnose	424
22.3.4	Chronische Schmerzen	428
22.3.5	Schmerzbehandlung bei Kindern	437
22.3.6	Schmerzprobleme älterer Menschen	438
22.3.7	Moderne Schmerztherapie mit Hypnose: Videorealität und Internet	438
22.4	Dissoziative Identitätsstörung	440
22.5	Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen	443
22.5.1	Sexuelle Funktionsstörungen	445
22.5.2	Sexuelle Abweichungen – Paraphilien	448
22.5.3	Geschlechtsidentitätsstörungen	450

22.6	Essstörungen, Schluckbeschwerden, Erbrechen	451
22.6.1	Adipositas	451
22.6.2	Anorexia nervosa (Magersucht)	454
22.6.3	Bulimie (Ess-Brech-Sucht)	456
23.6.4	Dysphagie (Schluckstörung)	457
22.6.5	Erbrechen	457
22.7	Schlafstörungen	457
22.7.1	Dyssomnien (Insomnien, Hyposomnien)	458
22.7.2	Parasomnien	461
22.7.3	Schlafbezogene Atmungs- und Bewegungsstörungen	463
22.7.4	Neurologisch bedingte Erkrankungen des Schlaf-Wach-Rhythmus	464
22.8	Störungen der Impulskontrolle	466
23.8.1	Pathologisches, zwanghaftes Stehlen, Kleptomanie	466
22.8.2	Trichotillomanie (Haarausreißen)	466
22.9	Affektive Störungen	468
22.9.1	Bipolare Störungen, Manische Episoden	468
22.9.2	Depressive Störungen, Major Depression	468
22.10	Schizophrenie und andere psychotische Störungen	471
22.11	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung)	473
22.12	Lern- und Leistungsstörungen, Examensprobleme, Lernbeeinträchtigungen, Schulprobleme	473
22.12.1	Lernverbesserung durch Hypnose?	474
22.12.2	Beeinflussung der Lernsituation, Abbau von Angst und Stress	476
22.12.3	Lernstörungen, Entwicklungsstörungen	480
22.12.4	Störungen der Aufmerksamkeit – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	480
22.12.5	Schulverweigerer	481
22.13	Ticstörungen	482
22.13.1	Motorische Ticstörungen	482
22.13.2	Gilles-de-la-Tourette-Syndrom	483
22.14	Ausscheidungsstörungen	483
22.14.1	Enuresis (Einnässen)	483
22.14.2	Psychogene retentio urinae (Paruresis)	486
22.14.3	Enkopresis (Einkoten)	486
22.15	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	487
22.15.1	Nägelkauen	487
22.15.2	Daumenlutschen	488
22.15.3	Psychogener Husten (habit cough)	489
22.15.4	Trotzanfälle	489
22.15.5	Aggressionen	490

22.15.6	Autoaggressionen	492
22.16	Sprech- und Sprachstörungen	493
22.16.1	Stottern	493
22.16.2	Stimmstörungen	495
22.17	Kinder- und Jugendlichenprobleme	496
22.17.1	Allgemeine Jugendlichenprobleme	497
22.17.2	Geringes Selbstvertrauen bei Jugendlichen	497
22.17.3	Delinquentes Verhalten bei Jugendlichen	498
22.18	Behinderungen und Rehabilitation	499
22.18.1	Geistige Behinderung	500
22.18.2	Rehabilitation	500
22.18.3	Hypnose als Teil des rehabilitativen Therapie- und Pflege- systems	502
22.19	Störungen durch Substanzkonsum	504
22.19.1	Nikotinabhängigkeit	504
22.19.2	Alkoholabhängigkeit	508
22.19.3	Sonstige Abhängigkeiten	509
22.20	Probleme alter Menschen	511
22.20.1	Selbstsicherheit alter Menschen	511
22.20.2	Sexualität im Alter	512
22.20.3	Schmerz und Rehabilitation alter Menschen	513
22.21	Geschlechtsspezifische Fragestellungen und Probleme	513
23	Hypnose in der Medizin	516
23.1	Kardio-vaskuläre Störungen (Herz-Kreislauf-Störungen)	516
23.1.1	Essentielle Hypertonie und Blutregulation	516
23.1.2	Kardiale Arrhythmie und Herzinfarkt	517
23.1.3	Herzoperationen	518
23.1.4	Hämophilie	519
23.2	Gastrointestinale Störungen	520
23.2.1	Endoskopie, Koloskopie, Magen- oder Darmspiegelung	520
23.2.2	Störungen des Ösophagus	521
23.2.3	Erbrechen	522
23.2.4	Magen- und Zwölffingerdarmerkrankungen	523
23.2.5	Darmerkrankungen	523
23.2.6	Funktionelle Abdominalbeschwerden, funktionelles Magen- Darm-Syndrom	527
23.2.7	Funktionelle Dyspepsie, nichtulzeröse Dyspepsie	528
23.2.8	Singultus (Schluckauf)	528
23.3	Rheumathoide Arthritis	528
23.4	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	530
23.4.1	Diabetes	530
23.4.2	Zystische Fibrose, Mukoviszidose	532

23.5	Pulmonale Problemstellungen	532
23.5.1	Respiratorische Probleme	532
23.5.2	Dyspnoe	533
23.6	Allergische Reaktionen – Psychoneuroimmunologie	533
23.6.1	Psychoneuroimmunologie	534
23.6.2	Asthma bronchiale	535
23.6.3	Allergische Rhinitis (Heuschnupfen)	538
23.7	Dermatologische Probleme	538
23.7.1	Acne vulgaris und Acne excorieé	539
23.7.2	Urtikaria (Nesselsucht) und Angioödem	540
23.7.3	Ichthyosis (Fischschuppenkrankheit)	541
23.7.4	Verrucae (Warzen)	541
23.7.5	Neurodermitis atopica (endogenes Ekzem; atopische Dermatitis)	542
23.7.6	Psoriasis (Schuppenflechte)	544
23.7.7	Raynaudsche Erkrankung	544
23.7.8	Herpes	545
23.7.9	Alopecia areata	546
23.7.10	Weitere dermatologische Probleme	546
23.8	Onkologische Probleme	547
23.8.1	Psychoneuroimmunologie und Psychoonkologie	547
23.8.2	Hypnose und Immunstärkung – Krebsbehandlung	547
23.8.2	Vorschläge für ein Behandlungsprogramm	548
23.8.3	Behandlung der Nebenwirkungen	550
23.8.4	Kinder als Krebspatienten	552
23.8.5	Palliativmedizin und Hypnose	554
23.9	Neurologische Störungen	556
23.9.1	Multiple Sklerose	556
23.9.2	Dystonie	556
23.9.3	Chorea Huntington	558
23.9.4	Hemiparese und Hemiplegie (Halbseitenlähmung)	558
23.9.5	Epilepsien (zerebrale Anfallsleiden)	559
23.9.6	Myoklonie	561
23.9.7	Parkinson-Erkrankung (Schüttellähmung)	561
23.9.8	Weitere neurologische Störungen	561
23.10	Urologie	562
23.11	Gynäkologie	563
23.11.1	Problemgebiete im Menstruationszyklus	563
23.11.2	Schwangerschaftsbeschwerden und Komplikationen	565
23.11.3	Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe	567
23.11.4	Weitere gynäkologische Problemstellungen	569
23.12	Augenheilkunde	571
23.12.1	Myopie (Kurzsichtigkeit)	571

23.12.2	Amblyopie (Schwachsichtigkeit)	572
23.12.3	Strabismus (Schielen)	572
23.12.4	Glaukom (Grüner Star)	573
23.12.5	Weitere Aspekte der Augenheilkunde	573
23.13	Ohrenheilkunde	574
23.13.1	Tinnitus aurium (Ohrenklingen)	574
23.13.2	Hörsturz; akute Ertaubung	575
23.13.3	Psychogene Taubheit	575
23.14	Infektionskrankheit – HIV- und Aids-Erkrankungen	576
23.15	Orthopädie	577
23.16	Chirurgie und Anästhesie	578
23.16.1	Notfallversorgung und Notaufnahme	579
23.16.2	Biopsie und Radiologien	580
23.16.3	Vorbereitung des Patienten – Suggestionsbeispiele und methodische Hinweise	580
23.16.4	Aufrechterhaltung der Hypnosewirkungen	582
23.16.5	Rückorientierung	583
23.16.6	Kinder als Patienten	584
23.16.7	Vorteile der Hypnose-Wirkungen	584
23.16.8	Beispiele für Chirurgie mit Hypnose	587
23.16.9	Hören unter Narkose	589
23.17	Chronische Erkrankungen	591
24	Hypnose in der Zahnmedizin	592
24.1	Historischer Kurzaufsatz	592
24.2	Psychische und physiologische Situation des Patienten	592
24.3	Allgemeine Induktionsformen und Suggestionen	593
24.4	Anwendungsbereiche der Hypnose in der Zahnmedizin	594
24.4.1	Entspannung des Patienten	594
24.4.2	Angstabbau und Motivierung des Patienten	595
24.5	Kinder beim Zahnarzt	596
24.6	Spezielle Behandlungs- und Kontrollmethoden mit Hypnose	599
24.7	Allgemein therapeutischer Bereich	602
24.7.1	Bequemlichkeit des Patienten während langer oder unangenehmer Eingriffe	602
24.7.2	Amnesie unangenehmer Eingriffe	603
24.8	Operativer Bereich	603
24.8.1	Schmerzkontrollen – Analgesie, Anästhesie	603
24.8.2	Blutungsreduktion	606
24.8.3	Nachbehandlung	606
24.8.4	Anwendungen	606
24.9	Patienten mit besonderen Problemen	607
24.10	Veränderung von Verhaltensgewohnheiten (Habits)	608

24.11	Funktionsstörungen des stomatogenen Systems	610
24.12	Gewöhnungskontrolle	612
24.13	Neuropsychologie	613
24.14	Grenzen und Kontraindikationen	613
25	Hypnose im Sport	615
25.1	Basisaspekte	615
25.2	Optimale Leistungsfähigkeit und Wettkampfkondition	618
25.2.1	Optimale Erregung	618
25.2.2	Optimale Bereiche	619
25.2.3	Körperliches und mentales Aufwärmen	621
25.2.4	Mentales Wiedererleben der Wettkampfsituation	621
25.2.5	Emotionale Katharsis	621
25.2.6	Abbau sonstiger Angstfaktoren	622
25.2.7	Gewinnung einer psychischen Distanz zu Störreizen	622
25.3	Optimierung motorischer Fähigkeiten durch Konzentration in Hypnose – Beispiele	623
25.4	Aufbau und Aufrechterhaltung mentaler Einstellungen zum Wettkampf	625
25.5	Rehabilitation – Wiederherstellung von motorischen Fähigkeiten nach Unfall oder Krankheit	626
25.6	Grenzen, Gefahren und Perspektiven der Hypnose im Sport	627
26	Hypnose im Bereich von Kriminologie, Forensik und Gedächtnis	629
26.1	Ist krimineller Missbrauch der Hypnose möglich?	629
26.1.1	Hypnose gegen den Willen einer Person?	629
26.1.2	Sind kriminelle Handlungen unter und mit Hypnose möglich?	630
26.1.3	Wirkfaktoren beim kriminellen Missbrauch der Hypnose	633
26.1.4	Hypnose und Wahrheit der Aussage	634
26.2	Forensischer Bereich	635
26.2.1	Hypnose, Suggestion und Rolle des Gedächtnisses und der Erinnerung	635
26.2.2	Hypnose und falsche Erinnerung, Pseudoerinnerung, Paramnesie	636
26.2.3	Weitere Forschungsergebnisse – Auswirkungen von Suggestionen oder Hypnose auf die Erinnerung	638
26.2.4	Klienten und Zeugen selbst – als beeinflussende Faktoren	640
26.2.5	Kritische Betrachtung der forensischen Hypnoseanwendung	643
26.3	Autobiografisches Gedächtnis – Erinnerung an Missbrauch in der Kindheit	643
26.3.1	Autobiografische Manipulationen	645
26.3.2	Alter der frühesten Erinnerung	645

26.3.3	Aussagen und Erinnerungen von Kindern	646
26.4	Klinischer Bereich	648
26.4.1	Klinische Würdigung der Aussage	648
26.4.2	Therapeutische Interventionen	648
26.5	Richtlinien zur forensischen Anwendung der Hypnose	650
26.6	Rolle der Hypnose im deutschen Strafrecht	651
26.6.1	Vernehmung des Beschuldigten	651
26.6.2	Zeugenbefragung	652
26.6.3	Untersuchung des Beschuldigten	653
26.6.4	Bewusstseinsstörung und Schuldfähigkeit	653
26.6.5	Beginn einer Gesetzeswende	654

27	Falldarstellungen	655
27.1	Fall 1: Prüfungsängste, Brechdurchfälle und Depressionen	655
27.1.1	Problemstellung	655
27.1.2	Theoretische Überlegungen	656
27.1.3	Therapieplanung	656
27.1.4	Therapiedurchführung	656
27.1.5	Katamnese	659
27.2	Fall 2: Angst- und Schmerzproblematik	659
27.2.1	Problemstellung	659
27.2.2	Genese	660
27.2.3	Therapieplanung	661
27.2.4	Therapiedurchführung	662
27.2.5	Katamnese	663
27.3	Fall 3: Vielfältige Ängste, besonders nächtliche Ängste	664
27.3.1	Problemstellung	664
27.3.2	Diagnostische Überlegungen	664
27.3.3	Therapieplanung	665
27.3.4	Therapiedurchführung	665
27.3.5	Katamnese	667
27.4	Fall 4: Multiple Ängste und Kreislaufprobleme	667
27.4.1	Problemstellung	668
27.4.2	Genese	668
27.4.3	Therapieplanung	669
27.4.4	Therapiedurchführung	669
27.4.5	Katamnese	671
27.5	Fall 5: Examensangst	671
27.5.1	Problemstellung	671
27.5.2	Genese	671
27.5.3	Therapieplanung	672
27.5.4	Therapiedurchführung	672
27.5.5	Katamnese	673

27.6	Fall 6: Chronisches Stehlen mit bislang ungünstiger Prognose	674
27.6.1	Problemstellung	674
27.6.2	Genese	676
27.6.3	Therapieplanung	678
27.6.4	Therapiedurchführung	679
27.6.5	Katamnese	683
27.7	Fall 7: Nächtliche Asthmaanfälle	683
27.7.1	Problemstellung	683
27.7.2	Genese	684
27.7.3	Therapieplanung	685
27.7.4	Therapiedurchführung	687
27.7.5	Katamnese	689
27.8	Fall 8: Asthmaanfälle beim Aufwachen	690
27.8.1	Problemstellung	690
27.8.2	Genese	690
27.8.3	Therapieplanung	692
27.8.4	Therapiedurchführung	693
27.8.5	Katamnese	694
27.9	Fall 9: Aggressionen, mangelnde Selbstkontrolle	694
27.9.1	Problemstellung	694
27.9.2	Genese	694
27.9.3	Therapieplanung und -durchführung	695
27.9.4	Katamnese	696
Glossar		697
Hinweise zu den Online-Materialien		705
Verzeichnis der Imaginationsverfahren, Instruktionen und Suggestionen		708
Literatur		710
Sachwortverzeichnis		797

Vorwort zur 5. Auflage

Als 1989 die Erstauflage dieses Buches erschien, begann sich Hypnose zu etablieren. Während sie damals sowohl von Laien als auch von vielen Wissenschaftlern noch mit großer Skepsis betrachtet wurde, hat ihre Bekanntheit inzwischen deutlich zugenommen. Sie ist populärer geworden und wird zunehmend als gute Alternative zu konventionellen Verfahren in der Psychotherapie, Medizin und Zahnmedizin wie z. B. in der Anästhesie und Schmerzbehandlung (beim Zahnarzt, in der Orthopädie) angesehen.

Mit Freude beobachtet der Autor, dass sein Lehrbuch, das anfangs auch vom Beltz-Verlag vorsichtig-skeptisch akzeptiert wurde, innerhalb der 24 Jahre seines Bestehens zum Standardwerk wurde und nun in der 5. Auflage vorliegt. Mittlerweile haben alle Hypnosegesellschaften ihre verbindlichen Curricula entwickelt, die von einer Ausbildung und Lehre stützenden Fachliteratur begleitet wird.

In diesem Zeitraum nahm die Anzahl der internationalen Hypnosefachliteratur kontinuierlich zu, besonders die der Reviews, Meta-Analysen und Effektivitätsstudien, so z. B. die mit Revenstorf (2006) verbundenen Forschergruppen.

Besonders die Hypnoseforschungen im Bereich der Neurobiologie und Neuropsychologie haben sich deutlich vermehrt. Die Entwicklung der neuen Technologie ermöglicht dies und kaum ein modernes Hypnose-Forschungslabor kann heute wohl ohne Magnetresonanztomografie arbeiten. So bekommen in dieser neueren Entwicklung auch DNS-Untersuchungen ihre Bedeutung, um die Auswirkung von Erbfaktoren auf die Hypnotisierbarkeit zu erforschen.

Innerhalb dieser Entwicklungsrichtungen wurde auch die Kombination der modernen Hypnose mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) international bekannter. Ihre sehr hohe Effektivität ist bei zahlreichen Anwendungen belegt, die sogar andere Kombinationsformen deutlich überragt. Es ist ein Ansatz, der damals vorsichtig von mir vorgetragen wurde (Kossak, 1983), inzwischen selbstverständlicher wurde und auch in umfassenden Werken zur Hypnose (Alladin, 2006; Barabasz & Watkins, 2005) als zentrales Thema behandelt wird. Auch im vorliegenden Lehrbuch wird dieser Schwerpunkt der Hypnosekombination mit KVT weiterhin vertreten. Insgesamt ist das Buch jedoch für Leserinnen und Leser aller Theorierichtungen ausgelegt.

Während vor mehr als zwei Jahrzehnten noch sehr heiße Debatten über die »Richtigkeit, Gültigkeit, Modernheit etc.« der Hypnosemethoden geführt wurden, haben sich die Methoden inzwischen etabliert.

Dogmen wurden teilweise widerlegt oder bestätigt, wie z. B. der des besonderen Bewusstseinszustandes der Hypnose (s. Kap. 2 und 7). Auch die frühere Auffassung, nur die »Erickson-Hypnose« sei die wahre und moderne Form, hat ihre Absolutheit eingebüßt, wie die inzwischen zunehmende kognitiv-behaviorale Fachliteratur verdeutlicht.

Vorwort zur 5. Auflage

Als 1989 die Erstauflage dieses Buches erschien, begann sich Hypnose zu etablieren. Während sie damals sowohl von Laien als auch von vielen Wissenschaftlern noch mit großer Skepsis betrachtet wurde, hat ihre Bekanntheit inzwischen deutlich zugenommen. Sie ist populärer geworden und wird zunehmend als gute Alternative zu konventionellen Verfahren in der Psychotherapie, Medizin und Zahnmedizin wie z. B. in der Anästhesie und Schmerzbehandlung (beim Zahnarzt, in der Orthopädie) angesehen.

Mit Freude beobachtet der Autor, dass sein Lehrbuch, das anfangs auch vom Beltz-Verlag vorsichtig-skeptisch akzeptiert wurde, innerhalb der 24 Jahre seines Bestehens zum Standardwerk wurde und nun in der 5. Auflage vorliegt. Mittlerweile haben alle Hypnosegesellschaften ihre verbindlichen Curricula entwickelt, die von einer Ausbildung und Lehre stützenden Fachliteratur begleitet wird.

In diesem Zeitraum nahm die Anzahl der internationalen Hypnosefachliteratur kontinuierlich zu, besonders die der Reviews, Meta-Analysen und Effektivitätsstudien, so z. B. die mit Revenstorf (2006) verbundenen Forschergruppen.

Besonders die Hypnoseforschungen im Bereich der Neurobiologie und Neuropsychologie haben sich deutlich vermehrt. Die Entwicklung der neuen Technologie ermöglicht dies und kaum ein modernes Hypnose-Forschungslabor kann heute wohl ohne Magnetresonanztomografie arbeiten. So bekommen in dieser neueren Entwicklung auch DNS-Untersuchungen ihre Bedeutung, um die Auswirkung von Erbfaktoren auf die Hypnotisierbarkeit zu erforschen.

Innerhalb dieser Entwicklungsrichtungen wurde auch die Kombination der modernen Hypnose mit Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) international bekannter. Ihre sehr hohe Effektivität ist bei zahlreichen Anwendungen belegt, die sogar andere Kombinationsformen deutlich überragt. Es ist ein Ansatz, der damals vorsichtig von mir vorgetragen wurde (Kossak, 1983), inzwischen selbstverständlicher wurde und auch in umfassenden Werken zur Hypnose (Alladin, 2006; Barabasz & Watkins, 2005) als zentrales Thema behandelt wird. Auch im vorliegenden Lehrbuch wird dieser Schwerpunkt der Hypnosekombination mit KVT weiterhin vertreten. Insgesamt ist das Buch jedoch für Leserinnen und Leser aller Theorierichtungen ausgelegt.

Während vor mehr als zwei Jahrzehnten noch sehr heiße Debatten über die »Richtigkeit, Gültigkeit, Modernheit etc.« der Hypnosemethoden geführt wurden, haben sich die Methoden inzwischen etabliert.

Dogmen wurden teilweise widerlegt oder bestätigt, wie z. B. der des besonderen Bewusstseinszustandes der Hypnose (s. Kap. 2 und 7). Auch die frühere Auffassung, nur die »Erickson-Hypnose« sei die wahre und moderne Form, hat ihre Absolutheit eingebüßt, wie die inzwischen zunehmende kognitiv-behaviorale Fachliteratur verdeutlicht.

Trotz dieser zunehmenden Genauigkeit werden in einigen Publikationen Begriffe wie Hypnose/Hypnotherapie/Selbsthypnose/Erickson-Hypnose, aber auch Kognitive Verhaltenstherapie u. Ä. immer noch plakativ und unscharf benutzt, sodass daraus trotz ihres intensiven Studiums mitunter schwer zu entnehmen und nachzuvollziehen ist, welche konkrete(n) Methode(n), Suggestionen, Interventionen mit oder ohne Entspannung, Selbstinstruktion etc. zur Anwendung kommen.

Ziel des Buches ist es u. a., theoretische Erklärungsmodelle zu liefern, die von experimentellen Befunden begründet werden, aber auch entsprechende Praxisvorschläge für die Hypnoseanwender zu geben. Bei dem zunehmenden Wunsch nach mehr Praxisdarstellungen entschied ich mich dafür, die experimentellen Befunde nur noch in ihren Kernaussagen wiederzugeben; die Angaben von Gruppengrößen und diversen Korrelationskoeffizienten erfolgen nur dann, wenn sie für die Darstellung besonders bedeutsam sind.

Anliegen des Buches ist, wie in den vorhergehenden Auflagen, von der jeweiligen Geschichte und Theorie ausgehend bis hin zur konkreten Praxisanwendung zu informieren. Dadurch werden nicht nur deren Urformen wieder in Erinnerung gerufen. Vielmehr soll daraus auch erkennbar werden, welche Überlegungen und Wege in der Forschung gewählt wurden, um letztendlich zu den gegenwärtigen »gültigen« Ergebnissen zu gelangen.

Entsprechend befasst sich die Kapiteelfolge im ersten Teil mit den Grundlagen, im zweiten Teil mit den Indikationen und Abgrenzungen der Hypnose und im umfassenden dritten Teil mit den zahlreichen Praxisproblemen und konkreten Vorgehensweisen, den Kombinationsformen der Hypnose, Spezialmethoden und ihren Anwendungen in der Psychotherapie, Medizin, Zahnmedizin, beim Sport, in der Forensik und den damit verbundenen Erinnerungsproblemen. Letztlich geben die relativ ausführlichen Falldarstellungen klare Einblicke in die konkreten Vorgehensweisen bei der Anwendung der Hypnose in der Psychotherapie.

Den naturwissenschaftlichen Anforderung der Forschung folgend werden vorwiegend die Aspekte der Hypnose dargestellt, die nicht allein auf Anekdoten, Annahmen oder »Erfahrungen« beruhen, sondern auch durch theoretische Ableitungen in der Therapieplanung und -durchführung (Follow-up-Daten etc.) oder experimentelle Forschung wie Vergleichstudien begründet und abgesichert sind. Dadurch werden nur wissenschaftlich fundierte Befunde dargestellt, die es auch erlauben, deren Ergebnisse ethisch vertretbar zu vermitteln bzw. an kranken oder bedürftigen Menschen anzuwenden.

Die zahlreichen Fallbeispiele in nahezu allen Kapiteln, besonders aber in Kapitel 27, sollen über die Vielfalt der Anwendungsmöglichkeiten informieren, aber auch über die individuelle Bedarfslage des Patienten und die oft erforderliche Kreativität der Therapeuten, die mit fundiertem Hintergrundwissen verbunden ist. Dadurch soll auch deutlich werden, dass jeder neue Fall individuell zu behandeln ist, auch wenn die Anwendung von Standardverfahren sehr verlockend ist.

Inzwischen werden sehr viele Therapiemethoden mit Hypnose kombiniert und dadurch neue Behandlungsformen geschaffen. Ihre Vielfalt kann nur in kurzen

Darstellungen erfolgen, um dadurch Anregungen und weitere Suchimpulse zu geben. Die vertiefte kritische Würdigung dieser neuen Methoden und Kombinationsformen muss bei dem eng gesteckten Rahmen des Buches weitgehend entfallen.

Manche Methoden haben inzwischen eher historische Bedeutung, wie z. B. die Aversionstherapie. Sie werden jedoch weiterhin kurz erwähnt, da sie einen historischen Weg aufzeigen, auf dem sie hilfreich und bedeutsam waren. Gleichzeitig gaben sie Anregungen und Kritik, um neue Methoden zu entwickeln.

In der Krankheitsklassifizierung folgen wir dem ICD-10 und dem DSM-IV (Saß et al., 2003) weitgehend. Um Überschneidungen oder Wiederholungen zu vermeiden, wurden jedoch kleine Veränderungen in der Zusammenstellung von Symptomgruppen vorgenommen, die nicht immer eng diesen Einordnungen folgen.

In diesen relevanten Diagnosemanualen haben sich in den über 24 Jahren von der Erstauflage bis heute ebenfalls Diagnoseveränderungen ergeben, die durch wissenschaftliche, gesellschaftliche und politische Weiterentwicklungen bedingt sind. So wurden früher z. B. die Homosexualität pathologisiert und die Posttraumatischen Belastungsstörungen blieben aus politischen Gründen unbeachtet. Bei der Darstellung älterer Fälle können sich durch diese Änderungen diagnostische Divergenzen ergeben. Es erfolgten hier jedoch keine rückwirkenden Umdefinitionen, die unzulässig und ungenau wären. Im Vordergrund steht dabei die Darstellung des übergreifenden methodischen Vorgehens.

Die Erscheinungsformen und Symptome, deren Diagnose, Genese, Epidemiologie etc. der verschiedenen Störungen oder Erkrankungen werden bei den Fachkollegen im Bereich der Medizin, Zahnmedizin, Psychologie und Psychotherapie als bekannt vorausgesetzt und bedürfen deshalb hier nicht zusätzlicher Ausführungen. Zum besseren interdisziplinären Verständnis werden deshalb nur einführende und orientierende Darstellungen der Problembereiche gegeben.

Bei aller Bemühung um Vollständigkeit in der Darstellung von Theorien, Methoden und Praxis musste ich mich trotz des relativ großen Umfangs des Buches mitunter mit grundsätzlichen Darstellungen begnügen, da sich verschiedene Bereiche wie zum Beispiel imaginative Verfahren oder bestimmte Behandlungsmethoden sehr weit ausdifferenzierten, so z. B. bei der Hypnosebehandlung von Kindern beim Kinderzahnarzt und hier weitere neue Spezialfachliteratur (Kossak & Zehner, 2011) entsteht, die das Grundlagenwerk ergänzt.

Die Grafik auf dem Innenbanddeckel des Buches gibt einen Überblick über die Gesamtstruktur des Werkes. Zur weiteren Differenzierung dient dann das Inhaltsverzeichnis.

Jedes Kapitel ist weitgehend in sich abgeschlossen und kann für sich genommen bearbeitet werden.

Texte wie Definitionen, Anleitungen, Suggestionen, Falldarstellungen sind durch unterschiedliche Kästen und Hervorhebungen gekennzeichnet und sollen dadurch die Erarbeitung erleichtern.

Viele Suggestionen bzw. Ruhebilder sind über Jahrzehnte erprobt. Sie haben deshalb eine Lehrfunktion zum Therapeutenverhalten. Sie können auch häufig ohne Modifi-

kationen direkt in der Therapie eingesetzt werden. Deshalb erfolgte eine Auswahl besonders häufig benutzter Instruktionen wie Anleitungen zur Imagination oder zahlreiche Suggestionen für Ruhebilder, die vom Autor gesprochen und als **Online-Material** abrufbar sind. Sie sind mit einem Lautsprecher-Icon gekennzeichnet. Weitere Informationen zur Benutzung der Online-Materialien finden Sie auf Seite 705.

Das **Glossar** dient dazu, den Fachkollegen aus den Bereichen der Medizin, Zahnmedizin, Psychologie und Psychotherapie, aber auch interessierten Laien, die im Text benutzten Fachtermini fachübergreifend kurz zu vermitteln.

Das **Verzeichnis der Suggestionen bzw. Imaginationen** soll helfen, möglichst schnell geeignete Texte im Gesamtwortlaut zu finden, um ihre Anwendung für eigene Fälle zu prüfen.

Die große politische und gesellschaftliche Bedeutung des Genderthemas ist im Buch an gegebener Stelle berücksichtigt (s. Abschn. 22.21). Der stete und gleichzeitige Gebrauch der weiblichen und männlichen Anspracheformen führt jedoch zur Leseerschweren. Deshalb benutzen wir hier vereinfachend die traditionelle und weiterhin international gebräuchliche männliche Form, jedoch mit dem vollen Bewusstsein, dass damit stets auch die weibliche Form gemeint sein kann. Bei besonderen geschlechtsspezifischen Aussagen werden die zutreffenden Formen gewählt.

Meinen besonderen Dank richte ich an meine Frau Silke Kossak, die wie immer mit Geduld meine umfangreichen Arbeiten am einsamen Schreibtisch respektierte und mich in den einzelnen Produktionsphasen ermutigte.

Der Lektorin des Beltz-Verlages, Frau Dipl.-Psych. Karin Ohms, danke ich intensiv für unsere gute und zügige Zusammenarbeit. Wir waren trotz der räumlichen Entfernung ein produktives Team. Sie hat mit ihrer Genauigkeit und ihren klaren Ideen deutlich zur Neugestaltung des vollständig überarbeiteten Werkes beigetragen.

Bochum, im Frühjahr 2013

Hans-Christian Kossak

Teil I Geschichte und Theorien

In Teil I werden zunächst in Kapitel 1 die historischen Grundlagen der Hypnose von den Anfängen bis zur Gegenwart umrissen. Dabei liegt der Schwerpunkt bei Franz Anton Mesmer, dem Vorläufer der modernen Hypnoseforschung, und Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse. Es wird aber auch ein Bogen gespannt hin zu den modernen internationalen und nationalen Entwicklungen im deutschsprachigen Raum und den Wechselwirkungen von Hypnose in Kunst, Literatur, Comic und Film.

Anschließend werden in Kapitel 2 die Theorien der Hypnose kurz chronologisch dargestellt und dann in einem Theorienvergleich die wesentlichen gegenwärtigen Schulrichtungen diskutiert.

Danach folgen in Kapitel 3 die unterschiedlichen experimentellen Ansätze aus der Hypnoseforschung, die sich mit Suggestion, Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit und ihrer Messung durch Tests sowie dem Problem der hypnotischen Tiefe befassen.

Abschließend werden die durch Hypnose erzeugten Verhaltensweisen bzw. Phänomene betrachtet, um dadurch die Wirkungen der Hypnose sowie – auch unabhängig davon – menschliche Emotionen, Verarbeitungs- und Filterprozesse bei Wahrnehmung, Schmerz und Gedächtnis besser erklären zu können. Besonders die neuen Forschungsergebnisse der Neurobiologie sind hierbei sehr bedeutsam.

Teil I Geschichte und Theorien

In Teil I werden zunächst in Kapitel 1 die historischen Grundlagen der Hypnose von den Anfängen bis zur Gegenwart umrissen. Dabei liegt der Schwerpunkt bei Franz Anton Mesmer, dem Vorläufer der modernen Hypnoseforschung, und Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse. Es wird aber auch ein Bogen gespannt hin zu den modernen internationalen und nationalen Entwicklungen im deutschsprachigen Raum und den Wechselwirkungen von Hypnose in Kunst, Literatur, Comic und Film.

Anschließend werden in Kapitel 2 die Theorien der Hypnose kurz chronologisch dargestellt und dann in einem Theorienvergleich die wesentlichen gegenwärtigen Schulrichtungen diskutiert.

Danach folgen in Kapitel 3 die unterschiedlichen experimentellen Ansätze aus der Hypnoseforschung, die sich mit Suggestion, Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit und ihrer Messung durch Tests sowie dem Problem der hypnotischen Tiefe befassen.

Abschließend werden die durch Hypnose erzeugten Verhaltensweisen bzw. Phänomene betrachtet, um dadurch die Wirkungen der Hypnose sowie – auch unabhängig davon – menschliche Emotionen, Verarbeitungs- und Filterprozesse bei Wahrnehmung, Schmerz und Gedächtnis besser erklären zu können. Besonders die neuen Forschungsergebnisse der Neurobiologie sind hierbei sehr bedeutsam.

1 Geschichte der Hypnose

*Der Aberglaube ist ein Kind der Furcht,
der Schwachheit und der Unwissenheit.
Friedrich II. der Große (1712–1786)*

In diesem Kapitel wird eingangs die Anwendung der Hypnose in frühen und sogenannten primitiven Kulturen kurz beschrieben, um den Bogen über gegenwärtige Kulturen und die historischen wissenschaftlichen Erklärungsversuche bis zur Gegenwart zu spannen. Da aus historischer Zeit und auch von den verschiedenen Kulturen keine einheitliche Terminologie vorliegen kann, werden die nachfolgenden unterschiedlichen Erscheinungsformen der Hypnose mit entsprechenden Begriffen aus unserer gegenwärtigen Fachterminologie beschrieben und erklärt.

1.1 Vorwissenschaftliche Formen

1.1.1 Frühe Kulturen

China, Sumer und Mesopotamien. Bereits vor über 4.000 Jahren hat Wang Tai, der Gründer der Chinesischen Medizin, eine Therapieform angewandt, die mit Handstreichungen über den Körper verbunden war (Gravitz, 1991). Auch bei den Sumerern sind Hinweise auf den Gebrauch von Hypnose zu finden; mittels besonderer Instruktionen wurde ein Schlaf erzeugt, der heilsam wirkte. Im Gilgamesch-Epos (2.700 v. Chr., älteste Mythensammlung der Welt) aus Mesopotamien sind ebenso Hinweise zu finden wie in den Hieroglyphen der alten Ägypter (Prado, 1988).

Indien. Im 3.000 Jahre alten Mahabharata, dem bedeutendsten und umfangreichsten Epos der Hindus, will sich ein Lehrer auf Pilgerfahrt begeben und hat Bedenken, dass Gott Indra (dem viele Frauengeschichten nachgesagt werden, ähnlich dem griechischen Göttervater Zeus) in der Zwischenzeit seine Frau verführen könnte. Der Lehrer fragt seinen Schüler Vipula um Rat, mit der Bitte, seine Frau »standhaft« zu machen: »Indem er die Strahlen seiner Augen mit den Strahlen ihrer Augen vereinigte, drang er in ihren Körper ein wie der Wind die Lüfte durchdringt« (zit. n. Eliade, 1960, S. 88). Als dann später der verführerische Gott Indra ihr Zimmer betritt, ist sie immobil, wie versteinert, und kann kein Wort sprechen. Sie bleibt so ihrem Mann in dessen Abwesenheit treu.

Auch in den Veden und Upanishaden der Inder wird die Anweisung für eine hypnotische Versenkung gegeben: »Er hefte seine Augen auf die äußerste Spitze seiner Nase, lege beide Hände zusammen, bringe beide Füße zusammen; das Herz halte er frei von überkommenden Gedanken, und im Herzen nenne er den großen Namen Pranon; beim Nennen dieses Namens stelle er sich das Wesen, das dadurch bezeichnet wird, in

1 Geschichte der Hypnose

*Der Aberglaube ist ein Kind der Furcht,
der Schwachheit und der Unwissenheit.
Friedrich II. der Große (1712–1786)*

In diesem Kapitel wird eingangs die Anwendung der Hypnose in frühen und sogenannten primitiven Kulturen kurz beschrieben, um den Bogen über gegenwärtige Kulturen und die historischen wissenschaftlichen Erklärungsversuche bis zur Gegenwart zu spannen. Da aus historischer Zeit und auch von den verschiedenen Kulturen keine einheitliche Terminologie vorliegen kann, werden die nachfolgenden unterschiedlichen Erscheinungsformen der Hypnose mit entsprechenden Begriffen aus unserer gegenwärtigen Fachterminologie beschrieben und erklärt.

1.1 Vorwissenschaftliche Formen

1.1.1 Frühe Kulturen

China, Sumer und Mesopotamien. Bereits vor über 4.000 Jahren hat Wang Tai, der Gründer der Chinesischen Medizin, eine Therapieform angewandt, die mit Handstreichungen über den Körper verbunden war (Gravitz, 1991). Auch bei den Sumerern sind Hinweise auf den Gebrauch von Hypnose zu finden; mittels besonderer Instruktionen wurde ein Schlaf erzeugt, der heilsam wirkte. Im Gilgamesch-Epos (2.700 v. Chr., älteste Mythensammlung der Welt) aus Mesopotamien sind ebenso Hinweise zu finden wie in den Hieroglyphen der alten Ägypter (Prado, 1988).

Indien. Im 3.000 Jahre alten Mahabharata, dem bedeutendsten und umfangreichsten Epos der Hindus, will sich ein Lehrer auf Pilgerfahrt begeben und hat Bedenken, dass Gott Indra (dem viele Frauengeschichten nachgesagt werden, ähnlich dem griechischen Göttervater Zeus) in der Zwischenzeit seine Frau verführen könnte. Der Lehrer fragt seinen Schüler Vipula um Rat, mit der Bitte, seine Frau »standhaft« zu machen: »Indem er die Strahlen seiner Augen mit den Strahlen ihrer Augen vereinigte, drang er in ihren Körper ein wie der Wind die Lüfte durchdringt« (zit. n. Eliade, 1960, S. 88). Als dann später der verführerische Gott Indra ihr Zimmer betritt, ist sie immobil, wie versteinert, und kann kein Wort sprechen. Sie bleibt so ihrem Mann in dessen Abwesenheit treu.

Auch in den Veden und Upanishaden der Inder wird die Anweisung für eine hypnotische Versenkung gegeben: »Er hefte seine Augen auf die äußerste Spitze seiner Nase, lege beide Hände zusammen, bringe beide Füße zusammen; das Herz halte er frei von überkommenden Gedanken, und im Herzen nenne er den großen Namen Pranon; beim Nennen dieses Namens stelle er sich das Wesen, das dadurch bezeichnet wird, in



Abbildung 1.1 Die Gebrüder Hypnos (Gott des Schlafes) und Thanatos (Gott des Todes) übernehmen den Körper Memnons. Vasenbild, ca. 500 v. Chr. Diese Szene dient heute der Schweizerischen Ärztesgesellschaft für Hypnose (SMSh) als Erkennungszeichen

Gedanken vor« (zit. n. Tietze, 1980, S. 13). Wesentlich sind hier also Konzentration, Abschirmung, Augenfixation und Imagination.

Von den assyrio-babylonischen Arztpriestern kennen wir entsprechende exorzistische Praktiken die sich der Hypnose bedienen (Bettman, 1956).

Die rituellen Anwendungen von Trance im Indien der Gegenwart (Kakar, 1984) können mit diversen Modifikationen auf die Dämonen-, Besessenheits- und Exorzismusrituale in anderen Ländern übertragen werden, auch auf die relevanten Rituale, die bis zum 18. Jahrhundert in Europa üblich waren – und eventuell in manchen Gegenden auch heute noch ihre Bedeutung haben.

Antikes Ägypten und Griechenland. Sehr genaue Instruktionen sind bereits aus dem alten Ägypten im dritten vorchristlichen Jahrhundert bekannt; so wird von einem Jungen berichtet, der durch die Fixation eines leuchtenden Gegenstandes zum Hellsehen in Hypnose befähigt wird (Brugsch, o. J.).

Im Askulapcult der antiken Griechen und allgemein im gräko-romanischen Kulturbereich wurde in den antiken Therapiezentren, den Asklepeien, Hypnose zu Heilzwecken eingesetzt. Nach langen Pilgerreisen und zahlreichen Vorbereitungsriten wie Waschungen und Gebeten war bei den Patienten eine hohe Erwartungshaltung erzeugt, die den Heilschlaf zuließ (Marcuse, 1959). In den Gewölben konnten die Priester durch verborgene Schalltrichter Suggestionen geben, die als Götterstimmen interpretiert und befolgt wurden (Pausanias, 1954). Aus der Inschrift der Stele I von Epidaurus geht hervor, dass Krankheiten damit geheilt wurden, wie z. B. Handlähmung, Kinderlosigkeit, Blindheit, Glatzenbildung, Hautmale (Edelstein & Edelstein, 1945, S. 229f.).

1.1.2 Hypnose – Rituale der Naturvölker

Berichte von unterschiedlichen schriftlosen Kulturen lassen sehr verschiedene Weisen der Hypnoseanwendungen erkennen, die hier nur verkürzt und exemplarisch erwähnt werden können.

Trance, Gruppenhalluzinationen und Voodoo. In ihrer Kindererziehung verwenden Balinesen Trancephänomene, die immer dann die Realitätswahrnehmung ausschalten, wenn die Kinder etwas z. B. Intimes nicht sehen dürfen (Mead, zit. n. Arnell & Finer, 1988).

Australische Medizinmänner beschreiben, dass im Verlauf von Initiationsriten ihr Körper geöffnet und narbenlos wieder verschlossen wurde, was als eine Gruppenhalluzination zu deuten ist (Elkin, 1945). In Zentralsaustralien kann ein Eingeborener mittels eines »Zeigeknochens« in Verbindung mit speziellen Riten innerhalb von wenigen Stunden getötet werden (Basedow, 1925). Die im Stamm anerzogene Erwartungshaltung bewirkt hier durch Fremd- und Selbstsuggestion die Veränderung physiologischer Prozesse. Der Anblick eines bestimmten Gegenstandes kann jedoch zur Heilung verhelfen, wenn dieser von einer anerkannten Autorität des Stammes bestimmt wird. Die in einigen Kulturen als Voodoo-Tod bezeichneten Auswirkungen sind eindeutig als Tod durch Suggestion anzusehen.

Heilmethoden der Schamanen

Definition

Der Begriff »Schamane« stammt von den Tungusen, einem Volk in Sibirien. Das alttungusische Wort »shaman« bedeutet: eine erregte, ruhelose, in Ekstase hin und her springende Person.

Der Konsens über die Definition ist gering. So wird »Schamane« von Anthropologen als Sammelbegriff für Heiler, Medizinmänner, Hexendoktoren, Zauberer, Magier und Seher benutzt (Hulkrantz, 1978). Schamanen sind in solchen Kulturen traditionelle Heiler, die eine Beeinflussung des Heilungsprozesses durch die Kommunikation mit Göttern oder Geistern annehmen. So erhöhen auch die postoperativen Rituale die suggestive Wirkung auf die Heilung. Deshalb sollten auch Untersuchungen zur Effektivität chirurgischer Interventionen die suggestiven Wirkungen der prä- und postoperativen Rituale einbeziehen (Green, 2006).

In der medizinischen Anthropologie konnten starke neurobiologische Auswirkungen durch diese Heilungs-Rituale und -Zeremonien aufgezeigt werden. Die Heiler beziehen dabei die Selbstheilungskräfte des Patienten ein und können sie so kontrollieren. Die Trancezustände stehen in Zusammenhang mit der Ausschüttung endogener Opiate und aktivieren unter dem Stress der Zeremonien Abwehrmechanismen (z. B. Fresca et al., 2004).

Insgesamt ist der Schamane ein Spezialist für die menschliche Seele, der über sie wacht, sie ins Jenseits begleitet und zwischen Göttern und Geistern vermittelt (Hell, 1993). Auf seinen Jenseitsreisen trifft er auf verborgene Wirklichkeiten (Harner, 2002).

Bei der Belian-Bebunah-Buyu-Zeremonie der Iban auf Borneo versetzt sich der Schamane (Manang) durch Schaukelbewegungen in Trance. Er kann dann den Dämon sehen, der die Seele des Patienten peinigt, was für ihn in der animistischen Weltanschauung eindeutigen Realitätswert besitzt. Die Iban bezeichnen die Trance als »Seele fangen« und behandeln damit weitgehend Depressionen sowie Angst- und Erregungszustände (Bongartz & Bongartz, 1987).

Grundvariablen der Trance bei Naturvölkern

Die transkulturelle Analyse der Tranceanwendung lässt gemeinsame Faktoren erkennen:

- ▶ Kulturelle und subkulturelle, ja regionale Konventionen über die Wirkung von Dämonen und deren Behandlung
- ▶ Übereinstimmung in Glaube und Begriffsbildung über Symptome und deren Verursachung (Etikettierung) innerhalb einer Gemeinschaft
- ▶ Der Glaube des Patienten an die Fähigkeiten des Heilers, der auf einer religiös (weltanschaulich) übereinstimmenden Grundhaltung basiert
- ▶ Erwartungshaltung des Patienten – wird vom Heiler aufgebaut und durch die relevante Sozialgruppe unterstützt
- ▶ Sozialer Konsens über Krankheitstheorie und über die Wirksamkeit der Heilmethode
- ▶ Ausbildung und Prestige des Heilers
- ▶ Anwendung einer Heilmethode, die dem sozialen Konsens entspricht
- ▶ Anwendung bestimmter Einleitungstechniken wie z. B. rhythmische Tätigkeiten (Tänze, Körperschaukeln, Gesänge, Gebete, Musik), Ermüdung, verschiedene Deprivationszustände, Atemtechniken, Methoden zur Bewirkung der Hypoglykämie, Drogen

In kleinen Kulturgruppen mit Mitgliederzahlen unter 50 (Jägern und Sammlern) wird die Krankheitsentstehung dem Zufall zugeschrieben, also als external verursacht erlebt. Es ist anzunehmen, dass der Trancezustand ein intensives Erleben von Sicherheit vermittelt, das man selbst nicht herbeiführen kann. Die Verwendung von Trance ist jedoch unabhängig von der Kausalattribution der Krankheit (Bongartz & Knössel, 2000).

1.1.3 Meditations- und Gebetsformen

Zahlreiche Kulturen der Vergangenheit und Gegenwart benutzen hypnotische Techniken zur (religiösen) Versenkung.

Besonders viele Beispiele finden sich im indischen Kulturkreis. So ist die als Lunggom bezeichnete tantrische Praktik eine Technik, um als Läufer durch Trancewirkung besonders sicher zu sein, Hindernisse zu erkennen und die Zielrichtung einzuhalten (Snellgrove, 1961).

Zen-Buddhismus, Hinduismus, Schintoismus, Sufismus etc. enthalten umfangreiche Meditationstechniken, die (hypnotische) Trance bewirken. Das »Om mani padme hum« des buddhistischen Mönchs erzeugt Trancezustände, wenn es unablässig gesprochen wird – in gleicher Weise wie die Wiederholungsgebete der byzantinischen Kirche (Norwich & Sitwell, 1966) und die Rosenkranzgebete in der katholischen Kirche.

Faktoren meditativer Techniken

Den meditativen Techniken sind folgende Faktoren weitgehend gemeinsam:

- ▶ Auswahl eines bestimmten (religiösen) Ortes
- ▶ Abschalten, Abschirmen von der Umwelt
- ▶ Auswahl einer bestimmten Körperhaltung
- ▶ Anblick eines Fixationspunktes, religiösen Punktes (z. B. Altar, Bild)
- ▶ Rhythmisierte Tätigkeiten (Gesang, Gebet, Bewegung)
- ▶ Bewirken einer sensorischen Deprivation (z. B. durch geringe Beleuchtung, ruhiges Sitzen, Ruheraum)
- ▶ Erlangen eines vom sonstigen Verhalten und Erleben verschiedenen Bewusstseinszustandes

Weitere Einzelheiten zum religiösen Hintergrund von Hypnose und Trance sind in Kapitel 10.2 dargestellt.

1.2 Beginn einer Wissenschaft: von Paracelsus zu Freud

1.2.1 Von der Mystik zur Aufklärung

Der Kirchenvater Augustinus (354–430) berichtet in seiner Apologie des Christentums »De civitate dei« von einem Priester, der einen bewusstlosen Zustand erreicht, in dem er schmerzunempfindlich gegenüber Kneifen und Nadelstichen ist, dabei jedoch für die Unterhaltung ringsum voll aufnahmefähig bleibt.

Heilmethoden des Paracelsus. Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim (1494–1541), der sich Paracelsus nannte, berichtet in seinem Werk »Opera« von Klostermönchen aus der Nähe von Ossiach, die ihre Patienten veranlassen, glänzende Kristallkugeln zu betrachten, um dadurch in Schlaf zu fallen. Paracelsus ging davon aus, dass magnetische Kräfte aus dem Körper strahlen, die

Krankheiten verursachen und vom Arzt durch Handauflegen unschädlich gemacht werden können.

Besonders bei Nervenkrankheiten empfahl er das Anbringen von Magneten, denen er Lebensfunktionen zusprach (Paracelsus, 1536); es sind Vorformen des animalischen Magnetismus (Schaffer, 2010); sie wurden später von Goclenius (ca. 1609) und Athanasius Kircher (1601–1680) aufgegriffen und publiziert.

Gassners »Exorzismus«. Andere Methoden, die wir heute als psychotherapeutische Suggestivverfahren oder Hypnose bezeichnen, wurden im 17. und 18. Jahrhundert zur Behandlung der »Besessenheit« – einem damals weitverbreiteten Phänomen – angewandt, um so die »Dämonen« auszutreiben.

In dem kleinen Ort Klösterle in der Ostschweiz hatte Johann Joseph Gassner (1727–1779) als Landpfarrer das Amt des Exorzisten inne. In seinem Lehrbuch (Gassner, 1774) unterschied er verschiedene Formen der Besessenheit, die durch unterschiedliche Techniken des Exorzismus behandelt wurden. De Haen (1778) bezeichnete jedoch Gassners Kraft als Teufelswerk. Im Vordergrund der »Behandlung« standen meist Symptome wie Katalapsie (Dupau, 1826), Konvulsionen (Guazzo, 1608), Hellsehen (Boguet, 1603), aber auch Schmerzunempfindlichkeit, Amnesie etc. (Thesaurus exorcismorum, 1626). Aus der heutigen Sicht würden vermutlich viele derartige Erscheinungsweisen relativ leicht der Diagnose »Hysterie« zugeordnet werden können (Calmeil, 1845).

Exkurs

Das Zeitalter der Aufklärung – Vernunft und Wissenschaft

Wir befinden uns im Zeitalter der Aufklärung. Kennzeichnend ist, dass die Vernunft (ratio) als das Wesen des Menschen angesehen wird. Es entwickelt sich eine zunehmend wissenschaftliche Einstellung, in der neue Wissenschaften begründet und zahlreiche naturwissenschaftliche Entdeckungen gemacht werden, die nun sogar in mathematische Gesetze zu fassen sind.

Markante Personen dieser Zeit sind u. a. der Chemiker Antoine Lavoisier (1743–1794), der die Phlogistontheorie (Entweichen eines Wärmestoffes bei Verbrennung) widerlegte. Er wurde Begründer der modernen organischen Chemie. Benjamin Franklin (1706–1790), Verfasser und Mitunterzeichner der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung, entwickelte Theorien der Elektrizität und war der Erfinder des Blitzableiters und des Kondensators. Magnete sind in dieser Zeit besonders als Heilobjekte bedeutsam, da ihre mit unseren Sinnen nicht wahrnehmbare Wirkung die verborgenen Heilkräfte der Natur verdeutlichen (Schott, 2005).

1.2.2 Franz Anton Mesmer

Mit 18 Jahren beginnt Mesmer (1734–1815) das Studium der Theologie, ergänzt es durch Philosophie und Jura und beendet 1766 sein Medizinstudium in Wien. Nach



Abbildung 1.2 Franz Anton Mesmer
(1735–1815) (Musée Carnavalet)

seiner Dissertation »Dissertatio physico-medica de Planetorum influxu« (Beeinflussung der Gestirne auf den Körper) besteht ein Wechselwirkungssystem, bei dem der »gravitas animalis« (Anziehungskraft der lebenden Körper) eine zentrale Bedeutung hat. Pattie (1994) bezeichnet Mesmers Werk als Plagiat, da er große Passagen von Richard Mead, Leibarzt von Isaac Newton und Queen Anne, und seinem Werk »De imperio solis ac lunae in corpora humana et morbis inde oriundus« (Erstauflage 1704, Zweitaufgabe 1746) übernommen hatte.

Mesmer heiratet 1768 die reiche Witwe Anna Maria von Posch und kann sich somit in Wien in einem großen Herrschaftshaus als Arzt niederlassen, der schnell berühmte Freunde wie Gluck, Haydn und Mozart gewinnt. Die erste Oper des jungen Mozart, »Bastien und Bastienne«, wird hier uraufgeführt. In Mozarts Oper »Cosi Fan Tutte« (1790) wird Mesmer sogar persönlich erwähnt.

Der »animalische Magnetismus«

Mesmer nimmt im Jahr 1772 in Wien an einer Magnetbehandlung des Jesuiten Maximilian Hell teil, der nach seiner Theorie der Magnetpolarisierungen im Körper, z. B. Krämpfe, erfolgreich behandelte. Hell suchte nach wissenschaftlichen Erklärungen, um u. a. die Exorzismuspraktiken zu widerlegen.

Erster Therapieerfolg mit »Magnetismus«. Historisch bedeutsam ist für Mesmer der Fall der jungen Franziska Österlin. Er führt bei ihr nach dem Vorbild englischer Ärzte Magnetkuren mit eisenhaltigen Präparaten durch und kann so für Stunden viele ihrer zahlreichen Symptome beseitigen. Daraus folgert er 1774, dass über die mechanische Anwendung der Magneten noch eine weitere Kraft wirksam sein muss. Er nennt sie »animalischen Magnetismus« und sieht darin eine Art magnetische

Lebensenergie. Mithilfe dieser Therapie kann er schließlich Österlins Behandlung erfolgreich beenden.

Der Beginn der modernen Psychotherapie. Mesmer hat 1775 am Bodensee zahlreiche aufsehenerregende Heilungen durchgeführt (Bittel, 1939) und wurde von der Bayerischen Akademie der Wissenschaften in München als Gutachter gegen die Exorzismuspraktiken Gassners einberufen. Mesmer beweist, dass kein Exorzismus, sondern tierischer Magnetismus wirksam ist, bewirkt für Gassner das Berufsverbot und wird als Mitglied in die Akademie aufgenommen. Dieser wissenschaftliche Erfolg kann als Beginn der modernen Psychotherapie angesehen werden (Ellenberger, 1973).

Mesmer nimmt sich sodann der Behandlung der jungen Maria-Theresia Paradis an, eine von Kindheit an blinde Pianistin, deren Vater der Privatsekretär der Kaiserin Maria-Theresia ist. Viele vorherige ärztliche Bemühungen hatten versagt, bis Mesmer durch seine Behandlung ihr Sehvermögen wiederherstellt.

Mit der etablierten kritischen Ärzteschaft und der Familie Paradis kommt es jedoch zu einigen Auseinandersetzungen, da Fräulein Paradis Mesmer sehr verehrt und nicht mehr in ihr Elternhaus zurückkehren will. Letztlich verfügt die Kaiserin selbst, dass Fräulein Paradis zu den Eltern heim soll. Im Elternhaus erblindet sie wieder und setzt ihre Tätigkeit als Musikerin fort (Glowatzki, 1983). Da Maria-Theresia Paradis von klein auf eine wohl nicht unerhebliche Rente von der kaiserlichen Namensvetterin erhalten hatte, liegt es nahe, die Erblindung als Krankheitsgewinn anzusehen. Möglicherweise hat auch der Druck des Elternhauses zu einer psychischen Grundlage dieser Symptomatik geführt.

Der Enkel Benny des berühmten Benjamin Franklin bezeichnet nach einem Konzertbesuch das Klavierspiel des Fräulein Paradis als laut und amateurhaft; er hält in seinem Tagebuch kritisch fest, dass sie ohne ihre Blindheit wohl kaum jene Berühmtheit und jene finanziellen Unterstützungen erhalten hätte (Lopez & Herbert, 1975).

Das »Magnetisierfieber« bricht aus

Später in Paris konstruiert Mesmer das »baquet«, ein großes Holzfass, in dem sich mit magnetisiertem Wasser gefüllte Flaschen befinden; aus ihm ragen Metallstangen. Die Patienten gruppieren sich um das »baquet«, berühren mit den Eisenstangen ihre kranken Körperstellen und erfahren Heilung.

In Paris hat sich inzwischen eine Art »Magnetisierfieber« ausgebreitet. Mesmers sehr prächtig ausgestattete Behandlungsräume sind lange vorher ausgebucht. Deshalb führt er meist Kollektivbehandlungen durch. Zur Verstärkung der Therapie setzt Mesmer große Spiegel ein, lässt Musik ertönen (spielt teilweise selbst die Glasharmonika) oder schaut den Patienten starr in die Augen, während er ihren Oberbauch und ihre Glieder berührt. Da Philanthropie ebenfalls dem Zeitgeist entspricht, werden sogar Bäume in öffentlichen Parks magnetisiert, damit die Armen sich daran heilen können, die zu Hunderten darum lagern.

Als Kontraindikation für sein Verfahren grenzt Mesmer Kranke mit offenen Wunden, eindeutigen epileptischen Leiden, Geisteskranke und Verstümmelte aus

(Zweig, 1931). Er unterscheidet somit zwischen »rein nervlichen« und organischen Erkrankungen, da er die Struktur des Organismus mit seiner Methode nicht zu verändern vermag.

Die »Krise« als Heilungsanzeichen

Mesmer entwickelt 1779 ein System der Wechselwirkungen, das er in 29 Punkten darlegt, und nimmt als Wirkfaktor nun ein physikalisches Fluidum an, welches das Universum erfüllt und durch ungleiche Verteilung Krankheiten bewirken kann; durch bestimmte Techniken wird das Fluidum in rechte Bahnen gelenkt, und mittels der beim Patienten bewirkten »Krisen« ist die Krankheit heilbar.

Mesmers Idee einer notwendig auftretenden »Krise« ist möglicherweise von Gassner entlehnt. Für ihn war diese ein Beweis für die Besessenheit und gleichzeitig der Beginn der Austreibung. Mesmer sieht die Krise als naturwissenschaftlich-physikalisch hervorgerufen an und als typisch für die Behandlungsform, da sie die Wirkung der Behandlung anzeige. Bei ausreichend häufiger Auslösung dieser Krisen werde die Krankheit aufhören.

Nach genauen Analysen lassen sich jedoch nur bei 25 Prozent der Patienten diese Krisen feststellen (Laurence & Perry, 1988); sie traten bei Mesmers Nachfolgern nicht mehr auf (Forrest, 2002).

Der modernen Interpretation der Behandlungswirkungen gemäß werden durch Modelllernen und stellvertretende Verstärkung die erwünschten Verhaltensweisen in der Gruppe schnell kopiert. Sie können aber auch als reflektiert erlernte interpersonale Strategien angesehen werden, die dazu dienen, einen gewissen Grad an Unzufriedenheit zu vermitteln und auf diesem Wege verschiedene Formen der sozialen Verstärkung zu erhalten (Spanos & Gottlieb, 1979). Aus sozial-kognitiver Sicht sind die in der Krise gezeigten Konvulsionen ein Produkt der Erwartungshaltungen, nach denen auf eine erfolgreiche Magnetisierung solche Spasmen folgen müssen (Kirsch, 1990; Lynn & Lilienfeld, 2002). Leider hat sich Mesmer während der Behandlungen nie mit seinen Patienten unterhalten, denn sonst hätte er wahrscheinlich selbst die geringe Bedeutung der Krisen erkannt.

Die Ergebnisse der Untersuchungskommission und ihre Folgen

Der erfolgreiche Mesmer bietet auf Rat seines Rechtsanwaltes Bergasse und des Bankiers Kornmann Subskriptionen über den »Geheimniserwerb« erfolgreich an. Zusätzlich wird die sehr einträgliche »Société de l'Harmonie« gegründet, die sowohl private Schule als auch Geschäftsunternehmen ist.

Da Erfolg stets misstrauisch machen kann, wird vom König Louis XVI. eine Untersuchungskommission beordert, die sich aus Mitgliedern der Académie des Sciences, der Académie de Médecine und der Société Royale zusammensetzt und ihre Arbeit am 12. März 1784 aufnimmt. Zu ihnen zählen berühmte Wissenschaftler wie der Chemiker Antoine Laurent Lavoisier, der Astronom Jean-Sylvain Bailly, der amerikanische Gesandte Benjamin Franklin und der Arzt Joseph Ignace Guillotin (Befürworter des Gerätes, das auch ihn kopflos machte).

In den von Lavoisier ausgeklügelten Experimenten wird die Magnetisierbarkeit von Bäumen und Gegenständen überprüft. Es soll jedoch nicht die Heilwirkung untersucht werden, sondern die Behauptung, das physikalische Fluidum entdeckt zu haben.

Da Franklin zum Zeitpunkt der Experimente krank ist, finden diese Experimente zum Großteil in seinem Hause statt; er persönlich ist durchaus von der Heilwirkung des Magnetisierens überzeugt (McConkey & Perry, 1985). Die Kommission kann keinerlei physikalisch messbare Kräfte wahrnehmen und muss wissenschaftlich exakt letztendlich zu dem Ergebnis kommen: »nullité du magnétisme« – alles ist nur der »Einbildung« zuzuschreiben (Franklin et al., 1784).

Neben diesem offiziellen wissenschaftlichen »Franklin-Bericht« gibt es noch einen exklusiv für Ludwig XVI. verfassten »Geheimen Bailly-Bericht«, in dem Magnetisieren, gerade bei Frauen angewandt, als moralisch verwerflich bezeichnet wird, da sie dabei sexuell missbraucht werden könnten (Binet & Fere, 1888; vgl. Abschn. 9.2.1 und 26.1). Der Kommissionsbericht bewirkt ein Verbot dieser Heilmethode, das jedoch aufgrund eines Verfahrensfehlers rückgängig gemacht werden muss. Übrigens gilt dieses Verbot mehr den Vorgehensweisen des Herrn d'Eslon, einem Berufskollegen Mesmers, wird jedoch in der Öffentlichkeit auf Mesmer übertragen (Ellenberger, 1985).

Anfeindungen und Rehabilitation. Obwohl seine Behandlungspraxis weiterhin gut geht, hat Mesmer wissenschaftlichen Anfeindungen und Spitzen aus dem Volk standzuhalten. Als in diesem ablehnenden Klima auch noch Mesmers Demonstration des Magnetismus beim Prinzen Heinrich von Preußen fehlschlägt, verlässt er Paris. Wieweit hieran die französische Revolution von 1789 mitbeteiligt ist, zu deren Anführern er Kontakte hat (Darnton, 1983), ist nicht nachzuprüfen. Mesmer gerät von diesem Zeitpunkt an in Vergessenheit; dies zeigt allein schon die Unsicherheit über den genauen Zeitpunkt, zu dem er Paris verlässt. Ellenberger (1973) nennt 1785; Zweig (1931) erwähnt das Jahr 1792.

Als er wieder in Wien Fuß fassen will, wird der französisch sprechende Mesmer als politisch Verdächtiger (Jakobiner) ausgewiesen, erwirbt daraufhin die schweizerische Staatsbürgerschaft und wohnt in Frauenfelden. Im Jahr 1812 erinnert man sich in Berlin wieder an Mesmer. Man will ihn nach Berlin berufen, um seine Methode zu überprüfen und entsendet den Arzt Professor Wolfart, um mit ihm Kontakt herzustellen.

Mesmer erlangt nun im hohen Alter zwar nochmals wissenschaftliches Ansehen; Angebote aus der Schweiz ebenso wie die Leitung einer Magnetischen Klinik in Berlin lehnt er jedoch aus Altersgründen ab.

Kritik am Franklin-Bericht. Aus Sicht der gegenwärtigen Wissenschaft wurden die damaligen Experimente nicht methodisch angemessen durchgeführt: Leider wurde nicht die therapeutische Wirkung der Methode festgehalten und untersucht, sondern nur das vermeintliche Agens des Fluidums gesucht, das die Berichterstatter nicht wahrnehmen konnten. So führte die Kommission die Wirkung lediglich unkritisch auf »Einbildung« zurück.

Der Dualismus Descartes hatte Immanuel Kant (1724–1804) zu der Aussage geführt, dass der Geist nicht messbar sei und deshalb die Psychologie niemals eine experimentelle Wissenschaft sein könne. So war auch die Untersuchungskommission

gar nicht auf die Idee gekommen, »Einbildung« experimentell genauer zu untersuchen (Leary, 1982). Doch gerade die Imagination sollte sich später als besonders bedeutsam für die Wirkung von Suggestionen und Hypnose herausstellen (Lynn & Lilienfeld, 2002; Perry & McConkey, 2002).

Benjamin Franklin selbst hatte für sich jedoch den Mesmerismus nicht abgelehnt, ihn sogar in die Neue Welt eingeführt und damit dort eine experimentelle Neurowissenschaft begründet (Finger, 2006).

Weiterentwicklungen des Mesmerismus

Justinus Kerner (1786–1862) ist als Heimatdichter, Arzt und Biograf Mesmers bekannt (Kerner, 1856). Als romantischer Arzt befasst er sich mit dem Somnambulismus und dabei mit Besessenheit und der Multiplen Persönlichkeitsstörung. Bedeutend ist hier die Geschichte des Mädchens von Orlach, in der er das Syndrom der heute benannten dissoziativen Identitätsstörung darlegt (Peter, 2007).

Charles-Humbert Antoine Despine (1777–1852) behandelt Louise-Estelle L'Hary, die unter hysterischen Lähmungen, Symptomen der Ekstase während kataleptischer Zustände leidet. Für Despine (1840) ist hier der animalische Magnetismus besonders indiziert. Er beschreibt auch die Behandlung einer dissoziativen Störung mit animalischem Magnetismus (McKeown, 2007; McKeown & Fine, 2008).

Yorke (1844) betont die gemeinsame Interaktion von Mesmerist und Versuchsperson und weist dadurch auf psychologische Faktoren hin. Die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung für Wohlbefinden und Krankheit wurde jedoch schon lange vorher von Philosophen und Theoretikern erörtert (Gravitz, 2004). Neo-Mesmeristen wie Puységur und Deleuze haben diese Ausrichtung adaptiert. Sie wurde später von Freud als Konstrukt der Übertragung übernommen. Yorke (1884) entwickelt auch eine Form der Absorptionstheorie des Mesmerismus (Gravitz, 2006).

In Berlin werden ab 1780 in der Charité ca. 50 Jahre lang Experimente zum Magnetismus und dessen heilender Wirkungen durchgeführt, die letztlich ab ca. 1830 als Quacksalberei und Scharlatanerie abgetan werden (Engstrom, 2006).

In Spanien wird der animalische Magnetismus ab ca. 1816 angewandt (González de Pablo, 2006). Charles Poyen († 1844), der Schüler Puysegurs, führte 1836 in New England den animalischen Magnetismus ein (Quinn, 2007).

In Britisch Indien begegnete man dem Mesmerismus mit Ablehnung, wahrscheinlich weil er von der Kolonialmacht und der indischen Ober- und Mittelschicht ausging, aber auch auf ein anderes magisches und religiöses Weltbild traf (Ernst, 2004).

1.2.3 Puységurs Weiterentwicklung

Armand-Marc-Jacques de Chastenet, Marquis de Puységur (1751–1825), war ein begeisterter Schüler und Anhänger Mesmers – ebenso seine beiden Brüder. Als Puységur einen seiner ersten Patienten, den Bauern Victor Race, behandelt, tritt bei diesem nicht die übliche Krise in Form von Konvulsionen auf, sondern er fällt in einen eigenartigen Schlaf, in dem er eine besondere Klarheit hat und sich unterhalten kann.

Während dieses künstlichen Schlafes kann er sogar seine eigene Krankheit benennen und effektive Behandlungsvorschläge machen.

Puységurs Erklärungsmodell. Aufgrund seiner Beobachtungen in Einzel- und Gruppenbehandlungen kommt Puységur 1784 zu dem Schluss, dass die Krisen (deren Konvulsionen etc.) nicht erforderlich sind und dass es ein physikalisches Fluidum nicht gibt. Dem setzt er den nach seiner Annahme notwendigerweise auftretenden künstlichen Somnambulismus (das Schlafwandeln) entgegen – und die psychologische Theorie, dass der Glaube und Wille (*croyez et voulez*) des Therapeuten und besonders des Patienten ausschlaggebend sind.

1.2.4 Abbé Faria

Der portugiesische Priester José Custodio de Faria (1755–1819) war u. a. Professor für Philosophie in Nîmes und Marseille und entwickelte eine Theorie des Somnambulismus. Danach ist der Somnambulismus auf Eigenschaften im Patienten und nicht auf Kräfte des Magnetiseurs zurückzuführen und wird durch den Flüssigkeitszustand des Blutes und eine bestimmte »psychische Beeinflussbarkeit« verursacht. Farias Annahme basiert auf der Beobachtung, dass Personen, die nicht in »Schlaf« verfielen, nach dem Aderlass gute Somnambulisten waren. Sicherlich ist hier die *rapide* → Hypotonie Ursache der Benommenheit.

Bei der Einleitung des somnambulen Zustandes sitzt der Patient in einem bequemen Stuhl und starrt die erhobenen Handflächen des Abbés an; Faria starrt ebenfalls und ruft nun: »Dormez! – Schlafen Sie!« Klumbies (1981, S. 12) spricht sogar vom »furchterregenden Svengali-Blick«. Faria bemerkt, dass von nun an allein das Wort wesentlich ist, um beim Patienten z. B. Visionen oder Schmerzlosigkeit zu erzeugen (Faria, 1819).



Farias Begriff der »Konzentration«

Abbé Faria wendet sich von der Bezeichnung »animalischer Magnetismus« ab und führt den Begriff »Konzentration« ein. Der Magnetiseur wird zum »Konzentrator«, der somnambule Zustand wird als »luzider Schlaf« bezeichnet.

Farias Bedeutung liegt somit darin, die Erkenntnisse über den Magnetismus von einer physikalischen Theorie hin zu einer psychologischen gerückt zu haben.

In Paris war Faria sehr schnell vergessen. Er lebt als gelehrter Gefangener in Alexandre Dumas' Roman *Der Graf von Monte Christo* fort.

1.2.5 Braid und die Entwicklung in England

In England findet die Methode des Magnetisierens nur langsam Zugang. So nimmt der englische Augenchirurg James Braid (1795–1860) an einer Showvorführung des Magnetiseurs LaFontaine (einem Enkel des Fabeldichters) teil. Der Skeptiker Braid

erkennt, dass das Lidflattern der mitarbeitenden Zuschauer nicht simuliert sein kann, und beginnt mit eigenen Experimenten. Dabei verwendet er zur Augenfixation einen leuchtenden Gegenstand, eine glänzende Lanzenspitze oder einen Kristall und bewirkt damit gleiche Phänomene wie durch verbale Instruktionen. Diese Fixationsmethoden wurden bereits von Paracelsus beschrieben. Sie waren jedoch durch die viel attraktiveren Magnetismus-Induktionen in Vergessenheit geraten.

Seine Experimente bewegen Braid dazu, die Magnet- und Fluidum-Theorie zu verwerfen. Er entwickelt die Theorie der Neurypnology, die davon ausgeht, dass hirnhysiologische Veränderungen wirksam sind, eventuell Hirnanämie (Braid, 1843).

Braid führt zahlreiche Augenoperationen unter hypnotisch erzeugter Anästhesie durch und bewirkt einen solchen Aufschwung dieses Verfahrens in England, dass es zu einer Welle des Braidismus kommt – ihm wird mitunter sogar die Entdeckung dieses Verfahrens zugesprochen.



Der neue Begriff: »Hypnose«

Der Begriff »Hypnose« ist nach dem griechischen Gott des Schlafes Hypnos (lat. Somnus) benannt. Als Sohn der Nacht hat er den Zwillingsbruder Thanatos, den Gott des Todes. Der Sohn des Hypnos ist Morpheus, der Gott der Träume, der den Schlafenden in menschlicher Gestalt erscheint.

Der Mesmerist Etienne Felix d’Henin de Cuvillers hat 1820 den Begriff »Hypnotiseur« und »Hypnotismus« als Erster geprägt (Gravitz & Gerton, 1984). Simon Mialle (1826) greift in seinem zweibändigen Werk diesen Begriff auf, und James Braid macht ihn dann 1843 populär. Irrtümlicherweise wird Braid die Namensgebung häufig zugeschrieben.



Abbildung 1.3 Kopf von Hypnos, Gott des Schlafes. An der einen Schläfe hat er eine entfaltete Vogelschwinge als Symbol dafür, dass im Schlaf die Seele in eine andere Welt entfliegt. An der anderen Schläfe trägt er eine Mohnkapsel, die auf tiefen Schlaf hinweist. Sein Sohn ist Morpheus, der Gott der Träume. Der Bezug vom Mohn des Hypnos zu Morpheus wird in der aus Mohn gewonnen Droge Morphinum erkennbar (Zeichnung nach einer Steinskulptur)

Später wandte sich Braid (1855) von den quasi-physiologischen Spekulationen einer Neurypnology ab und entwickelte das Konzept des Monoideismus. Es basiert auf der Beobachtung, dass Ideen zu automatischen Handlungen führen können. Aufgabe des Therapeuten ist es demnach, bestimmte Ideen mitzuteilen. Bei Aufmerksamkeitseinkung auf nur diese Idee folgt dann die motorische Reaktion (z. B. Armlevitation, s. Abschn. 7.2.3). In einem lange verschollenen Manuskript »On Hypnotism« Braids (1860) wird deutlich, dass er im Gegensatz zur »objektiven« Magnetismuswirkung die subjektive Natur der Phänomene des Hypnotismus und den Einfluss von Suggestionen hervorhebt (Robertson, 2009).

Diese Theorie beeinflusste die Schule von Nancy, die dann die ideomotorischen Handlungen zum zentralen Element ihrer Theorie machte.

Insgesamt konnte Braid durch seine neue neurophysiologische Theorie der Hypnose die Doktrin des animalischen Magnetismus endgültig abschaffen und experimentalwissenschaftliche Grundlagen der Hypnoseforschung herstellen. Braids innovative Idee bestand darin, bei hysterischen Lähmungen Hypnose anzuwenden; er eröffnete damit die Debatte über suggestive Behandlungsmöglichkeiten (Kravis, 1988).

Elliotson (1843) berichtet über zahlreiche Operationen unter Hypnose, ebenso der schottische Chirurg Esdaile (1847), der in Indien über 345 Operationen (meist → skrotale Tumore) mit dieser Methode durchführte. Die Mortalitätsrate lag damals gewöhnlich bei etwa 50 Prozent; Esdaile reduzierte sie mit seinen Hypnoseoperationen auf 5 Prozent (Bramwell, 1903). Dieser Erfolg stieß bei der Ärztesgesellschaften nicht auf die gewünschte Akzeptanz. Deshalb verschwand nach der Entdeckung von Äther und Chloroform die als »Humbug« bezeichnete Hypnose aus dem medizinischen Bereich.

1.2.6 Die Schule von Nancy

Auguste Ambroise Liébeault

Seit Ende des 19. Jahrhunderts sind Hypnose und die damit verbundenen Interventionsformen sehr verpönt – der Forschungsbericht der Untersuchungskommission von 1784 hatte seine Nachwirkungen.

Der einfache Landarzt Auguste Ambroise Liébeault (1823–1904) setzt sich über diese Vorurteile hinweg und behandelt die arme Landbevölkerung meist unentgeltlich, wenn er Hypnose anwendet. Seine zahlreichen Patienten empfängt er in einer dafür eingerichteten Scheune und hypnotisiert sie durch Blickkontakt, verbunden mit der Suggestion der Schläfrigkeit. Für alle noch so unterschiedlichen Symptome und Beschwerden wird stets die gleiche Methode benutzt.

Liébeault wird sehr lange von seinen Fachkollegen verachtet, gilt als »Quacksalber« (weil er hypnotisiert) und als Narr (weil er keine Honorare fordert; Ellenberger, 1973, S. 139).

Hippolyte Bernheim

In der 1872 neu gegründeten Universität Nancy ist Hippolyte Bernheim (1840–1919) einer der ersten Professoren für Innere Medizin. Er entwickelt die Methode Liébeaults

weiter. Sein Werk von 1886 wird ein begehrtes Lehrbuch und um Bernheim entsteht die sogenannte »Schule von Nancy« mit einem kleinen Kreis von Psychiatern, der sich in einem regen wissenschaftlichen Disput mit Charcot (s. u.) befindet.

Weitzenhoffer (1980) weist später nach, dass Bernheim Charcots Erkenntnisse weiter ausbaute und dass er in seiner letzten Veröffentlichung von 1917 falsch verstanden wurde. So hatte Bernheim sehr überspitzt formuliert: »Es gibt keinen Hypnotismus, es gibt nur Suggestibilität« (Bernheim, 1917, S. 47). Bernheim wollte damit die Fachwelt lediglich wachrütteln und deutlich machen, dass Suggestion das primäre Agens ist und Hypnose die Folge davon darstellt – und nicht umgekehrt, wie es bislang häufig angenommen worden war. Genau dieses Thema wird später im Zentrum der modernen Hypnoseforschung stehen.



Hypnose durch Suggestion

Bernheim (1886) legt dar, dass Hypnose auf die Wirkung der Suggestion zurückzuführen ist, auf die Eignung, einen Gedanken in eine Handlung umzuwandeln. Hiermit handelt es sich bei der Hypnose um einen Zustand, der nahezu bei allen Menschen herbeizuführen ist.

Weitere Schüler

Schüler dieser »Schule von Nancy« sind unter anderem Richard von Krafft-Ebing aus Österreich, Wladimir Michailowitsch Bechterew aus Russland und Auguste Forel, Direktor der bekannten Heilanstalt Burghölzli in der Schweiz (Forel, 1935). Sigmund Freud studiert 1889 ebenfalls ein paar Wochen bei Bernheim.

Aufgrund der Untersuchungen zur Suggestion können Liébeault und Bernheim wohl als Begründer der modernen Psychotherapie angesehen werden – nicht zuletzt war es Bernheim, der den Begriff der »Psychotherapeutik« prägte.

1.2.7 Die Schule der Salpêtrière

Jean-Martin Charcot

Jean-Martin Charcot (1825–1893) in der stark strukturierten Salpêtrière ist wohl der berühmteste Neurologe des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Er wurde mit jungen Jahren bereits Chefarzt und übernahm 1870 die Leitung der Spezialabteilung für »Krampfleiden«. Hier galt es, Untersuchungsmethoden zu finden, die Krampfanfälle der Epileptiker von denen der Hysteriker unterscheiden. Zur Untersuchung benutzte Charcot Hypnose und konnte mit ihrer Hilfe sehr verschiedene Krampfzustände erzeugen. Aufgrund der Beobachtungen an seinen hysterischen Patientinnen kam er zu dem Schluss, dass Hypnose in drei unterschiedlichen Stadien durchlaufen werde: Lethargie, Katalepsie, Somnambulismus. Diese Forschungsergebnisse trug Charcot 1882 vor der Académie des Sciences vor – jener Instanz, die Jahrzehnte vorher den »Magnetismus« abgelehnt, wissenschaftlich abgeurteilt, ja verboten hatte. Durch

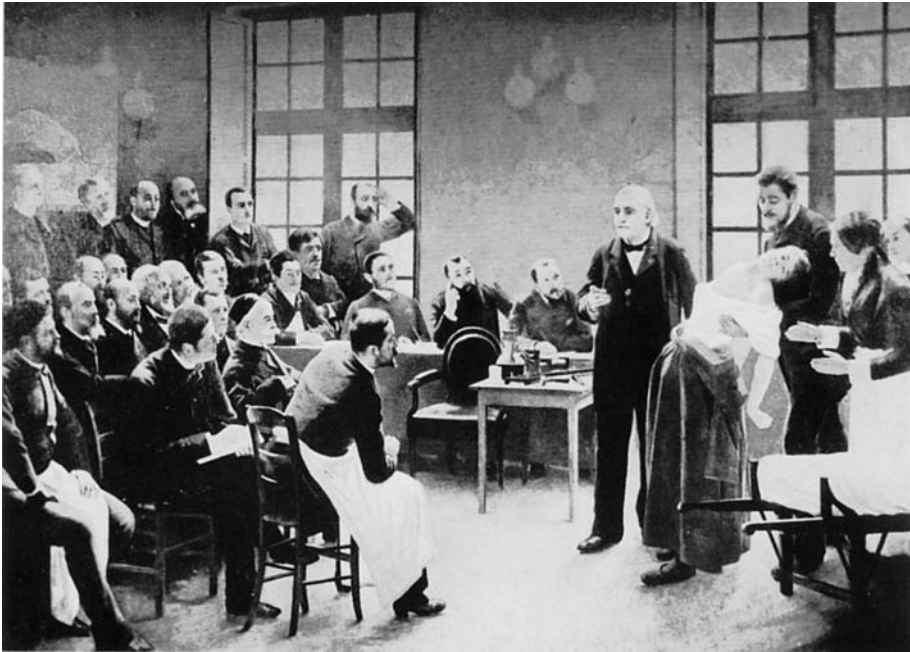


Abbildung 1.4 Jean-Martin Charcot (stehend in der Mitte). Der Begründer der Pariser Hypnose-
schule demonstriert im Salpêtrière-Hospital an einer hysterischen Patientin die Wirkung der
Hypnose (Gemälde von A. Bruillett)

Charcots wohl sehr leidenschaftlichen Vortrag konnte Hypnose wieder wissenschafts- und salonfähig werden.



Hypnose als abnormes Verhalten

Charcots Theorie beinhaltet die Annahme, Hypnose sei ein pathologischer Zustand, eine Art experimenteller Neurose, die nur bei Hysterikern auftrete. Damit befindet er sich in heftigem Widerstreit mit der Schule von Nancy. Obwohl seine Forschungen zur Hysterie und Hypnose starke Kritik erfuhren, genoss er großes Ansehen (Lehmann et al., 2004). Zahlreiche namhafte Wissenschaftler sind seine Schüler, so u. a. Gilles de la Tourette, Joseph Babinski und Sigmund Freud.

Gerade Georges Gilles de la Tourette (1857–1904) war ein großer Verfechter von Charcots Lehren. Im Zusammenhang mit dem »kriminellen Hypnotismus« hat er eine starke Auseinandersetzung mit Hippolyte Bernheim. Fatal ist, dass de la Tourette 1893 von einer jungen Frau in seiner eigenen Wohnung durch einen Kopfschuss stark verletzt wurde; sie behauptete, gegen ihren Willen hypnotisiert worden zu sein. Es konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen der Tat und dem Hypnotismus bewiesen werden (Bogousslavsky et al., 2009).

Janets Kritik. Pierre-Marie-Félix Janet (1859–1947) aus der Schule von Nancy kann zahlreiche Kritikpunkte an Charcots Theorie herausarbeiten, so unter anderem methodische Fehler: Charcot hatte selten direkten Kontakt zu den Patientinnen und verließ sich nahezu ausschließlich auf die Informationen seiner Assistenten (Janet, 1895). Diese jedoch »präparierten« die Patientinnen, indem sie nur ganz bestimmte Hypnoseinstruktionen benutzten. Die von Charcot postulierten drei Stadien der Hypnose waren somit nur Auswirkungen eines Trainings. Die fast ausschließlich hysterischen Patientinnen konnten wohl recht schnell lernen, welche Verhaltensweisen erwünscht waren und produziert werden mussten, um die symptombedingte Aufmerksamkeit zu erlangen. Manche Patientin konnte so bei Falldemonstrationen schnell zum Star des Hörsaals werden.

1.2.8 Freuds Entdeckungen durch Hypnose – und seine Kritik

Freud als Schüler von Charcot und Bernheim

Sigmund Freud (1856–1939) konnte als junger Arzt des Wiener Allgemeinen Krankenhauses 1885/86 in Paris bei Charcot an der Salpêtrière seine Studien erweitern. Er war von diesem Studium sehr beeindruckt, erwähnte gerne, dass er lange bei Charcot studiert habe, so zum Beispiel in seinen Briefen an Wilhelm Fließ (Masson, 1986). Den Briefen an seine Frau zufolge dauerte dieses Studium jedoch nur maximal vier Monate mit Unterbrechungen (Jones, 1960).

Voller Begeisterung berichtet Freud dann vor der Wiener Gesellschaft der Ärzte über das Problem der männlichen Hysterie. Er gerät danach in einen Hagel der Kritik, denn Charcots Ansichten werden dort bereits seit einiger Zeit heftig kritisiert.

Später zeigt Freud Interesse an der Lehre Bernheims, besucht ihn anlässlich des 1. Internationalen Kongresses für Experimentellen und Therapeutischen Hypnotismus 1889 in Paris und lernt hier auch den alten Liébeault aus Nancy kennen. Freud übernimmt schnell die Übersetzung von Bernheims Lehrbuch ins Deutsche. Beeindruckend für ihn ist wohl die Beobachtung, in Hypnose Symptome verschwinden und auftreten zu lassen – und die Tatsache, dass sich viele Patienten direkt nach der Hypnose kaum an einen der Gesprächs- und Erlebnisinhalte während der Hypnose erinnern können; wenn sie dann von Bernheim an der Stirn berührt werden, tritt wieder vollkommene Erinnerung ein.

Die »kathartische Methode« von Freud und Breuer

Von großer Bedeutung ist für Freud die Begegnung mit dem Internisten Josef Breuer (1842–1925). An dem von Breuer häufig vorgestellten Fall der Anna O. (real Bertha Pappenheim) kann Freud nicht nur die bereits bekannten Wirkungen der Hypnose beobachten, sondern auch, dass die Krankheitssymptome mit bestimmten Situationen im Leben der Patientin verbunden sind. Hier mussten also Impulse unterdrückt worden sein, die durch das Symptom nach außen sichtbar wurden. Diese Therapieform, bei welcher sich der Patient unter Hypnose aussprechen und somit abreagieren

kann, wird als die »kathartische Methode« bekannt und gemeinsam von Breuer und Freud (1895) als »Vorläufige Mitteilungen über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene« veröffentlicht.

Freud und Breuer stellen fest, dass für jede Hysterie das spezifische Trauma relevant ist; dabei handele es sich um »Partikulartraumen«, die sich mit der Zeit aufaddieren (Wyss, 1966, S. 9). Die ursächliche Relevanz dieser Traumen wird später zum Grundbestandteil der psychoanalytischen Theorien.

Freud betrachtet die Hysterie als ein strukturelles Phänomen der Person, Breuer sieht sie als ein Sonderphänomen an, die hypnotischen Zustände sogar als pathogene Faktoren in der Entwicklung der Hysterie. Es kommt zum Bruch ihrer freundschaftlich-wissenschaftlichen Beziehung. Wenn man einen späteren Brief Freuds von 1932 richtig versteht, liegt das Zerwürfnis wohl auch darin begründet, dass eine Patientin Breuers sich einbildete, ein Kind von diesem zu bekommen, was von Eschenröder (1986) jedoch angezweifelt wird.

Aufgrund der Beobachtungen an seinen eigenen Patienten wendet sich Freud dann von der »kathartischen Methode« Breuers – und damit auch von der Hypnose – ab.

Freuds Kritik an der Hypnose

- ▶ Die Katharsis – und damit die Hypnose – ist für Freud nicht kausal wirksam. Allein das Symptom werde dadurch behandelt und komme deshalb an anderer Stelle wieder zum Vorschein – später als »Symptomverschiebung« bekannt.
- ▶ Erst Jahre danach wird erkannt, dass Hypnose sehr wohl kausal wirksam sein kann.
- ▶ Zwischenzeitlich hat Freud das Phänomen des Widerstandes entdeckt. Beeinflusst durch die Arbeit mit Hypnose entwickelt Freud (1912/1957) das Konstrukt der Übertragung. Er folgert, dass die Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit die Auswirkung einer Übertragungsreaktion ist, die auf der Liebe oder Angst des Patienten gegenüber der Hypnotiseur-Autorität basiert (Freud, 1922). Hier liegen Variablen vor, die in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient bedeutsam sind. Nach Freuds Beurteilung fördert Hypnose die Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten und erschwert somit die Behandlung.
- ▶ Wesentlich für die Beurteilung der Patient-Therapeut-Beziehung und der Hypnose ist dann noch Freuds Erlebnis, dass eine Patientin nach dem Erwachen aus Hypnose ihre Arme um ihn schlingt, was ihm wohl höchst unangenehm gewesen sein muss (Freud, Gesammelte Werke, XIV, S. 52).
- ▶ Die von Freud entwickelte Technik der »freien Assoziation« hat für ihn den Vorteil, dass der Patient bei vollem Bewusstsein mitarbeitet und nicht nachträglich über seine (in Hypnose geäußerten) wesentlichen Mitteilungen informiert werden muss (Thompson, 1950).
- ▶ Hier wird übersehen, dass die Patienten sich sehr wohl an die in Hypnose getroffenen Äußerungen erinnern können, was am Geschick des Therapeuten und dem gesamten therapeutischen Setting liegt.

- Freud sieht die Hauptelemente der Hypnose als Unterwerfung, Gehorsam und Abhängigkeit an; die Hypnosepatienten spielen also eine passiv-abhängige Rolle, indem der Patient nur auf die Instruktionen des Therapeuten reagiere. Diese infantil-dependenden Einstellungen des Patienten erleichtern die Akzeptanz der therapeutischen Suggestionen des Therapeuten (Gravitz, 2004). Für die Psychoanalyse ist es jedoch wichtig, die Aktivität des Patienten aufrechtzuerhalten (Bally, 1966).
- Über diese autoritäre Anwendungsform der Hypnose weiter unten mehr (s. Abschn. 3.3).
- Hypnose verhindere die Einsicht in das Spiel der innerpsychischen Kräfte und der psychodynamischen Interaktionen (Kline, 1958, S. 15).
- Letztlich ist die irrige Annahme Freuds zu nennen, nach der allein eine tiefe hypnotische Trance Wirkungen erziele; diesen somnambulen Zustand erreichen jedoch nur wenige Patienten – weniger als es Freud lieb war (Kline, 1966).

Freuds Ablehnung der Hypnose wird von vielen Hypnosefachleuten (z. B. Kline, 1958; Pattie, 1967) als ein großer Schlag gegen dieses Verfahren in der Psychotherapie angesehen, denn viele seiner Anhänger nehmen noch Jahrzehnte später seine Aussagen kritiklos als unveränderbares Dogma auf und übertragen es epigonenhaft in die Psychotherapie der Gegenwart.

Freuds Kritik aus heutiger Sicht

Aus unserer gegenwärtigen Sicht waren Freuds Kenntnisse über Hypnose gering. Freud berichtet selbst, dass er diese Methode nicht sonderlich gut beherrschte (Freud, Gesammelte Werke, I, S.165 f.; LeCron, 1973). War das wohl der Grund, warum er sie so sehr ablehnen musste?

Freud nimmt an, »der Hypnotiseur behauptet, im Besitz einer geheimnisvollen Macht zu sein, die dem Subjekt den eigenen Willen raubt, oder was dasselbe ist, das Subjekt glaubt dies von ihm. [...] und wie bringt er dies in Erscheinung? Indem er die Person auffordert, ihm in die Augen zu sehen; er hypnotisiert in typischer Weise durch seinen Blick« (Gesammelte Werke, XIII, S. 140). Tradierte Vorurteile von ihm werden beibehalten: Allmacht des Therapeuten, Willenlosigkeit des »Opfers« und Macht durch den Blick. (Ähnlich wie es in der »Volksseele« der Comics produziert wird.)

Leider scheint Freud nur die »Faszinationsmethode« zur Hypnose-Einleitung benutzt zu haben, die primär wohl im Umkreise Charcots praktiziert wurde. Modernere Verfahren wie die Augenfixation wurden bereits durch Braid angewandt, ausführlich veröffentlicht und waren Freud bekannt (er praktizierte ja bei Bernheim), werden von ihm jedoch wie folgt verurteilt: »Man kann die Hypnose allerdings auch auf anderen Wegen hervorrufen, was irreführend ist und zu unzulänglichen physiologischen Theorien Anlaß gegeben hat, zum Beispiel durch das Fixieren eines glänzenden Gegenstandes [...]« (Gesammelte Werke, XIII, S. 140).

In seinen Rückerinnerungen von 1917 beschreibt Freud die Hypnose als monoton, »mit dem nämlichen Zeremoniell den verschiedenen Symptomen die Existenz zu verbieten, ohne deren Sinn und Bedeutung etwas erfassen zu können. Es war eine Handlangerarbeit, keine wissenschaftliche Tätigkeit und erinnerte an Magie, Beschwörung, Hokuspokus« (Gesammelte Werke, XI, S. 467).

Schade, dass Freud dieses alte Negativbild der Therapie vollkommen mit Hypnose in Beziehung setzte und die Methode der Hypnose später dann nicht mehr mit der genialen Methode der Psychoanalyse kombinierte.

Die bereits zitierten und damals üblichen Verbotssuggestionen entstammen dem autoritären Denkstil der Zeit. Aus den neueren Grundlagenuntersuchungen der Kinderpsychologie wissen wir jedoch, dass Verbote meist unwirksam sind, da sie nur die Negativsituation hervorheben, jedoch kein relevantes erwünschtes Alternativverhalten aufzeigen, welches das Kind erlernen soll (Tausch & Tausch, 1970) (s. a. Abschn. 7.5.3). Analog dazu weiß der Körper/die Psyche mit dem Hypnoseverbot »keine Angst« bestimmt wenig oder nur Negatives anzufangen. Die Psychoanalyse lehrte uns, dass das Unbewusste keine Verneinungen kennt – Freud wandte zuvor jedoch Verbotssuggestionen an.

Während man im 18. Jahrhundert mit Hypnose noch direkte Symptomveränderungen vornimmt, wird in der Literatur des 20. Jahrhundert sehr deutlich nach ihren Ursachen geforscht. Freud steht also an der Schwelle dieser Entwicklung der Ursachenforschung, die er angestoßen hat (Ball, 2006; Weitzenhoffer, 2004). Andererseits haben Freud und Bernheim mit Hypnose erfolgreiche Symptombeseitigungen ohne Negativwirkungen vorgenommen (Bernheim, 1986), die auch bei der modernen Hypnose in Verbindung mit Psychotherapie angewandt werden (Barabasz & Watkins, 2005).

Erfolgreiche Anwendung der Hypnose in der Psychoanalyse

Offen bleibt letztlich die wissenschaftlich-spielerisch gestellte Frage, ob Freud je die moderne Psychotherapie begründet hätte, wenn er die damals sehr einengende autoritäre Hypnose beibehalten hätte. Übrigens muss Breuer gute Erfolge mit dem Verfahren gehabt haben.

Spätere Bemerkungen über Freud lassen kurz die Idee aufkommen, er habe sich im höheren Lebensalter wieder der Hypnose zugewandt; dies rührt von Polgars Anspruch her, Freuds Hypnoseassistent gewesen zu sein, was von Gravitz und Gerton (1982) widerlegt wird.

Die Diskussion um Freud scheint jedoch noch nicht ganz abgeschlossen zu sein, da immer noch unbekannte Literatur vom Anfang des 20. Jahrhunderts entdeckt wird, in der Freud sich über Hypnose äußert (Solms, 1989a, 1989b) und sein Interesse daraus deutlich wird (Bachner-Melman & Lichtenberg, 2001).

Die Jahrzehnte später wieder auflebende Diskussion über die Anwendung der Hypnose in der Psychoanalyse zeigt sehr deutlich, dass Hypnose sehr wohl in der Psychoanalyse und in Psychotherapien der analytischen Tradition erfolgreich angewandt wird (s. Abschn. 16.1).

1.3 Jüngste historische Entwicklung der Hypnose

1.3.1 Internationale Entwicklungen

Die älteste Fachzeitschrift zur Hypnose, »Annales de la Société Harmonique des Amis-Réunis de Strasbourg«, stammt von 1786 und wurde wahrscheinlich von Puységur herausgegeben. Seitdem hat die Zahl von Hypnose-Fachzeitschriften sehr stark zugenommen; nahezu jedes Land verfügt über mindestens eine Hypnose-Gesellschaft und deren Fachorgane mit ihren zahlreichen Publikationen.

Sowohl die experimentelle als auch die klinische Hypnoseforschung entwickelten sich gerade in den letzten 30 bis 40 Jahren erheblich, wie in den Folgekapiteln deutlich wird.

Von den verschiedenen Methoden haben sich eindeutig die sogenannten Erickson-Methode und die Kombination von Hypnose mit kognitiv-behavioraler Therapie bzw. Verhaltenstherapie etabliert, aber auch ihre Verbindung mit Familientherapie, Gesprächstherapie etc. ist immer selbstverständlicher geworden (s. Kap. 16). Die Entwicklungen in einzelnen Ländern sind nachfolgend exemplarisch dargestellt.

Russland. Die Hypnose nimmt in Russland seit Pawlow (1923, 1938) bis heute ihren festen Platz in der Behandlung psychischer Störungen und bei medizinischen Interventionen ein (Katzenstein, 1978; Platonow, 1959).

USA. In den USA ist sie in gleicher Weise anerkannt. Historisch betrachtet ist dies das Verdienst von Marie Joseph Mortier Lafayette (1757–1834). Als französischer Staatsmann kämpfte er an der Seite von George Washington im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg und setzte sich als ein Schüler Mesmers für die Verbreitung der Hypnose in Amerika ein. Der stärkste Einfluss kam wahrscheinlich über das damals noch französische New Orleans, wo die erste Mesmer-Gesellschaft des neuen Kontinents gegründet wurde (Ellenberger, 1973).

Von hier ausgehend kam es zu einer kontinuierlichen Entwicklung, sodass in den USA wohl mit die größten Forschungszentren zu den Bereichen Hypnose und Suggestion zu finden sind. Die American Medical Association entwirft ein Curriculum für Hypnose als Lehrgegenstand an Medizinischen Fakultäten (A. M. A., 1961). Auch gibt es im Medical Health Report besondere Hinweise für die medizinische Anwendung der Hypnose (Plunkett, 1958).

England. In England hat die British Medical Association in ähnlicher Weise Richtlinien erlassen. Hypnose gehört dort seit 1952 ebenfalls zum festen Ausbildungsbestandteil klinischer Berufe.

Die International Society of Hypnosis (ISH) wurde 1958 gegründet und gilt als Dachverband der jeweiligen nationalen Gesellschaften.

1.3.2 Entwicklungsaspekte im deutschsprachigen Raum

Entwicklung zur Zeit der Romantik

Im deutschsprachigen Raum zeigte man von Anfang an reges Interesse am Mesmerismus. So setzte die Preußische Regierung eine Untersuchungskommission ein, die sich 1816 positiv über den Magnetismus äußerte (Erman, 1925). Es wurden sogar entsprechende Lehrstühle an den Universitäten Berlin und Bonn eingerichtet.

Auf der Grundlage der Romantik, die in Deutschland ihren Ursprung hat und in diesem Zeitraum auf ihrem Höhepunkt stand, fanden zahlreiche Intellektuelle Zugang zum Mesmerismus, so z. B. Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836, Medizinprofessor und Hausarzt von Goethe) und die Philosophen Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770–1831), Johann Gottlieb Fichte (1762–1814) und Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling (1755–1854). Sogar der preußische König Friedrich Wilhelm III. (1770–1840) und sein Kanzler Karl August von Hardenberg (1750–1822), bekannter als der Schriftsteller Novalis, interessierten sich dafür und beauftragten Hufeland, sich näher damit zu befassen. Hardenberg war wohl einer der intensivsten Förderer des Magnetismus. Nach seinem Tod ging das allgemeine Interesse daran dann jedoch zurück.

Heidenhain (1834–1897) führte ähnliche Experimente wie Braid in England durch und kam zu dem Ergebnis, dass Reizmonotonie bei der Einleitung des Magnetismus wesentlich ist (Heidenhain, 1885). Zu seinen Schülern zählten u. a. der sowjetrussische Physiologe Iwan Petrowitsch Pawlow und der Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger, die beide bedeutsame Beiträge in der Hypnoseforschung leisteten. Ein Assistent Binswangers war Oskar Vogt (1870–1959), der mit 28 Jahren in Berlin ein »Institut für Hypnotismus« gründete. Er entwickelte die fraktionierte Methode (s. Abschn. 14.3.3), nach welcher der Patient wiederholt in Hypnose versetzt und aufgeweckt wird, wobei vorwiegend seine erwünschten hypnotischen Verhaltensweisen verstärkt werden (Vogt, 1895, 1899). Unter seinem wissenschaftlichen Einfluss befassten sich zahlreiche Forscher mit den unterschiedlichsten Bereichen der Hypnoseforschung, so auch Schultz, Kretschmer und Klumbies (Halama, 1989b).

Entwicklung zum Anfang des 20. Jahrhunderts

Die Folgewirkungen des Ersten Weltkrieges brachten Johannes H. Schultz (1884–1970) in Kontakt mit zahlreichen Kriegsneurotikern. Aufbauend auf seine umfangreichen Erfahrungen entwickelte er aus der Hypnose ein Verfahren zur Selbstbeeinflussung, das »autogene Training« (Schultz, 1932). Leider hat seine Rassenideologie es verhindert, die angebotenen Kontakte mit Edmund Jacobson aufzunehmen, der nahezu gleichzeitig die Progressive Muskelrelaxation entwickelte (Brunner et al., 2008).

Parallel dazu forschte in Tübingen Ernst Kretschmer (1888–1964), bekannt durch seine Konstitutionslehre. Seine »gestufte Aktivhypnose« (s. Abschn. 14.3.3) stellt eine Übergangsform vom autogenen Training zur Hypnose dar. Sein Schüler, Karl Langen (1913–1980), übernimmt in Mainz die Hypnoseforschung und wird durch seine Arbeiten in gleicher Weise berühmt wie seine Vorgänger (Langen, 1961).

Entwicklungen nach 1945

In Deutschlands NS-Zeit verlor Hypnose stark an Bedeutung, zahlreiche der bekannten Forscher wanderten aus, und durch die Teilung Deutschlands erfolgten Parallelentwicklungen.

In Jena arbeitet Gerhard Klumbies, der die besondere Form der »Ablationshypnose« entwickelt und damit große therapeutische Erfolge erzielt (Klumbies, 1952). Seine Benutzung von Schallplattenmusik während der Phasen des autogenen Trainings erinnert an Mesmers Unterstützungen durch das Glasharmonikaspiegel. Nicht unerwähnt bleiben soll Alfred Katzenstein (1978), der zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema Hypnose vorlegte.

Beeindruckend sind hier die umfassenden historischen Darstellungen zur Psychotherapie (und Hypnose) in Ostdeutschland von 1945 bis 1995 von Geyer (2011), die ich bereits durch frühe persönliche Kontakte mit Wolf-Rainer Krause (2011a, b) ebenfalls ergänzen konnte.

In Westdeutschland besteht seit 1971 die Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training (DGÄHAT). Im gesamten Deutschland erlebt die Hypnose ab ca. 1975 eine Renaissance, besonders durch den Einfluss der Werke von Milton Erickson (1901–1980) aus den USA. 1978 wurde die Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.) gegründet, 1982 die Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH) und 1995 die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH). Diese Gesellschaften haben ausführliche Curricula entwickelt, nach denen Psychologen, Ärzte und Zahnärzte in klinischer Hypnose ausgebildet werden.

Die Zahl der regelmäßigen internationalen und nationalen Fachkongresse und Jahrestagungen zur Hypnose ist inzwischen beachtlich und die Hypnoseforschung in der Bundesrepublik Deutschland wurde deutlich ausgebaut. Zu erwähnen sind hier Walter Bongartz in Konstanz mit seinen Untersuchungen zum Immunsystem und Vladimir A. Gheorghiu (1926–2010) in Gießen, der zu den bedeutenden Suggestionsforschern zählt. Dirk Revenstorf befasst sich in Tübingen mit der Grundlagen- und Therapieforschung zur Hypnose, ebenso O. Berndt Scholz in Bonn, Albrecht Schmierer baute die zahnärztliche Hypnose aus – um nur einige zu nennen.

Auch deutschsprachige Lehrbücher liegen seit einiger Zeit vor (chronologisch nach Erstpublikation: Kossak, 1989; Revenstorf, 1990; Bongartz & Bongartz, 1998; Revenstorf & Peter, 2001), und die Anzahl der deutschsprachigen Fachliteratur und populärwissenschaftlichen Publikationen zur Hypnose hat in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich zugenommen.

Entwicklung in Österreich

Die Geschichte der Hypnose ist eng mit Österreich verbunden, so mit Gassner, Mesmer, Breuer und Freud sowie mit den Forschungen von Schilder und Kauders (z. B. 1926). Die autogene Psychotherapie von Heinrich Wallnhöfer (z. B. 1998) wie auch die Hypnose ist nach dem Psychotherapiegesetz seit 1993 als eigenständige Psychotherapiemethode anerkannt (Walter & Martin, 2002). Für die integrierte Psychotherapie mit Hypnose setzt sich Gerhard S. Barolin (1995; Barolin & Kaiser-

Rekas, 2007) ein. Gesellschaften sind: Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Hypnose (ÖGWH), Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), die Österreichische Gesellschaft für ärztliche und zahnärztliche Hypnose (ÖGZH) und die Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose und Kurztherapie (MEGA).

Entwicklung in der Schweiz

F.A. Mesmer hat als Schweizer Bürger seine letzten Lebensjahre in Frauenfelden verbracht. Der Direktor der Kantonalen Heilanstalt »Burghölzli« in Zürich, Auguste Forel (1848–1931), verbreitete die Hypnose im Sinne von Bernheim und Liébeault in der Schweiz. Nach ca. 1945 fand die Autohypnose in Form des autogenen Trainings Zugang in der Schweiz, wohl weil dieses Vorgehen der vorsichtigen und eher abwartenden Durchschnittshaltung des Schweizers entspricht (Wolff, 1996). Die Verbreitung der Hypnose erfolgt durch mehrere große Hypnosegesellschaften. Bedeutsam ist Konrad Wolff (1917–2003), der die Hypnose 1953 einführte, umfassende Basisarbeit leistete und die Klinische Hypnose in der Schweiz etablierte, weitergeführt von Philip Zindel. Seit 1981 besteht die Schweizerische Gesellschaft für Hypnose (SMHS) und später hinzugekommen die Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (GHYPS).

1.4 Auswirkungen und Wechselwirkungen von Hypnose und Kunst

1.4.1 Literatur

Auf die Mitteilungen der alten Ägypter und der indischen Mahabharata (s. o.) folgt später Shakespeares (1611) »Sturm« mit suggestiven und hypnotischen Elementen. Nach der Analyse von Kossak (1999) kommt es im 18. und 19. Jahrhundert in der Romantik zu einer »Literarisierung des Mesmerismus« (Müller, 1988, S. 71). Abbé Faria erscheint in Alexandre Dumas' (1844–1846) Roman *Der Graf von Monte Christo*. Durch Honoré Balzacs *Louis Lambert* (1832) und *Ursele Mirout* (1841) wird die »somnambule Medizin« bekannt. In Brownings obskurem Gedicht *Mesmerisms* (1855) steht die Macht der Hypnose im Vordergrund und in Edgar Allan Poes Romanen *The Facts in the Case of Mr. Valdemar* (1846) und *Willion Wilson* (1839) ist der Magnetismus zentrales Thema. E. T. A. Hoffmann bringt durch seine Novellen *Der Magnetiseur* (1814/15), *Das Elixier des Teufels*, *Der Sandmann* und *Das öde Haus* (1816/17) das Doppelgängerthema und damit das gesplittete Bewusstsein, das »andere Selbst«, die multiple Persönlichkeit ins Gespräch, das in Stevensons Roman *The Strange Case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde* (1886) kulminiert. Diese Literatur nahm einen großen Einfluss auf die Psychiatrie (Altschuler, 2003).

In der modernen Literatur werden die Begriffe *Hypnose* und *hypnotisch* stets als Synonyme für magisch anziehend, beeinflussend, übersinnlich verwandt, so z. B. von Calvin (1994), Gaarder (1993), Zadeck (1998), sogar in kunsthistorisch-wissenschaftlichen Abhandlungen (Ceysson & Bresc-Bautier, 1997; Kramer, 1984). »Höhepunkte« sind hier Kriminalromane wie *Der Hypnose-Mörder* (Jerry Cotton, 1971), *Hypnose*

(Pican, 1988) oder *Der Hypnotiseur* (Kepler, 2009), in denen mit Hilfe von Hypnose Morde durchgeführt werden.

1.4.2 Comic und Graphic Novels

Die neue grafische Literaturgattung des Comics beginnt Ende des 19. Jahrhunderts, die schon in ihren frühen Anfängen Hypnose darstellt und in ihren Wirkungen medientypisch übertreibt, so bei *Krazy Cat* (1913–1944), gezeichnet von George Herriman. Kossak (1999) analysierte ca. 2.000 internationale Comic-Geschichten aus den Jahren 1932 bis 1999 über z. B. Superman, Superwoman, Fix und Foxi, Donald Duck, Gundel Gaukelei oder Micky Maus. Hypnose kommt darin relativ häufig vor und wird stets zur mehr oder weniger kriminellen Manipulation und Willensbeeinflussung benutzt. Wesentlich sind hier: der typische Blick, Bewusstseinsverlust, Willenlosigkeit und übernatürliche Fähigkeiten – und die für Comics typischen Gags.

1.4.3 Film

Barrett (2006) recherchierte mit gleichem Impetus über Hypnosedarstellungen in Film und Fernsehen ab 1911. In den über 230 analysierten Filmen werden ähnliche Stereotype wie in der Trivalliteratur und im Comic generiert, hier vertreten durch z. B. *Dracula*, *Dr. Mabuse*, *Die nackte Kanone*. Nur ca. 2 Prozent enthalten positive oder realistische Darstellungen (Barrett, 2006).

2 Theorien der Hypnose

Der Mesmerismus ist die vom philosophischen Standpunkt aus inhaltsschwerste aller gemachten Entdeckungen, auch wenn sie einstweilen mehr Rätsel aufgibt, denn löst.

Arthur Schopenhauer (1788–1890)

Die Anzahl der Theorien zur Hypnose ist umfangreich – Lynn und Rhue (1991) erwähnen bereits insgesamt 18 gegenwärtig relevante Hypnosetheorien –, und ihre Zahl nimmt weiter zu. In diesem Kapitel sind die international bekannten und damit bedeutsamsten dargestellt, auch wenn sie teilweise nur noch historisch relevant sind. Die neueren neurobiologischen und neuropsychologischen Ergebnisse der mit funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRI) durchgeführten Gehirnforschung tragen in hohem Maße dazu bei, die neuronalen Substrate von Verhalten in Hypnose darzustellen, aus denen sich dann Folgerungen für die einzelnen Theorien ableiten lassen – bis hin zu Annahme und zum Nachweis genetischer Zusammenhänge von hypnotischen Prozessen (Raz, 2005, s. Abschn. 4.5.3). Später erfolgt eine Gegenüberstellung in übergeordneten Vergleichssystemen (s. Kap. 3).

2.1 Historische Theorien

Bereits im 18. Jahrhundert haben ihre »Gründungsväter« sehr verschiedene theoretische Erklärungsmodelle entwickelt (s. Kap. 1).

Im alten historischen Stammbaum sind drei verschiedene Richtungen vorzufinden:

- (1) Mesmer: Hypnose wird durch Außereinflüsse erzeugt; durch den animalischen Magnetismus bzw. das Fluidum.
- (2) Liébeault: Hypnose ist auf Suggestion zurückzuführen, also auf spezifische innere Vorgänge des Patienten.
- (3) Abbé Faria: Hypnose ist durch individuelle Unterschiede zu erklären, so z. B. durch Konzentration und Blutzusammensetzung.

2.2 Die Dissoziationstheorie – Pierre Janet

Pierre Janet arbeitet als Nachfolger Charcots an der Salpêtrière ebenfalls auf den Gebieten der Hysterie und der Hypnose. Aus seinen Beobachtungen folgert er, dass in der Hysterie der Geist sich in verschiedene Bereiche aufteile, was bei der Hypnose künstlich erzeugt werden könne. Dafür prägt er den Begriff der »Dissoziation« (Janet, 1925). Biologische und physiologische Systeme können danach getrennt und unabhängig voneinander arbeiten. Dies beinhaltet auch, dass unbewusste und bewusste Systeme funktional unabhängig voneinander tätig sein können als »Desaggregation« (Janet, 1888). Als medizinisch-physikalische Erklärung wird eine Blockade der Reize

2 Theorien der Hypnose

Der Mesmerismus ist die vom philosophischen Standpunkt aus inhaltsschwerste aller gemachten Entdeckungen, auch wenn sie einstweilen mehr Rätsel aufgibt, denn löst.

Arthur Schopenhauer (1788–1890)

Die Anzahl der Theorien zur Hypnose ist umfangreich – Lynn und Rhue (1991) erwähnen bereits insgesamt 18 gegenwärtig relevante Hypnosetheorien –, und ihre Zahl nimmt weiter zu. In diesem Kapitel sind die international bekannten und damit bedeutsamsten dargestellt, auch wenn sie teilweise nur noch historisch relevant sind. Die neueren neurobiologischen und neuropsychologischen Ergebnisse der mit funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRI) durchgeführten Gehirnforschung tragen in hohem Maße dazu bei, die neuronalen Substrate von Verhalten in Hypnose darzustellen, aus denen sich dann Folgerungen für die einzelnen Theorien ableiten lassen – bis hin zu Annahme und zum Nachweis genetischer Zusammenhänge von hypnotischen Prozessen (Raz, 2005, s. Abschn. 4.5.3). Später erfolgt eine Gegenüberstellung in übergeordneten Vergleichssystemen (s. Kap. 3).

2.1 Historische Theorien

Bereits im 18. Jahrhundert haben ihre »Gründungsväter« sehr verschiedene theoretische Erklärungsmodelle entwickelt (s. Kap. 1).

Im alten historischen Stammbaum sind drei verschiedene Richtungen vorzufinden:

- (1) Mesmer: Hypnose wird durch Außereinflüsse erzeugt; durch den animalischen Magnetismus bzw. das Fluidum.
- (2) Liébeault: Hypnose ist auf Suggestion zurückzuführen, also auf spezifische innere Vorgänge des Patienten.
- (3) Abbé Faria: Hypnose ist durch individuelle Unterschiede zu erklären, so z. B. durch Konzentration und Blutzusammensetzung.

2.2 Die Dissoziationstheorie – Pierre Janet

Pierre Janet arbeitet als Nachfolger Charcots an der Salpêtrière ebenfalls auf den Gebieten der Hysterie und der Hypnose. Aus seinen Beobachtungen folgert er, dass in der Hysterie der Geist sich in verschiedene Bereiche aufteile, was bei der Hypnose künstlich erzeugt werden könne. Dafür prägt er den Begriff der »Dissoziation« (Janet, 1925). Biologische und physiologische Systeme können danach getrennt und unabhängig voneinander arbeiten. Dies beinhaltet auch, dass unbewusste und bewusste Systeme funktional unabhängig voneinander tätig sein können als »Desaggregation« (Janet, 1888). Als medizinisch-physikalische Erklärung wird eine Blockade der Reize

an den Synapsen angenommen, welche die sensorischen von den motorischen Zentren des Kortex abkoppelt. Auf diese Weise kann der Reiz direkt (und ggf. unter Ausschaltung des Bewusstseins) zu den Motorikzentren gelangen. Beispiele dafür sind: Amnesie von Hypnoseerlebnissen, hypnotisch erzeugte Taubheit und Blindheit sowie die multiple Persönlichkeit (Janet, 1888), bei der eine Person unter Hypnose unterschiedliche Rollen ihrer Persönlichkeit einnehmen kann.

Übrigens stellte Janet erstmals einen systematischen und phasenorientierten Plan für die Psychotherapie von posttraumatischem Stress auf (van der Hart & Brown, 1991; s. Abschn. 22.1.4).

Die Dissoziationstheorie wurde in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wenig beachtet, da Freuds alternative Verdrängungstheorie viele dieser Aspekte zu beinhalten schien (Hilgard, 1989).

2.3 Die Neodissoziationstheorie – Ernest R. Hilgard

Hilgard (1974) greift die Dissoziationstheorie Janets wieder auf und nimmt eine Mittelstellung ein zwischen einem behavioristischen Standpunkt, der ausschließlich auf das rein beobachtbare Verhalten zurückgreift, und einem humanistisch-phänomenologischen Standpunkt. Der Begriff »hypnotischer Zustand« wird nicht als kausale Bedingung, sondern als deskriptive Variable benutzt, um ihn gegenüber anderen Bewusstseinszuständen abzugrenzen (Hilgard, 1969, 1971). Hypnotisierbarkeit wird als ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal angesehen, da eine hohe Retest-Reliabilitäten für hypnotische Suggestibilität vorliegt (Morgan et al., 1974; s. Abschn. 4.5 und 5.3).



Grundannahmen der Neodissoziationstheorie (Hilgard, 1974, 1977a, b, 1989)

- ▶ Es gibt unterschiedliche kognitive Verarbeitungssysteme, die miteinander interagieren, aber auch isoliert (dissoziiert) voneinander tätig sein können.
- ▶ Die einzelnen kognitiven Systeme werden durch übergeordnete Kontrolle in ihrer Interaktion und Konkurrenz geregelt. Durch selektive Dominanz wird in den gleichzeitig ablaufenden Gedanken und Handlungen Ordnung geschaffen.
- ▶ Es gibt für alle kognitiven Systeme eine zentrale Überwachungs- und Kontrollstruktur, da die hierarchischen Verhältnisse zwischen den einzelnen kognitiven Strukturen sich je nach Anforderung ändern.

Durch Hypnose können die einzelnen kognitiven Systeme angesprochen werden; ihre hierarchisch angelegte Ordnung kann aufgelöst werden, um einige Systeme abzutrennen, zu dissoziieren. Phänomene wie Amnesie, posthypnotischer Auftrag, Anästhesie etc. sind somit durch die Neodissoziationstheorie zu erklären.

Hilgard (1984) nennt ein Dissoziationsphänomen, den »verborgenen Beobachter« (hidden observer): »Der verborgene Beobachter war als Metapher eingeführt worden, um eine Gedächtnisstruktur zu beschreiben, mit der eine Person Material registriert

und speichert, ohne gewahr zu werden, daß dieses Material zuvor erlebt und verarbeitet worden ist« (Hilgard, 1989, S. 13).

Suggestion

Instruktion zum verborgenen Beobachter (Knox et al., 1974; übers. vom Autor)

»So wie viele Dinge in unserem Körper ablaufen, die uns unbewusst sind, so kann es unter Hypnose Informationsprozesse geben, die uns nicht bewusst sind; Dinge, die der hypnotisierte Teil von Ihnen, zu dem ich gerade spreche, nicht kennt. Falls das so ist, dann kann ich nach einer kleinen Weile, während ich meine Hand auf Ihre Schulter lege, Kontakt haben mit diesem Teil von Ihnen, der Dinge kennt, die der hypnotisierte Teil nicht kennt – und er kann zu mir sprechen. Sie werden nicht merken, dass dieser Teil zu mir spricht, oder was er spricht; und wenn ich meine Hand dann wegnehme von Ihrer Schulter, dann wird alles wieder so sein, wie es jetzt ist, bis Sie aus der Hypnose heraus sind. Ich sage zu Ihnen: »Nun können Sie sich an alles erinnern.« Dann werden Sie sich an das erinnern, was Sie sagten und wir können uns darüber unterhalten.«

Die Auswirkungen der Theorie zeigen sich in der Psychiatrie der Gegenwart; bestimmte Schulrichtungen sehen die multiple Persönlichkeit als eine Auswirkung der Dissoziation an, die ihrerseits wiederum (wie andere psychiatrische Störungen) eng mit der hypnotischen Empfänglichkeit verbunden sei (s. Abschn. 22.4). In der Folgeschule von Erickson hat das Unbewusste und damit verbunden die Dissoziation wieder eine bedeutsame Rolle (z. B. Gerl, 1998; Lankton & Lankton, 2001).

In einigen Punkten besteht hier eine Ähnlichkeit mit der Ich-Regression in der psychoanalytischen Theorie von Gill und Brenman (1961; s. Abschn. 2.6), denn durch Veränderung in der Hierarchie der Kontrollsysteme verliert das Ich seine normalerweise dominante Funktion.

2.4 Die Dissoziations-Kontroll-Theorie – Erik Z. Woody und Keneth S. Bowers

Nach dieser Theorie beinhaltet Hypnose (für Hochsuggestible), dass sich untergeordnete kognitive System von der Organisation und Kontrolle durch übergeordnete integrierende Vorgänge abkoppeln. Danach wirkt sich eine erfolgreiche hypnotische Induktion darin aus, wie Verhalten und Kognition kontrolliert werden. Diese Veränderung wird durch ein überwachendes Aufmerksamkeitssystem erklärt (Woody & Bowers, 1994).

Untersuchungen mit dem → Stroop-Effekt und dem fMRI zeigen: Absorption unter Hypnose kann (für Hochsuggestible) eine Folge dissoziierter Aufmerksamkeitskontrolle sein, die durch die funktionelle Unterbrechung der Verbindung zwischen dem linken dorsolateralen Präfrontalkortex und dem anterioren cingulären Kortex bedingt

ist (Jamieson & Sheehan, 2004). Diese Ergebnisse unterstützten die Theorie von Woody und Bowers.

2.5 Die Theorie der Rollengestaltung – Theodore R. Sarbin

Sarbin sieht in der Hypnose sehr viele sozialpsychologische Komponenten und betrachtet das hypnotische Verhalten als Rollengestaltung (»role enactment«; Sarbin & Coe, 1972a). Hierbei sind folgende Aspekte wesentlich:

- ▶ Anzahl der Rollen, die jemandem für die Rollengestaltung zur Verfügung stehen: Je mehr Rollen verfügbar sind, desto leichter wird sie auch eine hypnotische Rolle übernehmen können (Sarbin & Lim, 1963).
- ▶ Schneller Erwerb einer Rolle (preemptiveness): Hiermit ist der Zeitumfang gemeint, den jemand in einer bestimmten Rolle verbringt – im Vergleich mit anderen Rollen.
- ▶ Organismische Mitbeteiligung, ein zentraler Faktor für die Hypnose: Je mehr eine Person in einer Rolle physiologisch beteiligt ist, desto eher werden Selbst und Rolle miteinander verschmelzen.

Variablen der Rollengestaltung

Nach Sarbin gibt es insgesamt sechs Variablen, die die Gestaltung der hypnotischen Rolle beeinflussen.

(1) Rollenbestimmung. Fähigkeit, die durch einen Hypnotiseur angeregte hypnotische Rolle zu übernehmen.

(2) Kongruenz der Eigenrolle. Übereinstimmung zwischen Hypnoseroles und dem Selbst.

(3) Rollenerwartungen. Ausmaß, in dem die Person die von ihm und sich selbst erwartete Rolle vornimmt.

(4) Rollenfertigkeiten. Ausmaß, in dem die erforderlichen (kognitiven und motorischen) Fertigkeiten für eine bestimmte Rolle aufzubringen sind.

(5) Rollenanforderungen. Aktuelle, situative Anforderungen bei der Rollenausführung.

(6) Verstärkende Fähigkeiten der Zuhörerschaft. Unterstützung und Verstärkung des Rollenverhaltens durch Zuschauer etc.

Die Rollentheorie Sarbins versteht Hypnose als einen sozialen Dialog zwischen zwei Personen, der durch die unterschiedlichen Rollen und Aktionen bestimmt wird. Für Sarbin (1950a; Coe & Sarbin, 1991) ist Hypnose kein besonderer Bewusstseinszustand, denn auch in anderen Bereichen der Psychologie können bestimmte Emotionen oder Verhaltensweisen das objektive und das subjektive Ausmaß der Handlungen bestimmen.

Sarbins Theorie gibt zahlreiche Impulse für die späteren sozialen Erklärungsmodelle.

2.6 Die psychoanalytische Interpretation – Merton M. Gill und Margaret Brenman

Gill und Brenman (1961, 1967) greifen auf die Ich-Psychologie von Hartmann (1958) und Rapaport (1955) zurück, die auf der psychoanalytischen Theorie basiert. Nach dieser Auffassung besitzen die Ich-Funktionen autonome Energiequellen.

Grundvariablen der psychoanalytischen Hypnosetheorie

Zwei Grundvariablen dienen als Ausgangsbasis:

(1) Übertragung. Im psychoanalytischen Sinne (teilweise regressive) Übertragung der Gefühle des Patienten auf den Therapeuten.

(2) Regression im Dienste des Ich. Der Regressionsvorgang wird mit den Anpassungsfunktionen des Ich verknüpft, das stets Kontrollfunktionen behält – so bei der Induktionsphase. Während der monotonen Induktion muss der Patient bei der Beobachtung seiner autonomen Funktionen Energie aufwenden, die vom Ich abgezogen wird. Nun treten Teile des Ich mehr regressiv in den Hintergrund, und es entstehen Untersysteme des Ich. Regressionen in Hypnose sind nie vollständig, denn das im Hintergrund befindliche Ich sorgt weiterhin für die Einheitlichkeit der Person.

Diese Theorie enthält zahlreiche Grundannahmen, die von der Psychoanalyse selbst bislang nicht präzise definiert wurden, so z. B. die Begriffe »psychologische Regression«, »Hypnose als Übertragung« oder »Hypnose als Ego-Regression« (Nash, 1991).

2.7 Das Real-Simulations-Modell – Martin T. Orne

Typisch für den Ansatz ist, das Verhalten der Versuchsperson nicht nur zu beobachten, sondern mittels ihrer Erlebnisbeschreibung zu erklären. Besonders schwierig ist hierbei, den Unterschied zwischen »real« und »simuliert« festzulegen, denn die »gute« Versuchsperson versucht, intelligent zu wirken und in Übereinstimmung mit ihrer Selbstwahrnehmung zu agieren (Orne, 1966).

Das Real-Simulations-Modell Ornes geht davon aus, dass die hypnotisierte Versuchsperson in spezifischer Weise mit dem Hypnotiseur interagiert. Nicht der Hypnotiseur bestimmt somit, was abläuft, sondern die Erlebenswelt der Versuchsperson.

Orne (1974) definiert die Hypnose als einen Zustand vorübergehender Verknennung (»transient delution«). So untersucht Orne die Frage, ob Hypnose real erlebt wird (als Realitätsverknennung) oder simuliert ist und als solche erkannt werden kann, da selbst erfahrene Hypnotiseure (z. B. im Blindversuch) hypnotisierte Versuchspersonen nicht von simulierenden unterscheiden können.

2.8 Der Kommunikationsansatz – Milton H. Erickson

Milton H. Erickson ist der Gründer eines zwischenmenschlichen Kommunikationsansatzes in der Hypnose und Psychotherapie, der formale Tranceinduktionen ablehnt

und durch ein Kommunikationssystem ersetzt, das für das betreffende Individuum einzigartig und primär darauf ausgerichtet ist, unbewusste Kapazitäten und Reaktionsmöglichkeiten anzusprechen (Zeig & Rennick, 1991). Oft werden hier die Synonyme »Erickson-Therapie«, »indirekte Therapie« oder »Hypnotherapie« benutzt.

Die traditionellen Definitionen versuchten, Hypnose zu objektivieren. Der Ansatz Ericksons besteht darin, Hypnose sowohl aus der Sicht des Patienten als auch als interaktionalen Prozess zwischen den Personen zu definieren (Zeig, 1988), geht von der Praxis aus und leitet daraus allgemeine Hypnoseprinzipien ab.

Erickson entwickelte kein Konzept zur Art und zu Wirkungsmechanismen der Hypnose. Er betonte immer wieder die relative Bedeutsamkeit von Techniken, die von seinen Nachfolgern sehr stark in den Vordergrund gestellt werden. Erickson war der »theorielose Theoretiker« (Sühnel, 2007).



Ziel der Ericksonschen Hypnotherapie

Nach Erickson (1980, Bd. 4, S. 38) ist es Aufgabe des Therapeuten, beim Patienten einen Prozess der inneren Resynthese zu bewirken, von der aus sich wirksame Ergebnisse entwickeln. Diese Entwicklung wird nicht originär durch die dargebotene Suggestion erreicht, sondern hängt davon ab, wie der Patient sie bei sich verarbeitet und ganz persönlich nutzt bzw. einsetzt. Letztlich ist Grundbestandteil jeder Therapie, den Patienten zu schützen und ihm innerhalb der Therapie Sicherheit zu geben.

Durch die Erickson-Therapie werden innerhalb eines komplexen Kommunikationssystems vom Therapeuten Methoden strategisch angewandt, um beim Patienten Mitarbeit in Richtung auf die therapeutischen Ziele aufzubauen.

Besonders bedeutsam ist Ericksons Anliegen in der Ausbildung zum Hypnotherapeuten: »Die Schulung innerer Reife, die den Therapeuten befähigt, den Klienten in seinem Sein anzunehmen und ihm eine auf allen Ebenen vertrauensvolle Situation zu schaffen, in der er sich seiner unverfälschten Wirklichkeit, seiner eigenen Wahrheit und neuen Möglichkeiten öffnen kann« (Sühnel, 2007, S. 156).

Diese Methodenform war für viele auch in anderen Bereichen besonders bedeutsam, da zu dieser Zeit (ab ca. 1960) die Ausbildung von Psychotherapeuten unabhängig von Erickson damit anfang, derartige Anforderung an die Psychotherapeuten zu stellen, die heute für alle Therapieformen selbstverständlich sind.

2.8.1 Grundmethoden Ericksons

Indirekte Suggestionen

Indirekte Impulse regen innere Prozesse an und bewirken Veränderungen. Durch dieses Vorgehen wird die Mitarbeit des Patienten verbessert, er kann besser eigene Ressourcen auffinden und diese für Veränderungen einsetzen.

»Indirekte Formen von Suggestionen sind semantische Folien, die das Erleben neuer Reaktionsmöglichkeiten erleichtern. Sie evozieren unabhängig von unserem bewussten Willen automatisch unbewusste Suchvorgänge und innere Prozesse« (Erickson & Rossi, 1981, S. 35).

Erickson (1980) entwickelte insgesamt zwölf indirekte Suggestionen, wie z. B. die nachfolgend genannten:

Truismen: Tautologien, Gemeinplätze, Binsenweisheiten. Durch Verwendung verallgemeinernder Aussagen schafft der Therapeut eine Ja-Haltung und mindert die Widerstände des Patienten: »Die meisten Menschen finden eine Hand leichter als die andere ...«; »Sie sitzen auf dem Stuhl und spüren deutlich, wie Ihre Arme auf den Lehnen ruhen ...«

Bindungen und Doppelbindungen. Wesentlich ist es, die Reaktionstendenz eines Patienten und deren Konfliktgehalt zu erkennen und diese dann z. B. folgendermaßen zu formulieren: »Möchten Sie tief oder mittel entspannen?« – »Möchten Sie jetzt oder später Trance erleben?« Hierbei werden nur zwei Möglichkeiten vorgegeben (= double-bind), und nur die Intensität oder der Zeitpunkt bleibt dem Patienten als freie Entscheidung.

Vage zeitliche Angaben. Der Therapeut gibt einen breiten Zeitraum vor, innerhalb dessen eine hypnotische Reaktion eintreten kann, was Leistungsdruck und Widerstände beim Patienten reduziert: »Früher oder später wird sich Ihre Hand wärmer anfühlen.«

Abdecken aller Möglichkeiten einer Kategorie von Reaktionen. Soll ein bestimmtes Phänomen erzeugt werden, so beschreibt der Therapeut indirekt alle in der Situation möglichen Verhaltensweisen, um diese dann immer weiter einzuengen, wie z. B. bei der Handlevitation: »Sie werden bemerken, wie einer Ihrer Finger anfängt zu zucken, der Zeigefinger oder Mittelfinger zu zucken beginnt. Dieses Zucken kann nach oben gehen oder nach unten, vielleicht auch zur Seite oder auch ...«

Einstreutechnik (Seeding). Eine wesentliche Mitteilung wird in einen Satz eingebunden, um damit eine positive Assoziation zu erzeugen, wie z. B. »Sie können dieses Gefühl so frei beschreiben, wie Sie wollen.« Das eingestreute Wort »frei« ruft angenehme Assoziationen hervor, mit den Gefühlen frei umgehen zu können, was Ängste und Vorbehalte gegenüber Gefühlsmitteilungen abbaut (Erickson, 1966). Mit dem »Seeding« werden auch Impulse für unbewusste Suchprozesse eingestreut (→ priming; vgl. Abschn. 7.7.1)

Beiläufigkeit. Therapeutisch relevante Suggestionen werden beiläufig (= indirekt, anekdotisch, metaphorisch etc.) gegeben, sodass sie nicht bewusst wahrgenommen, aber unbewusst bearbeitet werden.

Nutzbarmachung – Utilisation

Der Patient mit seinen Wünschen und Gefühlen wird respektiert, und der Therapeut passt sich diesem so flexibel an, dass er dessen mentale und allgemeine Fähigkeiten etc. in ihren Grundausformungen erkennt und nutzt. Dies können motorische Reaktionen, aber auch seine Einstellungen, Spracheigenarten und besonderen Sichtweisen

sein, die der Therapeut aufgreift und im Sinne der Therapie nutzbar macht: »Das, was der Patient mitbringt« (Goldfried & Davison, 1976).

Zugang zu verborgenen Ressourcen. Minimale Angebote werden erkannt und für die Therapie eingesetzt (Zeig, 1988). Auch durch Assoziationen werden verborgene Kraftquellen und Fähigkeiten aufgefunden oder ihr Auffinden angeregt, so z. B. wird ein depressiver Patient in Hypnose an seine ehemals aktiven Phasen erinnert und dies dann nutzbar gemacht.

VAKOG. Als bekannte schulpädagogische Weisheit wird durch das Ansprechen möglichst vieler Sinnesmodalitäten das Lernen und Behalten verbessert – und auch das Suchen bzw. Wiederfinden von Erinnerungsspuren. Also ohne o. g. Abkürzung: **visuell**, **akustisch**, **kinästhetisch**, **olfaktorisch**, **gustatorisch**.

Unbewusste Suchprozesse. Die zahlreichen indirekten Methoden dienen dazu, das Unterbewusste anzusprechen und dadurch unbewusste Suchprozesse und Lösungen zu ermöglichen, die bei zu starker Wirkung des Bewusstseins kaum oder nur mit langwierigen Prozessen zu erreichen sind. Der übliche Bezugsrahmen wird verlassen, und somit eröffnen sich andere oder ungewohnte Perspektiven.

Metaphern. Metaphern (meta = jenseits, über; pherein = bringen, tragen) »stellen ein Instrument dar, mit dessen Hilfe jeder von uns sich die Welt weitgehend unbewusst und automatisch erschließt« (Gutknecht, 2000, S. 161). Grundsatz ist dabei, multiple Ebenen des Bewusstseins, der Bedeutung und Kommunikation anzusprechen, die indirekt den Zugang zu z. B. Erinnerungen oder Lösungen ermöglichen. In der Therapie erfolgt dies durch Erzählungen wie Märchen, Anekdoten etc. (Gorden, 1978).

Verwirrung und Neustrukturierung. Erickson strebt Unsicherheit und Verwirrung an, um dadurch das Bedürfnis nach Neustrukturierung zu nutzen. Als linguistische Möglichkeiten stehen z. B. zur Verfügung: Antonyme, Homonyme, Synonyme, Ausführungen, Unterbrechungen, Echo, ungebräuchliche Wörter (Otani, 1989).

Beispiel zur Erzeugung einer Amnesie: »Die Gedanken kommen und gehen; so denken Sie vielleicht jetzt gerade an etwas von gestern oder an etwas von heute oder von morgen.«

Beispiel auf motorischer Ebene: Der Therapeut geht zur Begrüßung mit ausgestreckter Hand auf den Patienten zu, zieht jedoch im letzten Moment seine Hand zurück und fügt nun wesentliche Verbalsuggestionen ein.

Führen und Folgen – Leading und Pacing. Beim Folgen (Pacing) werden genau die konkret gezeigten Verhaltensweisen beschrieben und sogar kopiert (Sitzhaltung, Stimme, Satzbau). So wird der Humorvolle witzig angesprochen und der Bedächtige langsam. Dies erzeugt eine Ja-Haltung und dadurch eine verbesserte Kooperation.

Beim nun anschließenden Führen (Leading) setzt der Therapeut seine geplanten Interventionen ein, die auf das Folgen abgestimmt sind. So folgt der Therapeut bei der Induktion anfangs dem Atemtempo des Patienten, indem er sich beim Sprechen mit der eigenen Atmung daran anpasst. Danach verlangsamt er seine Atmung und führt den Patienten dahin, ebenfalls langsamer zu atmen und dadurch entspannter zu werden.



Bewusstes und Unbewusstes bei Erickson

Erickson sieht das unbewusste Verstandesvermögen als weiser und aufnahmefähiger an als das bewusste (Erickson & Rossi, 1979), bezieht sich dabei allerdings nicht auf das Konzept des Unbewussten Freuds. Er arbeitet oft mit den unbewussten Anteilen, um Zugang zu verdrängtem oder traumatischem Gedächtnismaterial zu bekommen.

In Deutschland ist Revenstorf (z. B. 1999a, 1999b; Revenstorf & Peter, 2001) mit der Erforschung der Methoden und Wirkfaktoren der sog. Erickson-Hypnose befasst.

2.9 Der ökosystemische Ansatz – David P. Fourie

In seinem ökosystemischen Ansatz gehen Fourie (1991) und Fourie und Lifschitz (1987) von der Gesamtwirkung eines sozialen Systems aus, das stets nur als Gesamtheit Definitionen und Veränderungen trifft, so wie dies aus der Familientherapie bekannt ist (Watzlawick et al., 1974). Entsprechend ist hier keine »Objektivität« im üblichen Sinn erforderlich, die zur Analyse beiträgt (Maturana, 1975).

Hypnose wird durch die Kommunikationsstruktur innerhalb des Systems Therapeut-Patient bestimmt. Auf diese Weise wird hypnotisches Verhalten gemeinsam definiert.

Die Kurzdarstellung von Krefting und Mehlmann (1986 S. 10f.) umreißt den ökosystemischen Ansatz Fouries treffend:

- ▶ Der Begriff »Hypnose« beschreibt Aktivitäten von Personen in einem bestimmten Zusammenhang. Hypnotisches Verhalten wird in einem als Hypnose bezeichneten Kontext gezeigt und tritt immer nur im sozialen Kontext auf.
- ▶ Der Hypnotiseur bewirkt nicht die Hypnose, sondern die Komplementarität der Beziehung ermöglicht sie.
- ▶ Der systemische Ansatz will nicht erklären, warum Hypnose auftritt, sondern was wie passiert. Dazu werden Konzepte wie das der Paradoxie nicht benötigt.
- ▶ Die Bereitschaft, auf eine hypnotische Situation zu reagieren, wird innerhalb des Systems ausgehandelt.
- ▶ Hypnotische Tiefe ist nicht mehr als eine subjektive Erfahrung. Es handelt sich lediglich um ein Konstrukt.

Der ökosystemische Ansatz soll den Praktiker für die Idee sensibilisieren, dass wir als Beobachter das beeinflussen, was wir beobachten – indem wir gleichzeitig ein Teil der Situation sind, die wir als »Hypnose« bezeichnen (Fourie, 1994, 1990).

2.10 Kognitive Selbstorganisationstheorie – Peter Kruse und Vladimir A. Gheorghiu

Der Erklärungsansatz Kruses (1987a, 1987b) basiert auf dem radikalen Konstruktivismus. Kruse und Gheorghiu legen zum Verständnis hypnotischer Phänomene eine Übertragung allgemeiner Prinzipien der Selbstorganisationstheorie auf kognitive Systeme zugrunde (Kruse, 1989; Kruse & Gheorghiu, 1989; Kruse & Gheorghiu, 1990) und betonen die autonomen Anteile kognitiver Ordnungsbildung. Die eigendynamischen Aspekte des Psychischen gewinnen dabei zentrale Bedeutung. Individuelle Erlebniswirklichkeiten werden nicht als das Ergebnis einer reizorientierten Informationsverarbeitung, sondern im erkenntnistheoretisch radikalen Sinne als kognitive Konstruktionen verstanden (Kruse & Stadler, 1987).

Das Gehirn ist im konstruktivistischen Kognitionsmodell ein informational-semantisch geschlossenes System, das über die Interaktionen der eigenen innersystemischen Erregungszustände selbst eine Wirklichkeit erzeugt (autopoetische Funktion; Maturana & Varela, 1980). Die Außenwelt regt ausschließlich unspezifische Zustandsänderungen an.

Kognitionen sind somit lediglich intern bestimmte (selbstreferenzielle) Prozesse der Bedeutungszuweisung. Für ein System, das »außen« und »innen«, von »real wahrgenommen« und »bloß vorgestellt« anhand eigener Kriterien selbst bestimmen muss (Kruse & Stadler, 1990), wird die Unterscheidung von Halluzination und Wahrnehmung, wie sie intuitiv naheliegt, hinfällig. Dies ist die selbstverständliche Konsequenz der Autonomie der kognitiven Ordnungsbildung – »innere« Wirklichkeit und »äußere« Realität verschmelzen.

Da in der Instabilität Systeme generell gegenüber subtilen Einwirkungen ansprecherbereiter sind (kleine Ursache – große Wirkung), bietet sie einen Erklärungsansatz für die gesteigerte Suggestibilität nach Hypnoseinduktionen, aber auch für Suggestionsphänomene und Suggestibilität generell (Gheorghiu & Kruse, 1991).

2.11 Erste Erklärungsmodelle der Verhaltenstheorien

Die behavioristischen Erklärungsmodelle der Hypnose reichen von den älteren Verhaltenstheorien bis hin zu modernen kognitiven Ansätzen.

2.11.1 Frühe Ansätze

Unabhängig voneinander konstatieren die englischen Physiologen Wood (1851) und Bennett (1851): Gedanken oder Worte können Bewegungen suggerieren und sind deshalb grundlegende Elemente des Verhaltens. Diese Wirksamkeit der Worte, Verhalten auszulösen, wurde von ihnen auf ein »Gesetz der Assoziation« zurückgeführt. Bereits Hippolyte Bernheim (1840–1919) behauptete dies. Der deutsche Psychiater

Albert Moll (1862–1939) – auch aus der Schule Nancy – stellt ebenfalls fest, dass Ideen Auslösereize für Tätigkeiten sein können (Moll, 1894).

2.11.2 Theorie der zerebralen Inhibition – Iwan Petrowitsch Pawlow

Als Pawlow an seinen Experimenten über den bedingten Reflex arbeitet, stellt er fest, dass seine Versuchshunde fast immer in dämmer- und schlafähnliche Zustände verfallen, wenn sie den Experimentalraum betreten, spätestens jedoch, wenn sie in die Geschirre des Versuchsaufbaus geschnallt werden (Pawlow, 1923).



Pawlow postuliert, dass Schlaf durch zelluläre Ermüdung entsteht, kann jedoch bei seinen Hunden keine ermüdenden Bedingungen feststellen.

Daraus schließt er: Bei gepaartem Auftreten (Kontiguität) von Schlaf fördernden Reizen (monotone Reizsituation) und situativen Bedingungen (Versuchsraum, Geschirr) kann der eine Reiz allein ausreichen, um einen Schlafzustand zu bewirken, der nicht auf Ermüdung zurückzuführen ist. Folglich müssen in Hypnose – bei der ebenfalls ein schlafähnlicher Zustand zu beobachten ist – ähnliche Vorgänge ablaufen.

Zur Erklärung des Schlafes entwickelt Pawlow ein neuro-physiologisches Modell der Inhibition (Pawlow, 1923, 1938). Nach seiner Theorie unterliegen die Hirnzellen zwei antagonistischen Steuermechanismen: der Exzitation (Wachzustand, Erregung, Aktivierung; breitet sich cortical aus) und der Inhibition (Hemmung, Dämpfung von Erregungsmustern; breitet sich subcortical aus).

Pawlows spezielle Theorie des Schlafes

Schlaf ist eine Funktion der Inhibition, nach deren Intensität drei Phasen unterschieden werden (s. Abb. 2.1): oberflächlicher Schlaf, partieller Schlaf und totaler Schlaf.

Im Bereich der zweiten Phase ist die Hypnose anzusiedeln: »Inhibition, Schlaf und Hypnose sind ein und derselbe Prozess« (Pawlow, 1923, S. 604). Pawlow leitet diese Folgerungen von seinem Vorgänger Bechterew (1906) und von Braid (1845) ab, die behaupten, Hypnose sei »[...] eine spezielle Modifikation des normalen Schlafes, die sowohl durch physische als auch psychische Mittel bewirkt werden kann« (Bechterew, 1906, S. 24). Beim hypnotischen Schlaf setzt das Gefühl der Entspannung und der Gliederschwere ein. Konditionierungsprozesse innerhalb des *ersten Signalsystems* werden wirksam (d. h. auf erlernte Hinweisreize folgt Augenschwere, Lidschluss etc.).

In der darauf folgenden Tiefenstruktur – dem suggerierten Schlaf – tritt zunehmende Inhibition ein, z. B. des kinetischen Systems; bei partieller Disinhibition sind hypnotische Phänomene erklärbar, wie z. B. Halluzinationen bei geöffneten Augen, vollkommene Amnesie oder »Transformation« (wir nennen es später »Altersregression«, s. Abschn. 7.7.1).

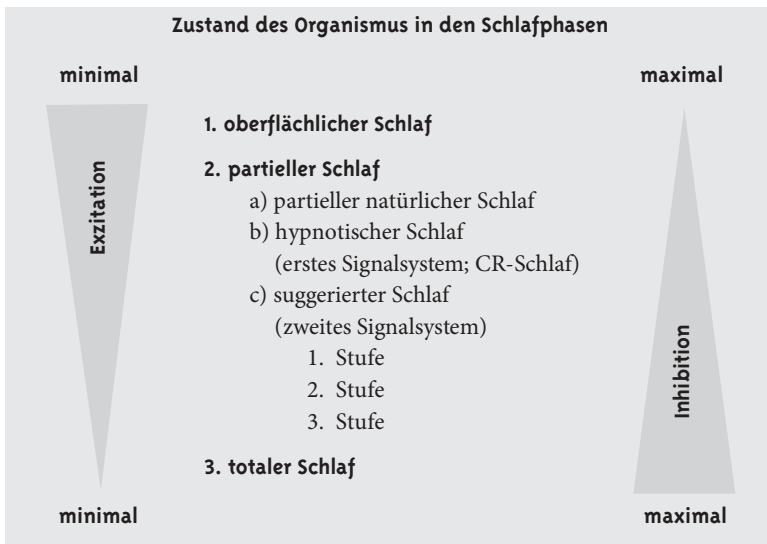


Abbildung 2.1 Schematische Darstellung der Inhibitionstheorie von Pawlow. Abnahme bzw. Zunahme von Exzitation und Inhibition haben Auswirkungen auf die drei Phasen des Schlafes

In dieser Phase wird das *zweite Signalsystem* angesprochen: Die Versuchsperson reagiert auf die Verbalinstruktionen, die in den (von Pawlow postulierten) kortikalen Rapportzonen verarbeitet werden. »Die Rapportzone, die im Schläfer durch verbale Suggestionen produziert wird, ist ein mehr oder weniger eng umschriebenes Zentrum der konzentrierten Exzitation, das durch negative Induktion von den übrigen Zonen des Kortex isoliert wird« (Platonow, 1959, S. 43). »Das Wort ist natürlich für den Menschen ein ebenso realer bedingter Reiz, wie alle anderen bedingten Reize, die auch bei Tieren auftreten« (Pawlow, 1924, zit. n. Übersetzung von 1972, S. 85). Der experimentelle Beleg erfolgt von Narbutovich (1933). Die Phase des suggerierten Schlafes unterteilt sich in drei Phasen, welche wiederum jeweils dreigeteilt sind (s. Platonow, 1959).

Experimentelle Überprüfung

Für Hull (1933) ist Hypnose nicht durch zunehmende Inhibition definierbar, da in Hypnose willentliche Reaktionen möglich sind, nicht jedoch im Schlaf. Er kann experimentell beweisen, dass in Hypnose Konditionierungen möglich sind (Hull, 1933; Platonow, 1959). Auch die unterschiedlichen EEG-Muster in Schlaf und Hypnose belegen ihre Verschiedenheit (Diamant et al., 1960; Evans, 1972; Platonow, 1959).

2.11.3 Hypnose als Verhalten – Clark Hull

Hull (1933) versucht zu beweisen, dass Hypnose als Verhalten (Habit) eingestuft werden kann. Zur Stützung dieser Annahme müssten hypnotische Phänomene den

gleichen Lerngesetzen folgen wie motorische. Anfangs führt Hull verbale Reizung ohne Hypnose durch, z. B. instruiert er seine Versuchspersonen, nach vorn zu fallen. Deutlich kann festgestellt werden, dass die Reaktionen durch die Übungen schneller auftreten; unter Hypnose sind die gleichen Gesetze festzustellen (Hull et al., 1930; Hull & Huse 1930; Krueger, 1931). Daraus schließt Hull: »[...] egal was Hypnose auch immer sein mag, es ist – in einem beträchtlichen Umfang letztendlich – ein Verhaltensphänomen; und diese Hypothese kann sehr wahrscheinlich die Grundlage bilden für ein letztendliches Verstehen und eine Erklärung dieser bislang weitgehend unerklärbaren Charakteristika« (Hull, 1933, S. 347).

2.11.4 Hypnose als »abstraktes Konditionieren« – L. A. Welch

Welch (1947) stellt fest, dass die meisten Hypnotiseure bei der Induktion der Hypnose vom assoziativen verbalen Konditionieren Gebrauch machen.

! »Der Hypnotiseur schlägt Kapital aus den Effekten der rein physiologischen Faktoren. Er sagt der Versuchsperson erst, dass ihre Augen müde werden [...], und tatsächlich fühlen sie sich davon müde an, da auf ein helles Objekt gestarrt wurde. [...] Wie in der Pawlowschen Situation [...] wird das Gefühl der Ermüdung in der hypnotischen Situation, das durch das Licht-Starren bewirkt wurde, mit den Worten des Hypnotiseurs, »Deine Augen sind müde« assoziiert. Ohne diese Assoziation wäre für die Augen der Versuchsperson keinerlei Grund, sich müde zu fühlen ...« (Welch, 1947, S. 360).

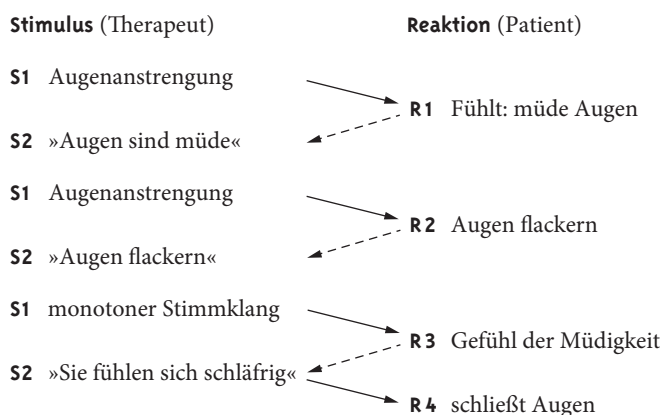


Abbildung 2.2 Hypnose als abstraktes Konditionieren: Verhaltensabfolgen von Therapeuteninstruktion und Patientenreaktion (nach Welch, 1947, S. 361).

Welch stellt als Erster eine Art Verhaltensgleichung auf, indem er Reiz und Reaktion definiert. Wie aus Abbildung 2.2 ersichtlich, gibt der Therapeut differentielle Auslöser für die Reaktionen des Patienten. Gleichzeitig wirken diese wiederum auf die Reaktionen des Therapeuten ein. Somit ist Hypnose eine Form der Interaktion (vergl. hierzu besonders Kap. 15).

Welch sieht Hypnose als abstraktes Konditionieren an, da eine spezielle Lernphase zur Koppelung der Reize nicht erforderlich ist: Allein die Vorstellung relevanter Reize löst die dazugehörige Empfindung aus (Leuba & Dunlap, 1951).

Nimmt der Therapeut das gewünschte Verhalten (gestrichelte Pfeile) wahr, dann greift er es sofort als Suggestion auf. Der Patient hat dadurch den Eindruck, der Therapeut habe Einfluss auf sein Verhalten. Tatsächlich steuert jedoch der Patient die Suggestionen des Therapeuten.

Hypnose und Lerngesetze

Die von Hull (1933) für Hypnose angenommenen Lerngesetze wurden bestätigt:

Löschungsresistenz. Experimente weisen auf die Löschungsresistenz der in Hypnose erlernten Verhaltensweisen hin (Hudgins, 1933). Reaktionen sind noch nach fünf Jahren durch Suggestionen auslösbar (Smolenskii-Ivanov, 1955).

Konditionierungen in Hypnose wirken stärker (< 0.01) als bei einer Kontrollgruppe und sind relativ löschungsresistent (Barrios, 1973).

Generalisierung. Die Experimente lassen erkennen, dass durch Hypnose leichter eine Generalisierung des Verhaltens bewirkt werden kann (Welch, 1947) und der Transfer in die Zeit nach der Hypnose erfolgt (Patten, 1930). Von der rein imaginativen Ebene erfolgt eine Generalisierung auf das Realverhalten, – je nach Suggestion – auch auf die dazugehörenden Systeme oder semantischen Bereiche.

2.12 Operationale, kognitiv-behaviorale und soziokognitive Ansätze

2.12.1 Die Ansätze von Theodore X. Barber

T. X. Barbers theoretische Positionen haben sich von den 1950er bis heute in mehreren Phasen verändert.

Der operationale Ansatz

Anfangs sieht Barber (1958) Hypnose als zustandsähnliches Phänomen an. Später postuliert er, dass die hypnotischen Phänomene nicht eine Funktion eines speziellen Bewusstseinszustandes sind. Er unterscheidet zwischen unabhängigen (vorausgehenden) und abhängigen (nachfolgenden) Variablen (Barber, 1969), von denen hier nur einige mit Beispielen skizziert sind.

Die unabhängigen und abhängigen Wirkvariablen bei der Hypnose (nach Barber, 1969)

Unabhängige Variablen

- ▶ *Vorgehen:* Induktion, Suggestion, spezielle Formulierungen
- ▶ *Versuchspersonen:* Einstellungen, Persönlichkeit, Erwartungen
- ▶ *Versuchsleiter:* Prestige, Erwartungshaltungen, Einstellungen

- ▶ *Interaktion:* Versuchsperson – Versuchsleiter
- ▶ *Aufgabenmotivation:* Definition als Hypnose, Instruktionen, Ermutigungen
- Abhängige Variablen**
- ▶ *Reaktion auf die Suggestionen:* Muskelsteifheit, Altersregression, Analgesie = Phänomene der Hypnose
- ▶ *»Hypnotisches« Aussehen:* psychomotorische Verlangsamung, Gliederschwere
- ▶ *Berichte ungewöhnlicher Erfahrungen:* Gefühl der Unwirklichkeit
- ▶ *Überzeugung, in Hypnose gewesen zu sein*

Barber kann experimentell nachweisen, dass die sog. Phänomene nicht allein durch Hypnose verursacht werden, sondern u. a. durch die vorexperimentelle Erwartungshaltung und Aufgabenmotivation. und durch die externalen Einflüsse des Versuchsleiters. Abhängig von seinen Erwartungen und Fragestellungen wird dieser unterschiedliche Verbalberichte erhalten.

Da eine »nicht-hypnotische« Variable wie die Aufgabenmotivation das Gleiche bewirkt wie die Hypnoseinduktion, wird entsprechend das Verhalten als »hypnotisch« bezeichnen, was unter Hypnosebedingungen auftrat – Logik der alternativen Erklärung (Barber & Calverley, 1962).

In der Weiterentwicklung seines Modells berücksichtigt Barber auch Einstellungen, Motivationen, Erwartungshaltungen, also Einflüsse sozialer Kommunikationsprozesse und kognitiver Kontrollstrategien, und fügt sie als »Mediatorvariablen« hinzu (Barber et al., 1974).

Der kognitiv-behaviorale Ansatz

Barbers spätere kognitiv-behaviorale Theorie führt Hypnose auf vorhergehende Variablen (situative Faktoren) und intervenierende Variablen zurück (Barber, 1972; Barber et al., 1974; Barber & Wilson, 1972). Konstrukte wie »Trance« und sogar »Hypnose« werden experimentell in Frage gestellt. Barber geht davon aus, dass es sich bei der Hypnose nicht um einen »veränderten Bewusstseinszustand« (altered state of consciousness) handelt. Die unter Hypnose gezeigten Verhaltensweisen sind nach seiner Erkenntnis im allgemeinen Verhaltensspektrum fast aller Menschen – auch ohne Hypnose – vorhanden. Die Reaktionen auf die Suggestionen hängen neben den oben genannten Variablen auch davon ab, inwieweit die Versuchsperson mitarbeitet und die suggerierten Wirkungen imaginiert (Barber & DeMoor, 1972; Bearoff, 1984). Es ist eine Kooperationsfähigkeit, in welcher selbstinitiierte zielgerichtete Phantasien benutzt werden (Spanos, 1971).

Die dreidimensionale Theorie der Hypnose

Nach der Analyse der Lebensläufe besonders guter Hypnose-Versuchspersonen nimmt Barber seine vorläufig letzte Theoriefassung vor und nimmt drei getrennte Dimensionen der Hypnose an (Wilson & Barber, 1981, 1983, 1999).

(1) Ausgezeichnete hypnotische Versuchspersonen Typ 1. Die fantasiebegabte Person hatte schon in ihrer Kindheit diese Fähigkeiten und zeigt als Erwachsener lebendige Erinnerungen.

(2) Ausgezeichnete hypnotische Versuchspersonen Typ 2. Die amnesiebegabte Person zeigt Mikroamnesien von Tagesereignissen und erinnert sich nach der Hypnose kaum an das Geschehen.

(3) Ausgezeichnete hypnotische Versuchspersonen Typ 3. Die positiv eingestellte Person richtet sich nach den Suggestionen des Hypnotiseurs, hat eine positive Einstellung, Motivation und Erwartungshaltung gegenüber Hypnose – eine Erfahrung, die Barber ca. 1954 machte, als er selbst Show-Hypnotiseur war.

Hypnose wird normalerweise nicht mit diesen »Virtuosen« durchgeführt, sondern mit Personen, die positiv auf Suggestionen reagieren und deshalb hohe Werte in den Suggestibilitätsskalen erlangen (Barber, 1999). In seiner dreidimensionalen Theorie der Hypnose berücksichtigte Barber nur die Hochhypnotisierbaren. Bei der Einbeziehung der Reaktionen aller Personen nimmt Barber (1999) eine Ausweitung auf insgesamt sechs Dimensionen vor.

(4) Situationale Faktoren. Situationale Faktoren wie die soziale Rolle, Verpflichtungen, Erwartungshaltungen beeinflussen in experimentellen Situationen.

(5) Rolle des Hypnotiseurs. Das Auftreten des Hypnotiseurs gegenüber der Versuchsperson, seine speziellen Hypnosefähigkeiten und Erfahrungen, seine Zuversichtlichkeit, Selbstsicherheit, Aktivität und Stimme sowie seine Kommunikation über anschauliche und lebendige Imaginationen haben Einfluss auf die Hypnosesituation.

(6) Auswirkung der Suggestionen. Suggestionen und Instruktionen wirken sich auf die hypnotische Reaktionsbereitschaft aus, je nach ihrer Aussage und Ausdrucksform. Auch die Stimmführung, ist dabei von Bedeutung.

Die Wirkungen der Hypnose sind somit nach diesem letzten Modell nicht mehr herausragend und verblüffend, da sie mit den drei plus drei Dimensionen zusammenhängen.

2.12.2 Die kognitiven und sozialpsychologische Theorien – Nicolas P. Spanos

Die sozial-kognitive Erklärung der Hypnose gründet sich auf Sarbins (1950a) und Barbers (1969, 1972) Kritik daran, Hypnose sei ein veränderter Bewusstseinszustand. Gleichzeitig sind die sozial-kognitiven Modelle Alternativen zu den Dissoziationstheorien, die hypnotisch unbewusste Handlungen und Hypnose als veränderten Bewusstseinszustand ansehen (Kirsch, Lynn, 1998; vgl. Abschn. 2.4). Spanos (1942–1994) baut das kognitiv-behaviorale Konzept Barbers zur kognitiv-sozialpsychologischen Theorie aus (Spanos, 1986, 1987, 1988).

Bedeutungsvoll ist sein umfassender experimenteller Ansatz, nach dem primär sozialpsychologische Faktoren und kognitive Strategien wirksam sind und hypnotisches Verhalten durch Erwartungen, Attributionen und Interpretationen der hypno-

tischen Kommunikation bestimmt wird (Spanos & Chaves, 1989) und es keiner formalen Induktionszeremonie bedarf. So weist er z. B. nach, dass bei negativen Halluzinationen die Verborgene-Beobachter-Reaktion mehr durch Aufforderungen in den Instruktionen bestimmt wird als durch dissoziative Prozesse (Spanos et al., 1989a). In gleicher Weise führt er die Entstehung posthypnotischer Quellamnesien, Analgesie, Amnesie etc. auf sozialpsychologische Faktoren zurück (Spanos et al., 1988; Spanos et al., 1990; Spanos & Katsanil 1989; Spanos et al., 1987).



Hauptaussagen der kognitiv-sozialpsychologischen Theorie von Spanos

- ▶ Hypnotische Phänomene sind sozialpsychologisch begründet. Das heißt, sie sind davon abhängig, wie die Situation definiert ist und wie die Verhaltensweisen definiert sind, die als zu dieser Situation gehörend bestimmt wurden.
- ▶ Es gibt keine hypnosespezifische Logik.
- ▶ Die Person muss aktiv beteiligt und zielorientiert in Richtung auf den Suggestioninhalt sein.
- ▶ Es muss die Motivation vorliegen, die Rolle als »gute Versuchsperson« anzunehmen und durchzuführen.

Nach diesem Konzept sind die als »hypnotisch« bezeichneten Verhaltensweisen auch Bestandteil des Alltagslebens. Wenn sie als ungewöhnlich bezeichnet werden, dann nicht wegen ungewöhnlicher Ursachen, sondern weil die hypnotische Rolle diese ungewöhnlichen Verhaltensweisen erfordert – und die hypnotische Situation sie legitimiert.

Die hypnotischen Induktionsprozeduren werden von Spanos (1991) als Überbleibsel von fehlgeleiteten Versuchen aus dem 19. Jahrhundert angesehen, nach denen hypnotische Verhaltensweisen mit Schlaf in Verbindung gesehen wurden. Hypnose-Verhaltensweisen sind jedoch soziale Artefakte. Ziel jeder Hypnoseforschung sollte insgesamt sein, nicht eine spezifische hypnotische Besonderheit oder Grundbedeutung zu isolieren, sondern das hypnotische Reagieren in eine allgemeinere Theorie der sozialen Handlung einzubeziehen.

2.12.3 Die sozial-kognitive Theorie – Irving Kirsch und Steven Jay Lynn

Von allen sozial-kognitiven Theoretikern betont Kirsch (1985, 1991, 1992) besonders die Erwartungen als Wirkfaktoren, da sie unwillentliche Reaktionen hervorrufen können. Hypnosereaktionen sind demnach willentliche, zielorientierte Handlungen und nicht automatisch auftretende Ereignisse ohne intentionale Bemühungen der Person (Spanos, 1986).

Kirsch sieht die Hypnose-Wirkungen jedoch nicht nur als externale Ereignisse und damit als einfache Handlungen an, sondern auch als internale Reaktionen (wie es z. B. Bewertungen und Einstellungen sind). Typisch ist dabei, dass gerade letztere von

Personen nicht als der willentlichen Kontrolle unterworfen erlebt werden; auch sind sie abhängig von intervenierenden Aktionen und Kognitionen (Kirsch, 1991).

In der Diskussion um Willentlichkeit und veränderten Bewusstseinszustand in Hypnose wird von Lynn und Green (2011) argumentiert:

- Das Erleben von Hypnose kann sich in Abhängigkeit von den gegebenen Suggestionen flexibel verändern – und kann dabei sehr unterschiedliche Bewusstseinszustände erzeugen (Wagstaff, 1998).
- Die beeindruckenden und überzeugenden Wirkungen der Wach-Hypnose (s. Abschn. 7.9) sind denen der Hypnose vergleichbar (Braffman & Kirsch, 1999). Dies bedeutet auch: Zielgerichtete Aktivitäten können außerhalb der bewussten Wahrnehmung auftreten und hypnotisches Verhalten bewirken (Kirsch & Lynn, 1999), aber viele unserer Verhaltensweisen laufen unbewusst ab. Dabei sind die Reaktionserwartungen die Antizipationen automatischer subjektiver Reaktionen und bewirken self-fulfilling prophecy (Kirsch, 1985).

Nach der sozial-kognitiven Theorie ist hypnotisches Verhalten zielorientiert; die hypnotisierte Person hat Kontrolle über ihre Handlungen und Gedanken, obwohl sie diese während der Hypnose als automatisch oder unwillentlich erlebt (Lynn et al., 2008). Suggestierte Handlungen in Hypnose werden nicht nur durch Suggestionen gefördert, sondern auch durch die Erwartungen von suggestions-bezogenen Erlebensweisen.

Die Aktivierung des anterioren cingulären Kortex zeigt bei der Hypnoseinduktion zustandsähnliche Reaktionen an (z. B. Oakley & Halligan, 2010), die als Anzeichen dafür gelten können, dass Hypnose ein veränderter Bewusstseinszustand sein kann (Barabasz & Barabasz, 2008). Diese Ergebnisse sollten sehr vorsichtig übernommen werden, bevor nicht auch besser kontrollierte soziokognitive Variablen wie z. B. Entspannung, Motivation, Erwartung mit einbezogen wurden (Lynn & Green, 2011).

Theorie der Reaktionserwartung

Nach der sozialen Lerntheorie kann Verhalten durch die Erwartungen vorhergesagt werden, die zu bestimmten Auswirkungen führen, sowie durch den Wert, den diese Ergebnisse für das Individuum haben (Rotter, 1954). Daraus entwickelte sich die Theorie der Reaktionserwartung (Kirsch, 1985), nach der externe Stimuli (z. B. Geld, soziale Anerkennung) nicht nur die herkömmlichen Wirkungen haben, sondern durch unsere Erwartungen in ihren Wirkungen beeinflusst werden. Die Reaktionserwartungen (wie z. B. Schmerz oder kein Schmerz nach einem Eingriff) haben Einfluss auf die Reaktionssysteme subjektive Erfahrung, offenes Verhalten und physiologische Funktionen. Ihre besondere Eigenart, die nicht bei den meisten Stimulus-Erwartungen zu finden ist, besteht darin, zur Selbstbestätigung zu tendieren. Entsprechend können sie unwillkürliche Reaktionen hervorrufen, d. h. Reaktionen ohne gewollte Bemühungen. Für das Verhalten in Hypnose bzw. das Reagieren auf Suggestionen sind Erwartungen und Einstellungen von großer Bedeutung, (Page et al., 1997; Green & Lynn, 2011).



Hauptaussage der sozialkognitiven Theorie der Hypnose

Die Erwartung bestimmter Hypnosereaktionen führt die Versuchspersonen dahin, über kognitive Strategien und intentionale Verhaltensweisen Erwartungen zu produzieren, die sich auf die Hypnosereaktionen auswirken. Andere Variablen wie z. B. Imaginationsfähigkeit haben ebenfalls Einfluss auf diese Reaktionserwartungen und wirken sich direkt und indirekt auf die Hypnosereaktion aus.

Einwirkungen auf die Reaktionserwartung

Auf die Reaktionserwartung wirken folgende drei Kognitionen ein:

(1) Rollenwahrnehmung. Die hypnotisierte Versuchsperson weiß, welche Rolle sie bei den in Hypnose zu zeigenden Handlungen einnehmen soll. Dieses offene Verhalten wird seinerseits durch das Wissen um »Entspannen« bestimmt, so durch subjektive Erfahrungen zum Gefühl »entspannt« zu sein, willenlos zu sein etc. und dabei bestimmte physiologische Reaktionen zu zeigen.

(2) Situationswahrnehmung. Die hypnotisierte Person weiß, wann und wo etwas in der Hypnosesituation passiert, was mit z. B. Ort, Zeit oder der Person des Hypnotiseurs verbunden ist. Wesentlich ist dabei auch die Benennung der Situation als Hypnose.

(3) Wahrnehmung eigener Hypnotisierbarkeit. Einerseits wird die Wahrnehmung der eigenen Hypnotisierbarkeit beeinflusst durch bisherige Erfahrungen mit Hypnose oder

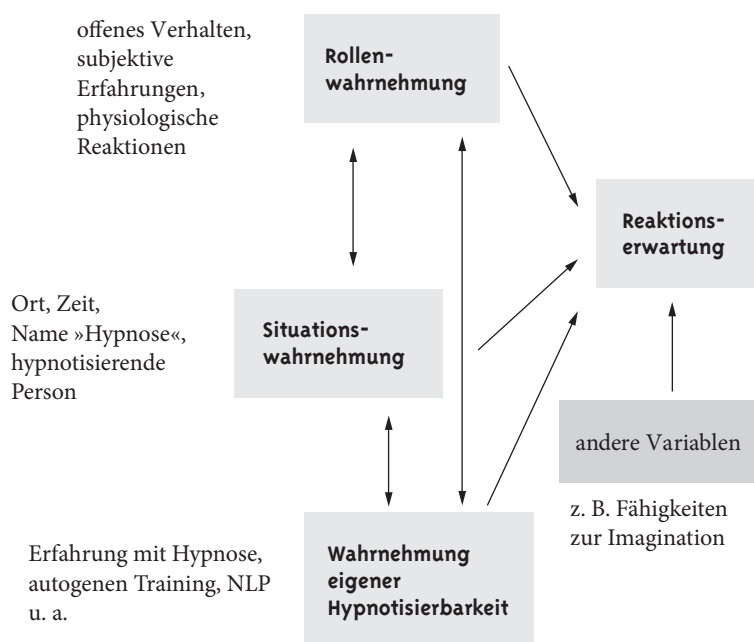


Abbildung 2.3 Einflüsse auf die Reaktionserwartung (nach Herzog, 1998, S. 60). Die Wahrnehmung der Rollen, der Situation sowie der eigenen Hypnotisierbarkeit beeinflussen die Reaktionserwartung

ähnlichen Verfahren (z. B. autogenem Training), andererseits erwarten auch unerfahrene Personen von sich mindestens durchschnittliche Reaktionsfähigkeiten. Je nach Steuerung der Situation durch den Hypnotiseur kann die Person sich als gut oder schlecht kooperierend erleben.

Die drei Kognitionen interagieren miteinander und erzeugen Erwartungen in Bezug auf Hypnosereaktionen. Dementsprechend werden Personen annehmen, dass eine bestimmte Verhaltensweise – wie z. B. Amnesie – nur dann auftritt, wenn sie die Situation als Hypnose interpretieren, sie als typisch für Hypnose ansehen und sich selbst als gut in ihren Hypnosereaktionen einschätzen (Kirsch, 1990; s. hierzu Abb. 2.3). Durch zahlreiche Experimente konnten die Auswirkungen dieser Erwartungen und Wahrnehmungen belegt werden (z. B. Kirsch et al., 1987; Matthews et al., 1985; Wickles & Kirsch, 1989).

2.13 Hypnose als Produkt der Evolution

In der gesamten Forschung und Diskussion zur Hypnose wurde bislang noch nicht erkundet, ob und wie Hypnose evolutionär erklärbar ist (Ray & Tucker, 2003); andernfalls müsste man sie als »überflüssige Luxuserfindung« der Evolution ansehen.

Verbunden mit Hypnose sind EEG-Theta-Wellen. Sie treten bei Tieren nach einem erlernten Verhalten auf und zeigen wahrscheinlich an, dass das Tier diesen Vorgang in einen Kontext integrierte (Miller, 1991). Beim Menschen zeigen sie die lernfähige Anpassung an, die für die Ausführungskontrolle und die Selbstregulation des Verhaltens erforderlich ist. Dies beinhaltet zu lernen, welches Verhalten in einem vorgegebenen Rahmen relevant ist, dabei seine Wirkung zu kontrollieren und auf ein anderes Verhalten umzuschalten, wenn der erwartete Erfolg nicht eintritt. Das neuronale Substrat ist hier der → Papez-Kreis (Papez, 1937), das den cingulären Kortex, Hippocampus, die anterioren und medialen Nuclei des Thalamus und die Mammillarkörper umfasst. Der anteriore cinguläre Kortex (ACC) ist in Hypnose beteiligt und trägt u. a. zur Empfindung bei, hypnotisiert zu sein (Rainville et al., 1999).

Es wird angenommen, dass die selbstregulierende Funktion in einer frühen präverbalen Entwicklungsphase entwickelt wurde, in der der soziale Kontext einer Handlung erworben wird und damit auch die interne Kontrolle für Handlungen. Hypnoseanweisungen können dann diese interne Kontrolle überdecken. Falls wir diese Kontrolle jedoch nicht haben, müssen wir dennoch die Illusion aufrechterhalten, sie zu haben (Wegner, 2001).

Die Hypnoseempfindlichkeit kann hierbei als eine Auswirkung von früher Bindungserfahrung oder Selbstregulation angesehen werden. Ihre Stabilität über Jahrzehnte hinweg und ihre Vererbbarkeit bei den Hochempfindlichen spricht dafür (s. Abschn. 4.5.3). Dennoch bleibt es weiterhin unerklärlich, warum keine Korrelation mit anderen traditionellen Individualfaktoren besteht.

Es ist anzunehmen, dass das cortikolimbische Netzwerk die Selbstregulationsmechanismen bestimmt, die nicht nur die über neokortikale Netzwerke bewirkten

sensomotorischen Verbindungen mit der Umwelt herstellen, sondern auch mit der viszeralen Schaltstelle verbunden sind, die die internalen Körperfunktionen über das limbische System regeln (Tucker, 2001).

Die erforderlichen evolutionären Vorteile zum Weiterbestehen dieser Mechanismen liegen in der Fähigkeit, die Schmerzwahrnehmung zu reduzieren, das Immunsystem zu regulieren und die Funktionalität aller Organe zu erhalten, die besonders bei für Hypnose Hochempfindlichen stark ausgeprägt und vererbt sind.

Da diese Fähigkeiten rezessiv vererbt werden, stellt sich letztlich die Frage, ob die Geringsuggestiblen/Geringhypnotisierbaren ohne diese Fähigkeiten andere kompensatorische Fähigkeiten haben, da sie nicht ausgestorben sind. Wie aber Experimente zeigen, besitzen sie andere kognitive Strategien, mit denen sie ebenfalls erfolgreich sind (z. B. Bryant & Sindich, 2008; Farvolden & Woody, 2004, s. z. B. Abschn. 7.5.3 und 7.7.4).

3 Theorien: Überblick und Vergleiche

Es zählt, was gesagt wird, nicht wer es sagt.
Albert Einstein (1879–1955)

In diesem Kapitel sollen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Theorien aus Kapitel 2 dargelegt werden.

Die Theorien- und Methodendiskussion zwischen den einzelnen Schulen und ihren Vertretern besteht schon seit Mesmer und Braid. Letztlich steht der seit Jahrhunderten gehegte Wunsch dahinter, die menschliche Seele nicht nur verstehen, sondern sie auch erklären zu können.

Hierbei hat die Wissenschaft (z. B. Methodenlehre, Statistik) immer genauere Anforderungen formuliert, was die Definitionen von Methoden, die Replizierbarkeit und damit die Überprüfbarkeit der Befunde anbelangt. Die zahlreichen und inzwischen umfangreichen Meta-Analysen zur Hypnoseforschung zeigen jedoch, dass nicht immer alle vorgenannten Grundregeln eingehalten wurden. Daraus ergeben sich natürlich Angriffspunkte in der Fachauseinandersetzung. Die bislang fehlende Einheitlichkeit von Begriffen behindert hier den Fortschritt.

Nach intensiver Analyse der Fachliteratur findet Christensen (2005) folgende Ergebnisse:

- Zur Benennung der Kapazität, Hypnose zu erfahren, werden oft folgende Termini als Synonyme verwandt: Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität, hypnotische Suggestibilität und Trance. Dabei wird Hypnotisierbarkeit signifikant bevorzugt (s. Kap. 4 und 5).

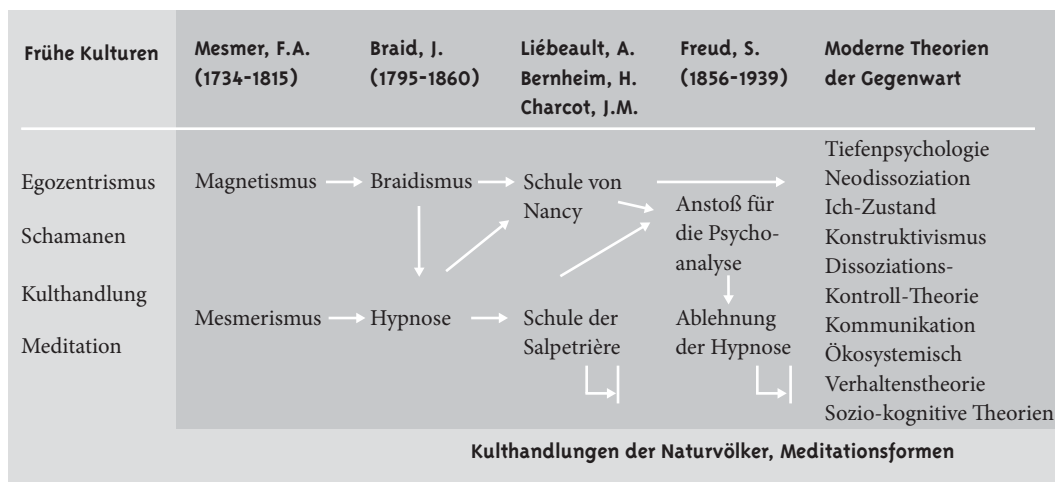


Abbildung 3.1 Historische Entwicklung der Hypnose von den Anfängen bis zu den modernen Theorien (nach Kossak, 1991c)

3 Theorien: Überblick und Vergleiche

Es zählt, was gesagt wird, nicht wer es sagt.
Albert Einstein (1879–1955)

In diesem Kapitel sollen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Theorien aus Kapitel 2 dargelegt werden.

Die Theorien- und Methodendiskussion zwischen den einzelnen Schulen und ihren Vertretern besteht schon seit Mesmer und Braid. Letztlich steht der seit Jahrhunderten gehegte Wunsch dahinter, die menschliche Seele nicht nur verstehen, sondern sie auch erklären zu können.

Hierbei hat die Wissenschaft (z. B. Methodenlehre, Statistik) immer genauere Anforderungen formuliert, was die Definitionen von Methoden, die Replizierbarkeit und damit die Überprüfbarkeit der Befunde anbelangt. Die zahlreichen und inzwischen umfangreichen Meta-Analysen zur Hypnoseforschung zeigen jedoch, dass nicht immer alle vorgenannten Grundregeln eingehalten wurden. Daraus ergeben sich natürlich Angriffspunkte in der Fachauseinandersetzung. Die bislang fehlende Einheitlichkeit von Begriffen behindert hier den Fortschritt.

Nach intensiver Analyse der Fachliteratur findet Christensen (2005) folgende Ergebnisse:

- Zur Benennung der Kapazität, Hypnose zu erfahren, werden oft folgende Termini als Synonyme verwandt: Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität, hypnotische Suggestibilität und Trance. Dabei wird Hypnotisierbarkeit signifikant bevorzugt (s. Kap. 4 und 5).

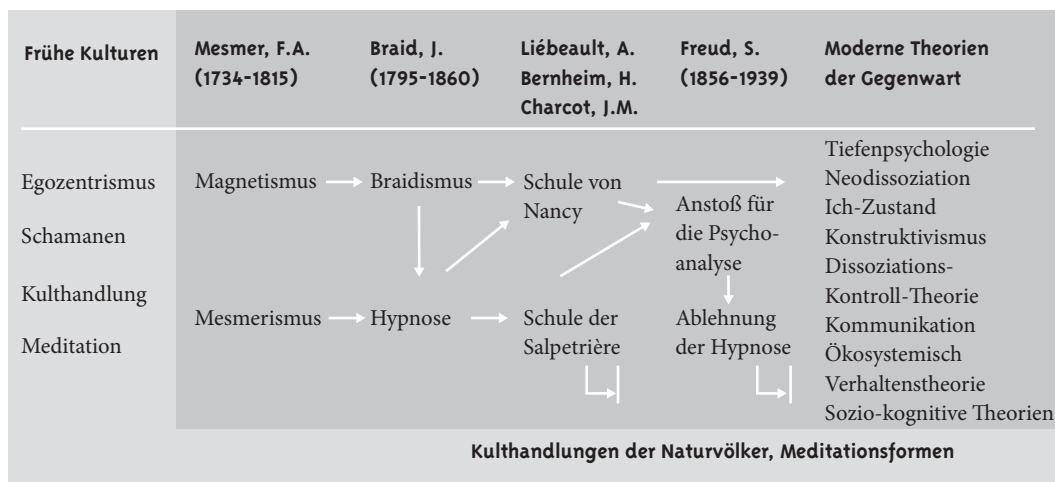


Abbildung 3.1 Historische Entwicklung der Hypnose von den Anfängen bis zu den modernen Theorien (nach Kossak, 1991c)

- Zur Bestimmung ihrer theoretischen Ausrichtung bezeichnen die Befragten Hypnose als »Identifizierbaren Bewusstseinszustand« (80 %) oder als sozio-kognitives Phänomen (19 %).

Die Begriffe »Hypnotisierbarkeit« und »Suggestibilität« werden erst in Kapitel 4 und 5 definiert. Bis dahin werden sie weitgehend unscharf und meist als Synonyme verwandt – auch von vielen der vorgenannten Theoretiker.

3.1 Theorienvergleiche

Physiologische versus psychologische Theorien

Die inzwischen veraltete Zuordnung nach physiologischen und psychologischen Theorien macht die chronologische Entwicklung der Hypnosemodelle deutlich:

- **Physiologische Theorien:** Abbé Faria (1819), Charcot (1882), Pawlow (1923), Edmonston (1967)
- **Psychologische Theorien:** Sarbin und Lim (1963), Erickson (1966), Barber (1972), Spanos (1986), Fourie (1991), Kruse und Gheorghiu (1998), Kirsch (2001)

Diese Gegenüberstellung macht unbeabsichtigt einen deutlichen Schnitt zwischen den historischen und den modernen Modellen. Sie legt eventuell die Folgerung nahe, zwischen internalen und interaktiven Modellen weiter zu differenzieren.

Internale versus interaktive Prozesse

Eine solche Zweiteilung wird von Sarbin und Coe (1972a) vorgenommen. Die Gegenüberstellungen liegen hier auf einem Kontinuum der Theorienschwerpunkte »innerhalb des Organismus« – »Interaktion«, bei denen allerdings die Übergänge zwischen beiden Polen fließend sind. Die hier als interaktiv bezeichneten Prozesse sind später als sozio-kognitive Perspektiven wiederzufinden.

Bei den neueren Theorien wird der Ansatz der kognitiven Selbstorganisation von Kruse und Gheorghiu seiner eigenen Definition gemäß als »innerhalb des Organismus« einzuordnen sein; die neuen Theorien von T. X. Barber, Spanos, Fourie und Kirsch haben ihre Schwerpunkte auf der Interaktion mit der Umwelt.

Die Dissoziations-Kontroll-Theorie (Woody & Bowers, 1994) und die sozial-kognitive Theorie (Spanos, 1986) unterscheiden sich u. a. darin, wie stark sich die Hochhypnosefähigen in ihrer kognitiven Anstrengung bei Imaginationen differenzieren lassen.



Während bei internalen Prozessen bestimmte stabile Fähigkeiten angenommen werden können, die Hypnosereaktionen ermöglichen, betonen externe Prozesse die veränderbare Steuerung durch Interaktion und Kommunikation.

3.2 Diskussion »state« versus »non-state«

Historisch gesehen wurde Hypnose als veränderter Bewusstseinszustand angesehen, anfangs mehr philosophisch, später experimentell belegt. T. X. Barber (1969) mit seinem kognitiv-behavioralen Ansatz und die folgenden sozial-kognitiven Theorien (Kirsch, 1985; Lynn & Rhue, 1991; Spanos, 1986) beweisen ebenfalls experimentell, dass Verhalten in Hypnose kein Zustand sei, sondern dem Alltagsverhalten entspreche.

Hauptaspekte sind hierbei z. B.:

- ▶ Hypnose ist eine einzigartige Erfahrung (altered state)/ist es nicht (non-state), da gleiches Verhalten auch ohne Hypnoseinduktion auftritt.
- ▶ Verhalten in Hypnose tritt unwillkürlich auf/Verhalten in Hypnose ist unbewusst und doch intendiert, wird von Erwartungen bestimmt.

Diese Kontroversen führten zu intensiven über Jahrzehnte dauernden Auseinandersetzungen, die inzwischen nur noch historisch bedeutsam sind.

Nachstehen folgen wir weitgehend Kirsch (2011), der hier sehr genau differenziert: **Sichtweise »non state«.** Hypnotisierte Personen (in Entspannung) erleben sich als in einem anderen Bewusstseinszustand. Dabei ist es mehr der Kontext der Suggestion etc., der diese Fehlattribuierung bewirkt, als die einfache Entspannungserfahrung.

Sichtweise »Verbalettikett«. Der Begriff »hypnotischer Zustand« als Kurzbezeichnung für ein Verhalten, ohne es kausal erklären zu wollen, führt zu theoretischen Folgerungen (Kihlstrom, 1985). Das heißt, linguistische Ungenauigkeit führt zu falschen Folgerungen. Der Selbstbericht, »in Hypnose« gewesen zu sein, war über viele Jahrzehnte hinweg eine sine qua non für den hypnotischen Zustand.

Zustand als ein Epiphänomen. Die nach der Hypnose-Induktion durch Suggestionen bedingten Erlebensweisen (wie z. B. Entspannung, Imagination) werden als Veränderungen wahrgenommen. Aber diese Erlebensveränderungen und ihre neuronalen Substrate sind Begleiterscheinungen; sie sind lediglich eine Reaktion auf eine bestimmte Suggestion, die die Folgerung auf einen Zustand mit vermehrter Reaktionsfähigkeit auf Suggestionen nicht unbedingt zulässt.

Sichtweise »quantitative Zustand«. Der Begriff »Zustand« beinhaltet Zunahme von Suggestibilität bei Beginn der hypnotischen Trance. Der Unterschied zwischen Hypnose-Zustand und »Normalverhalten« ist damit ein quantitativer (Hilgard, 1965; Hull, 1933). Der Begriff »Zustand« bezeichnet hier also die Auswirkung auf die Reaktionsfähigkeit auf Suggestionen (Kirsch, 2011).

Sichtweise »qualitativer Zustand«. Die frühere Annahme, der veränderte Bewusstseinszustand sei eine notwendige Vorbedingung, um auf Hypnosesuggestionen zu reagieren, wurde bereits von Hull (1933) widerlegt. Die neueren neurobiologischen Erklärungen legen diese Annahme jedoch wieder nahe, da direkte Suggestionen zur Veränderung der Farbwahrnehmung Farbhalluzinationen hervorrufen (Kosslyn et al., 2000). Replikationen dieser und ähnlicher Studien widersprechen dem, da auch Suggestionen ohne Hypnose gleiche Wirkungen haben (Mazzoni et al., 2009).

Kirsch (2011) selbst als sozialkognitiver Vertreter erklärt hierzu deutlich, dass Suggestionen nach einer Hypnoseinduktion beeindruckende und klinisch bedeutsame

Veränderungen im der subjektiven Erleben bewirken, die schnell als verändertes Verhalten bezeichnet werden können. Bei der Betrachtung dieses Erlebens sollte jedoch sehr kritisch analysiert werden, welche Aspekte in der Vielfalt von Betrachtungsweisen gemeint sind. Letztlich begegnen wir hierbei mehr einem Kontinuum als einer Dichotomie von »state« und »non-state«.

Anstatt weiter Diskussionen über state oder non-state zu führen, sollten wir uns vielmehr Lösungen zuwenden.

»Die interessante Frage betreffs hypnotischer Phänomene ist die, jene kognitiven Prozesse zu verstehen, durch die suggestible Personen befähigt sind, subjektive und behaviorale Reaktionen auf hypnotische Suggestionen zu erzeugen, besonders bei den schwierigeren Suggestionen wie jene, die Halluzinationen hervorrufen. Falls ein spezieller Hintergrundzustand des Bewusstseins für diese Reaktionen eine notwendige Voraussetzung ist, dann müssen wir uns darauf fokussieren, das Wesen dieses Zustandes zu ergründen und wie er halluzinatorische Reaktionen ermöglicht, die ohne ihn nicht möglich sind« (Kirsch, 2011, S. 353).

Die zahlreichen neurophysiologischen Untersuchungen des arbeitenden Gehirns zeigen mittels fMRT, dass bestimmte Gehirnssubstrate und Funktionen unter Hypnose aktiv oder gehemmt sind (s. dazu z. B. Abschn. 7.4). Damit kann eindeutig belegt werden, dass nicht ausschließlich Erwartungen oder soziale Einflüsse wirksam sind, sondern Hypnose (auch) als Zustand angesehen werden kann. Somit ergeben sich zunehmend klarere Bilder der Hypnose – und ehemalige harte Theoriegrenzen verschwimmen.

Letztlich gesteht Kirsch zu: »Ich habe mich stets mit der non-state Sichtweise identifiziert. Dennoch habe ich zur Kenntnis zu nehmen, dass die Daten, die meine Kollegen in Hull erhoben haben, mich zu einer mehr agnostischen Einstellung führten« (Kirsch, 2011, p. 359).

Fazit

Es gibt sehr verschiedene Sichtweisen über den sogenannten »altered state« der Hypnose. Als T. X. Barber seine Theorien entwickelte, verwandte er »Hypnose« immer in Anführungszeichen, um damit indirekt anzumerken, den Begriff nicht wörtlich zu nehmen. Sarbin (2005) plädiert dann in seiner Lebensrückschau ebenfalls dafür, um durch diese stumme Strategie zu signalisieren, dass »Hypnose« sonst zu irreführenden Schlüssen führen könnte.

André M. Weitzenhoffer, einer der modernen Hypnoseforscher der ersten Stunde, kommt aufgrund seiner Untersuchungen zu der Folgerung, dass es wahrscheinlich nicht nur eine Hypnose oder Hypnotisierbarkeit gibt, sondern mehrere Formen, die sich nur mit unterschiedlichen Methoden und auch unterschiedlichen Ergebnissen erforschen lassen (Weitzenhoffer, 1989, 2005).

Milton Erickson (1941/1980) stuft Hypnose noch als Trance ein. Seinen Nachfolgern ist jedoch das Trance-Konzept wenig hilfreich, da es davon ablenkt, Hypnose als einen zwischenmenschlichen Prozess anzusehen (Zeig & Rennick, 1991).

3.3 Theorien- und Methodendiskussion: Therapie nach Erickson

Haley (1973) schuf mit seinem Werk »Uncommon Therapy« eine Legende um Erickson (J. Barber, 2000). Doch während ihn seine Schüler als Genie ansehen (Zeig, 1985), betrachten andere ihn als einen Betrüger (Gibson, 1984). Der Begriff »Erickson Hypnose« führte zur weit verbreiteten irreleitenden Ansicht, es handele sich um eine völlig andere Form der Hypnose (J. Barber, 2000). Tatsächlich behaupten manche Erickson-Anhänger, sie sei moderner und den anderen – von ihnen als »konservativ« bezeichneten – Methoden überlegen. Die Diskussion von Matthews (2000), J. Barber (2000), Peter und Revenstorf (2000) hierzu wird nachfolgend umrissen.

Effektivität. Sehr häufig wird untersucht, ob Hypnose überhaupt als Therapiemethode wirkungsvoll ist (s. dazu Kap. 22 und 23). In Bezug auf die kognitiv-behaviorale Hypnoseanwendung unterzogen Kirsch et al. (1995a) 18 Untersuchungen einer Meta-Analyse: Wird Hypnose mit Verhaltenstherapie kombiniert, erzielt sie eine zusätzliche Effektivitätszunahme.

Die empirische Validierung der Erickson-Methode ist bislang nicht erfolgt (Peter & Revenstorf, 2000). Im Vordergrund stehen mehr anekdotische Fallberichte und unkontrollierte Einzelfälle (Matthews, 2000). In zahlreiche Untersuchungen konnte kein Wirkungsunterschied von direkten oder indirekten Vorgehensweisen gefunden werden (z. B. Fourie, 1997; Lynn et al., 1987; Matthews & Isenberg, 1992; Spinhoven et al., 1988; Wexler, 1982). Dagegen zeigen die Untersuchungen von Bongartz (1997) auf, dass indirekte Suggestionen zu einer tieferen physiologischen Entspannung führen. Barabasz et al. (1999) erkennen bei indirekten Suggestionen eine Veränderung der → P300-Ableitungen im EEG.

Insgesamt wird es sehr schwer sein, methodisch direkte und indirekte Suggestionen genau zu definieren; mitunter werden auch Begriffe wie »autoritär« gegenüber »indirekt«, »modern« oder »klientenzentriert« als Synonyme benutzt. Die Frage, welche der Formulierungen vorteilhaft ist, bleibt offen (Peter & Revenstorf, 2000).

Der Begriff des Unbewussten. Erickson sieht die Arbeit des Unbewussten als wesentlich an (Erickson & Rossi, 1980). Der Beweis für ein – von Erickson sogar als »weise« bezeichnetes – Unbewusstes ist jedoch noch nicht erbracht (Matthews, 2000). Peter und Revenstorf (2000) beziehen diese »Weisheit« auf die Summe der Lernerfahrungen, also auf das Langzeitgedächtnis, das als Potenzial genutzt werden kann. Gemeint sind damit auch Assoziationen, Ähnlichkeiten, Unterschiede, die mehr oder weniger bewusst sind (Matthews et al., 2001). Das »Unbewusste« sollte also lediglich als Metapher für einen internalen Ort der Kontrolle verstanden werden.

Fähigkeiten des Hypnosetherapeuten. »Die Neo-Ericksonianische Bewegung, d. h. die Schüler von Milton H. Erickson der zweiten Generation, suggerieren des Öfteren, dass die Trance-Erfahrungen eines gegebenen Patienten eine Funktion der Fähigkeiten des jeweiligen Hypnosetherapeuten bzw. der Hypnosetherapeutin seien, nicht aber der Suggestibilität/Hypnotisierbarkeit dieses individuellen Patienten. Eine solche Haltung ist sehr therapeutenunfreundlich und führt zu Frustrationen und evtl. zur Aufgabe der Hypnose« (Piesbergen & Peter, 2005, S. 155). Dabei ist die Fähigkeit des Therapeuten

nach wie vor wesentlich, die minimale Reaktionsbereitschaft zu erkennen und zu verstärken (z. B. Kirsch, 199; vgl. Abschn. 14.2).

Die Erickson-Hypnose ist die »Neue Hypnose«. Von ca. 1940–1960 erfolgt ein Umschwung in der Kommunikationsstruktur von Politik, Lehre, Unterricht, Medizin, Psychologie, Therapie, die den Bürger bzw. den Patienten stärker beachtet, was sich z. B. in der Entwicklung der non-direktiven und später klientenzentrierten Therapie von Carl Rogers (1957) widerspiegelt. Ericksons Arbeit mit der Einbeziehung der Empathie des Therapeuten erfolgt innerhalb dieser Bewegung.

Wenn man sich vor vier Jahrzehnten noch gegen eine autoritäre »klassische Hypnose« mit Befehlssuggestionen auflehnte, so war das ein Signal für einen Methodenwechsel, der inzwischen schon lange vollzogen wurde. Kein gut ausgebildeter Therapeut der Gegenwart wird diese autoritäre Form anwenden.

Demnach kann nicht mehr von einer »neuen« Methode gesprochen werden, auch nicht mehr von einer »demokratischen« oder »indirekten« Form (Araoz, 1989).

Die Ansätze von z. B. Shor, Sarbin, Fromm, Barber, Kirsch, Lynn und Rhue usw. enthalten sehr dezidiert sozialbezogene Theorien und Methoden, die in gleicher Weise »moderne, neue, demokratische etc.« Formen sind und so in die Praxis umgesetzt werden.



In jeder angemessenen Ausbildung wird »neue« Hypnose vermittelt, die sich nur methodisch darin unterscheidet, ob die Ausbilder mehr dem Paradigma von Erickson oder dem anderer Schulen – wie z. B. den kognitiv-behavioristisch orientierten – folgen.

Alle modernen Schulrichtungen der Hypnose gehen flexibel vor, d. h., der Therapeut orientiert sich an den Beobachtungen des Patienten, an dessen Ressourcen und Fähigkeiten und nutzt sie einfühlsam und kreativ. Dies kann man unabhängig von Erickson als »erlebnisorientiert« und »indirekt« bezeichnen.

Reklamiert eine Hypnoseform wie die »Erickson-Hypnose«, eine eigenständige Therapieform zu sein, so muss sie in Theorie, Praxis und Empirie Theorien vorweisen, die z. B. Ätiologie, Wirkmechanismen, Diagnose, Erklärungsmodelle von Krankheiten und Effektivität belegen können (Bongartz, 2001, 2003; vgl. S. 305 f.). Ansonsten wird sie weiterhin wertvoll sein, aber ein Zusatzverfahren bleiben.

3.4 Versuch einer Definition von Hypnose

In der ersten Auflage dieses Buches versuchte ich, die Vielfältigkeit der Hypnosedefinitionen darzustellen; es waren damals 13 der wesentlichsten (Kossak, 1989). Die vorhergehenden Darstellungen zeigen, wie schwer es ist, die Vielschichtigkeit der Hypnose in eine kurze Begriffsbestimmung zu fassen.

Die Problematik ist nicht nur allein durch die unterschiedlichen theoretischen Positionen gegeben. Auch der Begriff der Hypnose wird in mehrfachem Sinne benutzt.

Diese linguistische Ungenauigkeit kann zu Fehlkommunikationen und falschen Folgerungen führen (Kihlstrom, 1985, s. Abschn. 3.2).

Definition

Unterschiedlicher Gebrauch des Terminus »Hypnose«

- **Hypnose als Verfahren.** »Hypnose« bezeichnet ein Vorgehen, mittels dessen bestimmte Verarbeitungsprozesse bewirkt werden sollen. Nach einer Einleitungsphase folgen die Instruktionen und Interaktionen zwischen Versuchsperson und Versuchsleiter bzw. zwischen Patient und Therapeut.
- **Hypnose als Erlebnisform.** »Hypnose« bezeichnet die in der hypnotisierten Person ablaufenden Verarbeitungsprozesse, Wahrnehmungsveränderungen und Phänomene.
- **Hypnose als Behandlungsform.** »Hypnose« bezeichnet die Gesamtheit aller Interventionen, die unter Hypnose im Rahmen einer Therapie eingesetzt werden.

Hypnose kann auch nach drei aufeinander abfolgenden Stufen definiert werden:

- (1) **Hypnose als Einleitungstechnik.** Zunächst erfolgen umschriebene »Rituale«, die bestimmte Verhaltensweisen bewirken, wie z. B. Augenschluss und das Ausblenden der Umwelt.
- (2) **Hypnose als Entspannungsform.** Dann reagiert die Person mit Entspannung, was durch unterschiedliche physiologische Parameter festzustellen ist.
- (3) **Hypnose als Behandlungsform.** Schließlich erfolgen die therapeutischen Interventionen, verbunden mit relevanten Suggestionen – siehe oben.

Die sehr unterschiedliche und oft nachlässige Anwendung des Begriffs »Hypnose« hat auch schwerwiegende wissenschaftliche Konsequenzen. Selten wird bei Experimenten »Hypnose« genau definiert, und Begriffe wie »Entspannung«, »Induktion von Hypnose«, »Suggestion«, »Strategien«, »Imagination«, »indirekt« werden nicht immer trennscharf verwandt. Bei einem solchen, methodisch nicht eindeutigen Vorgehen lassen sich Experimente kaum vergleichen (Spinhoven, 1987).

Konsensversuche

Es war und ist immer noch schwer, eine allgemein zufriedenstellende Definition der Hypnose zu finden. Zahlreiche international anerkannte Fachleute aus unterschiedlichen theoretischen Lagern trafen dazu in verschiedenen Kommissionen zusammen, um 2003 die Definition der American Psychological Association (APA) der Division 30 vorzulegen (Green et al., 2005). Aber auch hierzu gibt es wiederum zahlreiche kritische Anmerkungen. Dazu Lankton (2005, S. 2–3): »Die Definition war noch zu den Zeiten einfacher vorzunehmen, als man wenig über Hypnose wusste. Aber gerade die sozialen und psychologischen Wissenschaften haben sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt und dadurch immer mehr an Genauigkeit, aber auch an Vielfalt von Definitionen aus ihren Bereichen mitgebracht.«

Definition

- ▶ Hypnose ist die implizite oder explizite Suggestion, in einen hypnotischen Zustand zu gehen. – Hier wird von einer Trance-Theorie ausgegangen und andere Konzepte werden ausgeschlossen.
- ▶ Hypnose ist eine soziale Interaktion, bei der eine Person (= Versuchsperson) auf die Suggestionen reagiert, die ihr eine andere Person (= Hypnotiseur), um damit Erfahrungen wie Veränderungen der Wahrnehmung, des Gedächtnisses und der willkürlichen Handlungen zu machen (nach Kihlstrom, 1985, S. 385).

Beide Definitionen implizieren die Wirksamkeit von Suggestionen als Hauptbestandteil, sagen jedoch nichts darüber aus, ob und wie eine Induktion erforderlich ist, um den Vorgang als hypnotisch zu bezeichnen.

Definition

In gleicher Weise wird abhängig von der jeweiligen Theorie und Lehrmeinung Hypnose definiert, so an den Extremaussagen orientiert (Kirsch et al., 2011):

- ▶ Es gibt einen hypnotischen veränderten Bewusstseinszustand, der zum Erleben schwieriger Suggestionen (z. B. Halluzination) erforderlich ist (z. B. Hilgard, 1965; Hull, 1933; Kihlstrom, 1985).
- ▶ Durch eine hypnotische Induktion erleben Personen zwar einen veränderten Bewusstseinszustand, der jedoch ein Epiphänomen ist und durch bestimmte Suggestionen bewirkt wird (Barber, 1969; Spanos, 1986; Wagstaff, 1998).

Diese sehr unterschiedlichen Definitionen haben auch starken Einfluss auf die Definition von Suggestion, Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit (s. Kap. 4).

3.5 Praxisrelevanz der Theorien

Aufgrund der Erfahrung im Bereich der Psychotherapie und bei Hypnose-Fortbildungsseminaren haben die Theorieauseinandersetzungen im klinisch-praktischen Bereich geringere Bedeutung (Cescato, 1982). Die Therapeuten werden sich jeweils jener Theorie der Hypnose annähern, die ihrem psychotherapeutischen Hintergrund entspricht. Sie nehmen dann die geringste kognitive Dissonanz wahr und erfahren eine größere Kongruenz im Rahmen ihres Gesamtkonzeptes von Diagnostik, Therapieplanung und Therapiedurchführung.



»Hypnose wird oft so diskutiert, als ob es *Hypnose mit einem großen H* sei. Als ob es irgendwie außerhalb des natürlichen Spektrums der Psychologie existiere.

Die neuen Untersuchungen zeigen jedoch, dass Hypnose mehr ein *Prozess* als eine Sache ist« (J. Barber, 1991, S. 244 f.).

Bei der Weiterentwicklung der Theorien stehen immer mehr die sozialen Prozesse im Vordergrund und nicht mehr das abgekapselte Individuum als ein »Vehikel für vermeintlich kognitive Strukturen« (Sarbin, 2002, S. 195).

Der Dialog zwischen Vertretern verschiedener Theorien wird weiter fortbestehen, da wir »keine gemeinsame Sprache gefunden haben, um die mehrdimensionale Komplexität von Erlebensbereichen zu beschreiben« (Sarbin, 2002, S. 195). Wir müssen uns immer noch auf den verbalen Bericht über Erlebnisse wie z. B. Amnesie, Schmerz oder Halluzination beziehen. Diese subjektiven Berichte können nur grobe Annäherungen an verlässliche Aussagen sein.

In seinem anthropologischen Vergleich von Trance, Hypnose und deren Erscheinungsformen weist Krippner (2005) darauf hin, dass sowohl Praktiker als auch Theoretiker nicht vergessen sollten, wie wichtig es ist, den sozialen Kontext der Hypnose zu beachten; auf der anderen Seite sollten sie auch nicht unter dem Deckmantel der Objektivität die hypnotischen Phänomene wegdiskutieren.

Die Bedeutung der Suggestibilität für Hypnoseerfolge im klinischen Bereich wird in Kap. 4 dargestellt.

4 Suggestion, Suggestibilität, Hypnotisierbarkeit: Definitionen, Korrelate

*Ein Kraftwort,
und wir sind auf unseren Füßen.*
Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832)

In diesem Kapitel wird ausführlich auf den theoretischen Hintergrund der im Zusammenhang mit Hypnose häufig verwendeten Begriffe »Suggestion«, »Suggestibilität« und »Hypnotisierbarkeit« eingegangen, besonders auf ihre Bestimmungsvarianten.

In der Literatur werden diese Begriffe nicht immer genau begrifflich voneinander getrennt. Daraus ergibt sich auch die Frage, was die entsprechenden Skalen eigentlich messen (Kirsch, 1997) oder was sie messen müssten (Gheorghiu, 2000a). Dem Problem der Skalierung wird im Kapitel 5 nachgegangen.

4.1 Der Begriff der Suggestion

Erste wissenschaftliche Definitionsversuche

Den ersten Definitionsversuch unternimmt Liébeault (1866): Suggestion ist »die Erzeugung einer Vorstellung durch Wort und Gebärde in einem Schlafenden, um die Abwicklung eines körperlichen oder geistigen Vorgangs zu veranlassen« (zit. n. Loewenfeld, 1901, S. 39).

Bernheim (1884) fasst diese Definition bereits weiter: Suggestion ist »im weitesten Sinne der Vorgang, durch welchen eine Vorstellung in das Gehirn eingeführt und von ihm angenommen wird« (zit. n. Loewenfeld, 1901, S. 39). Dem Terminus »Suggestion« (hier auch in Relation zur Hypnose) kann man nur gerecht werden, indem man ihn unter sehr verschiedenen Aspekten betrachtet.



In der Literatur wird »Suggestion« als Kommunikations- oder Beeinflussungsvorgang meist unscharf gefasst. Abgrenzungen oder Unterschiede zu Nachbarbereichen werden kaum thematisiert (Gheorghiu, 2000b). In der angelsächsischen Literatur wird »Suggestibilität« oftmals mit hypnotischer Suggestibilität gleichgesetzt, was zusätzlich Verwirrung schafft (Gheorghiu, 2000c, d). Zudem wird nicht immer eine klare Unterscheidung getroffen, ob Suggestionen zur Einleitung der Hypnose oder – erst anschließend – zur Produktion bestimmter Reaktionen eingesetzt wurden (vgl. Abschn. 3.4).

4 Suggestion, Suggestibilität, Hypnotisierbarkeit: Definitionen, Korrelate

*Ein Kraftwort,
und wir sind auf unseren Füßen.*
Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832)

In diesem Kapitel wird ausführlich auf den theoretischen Hintergrund der im Zusammenhang mit Hypnose häufig verwendeten Begriffe »Suggestion«, »Suggestibilität« und »Hypnotisierbarkeit« eingegangen, besonders auf ihre Bestimmungsvarianten.

In der Literatur werden diese Begriffe nicht immer genau begrifflich voneinander getrennt. Daraus ergibt sich auch die Frage, was die entsprechenden Skalen eigentlich messen (Kirsch, 1997) oder was sie messen müssten (Gheorghiu, 2000a). Dem Problem der Skalierung wird im Kapitel 5 nachgegangen.

4.1 Der Begriff der Suggestion

Erste wissenschaftliche Definitionsversuche

Den ersten Definitionsversuch unternimmt Liébeault (1866): Suggestion ist »die Erzeugung einer Vorstellung durch Wort und Gebärde in einem Schlafenden, um die Abwicklung eines körperlichen oder geistigen Vorgangs zu veranlassen« (zit. n. Loewenfeld, 1901, S. 39).

Bernheim (1884) fasst diese Definition bereits weiter: Suggestion ist »im weitesten Sinne der Vorgang, durch welchen eine Vorstellung in das Gehirn eingeführt und von ihm angenommen wird« (zit. n. Loewenfeld, 1901, S. 39). Dem Terminus »Suggestion« (hier auch in Relation zur Hypnose) kann man nur gerecht werden, indem man ihn unter sehr verschiedenen Aspekten betrachtet.



In der Literatur wird »Suggestion« als Kommunikations- oder Beeinflussungsvorgang meist unscharf gefasst. Abgrenzungen oder Unterschiede zu Nachbarbereichen werden kaum thematisiert (Gheorghiu, 2000b). In der angelsächsischen Literatur wird »Suggestibilität« oftmals mit hypnotischer Suggestibilität gleichgesetzt, was zusätzlich Verwirrung schafft (Gheorghiu, 2000c, d). Zudem wird nicht immer eine klare Unterscheidung getroffen, ob Suggestionen zur Einleitung der Hypnose oder – erst anschließend – zur Produktion bestimmter Reaktionen eingesetzt wurden (vgl. Abschn. 3.4).

Etymologische Herleitung. Der Begriff »Suggestion« ist eine Wortneuschöpfung des 17./18. Jahrhunderts (Duden, 1963). Er lässt sich etymologisch zurückführen auf lat. »subgerere, sug-gerere – unterschieben, darunter legen, darunter hinbringen« und ist mit »suggestum – Rednerbühne; suggestus – Tribüne, Bühne« verwandt (Stowasser, 1987). Im englischen Sprachgebrauch ist »to suggest – (1) anregen, vorschlagen, nahe legen, (2) im Geiste hervorrufen, suggerieren, (3) hinweisen auf, zu verstehen geben, andeuten«.

Fälschlich wird der Begriff der Suggestion, und besonders der der Suggestibilität, oft als Synonym angesehen für: Willensbeeinflussung, Machtausübung bzw. Gutgläubigkeit, Beeinflussbarkeit, Willensschwäche.

Erklärungsansatz »Suggestion als Aufforderungssituation«

Im Begriff der Suggestion ist ein Kommunikationsaspekt enthalten, wie von Gheorghiu (1987) sehr klar herausgestellt wird:

Der Kommunikationsaspekt hat einen bestimmten Aufforderungscharakter. Unabhängig von der Vermittlungsmethodik der Suggestion (z. B. direkt oder indirekt) erfolgt eine Lenkung des Verhaltens bzw. Erlebens. Suggestion ist also anzusehen als eine »Klasse von Stimuli, die determinierende Tendenzen aufbauen« (Weitzenhoffer, 1963c, S. 271). Dies beinhaltet auf keinen Fall das Nicht-Zulassen von Verhaltensweisen und damit die Beschneidung von Freiheitsgraden. Im Gegenteil: Es werden Alternativmöglichkeiten angeboten, bei denen eine Wahlfreiheit besteht (engl. suggest = vorschlagen).

Durch die Suggestion wird jedoch eine Aufforderungssituation geschaffen, in der nur von der *einen* Möglichkeit Gebrauch gemacht wird. Suggestionen »bieten Lösungen an und verlangen explizit oder implizit, diesen zu folgen. Sie sind schließlich dann als wirkungsvoll zu betrachten, wenn sie – durch welchen Mechanismus auch immer – konkurrierende Lösungen (>Gegen-Suggestionen<) ausklammern« (Gheorghiu, 1987, S. 11).

Dieser Erklärungsansatz Gheorghius schließt neben dem Aufforderungscharakter die Motivationslage des Empfängers, seine Bedürfnisse und Beweggründe mit ein. Das folgende Beispiel soll dies verdeutlichen.

Beispiel

Der Fuchs und die Krähe

In einer Fabel La Fontaines hält die Krähe einen schmackhaften Käse im Schnabel, den der Fuchs erlangen möchte. Er lobt ihre herrlichen Federn und möchte ihren wunderbaren Gesang hören, damit er ihr als Königin der Vögel huldigen kann. Als die Krähe zu krächzen beginnt, entfällt ihr der Käse und der Fuchs ist am Ziel seiner Wünsche.

Vom Fuchs werden hier einige kognitive Kausalketten vorhergesehen, die der Krähe im Rahmen ihrer sozialen Wünsche und Eitelkeit sehr entgegenkommen. Sie hat zwar stets Handlungsfreiheit, reagiert jedoch im Rahmen der sozialen Bedingungen dem Aufforderungscharakter gemäß (Schwanenberg, 1987).

Mit Suggestion sind schwer erklärbare Funktionen und Methoden verbunden, mittels derer Kontroll- und Überwachungsprozesse umgangen werden (Gheorghiu, 1987). Wird Suggestion als ein Unterschieben im ursprünglichen etymologischen Sinne definiert, so bezieht sich diese Begriffsbildung dann nur auf die angenommene Wirkung der Suggestion, und der o. g. Analogie- und Zirkelschluss wird gezogen.

Konstruktivistisches Erklärungsmodell

Bereits Binet (1900) weist darauf hin, dass das Ausmaß der Ungewissheit einer Situation der zentrale Aspekt der Suggestion ist. Mit zunehmender Mehrdeutigkeit bedarf der Reiz/die Situation immer mehr an Reinterpretation.

Mitunter bewirken rationale Strategien eine Reinterpretation und somit eine Stabilisierung, weg von der Ambiguität (s. Abschn. 2.10). Derartige Strategien sind Suggestionen. Sie bewirken in mehrdeutigen Situationen eine Reduktion der Instabilität; sie schränken damit die Freiheitsgrade ein, ohne dabei gleichzeitig bewusste intellektuelle Fähigkeiten zu tangieren. Suggestion ist somit in einer relativ instabilen Wahrnehmungswelt ein normaler und notwendiger Prozess (Gheorghiu, 1982, 1989; Kruse, 1989; Kruse & Gheorghiu, 1989, 1992).

Später beschreibt Gheorghiu (1996) Suggestion als einseitige Bedeutungszuweisung: »Suggestion (suggestive Situation) ist eine einseitige (Richtungs- bzw. Bedeutungs-)Zu-Weisung, die auf der Grundlage eines Unterschiebungsvorganges zur Geltung kommen kann. Die hierdurch entstehenden Einflussnahme kann können eine Vielfalt quantitativer und qualitativer Änderungen jeglicher psychischen Abläufe bewirken. Der Betroffene muß mit dem Kontext, in dem sich diese Zu-Weisung herauskristallisiert und auf ihn anregend wirkt, potentiell auch über die Alternative des Anders-Reagieren-Könnens verfügen. Das Ausklammern virtueller Alternativen zugunsten der einseitigen Zu-Weisung beruht weder auf Reflexions- noch auf Reflex-Mechanismen und entzieht sich einer bewußten Kontrolle« (Gheorghiu, 2000, S. 59).

4.2 Abgrenzung von Suggestion und Hypnose

Der Begriff der Suggestion wird oft eng in Zusammenhang mit Hypnose verwandt, so schon von Liébeault (1966) und im Kontrast dazu von Bernheim (1884; s. o.). Tatsächlich wird bei der operationalen Definition der Hypnose die Reaktionsbereitschaft auf Suggestionen nach einer Induktion der Hypnose angesehen (s. Abschn. 3.4). Es steht jedoch fest, dass Suggestionen unabhängig von Hypnose bestehen und die Induktion wenig Einfluss auf die Reaktionsbereitschaft auf Suggestionen hat. Deshalb messen die gegenwärtigen Hypnotisierbarkeitsskalen primär die Auswirkungen von Suggestionen und nicht die Wirkungen der Hypnose (Weitzenhoffer, 1980).

Daraus folgt auch, dass die Definition der Hypnotisierbarkeit abhängig ist von der Definition der Hypnose.

Beim Versuch, eine Abgrenzung von Suggestionen vorzunehmen, die nicht im Hypnosekontext gegeben sind, werden meist die Begriffe »Wach-Suggestionen« oder »Wach-Suggestibilität« verwendet. Diese suggerieren jedoch, Hypnose sei ein schlaf-

ähnlicher Zustand, und legen nahe, Suggestionen als verschiedene Formen anzusehen, wenn sie unter der Bedingung mit oder ohne Hypnose gegeben werden.

Die Analyse von Sheehan und Perry (1976, p. 55) ergibt dazu folgende Ergebnisse:

- ▶ Suggestionen sind wirksam, unabhängig davon, ob sie mit oder ohne Hypnose gegeben werden.
- ▶ Suggestibilität ist nur geringfügig durch Hypnose-Induktionen zu beeinflussen.
- ▶ Die hypnotische Suggestibilität und die Suggestibilität im Wachzustand sind hoch miteinander korreliert.

Da die Induktion der Hypnose also nur einen kleinen Einfluss auf die individuellen Suggestionenreaktionen hat, sind die konventionellen Definitionen der Hypnose und Hypnotisierbarkeit nicht eindeutig (Kirsch et al., 2011).

Suggestionen mit und ohne Hypnose

Der Begriff Hypnotisierbarkeit bzw. Suggestibilität wird oft synonym oder unsystematisch, also nicht trennscharf benutzt. Eine Literaturanalyse zeigt, dass »Hypnotisierbarkeit« als Beschreibung hypnotischer Fähigkeit vier Mal öfter benutzt wird als Suggestibilität. Untersucher verwenden nicht immer vergleichbare Tests zur Abklärung dieser Faktoren. Manche vertreten engstirnig nur ihre Auffassung oder Theorie und machen ihre Daten für die Theorie passend – und nicht umgekehrt (Raz, 2007).

4.2.1 Suggestion ohne Hypnose

Suggestionen sind Hauptbestandteil zahlreicher, sehr komplexer Situationen. So haben Zauberformeln, Verwünschungen, Beschwörungen durch Schamanen, das Tragen von Amuletten, Vorhersagen durch Feen im Märchen, Weissagungen etc. psychische Wirkungen. Auf dieser Ebene begann Binet (1900), Suggestionen zu erforschen; er wollte die »normale Suggestibilität« nachweisen.

Schwierig wird die Begriffsabgrenzung dort, wo bekannte Erklärungsmodelle herangezogen werden können, so z. B. bei der Konditionierung von Einstellungen oder Werthaltungen durch Erziehung, wo je nach Situation und Fall Suggestionen wirksam sind.

Suggestion als sozialpsychologisches Alltagsphänomen

- ▶ Schwanenberg (2000) weist darauf hin, dass viele Alltagssituationen suggestiven Charakter haben. Beispielsweise können Statussymbole – wie die von Hochstaplern benutzten akademischen Titel – Türen öffnen, so veranschaulicht im Roman »Kleider machen Leute« (Gottfried Keller, 1853).

Beispiel

Beispiele für Implikationen

Suggestionen können Bedeutungen enthalten, die dem Klienten nicht unbedingt bewusst werden müssen (= Implikationen; Weber, 2001):

- ▶ »Wollen Sie eine mittlere oder tiefe Entspannung/Hypnose?« – die Double-bind-Frage impliziert die Zustimmung zur Mitarbeit.
- ▶ »Wollen Sie jetzt oder später Kontakt mit Ihrer Kindheit haben?« – impliziert die Zustimmung zu einer Altersregression.
- ▶ »Bevor wir eine Trance machen, erzählen Sie mir doch bitte etwas über ...« – impliziert, dass anschließend eine hypnotische Erfahrung erfolgt.
- ▶ »Wann war Ihre Entspannung am stärksten?« – impliziert, dass eine Entspannung gespürt wurde.
- ▶ »Merken Sie deutlich die positive Veränderung zwischen vorhin und jetzt?« – impliziert, dass eine positive Veränderung erfolgte.

Hierzu gehört auch die Suggestion der Webergesellen im Märchen »Des Kaisers neue Kleider« (Andersen, 1835).

Sich selbst erfüllende Prophezeiung (self-fulfilling prophecy)

Definition

Die mentale Antizipation eines Ereignisses bewirkt selbst das Ereignis der Antizipation. Die Erwartung oder Voraussage steuert eine Mediatorvariable, die ihrerseits das Ereignis auslöst (Ludwig, 2000). Mediatorvariablen können z. B. physiologische Reaktionen sein.

Zur Erklärung von Suggestionseffekten können sich selbst erfüllende Prophezeiungen herangezogen werden, so z. B. bei der Verbalsuggestion »Sie werden gleich nach hinten fallen«. Das suggerierte Verhalten tritt ein und gilt als Beweis der Suggestion.

Suggestionen können auch auf Erwartungen abzielen und dadurch das gewünschte/suggestierte Verhalten indirekt bewirken, so bei der Voraussage-Suggestion: »Sie werden sich gleich entspannt fühlen.«

In gleicher Weise können Suggestionen Imaginationen bewirken, die ihrerseits die sich selbst erfüllende Prophezeiung auslösen, so bei der Suggestion: »Stellen Sie sich vor, dass das Kaminfeuer Ihre Hände erwärmt.«

Placebowirkung. Als Placebowirkungen können jene Effekte einer unwirksamen (neutralen) Substanz angesehen werden, die ähnlich denen der aktiven pharmakologischen Wirksubstanz sind.



Der Placeboeffekt ist der Prototyp einer selbstbestätigenden Wirkung von Reaktionserwartungen, die lang anhaltend ist. Seine Wirkungen wurden nachgewiesen in Bezug auf z. B. Schmerzwahrnehmung, Entspannung, Pulsrate, Blutdruck, sexuelle Erregung, Erbrechen, Schwindel und Depression (Kirsch, 1990).

In der medizinischen Forschung ist der Placeboeffekt eine ungewünschte Variable, in der sozialen Lerntheorie ist er dagegen von besonderem Interesse (Kirsch, 1991).

Je nachdem, ob die Hypnotisanden bestimmte Medikamente einnehmen, können die Placeboreaktionen sehr unterschiedlich ausfallen, so z. B. bei Anxiolytika, Antidepressiva und auch bei unterschiedlichen Krankheiten. Ihre Verlaufskurven, Kumulationseffekte und Abklinggeschwindigkeiten entsprechen fast denen der echten Wirksubstanzen (Lasagna et al., 1958). Die positive Beziehung zum informierenden Arzt kann sogar zu einer sog. Iatroplacebogenesis führen (Shapiro, 1964). Weitere Wirkmechanismen sind auch Endorphinfreisetzung, klassisches Konditionieren, induzierte Erwartungen und neurophysiologische Veränderungen. Diese Aspekte lassen Netter (2011) zu dem Schluss kommen, dass Placebos ein Sonderfall der Suggestion sind.

Raz (2007) ist der Auffassung, Hypnose und Placebo hätten die gleiche Phänomenologie; so könne die Identifizierung genetischer und neuraler Korrelate der Hypnotisierbarkeit auch zur Erklärung der Placebowirkungen gelten. Dieser Annahme wird z. B. von Frischholz (2007) widersprochen, da es bislang kaum Korrelationen von Placeboreaktion und Hypnotisierbarkeit gibt, die bestenfalls nur sehr schwach etwas miteinander zu tun haben. Ebenso gibt es bislang auch keine Aussagen und Maße von individuellen Unterschieden im Placeboreaktionsvermögen oder sogar Erklärungen dafür, warum diese bestehen könnten.

Negative und damit schädigende Reaktionen auf Placebos werden als »Nocebowirkungen« bezeichnet, die auch durch Verbalsuggestionen erzeugt werden können; Lernwirkungen sind dabei nicht erforderlich (Colloca et al., 2008).

Hypnose erzeugt zwar – ähnlich wie Placebos – durch Veränderung der Erwartungshaltungen des Klienten therapeutische Effekte, aber sie benötigt zur Wirkung keine Täuschung oder Irreführung (Kirsch, 1999). In zahlreichen Untersuchungen wurden fehlende Korrelationen zwischen Placebowirkung und Hypnotisierbarkeit bestätigt (Evans, 1981, 1985; McGlashan et al., 1969; Orne, 1974).

Erklärungsmodelle

Wirkung der Suggestion aus sozialpsychologischer Sicht. Wenn wir Suggestionen im oben dargestellten Sinn sehr weit fassen, dann treten ihre Wirkungen auf zahlreichen Ebenen ein:

- ▶ Kognitive Prozesse werden durch die sozialen Vorgaben sehr stark beeinflusst. Lernen ist nicht nur als starrer Konditionierungsprozess, sondern auch als aktiver Übernahmeprozess (Modelllernen) zu sehen; beim »Lernen am Modell« wirken in starkem Maße soziale Faktoren wie Alter und Geschlecht des Modells (Chemnitz et al., 1981; Sheehan, 1987).
- ▶ Die nonverbal aufgebaute Erwartungshaltung in einem Leistungsexperiment kann die Arbeitsqualität und -quantität steigern (Lachnit & Kuhmann, 1986).
- ▶ Zeugenaussagen werden von komplexen sozialen und motivationalen Faktoren bestimmt (Gudjonsson, 1987; s. Abschn. 26.1.4).
- ▶ Sprachqualitäten wie z. B. Lautstärkeunterschiede verändern die Meinung über einen gehörten Text (Gehm et al., 1987).
- ▶ Bei instabilen (optischen) Figuren reichen teilweise kleine Änderungen in den Umgebungsreihen, um eine Stabilität zu bewirken (Gheorghiu & Kruse, 1991).

Wirkung der Suggestion aus konstruktivistischer Sicht. Gheorghiu (1982) schreibt aus der konstruktivistischen Sichtweise Suggestionen eine gewisse Anpassungsfunktion zu, da psychische und psycho-physiologische Abläufe durch unterschiedliche suggestive Wege beeinflussbar sind und in vielfältigen Formen des Alltagslebens allgegenwärtig auftreten. Dies bezieht sich vor allem auf viele ambige Situationen, hier beispielhaft angeführt (Gheorghiu, 1996):

- ▶ **Überwindung der Orientierungslosigkeit:** Orientierungslosigkeit kann z. B. durch neue Leitsätze, Hinweise und Selbstbegründung überwunden werden.
- ▶ **Ausklammern konkurrierender Alternativen:** Argumente zum Ausblenden unerwünschter Alternativen, Hypothesen, Handlungs- und Reaktionsmöglichkeiten werden gefunden.
- ▶ **Begünstigung der Antwortfindung und des Disambiguierungsprozesses:** Durch die Art der Fragestellung wird direkt oder indirekt die erwünschte Antwort impliziert.
- ▶ **Entscheidungsfindung:** Besonders in Konfliktsituationen wie bei Entscheidungskonflikten können bereits kleine Informationen suggestive Richtungszuweisungen enthalten.
- ▶ **Abwehrmechanismen:** Es werden protektive Selbsttäuschung, Vermeidungs-, Entladungs- und Ausgleichsstrategien angewandt.

4.2.2 Hypnose ohne Suggestion

Es gibt Reizkonstellationen, unter denen hypnotisches Verhalten auftritt, das jedoch ohne (verbale) Suggestion induziert wurde, so z. B. die *Autobahn-Hypnose* (highway hypnosis; white line fever; Shor & Thackray, 1970; Wertheim, 1974, 1978). Hier treten bei konstantem Fahrtempo auf einer langen geraden Autobahnstrecke durch die monotone visuelle Reizung verschiedene Phänomene auf, die als Hypnose bezeichnet werden können (Cerezuela et al., 2004; Tejero & Choliz, 2002).

Gehen wir von der Definition Edmonstons (1987) aus, der Hypnose lediglich als Entspannung ansieht, so wird diese keine typischen Verhaltensweisen erzeugen, außer den bekannten Entspannungsparametern. In vielen experimentellen Untersuchungen wird lediglich diese Form der Hypnose benutzt. Es verwundert daher auch nicht, wenn bei der reinen Entspannungshypnose keine besonderen Verhaltensweisen festzustellen sind. Ähnliches ist bei allen nonverbalen Induktionen der Hypnose zu beobachten.

4.2.3 Suggestion mit Hypnose

Wie oben deutlich wurde, kann Suggestion verstanden werden als Erklärungsprinzip und als Methode zur Induktion oder als ein Mittel, um das Erscheinungsbild der Hypnose zu bestimmen (Gheorghiu, 1972, 1980, 1985; s. Abschn. 3.4).

Begrenzen wir uns nun auf die allgemeine Erlebensqualität der Suggestionen, die in der Hypnose gegeben werden – unabhängig von deren Definition.

Mit Hypnose-Suggestionen entsteht ein Erleben unnormaler Kontrolle, die sich qualitativ und quantitativ von dem normalen bewussten Erleben unterscheidet (Haggard et al., 2004).

Grundannahme ist, die Hypnose-Reaktion sei durch den Glauben einer externalen Realität des suggerierten Erlebens gekennzeichnet (Sheehan & McKonkey, 1982); die Gegenposition bezeichnet dies als Rollenspiel oder »Als-ob-Reaktion« (Wagstaff, 1996). Die Untersuchung beider Annahmen wird erschwert, da sie bereits mit der Frage nach dem Unterschied zwischen Realität und Imagination beginnt (Kosslyn & Thompson, 2000). Die Untersuchung von Bryant und Mallard (2005) zeigt, dass in Hypnose die wenig klare Abgrenzung zwischen Realität und Suggestion nicht allein durch soziale Faktoren wie Compliance erklärt werden kann, sondern die Versuchspersonen selbst zu deren Realität beitragen.

Hypnotische Suggestionen instruieren nicht explizit, eine bestimmte (z. B. motorische) Reaktion zu zeigen. Sie werden als passiv nahegelegt, als ein Ereignis, das bei der Person eintreten kann. Personen werden dadurch eingeladen, sich in Widerspruch zur Situation zu verhalten, wodurch sie ihre eigenen Handlungen nicht mehr als selbst ausgelöst oder als zielgerichtet erleben.

Durch passive Formulierungen sind Suggestionen ambige Kommunikationen, die für unterschiedliche Interpretationen offen sind, so z. B. unwillkürlich den Arm zu heben oder passiv abzuwarten, bis sich der Arm »von alleine« anhebt (Spanos, 1991).

Die Wortformulierungen von Suggestionen sind wichtige, aber nicht die einzigen Variablen, die das Hypnoseverhalten, besonders das Gefühl des Unwillkürlichen, bestimmen (Spanos, 1986).

Werden Personen darin angeleitet, die hypnotische Suggestion in einer bestimmten Weise zu interpretieren, dann ist ihre Reaktionsrate in dieser Richtung höher (Bertrand, 1989).

4.3 Suggestibilität

Suggestibilität ist prinzipiell die Fähigkeit, auf Suggestionen zu reagieren (Gheorghiu, 1996).

»In der Sozialpsychologie wird Suggestibilität fast ausschließlich mit der Form der Beeinflussbarkeit in Verbindung gebracht, die durch Persuasion entsteht« (Gheorghiu, 2000b). Hierdurch entsteht der einseitige Eindruck der Manipulierbarkeit.

Suggestibilität für Hypnose als Fähigkeit zu ignorieren. Wenn eine Versuchsperson hypnotische Suggestionen akzeptiert, dann ist das Ignorieren ablenkender Reize immer vorhanden, ja notwendig. Wenn diese Reize, gleich ob external oder internal, nicht ignoriert werden, verliert die Suggestion ihre Wirkung.

Einige ablenkende Reize sind schwerer zu ignorieren als andere. Diese Tatsache kann hilfreich sein, die Unterschiede im Schwierigkeitsgrad der verschiedenen Hypnose-Suggestionen bei Tests zu erklären.

Einige Personen haben eine größere Fähigkeit oder Neigung, ablenkende Stimuli zu ignorieren. Folglich können die Unterschiede in der Suggestibilität für Hypnose teilweise auf diese allgemeine Fähigkeit oder Neigung zurückgeführt werden.

Dieser Erklärungsansatz stützt sich auf die bekannten Hypnosemodelle und trennt bewusst nicht scharf zwischen Suggestibilität und Suggestion. Er legt nahe, dass es eine bestimmte Fähigkeit geben muss, die in Hypnose zum Tragen kommt.

Direkte und indirekte Suggestibilität

Die direkte Suggestibilität (offene Einflussnahme) und indirekte Suggestibilität (verborgene Beeinflussungsabsicht) beziehen sich darauf, *wie* Suggestionen ausgeführt werden, wobei ihr jeweiliger Anwendungsbereich relevant ist. Zwischen beiden besteht eine positive Korrelation, wenn man sie nur auf den Anwendungsbereich der körperbezogenen motorischen Phänomene (z. B. Armlevitation) beschränkt. Sie sind beide signifikante Vorhersagen der direkten Suggestibilität. Die indirekten (körperbezogene) Suggestibilität hängt mehr mit den schwierigen Items der BSS (Barber Susceptability Scale; s. Abschn. 5.3.3) zusammen. Aus ihren vorläufigen Ergebnissen kann gefolgert werden, dass indirekte und direkte Suggestibilität wahrscheinlich unabhängige Eigenschaften messen (Polczyk & Pasek, 2006).

Hypnotisierbarkeit

»Ein ziemlich trivialer Gebrauch dieses Begriffes [Hypnotisierbarkeit] besteht darin, die Fähigkeit einer Person zu bezeichnen, verschiedene Suggestionen auszuführen, die den Teil der formalen Hypnoseinduktion bilden. Dies war wahrscheinlich eine Auswirkung der allgemein bestehenden Missverständnisse [...]«

Es »[...] besteht Übereinstimmung, dass wir tatsächlich dazu tendieren, mit Hypnotisierbarkeit die Fähigkeit eines Individuums zu bezeichnen, hypnotisiert zu werden und/oder eine bestimmte Tiefe oder [einen bestimmten] Grad an Hypnose zu erreichen.«

»Obwohl man eine gute Unterscheidung zwischen Hypnotisierbarkeit und ›hypnotischer Empfänglichkeit‹ (hypnotic susceptibility) treffen kann, werde ich zum Zweck der hier gegebenen Darstellung diese beiden als Synonyme betrachten« (Weitzenhoffer, 1989a, S. 64).

Wie oben deutlich wurde, beeinflusst die Definition der Hypnose den Begriff von Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit. Dies beinhaltet auch, dass »der Begriff der ›Hypnose‹ im Laufe seiner Geschichte viel wahrscheinlicher benutzt wurde, um eine Anzahl von verwandten, aber verschiedenen Bedingungen zu bezeichnen und der Begriff ›Hypnotisierbarkeit‹ dem nahe folgen muß.« Weiter ist zu bedenken, »dass Hypnotisierbarkeit eine fragliche Vorgehensweise ist, wenn sie in Begriffen der Suggestibilität gemessen wird. Wenn dies getan wird, muss man sehen, dass die Hypnotisierbarkeit eine komplexere Struktur besitzt als man ihr bislang in der Vergangenheit zuerkannte« (Weitzenhoffer, 1989a, S. 72).

Bislang wird Hypnotisierbarkeit in den gebräuchlichen Skalen zur Untersuchung der Suggestibilität gemessen, also wird die Reaktionsfähigkeit auf Suggestionen gemessen.

Da sich Hypnotisierbarkeit auf die individuellen Unterschiede in den Hypnosewirken beziehen soll, müssten somit bei ihrer Messung Suggestionseffekte entfallen. Dies könnte z. B. dadurch erreicht werden, einen Hypnotisierbarkeitstest suggestionsfrei vor und nach der suggestionsfreien Hypnoseanwendung durchzuführen. Die Differenz würde dann die Hypnotisierbarkeit wiedergeben.

Fazit. Nach umfassenden Expertendiskussionen mit zahlreichen Vertretern der unterschiedlichen Definitionen und Schulrichtungen ergibt sich als Fazit: Es bedarf einer Hypnosedefinition, bei der die Definition der Hypnotisierbarkeit mit ihr logisch konsistent sein muss (Kirsch et al., 2011).

4.4 Arbeitsdefinitionen und Pragmatik für die Therapie

»Suggestionen sind schließlich allgegenwärtig:

- ▶ Alle psychischen und psycho-physiologischen Anläufe (Wahrnehmung, Gedächtnis, Psychomotorik usw.) können auf suggestivem Wege beeinflusst werden.
- ▶ Jeder Mensch beeinflusst sein Leben lang sich selbst und seine Mitmenschen. Erscheinungsformen und Ausmaß suggestions-konformer Reaktionen sind stark Kontext-bedingt und durch inter-individuelle Unterschiede gekennzeichnet.
- ▶ In jedem Lebens- und Tätigkeitsbereich, der auf zwischenmenschlichen Beziehungen beruht, kommt eine Vielfalt von verbalen und non-verbalen Ausdrucksformen direkter und indirekter Suggestionen zur Anwendung« (Gheorghiu, 2000c, S. 48).

Die Grenzen zwischen direkten, indirekten, suggestiven, imaginativen oder rationalen Verfahren sind meist sehr fließend, d. h. theoretisch und praktisch kaum abgrenzbar und in der Psychotherapie kaum bedeutsam. Deshalb soll die sehr intensive Diskussion zur Suggestion hier auf die praktische Therapiearbeit reduziert sein:

»Für den (Psycho-)Therapeuten trägt das Einsetzen von direkten und indirekten Suggestionen-Verfahren dazu bei,

- ▶ die Gerichtetheit der Person zu unterstützen und folgerichtig durch Auflösung oder Reduktion von Ungewissheit und Instabilität ihre Reaktionsbereitschaft zur Durchsetzung ihrer Bedürfnisse und Beweggründe zu begünstigen;
- ▶ über die Reduktion vorhandener Freiheitsgrade das Individuum auf ökonomischerem Weg zu eindeutigen Beurteilungen und Handlungsweisen gelangen zu lassen;
- ▶ latente psychische und psycho-physiologische Dispositionen auf diesem Wege überhaupt erst verfügbar zu machen und zu nutzen« (Gheorghiu, 2000c, S. 55).

Definition

Eine **Suggestion** ist ein Hinweisreiz, eine Kommunikationsform oder eine Beeinflussungstechnik.

Suggestibilität bzw. **Suggestionalität** ist die Fähigkeit einer Person, auf Suggestionen zu reagieren (Gheorghiu, 1996), die wiederum von zahlreichen Faktoren bestimmt ist (vgl. Abschn. 4.3).

Die **hypnotische Suggestibilität** bezieht diese Fähigkeit allein auf eine hypnotische Suggestion, also auf die Suggestion, die auf eine (formale) Hypnose-Induktion erfolgt.

Hypnotisierbarkeit ist rein pragmatisch die Fähigkeit, auf Hypnose-Instruktionen zu reagieren. Dies impliziert jedoch nicht gleichzeitig, dass damit die allgemeine Suggestibilität verbunden ist (Kirsch & Braffman, 1999). Die Begriffe »Hypnotisierbarkeit«, »hypnotisches Reagieren« und »hypnotische Reaktionsfähigkeit« werden austauschbar verwandt, um damit die Einschätzung (Beurteilung) der Reaktionen einer Person auf hypnotische Suggestionen zu verdeutlichen (Council, 1999).

Vielleicht müssen sogar verschiedene Hypnotisierbarkeiten angenommen werden (Weitzenhoffer, 1989, 2005; Woody et al., 2005). Es kann zwei Untertypen für hohe Hypnotisierbarkeit geben: einen dissoziativen Typ, gekennzeichnet durch Defizite in der exekutiven Funktion und durch Prädisposition zur Psychopathologie; der andere Untertyp zeigt höhere Imaginationsfähigkeit und hat in seiner Wirkung keine erkennbaren Defizite (Terhune et al., 2011).

4.5 Grundlegende Ergebnisse aus der Suggestibilitätsforschung

Die elementare Frage, ob Suggestibilität eine stabile Fähigkeit darstellt oder durch z. B. Lernfaktoren veränderbar ist, wird intensiv experimentell zu beantworten versucht. Wie die Darstellung der Ergebnisse zeigt, sind hier sowohl Fakten aus der Forschung über Suggestibilität ohne Hypnose als auch aus dem Bereich der Hypnotisierbarkeit angeführt: Einige Autoren benutzen die beiden Begriffe nahezu synonym.

4.5.1 Stabilität versus Erlernbarkeit

Ergebnissen sprechen dafür, dass sich die Personen zwar in ihrer Fähigkeit, Hypnose zu erfahren, unterscheiden, diese Fähigkeit aber während des gesamten Lebens stabil bleibt (z. B. Hilgard, 1965; Kihlstrom, 1985; s. Abb. 4.1 und 4.2).

Gemessen bei Kindern von fünf bis 16 Jahren ergab sich eine recht gute Stabilität der hypnotischen Suggestibilität über einen Zeitraum von zwei Jahren (London & Cooper, 1971). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Suggestibilität bei Kindern besonders hoch ist und mit zunehmendem Alter absinkt (Morgan & Hilgard, 1973). Testwiederholungen des SHSS: A (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959) zeigen nach zehn und 25 Jahren eine hohe Stabilität der Hypnotisierbarkeit (Morgan et al., 1974; näheres zur Skala SHSS in Kap. 5).

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse werden Patienten vor einer Therapie mit einem Test zur Hypnotisierbarkeit danach selektiert, ob sie mindestens durchschnittlich hypnotisierbar sind und somit eine Hypnosetherapie erhalten oder – bei geringer Hypnotisierbarkeit – eine Therapie ohne Hypnose (Spiegel & Spiegel, 1978). Diese

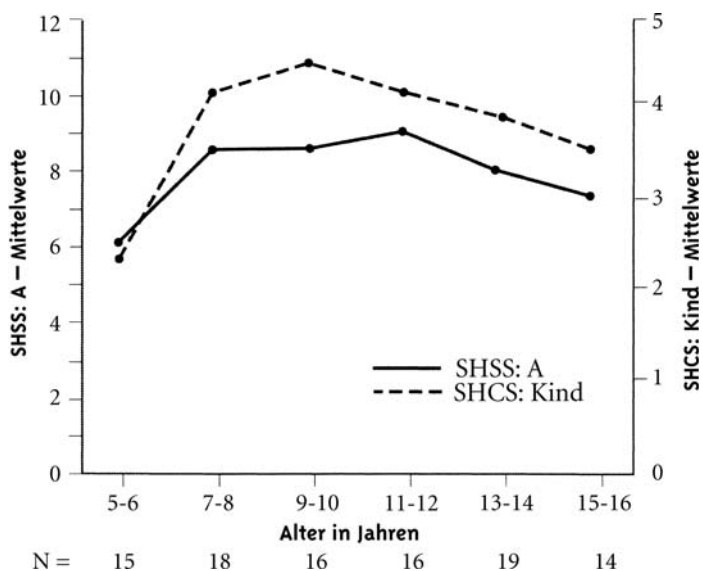


Abbildung 4.1 Hypnotisierbarkeit bei Kindern im Alter von fünf bis 16 Jahren. Verglichen werden die Mittelwerte in der Stanford 5-Punkte Hypnose-Skala für Kinder (SHCS: Child) und die Mittelwerte in der SHSS: A (nach Morgan & Hilgard, 1979b, S. 149)

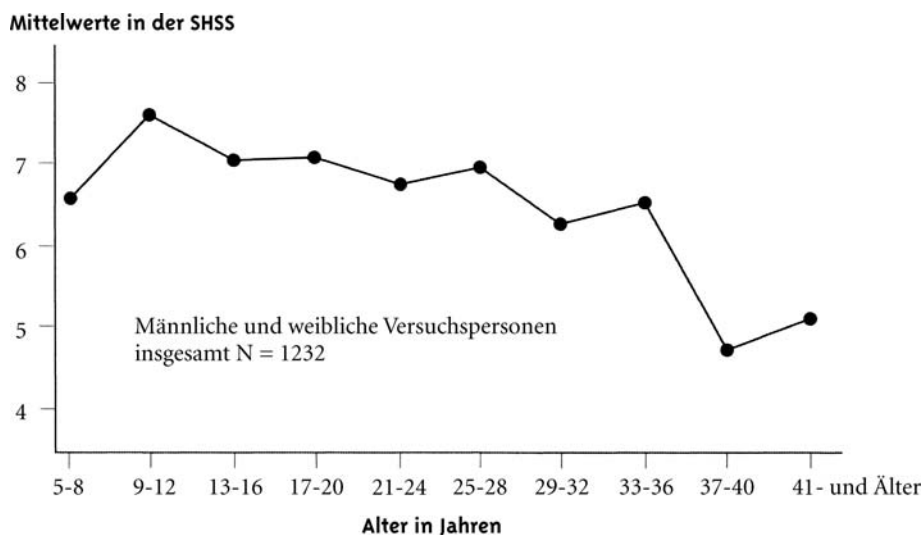


Abbildung 4.2 Hypnotisierbarkeit und Lebensalter. Die Hypnotisierbarkeit ist nach diesen Forschungsergebnissen insgesamt stabil, sinkt jedoch mit zunehmendem Lebensalter etwas ab (nach Morgan & Hilgard, 1973)

Einteilung setzt nicht nur eine reliable Einschätzung der Hypnotisierbarkeit voraus, sondern begrenzt eindeutig die effektivere Behandlungsfähigkeit. (s. a. Abschn. 5.6).

Beeinflussungsfaktoren und Erlernbarkeit

Goldfarb (1985) erreicht durch klassisches Konditionieren eine Testwertzunahme im SHSS: A von 2,9 auf 4,7 Testwerte, während die Kontrollgruppen keinerlei Zunahmen verzeichnen.

Nach sensorischer Deprivation steigt die mit dem SHSS: A gemessene hypnotische Suggestibilität statistisch bedeutsam an (Barabasz, 1982; Barabasz & Barabasz, 1989; Sanders & Reyher, 1969; Wickramasekera, 1969, 1976a).

Wickramasekera (1976a, S. 482) folgert daraus: »Wenn Hypnotisierbarkeit durch Prozeduren verbessert werden kann, die auch verbales Konditionieren und einfaches Lernen verbessern, dann liegt es nahe anzunehmen, dass Hypnose mit Lernen und Motivation gleiche Parameter teilt.« Auch Spanos (1986, 1987, 1988) geht davon aus, dass die Suggestibilität durch motivationale und soziale Faktoren verbessert werden kann.



Ergebnisse zur Konditionierung der Hypnotisierbarkeit

- ▶ Positive Erwartungshaltungen gegenüber der Hypnose und den eigenen Hypnosefähigkeiten erhöhen die Hypnotisierbarkeit (z. B. Barber & Calverley, 1964; Gregory & Diamond, 1973; Kirsch, 1985, 2001).
- ▶ Ein Modell von hohem Status für die Versuchsperson kann zur Verbesserung der Hypnotisierbarkeit beitragen (De Voge & Sachs, 1973).
- ▶ Die Verbesserung der Hypnotisierbarkeit kann durch einen optimierten Rapport erfolgen (Lynn, et al., 1991). Bei dieser Verbesserung spielten Imaginations-Strategien kaum eine Rolle (Niedzwienska, 2000), aber die Güte des Rapports (Spanos et al., 1988)
- ▶ Eine hoch hypnotisierbare Modellperson, die über ihre Hypnoseerfahrungen berichtet, erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit hypnotischer Reaktionen bei ihren Beobachtern (z. B. De Stefano, 1971; Diamond, 1972; Zimbardo et al., 1969).
- ▶ Die Wiederholung des Hypnose-Tests bewirkt eine Abnahme der Werte, was sowohl für die soziokognitive Theorie als auch für die Theorie des »altered state of consciousness« spricht; dabei ist die subjektive Erfahrung der Hypnose-reaktion wesentlich (Fassler et al., 2008).
- ▶ Kontingentes Biofeedback-Training des → Alpha-EEG bzw. des → EMG erhöht bereits nach sechs Sitzungen die Hypnotisierbarkeit, während nicht-kontingentes Training keine relevanten Wirkungen hat (Barber et al., 1971; Batty et al., 2006; London et al., 1968; Wickramasekera, 1971).
- ▶ Hypnose ist ein sozial gelernter Typus eines kognitiven Sets über hypnotisches Verhalten, das motivationale Veränderungen bewirken kann (Wickramasekera, 1976b).

- Nach einem umfassenden Training kognitiver Fertigkeit mit dem Carleton Skills Training Program (CSTP; Spanos et al., 1983) werden 50 bis 80 Prozent der Geringhypnotisierbaren als hochhypnotisierbar gemessen (Spanos et al., 1986). Sie zeigten dann genau die Verhaltensweisen und Strategien, die für Hypnose relevant sind, die über zweieinhalb Jahre danach anhalten und sogar kulturübergreifend (in Spanien und Polen) wirken (Fellows & Ragg, 1992; Spanos et al., 1988); es erfolgte sogar eine Reaktionsgeneralisierung für neue Suggestionen (Gfeller et al., 1987).
- Die Gabe von Lachgas erhöht die imaginative Suggestibilität und imaginative Fähigkeit (Whalley & Brooks, 2009).

Die gesamten Ergebnisse der kognitiven und sozio-kognitiven Forschungen zeigen auf Variablen wie Erwartung, Einstellungen, Status des Versuchsleiters/des Hypnotiseurs, Vorinformationen in Bezug auf Hypnose und das unter Hypnose gezeigte Verhalten haben deutlichen Einfluss auf die Verhaltensweisen, die man als hypnotisch bezeichnet. Insgesamt ist durch diese Faktoren die Reaktionsbereitschaft auf Hypnose beeinflussbar (z. B. Kirsch, 1985, 2001; Rhue et al., 2001).

4.5.2 Persönlichkeitsfaktoren und Hypnotisierbarkeit

Die oben angenommene zeitliche Stabilität der Suggestibilität lässt vordergründig eine besondere Persönlichkeitseigenschaft annehmen.

Klinische Persönlichkeitsfaktoren. Die Forscher unterschiedlichster theoretischer Orientierung finden keinen Zusammenhang zwischen Suggestibilität und Persönlichkeitsfaktoren (Bester & Grobler, 1983; DePascalis & Imperiali, 1984; Payne, 1982; Stedrak, 1981). Frauen beziehen sich bei Suggestionen stärker ein als Männer (Weekes & Lynn, 1990).

Eventuell bestehen Zusammenhänge zwischen Hypnotisierbarkeit und klinisch relevanten Persönlichkeitsbeeinträchtigungen (Smith et al., 1989): Hysteriker zeigen bedeutend höhere Werte im HGSHS (Hypnotic Group Scale of Hypnotic Susceptibility), ebenso Personen mit Zwangssymptomen in Selbsthypnose (Moss & Magaro, 1989) und allgemeine Psychiatriepatienten (Pettinati et al., 1990).

Bei den vorgenannten Untersuchungen lagen jedoch sehr unterschiedliche Experimentalbedingungen vor, teilweise auch methodische Unvergleichbarkeiten, so auch Unterschiede in den verwendeten Hypnoseskalen (Pettinati et al., 1990). Letztendlich bleibt die klassische Feststellung bestehen, dass die Suggestibilität persönlichkeitsunabhängig ist.

Persönlichkeitsmerkmal »Absorption«. Bei der Suche nach Persönlichkeitsfaktoren der Hypnotisierbarkeit stieß man auf die individuelle Fähigkeit der »Absorption« (Tellegen & Atkinson, 1974), eine imaginative Aktivität oder »imaginative Einbeziehung« (J. R. Hilgard, 1979), die eine enge Beziehung zur Suggestibilität aufweist (z. B.

Yanchar & Johnson, 1981). Dieses Konstrukt wird als die wichtigste Komponente der hypnotischen Empfänglichkeit angesehen (Kolbe, 1986; Meyer et al., 1987).

Die Absorptionsfähigkeit beinhaltet gute Konzentrationsfähigkeit und vor allem stark nach innen gerichtete Aufmerksamkeit (Meskin & Singer, 1974; Van Nuys, 1973). Sie muss nicht nur auf optische Imaginationen ausgerichtet sein, sondern kann sich auch auf die Imagination von Musik (Snodgrass & Lynn, 1989) oder auf sensorische Erfahrungen beziehen.

Absorption beinhaltet eine holistische (ganzheitliche) Erfahrung, besonders bei der Einengung oder Ausweitung des Aufmerksamkeitsfokus (Kihlstrom et al., 1989).

Die Tellegen Absorption Scale (TAS; Tellegen & Atkinson, 1974) gibt den besten Persönlichkeitswert in der Vorhersage hypnotischer Reaktionsfähigkeit. Die Korrelation zwischen der Tellegen Absorption Scale (TASS) und den Items der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS) ist hoch und wird auch nicht durch positive oder negative Formulierungen der Antwortvorgaben beeinflusst (Green & Council, 2004).

Die Korrelation des TAS mit hypnotischer Reaktionsfähigkeit wird von motivationalen und kontextuellen Effekten beeinflusst, so durch den Zustimmungsfaktor (Tendenz, einer Frage zuzustimmen) und die Konsistenzmotivation (Tendenz, sich als konsistent darzustellen). Das heißt, sowohl kontextuelle, situative und Persönlichkeitsvariablen sind an der Korrelation von TAS und hypnotischen Reaktionen beteiligt (z. B. Council & Green, 2004; de Groot et al., 1988).

Persönlichkeitsmerkmal »imaginative Fähigkeit«. J. Hilgard (1970) nimmt an, dass die imaginative Einbeziehung der eigenen Person die Absorption erleichtert und so für Hypnose bedeutsam ist. Barber (1991) verwendet dafür den Begriff der Fantasiebegabung, der mit dem Konstrukt der Absorption (Tellegen & Atkinson, 1974) eng verbunden ist. So wird ein starker Zusammenhang zwischen Fantasiebegabung und Hypnotisierbarkeit angenommen (Wilson & Barber, 1981), was Barber (1991) dazu führte, seine Drei-Faktoren-Theorie aufzustellen (s. Abschn. 2.12.1). Fantasiebegabte werden tatsächlich als stärker hypnotisierbar erkannt, jedoch nur in schwacher Korrelation ($r = .25$; z. B. Council & Huff, 1990; Lynn & Rhue, 1988). Daher ist Fantasiefähigkeit nicht als Voraussagemöglichkeit der Hypnotisierbarkeit anzusehen (Lynn & Rhue, 1991), wie es Barber in seiner Theorie annimmt.



Beim Befolgen einer hypnotischen Suggestion reicht es nicht aus, eine lebendige Fantasie zu haben, in der die suggerierten Ereignisse enthalten sind.

Negative Einstellungen, geringe Motivation, abweichende Interpretationen der Suggestion, bestimmte Überzeugungen und die Beziehung zum Hypnotiseur wirken sich aus und können dazu führen, dass eine Person trotz Fantasiebegabung nicht die Reaktion zeigt, die die Suggestion nahe legt (Kirsch, 1991).

Die hohe Imaginationsfähigkeit der Hochhypnotisierbaren und ihre Tendenz, auf mystische oder religiöse Erfahrungen zu reagieren (Adams, 2008), müssen noch weiter untersucht werden.

Hochhypnotisierbare Personen haben lebendigere und absorbierende Imaginationen als die Geringhypnotisierbaren, sie müssen sich dabei nicht mehr anstrengen als letztere, was durch die konstante Herzrate angezeigt wird. Da keine Anstrengung auftritt, spricht dies für die Dissoziations-Kontroll-Theorie (Sadler & Woody, 2006).

Eine spezifische Verhaltensreaktion kann bei Hochhypnotisierbaren sowohl durch eine reale Situation als auch durch begleitende Imaginationen ausgelöst werden. Die Personen empfinden (beim Body-Sway, s. Abschn. 13.2.4) dann eine unwillentliche Bewegung. Ihre motorischen Reaktionen können als Folge von Imagination und Wahrnehmung angesehen werden, die gemeinsame Aktivierungsmuster haben (Carli et al., 2006).

Zielgerichtete Fantasie. Bereits die Vorstellung von einer Bewegung kann diese bewirken (Arnold, 1946). Diese Annahme führte Barber zum experimentellen Beweis, dass hypnotische Suggestionen durch zielgerichtete Fantasien wirksam werden. Diese können aus der Erwartungshaltung entstehen, das suggerierte Verhalten auszuführen. Ebenso können zielgerichtete Fantasien hypnotische Reaktionen bewirken, die durch entsprechende Erwartungen unterstützt werden (Kirsch, 1991). Geringhypnotisierbare entwickeln genauso viele und intensive Fantasien wie Hochhypnotisierbare und werden von ihnen ebenso absorbiert; sie zeigen jedoch im Gegensatz zu den Hochhypnotisierbaren kaum hypnotische Reaktionen (Lynn et al., 1987).

Dieser Unterschied ist mit der anderen Erwartungshaltung der Hochhypnotisierbaren zu erklären, denn der Glaube, dass Suggestionen Bewegungen bewirken können, korreliert hoch ($r = .64$) mit dem Glauben, die Imaginationen würden diese Bewegungen bewirken. Hierbei ist jedoch keine Korrelation zwischen Fantasiebegabung und hypnotischen Reaktionen festzustellen. Erwartungen haben demnach eine Mediatorfunktion (Kirsch et al., 1987).

Kognitiver Stil. Die ganzheitliche kognitive Verarbeitung ist ebenfalls ein wesentliches Bestimmungselement der Hypnotisierbarkeit (Crawford, 1981, 1983, 1988). Während ganzheitliche (holistische) Denkformen bei Hochsuggestiblen vorzufinden sind, neigen Geringsuggestible mehr zu analytischen Denkstrategien (Crawford & Allen, 1983; Wallace & Patterson; 1984). Hochsuggestible bedienen sich anderer Strategien in der Bearbeitung kognitiver Aufgaben und verfügen über andere Suchstrategien als die Geringsuggestiblen (Wallace, 1990a).

Aufmerksamkeit. Hochhypnotisierbare zeigen eine größere Reaktionsbereitschaft auf ankommende Reize. Diese Beziehung zwischen Hypnotisierbarkeit und Alarmbereitschaft kann evtl. auf wirkungsvollere noradrenerge Aktivitäten zurückgeführt werden, die von den frontalen Aufmerksamkeitszentren ausgehen (Castellani et al., 2007).

In der Kognitionswissenschaft wird unterschieden zwischen kontrollierten und automatischen Vorgängen. Letztere sind grundsätzlich unwillentlich und werden durch Übung automatisiert, wie z. B. das Lesen oder die Wirkung des Stroop-Effektes.

Durch posthypnotische Suggestionen, den Input als bedeutungslose Symbole wahrzunehmen, wird die Stroop-Interferenz von Hochhypnotisierbaren als anscheinend automatischer Prozess übergangen (Raz et al., 2007). Diese Wirkung kann auch durch Suggestionen mit und ohne Hypnose bewirkt werden (Raz et al., 2006).

Da der Stroop-Effekt bei Hochhypnotisierbaren geringer ist als bei den Geringhypnotisierbaren und ähnlich wie bei mittlerer Hypnotisierbarkeit, ist abzuleiten, dass eine grundlegende Aufmerksamkeitswirkung in Beziehung mit hypnotischer Empfänglichkeit besteht (Rubichi et al., 2005).

Bei Hochhypnotisierbaren kann die hypnotische Suggestion den kognitiven Konflikt verändern, indem sie die Fokussierungsfähigkeit für relevante Informationen beeinflussen (Iani et al., 2006).

Empathie und emotionale Ansteckbarkeit. Empathie als unbewusster emotionaler Einfluss, mit seinen Mitmenschen mitzufühlen, korreliert statistisch signifikant mit Absorptions- und Hypnosefähigkeit (Wickramasekera & Szlyk, 2003). Emotionale Ansteckbarkeit beinhaltet, dass man Gesichtsausdruck, Stimmlage, Gesten etc. anderer Personen beim Zuhören oder Zusehen automatisch und unbewusst (und damit auch evolutionsbedingt) nachahmt (Hatfield et al., 1994), was einer frühen Komponente der Empathie entspricht (Sonnyby-Borgström, 2002). Das sind Faktoren, die ein guter Hypnosetherapeut beim Rapportaufbau benutzt und ihn damit sogar verstärken kann (Lakin et al., 2003). So kann Rapport besonders bei gering hypnotisierbaren Patienten die Emotionen gegenüber dem Hypnotiseur und die Hypnotisierbarkeit verbessern (Lynn et al., 1991).

Cardaña et al. (2009) zeigen, dass Hypnose allgemein mehr von den Emotionen anderer beeinflusst werden kann (= emotionale Ansteckbarkeit). Diese Befunde entsprechen denen zu den Funktionen der Spiegelneuronen (s. Abschn. 7.5.1), die Stimulus-kongruente multimodale Wahrnehmungen und/oder Imaginationen bei der Beobachtung anderer Personen anzeigen (Banissy & Ward, 2007). Insgesamt gibt es eine positive Korrelation zwischen emotionaler Ansteckbarkeit und der Hypnosefähigkeit, die entsprechend weiter untersucht werden muss (Cardaña et al., 2009).

4.5.3 Hypnotisierbarkeit – weitere Forschungsergebnisse

Gender und Gesundheit

Frauen haben im HGSHS:A höhere objektive und subjektive Hypnotisierbarkeit als Männer (Cardaña, et al., 2007). Die positive Korrelation zwischen Hypnotisierbarkeit und körperlicher Krankheit, besonders bei Frauen, führt zur Frage, ob Hypnotisierbarkeit ein adaptives und sogar gesundes Merkmal sei (Younger et al., 2007). Ein Beweis dafür ist bereits erbracht: Hochhypnotisierbare zeigen (gegenüber Geringhypnotisierbaren) keine stressbedingten Dysfunktionen des → Endothels; bei ihnen tritt nach → Ischämie (der Brachialarterie) eine durchflussbedingte Gefäßdilatation auf. Demnach kann hohe Hypnotisierbarkeit als Schutzfunktion gegen Gefäßerkrankungen angesehen werden (Jambrik et al., 2004).

Therapieerfolg und Hypnotisierbarkeit

Hypnotisierbarkeit kann eine hilfreiche Vorhersagegröße der Hypnose-Wirkung sein, wenn die Hypnose-Induktion auf spezifische imaginative Suggestionen trifft (Milling et al., 2010). Es besteht jedoch kein direkter Zusammenhang zwischen Suggestibilität und Behandlungserfolg (Lynn et al., 2008). Das wird auch auf Fallstudien deutlich, nach denen nicht jeder Hochsuggestible auf eine Hypnosebehandlung anspricht – oder Geringssuggestible dabei erfolglos wären.

Nur bei bestimmten Störungen wie Konversionsstörungen ist ein Zusammenhang mit der Hypnotisierbarkeit festzustellen (Lynn et al., 2003), bei anderen (z. B. Raucherentwöhnung, Adipositas, Angst, Asthma, Konversionsstörungen) wieder kaum (Moene et al., 2003).

In dieser Diskussion ist zu berücksichtigen:

- ▶ Die Suggestionen in Tests unterscheiden sich von den Suggestionen in der Therapie.
- ▶ Da Hypnose fast immer mit einer Grundtherapieform kombiniert wird, ist nicht immer sichergestellt, ob die damit verbundenen Konzepte und Suggestionen angemessen sind.
- ▶ Geringe Hypnotisierbarkeit und geringe Kooperation in der Therapie können auch durch Abwehrmechanismen bedingt sein, die in der Biografie des Patienten begründet sind. Also sollte dies den Impuls geben, nachzuforschen, warum diese Werte so gering sind.
- ▶ Auch in der Behandlung außerhalb der Hypnose lassen sich Wach-Suggestionen einflechten, die zur Kooperation oder zur positiven self-fulfilling prophecy i. S. besserer Kooperation oder Zuversicht führen können.
- ▶ Die stets gern erwähnten Einzelfallberichte zur Wirkung oder Nichtwirkung von Hypnose müssen keine Belege sein, sondern sind vielleicht Zufallsbeobachtungen, die nicht immer verallgemeinert werden sollten.

Kinder und Suggestibilität

Die Analyse von 69 Studien zur Suggestibilität bei Kindern zeigt, dass kognitive Faktoren (z. B. Intelligenz, Sprache, Sprachfähigkeit und Kreativität) durchgängig mit Suggestibilität verbunden sind (Bruck & Melnyk, 2004).

Es ist anzunehmen, dass die Kinder-Suggestibilität durch das Verhalten der Erwachsenen unterstützt wird (Gilstrap & Ceci, 2005). Auch Videogeschichten beeinflussen die Emotionen der Kinder (4–6 Jahre alt) nicht, aber traurige Kinder (im Vergleich mit ärgerlichen oder glücklichen Kindern) haben bei der Erinnerung mehr Informationen von irreführenden Fragen einfließen lassen. Diese höhere Suggestibilität weist evtl. auf unterschiedliche Problemlösungsstrategie bei unterschiedlichen Emotionen hin (Levine et al., 2008).

Erhalten Jugendliche (im Alter von 12–13 und 15–16 Jahren) die (falsche) Informationen, dass sie einen Computer zerstört haben, so neigen jüngere und suggestiblere (im Vergleich zu älteren und weniger suggestiblen Jugendlichen) umso eher dazu,

fälschlich die Verantwortung dafür auf sich zu nehmen. Dies kann für das Jugendstrafrecht bedeutsam sein (Redlich & Goodman, 2003).

Personen mit mentaler Retardierung ändern ihre Antworten stärker, wenn sie dafür ein freundliches Feedback bekommen – im Vergleich mit unfreundlichem oder neutralem Feedback (O’Connell et al., 2005).

Neurophysiologie

Bei posthypnotischen Suggestionen werden (im MRI) bei Hochhypnotisieren mit und ohne Hypnose im anterioren cingulären Kortex (ACC) und in visuellen Arealen reduzierte Aktivitäten bewirkt; bei Suggestionen erfolgt jedoch eine posteriore Aktivität, was auf Änderungen im visuellen System hinweist. Es werden hier frühe visuelle Verarbeitungsbereiche erreicht (Raz et al., 2005).

Bei Hochhypnotisierbaren ist in Hypnose eine Zunahme der Thetaaktivitäten zu beobachten (z. B. DePascalis, 1999; Kirenskaya et al., 2011). Diese und andere EEG-Veränderungen legen die Vermutung nahe, dass Hochhypnotisierbare eher zu imaginativen und Geringhypnotisierbare mehr zu linguistischen Prozessen tendieren.

Experimental belegt hat die Hypnotisierbarkeit wahrscheinlich eine dopaminerge Grundlage (Levin et al., 2011; Zhang et al., 2000).

Hypnotisierbarkeit – angeboren?

Zahlreiche Untersuchungen zeigen die Hypnotisierbarkeit als über Jahrzehnte stabiles angeborenes Merkmal an, das somit vererbbar sein kann (z. B. Morgan et al., 1974). Relevant sind dabei die Gene des dopaminergen Systems (Raz, 2005). Die Vererbbarkeit liegt zwischen 34 Prozent und 64 Prozent, was auf die individuellen Wirkungen von Umweltfaktoren hinweist (Bányai, 2008).

Die Untersuchungen von Lichtenberg et al. (2004) zeigen, dass das Dopamin abbauende Enzym Catechol-O-Methyltransferase (COMT), das eine Amminosäuren-Substitution = Valin¹⁵⁸Methionin bildet, eng mit der Hypnotisierbarkeit bei Frauen zusammenhängt. Personen mit dem COMPT-Gen und Valin/Methionin-Polymorphismus sind stärker suggestibel als homozygote Personen mit Valin/Valin oder Methionin/Methionin (Raz, 2005). Die neuere Gen-Analyse von Szekely et al. (2010) zeigt: Geschlecht und Alter haben keinen Einfluss auf die Hypnotisierbarkeit, sind aber konträr zu vorherigen o. g. Ergebnissen: Val/Val Homozygote haben die höchste Hypnotisierbarkeit, Val/Met Heterozygote sind schwächer hypnotisierbar und Homozygote Met/Met am geringsten.

Bei der Verarbeitung kognitiver Tätigkeiten ist der Dopaminspiegel im frontalen Kortex wichtig und damit auch COMT, so im frontolimbischen Aufmerksamkeitssystem. Umweltfaktoren (wie z. B. Stress) können diese genetischen Wirkungen mitgestalten; somit sind unterschiedliche COMT-Genotype in unterschiedlichen Situationen optimal.

5 Tests zur Messung der Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit

*Nehmen Sie die Menschen, wie sie sind,
andere gibt's nicht.*
Konrad Adenauer (1876–1967)

5.1 Überlegungen zur Testkonstruktion

Mit dem Fortschritt in der experimentellen Hypnose entstand der Bedarf, verlässliche Instrumente zur Messung der Empfänglichkeit für Hypnose zu entwickeln. Neben der Anwendung in der Grundlagenforschung soll damit festgestellt werden, ob Zusammenhänge von Empfänglichkeit mit z. B. Krankheitsbildern, Therapieerfolgen und Prognosen bestehen. Die Tests sollen der Diagnostik und der potenziellen Effektivitätsmessung dienen.

Da Hypnose zum Großteil eine subjektive Erfahrung ist, entzieht sie sich der direkten Beobachtung durch den Testleiter. Gleichzeitig werden durch Hypnose zahlreiche und sehr unterschiedliche Erlebens- und Reaktionsweisen angesprochen, die oft nur schwer zu operationalisieren sind. So lassen sich motorische Reaktionen wie z. B. die Armlevitation zwar direkt, genau und abgestuft psychometrisch erfassen, rein psychische Reaktionen wie Halluzinationen sind hingegen nur durch den subjektiven Bericht der Versuchsperson zu erkennen und ggf. kaum abgestuft einzuordnen.

Insgesamt müssen hier die Gütekriterien der Testkonstruktion erfüllt werden: Objektivität, Zuverlässigkeit, Genauigkeit, Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie etc. (Lienert & Raatz, 1994). Ebenso sollen die einzelnen Testaufgaben trennscharf, im Schwierigkeitsgrad unterschieden, eindeutig zu ermitteln und auszuwerten sein.

5.2 Historische Skalen zur Hypnotisierbarkeit

Bereits Bernheim (1888) und Liébeault (1889) entwickelten Tests, nach denen die Tiefe der Hypnose skaliert werden sollte (s. Kap. 6). Damals wurden die Begriffe »hypnotische Tiefe« und »Hypnotisierbarkeit« noch synonym verwandt. In den dreißiger und vierziger Jahren des 20. Jahrhunderts entstanden zahlreiche Testverfahren wie z. B. Intelligenztests. Auf der Basis dieses Wissenschaftsfortschritts wurden Testskalen zur Messung der Hypnotisierbarkeit entwickelt, u. a. von Barry et al. (1931), Davis und Husband (1931), Friedlander und Sarbin (1938) und Eysenck und Furneaux (1945). Sie entsprachen jedoch kaum den wissenschaftlichen Anforderungen, da u. a. standardisierte Instruktionen und angemessene Normierungen fehlten

(z. B. Barber, 1969; Seehan & McConkey, 1982). Lediglich die Friedlander-Sarbin Scale (1938) erfüllt zahlreiche der Testkriterien, gibt allerdings an, die »hypnotische Tiefe« zu messen.

5.3 Moderne Skalen zur Hypnotisierbarkeit

5.3.1 Skalen für Erwachsene

Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS). Die Stanford Hypnotic Susceptibility Scale gibt es in den Formen: SHSS: A, SHSS: B und SHSS: C (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959, 1962; Hilgard, 1979b). Weitzenhoffer und Hilgard (1959) greifen bei ihrer Skalen-Entwicklung auf die Vorgaben von Friedlander und Sarbin (1938) zurück. Grundlage sind hier die Annahmen, dass die Personen sich in einem »hypnotischen Zustand« befinden, dass Hypnose »Tiefe« besitzt bzw. unterschiedliche Abstufungen – und dass eine deutliche Beziehung zwischen Tiefe und Suggestibilität besteht (Weitzenhoffer, 1997). Weitzenhoffer (1997) selbst berichtet in seinem Rückblick, dass zum damaligen Zeitpunkt der Testkonstruktion (1959) die Begriffe »Tiefe«, »Hypnotisierbarkeit« und »Empfänglichkeit« (susceptability) unscharf waren und meist als Synonyme verwandt wurden. So einigten sich die beiden Autoren auf den Namen Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS). Weitzenhoffer räumt auch ein, dass ihn bei der Testentwicklung die Vorgehensweise der Show-Hypnotiseure beeinflusst haben kann, da diese mit hypnosefreien Wach-Suggestionen begannen, um dann die Hypnose-induktion anzuwenden.

Die SHSS besteht aus zwölf Suggestions-Items, die sowohl motorisch (sichtbare) als auch nur subjektiv erlebbare Reaktionen ansprechen. In den Parallelformen SHSS: A und SHSS: B wird jeweils registriert, ob ein Item erreicht wurde; entsprechend sind maximal zwölf Rohwertpunkte zu erreichen, die in Stanine-Werte umrechenbar sind. Ihre Reliabilität liegt bei 0.83.

In der Weiterentwicklung zum SHSS: C (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962) werden die Items mehr in aufsteigendem Schwierigkeitsgrad dargeboten. Sie enthalten weniger ideomotorische Aufgaben, und die neuen Items zielen auf die Veränderung von Wahrnehmung und Erinnerung während der Hypnose ab (z. B. Geschmackshalluzination, Anosmie von Ammoniak, Stimmenhalluzination, Altersregression). Die Reliabilität dieser Form liegt bei .85.

Waterloo Stanford Group C Scale (WSGC). Die Waterloo Stanford Group C Scale (Kirsch et al., 1998) ist eine Gruppenfassung des SHSS:C und ist als Messinstrument der Suggestibilität valide und reliabel; sie wird als hilfreiche zusätzliche Verhaltenseinschätzung empfohlen.

Stanford Profile Scale of Hypnotic Ability (SPS). Die Stanford Profile Scale of Hypnotic Ability (Weitzenhoffer & Hilgard, 1967) wurde in zwei Parallelformen entwickelt (SPS I und SPS II). Die Skala enthält ähnliche Items wie ihre Vorgänger und wird besonders bei Versuchspersonen mit voraussichtlich höheren Testwerten angewendet,

Tabelle 5.1 Aufgaben der Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS:A)

Aufgabe			
Art der Suggestion	Test-Item Nr.	Inhalt	Schwierigkeit/Trennschärfe
positive Suggestionen	1	Rückwärtsfallen	leicht und nicht trennscharf
	2	Lidschluss	
	3	Senken der Hand	
	7	Bewegung der Hände	
negative Suggestionen	4	Unbeweglichkeit der Arme	schwierig
	5	Händefalten	
	6	Armsteifigkeit	höchste Trennschärfe
	8	Sprechhemmung	
	10	Augenkatalepsie	
komplexe Suggestionen	9	akustische Halluzination	schwierig, niedrigere Trennschärfe als bei den negativen Suggestionen
	11	posthypnotischer Auftrag	
	12	Amnesie	

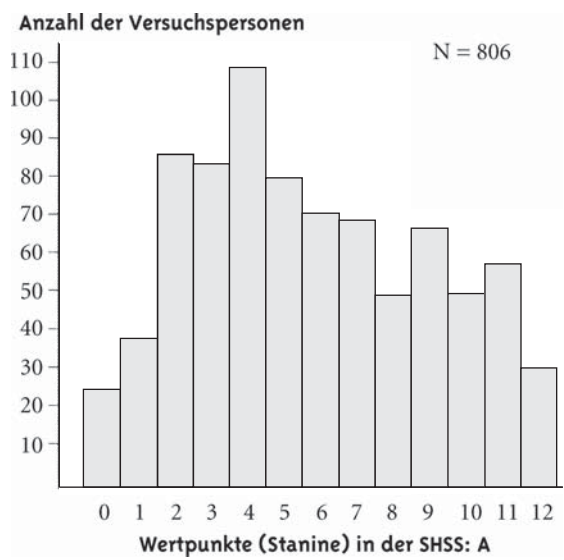


Abbildung 5.1 Verteilung der Testwerte in der SHSS: A (nach Hilgard & Hilgard, 1975, S. 8). Die am wenigsten reagiblen Versuchspersonen erreichen 0 Punkte, die hochhypnotisierbaren 12 Punkte. Deutlich wird, dass die Werte nach einer Normalverteilungskurve angeordnet sind

also bei den vermeintlich Hochhypnotisierbaren. Im Gegensatz zu den anderen Stanford-Skalen dient die SPS dazu, nicht nur einen Gesamtwert, sondern ein Profil hypnotischer Fähigkeiten zu ermitteln.

Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction and Test (SHALIT). Die Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction and Test (Hilgard et al., 1979) prüft nur das motorische Item der Armlevitation und dient bei einer Durchführungsdauer von sechs Minuten als Schnellverfahren.

Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS). Die Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility gibt es in den Formen HGSHS: A und HGSHS: B (Shor & Orne, 1962). Sie ist als ökonomischer Gruppentest konzipiert und die Instruktionen können sogar über Tonband gegeben werden. Die Untersuchung von 2.660 Studenten in einem Zeitraum von sieben Jahren zeigt ähnlich wie die Ergebnisse von Morgan und Hilgard (1973) ein Sinken der Werte im Altersbereich 17 bis 40 Jahre und einen Anstieg danach an (Page & Green, 2007).

Bislang wurden HGSHS: A-Skalen für zahlreiche Länder sprachlich adaptiert; es gibt in Europa, Nordamerika, Australien, Mittel- und Südamerika wohl kaum ein Land, für das nicht seine eigene Sprachform erstellt wurde. Über alle linguistischen Besonderheiten hinweg stimmen diese Skalen mit kleinen Abweichungen konstant überein (Benham et al., 2002), auch bei den leichten Geschlechtsunterschieden, wobei Frauen eher zur größeren hypnotischen Empfänglichkeit neigen als Männer (z. B. Weekes & Lynn, 1990). Die Befunde hierzu divergieren jedoch, evtl. aufgrund von Persönlichkeitsvariablen, die indirekt auf die Werte des HGSHS: A Einfluss haben (Rudski et al., 2004).

Group Scale of Hypnotic Ability (GSHA). Die Group Scale of Hypnotic Ability (Hawkins & Wenzel, 1999) ist eine Überarbeitung des HGSHS: A (s. o.), die von zwölf auf sechs Items reduziert wurde und eine sprachliche Modernisierung erfahren hat.

Group Alert Trance Scale (GATS). Vingoe (1968) entwickelte den Test mit Suggestionen zur Wach-Hypnose, verbunden mit Entspannung, der nur fünf Testaufgaben enthält. Die Korrelation mit dem HGSHS ist relativ hoch (0.64). Die Reaktionen auf post-hypnotische Suggestionen fallen stärker aus als im HGSHS (Vingoe, 1973).

Sensory Suggestibility Test (SST). Der Nachteil herkömmlicher Hypnoseskalen besteht darin, dass die Wirkung der bewältigten Testaufgaben interpretiert werden muss und sie meist auf deskriptiven Faktorenanalysen beruhen (Gheorghiu et al., 1980). Im Sensory Suggestibility Test (Gheorghiu, 1976) werden hingegen unterschiedliche visuelle, auditive und taktile Stimuli dargeboten, um zu überprüfen, inwieweit Suggestionen das sensorische Urteil beeinträchtigen und sensorische Suggestionen Reize vortäuschen. Sowohl die direkte als auch die indirekte Version des Tests weist innere Konsistenz auf (Gheorghiu & Reyher, 1982).

Indirect Hypnotic Suggestion Scale (ISS). Die Indirect Hypnotic Suggestion Scale (Matthews et al., 1985) geht davon aus, dass eine »Erickson-Induktion« die hypnotische Reaktionsfähigkeit effektiver beeinflussen kann als konventionelle Induktionen. Die Autoren konnten jedoch mit der ISS keine Effektivitätsverbesserung gegenüber der SHSS feststellen.

Alman-Wexler-Indirect Hypnotic Susceptability Scale (AWIHSS). Die Alman-Wexler Indirect Hypnotic Susceptability Scale (AWIHSS; Alman & Wexler, 1988) folgt ebenfalls der Auffassung Ericksons, der Widerstand der Patienten in der Therapie sei mit indirekten hypnotischen Suggestionen zu umgehen. Entsprechend wurde in Kontrast zu den direkten Suggestionen des HGSHS: A das indirekte Gegenstück entwickelt. Der Vergleich beider Skalen zeigt keinen Einfluss auf die Hypnotisierbarkeit an (z. B. Weekes & Lynn, 1990). Dagegen finden Robin et al. (2005), dass Personen mit höherem Widerstand im HGSHS: A besser abschneiden, die mit geringerem Widerstand in AWIHSS, was konträr zur o. g. Auffassung Ericksons ist. Letztlich stellt sich die Frage, ob beide Tests unterschiedliche Maße der Hypnotisierbarkeit erfassen.

5.3.2 Skalen für Kinder

Children's Hypnotic Susceptability Scale (CHSS). Die Children's Hypnotic Susceptability Scale (London, 1963) wurde aus dem SHSS: A und B und SPS I und II abgeleitet und in zwei Formen sprachlich an Kinder der Altersgruppen fünf bis zwölf Jahre und 13 bis 16 Jahre adaptiert.

Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children (SHSC: Children). Die Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children (Morgan & Hilgard, 1978/1979a, b) ist als eine Kurzskaala konstruiert, in der Form B für Kinder von vier bis acht Jahren, in der Form A für die Altersgruppe sechs bis 16 Jahre.

5.3.3 Verhaltensskalen

Die Stanford-Skalen lassen den traditionellen Ansatz erkennen, der eine Induktion von Schlaf-Trance beinhaltet und direkte Suggestionen der früher als »typisch« bezeichneten Phänomene enthält.

Neuere Skalen auf der Basis des kognitiv-behavioralen Erklärungsansatzes der Hypnotisierbarkeit haben den Anspruch, unabhängig von einer Induktion einsetzbar zu sein. Zudem bieten sie die Möglichkeit, Wach-Suggestionen – also Suggestionen ohne Hypnose – zu überprüfen, was bei keiner der traditionellen Skalen der Fall war. Auch hier werden wieder nur die wesentlichsten genannt.

Barber Suggestibility Scale (BSS). Die Barber Suggestibility Scale (Barber, 1969) kann mit oder ohne eine Hypnoseinduktion durchgeführt werden und erfordert zehn bis zwölf Minuten. Die Reaktionen sind als objektives motorisches Verhalten und durch subjektive Berichte unabhängig voneinander abfragbar. Trotz der besonderen Bemühungen, vollkommen unabhängige Variablen abzutesten, wirken sich hier auch Sozial- und Verhaltensdruck aus (Sheehan & Dolby, 1974).

Creative Imagination Scale (CIS). Die Creative Imagination Scale (Barber & Wilson, 1978) wurde als Alternative zu den relativ autoritären und direkten Anweisungen der BSS und der Stanford-Skalen entwickelt. Sie enthält zudem keine formale Hypnose-Einleitung. Die nicht-autoritären Anweisungen sind besonders für Personen mit Angst

und Kontrollverlustangst geeignet. Der Test kann mit und ohne Tranceinduktion einzeln oder in Gruppen angewandt werden. Der CIS hat eine hohe Reliabilität und korreliert stark mit zahlreichen andern Skalen. Möglicherweise werden weniger die Suggestionsreaktionen als vielmehr die imaginativen Fähigkeiten gemessen (Hilgard, 1981; Council et al., 1983).

Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale (CURRS). Die Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale (Spanos et al., 1983) ist wie die HGSHS ein zeitökonomischer Gruppentest von 15 Minuten Dauer. Hier werden wie bei der BSS offene und subjektive Verhaltensweisen abgefragt. Die Reliabilität ist hoch und der Test stimmt stark mit den anderen vorgenannten Skalen überein (Spanos et al., 1983).

Carleton Skill Training Program (CSTP). Das Carleton Skill Training Program (Gorassini & Spanos, 1999) dient zur Anhebung der hypnotischen Suggestibilität, Erleichterung der Selbst-»Täuschung«, leichteren Übernahme der hypnotischen Rolle und Verbesserung der Patientenkooperation. Insgesamt werden Instruktionen zu 28 Ereignissen direkt, über Tonband oder Videoband gegeben. In der Variante des Connecticut CSTP ist das Übungsziel, die hypnotische Suggestibilität durch Reaktionserwartungen zu vergrößern.

5.3.4 Skalen für klinische und spezielle Anwendungen

Hypnotic Induction Profile (HIP). Der Test (Spiegel & Spiegel, 1978) ist auch als Selbsthypnose-Version vorhanden und erhebt den Anspruch, als Kurzverfahren in zehn Minuten sowohl Hypnotisierbarkeit als auch psychopathologische Differenzierungen und Persönlichkeitsstile zu ermitteln. Einzigartig ist die Messmethode: Ein Augenrollen, das kurz vor dem Lidschluss nach oben und konvergierend (schielend) erfolgt, wird als ein physiologischer Indikator der Hypnotisierbarkeit angesehen. Ein Zusammenhang von Augenrollen und anderen Maßen der Hypnotisierbarkeit kann jedoch nicht bestätigt werden (Perry et al., 1992).

Diagnostic Rating Scale (DRS). Die Diagnostic Rating Scale (Orne & O'Connell, 1967) ist als Tranceskala im klinischen Bereich konzipiert und wird dort als gutes Zusatzinstrument angesehen (Sheehan & McConkey, 1982). Sie weist Ähnlichkeiten zur Davis-Husband-Scale (1931) auf. Zur Durchführung und Bewertung ist ein erfahrener Praktiker erforderlich, der die Patientenreaktionen angemessen interpretieren und bewerten kann. Die Korrelation mit dem SHSS:A liegt bei .75, mit dem SHSS: B bei .93.

Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS). Die Stanford Hypnotic Clinical Scale (Hilgard & Hilgard, 1975) ist als Kurztest besonders für Personen mit Bewegungseinschränkungen konzipiert. Das Item »Altersregression« gibt zwar wichtige Informationen über die Kindheit des Patienten, sollte jedoch bei traumatischen Kindheitserfahrungen mit besonderer Vorsicht eingesetzt werden.

University of Tennessee Hypnotic Susceptability Scale for Deaf (UTHSS: D). Die University of Tennessee Hypnotic Susceptability Scale for Deaf (Repka & Nash, 1995)

vermittelt die Instruktion für taube und stark hörgeschädigte Personen durch die Zeichensprache (American Sign Language, ASL) über Video. Obwohl im Vergleich mit Hörenden keine signifikanten Unterschiede gefunden werden, erreichen Hörende jedoch tendenziell bessere Werte. Taube Versuchspersonen müssen bei der Instruktion die Augen (naturgemäß) offen halten – demnach erweist sich der Augenschluss nicht als erforderliche Voraussetzung für eine Hypnoseprozedur (Matthews & Isenberg, 1995).

Gudjonsson Susceptability Scale (GSS). Die Skala misst eine ganz andere Dimension von Suggestibilität im Sinne von Beeinflussbarkeit – und nicht die bislang dargestellte hypnotische Suggestibilität. Erfasst wird, wie suggestibel eine Person (Zeuge, Opfer) bei ungewollter (polizeilicher, gerichtlicher) Befragung ist. Nach dem Vorlesen eines (erfundenen) Paragraphen wird die Person dazu befragt. Gemessen wird die Nachgiebigkeit auf beeinflussende Fragen und die Meinungsänderung durch die Befragung (Gudjonsson, 1984, 1997).

5.4 Auswahl der angemessenen Skala

Neben den Kriterien, ob eine Einzel- oder Gruppenuntersuchung, ein Test bei Erwachsenen oder Kindern durchgeführt werden soll, können auch klinische Fragestellungen mitbestimmen, welche Skala die angemessene ist.

Praxishinweis

Empfehlungen zur Auswahl der Skalen (nach Council, 1999)

- ▶ Für akademische Studien und Publikationen werden die Stanford-Skalen empfohlen, da sie die höchste Konsistenz, Reliabilität und Validität haben.
- ▶ Therapeuten mit traditioneller direkter Vorgehensweise und einem traditionellen Hypnosemodell werden den SHCS und den HIP bevorzugen.
- ▶ Für Gruppenuntersuchungen sind der HGSHS: A und der SHSS: C anzuraten, da sie sehr erforscht sind.
- ▶ Andere Skalen, besonders der CURSS, sind ebenfalls akzeptierbar, jedoch weniger gut anzuschaffen.
- ▶ Für klinische Zwecke ist die Anwendungs-Streubreite besonders groß. Zu bedenken ist hier, dass ein Verfahren, das sich in der Forschung als unreliabel erwiesen hat, auch im klinischen Bereich unreliabel bleibt!
- ▶ Der CIS eignet sich besonders gut für Untersuchungen zu kognitiven Fertigkeiten und zur Selbstkontrolle, da der Test die Verursachung der hypnotischen Erfahrung auf die Versuchsperson und nicht auf den Versuchsleiter bezieht.

Da sich alle Skalen in der klinischen Praxis als hilfreich erwiesen, wird letztlich die Therapierichtung und die theoretische Ausrichtung des Therapeuten über die Auswahl entscheiden.

5.5 Kritik an den Skalen

Ein Test misst, was er misst ...

Falls eine durch ein Experiment oder durch eine Behandlung erzeugte Wirkung nicht mit den Werten von Hypnose-Empfänglichkeitsskalen verbunden ist, dann kann sie nicht als ein tatsächlicher hypnotischer Effekt angesehen werden (Bowers, 1982). Diese »Bowers-Doktrin« beinhaltet auch, dass gerade das, was wichtig ist, uns für andere Möglichkeiten blind machen kann. Woody (1997) sieht in der Skalenkonstruktion und -forschung vor dem Hintergrund der Aussage Bowers' eine Parallele zur Intelligenzforschung, die ebenfalls nur durch indirekte Messungen und Faktorenanalysen Aussagen treffen kann. Bestimmte Mess-Strategien wie Skalen und ihre empirische Beziehung werden als gegeben angesehen, als ein fixer Angelpunkt, um den sich die Theoriediskussion drehen muss.

Erfahrung, Fähigkeit, Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität

Nach Kirsch (1997b) sind die Stanford Hypnotic Susceptibility Scales reliabel und valide, messen jedoch nicht Hypnotisierbarkeit, sondern einen speziellen Typ der Suggestibilität, der als »imaginative Suggestibilität« zu bezeichnen ist. Die Stanford-Skalen messen die sensorische Suggestibilität (Gheorghiu, 1976), die Placebo-Suggestibilität (Kirsch, 1997a) oder die Befragungssuggestibilität (Gudjonsson, 1989) somit keinesfalls valide. Kirschs Analysen ergeben, dass 64 Prozent der Varianz in der hypnotischen Suggestibilität zu einem Teil aus Hypnose und zu zwei Teilen aus nicht-hypnotischer Suggestibilität bestehen.



Bei der Skalenkonstruktion ergeben sich methodische Probleme, da die Hypnoseinduktion bei der Suggestibilitätsuntersuchung häufig der Einfachheit halber mit einbezogen wird. Keine Untersuchung erfasst die Suggestibilität vor und während der Hypnoseinduktion. Die Differenz beider Werte wäre als Maß der Hypnotisierbarkeit zu bezeichnen.

Oder:

Hypnotische Suggestibilität (gemessen mit den Skalen) minus hypnotische Induktion ergibt die nicht-hypnotische Suggestibilität.

Da jedoch nicht-hypnotische und hypnotische Suggestibilität sehr hoch miteinander korrelieren, bestehen nur zwei Möglichkeiten, um dieses Dilemma zu lösen:

- (1) eine Uminterpretation der Hypnotisierbarkeitswerte als Maß für die nicht-hypnotische imaginative Suggestibilität oder
- (2) Veränderung der Definition von Hypnose und Hypnotisierbarkeit.

Die Untersuchung von Kirsch und Braffman (1999) zeigt, dass nach den Stanford-Skalen Hochsuggestible nicht unbedingt hochhypnotisierbar sind. Erweist sich eine Person ohne Hypnose als hochsuggestibel und erlebt durch Hypnose keine Steigerung

der hypnotischen Reaktionen, kann daraus nur gefolgert werden, dass diese Person zwar hochsuggestibel, jedoch nicht hypnotisierbar ist. Der Untersuchung von Kirsch und Braffmann zufolge, kann die Hypnoseinduktion sogar eine Abnahme der Suggestibilität bewirken

Testkonstruktion

Die Stanford-Skalen sind nicht nur die Basis vieler moderner Folge-Skalen, sie werden weiterhin in diesem Bereich als Benchmark angesehen (Bates, 2001). Die Korrelation zwischen den einzelnen Skalen ist sehr hoch.

In allen Skalen wird ein eindimensionaler und allgemeiner Fähigkeitsfaktor für Hypnose angenommen. Sie ignorieren entscheidende Faktoren wie z. B. Absorption (Tellegen & Atkinson, 1974). Möglicherweise kann es jedoch auch verschiedene Formen der Hypnose geben (Weitzenhoffer, 1989a), wie es faktorenanalytische Untersuchungen nahe legen (Hilgard, 1965; Tellegen, 1979).

Gruppentests

Kritik an Gruppentests – hier speziell am HGSHS: A – üben Younger et al. (2005). Der in diesem Test implizierte Selbstbericht über die erlebten Phänomene muss kein zuverlässiges Maß der tatsächlichen Reaktion sein, da die Versuchspersonen ggf. ihre eigene Muskelaktivität ohne visuelle Rückmeldung nicht angemessen einschätzen können, sich nicht angemessen erinnern können, sich als stärker oder schwächer reaktionsfähig einschätzen oder in der anonymen Gruppensituation ungenauer sind. Bei der genauen Beurteilung wirkt sich die bekannte Anwesenheit objektiver Beobachter und Beurteiler nicht förderlich aus. Bei der Anwesenheit anonymer Beobachter, die das Testverhalten »objektiv« bewerten, zeigt sich, dass die Teilnehmer ihre Fähigkeiten bei vielen motorischen Items überschätzen (Younger et al., 2005). Die eingeschränkte Antwortmöglichkeit bewirkt eine Antwortrate, die einem zufallsbedingten Raten entspricht (Gudjonsson, 1987).

Die beobachtete Eigenüberschätzung kann evtl. darauf zurückgeführt werden, dass die Versuchspersonen z. B. ihre Hand subjektiv als schwebend erleben, externe Beobachter dies aber nicht beobachten können. Letztlich kann die Hypnose selbst zu der Beobachtungsverzerrung geführt haben (Zamansky, 1986). Aufgrund dieser Schwächen empfehlen Younger et al. (2005), Gruppentests wie den HGSHS: A nur noch als Einzeltests durchzuführen.

Nachwirkungen, Nebenwirkungen

Nach Anwendung des SHSS: C berichten 31 Prozent der Teilnehmer von unangenehmen Nebenwirkungen (Laurence & Labelle, 1989), besonders von Konfusion nach den kognitiven Items. Nach dem HGSHS: A haben nur 5 Prozent geringe vorübergehende Beschwerden (Crawford et al., 1982). Bei dem WSGC: C treten nach dem Item der Altersregression leicht Negativerinnerungen auf; deshalb lassen einige Forscher dieses Item ausfallen. Evtl. reagieren vorwiegend die Hochhypnotisierbaren mit vorübergehenden Nebenwirkungen (Laurence & Labelle, 1989). Cardaña und Terhune (2009)

empfehlen deshalb, den WSGHC mit mehr Umsicht anzuwenden als den HGSHS und sogar nur noch in Gegenwart eines Klinikers.

5.6 Klinische Relevanz der Hypnotisierbarkeitsskalen

Deutlich wurde, welche methodischen und terminologischen, aber auch testtheoretischen Probleme bei der Konstruktion und Anwendung der Hypnotisierbarkeitsskalen bestehen. Das Konstrukt der hypnotischen Suggestibilität ist als Moderator anzusehen, die je nach ihrer Höhe die Reaktionswahrscheinlichkeit auf hypnotische Suggestionen vorhersagen lässt (s. Kap. 4). Daher stellt sich die Frage, welchen klinisch bedeutsamen Nutzen sie außerhalb der Grundlagenforschung haben können.

Bedeutung der Suggestibilitätsmessung für den klinischen Hypnoseerfolg (Montgomery et al., 2011)

- ▶ Bei der geringen statistischen Signifikanz der klinisch relevanten Suggestibilitätshöhe ist anzunehmen, dass aus der Messung der Suggestibilität vor der Hypnoseintervention nur vage Aussagen über eine Symptomverbesserung gemacht werden können.
- ▶ Viele Tests zur Messung hypnotischer Suggestibilität sind zu lang und dadurch nicht zeitökonomisch.
- ▶ Die Anwendung der Skalen kann kontraproduktiv sein, da sie Aufgaben enthalten, die sehr schwer sind (z. B. Halluzination, Amnesie), wodurch die Erwartungshaltungen der Patienten über ein positives Behandlungsergebnis negativ beeinflusst werden. Dies entspricht den zahlreichen Ergebnissen zur Erforschung von Erwartungshaltungen (z. B. Kirsch, 1999).
- ▶ Zahlreiche Meta-Analysen bestätigen die positive Therapiewirkung der Hypnoseinterventionen (z. B. Montgomery et al., 2002).
- ▶ Der Anteil der erfolgreich klinisch behandelten Patienten übersteigt in hohem Maße den Anteil der Personen, die hohe Werte in den hypnoserelevanten Suggestibilitätstest erlangen (Montgomery et al., 2002).

Folgerungen

So sehr es für Labor- und Testzwecke wichtig ist, Instruktionen strikt einzuhalten, so wichtig ist es auch im therapeutischen Bereich, die individuelle Anpassung von Instruktionen vorzunehmen, was großer therapeutischer Erfahrung bedarf, guten Rapport aufzubauen.

Für viele Krankheitsbilder wurde keine Beziehung zwischen Hypnotisierbarkeit und Behandlungserfolg gefunden, dennoch konnten Geringhypnotisierbare erfolgreich behandelt werden – auch mit Hypnose (s. Teil III). Bei anderen Krankheiten – wie z. B. Asthma, bestimmten dermatologischen Erkrankungen und bei der Schmerzbehandlung – wurde jedoch eine Korrelation zwischen hoher Hypnotisierbarkeit und

Therapieerfolg festgestellt. Hier bieten die Skalen die Möglichkeit, Patienten für Therapieangebote mit Hypnose gezielt zu selektieren.

Egal, ob die Patienten stark oder gering suggestibel oder hypnotisierbar sind, muss für sie eine wirkungsvolle Behandlung gefunden werden. Diese kann je nach Kooperationsfähigkeit des Patienten mit oder ohne Hypnose, Suggestion oder Imagination erfolgen. Ihre Wirkungen werden sich wahrscheinlich erst während der Erstgespräche, der Hypnoseinduktion oder dem Gesamtkomplex von Einzel- oder Kombinationsverfahren zeigen.

6 Zum Problem der hypnotischen Tiefe

Man kann vieles unbewusst wissen, indem man es nur fühlt, aber nicht weiß.

Fjodor Michailowitsch Dostojewski (1821–1881)

6.1 Historische Betrachtungen zur Hypnosetiefe

Von jeher war man bemüht, zusätzlich zur Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit die Tiefe der Hypnose zu quantifizieren.

Bereits Bernheim (1888) erfasst die Hypnosetiefe in verschiedenen Stufen. Er und viele seiner Nachfolger gehen davon aus, dass ein veränderter Bewusstseinszustand mit verschiedenen Tiefengraden vorliegt. Liébeault (1889) nannte sechs Stufen: Benommenheit, Benommenheit mit Katalepsie, leichter Schlaf, tiefer Schlaf, leichter Somnambulismus, tiefer Somnambulismus. Braid nahm eine Unterteilung in drei Stufen vor (leicht, mittel, tief), ebenso Charcot, der sich allerdings an neurologischen Zeichen orientierte. Die Tradition der Tiefe-Skalen von Bernheim und Liébeault reicht bis ca. 1980.

Frühere Autoren benutzten die Termini »Tiefe« und »Hypnotisierbarkeit« als Synonyme, denn sie nahmen an, die Tiefe sei an den Reaktionen der Versuchsperson ablesbar. Erst die Forscher des 20. Jahrhunderts – wie White (1937, 1941) und Hilgard (1965) – haben hier durch die Konstruktion von standardisierten Skalen (z. B. SHSS, vgl. Abschn. 5.3.1) Differenzierungen zwischen Tiefe und Hypnotisierbarkeit vorgenommen.

Die Hypothese der hypnotischen Tiefe ist in der Annahme begründet, bei besonderer »Trance«-Tiefe die Kooperation und damit verbunden die Therapieerfolge verbessern zu können.

6.2 Moderne Skalen zur Messung der Hypnosetiefe

Alle Skalen zur Messung der Hypnosetiefe basieren auf ähnlichen Grundannahmen:

- ▶ Hypnose unterscheidet sich vom »Wachbewusstsein«, wobei die Intensität des Hypnoseerlebnisses deutlich schwanken kann.
- ▶ Die Reaktion auf verschiedene Suggestionen bedarf unterschiedlicher Hypnosestufen oder -tiefen.
- ▶ Tiefe kann nur durch den Eigenbericht (des Patienten) mitgeteilt und erfasst werden.
- ▶ Der Vorteil der Eigenbericht-Skalen besteht darin, durch sie viel mehr an Breite erfassen zu können als durch die bekannten fest vorgegebenen Verfahren.

- Es soll weniger eine zeitlich übergreifende Stabilität erfasst werden als die momentane situative Einbeziehung und Gestimmtheit in Hypnose.

Der Nachteil solcher subjektiven Skalen ist deutlich, da momentane Befindlichkeiten, Erwartungen und Abwehrhaltungen hier großen Einfluss nehmen und eine Vergleichbarkeit erschwert ist.

Skalen zur Messung der hypnotischen Tiefe

- LeCron-Skala (LeCron, 1953)
- North Carolina Scale (Tart, 1963, 1979)
- Fields Inventory of Hypnotic Depth (Field, 1965)
- Shors phänomenologische Methode (Shor, 1979)
- Harvard Discrete Scale (O'Connell, 1964)
- Brief Stanford Scale (Tart, 1966, 1970)
- Long Stanford Scale (Tart, 1970)

Man sollte jedoch bedenken, dass manche Skalen Kurzformen oder Vorläufer des SHSS sind und somit Hypnotisierbarkeit messen. Tart (1970) findet jedoch eine hohe Korrelation zwischen den Werten im Long Stanford Scale (LSS), Eigenberichten und Verhaltenswerten.

6.3 Forschungsergebnisse

Im Sinne des ökosystemischen Ansatzes (s. Abschn. 2.9) ist hypnotische Tiefe eine subjektive Erfahrung (Fourie, 1980, 1983; Fourie & Lifschitz, 1987): »Das Tiefenkonzept ist einem Bedingungsmodell der Hypnose entnommen und im intrapsychischen Ansatz verhaftet. Es handelt sich lediglich um ein Konstrukt, das so nicht in die ultimative Realität versetzt werden sollte« (Krefting & Mehlmann, 1986, S. 11). Fourie sieht die Intensität dieser subjektiven Erfahrung als Auswirkung zunehmender Kommunikationsübereinstimmung an, durch die mehr Hypnosephänomene auftreten können.

Aspekte der hypnotischen Tiefe und kritische Anmerkungen

Der Begriff der hypnotischen Tiefe wird aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Da sich in Hypnose der (kognitive) Verhaltensspielraum erweitert, ersetzen Fourie und Lifschitz (1987) den Begriff der Hypnosetiefe durch »Tranceweite«. Shor (1979) sieht das Konzept der hypnotischen Tiefe als eine Metapher an, mit der ein Bewusstseinszustand beschrieben wird, der unterschiedliche Erfahrungen beinhaltet, was auch experimentell bestätigt wird (z. B. Kahn et al., 1989). Holroy (2003) vertritt die Auffassung, dass Trancetiefe oder Wirkungen des veränderten Zustandes und Suggestibilität miteinander interagieren. Nach Pekala et al. (2006) ist dabei besonders die Lebhaftigkeit der Imaginationen (imagoische Suggestibilität) ein Grundfaktor. Carena (2005) belegt, dass die Tiefe der Hypnose weniger als Intensitätsveränderung anzusehen ist, sondern mehr als verschiedene Erfahrungsformen. Danach wäre Hypnose kein einziger »Zustand« oder »Trance«, sondern besteht aus verschiedenen

erfahrenen Modalitäten des Erlebens, wie z. B. Veränderung des Körperschemas, der Zeitwahrnehmung, der Imagination und Aufmerksamkeit.

Bei allen Untersuchungen darf nicht vergessen werden, dass Tiefe durchaus auch bei Körperaktivität festzustellen ist (Bányai & Hilgard, 1976).



Bei der Annahme, Hypnose sei ein »besonderer Bewusstseinszustand«, geht man davon aus, die subjektive Wahrnehmung der in Hypnose befindlichen Person könne die Tiefe dieses Zustandes wiedergeben. Es werden jedoch *keine* reliablen physiologischen Anzeichen für die angenommenen Tiefenstufen gefunden (z. B. Barber, 1969; Sarbin & Slagle, 1979; Spanos, 1982).

Die experimentelle Abklärung der Hypnosetiefe unterliegt sehr vielen methodischen Fehlern, wenn sie nicht sogar insgesamt ein Konstrukt ist; allein die Wortformulierungen in den unterschiedlichen Tiefe-Skalen beeinflussen die Berichte der Versuchspersonen (Radtke & Spanos, 1982). Insgesamt korrelieren die verbalen Hypnosetiefeskalen hoch mit Indikatoren für Suggestion. Sie haben den Vorteil, dass sie nicht mit nicht-hypnotischer Suggestibilität verwechselt werden können (Wagstaff et al., 2008).

Hypnotisierbarkeit und Hypnosetiefe

Bei allen auf der Verhaltenseinschätzung beruhenden Skalen kann aufgrund der theoretischen Grundlage nicht zwischen Hypnotisierbarkeit und Hypnosetiefe unterschieden werden. So ist die stets hohe Korrelation zwischen beiden Werten bereits logisch evident und liegt zwischen .50 und .75 (Bowers, 1981; Kihlstrom, 1982). Auch diagnostische Einschätzungen der Tiefe korrelieren hoch (zwischen .75 und .91) mit den bekannten standardisierten Hypnoseskalen (Orne, 1980; Orne & O'Connell, 1967). Zu bedenken ist jedoch, dass Hypnotisierbarkeit (die Fähigkeit einer Person, auf Hypnose-Ausgaben zu reagieren) und Hypnosetiefe (Ausmaß von Trance über einen gewissen Zeitraum) zwei unterschiedliche Konzepte sind. Bei der Erfassung der Hypnosetiefe können Probleme auftreten, da hypnotische und nichthypnotische Suggestibilität oft synonym verwandt werden (Wagstaff et al., 2008; (s. Kap. 4).

Die subjektiven Berichte bei der Messung durch Selbsteinschätzung beinhalten, dass die Versuchspersonen bei ihrer Tiefenbeurteilung sehr unterschiedlich vorgehen: Hochsuggestible orientieren sich mehr an kognitiven Items, die restlichen Versuchspersonen mehr an den überprüfbaren und ideomotorischen Aufgaben (Kihlstrom, 1981). Faktoren wie Erwartungshaltungen und Einstellungen fließen dabei stark mit ein (Shor et al., 1984).

6.4 Folgerungen

Es ist anzunehmen, dass die Kombination der zahlreichen o. g. Faktoren wie Hypnotisierbarkeit, Interaktionsmuster, Erwartungshaltungen, hypnotischer Kontext, kogni-

tive und affektive Strukturen das ausmachen, was allgemein als »Tiefe« der Hypnose bezeichnet wird (Laurence & Nadon, 1986).

Entsprechende Veränderungen der Variablen verändern den subjektiven Bericht der Hypnosetiefe (Barber et al., 1968). Auch die Erwartungshaltung gegenüber Hypnose (McCord, 1961) beeinflusst die Berichte zur Hypnosetiefe bedeutsam (Barber & Calverley, 1969; Council et al., 1983; Kihlstrom, 1982).

Hypnosetiefe und autonomes Nervensystem

Da Hypnosetiefe ein dynamisches Ereignis mit einer zeitbegrenzten Fähigkeit ist, auf entsprechende Hypnose-Suggestionen zu reagieren, untersuchen Diamond et al. (2008) die dabei auftretende neurophysiologische Dynamik des autonomen Nervensystems mit der Herz-Raten-Variabilität (HRV). Danach besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen hochfrequenten Anteilen im HRV und berichteter Hypnosetiefe. Die hier gemessene Reaktion des parasympathischen autonomen Nervensystems wird bei der Hypnosetiefe deutlich. Die Herzfrequenzvariabilität gibt demnach ein quantitatives Maß der Hypnose.



Der Wunsch nach Tiefenskalen entspricht dem Wunsch nach Sicherheit. Die Forschungsergebnisse zeigen jedoch:

- ▶ Die Annahme von Tiefe ist darin begründet, bei besonderer Tiefe die Kooperation und die Therapieerfolge verbessern zu können.
- ▶ Die individuelle und differentielle Verstärkung der Kooperation bedingt das hypnotische Verhalten, ebenso die vorausgehenden Variablen (s. Abschn. 2.11).
- ▶ Der Übergang von »Hypnose« und »Nicht-Hypnose« (= »Wachzustand«) ist fließend und kann weder vom Therapeuten noch vom Patienten zuverlässig erkannt oder benannt werden (Kirsch et al., 2001).
- ▶ Während der Therapie können Schwankungen zwischen reiner Imagination und Hypnoseverhalten auftreten, die bei angemessener Berücksichtigung die Therapieergebnisse nicht beeinträchtigen.
- ▶ Auch bei angenommener geringer Tiefe kann eine Person hypnotisiert sein (Barabasz & Watkins, 2005).
- ▶ Tiefe muss nicht immer gleichgesetzt werden mit Entspannung.
- ▶ Deshalb muss die »Tiefe« nicht mit Anzeichen von Entspannung wie z. B. tiefes Atmen und Lockerheit der Gesichtsmuskeln verbunden sein – zumindest fehlen hier eindeutige physiologische Beweise.
- ▶ Suggestibilität und Tiefe sind nicht unbedingt gute Prädiktoren für den Therapieerfolg; er hängt auch von den Erwartungen und der Kooperation des Patienten ab (Bates, 1993; Kirsch, 1999).

6.5 Vertiefungsmethoden zur Verbesserung von Entspannung, Imagination und Kooperation

In der Praxis wird eine Anzahl von sog. Vertiefungstechniken eingesetzt, die direkt oder indirekt zur individuellen Verbesserung von Entspannung, Imagination und Kooperation beitragen und sollten deshalb im klinisch-therapeutischen Bereich teilweise auf die Problematik des Patienten und/oder sein Organsystem abgestimmt sein. Nachfolgend kann nur ein kleiner grundsätzlicher Einblick in die mannigfaltigen Vertiefungstechniken gegeben werden.

Differenzielle Verstärkung – Fraktionierung

Vogt (1895) entwickelte die Technik der Fraktionierung (s. Abschn. 14.3.3), bei der mehrfach alternierend auf eine unvollständig aufgehobene Hypnose Gedanken und Gefühle der Entspannung besprochen werden. Durch eine differenzielle Verstärkung der Entspannungsberichte erfolgt hier ein Verhaltensaufbau (Shaping) der Entspannung.

In der Anhäufungstechnik Teitelbaums (1969) werden leicht zu befolgende Suggestionen angehäuft und bereits bei geringer Befolgung differenziell verstärkt.

Pacing

Die als »Pacing« benannte Technik (Bandler & Grinder, 1975) führt den Patienten zur Erwartung, auf die folgenden Suggestionen zu reagieren (vgl. Abschn. 2.8). Über offenes und verdecktes Feedback der auftretenden Erfahrungen werden Erwartungen erzeugt, gefolgt von Reaktionsweisen, die dann verbal verstärkt werden. *Offenes Pacing* können Kommentare zu den Verhaltensweisen des Patienten sein wie z. B. »Während Sie hier auf diesem Stuhl sitzen und meiner Stimme zuhören und dabei Ihre Füße auf dem Boden ruhen ...« Beim *verdeckten Pacing* meldet der Therapeut Verhaltensweisen zurück, die nicht als bewusst eingesetzt erkannt werden wie z. B. Spiegelung der Körperhaltung oder Armbewegungen des Patienten, Kopieren seines Tonfalls und seiner Sprachgeschwindigkeit oder Übernahme seines Atemrhythmus.

Monotonie und Rhythmus

Analog zu bekannten religiösen oder ethnischen Ritualen erfolgen monotone Informationen (Stimmlage) oder rhythmische Geräusche wie Urticken etc., die zu einer zentralnervösen Entspannung führen.

Atmungs- und Zähltechnik

Oft werden Entspannungsinstruktionen mit der Atmung gekoppelt: »Mit jedem Atemzug werden Sie tiefer und tiefer entspannt ...« Damit können dann noch weitere Interventionen verbunden werden wie z. B., dass bei jedem Atemzug um eine gerade Zahl weitergezählt wird: »Immer, wenn ich zähle, werden Sie weiter tiefer und tiefer entspannt ... 2 ... immer tiefer ... 4 ... und merken deutlich ... 6 ... die Tiefe der Entspannung ... 8 ... etc ...« (Kroger, 1977; s. Abschn. 14.3.3).

Verwirrtechniken – Doppelinduktion

Durch verwirrende Informationen kann eine Desorientierung entstehen, die zur Vertiefung der Hypnose führen kann. Dazu gehört auch die Doppelinduktion, bei der zwei Personen simultan zur linken und rechten Seite des Patienten sitzend Verbal-Induktionen vornehmen, die entweder ähnliche, analoge, symbolische, sich widersprechende oder unlogische Inhalte haben.

Armlevitation

Öfter wird die Suggestion der Armlevitation, verbunden mit Vertiefungssuggestionen, dazu benutzt, die bestehende Hypnose zu vertiefen. Da die Armlevitation ein Teil fast aller Hypnosetests ist, wird sie wohl allgemein als ein Bestandteil des Hypnoseverhaltens angesehen. Haben Therapeut und Patient Konsens darüber, wird die Armlevitation dann auch zur Vertiefung führen. Untersuchungen zur Trancevertiefung durch Armlevitation sind jedoch nicht bekannt, Näheres hierzu siehe Abschnitt 7.23.

Rolltreppe

Die Methode der »Rolltreppe« spricht sehr viele Sinne und somit Vorstellungsebenen an. Sie ist besonders für Gruppeninduktionen, aber auch als Grobraster zur Abklärung der Kooperations- und Imaginationsfähigkeit geeignet, da das breite Angebot sehr unterschiedliche Personen motiviert. Kernbestandteil ist die Fahrt auf einer Rolltreppe, die als eigentliche Vertiefung zu betrachten ist. Die darauf folgenden Bilder im »Projektorraum« sind als Projektionsmöglichkeiten für freie Assoziationen anzusehen, die gerade in einer Gruppe viele Freiheiten lassen.

Suggestion

Rolltreppe

Die Instruktion ist hier vollständig wörtlich wiedergegeben. In Klammern gesetzt oder als Überschriften formuliert sind Hinweise und Kommentare.

Einleitungsgeschichte – Einstimmung auf die Imaginationen. »Es ist ein schöner Tag, an dem Sie frei haben, an dem Sie tun und lassen können, was Sie wollen, an dem Sie zum Beispiel spazieren gehen, auch mal genug Zeit haben, in der Stadt einen Bummel zu machen und dann mal in ein Kaufhaus zu gehen – sich in Ruhe Sachen anzuschauen. Dazu werden Sie nachher mit der Rolltreppe in verschiedene Etagen fahren und sich ganz in Ruhe umsehen.«

Augenfixation und Entspannung. »Hypnose ist auch ein Entspannungsverfahren, und hat etwas damit zu tun, sich zu konzentrieren. Dazu schauen Sie bitte einen Punkt vor sich an. Das kann ein Punkt auf dem Teppichboden, an der Wand oder auf dem eigenen Knie sein. Sie sehen einfach ganz in Ruhe diesen Punkt an – vielleicht sogar, ohne zu blinzeln ... Dadurch erreichen Sie Ihre Konzentration, sodass Sachen ringsum uninteressanter werden.«

Induktion. »Während Sie den Punkt weiter und weiter beobachten, stellen Sie mit der Zeit fest, wie sich die Helligkeit rund um Sie verändert, und sich der Punkt deutlicher hervorhebt ... Es kann mit der Zeit auch sein, dass dieser Punkt mal



scharf oder unscharf wird, während Sie ihn betrachten ... Mit der Zeit merken Sie, dass Ihre Augen früher oder später einfach von allein immer schwerer und schwerer werden, ... vielleicht anfangen zu brennen, die Augenlider immer schwerer und schwerer werden, immer müder werden. Es kostet viel Kraft, die Augen noch aufzuhalten, immer mehr an Kraft ... Und irgendwann werden die Augenlider so schwer, dass sie von alleine zufallen ... entweder jetzt oder später, in ein paar Sekunden oder in ein paar Minuten, ... werden sich die Augen schließen. Sie können es selbst bestimmen, bis Sie schließlich die Augen schließen.

Sie nehmen nun stärker Ihren Körper wahr, wie Ihre Arme und der Brustkorb angenehm entspannt sind und mit jedem Atemzug immer entspannter ... und entspannter werden.«

(Fokussierung der Aufmerksamkeit auf immer mehr interne Vorgänge, Wahrnehmungen.)

»Dann werden Sie am Anfang vielleicht mehr Geräusche wahrnehmen, das Rauschen des Windes draußen, oder entfernt Autos oder Personen, die vorbeigehen ... Geräusche draußen, im Haus oder auch hier im Raum. Mit der Zeit werden Sie merken, dass diese Geräusche immer mehr und mehr in den Hintergrund treten und immer gleichgültiger werden, immer uninteressanter werden. Sie werden nachher die ganze Zeit zwar meine Stimme hören, aber andere Geräusche werden vollkommen gleichgültig werden (*negative Halluzination*).

Sie genießen es, Ihre Atmung zu spüren, die Entspannung, das deutliche Auf und Ab Ihrer Atmung.

Nun ändert sich das Bild. Sie haben Ihren freien Tag, von dem ich vorhin sprach. Sie gehen spazieren, kommen in die Geschäftsstraße und gehen nun in dieses große Kaufhaus ... gehen durch die Menschenmenge hindurch, hören die typischen Geräusche des Kaufhauses und begeben sich auf die Rolltreppe, die nach oben geht. Die Rolltreppe fängt langsam an zu fahren ... Sie merken das leise Rütteln, hören deutlich die Musik über den Kaufhauslautsprecher und fahren langsam nach oben zur ersten Etage. Dort sehen Sie die Gegenstände, vielleicht die Sportartikel und die Leute, die die Trainingsanzüge anprobieren ...

Nun fahren Sie weiter auf der Rolltreppe, kommen zur zweiten Etage, vielleicht sind da Spielsachen ... wo einige Kinder stehen und sich die Sachen anschauen, Sie beobachten diese Personen ganz deutlich.«

(Es folgen Halluzinationen auf unterschiedlichen Wahrnehmungsebenen.)

»Wenn Sie auf der Rolltreppe weiterfahren, langsam immer weiterfahren, spüren Sie deutlich in Ihrem Körper das leichte Vibrieren der Rolltreppe. Es geht nun weiter zur dritten Etage. Dort sind vielleicht Lebensmittel ... Sie spüren deutlich die Gerüche dieser Lebensmittel, eventuell haben Sie auch den Geschmack von der einen oder anderen Sache im Mund, angeleitet durch den Geruch ...

Sie gleiten nun weiter auf der Rolltreppe zur nächsten Etage, zur vierten Etage ... Sie merken, die Leute sind weniger geworden, es wird etwas ruhiger im Kaufhaus, die Musik ist gedämpfter.

Sie gleiten weiter und weiter ... Und kommen dann zur nächsten Etage, es ist die fünfte Etage. Sie merken, dass Sie inzwischen fast die einzige Person auf dieser Rolltreppe sind, ... die Musik immer gedämpfter und gedämpfter wird. Sie fahren weiter, bis zur sechsten Etage, und dann merken Sie, dass die Rolltreppe gleich enden wird. Sie hört langsam auf, bleibt stehen. Sie gehen dann weiter. Sie befinden sich in einem mittelgroßen Raum, der angenehm beleuchtet ist ... Sie schauen sich darin um, haben viel Zeit und Ruhe mitgebracht, schauen sich um. ... Da ist ein Sofa oder ein bequemer Stuhl, ... und Sie nehmen darauf Platz, ganz angenehm. Es ist sehr schön bequem für Sie.

Sie genießen diese schöne Entspannung ... und nach einiger Zeit geht vor Ihnen ein Vorhang zur Seite, an der gegenüberliegenden Wand. Sie sehen dort eine Leinwand ... wie im Kino. Der Raum wird langsam dunkler, ... und es werden Bilder projiziert auf diese Leinwand, von Gegenständen und von Menschen.«

(Langsamer Übergang von statischen zu dynamischen Imaginationen, wieder verbunden mit unterschiedlichen Halluzinationen.)

»Sie sehen da plötzlich eine Kaffeetasse ... Aus der Kaffeetasse steigt Dampf heraus, ... Sie spüren deutlich den Geruch dieses Kaffees in Ihrer Nase. Sie spüren auch deutlich die Wärme, die davon ausstrahlt ... Und dann kommt ein anderes Bild, vielleicht eine Banane oder ein Pfirsich ... Sie schauen sich dieses Bild an. Und plötzlich beginnen diese Bilder, sich zu bewegen wie in einem Film ... Es ist ein wunderschöner Sommertag, eine schöne Landschaft, eine Wiese mit einem Flüsschen drin ... Sie können dort spazieren gehen. Sie hören deutlich die Vögel zwitschern in dieser Landschaft, ... das kleine Flüsschen fließen und die Blätter rauschen. Es ist angenehm warm, Sie genießen es, diese Wärme auf Ihrer Haut zu spüren, diese angenehme, entspannende Wärme ganz deutlich im Gesicht wahrzunehmen, an Schultern, Armen und Händen. Diese wunderbare Sonnenwärme, Sie genießen es. Sie gehen nun weiter spazieren, riechen deutlich den Duft von den Blumen, die am Wegesrand sind, sehen ihre Farben, die Blumen, die vielleicht in dem warmen Sommerwind bewegt sind. Wenn Sie so spazieren gehen, begegnen Ihnen auch Menschen unterschiedlichen Alters, es können auch Personen dabei sein, die Sie kennen, ... Personen aus der Vergangenheit oder Gegenwart. Sie sehen deutlich deren Gesicht, diese Person, ihre Frisur und ihre typische Bewegung. Es kann ein Freund oder eine Freundin sein, vielleicht aus der Schulzeit, oder jemand von heute. Sie sehen diese Person ganz deutlich und sie unterhalten sich mit ihr, so wie Sie es gewohnt sind, mit ihr zu sprechen. Sie sehen deutlich ihre Mimik und ihre typischen Bewegungen, wenn diese Person Ihnen begegnet.«

(Nun folgen Angebote der Altersregression.)

»Es kann auch sein, dass sich mit der Zeit die Szenerie etwas verändert. Vor Ihnen auf diesem Weg ist auf einmal ein Spielzeug aus der Kindheit, ein Ball oder ein Reifen, ein Roller oder eine Puppe. Sie schauen sich diesen Gegenstand genau an, nehmen ihn in die Hand und haben genau das typische Gefühl wie früher, wenn Sie diesen Gegenstand in die Hand genommen haben. Sie merken: Die Zeit hat sich nicht verändert, dieser Gegenstand ist so wie früher und Sie auch.

Sie können mit diesem Gegenstand spielen so wie früher. Und auch die Personen von früher, die zu diesem Gegenstand gehören, nehmen Sie ganz deutlich wahr, ihr Aussehen, ihre Stimmen. Sie haben Kontakt mit ihnen und spielen mit diesem Gegenstand, so lange Sie es möchten ... Genießen es, ausreichend Zeit dafür zu haben, ganz locker damit zu spielen.«

(Nun wieder Gegenwartsbezug und Angebot der freien Assoziation zu diesem Bereich.)

»Nach einiger Zeit ändert sich wieder die Szenerie in eine andere Richtung, vielleicht vom Urlaub, vom Partner, von einer Person oder einer Landschaft. Sie nehmen hier auch die typischen Inhalte davon wahr, betrachten sie ganz genau, die Geräusche, Bewegungen, Eindrücke, Gerüche. Sie sehen es ganz deutlich, nehmen es ganz deutlich wahr. Für einige Zeit, einige Minuten oder auch länger sind Sie in dieser Situation ... Nach einiger Zeit werden die Bilder langsamer, der Raum wird allmählich wieder erhellt ... Der Vorhang vor dieser Leinwand schließt sich ... Sie schauen sich in dem Raum um, hängen noch etwas diesen Gedanken nach, strecken sich und begeben sich wieder langsam und gemütlich zurück zur Rolltreppe, stellen sich darauf, und sie beginnt langsam wieder zu fahren.

Ganz langsam und locker gleitet die Rolltreppe nach unten zur fünften Etage. Sie sehen wieder Besucher dieses Kaufhauses, fahren weiter zur vierten Etage, sehen dort die typischen Gegenstände und mehr Menschen und Geräusche und gleiten weiter und weiter zur dritten Etage, dort waren es Lebensmittel. Sie gleiten vorbei an der zweiten Etage mit Spielsachen, kommen zur ersten Etage mit den Sportartikeln. Die Rolltreppe wird immer langsamer und bleibt stehen, sie hält unten an, und Sie gehen gemütlich weiter bummeln durch das Kaufhaus, durch die Menschenmenge hindurch, gehen langsam zum Ausgang, und wenn Sie nun draußen sind, öffnen Sie die Augen.«

Reaktionsbeispiele zur Rolltreppe. Da sich die Szene in einer bekannten Umgebung abspielt, können sich auch skeptische Personen immer mehr auf weitere Imaginationen einlassen.

Bei der Altersregression werden Spielzeuge der Kindheit oft plastisch erlebt, was sehr lebendige Spielszenen wachrufen kann. Bei einigen Teilnehmern entstehen jedoch spontan Ängste, so bei der Erinnerung an unangenehme Szenen wie Einschulung oder Hausaufgaben.

7 Verhalten in Hypnose

*Just when I knew all life's answers,
they changed all the questions.*
Pink Panther

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, welche Wirkungen durch Hypnose erzielt werden können. Anhand zahlreicher Experimente unterschiedlicher Wissenschaftsrichtungen erfolgt die kritische Analyse, ob allein Hypnose für das Auftreten dieser »Phänomene« verantwortlich ist. Je nach Theorieausrichtung sind sie typisch für Hypnose und dadurch Hypnosephänomene (z. B. Peter, 2001), für die anderen hingegen lediglich Reaktionsmöglichkeiten, die auch im Alltagsleben auftreten (z. B. Kirsch, 1999; s. Abschn. 3.2).

Mit Hypnose können einige Phänomene, z. B. der Emotionen, des Handelns, Erinnerns, und ihre Verarbeitungsmuster untersucht, teilweise sogar isoliert betrachtet werden. Dazu gehören auch ihre neuronalen Aktivitäten in den verschiedensten Gehirnbereichen, die zukünftig ihre Kartografierung in Zuordnung von Erleben und Verhalten erlauben werden. Die Integration dieser Ergebnisse in benachbarte Forschungsbereiche bietet auch neurowissenschaftliche Ansätze zur Erklärung normalen und pathologischen menschlichen Erlebens und Verhaltens (Barnier & McConkey, 2003).

Die Hypnose-Forschung kann gerade in Verbindung mit der Neurobiologie auch übergeordnete Erklärungsmodelle z. B. des Bewusstseins, des Körper-Ich, des Willens formulieren (Rainville & Priece, 2003). Diese Forschung hat sich bereits so weit entwickelt, dass sogar genetische Komponenten der Hypnotisierbarkeit gefunden werden (Raz et al., 2006).

Während die einen die »Natur« der Hypnose zu ergründen versuchen, wenden die anderen sie einfach an. Über das Bindeglied, den erfahrenen Therapeuten und dessen Wirkungen, wurden jedoch bislang sehr wenige Untersuchungen durchgeführt (Barabasz & Christensen, 2006).

Bei der Darstellung der zahlreichen und sehr differenzierten experimentellen Befunde kann nur ein grundsätzlicher Abriss aus der Sicht der relevanten Erklärungsmodelle erfolgen. Es sind hier nur prinzipielle Anwendungsmöglichkeiten skizziert, in den späteren Kapiteln 16 bis 27 werden die Anwendungsbereiche dann genauer beschrieben.

7.1 Kommunikation – Rapport

Der angemessene Rapport ist eine allgemein für jede Therapie geltende Voraussetzung. Er bezeichnet die Komplexität in den wechselseitigen Beziehungsaspekten zwischen

Patient und Therapeut und die damit verbundenen Kommunikationsvariablen. Je nach methodischem Vorgehen in der Therapie mit Hypnose erhalten die Aspekte des Rapports unterschiedliche Schwerpunkte (Revenstorf et al., 2001).

Bei gutem Rapport bleiben Therapeut und Patient während der gesamten Hypnosesitzung miteinander verbal und nonverbal in Kontakt. Der Rapport wird demnach durch die Therapeut-Patient-Beziehung bestimmt, die in Kapitel 15 ausführlich erläutert ist.



Rapport beinhaltet gegenseitige Wertschätzung und Vertrauen

Der Patient hat Vertrauen in die Fähigkeiten und Kompetenzen des Therapeuten, ihm zu helfen.

Der Therapeut setzt seine Kompetenzen ein, zeigt Wertschätzung, kennt die emotionalen Bedürfnisse und Ängste des Patienten und hilft ihm, durch die positive Beziehung über diese Inhalte zu sprechen und sie zu bearbeiten. Er muss dem Patienten ein hohes Maß an Schutz bieten, indem er ihn einfühlsam anleitet, konfrontiert oder vorübergehend abschirmt (z. B. vor überstarken oder bedrohlichen Gefühlen).

Rapportverlust

Rapportverlust kann auftreten, wenn der Patient die Informationen des Therapeuten nicht mehr wahrnimmt und/oder umgekehrt. Dadurch kann der eine oder können beide nicht mehr (oder nur noch unangemessen) reagieren.

Ursachen des Rapportverlustes können sein:

- ▶ Unangemessene Suggestionen, wie z. B. »... Sie sind nun ganz entspannt und alle Geräusche ringsherum sind Ihnen gleichgültig ...«, können auch die Ausfilterung der Therapeutenstimme bewirken. Schlafsuggestionen können ggf. wörtlich genommen werden.
- ▶ Langweilig und einschläfernd formulierte Instruktionen können zum gedanklichen Abschweifen und sogar zum Einschlafen führen.
- ▶ Beobachtung unangemessener Signale (besonders nonverbaler) kann zu falschen Suggestionen und somit zur Fehlkommunikation beitragen.
- ▶ Vermeidungsverhalten, Realitätsflucht des Patienten kann bei flachem Rapport schnell zum Ausweichen in weniger belastende Bilder oder Szenen führen.

Praxishinweis

Meist hilft bei Rapportverlust eine Stimmanhebung oder eine leichte Berührung, um den reduzierten Kontakt wiederherzustellen. Bei einem sehr plötzlichen Rapportabbruch wird der Patient – wenn nicht gerade starke psychopathologische Strukturen vorliegen – einfach nach wenigen Minuten wieder die Augen öffnen, wie dies auch bei Entspannungsverfahren der Fall ist (Evans & Orne, 1971; Orne & Evans, 1966).

7.2 Reaktionen der Motorik

Nach Bernheim (1891) kann sich eine Idee in eine Bewegung umwandeln.

Klassische Hypnosetests enthalten Motorikitems z. B. zur Armschwere oder -leichtigkeit oder zur Bewegungsunfähigkeit. Dabei stellt sich die Frage, ob diese Aktionen willentlich oder unwillkürlich sind. Erklärungsversuche erfolgen über die Dissoziationstheorien und sozial-kognitive Theorien. Galea et al. (2010) werten ihre Ergebnisse zur Untersuchung der Armrigidität dahingehend, dass es vielfältige und sehr unterschiedliche Wege bzw. Strategien gibt, auf diese Suggestionen zu reagieren bzw. sie zu erklären, da sie auch individuellen Differenzen unterliegen.

Weiterführend stellt sich die Frage nach der Art der Suggestion (Santarpia et al., 2010): Ist eine wörtliche Suggestion »Ihr rechter Arm wird schwer« effektiver als die metaphorische »Ihr rechter Arm ist aus Blei«? Dabei haben die wörtlichen Suggestionen eine Starter-Funktion und die dann folgenden metaphorischen Suggestionen eine Vergrößerungsfunktion. Erfolgen die Suggestionsformen in umgekehrter Reihenfolge (»schwer wie Blei« zuerst), hat das Arbeitsgedächtnis eine Anzahl von Simulationsoperationen vorzunehmen, die die Grundwahrnehmung der Schwere hemmen. Die Wortanalyse zeigt, dass statische oder emotionale Verben (»Arm ist schwer« bzw. »Arm fühlt sich schwer an«) hier wahrscheinlich ein spezifisches semantisch-motorisches System aktivieren können.

7.2.1 Ideomotorik

Chevreul (1833) stellt die unbewussten Pendelbeeinflussungen durch die leichten Handbewegungen der Versuchsperson fest. Danach kann die Wahrnehmung oder Vorstellung von Bewegungen minimale Mitbewegungen des relevanten Körperteils bewirken, die die betreffende Person nicht bemerkt oder als unwillkürlich ablaufend erlebt. Diese minimalen, außerhalb der bewussten Wahrnehmung liegenden Bewegungen bezeichnet man als Ideomotorik (Carpenter, 1852).

Neurophysiologischer Erklärungsversuch

Imaginationen werden über das limbische System zum prämotorischen und motorischen Cortex geleitet, der motorische Imaginationen repräsentiert, die dann in Handlungen umgesetzt werden (Arnold, 1959). Dieser Ablauf erklärt, warum stets sehr anschauliche, imaginative Instruktionen aus dem Erfahrungsbereich des Patienten gegeben werden müssen: Sie können auf bereits erfahrene und gespeicherte Inhalte und Reaktionsweisen zurückgreifen und diese aktivieren. Die ideomotorischen Reaktionen laufen ohne bewusste Wahrnehmung ab, müssen nicht bewusst erkannt werden (Kirsch & Lynn, 1999) und sprechen möglicherweise das Gedächtnis direkt an.

Suggestion

Armschwere

»Bitte strecken Sie Ihren rechten Arm nach vorn gerade aus und beobachten Sie dann in diesem Arm und in der Hand alle Gefühle ganz deutlich. So stellen Sie sich bitte vor, dass Sie etwas ganz Schweres in dieser Hand halten, es festhalten. Sie stellen sich das ganz intensiv vor ... und merken, wie Ihr Arm dabei immer schwerer und schwerer wird, das Gewicht in Ihrer Hand zieht den Arm immer weiter nach unten. Er ist kaum zu halten, ... so schwer ist er geworden, ... bis er schließlich auf Ihrem Oberschenkel ruht, das Gewicht nun nicht mehr da ist und sich ganz ausruhen kann. Er ist dann locker und normal schwer oder leicht wie immer.«

Experimentelle Befunde

Geeignete Imaginationen können an den relevanten vorgestellten Organen korrespondierende Muskelpotenziale bewirken (z. B. Jeglic et al., 1980), so etwa bei Hemiparesen (Roskar et al., 1978a, 1978b; s. Abschn. 23.9.4) und im kardio-vasculären Bereich etc. (s. Abschn. 7.3.1 und 23.1).

Methoden, Indikationen und Instruktionen

LeCron (1954) erkannte, dass man diese ideomotorischen Fingerbewegungen auch als unmerkliche Signale verwenden kann, die auf dichotome Fragen wie »ja/nein« oder »ich weiß/ich weiß nicht« gegeben werden. Diese Methode wurde von Erickson (1961) als ideomotorische Handlevitation genutzt. Zur Reduktion möglicher falscher Erinnerungen empfiehlt Hammond (1997), eine dritte Antwortmöglichkeit wie »Ich weiß es nicht; ich kann mich nicht erinnern« zuzulassen (s. a. Abschn. 26.2.2). Diese hilft besonders sehr ängstlichen Patienten (eventuell auch solchen, die Angst vor der Enthüllung ihrer Probleme haben), ihr Sicherheitsgefühl beizubehalten.

Anstatt der Fingersignale ist als Variante auch das Chevreulsche Pendel (so z. B. LeCron) zu verwenden, bei dem die Pendelrichtungen auf die Antwortmöglichkeiten des Patienten hinweisen (vgl. Abschn. 13.2.1).

Die Indikationsbereiche für die ideomotorische Befragung sind für Cheek (2009):

- ▶ Befragung und Kontaktaufnahme mit unbewusstem Gedächtnismaterial
- ▶ Methode, um über Befragung den Widerstand gegenüber Hypnose aufzudecken
- ▶ Shenefelt (2011) sieht die Anwendung vorwiegend in der Hypnoanalyse und als Kommunikation mit dem Unbewussten angesiedelt.

Suggestion

Ideomotorische Fingersignale (Hartland, 1973, S. 356 f.)

»Bitte legen Sie beide Hände in den Schoß, ... und ich werde Ihnen zeigen, wie Sie auf unbewusster Ebene Fragen beantworten können. Wenn Sie zu Menschen sprechen, dann haben Sie schon oft gesehen, wie die mit dem Kopf nicken, wenn sie zustimmen ... und ihren Kopf schütteln, wenn sie dem nicht zustimmen, was Sie

sagen. Und die Leute merken nicht einmal, dass sie das so machen. Die Bewegung ist vollkommen unbewusst.

Nun ... werde ich Ihrem unbewussten Bewusstsein beibringen, wie es auf Fragen antworten kann, indem es einen Finger veranlasst, sich anzuheben auf die Antwort ›Ja‹ und einen anderen auf die Antwort ›Nein‹ (usw.).

Lassen Sie Ihre Hände ganz ruhig auf Ihrem Schoß liegen. Ich möchte nun, dass Sie den Gedanken ›Ja‹ ... ›Ja‹ ... ›Ja‹ immer wieder denken. Und das werden Sie auch, ... und bald werden Sie merken, wie einer Ihrer Finger sich ganz von allein hochhebt ... von Ihrem Schoß. Das ist gerade so, als ob eine Schwingung in Gang gesetzt wird ... und Sie diese in Abständen wieder anschieben müssen.

Sie machen das, indem Sie immer wieder denken: ... ›Ja‹.

Und während Sie immer wieder ›Ja‹ denken, ... denken Sie nicht an ›Nein‹ ... oder an eine andere Antwort. Sie denken nur an ›Ja‹ ... ›Ja‹ ... ›Ja‹.

Merken Sie es? Der Zeigefinger Ihrer rechten Hand hebt sich langsam hoch. Und nun können Sie ihn wieder runterlassen. Nun ... denken Sie den Gedanken ... ›Nein‹ ... ›Nein‹ ... ›Nein‹ ... immer und immer wieder.

Und ... wie Sie das so tun, ... hebt sich ein anderer Ihrer Finger langsam hoch. Das kann an der gleichen Hand sein, ... oder es kann auch an der anderen Hand sein. Es ist der Zeigefinger der linken Hand. So, ... wenn Sie nun ihr Unbewusstes befragen ... und die Antwort ist ›Ja‹, ... nachdem es die Frage auch überlegt hat, wird es Ihren rechten Zeigefinger veranlassen, sich hochzuheben.

Falls jedoch ... die Antwort ›Nein‹ ist, ... so wird sich Ihr linker Zeigefinger hochheben ...«

Fallbeispiele

Die mannigfaltigen Anwendungsmöglichkeiten sollen hier durch nur zwei Beispiele verdeutlicht werden.

Bei Frauen mit Traumatisierungen durch eine Operation erkundet Cheek (1994) mit ideomotorischen Befragungen, was sie in Vollnarkose gehört hatten.

Mellor (1960) helfen ideomotorische Fingersignale, bei jugendlichen Delinquenten verborgene emotionale Anspannungen aufzuspüren und erreicht auf dieser Grundlage größere Aktivitäten und Selbstkontrolle seiner Patienten.

Grenzen

Bei der Befragung können Zufallsreaktionen, Fehlinterpretationen, Gefälligkeitsreaktionen und Antworten nach den Erwartungen des Therapeuten auftreten.

7.2.2 Katalepsie

Die plötzliche Unbeweglichkeit einer Extremität ist wohl eines der spektakulärsten Phänomene und wird häufig von Laien fälschlicherweise für die bedeutendste Wirkung der Hypnose gehalten.

Definition

Je nach Auswirkung, Instruktion und Reaktionsweise werden vier Formen der »hypnotischen« Katalepsie unterschieden:

Aktive Katalepsie. Die Person erhält die Instruktion/Suggestion der Steifigkeit z. B. im Arm, den sie dann mit ihrer eigenen Muskelkraft nicht beugen kann, bis die Instruktion aufgehoben wird.

Passive Katalepsie. Bei Instruktion der Armkatalepsie versucht der Versuchsleiter/Therapeut, den Arm zu biegen oder zu bewegen, und tritt so den Beweis der Muskelstarre an.

Wächserne Biegsamkeit. Die Person wird bei entsprechender Suggestion in eine beliebige Körper- oder Armhaltung gebracht, in der sie unbeweglich verharrt.

Paralyse. Die Person erhält die Suggestion, dass einzelne Körperteile oder der gesamte Körper gelähmt sind, wobei dann eine starre oder schlaffe »Lähmung« dieser Partien eintritt.

Die Unterscheidung aktive/passive Katalepsie erfolgte von Schultz (1983), die der Paralyse von Hartland (1973).

Experimentelle Befunde

Zahlreiche Katalepsie-Aufgaben sind in den unterschiedlichen Tests (z. B. SHSS) enthalten. Wird die Katalepsie als Zeichen der Hypnose benannt, reagieren die Personen erwartungsgemäß (Orne, 1959). Den Extremfall der Katalepsie des gesamten Körpers stellt der Showeffekt der »menschlichen Planke« dar, die jedoch auch ohne Hypnose eintritt (s. Abschn. 11.3).

Damit Versuchspersonen über längere Zeit ein Gewicht am kataleptischen Arm halten können, reichen allein motivationale Instruktionen aus (Barber, 1966; Barber & Calverley, 1964a). Werden motivationale Instruktionen mit »einbezogenen Instruktionen« kombiniert (z. B. »Du wirst ein starkes Bedürfnis verspüren, dieses Gewicht über eine lange Zeit zu halten«), was eine Hypnose erzeugt, so werden bessere Ergebnisse erreicht (Slotnik et al., 1965).

Methoden und Instruktionen

Suggestion

Armkatalepsie

»Ihr ausgestreckter Arm ist nun ganz steif; Sie werden merken, wie steif dieser Arm wird, wie ein Stahlstab so fest und unbeweglich. Je mehr Sie versuchen werden, den Arm zu beugen, um so starrer wird dieser Arm, der steif ist wie ein Stahlstab ...«

Die indirekten Formulierungen von Erickson (vgl. Erickson et al., 1978, S. 130) lauten dagegen:

»... Durch Ihren Ellenbogen und dann durch Ihr Handgelenk können Sie entdecken, was mit Ihrem Arm geschieht. (Pause) Sehen Sie, was passiert ist.

Zuerst war eine extreme Mobilität im ganzen linken Arm, und dann weniger am Ellenbogen, und dann schließlich wachsende Unbeweglichkeit unten am Handgelenk, und dann schließlich in den Fingern. So wurde Ihr Arm Stück für Stück starr.«

Grenzen

Personen mit Kontrollverlust-Ängsten oder Abhängigkeits- und Autoritätsproblemen werden sich durch das Erlebnis der Körperstarre ausgeliefert fühlen und den Therapeuten als übermächtig erleben.

7.2.3 Armlevitation

Bei der Armlevitation hebt sich auf die entsprechende Suggestion hin der Arm langsam wie von allein an, um dann ausgestreckt erhoben zu bleiben oder sogar noch höher zu »schweben«. Mitunter erlebt die Person dies, als ob ihr Arm eigenständig oder losgelöst vom Körper oder vom eigenen Willen diese Bewegungen vollzieht.

Experimentelle Befunde

Wie bei kataleptischen Phänomenen sind hier besonders zielorientierte Instruktionen und Erwartungshaltungen wirksam (Kirsch et al., 1995; Spanos, 1971). Aktive und bildhafte Vorstellungen wie »... ein Ballon an Ihrem Handgelenk hebt Ihre Hand empor ...« unterstützen dies.

Im Vergleich von willkürlicher Armlevitation zu hypnotisch induzierter bewirkt letztere höhere EEG-Frequenzen in den anterioren Bereichen und geringere in den zentralen linksparietalen Bereichen. Willkürliches Armheben bewirkt höhere EEG-Frequenzen rechtshemisphärisch zentralparietal mit geringeren Frequenzen in den linksanterioren Bereichen. Da bislang nur linksseitiges Armheben erfolgte, bleibt die Beteiligung der Hemisphären dabei noch unklar (Cardena et al., 2012). Peter et al. (2012) zeigen, dass beim hypnotischen Armheben die Aktivität der beteiligten Muskeln – primär des Deltoid-Muskels – wesentlich geringer ist als bei willkürlicher Armlevitation. Die zahlreichen Erklärungsansätze zur reduzierten Muskelaktivierung in Hypnose konnten damit jedoch nicht sicher bestätigt werden.

Die Wirkung wird meist den Erwartungshaltungen zugeschrieben, da die erwartete Bewegung, die konsistent mit dem Glaubenssystem »Hypnose« ist, nicht gehemmt wird (Silva & Kirsch, 1992). Es ist jedoch auch anzunehmen, dass die hypnotische Armlevitation als weniger anstrengend erlebt wird (Peter et al., 2012). Ob dies nun kausal an der Muskelaktivität oder an ihrer Bewertung (top-down) liegt, muss weiter erforscht werden.

Insgesamt ist erstaunlich, wie selten die Armlevitation untersucht wurde, obwohl ihr bei der Induktion und Testung der Hypnose eine so bedeutsame Rolle zugesprochen wird.

Methoden und Instruktionen

In der BSS (Barber Susceptability Scale, Barber, 1965; s. Abschn. 5.3.3), gibt es für Item 2 eine Instruktion für die Armlevitation.

Suggestion

Armlevitation

»... (Halten Sie Ihre Augen geschlossen) und halten Sie Ihren linken Arm gerade vor sich hin wie vorhin (Anm.: waagrecht in Schulterhöhe). Konzentrieren Sie sich auf Ihren Arm und hören Sie mir zu. Stellen Sie sich vor, dass der Arm leichter und leichter wird, dass er sich höher und höher bewegt. Das fühlt sich so an, als ob er überhaupt kein Gewicht hat, und er bewegt sich weiter hoch und hoch, weiter und weiter. Er ist so leicht wie eine Feder, er ist schwerelos und erhebt sich in die Luft, usw. ...«

Sinnvoll ist es, minimale Reaktionstendenzen systematisch zu verstärken. Wenn der Patient seine Hände gefaltet im Schoß hat, ist die Levitation besonders erschwert, da die objektive Rückmeldung (Wärme, Gewicht, Finger halten sich fest) eine stabilere Situation schafft.

Die Instruktion, »eine Hand wird sich heben, wird sich entscheiden, ob sie sich heben soll, entweder die linke oder die rechte ... usw.«, schafft dagegen nur eine vage Situation und erleichtert durch die scheinbare Wahlfreiheit die Reaktion (double-bind).

Grenzen

Die physische Beweglichkeit und Kontroll-Verlust-Ängste des Patienten können die Anwendung begrenzen.

7.2.4 Automatisches Schreiben und andere Automatismen

Beim sog. automatischen Schreiben geht man von unbewussten Anteilen der Psyche aus, die sich in Hypnose schriftlich oder allgemein grafisch mitteilen können (Cheek & LeCron, 1968; Hartland, 1973). Dies kann mit der Neodissoziationstheorie erklärt werden (Hilgard, 1977b; s. Abschn. 2.3).

Im Alltag ist dieses »Phänomen« als Telefonmalerei oder Konferenzkritzeln bekannt. Die dadurch gewonnenen Informationen sind oft sehr wirr, die Schrift ist teilweise unkenntlich und unleserlich, die Sätze sind meist nur fragmentarisch (Hartland, 1973).

Experimentelle Befunde

Es gibt nur anekdotische Fallberichte. In seinem historischen Experiment zur hypnotischen Anästhesie sticht James (1889) der Versuchsperson in den Arm. Obwohl sie

verbal nichts von Schmerzen berichtet, informiert sie mittels des automatischen Schreibens über die Schmerzen und die Anzahl der Stiche. Ähnliches berichtet Kaplan (1960).

Methoden und Instruktionen

Dem Patienten wird vor oder während der Hypnose ein Schreibblock mit fester Unterlage und ein leicht zu handhabender Stift, Filzstift o. Ä. gegeben.

Suggestion

Automatisches Schreiben (Kroger, 1979, S. 21)

»Ihre Hand wird ganz taub und kalt; sie verliert alles Empfinden und alle Bewegungen. Sie spüren Ihre Hand nicht, wenn ich sie berühre; sie wird ganz taub und sie gehört nicht mehr zu Ihrem Handgelenk. Und wenn Sie nun Ihren Arm hochheben, wird es sich so anfühlen, als ob Ihre Hand gar nicht mehr an Ihrem Handgelenk befestigt ist (wiederholt).

Sie haben nun keine Kontrolle mehr über Ihre Hand. Ihre Hand kann sich jedoch an alles von Ihnen erinnern. Falls Sie sich nicht an etwas Bestimmtes von sich erinnern, so wird Ihre Hand dazu in der Lage sein, sich daran zu erinnern und die Antwort aufschreiben. Falls es zu schmerzlich für Sie ist, das zu sehen oder darüber zu sprechen, wird es Ihre Hand aufschreiben. Falls Sie nicht die Wahrheit sagen, so wird die Hand die richtige Antwort ohne Ihre Kontrolle niederschreiben. Sie werden auch nicht bemerken, was Sie dann schreiben. Wenn diese Entspannung jedoch vorbei ist, dann werden Sie ganz leicht wiedererkennen, was Sie geschrieben haben.«

Je nach Kooperationsbereitschaft kann die Suggestion des Taubheitsgefühls in der Hand entfallen.

Weitere Varianten des automatischen Kommunizierens

Automatisches Malen. Der Patient erhält eine sehr allgemeine Instruktion, dass sich seine Hand frei bewegen und alles malen kann – so wie es aus ihm herauskommt.

Automatisches Sprechen. In analoger Weise wird die Person dazu motiviert, eine Tätigkeit zu verrichten wie z. B. still lesen, bei der sie dann automatisch und »unwillentlich« verbale Mitteilungen gibt (Anbar, 2001; Teitelbaum, 1969).

Buchstaben auswählen. Es wird die Instruktion gegeben, bedeutungsvolle Buchstaben eines vorgelegten (zufälligen) Drucktextes zu unterstreichen, um dadurch z. B. die Ursache bestimmter Symptome zu ergründen. So konnte eine derart instruierte Patientin Ericksons (1980) aus ihrer Vorlage zusammenhängende sinnvolle Worte vorlesen.

Hypnoplastik. Der Patient wird veranlasst, in Hypnose automatisch plastische Gestaltungen mit z. B. Ton oder Knetgummi durchzuführen, die dann interpretiert und psychotherapeutisch weiterbearbeitet werden können (Meares, 1960). In der Weiterentwicklung zur sensorischen Hypnoplastik werden dem Knetmaterial unterschiedlichste Wahrnehmungsqualitäten (Konsistenz, Körnung, Geruch) beigemischt, um so

die Regression zu frühen Phasen der oralen und analen Verarbeitung zu erleichtern (Raginsky, 1967).

Fallbeispiele

Bei einigen Angstpatienten erzielt Anbar (2001a) mit der Methode des automatischen Schreibens wichtige Einsichten und Therapieerfolge.

Ostuni (1981) erfährt bei einer 20-jährigen Patientin mittels dieser Methode, dass sie im Alter von zwei Jahren das Opfer eines Sexualverbrechens war.

Teitelbaums (1969) Patient schreibt automatisch Details über seine Geburt, stößt plötzlich einen Schmerzensschrei aus und berührt mit der Hand eine Stelle an der Stirn. Der Vater des Patienten war damals bei der Entbindung anwesend und bestätigt, dass sein Sohn bei der Geburt an dieser Stelle verletzt wurde. Die Wunde war später narbenlos verheilt, der Vater hatte (angeblich) nie darüber berichtet.

Grenzen

Wie bei allen Methoden zur Auffrischung der Erinnerungen sind auch hier zahlreiche Bedenken über die objektive Richtigkeit der Informationen anzumelden (s. Abschn. 26.2.1), und Fehlinterpretationen sind wahrscheinlich. Es ist nicht auszuschließen, dass hysterische Persönlichkeiten hier besonders imponierende Demonstrationen liefern können.

Neuropsychologische Erklärungsmodelle

Bei einem Armamputierten wird der HGSHS: A durchgeführt; er bewältigt darin zwei von drei motorischen Items, die auch den fehlenden Arm betreffen (Page & Greenberg, 2005). Nach der Annahmen von Ramachandran und Rogers-Ramachandran (2000) ermöglicht die Gehirnplastizität nach der Trennung der afferenten Neuronen eine kortikale Reorganisation des sensorischen Kortex, indem sie Verbindungen über die rezeptiven Bereiche anderer kortikaler Zellen herstellen und dann auf die Impulse benachbarter Körperrepräsentationen im Gehirn reagieren.

Hypnotische Suggestionen zur Katalepsie bewirken eine Deaktivierung des okzipitalen Kortex und eine Aktivierung der Areale für sensomotorische Funktionen (Grond et al., 1995).

Bei dem Item der *Armsteifigkeit* im HGSHS: A reagieren die Versuchspersonen in den EMG-Aufzeichnungen auf zwei verschiedene Weisen: Die einen zittern aufgrund ihrer Muskelanstrengungen, um den Arm zu biegen; die anderen halten den Arm ohne Muskelanstrengung steif. Wahrscheinlich verwenden sie dazu zwei verschiedene mentale Vorgänge (Winkel et al., 2006). Letztlich können fehlende motorische Strategien mehr mit der Dissoziations-Kontroll-Theorie erklärt werden, die auch auftretende Zitterreaktion bei der Armrigidität passt mehr in die sozial-kognitiven Erklärungsmodelle.

Die Hypnose-Suggestion der Unbeweglichkeit (Paralyse) der *linken* Hand bewirkt (im fMRT) vorbereitende Aktivitäten im *rechten* motorischen Kortex, aber nicht gleichzeitig Aktivitätszunahme in Bereichen des Präcuneus, der normalerweise Ima-

ginationstätigkeit und Ichbewusstsein steuert. Die rechts-frontalen Bereiche dienen zur Inhibition und werden im Normalzustand aktiviert – unabhängig von einer Motorblockade während der Hypnose. Demnach kann Hypnose solche Selbstüberwachungsprozesse verstärken, die internale, durch Suggestionen erzeugte Repräsentationen ermöglichen, die Verhalten steuern, aber nicht über direkte motorische Inhibition wirken (Cojan et al., 2009).

Hypnotische Instruktionen des Fahrradfahrens mit unterschiedlichen Steigungsgraden bewirken eine Veränderung der Wahrnehmung; es erfolgt eine Gehirnaktivierung in den Regionen, die mit Körpertätigkeit verbunden sind. So nehmen dann die Herzfrequenz und der Blutdruck zu. Insgesamt scheint der anteriore cinguläre Kortex in Hypnose wesentlich bei der Wahrnehmung und motorischen Aktivität beteiligt zu sein (Thornton et al., 2001; Williamson et al., 2002).

Klinische Bedeutung

Bei Lähmungserscheinungen müssen Simulanten von der Konversionsstörung unterschieden werden; beide Situationen werden von Ward et al. (2003) mit Hypnose hergestellt. Bei der suggerierten Paralyse erfolgt eine relative Zunahme der Hirnaktivitäten im rechten orbitofrontalen Kortex, im rechten Cerebellum, im linken Thalamus und im linken Putamen – im Vergleich mit der absichtlich simulierten Paralyse. Bei der simulierten Paralyse erfolgt eine Aktivitätssteigerung in linken ventrolateralen präfrontalen Kortex und in rechten posterioren kortikalen Strukturen. Demnach haben beide Formen unterschiedliche neurale Mechanismen, wodurch eine Abgrenzung und Erkennung von Konversionslähmungen möglich ist.

7.3 Psycho-physiologische Reaktionen

Hier wird auf unterschiedliche psycho-physiologische Korrelate eingegangen wie kardio-vaskuläre Reaktionen, Immun- und Hirnreaktionen.

7.3.1 Kardio-vaskuläre Reaktionen

Herzfunktionen

Direkte Veränderung der Herzrate durch Hypnose-Entspannung sind genauso erfolgreich wie andere Entspannungsverfahren oder Meditation (Barmark & Gaunitz, 1979; Langen, 1972). Wird Hypnose jedoch genutzt, um geeignete Imaginationen und damit steuernde Emotionen zu erzeugen, kann sie indirekt die Herzrate deutlich beeinflussen, z. B. bei Schmerzereignissen (Paterson et al., 1965) oder phobischen Ängsten (Rubin, 1972). Bei einem Patienten mit einer → ventrikulären Tachykardie, die medikamentös nicht kontrollierbar ist, können Wain et al. (1984) mit Hypnose eine deutliche Verbesserung erzielen.

Bei geistiger Arbeit nimmt die natürlich auftretende Variabilität der Herzfrequenz (Sinusarrhythmie) ab und liegt in einem Frequenzband um 0,1 Hz (z. B. del Valle-

Inclan & Lamas Gonzales, 1987). Sie ist im niederfrequenten Bereich (0,06–0,14 Hz, Sympathikusaktivität) nicht mit Suggestibilität verbunden (Hautkappe & Bongartz, 1990); der Zusammenhang mit der Hypnoseinduktion wird widersprüchlich gesehen (Ray et al., 2000; Hippel et al., 2001).

Blutdruck

Jana (1971) demonstriert, dass der Blutdruck durch Konditionierung beeinflusst werden kann. Bei einem starken Raucher erreicht er über hypnotische Suggestion Wirkungen wie beim Rauchen: → Vasokonstriktion, Blutdruckanstieg, Zunahme der Herzfrequenz, Sinken der Respirationsrate. Mit physiologischen Abläufen konditionierte Faktoren wie Imaginationen, Kognitionen und Suggestionen können diese Reaktionen steuern. Entsprechend gilt es für die Therapie, die geeigneten Imaginationen für das therapeutisch relevante System zu finden (Mount et al., 1978).

Die → hämodynamischen Veränderungen bei Blutentnahme können durch entsprechende Hypnosesuggestionen gelingen und sind demnach auch durch mentale und nicht nur hydraulische Vorgänge wie Blutentnahme erklärbar (Casiglia et al., 1997).

Hochhypnotisierbare zeigen (gegenüber Geringhypnotisierbaren) keine stressbedingten Dysfunktionen des → Endothels; bei ihnen tritt nach Ischämie (der Brachialarterie) eine durchflussbedingte Gefäßdilataion auf. Demnach kann hohe Hypnotisierbarkeit als Schutzfunktion gegen Gefäßerkrankungen angesehen werden (Jambrik et al., 2004), (vgl. Abschn. 4.5.3).

Die Microneurographie zur Messung der Sympathikusaktivitäten (skin sympathetic nerve activity, SNA) der Haut ermöglicht, über eingestochene Sonden die Nervenpotenziale abzugreifen (Vallbo et al., 1979). Robinson et al. (2006) überprüfen die Sympathikusaktivität an der Haut während einer Handgreifübung in Hypnose und leiten aus ihren Ergebnissen ab, dass hier zentrale Impulse an die SNA gegeben werden. Das lässt die Folgerung zu, demnächst Hypnose auch bei solchen Krankheiten einzusetzen, die dieser Kontrolle bedürfen wie z. B. bei Hypertonie.

Periphere Durchblutung

Die Beeinflussung der peripheren Durchblutung mittels Hypnose wird in klinischen Beobachtungen bestätigt (Dikel & Olness, 1980; Mirvish, 1978, Selkowitz et al., 1995), so → Vasokonstriktion bei Unfällen (Clawson & Swade, 1975) und bei zahnärztlichen und gesichtschirurgischen Eingriffen (Dubin & Shapiro, 1974; Enqvist et al., 1996).

Die Suggestion der → Vasodilatation mit verbessertem Blutfluss kann hilfreich bei Beingeschwüren sein (McGuirk et al., 1998) und bei der → Raynaudschen Erkrankung (s. Abschn. 23.7.7). Bei der Hypnosebehandlung → hämophiler Patienten (Lucas et al., 1964; Newman, 1974) ist noch ungeklärt, ob hier die Agglutination des Blutes oder Vasokonstriktion wirksam ist (Gerschman et al., 1980; s. Abschn. 23.1.3).

Thermoregulation

Temperaturveränderungen erfolgen wahrscheinlich indirekt über die Vasodilatation und Vasokonstriktion der peripheren Blutgefäße.

Timney und Barber (1969) konnte nachweisen, dass die Mundtemperatur mit Hypnose signifikant ansteigt. Jackson und Hastings (1981) konnten hingegen keine signifikanten Temperaturveränderungen feststellen.

Die Hauttemperatur wird unter Hypnose dann verändert, wenn zusätzlich physikalische Temperaturreize gegeben werden (Kistler et al., 1999). Bei der Kombination von Biofeedback und Hypnose hat letztere einen signifikanten Einfluss auf die Thermoregulation der Haut (Piedmont, 1981) und wirkt auch länger nach (Crosson, 1980).

Der gemessene Temperaturunterschied zwischen beiden Händen kann nach Hypnosesuggestionen bis 9,2 Grad Celsius betragen (Roberts et al., 1973). Die empfundene Wärmeveränderung hängt davon ab, wie plausibel die Suggestion erscheint (Gheorghiu et al., 2001).

Blutchemie

Die zahlreichen Untersuchungen zur Beeinflussung der Blutchemie (z. B. Abnahme von Cortisol, Lactaten, Aldosteron etc.) zeigen, dass neutrale Hypnose gleiche Veränderungen bewirkt wie Entspannung (Humphreys, 1984; Evans, 1981b; vgl. hierzu gezielte Suggestionen z. B. in der Immunologie, Abschn. 7.4).

Beispiel

Beeinflussung von Pulsfrequenz und Hautdurchblutung durch Suggestionen unter Hypnose

Die Daten wurden während einer von mir durchgeführten Hypnosesitzung von 36 Minuten Dauer aufgezeichnet; Versuchsperson ist ein Student. Mit dem Polygraphen registriert wurden: Pulsfrequenz (Schläge/Minute = durchgezogene Linie) und Durchblutung der peripheren Gefäße des Fingers (gemessen mit dem → Plethysmographen in mm Hg = gestrichelte Linie). Die Daten sind hier in Zehn-Sekunden-Intervalle zusammengefasst. Die Zeit vom Beginn der Sitzung an ist jeweils links oben im Diagramm eingetragen. Die speziellen Suggestionen erfolgten an den mit senkrechten Pfeilen markierten Stellen.

Der Puls (72/Min) und die periphere Durchblutung liegen bei Ruhewerten. Die Versuchsperson erhält die Suggestion, sich in einer Berghütte mit einem gemütlichen offenen Kamin zu entspannen.

(4) »Sie halten Ihre Hände nun dem Feuer entgegen und wärmen sie.«

Während der Puls auf Entspannungsniveau bleibt (schwankt zwischen 72 und 82/Min), nimmt die periphere Durchblutung sofort zu (von 6 auf 10 mm Hg).

(5) »Sie betrachten nun die Eisblumen am Fenster.«

Es werden wieder Ruhewerte erreicht. Diese nächste Szene folgt direkt.

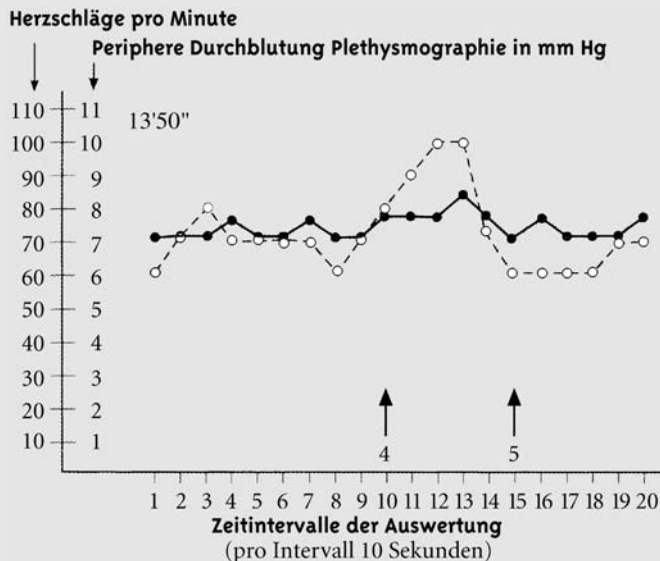


Abbildung 7.1 Halluzination einer Kaminszene: Anstieg der peripheren Durchblutung der Hand. Nach drei vorhergehenden Suggestionen (Fliege surrt, Fliege setzt sich auf die Hand, Entspannung am Strand) erfolgen nun weitere

(6) »Sie nähern Ihre Hand langsam den Eisblumen an der Fensterscheibe.«

(7) »Ihre flache Hand berührt nun die kalte Fensterscheibe mit den Eisblumen darauf.«

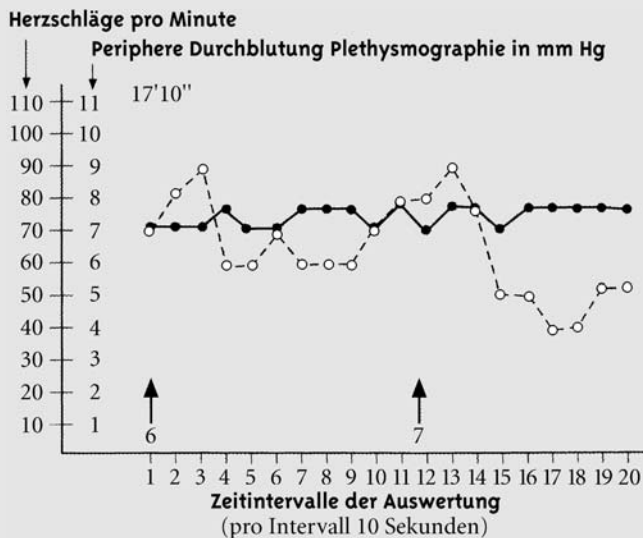


Abbildung 7.2 Halluzination von Kälte: Absinken der peripheren Durchblutung der Hand

Nach einer anfänglichen Mehrdurchblutung der Finger sinkt nun – bedingt durch den suggerierten »Kältereiz« – die periphere Durchblutung ab.

Wieder ausgehend von einer entspannten Grundlage erfolgen diese Suggestionen:

(8) »Vielleicht haben Sie Hunger bekommen und haben nun ein herzhaftes Käsebrod vor sich, in das Sie hineinbeißen.«

Der Ruhepuls von 72/Min steigt sofort auf 102/Min an, während die periphere Durchblutung rapide absinkt: ein deutliches Anzeichen von Stressreaktion.

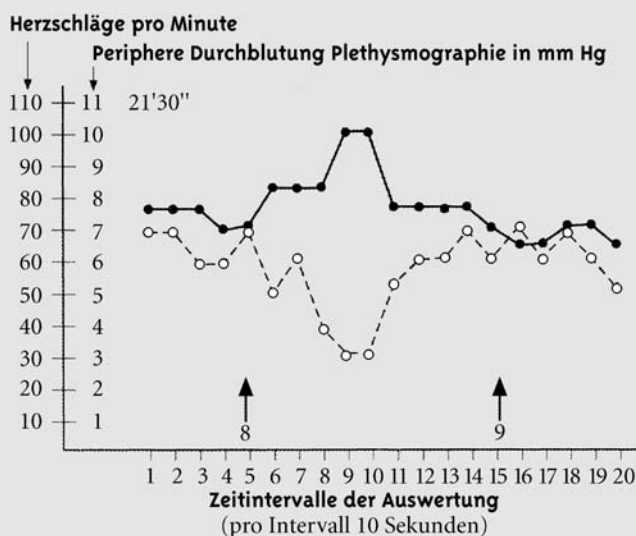


Abbildung 7.3 Geschmacks-Halluzination: Starke Zunahme von Stresszeichen, die nur durch die individuellen Imaginationen und somit nach ausführlicher Exploration zu klären sind (s. u.)

(9) »Sie sind nun ganz entspannt und befinden sich in einem wunderschönen warmen Dschungel ...«

Sofort werden wieder Ruhewerte erreicht.

Auswertung

- **Wärmesuggestionen** zeigen deutliche Auswirkungen von Vasodilatation (4) bzw. Vasokonstriktion (7).
- **Suggestion eines Käsebrotes:** Die starke Stresswirkung wird durch die Nachbefragung deutlich. Die Versuchsperson denkt an ihr Käsebrod im Handschuhfach des Autos und legt in der Imagination den Weg zum und vom Auto zwei Etagen tiefer schnell zurück. Demnach erzeugt die Imagination des Laufens den starken Stress, nicht das Käsebrod (8 und 9).

Folgerungen

Insgesamt ist zu erkennen, wie sehr durch einfache Suggestionen und Imaginationen relativ komplexe und starke physiologische Veränderungen bewirkt werden.

Die physiologischen Reaktionen machen deutlich, wie klar, eindeutig und eng umrissen Suggestionen sein müssen, damit keine Fehlreaktionen entstehen (s. Suggestion »Käsebrot«).

Nur die ständige Kommunikation mit dem Patienten kann diesen Austausch und die angemessene Präsentation von Suggestionen gewährleisten und sicherstellen, ihn nicht nur verbal, sondern auch semantisch zu erreichen, damit er den Therapeuten in der intendierten Weise versteht und entsprechend reagiert. Ggf. kann auch die zusätzliche Nachbefragung Informationen bringen.

7.3.2 Speichelsekretion

Aus dem Alltag ist bekannt, wie die Vorstellung der Lieblingsspeise das Wasser im Munde zusammenlaufen lässt.

Wird ein bestimmter Geschmack suggeriert, so ist dieser bei der Produktion des Speichels wirksam und nicht die Substanz, die objektiv auf die Zunge gegeben wurde (Barber et al., 1964; Pronko & Hill, 1963).

Suggestionen steuern somit Verarbeitungsprozesse, die den objektiven Reiz zum veränderten subjektiven Empfinden umformen und steuerbar sind.

7.4 Immunsysteme

Eine Meta-Analyse von 85 Arbeiten zur Modulation der Immunreaktionen durch psychologische Interventionen hat ergeben, dass die schlüssigeren Ergebnisse durch Hypnose und Konditionierungen erzielt werden (Miller & Cohen, 2001).

7.4.1 Wirkungen auf das Immunsystem

Ader (1981) stellte fest, dass sich das bislang als autonom geltende Immunsystem psychisch beeinflussen lässt. Die Beeinflussung durch imaginative Verfahren oder durch Entspannung wurde von Schneider et al. (1982/83) und von Taylor (1995) belegt.

Bongartz (1986a, b, c, 1996, 1998) weist nach, dass bei Hochsuggestionen durch Hypnose Plasmakortisol und Leukozyten reduziert werden können: Entspannende Vorstellungen bewirken eine Senkung des sympathischen Erregungsniveaus, mit der das Absinken des Adrenalin- und des Katecholaminspiegels sowie die Abnahme von cAMP (zyklisches Adeninmonophosphat) einhergeht. Ein geringer Adrenalin Spiegel bewirkt eine verbesserte Fähigkeit der Leukozyten, am → Endothel zu haften. Da demzufolge weniger Leukozyten frei im Blut zirkulieren, ergibt eine Blutprobe eine scheinbare Abnahme der Leukozytenzahl. Die haftenden Leukozyten spielen jedoch eine wichtige Rolle bei der Immunabwehr und haben damit eine immunstärkende

Funktion (Bongartz, 1998; Krause et al., 1986). Da Körpersubstanzen wie $\rightarrow$ TNF Einfluss auf die Leukozytenadhärenz nehmen, ist noch zu klären, ob Hypnose eventuell auch den TNF beeinflussen kann (Bongartz, 1990).

Nach Ansehen eines Videos über das Immunsystem wurden Kinder instruiert, in Selbsthypnose die Bildung ihrer Speichel-Immunglobuline zu kontrollieren. Sie bewirkten eine bedeutende Zunahme von $\rightarrow$ IgA ($p < 0.01$) gegenüber einer Gruppe ohne die spezifische Suggestion (Olness et al., 1989).

Stressregulation

Hypnose hat auch eine wichtige Bedeutung bei der Stressregulation, da sie die Zunahme der natürlichen Killerzellen bewirkt (Fox et al., 1999) bzw. durch Selbsthypnose deren Abnahme bei Stress verhindert (Gruzelier et al., 2001).

Hochhypnotisierbare produzieren mehr Helfer-T-Zellen und B-Zellen (Rzylla-Smith et al., 1995) und weniger neutrophile Granulozyten (Bongartz, 1987a).

Durch Hypnose-Entspannung nehmen die CD3+ und CD4+ T-Lymphozyten zu und bewirken bei akutem Stress eine Wiederherstellung der immunologischen Regulation (Kiecolt-Glaser et al., 2001). Selbsthypnose kann das allgemeine Wohlbefinden steigern und dadurch natürliche Killerzellen für virulente und chronische Herpes-simplex-Viren vom Typ 2 aktivieren.

Klinische Anwendungsaspekte und Erklärungen sind in Abschnitt 22.1.3 aufgezeigt.

7.4.2 Allergiereaktionen

Die meisten Untersuchungen über die Beeinflussung von Allergien durch Hypnose stammen aus klinischen Beobachtungen in der Asthmabehandlung (Barbour, 1980; Collison, 1975). Auch wenn bei Asthma dieser psychogene Anteil nicht immer auszuschließen ist, so konnte durch Hypnose zudem eine lange bestehende Hundeallergie (Perloff & Spiegelman, 1973) und eine Nahrungsalergie (Collison, 1979) erfolgreich behandelt werden.

Bei Heuschnupfen (allergische Rhinitis) nehmen bei Hochsuggestiblen unter Hypnose die Nasenödeme ab (Wyler-Harper, 1993), und der Blutdruck sinkt (Andersen, 1982; s. a. Abschn. 23.1 und 23.6.3).

7.4.3 Hautreaktionen

Allergiebereitschaft und Hautreaktionen

Bei Hochsuggestiblen treten in der Hypnosebedingung nach Reizung geringere Hautrötungen und Schwellungen auf als unter Stress. Bongartz (1988) verwendet den $\rightarrow$ Merieux-Stempel, um die verzögerten allergischen Reaktionen zu diagnostizieren. In ähnlicher Weise bewirkt Hypnose bei Hochsuggestiblen nach dem $\rightarrow$ Histamin-Test eine Abnahme der Hautreaktionen (Zachariae et al., 1989). Wird beim $\rightarrow$ Mantoux-Test die Hypnosesuggestion gegeben, die Hautreaktionen an einem Arm

zu erhöhen, aber am anderen zu reduzieren, ist eine bedeutsame Differenz ($p < 0.02$) der Rötungsgröße und -dauer ($p < 0.01$) festzustellen (Zachariae et al., 1989).

Hautreaktionen auf Histamine stehen in großem Zusammenhang mit der emotionalen Situation (Zachariae et al., 2001); hypnotische Suggestibilität ist verbunden mit der Zunahme der Reaktionsbereitschaft auf ein Allergen (Zachariae et al., 2001). Die Hautsensibilität auf Histamin ist durch Hypnose (verbunden mit einer kognitiven Technik) signifikant zu senken (Laidlaw et al., 1996).

Bongartz (1988, 1990, 1996) folgert, dass die durch Hypnose veränderte Leukozytenzahl hierfür verantwortlich ist, da sowohl die polymorphkernigen Leukozyten als auch die Monozyten durch chemische Prozesse Substanzen wie Histamin und Serotonin transportieren, die die allergische Reaktionsstärke bestimmen. Zachariae et al. (1989) konnten zeigen, dass Hypnose sogar lokale Veränderungen der Hautsensibilität ermöglicht.

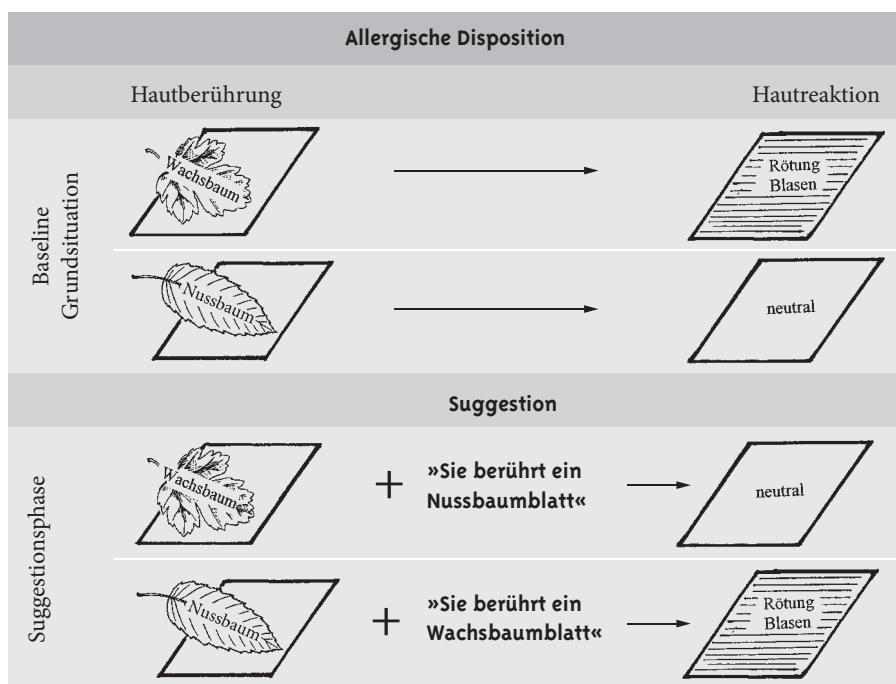


Abbildung 7.4 Das klassische Experiment von Ikemi und Nakagawa (1962). Die Suggestion – nicht die Blattberührung – beeinflusst die allergische Reaktion

Beeindruckend sind die Ergebnisse von Ikemi und Nakagawa (1962; s. Abb. 7.4):

- Die ausgewählten Versuchspersonen reagieren bei Berührung mit Blättern des japanischen Wachsbaumes deutlich mit allergischer Dermatitis (Erröten, Schwellung, Papeln).

- ▶ Die Suggestion, von einem neutralen Walnussbaumblatt berührt zu werden, bewirkt bei Hautkontakt mit dem allergenen Wachsbaumblatt keine allergischen Reaktionen.
- ▶ Die Suggestion, vom allergenen Blatt berührt zu werden, erzeugt deutliche Hautreizungen – obwohl die Versuchspersonen nur mit dem neutralen Walnussblatt berührt wurden.

Blasenbildung

Die Bewirkung von Blasenbildung auf der Haut stand häufig in der Diskussion, als Beweis der Hypnosewirkung zu gelten. Zu bedenken ist allerdings, dass bereits eine leichte Hautberührung – die bei einigen Experimenten während der Suggestion erfolgt – eine Berührungsdermatitis auslösen kann (Whitlock, 1976). Die Suggestion »Hitzeeinwirkung auf einer (bestimmten) Hautstelle« lässt keine Blasen entstehen, sondern eher lokalisierte Quaddeln (Barber, 1961). Diese »unspektakulären« Hautveränderungen können als Reaktionen auf die Verbalsuggestion angesehen werden, denn hier wird ähnlich wie bei Urtikaria (s. Abschn. 23.7.2) oder beim → Dermographismus eine → Vasodilatation der kleinen Gefäße bewirkt, eine Permeabilität der Kapillarien und eventuell auch die Freisetzung histaminähnlicher Substanzen. Wahrscheinlich reagieren hier vorwiegend oder ausschließlich Personen mit Tendenz zu lokalisierten Hautveränderungen besonders stark (Whitlock, 1976).

7.5 Neurobiologie und Neuropsychologie der Hypnose

Das gesamte Repertoire hypnotischen Verhaltens enthält Aspekte, die viele Fragen aufwerfen, die erst durch die moderne Hirnforschung langsam beantwortet werden können.

7.5.1 Grundlegende neurobiologische Funktionen und Aktivitäten in Hypnose

Pawlow (1923, 1938) nahm an, eine monotone Reizung des Kortex könne zum Schlaf führen; dafür verantwortlich sind die von ihm benannten Rapportzentren im Gehirn (s. Abschn. 2.11.2). Später wurde festgestellt, dass monotone und rhythmische Geräusche eine Synchronisierung der Formatio reticularis mit dem Kortex bewirken (Gellhorn & Loofbourrow, 1963). Die monotonen Worte des Therapeuten können demnach ähnlich Wirkungen haben (Pawlow, 1938).

Der Ablauf der Hypnose, beginnend mit der Induktion und Entspannung, über Suggestionen bis hin zur Auflösung der Hypnose, ist durch spezifische Aktivitätsmuster des Gehirns gekennzeichnet (Hinterberger & Halsband, 2011).

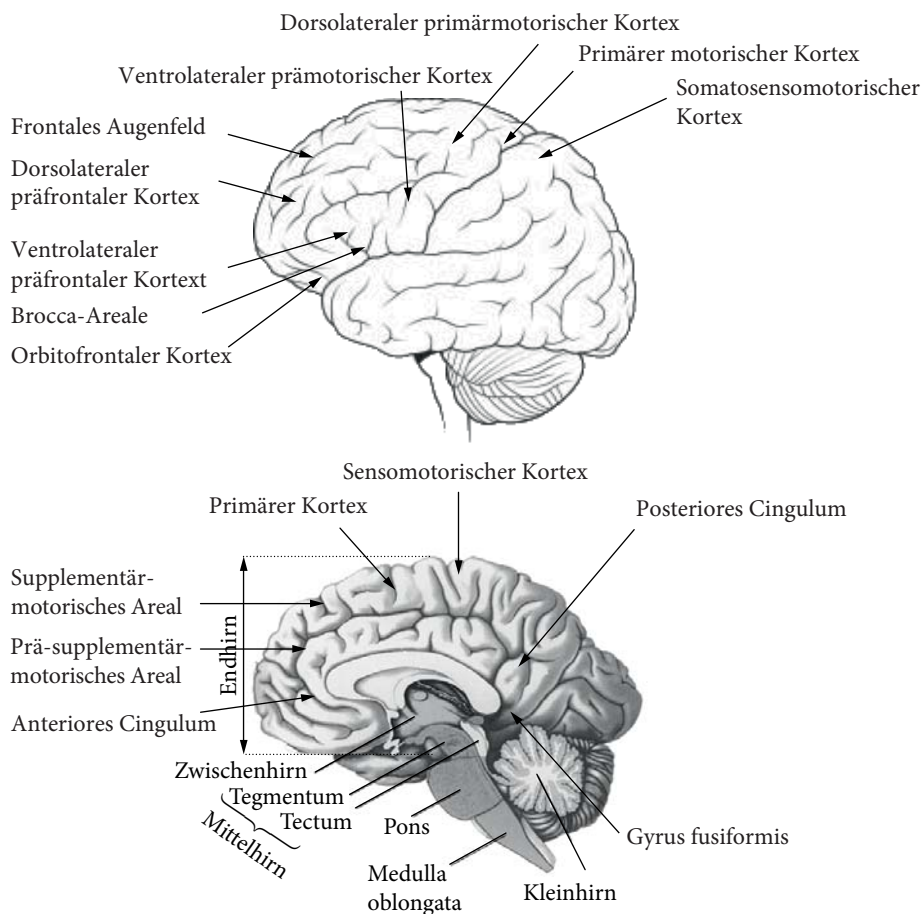


Abbildung 7.5 Gehirn, Lateralansicht (oben) und Medianansicht (unten). Zur Übersichtlichkeit sind nur die wesentlichen Gehirnbereiche grobschematisch dargestellt

Elektrophysiologische Gehirnmuster während der Induktion

(Hinterberger & Halsband, 2011, S. 175)

Augenschließen. Zunehmende linke und rechte parietale und occipitale Alpha-aktivität, zentrale parietaler sensumotorischer Rhythmus (SMR).

Armlevitation. Alpha- und SMR-Desynchronisation bedingt durch die motorische Tätigkeit und/oder die Imagination; wahrscheinlich unbewusste Prozesse, die sich auf die Thema-Synchronisation auswirken.

Hypnotische Phase. Typisch ist die Zunahme der frontalen Alphawellen, Abnahme der zentralen, frontalen und parietalen Gammawellen in beiden Hemisphäre – und Zunahme occipitaler Gammatätigkeit.

Vertiefung der Trance. Starke und überall erhöhte Aktivität in allen Frequenzbereichen.

Wachzustand nach der Hypnose. Im Vergleich zur Baseline am Anfang ein veränderter Bewusstseinszustand, da reduzierte Aktivität über alle Frequenzbereiche in weiten zentralen, frontalen und parietalen Arealen, während Gammawellen temporal und in linken und rechten präfrontalen Arealen stark zunehmen. Die Aktivitätsmuster sind sehr symmetrisch, evtl. ein Charakteristikum für einen sehr entspannten, aber aufmerksamen Wachzustand.

Hemisphärische Lateralisierung und Asymmetrie

Die Ergebnisse dieses umfangreichen Forschungsbereiches können nur relativ kurz und schwerpunktartig erfolgen. In frühen Untersuchungen neigen Hochhypnotisierbare zu Blickabweichungen nach links, was auf die Dominanz der rechtshemisphärischen Wirkung hinweist (Gur & Reyher, 1973). Weitere Untersuchungen zeigen eine Beteiligung beider Hemisphären, auch abhängig von der Aufgabenstellung (Edmonston & Moscivitz, 1990). Später wird auch die Beteiligung der linken Hemisphäre entdeckt (Jasiukaitis et al., 1997). In Hypnose wird allein mehr die linke als die rechte Hemisphäre aktiviert (Kosslyn et al., 2000). Dagegen zeigen Farah et al. (1990) auf, dass die linke Hemisphäre eine besondere Aufgabe hat, wenn sie visuelle Innenbilder erstellt.

Die Gehirnaktivitäten verändern sich während der Hypnose; Hochhypnotisierbare reagieren im Wachzustand mit einer schnellen Aktivierung der linken Hemisphäre, aber in Hypnose mit einer schnelleren Aktivierung in der rechten Hemisphäre (Naish, 2010).

Folgerungen. Die duale Spezifizierung der Hirnhemisphären (Jackson, 1874) und ihre Folgerungen daraus, die Hemisphären »westlichen« analytischen oder »östlichen« intuitiven Fähigkeiten zuzuordnen, ist ein überholter Mythos (Roth, 2011).

Die spontane Blickrichtung, die Auskunft über kognitive Prozesse und Denkstil geben soll (Bandler & Grinder, 1982), wurde widerlegt (Francesconi & Francesconi, 1984) und methodisch in Frage gestellt (Revenstorf, 1985).

Auch eine »rechtshemisphärische Sprache« zur Erleichterung der Hypnose-Kommunikation ist damit wenig sinnvoll.

Anteriorer Kortex

Der anteriore cinguläre Kortex (Gyrus cinguli) ist als zentrale Stelle des limbischen Systems für das Bewusstsein wesentlich; er steuert die Aufmerksamkeit und die affektiv-emotionalen Komponenten von Wahrnehmungsinhalten, z. B. bei der Schmerzwahrnehmung (Roth, 2001).

Der → anteriore cinguläre Kortex und der → anteriore temporale Kortex sind bei der in Hypnose suggerierten Analgesie an der Schmerzkontrolle beteiligt (Kropotov et al., 1997) und werden auch bei → nocizeptiver Stimulation aktiviert (Rainville et al., 2001).

Amygdala

Die Elektrostimulation der → Amygdala (Corpus amygdaloideum, Mandelkerne) bewirkt ein Aufwachen aus der Hypnose, nicht jedoch die Reizung des Hippocampus (DeBenedettis & Sironi, 1988). Demnach wird das hypnotische Verhalten durch agonistische und antagonistische Wirkungen der limbischen Strukturen, der Amygdala und des Hippocampus gebildet. Neben der Gefühlsverarbeitung (meist olfaktorisch bedingt) bildet die Amygdala den sensorischen Eingang der über den Thalamus geschalteten subkortikalen visuellen, auditorischen und somato-sensorischen Informationen, insgesamt aus allen hochintegrativen Teilen des Kortex. Somit übt die Amygdala Einfluss auf die in sie projizierten Hirnareale.

Die Amygdala ist auch eine wichtige neuroanatomische Komponente in der Funktion des deklarativen Gedächtnisses. Deshalb werden Inhalte oder Stimuli mit starkem emotionalen Bezug besser behalten als emotionsfreie Inhalte. Diese emotionsbedingte Gedächtnisverbesserung wird wahrscheinlich über die Stresshormone durch eine sympathische Erregung der Amygdala bewirkt (Critchley, 2001).

Die Amygdala wirkt aber auch bei der Gedächtnisstabilisierung im Hippocampus mit, durch die Informationsmaterial im Langzeitgedächtnis gespeichert wird (Cahil & McGaugh, 1998).

Bei traumatischen Erfahrungen erfolgt aufgrund der stark negativen Emotionen keine bewusste Aufnahme; sie führen deshalb zu atypischen Erinnerungsspuren, die vorwiegend auf impliziter und damit unbewusster Ebene stattfinden. Dies bewirkt einen dissoziierten Gedächtniszustand, der für bewusste kognitive Schemata nicht zugänglich ist. Er blockiert die Anregung von Langzeitspeichungen im medialen präfrontalen Kortex und im Hippocampus (Bob, 2003, 2007). Diese Blockierung von übergeordnetem Verhalten ermöglicht automatische Abläufe, die von subkortikalen Strukturen, vorwiegend der Amygdala, kommen.



Die vorgenannten Prozesse erfordern in der Psychotherapie klare Vorgehensweisen, mit denen Erinnerungen nur sehr behutsam und gefahrlos aufgefrischt werden dürfen, ohne die alten Erinnerungsspuren erneut zu aktivieren. Dies kann nur erreicht werden, wenn in der Psychotherapie das Traumagedächtnis in einer sicheren und neuen Situation erreicht wird und dadurch eine Reintegration der dissoziierten Anteile ermöglicht.

Spiegelneuronen

Die Spiegelneuronen sind ein neuronales System, das für Empathie, Emotion, Sprache, Kommunikation, Lernen und Imitation tätig ist, durch das man andere Menschen, deren Handlungen und Intentionen erkennen und verstehen kann (Rizzolati et al., 1996). Betrachtet man Hypnose als eine bestimmte Art menschlicher Interaktion, dann wäre der hirnanatomisch Ort der Empathie eine Grundlage für die in der historischen Literatur als »Rapportzonen« (Platonow, 1959) benannten Hirnareale. Ihre Inhibition und Desinhibition wird heute von den Neurowissenschaftlern als Aktivierung selek-

tiver Anteile der sensorisch-motorischen Spiegelneuronensystems bezeichnen (Antonelli & Luchetti, 2010). Die Wirkung der Spiegelneuronen kann mit der therapeutischen Hypnose genutzt werden, so z. B. zum Erlernen und zur Erleichterung handlungsorientierter Fertigkeiten, zum Problemlösen, zur Heilung von Körper und Geist und zur Rehabilitation (Rossi & Rossi, 2006).

7.5.2 Hypnotisierbarkeit und Gehirnaktivitäten

Eine mögliche anatomische (morphologische und räumliche) Grundlage der Hypnotisierbarkeit ist zu sehen, da die Veränderungen im Rostrum des Corpus callosum mit den Veränderungen bei Aufmerksamkeits- und Inhibitionsprozessen verbunden sind (Horton et al., 2000). Die Ergebnisse der EEG-Aktivitäten sind insgesamt sehr inhomogen.

Alpha-Aktivitäten. Die Untersuchungsergebnisse der Alpha-Aktivität sind sehr widersprüchlich und lassen keine einheitlichen Aussagen zu (Williams & Gruzelier, 2001).

Beta-1- und Beta-2-Aktivität. Bei Hochsuggestiblen wird unter Hypnose eine signifikante Abnahme der Beta-Amplituden vorwiegend rechtshemisphärisch festgestellt (z. B. DePascalis & Perrone, 1996). Im Wachzustand zeigen Hochhypnotisierbare eine signifikante Bevorzugung der Beta-Wellen in der linken Hemisphäre, die unter Hypnose noch deutlicher hervorgehoben ist (Varga et al., 1988). Bei unzureichender Berücksichtigung dieses Befunds können leicht falsche Aussagen über die Hypnosewirkung im Gehirn getroffen werden.

Gamma-Aktivität. Hochsuggestible haben gegenüber Geringsuggestiblen in der Induktions- und der Entspannungsphase signifikant höhere Gamma-Aktivitäten (40 Hz), was auf deren höhere selektive Aufmerksamkeit (Absorption) zurückgeführt wird (DePascalis, 1999; Schnyer & Allen, 1995).

Theta-Aktivität. Hochhypnotisierbare zeigen insgesamt höhere Theta-Aktivität, besonders während der Hypnose. Dies kann für deren Fähigkeit sprechen, die Aufmerksamkeit stärker einzuengen (Crawford & Gruzelier, 1992), oder nur ein Index für Entspannung sein (Williams & Gruzelier, 2001). Möglicherweise begegnen die Hochhypnotisierbaren der hypnotischen Situation anders als der nichthypnotischen (Kirsch & Council, 1992).

Breitbandaktivität. Die Gesamt- oder Breitbandaktivität des Gehirns ist vor der Hypnose bei Hochhypnotisierbaren größer als bei Geringhypnotisierbaren ($p < .02$). Hochhypnotisierbare verfügen über mehr → posteriore Aktivitätszentren (Isotani et al., 2001).

Evozierte Schmerzpotenziale zeigen, dass Hochhypnotisierbare nach einer → Hypoalgesieinduktion psycho-physiologische Indikatoren anders verarbeiten (Ray et al., 2002). Bei Hochhypnotisierbaren treten evozierte Schmerzpotenzialen mehr → frontal und → temporal als → parietal und zentral auf. Folglich verfügen sie über eine bessere Schmerzmodulation als die Geringhypnotisierbaren. Die frontal-temporalen N2-Aktivitäten weisen auf inhibitorische Prozesse während der kognitiven Strategie der → Hypnose-Analgesie (DePascalis et al., 2001).

Folgerungen

Die Experimente lassen den Schluss zu, dass Hochsuggestible über eine spezielle Art der kognitiven Verarbeitung verfügen, die durch fokussierte Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitsablenkung (z. B. DePascalis & Penna, 1990) und holistisches Denken gekennzeichnet ist (Crawford, 1996; Crawford & Allen, 1983); sie erleben spontan in ihren Vorstellungen mehr ganzheitliche Bilder und komplexe Eindrücke. Im Kontrast dazu stehen die Personen, die sich mehr abgegrenzte Einzeleindrücke vorstellen können, die sie dann allmählich zu einem Gesamtbild zusammenstellen.

7.5.3 Spezielle Gehirnfunktionen und Fragestellungen mit Hypnose

Filterfunktionen im Gehirn

Im → Hippocampus werden Schaltprozesse vermutet, die mit Hypnose verbunden sind (Bányai, 1991). Hier erfolgt die Organisation des bewusstseinsfähigen, deklarativen Gedächtnisses, die bestimmt, »welche Wahrnehmungsinhalte *wo* und *in welcher Weise* bzw. *in welchem Kontext* in den unterschiedlichen Gedächtnissen niedergelegt werden« (Roth, 2001, S. 160). In enger Kooperation mit dem emotionalen Gedächtnis kontrolliert der Hippocampus, was uns an Ideen und Vorstellungen einfällt. Zusammen mit dem → Temporallappen und dem → orbitofrontalen Kortex bestimmt er das autobiografische Gedächtnis. Er ist mit dem Thalamus das Tor zum Bewusstsein. Ebenso werden im Hypothalamus zentrale Schalt- und Filterfunktionen angenommen (Kossak, 1993; Rossi, 1986).

Aufmerksamkeit und Hypnose

Das menschliche Gehirn arbeitet ständig mit unterschiedlichen Aufmerksamkeitsystemen oder Netzwerken, die sogar bestimmten funktionalen und zellulären Gehirnarealen zugeordnet werden können.

Wie oben bereits dargelegt, wirkt sich Hypnose auf die Veränderung der Aufmerksamkeits-Systeme aus, indem die Aktivierung im anterioren Gyrus cinguli reduziert wird. Dort befinden sich viele dopaminerge Neuronen – und gerade das Dopamin-System ist am Aufmerksamkeitssystem beteiligt (Raz et al., 2004; Williams & Goldman-Rakic, 1998).

Hypnose fokussiert die Aufmerksamkeit

Verbunden mit der Reduktion des kritischen Urteilsvermögens nimmt auch die Genauigkeit der Bewertung ab. Verbunden mit dem Augenschluss kann das posteriore Vigilanz- und Aufmerksamkeitszentrum nahe am occipitalen Kortex hemmen. Dadurch verschiebt sich die Aufmerksamkeit mehr anterior, was den Aufmerksamkeitsfokus einengt und die Aktivität steigert. Ähnlich wie beim Schlaf entwickeln sich dann Innenbilder, so als ob sie von außen empfangen würden. Dies wiederum bewirkt einen Anstieg der ERP-Amplitude (Spiegel, 2003).

Aufmerksamkeitsnetzwerke und ihre neurophysiologische Korrelate

Posner und Petersen (1990) unterscheiden drei funktionale und anatomische Aufmerksamkeitsnetzwerke, die von Fan et al. (2001) hirnpfysiologisch mit fMRT nachgewiesen werden:

(1) Wachsam sein. Innerer Zustand bei der Vorbereitung auf die Wahrnehmung eines Reizes. Aktivierung der rechten frontalen und parietalen Bereiche.

(2) Orientieren. Leitet vom Bezugspunkt zu wahrnehmbaren Objekten. Aktivierung des pulvinaren superioren Colliculus (= posteriore Teile des Thalamus), des superioren parietalen Lobus und der frontalen Augenfelder.

(3) Selektieren. Auswahl treffen zwischen Handlungen, die in Konflikt stehen. Tätigkeit des anterioren cingulären Gyri.

Jedes dieser Systeme hat unterschiedliche chemische Neuromodulatoren (Marrocco & Davidson, 1998). Zwischen diesen Aufmerksamkeitsmechanismen und Hypnosemechanismen besteht ein deutlicher Zusammenhang (Raz, 2005).

Unaufmerksamkeitsblindheit

Bei starker fokussierter Aufmerksamkeit auf einen Reiz selektiert das Gehirn und nimmt dann andere parallele ablaufende Reize nicht oder kaum bewusst wahr (Mack & Rock, 1998; Simons & Chabris, 1999). Deshalb wird während eines spannenden Basketballspiels ein Mann, der im Gorillakostüm über das Spielfeld geht, nicht wahrgenommen. Dieses Phänomen kann durch Überladung zur Aufmerksamkeitsdistraktion führen und damit weg von Negativereignissen wie z. B. Schmerz genutzt werden. In Hypnose erfolgt die Überladung z. B. durch Verwirrtechniken, intensiven, verwirrenden Induktionen oder Doppelinduktion (vgl. Abschn. 2.8).

Hypnose und Gedankenunterdrückung

»Denke an *keinen* Eisbären« (Dostojewsky, 1863) führt dazu, dass häufiger an dieses Tier gedacht wird. Aus einigen Untersuchungen ist abzuleiten, dass dieses Unterdrücken von (bestimmten) Gedanken zu ihrer erhöhten bewussten Verfügbarkeit beiträgt, besonders wenn zusätzliche kognitive Beanspruchungen vorliegen (Wegner, 1994; Wehner et al., 1987). Hier handelt es sich jedoch nicht um die von Freud (1925) gebrauchte Verneinung, die eine Verdrängung darstellt oder im Witz (Freud, 1940) genannt wird.

Negativformulierungen – ironischer Effekt – Gedankenunterdrückung

Bei der Unterdrückung unerwünschter Gedanken tritt der sog. *ironische Effekt* auf. Er beinhaltet zwei Vorgänge (Wenzlaff & Wegner, 2000):

Der *intentionale kontrollierende Handlungsprozess* hindert den unerwünschten Gedanken daran, ins Gedächtnis zu kommen, indem er nach alternativen Gedanken sucht.

Der *automatische ironische Überwachungsprozess* arbeitet dabei simultan außerhalb des Bewusstseins und sucht nach dem unerwünschten Gedanken.

Wenn das Ziel automatisch gefunden wurde, setzt die kontrollierte Distraktorsuche ein (= Ablenkungssuche), um den Gedanken loszuwenden. Dieser Gesamtprozess führt dann ironischerweise dazu, zunehmen empfindsamer für genau den unerwünschten Gedanken zu werden (= Hyperakzessibilität).

Deshalb sind Negativsuggestionen wie »Sie erinnern sich *nicht* an ...« oder »Sie haben *keine* Angst im Examen« kontraproduktiv. Sie rufen die implizierten Assoziationen erst recht wach.

Die Gedankenunterdrückung erfolgt nicht, wenn kognitive Anforderungen auftreten oder wenn die (bewusste) Unterdrückung aufhört, weil der Überwachungsvorgang dann weiter nach dem unterdrückten Wort sucht und es dann bewusst wird. Im Alltagsleben hilft hier, die Person entweder nach ihrem letzten Urlaub zu fragen (= kognitive Anforderung, Distraktor) oder einfach etwas anderes zu tun (Ablenkung), bis dann die richtige Erinnerung möglich wird.

In Hypnose erfolgen bei Bedarf starke Anforderungen, die der Gedankenunterdrückung entsprechen können, wie z. B. Dissoziation, Distraction hin zu anderen Themen oder Innenbildern oder posthypnotische Amnesie.

Hypnotisierbarkeit

Bei der Suggestion der Gedankenunterdrückung zeigen Hochhypnotisierbare keinen besseren Zugang zum unterdrückten Erinnerungsmaterial; Geringhypnotisierbare dagegen finden nach der Hypnose erhöhten Zugang zu den unterdrückten Inhalten, was auch der Reaktion ohne Hypnose entspricht. Eventuell können Hochhypnotisierbare ihre kognitiven Anforderungen besser verarbeiten oder sie neigen generell zur Unterdrückung (Bryant & Sindich, 2008). Untersuchungen legen nahe, dass mit Hypnose Gedankenunterdrückung sogar verbessert werden kann (Bryant & Wimalaweera, 2006).

Realitätsverlust unter Hypnose?

Oft wird die Frage gestellt, ob in Hypnose ein Realitätsverlust erfolgt.

Die Reaktionen auf Hypnose-Suggestionen werden oft als Realität wahrgenommen, d. h. die Person glaubt an deren Realgehalt (Kihlstrom & Hoyt, 1988), auch wenn ihre Erfahrung dem entgegen steht (Bryant & McConkey, 1989). Die Bewertung, dass etwas *außerhalb* der Hypnose als real erlebt wird, erfolgt aufgrund von Details im Kontext und der Wahrnehmung (Johnson et al., 1993). Daraus kann evtl. auf eine anormale Verarbeitung der Realitätskontrolle geschlossen werden. Also müssen in Hypnose Prozesse ablaufen, die den Eindruck der Realität vermitteln.

Nur Hochhypnotisierbare glauben, dass sowohl eine suggeriertes als auch ein projiziertes Bild real sind (Bryant & Mallard, 2004). Demnach ist der Glaube an eine Realität in Hypnose von der Fähigkeit abhängig, von einem inneren Erlebnis absorbiert zu werden (Sutcliffe et al., 1970).

Reduktion der Kritikfähigkeit unter Hypnose?

Ein großer Anteil der Hypnosewirkung besteht darin, die Worte der Suggestionen unkritisch zu akzeptieren, so Schmerzreize nicht wahrzunehmen oder eine Landschaft zu halluzinieren. Verbale Informationen haben dann Vorrang vor der kognitiven Kontrolle über die Möglichkeit der Realisierung und über vorhandene Erfahrungen. Demnach erfolgt u. a. eine Aufmerksamkeitsverlagerung der Wahrnehmung und die Innenbilder haben nun Wirkung auf die verbale Verarbeitung – ohne Hypnose wäre es umgekehrt (Nordby et al., 1999). Die Suggestionen bewirken demnach Top-down-Veränderungen (s. Abb. 7.6).

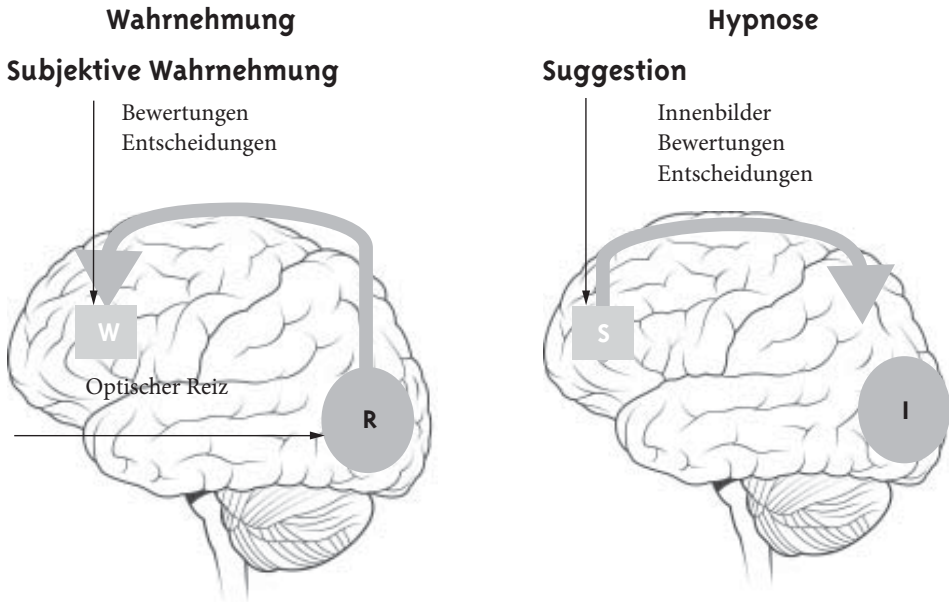


Abbildung 7.6 Hypnosewirkung: Aufmerksamkeitsverlagerung, Umkehr von Information und Verarbeitung. Links: Der objektive optische Reiz (R) im primären visuellen Kortex bewirkt über die Verarbeitungsmodi im dorsolateralen Kortex die subjektive Wahrnehmung (W), verbunden mit Bewertungen und Entscheidungen. Rechts: Die Verbalsuggestion (S) der Hypnose bewirkt über den präfrontalen Kortex Innenbilder (I) in relevanten Hirnarealen, die ihrerseits Einfluss auf Bewertungen und Entscheidungen nehmen

Hypnotischer Konflikt

Durch Hypnose-Suggestionen wie die der Amnesie oder Halluzination können ggf. Konflikte zwischen objektiver Stimulation und subjektiver Empfindung vorliegen. Zur Erklärung dieser Konflikte können wir unterschiedliche Modelle anführen:

- So stellt McConkey (1983) fest, dass die Versuchspersonen meist auf die letzte Kommunikation mit dem Hypnotiseur reagieren, was auf die Wirkung des Anforderungscharakters schließen lässt.

- ▶ Mallard und Bryant (2006) verwenden zu ihrer Untersuchung optische Halluzinationen bzw. hypnotische Blindheit. Bei erhöhtem Konflikt berichten die Versuchspersonen von verminderter Blindheit. Auch hier kann die Reaktion auf den hypnotischen Konflikt mit dem Aufforderungscharakter der Suggestion erklärt werden.
- ▶ Hypnose bewirkt eine funktionale Dissoziation, indem sie die Prozesse der Konfliktbewältigung (anterioren cingulären Kortex) und der kognitiven Kontrolle (lateralen frontalen Kortex) entkoppelt (Egner et al., 2005).

Neurobiologische Ergebnisse und Erklärungen

Während der Ausübung willentlicher Handlungen erfolgt die Aktivierung des frontalen Kortex (Crawford, 1996). Hochhypnotisierbare zeigen bei bestimmten Suggestionen tatsächlich eine Gehirnaktivität, die auch bei verstärkter Planung oder Entscheidungen auftritt. Im Lobus frontalis sind inhibitorische Mechanismen wirksam, die das Planen von Verhaltensweisen kontrollieren und die Realität überprüfen (Wagstaff, 2000). Der orbito-frontale Kortex ist dadurch mit der Kritikfunktion befasst, so bei sozialer Anpassung und z. B. der Kontrolle von Stimmungen und Bedürfnissen, also Eigenschaften, die man als Persönlichkeit einer Person bezeichnet. Er hat enge Verbindungen mit der Amygdala, dem Hypothalamus, dem Hirnstamm und dem retikulären Aktivierungssystem (Cavada & Schultz, 2000). Der Bereich ist in der rechten Hirnhemisphäre größer und übt Kontrolle auf das limbische System und die autonomen Nervenfunktionen aus.

Selektive frontale Hemmung durch Hypnose – Beispiele

Wesentlich für Hypnose ist die selektive Inhibition oder der Abkoppelung der frontalen Funktionen von den posterioren und subkortikalen.

- ▶ Einschränkung der verbalen Gewandtheit – linker dorsolateraler präfrontaler Kortex (Gruzelier & Warren, 1993)
- ▶ Einschränkung haptischer Unterscheidungsfähigkeit – fokale linksseitige Hemmung, korreliert mit Hypnosetiefe (Gruzelier et al. (1984)
- ▶ Aufhebung der Fehlerentdeckung – Kontrolle im präfrontalen Bereiche (Kaiser et al., 1997)
- ▶ Verminderte Kritikfähigkeit – verminderte Verbindung zwischen dorsolateralem präfrontalem Kortex und dem anterioren Cingulus (z. B. Nordby et al., 1999; Gruzelier, 1998).

Hypnose als Fremdsteuerung?

Wird in Hypnose die Suggestionen gegeben, eine Bewegung sei von außen (z. B. durch einen Alien) gesteuert, erfolgt eine selbstproduzierte Handlung, die man auf eine externe Quelle zurückführt. Ähnliche Reaktionen erfolgen auf die Suggestionen, der Arm werde leichter, da er von einem Ballon emporgehoben wird. Die PET-Gehirn-Untersuchungen während dieser Handlungen zeigen: Identische aktive Bewegungen

werden im Gehirn sehr unterschiedlich verarbeitet, abhängig davon, ob sie als selbst- verursacht oder durch eine externe Kraft bewertet werden. Der parietale Kortex und das Cerebellum zeigen dabei jeweils unterschiedliche Aktivitäten (Blakemore et al., 2003). Daraus kann gefolgert werden, dass hypnotische Suggestionen die Überaktivität des cerebellar-parietalen Netzwerks bewirkt und dadurch selbsterzeugte Handlungen als external erlebt werden. Diese Überaktivität kann dann das Gefühl des »Fremd- gesteuerten« bewirken, die mit selbsterzeugten Bewegung assoziiert wird.

Folgerungen. Gerade die neuen Ergebnisse der Gehirnforschung belegen immer mehr, dass mit Hypnose in bestimmten Verhaltensbereichen ein besonderer Bewusstseins- zustand erreichbar ist (Kirsch, 2011). Letztlich stehen wir aber immer noch auf dem Forschungsstand, den Miller et al. bereits 1960 formulierten: »Das Hirn hat etwas mit [...] Geist zu tun.«

7.6 Veränderungen der Wahrnehmung

Die Entstehung von Wahrnehmung und ihre neuropsychologischen Mechanismen bzw. Korrelate stellen zahlreiche Fragen an den Wissenschaftler, so auch, ihre durch Hypnose bedingten Veränderungen zu erklären.

Optische Wahrnehmung und Gehirnverarbeitung

Bei der optischen Wahrnehmung liefert das Auge nur die Rohdaten, aus denen die Wahrnehmungs-Welt im Kopf konstruiert wird.

Die Zellfortsätze aus der Retina enden fast alle im Thalamus, im seitlichen Kniehö- cker (Corpus geniculatum laterale) im Mittelhirn. Dort verarbeiten bestimmte Gan- glienzellen z. B. Formen, Farben, Bewegungen, insgesamt 16 parallele Versionen eines

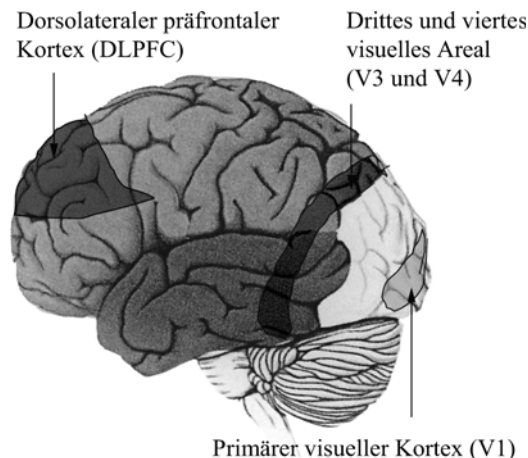


Abbildung 7.7 Neurobiologie der optischen Wahrnehmung. Über die Sehrinde (V1) und die visuellen Areale (V3 und V4) gehen die Informationen bis zum präfrontalen Kortex, bis eine bewusste Wahrnehmung erfolgt

Bildes (Nassi & Callaway, 2009). Hier kommen auch Verbindungen aus der Sehrinde an, die erst später Sinneseindrücke verarbeiten, aber hier schon in einer Feedbackschleife bestimmen, welche Informationen von dort aus weitergeleitet werden.

Bei der bewussten Wahrnehmung ist der dorsolaterale präfrontale Kortex (DLPFC) besonders aktiv. Hier kommen bereits vorverarbeitete Sinnesinformationen aus z. B. der Sehrinde an und werden mit Gedächtnisinhalten und emotionalen Bewertungen verbunden. Auch in den dritten und vierten visuellen Arealen (V3, V4) erfolgt bewusstes Sehen. Im primären visuellen Kortex (V1) dagegen erfolgt auch die Verarbeitung unbewusster Wahrnehmung. Die bewusste und unbewusste Wahrnehmung wird durch die unterschiedliche zeitliche Koordination verschiedener Großhirnbe-
reiche erzeugt (Melloni et al., 2007; Lau & Passingham, 2006). Bei unbewusster Wahrnehmung kooperieren benachbarte Hirnregionen, bei bewusster Wahrnehmung sind die daran wirkenden Bereiche über die gesamte Großhirnrinde verteilt (Melloni et al., 2007; s. Abb. 7.7).

! **Fazit.** Wahrnehmung ist eine Kombination eines sensorischen Inputs und der im Gedächtnis gespeicherten Bilder, die z. B. Mustererkennung ermöglichen (Kosslyn & Koenig, 1992). Damit ist die Wahrnehmung auch teilweise eine Halluzination; in Hypnose erfolgt dann ein Abgleich oder eine Rivalität zwischen Wahrnehmung und Imagination.

7.6.1 Halluzinationen

Definition

Positive Halluzination. Eine Person nimmt subjektiv einen suggerierten Reiz oder Sinneseindruck wahr und ist von dessen objektiver Existenz überzeugt, obwohl kein objektiv definierbarer Reiz vorliegt.

Negativer Halluzination. Eine Person nimmt als Auswirkung einer Suggestion einen objektiv definierbaren Reiz oder Sinneseindruck nicht wahr und ist davon überzeugt, dass dieser nicht vorhanden ist.

Seit dem 19. Jahrhundert sind Berichte über Halluzinationen während der Hypnose von wissenschaftlichem Interesse, so z. B. Binet (1884). Die Validität dieser Phänomene war zunächst allein durch den Verbalbericht der Versuchspersonen gegeben. In dieser Tradition entstanden Halluzinationsaufgaben, die noch heute in sehr vielen Hypnose- und Suggestibilitätsskalen enthalten sind (s. Kap. 5).

Positive Halluzinationen

Ob das subjektive Überzeugtsein von einer Wahrnehmung aufgrund einer Halluzination oder aufgrund eines objektiven Reizes zustande kommt, ist auf psychischer Ebene nicht immer eindeutig.

Eine Imagination dagegen wird eine Person stets als solche bezeichnen, ihren »Realitätsgehalt« jedoch hervorheben. Ihr »Wahrheitsgehalt« ist somit äußerst schwer zu überprüfen. Dies liegt sicherlich daran, dass internal erzeugte Vorstellungsbilder so verarbeitet werden, als seien sie von außen gegeben worden, was die Lebhaftigkeit der hypnotischen Imaginationen und der Halluzination erklären kann, die aus einer Ab- und Zunahme der sensorischen Aktivierung resultieren kann (Spiegel & Kosslyn, 2004, S. 124).

Durch motivierende Aufforderungen können akustische oder visuelle Halluzinationen produziert werden, die nicht unbedingt als solche, sondern auch als Imaginationen anzusehen sind (Barber & Calverley, 1964d). So können durch nonverbale Bestätigungen Berichte von »Halluzinationen« gesteuert werden (Dobie, 1959; Fisher, 1962).

Folglich können Hypnose-Suggestionen (Brady & Levitt, 1966), aber auch aufgabenmotivierende Instruktionen Halluzinationen bewirken (Hahn & Barber, 1966). Positive hypnotische Halluzinationen ähneln demnach kontextbezogenen Imaginationen, innerhalb derer erlebt und agiert wird – und die manchmal auch nur Gefälligkeitsreaktionen sein können (Spanos et al., 1982–1983). Simulanten reagieren bei aufgabenmotivierenden Suggestionen nur gut, wenn sie meinen, beobachtet zu werden. Dies lässt auf internal erzeugte Erfahrungsänderungen schließen und nicht nur allein auf Compliance (Perugini et al., 1998).

Das Fazit dazu wird von Jasiukaitis et al. (1997) gezogen: Die neurophysiologische Korrelate einer Halluzinations-Suggestion liegen in der linkshemisphärischen Überlegenheit, was stärkeren Planungsaktivitäten entspricht.

Insgesamt zeigen die evozierten ereigniskorrelierten Potenziale: Hypnose beinhaltet nicht Unaufmerksamkeit gegenüber Stimuli, sondern bewirkt eine Konkurrenz zwischen den Innenbildern und der Sinneswahrnehmung, wobei der sensorische Input reduziert wird (Spiegel, 2003).

Suggestionen von einschränkenden Halluzinationen reduzieren die Amplitude im evozierten ereigniskorrelierten Potenzial – negative Halluzinationen dagegen bewirken einen Anstieg (Jensen et al., 2001). Diese einschränkenden Suggestionen beinhalten z. B., ein Licht nur durch einen Vorhang zu sehen; dies kann evtl. keine eindeutige Aufforderung sein, eine lebhafte Imagination zu erzeugen und somit nicht unbedingt eine hirnpysiologische Veränderung im Sinne einer Wahrnehmung bewirken. Also ist die eindeutige Wortformulierung der Suggestion wichtig, die angemessenen »Wahrnehmungen« zu erhalten.

Negative Halluzinationen

Bei negativen Halluzinationen lassen sich die vorgegebenen objektiven Reize genau definieren und experimentell nutzen.

Berichte über die suggerierte Negation optischer Täuschungen sagen nichts über deren Validität aus (T. X. Barber, 1969; T. X. Barber & Calverley, 1964d; Miller, 1975). Die durch Hypnose bewirkten Veränderungen können auch auf Figur-Grund-Unterschiede und die geänderte Aufmerksamkeitsrichtung zurückgeführt werden (Blum et al., 1981).

Kippfiguren sind sog. instabile Gebilde, da sich nach längerem Betrachten die subjektiv empfundene Räumlichkeit des Gebildes verändert, so z. B. die Schröder-Treppe. Durch die suggerierte Negation der Räumlichkeit kann ihre Kippfrequenz bestimmt werden, aber auch durch optische Gestalten in der Nachbarschaft der Figuren (Distraktoren), die die selektive Aufmerksamkeit beeinflussen (Wallace, 1988).

Das differenzierte Untersuchungsdesign von Spanos et al. (1992) legt die Annahme nahe, dass die Versuchspersonen allgemein ihre in Hypnose gemachten Erfahrungen uminterpretieren, also den situativen Anforderungen folgen. Die Ergebnisse lassen als Erklärung auch zu, dass willentliche okulomotorische Strategien (wie z. B. unfokussierter Blick) und/oder Aufmerksamkeitsstrategien benutzt werden (Perlini et al., 1996).

Die bislang subjektiven Berichte von der Wirkung objektiver physikalischer Stimuli können mittels evozierter Potenziale (EP) objektiviert werden und zeigen, dass bei der Suggestion negativer Halluzinationen eine Aufmerksamkeitsumlenkung weg vom visuellen Stimulus hin zu Imaginationen erfolgt, um dadurch eine Wahrnehmungsverzerrung zu bewirken (Perlini et al., 1996).

Gehörhalluzinationen treten auch in Abwesenheit externaler Stimuli auf, werden also durch neurale Aktivitäten des auditorischen Kortex generiert und können sowohl bei Gesunden als auch bei Kranken auftreten. Auslöser können Drogen, Intoxikation, Delir und Psychosen sein. Der auditorische Kortex ist auch bei Gesunden während der Stille aktiviert. Das fMRT zeigt, dass diese Aktivitäten bilateral sind, mit fokussierten Spontanaktivitäten im linken primären und assoziativen auditorischen Kortex und im anterioren cingulären Kortex. Das heißt, das Gehirn hält im »Leerlaufmodus« ein Substrat für die Entstehung von akustischen Halluzinationen bereit (Hunter et al., 2006).

Hypnotische Halluzination und hypnotische Delusion

Cox und Barnier (2010) zeigen durch ihr Experiment auf, dass zwischen Hypnose-Halluzinationen und → Delusion Ähnlichkeiten bestehen, so z. B. im Widerstand, sie in Frage zu stellen. Auf die Hypnose-Suggestion, eine fremde Person anstatt sich selbst im Spiegel zu erblicken, sehen die Hochhypnotisierbaren diese fremde Person, die anders aussieht als sie selbst, und können deren Anwesenheit erklären. Einige behalten diesen Eindruck trotz Widerlegungen bei. Dies weist darauf hin, dass Hypnose evtl. zur Erforschung der Delusionen verwandt werden kann (Barnier et al., 2011).

7.6.2 Hypnotische Farbenblindheit

In seinen Hypnoseexperimenten erzeugte Erickson (1939) unterschiedliche Formen der Farbenblindheit. Er folgerte daraus, dass durch Hypnose eine identische Farbungtauglichkeit produziert werden könne wie z. B. bei Rot-Grün-Blindheit. Diese These konnten später jedoch nicht bestätigt werden.

Allein die Aufforderung zum hypnotischen Rollenspiel, »farbenblind sein«, bewirkt entsprechende Reaktionen (Bravin, 1959), wobei die »Farbenblindheit« allerdings von den einzelnen Versuchspersonen sehr unterschiedlich realisiert wird (Cunnigham & Blum, 1982).

Eine unter → PET-Analyse gegebene Suggestion zur Farbenblindheit bewirkt eine Aktivität in der linken Hirnhemisphäre und lässt auf neuropsychologische Korrelate der Hypnose schließen (Kosslyn et al., 2000) und/oder auf kognitive und soziale Steuermechanismen.

Die o. g. Konkurrenz zwischen Innenbild und Sinneswahrnehmung wird weiter durch die nachfolgenden Untersuchungen deutlich. Erfolgen bei der Vorlage von Farb- und Graumustern Suggestionen, alle in Farbe oder in Grautönen zu »sehen«, zeigen die Hochhypnotisierbaren in der PET-Untersuchung bei beiden Mustern im links- und rechtshemisphärischen Farbareal Aktivitäten. Bei der Suggestion, nur Grautöne zu sehen, kommt es dort zur Aktivitätsabnahme. Bei der reinen Imagination von Farb- und Grautönen ohne Hypnose erfolgen keine Aktivitätsveränderungen im Farbareal. Aber Imaginationen mit und ohne Hypnose bewirken sie in der rechten Hemisphäre. Demnach bewirken subjektive Erfahrungen in Hypnose Änderungen der Gehirnfunktion, ähnlich denen der realen Wahrnehmung (Kosslyn et al., 2000).

7.6.3 Hypnotische Blindheit

Der Fall von Pattie (1935), in dem seine Versuchsperson in Hypnose einäugige Blindheit aufwies, erregte Aufsehen. Dieses Ergebnis stellte sich jedoch als Auswirkung des Versuchsplans und als Trainingseffekt heraus (Bowers, 1976). Man stellte fest, dass »hypnotische« Blindheit auch durch andere als hypnotische Instruktionen zu bewirken ist (Cooperman, 1982; Cruickshank, 1937) und dass durch die Suggestion der Blindheit visuell evozierte Potenziale (VEP) sich nicht signifikant von denen der Kontrollgruppe mit »Wachbedingungen« unterscheiden (Zakrzewski & Szelemberger, 1981).

Somit erzeugen Suggestionen per se oder unter Hypnosebedingungen je nach Art der gestellten Anforderung Wahrnehmungsbeeinflussungen, bei denen selektive Verarbeitungsprozesse möglich sind: Während der hypnotischen Blindheit erfolgen Wahrnehmungen; wesentlich ist lediglich der kognitive Verarbeitungsstil, der zum Glauben an hypnotische Blindheit führt. Er beeinflusst auch den Bericht über die hypnotische Blindheit (Bryant & McConkey, 1989, 1990; Spanos, 1986). Psychogene Blindheit und ihre Behandlung mit Hypnose ist in Abschnitt 23.12.5 dargestellt.

7.6.4 Hypnotische Taubheit

Bereits Dynes (1932) zeigt, dass sich Versuchspersonen in Hypnose bei einem Pistolenschuss nicht erschrecken, sich jedoch nach dem Experiment an den Knall erinnern können. Die Wirkung von Konditionierungen ist hier naheliegend. Aus den Experimenten von Erickson (1938a, b) ist Ähnliches abzuleiten. Bei der von Pattie

(1950) bewirkten monauralen Taubheit können die Versuchspersonen sein Experiment durchschauen. Zur Objektivierung wird das verzögerte auditive Feedback (delayed auditory feedback, DAF) benutzt, das bei hypnotisch »tauben« Versuchspersonen die gleichen Effekte aufzeigt wie bei hörenden (Kline et al., 1954; Suttcliffe, 1961). Die Replikation erbringt eine subjektive Intensitätsveränderung im Sinne einer partiellen Taubheit, die bei entsprechender Suggestion auch ohne Hypnose auftritt (Barber & Calverley, 1964c).

Patterson et al. (1967) konditionieren auf einen bestimmten Ton (hohe Frequenz) einen Schmerzreiz. Auf den konditionierten Reiz »hoher Ton« reagiert die Versuchsperson dann mit Herzfrequenzerhöhung und Veränderung der elektrischen Hautleitfähigkeit (PGR = psychogalvanische Reaktion). Töne anderer Frequenzen rufen keine physiologischen Veränderungen hervor. Erhalten die Versuchspersonen dann die hypnotische Suggestion der Taubheit für diese spezifische Tonfrequenz, so sind physiologische Furcht-Reaktionen festzustellen. Das Experiment zeigt, dass alle Frequenzen wahrgenommen werden, um sie unterscheiden und dann darauf reagieren zu können. Da die Versuchsperson auf den hohen Ton mit Veränderung der Herzrate reagiert, liegt hier keine → afferente Blockade vor, sondern zwischen Trommelfell und Herz muss ein verändernder Prozess eingesetzt haben. Wahrscheinlich erfolgt eine Verarbeitung, die in subkortikalen Zentren in Form eines Informationsfilters wirkt (Crawford et al., 1979; Paterson et al., 1965; s. Abb. 7.8 und 7.9).

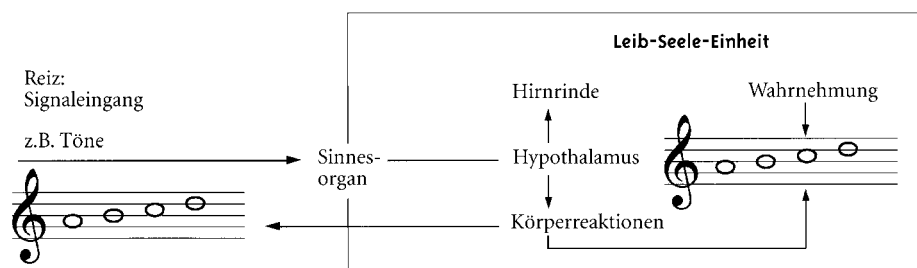


Abbildung 7.8 Normale Verarbeitung. Die afferenten Signale werden verarbeitet und weitergeleitet: Alle Töne werden wahrgenommen, siehe rechts

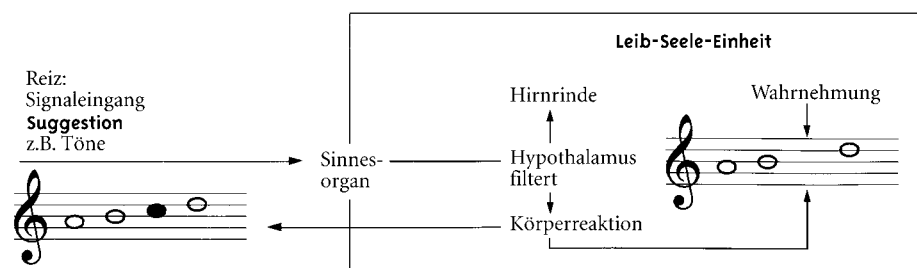


Abbildung 7.9 Suggestion der Taubheit für einen Ton. Es erfolgt die Suggestion, einen bestimmten Ton nicht wahrzunehmen (schwarz gezeichnete Note links). Das Tonsignal im Ohr erreicht den Hypothalamus. Dort bewirkt die Suggestion eine afferente Filterung, und der entsprechende Ton wird nicht bewusst wahrgenommen; auf ihn wird nicht reagiert (nach Kossak, 1991c, S. 153)

Nash et al. (1987) fanden heraus, dass hypnotisierte Personen mit Taubheitssuggestion dargebotene Wörter als strategisches Vorgehen innerhalb des Hypnosekonzeptes vermeiden (s. a. Spanos, 1982), um den Erwartungen des Hypnotiseurs gerecht zu werden. Die Vermeidung phonetischer Reaktionen weist auf den bewussten Versuch hin, taub zu erscheinen.



Möglicherweise ist das Problem der hypnotischen Taubheit kein absolutes, da die Taubheit entweder gegenüber Veränderung der Lautstärke (Amplitude) oder gegenüber definierten Frequenzen oder Worten etc. suggeriert wird. Entsprechend sind die Verarbeitungsmodi durch andere Filter- und Verarbeitungsmechanismen denkbar.

7.6.5 Hypnotische Geruchsreduktion – Anosmie

LeCron (1973) berichtet von einer Fernseh demonstration, in der er seiner Versuchsperson eine negative Halluzination für Gerüche gegeben hat, verbunden mit der Instruktion, nur noch Parfüm riechen zu können. Er demonstriert damit die negative Halluzination gegenüber dem beißenden Amoniakgeruch. Als er vergaß, diese Halluzination zurückzunehmen, hielt sie über ein Jahr lang bis zum nächsten zufälligen Treffen mit der Person an; LeCron löste die Suggestion dann auf.

Barabasz und Lonsdale (1982) konfrontieren ihre Versuchspersonen mit den unterschiedlichen Intensitäten des Geruchsstoffes Eugenol und erteilen die Instruktion der negativen Halluzination. Die Hochhypnotisierbaren haben in Hypnose sowohl bei starken als auch bei schwachen Geruchskonzentrationen gegenüber den Geringhypnotisierbaren eine signifikante Zunahme der $\rightarrow$ P300 Amplituden (jeweils $p < .001$), nicht jedoch ohne Hypnose. Die geringsuggestiblen Versuchspersonen, die Hypnose zu simulieren hatten, zeigen in keiner der beiden Situationen EEG-Veränderungen.

Als Erklärungsansatz kann gelten: Durch Hypnose werden wahrscheinlich Filterprozesse gesteuert, die afferente Reize bewerten und sie als subjektive Wahrnehmung zulassen.

7.6.6 Analgesie und Anästhesie

Die experimentellen und grundlegenden Untersuchungen zur $\rightarrow$ Analgesiewirkung der Hypnose werden in diesem Kapitel behandelt, Schmerzprobleme in Abschnitt 22.3.

Zur besseren Objektivierung wird in den Experimenten primär mit kontrollierbaren Kältereizen (Eiswasser) gearbeitet (Barber & Hahn, 1962). Hilgard und Hilgard (1975) erreichen durch Hypnose-Suggestionen deutliche (verbal berichtete) Schmerzreduktion und nehmen die Dissoziation von Verarbeitungszentren an. Nicht-hypnotische Suggestionen erbringen jedoch die gleichen Wirkungen der Schmerzreduktion wie Hypnose oder Placebo (Barber, 1959). Spätere Untersuchungen zeigen allerdings, dass

bei den Hochhypnotisierbaren die Hypnose-Analgesie deutlich effektiver ist als die Placebobedingung (Spanos et al., 1989).

Berührungsempfindungen

Nur Hochhypnotisierbare zeigen nach einem Schock-Diskriminationstraining und der Suggestion der Unempfindlichkeit bei Berührungen veränderte evozierte Potenziale. Dies weist auf besondere kognitive Strategien hin (Perlini et al., 1996; Spiegel et al., 1989), wie z. B. nur angenehme Imaginationen aufkommen zu lassen oder sich vom Schmerzinhalt oder Schmerzgeschehen abzulenken, also an etwas anderes zu denken oder etwas anderes zu tun (z. B. Spanos et al., 1981). Da jüngere Kinder in Hypnose von weniger Schmerzreduktion berichten als ältere, kann dies ein Hinweis für erworbene Coping-Strategien sein (Zeltzer et al., 1989).

Schmerz – Neuropsychologische Aspekte

Suggestionen zur Reduktion der sensorischen Schmerzintensität (hypnotische Analgesie) erzeugen eine reduzierte Aktivität im S1-Bereich des somatosensorischen Kortex. Bei Suggestion einer höheren Schmerzintensität tritt die Aktivierung im Gyrus cinguli und im insularen Kortex auf. Dies kann bei Wiederholungen evtl. als Sensibilisierung oder Habituation wirksam sein (Hofbauer et al., 2001). Daraus kann abgeleitet werden, dass hypnotische Suggestionen zur Schmerzreduktion eine reduzierte Aktivität des anterioren Gyrus cinguli bewirken und dadurch zur Wahrnehmungsveränderung führen, d. h., der Schmerz-Reiz durch die Suggestion wird subjektiv anders oder reduziert wahrgenommen (Spiegel & Spiegel, 1987).

Faymonville et al. (2003) leiten von ihren Untersuchungen zur hypnotischen Analgesie ab, dass der mittlere cinguläre Kortex das Zusammenwirken der Gehirnteile erhöht, die Sensorik und affektive, kognitive und behaviorale Anteile der Schmerzwahrnehmung vermitteln. Dazu finden Crawford et al. (1993) im somatosensorischen und im orbito-frontalen Kortex eine erhöhte Aktivierung. Diese Ergebnisse scheinen sich zu widersprechen; es kann aber auch möglich sein, dass diese Versuchspersonen den Schmerz erwarten und dadurch eine Aktivierung des sensorischen Kortex erfolgt – so wie bei bildhaften Vorstellungen (Spiegel & Kosslyn, 2004).

Imaginationen (bildhafte Vorstellungen) und Hypnose sind jedoch nicht identisch, aber *visuelle* Wahrnehmungen und bildhafte Vorstellungen basieren auf gemeinsamen Aktivierungen derselben Gehirnsystemen (Kosslyn et al., 2001). Die Untersuchungen dazu sind jedoch noch relativ widersprüchlich.

Bei der Schmerzverarbeitung kommt dem anterioren cingulären Kortex (ACC) die Aufgabe zu, sensorische, exekutive, aufmerksamkeitsbezogene, emotionale und motivationale Komponenten des Schmerzes zu integrieren (Mohr et al., 2005).

Hypnotisierbarkeit. Bei Schmerzreizen haben Hochhypnotisierbare in den ereignisbezogenen Potenzialen deutliche Veränderungen im → Kortex anterioris frontalis; dieser ist an inhibitorischen Verarbeitungsschleifen beteiligt, die ihrerseits mit thalamo-kortikalen Aktivitäten verbunden sind (Crawford et al., 1998). Hochhypnotisier-

bare haben insgesamt in diesen Experimenten und in Entspannung eine deutlich höhere Theta-Aktivität → parietal und → occipital als Geringhypnotisierbare (Freeman et al., 2000). Allgemein liegt eine höhere Schmerztoleranz bei erhöhter Theta-Aktivität vor (Larbig, 2002). Die Schmerzintensität hat ihre kortikale Repräsentation wahrscheinlich im → Gyrus postcentralis (Heinrichs et al., 1997).

Aufmerksamkeit. Ereignisbezogene Potenziale lassen den Schluss zu, dass in der → Hypnose-Analgesie und der → Aufmerksamkeitsdistraktion jeweils andere Mechanismen wirksam sein können (Friedrich et al., 2001; zur Aufmerksamkeit und Hypnose s. a. Abschn. 7.5.3). Bei Stimulation des → nocizeptiven Spinal-Reflexes (R-III) ist → Hypnose-Analgesie wirksam. Der R-III wird durch absteigende nociceptive Mechanismen gesteuert, die in höheren Hirnregionen die Bewusstheit des Schmerzreizes regeln – was für Hilgards Theorie spricht (Kiernan et al., 1995; s. Abschn. 2.3 und 7.8.2).

Allgemein wird bei Hypno-Analgesie eine Anhebung der Schmerzschwelle angenommen, die individuell bedingt ist durch Aufmerksamkeitsablenkung, Inhibition, Steigerung der motorischen Reaktionen (Danziger et al., 1998) oder durch eine hypnosebedingte Unaufmerksamkeit.

! Insgesamt wird bei Hypnoseinterventionen zur Schmerzbewältigung das → Limbische System aktiviert, verbunden mit einer Inhibition präfrontaler Areale (DeBenedettis, 2001). Der frontale Kortex hat bei der Steuerung nocizeptiver thalamo-kortikaler Aktivitäten wahrscheinlich eine Filterfunktion (Heinrichs et al., 1997).

Handschuhanästhesie

Der Handschuhanästhesie-»Test« wird oft als deutlicher Indikator der veränderten Schmerzwahrnehmung angeführt: Entsprechende verbale Suggestionen bewirken eine Schmerz- und Berührungsunempfindlichkeit über die gesamte Hand oder sogar den Unterarmbereich.

Suggestion

Instruktion zur Handschuhanästhesie (Hartland, 1973, S. 144 f.)

»Sie sind nun so tief eingeschlafen, ... dass nun alle Gefühle aus Ihrer linken Hand weichen.

Sie werden dazu in der Lage sein, nichts mehr in Ihrer linken Hand zu spüren ... Denken Sie einfach an Ihre linke Hand, wie sie ganz taub wird ... so als ob sie eingeschlafen ist.

Allmählich ... wird sie tauber und tauber ... und alle Gefühle sind daraus gewichen.

Und während ich zu Ihnen spreche, ... fühlt sich Ihre linke Hand nun noch kälter und kälter an ... als ob sie mit Eis umgeben ist.

Sie haben das Bild vor sich, wie Ihre Hand rundherum in Eis gepackt ist ... und während Sie das tun, fühlt sie sich kälter und kälter an ... immer tauber und gefühlloser. Und sobald Sie merken, dass Ihre Hand sich ganz kalt und taub anfühlt ... heben Sie bitte Ihre andere Hand hoch. (Der Therapeut wartet dies ab.)

Ihre Hand ist nun so kalt und taub, ... dass Sie nun keine Gefühle mehr darin haben. Bald werden Sie auch keinen Schmerz mehr darin spüren, ... überhaupt keinen Schmerz.

In ein oder zwei Augenblicken ... werde ich langsam bis drei zählen. Und wenn ich dann die Zahl drei erreicht habe, ... wird Ihre Hand vollkommen gefühllos für Schmerz sein ... und Sie werden keinen Schmerz in Ihrer Hand spüren können.

Eins ... kälter und kälter ... immer tauber und gefühlloser ... verlieren aller Schmerzwahrnehmung.

Zwei ... Ihre Hand ist nun vollkommen taub und leblos ... da ist überhaupt kein Gefühl mehr drin ... so als ob sie eingeschlafen ist.

Drei ... Ihre Hand ist vollkommen taub ... kalt ... und gefühllos ... und Sie fühlen überhaupt keinen Schmerz darin.»

Die Aufhebung der Analgesie wird durch die nachfolgende Instruktion bewirkt:

»In wenigen Augenblicken ... fühlt sich Ihre linke Hand wieder ganz normal an ... sie wird wärmer und wärmer ... und das Taubheitsgefühle entweicht aus ihr ... und sie ist nun völlig normal ... genauso wie Ihre andere Hand. Alle Gefühle sind wieder da ... und Sie können nun wieder alles spüren, genauso wie in Ihrer anderen Hand.«
(Hervorhebungen wurden beibehalten.)

7.6.7 Veränderung des Körperschemas

Hypnotisierte Personen berichten relativ häufig über eine veränderte Wahrnehmung ihres Körpers oder ihres Körperschemas, so z. B. über Größen- und Proportionsveränderungen (Barber & Calverley, 1969).

Bongartz (1983) führt hierzu ein Experiment zur Diskriminationsmessung von Berührungsreizen durch und suggeriert in Hypnose eine subjektive Armverlängerung. Die Ergebnisse zeigen, dass dadurch die sensorische Ebene signifikant verändert wird, besonders bei Hochsuggestiblen.

7.6.8 Emotionale Unempfindlichkeit

Emotionale Unempfindlichkeit bewirkt reduzierte emotionale Reaktionsbereitschaft auf Stimuli, die normalerweise Emotionsreaktionen auslösen würden. Dieses auch bei psychischen Störungen auftretende Phänomen konnte mit seinen Mechanismen bislang wenig erklärt werden. Da hier eine emotionale Taubheit analog zur Analgesie erreicht wird, wird sie hier abgehandelt, auch wenn hier keine direkte Wahrnehmungsveränderung vorliegt.

Da emotionale Unempfindlichkeit durch Hypnose-Suggestionen herstellbar ist, dient sie auch zu ihrer Untersuchung (Bryant & McConkey, 1989c). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Emotionsreaktion unterschiedliche mentale Repräsentationen haben, die unabhängig voneinander wirken und voneinander dissoziiert werden können (Schacter, 1990). So kann das bewusste Erleben der Emotion von der semantischen Repräsentation des Emotionsinhaltes dissoziiert werden (Kihlstrom et al., 2000).

Zusätzlich ist aus der Tierforschung, von psychischen Störungen und der Neuropsychologie bekannt, dass auch unbewusste Emotionen das Verhalten und die Gedanken beeinflussen (z. B. Kihlstrom et al., 2000). So führen unterdrückte Emotionen bzw. emotionale Reaktionen zur Reduktion von Erinnerungen an einen emotionalen Film (Richards & Gross, 2000).

Die Hypnosesuggestion der emotionalen Unempfindlichkeit reduziert emotionale Reaktionen, den Eigenbericht dazu, den Gesichtsausdruck und das EMG der Gesichtsmuskeln (Bryant & Kapur, 2006). Diese Instruktion kann sogar das Emotionserleben auf unterschwellige aversive Reize schwächen (Bryant, 2005).

Zur Untersuchung der unterschweligen Projektion arbeitet Bryant (2005) mit emotional belastenden und neutralen Bildern in Verbindung mit Suggestionen der emotionalen Unempfindlichkeit; diese Suggestionen bewirken, dass die Versuchspersonen von den Bildern nicht so beeinträchtigt werden. Von Hochhypnotisierbaren wird diese Unempfindlichkeit stärker erreicht. Daraus kann gefolgert werden, dass diese Hypnose-Suggestion auf die Emotionsverarbeitung bereits im Bereich der vorgelagerten Aufmerksamkeit (präattentiv) sowohl implizit als auch explizit einwirkt (Bryant, 2005).

Möglicherweise verfügen die Hochhypnotisierbaren über kognitive Stile zur Begrenzung der Emotionsreaktionen (Bryant & Kapur, 2006). Die emotionale Unempfindlichkeit scheint sogar die Differenzierung zwischen semantischen und anderen Komponenten der Emotionsreaktionen zu ermöglichen (Bryant & Fearn, 2007).

Mit diesen spezifischen Hypnosesuggestionen können Emotionen der Furcht besser kontrolliert werden und autonome Reaktionen wie Blutdruck und Herzrate sinken dabei (Sebastiani et al., 2007).

7.7 Veränderungen von Gedächtnis und Zeiterleben

7.7.1 Altersregression

Als Altersregression werden jene Prozesse bezeichnet, die Erinnerungen an frühere Zeiten wachrufen. Dabei können unterschiedlich tiefe, komplexe und lebhafte Erinnerungen erreicht werden.

Die Neodissoziationstheorie sieht Altersregression als eine »Reorganisation psychobiologischer Systeme« (Foenander et al., 1980), die »Non-state«-Anhänger erklären sie als ein imaginatives Einbeziehen der Person (Barber, 1962), was jedoch nur bei sehr wenigen, besonders fantasiebegabten Menschen gut gelingt (Barber, 1999).

Beispiel

Orne (1988) interviewt einen Patienten in Altersregression, der plötzlich deutsch spricht. Es entsteht folgender Dialog:

Therapeut

»You understand English?«
»You speak English?«
»Do your parents speak English?«

Patient

»Nein.«
»Nein.«
»Ja, damit ich es nicht verstehen kann.«

Experimentelle Befunde

Ältere Untersuchungen sprechen sich dafür aus, dass in hypnotischer Altersregression die vergangene Realität erlebt wird (Orne, 1951). Bereits kurz darauf zeigen Schilder und Kauders (1956), dass jede hypnotische Altersregression nur teilweise erfolgt; die Person behält dabei ihren Kontakt zur Außenwelt bzw. zur Realität. Spätere Untersuchungen kommen zu weiteren differenzierten Ergebnissen.

Traumatisierung kann Reaktionen bewirken, die denen in Hypnose ähneln wie z. B. Amnesie, Dissoziation, Gefühllosigkeit, Stupor etc (Freinkel et al., 1995; s. Abschn. 7.7.4).

Wiedererleben traumatischer Erlebnisse

Bei Studien zur Erinnerung traumatischer Erlebnisse sind nach Analysen mit PET und fMRT folgende Gehirnareale und Funktionen nach emotionaler Induktion beteiligt (Vermetten & Bremner, 2004, S. 297):

Mediale präfrontaler Kortex (mPFC) – Allgemein bedeutsam bei der Emotionsverarbeitung.

Amygdala – Spezifische Rolle bei der Angstverarbeitung.

mPFC/subcallosealer Gyrus (Areal 25) – Beteiligt bei der Verarbeitung von Traurigkeit.

Okzipitaler Kortex (OC) und Amygdala – Aktiviert von emotionaler Induktion durch visuelle Stimuli.

Anteriorer cingulärer Kortex (ACC, Areal 32) und Insula – Induktion von emotionaler Erinnerung/Imaginationen und Induktion von emotionalen Aufgaben mit kognitiven Anforderungen.

Der Vergleich von Posttraumatischen Belastungsstörungen mit dem Wiedererleben emotional bedeutsamer Ereignisse in Hypnose zeigt eine Beteiligung ähnlicher Hirnstrukturen. Die Parallelität ist auch darin zu sehen, dass Patienten mit dieser Störung meist hoch hypnotisierbar sind, d. h., sie können ihre hypnotische Fähigkeit nutzen, um z. B. Schmerzen zu blockieren oder ihre Zeitwahrnehmung zu verändern (Vermetten & Bremner, 2004).

Folgerungen und Auswirkung

Bei der durchschaubaren Experimentalsituation kann Altersregression sogar eine Gefälligkeitsreaktionen sein (Barber, 1969).

Instruktionen zur Altersregression sind dann signifikant wirksamer, wenn sie individuell gestaltet und von erfahrenen Therapeuten gegeben werden; die Standardinstruktionen schneiden deutlich schlechter ab (Barabasz & Christensen, 2006).

Altersregression kann vor dem Hintergrund des zustandsabhängigen Lernens gesehen werden, da eine Wiederherstellung des damaligen Zustandes bewirkt wird (Bower, 1981; Eich, 1995). Dennoch entspricht das in Hypnose suggerierte frühere Alter nicht dem des tatsächlichen kindlichen Verarbeitens. Die hier gezeigten mentalen und physiologischen Verhaltensweisen sind weiterhin die eines Erwachsenen. Es erfolgt zwar die Rückkehr zu alten psychischen Strukturen, nicht jedoch zu früheren Entwicklungsstufen.

Priming

Durch einen vorgegebenen Reiz werden Gedächtnisinhalte aktiviert, die dann den nachfolgenden Reiz positiv oder negativ beeinflussen (engl. prime = vorbereiten, bahnen). Dieser primende Reiz aktiviert Kontextinformationen, die dann top-down bestimmen, mit welcher Geschwindigkeit der nachfolgende Reiz verarbeitet wird, ob er korrekt erkannt wird und wie er interpretiert wird. Besteht zwischen beiden eine semantische Beziehung (z. B. Geige, Noten), so wird im Rahmen des assoziativen Netzwerkes das Erinnern erleichtert und beschleunigt (Collins & Loftus, 1975; Neely, 1991; Palmer, 1975; Tulving & Schacter, 1990). Erickson nennt dies »Seeding«.

Beispiel

Meine Frau und ich sitzen in einem Museumscafé. Ohne ersichtlichen Anlass erzähle ich meiner Frau von Lese-Rechtschreib-Schwäche. Als die junge Bedienung zum Kassieren wiederkommt, stellt sich die heute 17-Jährige als frühere Klientin vor, die ich nach ungefähr fünf Jahre nicht wiedererkannt hatte. Sie hatte damals wegen ihrer Lese-Rechtschreib-Schwäche fördernde Unterstützung erhalten. Minimale unterschwellige optische Reize ihres Aussehens hatten meine Erinnerung aktiviert und mein Unterhaltungsthema beeinflusst.

In den letzten Jahren sind zahlreiche und unterschiedliche Formen des Primings festgestellt worden:

- ▶ *Affektives Priming*: Aktivierung von Gefühlszuständen
- ▶ *Semantische Priming*: Aktivierung begrifflicher Bedeutung
- ▶ *Response Priming*: Aktivierung von Folgeizen
- ▶ *Konzeptuelles Priming*: Erhöhte Identifikationswahrscheinlichkeit für Reize, die einer Kategorie (oder Konzept) gehören
- ▶ *Perzeptuelles Priming*: Erhöhung der Identifikationswahrscheinlichkeit für früher ganz oder in Teilen wahrgenommene Reize.

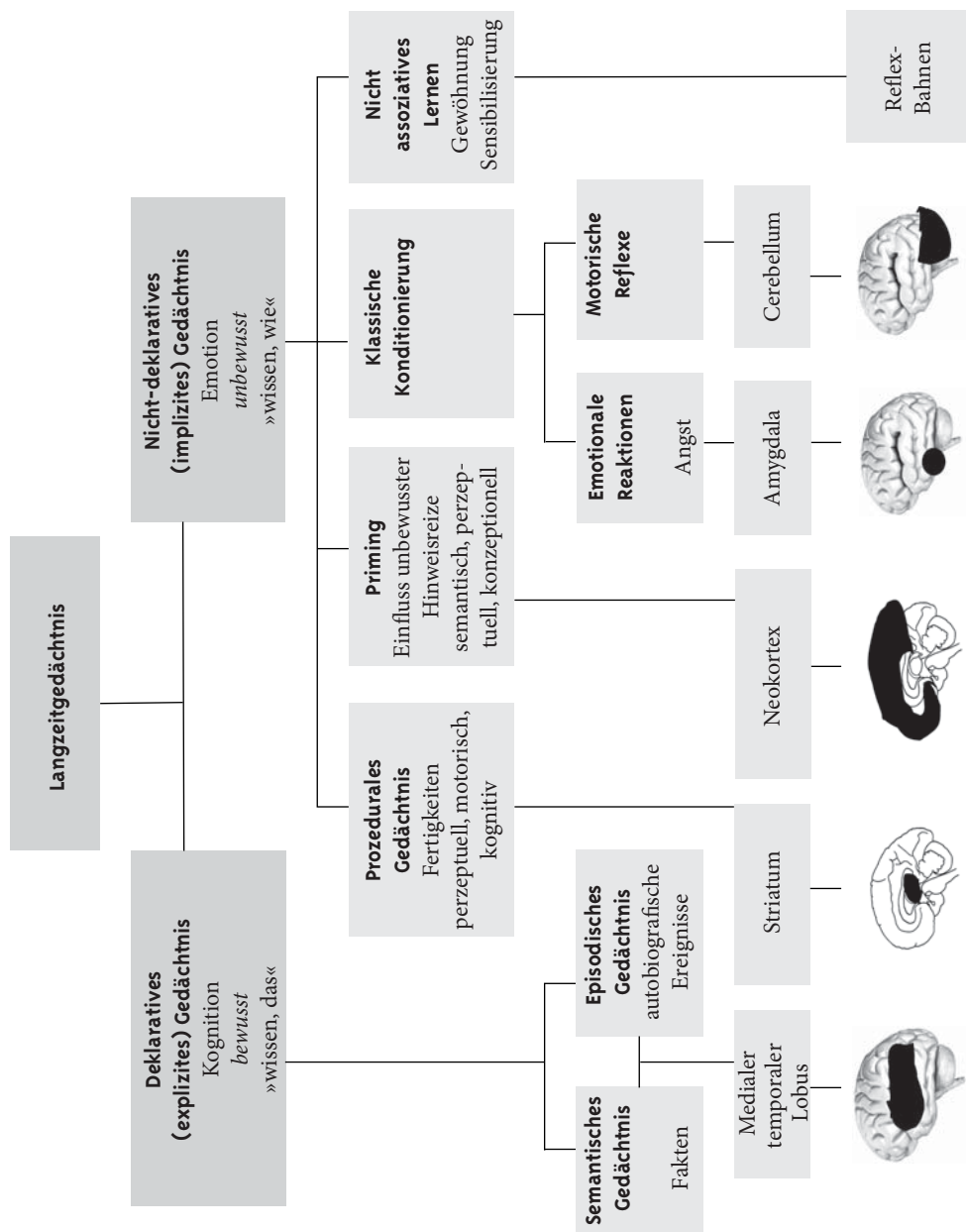


Abbildung 7.10 Aufteilung des Langzeitgedächtnisses in seine Unterfunktionen explizit und implizit. Je nach Gedächtnisinhalt werden sehr unterschiedliche Speicherplätze im Gehirn belegt. Durch spezielle Methoden können in Hypnose unterschiedliche der Speicher erreicht werden. Durch das Priming wird der Großteil des Neokortex nach relevanten Informationen abgesucht

Im Rahmen der Hypnose können gezielt gesetzte Reize (Worte, Metaphern, Geschichten, Gefühle, Gerüche etc.) komplexe Erinnerungen auslösen, so z. B. bei der Altersregression.

Werden durch Worte, Metaphern, Geschichten oder Suggestionen möglichst viele und typische Wahrnehmungen aus der damaligen Zeit angeregt (Wärme auf Omas Schoß, Geschmack des Puddings, Gefühl des Streichelns; VAKOG, s. Abschn. 2.8), können umso leichter die damit verbundenen Emotionen, Kognitionen und Attributionen etc. reaktiviert werden.

Fallbeispiele

Aufsehen erregend ist die Beobachtung von Kuper (1945): Bei einem 24-jährigen Patienten liegen eindeutige EEG-Veränderungen vor, die seit dem 18. Lebensjahr bestehen. In einer Altersregression weit vor dieses Alter sind die EEG-Muster normal, sie verändern sich jedoch, wenn der Patient in Hypnose das kritische Alter erreicht. Hier ist anzunehmen, dass unter der Entspannungsbedingung der Hypnose eine Wiederauffrischung der gesamten psychischen Belastungen und Emotionen stattfindet, die mit der damals bestehenden Vaterproblematik zusammenhängen und psychogene Krampfanfälle verursachten.

Durch Altersregression werden somit keine kindlichen EEG-Kurven bewirkt (True & Stephenson, 1951; McCraine & Crasilneck, 1955); diese können auch nicht durch akustisch evozierte Potenziale nachgewiesen werden (Aravindakshan et al., 1988).

Pajntar et al. (1980a) können durch Hypnose und Altersregression das neuromuskuläre System (quergestreifte und glatte Muskulatur) bedeutsam beeinflussen, so auch bei → Hemiplegie und → Hemiparese. In der Altersregression in die Zeit vor der Erkrankung wird eine Abnahme der spastischen Aktivitäten des Antagonisten und gleichzeitig die Aktivierung des Agonisten erreicht (Plajntar et al., 1980b, 1982). Plajntar et al. nehmen an, dass ideomotorische Systeme reaktiviert werden, die die kognitive und darauf folgend physiologisch-motorische Rekonstruktion vergessener Kontraktionen begünstigen.

Methoden und Instruktionen

Praxishinweis

Hinweise zum methodischen Vorgehen bei der Altersregression

- ▶ Geben Sie dem Patienten ausreichende Zeit, sich innerhalb dieses Altersbereiches zu orientieren. Unterstützend sind z. B. Imagination von Personen oder Gegenständen, Erinnerungsspuren unterschiedlicher Wahrnehmungsqualitäten.
- ▶ Sprechen Sie den Patienten je nach seinem Regressionsalter in Hypnose mit »du« an; der Gesamtkontext wird dadurch stimmiger.
- ▶ Verwenden Sie eine einfache und kindgerechte Sprache.
- ▶ Stellen Sie dem Patienten nur solche Aufgaben, die er im vorgegebenen Regressionsalter lösen und bewältigen kann; andernfalls können Irritationen auftreten.

Beispiel: Ein 20-jähriger Patient ist in der Altersregression im Altersbereich eines Erstklässlers und bekommt eine Multiplikationsaufgabe gestellt. Er ist sichtlich bemüht, irritiert und sagt dann: »Haben wir noch nicht gehabt.«

Von den zahlreichen Methoden der Altersregression sollen nur einige genannt sein.

Schreiben mit der ungewohnten Hand. Oft reicht es aus, den Patienten mit seiner ungewohnten (meist linken) Hand seinen Namen schreiben zu lassen. Dies löst bereits ohne Hypnose intensive Erinnerungen aus. So erinnert das ungelenke Schreiben viele an die ersten Schreibversuche und die damit verbundenen Erlebnisse wie Erfolg, Versagen, Hausaufgaben, Schulkasse, Lehrerin etc.

Oft schreiben Frauen spontan seit ihrer Heirat wieder ihren Mädchennamen. Eine Person schreibt zum eigenen Erstaunen in kyrillischer Schrift, eine andere Sütterlin-Schrift, die sie seit ihrer Kindheit nie mehr benutzten.

Rückwärtszählen von heute bis damals. Nach der Instruktion von Reiff und Scheerer (1959) zählt der Therapeut rückwärts, beginnend mit dem Alter des Patienten und verbindet damit die Suggestion, mit jeder Zahl immer jünger zu werden. »... Wenn ich dann Neun (o. Ä.) sage, werden Sie neun Jahre alt sein. Das wird dann Ihr neunter Geburtstag sein ...«

Wichtige Daten im Leben. Der Therapeut beginnt mit der Gegenwart und geht langsam an Lebensdaten orientiert rückwärts (wie z. B. letzte Weihnachten, das Staatsexamen, das Abitur, der 18. Geburtstag, der Einschulungstag), bis das relevante Regressionsalter erreicht ist. Der Therapeut muss hier gut über die Vorgeschichte des Patienten informiert sein.

Fliegender Teppich. Der Therapeut erzählt in der Einleitungsgeschichte von den wundersamen Wirkungen des fliegenden Teppichs, den jeder in seiner Kindheit besteigen wollte. Nach der Hypnoseeinleitung liegt dieser Teppich imaginär vor dem Patienten. Er kann ihn besteigen, um langsam emporzugleiten und über eine »Landschaft der Vergangenheit« zu schweben. Unten sieht der Patient verschiedene Szenen aus seinem Leben vorbei gleiten, die immer weiter zur Kindheit hin gehen. Bei einigen Ereignissen kann der Teppich (auch auf Wunsch des Patienten) landen, und die Szene kann näher betrachtet werden. Letztendlich wird dann das gewünschte Alter erreicht.

Diese Methode erleichtert die Altersregression erheblich, da sie meist als kreativ und angenehm empfunden wird und eine erforderliche Nähe oder Distanz zu den einzelnen Problembereichen regelbar ist. Nachteile sind gegeben bei Flug- und bei Höhenängsten.

Kahnfahrt auf dem Fluss der Vergangenheit. In analoger Weise kann ein Kahn bestiegen werden, der dann langsam auf dem Fluss des Lebens an wesentlichen Lebensszenen vorbeigleitet; er kann zu jeder beliebigen Zeit anlegen, um dort zu verweilen usw.

Ideomotorische Befragung. Diese von Cheek und LeCron (1968) beschriebene Methode setzt gute Kenntnisse der ideomotorischen Befragung voraus und durch eingrenzende Fragen kann dann der traumatisch relevante Altersbereich erreicht werden (Cheek, 1980; vgl. hierzu Abschn. 7.2.1).

Affektbrücke. Zeigt der Patient starke Affekte, die er nicht einordnen kann oder die für ihn wiederholt bedeutsam sind, so können diese gewissermaßen als Brücke in die Vergangenheit genutzt werden, um über wichtige Lebensdaten zu dem Kindheits-erlebnis zu gelangen, das mit diesem Affekt verbunden ist, und ggf. den Zugang zu einem Trauma ermöglicht.

Film-, Video- und Projektormethode. »Sie betrachten in einem Kino (oder zu Hause auf dem Monitor bzw. im Fernsehen etc.) den Film Ihres Lebens, der langsam rückwärts läuft und einige Szenen Ihrer Vergangenheit enthält.« Es können unterschiedliche DVDs mit relevanten Lebensszenen eingelegt werden. Das beliebige Anhalten und Wiederholen der Szenen ist möglich.

Kindheitsfotos/Erinnerungsstücke. Erinnerungsstücke aus der Kindheit – wie z. B. Glasmurmeln – können in wenigen Sekunden komplexe Bilder aus der Kindheitszeit entstehen lassen, die dann gezielt in den gewünschten Altersbereich übergeleitet werden. Kindheitsfotos, Spielsachen etc. können ähnliche Effekte bewirken.

Fallbeispiele

In einem zweiteiligen Experiment erfolgt nach mehreren Monaten eine Sitzung mit Altersregression zur Erinnerung der ersten Sitzung. In der zweiten Sitzung schwitzt die Versuchsperson und beklagt sich über die Hitze, obwohl Winter ist. Die Rekonstruktion ergibt, dass der erste Versuchsteil an einem sehr heißen Sommertag durchgeführt wurde. Demnach wurden nicht nur kognitive Aspekte, sondern unbewusst und zufällig auftretende Begleitfaktoren gespeichert, an die sich die Versuchsperson dann korrekt erinnert (Brenman & Gill, 1947).

LeCron (1982) schildert: Eine Frau hat seit der Kindheit Asthmaanfälle und massive Angstzustände, stets bei Krankenhausbesuchen sowie beim Anblick von nackten, behaarten Männerarmen und von Messern. Als sie mit Altersregression das fünfte Lebensjahr erreicht, sieht sie sich in einem langen weißen Gewand auf einem beleuchteten Tisch. Über sie beugt sich ein weiß gekleideter Mann mit einem Messer und einem unbekannten Gegenstand. Sie erkennt seine nackten Arme und versucht, ihn in einem Kampf abzuwehren, was ihr nicht gelingt. Der unbekannte Gegenstand kommt auf sie herab und sie muss nach Luft ringen. Sehr aufgewühlt unterbricht sie die Hypnose. Von ihrer Mutter erfährt sie, dass sie im Alter von 16 Monaten nach einer → Mastoidektomie starke Schockwirkungen hatte, lange krank gewesen war und unter Alpträumen litt. Die Mutter hatte damals erfahren, dass der Narkosearzt sehr brutal zu dem Kind gewesen war. Der erste Asthmaanfall war kurze Zeit nach der Operation eingetreten. Nach dem Wiedererleben unter Hypnose und Bewusstwerden der Ursachen traten die geschilderten Symptome nicht mehr auf (vgl. hierzu Fall 1 und Fall 3 in Kap. 27.).

Grenzen

Zeitraum der Altersregression. Cheek (1974) bewirkt »Rückerlebnisse« bis zum Geburtszeitpunkt und nimmt an, dass die typischen sequentiellen Kopf- und Schulterbewegungen der Versuchspersonen mit der Vagina-Tätigkeit bei der Geburt übereinstimmen und diese nicht simuliert werden können.

Bei einer neurotischen Patientin gelingt die Altersregression bis zur Geburt (Bryan, 1974). Wahrscheinlich hat sie hierdurch die Möglichkeit, ihre Kindheitsängste, z. B. unerwünscht zu sein, zu projizieren.

So kann eventuell auch der Fall einer 35 Jahre alten Patientin verstanden werden, die in Altersregression als Fötus intrauterin den Abtreibungsversuch ihrer Mutter erlebt. Die Mutter kann den Eindruck der Tochter nur so weit bestätigen, dass sie nicht den Eingriff vornahm, sondern den Wunsch hatte, ihr Schmerz zuzufügen (Cheek, 1980).



Zahlreiche Untersuchungen zeigen:

- ▶ Vor dem zweiten Lebensjahr ist eine frühe kindliche Amnesie festzustellen. Erinnerungen vor diesen Zeitraum sind Konstruktionen, die durch Erwartungshaltungen, Gruppenkonsens, Konfabulationen etc. bedingt werden.
- ▶ Suggestierte oder konstruierte Details führen zur Überzeugung des Bekannten, bis hin zur Pseudoerinnerung.
- ▶ Mit und ohne Hypnose sind derartige Erlebensweisen möglich.

Ausführliche Darstellungen hierzu sind in Kapitel 26.2 zu finden.

Reinkarnation. Zur Abrundung der Systematik »Erinnerung, Altersregression« soll kurz die Reinkarnation erwähnt sein, von der manche annehmen, dass sie in Hypnose möglich sei. Hier werden jedoch nur die Glaubenssysteme der »Zeugen« repliziert und wir kommen an die Grenzen dessen, was Hypnose zu leisten vermag, die in Kapitel 9.4 auch in Bezug auf Reinkarnation dargestellt sind.

Folgerungen

Die Altersregression kann nicht unbedingt als ein reales Abbild des ursprünglichen Geschehens betrachtet werden, sondern eher als Rekonstruktion, Einbettung oder Erklärungsversuch von Vergangenheit oder Gegenwart (s. Abschn. 26.2).

Da mit der Altersregression starke Affekte (traumatische Erinnerungen) ausgelöst werden können, sollte diese Methode nur von erfahrenen Fachleuten angewandt werden, die angemessen Schutz und Unterstützung bieten. Vom Patienten bislang negierte oder verdrängte traumatische Erinnerungen können ggf. eruptiv und dann ungeschützt auftreten und so bedrohlich werden (z. B. Schock, Depression, Suizid).

Nach Ende der Hypnose sollte die Rückorientierung sichergestellt sein, z. B. durch die Berührung der Hand und das Nachgespräch (Frauman et al., 2001).

7.7.2 Altersprogression

Der Aspekt der Altersprogression ist kein überprüfbares Phänomen, sondern eine Methode zur Distanzierung, die kognitive Umstrukturierungen erleichtert. So lassen sich z. B. zeitlich vorgezogene Konsequenzen der eigenen Gefühle, Denk- und Handlungsweisen vornehmen oder Denkblockaden lösen.

Methoden und Instruktionen

Weggabelung. Der Patient befindet sich auf einer Wanderung o. Ä. und kommt an eine Weggabelung. Auf jeder Seite sieht er eine der zur Diskussion stehenden Alternativen und kann nun diese Wege ausprobieren.

Personifizierung. Das zukünftige Problem kann die Gestalt eines Lebewesens (einer gewünschten/abgelehnten Person) annehmen und nun in Diskussion treten. Der Patient erkennt dadurch selbst seinen eigenen Standpunkt und die Argumente beider Seiten.

Reaktivierung früherer Erlebnisse für die Zukunft. Frühere Gefühle, Fähigkeiten, Fertigkeiten werden durch Altersregression aktiviert und dann auf die Gegenwart und Zukunft übertragen.

Fallbeispiele

Ein acht Jahre alter Junge spürt nach einer Streptokokken-Infektion Schwachheit in den Beinen, kann nicht mehr laufen, verhält sich wie ein Baby. In einer Altersregression werden die Erinnerungen an die Zeit aktiviert, zu der er noch herumlaufen konnte. Als diese motorischen Erinnerungen plastisch sind, erlebt er das Gefühl der Stärke in seinen Beinen, das dann in die Gegenwart und die Zukunft verlegt wird, verbunden mit der Suggestion, diese starken Beine auch in der Zukunft gebrauchen zu können. Mit einer posthypnotischen Suggestion wird eine weitere Bekräftigung vorgenommen. Bereits am nächsten Tag bewegt sich das Kind normal und behält dies bei. In der weiteren Behandlung wird dann der Grundkonflikt des Kindes psychotherapeutisch bearbeitet (Olness & Gardner, 1978).

Cheek und LeCron (1968) suggerieren bei Schwangeren eine angenehme Geburt und verbinden damit, dass die Mutter den ersten Schrei des Kindes hört. Durch diese Einstellungsänderungen und den Abbau der Erwartungsangst erreichen sie eine größere Entspannung und Abnahme von Stresserscheinungen bei der Entbindung.

Ich selbst benutze diese Progressionsmethode mit der Weggabelung z. B. bei Entscheidungsproblemen. Will beispielsweise ein Partner die Beziehung auflösen, so kann er sich mit den zukünftigen Möglichkeiten seiner geplanten Entscheidung konfrontieren, indem er sich an der Weggabelung befindet und nun erlebt: »Sie sind nun zehn Jahre älter; es sind zehn Jahre her, seitdem Sie sich für/gegen eine Trennung/ein Zusammenleben entschieden haben. Sie stehen morgens auf, sehen in den Spiegel, sehen sich und verbringen nun einen ganzen Tag so, wie Sie sich damals entschieden haben ... (wird konkret mit dem Patienten durchgesprochen) ... Und abends sehen Sie wieder in den Spiegel, sehen Ihr Gesicht und beobachten ganz genau, wie Sie sich dann fühlen ...«.

Anhand konkreter Lebenssituationen erkennt der Patient dann relativ deutlich seine emotionalen Reaktionen auf die unterschiedlichen Lösungsalternativen.

Grenzen

Grenzen liegen in der Methodik selbst; da es sich um eine kognitive Vorwegnahme gegenwärtiger Möglichkeiten handelt, müssen diese auch innerhalb des vorgegebenen Rahmens behandelt und interpretiert werden.

7.7.3 Zeitverzerrung

Der Ablauf der Zeit und die Kognitionen zur Einschätzung von Zeitabläufen sind immer ein zentrales Thema der Menschheit gewesen (z. B. Zackay & Block, 1997). Die Methode der subjektiven Zeitverzerrung wird im klinischen Bereich öfter angewandt, ist jedoch in der Literatur kaum berücksichtigt. Die ersten umfangreicheren Veröffentlichungen stammen wohl von Cooper und Erickson (1950).

Definition

Der Begriff der **Zeitverzerrung** beinhaltet die Veränderung des subjektiven Zeitempfindens.

Zeitdehnung. Die subjektiv erlebte Zeit läuft langsamer ab als die objektive physikalische Zeit.

Zeitraffer. Die subjektive Zeit verläuft schneller, wodurch ein langer Zeitraum als sehr kurz erlebt wird.

Weiter muss unterschieden werden zwischen der **erinnerten Zeitdauer** und der **empfundenen Dauer** eines Ablaufes.

Bei sehr vielen Lebensvorgängen spielt unser persönliches Tempo eine Rolle, sowohl bei der Reizaufnahme und Verarbeitung als auch bei der Reaktionsrate (Ornstein, 1970). So sind z. B. depressive Störungen oder Examensprobleme in hohem Maße mit der Zeitbewältigung gekoppelt. Je nach Einstellung zur Zeit scheint sie zu kriechen (Zahnarztbehandlung, Examen, Autostau) oder zu fliegen (Kuss, netter Abend, spannender Film).

Experimentelle Befunde

Zeitverzerrung kann mit und ohne Hypnose auftreten – was unsere Alltagserfahrung bestätigt (Barber, 1969). In den Untersuchungen von Zimbardo et al. (1973) erzielt die Hypnosegruppe eine bedeutsam ($p < .001$) geänderte erinnerte Zeitwahrnehmung gegenüber den Kontrollgruppen »Wachheit« und »Rollenspiel«, so auch die Ergebnisse von Kirchheim und Persinger (1991). Möglicherweise läuft unsere innere Uhr in Hypnose langsamer ab (Naish, 2010).

Die Rolle der Hypnotisierbarkeit ist bei der Zeitwahrnehmung in Hypnose sehr unklar (Dyer et al., 1999; St. Jean & MacLeod, 1983) oder wird widerlegt (Kurtz & Strube, 2003). Es besteht jedoch ein großer Zusammenhang zwischen subjektiver Zeit und Aufmerksamkeit; die subjektive Zeit wird als kürzer beurteilt, wenn trotz längerer Dauer der Aufgaben die Aufmerksamkeit hoch ist (Brown, 1985; Kurtz & Strube, 2003).

Methoden und Instruktionen

Die Methoden der Zeitverzerrung sind in folgenden klinischen Bereichen indiziert wie z. B.: Reduktion der subjektiven Dauer von Schmerzen, Schmerzanfällen, Versuchungssituationen (Gewichtsreduktion, Substanzentzug), Angstkonfrontation. Die

subjektive Zeitverlängerung ist z. B. zu empfehlen bei: schriftlichen Klausuren, sexueller Übererregung, Analyse von schnellen oder langen Abläufen wie im Sport, im Selbstsicherheitstraining.

Wassertropfen. Der Patient erhält die Suggestion, regelmäßig fallende Wassertropfen zu hören, die sich dann in ihrem Tempo verändern.



Suggestion

Zeitdehnung – Wassertropfen

... »Sie heben Ihre feuchte Hand aus dem Wasser, halten sie mit den Fingerspitzen nach unten in Augenhöhe. Dabei beobachten Sie, wie sich am Finger langsam ein Wassertropfen bildet. Er wird immer größer, ist anfangs rundlich und wird nun immer länglicher, bis er sich langsam vom Finger löst und hinabgleitet. Dabei fällt er durch ein Bündel von Sonnenstrahlen und glitzert in allen Regenbogenfarben. Während er weiter fällt, verformt er sich länglich; fällt dabei weiter nach unten und trifft dann auf den Boden, zerstiebt nun in lauter kleine glitzernde Wassertropfchen.«

Metronom. Das Bild ist in analoger Weise wie der »Wassertropfen« zu benutzen.

Uhrzeiger. Der Patient beobachtet hier, wie der Sekundenzeiger der Uhr sich verlangsamt oder wie sich der kleine Zeiger im Zeitraffertempo weiterdreht.

Suggestion

Zeitdehnung – Weltraumscene (Kroger & Fezler, 1976, S. 109)

»Eine Minute wirklicher Zeit wird Ihnen wie zehn Minuten erscheinen. Die Zeit wird sehr, sehr langsam vergehen. Es wird Ihnen wie eine Ewigkeit erscheinen. In weniger als zehn Minuten können Sie einen ganzen Film noch einmal sehen und ihn wirklich besser sehen als Sie ihn zuerst gesehen haben ...«

Zeitraffer – Rotkehlchenszene (Kroger & Fezler, 1976, S. 119)

Suggestion: Ein Rotkehlchen fliegt von einem Zweig auf den ausgestreckten Arm des Probanden.

»Zehn Minuten wirklicher Zeit werden Ihnen wie eine Minute erscheinen. Die Zeit wird sehr, sehr schnell vergehen. Sie wird wie ein Augenblick erscheinen. In weniger als einer Stunde können Sie die Arbeit eines ganzen Tages bewältigen und sie effektiver bewältigen, als Sie das normalerweise tun. Sie sitzen auf einer Bank am Fluss und schauen zu dem Ast eines Baumes herauf, auf dem ein Rotkehlchen sitzt. Es ist Frühling. Riechen Sie die frische Luft. Jetzt hat der Vogel seinen hohen Platz verlassen und beginnt, auf Sie zuzufiegen. Hören Sie das Gluckern des Flusses, wenn das Wasser über die Felsen fließt. Der Vogel fliegt näher heran. Schauen Sie den Fluss hinauf. ... usw.«

Grenzen

Begrenzungen sind ggf. bei Personen mit besonders negativen Beziehungen zu Zeitabläufen gegeben.

7.7.4 Amnesie

Bereits Puységur (1786) war aufgefallen, dass sich Personen mitunter nur fragmentarisch an die Inhalte der in Hypnose gemachten Mitteilungen des Versuchsleiters bzw. Therapeuten oder an ihre eigenen Verhaltensweisen erinnern konnten. Dies führte dann schnell zu dem Vorurteil, in Hypnose verliere man Bewusstsein und Selbstkontrolle.

Definition

Hilgard (1965) unterscheidet fünf Formen der Amnesie:

- (1) **Posthypnotische (Erinnerungs-)Amnesie.** Die während der Hypnosesitzung wahrgenommenen Ereignisse sind nach Beendigung der Hypnose nicht abrufbar.
- (2) **Posthypnotische Quellamnesie.** Das in Hypnose erlernte Material wird zurückgehalten; es wird vergessen, dass es unter Hypnose erlernt wurde. Das heißt, die Information wird behalten, nicht jedoch die Informationsquelle oder der Kontext, durch den die Information vermittelt wurde.
- (3) **Amnesie für Erlerntes.** Das unter Hypnose erlernte Material ist nicht abrufbar.
- (4) **Posthypnotische Teilamnesie.** Hier werden nur einige Ereignisse des unter Hypnose erlernten Materials »vergessen«.
- (5) **Hypnose-Amnesie.** Während der Hypnose erfolgt ein Vergessen gegenüber früheren Hypnoseerlebnissen.

Zahlreiche Hypnoseskalen bzw. -tests enthalten Aufgaben zur selektiven und zur posthypnotischen Amnesie (z. B. die SHSS; s. Abschn. 5.3.1). Der Befragungszeitraum beträgt in den Tests nur wenige Sekunden oder Minuten; die so produzierte Amnesie kann deshalb ein Artefakt sein.

Experimentelle Befunde

Die umfangreichen kognitiven Prozesse, die der hypnotischen Amnesie unterliegen, lassen sich nur äußerst schwer experimentell erfassen. Mögliche Erklärungsmodelle können sein:

- ▶ Verdrängung (Pettinati & Evans, 1976)
- ▶ ein instruiertes oder intentionales Vergessen, das auch ohne Hypnose auftritt (Kihlstrom, 1983)
- ▶ eine Störung beim Gedächtnisabruf (Evans & Kihlstrom, 1973; Kihlstrom & Evans, 1979)
- ▶ ein dissoziativer Prozess (Evans & Thorn, 1966)

- ▶ Strategien, die das Wiedererinnern erschweren (Pettinati et al., 1981; Spanos et al., 1984)
- ▶ ein Artefakt von Befragung, Versuchsplan und Erwartungen von Versuchsleiter oder Versuchsperson (Barber, 1979; Spanos et al., 1988; Spanos et al., 1990)
- ▶ sozialer Druck (Coe & Sluis, 1989; Schuyler & Coe, 1989)

Hypnotische Suggestionen können auch ohne spezifische Amnesie-Suggestionen das Gedächtnis beeinflussen (Blum, 1967; Kihlstrom, 1985). Demzufolge ist die Person nicht passiv und erlebt kein Spezialverfahren, das mit ihrer Erinnerungsfähigkeit im Widerspruch steht (Coe, 1990; s. a. Abschn. 26.2.1).

Hochhypnotisierbare haben unabhängig von der Hypnoseanwendung größere Erinnerungsschwierigkeiten bei solchen Aufgaben, die das Wirken des Frontallappens ansprechen, wie freie Erinnerung, proaktive Hemmung, Aufgaben zur Quellamnesie. Diese Unterschiede treten nicht bei Aufgaben ohne Frontalisbeteiligung auf, was für die Dissoziations-Kontroll-Theorie von Woody und Bowers (1994) spricht (Farvolden & Woody, 2004).

Posthypnotische Amnesie

Definition

Es gibt verschiedene neuropsychologische Definitionen der posthypnotischen Amnesie:

- ▶ Eine temporäre wieder auflösbare Dissoziation zwischen dem episodischen und dem semantischen Gedächtnis, die die Person daran hindert, einen sonst bewussten Zugang zu vorhandenen Gedächtnisinhalten zu finden (Kihlstrom, 1985).
- ▶ Eine strategische, sozial motivierte Reaktion des Zurückhaltens (Spanos, 1986).
- ▶ Eine Hemmung des Outputs, basierend auf der selektiven Datenerkennung von zielgerichteten Informationen, die etwas »verbieten« (Husemann et al., 1987).

Das Typische an der posthypnotischen Amnesie ist, dass die Suggestion »vergessen« wieder aufgehoben werden kann bzw. sich die Person von selbst wieder erinnert (Nace et al., 1974). Dieser Aspekt der konstruktiven Wiederaufhebung unterscheidet die hypnotische Amnesie deutlich von anderen Formen der Erinnerungsbeeinträchtigung wie z. B. dem Vergessen.

Experimentelle Befunde

Die Analyse ereignisbezogener Hirnpotenziale lässt auf die selektive Aufmerksamkeit bei (posthypnotischen Amnesie-)Suggestionen schließen (Schnyer & Allen, 1995). Im Widerspruch dazu stehen die Befunde von DePascalis et al. (1987), die darauf hindeuten, dass hier auch sozialpsychologische Aspekte beteiligt sein können, so z. B. Aufforderungsaspekte (Bryant et al., 1999), die das zurückhalten lassen, was aktuell rememberbar wäre (Coe, 1996).

Die Posthypnotische Amnesie ist eine Wirkung direkter Suggestionen (Davidson & Bowers, 1991). Einwirkungen auf das Gedächtnis wie unsugerierte und damit spontane Amnesien in Hypnose können evtl. Frontalamnesien genannt werden (Shallice, 1988). Das lässt vermuten, dass diese Personen nur bei solchen Gedächtnisaufgaben Schwierigkeiten haben, wodurch sie von anderen Amnesie-Syndromen unterscheidbar sind.

Hypnotisierbarkeit. Autobiografische Inhalte werden nach der posthypnotischen Amnesie von Hochhypnotisierbaren weniger gut erinnert; die Erinnerungsinhalte sind allgemein, ihnen fehlen auch nachvollziehbare Erzählungen (Barnier et al., 2004).

Hautkappe und Bongartz (1990) messen bei posthypnotischer Amnesie die Variabilität der Herzfrequenz (Sinusarrhythmie), die unbeeinflussbar bei geistiger Arbeit abnimmt. Hochsuggestible zeigen eine geringere Herzfrequenzvariabilität, was auf aktive Verarbeitungsprozesse während der Anamnese hinweist.

Quellamnesien

Quellamnesien treten meist bei einer Beeinträchtigung der Funktionen des Lobus frontalis auf (Moscovitch, 1994). Versuchspersonen können in Hypnose die richtigen Antworten geben, ohne sagen zu können, woher sie die Antwort wissen; nach Evans (1988) ist die spontane Quellamnesie eine typische Wirkung der Hypnose – und nicht die Auswirkung der Anforderungen in dieser Situation.

Insgesamt bestehen große Parallelen zwischen Handlungen in Hypnose mit solchen, die bei Patienten mit Läsion des Lobus frontalis zu finden sind (Shimamura, 1995).

Hypnotisierbarkeit. Hochhypnotisierbare schneiden (im Vergleich zu Geringhypnotisierbaren) auch außerhalb von Hypnose schlechter bei Aufgaben mit Beteiligung des Lobus frontalis ab, so bei freier Erinnerung, proaktiver Interferenz und Quellamnesie. Bei anderen Gedächtnistests, die keine Beteiligung des Lobus frontalis erfordern, erbringen die Hochhypnotisierbaren gleiche Leistungen wie die Geringhypnotisierbaren (Farvolden & Woody, 2004). Diese Ergebnisse lassen sich nicht mit dissoziiertem Erleben erklären (Kihlstrom, 1992), auch nicht durch sozialpsychologische Komponenten (Spanos, 1986) oder Erwartungshaltungen (Kirsch, 1997), sondern unterstützen die Theorie der dissoziierten Kontrolle von Woody und Bowers (1994), nach der Gedächtnisbeeinträchtigungen in Hypnose mit denen von Patienten mit Frontalhirnläsionen vergleichbar sind.

Methoden und Instruktionen

Zu allen Instruktionen ist anzumerken, dass Negationen vermieden werden sollten – wie in Abschn. 7.5.3 bereits dargestellt.

Die Amnesie einer Zahl kann bei hochsuggestiblen Versuchspersonen sehr einfach bewirkt werden.

Suggestion

Amnesie der Zahl Fünf

»Sie kennen doch die Zahlen von Eins bis Zehn. Und plötzlich merken Sie, dass Sie die Zahl Fünf vergessen haben, sie ist vollkommen gleichgültig geworden, wie verschwunden. Und nun, nachdem die Fünf gleichgültig geworden ist, zählen Sie bitte langsam von Eins bis Zehn.«

Die Versuchsperson zählt nach der Suggestion »Amnesie der Zahl Fünf« von Eins bis Zehn und lässt die Fünf aus – auch beim Rückwärtszählen. Meist wird dafür die Zahl Sechs eingesetzt. Auch bei Rechenaufgaben oder Abzählen der Finger, also logischen Operationen, entfällt die Zahl Fünf so lange, bis die Instruktion wieder aufgehoben wird. Weitere Beispiele sind die oben genannten Formen mit posthypnotischer Amnesie, Quellamnesie etc.

Beispiel

Beispiele für unterschiedliche Strategien zur Verarbeitung der Amnesie

Eine Person erhält in Hypnose die Instruktion zur Amnesie der Zahl Sechs und soll nun ihre Finger zählen – und wird dann stets elf Finger zählen. Sie ist darüber sehr verwundert, findet dies jedoch nicht unbedingt widersprüchlich. Mitunter kann die Versuchsperson Strategien entwickeln, um diese Amnesie auszugleichen. Der »tatsächliche« Effekt, die Amnesie, ist dadurch nur schwer zu überprüfen. Eine derartige Strategie wäre: Die Person zählt die Finger ihrer linken Hand bis Fünf richtig und addiert dann global die fünf Finger der rechten Hand hinzu. Würde sie durchzählen, so würde sie die Zahl Elf erreichen.

Eine Bestätigung der hypnotischen Amnesie (der Zahl Sechs) kann durch Rechenaufgaben überprüft werden, in denen die Zahl Sechs auf verschiedene Weise verarbeitet wird. Dadurch lassen sich sehr leicht Simulation oder Gefälligkeitsreaktionen von den Auswirkungen hypnotischer Amnesie unterscheiden:

33	46	56	64
41	75	75	64
<u>+12</u>	<u>+55</u>	<u>+74</u>	<u>+37</u>
8	170	199	45
		oder 209	oder 185

Die Amnesie der Zahl Sechs bewirkt je nach Rechenoperation unterschiedliche Resultate (nach Evans, 1988).

Grenzen

Bei Patienten mit Kontrollverlustängsten sowie Abhängigkeits- und Autoritätsängsten sollten Testaufgaben zur Amnesie entfallen.

7.7.5 Hypermnesie

Oft wird angenommen, dass man unter Hypnose seine Erinnerungsfähigkeit verbessern und sich dadurch an Ereignisse erinnern kann, die nicht bewusst wahrgenommen wurden oder die man meint, vergessen zu haben. Die Übersicht von Erdelye (1994) zeigt jedoch auf, dass in den Experimenten hierzu nicht Hypnose als Wirkfaktor anzusehen ist, sondern mehr die Testwiederholungen. Ritthaler und Kaufmann (2008) finden in ihrer kleinen Testgruppe mehr Erinnerungsberichte in Hypnose von Ziffern von Telefonnummern. Kroger und Doucé (1979) berichten von Zeugen in Kriminalfällen, die unter Hypnose Erinnerungen an Einzelheiten reaktualisieren können.

Die experimentell wenig belegte hypnotische Hypermnesie muss klar getrennt und unterschieden werden von der Altersregression (s. Abschn. 7.7.1), der »Erinnerung an Reinkarnation« (s. Abschn. 9.4) und dem verbesserten Gedächtnis nach Lernen bildhafter Materialien in Hypnose (s. Abschn. 22.12.1).

7.8 Veränderungen weiterer psychologischer Aspekte

Die folgenden sehr unterschiedlichen Verhaltensweisen in Hypnose sind nur äußerst schwer in ein einheitliches Ordnungsschema zu subsumieren.

7.8.1 Dissoziation – »Der verborgene Beobachter«

Hilgard (1974) postuliert eine Dissoziation zwischen den kognitiven Systemen (s. Abschn. 2.3). Aus sozio-kognitiver Sicht kommen dissoziative Erfahrungen auch im Alltagsleben vor – unabhängig von jeder hypnotischen Suggestibilität (Wagstaff, 1991). Im Kontrast zu den Dissoziationsinterpretationen steht die Literaturanalyse von Jureidini (2004), nach der Dissoziation nicht als ein bestimmter Zustand oder Verarbeitungsprozess des Gehirns anzusehen ist, sondern mehr auf individuelle Faktoren zurückzuführen ist, die zu einem dissoziierten Erleben beitragen.

Da viele Erscheinungsformen der Dissoziation sich nur qualitativ sehr ähneln (s. Abb. 7.11), sollten sie unterschieden werden, so z. B. die Amnesie und die Depersonalisation (Brown, 2006):

Abspaltung (Distanzierung, detachment) beinhaltet den veränderten Bewusstseinszustand, der sich durch Abtrennung von Aspekten des täglichen Erlebens unterscheidet (Holmes et al., 2005). Beispiele: Eindrücke des Unrealen, Traumhaften, mitunter auch mit Gedächtnisstörungen und Amnesie verbunden (Allen et al., 1999).

Abschottung (compartmentalization). Unfähigkeit zu normalerweise sonst zugänglichen Kontrollprozessen; sie kann nicht willentlich überwunden werden, ist grundsätzlich reversibel. Die betroffenen Funktionen beeinflussen Kognitionen, Emotionen und Handlungen. Beispiele: dissoziative Amnesie, Konversionsstörungen, Anästhesie, Pseudohalluzinationen (Holmes et al., 2005).

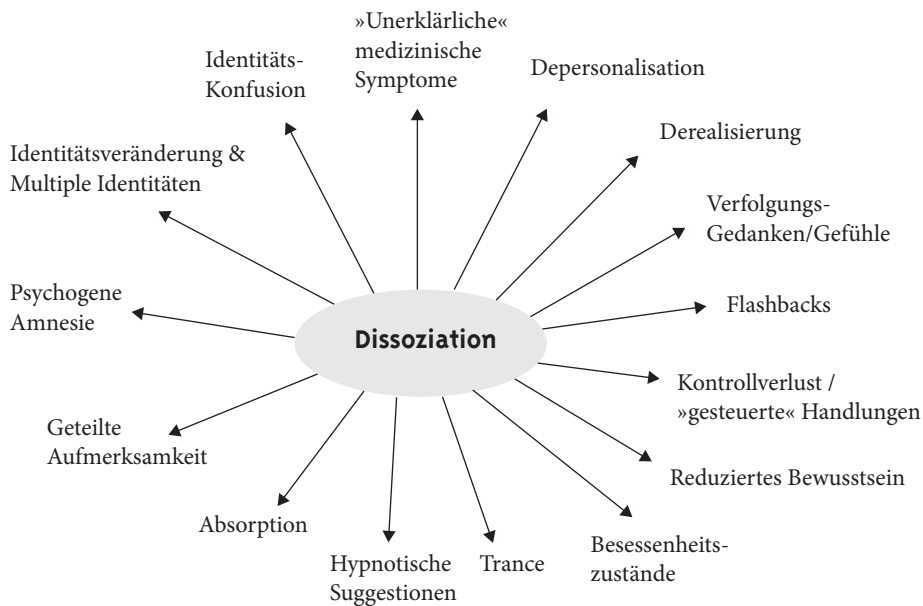


Abbildung 7.11 Mit dem Begriff Dissoziation verbundene psychische Symptome, Zustände und Prozesse (Brown, 2006, S. 8)

Die beiden Formen sind auf unterschiedliche Mechanismen zurückzuführen und bedürfen entsprechend unterschiedlicher Therapieformen.

Die Metapher des »verborgenen Beobachters« (*hidden observer*; Knox et al., 1974) wird als Dissoziationseffekt beschrieben (s. Abschn. 2.3). Verhaltenstherapeutische Instruktionen zum Perspektivenwechsel, zur Dezentrierung etc. (Feffer & Suchotliff, 1966) beinhalten jedoch vergleichbare oder identische Wirkungen.

Experimentelle Befunde

Das Phänomen tritt bei 40 bis 50 Prozent der Hochsuggestiblen auf (Hilgard & Hilgard, 1975, 1978; Laurence & Perry, 1981; Laurence et al., 1983). Die Kritiker führen den Dissoziationseffekt jedoch lediglich auf die Auswirkungen von experimentellen Bedingungen, Suggestionen und Instruktionen zurück (Green & Lynn, 1995; Spanos & Hewitt, 1980; Spanos et al., 1984). Die angenommene Korrelation zwischen Dissoziation, hypnotischer Suggestibilität und »verborgenem Beobachter« ist nicht signifikant (Whalen & Nash, 1996) und somit wohl ein Artefakt der Neodissoziations-theorie (Kirsch & Lynn, 1998; Lynn, 2001).

Methoden und Instruktionen

Die Instruktion zur Dissoziation im Sinne des verborgenen Beobachters ist in Abschnitt 2.3 (S. 58) wörtlich wiedergegeben.

Die klinischen Methoden ähneln sich sehr, sind teilweise anderen Konzepten entlehnt und bedienen sich der Möglichkeit, Abgrenzungen, Perspektivenwechsel und Umbewertungen vorzunehmen.

Durch Abtrennungen oder einseitige Betrachtung sind die Erinnerungen an eventuell traumatische Erlebnisse (der Kindheit) leichter aufzufrischen, ohne dabei sofort die schmerzlichen Aspekte zu aktivieren.

Eine andere Möglichkeit wäre, sich parallel als Person der Vergangenheit und Gegenwart zu erleben und durch diese Konfrontation Probleme zu verarbeiten.

Grenzen

Für psychotische Patienten kann dieses Vorgehen problematisch sein.

Bei der Altersregression zur Auffrischung von Gedächtnisinhalten sollte diese Metapher des verborgenen Beobachters nicht benutzt werden, da sie den Patienten zur falschen Annahme führen kann, alle ihre Erinnerungen seien richtig (Lynn, 2001).

7.8.2 Dissoziation bei Analgesie und Anästhesie

Die Neodissoziationstheorie geht davon aus, dass zur Schmerzbehandlung Bewusstseinstteile der Schmerzwahrnehmung abgekoppelt werden.

Experimentelle Befunde

Die sozio-kognitive Forschungsrichtung sieht in der suggerierten → Analgesie mehr eine aktive Verarbeitung als ein passives Zulassen. Der Effekt könne somit auch durch andere Methoden erreicht werden (Spanos, 1986), wie durch Compliance und kognitive Strategien (Spanos et al., 1990).

Insgesamt wird sehr stark angezweifelt und auch widerlegt, dass Schmerzen vollkommen unbeachtet bleiben, abgespalten sind (Watkins & Watkins, 1990). Analgesie und Anästhesie sind in anderem Kontext in Abschnitt 22.3 dargestellt.

Methoden und Instruktionen

Bei der Instruktion zur Schmerzunempfindlichkeit beinhalten die Dissoziationssuggestionen oft, dass ein Teil des Patienten sich an einem anderen, entspannenden Ort befindet.

Suggestion

Schmerzunempfindlichkeit durch Dissoziation

»Während Sie hier im Behandlungsstuhl sitzen und Ihr (z. B. zahnärztlicher) Eingriff erfolgt, merken Sie, dass sich ein Teil von Ihnen ganz entfernt an einer ganz anderen Stelle befinden kann, weit weg am Strand im Urlaub. Dort am Strand von X (der Therapeut muss hier sehr genaue und individuell zutreffende Beschreibungen geben, die für den Patienten funktional entspannend sind) ... merken Sie deutlich die warmen Sonnenstrahlen auf Ihrer Haut ... (etc.) und alle anderen Gefühle sind Ihnen gleichgültig. Auch mögliche Geräusche, die der andere Teil von Ihnen vielleicht wahrnehmen kann, sind Ihnen am Strand von X ganz gleichgültig, während Sie dort ganz tief entspannen.«

7.8.3 Posthypnotische Suggestionen

Der international gebräuchliche Terminus »posthypnotische Suggestionen« kann leicht falsch interpretiert werden: *In* Hypnose erfolgen Suggestionen, dass bestimmte Verhaltensweisen, Gefühle oder Wahrnehmungen *nach* der Hypnose gezeigt bzw. ausgeführt werden sollen – ohne sich ggf. an diesen Auftrag zu erinnern.



Die Suggestion des posthypnotischen Auftrags kann sich auf Verhalten, Amnesie und Wahrnehmungsveränderungen nach der Hypnose beziehen.

Die posthypnotische Amnesie wurde bereits in Abschnitt 7.7.4 besprochen.

Da die posthypnotischen Suggestionen bzw. ihr Folgeverhalten als für Hypnose typisch angesehen werden, enthalten die klassischen Tests entsprechende Items, so z. B. der SHSS: A die Suggestion, nach der Hypnose den Sitzplatz zu wechseln.

Durch relativ einfache Instruktionen sind hier verblüffende Reaktionen möglich, die gern zu Demonstrationen benutzt werden und Laien ängstigen können, da sie eine Verhaltensmanipulation annehmen.

Hinzu kommen Berichte, nach denen die posthypnotischen Aufträge fast wie unter einem Zwang ausgeübt werden, sich die Versuchspersonen mitunter zu wehren scheinen, den Auftrag dann jedoch ausführen.

Experimentelle Befunde

Es wird davon ausgegangen, dass der posthypnotische Auftrag einen »klassischen Suggestionseffekt« beinhaltet (z. B. Orne et al., 1968), der ein starkes intrapsychisches Bedürfnis schafft, den Auftrag auszuführen (Nace et al., 1974).

Nach älteren Berichten kann eine posthypnotische Suggestion noch über Monate oder Jahre anhalten (Cheek & LeCron, 1968; Kellog, 1929; Patten, 1929). Hier sind jedoch methodische Unklarheiten wie z. B. die Durchschaubarkeit der Aufgaben und fehlende Kontrollgruppen festzustellen.

Handlungen aufgrund posthypnotischer Aufträge werden als zielorientierte Handlungen und durch Rollenerwartungen bedingt angesehen (Barber, 1962; Spanos et al., 1987), denn die Versuchspersonen beenden ihr Verhalten, wenn sie meinen, der Versuch sei beendet (Fisher, 1954; Spanos et al., 1987). Das »automatenhafte« Verhalten wird gezeigt, wenn die Versuchspersonen der Auffassung sind, es gehöre zum »hypnotischen« Verhalten (Spanos et al., 1987); d. h., interpersonelle und situative Faktoren und Erwartungen sind bestimmend für die Reaktion (Barnier & McConkey, 1996, 1998).



Die Wirkung des posthypnotischen Auftrags ist ein Ergebnis von Erwartungen, sozialen und kognitiven Konstellationen und nicht das Ergebnis hypnotischer Prozesse. Dies verdeutlichen die nachfolgenden Beispiele:

- ▶ Je mehrdeutiger die Kommunikation des Hypnotiseurs für den posthypnotischen Auftrag gestaltet ist, desto eher interpretieren die Versuchspersonen ihr Verhalten als »hypnotisch angemessen«, um diese Ambiguität zu reduzieren (Barnier & McConkey, 1998, 1999).
- ▶ Auch Simulanten zeigen nach posthypnotischen Suggestionen ähnliche Verhaltenweisen wie Personen aus der Hypnosegruppe (Berrigan et al., 1991; Spanos et al., 1987).
- ▶ Letztlich unterscheiden sich ausgeführte und nicht ausgeführte posthypnotische Aufträge nicht, unabhängig ob sie mit oder ohne Hypnose aufgegeben wurden (Damaser, 1964; Spanos et al., 1987).
- ▶ Instruktionen mit Durchführungsorientierung sind (s. o.) gleich effektiv wie reine posthypnotische Suggestionen (Carvalho et al., 2008). Suggestionen können demnach auch ohne vorherige Hypnose-Induktion erfolgreich sein und sind dann auch für Geringsuggestible hilfreich.

Die Compliancerate bei der Einnahme von medizinisch verordneten Medikamenten liegt bei 60 Prozent und wird durch posthypnotische Suggestionen bei den Hochsuggestiblen signifikant auf 90 bis 99 Prozent verbessert, bei den Geringsuggestiblen aber reduziert (Ley, 1997).

Ergebnisse der → Stroop-Experimente, in denen posthypnotisch eine Unfähigkeit zum Lesen (Alexia) suggeriert wurde, lassen vermuten, dass posthypnotische Suggestionen eine neurale Top-down-Wirkung haben (Casiglia et al., 2010; Raz et al., 2003).

Eine Woche nach dem Betrachten eines Films erfolgt für die Versuchspersonen von Mendelson et al. (2008) die Suggestion der posthypnotischen Amnesie. Unter der Suggestion tritt reduzierte Erinnerung an den Inhalt auf, nicht jedoch an den Kontext.

Das fMRT zeigt unterschiedliche Veränderungen in occipitalen, temporalen und präfrontalen Bereichen auf, je nach dem, ob die Versuchspersonen auf die Suggestion ansprechen oder nicht. Demnach können einige dieser Bereiche zur Auffrischung des episodischen Langzeitgedächtnisses dienen, während andere dies hemmen, aber sich schon in einer Vorphase der Erinnerung befinden. Das sind ähnliche Vorgänge wie bei der funktionalen Amnesie (Mendelsohn et al., 2008).

Wird Hochhypnotisierbaren die posthypnotische Suggestion gegeben, Ekel beim Lesen eines Wortes zu verspüren, geben sie strengere moralische Urteile ab. Daraus wird abgeleitet, dass moralische Urteile auf affektiv-geladenen moralischen Intuitionen beruhen (Wheatley & Haidt, 2005).

Methoden und Instruktionen

Nach den o. g. Befunden können ambige Formulierungen eigenständige Interpretationen bewirken. Somit sollten posthypnotische Aufträge für Patienten deutlich als eng umschriebener Auslösereiz mit klar beschriebenem Folgeverhalten definiert werden; auch die zeitliche Begrenzung der Wirkung sollte genannt werden.

Im therapeutischen Bereich werden oft posthypnotische Aufträge gegeben, um die Patienten anzuregen, genau die in Hypnose durchgeführten Änderungen, Verhaltensweisen oder Handlungen in der Zeit nach der Therapie zu realisieren (z. B. Schmerzreduktion, Selbstsicherheit, Angstreduktion etc.). Die Wirkung dieser Suggestionen wurde jedoch noch nie untersucht. Scholz (2009) befasst sich damit wohl erstmalig bei der Behandlung von Prüfungs- und Leistungsangst: Die posthypnotischen Suggestionen bewirken eine Reduktion von Aufgeregtheit, Sorge und Angst, besonders wenn die Formulierungen nicht global, sondern akzidental sind, d. h. an interne und externe Hinweisreize für Auslösebedingungen geknüpft werden.

Implikation für die Praxis posthypnotischer Aufträge

Bei Aufträgen ist zwischen zwei Absichten oder Orientierungen zu unterscheiden (Gollwitzer, 1999):

Zielabsicht. Definieren des gewünschten Verhaltens oder Zustandes (z. B. »Das Buch NN suchen«).

Durchführungsabsicht. Definieren, wann und wo das gewünschte Verhalten/der Zustand auftreten soll (z. B. »Wenn ich in das Arbeitszimmer gehe, dann ...«).

Es ist anzunehmen, dass das gewünschte Zielverhalten unter der Kontrolle der situativen Reizsituation steht und dadurch automatisch auftritt – ein grundlegendes Paradigma des operanten Lernens. Posthypnotische Suggestionen könnten dann also fehlschlagen, wenn die Durchführungsstimuli nicht formuliert wurden. Die Wirksamkeit der Durchführungsabsicht wird dann jedoch bestätigt (z. B. Milne et al., 2002; Sheeran & Orbell, 1999).

Die Koppelung des Verhaltens muss nicht unbedingt an eine externe Reizbedingung gebunden sein, sondern kann auch mit kognitiven Mustern oder physiologischen (subjektiven) Zuständen verbunden werden wie z. B.: »Immer wenn dieser Gedanke kommt«, »Wenn Sie die Anspannung in Ihrem Körper spüren ...« (vgl. Abschn. 18.1).

Neben direkten können indirekte Aufträge erteilt werden, so auch über Metaphern (Schütz, 1997).

Suggestion

Posthypnotische Suggestionen

- ▶ »Nachher, wenn die Hypnose beendet ist, werde ich mit dem Kugelschreiber klicken, und Sie können dann Ihre Brille abnehmen und sie putzen.«
- ▶ »Wenn Sie das Prüfungsgebäude (etc.) betreten, werden Sie angenehm entspannt und dabei vollkommen wach und konzentriert sein. Während der dann folgenden gesamten Prüfung werden Sie weiterhin ruhig und gleichzeitig wach und konzentriert bleiben.«

- »Immer, wenn Sie eine Zigarette sehen, wie sie in der Packung ist, oder wenn Sie sehen, wie eine Zigarette angezündet ist, dann werden Sie den scheußlichen Geschmack von alten Aschenbecherabfällen in Ihrem Mund spüren, ganz ekelhaft schmecken. Sie werden sich dann abwenden und etwas anderes (etc.) tun ...«

Fallbeispiele

Ornes (1988) Versuchsperson erhält den posthypnotischen Auftrag, nach der Hypnose einen Stuhl auf den Tisch zu stellen. Sie reagiert jedoch nicht sofort darauf und verlässt den Raum. Vom Versuchsleiter heimlich beobachtet, kehrt sie einige Stunden später zurück, späht vorsichtig in den Raum, geht schnell hinein und stellt hastig den Stuhl auf den Tisch.

LeCron (Cheek & LeCron, 1968) gibt die posthypnotische Instruktion, dass die Versuchsperson nach der Hypnose ihren Schuh ausziehen und auf den Tisch stellen soll. Bei ihr ist dann ein deutlicher innerer Widerstand zu beobachten, bis sie schließlich wie zwanghaft den Schuh auszieht, auf den Tisch stellt und die Blumen aus der Vase daneben hineinstellt. Als sie danach befragt wird, erklärt sie, selbst eine Vase in Schuhform zu haben; sie habe nur ausprobiert, wie Blumen darin arrangiert werden könnten.

Grenzen

Da Dauer, Generalisierung und zwischenzeitliche Störfaktoren bis zur Ausführung der Suggestion bislang nicht erforscht sind, sollten diese Aspekte sehr kritisch einbezogen werden. Weil hier sehr individuelle Patienten-Interpretationen möglich sind, weist Schütz (1997) auch auf Fehlkommunikationen hin, die kritisch reflektiert werden sollten.

7.8.4 Trance-Logik

Orne (1959) definiert die Trance-Logik als »die Fähigkeit einer Person, ihre aus der Realität abgeleitete Wahrnehmung beliebig mit solchen zu mischen, die von Imaginationen stammen oder die als Halluzinationen empfunden werden« (S. 259). Die hypnotisierte Person ignoriert demzufolge logische Absurditäten und Inkongruenzen der Alltagslogik.

Experimentelle Befunde

Hat eine hypnotisierte Person die negative Halluzination, einen realen Stuhl im Raum nicht zu sehen, wird sie ihn beim Umherlaufen nicht umstoßen (Orne, 1962). Diese Person muss den Stuhl also wahrnehmen, auf einer anderen Verarbeitungsebene jedoch Ausblendungen dieser Wahrnehmung vornehmen. Eine simulierende Person dagegen stößt den Stuhl um, da sie diese Unlogik der Trance nicht kennt.

Suggeriert der Versuchsleiter, man könne durch einen Gegenstand hindurchsehen, so sehen hypnotisierte Personen danach das Objekt transparent, simulierende jedoch als nicht durchscheinend (z. B. Orne, 1977).

Die Berichte über die wahrgenommene Transparenz werden in zahlreichen Hypnoseexperimenten bestätigt (z. B. Stanley et al., 1986). Jedoch ist auch bei Imaginationen ohne Hypnose dieser Effekt nachgewiesen (z. B. Rhue & Lynn, 1987). Es kann sich hierbei also um einen unvollkommenen Versuch handeln, eine Halluzination zu produzieren. Auch nicht-hypnotisierte Personen erleben transparente Imaginationen als weniger realistisch und prägnant, ohne dass sie unlogisch sind (Spanos & Ham, 1973b; Spanos & Radtke, 1981).

Aus der sozio-kognitiven Perspektive ist die Trance-Logik als stillschweigende Interpretation der Person auf komplexe Anforderungen anzusehen (Lynn & Rhue, 1991; Spanos & Radtke, 1981).

Beispiel

Beispiel zur Trance-Logik

Eine Person, die in ihrer Kindheit nur deutsch sprach, redet in der Altersregression ebenfalls deutsch. Als sie in Englisch befragt wird, ob sie die Informationen verstehen könne, antwortet sie »nein« in deutsch (vgl. Abschn. 7.7.1). Das heißt nach der Dissoziationstheorie, dass sie auf der einen Ebene verarbeitet, auf der anderen scheinbar nicht (Orne, 1988).

Zahlreiche Befunde zeigen jedoch, dass mit und ohne Hypnose oder Simulation diese Divergenzen auftreten und von der Person toleriert werden (z. B. Johnson et al., 1983; Obstoj & Sheehan, 1977).

Dies macht deutlich, dass Hypnose kein besonderer Bewusstseinszustand ist. Gleichzeitig ist wieder zu erkennen, wie sehr die Grenzen fließend sind zwischen Hypnose, Imagination, Simulation, subjektiver Überzeugung und »Wahrnehmung«.

Methoden und Instruktionen

Methoden, Trance-Logik zu vermitteln, liegen überall dort, wo die Annahme der Dissoziation Anwendung findet wie z. B. beim »verborgenen Beobachter«, der Altersregression, Dissoziation von Schmerzen, Zeiterleben etc.

Bei dysfunktionalen Gedanken wie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen können die die Trancelogik steuernden Suggestionen möglicherweise logische Täuschungen und wiederkehrende schmerzliche Erinnerungen auflösen (Beshai, 2004).

Grenzen

Grenzen sind lediglich dort zu sehen, wo eine Person mit Unlogik sehr überfordert sein könnte oder nicht ausreichend Zeit hatte, sich die suggerierte Szene vorzustellen. Bei psychotischen Patienten ist allerdings besondere Vorsicht geboten.

7.9 Weitere Aspekte der Hypnose

Letztlich sind einige Aspekte der Hypnosewirkungen zu nennen, die sich in die vorherige Systematik nicht einfügen ließen.

Wach-Hypnose – Aktivhypnose

Wach-Hypnose, erstmals von Wells (1924) so benannt, beinhaltet, dass die Augen bei der Induktion und während der Hypnose offen sind und Suggestionen zur Schläfrigkeit entfallen. Dabei ist die Aktivität der Person unterschiedlich stark. Der Begriff Wach-Hypnose kann missverstanden werden, da seine Alternative »Schlafhypnose« wäre, was ja nicht zutrifft. Deshalb wird oft der Terminus »Aktivhypnose« benutzt, der jedoch ebenfalls missverstanden werden kann.

Vingoe (1968) entwickelte für die Wach-Hypnose die Group Alert Trance Sace (GATS) Hypnoseskala (s. Abschn. 5.3.1).

Wark (1996) nutzt die Wach-Hypnose für Studierende zur Verbesserung des Lesens und Verstehens von Texten. Die Ergometertätigkeit bei Hypnose mit offenen Augen (Bányai, 1991) beinhaltet Wach-Hypnose. Barabasz und Barabasz (1996) verwenden sie bei Kindern mit ADHS in Verbindung mit Biofeedback der Hirnwellen. Iglesias und Iglesias (2005) setzt sie in der Therapie zur Panikkontrolle in sozialen Situationen ein. Zahlreiche Anwendungen sind in der Sportpsychologie zu finden (s. Kap. 25).

Im Vergleich der traditionellen Hypnose mit der Wach-Hypnose sind im therapeutischen Bereich meist keine Wirkunterschiede beider zu finden (z. B. Cikurel & Gruzelier, 1990).

Autobahn-Hypnose. Die »highway hypnosis« (amerikanisch *white line fever*) bezeichnet die Ermüdungserscheinungen durch langes Autobahnfahren (Wertheim, 1974, 1978). Durch die monotone visuelle Stimulation werden langsame Hirnwellen bewirkt (Cerezuela et al., 2004; Tejero & Chóliz, 2002). Hier stellt sich die Frage, ob Hypnose vorliegt und damit evtl. erhöhte Ansprechbarkeit auf Suggestionen – oder einfach Ermüdungserscheinungen.

Kreativität und Hypnose

Die Wirkungen von Hypnose auf die Kreativität oder die Verbindung beider wurde bislang nicht erforscht. Kreativität zu untersuchen oder messbar zu machen, ist problematisch, da sie zahlreiche mentale Prozesse, Ideen, Theorien oder Produkte beinhaltet, sozio-kulturell bedingt ist und in unterschiedlichen Theorien als Wesenszug, mentaler Prozess oder Produktqualität diskutiert wird und durch zahlreiche Faktoren (Lernen, Gewohnheiten, Kultur etc.) gehemmt werden kann (Davis, 1999). Zur Abklärung des Hypnoseeinflusses lassen Council et al. (2007) ihre Versuchspersonen Zeichnungen anfertigen. Die Hypnose-Suggestion, dass ihre Imaginationen plastischer werden und sie sensibler für Farb- und Formelemente werden, bewirkt gegenüber der suggestionsfreien Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung der Zeichnungen; Hypnotisierbarkeit und Absorption hat dabei keinen Einfluss. Somit können daraus keine theoretischen Folgerungen über die Wirkmechanismen abgeleitet werden; evtl. waren diese kreativeren Personen nur entspannter.

Die zahlreichen Anwendungsmöglichkeiten der Hypnosephänomene sind besonders in den Kapiteln 22 bis 27 angeführt.

Kritik an der Aussagekraft bildgebender Verfahren

Das fMRT wird fast immer benutzt, da es als bildgebendes Verfahren zeitlich und räumlich gut auflöst.

Seine Nachteile sollten jedoch auch genannt werden, da sie Ergebnisse verfälschen könnten (Smith Churchland, 2002; Koch, 2005):

Unnatürliche Situation. Die Testpersonen müssen in eine Röhre eingefahren werden, die klaustrophobische Reaktionen auslösen kann; zusätzlich erschwert die große Lautstärke bei der Untersuchung die Kommunikation, besonders für Hypnosestudien.

Indirekte Messungen. Das Gerät arbeitet mit Magnetfeldern, die im Körpergewebe Resonanzen und dadurch messbare unterschiedliche Ausrichtungen von Atomen verursachen. Da das Blut um aktiv arbeitende Neurone durch das Hämoglobin seine Magneteigenschaft ändert, wird darüber die Aktivität der Hirnregion nur indirekt gemessen.

Farbdarstellungen suggerieren begrenzte Areale und Aktivitäten. Die Grunddarstellung der Schnittbilder des fMRT erfolgt in zahlreichen Graustufen, die für die menschliche Wahrnehmung kaum differenzierbar sind. Deshalb werden später im Computer den einzelnen Graustufen mehr oder weniger willkürlich Farben zugeordnet (ähnlich den Weltraumfotos« ferner Galaxien). Die sehr geringen Unterschiede zwischen den Aktivitätsniveaus werden dadurch nicht nur hervorgehoben, sondern überbetont. Da bestimmte Bereiche nahezu ständig aktiv sind, bedarf es sorgfältig gestalteter Versuchsanordnungen, um deren spezifische Reaktionen auf Reize herauszuarbeiten.

Hirnsan als statistischer Mittelwert. Das fMRT nimmt eine große Zahl von schwachen Signalen auf; dabei gilt es, die »richtigen« gegenüber den »falschen« herauszufiltern, die dann ein Grundrauschen darstellen (Raz, 2011). Beim Scannen werden über einen Zeitraum von 15 bis 120 Minuten zwei Bilder pro Sekunde erstellt, die als Daten verrechnet das Gehirnbild ergeben. Die Bildergebnisse von Versuchen mit unterschiedlichen Personen sind dann lediglich Mittelwerte von minimalen Abweichungen, die bei bestimmten Reizen erfolgen. Dadurch entstehen stärkere Signale als tatsächlich vorhanden und können zu Fehlinterpretationen führen (Vul et al., 2009).

Die Metapher der mentalen Module. Die besondere farbliche Hervorhebung (s. o.) suggeriert, dass das Gehirn aus einzelnen Modulen mit starken Spezialisierungen besteht. Die Gehirnareale sind jedoch nahezu ständig innerhalb eines Netzwerkes aktiv. Nur damit lassen sich z. B. kognitive Prozesse erklären.

Diese kritischen Anmerkungen sollen die Aussagekraft des fMRT nicht grundsätzlich anzweifeln, erfordern aber, die Tests öfter zu wiederholen und auf ihre genaue statistische Auswertung zu achten (Bennett & Miller, 2010).

Oakley et al. (2007) vergleichen deshalb Untersuchungsergebnisse zur Hypnosetiefe innerhalb und außerhalb des fMRI-Scanners und stellen hier keine nennenswerten Unterschiede in den Ergebnissen fest. Hypnose-Untersuchungen mit dem fMRI können also zuverlässige Ergebnisse erbringen – ihre Interpretation ebenfalls?

Aussagekraft. Die Zusammenhänge zwischen Aufmerksamkeit und kognitiven Ereignissen können mit z. B. der neurowissenschaftlichen Technik des MRT erforscht werden (Posner & Rothbart, 2007), so auch im Zusammenhang mit Hypnose (Raz, 2008). Aber der Einfluss von Worten (= Suggestionen) auf das Gehirn ist bislang noch schwer interpretierbar (Raz, 2011). So kann auch die Messung fokaler Ereignisse im fMRT z. B. in der Amygdala zur Aussage führen, dass Angst wirksam ist, obwohl gerade hier auch andere Ereignisse wie Geruch und Sexualinformationen verarbeitet werden (Aron et al., 2007). So kann die Aussage, die Amygdala lasse Schlüsse auf negative Emotionen zu, falsch sein, da gerade sie auf positive Emotionen anspricht (Raz, 2011).

Fazit – extrem formuliert

Das fMRT kann nur Grobaussagen über Gehirnaktivitäten zulassen. Rückschlüsse auf lokale Ereignisse im Gehirn sind Spekulation. Es ist ein grobes Werkzeug, um die feinen neuronalen Verarbeitungsstrukturen von Kognitionen und Verhalten erforschen zu können. Neuere Methoden wie z. B. das diffusion tensor imaging (DTI), mit dem man Axonbereiche sichtbar machen kann, oder die transcraniale Magnetstimulation (TMS) werden hier differenziertere Aussagen ermöglichen (Raz, 2011).

Teil II Indikation und Abgrenzung

In Teil II wird zunächst die Indikationsbreite der Hypnose im klinischen Bereich umrissen, ebenso die Vorteile und Möglichkeiten, die Hypnose gegenüber anderen Interventionen hat.

Anschließend erfolgt die Abgrenzung von Hypnose gegenüber anderen Verhaltensweisen, die ihr ähnlich sind, also Schlaf, Entspannung und Alltagsverhalten.

Die Gefahren und Grenzen der Hypnose werden hier besonders hervorgehoben, denn die große Indikationsbreite der Hypnose kann leicht dazu führen, sie zu unkritisch oder sogar euphemistisch zu beurteilen – oder sie ganz abzulehnen. Sie kann auch dazu verleiten, ihre Möglichkeiten zu überschätzen und Hypnose-Suggestionen als Ersatz für ein klares Therapiekonzept zu verwenden. Auch der scheinbar spielerisch-leichte und kreative Umgang mit Suggestionen und Hypnosemethoden täuscht mitunter darüber hinweg, dass dieser nur auf der Basis einer großen und lang bestehenden Praxiserfahrung möglich ist.

Um Hypnose klar zu positionieren und letztlich zu entmystifizieren, werden im Weiteren experimentelle Belege und zahlreiche Praxisbeispiele für ihre Gefahren und Grenzen aufgeführt sowie Kontraindikationen für ihre Anwendung genannt.

Die ethischen und religiösen Aspekte der Hypnose werden erörtert, obwohl sie für nahezu jede Therapieform bedeutsam sind. Aber Therapeuten sollten auch auf spezielle Patientenfragen aus diesen Bereichen vorbereitet sein.

Das Thema der Bühnen- und Showhypnose bewirkte schon immer viele Vorurteile, die zur Ablehnung der Hypnose allgemein führten und immer noch führen. Da ich selbst Hobbyzauberer bin, kann ich hier wissenschaftlich aufklären und einen Blick hinter die Kulissen dieses Bereichs geben, der besonders für Patienten von Bedeutung ist. In diese Sparte gehört auch ein bestimmtes Tierverhalten, das als Hypnose bezeichnet wird. – Hypnotisiert die Schlange nun das Kaninchen?

Teil II Indikation und Abgrenzung

In Teil II wird zunächst die Indikationsbreite der Hypnose im klinischen Bereich umrissen, ebenso die Vorteile und Möglichkeiten, die Hypnose gegenüber anderen Interventionen hat.

Anschließend erfolgt die Abgrenzung von Hypnose gegenüber anderen Verhaltensweisen, die ihr ähnlich sind, also Schlaf, Entspannung und Alltagsverhalten.

Die Gefahren und Grenzen der Hypnose werden hier besonders hervorgehoben, denn die große Indikationsbreite der Hypnose kann leicht dazu führen, sie zu unkritisch oder sogar euphemistisch zu beurteilen – oder sie ganz abzulehnen. Sie kann auch dazu verleiten, ihre Möglichkeiten zu überschätzen und Hypnose-Suggestionen als Ersatz für ein klares Therapiekonzept zu verwenden. Auch der scheinbar spielerisch-leichte und kreative Umgang mit Suggestionen und Hypnosemethoden täuscht mitunter darüber hinweg, dass dieser nur auf der Basis einer großen und lang bestehenden Praxiserfahrung möglich ist.

Um Hypnose klar zu positionieren und letztlich zu entmystifizieren, werden im Weiteren experimentelle Belege und zahlreiche Praxisbeispiele für ihre Gefahren und Grenzen aufgeführt sowie Kontraindikationen für ihre Anwendung genannt.

Die ethischen und religiösen Aspekte der Hypnose werden erörtert, obwohl sie für nahezu jede Therapieform bedeutsam sind. Aber Therapeuten sollten auch auf spezielle Patientenfragen aus diesen Bereichen vorbereitet sein.

Das Thema der Bühnen- und Showhypnose bewirkte schon immer viele Vorurteile, die zur Ablehnung der Hypnose allgemein führten und immer noch führen. Da ich selbst Hobbyzauberer bin, kann ich hier wissenschaftlich aufklären und einen Blick hinter die Kulissen dieses Bereichs geben, der besonders für Patienten von Bedeutung ist. In diese Sparte gehört auch ein bestimmtes Tierverhalten, das als Hypnose bezeichnet wird. – Hypnotisiert die Schlange nun das Kaninchen?

Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose

8 Indikationen und Vorteile der Hypnoseanwendung

*Alle Menschen sind klug –
die einen vorher,
die anderen nachher.*

Voltaire, eigentlich François Marie Arouet (1694–1778)

Da Hypnose sehr vielseitig und in zahlreichen Fachdisziplinen eingesetzt wird, kann hier nur eine relativ abstrakte Übersicht zur Indikation gegeben werden. Konkrete Angaben sind in den Kapiteln 16 bis 26 zu den einzelnen Anwendungsbereichen zu finden.

8.1 Indikationen der Hypnose

8.1.1 Historische Aspekte

Schamanen früher Kulturen, die Hypnose anwandten, sahen meist nur das Symptom bzw. den angestrebten Zweck im Vordergrund. Dies galt auch noch für die Behandlungen Mesmers. Für Esdaile (1847) mag der Mangel an Narkosemitteln die Indikation der Hypnose bei chirurgischen Eingriffen begünstigt haben. Für Breuer und Freud (1895) war Hypnose anfangs mehr von experimenteller Bedeutung und am Symptom orientiert.

8.1.2 Allgemeine Indikationsbereiche

Als Indikationsbereiche der Hypnose sind allgemein zu nennen:

- ▶ Sehr viele Erkrankungen, Störungen und Problemstellungen aus den Bereichen der Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Medizin, Zahnmedizin, Sportpsychologie und Gerichtspsychologie sind sehr wirkungsvoll mit Hypnose behandelbar (s. Kap. 22–26).
- ▶ Hypnose kann sowohl Diagnostik als auch Therapie sinnvoll ergänzen.
- ▶ Hypnose wird fast immer als eine Zusatzintervention benutzt, um ein etabliertes Therapieverfahren (wie z. B. Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie) zu ergänzen oder zu intensivieren (Kossak, 1989; Kirsch et al., 1999). Viele Praktiker arbeiten hier »eklektisch« (s. Kap. 16.1).
- ▶ Neuere Ansätze lassen in Hypnose eventuell ein eigenständiges Therapieverfahren vermuten (Bongartz, 2001).

Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose

8 Indikationen und Vorteile der Hypnoseanwendung

*Alle Menschen sind klug –
die einen vorher,
die anderen nachher.*

Voltaire, eigentlich François Marie Arouet (1694–1778)

Da Hypnose sehr vielseitig und in zahlreichen Fachdisziplinen eingesetzt wird, kann hier nur eine relativ abstrakte Übersicht zur Indikation gegeben werden. Konkrete Angaben sind in den Kapiteln 16 bis 26 zu den einzelnen Anwendungsbereichen zu finden.

8.1 Indikationen der Hypnose

8.1.1 Historische Aspekte

Schamanen früher Kulturen, die Hypnose anwandten, sahen meist nur das Symptom bzw. den angestrebten Zweck im Vordergrund. Dies galt auch noch für die Behandlungen Mesmers. Für Esdaile (1847) mag der Mangel an Narkosemitteln die Indikation der Hypnose bei chirurgischen Eingriffen begünstigt haben. Für Breuer und Freud (1895) war Hypnose anfangs mehr von experimenteller Bedeutung und am Symptom orientiert.

8.1.2 Allgemeine Indikationsbereiche

Als Indikationsbereiche der Hypnose sind allgemein zu nennen:

- ▶ Sehr viele Erkrankungen, Störungen und Problemstellungen aus den Bereichen der Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Medizin, Zahnmedizin, Sportpsychologie und Gerichtspsychologie sind sehr wirkungsvoll mit Hypnose behandelbar (s. Kap. 22–26).
- ▶ Hypnose kann sowohl Diagnostik als auch Therapie sinnvoll ergänzen.
- ▶ Hypnose wird fast immer als eine Zusatzintervention benutzt, um ein etabliertes Therapieverfahren (wie z. B. Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie) zu ergänzen oder zu intensivieren (Kossak, 1989; Kirsch et al., 1999). Viele Praktiker arbeiten hier »eklektisch« (s. Kap. 16.1).
- ▶ Neuere Ansätze lassen in Hypnose eventuell ein eigenständiges Therapieverfahren vermuten (Bongartz, 2001).

- ▶ Sind die Möglichkeiten der Basistherapie wie z. B. der Verhaltenstherapie bei bestimmten Problemstellungen begrenzt, kann Hypnose Erweiterungen anbieten, so durch die kognitiv-behaviorale Kombinationsform. So zeigen zahlreiche seriöse wissenschaftliche Studien, dass Hypnose als psychotherapeutische Methode und sogar bei schweren somatischen Krankheiten hilfreich ist (z. B. Scholz, 2005; Seemann, 2005).
- ▶ Hypnose kann den Zugang zu einigen Ressourcen, Erinnerungen, Bedürfnissen, Gefühlen und Wahrnehmungen erleichtern.
- ▶ Grundsätzlich ist die Therapie mit Hypnose jedoch – wie jede andere Therapie – kausal orientiert. Rein symptombezogene Hypnose wie z. B. bestimmte Fälle der Schmerztherapie sind die Ausnahme.
- ▶ Hypnose kann die Kommunikation zwischen dem Therapeuten und dem Patienten intensivieren und dadurch zur besseren Übertragung und Gegenübertragung (Strauss, 2001; s. Kap. 15 und 16.2) oder zu wesentlichen (bislang evtl. verborgenen) diagnostischen Informationen führen.
- ▶ Der Hypnose-Kontext kann einigen Patienten leichter die Erlaubnis geben, die Gefühle und Ängste auszudrücken, die sie in einer konventionellen Psychotherapie nicht so leicht erkennen oder zulassen würden (Kirsch et al., 2001).

8.1.3 Differenzielle Indikationsstellung

Nach der abgeschlossenen Diagnostik (Anamnese, Exploration, Tests etc.) liegen Befunde, Fakten oder Hypothesen vor, die Auskunft über die Art und Verursachung der Erkrankung oder Störung geben. Aus diesen Ergebnissen wird dann der Therapieplan mit seinen einzelnen Schritten abgeleitet. Erst nach Abschluss dieser Phase sollte überlegt werden, ob die Anwendung von Hypnose (bzw. einer bestimmten Hypnoseintervention) sinnvoll ist.

Praxishinweis

Fragen zur Indikation der Hypnoseanwendung

- ▶ Welches therapeutische Verfahren ist im vorliegenden Fall ohne Hypnose angezeigt?
- ▶ Welche Nachteile/Grenzen haben die konventionellen Methoden?
- ▶ Welche psychischen, motorischen oder sozialen Grenzen gibt es beim Patienten?
- ▶ Aus welchen Gründen soll unbedingt Hypnose eingesetzt werden?
- ▶ Welche Erwartungshaltungen (positive/negative) hat der Patient – auch gegenüber Hypnose?
- ▶ Welche Vorteile hat die Hypnoseanwendung?
- ▶ Welche therapeutischen Ziele können nur bzw. besser mit Hypnose erreicht werden?
- ▶ Welche Hypnosemethoden und Suggestionen erscheinen unter diesen Bedingungen sinnvoll und erfolgsversprechend?

8.2 Vorteile der Arbeit mit Hypnose

Effektivitätssteigerung

Wie bereits mehrfach erwähnt, erhöht Hypnose deutlich die Effektivität einer Therapie, wenn sie mit einer bekannten Grundtherapie kombiniert wird (Kirsch et al., 1995).

Unterstützung von Diagnostik und Kommunikation

Ergänzung des verbalen Berichts. Einige Patienten können sich kaum oder nur schwerlich an Inhalte oder Zusammenhänge ihres Lebens bzw. ihrer Problematik erinnern. Mit Hypnose kann (z. B. über Altersregression) leichter Zugang zu Erinnerungen, Konditionierungen, Traumatisierungen oder Fehlbewertungen gefunden werden.

Erkennen und verändern von Auslösereizen. Zur Diagnose können in Hypnose komplexe Imaginationsszenen erlebt werden, bis die relevanten (externen/internen) Auslösereize des Problemverhaltens (z. B. Gedanken, Handlungen) gefunden sind. Auch therapeutisch erforderliche Reizveränderungen sind mitunter real kaum herstellbar oder zu angstbesetzt, können jedoch in Hypnose den Erfordernissen leichter angepasst werden (so z. B. bei Asthmaanfällen die Atemreize; s. Kap. 27, Fall 8; s. a. Kap. 18).

Besseres Erkennen von Gefühlen. Patienten, denen es sehr schwer fällt, ihre Gefühle (als Auslöser oder Reaktionen) in bestimmten Situationen wahrzunehmen oder sie in dem relevanten Kontext zuzulassen, können in Hypnose über die Imagination bedeutsamer Situationen langsam Zugang zu ihnen finden. Die erlebten Begleiterscheinungen (Gedanken, physiologische und motorische Veränderungen) dienen zur Diagnostik, Selbstbeobachtung und später zur Selbstkontrolle.

Arbeiten mit Problempatienten und Problemsituationen

Sehr problematische Patienten sind u. a. Personen mit starken Ängsten, Widerständen, Verfolgungsideen, aber auch mit geringer Selbstreflexion. Hypnose kann hier durch ihre speziellen Methoden (z. B. Altersregression, Zeitveränderungen) zur Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten beitragen.

Widerstände. Unabhängig von bestimmten Methoden zur Reduktion von Widerständen (wie z. B. Utilisation, s. Abschn. 2.7 und 18.4) kann in Hypnose die aversive Problemsituation so verfremdet, distanziert oder reduziert gestaltet werden, dass eine Annäherung, ein Zulassen oder Kooperieren ermöglicht wird.

Arbeit mit sehr schwer zugänglichen Gedanken. In einigen Fällen sind Kognitionen so abstrakt oder verbal wenig beschreibbar, dass konventionelle Verfahren schnell ihre Grenzen erreichen. Mit Hypnose kann der Zugang z. B. über Imaginationen möglich sein, so z. B. zu Angstträumen (s. Kap. 27, Fall 1 und 3.).

Erleichternde Faktoren in der Therapie

Der Hauptbereich der Indikationsstellung von Hypnose liegt im therapeutischen Sektor, der mit Hypnose sehr bereichert wird.

Entwicklung von Perspektiven und Handlungsplänen. Durch Hypnose können Imaginationen von Szenen und Alternativszenen hervorgerufen werden, die den Patienten deutlich seine Möglichkeiten, Gefühle und Grenzen erleben lassen, auch von zukünftigen Handlungsalternativen und Projektionen (s. Kap. 19).

Ökonomie. Behandlungen mit der Kombination von Hypnose und Verhaltenstherapie sind erwiesen zeitlich kürzer und effektiver (Kirsch et al., 1995), zeitraubende Trainings für Entspannungsverfahren können oft entfallen. Langwierigen Übungen mit Realpersonen (z. B. im Rollenspiel) sowie lange Beobachtungszeiträume können komprimiert werden. Wechsel zu unterschiedlichen Erlebensräumen oder Szenen sind in Hypnose schnell möglich. Dies beinhaltet auch schnellere therapierelevante Einstellungsänderungen.

Nachahmung der Realität durch Erlebensrealität. Für zahlreiche Interventionen müssen möglichst realitätsnahe Situationen geschaffen werden (z. B. Selbstsicherheits-training, Angstbewältigung), die sich mitunter kaum herstellen lassen (z. B. Flug bei Flugangst, Öffentlichkeit bei Sprechangst, Partner bei Sexualitätsproblemen). In Hypnose können diese imaginativ, realitätsnah und variabel gestaltet und den Erfordernissen der Therapie angepasst werden.

Durch das komplexe Ansprechen der relevanten Ebenen (Emotion, Bewertung, Bedeutungsgebung, Semantik, Physiologie) kann der Patient seine Problemsituation komplex und differenziert erleben (Peter, 2009). Wiederholungen, Perspektivenänderungen, Verfremdungen und Stimulusveränderungen von Situationen, Personen und Objekten sind möglich (s. Kap. 19).

Intensivierung von Lernvorgängen und Umstrukturierungen. Es lassen sich sehr differenzierte und kontingente Verstärkungen vornehmen, sowohl in der Hypnosesitzung als auch durch posthypnotische Suggestionen außerhalb der Sitzung. Sie erfolgen erstaunlich schnell und sind meist nachhaltig wirksam (s. Kap. 18 und 27).

Schnellerer Gewinn an Autonomie und Kontrolle. Patienten mit stark beeinträchtigenden Problemen (z. B. Ängste, Zwänge, Schmerzen) fühlen sich diesen hilflos ausgesetzt und von ihnen fremdbestimmt, sie erleben einen externalen Ort der Kontrolle. Mit geeigneten Hypnoseinterventionen empfinden sie sich wieder als internalen Ort der Kontrolle über ihr Verhalten (Rotter, 1966). Der Wechsel zwischen sog. hypnotischen und verhaltenstherapeutischen Methoden ist hier fließend.

9 Abgrenzungen, Gefahren, Grenzen und Kontraindikationen

Nur in einem ruhigen Teich spiegelt sich das Licht der Sterne.
Chinesisches Sprichwort

In diesem Kapitel wird untersucht, wie sich Hypnose gegenüber anderen Verhaltensweisen abgrenzen lässt und welche Gefahren, Anwendungsgrenzen und Kontraindikationen berücksichtigt werden sollten.

Ein historischer und damals sensationeller Fall soll in die Problematik einführen. In einem entlegenen Teil Ungarns wendet 1894 Franz Neukomm (Maschinenfabrikant und Wunderheiler) bei der jungen Frau Ella Hypnose an, um ihre Seele zu seinem entfernt liegenden kranken Bruder zu senden. Sie berichtet detailliert und wissenschaftlich von seiner Krankheit, ruft dann aus »Wir müssen auf das Schlimmste vorbereitet sein!«, stößt einen Schrei aus, kollabiert und verstirbt. Dieser Fall hat damals in der internationalen Presse für Aufregung gesorgt und das ungarische Innenministerium dazu veranlasst, die Hypnoseanwendung stark einzuschränken und Unqualifizierten zu untersagen. Der Schweizer Forel, der Wiener Krafft-Ebing, aber auch Bernheim (Nancy) und Ärzte der Salpetrière in Paris diskutieren über den Vorfall sehr kontrovers. Letztlich erkennt der Bezirksarzt Andreás Jósas Gesundheit als so labil, dass sie in jedem Moment und ohne externe Verursachung gestorben wäre.

Die Geschichte verdeutlicht, wie stark örtliche und fachliche Interessen verschiedener Richtungen bestimmend sein können – und letztlich der Bezirksarzt außerhalb von Charisma, Prestige und Nationalität entscheidet (Lafferton, 2006).

In der gängigen älteren Fachliteratur wird die Problematik dieses Kapitels selten angesprochen und ggf. als bekannt vorausgesetzt (Erickson & Rossi, 1981; Dengrove, 1976; Kroger & Fezler, 1976). Die Therapie-Praktiker begegnen jedoch täglich einem breiten und kritischen Laien- und Fachpublikum, dem sie differenziert Auskunft geben müssen.

9.1 Abgrenzung der Hypnose gegenüber Schlaf, Entspannung und Alltagsverhalten

Im äußeren Verhalten ähnelt Hypnose sehr dem Schlaf und der Entspannung. Die Analyse von Ähnlichkeiten, Gemeinsamkeiten oder Unterschieden ist naheliegend.

Hypnose ist kein Schlaf

Der von Braid (1843) eingeführte Begriff Hypnose lässt auf ein schlafähnliches Verhalten schließen, zumal die Augen dabei fast immer geschlossen sind. Dies führte

Pawlow (1923, 1938) dazu, Hypnose als partiellen Schlaf zu definieren. Aber bereits Hull (1933) ermittelt, dass in Hypnose willentliche Handlungen möglich sind, jedoch nicht im Schlaf, und die Reflexerregbarkeit erhalten bleibt, die im Schlaf herabgesetzt ist (vgl. Abschn. 2.11.2).

Im Schlaf treten die typischen REM-Phasen auf, nicht jedoch in Hypnose (Evans, 1972). Entsprechend ist der Begriff »Hypnose« irreführend. Ebenfalls sind keine für Hypnose typischen EEG-Muster festzustellen (Dixon & Laurence, 1992).

Hypnose kann Entspannung sein

Zwischen Meditation (Transzendente Meditation), Hypnose und Entspannung sind bei EEG (Walrath & Hamilton, 1975), Pulsrate, Blutdruck, Hautwiderstand (PGR) und Elektromyogramm (EMG) keine Unterschiede festzustellen. Alle Parameter unterscheiden sich jedoch deutlich gegenüber dem Wachzustand (z. B. Morse et al., 1977).

Allerdings stimmen die physiologischen Reaktionen in Hypnose nur dann mit denen der Entspannung überein, wenn allein die Hypnose-Induktion ohne weitere Suggestionen erfolgt. Bei entsprechenden Suggestionen verändern sich viele Messwerte in Richtung des angesprochenen physiologischen Systems und deutliche Anzeichen von z. B. Angst, Wut oder Stress treten auf (s. Abschn. 7.3).

Hypnose ist Alltagsverhalten

In Hypnose sind nur solche Veränderungen im EEG feststellbar, die auch ohne Hypnose, also im Alltagsleben, zu finden sind (s. Abschn. 7.5).

In der Fachliteratur wird oft der Terminus »Wachzustand« – im Sinne von »ohne Hypnose, ohne Entspannung etc.« – benutzt. Dieser unpräzise angewandte Begriff suggeriert indirekt, Hypnose sei Schlaf, der sich vom Alltagsbewusstsein bedeutsam unterscheidet, was de facto nicht immer der Fall ist (vgl. Abschn. 3.2 und 7.9).

9.2 Gefahren der Hypnose

Die Gefahren der Hypnoseanwendung werden in der älteren Fachliteratur sehr kontrovers diskutiert (z. B. Brenman & Gill, 1947; Janet, 1925; Orne, 1965; Weitzenhoffer, 1957); die Beurteilung basiert primär auf anekdotischen Berichten oder Beobachtungen.

9.2.1 Gefahren für die Patienten

Da mit Hypnose Humanexperimente durchgeführt werden, muss die Frage nach den Negativwirkungen und potenziellen Risiken gestellt werden. Für das Department of Health, Education and Welfare (DHEW) ist der Begriff der Hypnose nur sehr schwer zu definieren und bildet somit einen recht problematischen Untersuchungsgegenstand. Wir folgen nachstehend der Systematik von Revenstorf (2011).

Allgemeine oder unspezifische Nebenwirkungen

In älteren Untersuchungen werden bei 7,7 Prozent bzw. 25 Prozent der Versuchspersonen Nachwirkungen wie Benommenheit oder Kopfschmerzen berichtet, die sogar stundenlang anhalten können (Hilgard et al., 1961; Hilgard, 1974). Diese Symptome sind jedoch auf methodische Mängel zurückzuführen.

Coe und Ryken (1983) untersuchen fünf Vergleichsgruppen und finden in der Hypnosegruppe bedeutsam weniger Negativfolgen ($p < .01$). Ihre Ergebnisse konnten bestätigt werden (Brentar et al., 1992; Coe, 1991; Sivec & Lynn, 1993). Gelegentliche Negativerlebnisse werden eher von nicht oder gering Hypnotisierbaren berichtet (Brentar et al., 1992). Aber Negativwirkungen können sowohl durch wissenschaftliche Experimente, Therapie oder Bühnenhypnose Negativeffekte bewirkt werden, die sich bei 8 bis 49 Prozent der Teilnehmer nach der Hypnose als vorübergehende Beschwerden wie Kopfschmerzen, Benommenheit, Nackensteifigkeit äußern. 62 bis 85 Prozent berichten von positiven Wirkungen wie Entspannung (Lynn et al., 2000). Die Nebenwirkungen lassen nicht den Schluss auf ein Ursache-Wirkungs-Verhältnis zu, sondern zeigen lediglich zwei aufeinander folgende Ereignisse auf (Vingoe, 2000; Wagstaff, 2000b).

Kritisch ist anzumerken: Fast alle Hypnosetests enthalten am Ende Instruktionen wie z. B. »Sie werden nachher keine Kopfschmerzen ... Schmerzen ... Steifigkeit spüren etc.«. Dies kann durchaus eine Erwartungshaltung aufbauen, jene genannten Nebeneffekte zu produzieren.



Wenn Negativeffekte auftreten, dann werden sie nicht durch Hypnose bewirkt und sind nicht nur auf sie begrenzt.

Allein das zeitliche Zusammentreffen von Negativwirkungen und Hypnose führt zum falschen Schluss eines Zusammenhangs.

Fallbeispiel

Im Einzelfall können trotz relativer Unbedenklichkeit Komplikationen auftreten (Page & Handley, 1990):

Ein Student absolviert den Suggestibilitätstest SHSS:C und wird als hoch hypnotisierbar eingestuft. Knapp zwei Stunden danach will er seine Freundin anrufen, kann sich jedoch nicht an ihre Telefonnummer erinnern. Die spätere Exploration zeigt: Die Versuchsperson war als Kind operiert worden und hatte den Geruch des Narkosegases und das Zählen in schlechter Erinnerung. Die in den Testaufgaben enthaltenen Instruktionen (Zählen, Amnesie einer Zahl, Geruchlosigkeit, Altersregression) und zusätzlich das Gefühl eines potenziellen Kontrollverlustes haben zur spezifischen Nebenwirkung beigetragen.



In der Forschung sollte mehr auf Nebeneffekte der Hypnose geachtet werden, was eine bessere Selektion der Versuchspersonen voraussetzt.

Zudem sollte bei den jeweiligen Abschlussinstruktionen von Hypnosetests überprüft werden, ob sie indirekt Suggestionen oder Aufforderungen zu Nebeneffekten beinhalten. So können Gruppentests wie der HGSHS: A und der WSGHC Verzerrungen der Selbstbeobachtung oder vorübergehende Nebenwirkungen bedingen (Younger et al., 2005; Cardeña & Terhune, 2009; s. Abschn. 5.5).

Dekompensation

Durch Hypnose kann eventuell eine latent vorhandene Schizophrenie ausgelöst werden (Gruzelier, 2004).

Weitere Folgeschäden der Hypnose können sein:

- ▶ Retraumatisierung und körperliche Schäden; sie werden in Abschnitt 11.5 zur Showhypnose abgehandelt.
- ▶ Sexueller Missbrauch, Schädigungsabsicht, Verbrechen, sie werden in Abschnitt 26.1 dargestellt.

Unterschiede zwischen Experimenteller und Klinischer Hypnose

Die Ergebnisse der experimentellen Forschung können nicht exakt auf den klinischen Bereich projiziert werden, da relevante Unterschiede zwischen Experimenteller und Klinischer Hypnose bestehen (z. T. nach Coe & Ryken, 1983, S. 674 f.):

- ▶ Versuchspersonen, die an einer experimentellen Hypnosesitzung teilnehmen, meist Studenten, sind emotional nicht so instabil wie Personen aus einer klinischen Population. Sie unterscheiden sich in Alter und Bildung von Patienten.
- ▶ Die Beziehung zwischen Versuchsperson und Hypnotiseur ist im experimentellen Design von relativ kurzer Dauer und emotional neutral im Vergleich zu den engen Therapeut-Patient-Beziehungen.
- ▶ Experimentelle Ziele sind meist nicht darauf ausgerichtet, emotionale Reaktionen auszulösen und zu verarbeiten, wie es in der Psychotherapie erforderlich ist.
- ▶ Die hypnotischen Induktionen und Suggestionen sind im Experiment strukturiert und standardisiert, im klinischen Bereich hingegen stets individuell abgestimmt.
- ▶ Patienten suchen Hypnose zur Therapie auf; sie haben bereits Symptome – und zeigen diese möglicherweise auch unter Hypnose. Versuchspersonen sind durch Neugier und Prämien motiviert – und zeigen deshalb leichter Gefälligkeitsreaktionen.

9.2.2 Gefahren für den Therapeuten

Da Hypnose oft sehr tiefe Einblicke in die Psyche und in Problemzusammenhänge gibt, ist die Gefahr gegeben, dass der Therapeut Allmachtsgedanken entwickelt (J. Barber, 1998). Umso wichtiger sind Supervisionen (s. a. Abschn. 15.6 und 14.2.1).

Es ist zudem nicht auszuschließen, dass der Therapeut selbst in Trance fällt oder die an den Patienten gegebenen Instruktionen selbst aufnimmt.

Ein Kollege führte bei einem Patienten eine Aversionstherapie unter Hypnose durch, um dessen Alkoholabusus abzubauen. Tage später bemerkte er bei der Gartenarbeit, dass ihm selbst das Bier nicht mehr schmeckte, es aversiv für ihn geworden war.

Ein Hypnosearzt verwendet bei seinen liegenden Patienten z. B. zur Raucherentwöhnung »Streichungen«, Handbewegungen knapp über deren Körper – ähnlich den »Passes« Mesmers. Seine Patientin bewertet diese als sexuelle Annäherungen mit Berührungen und wird gegen ihn juristisch aktiv.

9.3 Grenzen der Hypnose

9.3.1 Grenzen der Hypnose als reine Anwendertechnik

Zu leicht kann Hypnose als reines Technikrepertoire angesehen werden, mit dem schnell schwierige Probleme behoben werden können. Diagnostik und Indikationsstellung werden dann vernachlässigt. Vor dieser Art von Anwendungstechnologie ist dringend zu warnen.

Beispiel

Bei einem Studenten mit Prüfungsproblemen hatte eine zweimalige hypnotherapeutische Behandlung keinen Erfolg. Bei ihm war symptomorientiert Hypnose zur Entspannung eingesetzt worden, die dann in der Prüfungssituation zu einer starken Abnahme des für die Prüfung erforderlichen Erregungsniveaus führte und ihn für geordnete Gedanken handlungsunfähig machte. Erst die angemessene Hypnoseanwendung im Sinne einer gelösten Aktivierung und die Aufarbeitung seiner zugrundeliegenden hemmenden Probleme brachten Erfolg (Peter, 1991a).

Die Grenzen der Hypnose im Sport sind in Abschnitt 25.6 dargelegt, die im Gerichtsbereich, besonders bei Zeugenaussagen in Kapitel 26.

Der Begriff der Hypnopädagogik entstammt mehr der älteren Literatur zu Beginn des 20. Jahrhunderts, umfasst die pädagogische Beeinflussung von Kindern unter Hypnose und wird heute wieder aufgegriffen. Sicherlich fallen in diesen Bereich Erfolge wie Konzentrationssteigerung und Lernverbesserungen (s. Abschn. 22.12). Schnell kann jedoch beim Symptomträger Kind eine Kausaltherapie der evtl. überfordernden Eltern vergessen werden.

Diese und die vielen folgenden Beispiele machen deutlich, dass Hypnose keine eigenständige Therapieform ist und stets kausal eingesetzt werden sollte.

9.3.2 Grenzen des Therapeuten

Aus dem klinischen Bereich liegen nur Einzelfallberichte vor, die hier auf eine Anwender-Negativquote von 27 Prozent (Levitt & Hersman, 1963) bis 43,5 Prozent (Judd et al., 1986) verweisen, jedoch nicht repräsentativ sind (Lynn et al., 1996).

Ausbildung der Hypnosetherapeuten

- ▶ Grundvoraussetzung ist eine fundierte Ausbildung des Therapeuten, die ihn im Bereich der Diagnostik und Therapie als Fachmann befähigt, bestimmte klinische Verfahren (Zahnbehandlung, Angsttherapie) sachgerecht durchzuführen.
- ▶ Vom Therapeuten ist zu erwarten, dass er jede Therapieform oder klinische Intervention, die er *mit* Hypnose realisieren will, auch *ohne* Hypnose beherrscht. Nur dann kann das hohe Maß an Verantwortung auch beim Einsatz von Hypnose realistisch übernommen werden.
- ▶ Ein Therapeut muss mit unerwarteten Nebeneffekten umgehen können, gleich ob sie durch psychotherapeutische Prozesse oder Hypnose hervorgerufen werden.

Vergleiche hierzu die ethischen Richtlinien in Abschnitt 10.1.

Während der Hypnoseausbildung können bei Demonstrationen Komplikationen auftreten (Peter, 1991b). Dies macht es erforderlich, auch hier vor der Hypnoseanwendung Kurzexplorationen vorzunehmen. Peter fordert deshalb, nur Personen zu einer Hypnoseausbildung zuzulassen, die über eine grundlegende Ausbildung in Psychologie und Therapie verfügen. Berufsanfänger können leicht mit der Methode überfordert sein, ohne es zu bemerken.

9.3.3 Probleme in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient

Die Anwendung der Hypnose stellt eine Kommunikationsform zwischen Therapeut und Patient dar, in der beide in ihrer Grundpersönlichkeit mit ihren Erwartungen und Bedürfnissen agieren und sich in der jeweiligen (definierten) Rolle begegnen (= Rapport). Innerhalb dieser Kommunikation können in der Therapie bzw. bei der Anwendung von Hypnose Störfaktoren auftreten (Powell, 1995; vgl. a. Abschn. 7.1).

Erwartungshaltungen und Widerstände

Durch unangemessene Informationen oder Befragungen können beim Patienten Erwartungen über Nebenwirkungen der Hypnose entstehen – und entsprechend eintreten (Coe et al., 1995; Lynn et al., 1996; Page, 1999). So kann bereits die Erwähnung des Wortes »Hypnose« Ängste und starke Blockaden aufbauen.

Widerstände gegen oder in Hypnose können immense Schutzfunktionen für den Patienten darstellen; ihre zu schnelle Auflösung kann zu erheblichen Schocks führen. Beispiele dazu sind in Abschnitt 22.1.4 angeführt.

Intensive Partnerbeziehung, Abhängigkeiten

Die enge Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist mit einer der Grundbedingungen der Hypnoseanwendung im klinischen Bereich. Die Vertrautheit wird durch die schlafähnliche Situation unterstützt, der emotional deprivierte Patient erhält intensive

Zuwendung und wird dann ggf. für die Verhaltensweisen verstärkt, die mit seiner Heilung (und dadurch Trennung vom Therapeuten) inkompatibel sind, so z. B. weiter neue Symptome produzieren, vermehrte Hilfsbedürftigkeit äußern, Reduktion von Eigenständigkeit.

Die von der früheren Psychoanalyse befürchtete Patientenabhängigkeit durch Hypnose wird widerlegt, da sie besonders geeignet ist, die Ich-Stärke aufzubauen, um damit verbunden zu größerer Unabhängigkeit zu gelangen (Cheek & LeCron, 1968).

Sexuelle und unangemessene Wünsche. Die intensive Beziehung kann ggf. sexuelle Kontaktwünsche bei Therapeut und Patient aufkommen lassen. Nicht zu unterschätzen ist die Möglichkeit, dass der Patient diese Fantasien nicht mehr von der Realität unterscheiden kann. Fälle von Missbrauch der Hypnose sind in Abschnitt 26.1 f. dargestellt.

Beispiel

Sexuelle Annäherung in Hypnose?

Ein Zahnarzt führt bei einer Patientin in Gegenwart ihres Ehemannes eine Zahnbehandlung unter Hypnose durch. Tags darauf sagt der Mann die nächsten vereinbarten Termine auf Drängen der Frau hin ab. Sie ist der festen Ansicht, dass sich ihr der Zahnarzt in Hypnose sexuell genähert hatte. Hier wurden Aggressions- oder Sexualwünsche frei, die auf der Grundlage einer pathologischen Struktur als Realität erlebt wurden (LeCron, 1968).

In solchen Fällen bedarf es einer Abklärung und Absicherung von Therapeut und Patient, wodurch hier Hypnose kontraindiziert sein kann. Bei manchen Problemstellungen kann deshalb die Anwesenheit einer dritten Vertrauensperson sinnvoll sein (s. Abschn. 9.2.2).

Insgesamt ist es nicht auszuschließen, dass Wunschgedanken des Patienten/der Patientin sich aufgrund von Enttäuschung, Schuldgefühlen oder Übertragungsaspekten plötzlich in Vorwürfe und Beschuldigungen umkehren können – wie es allgemein in Therapien möglich sein kann. Zur Absicherung gibt Orne (1983) dazu klare Impulse bzw. Anweisungen, die in Abschnitt 26.4 explizit dargestellt sind.

9.3.4 Grenzen des Patienten

Der Patient selbst bringt einige Konstellationen und Variablen mit, die eine Hypnosebehandlung erschweren oder Gefahrenpunkte beinhalten können.

Allgemeine Patientenvariablen

Alter. Falldarstellungen befassen sich meist mit einem mittleren Patientenalter von 15 bis 55 Jahren, die stärkste Hypnotisierbarkeit liegt bei fünf bis zwölf Jahren (Gordon,

1972; Morgan, 1973; Morgan & Hilgard, 1973). Da Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg nicht unbedingt korrelieren (Kirsch, 1991), sind allein allgemein in der Psychotherapie beeinträchtigende Faktoren wirksam wie z. B. das Patientenalter. Durch die demografische Entwicklung bedingt werden jedoch immer mehr Senioren erfolgreich in die Hypnosebehandlung einbezogen. Näheres dazu ist in Abschnitt 22.20 dargestellt.

Hypnose mit sehr jungen Kindern kann zu leicht nur am Symptom ansetzen, ebenso Hypnose zur Entspannung in Kinderkursen (s. Abschn. 21.9).

Intelligenz. Für die verbale Kommunikation ist eventuell Mindestintelligenz erforderlich, jedoch keine notwendige Voraussetzung für den Hypnoseerfolg (McCord, 1956). Auch geistig retardierte Kinder sind mit Hypnose behandelbar (McCord & Sherrell, 1962), ebenso Patienten mit Down-Syndrom (Sternlicht & Wanderer, 1963). Die Kommunikation muss hier auf die Sprache und das Auffassungs- und Verarbeitungsvermögen des Patienten abgestimmt sein. Näheres besonders zum methodischen Vorgehen ist in Abschnitt 22.18.1 ausgeführt.

Behinderungen. Wie sehr die Flexibilität des Therapeuten bei Patienten mit Behinderungen gefragt sein kann, wird besonders an einem von Gravitz (1981a) geschilderten Fall deutlich. In seinem einfallsreichen Therapiedesign behandelt er eine Frau mit Hirnschaden (starke EEG-Befunde) und gleichzeitiger zentraler Taubheit wirkungsvoll mit Hypnose; sie erlernt Entspannung und Schmerzkontrolle (s. S. 501).

Passivität des Patienten. Einige Patienten verlangen ohne Eigenleistung Manipulationen, um symptomfrei zu werden. In solchen Fällen scheint Hypnose sogar kontraindiziert zu sein. Diese Patienten müssen lernen, ihre Probleme durch aktive Auseinandersetzung und Beteiligung zu lösen. Falls Hypnose dennoch indiziert ist, muss der Patient von Anfang an aktiv beteiligt werden.

Klinische und psychopathologische Variablen

Traumatisierungen. Hypnose ist eine sehr gute Methode, um Blockaden aufzuheben. Es besteht allerdings die Gefahr, dass mit ihr Traumata – wie z. B. ein Vergewaltigungserlebnis – zu schnell aufgedeckt werden, ohne dass dabei gleichzeitig eine Verarbeitung erfolgt. Schockerlebnisse bis hin zur Suizidgefahr sind dann möglich. Entsprechend muss die Therapie bereits vorher behutsam geführt werden.

Beispiel

Unterschätzung klinischer Befunde

Rosen (1956) berichtet von einem Fall, in dem ein Zahnarzt einen Patienten nach einer Hypnosebehandlung in seiner Praxis abends auf einer Cocktailparty wieder trifft. Er hypnotisiert den Patienten im Rahmen eines Partygags. Die Suggestion, sich wie eine Frau zu verhalten, bewirkt die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung; die latente Homosexualität des Patienten war aufgedeckt worden.

Kontrollverlust-Ängste. Aus bekannten Gründen und Vorurteilen können gerade bei Hypnose Kontrollverlustängste auftreten. Der Patient muss hier Sicherheit erhalten, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Bei Personen mit einer Vorgeschichte, die mit Gewalt und Machtlosigkeit verbunden ist, sollte Hypnose mit großer Vorsicht eingeführt werden. Patienten könnten mit Hypnose ebenfalls Ausgeliefertsein und Machtlosigkeit verbinden (Wendt, 1978).

Schmerz. Auftretende Schmerzen sind primär normale Körpersignale mit Warnfunktion. Eine komplexe Therapie ist hier angezeigt.

Beispiel

Schmerzen können funktional sein

Ein stattlicher Mann leidet nach einer Beinamputation unter erheblichen Phantomschmerzen, die bis zu Suizidversuchen führen. Er will ausschließlich Schmerztherapie, zeigt dabei jedoch erhebliche Widerstände. Da die Ehefrau sich kurz vor dem Unfall von ihm trennen wollte, hat der Schmerz hier eindeutig funktionalen Charakter. Die anschließende Paartherapie ist dann wesentlich sinnvoller als eine symptombezogene Hypnosebehandlung.

Depressionen. Zahlreiche Symptome und psychosomatische Störungen können die Grundkrankheit einer Depression verdecken. Hier wird Hypnose nur nach einer sorgfältigen Differenzialdiagnose angezeigt sein (s. Abschn. 22.9).

Psychosen. Obwohl früher generell davor gewarnt wurde, Hypnose bei Psychosen anzuwenden, ist sie hier z. T. sehr effektiv einzusetzen (s. Abschn. 22.10). Bei paranoiden Formen sollte auf jeden Fall bedacht werden, dass das hypnotische Geschehen und der Therapeut mit in die Wahnidee einbezogen werden können (Stocksmeier, 1984, S. 125). Hypnose bei Beziehungs- und Verfolgungswahn ist in diesem Kontext wahrscheinlich kontraindiziert.



Auch wenn in Hypnose unerwartete und eigenartige Reaktionen auftreten können, ist sie nicht gefährlicher als andere Verfahren der Psychotherapie oder der Entspannung (Lynn et al., 1996).

Es ist kein Patient bekannt, der ohne vorherige pathologische Symptome während oder nach der Hypnose schizophren wurde (Wagstaff, 2000).

Aus der Befragung erfahrener Therapeuten wie Erickson, Kline und Wolberg wird deutlich, dass keiner von ihnen jemals durch Hypnose eine psychiatrische Krankheit bewirkt hatte (Conn, 1972). Auerback (1962) konnte in 119 Fällen nachweisen, dass nach Hypnose plötzlich psychotische Episoden auftraten, diese aber auf die Interventionen unqualifizierter Hypnotiseure zurückführen.

Masochismus. Der Patient kann die Hypnose seinen Wünschen gemäß nutzen und den Therapeuten als den in der Situation Überlegenen interpretieren (Kroger, 1979). Crasilneck (1980) bezeichnet diese Personengruppe als besonders therapieresistent.

Abhängigkeitsprobleme. Da Patienten mit Abhängigkeitsproblemen zur Realitätsflucht neigen, kann Hypnose hier kontraindiziert sein. Bei angemessener Indikation und Therapiedurchführung können aber gute Behandlungserfolge erzielt werden (s. Abschn. 22.19). Es muss jedoch auch bedacht werden, dass gerade diese Patienten nicht eine erneute Abhängigkeit – nämlich gegenüber dem Therapeuten – entwickeln.

9.3.5 Methodikprobleme

Hier sollen die möglichen Anwendungsaspekte auf ihre Grenzen und Gefahren überprüft werden.

Grundsätzliche Therapieprobleme

Jede Therapieform bedarf gewisser Grundvoraussetzungen, unter denen sie erfolgreich durchgeführt werden kann. Hypnose bedarf teilweise besonderer Überlegungen.

Räumliche Situation. Hypnose ist bestimmt in jeder Raumkonstellation durchführbar, so auf dem Operationstisch, im Behandlungsstuhl des Zahnarztes, im Sessel des Psychotherapeuten oder auf der Wettkampfbahn etc. Hilfreich ist eine allgemein angenehme Atmosphäre ohne Störgeräusche wie Straßenlärm oder Telefonläuten. Die legendäre Couch ist nicht erforderlich. Bei einigen Personen wird diese Konstellation besondere Abneigung hervorrufen.

Anwesenheit dritter Personen. Patienten können sich in Gegenwart dritter Personen gerade bei Hypnose ausgehorcht vorkommen und Widerstände aufbauen. Verlangt der erwachsene Patient nach der Anwesenheit Dritter, so würde Stocksmeier (1984) eine Hypnotherapie ausschließen, da zu großes Misstrauen vorliege. Hier sollten vielmehr die Motive und Ängste für diesen Wunsch untersucht werden.

Mitunter kann die Anwesenheit einer weiteren Person sogar angstabbauend wirken. In meinen Therapiefällen war oft allein schon die selbstverständliche Erlaubnis der Teilnahme einer Vertrauensperson vertrauensfördernd bzw. angstabbauend und wurde dadurch nicht mehr in Anspruch genommen.

Praxishinweis

Anwesenheit Dritter

- Nur wenn der Patient zustimmt, sollte eine dritte Person anwesend sein.
- Von Kindern wird die Anwesenheit der Eltern meist als beruhigend erlebt.
- Bei der Hypnoseanwendung in der Klinik oder in der Arztpraxis sollte dem Personal entweder jede Unterhaltung untersagt sein oder sie sollte nur in unmissverständlichem Zusammenhang mit der Behandlung stehen (Levinson, 1967).

Probleme durch Suggestionen und Induktionen

Hypnose im klinischen Anwendungsbereich stellt kein Standardverfahren dar, sondern wird individuell auf den Patienten abgestimmt. Die bei manchen Krankheiten geforderten Vorgehensweisen nach festgelegten Standards von Instruktionen, Sug-

gestionien etc. (sog. Manualtherapie) kann hilfreich sein. Sie kann jedoch nicht immer die individuelle Genese und Aufrechterhaltung der Problematik (Krankheit etc.) berücksichtigen, die eine vom Manual abweichende individuelle Behandlung erfordert.

Unangemessene Formulierungen und Suggestionen. Unangemessene Formulierungen können beim Patienten unerwünschte Reaktionen und Ängste auslösen. Besonders bei Ruhebildern und Angstszenen ist auf eine optimale Vorbereitung zu achten.

Suggestionen werden meist sehr wörtlich verstanden, wodurch schnell psychologische Fehlreaktionen entstehen können (z. B. Gruenewald, 1991; MacHovec, 1987, 1991; Page & Handley, 1990; s. a. Abschn. 14.4).

Beispiel

Suggestionen werden wörtlich verstanden

Cheek und LeCron (1968) berichten von einem Patienten mit starken Verlassensängsten. Die Hypnose enthüllt, dass er während einer Operation die Bemerkung des Chirurgen »Let's go home = lass' uns hier fertig werden« wörtlich verstanden hatte und unerschrocken Panik entwickelte, in diesem hilflosen Zustand allein gelassen zu werden.

Kleinhaus und Eli (1987) berichten: Nach der Suggestion »Sie sind immer hypnotisch tief entspannt, wenn Sie zur Zahnbehandlung kommen« fiel die Patientin bereits in dem Moment in Hypnose, als sie das Haus verließ. Hier war die Instruktion zu allgemein gehalten, aber wörtlich befolgt worden. Erst die Suggestion »Sie werden erst in dem Moment in Trance fallen, in dem Sie im Behandlungsstuhl Platz nehmen« zeigte die erwünschte und komplikationsfreie Reaktion.

Negative Formulierungen. Generell sollten negative Formulierungen und Verneinungen vermieden werden, da sonst der gegenteilige Effekt auftreten kann. Die Formulierung »Du hast keine Angst ...« fixiert auf das Angstverhalten und löst entsprechende Kognitionen aus (vgl. hierzu Abschn. 7.5.3).

Instruktionen von Tonträgern. Die Benutzung von Instruktionen auf CD oder MP3 ist durchaus hilfreich, unterstützt den Patienten bei seinen therapeutischen »Hausaufgaben« und begünstigt die Ablösung vom Therapeuten. Gefahr ist möglich, wenn die Aufnahmen an Dritte unreflektiert weitergegeben werden, um als Allheilmittel zu dienen. Weitere Aspekte sind in Abschnitt 4.2 aufgeführt.

Durchführungsprobleme und Fehler

Die hier in einer Übersicht zusammengestellten Probleme sind teilweise in den relevanten Kapiteln ausführlicher besprochen.

Spontanhypnose. Zeigt eine Person plötzlich ohne besondere Einleitungsintervention Hypnosereaktionen, so wurde mit großer Gewissheit durch einen konditionierten Reiz die konditionierte Reaktion der Spontanhypnose ausgelöst. Entsprechend sollten zur Induktion keine Gegenstände oder Auslösewörter benutzt werden, die leicht genera-

lisiert werden können wie z. B. Kugelschreiberspitzen. Sind die Auslöser jedoch ausreichend bekannt, können sie sogar positiv genutzt werden (s. Kap. 27, Fall 8).

Beispiel

Unbeabsichtigte Konditionierung

Eine Patientin bricht in einem Geschäft »grundlos« ohnmächtig zusammen. Das Summen des Ventilators war dem weißen Rauschen ähnlich, welches der Therapeut immer benutzte, um die Hypnose zu vertiefen (MacHovec, 1987).

Bei starker emotionaler Erregung, bedingt durch z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen, ist ebenfalls Spontanhypnose möglich (s. Abschn. 22.1.4).

Plötzliche Problemstellungen. Zu Beginn der Hypnose können Patienten mit sehr unerwarteten Verhaltensweisen reagieren wie z. B. Weinen, Lachen, verwirrt Sprechen, was meist durch den Abbau von Blockaden ermöglicht wird: Die Patienten gestatten sich nun, angestaute Emotionen auszuleben, hinter denen massive Probleme verborgen sein können.

Beispiel

Unvorhersehbare Reaktionen

Bei einer Patientin mit lang bestehenden Zahnarztängsten wird mit zunehmendem Erfolg Hypnose im Sinne einer Desensibilisierung angewandt. Als ihr dann unter Hypnose die Anästhesie-Injektion verabreicht wird, reagiert sie plötzlich mit einer spontanen Abreaktion: Die Injektion war die Repräsentation eines früheren Traumas (Kleinhauz & Eli, 1987).

Wie bei allen Kommunikationen oder Interventionen können auch bei der Arbeit mit hypnotischen Phänomenen unvorhersehbare Reaktionen eintreten. Diese Aspekte sind in Kapitel 7 bei den jeweiligen »Phänomenen« dargestellt.

Rapportverlust. Die Beziehung zum Patienten sollte wiederholt durch entsprechende Instruktionen aufgefrischt werden, um einem Abbruch durch Rapportverlust vorzubeugen, der sonst zu dramatischen Folgen führen kann (Kleinhauz et al., 1979; s. Abschn. 7.1 und 11.5).

Rücknahme der Hypnose. Die unangemessene Beendigung der Hypnose kann Benommenheit, Desorientierung und teilweise Suggestioneninhalte unkontrolliert weiter bestehen lassen (Gruenewald, 1991; Kleinhauz, 1991; Kleinhauz & Eli, 1987; MacHovec, 1987, 1988, 1991; Page & Handley, 1990).

Falls die Hypnose nicht therapeutisch sinnvoll bestehen bleiben soll, muss sie präzise beendet werden. Der Patient muss dabei ausreichend Zeit haben, zur Realsituation zurückzufinden (s. Abschn. 12.1.5).

Praxishinweis

Beendigung der Hypnose und Rückorientierung

- ▶ Einige Patienten können sich nur sehr langsam rückorientieren.
- ▶ Durch das nachfolgende Gespräch muss die vollkommene Rückorientierung exakt verifiziert werden.

Falls ein Patient nicht aus der Hypnose erwachen sollte, so kann das sehr unterschiedliche Gründe haben:

- ▶ Fehler in der Instruktion durch den Therapeuten.
- ▶ Der Patient ist über den Therapeuten verärgert und will nicht mehr mit ihm kooperieren (Orne, 1965).
- ▶ Abwehr oder Widerstand gegen die Behandlung oder den Behandler (Kerneis, 1996).
- ▶ Der Patient will ggf. nicht aus dieser intimen Beziehung.
- ▶ Der Patient will nicht aufwachen, weil damit wieder eine Realitätskonfrontation verbunden ist (Orne, 1965) und er Vermeidungsverhalten z. B. gegenüber seiner häuslichen Situation (Eheprobleme etc.) aufbaut.
- ▶ Er verbindet diesen Zustand der Hypnose mit einem früheren (Schlaf-)Erlebnis (LeCron, 1973).

Abnorme Hypnoseverläufe haben ihren entsprechenden diagnostischen Stellenwert und müssen aufgearbeitet werden; die Befragung über ideomotorische Signale kann hilfreich sein.

9.4 Wenn Hypnose falsch eingeordnet wird

Wie aus den Ausführungen deutlich wurde, ist der Erfolg der Hypnosebehandlung durch zahlreiche Variablen begrenzt. Es sind nur sehr wenige Fälle bekannt, in welchen eine derartige Behandlung zu Fehlschlägen führte. Wer würde sie auch veröffentlichen?

Beispiel

Grenzen der Hypnoseinterventionen

Kroger (1979) berichtet von einem adipösen Geschäftsmann, der bei den Honorarvereinbarungen vorschlug, für jedes verlorene Pfund 10 Dollar zahlen zu wollen. Der Patient dachte, das bessere Geschäft gemacht zu haben. Als er dann innerhalb von zwei Monaten 40 Pfund abnahm, brach er die Behandlung ab. Er hatte sich selbst übervorteilt und der Therapeut war auf diesen Handel eingegangen.

Ein ca. 50 Jahre alter Mann bittet um die Hypnosebehandlung seiner 32-jährigen depressiven Freundin. Die Depressionen nehmen stets ab, wenn sie das Haus verlässt. Er führt dies auf Erdstrahlungen zurück, und wird von einem Wünschel-

rutengänger bestätigt. In der Exploration wird deutlich, dass die 18 Jahre jüngere Freundin sich von ihm nicht altersgemäß behandelt fühlt. Hier wurde von mir eine Hypnosebehandlung abgelehnt und eine Paartherapie empfohlen.

Eine Mutter ruft an und will möglichst am Wochenende einen Termin zur Hypnosebehandlung ihrer zwölf Jahre alten Tochter, die unter Konzentrationsstörungen und Schulproblemen leidet und das Internat nur an Wochenenden verlassen kann. Auch hier lehne ich die Hypnosebehandlung ab und biete Termine zur Erziehungsberatung an. Die Mutter ist dazu nicht bereit.

Reinkarnation und UFOs. Hypnose ist auch dort überfordert, wo sie zur Feststellung eines früheren Lebens und der Reinkarnation dient (s. Abschn. 7.7.1) oder die Erlebnisse mit UFO-Begegnungen reaktualisieren soll (Bánjai & Kihlstrom, 1996). Das Buch »The Search for Bridey Murphy« von Bernstein (1956) löste eine Flut von Reinkarnationstherapien aus, die davon ausgehen, dass die Sünden und Vernachlässigungen des früheren Lebens die Neurosen des gegenwärtigen Lebens bestimmen. Die Zeitschrift Chicago American überprüfte diese Geschichte und enthüllte: »Bridey Murphy war das Produkt einer Kryptomnesie, die durch Hypnose erleichtert und verstärkt wurde« (Gravitz, 2002, S. 179).

Claudewitz (2000) sieht eine Reinkarnationstherapie oder past-life therapy dann als gerechtfertigt an, wenn das Glaubens- und Bezugssystem des Patienten berücksichtigt wurde – es sollte jedoch Hypnose von Religion und Okkultismus getrennt gesehen werden (Barnes, 2000).

Experimentelle Befunde. Bislang wurden alle Reinkarnationsberichte (Iverson, 1976; Kline, 1952) widerlegt und methodische Untersuchungsfehler stellen die Glaubhaftigkeit der Berichte in Frage (Parejko et al., 1975). Derartige Erinnerungen werden z. B. durch Erwartungshaltungen und Versuchsleitersuggestionen mit und ohne Hypnose bewirkt (Parejko et al., 1975; Spanos, 1987).

Dabei ist zu bedenken, dass gerade in Hypnose Pseudoerinnerungen (z. B. Loftus et al., 1994) oder Konfabulationen (Haroldson, 2003) und durch entsprechende Suggestionen in Hypnose Erinnerungen an ein früheres Leben auftreten können (Spanos et al., 1991).

In einer koreanischen Studie erhalten die Versuchspersonen im Anschluss an die koreanische Form des HGSHS:K (Puyn & Kim, 2009a, b) die Instruktion, eine Regression in ihr früheres Leben vorzunehmen. Personen mit hoher Hypnotisierbarkeit reagieren signifikant stärker positiv auf derartige Instruktionen, wenige sogar von einer Umwandlung in Tiere (Tiger, Bär). Dabei haben der religiöse Glaube und der Glaube an eine Reinkarnation keinen Einfluss. Diese Ergebnisse stimmen mit Spanos et al. (1991) überein, wonach die Suggestionen wesentlich sind. Eine ähnliche Untersuchung in Kanada (Spanos et al., 1991) und die von Baker (1982) zeigen: Die Inhalte der Erinnerungen an ein früheres Leben werden durch den kulturellen Hintergrund und die religiösen Konzepte des Landes bestimmt.

Personen, die an paranormale Ereignisse glauben, sind stärker suggestibel als Personen, die nicht daran glauben, wenn die Suggestionen (Tischschweben) mit ihrem paranormalen Glaubenssystem konsistent sind (Wiesemann et al., 2003).

Insgesamt stellt sich hier die Frage, inwiefern bei derartigen Erlebnissen in Hypnose oder veränderten Bewusstseinszuständen (oder auch Psychosen, Krankheit, Intoxikation) leichter animistisches Denken spontan auftritt, das Erklärungen als einfache Wirkverhältnisse bereit stellt (Charlton, 2007).

Das Problem der Erinnerung ist in Abschnitt 7.7.1 und 26.1 ff erörtert.

9.5 Kontraindikationen

Hypnose ist für solche Klienten kontraindiziert, die ihr gegenüber sehr negative Einstellungen haben. Es kann jedoch fast alles, was mit Hypnose erreicht wird, auch ohne sie bewirkt werden. Also kann für diese Patienten der Name und die Erklärung der Intervention geändert werden. So sind Verhaltenstherapieformen wie systematische Desensibilisierung oder verdecktes Modelllernen typische Hypnoseinterventionen minus Hypnose-Etikett (Kirsch, 1999, S. 217).

Klinische Aspekte

Realitätsflucht. Neigt ein Patient zur Realitätsflucht, sollte dies nicht durch Verfahren wie Meditation, Entspannung oder Hypnose noch begünstigt werden.

Abgrenzungsprobleme und geringe persönliche Bedürfnisse. Besonders »Double-bind«-Instruktionen können bei Abgrenzungsproblemen und geringen persönlichen Bedürfnissen das fehlendes Autonomiestreben weiterhin einschränken.

Sogenannte endogene Erkrankungen. Depressionen werden als sehr unterschiedlich behandelbar eingestuft (s. Abschn. 22.9). Suizidtendenzen sind möglich, besonders bei zunehmender Besserung und damit einhergehender Aktivierung; deshalb wird dann eine ausschließlich stationäre Behandlung notwendig sein (Crasilneck, 1980).

Sind psychotische Reaktionen oder Dekompensationen zu erwarten bzw. relativ wahrscheinlich, sollte Hypnose keinesfalls eingesetzt werden. Patienten könnten dann die Hypnose als Auslöser für ihre Veränderungen ansehen.

Borderline-Patienten. Bei Borderline-Patienten ist Hypnose kontraindiziert, wenn sie nicht emotional und strukturell stabil sind.

Histrionische Personen. → Histrionische Personen können zu leicht überoptimal kooperieren, um mit ihrer Krankheit entsprechend besonders im Mittelpunkt zu stehen, ohne jedoch konkret an ihren Problemen zu arbeiten.

Agitiertheit. Bei Agitiertheit kann eventuell das erforderliche Minimum an Konzentration und Aufmerksamkeit für Hypnose nicht erbracht werden.

Krankheitsgewinn. Nicht zu vergessen ist die Möglichkeit des sekundären Krankheitsgewinns. Wird Hypnose nur symptomorientiert angewandt, können hier sehr schnell Widerstände und Misserfolge eintreten (Peter & Revenstorf, 2001). Hypnose ist dann kontraindiziert, weil sie nicht an den Ursachen ansetzt und nicht die gesamte Persönlichkeitsdynamik im sozialen Umfeld berücksichtigt.

Kinder und Jugendliche

Jugendreligionen. Jugendliche sollten in ihrer Persönlichkeitsentfaltung und angestrebten Autonomie unterstützt werden. Bei den sog. Jugendreligionen, Jugendsekten oder Psychokulten werden durchaus auch hypnotische Techniken einbezogen, um die jungen Menschen an diese Religionsform zu binden, so durch Riten, Außenreizverarmung und wiederholte Anwendung von Bildern. Die ausschließliche Hinwendung auf den »Meister« ist wesentlich dadurch begünstigt, dass er aufbauend auf diese Induktionen eine Konzentration auf sich verlangt. Posthypnotische Suggestionen (Thomas, 1984), die unterschwellig das Wertesystem des Neulings verändern, können angenommen werden. Blitzhypnose wird in Form des »Snapping« angewandt (Erickson, 1967). Da das Zurücknehmen der Hypnose nicht erfolgt, kann eine Art Dauertrance vorliegen (Thomas, 1983). Die Kurzbeispiele zeigen, dass Hypnose vollkommen kontraindiziert ist und sogar missbraucht wird.

Kinder-Entspannungsgruppen. Mitunter werden in Bildungseinrichtungen Kindergruppen zur Entspannung z. B. mit Autogenem Training angeboten. Da hier keine Diagnosen vorliegen, ist eine Anwendung dieser Techniken und auch der Hypnose kontraindiziert. Es erfolgt keine Kausaltherapie und der Elternwille sollte durch eine Fachdiagnose und angemessene Indikation ergänzt werden.

»Durchlauf«-Hypnose

Bekannt sind Behandlungsformen, in denen der Patient in einer Kabine in Hypnose »versetzt« wird, eventuell einen Suchauftrag erhält, und der Therapeut dann anderen Tätigkeiten nachgeht. Nach ungefähr 20 Minuten kehrt dieser dann zurück, beendet die Hypnose und führt eventuell ein kurzes therapeutisches Gespräch. Hier erfolgt kaum eine angemessene Behandlung, die kausalorientiert oder problemlösend wäre. Solche Form von Behandlung erscheint generell kontraindiziert.

Beispiel

Gefahr der »Durchlauf«-Hypnose

Zum Abschluss in einer Klinik mit »Durchlauf«-Hypnose erbittet eine Patientin eine Hypnoseintervention gegen ihre Zahnarztangst.

Sie erhält die Suggestion, stets an einem bestimmten Wochentag und zu einer bestimmten Uhrzeit schmerz- und angstfrei zu sein und dann den Zahnarzt zu konsultieren. Die Wirkung ist erstaunlich und hält an. Da der Therapeut der Ansicht ist, die Patientin müsse unabhängig von ihrem Mann werden, gibt er die Suggestion, dass sie stets allein fahren soll. Er berücksichtigt nicht die Fahrungsicherheit der Patientin. Bereits beim zweiten Zahnarztbesuch erleidet sie einen Autounfall. Der Therapeut behandelt seitdem die Patientin immer noch mit posthypnotischen Instruktionen, die er im Abstand von mehreren Wochen auffrischt.



Kontraindiziert sind Therapeuten, die mit falsch verstandener Fachlichkeit Therapie und Hypnose anwenden. Hierzu gehören Behandler mit Autoritäts- und Machtansprüchen und unkontrollierten Sexualwünschen.

Der sehr umfassende Bereich des Missbrauchs unter Hypnose oder des Missbrauchs von Hypnose ist im Abschnitt 26.1 der forensischen Hypnose abgehandelt, da es zum Großteil Fälle sind, die vor Gericht abgehandelt wurden.

10 Ethische und religiöse Aspekte der Hypnose

*Die Wirklichkeit ist das,
was wir wahrnehmen;
die Wahrheit stimmt
nicht immer mit der Wirklichkeit überein.
Buddhistische Weisheit*

Für Patienten und Therapeuten kann die Arbeit mit Hypnose Fragen nach der ethischen Bewertung des Verfahrens oder der Therapie mit Hypnose aufwerfen, so z. B. zur Therapeut-Patient-Beziehung.

10.1 Ethische Aspekte

In der relevanten Fachliteratur bzw. den Standardwerken zur Hypnose wird das Thema der ethischen Verantwortung bei der Hypnoseanwendung kaum diskutiert.

10.1.1 Verantwortung für Therapie und Experiment

Therapeutische Verantwortung

Der Hypnose-Fachmann verfügt prinzipiell über eine relevante Grundausbildung und besitzt bereits grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten der therapeutischen Interventionen oder methodischen Auseinandersetzungen mit Menschen (Patienten), die er an den normativen und ethischen Vorgaben seines Berufes orientiert. Diese ethischen Aspekte sind in den Berufs- und Therapieverbänden meist sehr genau umrissen, können jedoch mitunter divergieren (Farnill, 2000).

Experimentalwissenschaftliche Verantwortung

Ausführliche Untersuchungen weisen eindeutig auf die Unbedenklichkeit in der Anwendung der Hypnose hin (z. B. Coe & Ryken, 1983; Petersen & Coe, 1991; Sivec & Lynn, 1993). Die Darstellung und Diskussion dieses Themas erfolgt ausführlich in Abschnitt 9.2. Danach ist der durchführende Mensch in der Anwendung der Hypnose der Problemfall und nicht die Methode selbst – wie auch in anderen Wissenschaftszweigen.

10.1.2 Ethische Prinzipien für den Therapeuten

Die hohe Verantwortung des Therapeuten bei der Hypnoseanwendung besteht durch die reduzierte Kritikfähigkeit des Patienten, die enge Kommunikation und das intensive Vertrauensverhältnis (s. Kap. 7.1 und 15).

Warnzeichen und Impulse für den Therapeuten

Genauigkeit der Indikation. Der Therapeut sollte bemerken, wenn er unkritisch Hypnose bei allen Patienten anwendet. Er sieht dann den Patienten nicht als Individuum, das mit einer differenzierten Diagnose und Therapieindikation bedacht werden muss, denn sonst hat die Anwendung einer Methode Vorrang vor den fachlichen und individuellen Notwendigkeiten.

Bedürfnisrichtung. Der Therapeut sollte bemerken, wenn die Induktion für ihn eine Bedürfnisbefriedigung ist, und dass er sich weniger um die Nutzanwendung der Hypnose kümmert. Der Patient würde hier zum Objekt von Neugier oder Experimenten werden. Eventuell genießt der Therapeut für ihn relevante »Machtverhältnisse« oder die Nähe des Kommunikationspartners.

Tiefe. Der Therapeut sollte bemerken, wenn er übermäßig über die Tiefe der Hypnose seiner Patienten nachdenkt und es für wichtig hält, dass seine Patienten den tiefstmöglichen Zustand erreichen. Auch hier scheinen Machtfantasien bedeutend zu sein.

Simulation. Der Therapeut sollte bemerken, wenn er sich Sorgen macht, ob der Patient ihn täuschen und Hypnose simulieren könne. Diese Vermutung beinhaltet ein Misstrauen in der Patient-Therapeut-Beziehung und gleichzeitig die Angst, dass Machtstrukturen nicht akzeptiert werden könnten.

Willenskraft. Der Therapeut sollte erkennen, wenn er Hypnose als ein Willensduell zwischen sich und dem Patienten ansieht. Nach den unterschiedlichsten zahlreichen Prinzipien ist Hypnose das Eingehen auf eine vertrauensvolle Kommunikation (s. Kap. 15).

Freude. Der Therapeut sollte sich beobachten und bemerken, wenn er sich auf das Hypnotisieren von attraktiven Patienten/Patientinnen freut. Auch hier werden Sexualfantasien aktualisiert und der Patient/die Patientin zum Objekt von Bedürfnissen manipuliert, ohne dass er/sie Einspruchsmöglichkeiten hat – hier nicht aufgrund eingeschränkter Reaktionsfähigkeit, sondern bedingt durch die geringe Durchschaubarkeit, da der Patient/die Patientin die Augen geschlossen hat und die Verhaltensweisen (Blicke) des Therapeuten nicht wahrnehmen kann (in Anlehnung an Orne, 1983, S. 32).

Bereits auf dem I. Internationalen Kongress für Experimentellen und Therapeutischen Hypnotismus im August 1889 in Paris wurde von Ladame ein kurzes Grundkonzept ethischer Richtlinien zur Anwendung der Hypnose vorgetragen (zit. n. Peter, 1991b). Es ist ein Vorläufer der seit 1979 bestehenden ethischen Richtlinien der International Society of Hypnosis (ISH) oder des entsprechenden Passus im Israelischen Gesetz.

Forderungen der ethischen Richtlinien an die Fachleute und den Gesetzgeber (ISH, 1979)

- ▶ Hypnose soll nur von solchen Fachleuten angewandt werden, die eine abgeschlossene Ausbildung als Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut absolviert haben, die Praxiserfahrung besitzen und die über eine umfassende darauf aufbauende Zusatzausbildung in Hypnose verfügen.
- ▶ Die Hypnoseausbildung soll nur von besonders qualifizierten Fachleuten durchgeführt werden, die über langjährige und intensive theoretische und praktische Erfahrungen in ihrem Fachbereich und in der Hypnose verfügen.
- ▶ Die Hypnoseausbildung muss Theorie und Praxiselemente enthalten, die nicht nur dargestellt, sondern auch intensiv eingeübt werden müssen. Dabei übernimmt der Ausbilder die Supervision.
- ▶ Jede in Hypnose ausgebildete Fachperson sollte die Anwendung der Hypnose auf das Gebiet beschränken, auf dem sie ihre qualifizierte Berufskompetenz erworben hat.
- ▶ Wird Hypnose angewandt, so steht das Wohlergehen des Patienten im Vordergrund. Hier gelten die moralischen und ethischen Prinzipien, die die professionelle Beziehung zum Patienten bestimmen und für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten bindend sind.
- ▶ In Hypnose bedarf der Patient eines besonderen Schutzes. Entsprechend müssen bei besonderen vorhersehbaren Risikofaktoren geeignete Schutzmaßnahmen bedacht werden. Dies bedeutet auch, dass zur Risikoabwägung bzw. im Zweifelsfall fachkompetente Berufskollegen konsultiert werden sollten.
- ▶ Bei der Hypnoseanwendung sollen alle Risikofaktoren beachtet werden, die durch das Verfahren selbst möglich sein können wie z. B. bei posthypnotischen Suggestionen, Amnesien, Halluzinationen.
- ▶ Hypnose sollte nur in begründeten Fällen eigenständig und ohne methodische Einbettung angewandt werden. In der Psychotherapie ist Hypnose ein Bestandteil der jeweiligen Therapiemethode.
- ▶ Hypnoseanwendungen sollten nur nach entsprechender Diagnostik und Indikation erfolgen. Rein symptomorientiertes Vorgehen muss jeweils im Einzelfall begründbar sein.
- ▶ Bei der Hypnose dürfen nur die Methoden und Vorgehensweisen angewandt werden, die den berufsständischen Grundsätzen und den jeweils geltenden Gesetznormen entsprechen.
- ▶ Die Verwendung von Hypnose sollte von den therapeutisch und wissenschaftlich autorisierten Berufsgruppen (Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeut) mit Zusatzausbildung in Hypnose nicht als Ausbildung an Laien vermittelt werden. Ausgenommen sind dabei Studierende in den relevanten Wissenschaftsgebieten und direkte Hilfspersonen wie Krankenpfleger, Krankenschwester, Zahnarzthelferin. Diese arbeiten unter direkter Anleitung und Supervision der o. g. autorisierten Personen.
- ▶ Hypnose darf nur zu wissenschaftlichen Zwecken wie zu Experimenten und zu diagnostisch-therapeutischen Zwecken angewandt werden. Jegliche Unterhaltungsformen mit Hypnose sollten untersagt sein.

10.2 Religiöse Aspekte

Bei den wissenschaftlichen Diskursen darf die Frage nach der religiösen Bewertung der Hypnose nicht vernachlässigt werden. Geistheilungen, Heilung durch Handauflegen, begleitet oder gefolgt von Zittern, Zuckungen, Handstrichen, Schreien, Rückwärtsfallen usw. sind von zahlreichen Religionen unterschiedlichen Ursprungs bekannt. Diese und viele andere Handlungen werden auch heute oft in charismatischen Heilungsveranstaltungen angewandt. Jene »Methoden« basieren oft auf sehr grenzwertigen Bibelauslegungen und ihr Missbrauch ist zu erkennen (Mertensacker, 2011). Andererseits finden gerade in der modernen Medizin besonders bei Problem- und Grenzfällen solche Verfahren immer mehr an Aufmerksamkeit (Faulstich, 2011).

10.2.1 Altes Testament

Bereits im Alten Testament wird vor bestimmten Personen gewarnt, die möglicherweise »Hypnose« anwandten. Es sind Warnungen vor fremden Kultbräuchen, die Wahrsagerei und Zauberei, aber auch Totenbeschwörung, Zeichendeutung, Feuerlaufen und Hellsehen beinhalten (Lev. 19:26 und 31; Deuteronomium 18:10–12; 2 Könige 21:6; 2 Chronik 33:6).

Hier werden Phänomene beschrieben, die heute ebenfalls zu unterschiedlichen Zwecken genutzt werden (Tinterow, 1970), so das Feuerlaufen für Kult- oder für Showzwecke (s. Abschn. 11.3) oder Interventionen der Schamanen für rituelle und therapeutische Zwecke (vgl. Abschn. 1.1).

10.2.2 Neues Testament

Im Neuen Testament sind umfangreiche Darstellungen über die Wunder Christi zu finden, die aus heutiger Sicht als Suggestionstherapie psychosomatischer Störungen interpretiert werden können, was der Möglichkeit des Wunders keinesfalls widerspricht. Als Symptome bzw. Krankheiten werden z. B. genannt: Aussatz, Lähmungen, Fieber, Besessenheit, Blutungen, Blindheit und Stummheit (Markus 1, 29–34; 2,1–12:3,16; 5,21–43; Matthäus 8,14; 8,5–13; 8,14–17; 15,21–28).

Beispiel

Die Behandlungsmethoden im Neuen Testament Berührungen

- ▶ »Und er berührte ihre Hand, und das Fieber verließ sie.« (Matthäus 8,14)
- ▶ »Denn sie dachte: ›Wenn ich auch nur seine Kleider berühre, werde ich geheilt werden.«« (Markus 5,28)

Aufforderungen

- ▶ »Ich will, sei rein.« (Matthäus 8,3; Markus 1,40)
- ▶ »Strecke deine Hand aus.« (Markus 3,5)
- ▶ »Mädchen, ich sage dir, stehe auf.« (Markus 5,41)

Glaube der Kranken

- ▶ »Geh', dir geschehe, wie du geglaubt hast.« (Matthäus 8,15)
- ▶ »Frau, dein Glaube ist groß. Dir geschehe nach deinem Verlangen.« (Matthäus 15,21)
- ▶ »Tochter, dein Glaube hat dir die Heilung gebracht. Geh hin in Frieden und sei geheilt von deinem Leiden.« (Markus 5,34)

Bei der Heilung der Besessenen (z. B. Markus 5,120; 9,1429) sind sehr große Parallelen zu den Besessenenbehandlungen im Mittelalter Europas und im Indien der Gegenwart zu finden (Kakar, 1984), die stets auf lokalen Dämonen und somit engeren sozio-kulturellen Erwartungshaltungen aufgebaut sind (vgl. Abschn. 1.1).

Aus motivations- und sozialpsychologischer Sicht (s. Abschn. 2.11.5 f.) können die Erwartungshaltung, die Motivation und die sozialen Vorkenntnisse des Patienten sowie das Sozialprestige des Therapeuten (Jesus) eine bedeutsame Rolle gespielt haben.

Bei dieser Betrachtungsweise des Neuen Testaments muss man jedoch auch berücksichtigen, dass nicht unbedingt authentische Berichte vorgelegt wurden. Man benutzte Übersteigerungen und Analogien, es gab gewissermaßen eine Wundertradition, deren historischer Kern nicht zu bestreiten ist (Schillebeeckx, 1975). Die Wunder wurden in der Form berichtet, wie man annahm, dass Wunder aussehen müssten – was wiederum der Hypothese der Erwartungshaltung und Einstellung entgegenkommt. Besonders die Heilungen werden von einigen Theologen als psychogen interpretiert (Kasper, 1977).

10.2.3 Sichtweisen des Christentums

Hier sollen die kontroversen Sichtweisen des Christentums exemplarisch wiedergegeben sein. Veränderte Bewusstseinszustände haben auch im Christentum eine lange Tradition. Diese spirituellen und weltlichen Erlebensformen können sich durchaus ergänzen (Court, 2010), nur die Kirchen müssten sich dafür offener zeigen (Spring, 2007), wie z. B. in der Verbindung von Christentum und Zen (Kopp, 1999).

Katholische Kirche

Im Dekret der Heiligen Kongregation des Heiligen Offiziums (28. Juli 1847) wurde eine Stellungnahme der Römisch-Katholischen Kirche abgegeben: »Nachdem alle Missverständnisse, Vorhersagen der Zukunft, mit oder ohne Anrufung des Teufels, beseitigt sind, ist der Gebrauch des animalischen Magnetismus (Hypnose) tatsächlich bloß ein Akt, in dem physikalische Kräfte benutzt werden, die sonst gesetzlich erlaubt sind und darum ist sie moralisch nicht verboten, vorausgesetzt, dass es nicht zu einem ungesetzlichen Ende oder einer Verdorbenheit tendiert.«

Der Jesuit Mangan (1959) stellt fest, dass Hypnose nichts Okkultes ist, noch mit Zauberei, Schwarzer Magie oder Spiritismus zu tun hat. Demnach ist ihr Missbrauch zu verwerfen, nicht jedoch der legitime Gebrauch der medizinischen Hypnose.

Papst Pius XII. teilte bei einer Audienz (8.1.1956) gegenüber Geburtshelfern und Gynäkologen mit, dass bei der Hypnose während der Entbindung die Gefahr der »emotionalen Gleichgültigkeit« auftreten könne, was hier jedoch mehr als medizinische Frage aufgeworfen wurde (Kelley, 1958, S. 289) – und bei den damals noch weit verbreiteten Gebotssuggestionen nahe lag.



»Hypnotische« Techniken im Christentum

Betrachtet man manche religiösen Gebräuche oder Zeremonien, werden darin durchaus hypnotische Techniken erkennbar, so eventuell beim Rosenkranzbeten, bei Meditationen, Prozessionen etc. (Gottschall, 1974a; 1974b).

Zwischen den Gleichnissen von Jesus und dem indirekten Hypnoseansatz von Erickson ist ebenfalls eine Parallele zu sehen, die eventuell in einem integrativen Ansatz in der Therapie genutzt werden könnte (Shepperson, 1981; Shepperson & Henslin, 1984).

Die Nähe von Therapie, Introspektion und religiöser Meditation ist wahrscheinlich sehr dazu geeignet, die Übergänge zwischen den einzelnen Fakultäten der Medizin, Psychologie und Theologie als gleitend zu beschreiben. Bei einigen Therapiefällen wird bestimmt die Kombination dieser verschiedenen »Sichtweisen« unseres Leib-Seele-Problems erforderlich sein, so z. B. bei Schuldgefühlen (Malony, 1983; Scott, 1979), zumindest aber, wenn religiöse Aspekte zum Inhalt der psychischen oder auch körperlichen Problematik werden (Walker, 1984).

Zeugen Jehovas

In der 1874 gegründeten Religionsgemeinschaft wird die Aufrichtung einer Theokratie erwartet, und viele Entspannungstechniken, Autogenes Training etc. werden abgelehnt. Von Hypnose nimmt man an, dass sie »oft schwere seelische Schäden herbeiführt [...] Hypnose ist das wirksamste Mittel, um durch völlige Ausschaltung des Willens und der bewussten Sinnestätigkeit allen bösen Geistern die Tür zum Unterbewusstsein zu öffnen. Selbst das Beiwohnen an Sitzungen von Hypnotiseuren, aus Neugierde oder zur Belustigung, hat geistige Verunreinigung zur Folge, von der man sich durch Buße und Bekenntnis reinigen lassen muss ...« (Kiene, 1991, S. 39).

10.2.4 Sichtweisen anderer Religionen

Hier soll ebenfalls nur eine Kurzdarstellung erfolgen.

Judentum

Im Judentum ist der kabbalistische Zustand der Kavanah mit der Autohypnose vergleichbar (Bowers & Glasner, 1958), denn durch rhythmisches Körperschaukeln

wird eine Entrückung bewirkt, ähnlich einigen Meditationsformen oder der Hypnose. Propheten des Alten Testaments haben eventuell Autohypnose und Techniken der Massenhypnose benutzt (Glasner, 1955). Es gibt auch seit vielen Jahrhunderten tradierte rabbinische Wundergeschichten, in denen von Heilungen und Dämonen-austreibungen berichtet wird, die als suggestive Beeinflussungen interpretierbar sind (Kasper, 1977).

Buddhismus

Die verschiedenen Meditationstechniken des Buddhismus können möglicherweise als Autohypnose oder als einfache Formen der Psychotherapie mit Hypnose bezeichnet werden (Ikemi, 1976; Syriananda, 1948). Hier müssen jedoch strikt die verschiedenen Meditationsformen unterschieden werden.

Speziell der Zen-Buddhismus betont, keine Selbstversenkungen vorzunehmen, sondern Selbstkontemplation und grenzt sich damit stark von autosuggestiven Techniken ab (Enomiya-Lassalle, 1988; Kopp, 1999).

Formen des Buddhismus geben dem Reinkarnationskonzept Raum, das u. a. aus dem Hinduismus stammt, was im westlichen Glaubenssystem »wissenschaftlich widerlegt« wird (s. Abschn. 9.4).

Hinduismus

Im Hinduismus werden unterschiedliche Methoden benutzt, um in einen Zustand der Versenkung zu gelangen, der dem ersehnten Nirwana entspricht. Aus den Schriften der Mahabharata sind Hypnosetechniken bekannt (s. Abschn. 1.1), ebenso in den Tempelheilritualen (Kakar, 1984).

Rituale und Geistheilung

Verbunden mit unterschiedlichsten religiösen Begründungen und Ritualen erfolgt Feuerlaufen. Diese Rituale dienen fast immer nur dazu, die Angst vor der Glut zu überwinden. Trance, Hypnose o. Ä. sind nicht erforderlich. (s. Abschn. 11.3).

In Brasilien, auf den Philippinen oder in Singapur wird »psychische Chirurgie« oder »Geistheilung« angewandt. Der Stellenwert der Hypnose bei den beschriebenen Manipulationen wird diskutiert (Azuma & Stevenson, 1988; Greenfield, 1987; Kok, 1989). Geschickte »Zauberhände« sind hier ohne Skalpell bei der Tumorentfernung wirksam. Mit histologischen und hämatologischen Untersuchungen konnte in einigen Fällen bewiesen werden, dass der so entfernte »Tumor« und das Operationsblut von Hühnern stammten (Randi, 1987).

11 Bühnen- und Showhypnose, Tierhypnose

*Wer anderen etwas vorgedacht,
wird jahrelang nur ausgelacht.
Begreift man die Entdeckung endlich,
so nennt sie jeder selbstverständlich.*
Wilhelm Busch (1832–1908)

Von alters her ist es faszinierend, wenn Menschen oder Tiere etwas tun oder können, das vermeintlich unerklärlich, übernatürlich oder sogar übersinnlich ist. In diesen Bereich gehören Zauberer, Magier, Illusionisten, Fakire, der magische Blick und das hypnotisierte Kaninchen vor der Schlange. Hierzu gehören auch die erstaunlichen Wirkungen der Showhypnose, während der es Personen anscheinend gelassen hinnehmen, auf offener Bühne gedemütigt und ausgelacht zu werden. Das sind die Schattenseiten der Hypnose (Revenstorf, 2005, 2011), deren Wirkungen hier aufgezeigt werden. Auch potenzielle Patienten erhalten hier ihre Informationen, die ihre Befürchtungen und Ängste gegenüber Hypnose prägen. Somit ist ein Lehrbuch der Hypnose auch ein Ort, in dem diese Themen analysiert und erklärt werden müssen. So können die medizinischen und psychotherapeutischen Fachleute ihre Patienten besser aufklären und informieren.

Die Fachliteratur zur Showhypnose ist besonders rar, da sie für Showhypnotiseure nur in entsprechenden Insiderkreisen gehandelt wird und von der Wissenschaft z. B. in Lehrbüchern und Handbüchern meist übergangen wurde. Informationen zur »Tierhypnose« sind sehr indirekt der Literatur zur Verhaltensforschung zu entnehmen. Der Buchautor selbst ist begeisterter Hobbyzauberer, kennt deshalb viele »Hypnose«-Tricks, hat zahlreiche Hypnoseshow besucht, Videoaufnahmen analysiert und kann hier als Insider berichten.



Die Erkundung der Bühnenhypnose ist seit wenigen Jahren auch wissenschaftlich bedeutsam geworden: »Ein Übersehen und eine Vernachlässigung des Themas Bühnenhypnose könnte ... die Theoriebildung über das Wesen der Hypnose begrenzen, die ohnehin zu oft lediglich anhand eines eingeschränkten Verhaltens definiert wird ...« (Gruzelier, 2004, S. 227). Deshalb sind gerade in den letzten Jahren einige Artikel zur neurophysiologischen Erklärung von Phänomenen der Bühnenhypnose erschienen.

T. X. Barber hat ca. 1957 selbst als Bühnenhypnotiseur gearbeitet, bevor er sich wissenschaftlich mit Hypnose befasste (s. Abschn. 2.12.1). Wesentliche Aspekte der Beobachtungen von Meeker und Barber sind in diesem Kapitel berücksichtigt.

11.1 Grundprinzipien der Showhypnose

Die vier Grundprinzipien der Showhypnose wurden von Meeker und Barber (1971, S. 61) aufgrund von Praxiserfahrungen und wissenschaftlichen Analysen aufgestellt.



Grundprinzipien der Showhypnose

- (1) Die grundsätzliche Bereitschaft, Suggestionen im »Wachzustand« aufzunehmen, ist größer, als wir annehmen.
- (2) Sehr reaktionsbereite Versuchspersonen können leicht und schnell selektiert werden.
- (3) Wenn die Situation als »Hypnose« definiert wird, so ist es für die Versuchspersonen klar, dass von ihnen ein hohes Maß an Reaktionsbereitschaft auf die Suggestionen und die Befehle gewünscht und erwartet wird.
- (4) Die Bühnensituation hat einzigartige Erwartungsmerkmale, die sehr förderlich sind, das scheinbar hypnotische Verhalten zu bewirken.

Hier sind deutlich die Grund- und Mediatorvariablen zu erkennen, die von Barber, Spanos und Kirsch experimentell extrahiert wurden (s. Abschn. 2.12.5 ff.). Im Unterschied zur Klinischen Hypnose wirkt in der Show in hohem Maße der soziale Druck der Bühnensituation auf die Kooperation. Die weiteren Unterscheidungsmerkmale sind in Tabelle 11.1 (S. 226 ff.) aufgeführt.

11.2 Ablauf der Showhypnose

Die Darstellungen basieren vorwiegend auf eigenen Beobachtungen von Showhypnose, deren Videoanalysen und enthalten auch Aspekte von Meeker und Barber (1971).

11.2.1 Vorbereitung des Publikums

Gerade für eine Hypnose-Show ist die Vorbereitung des Publikums von besonderer Bedeutung. Durch entsprechende Vorankündigungen in den Medien wird gezielt eine Erwartungshaltung bewirkt, der die Mitspieler folgen werden.

Da der Hypnotiseur als berühmter Fachmann auf seinem Gebiet angekündigt wird, hat er ein hohes Prestige aufgebaut, und die Erwartungshaltungen ihm gegenüber werden verstärkt (Barber et al., 1974; vgl. Abschn. 15.4). Im Fernsehinterview berichtet der Schreinermeister des Ortes: »Wenn Pharo reinkommt, geht es einem wie Strom durch die Knochen« (WDR, 2000). Bühnendekoration, Hintergrundmusik, Kleidung und Showverhalten des Hypnotiseurs unterstützen diese Wirkungen.

11.2.2 Auswahl der Mitwirkenden

Die Auswahl der Versuchspersonen erfolgt nach einem gesteigerten Selektionsprinzip (Tracy, 1952). Der Bühnenhypnotiseur gibt eingangs meist Instruktionen zur Fixation einer Lichtquelle, einer drehenden Spiralscheibe, zum Handfaltetest oder zur Armkatalepsie (s. Abschn. 7.2.2), meist verbunden mit der (erwarteten) Entspannungsinstruktion.

Da sich viele Personen sogar auf die Bühne drängen, befinden sich nach den Selektionsaufgaben nur noch hoch motivierte und somit sehr kooperationsbereite Mitspieler auf der Bühne. Ungeeignete Personen werden entweder anfangs von der Bühne geschickt oder im Hintergrund gehalten. Da sie in ihrem Verhalten dann verunsichert sind, werden sie diese Schlafinstruktion dennoch befolgen, zumindest simulieren.

Nicht zu unterschätzen ist die systematische positive Verstärkung der kooperierenden Zuschauer und Mitspieler. Das Publikum wird durch effektvolle Gesten des Hypnotiseurs wie z. B. Ausbreiten der Arme systematisch darauf konditioniert, im richtigen Moment zu applaudieren. Die Mitspieler werden für ihre Kooperation sehr oft über das Mikrofon durch Lob verstärkt. Das konditionierte Publikum verstärkt sie durch seinen Applaus.

11.2.3 Einleitung der Hypnose

Meist werden Handstriche vor dem Gesicht oder am Körper entlang gewählt, oder es werden die Augenlider berührt, was mit Schlafinstruktionen verbunden ist.



Gründe für die Schlafinduktion

- ▶ Das Publikum erwartet diese Form als typische Wirkung der Hypnose.
- ▶ Sie beeindruckt das Publikum.
- ▶ Sie definiert die Situation als Hypnose, womit verbunden wird, dass die Situation ungewöhnlich und wichtig ist.
- ▶ Hier wird geschickt ein Zirkelschluss aufgebaut, der sich selbst aufrechterhält und nicht mehr kritisch hinterfragt wird (Barbar et al., 1974, S. 100).

Oft ergreift der Showhypnotiseur nun den Mitspieler im Nacken und legt ihn spontan flach auf den Rücken. Durch diese plötzliche starke → vestibuläre Reizung tritt wie beim Body-Sway-Test (s. Abschn. 13.2.4) eventuell ein Haltereflex der Körperstarre ein, zumindest wird eine Verunsicherung bewirkt, was die Kooperation zusätzlich fördert.

Bühnenhypnose und tiefe Trance?

Unter vergleichbaren Bedingungen (Erwartungen, Anforderungen etc.) sind »nicht hypnotisierte« Personen nicht von »hypnotisierten« zu unterscheiden; d. h. eine

Tranceinduktion ist nicht erforderlich (Barber et al., 1974; Kirsch, 1991). Mitunter werden sogar »Hypnoseshows« ohne Hypnose durchgeführt, um örtliche Bewilligungsregelungen zu vermeiden (Hoggart & Hutchinson, 1995).

11.2.4 Durchführung der Suggestionen

Die Bühnensituation selbst übt auf die Versuchspersonen einen sehr starken Erwartungsdruck aus, bedingt durch die ungewohnte Umgebung (Vorhang, Beleuchtung, Podium) und die Exposition vor einer Zuschauermenge. Besonders die extravertierten Teilnehmer neigen dazu zu simulieren (McGill, 1947, S. 257).

Sozialer Druck und Rechtfertigung

Verstärkung. Die Mitwirkenden werden kontinuierlich durch Applaus verstärkt. Somit sind ihre Handlungen nicht immer kognitiv gesteuert freiwillig, sondern konditioniert.

Individuelle Rechtfertigung. Mitspieler können sich jederzeit hinter die Schutzbehauptung zurückziehen, hypnotisiert worden zu sein (Nelson, 1965). Dadurch können sie viel leichter »verrücktes« oder »unsinniges« Verhalten produzieren. Gehemmten Personen bietet der Bühnenauftritt eventuell eine Möglichkeit, sich abreagieren zu können.

Soziale Deprivation. Die Bühnensituation isoliert die Mitspieler von ihrer sozialen Bezugsgruppe; ihre Empfänglichkeit für Suggestionen nimmt dadurch zu, denn sie sind verunsichert und kooperieren lieber.

Double-bind. Der Erwartungsdruck stellt die Person vor eine »Double-bind«-Situation: Entweder die Bühne verweigernd verlassen und sich blamieren oder wunschgemäß mitspielend und dadurch »erfolgreich« sein. Man kann dann die weniger aversive Alternative auswählen. Die auftretende kognitive Dissonanz wird durch Kooperieren reduziert. Versuchspersonen mit hysterischen Anteilen werden hier bestimmt ihr ausgedehntes Spielfeld haben.

11.2.5 Beendigung der Hypnose

Ist die Show beendet, wird die »Trance« durch Berührungen, Fingerschnipsen, Anblasen oder Verbalinstruktionen abrupt beendet. Befragungen über das Wohlbefinden oder mögliche Auswirkungen nach der Prozedur werden nicht vorgenommen, da Antworten den Showeffekt zu leicht in Frage stellen würden. Entsprechend können mögliche Nebenwirkungen nicht erkannt werden – falls der Bühnenhypnotiseur je dazu in der Lage sein sollte.

11.2.6 Ausbildung der Showhypnotiseure

Fast alle Showhypnotiseure arbeiten als Autodidakten oder haben an dubiosen Ausbildungen teilgenommen. Im relevanten Fachhandel kann man einen zehnteiligen

Lehrgang »Hypnosetechnik für Zauberkünstler« zum Preis von ca. 10,- € (bei maximal 15 Schreibmaschinenseiten) erwerben. Simpel, aber prägnant wird die Augen-Fixationsmethode in ca. zehn Zeilen erklärt. Das Kapitel »Das sichere Wecken des Mediums« enthält nur 95 Worte!

11.3 Zusatzprinzipien und Techniken der Showhypnose

Den Grundprinzipien der Showhypnose folgen weitere Zusatzprinzipien (Meeker & Barber, 1971), hier gekürzt dargestellt.

Flüsterinstruktionen

Zögern Mitspieler, werden mit beschwörenden Gesten Instruktionen zugeflüstert, die das Publikum nicht hören kann (McGill, 1947).

Der anfangs zögerliche Mitwirkende wird dann natürlich wieder mit Applaus verstärkt. Wahrscheinlich wird er über diese Flüstertechnik schweigen, da er nun geheimer Komplize ist und als mutig bewundert wird.

Beispiel

Der selbstgenerierende Beweis des Mark Twain

Sehr anschaulich wird die geheime Komplizenschaft mit dem Hypnotiseur von Mark Twain (1835–1910) erzählt. Als 15-Jähriger durfte er nach langem Warten endlich in einer Hypnoseshow als Medium mitwirken. Die vom Showman angekündigte tiefe Trance konnte er nicht erleben, befolgte aber willentlich alle Suggestionen perfekt, um dadurch seinen Schulfreund unter regem Beifall der Menge mit einer Pistole dramatisch in die Flucht zu schlagen. Als ihm dann die zur Show gehörenden Nadeln ins Fleisch gestochen wurden, unterdrückte er jeglichen Schmerzausdruck, um weiter bewundert zu werden. 45 Jahre später konnte er nicht einmal seine Mutter davon überzeugen, dass er simuliert hatte, denn sie selbst hatte mit ihren eigenen Augen ja gesehen, dass ihr Sohn keinen Schmerz verspürt hatte (DeVoto, 1922).

Technik »Fehlen des Gegenbeweises«

Die Mitwirkenden werden daran gehindert, das Nichteintreten eines instruierten Zustandes zu verifizieren (Schneck, 1958). So wird z. B. die Instruktion gegeben, die gefalteten Hände durch die Hypnosewirkung wie zugeklebt zu haben. Bereits nach wenigen Sekunden erhalten sie die Instruktion, wieder die Augen oder Hände zu öffnen. So entsteht der Eindruck, als ob die suggerierte Wirkung tatsächlich eintrat. In dieser Double-bind-Situation hat der Hypnotiseur stets Recht. Möglicherweise führt diese Art der Verwirrung bei einigen Personen auch dazu, an ihrem Urteilsvermögen zu zweifeln und von nun an die Instruktionen wunschgemäß zu befolgen.

Hilfspersonal

Einige Showleute benutzen vorinstruierte Mitarbeiter als »Freiwillige«, die das naive Publikum mit ihren Fähigkeiten besonders beeindrucken (Gibson, 1956; Nelson, 1965). Sie haben die Funktion, Starteffekte zu erzielen, indem sie das Publikum zum Mitmachen ermuntern und auch Erwartungshaltungen, gefolgt von Gruppendruck, erzeugen.

Spezialtricks

Unter dem Namen der Showhypnose werden zahlreiche Tricks dargeboten, die in ihrer Wirkung sehr verblüffend sind und man sie dann besonders leicht dem dargebotenen Modell der Hypnosewirkung zuordnet.

Derartig komplexe Verhaltensweisen können z. B. im klinischen Setting kaum innerhalb von wenigen Sekunden erreicht werden – also müssen wir an alternative Erklärungen denken.

Die kataleptische Brücke. Die kataleptische Brücke ist wohl der beliebteste Trick und leicht in den Medien effektiv zu demonstrieren. Die mit großer Showgestik »hypnotisierte« Versuchsperson erhält die Suggestion, »starr wie ein Brett« zu werden. Daraufhin wird sie von mehreren Personen mit Nacken und Fersen jeweils auf eine Stuhllehne gelegt (s. Abb. 11.1).



Ungefähr 80 Prozent der unhypnotisierten Personen sind dazu in der Lage, sich so steif wie ein Brett zu machen (Barber, 1969). Mit und ohne Hypnose ist diese Starre ein bis drei Minuten auszuhalten (Collins, 1961). Nur die Muskelermüdung beendet dann den Trick – unabhängig, ob mit oder ohne Hypnose ausgeführt.

Wichtig ist hier also, den Trick innerhalb dieser kurzen Zeit zu beenden, da sonst ein Gegenbeweis möglich ist.

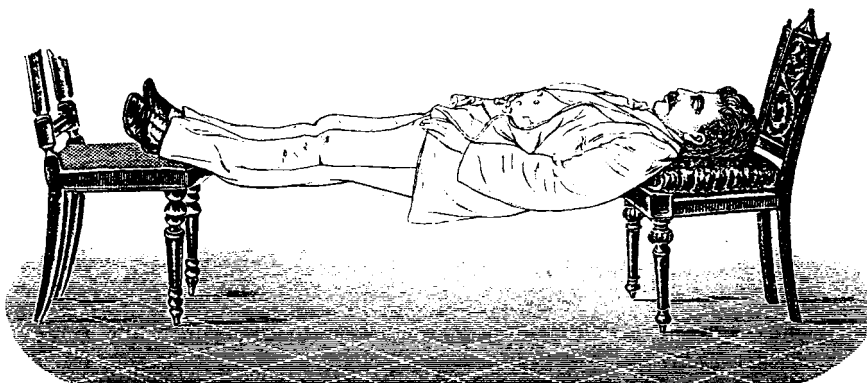


Abbildung 11.1 Die kataleptische Brücke. Schon seit langer Zeit wird diese Demonstration als Beweis für die übersinnlichen Kräfte der Hypnose benutzt. Ihre Wirkung beruht jedoch allein auf der Muskelanspannung (aus Preyer, 1890, S. 78)

Oft stellt sich der Hypnotiseur effektiv auf diese »menschliche Planke«. Hierbei kommt es vorwiegend auf die geschickte Gewichtsverteilung der Person an, wobei die Hebelgesetze genutzt werden (Lonk, 1947; McGill, 1947).

Feuerlaufen. Das in vielen Hypnoseshows beliebte Feuerlaufen über glühende Kohlen ist bereits in Abschnitt 10.2.4 dargestellt.

Das Nagelbrett des Fakirs. Der Showman legt sich auf das altbekannte Nagelbrett der Fakire, bleibt unverletzt, selbst wenn jemand auf seinem Bauch steht.

Das Geheimnis des Fakirbretts. Stehen die langen und somit dicken Nägel sehr dicht beieinander, so kommt auch bei relativ großem Körpergewicht nur ein Druck von ca. 100 Gramm pro Nagel auf. Das Gesamtgewicht muss sich lediglich gleichmäßig verteilen. Das gefährliche Aussehen des Brettes und die Erwartungshaltung der Zuschauer, verbunden mit showgerechter Vorführung bestimmen hier den dramatischen Effekt (Kossak, 1987b).

Noch beeindruckender ist es, wenn auf dem Brustkorb des durch »Autohypnose« mit Superkräften versehenen Showmans mit wuchtigen Schlägen ein großer Felsbrocken zertrümmert wird. Die Masse des relativ großen »Felsblocks« aus Gasbeton (Yton) absorbiert einen Großteil der Aufschlagenergie. Durch das Zerspringen wird wiederum Energie umgelenkt (Gibson, 1976) und nur ein minimaler Anteil gelangt senkrecht nach unten auf die Brust des Hypnose-Supermanns. Es entsteht also gar kein Schmerz im Rücken, der »hypnotisch« zu ertragen wäre.

Laufen auf Glasscherben. Legt sich der Hypnotiseur mit nacktem Rücken in Glasscherben oder lässt er seine Mitspieler mit bloßen Füßen Glasscherben überschreiten, so verteilt sich wie beim Nagelbrett das Gewicht, wenn der Fuß immer mit der gesamten Fläche aufgesetzt wird.

Die Macht des hypnotischen Blicks. In vielen Showanweisungen wird der Carotis-Trick erwähnt (McGill, 1947; Nelson, 1965). Der Showman gibt hier vor, nur durch seinen Blick ohne Sprache jemanden in Hypnose zu versetzen – die Wirkungen sind in Abschnitt 11.5 dargestellt.

Die schwebende Jungfrau. Die dekorativ liegende Jungfrau, die »hypnotisiert« wird und dann unter den beschwörenden Blicken des Meisters zu schweben beginnt, ist eine ausreichend trainierte Mitarbeiterin, die das Gerät bedienen kann, mit dessen Hilfe sie trickreich »schwebt«.

11.4 Die Show mit der »echten Hypnose«

Wie deutlich wurde, können die Grenzen von der Showhypnose zur Klinischen Hypnose durchaus fließend sein. Viele Showhypnotiseure wenden auch die Interventionen an, die im klinischen Bereich bekannt sind und als »echte« Hypnose zu bezeichnen sind.

Beispiel

Gebräuchliche Showhypnose-Anweisungen

- ▶ »Umarme deinen Stuhl. Er ist deine Freundin und tanze mit ihr.«
 - ▶ »Verspeise diese Zitrone als leckeren Pflirsich.«
 - ▶ »Schmecke den Rasierschaum als Softeis.«
 - ▶ »Wenn ich gleich mit dir spreche, beendest du jeden Satz mit ›Blubb‹.«
- Anweisungen zu Altersregressionen sind:
- ▶ »Du bist ein Säugling und willst die Flasche (schreist nach der Mama usw.).«
 - ▶ »Du bist klein und willst den Schnuller nicht mehr aus dem Mund nehmen.«

Die gut vorbereiteten Mitspieler verhalten sich entsprechend showkongruent und tragen zur starken Belustigung der Zuschauer bei.

Beeindruckend wird die Einwirkung des Showhypnotiseurs von Thomas Mann in seiner 1930 erschienenen Novelle »Mario und der Zauberer« dargestellt.

11.5 Gefahren der Showhypnose

Da ihnen die Gefahren und Auswirkungen nicht bekannt sind, handeln Showhypnotiseure möglicherweise nicht einmal wider besseres Wissen.

Vergleich von Klinischer Hypnose und Bühnenhypnose

Das Problemfeld der Showhypnose wird durch den Vergleich mit der erforschten Klinischen Hypnose besonders deutlich, wie er aus der Analyse von Echterling (1988, 1991) hervorgeht, die in Tabelle 11.1 zusammengefasst ist und ergänzt wurde.

Tabelle 11.1 Vergleich der Klinischen Hypnose und der Showhypnose (frei nach Echterling, 1988, 1991, ergänzt vom Autor)

Klinische Hypnose	Showhypnose
(1) Aufklärung und Vorbereitung	
Darbietungsform	
Ruhig, sachlich, freundlich	Sensationsorientiert, mystisch
Klienteninformation	
Hypnose ist eine normale und natürliche Erfahrung.	Hypnose ist etwas Außergewöhnliches, kaum Erklärbares.
Informationsgabe	
Aufklärung, Ermutigung	Mystik und Magie
Der Prozess wird erklärt.	Alles ist mystisch, wenig erklärbar.
Aufklärung ist hilfreich.	Aufklärung enthüllt zu viel.

Tabelle 11.1 (Fortsetzung)

Klinische Hypnose	Showhypnose
Der Klient wird ermutigt, seine eigenen Fähigkeiten zu entdecken.	Der Klient ist ausgeliefertes Medium, richtet sich nur nach dem Showman.
Der Klient hat Kontrolle zu jedem Zeitpunkt.	Kontrolle wird durch den Showman ausgeübt.
Vorbereitung	
Hypnose ist eine positive Erfahrung.	Hypnose ist eine dramatische Erfahrung.
Mit dem Klienten wird über Vorerfahrungen und Einstellungen zur Hypnose diskutiert.	Fehleinstellungen des Klienten werden übernommen und verstärkt.
Fehleinstellungen werden abgebaut.	Fehleinstellungen werden beibehalten.
(2) Tests zur Induktion	
Vortests	
Vor der Durchführung jeglicher Hypnosetechniken wird ausdrücklich die Zustimmung des Klienten erbeten.	Hypnosetests werden sofort zur Selektion der Mitspieler eingesetzt.
Der Klient kooperiert vorbereitet.	Der Mitspieler kooperiert unvorbereitet.
Der Klient kooperiert freiwillig.	Der Mitspieler kooperiert unfreiwillig.
Kommunikationsform	
Partnerschaftlich Individuell Problemorientiert	Einseitig autoritär Standardisiert Showorientiert
Induktion	
Individuell angepasst, zeitlich individuell	Standardverfahren sehr schnell, überfallartig
Die Induktion wird an die Bedürfnisse des Klienten angepasst.	Die Induktion wird an die Aufmerksamkeit der Zuschauer angepasst.
Suggestion	
Die Suggestion ist ein Angebot an den Klienten.	Die Suggestion erfolgt als Kommando, in autoritärer Form.
Suggestionen werden auf der Basis der Ziele, Werte und Fähigkeiten des Klienten gestaltet.	Suggestionen sind zur Unterhaltung der Zuschauer bestimmt.

Tabelle 11.1 (Fortsetzung)

Klinische Hypnose	Showhypnose
(3) Mittelpunkt des Geschehens und Zielorientierung	
Aufmerksamkeitsmittelpunkt	
Klient	Zuschauer
Seine Probleme	Unterhaltung, Belustigung
Individuelle Zeitanpassung	Tempo zum Showhöhepunkt hin
Zielorientierung	
Ziel ist die Hilfe für den Klienten.	Das Ziel ist die Unterhaltung der Zuschauer.
Das Ziel ist an den therapeutischen Bedürfnissen des Klienten ausgerichtet.	Das Ziel ist an den Unterhaltungsbedürfnissen der Menge ausgerichtet.
Der Klient wird geschützt.	Unterhaltung erfolgt auf Kosten des Mitspielers.
(4) Nachbereitung	
Hypnosebeendigung	
Die Nachbereitung wird individuell angepasst.	Die Hypnose wird sehr kurz und abrupt beendet.
Hypnoseerlebnisse werden aufgearbeitet.	Der Showman kümmert sich nicht mehr um den Mitspieler.

Allgemein sind nur wenige Schädigungen durch Showhypnose bekannt, da diese wahrscheinlich nicht sofort auftreten oder nicht mit der Show in Zusammenhang gebracht werden. Die Negativwirkungen der Showhypnose wurden bislang kaum systematisch erforscht. Es liegen vorwiegend Anekdoten darüber vor, deren Aussagewert begrenzt ist. Dennoch sollen wenige exemplarisch genannt sein.

Es werden nur geringe negative Nachwirkungen der Showhypnose festgestellt (Crawford et al., 1992; Echterling & Emmeling, 1987). Da jedoch keine Baselinedaten vorliegen, die einen Vergleich mit der Befindlichkeit vor der Showhypnose ermöglichen, müssen auch diese Befunde relativiert werden. Dagegen finden Echerling und Whalen (1995) bei 69 Prozent der Bühnenmitspieler nach der Show negative Erfahrungen.

Studenten hatten nach dem Besuch der Showhypnose vorwiegend keine negative Einstellung gegenüber Hypnose (Johnson & Hauck, 1995). Diese Ergebnisse müssen jedoch ebenfalls aus versuchsmethodischen Gründen vorsichtig interpretiert werden.

McKillop et al. (2004) testen ihre Probanden vor und nach der Showhypnose mit dem Hypnotic Attitude Questionnaire (HAQ, Spanos et al., 1987) und der Posthypnotic Experience Scale (PES, Brentar et al., 1992). Die Zuschauer haben eine positive

Einstellung zu Hypnose bekommen; die Showteilnehmer zeigen keine eindeutigen Werte. Kritisch ist anzumerken, ob eine so kurze und einmalige Show wirklich größere Effekte bewirken kann; zudem erfolgt die Befragung direkt nach der Show, wodurch evtl. posthypnotische Wirkungen (noch) nicht auftreten können.

Beeinträchtigungen und Nachwirkungen

Körpereinwirkungen. Probleme werden bereits oben zur Einleitungstechnik mit dem Carotis-Trick deutlich.

Beispiel

Der kriminelle Carotis-Trick

Der Showhypnotiseur drückt für das Publikum nicht erkennbar mit seinem Daumen auf den → Sinus carotis. Die → Barorezeptoren der Halsschlagader bewirken eine → vagusinduzierte Vasodilatation, → Bradykardie und Hypertonie, verbunden mit leichter Bewusstseinstäubung. Besonders bei älteren Menschen, Hypertonie, Herzproblemen oder einem → Aneurysma im Gehirn kann es zu schwerwiegenden Komplikationen kommen (Lonk, 1947). Wird die Technik länger als fünfzehn Sekunden eingesetzt, so können Hirnschäden oder sogar Tod eintreten (Whitlow, 1948).

Bei der kataleptischen Brücke kann es durch den Belastungsdruck leicht zu körperlichen Beeinträchtigungen wie Zerrungen oder Wirbelsäulenverletzungen sowie Quetschungen der inneren Organe kommen. Broelmann (2000) berichtet von Kopf, Zahn- und Kieferverletzungen, als eine Discothekenbesucherin bei der kataleptischen Brücke herunterfällt.

Psychische Einwirkungen. Da der Showhypnotiseur nie den lebensgeschichtlichen Hintergrund seiner Partner kennt, ist er schnell mit den bereits genannten Gefahren konfrontiert, die durch Kontraindikationen bedingt sind. Die dadurch potenziell bedingten emotionalen Verwirrungen sind nur sehr schwer feststellbar, da sie erst einige Zeit nach der Show auftreten werden – und dann nur schwer nachweisbar sind.

Aber sowohl durch wissenschaftliche Experimente, Therapie oder Bühnenhypnose können Negativeffekte bewirkt werden, wie bereits in Abschnitt 9.2.1 dargestellt.

Diskutiert wird, inwiefern Hypnose – hier Bühnenhypnose – Psychosen auslösen kann (Heap, 2000a). Aber gerade Schizophrenie ist eine Erkrankung ohne spezifische Symptome, keinen bestimmten Verlauf, keine bestimmte Auswirkung, keine spezifische Behandlung; entsprechend können auch keine spezifischen Ursachen festgelegt werden (Bentall et al., 1988). Also kann auch die Wirkungen der Schizophrenie nicht mit der Wirkung der Hypnose direkt in Beziehung gesetzt werden (Bentall, 2000).

11.6 Fallbeispiele

In dem von Kleinhauz et al. (1979) geschilderten Fall wird bei einer Frau in der Showhypnose Altersregression in die Kindheit bewirkt. Da sie dabei mit ihren

verdrängten Erlebnissen als Jüdin in der NS-Zeit konfrontiert wird, erlebt sie einen Zusammenbruch mit sehr starken psychotischen Aspekten.

Eine junge Frau, die als Medium gedient hatte, klagt nach der Show über Benommenheit. Die Konsultation der Notfallambulanz ist erforderlich, nach zwei Tagen wird schließlich die Diagnose »→ Katatone schizophrene Reaktionen, Aphonie, Paralyse« gestellt. Die Frau liegt mit geschlossenen Augen, reagiert nicht auf Ansprache. Dem herbeigerufenen Therapeuten Kleinhauz gelingt es dann in mehreren Stunden, Kontakt herzustellen und die Amnesie aufzuheben. Die nachfolgende Psychotherapie enthüllt, dass die Altersregression mit einem Bild des Lifts erzeugt wurde, ihre Angst bei der sechsten Etage jedoch nicht berücksichtigt wurde. Vor Jahren war sie als Patientin auf dem Weg zum Operationssaal mit dem Lift in der sechsten Etage stecken geblieben. An diesem Beispiel wird deutlich, wie Suggestionen, wenn sie auf einen bestimmten Lebenshintergrund treffen, Extremreaktionen bewirken können, besonders wenn sie unangemessen zurückgenommen werden (Kleinhauz & Beran, 1981).

Im Fallbericht von Allen (1995) wird deutlich, dass die Showhypnose das bedeutsame Lebensereignis war, das eine schizophrene Erkrankung auslöste.

Kongressbesucher erhalten zur Unterhaltung und »Aufklärung« Showhypnose; eine Teilnehmerin leidet danach für viele Monate unter erheblichen seelischen Beeinträchtigungen.

In der Nacht nach der Teilnahme an einer Showhypnosevorführung stirbt eine junge gesunde Frau. Der Pathologe stellt ein Lungenödem fest, verbunden mit der Inhalation von Mageninhalt. In der Show hatte der Hypnotiseur die Aufwachsuggestion gegeben, ein Elektrostromschlag von 10.000 Volt fahre durch ihren Sitz und veranlasse sie, vom Sitz hochzuspringen und wach zu werden. Auf dem Heimweg klagt die junge Frau über Schwindelgefühle und geht ins Bett, wo sie am nächsten Morgen tot aufgefunden wird (Heap, 1995).

Die in der Show aufgebaute Hypnosewirkung wird nicht immer vollkommen zurückgenommen und kann somit von anderen Personen missbraucht werden (Dünninger & Kunzelmann, 1988). In gleicher Weise berichtet ein befreundeter Kollege, dass seine Tochter in der Hypnoseshow neben ihm im Zuschauerraum auf die Induktionen reagierte und noch Stunden später zu Hause durch einfachste Signale wie Fingerschnippen von ihm gesteuert werden konnte.



Fazit

Da Menschen in der Showhypnose zu Schauobjekten degradiert, zur Belustigung anderer benutzt werden und zudem primär dazu dienen, die Bedürfnisse des Hypnotiseurs zu befriedigen (seine Show, sein Profit), wird hier eindeutig eine ethische Grenze überschritten.

Wird Hypnose zur Unterhaltung benutzt, so kann in der Öffentlichkeit der falsche Eindruck von therapeutisch angewandter Hypnose entstehen – aber auch durch schlecht ausgebildete Hypnosetherapeuten (Heap, 2000a).

Schlechte Therapeuten, unethisch durchgeführte Therapie oder Showhypnose, können durchaus gefährlich sein (Wagstaff, 2000).

11.7 Neuropsychologische Erklärungen der Showhypnose

Die vorgenannten sozial-behavioralen Erklärungsmodelle gestatten, Verhaltenszusammenhänge zu erklären und auch unter dem Namen der Hypnose durchgeführte Tricks zu erkennen. Sie geben jedoch keine Auskunft darüber, inwiefern die oft auch real durchgeführte Hypnose sich auswirkt; so z. B. warum es Mensch kritiklos zulassen, auf der Showbühne Verhaltensweisen zu zeigen, die sie lächerlich machen und mit denen sie sich blamieren.

Bei der Darstellung der neurophysiologischen Auswirkungen von Hypnose und Suggestion befassten wir uns mit der Reduktion der Kritikfähigkeit unter Hypnose und mit der neurophysiologische Erklärung der selektiven frontalen Hemmungen und Abkoppelungen in Hypnose, die uns nun relativ deutliche Erklärungen für das Verhalten in der Showhypnose geben. Die ausführlichen Erklärungen hierzu sind in Abschnitt 7.5.3 ausführlich dargestellt.

11.8 Gesetzliche Aspekte der Showhypnose

- ▶ Durch die in einer Show unsachgemäße und ethisch nicht verantwortbare Anwendung einer Methode, wird das Ansehen der wissenschaftlichen und klinischen Hypnose in ein zweifelhaftes Licht gerückt.
- ▶ In der Showhypnose gelten nahezu die gleichen Wirkfaktoren wie bei sexuellem Missbrauch von Patientinnen in Hypnose (s. Abschn. 26.1.3).
- ▶ Es sind eindeutige gesetzliche Regelungen erforderlich, die die wissenschaftliche und Klinische Hypnose vor diesen merkwürdigen und teilweise kriminellen Manipulationen absichern.
- ▶ Patienten müssen vor Showhypnose und vor Scharlatanen geschützt werden, da sie den Unterschied zur Klinischen Hypnose kaum kennen.
- ▶ Hypnose ist eine Heilmethode im Sinne der Berufsärzteordnung und des Psychotherapeutengesetzes und sollte deshalb nur von anerkannten heilenden Berufen wie Ärzten, Diplom-Psychologen bzw. Psychotherapeuten angewandt werden.
- ▶ In einigen Ländern ist Showhypnose verboten, so z. B. in Österreich, in Schweden bereits seit Anfang dieses Jahrhunderts und in Israel seit 1984 (Kleinhauz, 1991). In Südafrika und Australien ist die Aufführung der Showhypnose unterschiedlich restriktiv geregelt (MacKillop et al., 2004). In Großbritannien muss für den Auftritt eine Lizenz erworben werden (Heap, 2000).

11.9 Tierhypnose

Die historisch ältesten Berichte zur »Tierhypnose« sind im Alten Testament (2. Moses) zu finden. Darin erhält Moses von Gott eine Schlange, die unter seinem Griff zu einem Stab wird. Im Auftrag Gottes zieht er nach Ägypten und unterrichtet seinen Bruder Aaron in dieser Kunst. Aaron wendet die Stabschlangen-Methode an und wirft den Stab, um die Kinder Israels und den Pharao von Gottes Macht zu überzeugen. Daraufhin setzt der Pharao seine Zauberer ein, die ebenfalls ihre Stäbe zu Schlangen werden lassen, die jedoch von Aarons Schlange aufgeessen werden (2. Mose 7, 12). Die moderne Interpretation wird weiter unten erfolgen. Im Talmud wird in ähnlicher Weise berichtet.

Bedeutsam ist die Vorführung des Jesuitenpaters Athanasius Kircher (1606–1680; s. Abschn. 1.2). In seinem nach ihm benannten »Experimentum mirabile de imaginatione gallinae Kircherei« legt er einen Hahn abrupt so auf den Rücken, dass dieser einen Kreidestrich fixieren muss (Kircher, 1646, 1671) und dann für einige Minuten bewegungslos liegen bleibt (s. Abb. 11.2). Dieses Verhalten des Tieres wurde damals mit den magischen Fähigkeiten Kirchers in Verbindung gebracht, eventuell mit seinem Blick, seinen Handbewegungen usw.

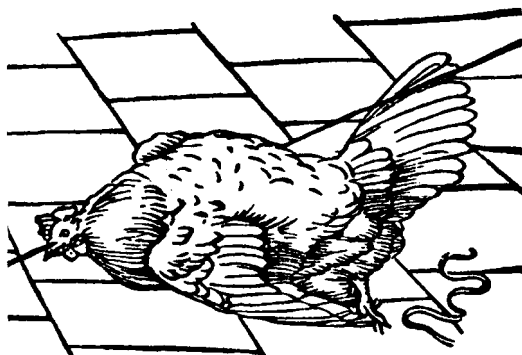


Abbildung 11.2 Das Experimentum mirabile de imaginatione gallinae Kircherei. Der Hahn bleibt bewegungslos auf dem Rücken liegen. Die Darstellung Kirchers (1646) ist wahrscheinlich die älteste Bilddokumentation einer »Tierhypnose«

Nach späteren Berichten (und auch nach unsystematischen Experimenten) ist der gleiche Effekt auch ohne den Kreidestrich durch alleiniges Rückendrehen des Huhnes zu bewirken.

In den Anfängen der moderneren Hypnose beschäftigte man sich regelmäßig mit Tierhypnose, sodass bis 1936 insgesamt 240 umfangreichere Fachpublikationen über Tierhypnose vorlagen (Steiniger, 1936).

Man sah im Verhalten der Tiere eine starke Ähnlichkeit zu den hypnotisierten Menschen und zog den Analogieschluss, dass diese Tiere hypnotisiert worden waren (Chertok, 1969; Völgyesi, 1938, 1967; Jovanovic, 1988).

Später ist die Tierhypnose für moderne Hypnoseforscher unbedeutsam und ohne Bezug zur menschlichen Hypnose und wird deshalb fachlich nicht mehr beachtet. Da sich jedoch so viele Geschichten um das von der Schlange hypnotisierte Kaninchen und den Hahn von Herrn Kircher (1646) ranken, soll an dieser Stelle das Phänomen der »Tierhypnose« kurz dargestellt sein.

! Was als scheinbar gemeinsamer Faktor sichtbar wird, ist lediglich eine körperliche Immobilisation der Tiere. Wenn nachfolgend von »Tierhypnose« die Rede ist, dann ausschließlich in diesem Sinn der Immobilisation. Berichte von anderen Verhaltensweisen, die bei Tieren auf Hypnose-Wirkungen schließen lassen, sind in keiner Literatur zu finden.

Sind Versuchstiere (meist Ratten und Mäuse) in einem chemisch verursachten Schlaf-, Ruhe- oder Betäubungszustand, wird dieser in der medizinisch-pharmakologischen Fachliteratur als Hypnose (englisch: animal hypnosis) bezeichnet, was der ursprünglichen Bedeutung (= Schlaf) entspricht – und darf keinesfalls mit der hier dargestellten Hypnose gleichgesetzt werden, was jedoch immer noch unkritisch erfolgt.

Durch die moderne vergleichende Verhaltensforschung werden zahlreiche wesentlich eindeutiger alternative Erklärungsmodelle gegeben und eine echte Tierhypnose widerlegt, wie sie noch von z. B. Völgyesi (1938) vertreten wurde.

11.9.1 »Tierhypnose« als Körperstarre

Die als Tierhypnose beschriebene tonische Immobilität ist meist ein Endverhalten, das bei einem Tier in einer Kette von Verhaltensweisen z. B. als Totstellreflex auftritt, um nicht als Beute zu enden und so sein Überleben zu sichern. Das Auslösen des Reflexes erfolgt durch vestibuläre, optische, akustische, viszerale, olfaktorische, geschmackliche und temperaturbedingte Reize. Sie wirken auf eine Neuronengruppe im Hirnstamm, die spinale Motoneuronen direkt oder indirekt inhibieren (Klemm, 1976). Auf der Ebene des Rückenmarks werden das periaquäductale Grau, das cholinerge System und die zentralen, basolateralen und lateral posterioren Nuclei der Amygdala als Wirkort (bei Meerschweinchen) benannt (Monassi et al., 1997; Ramos et al., 1999).

Von den vermeintlich »hypnotischen« Wirkungen bei Tieren sollen nur die populärsten genannt werden.

Plötzliche Lageveränderung. Seit Charles Darwin (1872) ist bekannt, dass Tiere auf Schreck mit »Bewegungslosigkeit« reagieren können, so z. B. bei Gans, Kaninchen, Eichhörnchen, Krokodil und Huhn (hiermit ist Kircher widerlegt). Diese Wirkungsweise wurde als »Mangold-Methode« bekannt, nach der Tiere in einen speziell konstruierten Apparat geschnallt und abrupt in die Rückenlage gedreht werden (Mangold & Eckstein, 1913), was als »Hypnosewirkung« bezeichnet wird (z. B. Henning et al., 1988; Hoffmann & Munescal de Oliveira, 1988; Porro & Carli, 1988).

Der von der Katze gefangene kleine Vogel ist sofort starr und provoziert dadurch keine weitere Verfolgung. Das Opossum oder die nordamerikanischen Hakennatter retten sich in gleicher Weise vor Angreifern.

Optische Reize. Optische Reize wie das Erscheinen eines Feindes können Körperstarre auslösen, so beim Hasen oder Rehkitz. Bei Schimpansen z. B. führt der Anblick einer Schlange (auch eines Gartenschlauches) zu einer plötzlichen Schreckstarre; es ist ein Angeborener Auslösender Mechanismus (AAM), fern von jeglicher »Hypnose«.



Hypnotisiert wie das Kaninchen von der Schlange?

Nähert sich ein Fressfeind wie die Schlange dem Kaninchen, dann reagiert dieses reflektorisch mit Körperstarre. Hier hilft der AAM eventuell zum Überleben. Da die Schlange jedoch den Geruch des Kaninchens erzüngelt, verharrt sie erst starr in getarnter Lauerstellung und beißt dann zu. Schlangen haben also keinen »hypnotischen« Blick; da sie keine verschließbaren Augenlider haben, wirkt ihr Blick so starr (Kossak, 1999).

Druckreizung. Druckreizung auf bestimmte Nackenstellen bewirkt bei der giftigen Brillenschlange (lat. Naja haje) Körperstarre (Verworn, 1897). Damit ist der große biblische Trick Gottes, ausgeführt durch Moses und Aaron, aufgedeckt. Wahrscheinlich benutzte Aaron eine Königskobra (Naja hannah), da sie kleine Schlangen vertilgt – wie im Alten Testament berichtet (vgl. hierzu die Einleitung zu diesem Abschnitt).

Beispiele für weitere Körperstarren bei Tieren

Kopulationsstarre. Die Berührung bestimmter Körperareale kann Körperstarre bei der Sexualpartnerin auslösen, um die Begattung zu ermöglichen, so bei Hühnern, Schweinen und bestimmten Spinnenarten.

Putzerstarre. Werden Tiere durch andere Arten geputzt, verfallen sie in dieser symbiotischen Gemeinschaft in eine Starre, so das Krokodil und Fische bei der Annäherung von Krokodilwächtern bzw. Putzerfischen.

Übersprungshandlungen. Bei gleichzeitig aufkommenden widerstreitenden Trieben wie Angst und Aggression kann Schlaf oder Körperstarre daraus resultieren (Tinbergen, 1940; Eibl-Eibesfeldt, 1967). Einige der von Völgyesi (1936) »hypnotisierten« Tiere wurden vorher so traktiert, dass sie in Übersprungsstarre fielen.

Lernfaktoren. Wenn Pawlows Versuchshunde in ihrer Apparatur mit Gurten fixiert wurden, schliefen sie schnell ein, jedoch nicht bei schnell arbeitenden Versuchsleitern. Diese Beobachtungen führten Pawlow zur Schlaf- und Hypnosetheorie der partiellen Inhibition (s. Abschn. 2.11.2). Aus heutiger Sicht war es eine Konditionierung.

Fabeln und Legenden. La Fontaines Fabel vom Fuchs ist in Abschnitt 4.1 zitiert.

11.9.2 Moderne Experimente und Wissenschaftsfolgerungen

Zusätzlich zu den o. g. neurophysiologischen Ergebnissen gibt es nur wenige Befunde.

Der immobilisierte Frosch zeigt im EEG eine Zunahme der Hirnwellenfrequenz, also einen Zustand erhöhter Aufmerksamkeit. Wahrscheinlich liegt hier eine erhöhte Informationsverarbeitung vor, um den besten Fluchtmoment wahrzunehmen (Hoffmann & Munescal de Oliveira, 1988).

Simonov (1990a, 1990b), ein Vertreter der Pawlowschen Schule, findet bei seinen »hypnotisierten« (bzw. immobilisierten) Kaninchen eine Zunahme der EEG-Aktivitäten und Temperatur in der rechten Hirnhemisphäre und sieht darin den Beweis für Hypnose, da bei Menschen Ähnliches auftritt. Hier stellt sich die Frage, ob bei so unterschiedlichen Gehirnstrukturen von Frosch, Huhn, Kaninchen etc. aufgrund von EEG-Ähnlichkeiten auf ähnliche Funktionen des menschlichen Gehirns geschlossen werden kann – und umgekehrt.

Die evolutionäre Beziehung zur menschlichen Hypnose ist demnach sehr anzuzweifeln (Ray & Tucker, 2003). Andere unter Hypnose mögliche Veränderungen werden nicht berichtet und sind wohl kaum bei Tieren möglich (z. B. Altersregression, Amnesie). Hypnose ist mit ihrer Vielfalt von Verarbeitungs- und Reaktionsmöglichkeiten wahrscheinlich allein ein typisch menschliches Phänomen.

Nach sozialpsychologischen und systemorientierten Theorien der Hypnose (s. Abschn. 2.9 und 2.12.2) müsste sich das Tier auf unser Kommunikationssystem einstellen, was bei der Intelligenz eines Hummers oder Krokodils sehr fraglich ist.

Carli (1982) wendet Tierhypnose an, indem er ebenfalls Kaninchen immobilisiert. Er sieht darin eine Parallele zur Hypnose und die Immobilisierung als Induktion an. Nach den dann folgende Veränderungen des adrenocorticalen Systems wird die Hypnose als Puffer angesehen, der nach den anfänglichen Stressreaktionen wieder ein endokrines Gleichgewicht herstellt (Farabollini, 2012).

Teil III Anwendung

Bei der Angewandten Hypnose finden die zahlreichen Ergebnisse zur Erforschung der Suggestion, Induktion und des Verhaltens in Hypnose ihre geplante, wohlüberlegte und dennoch kreative praktische Realisierung.

In Teil III werden zunächst die Elemente der Hypnosesitzung mit ihren einzelnen Phasen dargestellt. Dazu gehört auch die Vorbereitung der Patienten – besonders der ängstlichen und ablehnenden – durch Gespräche und spezielle Übungen.

Ausführlich wird die Induktion bzw. Einleitung der Hypnose in ihren theoretischen und experimentellen Grundlagen sowie in ihrer praktischen Umsetzung beschrieben.

Da Hypnose in hohem Maße ein Kommunikationsprozess ist, wird dann die Beziehung von Therapeut und Patient analysiert, ebenso die besonderen Anforderungen, die an Therapeuten gestellt werden.

Im Überblick wird die Kombinationen von Hypnose mit anderen Therapieformen erfasst, besonders die Kombination mit den verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-behavioralen Methoden, da sich gerade in den letzten Jahren die Forschungs- und Anwendungsbereiche immer mehr um diese Kombinationsform verdichtet haben.

Sehr unterschiedliche Imaginationsmethoden sind die Grundlage für verschiedene Anwendungsbereiche, denn gerade die Imaginationsfähigkeit ist ein wesentlicher Faktor der hypnotischen Reaktionsfähigkeit. Die meist genau formulierten Suggestionen oder Instruktionen sind hier schnell in konkrete Fälle zu integrieren.

Selbsthypnose ist hier hervorragend geeignet, moderne Coping- und Selbstmanagement-Strategien zu integrieren, die der Patient auch außerhalb der Therapiesitzungen in seiner Alltags- und Problemsituation gezielt einsetzen kann.

Bei der Hypnosearbeit mit Kindern und Jugendlichen sind zahlreiche entwicklungspsychologische Aspekte zu berücksichtigen, so auch bei unterschiedlichen Induktions- und Kommunikationsformen.

Die Wirkung der Hypnose in der Psychotherapie, Medizin und Zahnmedizin ist klar belegbar und übertrifft teilweise konventionelle Therapieverfahren – besonders in Kombination von Hypnose mit kognitiv-behavioralen Methoden (Jenssen et al., 2011; Kirsch et al., 1995a; Pinell & Covino, 2000; Spinhoven, 1987).

Bei der medizinischen und psychologischen Komplexität der Schmerzproblematik wird dieses Thema im Kapitel »Psychotherapie« abgehandelt.

Offiziell wenig bekannt, doch häufig angewandt wird die Hypnose in sehr unterschiedlichen Sportbereichen, vorwiegend bei bedeutsamen Wettkämpfen. Sportler sind mannigfaltigen körperlichen, besonders aber psychologischen Faktoren ausgesetzt, die effektiv mit Hypnose angesprochen werden können.

Die Anwendung der forensischen Hypnose hat in Deutschland einen sehr viel kleineren Anteil als in den USA; damit verbunden sind zahlreiche Aspekte der ethischen und juristischen Grenzen der Hypnose. Gleichzeitig wird hier der Missbrauch von und in Hypnose angesprochen, besonders aber deren psychosoziale Wirkfaktoren.

Teil III Anwendung

Bei der Angewandten Hypnose finden die zahlreichen Ergebnisse zur Erforschung der Suggestion, Induktion und des Verhaltens in Hypnose ihre geplante, wohlüberlegte und dennoch kreative praktische Realisierung.

In Teil III werden zunächst die Elemente der Hypnosesitzung mit ihren einzelnen Phasen dargestellt. Dazu gehört auch die Vorbereitung der Patienten – besonders der ängstlichen und ablehnenden – durch Gespräche und spezielle Übungen.

Ausführlich wird die Induktion bzw. Einleitung der Hypnose in ihren theoretischen und experimentellen Grundlagen sowie in ihrer praktischen Umsetzung beschrieben.

Da Hypnose in hohem Maße ein Kommunikationsprozess ist, wird dann die Beziehung von Therapeut und Patient analysiert, ebenso die besonderen Anforderungen, die an Therapeuten gestellt werden.

Im Überblick wird die Kombinationen von Hypnose mit anderen Therapieformen erfasst, besonders die Kombination mit den verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-behavioralen Methoden, da sich gerade in den letzten Jahren die Forschungs- und Anwendungsbereiche immer mehr um diese Kombinationsform verdichtet haben.

Sehr unterschiedliche Imaginationsmethoden sind die Grundlage für verschiedene Anwendungsbereiche, denn gerade die Imaginationsfähigkeit ist ein wesentlicher Faktor der hypnotischen Reaktionsfähigkeit. Die meist genau formulierten Suggestionen oder Instruktionen sind hier schnell in konkrete Fälle zu integrieren.

Selbsthypnose ist hier hervorragend geeignet, moderne Coping- und Selbstmanagement-Strategien zu integrieren, die der Patient auch außerhalb der Therapiesitzungen in seiner Alltags- und Problemsituation gezielt einsetzen kann.

Bei der Hypnosearbeit mit Kindern und Jugendlichen sind zahlreiche entwicklungspsychologische Aspekte zu berücksichtigen, so auch bei unterschiedlichen Induktions- und Kommunikationsformen.

Die Wirkung der Hypnose in der Psychotherapie, Medizin und Zahnmedizin ist klar belegbar und übertrifft teilweise konventionelle Therapieverfahren – besonders in Kombination von Hypnose mit kognitiv-behavioralen Methoden (Jenssen et al., 2011; Kirsch et al., 1995a; Pinell & Covino, 2000; Spinhoven, 1987).

Bei der medizinischen und psychologischen Komplexität der Schmerzproblematik wird dieses Thema im Kapitel »Psychotherapie« abgehandelt.

Offiziell wenig bekannt, doch häufig angewandt wird die Hypnose in sehr unterschiedlichen Sportbereichen, vorwiegend bei bedeutsamen Wettkämpfen. Sportler sind mannigfaltigen körperlichen, besonders aber psychologischen Faktoren ausgesetzt, die effektiv mit Hypnose angesprochen werden können.

Die Anwendung der forensischen Hypnose hat in Deutschland einen sehr viel kleineren Anteil als in den USA; damit verbunden sind zahlreiche Aspekte der ethischen und juristischen Grenzen der Hypnose. Gleichzeitig wird hier der Missbrauch von und in Hypnose angesprochen, besonders aber deren psychosoziale Wirkfaktoren.

Zudem sollen die Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose und die Wirkung von Suggestionen bei der Erinnerung bzw. in der Gedächtnisforschung näher dargelegt werden, die auch in der Psychotherapie relevant sind.

Im letzten Kapitel werden in ausführlicher Dokumentation zahlreicher Fälle von den Indikationsüberlegungen bis hin zur Katamnese im Verlauf wiedergegeben, um die unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen im Gesamtkontext von Diagnostik, Therapieplanung und Therapiedurchführung darzustellen.

Immer häufiger werden Reviews, also Übersichts- und Vergleichartikel zu bestimmten Forschungs- und Anwendungsbereichen der Hypnose, verfasst. Dazu gehören auch die ebenfalls häufigen Analysen klinischer Vorgehensweisen, um die Effektivität der Hypnose in der Therapie zu überprüfen und darzulegen (Hefner, 2010). Darin wird durchaus auch deutlich beklagt, dass randomisierte und vergleichbare Studien selten sind, wie sie z. B. in der Pharmaforschung üblich sind. Aber die experimentelle und klinische Situation unterscheiden sich deutlich – sowohl in ihren Populationen als auch Anliegen und erforderlichen Vorgehensweisen. So finden wir in der Psychotherapie u. a. kein angemessenes Placebo für Vergleichsgruppen (Revenstorf, 2003). Ebenso sind in der Psychotherapie die Auswirkung von Hypnose auf z. B. Depressionen oder Posttraumatische Belastungsstörungen kaum als »Gesamtverfahren« abzuhandeln, nicht einmal als Verfahren zur Symptombehandlung, da sich die Therapie stets auf die jeweilige einzelne Genese und individuelle Patientenpersönlichkeit beziehen muss. Dies trifft in gleicher Weise auf die Medizin und Zahnmedizin zu. Mitwirkende Faktoren wie Patientenpersönlichkeit, Therapeutenpersönlichkeit, ihre Beziehung zueinander und deren Empathie usw. bleiben dabei unberücksichtigt (Tschugguel & Tschugguel, 2010).

12 Sitzungsaufbau, Therapievoraussetzungen, Patientenaufklärung

*Sobald wir lernen,
uns selbst zu vertrauen,
fangen wir an zu leben.*

Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832)

In diesem Kapitel wird umrissen, aus welchen Phasen eine Therapiesitzung mit Hypnose bestehen kann, gefolgt von Überlegungen zu den Voraussetzungen der Hypnoseanwendung und zur Aufklärung des Patienten.

12.1 Aufbau einer Hypnosesitzung

Nach der Diagnostik folgt nach entsprechender Indikationsstellung die Therapie mit Hypnose. Diese verläuft meist in einzelnen Phasen, die je nach Ziel und Therapiemethode unterschiedliche Schwerpunkte haben können.

Vorbereitung. Vor der allerersten Sitzung erfolgt das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten; ggf. müssen sogar vorbereitende Übungen erfolgen (s. Kap. 13). Danach kann die Intervention mit Hypnose beginnen, die über mehrere Sitzungen hinweg ungefähr die gleichen Phasen durchläuft.

Phasen der Hypnosesitzung

- (1) **Einleitungsgespräch bzw. Einleitungsgeschichte.** Die Einleitung der Hypnose erfolgt besonders in der ersten Sitzung selten abrupt, sondern wird mit einem Gespräch oder mit einer Geschichte begonnen, um auf die folgende intendierte Konzentration und Entspannung vorzubereiten.
- (2) **Induktion.** Meist übergangslos folgt nun die Induktion (Einleitung) der Hypnose durch ähnliche, mitunter auch sehr individuell abgestimmte Formulierungen. Mit diesem Bereich befasst sich das Kapitel 14.
- (3) **Ruhezene.** Die eintretende Entspannung wird durch eine individuelle Ruheszene intensiviert, die auch die weitere Kooperation des Patienten fördert.
- (4) **Therapiephase, Interventionsphase.** Wenn die Kooperation des Patienten relativ abgesichert ist, werden die geplanten Hypnosetechniken therapeutisch wirksam eingeleitet. Nun beginnt die eigentliche Therapiephase, in der der Patient seine Probleme bearbeitet und dabei fast immer in Verbalkontakt mit dem Therapeuten bleibt. Die unterschiedlichen Therapiemethoden sind in den Kapiteln 16 bis 27 dargestellt.

12 Sitzungsaufbau, Therapievoraussetzungen, Patientenaufklärung

*Sobald wir lernen,
uns selbst zu vertrauen,
fangen wir an zu leben.*

Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832)

In diesem Kapitel wird umrissen, aus welchen Phasen eine Therapiesitzung mit Hypnose bestehen kann, gefolgt von Überlegungen zu den Voraussetzungen der Hypnoseanwendung und zur Aufklärung des Patienten.

12.1 Aufbau einer Hypnosesitzung

Nach der Diagnostik folgt nach entsprechender Indikationsstellung die Therapie mit Hypnose. Diese verläuft meist in einzelnen Phasen, die je nach Ziel und Therapiemethode unterschiedliche Schwerpunkte haben können.

Vorbereitung. Vor der allerersten Sitzung erfolgt das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten; ggf. müssen sogar vorbereitende Übungen erfolgen (s. Kap. 13). Danach kann die Intervention mit Hypnose beginnen, die über mehrere Sitzungen hinweg ungefähr die gleichen Phasen durchläuft.

Phasen der Hypnosesitzung

- (1) **Einleitungsgespräch bzw. Einleitungsgeschichte.** Die Einleitung der Hypnose erfolgt besonders in der ersten Sitzung selten abrupt, sondern wird mit einem Gespräch oder mit einer Geschichte begonnen, um auf die folgende intendierte Konzentration und Entspannung vorzubereiten.
- (2) **Induktion.** Meist übergangslos folgt nun die Induktion (Einleitung) der Hypnose durch ähnliche, mitunter auch sehr individuell abgestimmte Formulierungen. Mit diesem Bereich befasst sich das Kapitel 14.
- (3) **Ruhezene.** Die eintretende Entspannung wird durch eine individuelle Ruheszene intensiviert, die auch die weitere Kooperation des Patienten fördert.
- (4) **Therapiephase, Interventionsphase.** Wenn die Kooperation des Patienten relativ abgesichert ist, werden die geplanten Hypnosetechniken therapeutisch wirksam eingeleitet. Nun beginnt die eigentliche Therapiephase, in der der Patient seine Probleme bearbeitet und dabei fast immer in Verbalkontakt mit dem Therapeuten bleibt. Die unterschiedlichen Therapiemethoden sind in den Kapiteln 16 bis 27 dargestellt.

- (5) **Rückführung, Beendigung.** Nach der Therapieintervention wird die gesamte Hypnose beendet, der Patient erfährt seine Rückorientierung.
- (6) **Nachbesprechung.** Nun erfolgt die Nachbesprechung der einzelnen Therapieschritte und -erlebnisse mit dem Patienten und ihre weitere therapeutische Bearbeitung.
- (7) **Therapeutische Hausaufgaben.** Zum Abschluss werden zur Intensivierung und Aktivierung der Behandlung meist therapeutische Hausaufgaben gegeben, die der Patient bis zur nächsten Sitzung realisieren soll.

12.1.1 Einleitungsgespräch bzw. Einleitungsgeschichte

Eine Unterhaltung über die im weiteren Behandlungsverlauf folgende Ruheszene erleichtert die Bereitstellung komplexer Erinnerungsmuster während der Hypnose erheblich. Eine Einleitungsgeschichte (cover story) dient dazu, den Patienten auf ein Problemfeld oder eine Interventionsform vorzubereiten. Der Therapeut erzählt eine vermeintlich beiläufige Geschichte, in der die Erinnerungsspuren der Problemfelder des Patienten indirekt angesprochen werden. Solche Einleitungsgeschichten können somit nur individuell strukturiert werden.

Beispiel

Beispiel für ein Einleitungsgespräch

Bei einem Patienten soll eine Altersregression vorbereitet werden; von ihm ist bekannt, dass er zum relevanten Zeitpunkt in einer ländlichen Gegend wohnte. In einer Unterhaltung z. B. über die Urlaubszeit kann der Therapeut nun über die Möglichkeit sprechen, Urlaub auf dem Bauernhof zu machen. Er erwähnt relevante Inhalte wie Tiere, Misthaufen, Kuhblöken, Milchkannenklappern, die guten Auslaufmöglichkeiten für Kinder, die im Stroh Verstecken spielen können ... Ohne direkte Instruktion wurde der Patient also dazu veranlasst, seine speziellen Erinnerungen aus dieser Zeit zu aktivieren. Umso leichter wird in der dann folgenden Altersregression das Wachrufen der spezifischen Erinnerungen ermöglicht, und Widerstände verringern sich.

12.1.2 Induktion

Die Induktion erfordert die Kenntnis einiger Erwartungshaltungen des Patienten und dementsprechend eine relativ flexible Vorgehensweise des Therapeuten. Auf diese wird in Kapitel 14 ausführlich eingegangen.

12.1.3 Ruheszene

Nach der Induktion kann vor dem Beginn der eigentlichen Therapie eine Ruheszene sinnvoll sein. Meist handelt es sich hierbei um eine entspannende Urlaubslandschaft,

in der der Patient sich besonders wohl fühlt. Die Ruheszene hat die Funktion eines »Sicherheitsraumes«, der in der Therapie bei besonders ängstigenden oder belastenden Szenen unter Anleitung des Therapeuten zum Entspannen, Abwarten oder Reflektieren zwischendurch aufgesucht werden kann.

Zur Vorbereitung der Ruheszene wird der Patient exploriert, wobei Landschaftstypisches, Jahreszeit, Gebäude, Menschen, Gerüche, Geräusche etc. erfragt werden. Möglichst genaue und plastische Angaben des Patienten erleichtern dem Therapeuten die späteren Szenenformulierungen.

Das Ruhebild soll genau die individuellen Entspannungsbedürfnisse des Patienten ansprechen und mögliche Störfaktoren gering halten.

Suggestion

Ruheszene »Strand«

»Sie befinden sich hier am Strand; das ist Ihr Strand mit der herrlich weit geschwungenen Bucht vor Ihnen und dem breiten weißen Sandstrand. Der ist so hell, dass er in der Sonne fast blendet. Sie liegen auf Ihrem Badetuch und genießen die viele Zeit, die Sie haben. Die Sonne scheint warm auf Ihre Haut, Sie merken deutlich die Wärme der Sonnenstrahlen in Ihrem Gesicht, wie diese dort die Haut leicht anspannen. Auch auf Ihren Schultern (usw.) merken Sie diese Wärme ganz deutlich.

Die Wellen des blauen Meeres sind ganz flach und laufen langsam, fast träge ans Ufer. Die Brandung ist ganz leise, ein leises Zischen vom Kommen und Gehen der Wellen ... Sie riechen auch deutlich diese würzige Luft; das Salz der Seeluft spüren Sie deutlich in Ihrer Nase, vermischt mit dem leichten Geruch von Tang. Die Luft ist ganz salzhaltig; das merken Sie auch auf Ihren Lippen. Die schmecken ganz salzig; Sie merken deutlich mit Ihrer Zunge diesen Salzgehalt, typisch nach Seeluft schmeckt es ... In der Entfernung sehen Sie ein paar Segelboote langsam vorbeigleiten und einige Manöver machen, die Segel sind leicht aufgebläht im Wind. Und Sie genießen diese herrliche Entspannung an diesem wunderschönen Sandstrand mit den Wellen, die leicht auf und ab gehen, und der herrlichen Sonne, in der Sie so schön dösen können.«



Beispiele für Beeinträchtigungen beim Ruhebild

- Die Klientin genießt die Strandszene und die Sonne sehr. Auf die Instruktion des Therapeuten, nun zum Abkühlen ins Wasser zu gehen, reagiert sie mit Abwehr und Unruhe. Sie berichtet danach, dass sie bei der Vorabsprache ihre Wasserscheu vergessen hatte und ihr diese Instruktion nun Angst bereite.
- Auf die Gruppeninduktion, in einem kleinen Boot sachte zu schaukeln, reagiert ein Teilnehmer mit Angst. Diese Szene erinnert daran, dass er als Kind in einem Boot vom Ufer abgetrieben worden war. Ein anderer Teilnehmer reagiert mit erschrecktem Zusammenzucken, denn er erinnert sich an seine Ungeschicklichkeit beim Betreten eines kleinen Segelbootes, mit dem er sehr zur Belustigung der Zuschauer kenterte.

- ▶ Ein Junge von zwölf Jahren schlägt als Ruheszene eine Sommerwiese vor und reagiert bei der Imagination der Gräser mit einem Niesanfall; er hatte seine Heuschnupfendisposition vergessen.
- ▶ Ein Patient wünscht sich eine Waldszene, möchte jedoch auf einer großen Decke sitzen, da er eine Insektenphobie hat. Sobald er auf der imaginierten Decke sitzt, fühlt er sich wohl und kooperiert gut.

Bevorzugte Ruheszenen

Als angenehm werden erlebt:

- ▶ Strandszene im Sommer
- ▶ Spaziergang im Wald
(Beeindruckend ist hier meist das Licht- und Schattenspiel der Sonne im Blätterwerk und das typische Echo im Wald.)
- ▶ Spaziergang in einer schönen Landschaft
(Angenehm sind oft große Wiesen mit einem Bach darin, alte Bäume, ferne Hügel, Blick auf ein Tal mit Bergen dahinter.)

Ruheszenen mit Personen haben sich mitunter als belastend erwiesen, wenn z. B. gerade mit dieser Person Probleme aufkamen.

Wird eine bestimmte Ruheszene sehr oft benutzt, so kann ihr Entspannungswert verloren gehen, und sie muss durch eine neue, wirkungsvollere ersetzt werden.

12.1.4 Therapiephase, Interventionsphase

Durch angeleitetes Erleben, Konfrontieren, Agieren etc. erfolgt die Therapie unter Hypnose. Die spezifischen Methoden und Vorgehensweisen sind in den klinischen Kapiteln 16 bis 27 beschrieben. Hier soll auf mögliche Problemstellungen hingewiesen sein.

Kritische Situation: Unterbrechung der Hypnose

Mitunter kann der Patient die Hypnose unterbrechen, so u. a. wenn er zu starke Angst entwickelt. Dies trat bei der Behandlung einer Patientin mit einer starken Phobie vor Reisebussen auf. Sobald sie auf der Hypnoseebene den Bus besteigen sollte, öffnete sie die Augen und weigerte sich weiterzumachen. Nach solchen Situationen muss genau exploriert werden, warum die Unterbrechung erfolgte. Durch diese Form der Diagnostik können entsprechende Therapievarianten erarbeitet bzw. unnötige Belastungen reduziert werden.

In kritischen Situationen sollte der Therapeut stets die Ruhe bewahren, um den Patienten nicht noch zusätzlich durch sein Verhalten zu belasten. Wenn die Hypnose unterbrochen wurde, können durchaus noch Suggestionen (unkontrolliert) wirksam sein. Aus diesem Grund sollte jede unterbrochene Hypnose nochmals eingeleitet und nach einer – eventuell nur kurzen – Entspannungsphase mit der entsprechenden Auflösungsanweisung beendet werden.

Störungen während der Hypnosesitzung

Störungen können durch laute Außengeräusche (Straße, Flur), Telefonklingeln oder plötzlich eintretende Personen erfolgen. Wesentlich ist hier, als Therapeut relativ ruhig zu bleiben, damit der Patient weitgehend in seiner Entspannung bzw. in seinem Vorstellungsbild oder seiner Therapieszene bleiben kann.

Beispiel

Beispiel für eine angemessene Therapeutenreaktion bei Störungen

»Jetzt ist kurz eine Störung aufgetreten, die für Sie jedoch bedeutungslos ist. Ich werde die Störung schnell abstellen und wir können danach wie gewohnt weiter fortfahren. Ich gehe nun kurz ans Telefon, damit es aufhört zu klingeln ... Und nun können wir ganz ungestört fortfahren und die Szene (z. B. Auseinandersetzung mit dem Vater) wieder konzentriert ansehen.«

Wesentliche Regel: Stets alle Phänomene kontrollieren und beenden

Werden zu therapeutischen oder experimentellen Zwecken sogenannte Hypnose-Phänomene hervorgerufen (z. B. Halluzination, Armsteifigkeit, Amnesie etc.), sollte der Therapeut stets vor Auflösung der Hypnose alle erzeugten Verhaltensweisen ebenfalls beenden. Nach Möglichkeit soll er diese Aufhebung auch durch den Patienten verifizieren lassen. Dadurch hat er die Gewissheit, dass nicht durch Reste der unaufgelösten »Phänomene« unangenehme Nachwirkungen bestehen bleiben.

Ausnahmen bilden hier natürlich jene therapeutisch relevanten Phänomene, die über die Hypnosesitzung hinausgehend wirken sollen (z. B. posthypnotische Suggestionen, Selbsthypnose). Hier sind die therapeutischen Interventionen besonders gut zu planen, deren Wirkungen zu explorieren und später zu kontrollieren, um unerwünschte Nebenwirkungen auszuschließen.

12.1.5 Rückführung, Beendigung

Bereits bei der Planung und Vorbereitung soll die Auflösung (Beendigung, Rückführung) der Hypnose mit einbezogen werden. Wenn zur Einleitung Zählverfahren benutzt werden, so ist es zum Ende hin sinnvoll, diese wieder einzusetzen: Durch Rückwärtszählen wird der Patient dann rückorientiert und erhält die Instruktion, bei Null die Augen zu öffnen. Für viele Patienten ist es sehr angenehm, wenn in dieser Phase Suggestionen des Wohlbefindens erfolgen.

Suggestion

Auflösung der Hypnose

»... Nun werde ich langsam von Drei bis Null zählen und Sie werden dann die Augen öffnen und sich ganz erholt und angenehm frisch fühlen. ... Drei: Sie hören deutlich meine Stimme ... Zwei: Sie befinden sich hier in diesem Raum ... Eins: Sie werden

gleich die Augen öffnen und Sie werden sich wohliger aktiv fühlen. Null: Sie öffnen die Augen ...«

Bei der Auflösung der Hypnose benötigt jede Person unterschiedlich lange Zeit bis zum Augenöffnen, meist sind es wenige Sekunden. Anschließend herrscht einige Sekunden Schweigen, in denen sich der Patient rückorientieren kann. Erst dann folgen weitere Gespräche oder Interventionen. Manche Patienten empfinden es als hilfreich, sich anschließend etwas strecken zu können.

Dauer der Hypnose

Es gibt ausreichend abgesicherte Beobachtungen, nach denen Hypnose nicht unbegrenzt andauern wird, selbst wenn der Therapeut die Auflösung weglassen sollte. Falls der Patient eingeschlafen sein sollte (was sehr selten vorkommt), wird er nach zehn bis 30 Minuten stets von allein wieder wach werden, falls nicht psychopathologische Hinderungsgründe vorliegen.

Praxishinweis

Zur Absicherung ist es sinnvoll, durch klare Endinstruktionen die Hypnose deutlich abzuschließen. Falls nach Beendigung einer (besonders intensiven) Hypnosesitzung Rückorientierungsprobleme auftreten, so ist die vollkommene Realitätsorientierung wiederherzustellen, um den Patienten nicht zu gefährden (z. B. im Straßenverkehr). Dies ist relativ leicht zu erreichen, indem nun eine kleine Unterhaltung über den weiteren Tagesablauf, die Tätigkeiten direkt nach der Sitzung und die dann zu benutzenden Verkehrsmittel etc. erfolgt. Bereits nach wenigen Sätzen wird der Patient sich dann wieder vollständig zeitlich, räumlich und inhaltlich orientieren können.

12.1.6 Nachbesprechung der Hypnosephase

Nach Abschluss der hypnotischen Arbeit beginnt die Auswertung der Sitzung durch ein ausführliches Gespräch über die Erlebnisse unter Hypnose. Sie können nun weiterbearbeitet werden, um sie ggf. in einer erneuten Hypnosesitzung zu vertiefen.

Es werden therapierelevante und hypnoserelevante Informationen eingeholt, wie z. B. der Umgang mit den vorgegebenen Imaginationen, Umarbeitungen der Szenen durch den Patienten, mögliche Hinweise auf Vermeidungsverhalten oder Eskalation seiner Problematik.

Bedacht werden sollten auch unangenehme Erlebnisse oder Folgen, die eventuell unabhängig von der Hypnose oder in Zusammenhang mit der Problematik aufgetreten sind, wie z. B. störende oder symbolträchtige Imaginationen, Körperbefindlichkeiten, Belastungen, Kopfschmerzen etc. Der Patient sollte hier möglichst wenig suggestiv befragt werden, denn allein die Formulierung einer Fragestellung lenkt die Aufmerk-

samkeit und Bewertung der Erinnerung und Wahrnehmung. So wird die Abschlussfrage »Was war denn unangenehm?« bestimmt. Negativäußerungen nahe legen. Die Nachbesprechung bezieht sich lediglich auf den Therapieabschnitt nach der Hypnoseintervention und kann auch der Hauptbestandteil des Therapiegespräches sein.

Aus der Gesamtheit der therapiebegleitenden Diagnostik werden Überlegungen zur Weiterführung abgeleitet, die möglicherweise eine Veränderung der hypnotischen Interventionsform erfordern, Fragen an den Patienten und Szenenvorschläge durch den Therapeuten bis hin zur Umorientierung der Grundtherapie oder ihrer Teilbereiche beinhalten.

12.1.7 Therapeutische Hausaufgaben

Hypnose kann einige Patienten durchaus dazu verleiten, keine oder nur geringe Eigenaktivitäten zur Verbesserung ihrer Problematik zu ergreifen. Deshalb sollte am Ende jeder Sitzung überlegt werden, welche Hausaufgaben zu realisieren sind. Gemeint sind damit aktive Umsetzungen der Hypnoseerfahrungen – entweder in Form eigenständiger Übungen mittels Autohypnose oder durch reale Umsetzungen des neu erworbenen Verhaltens bzw. Problemlösens als z. B. Selbstsicherheitsübungen, Reizkonfrontation oder Übernahme neuer Kompetenzen.

Durch die Hausaufgaben kann der Patient an der Realität erproben, wie stark seine imaginativen und kognitiven Veränderungen tatsächlich sein reales Verhalten beeinflussen. Mitunter können sogar klar definierte Aufgaben erteilt werden wie Häufigkeitsnotierungen, Diagramme oder Tagebuchaufzeichnungen, besonders aber das konkrete Umsetzen der in Hypnose gewonnenen Erkenntnisse oder Kompetenzen.

12.2 Voraussetzungen für die Hypnoseanwendung

Einstellungen, Erwartungen und Befürchtungen bestimmen den Beginn jeder Therapie, jedoch besonders den einer Behandlung mit Hypnose. Deshalb sollten zusätzlich zu den Erfordernissen der geplanten Grundtherapie die Einstellungen zur Hypnose und die dafür erforderlichen Voraussetzungen abgeklärt werden.

12.2.1 Erwartungshaltungen des Patienten

Wie bereits in Kapitel 4 dargelegt, bestimmen Erwartungshaltungen die Kooperation sowie die Wirkung einer Intervention mit Hypnose. Ihre Abklärung erfolgt nach der Indikationsstellung.

Praxishinweis

Fragen zu den Erwartungshaltungen des Patienten (nach Kirsch, 1999)

- ▶ Was erwartet der Patient von Hypnose?
- ▶ Welche Erwartungen, Meinungen, Vorurteile, Ängste bestehen und sollten geändert werden?

- ▶ Welche positiven/negativen Erwartungshaltungen hat er – und können ggf. genutzt werden?
- ▶ Liegen zu hohe Erwartungen/»Allmachtserwartungen« gegenüber der Methode oder dem Therapeuten vor?
- ▶ Will der Patient passiv bleiben, seine Verantwortung abgeben?
- ▶ Sind die Erwartungshaltungen des Patienten bezüglich der Hypnosebehandlung realistisch oder können sie eventuell zum Scheitern dieser/jeder Therapie führen?
- ▶ Möchte der Patient mit Hypnose behandelt werden, da er sie als magische Intervention, als Königsweg zum Unbewussten oder als Fenster zur Vergangenheit sieht – warum?

12.2.2 Überprüfung der Imaginationsfähigkeit des Patienten

Die Imaginationsfähigkeit ist ein Aspekt der Hypnose und sollte in der Praxis erkundet werden (s. Abschn. 4.5.3; 19.5). Bereits bei der Exploration zur Anamnese ist aus dem verbalen Bericht des Patienten viel über dessen Imaginationsfähigkeit zu erkennen.

Praxishinweis

Anhaltspunkte für Imaginationsfähigkeit

- ▶ Schilderung meist detaillierter und wahrnehmungsbezogener Aspekte (z. B. Fellfarbe des Hundes, seine Bewegungen, sein Bellen)
- ▶ Schilderung situativer Bedingungen oder Beschreibung des Umfeldes (z. B. »Es ist in einem Park am Abend ...«)
- ▶ Selbstwahrnehmung (z. B. »Ich bleibe stehen und werde ganz steif, fange an zu frieren ...«)
- ▶ Die mit Imaginationen verbundenen Gedanken und Gefühle (z. B. »Er wird gleich auf mich zulaufen«; »Die Angst schnürt mir die Kehle zu«)

Der Therapeut erhält durch die Schilderung der Vorstellungsbilder nicht nur diagnostisch relevante Aussagen und Beschreibungen, sondern auch anschauliche Formulierungen, die er später vielleicht nahezu wörtlich in die Behandlung übernehmen kann.

Mitunter geben weitere Explorationen differenziertere Informationen wie zum Beispiel: »Wenn Sie jetzt an den Hund denken, vor dem Sie Angst haben, können Sie ihn sich plastisch vorstellen ... Wie sieht er aus? ... Beschreiben Sie ihn doch mal bitte ...«

12.2.3 Beeinflussende Faktoren der Imaginationen

Fällt es einem Patienten schwer, Erlebnisse auf den genannten unterschiedlichen Ebenen darzustellen, so ist daraus noch nicht der Schluss zu ziehen, Hypnose aus-

zuschließen. Es können hier sehr verschiedene Faktoren hemmend wirken, die weiterhin abgeklärt werden müssen, wie z. B.:

Reduziertes Erinnerungsvermögen. Möglicherweise belastet die zu schildernde Szene den Patienten emotional zu sehr, und er kann sich deshalb nur schlecht an sie erinnern. Hier gilt es, durch spätere relevante Methoden diese Widerstände und emotionalen Blocks langsam und immer in Übereinstimmung mit dem Patienten und seiner Belastungsfähigkeit abzubauen.

Verflachtetes Erleben. Depressive Beeinflussungen des Patienten verhindern beispielsweise ein plastisches Erleben verschiedener positiver Inhalte. Auch hier ist zu überlegen, inwieweit die Indikation einer Hypnoseintervention angemessen ist. Ggf. hilft die Hypnoseerfahrung sogar, wieder Zugang zu den eigenen Gefühlen zu finden.

Geringe Verbalisierungsfähigkeit. Einige Patienten können gut imaginieren, können sich jedoch verbal nicht ähnlich plastisch mitteilen. Hier wird der Therapeut seine Befragung dem Niveau des Patienten anpassen. Kurze Sätze erleichtern die Kommunikation und reduzieren Missverständnisse.

Verunsicherung. Manche Patienten können darüber verunsichert sein, welche Informationen der Therapeuten von ihnen fordern könnte. Operationalisierte Fragen sind hier sinnvoll. Es hilft eine kleine Übung, die Augen zu schließen und zu beschreiben, wie z. B. eine Rose aussieht, sich anfühlt, riecht etc. (s. Abschn. 19.6).

Irrelevante Imaginationen. Personen können auf sehr unterschiedliche Weise Erinnerungen oder Erlebnisse abspeichern, kodieren und wieder abrufen. Sie benötigen deshalb individuelle Anreize oder Impulse, z. B. durch Ansprechen verschiedener Wahrnehmungskanäle, um die gewünschten Imaginationen zu entwickeln.

Erfahrene Therapeuten berücksichtigen diese Aspekte bereits in ihren Anamnese- und Diagnosegesprächen, um daraus ganz pragmatisch Aspekte der Kooperationsfähigkeit und Imagination abzuleiten.

12.2.4 Allgemeine Grundhaltung des Therapeuten

Bevor Hypnose eingesetzt wird, ist es für den Therapeuten zwingend, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Er sollte wissen, was er gemeinsam mit dem Patienten erreichen will und sollte eine klare Vorstellung davon haben, auf welche Weise die hypnotische Kommunikation die Behandlung erleichtern kann. Nachdem er die Vor- und Nachteile der Behandlung mit und ohne Hypnose abgewogen hat, sind die nun folgenden Schritte zu planen (Kirsch et al., 2001).

Praxishinweis

Die Überzeugungen des Therapeuten vom Gelingen der Therapie bewirken beim Patienten positive Einstellungen zur Behandlung, auch seine non-verbale Kommunikation (s. Abschn. 15.5f.). Der Therapeut sollte versuchen, Hypnose von der Showhypnose abzugrenzen. Dabei muss er jedoch darauf achten, möglichst wenige Negativdefinitionen zu geben, um nicht ungewollt das Negative zu betonen.

12.3 Aufklärung des Patienten

12.3.1 Das Aufklärungsgespräch

Bei ängstlichen und naiven Patienten kann im Vorbereitungsgespräch die Erwähnung des Begriffs »Hypnose« spontane Abwehr und Angst auslösen. Hier ist die Ankündigung einer »Vorstellungsübung« ebenfalls korrekt und lässt Ängste vor Hypnose erst gar nicht aufkommen. Bei neutraler oder sogar positiver Einstellung zur Hypnose wird die Ankündigung von »Entspannung« die Reaktionen auf spätere Suggestionen verbessern, die Ankündigung von »Hypnose« sie jedoch deutlich weiter erhöhen (Gandhi, 2005).

Patienten mit Vorerfahrungen oder Informationsbedarf sollten zum Fragen ermuntert werden. Gerade im Vorbereitungsgespräch ist es möglich, direkt oder indirekt Informationen über die Nutzung positiver Erfahrungen einzuholen – oder die Folgen negativer Erfahrungen zu vermeiden.

Praxishinweis

Den Mythos der Hypnose abbauen

Wenn wir den Mythos auflösen, Hypnose sei ein vollkommen anderer Bewusstseinszustand, trägt dies meist zu einer verbesserten Kommunikation mit dem Patienten bei, denn viele Personen ohne vorherige Hypnoseerfahrung haben Angst davor, in »Trance« zu fallen, da ihnen dieser Gedanke unbehaglich ist. Meinen Personen, Hypnose sei ein veränderter Bewusstseinszustand, dann werden sie mit geringerer Wahrscheinlichkeit ihre Wirkungen wahrnehmen (McConkey, 1986).

Viele Patienten sind erleichtert oder sogar erstaunt, wenn sie erfahren, dass in Hypnose letztendlich bekannte Alltagserfahrungen wie z. B. Entspannung oder Vorstellungsbilder nutzbar gemacht werden.

12.3.2 Häufige Patientenfragen

Bin ich dazu überhaupt geeignet? Der Therapeut kann sich hier auf die Informationen aus den Vor- und Explorationsgesprächen beziehen. Da diese mit zur Indikation der Hypnose beitrugen, lassen sich daraus einige Beispiele für die Imaginationsfähigkeit des Patienten aufzeigen. Auch seine Problemgenese weist eventuell auf Imaginationen und Kognitionen hin, die entsprechende Symptome oder Kognitionen bedingen, und beweist konkret die (bislang pathologisch genutzte) Imaginationsfähigkeit des Patienten.

Wie geht das, was wird da mit mir gemacht? Hier erfolgen Hinweise auf einen Entspannungszustand, der verglichen werden kann mit relevanten Erfahrungen des Patienten. Gleichzeitig erfolgt die Information, dass der Therapeut die mit dem Patienten vorher abgesprochenen Vorstellungsbilder vorgeben wird und diese dann in der therapeutisch relevanten Weise strukturiert bzw. modifiziert. (Beispiel: Bei einer

systematischen Desensibilisierung die geplante Annäherung an die phobische Situation).

Verliere ich die Kontrolle? Es ist für den Patienten wichtig zu wissen, dass er durchgehend die Kontrolle über sein Verhalten behält (Lynn et al., 1990), sich über sich und seine Umgebung bewusst ist und in ihr angemessen handeln kann (Lynn et al., 1989). Auch sollte der Patient darüber informiert werden, dass die Hypnose primär und aktiv von ihm selbst, weniger vom Therapeuten gestaltet wird.

Werde ich mich an das Hypnosegeschehen erinnern? Die Ängste des Patienten werden abgebaut, wenn er weiß, dass spontane Amnesien relativ selten sind (Simon & Salzberg, 1985) und normalerweise auch in der Alltagskommunikation auftreten. Er wird sich entsprechend auch an die Erlebnisse in Hypnose meist gut erinnern, jedoch wie im Alltagsleben nicht immer an alle.

Wie schnell werde ich danach wach? Der Patient sollte darüber aufgeklärt werden, dass Hypnose nicht mit Schlaf zu verwechseln ist und deshalb von ihm selbst gesteuert werden kann. Wenige Sekunden nach der Hypnose wird er weiter voll konzentriert über seine Erlebnisse sprechen können. Nach längerer Entspannung kann er – wie sonst auch – ebenfalls etwas müde sein.

Auf der einen Seite benötigt der Patient Sachinformationen und Aufklärung, auf der anderen Seite sind diese Fragen Hinweise auf seine Ängste und möglichen Abwehrhaltungen. Entsprechend wird hier bereits das therapeutische Gespräch einsetzen und nicht erst, wenn eine bestimmte Technik (Hypnose etc.) eingeschaltet wurde. In diesem Zusammenhang sei auf die Kapitel 8 und 13 verwiesen.

12.3.3 Informationsblatt für Patienten

Folgender Text kann allen Patienten zur allgemeinen Information über Hypnose zu Beginn der Therapie ausgehändigt werden (Sie können den Text aus den Online-Materialien ausdrucken).

Informationen zur Hypnose

Von Hypnose besteht oft ein falsches Bild. In der Regel erscheint dem Laien Hypnose als ein Zustand, der durch eine besondere Gabe des Hypnotiseurs herbeigeführt wird, in dem der Hypnotisierte wie ein Roboter willenlos Befehle ausführt und dabei auch Leistungen vollbringt (Steigerung der muskulären Belastbarkeit bzw. gesteigerte Lern- und Gedächtnisleistungen), die ihm normalerweise nicht möglich sind und an die er sich – wieder zurück im Wachzustand – nicht mehr erinnern kann. Dieses Bild von Hypnose entnimmt die Öffentlichkeit den Sensationsberichten über hypnotische Phänomene bzw. den Darstellungen von Bühnenhypnose in den Medien (Fernsehen, Illustrierte). Leider zeichnen derartige Berichte nicht nur ein falsches Bild von Hypnose, sondern wecken auch unrealistische Erwartungen und Ängste über Dauer und Verlauf einer Hypnosetherapie.

Hypnose lenkt die Aufmerksamkeit auf die innere Realität. Tatsächlich ist der Patient in Hypnose sich seiner selbst und der Vorgänge während der Hypnosesitzung bewusst und kann sich hinterher in der Regel an alles erinnern.

Spontane Erinnerungslücken (Amnesien) sind sehr selten. Meist wird Hypnose so »wie kurz vor dem Einschlafen« erlebt. Man denkt dabei mehr »in Bildern«, die intensiver und stabiler sind als ohne Hypnose, die Aufmerksamkeit ist auf die »innere Realität« gerichtet, die der Therapeut durch Suggestionen, Metaphern etc. gestaltet, während die Umwelt, die »äußere Realität«, in den Hintergrund tritt. Die Fähigkeit, Hypnose zu erleben, hängt nicht – wie vom Laien oft vermutet – mit (eher negativen) Persönlichkeitsmerkmalen wie Neurotizismus, Hypochondrie, sozialer Angst etc. zusammen, sondern insbesondere mit der Fähigkeit, lebhafte Vorstellungen entwickeln zu können.

Hypnose ist nicht Schlaf. Weiterhin werden kreative Fähigkeiten bzw. die Fähigkeit zur »Absorption« (»Aufgehen« in der Beschäftigung mit der Sache) diskutiert. Physiologisch kann Hypnose klar vom Schlaf abgegrenzt werden, während die physiologischen Effekte von Entspannung/Meditation mit denen von Hypnose vergleichbar sind.

Hypnose bewirkt nichts Außergewöhnliches. Leistungssteigerungen (ohne vorheriges Training) oder eine Minderung der moralischen Verantwortlichkeit sind in Hypnose nicht möglich. Zwar werden immer wieder derartige außergewöhnliche Phänomene berichtet, mit sorgfältig kontrollierten wissenschaftlichen Experimenten wird aber belegt, dass diese Phänomene auch ohne Hypnose möglich sind.

Hypnose kann therapeutisch eingesetzt werden. Laien sind oft von den Möglichkeiten der Hypnose fasziniert, die angeblich das normale Maß übersteigen. Medienberichte hierzu sind oft einseitig oder falsch, da sie Sensationen darstellen wollen. Die wissenschaftlich ausgebildeten Therapeuten sind mehr von der Möglichkeit fasziniert, die in Hypnose veränderte »innere Realität« therapeutisch effektiv einzusetzen. Gerade hierzu zeigen Untersuchungen aus der klinischen Hypnoseforschung, dass Hypnose bei sehr vielen psychischen und psychosomatischen Problemen von großem therapeutischem Nutzen ist.

Hypnose wird in Kombination angewandt. Hypnose ist keine eigenständige Therapieform, sondern wird in der Regel in Kombination mit den bekannten Psychotherapieformen angewandt: In der Verhaltenstherapie etwa, um den Patienten eine normalerweise angstauslösende Situation in der »inneren Realität« angstfrei bestehen zu lassen, um z. B. neue Denk-, Erlebensformen, Konfliktlösungen und Verhaltensweisen zu erkennen, zu erproben und später real einzusetzen. In der Psychoanalyse z. B., um in der hypnotischen Altersregression wichtige Kindheitserlebnisse zu reaktivieren und aufzuarbeiten.

Neben der Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren hat die Hypnose aber auch ihren sehr weiten Anwendungsbereich in der Verhaltensmedizin bzw. psychosomatischen Medizin, wo psychisch bedingte Krankheiten wie Bluthochdruck, Hautprobleme etc. mit Hypnose behandelt werden können. Hypnose wird ebenfalls zur Schmerzkontrolle eingesetzt, so z. B. in der zahnärztlichen Praxis, bei Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen.

13 Vorbereitungübungen und Vertrauensaufbau

*Es gibt nur einen Fehler im Leben:
zu viel Vorsicht aus Lebensangst*
Alfred Adler (1870–1937)

In diesem Kapitel werden spezielle Übungen zur Vorbereitung von Patienten mit besonderen Ängsten und Vorurteilen gegenüber Hypnose dargestellt, die insgesamt zum Vertrauensaufbau vor der ersten Hypnosesitzung dienen.

Diese abgestuften Vorgehensweisen sind gleichzeitig als Übungen für Therapeuten konzipiert. Durch sie sind die relevanten Verhaltenweisen zu erkennen, die der Therapeut mit plastischen und kurzen Formulierungen systematisch verstärkt. Diese Übungen tragen somit gleichzeitig zu seinem sicheren Umgang mit Suggestionen, Hypnosesituationen und Patientenreaktionen bei.

Da es sehr unterschiedliche Vorbereitungsformen gibt und mancher Therapeut bestimmte Techniken bevorzugt, sind hier die wesentlichsten beschrieben. Zahlreiche Fragen und Diskussionspunkte aus Therapiesitzungen und Ausbildungsseminaren sind mit eingeflochten.

13.1 Methodische Aspekte

Der Patient mit negativen Erwartungshaltungen und starken Kontrollverlust-Ängsten muss langsam aufbauend mit der Methode vertraut gemacht werden.

Vorüberlegungen

Bei der Planung sollten die psychischen und physischen Grenzen des Patienten berücksichtigt werden, so seine Ängste, Befürchtungen und Beeinträchtigungen; entsprechend sind Modifikationen zu planen. Bereits kleine Vorbereitungsübungen können diagnostische Informationen liefern oder sogar therapeutische Effekte erzielen.

Letztlich ist zu überlegen, ob spezielle Tests zur Hypnotisierbarkeit erforderlich sind (s. Kap. 5).

Praxishinweis

Anwendungsvorschläge

- ▶ Diese Vorbereitungsübungen können bei sehr motivierten oder naiven Patienten vollkommen entfallen, da diese Personen mit großer Wahrscheinlichkeit im therapeutischen Sinne gut kooperieren werden.
- ▶ Selbst für ängstliche, kontrollbedürftige, fehlinformierte Patienten sollte nur eine kleine Auswahl der Übungen zur Information und zum Angstabbau dienen.

- ▶ Es sollten einfache und klare Satzstrukturen verwendet werden, die möglichst unmissverständlich und ohne Übertragungs-, Kodierungs- und Dekodierungsfehler sofort verstanden und befolgt werden können.
- ▶ Die Formulierungen sollten anschaulich sein und sich möglichst auf die Erfahrungs- und Erlebniswelt des Patienten beziehen.
- ▶ Es sollten nur positive Formulierungen in Richtung auf das gewünschte Verhalten benutzt werden.
- ▶ Bereits minimale Veränderungen im Patientenverhalten sind genau zu beobachten und zu verstärken.
- ▶ Die kontingente (zeitgleiche) differentielle verbale und nonverbale → Verstärkung des gewünschten Verhaltens, wie es später in der Therapie laufend erforderlich wird, sollte geübt werden.
- ▶ Insgesamt beinhaltet dies: Nutzung von Erfahrungen und angebotenen Reaktionsweisen im Sinn des gewünschten Zieles (= Utilisation, Shaping).

Vorteile für Patienten und Therapeuten

Die Vorbereitungstests dienen als Vertrauensübungen; der Patient bemerkt sehr schnell und anschaulich, dass er selbst den Verlauf der Interaktion aktiv bestimmt.

Vorteile der Tests für den Therapeuten liegen besonders für den Anfänger darin, in kleinen definierbaren Lernschritten üben zu können. Die Ziele sind meist motorisch erkennbar und somit leicht zu überprüfen. Selbst bei Übungsfehlern können nur kleine Probleme auftreten, die relativ schnell korrigierbar sind.

Lernziele des Therapeuten für die Hypnoseinduktion

Die nachfolgend aufgelisteten Verhaltensweisen sind als Lernziele für den Therapeuten zu verstehen. Er kann diese Auflistung während seiner Ausbildung als Überprüfungsbogen seines Verhaltens kontinuierlich benutzen.

Liste der möglicher Lernziele des Therapeuten

Erlernen von Verbalisierungen in den Dimensionen

- ▶ anschaulich-konkret
- ▶ präzise und kurze einfache Sätze
- ▶ aufgabenmotivierend
- ▶ zielorientiert
- ▶ positiv formuliert
- ▶ abgestimmt auf die Erlebniswelt des Patienten
- ▶ Stimmlage: ruhig, entspannt, bestimmt

Erlernen der Wortflüssigkeit

- ▶ anschauliche Wiederholungen
- ▶ schnelle, aber ruhige Wortfolge

- ▶ einfache Wiederholungen (statt Synonyme)
- ▶ einfache Satzstrukturen

Beobachten und Rückmelden kleinster Reaktionen (Therapeut als Feedback)

- ▶ Feststellen des relevanten → Effektor-Organ
- ▶ Feststellen der relevanten Imaginationen (optisch – Farbe, Bewegung, akustisch, haptisch usw.)
- ▶ genaues Beobachten kleiner Motorikreaktionen und ihre konkrete Rückmeldung
- ▶ kontingentes Verstärken durch verbale/nonverbale Rückmeldungen

Verstärkung der Kooperation

- ▶ Feststellen der Kooperation
- ▶ jegliche gewünschte Kooperation wird beobachtet und verstärkt
- ▶ Formulierungen zur Verstärkung
- ▶ Verstärkungsarten (präverbal, verbal, nonverbal) nutzen

Der Erfolg der Hypnoseinstruktionen wird in hohem Maße auch durch die Therapeut-Patient-Beziehung bestimmt (s. Kap. 15 und Abschn. 7.1).

13.2 Vorbereitungstests

Die Darstellungsreihenfolge der einzelnen Tests ist methodisch so aufeinander abgestimmt, dass anfangs die einfachsten Grunderfahrungen und Grundvariablen vorgegeben werden und dann mit steigendem Schwierigkeitsgrad neue Faktoren hinzukommen.

Hierbei handelt es sich um Übungsschritte, die anfangs besser mit Kollegen bzw. in Ausbildungsseminaren trainiert werden sollten.

Praxishinweis

Wichtige Grundprinzipien für die Suggestionen zur Hypnose-Kooperation

- ▶ Im Vordergrund steht die Kooperation mit dem Patienten – auch, wenn er andere als die angestrebten Reaktionen zeigt.
- ▶ Das vorgegebene Patientensystem sollte aufgegriffen und für die Reaktionen nutzbar gemacht werden (= Utilisation, Shaping).
- ▶ Jede Bewegung ist richtig, Hauptsache der Patient kooperiert.
- ▶ Egal, welches Verhalten die Person ausführt, es sollte als erfolgreiche Reaktion interpretiert werden. (Dies lässt die Person glauben, angemessen zu reagieren, egal ob es momentan stimmt oder nicht.) – Hauptsache, die Person kooperiert anfangs.

- ▶ Suggestionen sollten die Verhaltensweisen oder Erfahrungen antizipieren, die natürlicherweise auftreten.
- ▶ Der Patient behält immer seine Freiheit und baut dadurch Ängste und Widerstände ab, vergrößert seine Kooperation.
- ▶ Der permissive Therapeut passt sich an, fördert angemessene Reaktionen, baut die Kooperation auf und ist dadurch immer erfolgreich.

13.2.1 Der Versuch mit dem Chevreulschen Pendel

Dieser nahezu klassische Versuch, erstmals beschrieben von Chevreul (1833, 1854), zeigt pragmatisch und anschaulich Grundelemente der Suggestion und Autosuggestion. Dennoch ist in der Literatur wenig darüber zu finden, da es sich hier nicht um eine Hypnoseinduktion im engeren Sinne handelt.

Da das Pendelphänomen parallel zur Hypnose ebenfalls im Zeitalter der Aufklärung wissenschaftlich untersucht wurde und heute mehr im Bereich der Esoterik angesiedelt ist, soll es hier eine entsprechende Würdigung und gleichzeitige Abgrenzung gegenüber okkulten Praktiken erfahren.

Beschreibung des Effekts. Der Patient hält den Faden eines Pendels in seinen Fingerspitzen; mit der Verbalinstruktion des Versuchsleiters beginnt dieses in die suggerierten Richtungen beträchtlich zu schwingen.

Der Therapeut kann durch den Patienten unterschiedliche Schwingungen erzielen, ohne dass diese als »willentliche« Bewegungen erkannt werden. Letztlich gelingen die gleichen Effekte auch im Eigenversuch.

Indikation und Grenzen. Die Anwendung dieses Versuches ist für die Therapeuten als Hypnose-Lernanfänger relevant, die besonders in den Grundfähigkeiten wie Beobachtung, Verbalisierung und Rückmeldung geschult werden. Sehr anschaulich erkennt der Patient hier durch seine Selbstbeobachtung bestimmte Gesetzmäßigkeiten, die nicht mit Suggestion und Willensbeeinflussung zusammenhängen, sondern mit Kooperation und Imagination. In zahlreichen Varianten gewöhnt sich der Patient nahezu spielerisch an die Kooperationsform späterer Suggestionen.

Bei fehlinformierten Personen kann der Versuch als okkulte Praxis angesehen werden und dem Ansehen der Hypnose schaden.

Eine seltene Form des hypnotischen »Auspendelns« ist durch ideomotorische Reaktionen (s. Abschn. 7.2) möglich. Experimentelle Untersuchungen zeigen: Personen, die auf die spezifischen Instruktionen nicht mit Pendelbewegungen reagieren, schneiden auch schlecht in modernen Skalen zur Hypnotisierbarkeit (SHSS: A) ab (Eysenck & Furneaux, 1945; Karlin et al., 2008). Aber es kann auch daran liegen, dass Personen, die nicht mit Pendelbewegungen reagieren, einfach situationsspezifisch ungewillt sind, sich auf das imaginative Eintauchen einzulassen – und durchaus nicht unfähig sind, sich hypnotisieren zu lassen.

Instruktion. Der Patient erhält einen ca. 80 cm langen Zwirnfaden, an den er einen kleinen, mittelschweren Gegenstand bindet, wie z. B. einen Schlüssel.

Er sitzt breitbeinig, leicht nach vorn gebeugt auf einem Stuhl (s. Abb. 13.1). Zwischen den Spitzen von Zeigefinger und Daumen hält er den Faden so, dass das Pendel knapp über dem Boden frei hängen kann. Zwischen den Füßen des Patienten befindet sich ein Blatt Papier, auf das in der Mitte ein großes Strichkreuz gezeichnet ist.

Suggestion

Pendel

»Sie konzentrieren sich ganz intensiv auf diese Pendelspitze, die vorläufig noch ruhig über dem Mittelpunkt schwebt. Sie beobachten weiter die Spitze und stellen sich nun intensiv vor, wie das Pendel anfängt, von vorn nach hinten zu schwingen, von vorn nach hinten. Und Sie stellen sich diese Bewegung deutlich vor. Am Anfang sind das vielleicht noch kleine Bewegungen (*sieht leichtes Wackeln*), ein kleines Wackeln, aber mit der Zeit können die Bewegungen stärker werden, nämlich von vorn nach hinten (*etc.; sieht beginnendes Pendeln*), und es hat sich entschieden, mit dem Pendeln zu beginnen. Sie sehen: Am Anfang sind die Bewegungen noch klein, sie werden jedoch immer stärker: von vorn nach hinten schwingen (*begleitet die Bewegungen vor und zurück ebenfalls verbal*). Das Pendel schwingt dann weiter stärker...« (etc.)

Wesentlich ist hierbei für den Therapeuten, die Bewegungen genau zu beobachten und konkrete Formulierungen für die Bewegungen des Pendels zu finden, um so bereits kleinste Bewegungen verbal rückzumelden und zu verstärken. Durch diese differentielle Verstärkung erreicht er beträchtliche Pendelschwingungen oder Richtungsänderungen.

Varianten können geübt werden wie z. B.: Veränderung der Schwingungsrichtungen und Ausschläge als Kreise oder Ovale etc., Selbstversuch durch die Versuchsperson, Benutzung unterschiedlicher Pendelgegenstände.

Erklärung des Phänomens. Wie theoretisch bereits dargestellt, bewirkt jede Vorstellung einer Bewegung die dazu gehörenden kleinsten motorischen Reaktionen, die vom Patienten selten wahrgenommen werden. Diese minimalen Fingerspitzenbewegungen der Versuchsperson lösen kleinste Pendelausschläge aus, die durch die Pendellänge deutlich in ihrer Amplitude vergrößert werden. Es handelt sich hier um eine ideomotorische Reaktion, die unterbewusst abläuft, jedoch kein hypnotisches Phänomen ist, sondern vielmehr eine kinästhetische Illusion (Easton & Shor, 1976). Dieses Phänomen ist auch als Carpenter-Effekt bekannt, benannt nach dem englischen Physiologen C. Carpenter (1813–1855).

Durch die gleichzeitige Beobachtung der auftretenden Bewegungen erhält die Versuchsperson optische Rückmeldung und Bestätigung für ihre Reaktionen, die vom Versuchsleiter auch simultan (kontingent) verbal verstärkt werden. Die anfangs sehr häufigen Rückmeldungen/Verstärkungen können mit der Zeit reduziert werden.



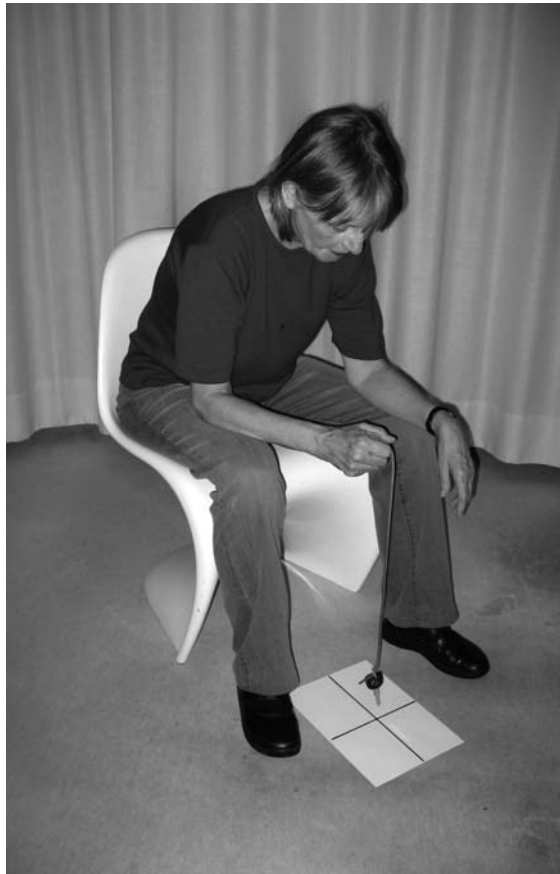


Abbildung 13.1 Sitzhaltung beim Versuch mit dem Chevreulschen Pendel. Zu beachten ist der weit nach vorn ragende Arm, der als Verstärkungshebel wirkt.

Kommentar. Der Patient hat sofort plastisch nachvollziehbare Erfahrungen, die angstfrei sind und die er im Selbstversuch abwandeln kann.

Der Therapeut wird den Patienten über die Wirkungsweise der ideomotorischen Reaktionen informieren.

Bei wenigen Patienten sind zur Instruktion gegenläufige Bewegungen festzustellen; wahrscheinlich liegen hier Widerstände vor. Hier wird der Versuchsleiter nicht auf der von ihm gewünschten Bewegungsrichtung beharren, sondern er macht sich die gezeigte Reaktionsbereitschaft zunutze und verstärkt die ihm von dem Patienten angebotenen Bewegungen.

13.2.2 Die sogenannten »Katalepsie«-Tests

Mit Hypnose wird oft eine Klasse von Verhaltensweisen oder Effekten verbunden, die man als »typisch« bezeichnete, so die Katalepsie eines Armes oder sogar des ganzen

Körpers wie bei der »kataleptischen Brücke« in der Showhypnose (s. Abschn. 11.3). Diese Effekte sind schnell zu bewirken und vermitteln höchst anschaulich die »besondere« Wirkung einer Intervention.

Oft liegt hier jedoch nur eine scheinbare Unbeweglichkeit vor; die tatsächliche Katalepsie ist keinesfalls ein Anzeichen für einen Hypnose-»Zustand« – falls es diesen überhaupt gibt (Weitzenhoffer, 1969). Die hier vorgestellten Übungen dienen zur Demonstration dafür, dass Hypnose ein erklärbares Verhalten ist; gleichzeitig wird die spezifische Kooperationsbereitschaft geprüft.

Der Handfaltetest (1)

Es gibt zahlreiche individuelle Varianten dieses Tests, je nach Vorlieben des jeweiligen Autors. Bereits Coué (1857–1926, Apotheker in Nancy) hat mit dieser Methode Anfang des 20. Jahrhunderts gearbeitet und sie den Suggestionismethoden zugeschrieben (Coué, 1922).

Beschreibung des Effekts. Die Versuchsperson faltet ihre Hände ineinander und kann sie dann auf Anweisung des Versuchsleiters so lange nicht mehr voneinander trennen, bis dieser wieder die Gegenanweisung gibt.

Indikation und Grenzen. Besonders geeignet für Anfangsversuche bei ängstlichen und ablehnenden Patienten: Sie erkennen, dass allein ihre Kooperation entscheidend ist und nicht die »Macht« des Therapeuten.

Grenzen sind gegeben, wenn die Person motorisch sehr eingeschränkt ist (z. B. durch Übergewicht, Armschmerzen, Behinderung). Große oder spitze Fingerringe o. a. sollte die Versuchsperson vorher ablegen, da diese im Versuch unangenehm drücken könnten. Wenn die Versuchsperson sehr fleischige Finger hat oder ihre Hände schweißfeucht sind, wird das Experiment schlecht gelingen.

Instruktion. Die Versuchsperson sitzt auf einem Stuhl und erhält folgende Instruktion.

Suggestion

Handfaltetest (1)

»Bitte falten Sie Ihre Hände ineinander, sodass die Finger ganz ineinander verzahnt sind. Und nun heben Sie die Arme, drehen die Hände herum, sodass die Handrücken über dem Kopf sind; nun drücken Sie die Handrücken fest auf den Kopf, so fest, dass Sie es deutlich merken, es aber noch angenehm zu ertragen ist. Stellen Sie sich nur vor: Ihre Hände sind fest miteinander verklebt, wie mit Leim bestrichen, miteinander verklebt (etc.). Und während Sie die Hände merklich nach unten auf Ihren Kopf drücken, spüren Sie deutlich, dass Ihre Hände miteinander verklebt sind. Sie sind so fest verklebt, dass Sie sie nicht voneinander lösen können. Sie drücken fest nach unten und ziehen an den verklebten Händen, die fest miteinander verbunden bleiben. Und nun sind die Hände wieder locker, der Druck lässt nach und Sie können die Hände ganz leicht voneinander lösen, die Arme nach unten nehmen und die Hände wieder frei bewegen.«



Variation: Die Versuchsperson führt den »Test« als Selbstversuch durch, achtet dabei darauf, dass sie deutlich die Hände nach unten auf den Kopf drückt.

Erklärung des Phänomens. Die stark ineinander gefalteten Finger sind verhakt; bei gleichzeitigem Druck nach unten wird diese Verhakung zwischen den Fingerknöcheln vergrößert, die Finger pressen sich dabei gleichzeitig zusammen. Es handelt sich hier also um einen mechanischen Effekt, den die Versuchsperson durch ihre Kooperation bewirkt. Die bildhafte Beschreibung des Verklebens lässt den Eindruck einer Suggestionseffekt entstehen.

Kommentar. Der Patient erkennt, mit welchen einfachen Tricks Showeffekte zu erzielen sind und wie wichtig seine eigene Kooperation ist. Gelingt der Versuch nicht, so wurde wahrscheinlich nicht gleichzeitig während des Auseinanderziehens nach unten gedrückt – was ebenfalls demonstriert, dass der Therapeut keine Macht besitzt, sondern der Patient das Vorgehen bestimmt.



Abbildung 13.2 Der Handfaltetest (1). Die Finger sind ineinander verzahnt, der Handrücken wird fest gegen den Kopf gedrückt. Dadurch sind die Hände umso schwieriger auseinander zu ziehen

Der Handfaltetest (2)

Diese Form bedient sich nicht mehr eines anatomischen »Tricks«, sondern basiert allein auf verbalen Suggestionen.

Instruktion. Die Übung kann im Sitzen oder Stehen ausgeführt werden. Die Formulierung orientiert sich hier an der von Hartland (1973).

Suggestion

Handfaltetest (2)

»Falten Sie Ihre Hände ineinander, immer stärker ... und Sie werden fühlen, wie Ihre Finger immer fester greifen.

Und während Sie das tun, ... entwerfen Sie bitte das Bild von einem schweren Metallschraubstock; stellen sich vor, die Backen werden immer enger und enger

zusammengeschraubt, . . . fester und fester. Wenn ich nun bis fünf zähle, werden Ihre Hände zusammengefügt sein . . . fester und fester . . . und wenn ich die Zahl Fünf erreicht habe, werden sie so eng zusammen sein, dass sie sich wie ein fester Metallblock anfühlen . . . und es wird schwer sein oder sogar unmöglich für Sie sein, sie voneinander zu trennen. Eins . . . fest verbunden, . . . zwei fester und fester . . . drei sehr, sehr fest . . . Ihre Hände fühlen sich an, als ob sie zusammengeklebt sind . . . vier . . . Ihre Handflächen sind fest zusammengefügt . . . fünf . . . sie sind so fest verbunden, dass es unmöglich sein wird für Sie, sie wieder voneinander zu trennen, bis ich nicht rückwärts bis drei gezählt habe . . . je stärker Sie versuchen, die Handflächen zu trennen . . . umso fester werden Ihre Finger auf Ihren Handrücken zudrücken . . . und umso fester werden Ihre Hände verbunden sein.«

Der Versuchsleiter zählt dann rückwärts, löst ab Zahl Drei die Handverbindung auf und lässt die Versuchsperson dies dann sofort überprüfen.

Variationen. Nicht allen Patienten behagt diese Originalinstruktion Hartlands, da sie mit dem Schraubstock unangenehme Bilder verbinden. Entsprechend werden hier angemessenere Bilder gewählt wie z. B.: Wurzeln eines Baumes, die ineinander verflochten sind.



Abbildung 13.3 Der Handfaltetest (2). Die Finger werden vor dem Körper ineinander verzahnt

Der Augenkatalepsie-Test

Die Versuchsperson erhält die Instruktion, die Augen zu schließen und dabei die Augäpfel hochzurollen, als ob sie oben aus der Stirn sehen will. Sie ist dann »unfähig«, sie »willentlich« wieder zu öffnen, bis der Versuchsleiter die Gegeninstruktion gibt.

Durch das Hochrollen des Bulbus ist es anatomisch nicht mehr möglich, die Augen zu öffnen. Sobald jedoch die Augendrehung reduziert wird, gelingt das Öffnen wieder ohne Anstrengungen. Die Versuchsperson kann dies auch im Eigenversuch testen und sich davon überzeugen, dass hier wiederum ihre Kooperation maßgeblich ist.

13.2.3 Das Kohnstamm-Phänomen

Hier handelt es sich um einen physiologisch-muskulären Mechanismus. Kohnstamm (1927) selbst definiert: »Die vor und nach einer anstrengenden Muskelkontraktion trotz subjektiv gleicher Muskelspannungsempfindung unterschiedliche physikalische Kraftentwicklung.«



Abbildung 13.4 Das Kohnstamm-Phänomen. Phase I: Die Hand wird gegen die Wand gedrückt

Beschreibung des Effekts. Die Versuchsperson erhält eine sehr einfache Instruktion zur Armleichtigkeit und erlebt diese fast verblüfft als ein deutliches unwillkürliches Armheben.



Abbildung 13.5 Das Kohnstamm-Phänomen. Phase 2: Nach ca. 30 Sekunden tritt die Person zur Seite und der Arm hebt sich ganz von allein

Indikation und Grenzen. Dieser Test ist bei Patienten sehr gut geeignet, die das Gefühl der Leichtigkeit und Entspannung nur schwer erleben bzw. nachvollziehen können. Da es sich hier um eine rein motorische Reaktion handelt, ist die Übung besonders zur Vorbereitung verspannter oder ängstlicher Patienten zu empfehlen.

Grenzen liegen eventuell bei starken motorischen Behinderungen des Patienten.

Instruktion. Die Versuchsperson steht mit ihrer Schmalseite ca. 30 cm entfernt zur Wand, wobei möglichst der Arbeitsarm der Wand zugeneigt sein sollte. Sie hebt ihren lang herabhängenden Arm seitlich leicht an, sodass dann der Handrücken an der Wand anliegt. Nun soll sie bei ausgestrecktem Arm nur mit dem Handrücken (nicht aus der Hüfte heraus!) ca. 30 Sekunden gegen die Wand drücken. Der Druck soll deutlich spürbar sein, jedoch ohne große Kraftanstrengung ausgeübt werden.

Der Versuchsleiter kann einige »Suggestionen« der späteren Armleichtigkeit einstreuen; es reicht jedoch vollkommen aus, die Versuchsperson allein an den Druck des Handrückens gegen die Wand zu erinnern. Nach Ablauf der Zeit wird die Versuchs-



Abbildung 13.6 Body-Sway-Test I



Abbildung 13.7 Body-Sway-Test II

person gebeten, sich um ca. 90 Grad mit dem Arm von der Wand wegzudrehen und genau zu beobachten, was eintreten wird.

Die Versuchsperson spürt nun, wie sich ihr Arm langsam, wie von einer äußeren Kraft verursacht, nach oben bewegt; dabei ist das Gefühl der Leichtigkeit und Schwerelosigkeit deutlich wahrzunehmen und wird für einige Sekunden andauern, bis der Arm wieder von allein herabsinkt.

Erklärung des Phänomens. Jeder Muskel entspannt natürlicherweise nach einer Kontraktion, worauf durch die Anspannung bei den Antagonisten leicht ein »unwillkürliches« Anheben produziert wird.

Kommentar. Der Patient erlebt sofort eine deutliche Entspannung, und das Gefühl der Armleichtigkeit kann für spätere Tests hier bereits gebahnt werden. Da der Effekt

automatisch abläuft, ist jede Person schnell geneigt, dieses Phänomen als Suggestionseffekt anzuerkennen, wenn es der Therapeut zu diesem Erklärungszweck einsetzt.

Variationen. Die Person stellt sich in den Türrahmen und drückt gleichzeitig beide Arme nach außen. Danach beginnen sich beide Arme anzuheben.

Das Phänomen lässt sich auch im Sitzen produzieren, wenn z. B. bei Rollstuhlfahrern motorische Einschränkungen gegeben sind. Sogar bei Armbehinderungen lässt sich der Effekt im Sitzen mit den Beinen erzeugen.

13.2.4 Der Body-Sway-Test

Die gerade und mit durchgedrückten Beinen stehende Versuchsperson erhält die Suggestion, immer stärker vor- und zurückzuschwanken. Der hinter ihr stehende Therapeut verstärkt kleinste Bewegungen, bis die Versuchsperson schließlich sehr stark schwankt und eventuell sogar aufgefangen werden muss.

Auch hier sind die kontinuierliche Verstärkung und die Kooperation wesentlich.

Für diese Übung gelten auch die praktischen Prinzipien, die für die Induktion und die gesamten Hypnoseinterventionen in der Therapie grundlegend sind; sie sind in Abschnitt 14.3 als Praxishinweise zusammengestellt.

14 Die Induktion der Hypnose – Theorie und Praxis

*Der Unterschied zwischen falschen Erinnerungen und wahren
ist derselbe wie bei Juwelen:
Es sind immer die Falschen,
die am echten, am brillantesten aussehen.*
Salvadore Dali (1904–1998)

In diesem Kapitel ist die Einleitung der Hypnose definiert. Die experimentell belegten zahlreichen Beeinflussungsfaktoren der Hypnoseeinleitung werden mit ihren praktischen Anwendungsmöglichkeiten ausführlich vorgestellt. Die dann folgende Übersicht zu den einzelnen Induktionsmethoden soll als Anregung zur flexiblen Anwendung dienen.

14.1 Definition der Induktion

Unter Induktionsverfahren sind jene Methoden und Suggestionen zu verstehen, die eine Hypnose einleiten; dies beinhaltet das, was allgemein als »Hypnotisieren« bezeichnet wird. Ausgangspunkt ist dabei, für den Patienten eine Grundsituation zu schaffen, in der er bereit ist, sich auf die Instruktionen des Therapeuten einzulassen. Selbstverständlich ist dabei, Störvariablen wie Geräusche, Raumbeschränkungen oder unbequeme Sitzgelegenheit auszuschalten. Der Patient sollte seine Bereitschaft zur Mitarbeit zumindest indirekt bekunden.

»Die wesentlichen Elemente der Hypnose-Induktions-Prozedur scheinen die Erschaffung einer Reihe von Erwartungen zu sein, die dazu beitragen, die Situation als hypnotisch zu definieren, die Fokussierung der Aufmerksamkeit zu erleichtern, dass es für sie möglich sein wird, die klinischen Vorteile durch die Teilnahme an der Hypnose-Prozedur zu erfahren. Dies erfordert im Gegenzug, dass die Induktionsprozedur für die Patienten → Face-Validität besitzt. Mit anderen Worten muss die Prozedur innerhalb des Bezugssystems der Patientenerwartung gegenüber Hypnose glaubwürdig sein« (Chaves, 2001, S. 516).

Induktion als Fähigkeit des Therapeuten und des Patienten

In vielen Büchern werden zahlreiche Formen der Induktion genannt. Sie suggerieren, dass nur die richtige und clevere Suggestion den Eingang zur Hypnose schaffen wird. Dort können jedoch nur Anregungen gegeben werden. Letztendlich bestimmen die subjektive Befindlichkeit des Patienten und seine Vorgeschichte (z. B. seine Kontrollverlust-Ängste) die Vorgehensweise und damit auch die Induktion.

Die Wirkung einer Induktion und die folgende Tranceerfahrung ist nicht allein eine Funktion der Fähigkeiten des jeweiligen Therapeuten – wie es die

»Neo-Ericksonianische Bewegung«, d. h. die Schüler von Milton H. Erickson der zweiten Generation, suggerieren ... Eine solche Haltung ist sehr therapeutenunfreundlich und führt zu Frustrationen und evtl. zur Aufgabe der Hypnose« (Piesbergen & Peter, 2005, S. 155; s. a. Abschn. 3.3).

Die Wirkung der Induktion ist eine Funktion der Suggestibilität/Hypnotisierbarkeit des individuellen Patienten.

Definition

Die Definition aus sozial-kognitiver Sicht

Die wesentlichste Grundbedingung der wirkungsvollen Hypnoseinduktion ist der Glaube des Patienten an deren Wirksamkeit. Daraus folgt, dass die Hypnoseinduktion am besten als Prozedur zur Modifikation von Erwartung zu verstehen ist. »Die Hypnose-Induktion ist eine Erwartungs-Manipulation« (Kirsch, 1999, S. 214). Pragmatisch schlägt Kirsch vor, die Person genau zu beobachten und dann das von ihr produzierte Verhalten zu suggerieren, das ungefähr dem vom Therapeuten intendierten entspricht. Dadurch interpretiert die Person das Verhalten als Beweis, nun in Hypnose zu gelangen – wie bereits in Abschn. 2.11.4, Abb. 2.2 (S. 68) als Grundprinzipien vorgestellt.

Der Therapeut muss sich in hohem Maße auf die Reaktionen seines Patienten einstellen, auf die er wieder sofort angemessen reagieren muss. Dies beinhaltet Kommunikation auf mehreren Ebenen gleichzeitig, aber auch Kommunikation auf einem Kontinuum zwischen formalen Aspekten z. B. der Induktion bis zum therapeutischen Gespräch, das indirekte oder direkte Angebote oder Instruktionen enthält (Teleska & Roffman, 2004).

Die »typische« Hypnoseinduktion unterscheidet sich von anderen Instruktionsformen (z. B. Entspannung), die analoges Verhalten evozieren können, durch das Erzeugen von Erwartungshaltungen.

Die Induktion und Suggestion ist als Dialog zwischen Therapeut und Patient zu verstehen, als eine soziale Interaktion, die auf hypnotisches Verhalten/hypnotische Phänomene Einfluss nimmt (Sarbin, 2002).

In der amerikanischen Literatur wird selten zwischen Suggestionen mit/ohne Hypnose und Suggestionen zur Induktion unterschieden (Gheorghiu, 1996). Dies kann die Vergleichbarkeit von Experimenten sehr erschweren.

Die hier dargestellten Befunde treffen deshalb in gleicher Weise für die Suggestionen zur Induktion und die darauf folgenden Suggestionen zur Intervention zu (vgl. Kap. 4).

In der Anwendungspraxis bestehen die Induktionen meistens aus einer standardisierten Serie von Suggestionen, die sich bei sehr vielen Personen als wirksam erweisen. Aber hier muss der Therapeut sehr individuell beobachten und reagieren und bei Bedarf müssen spontan Modifikationen erfolgen. Spätestens in der Nachbesprechung wird dann erkennbar, welche individuellen Veränderungen erforderlich sind.

14.2 Forschungsergebnisse: Induktionsvariablen und ihre Praxisanwendung

Barber und De Moor (1972) konnten durch Experimente insgesamt acht Variablen herausfiltern, die im Induktionsprozess bedeutsam sind. Hinzu kommen Mediatorvariablen wie Einstellungen, Motivation und Imagination. In Abhängigkeit davon tritt »hypnotisches« Verhalten auf.

Nachfolgend sind die für die Induktion relevanten Variablen mit ihren klassischen Untersuchungsergebnissen aufgeführt.

14.2.1 Aufbau von Erwartung und Kooperation

Positive Erwartungen und Einstellungen. Die Instruktion »Es ist leicht, auf die Suggestionen zu reagieren« beeinflusst positiv – im Gegensatz zu »Die Suggestionen sind nur schwer zu befolgen« (Barber & Calverley, 1964f.). Die Sachinformationen zur Einleitung können enthalten: »Sie werden merken, dass bei der Hypnose vorwiegend kreatives Vorstellungsvermögen wichtig ist, ... das Sie bestimmt besitzen, wie wir ja bereits in unseren Gesprächen gesehen haben ... also wird es für Sie auch leicht sein, das in Hypnose nachvollziehen zu können ...« Diese Informationen ermuntern und motivieren zur Kooperation.

Definieren der Situation als Hypnose. Allein die Information an den Klienten, dass es sich gleich um eine Hypnosesituation handeln wird, kann eine Kooperation bewirken (Barber & Calverley, 1964b).

Abbau von Ängsten und Fehleinstellungen. Angst reduzierende Vorgespräche bewirken eine eindeutige Verbesserung der hypnotischen Reaktionsbereitschaft (z. B. Cronin et al., 1971).

Absichern der Kooperation. Die Kooperation des Patienten ist unerlässlich. Falls dieser eine überaus passive oder ablehnende Haltung zeigt und dem Therapeuten alle Aktivitäten zusprechen will, ist Hypnose sogar kontraindiziert (Kirsch, 1999). Nicht der Wille des Therapeuten ist wirksam, sondern die aktive Kreativität des Patienten (Bowers & Bowers, 1972).

Aufgabenmotivierende Instruktionen. Durch seine »aufgabenmotivierenden« Instruktionen (Barber, 1969) bewirkt der Therapeut zusätzlich eine gesteigerte Reaktionsbereitschaft, wie z. B. durch folgende Formulierung: »Wenn Sie diese Übung ausprobieren, dann werden Sie sehr schnell merken, wie leicht und wie normal es eigentlich ist, sich Bilder und Situationen vorzustellen und solche Erfahrungen zu machen, die sonst für Sie vielleicht außergewöhnlich sind.«

Bitte an die Person, die Augen geschlossen zu halten. Nahezu allen Induktionsformen ist gemeinsam, den Patienten die Augen schließen zu lassen, da es den Erwartungen von Hypnose entspricht. Bei geöffneten Augen sind jedoch vergleichbare Reaktionen zu erreichen (Barber & Calverley, 1965a).

Suggestieren von Entspannung, Schlaf und Hypnose. Diese Suggestion bedient alte Erwartungshaltungen. Bei der Induktion ist jedoch nicht unbedingt Entspannung erforderlich. Auch Anspannung und Wachheit erhöhen die Kooperation zum Hypnoseverhalten (Bányai & Hilgard, 1976; Kirsch et al., 1992), so auch bei der Anwendung im Sport (s. Kap. 25).

Im klinisch relevanten Bereich der Psychotherapie ist es bestimmt besonders wichtig, die Induktion mit Entspannungsformeln einzuleiten, um dem Patienten ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln, damit er sich dann bereitwillig auf die weiteren Instruktionen einlassen kann. Bei entsprechender Symptomatik wie z. B. bei Ängsten bieten sich Entspannungsinstruktionen (ggf. in Kombination mit den Angstinhalten) logisch evident an.

Praxishinweis

Kursanfänger von Hypnose-Seminaren für Therapeuten meinen häufig nach Partnerübungen zur Induktion, sie seien nicht erfolgreich gewesen, wenn ihr Übungs-Patient nicht von Entspannung berichten kann, jedoch Imaginationen gut wahrnimmt. Hier spielen die o. g. tradierten, aus Zeitschriften und Filmen übernommenen Erwartungshaltungen eine wesentliche Rolle, die die hypnotisierte Person stets als schlafend, zumindest aber als dösend schläfrig darstellen.

14.2.2 Verbalisierungen der Suggestionen

Die nachfolgenden Variablen treffen nicht nur allein auf die Induktion zu, sondern auch auf Suggestionen.

In dem Variablenset sind folgende Aspekte bedeutsam:

Verständlichkeit der Suggestionen. Der Therapeut muss den Wortschatz und die Idiome des Patienten kennen und sich entsprechend anpassen.

Konkretheit und Bildhaftigkeit der Formulierungen. Während z. B. alte Instruktionen die stete Wiederholung »Sie sind entspannt ...« benutzten, wird heute eine Szenerie beschrieben, in der sich der Patient befindet und in der er diese Entspannung erleben kann wie z. B.: »Sie liegen auf einem wunderschönen Sandstrand im Sommer, haben

viel Zeit ...« In gleicher Weise wird auch Armsteifigkeit oder Altersregression nicht durch einfache Befehle bewirkt, sondern durch ausgefeilte bildhafte Formulierungen erreicht, die Erinnerungsspuren unterschiedlichster Sinnesmodalitäten ansprechen und die relevanten Imaginationen bzw. Reaktionen deutlich erleichtern (Kroger & Fezler, 1976).

Stimmintonation, Lautstärke und Sprachmelodie. Eine sichere und klare Sprache ist wirkungsvoller als eine gespreizte Intonation (Barber & Calverley, 1964b). Naheliegender ist die inhaltliche Anpassung der Stimme an die Situation. So wird bei einer Entspannungssituation eine ruhige und tiefe Stimme wirksamer sein als eine schnelle hohe, was auch allgemein zur Semantik passt: »Sie werden tiefer entspannt ...«

Sprachstil. Die Sprache der Hypnose-Suggestionen ist im Vergleich zur Alltagssprache wesentlich einfacher, redundanter, konkreter und weniger abstrakt (Field, 1974). Einfache Satzkonstruktionen sind kaum falsch zu verstehen und werden bereitwilliger (unkontrollierter) befolgt.

14.2.3 Verbindung von Suggestionen mit aktuellen Ereignissen

Wird das vom Patienten gewünschte hypnotische Verhalten mit einem von ihm gerade erlebten Ereignis bzw. gezeigten Verhalten gekoppelt, so wird die Reaktionswahrscheinlichkeit erhöht (s. folgenden Kasten).

Praxishinweis

Verbindung von Suggestionen mit aktuellen Ereignissen (nach Weitzenhoffer, 1957)

Egal, welche Technik verwandt wird, sollten die Suggestionen an die Alltagserfahrungen und die gerade gezeigten Verhaltensaktivitäten der Person adaptiert und systematisch verstärkt werden. Dadurch, besonders aber durch dieses systematische Verstärken der gewünschten Verhaltensweisen wird die Person auch darin bestärkt, sich immer richtig zu verhalten. Dadurch wird ihre weitere Kooperation für schwierigere Aufgaben unterstützt, und Widerstände reduzieren sich.

Beispiel

Einbeziehung aktueller Ereignisse

Während der Instruktion »Ihre Augen werden immer müder und müder« beobachtet der Therapeut genau die Augen des Patienten. Sobald sich diese zu röten beginnen, gibt er die Rückmeldung: »Die Augen werden jetzt langsam zu brennen anfangen und sie werden zunehmend müder ...« Entsprechend werden dann kleine Anzeichen des Lidsenkens rückgemeldet und verstärkt (s. Abb. 2.2, S. 68).

Bei der Instruktion »... Sie riechen deutlich das salzige Meereswasser ...« wird der Therapeut die leichte Aufwölbung der Nasenflügel beobachten und daraufhin formulieren »Sie riechen deutlich den Tang und ... merken dabei die herrliche Ruhe ...«.

Bei der Instruktion »Das Pendel schwingt von vorn nach hinten ...« wird jede winzige Bewegung in diese Richtung wahrgenommen und kontingent, also ohne Zeitverzögerung, rückgemeldet: »Ja, es schwingt deutlich von vorn nach hinten ...«

Zielgerichtete Fantasietätigkeit. Der Patient wird so geleitet, dass er sich die Szenen vorstellt, als ob sie gerade passieren würden, und kann dadurch leichter das gewünschte Verhalten produzieren (Spanos, 1971; Spanos & Barber, 1972). Beispiel zur Armlevitation: »An Ihrem Handgelenk ist ein Luftballon angebunden, der die Hand und den Arm schwerelos macht und sie sogar leicht nach oben zieht; Sie spüren deutlich diesen leichten Zug nach oben. Ihre Hand fängt dadurch langsam an zu schweben und nach oben zu gehen ...«

14.2.4 Vorbeugen oder Uminterpretieren von Fehlern des Patienten

Oft ist es sinnvoll, Suggestionen zu verwenden, die der Patient überprüfen kann. Umso überzeugter wird er dann von der Richtigkeit seines Verhaltens sein.

Beispiele. Bei der sogenannten Augenkatalepsie (s. Abschn. 13.2.2) beinhaltet die Instruktion, die Augen nicht mehr öffnen zu können. Der Patient wird dann auch dazu aufgefordert, diesen Effekt sofort zu überprüfen (sofortige Verstärkung des Verhaltens). Bei der »Armschwere« kann der Arm so schwer werden, dass der Patient ihn nicht mehr hochheben kann etc.

Falls hierbei Missverständnisse auftreten, wird der Patient sich nicht instruktionsgemäß verhalten und z. B. die Augen öffnen oder den Arm heben. Folgende Vorgehensweisen des Therapeuten erscheinen m. E. sinnvoll:

Anfangsinstruktion strukturieren. Die Instruktion sollte prägnant sein und so kurz, dass der Patient den Gegenbeweis nicht erbringen kann (s. Abschn. 11.3).

Uminterpretieren des Verhaltens. Beispiel: Der Patient öffnet die Augen zu früh: Hierbei kann betont werden, dass der Patient in der Lage ist, die Augen zu öffnen. Er konnte damit deutlich bestätigen, dass er jederzeit das tun kann, was er möchte und verifiziert, dass Hypnose nicht willenlos macht und der Therapeut Recht hat.

Aufgreifen des Verhaltens und Einbeziehen von Alternativreaktionen. Beispiel: Bei der Armschwere hebt sich der Arm, anstatt sich zu senken. Sofort wird auf das Leichtigkeitsgefühl in diesem Arm hingewiesen: »Aha, Sie haben sich entschieden, dass der Arm leichter werden kann ... er hebt sich weiter, ganz leicht ...« Der Therapeut macht dadurch eine stets zutreffende Aussage – und verstärkt die allgemeine Kooperation. Bleibt dem Patienten hier jedoch die Wahlfreiheit im Sinne eines mehrfachen Doublebinds, so wird jede Reaktionsweise erfolgreich sein. Beispiel: »... Einer der beiden

Arme kann das Gefühl der Leichte wahrnehmen und schweben, während der andere Arm immer schwerer wird ...«

Eintreten des ausschließlich Zutreffenden. Es wird nur das Eintreten des Zutreffenden verstärkt. Weicht der Patient vom gewünschten Ziel ab oder reagiert konträr, so wird dieses Verhalten aufgegriffen und verstärkt. Wenn der Patient z. B. kaum Lidschwere zeigt und die Augen starr geöffnet lässt, wird der Therapeut zwar den Augenschluss nahe legen (und weiter systematisch verstärken), jedoch nicht erzwingen – er wird dann auf die immer noch geöffneten Augen eingehen.

Auf diese Weise tritt immer nur das ein, was der Patient selbst wahrnehmen und beobachten kann und erzeugt eine Zustimmungshaltung, »Ja-Haltung« (Erickson & Rossi, 1981; vgl. hierzu auch Abschn. 13.2).

Verstärkungen

Wie bereits dargestellt, sind verbale Verstärkungen des Verhaltens auch im Bereich der Hypnose wirkungsvoll, wie z. B. »gut ... prima etc.« – wie von Bullard (1973) erstmalig experimentell bestätigt.

Differenzielle Verstärkung. Es werden nur die gewünschten Verhaltensweisen verstärkt, während die wenig erwünschten unbeachtet bleiben. Eine gewünschte Verhaltensweise ist z. B. die Kooperation.

Kontingente Verstärkung. Die Verstärkung/Bekräftigung/Rückmeldung eines gewünschten Verhaltens muss ohne zeitliche Verzögerung erfolgen, damit nur allein dieses Verhalten sich verändert oder aufbaut.

Praxishinweis

Alle diese Techniken dienen dem Zweck, dem Patienten Sicherheit in seinem Verhalten zu geben und seine Kooperation zu verstärken.

Der Therapeut sollte auf keinen Fall Leistungsehrgeiz entfalten, ein bestimmtes Phänomen bewirken zu müssen. Unter dieser Anspannung kann er sehr leicht Widerstände bewirken und indirekt dem Patient »beweisen«, dass dieser unfähig sei (und nicht der Therapeut, der sich anpassen sollte).

Vorwiegend ungeübte Therapeuten entwickeln leicht Versagensängste, wenn ihnen bestimmte Suggestionen nicht »gelingen«, denn sie verfügen noch nicht über die zahlreichen Möglichkeiten, damit angemessen umzugehen und damit verbunden ein Nichtgelingen von Suggestionen als eine normale Möglichkeit innerhalb einer komplexen Kommunikation zu akzeptieren.

14.2.5 Weitere Variablen

Unterschiedlichste Faktoren beeinflussen zusätzlich bei der Wirksamkeit der Suggestionen:

Therapeutenvariablen. Die Sicherheit des Therapeuten und besonders seine Überzeugung, dass Hypnose (bzw. die spezielle Suggestion) wirksam sein wird, spielen eine

bedeutende Rolle (Greenberg & Land, 1971), ebenso auch Prestigefaktoren (Powers, 1972), was bestimmt bei jeder Therapeut-Patient-Beziehung zum Tragen kommen wird (s. Kap. 15). Besteht bereits eine positive therapeutische Beziehung, so wird die Reaktionswahrscheinlichkeit bei Suggestionen deutlich erhöht (z. B. Kramer, 1969).

Vorhergehende Erfahrungen. Hat ein Patient einschlägige positive Vorerfahrungen mit Verfahren der Entspannung oder Imagination, so fällt es ihm wesentlich leichter, die in Hypnose geforderten Aufgaben zu realisieren (Barber et al., 1971).

Gewöhnung und Langeweile. Werden Instruktionen in den einzelnen Sitzungen identisch repliziert, so sinkt die Reaktionsrate (Barber & Calverley, 1965), während bei wechselnden Suggestionen in den einzelnen Sitzungen eine Zunahme der Reaktionsrate festzustellen ist (Barber et al., 1971). Jede Therapie und Interventionsform wird mit großer Wahrscheinlichkeit ineffektiver, wenn der Grad ihres Anreizes stetig abnimmt.

Sonderform

Die Doppel-Induktion. Die Doppel-Induktion erfordert zwei Hypnotiseure, die in jedes Ohr des Patienten eine andere Instruktion geben; sie ist nicht effektiver als eine Standard-Instruktion, die auswendig formuliert, abgelesen oder über eine Audiokassette gegeben wurde (z. B. Van der Does et al., 1989).

Deprivation. Erfolgt eine sensorische und/oder motorische Deprivation z. B. in einem Wassertank, so kann sich die Kooperation in Hypnose erhöhen (Barabasz, 1982; Barabasz & Barabasz, 1989; Wickramasekera, 1969, 1976a).

14.3 Methoden der Induktion

Nach der Definition der Induktion sind nun die unterschiedlichen Methoden und praktischen Vorgehensweisen bei der Einleitung der Hypnose dargestellt.

Vorüberlegungen

In der Regel erfolgt die Induktion in einer für den Patienten bequemen Haltung im Sitzen oder im Liegen.

Die meisten Therapiegespräche erfolgen sitzend; entsprechend sollte die Hypnose ohne einen Platzwechsel durchgeführt werden, der sogar Anspannung oder Negativerwartungen begünstigen könnte. Bei besonders verspannten Personen ist eventuell ein Entspannungssessel hilfreich. Die Person lehnt sich darin bequem zurück, ihre Arme liegen im Schoß, und die Beine stehen ebenfalls locker nebeneinander. Wird in der Grundtherapie, z. B. Psychoanalyse, das Liegen bevorzugt, dann sollte auch in der Hypnose eine Fortführung dieser Position beibehalten werden.

Früher wurde das Hauptaugenmerk auf die Durchführung spezieller Induktionstechniken gelegt, die jeder Therapeut für besonders wesentlich erachtete. Heute werden primär die Grundvariablen und die gezielte Verstärkung des gewünschten Verhaltens flexibel den Reaktionen des Patienten angepasst.

Praxishinweis

Bei fast allen Induktionsformen wird durch die Instruktion eine Reizeinengung und Monotonisierung erzeugt, verbunden mit bestimmten Wahrnehmungsphänomenen und physiologischen Reaktionen. Der Therapeut beobachtet sie und meldet sie dem Patienten kontingent zurück, worauf dieser in seiner positiven Haltung und zur Weiterarbeit differenziell verstärkt wird. (Vgl. hierzu Abschn. 2.11.4, Abbildung 2.2.)

Die hier dargestellten Induktionsverfahren sind nur ein kleiner Ausschnitt aus den in der Literatur vielfältig beschriebenen. Auch wenn in der Alltagspraxis nur wenige zur Anwendung kommen, kann der Therapeut für spezielle Probleme oder Anforderungen hier Anregungen erhalten, die sein Repertoire erweitern können.

Darstellung für die Praxis

Die Einleitungsverfahren sind grob zu unterteilen in verbale und nonverbale Methoden.

Selbstverständlich sind Misch- und Übergangsformen möglich und müssen in speziellen Fällen sehr individuell gestaltet werden.

Tabelle. 14.1 Einteilung der Induktionsmethoden als Schema

Verbale Verfahren	Nonverbale Verfahren
reine Verbalsuggestionen Augenfixationsmethoden Fingerfixationsmethode allgemeine Augenfixation Varianten: fraktionierte Hypnose gestufte Aktivhypnose historische Fixationsmethoden	haptische Reize akustische Reize vestibuläre Reize chemische Reize spezielle nonverbale Verfahren
Apparative Hilfen Tonträger, Telefon, Videorecorder, Internet, 3D-Helm	

14.3.1 Verbalsuggestionen

Die meisten Einleitungsmethoden bedienen sich verbaler Suggestionen, die fast immer mit optischen, mitunter auch haptischen oder vestibulären Reizungen und Reizmonotonie verbunden sind und dadurch die Sicherheit und die Schnelligkeit der Einleitung erleichtern.

Die Induktionsformen von Erickson bedienen sich fast nur verbaler Einleitungen, die durch bestimmte Satz- und Sprachstrukturen gekennzeichnet sind (vgl. dazu Abschn. 2.8 und 3.3).

Beschreibung des Effekts. Der Therapeut gibt die verbale Suggestion der Entspannung (oder Müdigkeit), auf die der Patient dann mit Entspannung (etc.) reagiert.

Indikation und Grenzen. Diese Form kann durchwegs ohne Einschränkungen angewandt werden, wird jedoch für einen Therapeuten mit wenig Erfahrung besonders schwer sein.

Bei besonderen verbalen Anforderungen an den Patienten, wie z. B. bei Migranten, Schwerhörigen, intellektuell Minderbegabten, wird die alleinige Verbalsuggestion problematisch sein.

Instruktion. Der Therapeut spricht ruhig und anschaulich, betont mit seiner Stimmlage die Passagen der Entspannung. Die Sprechgeschwindigkeit bleibt ruhig-monoton und lässt meist nur kurze Pausen zu. Der Patient soll die Instruktionen nicht als Eile oder Drängen empfinden, sondern eher als einen freundlich fließenden entspannenden Redefluss, bei dem man sich ausruhen kann.

Suggestion

»In wenigen Augenblicken werden Sie sich angenehm und entspannt fühlen, tief entspannt. Ihre Augenlider werden dann immer schwerer und schwerer werden, sodass es Ihnen immer mehr Mühe bereiten wird, sie offen zu halten.

Und bereits jetzt, während ich zu Ihnen spreche und Sie meine Worte hören, werden Sie vielleicht etwas von dieser Entspannung und Müdigkeit wahrnehmen, an Ihren Augen, die immer schwerer werden, richtig müde schwer.

Ihr Wunsch, die Augen zu schließen, wird mit der Zeit immer weiter zunehmen, und das merken Sie auch an Ihren Augen, die langsam müder werden. Bis Ihre Augenlider so schwer und müde sind, dass sie von allein zufallen. Lassen Sie die Augen ruhig von alleine zufallen, ganz locker zufallen.«

Erklärung des Phänomens. Da viele Personen mit Hypnose Entspannung, Müdigkeit oder sogar Schlaf verbinden, werden diese Einstellungen in vollem Umfang nutzbar gemacht. Durch seine ruhige Stimmlage und Wiederholungen schafft der Therapeut Reizmonotonie. Die minimalen motorischen und physiologischen Vorgänge (Lid-senken, Lidflattern, Gesichtsentspannung, reduzierte Gesamtmotorik) werden genau beobachtet und kontingent verstärkt.

Die stetigen Wiederholungen bewirken eine Aufmerksamkeitseinengung, eine Reduktion weniger kompatibler Imaginationen oder Gedanken.

Praxishinweis

Anfänger scheuen oft die dauernden Wortwiederholungen. Sie dienen zur Monotonisierung und müssen oftmals besonders geübt werden, da wir gelernt haben, eine derartige Redundanz durch Synonyme und ausgefeilte Stilistik zu vermeiden.

14.3.2 Augenfixationsmethoden

Das Schließen der Augen ist für die erfolgreiche Hypnose nicht unbedingt erforderlich, erleichtert jedoch Konzentration und Imagination, besonders bei Ablenkbarkeit oder größeren Imaginationsanforderungen. Das Grundprinzip aller Augenfixationsmethoden besteht darin, einen Punkt (Finger des Therapeuten, Fleck an der Wand etc.) zu fixieren. Die historische Grundform stammt von Braid, der seine Patienten einen glänzenden Gegenstand wie z. B. eine Lanzenspitze fixieren ließ (vgl. Abschn. 1.2.5). Später stellte man fest, dass bei der Fixation Wahrnehmungsveränderungen und physiologische Ermüdungserscheinungen auftreten, die dann vom Therapeuten beobachtet und rückgemeldet werden. In Abbildung 2.2 (S. 68) sind die Reaktionsfolgen dargestellt.

Praxishinweis

Subjektive und physiologische Veränderungen bei der Fixation

Folgende Fakten sind zu beachten:

- ▶ Wird ein Punkt über längere Zeit unablässig fixiert, so wird durch diese Reizmonotonie kein klares Bild mehr wahrgenommen, sondern die Helligkeitsunterschiede verändern sich subjektiv und alles wird wie durch einen zunehmenden Nebel gesehen.
- ▶ Liegt der Fixationspunkt besonders nah (ca. 20 cm entfernt), so tritt allein durch das Konvergieren der Augen eine Ermüdung der äußeren Augenmuskeln ein sowie durch die starke Akkommodation auf den nahen Punkt die Ermüdung der inneren Augenmuskeln.
- ▶ Diese Ermüdungen lassen in ihrer Wirkung zeitweilig nach. Erkennbar ist dies daran, dass sich die zuvor engen Pupillen deutlich erweitern und dann wieder verengen etc. Damit verbunden ist die unscharfe (und wieder scharfe) Wahrnehmung des fixierten Punktes. Dieser Effekt ist auch bei Fixation eines entfernten Punktes zu beobachten, tritt jedoch nicht so schnell ein.
- ▶ Ist ein Fixationspunkt steil oben nur durch Augendrehung zu fixieren, so wird ebenfalls eine schnelle Ermüdung erreicht. (Eventuell werden durch die Bulbusdrehung Theta-Wellen provoziert, die dann in sich schon starke Entspannungszustände anzeigen.)
- ▶ Die Punktfixation sollte bei ständig geöffneten Augen, also ohne Lidschließen oder Lidblinzeln erfolgen. (Dies muss selten besonders instruiert werden.) Dadurch wird das Austrocknen der Bindehäute beschleunigt, erkennbar an der Augenrötung, subjektiv als Augenbrennen und Müdigkeit erlebt (»so wie vor dem Schlafengehen«).
- ▶ Durch das lange Fixieren und Offenhalte der Augen senken sich langsam die ermüdeten Augenlider oder fangen mitunter an zu vibrieren.
- ▶ Entspannungsanzeichen sind meist veränderte Gesichtsdurchblutung, ruhigere und tiefere Atmung, vermehrtes Schlucken.

Deutlich ist zu erkennen, dass die Instruktionen insgesamt eine Umkehrung der Kausalitäten beinhalten:

Kausalkette beim Therapeuten. Der Therapeut gibt Verhaltensweisen vor, provoziert dadurch bestimmte Ermüdungen, beobachtet sie und meldet die damit verbundenen subjektiven Erlebnisse an den Patienten zurück.

Kausalkette beim Patienten. Der Patient erlebt die beschriebene Entspannung, nimmt die beschriebenen Signale sofort wahr und glaubt, dass sie Wirkungen der Suggestionen sind. Er glaubt nun an Suggestion und lässt weitere Suggestionen zu, kooperiert also »hypnotisch«.

Ziel fast aller therapeutischer Hypnoseinterventionen wird es sein, dass der Patient sich selbst als Verursacher erlebt (= internal locus of control). Umso mehr wird er auch aktiv an seiner Problematik mitarbeiten.

Indikation. Die Fixationsmethoden können ohne nennenswerten Aufwand eingesetzt werden, denn überall ist ein potenzieller Fixationspunkt zu finden. Aus eigener Erfahrung weiß jeder aus Zeiten der Langeweile oder der Entspannung etc. von vergleichbaren Wahrnehmungen zu berichten.

Grenzen. Grenzen oder zumindest Vorsichtsüberlegungen sind allgemein bei Augenproblemen gegeben (z. B. Kontaktlinsen, → Konjunktivitis, Augenfehlstellungen). Hinzu kommen Kontrollverlustängste, Angst beobachtet zu werden, dumm auszusehen etc. Sind sie aus der Anamnese bekannt, müssen ggf. Vorbereitungsmaßnahmen erfolgen.

Praxishinweis

Bei der Auswahl des Fixationspunktes sollte stets bedacht werden, dass dessen Generalisierungsquotient möglichst gering sein sollte, damit nicht in Alltagssituationen hypnotisches Verhalten zufallsbedingt ausgelöst werden kann.

Die Fingerfixationsmethode

Diese Form wird am häufigsten eingesetzt und ist als Grundform der anderen Varianten anzusehen.

Beschreibung des Effekts. Der Therapeut lässt seine vor die Stirn der Versuchsperson gehaltene Zeigefingerspitze fixieren (Entfernung ca. 20 cm) und gibt dabei die typische Induktion zur tiefen Entspannung, die nach ein bis vier Minuten einsetzt.

Indikation und Grenzen. Die Indikation entspricht der der Augenfixation allgemein.

Anfänger warten oft viel zu lang mit ihrer Instruktion des Augenschließens. Eventuell zu berücksichtigen ist, dass hier eine große körperliche Nähe des Therapeuten (auf Armlänge) erforderlich ist, die nicht jeder Patient erträgt.

Instruktion. Der Therapeut sitzt im rechten Winkel zum Patienten, so nah, dass er mit fast ausgestrecktem Arm nahezu die Stirn des Patienten berühren könnte. Am besten benutzt er seine Arbeitshand, schließt sie, lässt den Zeigefinger nach unten zeigen. Seine Fingerspitze befindet sich ca. 20 cm vor der Stirn der Versuchsperson.

Fingerfixation

(Bei den Audio-Beispielen ist zur besseren Nachvollziehbarkeit die Variante gewählt, einen freien Punkt zu suchen.)

»Sie sitzen locker und entspannt und werden nachher noch viel entspannter sein können, was bestimmt leicht sein wird. Sie schauen dazu meine Fingerspitze an, beobachten sie ganz deutlich ... das hilft weiter beim Konzentrieren und Entspannen ... und während Sie die Fingerspitze ansehen, merken Sie allmählich, wie sich die Helligkeitsverhältnisse um den Finger herum verändern, schauen weiter ganz ruhig (ohne Zwinkern) auf die Fingerspitze und merken, wie sich alles darum in der Helligkeit verändert ... wie durch Nebel immer weiter verblasst ... etc. ...«

(Der Therapeut sieht nun die Pupillenerweiterung): »Und nun sehen Sie auch, wie sich die Schärfe an der Fingerspitze verändert, wie sie unscharf wird ... und dann wieder schärfer. Während die Helligkeitsverhältnisse weiter so milchig bleiben, sehen Sie, während Sie den Punkt beobachten, weiter die Schärfe und Unschärfe ...«

(Der Therapeut sieht nun die Augenrötung): »Sie merken auch deutlich, wie Ihre Augenlider immer müder und müder werden, ganz schwer, so schwer, dass Sie sie am liebsten gleich schließen wollen, um mehr und mehr zu entspannen ... Sie sehen aber vorerst weiter den Punkt an, beobachten die Helligkeitsveränderungen weiter und die Schärfeveränderungen ...«

(Der Therapeut sieht Augenstarre und Lidsenken bzw. -zittern): »Die Augen werden weiter immer müder, so müde, dass es viel Kraft kostet, sie weiter aufzuhalten, zu viel Kraft, bis es Ihnen schließlich gleichgültig wird und Sie die Augen von alleine schließen können, so schwer sind die Augenlider geworden ...«
(Die einzelnen Unterinstruktionen werden jeweils wiederholt, bis die gewünschte Reaktion eintritt.)

»Nun haben Sie die Augen geschlossen und genießen die Entspannung, das wunderschöne Gefühl, ganz tief entspannen zu können, abzuschalten. Und Sie merken deutlich die angenehme, entspannte Schwere in Ihrem Körper ... genießen dieses Gefühl weiter.« (Hier setzt dann die eigentliche Hypnosearbeit in der Therapie ein, es folgen nun z. B. das Ruhebild und darauf die Interventionen.)

Zur Beendigung der Hypnose erfolgt die Instruktion mit etwas lauterer Stimme:

»Ich werde gleich von Drei bis Null rückwärts zählen, Sie hören deutlich meine Stimme ... und bei Null werden Sie nachher die Augen öffnen und sich angenehm entspannt (und wohligh aktiv fühlen). Drei ... zwei ... eins ... null ... Sie öffnen die Augen und räkeln sich nun etwas ...«

Erklärung des Phänomens. Hier wurden die oben geschilderten Faktoren der subjektiven Wahrnehmung, der physiologischen Veränderungen und der kontingenten Verstärkung durch Rückmeldung berücksichtigt.

Kommentar. Der Therapeut sollte seinen Fixationsfinger sehr ruhig halten, damit eine entspannte Fixation möglich ist; für den Anfänger oder bei langen Induktionen

(Widerstände des Patienten) ist dies sehr anstrengend und schmerzhaft. Hilfreich ist hier für den Therapeuten, seinen → kontralateralen Arm auf seine Armlehne oder seinen Oberschenkel aufzustützen. Er erzielt dadurch eine ruhigere und angenehmere Haltung der Fingerspitze.

Falls die Induktion länger dauern sollte und immer noch kein Lidschluss erfolgt, kann dieser durch das langsame Anheben des Fingers forciert werden.

Die allgemeine Augenfixation

So wie die Fingerspitze als Fixationspunkt dienen kann, ist die Beobachtung nahezu jedes Punktes für die Induktion geeignet.

Indikation und Grenzen. Mitunter ergeben sich Hypnoseinduktionen direkt aus dem therapeutischen Gespräch. Ohne störende Veränderung der Sitzordnung kann die Fixation eines beliebigen Punktes spontan vorgenommen werden. Der Therapeut kann auf beliebiger Distanz bleiben.

Grenzen sind wie bei allen Augenfixationen gegeben.

Praxishinweis

Auswahl des geeigneten Fixationspunktes

- ▶ Um Ablenkungen zu reduzieren, sollte der Punkt vor einem homogenen Hintergrund liegen. Am besten ist ein kleiner Punkt (z. B. Schnipsel aus dem Aktenlocher), der vor dem Patienten auf dem Tisch liegt.
- ▶ In der alten Literatur werden glänzende Gegenstände wie eine Kugelschreiberspitze benutzt; hier könnte das Glänzen zu einem generalisierten Stimulus werden und ungewünscht die Induktion auslösen.
- ▶ Sind Widerstände zu befürchten, kann der Patient einen freien Punkt selbst auswählen.

Instruktion. Bei Auswahl eines festen Punktes erfordert die Instruktion eine geringe Variation der Fingerfixation.

Kommentar. Da der Patient einen ungeeigneten Punkt wählen kann (z. B. bei Examensangst den Buchrücken eines Prüfungswerkes; einen Punkt mit Generalisierungsmöglichkeit), sollte der Therapeut stets nachfragen, welcher Punkt fixiert wird, um ggf. korrigierend einzugreifen.

14.3.3 Varianten der Fixationsmethoden

Die fraktionierte Hypnose

Oskar Vogt, der 1898 das private »Institut für Hypnotismus« in Berlin gründete, entwickelte besonders für schwer Hypnotisierbare die fraktionierte (= unterbrochene) Methode, die von seinem Assistenten Brodmann (1897, 1898, 1902) beschrieben wurde und von ihm auch den Namen erhielt.

Grundprinzip der Methode ist, den Patienten wiederholt zu entspannen (benutzt wird in der klassischen Form die Instruktion mit der Fixation der Fingerspitze) und ihn nach kurzer Zeit wieder aufzuwecken – bei jeweils unvollständiger Rücknahme der Hypnose. In den Zwischenphasen wird das Therapiegespräch fortgesetzt und der Patient berichtet über seine Entspannungs-/Hypnoseerfahrungen. Der Therapeut verstärkt nur die für die Hypnose und Entspannung förderlichen Informationen, während hinderliche durch Nichtbeachtung gelöscht werden – so die moderne und lerntheoretische Erklärung der Methode. Jede erneute Einleitung der Hypnosephase enthält die Schlüsselemente der vorherigen Phase und bewirkt eine immer tiefere Hypnose, die in der klassischen Form mit Armlevitationen und Katalepsien besonders vertieft wird.

Die gestufte Aktivhypnose

Diese Form wurde von Ernst Kretschmer (1946) entwickelt und später von Langen (1961) ausführlicher dargestellt.

In der Anfangsphase wird auf die Grundübungen des autogenen Trainings (Schultz, 1932) zurückgegriffen. Die Induktionen erfolgen meist über die Augenfixation. Durch die Vorübungen und die selbstübenden Anteile erreicht der Patient schnell aktiv »das Hypnoid« (Langen, 1961, S. 3). In der therapeutischen Anwendung benutzt der Patient die aus seiner Analyse gewonnenen wandspruchartigen Leitsätze, die er stets mit den selbsthypnotischen Übungen verbindet.

Historische Fixationsmethoden

Da besondere Problemstellungen spezieller Induktions- und Therapiemethoden bedürfen, sollen hier auch kurz historische Methoden erwähnt werden, die eventuell zur Anregung dienen können.

Die Farbkontrastmethode. Die Farbkontrastmethode, von Levy-Suhl entwickelt und 1922 dargestellt, wird heute nur sehr selten angewandt. Benutzt wird eine Kartontafel im Querformat (ca. 10 × 20 cm); sie ist senkrecht in zwei gleich große Farbkontrastfelder (z. B. grün-rot) unterteilt, die durch einen schmalen weißen Streifen (ca. 2 bis 3 mm breit) voneinander getrennt sind. Der Patient fixiert die weiße Trennlinie; in der Instruktion beschreibt der Therapeut das Phänomen der subjektiven Farbveränderungen, das vom Patienten als Suggestionsauswirkung interpretiert wird.

Das starre Fixieren bewirkt einen leichten physiologischen → Nystagmus, sodass der Trennungsstrich zwischen den Farbfeldern z. T. unscharf gesehen wird und dann auch langsam die Ränder von den Farbveränderungen betroffen werden.

Die Faszinationsmethode. Die Faszinationsmethode ist sehr alt, wurde bereits von Freud benutzt und von ihm als unangenehm empfunden. Dies hat neben vielen anderen Gründen dazu geführt, dass Freud generell Hypnose ablehnte (vgl. Abschn. 1.2.8).

Der Therapeut sitzt bei der Methode dem Patienten sehr nah gegenüber, starrt ihm fest in die Augen und erteilt dabei befehlsartig die Instruktion der Müdigkeit. Sie hat deshalb nur noch historische Bedeutung.

Die Pendelmethode. In historischen Schilderungen wird auf ein Pendel oder einen Metronomzeiger zurückgegriffen, recht nahe vor den Augen des Patienten schwingend, begleitet von den Suggestionen der Augenermüdungen. Da diese Methode mit Effekten aus dem Kriminalroman bzw. -film oder der Esoterik verbunden wird, sollte sie nicht mehr benutzt werden.

Die Zählmethode. Die Methode wird von Cheek und LeCron (1968) vorgestellt. Der Patient erhält die Instruktion, die Augen in dem Rhythmus zu öffnen und zu schließen, wie der Therapeut langsam rückwärts zählt, mit Hundert beginnend. Bei geraden Zahlen erfolgt der Augenschluss, bei ungeraden das Öffnen, bis der Patient die Augen geschlossen lässt. Darauf folgt die gewohnte Suggestion der Entspannung und der Lidschwere. Die Ermüdungserscheinungen treten relativ schnell auf.

14.3.4 Induktion über bestimmte Reize

Haptische Reize

Die Ergänzung der Verbalsuggestionen durch haptische Reize (Berührungen) wurde bereits durch Mesmers »Striche« (passes) deutlich, wobei die Hände des Therapeuten ca. 3 cm entfernt vom Körper oder Arm des Patienten entlang streichen. Später wandte man sich davon fast vollständig ab. Stocksmeier (1984) empfiehlt die Methode bei der Grundstufe des autogenen Trainings.

Einige Patienten werden diese Nähe und Intimität durchaus sehr zu schätzen wissen, während für andere gerade dadurch Grenzen gegeben sind. Meares (1954a, 1954b) wendet nonverbale haptische Induktionen an. Durch Handauflegen und leichtes rhythmisches Drücken am Bauch, Oberkörper etc. wird Entspannung, »Lockerlassen« oder sich »Fallenlassen« bewirkt. Bei Kindern kann rhythmisches Streicheln Ähnliches bewirken (s. Abschn. 21.7).

Akustische Reize

Durch monotone akustische Reize wird die Induktion ebenfalls weiter vertieft. So verwenden Guensberger und Bardos (1978) Metronomschläge, eventuell vom Tonbandgerät. Sie sehen den Vorteil dieser Methode darin, störende Außengeräusche abzuschirmen. Bei Personen, die während ihrer Arbeit von monotonen Geräuschen begleitet werden (z. B. Fließbandarbeit), ist die Methode sicher kontraindiziert, da sie entweder sofort an die Arbeit erinnert und daher keine Entspannung zulässt oder während der Arbeit Hypnose auslösen kann.

Vestibuläre Reize

Diese Methode wurde z. B. von Großmann (1894) durch plötzliche Lageveränderung realisiert und von Forel (1923) durch Schaukeln. Parallelen sind bei den Iban auf Borneo zu finden (Bongartz & Bongartz, 1987).

Der Therapeut steht hinter dem Patienten und bewirkt bei ihm durch leichtes Körper- oder Kopfdrehen eine Stimulation des Gleichgewichtsorgans (vestibulum). Dies fördert eine leichte Verwirrung, die als angenehm erlebt wird. Durch das

Zurückkippen der Stuhllehne wird der sog. »Barbiersessel-Effekt« bewirkt: durch die vestibuläre Reizung wird plötzlich Entspannung erzeugt, von einigen als angenehme Begleiterscheinung des Friseurbesuches geschätzt. In der Show- und Tierhypnose werden ähnliche Methoden angewandt (s. Abschn. 11.2.3).

Chemische Reize

Medikamente oder physiologische Vorgänge können die Hypnoseinduktion begünstigen.

Externale chemische Reize. Neuroleptika oder Sedativa (z. B. Valium), oral oder intravenös appliziert, sedieren und lassen Patienten leichter über Belastungen sprechen (Langen, 1972; Kroger, 1977). Diese Form wird als Narkohypnose bezeichnet, die damit verbundene tiefenpsychologische Behandlung als Narkohypnoanalyse oder Narkosynthese. Bei der Hypnonarkose (Langen, 1972) wird durch die Hypnose die notwendige medikamentöse Narkose vorbereitet.

Diese selten angewandte Methode kann in der Gynäkologie, Chirurgie, Anästhesie und Zahnheilkunde vorteilhaft sein (s. z. B. Abschn. 23.11, 23.16 und 24.8).

Zu bedenken sind allerdings die Nebenwirkungen und das Suchtpotenzial der Medikamente. Kontrollverlustängste und Passivhaltungen werden eventuell leichter verstärkt.

Autochemische Reize. Durch Hyperventilation wird die Absenkung des CO₂-Blutspiegels bewirkt, was zu Benommenheitsgefühlen und Bewusstseinsveränderungen führt.

Einige Meditationstechniken verwenden diese Form zur Bewusstseinsbeeinflussung. Die Schnellinduktion – auch als Autohypnose – kann sich hier durchaus einer kurzen Hyperventilationsphase bedienen, um den vertieften Entspannungszustand schneller einzuleiten.

14.3.5 Spezielle nonverbale Induktionsverfahren

Gravitz (1981) berichtet von seiner sehr kreativen Induktionsform bei einer Patientin mit Hirnschaden und zentraler Taubheit (hier eine seltene Form auditorischer Agnosie), um bei ihr Entspannung zu erzielen. Die Patientin kann zwar Instruktionen von den Lippen lesen, was jedoch nach dem Augenschließen nicht mehr möglich ist. Gravitz gibt deshalb nonverbale sensorische Informationen. Durch die Bewegung von Zeigefinger und Daumen vor dem Gesicht der Patientin bewirkt er Augenrollen und schließt dann mit diesen Fingern langsam einen Kreis, was sie zum Augenschluss veranlasst. Danach erfolgen Schulterberührungen und langsames Handstreichen an den Armen, entlang bis zu den Fingerspitzen, analog zu den »Strichen« Mesmers. Bei Anzeichen von Hypnosereaktionen (verlangsamte Atmung) erzeugt der Therapeut mit seinen Händen einen Luftstrom am Gesicht der Patientin und benutzt diesen als Verstärker für die Vertiefung. Erreicht wird deutliche Entspannung. In der folgenden Sitzung wird ein Metronom mit niedriger Frequenz benutzt, dessen Vibrationen auf der Haut wahrnehmbar sind.

Verbunden mit häuslichem Training erreicht die Patientin eine deutliche Reduktion ihrer Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Am wirkungsvollsten erlebt sie die Übung, wenn ihre Schultern rhythmisch herabgedrückt werden.

Bei Patienten mit Hörverlust wird die Induktion über ein Video (Repka & Nash, 1995) oder über Gebärdensprache (Isenberg & Matthews, 1995a, b) erreicht.

An den Beispielen wird deutlich, dass für die Kreativität des Therapeuten sehr viele Möglichkeiten bestehen.

14.4 Apparative Hilfen bei der Induktion

Historische technische Hilfsmittel zur Beschleunigung der Induktion wurden bereits genannt: Farbkarte der Farbkontrastmethode, Pendel und verstellbarer Stuhl für den »Barbiersessel-Effekt«.

Tonträger. In der experimentellen Hypnoseforschung ist es inzwischen selbstverständlich, Instruktionen zur Induktion oder Suggestion über Tonträger darzubieten, um so ökonomisch standardisierte Bedingungen herzustellen (s. Abschn. 9.3.5). Im therapeutischen Bereich werden hypnotische Entspannungsinstruktionen z. B. bei orthopädischen Operationen (Field, 1974), zur Operationsvorbereitung am offenen Herzen (Hart, 1980) oder bei kieferchirurgischen Eingriffen (Eitner et al., 2011) erfolgreich angewandt (s. Abschn. 23.8.4). Für taube und stark hörbehinderte Personen erfolgt die Instruktion der speziellen Skala UTHSS: D vom Video mittels Zeichensprache (s. Abschn. 5.3.4).

In der Therapie benutze ich häufig den Kassettenrecorder, um während der Sitzung die Induktion inklusive der therapeutischen Suggestionen aufzunehmen und sie dem Patienten auf einer Tonkassette oder CD zum häuslichen Training mitzugeben. Hierzu gehört auch das Ruhebild von den Audio-Beispielen, das ich für ihn auf eine CD oder auf MP3-Player überspiele – im Online-Material zu diesem Buch (s. Anhang). Die Übungen zusätzlich zur persönlichen Therapiesitzung beschleunigen die Behandlungsfortschritte (s. z. B. Kap. 27, Fall 8).

Bei dieser Anwendung ist generell sicherzustellen, dass der Patient den Tonträger nur für sich selbst benutzt und nicht unbefugt an andere weitergibt (vgl. Kap. 20.6). Bei den auf dem Markt befindlichen CDs sollte kritisch geprüft werden, ob das darin versprochene theoretische Konzept tatsächlich realisiert wird. (Weitere Ausführungen zu dieser Problematik siehe Abschnitt 4.2.1.)

Telefon. Hypnosebehandlungen über das Telefon sind durchaus möglich. So haben Kroger (1969) und Stanton (1978a) Behandlungen mit Patienten vorgenommen, die sie vorher nie gesehen hatten oder bei denen Notfallsituationen eintraten.

Cooperman und Schafer (1983) behandeln eine transportunfähige Patientin nach einem dramatischen Autounfall über sechs Monate erfolgreich telefonisch. Cooperman bezeichnet diese Möglichkeit sogar als sehr vorteilhaft, da für sie als blinde Therapeutin »normale visuelle Eindrücke und die Körpersprache keine bedeutende Rolle spielen wie bei der konventionellen« direkten Gegenüberstellung (Cooperman & Schafer, 1983, S. 279).

Aviv (2006) hält sich besonders vormittags am Handy bereit, da für seine jugendlichen Schulverweigerer zu dieser Zeit kritische Situationen und Ängste auftreten. Durch das Gespräch kann er sie weiter motivieren, ihre erlernten Methoden der Selbsthypnose anzuwenden (s. Abschn. 12.2 und Kap. 20). Für schwer erreichbare Patienten, die z. B. in ländlichen Gegenden wohnen, körperlich eingeschränkt oder inhaftiert sind, schlagen Monnier et al. (2003) Telepsychiatrie vor, so z. B. über Videokonferenz.

Die in der Therapie gewünschte persönliche Therapeut-Patient-Beziehung tritt in Notfällen wahrscheinlich in den Hintergrund. In den anderen genannten Konstellationen ist die telefonische Beratung oder Intervention eine Fortsetzung der bereits bestehenden Therapie und der damit verbundenen persönlichen Beziehung.

Weit entfernt lebende Patienten können sogar über eine ISDN-Videokonferenzschaltung ihre Hypnosetherapie erhalten und erfolgreich durchführen (Simpson et al., 2002), oder Instruktionen zur Kopfschmerzbehandlung erhalten (Devineni & Blanchard, 2005; s. Abschn. 22.3.7).

Video-Reality-Technik. Patterson et al. (2004, 2006) verwenden zur Schmerzbehandlung einen computergesteuerten Helm mit integriertem Bildschirm, über den Bilder und Instruktionen gegeben werden (ausführliche Darstellung in Abschn. 22.3.7).

Vorteile und Empfehlungen für Videoaufnahmen

Ton- und Videoaufnahmen dürfen nur mit Einwilligung der Patientin/des Patienten erfolgen. Folgende Vorteile und Empfehlungen ergeben sich in der Praxis:

- ▶ Für experimentelle Zwecke benutzen Ulett et al. (1971) eine speziell angefertigte standardisierte Videoaufzeichnung der Barber Suggestibility Scale BSS (Barber, 1965; vgl. Abschn. 5.3.3).
- ▶ Der Einsatz des Video-/DVD-Recorders ist bestimmt dann auch von Vorteil, wenn es gilt, den Patienten über Hypnose zu informieren oder ihn am erfolgreichen Modell lernen zu lassen (siehe Kapitel 13).
- ▶ Zur Beruhigung und Stabilisierung des Patienten mit besonderem anamnestischen Hintergrund sollten Videoaufnahmen während der Sitzungen angeboten werden, damit er bzw. sie dadurch die Sicherheit hat, nicht willenlos gewesen zu sein – und der Therapeut nicht übergriffig, sondern beschützend war. In meiner langjährigen Erfahrung reichte allein schon dieses Angebot aus, um Vertrauen aufzubauen und auf eine Aufzeichnung wurde dann fast immer verzichtet.
- ▶ Bei besonderen Problemstellungen mit z. B. Verfolgungs-, Traumatisierungshintergrund oder besonderen Ängsten oder Wünschen in Bezug auf Nähe sind ebenfalls Videoaufnahmen zur Absicherung des Therapeuten empfehlenswert.
- ▶ Für forensische und allgemein gutachterliche Tätigkeiten sollten zur Dokumentation, Auswertung und Demonstration Videoaufnahmen erfolgen.
- ▶ Zur Supervision des Hypnosetherapeuten sind Videoaufnahmen unerlässlich.

Praxisratschläge zur Hypnoseanwendung (Kirsch, 1999, S. 222)

- ▶ Seien Sie permissiv.
- ▶ Geben Sie Wahlmöglichkeiten und lassen Sie diese zu.
- ▶ Geben Sie Wahlmöglichkeiten als therapeutische Double-binds, damit jede Auswahl die Verbesserung begünstigt.
- ▶ Verhindern Sie Misslingen, indem Sie mit leichten Aufgaben beginnen, damit der Klient sich nahezu sicher ist, sie zu lösen.
- ▶ Gehen sie allmählich zu immer schwereren Aufgaben über.
- ▶ Definieren Sie die Aufgaben, damit ein Misslingen unmöglich ist.
- ▶ Bewerten Sie die Handlungsbemühungen auf jeder Stufe als Anzeichen des Erfolges.
- ▶ Strukturieren Sie Ihre Erwartungen so, dass sogar kleine Annäherungen als deutliche Anfänge angesehen werden.
- ▶ Seien Sie auf zufällige Veränderungen aufmerksam und ziehen Sie aus denen Vorteile, die in die gewünschte Richtung gehen.
- ▶ Bereiten Sie Klienten auf mögliche »Schlappen« vor, indem sie diese im Voraus als unvermeidbar, vorübergehend und als hilfreiche Lernmöglichkeiten bezeichnen.

Diese Vorschläge gelten ebenso für die Vorbereitung des Patienten und für jegliche Hypnoseinterventionen in der Therapie.

14.5 Schnellinduktionen

Bei fortgeschrittener Therapie sollte der Patient in die Lage versetzt werden, die Induktion und die damit verbundenen Übungen oder therapeutischen Hausaufgaben eigenständig durchzuführen. Dazu sollte er auch zeitökonomische Kurzformen der Induktion erlernen.

Derartige Kurzformen oder auch Schnellinduktionen sind dann besonders sinnvoll, wenn sie in der Problemsituation selbst erforderlich sind, wie z. B. in Angstsituationen, vor Prüfungen, während Klausuren, bei Schmerzen und schmerzhaften ärztlichen Behandlungen. Dazu müssen sie schnell und oft möglichst unauffällig anwendbar und wirksam sein.

Die Turboinduktion beim Zahnarzt

Schmierer (1993) wendet zur Zahnbehandlung zur Schnellinduktion die Augenfixation des Lichtstrahls einer hell erleuchteten Taschenlampe. Dabei instruiert er den Patienten, zu fixieren und die Augen dann auf Instruktion hin zu schließen und Hypnose zu erleben. Dabei bewegt er die Lampe schnell auf die Augen zu, wodurch der Patient die Augen mit einem Schutzreflex schließt. Nun folgen Suggestionen der Entspannung, der Armsteife und der Anästhesie im Mundbereich.

Spezielle Schnellinduktionen

Besonders im Bereich der Schmerzbehandlung werden Schnellinduktionen benötigt, die sich dann primär auf Schmerzreduktionen beziehen, so z. B. die von Wright und Drummond (2000; s. z. B. Abschn. 22.3.4.).

Weitere Schnellinduktionen sind in Abschnitt 20.3. ausführlich beschrieben.

14.6. Neurophysiologie der Induktion – Induktion und Augenschließen

Das Augenschließen ist mit dem Hochdrehen der Augenbulbi nach oben und innen verbunden und bewirkt Alphawellen, die Entspannung beinhalten (Scholz, 1998). Es kann wesentliche Bereiche des posterioren Aufmerksamkeitssystems hemmen (Marx et al., 2003). Dadurch können die Augenschluss-Induktionen das Aufmerksamkeitsgleichgewicht im Gehirn nach vorn zu den Verarbeitungsmechanismen verlagern, die im anterioren Cingulum erfolgen. Dabei wird eine Bündelung der Aufmerksamkeitsrichtung bewirkt, die für die exekutive Aufmerksamkeit typisch ist (Posner & Petersen, 1990), wodurch externe Stimuli nicht mehr aufgenommen werden. Hinzu kommt die Entspannung in der Anfangsphase der Hypnose, bei der man unempfindlich für Außenreize ist und von ihnen auch weniger erregt wird (Spiegel & Maldonado, 1999). Die dabei evozierten ereigniskorrelierten Potenziale zeigen: Hypnose beinhaltet nicht Unaufmerksamkeit gegenüber Stimuli, sondern bewirkt eine Konkurrenz zwischen den Innenbildern und der Sinneswahrnehmung, wobei der sensorische Input reduziert wird (Spiegel, 2003).

Der Ablauf der einzelnen Gehirnaktivitäten bei und nach der Induktion ist in Abschnitt 7.5.1 differenziert dargestellt.

14.7 Anmerkungen, Kritik und Ausblick

Die Vielfalt der Induktionstechniken ist mit diesem Überblick keinesfalls erschöpft.

Die Vielzahl der bekannten Methoden sollte nicht davon ablenken, dass primär nur durch angemessene individuelle Vorgehensweisen hypnotisches Verhalten erreicht wird. Es wurde auch deutlich, dass mitunter durch kreative Vorgehensweisen gerade die individuellen Grundbedingungen und Lernvoraussetzungen angetroffen und nutzbar gemacht werden können.

15 Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient in der Hypnose

*Es kommt nicht darauf an,
was wir äußerlich in der Welt leisten,
sondern was wir
menschlich geben
in allen Lagen.*

Albert Schweitzer (1875–1965)

In diesem Kapitel werden die Interaktionsprozesse zwischen Therapeut und Patient in der Hypnose beschrieben, ebenso Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Aufgaben des Therapeuten in der Hypnosetherapie und in konventionellen Psychotherapieverfahren.

15.1 Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Psychotherapie

Die zwischenmenschliche Interaktion, ihre Auswirkungen und Faktoren sind seit langem Gegenstand intensiver Forschung (L. E. Rogers & Millar, 1988). Angestoßen durch die damals neue non-direktive Therapie von Carl Rogers, wurden immer mehr Klienten-, Therapeuten- und Klienten-Therapeuten-Variablen erforscht (Rogers & Skinner, 1956). Dies entwickelte sich – ausgehend von Truax (1966) und Truax und Carduff (1967) – zum eigenständigen Forschungsbereich bis in die Gegenwart weiter. Es wird immer deutlicher, dass sich auch unter standardisierten Laborbedingungen Therapeutenvariablen stärker auswirken als bisher angenommen (z. B. Bányai, 1991, s. u.).



Methodenübergreifend sind für den Therapieerfolg förderlich:

Patientenvariablen: z. B. Motivation für Veränderungen

Therapeutenvariablen: z. B. Empathie, Aktivität, Wärme, Zugewandtheit, Kommunikationsfähigkeit, Objektivität (Bergin & Lambert, 1978).

Der Therapeut sollte umrissene Kompetenzen in Bezug auf sein Fachwissen, seine Fertigkeiten und seine Affekte (Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Werthaltungen, Motive etc.) besitzen, die er durch eine fundierte Ausbildung erwirbt (Berven, 1987).

Authentizität des Therapeuten

In den frühen Zeiten der Therapie waren durch Impulse von Haley und Lazarus die Symptome wesentlich. Nur sie wollte man behandeln (Bloom, 1999). Auch heute noch vermeiden einige Therapeuten, eine klare Diagnose zu stellen, um keine falsche

Etikettierung oder Stigmatisierung des Patienten vorzunehmen. In ähnlicher Weise konkurrieren verschiedene Hypnose-Richtungen mit ihren unterschiedlichen Methoden darin, besonders kreativ oder modern zu sein. Bei all diesen Strömungen muss der Therapeut seiner wissenschaftlichen Grundlage der Diagnostik, der Therapieplanung und -durchführung und seinem gesunden Menschenverstand treu bleiben. Trotz aller erforderlichen Veränderungen sollte er authentisch sein. Nur so kann er zu seinen Patienten die benötigte tiefe Beziehung aufbauen.

Tabelle 15.1 Theorien der Hypnose nach ihren Wirkfaktoren – vom Ursprung bis zur Gegenwart. Die Interaktion zwischen Therapeut und Patient wird erst in der jüngsten Neuzeit relevant

Theorien zur Hypnosewirkung				
Vertreter	Zeitraum	Theorie	Wirkfaktor	Wirkperson
Theologie				
Mahabharata	3.000 v. Chr.	Hinduismus	Gott dringt in die Seele	Gott
Griechen	300 v. Chr.	Äskulapcult		
Ägypter	200 v. Chr.	Sonnenkult		
Kulturvölker	bis heute	diverse Religionen, Animismus		Priester Schamane
Physik				
Paracelsus	16. Jhdt.	Magnetismus	Magnetismus	Exorzist, Arzt
Mesmer	18. Jhdt.	Magnetismus	animalischer Magnetismus Gestirne	Arzt
dto.		Fluidumtheorie	Fluidum	
Physiologie/Psychologie				
Braid	19. Jhdt.	Neurohypnologie	Hirnfunktionen	Arzt
Bernheim	19./20. Jhdt.	Suggestibilität	Blick, Suggestion	Arzt
Freud	20. Jhdt.	Unterbewusstsein	Blick Unterbewusstsein	Arzt
Schultz	20. Jhdt.	Unterbewusstsein	Unterbewusstsein	Arzt (AT)
Psychologie				
Janet	20. Jhdt.	Dissoziation	Dissoziation	Arzt
Hilgard	20. Jhdt.		Neodissoziation	Therapeut + Patient
Psychologie, Experimente				
Gegenwart			z. B. Imagination, Absorption, Kommunikation, Erwartung, Attribution	Therapeut: (Psychologe/Arzt) +Patient + Kommunikation
alle Theorien				

15.2 Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Hypnose

Im Vordergrund der traditionellen Betrachtungen standen mehr Induktionsformen, Vertiefungstechniken oder Behandlungsmethoden.

In den historischen Anfängen Mesmers wurde die Hypnosewirkung dem Fluidum zugeordnet, wobei der Hypnotiseur eine eher untergeordnete Rolle innehatte. Um die dann folgende Jahrhundertwende wurde Hypnose mit den Fähigkeiten des Therapeuten in Beziehung gesetzt. Die später folgenden sozialpsychologischen, kognitiv-behavioralen und sozialpsychologischen Forschungsrichtungen befassten sich dann besonders intensiv mit dem Beziehungsverhältnis von Patient und Therapeut als Anwendungsvariablen.

Theodore X. Barber (z. B. 1969) leistete hier Grundlagenarbeit und Éva Bányaï (1988a, 1988b; Bányaï & Hilgard, 1976) gab Impulse, den interaktiven Aspekt der Hypnose zu erforschen. Primär tiefenpsychologisch orientierte Hypnose-Therapeuten betrachten die Therapeut-Patient-Beziehung auf der Ebene der Übertragung und Gegenübertragung (Fromm, 1968; Gill & Brenman, 1959).

Besonderheiten der Hypnosesitzung

In einigen Merkmalen unterscheidet sich die Hypnosetherapie von konventionellen Therapieformen:

Intime Sozialsituation. Die hypnotische Beziehung erfordert vom Patienten meist, Kommunikation mit geschlossenen Augen zu führen. Dadurch wird eine relativ intime Situation gestaltet, die besonders hilfreich ist, Vertrautheit schafft und es gerade auf dieser Ebene ermöglicht, in sehr private und auch schmerzliche Gefühle des Patienten vorzudringen (Baker, 1983; Gill & Brenman, 1959).

Induktion. Induktion und Begleitung der Hypnose erfordern vom Therapeuten, feine Reaktionen des Patienten genau zu beobachten und in der gewünschten Weise zu verstärken (s. Abschn. 14.2).

Reduktion von Aufmerksamkeit und Kritikfähigkeit. In Hypnose kann eine Reduktion von Aufmerksamkeit und Kritikfähigkeit vorliegen, so z. B. gegenüber internalen und externalen Reizen; dies impliziert die erhöhte Verletzlichkeit des Patienten (Fromm, 1980).

Arbeiten mit Suggestionen und Imaginationen. Der Therapeut muss die Suggestionen und Imaginationen sehr sensibel und der Indikation entsprechend auswählen und so plastisch formulieren, wie sie den Lebenserfahrungen des Patienten entsprechen. Gleichzeitig sollte er während der Hypnose besonders intensiv beobachten, wie der Patient verbal und nonverbal mit diesen arbeitet. Dies kann bei dem Therapeuten nicht nur größere Sensibilität für den Patienten bewirken, sondern auch umgekehrt (Lazar & Dempster, 1984).

Sprachkommunikation. Die Hypnosekommunikation darf sich keinesfalls allein auf Suggestionen beschränken. Sie ist ein Austausch zwischen Therapeut und Patient, wodurch der Therapeut stets über die Befindlichkeiten des Patienten informiert ist.

Nur so kann er die relevanten und angemessenen therapeutischen Interventionen vornehmen.

Bei den Sprachmitteilungen des Patienten ist folgendes zu bedenken: Sprachen und Gesten kommen parallel aus demselben Gedanken und informieren deshalb auch über unbewusste oder kontrollierte Inhalte (McNeill & Duncan, 2000). Bei Sprechblockaden helfen Gesten dem Arbeitsgedächtnis, das richtige Wort zu finden. Gesten sind dabei Dolmetscher zwischen Bildern und Worten (Patschek, 2011). Daraus ergibt sich die Frage, ob die passive und relativ eingeschränkte Körperhaltung in Hypnose gestisch und inhaltlich beeinträchtigen kann. Ist die langsame Sprache nur eine Auswirkung von Entspannung und geänderten Bewusstseinszustand oder auch von gebremster Gestik? Sollten die Patienten deshalb mehr ermuntert werden, innerhalb ihrer Imaginationen gestisch zu agieren?

Einstellungen zur Hypnose

Die Einstellungen zur Hypnose bei Klienten, Studenten der Zahnmedizin oder Praktikern lassen sich reliabel mit der Attitudes Towards Hypnosis Scale (ATHS; Spanos et al., 1987) erheben. In Spanien erfragt die Valencia Scale on Attitudes and Beliefs toward Hypnosis-Therapists die Einstellung gegenüber Hypnosetherapeuten (VSABHT-T; Capafons et al., 2006).

Jüngere Befragte haben ihre Informationen über Hypnose vorwiegend aus dem Fernsehen und aus Hypnoseshows, die sie während ihrer Schul- und Studienzeit sahen. Für ältere Frauen sind die Hauptinformationsquellen über Hypnose ihre medizinischen und psychologischen Berater (Johnson & Hauck, 1999). Personen (aus vier verschiedenen Ländern) assoziieren Hypnose mehr mit mentaler Instabilität und haben mehr Furcht vor ihr. Studenten sehen Hypnose als ein sicheres Verfahren an, da ihre Anwendung sonst von der Universität nicht erlaubt worden wäre. Die Ansicht, Hypnose bewirke, dass man die Wahrheit sage (so wie in den Hollywoodfilmen) war allgemein verbreitet. Aus diesen Beispielen für Aussagen wird eine allgemein kultur-unabhängige Einstellung gegenüber Hypnose deutlich (Green et al., 2006). Aus der multikulturellen Befragung von Capafons et al. (2008) geht hervor, dass die Beurteilung der Hypnose stark von vorherigen Erfahrungen bestimmt wird.

15.3 Anforderungen an den Hypnosetherapeuten

Hypnose als zusätzliche Fachausbildung

Bedingt durch die Besonderheiten der Hypnose sollte der Hypnosetherapeut bereits eine Fachausbildung als Psychologe, Psychiater, Psychotherapeut, Arzt oder Zahnarzt absolviert haben, um die darauf aufbauenden Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen sicher zu beherrschen, die die Therapie mit Hypnose erfordern.

Nur Therapeuten, die in ihrer bisherigen Ausbildung sicher in Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie sind, haben eine angemessene Basis, auf die Hypnose aufbauen kann.

Ausbildung zum Hypnosetherapeuten

Die Fachliteratur befasst sich auch sehr intensiv mit der Ausbildung (z. B. Hammond, 1996; Kaiser-Rekkas, 1998; MacHovec & Oster, 1999; Wark & Kohen, 2002). Da gerade bei Hypnosemethoden Fehler schneller als bei allgemein therapeutischen Methoden deutlich werden, haben besonders Anfänger Versagensängste, Angst vor der Macht der Hypnose, Angst vor dem Unerwarteten. Gleichzeitig befürchten sie, dass die Kollegen die Methoden besser beherrschen und sie kritisieren könnten (Finegold & Edelstein, 1986). Aus selbst geleiteten Ausbildungsseminaren ist mir bekannt, dass sogar erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten annehmen, durch Hypnose werde plötzlich etwas Außerordentliches bewirkt. Der Mythos vom »hypnotischen Zustand« blockiert hier deutlich. Durch seine Entmystifizierung erlangen die Kursteilnehmer ihre gewohnte Sicherheit zurück. Deshalb sollte den Therapeuten bereits in ihrer Ausbildung deutlich werden, welche Dynamik durch die Anwendung der Hypnose bewirkt wird (Walling & Levine, 1997).

Grundanforderungen

Sicherheit. Therapeuten, die unsicher in Bezug auf ihre generellen eigenen Fähigkeiten oder auf Hypnose sind, sollten Hypnose nicht durchführen, da dies zu unerwarteten Reaktionen führen kann, mit denen sie dann wahrscheinlich nicht angemessen umgehen können (Strauss, 2001). Die Sicherheit bezieht sich sowohl auf Anwendung und Abgrenzung von Methoden, aber auch auf das Erkennen von Wünschen und Handlungen bei sich und dem Patienten. Die Sicherheit des Therapeuten, eine bestimmte Reaktion bewirken zu können, ist dabei von größerer Bedeutung als die Methode der Induktion (Wolberg, 1982).

Flexibilität. Die möglichen oder gewollten Wechsel zwischen Hypnose und »Wachzustand« erfordern ein hohes Maß an Flexibilität des Therapeuten. So muss er z. B. angemessen reagieren, indem er spontan bestimmte Techniken oder Suggestionen anwendet oder modifiziert.

Werden belastende oder konflikträchtige Inhalte bewirkt, muss der Therapeut die auftretenden Belastungen des Patienten schnell erkennen und entscheiden, wie er nun methodisch angemessen und zum Schutz des Patienten vorgeht.

Hohe Reaktionsfähigkeit. Der Hypnosetherapeut muss einfühlsam, schnell und flexibel auf die Geschehnisse und Veränderungen in der Therapeut-Patient-Beziehung reagieren, denn Erfolg und Versagen können gerade bei Hypnose sehr dramatisch sein (Lazar & Dempster, 1981).

Aktivität des Therapeuten. Oft muss in der Hypnosetherapie der Therapeut stärkere Aktivitäten vorgeben; das kann sowohl den Therapeuten als auch den Patienten zur Annahme führen, die Verantwortung für die Behandlung liege vorwiegend beim Therapeuten.

Sorgfältige Formulierungen. Es werden sorgfältig formulierte Suggestionen verlangt; die Patientenreaktionen darauf sind sehr differenziert zu beobachten.

Selbstbeobachtung. Da Reaktionen unerwartet auftreten und nicht vorhersehbare Formen oder Inhalte haben können, ist die Gewilltheit und Fähigkeit zur Selbstbeob-

achtung eigener emotionaler, bewertender verbaler oder nonverbaler Verhaltensweisen besonders hilfreich. Die relativ intime Situation der Hypnose (s. o.) erfordert eine starke Selbstbeobachtung eigener Bedürfnisse und Wünsche sowie deren Kontrolle und einen angemessenen Umgang mit Nähe und Distanz (Adrian, 1996, s. Abschn. 9.3.3 und 21.5.2).

Erwartungen der Therapeuten. Hypnosetherapeuten sollten sich weniger darauf konzentrieren, ob ein Patient hypnotisiert ist – oder ob nicht. Vielmehr sollten sie sich auf die vermeintlichen therapeutischen Implikationen konzentrieren, die dahinter zu vermuten sind. Die Freude am Unerwarteten und die Neugier an den zu erwartenden Ereignissen sollten leitend sein (Strauss, 2001).

Einstellungen der Patienten. Die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit, zu den Methoden, die hilfreich für ihn sind oder sein könnten bzw. schaden könnten, bestimmt die Kooperation und damit den Behandlungserfolg. Auch kulturelle und subkulturelle Faktoren und daraus resultierende Bezugs- und Glaubenssysteme haben Einfluss darauf, ebenso die äußere Erscheinung (Kleidung, Aussehen, Frisur und Verhalten) des Therapeuten. Dies gilt sicher auch in umgekehrter Richtung.

Konstanz des Therapeuten

Der Therapeut muss in sich sehr konstant und ruhend sein, sollte innere Ausgeglichenheit und Stabilität aufweisen, um angemessen zu handeln. Dies beinhaltet:

Toleranz. Der Therapeut sollte gegenüber schnellen Veränderungen und Wechseln in der Therapie tolerant und angemessen reagieren, besonders bei regressiven Reaktionen.

Akzeptanz. Der Therapeut sollte Regressionen oder Zuneigungen des Patienten akzeptieren, um nicht persönlich betroffen darauf zu reagieren.

Kompetenz. Der Therapeut sollte sich unabhängig vom Affektverhalten des Patienten kompetent verhalten.

Konsequenz. Trotz Utilisation, Flexibilität und Anpassung an das Patientensystem muss die Struktur der geplanten (indizierten) Methode und der angestrebten Ziele konsequent weiterverfolgt werden.

Klarheit im Konzept. Trotz Imagination, Fantasie, Kreativität und Metaphern muss Klarheit im Konzept und zielgerichtetes Handeln gegeben sein – zulässige Modifikationen und Ausnahmen sind jedoch möglich.

Personenkonstanz und Sitzhaltung. Gerade bei Verbrechens- und Missbrauchsopfern muss der Therapeut konstant zuverlässig sein. Während der Hypnose sollte er in diesen Fällen z. B. seine Sitzhaltung kaum verändern, um weiterhin als konstant und berechenbar erlebt zu werden. Bewegungsgeräusche können solche Patienten verunsichern, ebenso, wenn die Sitzhaltung des Therapeuten vor dem Augenschluss anders ist als danach.

Synchrone Aktivitäten auf zahlreichen Ebenen

Der Therapeut muss gleichzeitig vielschichtige Aspekte berücksichtigen:

Umschalten zwischen Theorie und praktischem Handeln. Konzepte zur Induktion und Indikation bestimmter Methoden müssen in individuelle und für den Patienten nachvollziehbare Methoden und Suggestionen umgesetzt werden.

Utilisation. Die Beobachtung des Patienten beinhaltet auch die Utilisation seiner (verbalen, emotionalen, imaginativen, nonverbalen) Angebote – unter Berücksichtigung seiner Wert- und Bezugssysteme.

Hohe Konzentrations- und Imaginationsfähigkeit. Verbunden mit der Fähigkeit der schnellen Synthese verschiedener Informationen auf verschiedenen Ebenen sollte eine hohe Konzentrations- und Imaginationsfähigkeit gegeben sein (Brown & Fromm, 1986).

15.4 Experimentelle Befunde

Die Hypnosetherapeuten in ihrer Beziehung zum Patienten wurden erst in den letzten Jahrzehnten von den zahlreichen Theorien zur Hypnose beachtet.

Die wesentlichsten sind hier zusammengestellt:

- ▶ Wichtig ist die aktive und empathische Haltung des Therapeuten (Whitehead et al., 2008, s.o. 15.1).
- ▶ Der erste Eindruck vom Patienten beeinflusst die Beurteilung seiner Hypnosefähigkeit durch den Therapeuten (Whitehead et al., 2008).
- ▶ Die Hypnotisierbarkeit der Versuchsperson beeinflusst den Interaktionsstil des Hypnosetherapeuten (z. B. Varga et al., 2006).
- ▶ In der Therapeut-Patient-Beziehung wird die Suggestibilität durch höheres Prestige des Therapeuten verbessert (Small & Kramer, 1969), ebenso durch warm und konsequent geäußerte Suggestionen (Greenberg & Land, 1971).
- ▶ Versuchsleiter behandeln ihre Versuchspersonen anders, wenn diese sich während des Versuches als höher suggestibel erweisen (McConkey & Sheehan, 1981).
- ▶ Für die Patientenreaktionen ist die Sicherheit des Therapeuten von größerer Bedeutung als die von ihm angewandte Induktionsmethode (Wolberg, 1982).

15.5 Kommunikation zwischen Therapeut und Patient

15.5.1 Theoretische Perspektiven

Mitunter zeigt der Therapeut während der Suggestionen in abgewandelter Form ähnliche hypnotische Verhaltensweisen wie sein Patient (Bányai, 1988a; Blatt et al., 1969; Varga et al., 1999). Wird dies zu operationalisieren versucht, so ist es eventuell die Fähigkeit des Therapeuten, bei sich selbst in besonders plastischer Form Imaginationen hervorzurufen, die ihn zu hypnotischen Verhaltensweisen veranlasst.

Der Übergang zur Autosuggestion ist hier fließend. Umso wichtiger ist es bei einer solchen Disposition für den Therapeuten, sich abgrenzen zu lernen, was wahrscheinlich nur durch intensive Selbstbeobachtung und Supervision gewährleistet sein kann.

15.5.2 Was ist hypnotische Kommunikation?

Bereits die Kommunikation *vor* der Hypnoseanwendung ist wesentlich. Ohne formelle oder informelle Induktion können hier auch nonverbal Suggestionen gegeben werden, die positive Erwartungshaltungen in Bezug auf die weitere Behandlung aufbauen. Diese Art der Mikrohypnose (Barilan, 2002) ist z. B. in vielen ärztlichen Gesprächen besonders hilfreich und bewirkt durch ihre therapeutische Richtung ebenfalls Veränderungen. Die hypnotherapeutische Interaktion bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen formalen Hypnose-Induktionen oder -Instruktionen, die meist am Anfang der Begegnung stehen, die sich dann hin zu einer hypnotischen Konversation entwickeln. Gerade hier unterscheiden sich die Theorien und praktischen Vorgehensweisen der Therapeuten, die durch sie oder ihre eigene Philosophie oder Erfahrung etc. bestimmt werden (Teleska & Roffman, 2004).

Vom Beginn der Induktion an sollte der Patient bei der Kommunikation relativ früh dazu angehalten werden, von seinen Imaginationen, Gefühlen, Erwartungen und allgemeinen Kognitionen zu berichten. Dadurch kann der Therapeut sehr klare und stimmige Informationen über die mehrdimensionalen Auswirkungen der Suggestionen erhalten und darauf seine weiteren Schritte abstimmen.

Der gesamte Kommunikationsaspekt kann als Rapport bezeichnet werden (s. Abschn. 7.1).

15.6 Erklärungsmodelle der Therapeut-Patient-Beziehung

Von den zahlreichen Erklärungsversuchen sollen hier nur drei exemplarische Darstellungen erfolgen.

15.6.1 Kommunikationstheoretisches Erklärungsmodell



Hypnose ist eine intensive Kommunikationsform

Therapeut und Patient befinden sich in einer Art Regelkreis bzw. in einer intensiven Kommunikation, in der sie beide bereits auf minimale Signale reagieren. Somit kann es innerhalb der Hypnosetherapie zu einer erhöhten Sensitivierung beider Personen füreinander kommen. Hypnose ist hier in einem interaktionalen Gesamtkonzept zu betrachten und nicht als einseitige Handlung des Therapeuten (z. B. Fourie & Liefshitz, 1987; Levitt & Baker, 1983).

Haley (1963, dt. 1978) betrachtet als einer der Ersten Hypnose unter kommunikationstheoretischem Aspekt. Hypnose besteht demnach ausschließlich aus dem Austausch von Botschaften einer bestimmten Klasse. Die Wirksamkeit der Hypnose ist darin zu sehen, dass der Hypnotiseur die Versuchsperson auffordert, etwas zu tun und ihr gleichzeitig suggeriert, es nicht zu tun. So wird die Anweisung, die Augen offenzuhalten und den Punkt zu fixieren durch die folgende Anweisung, die Augen zu schließen, widerlegt. Die Versuchsperson wird gleichzeitig angewiesen, dem Befehl zu gehorchen und ihm nicht zu gehorchen. Dies impliziert eine Botschaft auf verschiedenen – also inkongruenten – Ebenen. Auf diese Weise kann der Patient z. B. seine Augen schließen und diese unwillkürliche oder sogar »unfreiwillige« Reaktion akzeptieren. Das heißt, der Therapeut kann durch die Paradoxien den Patienten sowohl daran hindern, eine komplementäre (= gehorchen) als auch eine symmetrische Kommunikation (= nicht gehorchen) herzustellen. Hier sieht Haley den besonderen klinischen Nutzen der Hypnose, wenn sie »als Taktik zur Definition einer Beziehung und zur Überwindung des Widerstands von Patienten gesehen wird, die mit eigenen Definitionen kontern« (Haley, 1978, S. 58).



Hypnose ist ein Aushandeln von Kontrakten

Zwischen Therapeut und Patient werden ausgesprochene oder unausgesprochene Vereinbarungen oder Kontrakte abgeschlossen. Dabei handelt es sich um Übereinkünfte oder Zugeständnisse bzw. Versprechungen, die eine Art Gesetz zwischen den Partnern darstellen (Hodge, 1976). Wurde vorher ein Hypnose-Kontrakt geschlossen, sich auf den Therapeuten einzulassen, dann stimmt der Patient dem zu, was der Therapeut als machbar vorgibt. Was danach eintritt, kommt dann aus dem Patienten selbst, ist nicht vom Therapeuten aufgesetzt und wird entsprechend vom Patienten als seine Willensfreiheit erlebt.

15.6.2 Verhaltenstheoretische Erklärungsmodelle

Hypnose ist ein sehr komplexes Verhalten, das aus respondent oder operant erlernten Verhaltenselementen und Kognitionen (Erwartungen, Bewertungen etc.) besteht, abhängig von den gewünschten Reaktionen (s. Kap. 17). Wirkungsvolle Suggestionen berücksichtigen die Kognitionen des Patienten, was besonders in den kognitiv-behavioralen Erklärungsmodellen (z. B. Barber, Spanos, Kirsch, Rhue, Lynn) der Hypnose betont wird.

Praxishinweis

Suggestionen als Zugriff auf Erlerntes

- Erfolgreiche Suggestionen können sich nur auf bislang erfahrene, erlernte Verhaltenweisen beziehen. Die Suggestion: »Du spielst Trompete wie Louis

Armstrong« wird nur zu einem Imitat führen, nicht jedoch zu einem unerlernten Verhalten.

- Die Suggestion »Du hast *keine* Angst vor dem Hund« löst die erlernte Assoziation »Angst« aus – verbunden mit ihren kognitiven und physiologischen Begleiterscheinungen.
- Es sollten nur positive, d. h. zielgerichtete Suggestionsformulierungen benutzt werden. Verhalten wird durch seine vorher hergestellten/erlernten Assoziationen aktiviert. Beispiel: »Du kannst den Hund ruhig und entspannt ansehen« (s. Abschn. 7.5.3).

Kausalattribution und Selbstattribution

Derjenige Therapeut ist effektiv, der die Vorstellungs- und Bilderwelt seines Patienten gut exploriert und auf dieser Basis sehr individuelle anschauliche Formulierungen vorgibt, die genau das relevante Wahrnehmungssystem oder das physiologische Bezugssystem (= Lernerfahrungen) ansprechen. Das Zusammenwirken der klassischen Ebenen Kognition, Physiologie und Motorik (Schachter, 1971) wird hier deutlich (s. Abschn. 17.1).

Die Kausalattributionen beeinflussen auch in die Zukunft reichende Erwartungen und Hypothesenbildungen (Liebhart, 1975):

Gibt der Therapeut die der Imaginationswelt des Patienten entsprechenden Instruktionen, so wird seiner Intervention wahrscheinlich weniger Kausalpotenz zugesprochen werden, und der Patient kann Hypnose mehr als ein Produkt seiner eigenen Mitbeteiligung erleben (= interne Attribution).

Der autoritäre Therapeut dagegen wird als machtvoll erlebt (= externe Attribution) und kann damit leicht Ängste produzieren.

Da eine positive Korrelation zwischen Zufriedenheit, Zielerreichung und Begabungsattribution besteht (Meyer, 1973; Nicholls, 1975), wird der erfolgreiche Hypnosepatient, bei dem mehr seine eigenen Bilder und seine individuelle Kooperation berücksichtigt wurden, sich als hypnosebefähigt erleben und deshalb weiterhin umso besser kooperieren.



Erlebt der Patient Hypnose zum Großteil als durch sich selbst mit verursacht, so wird er in der nächsten Sitzung wesentlich besser kooperieren und zunehmend intensivere Hypnoseerlebnisse haben.

Selbstwahrnehmungsprozesse sind für die Hypnose-Kooperation des Patienten ebenfalls bedeutsam. Wenn z. B. die Hand sich immer leichter fühlen soll, braucht der Patient plausible Erklärungsbilder, die er z. B. durch den imaginierten Luftballon am Handgelenk erhält. Dieser Selbstattribution wird auch darin Rechnung getragen, dass möglichst oft motorisch nachvollziehbare Phänomene wie die Handlevitation besonders zu Beginn und zur Vertiefung der Induktion benutzt werden. Der Patient kann

nun deutlicher zwischen seiner körperlichen Befindlichkeit (Handheben) und seiner psychischen Situation (Entspannung, Hypnose) unterscheiden und erlebt dabei keine Gegensätzlichkeiten, was gleichzeitig wieder zur Verifizierung seiner veränderten Befindlichkeit beiträgt und eine positive kognitive Verstärkung beinhaltet.

Praxishinweis

Angemessene Suggestionen verändern die Selbstattribution

Verhaltensänderungen werden umso mehr selbst attribuiert, je weniger externe Erklärungsgründe aufzufinden sind und umso mehr das erwünschte Verhalten mit den eigenen Anstrengungsbemühungen in Zusammenhang steht (Kukla, 1972). Entsprechend wird der umsichtige Therapeut seine Hypnose so gestalten, dass der Patient durch einen breiten Verhaltensspielraum möglichst wenig Außendruck erlebt. Gleichzeitig erfolgt durch diesen Prozess eine Selbstverstärkung, da die Bemühungen des Patienten mit angenehmer Entspannung (schöne Urlaubsimaginationen etc.) kontingent verstärkt werden. Dies macht seine Kooperation und schnellere bzw. auch tiefere Entspannung in der nächsten Sitzung umso wahrscheinlicher.

Die Rolle des Therapeuten als Kooperationspartner, der mit Empathie beobachtet, konfrontiert und differenziell verstärkt (s. Abschn. 13.2 und 14.2), ergibt sich aus dieser Perspektive als selbstverständlich.

15.7 Schlussbemerkung

Allein aus den zwei verschiedenen Erklärungsmodellen wird deutlich, dass Hypnose keinesfalls durch die Macht eines Therapeuten gekennzeichnet ist, sondern u. a. durch sein erlerntes Geschick von guter Beobachtung und schneller und anschaulicher Rückmeldung der angestrebten Verhaltensweisen. Die Kommunikation ist dann als Suggestion zu bezeichnen, da sie vom Patienten als Verhaltensvorhersage wahrgenommen wird. Die Interaktion zwischen Patient und Therapeut bezeichnet Sarbin (1997) als Konversation, um den verbalen Anteil der Patienten in den modernen Hypnosemethoden hervorzuheben. Grundlage ist dabei das gute interpersonale Vertrauensverhältnis, das den Patienten Geborgenheit erleben lässt und seine Kooperation verbessert. Insgesamt kann dieses komplexe Beziehungssystem auch als »Rapport« bezeichnet werden (s. Abschn. 7.1).

16 Hypnoseanwendung in Kombination mit verschiedenen Therapiemethoden

*Leben bedeutet zu erkennen,
dass die Vorstellungen, die man von Familie hat,
Illusionen sind.
Wer noch im Alter daran festhält,
dass sich seine Bilder erfüllen müssen,
der hat eine große Aufgabe seines Lebens nicht gelöst.*
Arnold Retzer (* 1952)

In diesem Kapitel werden die sehr umfangreichen Kombinationsmöglichkeiten der Hypnose mit unterschiedlichen Therapiemethoden umrissen. Bei der ständig zunehmenden Anzahl können nur die bedeutsamsten kurz dargestellt werden. Die Kombination von Verhaltenstherapie und Hypnose ist in Kapitel 17 ausführlich dargestellt, die vorwiegend klinischen Anwendungsbereiche der Hypnose insgesamt sind in den Kapiteln 22 bis 24 aufgezeigt.

16.1 Kombination und Integration von Therapiemethoden

A. Lazarus (1998), der zahlreiche Methoden integrierte und kombinierte, gibt folgende Impulse:

- ▶ Es scheint keine empirischen Beweise dafür zu geben, dass die Kombination verschiedener Theorien zu einer therapeutischen Technik führt.
- ▶ Es sind die Techniken, nicht die Theorien, die direkt am Menschen angewandt werden.
- ▶ Die Effektivität einer spezifischen Technik muss keinen Bezug zu den Theorien haben, die sie hervorbrachten.
- ▶ Verschiedene Kombinationen von Behandlungsmethoden sollten nur dann ausprobiert werden, wenn es für diese bestimmte Störung keine gut dokumentierte Methode gibt oder wenn erprobte Techniken nicht die gewünschten Ergebnisse erzielen.
- ▶ Wenn man verhaltenstherapeutische oder psychoanalytische Techniken benutzt, praktiziert man nicht gleich notwendigerweise Verhaltenstherapie oder psychoanalytische Therapie.
- ▶ Bei allen Anwendungen ist es enorm wichtig, Konfusion und trügerische Folgerungen zu vermeiden.
- ▶ Von all den vielen Schulrichtungen kann keine einzige alle theoretischen und praktischen Antworten für die zahlreichen psychischen Probleme geben. Die

16 Hypnoseanwendung in Kombination mit verschiedenen Therapiemethoden

*Leben bedeutet zu erkennen,
dass die Vorstellungen, die man von Familie hat,
Illusionen sind.
Wer noch im Alter daran festhält,
dass sich seine Bilder erfüllen müssen,
der hat eine große Aufgabe seines Lebens nicht gelöst.*
Arnold Retzer (* 1952)

In diesem Kapitel werden die sehr umfangreichen Kombinationsmöglichkeiten der Hypnose mit unterschiedlichen Therapiemethoden umrissen. Bei der ständig zunehmenden Anzahl können nur die bedeutsamsten kurz dargestellt werden. Die Kombination von Verhaltenstherapie und Hypnose ist in Kapitel 17 ausführlich dargestellt, die vorwiegend klinischen Anwendungsbereiche der Hypnose insgesamt sind in den Kapiteln 22 bis 24 aufgezeigt.

16.1 Kombination und Integration von Therapiemethoden

A. Lazarus (1998), der zahlreiche Methoden integrierte und kombinierte, gibt folgende Impulse:

- ▶ Es scheint keine empirischen Beweise dafür zu geben, dass die Kombination verschiedener Theorien zu einer therapeutischen Technik führt.
- ▶ Es sind die Techniken, nicht die Theorien, die direkt am Menschen angewandt werden.
- ▶ Die Effektivität einer spezifischen Technik muss keinen Bezug zu den Theorien haben, die sie hervorbrachten.
- ▶ Verschiedene Kombinationen von Behandlungsmethoden sollten nur dann ausprobiert werden, wenn es für diese bestimmte Störung keine gut dokumentierte Methode gibt oder wenn erprobte Techniken nicht die gewünschten Ergebnisse erzielen.
- ▶ Wenn man verhaltenstherapeutische oder psychoanalytische Techniken benutzt, praktiziert man nicht gleich notwendigerweise Verhaltenstherapie oder psychoanalytische Therapie.
- ▶ Bei allen Anwendungen ist es enorm wichtig, Konfusion und trügerische Folgerungen zu vermeiden.
- ▶ Von all den vielen Schulrichtungen kann keine einzige alle theoretischen und praktischen Antworten für die zahlreichen psychischen Probleme geben. Die

Theorien sind lediglich der Überbau; zur Anwendung kommen jedoch Techniken, deren Effektivität es zu überprüfen gilt. Unsere Theoriegrundlage bestimmt jedoch vorwiegend, welche der Techniken wir für akzeptabel oder unakzeptabel halten.

- ▶ Bei der Methodenkombination kann es leicht zu einer Sammlung aus unterschiedlichen Theorien kommen, die nur zu einer → synkretischen Konfusion führen kann und nur therapeutische Aktivität darstellt, aber inkonsistent wird. Ein systematischer und nachvollziehbarer technischer → Eklektizismus führt jedoch dazu, *gezielt* Methoden auszuwählen (Lazarus & Beutler, 1993).
- ▶ Die Anwendung am Patienten sollte nur dann erfolgen, wenn eine empirische Erfolgsaussicht für diese bestimmte Technik besteht.
- ▶ Die Integration verschiedener Verfahren sollte sich nicht allein auf Methoden, sondern auch auf kulturelle Aspekte beziehen, um nicht nur die individuellen, sondern auch die Aspekte, welche die Patienten geprägt haben, in die Behandlung einzubringen und nutzbar zu machen (Leskowitz, 2000; Özelsel, 1995).

Hypnose – ein eigenständiges Therapieverfahren?

Falls Hypnose für sich beansprucht, ein eigenständiges Therapieverfahren zu sein, so muss sie mindestens über folgende Komponenten verfügen und in diesen wissenschaftlich prüfbar zu belegen sein:

- ▶ Theorieteil (zur Ätiologie von Störungen und über ihre Wirkmechanismen)
- ▶ Praxisteil (Interventionsformen und exploratives Vorgehen)
- ▶ Empirieteil (mit z. B. Effektivitätsstudien, Aussagen zu den Wirkmechanismen der Therapie)

Gleichzeitig müsste sie sich in diesen Dimensionen von anderen Behandlungsformen unterscheiden. Zurzeit hat Hypnose noch ein zu diffuses Erscheinungsbild (Bongartz, 2001, S. 10), um als eigenständiges Therapieverfahren gelten zu können.



Hypnose stellt keine eigenständige Therapieform dar, sondern wird stets in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren eingesetzt, um die Effektivität dieser Verfahren zu erhöhen. Sie ist somit eine Erweiterung bzw. ein Zusatz (engl. »adjunct«) bestehender – z. B. verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologischer – Verfahren (Bongartz, 2001; Kossak, 1989; Kirsch, 1996; Kirsch et al., 1995).

Der oft benutzte eigenständige Begriff »Hypnotherapie« ist nicht korrekt, sondern es sollte eher von z. B. »Verhaltenstherapie in Hypnose« die Rede sein. In der amerikanischen Literatur ist der Begriff »hypnotherapy« durchaus gebräuchlich und eine Kurzformel für die Kombination von Psychoanalyse und Hypnose. So sollte auch »Psychoanalyse mit Hypnose« nie durch »Hypnoanalyse« ersetzt werden, da Hypnose die tiefenpsychologische Therapie verbessert und verkürzt, jedoch auch hier nicht der Kernpunkt der Behandlung ist (Wolberg, 1996).

Kombinationen mit Hypnose werden immer geläufiger (s. u.), insgesamt nehmen integrative Ansätze stärker zu, (Peebles-Kleiger, 2001).

16.2 Psychoanalyse – Hypnoanalyse

16.2.1 Klassische Hypnoanalyse

Die Psychoanalyse ist wohl das klassische therapeutische Betätigungsfeld der Hypnose, angefangen von den ersten Versuchen Freuds bis hin zu den zahlreichen Veröffentlichungen der Gegenwart.

Grundsätzliche Ansatzpunkte der Arbeit sind Übertragung, Gegenübertragung, freie Assoziation, Deutungen von unbewusstem/verdrängtem Material, welches z. B. als Träume an die Oberfläche tritt (Shapiro, 1988). Gerade durch Hypnose kann eine große therapeutische Nähe hergestellt werden (Phillips, 1997), mit welcher der Therapeut sogar als → Übergangssubjekt arbeiten kann (Zindel, 1997).

Die klassische Arbeit mit Träumen kann mit Hypnose effektiver gestaltet werden (Mathieson, 1991) und wird auch positiv beurteilt (Carolusson et al., 2001).

Markert (2005) empfiehlt besonders bei Patienten, die Schwierigkeiten haben, Zugang zu ihren Gefühlen zu bekommen, die freie Assoziation in der Hypnosetrance. Zindel (2009) sieht in der Hypnoanalyse eine Vielfalt von Kombination beider Methoden: einerseits das psychoanalytische Denken, andererseits die hypnotischen Techniken, die sich sinnvoll ergänzen und mit unterschiedlichen Gewichtungen einsetzen lassen.

Hypnose findet auch Anwendung in der Individualpsychologie Alfred Adlers (Jones, 1997), bei C. G. Jung (Shamdasani, 2001) und in der Daseinsanalyse (Tanner, 1995).

In Österreich wurde die »Hypnotherapie« in Kombination mit psychoanalytischen Methoden als eigenständige Psychotherapie anerkannt (Kanitschar, 2000).

16.2.2 Ego-State-Therapy

In den USA stellt die Ego-State-Therapy (Watkins & Watkins, 1996, 1999) einen integrativen Zweig der Psychoanalyse dar, der u. a. auch von E. Fromm (z. B. 1998, 2000) vertreten wird und an Bedeutung gewinnt (z. B. Phillips, 2000).

Grundannahme sind verschiedene Ich-Zustände, die man z. B. mit der Gegenübertragungstrance analysieren und behandeln kann (Frederick, 2007). Der Umgang mit Gefühlen erfolgt in Hypnose teilweise über die kindlichen Anteile, das »inneres Kind« (Reddemann, 2007).

Ginandes (2006) sieht drei verschiedene hypnoanalytische Vorgehensweisen, die sich ergänzen:

- ▶ **Hypnoprojektive Techniken**, so Projektionen über Imaginationen oder über Expressionen wie automatisches Schreiben oder als Trance-Dialog.
- ▶ **Ideomotorische Befragung**, um die Ursachen von psychosomatischen Symptomen zu erkennen.
- ▶ **Ego-State-Therapie**, bei der es sechs verschiedene Ich-Zustände auftreten können.

Schmidt und Timens (1991) lassen mittels posthypnotischem Auftrag Personenzeichnungen anfertigen, die nun mehr Projektionen ermöglichen und Interpretationsmaterial bieten.

In der Hypno-Spieltherapie können Erwachsene in der Altersregression an einer (kindorientierten) Spieltherapie teilnehmen und Kindheitsprobleme aufarbeiten (Shapiro, 1988).

16.2.3 Die Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP)

Das psychoanalytisch basierte Verfahren mit metapsychologischem Konzept, auch als »psychodynamisch« einzuordnend, arbeitet mit spezifischen Imaginationen, geht zurück auf das Katathyme Bilderleben (Leuner, 1981) und greift u. a. auf hypnotherapeutische Elemente zurück (Kottje-Birnacher et al., 2005; Ullmann, 2009).

16.2.4 Autogenes Training (AT)

Das als Selbsthypnose-Verfahren bekannte autogene Training (s. Kap. 1.3.3) ist sehr etabliert, da relativ leicht und in Gruppen erlernbar. Besonders die sog. Oberstufenübungen und spezielle Übungen mit formelhaften Vorsätzen werden auch therapeutisch genutzt (Barolin, 2003).

Bekannt sind die stressreduzierenden Wirkungen: durch Entspannung (Vaitl, 2009; Perlitz et al., 2004), zum Angstabbau (Kanji et al., 2006a), bei einem frühen Stadium von Krebserkrankung Verbesserung der Immunreaktionen (Hidderley & Holt, 2004), bei Migräne ist es eine signifikant wirksame Präventionsmaßnahme (Juhász et al., 2007), auch bei leichten Spannungs-Kopfschmerzen (Kanji et al., 2006b). Bei Kindern mit Verhaltens- und Emotionsstörungen (Aggressionen, ADS/ADHS) ist es ein wirksames Breitbandverfahren (Goldbeck & Schmidt, 2003).

16.2.5 Autogene Psychotherapie (ATP)

Die autogene Psychotherapie basiert auf den Grundprinzipien des autogenen Trainings und vereint Hypnose und Katathym-Imaginative Psychotherapie. Sie enthält im Wesentlichen die therapeutische Anwendung der Oberstufenübungen; bedeutsam sind gruppendynamische und gruppenpsychoanalytische Anwendungen (Bischof, 2004).

16.3 Gesprächspsychotherapie

In der Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers (1973) stehen die Gefühle und Einstellungen des Klienten im Fokus der Behandlung, die z. B. bei Erinnerungen, Bewertungen, Entscheidungen und Auseinandersetzungen beeinträchtigend sind.

Hierbei lassen sich sehr produktiv Hypnoseelemente einfügen (Hoff, 1984), um durch z. B. Altersregression oder Dissoziation andere Bewertungs- und Handlungsperspektiven zu gewinnen.

Es werden Parallelen zwischen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und der indirekten Methode Ericksons aufgezeigt (Gunnison & Renick, 1985; Helle, 1990), Goldfried und Davison (1976) sehen sogar eine Verschmelzung der Utilisation als verhaltenstherapeutische Methode mit dem personenzentrierten Ansatz von Rogers; entsprechend wird von Gunnison (1990) der Begriff »Hypnocounseling« geprägt. Bei Patientengruppen mit chronischen Erkrankungen sind die Therapie nach Rogers und die nach Erickson in gleicher Weise wirksam, die Lebensqualität zu verbessern (Larkin, 2007).

16.4 Gestalttherapie

Die Gestalttherapie (Perls et al., 1951) befasst sich u. a. mit den Erfahrungen und Gefühlen innerhalb einer aktuellen Situation, die spontan erlebt und ausgedrückt werden, besonders durch das motorische Verhalten, wobei ein Hauptaugenmerk auf die Widerstände gerichtet wird. Gemeinsamkeiten mit der Hypnotherapie, die zu erfolgreichen Veränderungsprozessen führen, sind: Annahme lösungsrelevanter unentdeckter Ressourcen des Patienten, Aufmerksamkeitsfokussierung und die Notwendigkeit der Musterunterbrechung (Haller, 2005).

Die wenigen Praxisbeispiele zeigen, dass durch die Kombinationsform der Therapieprozess deutlich beschleunigt wird (Hardy, 1999).

16.5 Gruppentherapieformen und systemische Ansätze

16.5.1 Allgemeine Gruppentherapie

Zahlreiche Berichte weisen auf sehr erfolgreiche Gruppenbehandlungen unter Hypnose hin (Fox, 1960; Serlin, 1970; Wolberg, 1948), in der ehemaligen UdSSR entsprechend als Kollektivhypnose bekannt (Ivanov, 1977). Methodisch besteht die Möglichkeit der gemeinsamen Gruppenthypnose oder der Individualarbeit in der Gruppe (z. B. Altersregression, Altersprogression, imaginative Rollenspiele), der dann entsprechende Gruppenprozesse folgen (Araoz, 1979).

Anwendungsbereiche sind bereits seit langem bekannt, wie z. B. zur Gewichtsreduktion oder Raucherentwöhnung.

Die von Hypnose unterstützte Gruppentherapie für Kinder mit behinderten Geschwistern (retardiert oder autistisch) bewirkt durch die Entspannung, dass Abwehr verringert wird, die Aufmerksamkeit erhöht ist und indirekt belastende familiäre Situationen angstfreier besprochen werden können. Durch spezielle Suggestionen gewinnen die Kinder bessere Kompetenzen, mit der Problemsituation angemessener umzugehen (Kleinhauz et al., 1990; s. Abschn. 21.8).

16.5.2 Hypnosystemische Therapie

Basierend auf der Hypnotherapie Ericksons erfolgt eine Integration systemischer Therapiemodelle (Stierlin, 1982). Anstatt traditioneller Tranceinduktionen werden natürlich auftretende Tranceprozesse genutzt und Suggestionen sind Teile der Klientengespräche. Durch die sog. Lösungs trance erfolgt die Fokussierung auf die eigenen Ressourcen und damit Gewinn von Autonomie innerhalb des Systems (Schmidt, 2005).

Für Fourie (1994, S. 89) ist der Gebrauch der Hypnose »im Rahmen der ökosystemischen Therapie die Störung von Ideen, Bedeutungen und Konnotationen sowie die Gestaltung und Schaffung alternativer Realitäten.« Die systemische Hypnotherapie ist für ihn enger mit der systemischen Epistemologie verbunden als mit der von Erickson (Fourie, 2007).

16.5.3 Psychodrama

Die Gruppenmethoden des Psychodramas (Moreno, 1950, 1959) sind auch unter Hypnose realisierbar und in ihrer Synthese »Hypnodrama« benannt (Moreno, 1945). Es wird angenommen, Hypnose habe einen Psychodramakern, den es zu mobilisieren gilt (Moreno, 1950, 1977). Unabhängig von Moreno hat Enneis die Methode des Hypnodramas entwickelt (Enneis, 1950; Greenberg, 1977). Da im Psychodrama das emotionale Abreagieren unbewältigter Konflikte vorgenommen wird, liegt hier ein ähnliches Anliegen vor wie bei der Hypnokatharsis (Brinkhaus, 1983; Stokvis & Langen, 1965).

Die Methode bedient sich u. a. der Altersregression, Dissoziation oder anderer spezieller Hypnosetechniken. Dabei werden auch imaginierte Szenen durchgespielt, bei denen Rollentausch und Szenenveränderungen schnell erfolgen können (Greenberg, 1977). In der Kinderpsychotherapie nimmt Allemann (2002) *dialogisches Gestalten* vor, das Teilaspekte der Ericksonschen Hypnotherapie und des Psychodrama nutzt.

Hypnose ist für Schauspieler sehr hilfreich, ihre Rolle intensiver zu spielen; sie müssen jedoch genaue Anweisungen über die Grenzen ihrer Rollen erhalten (Fowler, 1988).

Die Vorteile des Hypnodramas gegenüber dem Psychodrama (Enneis, 1977; Supple, 1962)

- ▶ Verkürzung der Anwärmphase und damit schnelleres Erreichen der wichtigen Anfangsstufe der Therapie, die nun effizienter gestaltet wird
- ▶ Starker Abbau von Hemmungen und dadurch bessere Befreiung des kreativen Ich, höhere Spontaneität

- ▶ Die für die Therapie wesentliche Spontaneität kann unter Hypnose schneller erzeugt werden. Geringerer kritischer Zustand der Spontaneität und dadurch besseres Aufarbeiten von Emotionen
- ▶ Besseres Darstellen tieferer Persönlichkeitsstrukturen
- ▶ Geringeres Abwehr- oder Ausweichverhalten

16.5.4 Kritische Betrachtungen der Gruppentherapie mit Hypnose

Bei der Kombination von Hypnose mit dynamischer Gruppenpsychotherapie werden von Wendt (1978) Bedenken erhoben. Er nimmt eine Minderung oder Beeinträchtigung der Aktivität in der Gruppe an. Nachteilig kann sein, dass nur allgemeine Suggestionen benutzt werden können. Werden individuelle Instruktionen bzw. Suggestionen gegeben, so können benachbarte Patienten diese aufnehmen und dadurch unangemessen reagieren. Dies ist ein generelles Problem bei Gruppenbehandlungen. Deshalb werden Gruppensitzungen mit Fremdsuggestionen teilweise abgelehnt (Stocksmeier, 1984).

16.6 Familien- und Paartherapie

16.6.1 Familientherapie

Die Familientherapieformen gehen von der Funktionsweise eines Gesamtsystems und den darin bestehenden interaktionellen Bedeutungen der Symptome aus. Unabhängig von der Form und theoretischen Ausrichtung der Familientherapie können Hypnoseelemente eingearbeitet werden.

In der bislang vorliegenden, sehr seltenen Literatur werden weitgehend indirekte Formen nach Erickson benutzt, wie z. B.:

- ▶ Geschichten erzählen und Metaphern benutzen
- ▶ Einstreutechnik, um neues Verhalten »zu säen« und zu suggerieren
- ▶ über das bewusste und unbewusste Denken kommunizieren
- ▶ ein dringendes Kommunikationsverhalten in Liebe und Sorge umdeuten und dies als Ressource nutzen
- ▶ ein unbewusstes Verhaltensmuster mit Hilfe einer Aufgabe durchbrechen
- ▶ eine Verhaltenssequenz, die in einem Zustand nach innen gerichteter Aufmerksamkeit endet, so verändern, dass die Verhaltenssequenz in nach außen gerichteter Aufmerksamkeit endet (nach Trenkle & Schmidt, 1985, S. 13)
- ▶ intrapsychische Prozesse in der therapeutischen Beziehung so transformieren und nutzen, dass ein effektives Kooperationssystem mit optimaler Verteilung der Verantwortung entsteht (Schmidt, 1999, 2000)

Weitere Anwendungen der Hypnose sind Ritualverschreibungen und »paradoxe« Umdefinitionen (Reframing; s. Abschn. 18.4.5), Veränderung gewohnter Erfahrungs-

und Denkmuster durch z. B. Ablenkung oder Konfusion, Anbieten schlechterer Alternativen, Arbeiten mit Metaphern etc. (C. Lankton, 1985; S. Lankton, 1985; Rittnerman, 1985). Methodisches Ziel ist, »Assoziationsmuster, Verhaltenspotentiale und Einstellungen hervor[zu]rufen, die von den Familienmitgliedern für die Lösung der eingebrachten Probleme genutzt werden können« (Trenkle & Schmidt, 1985, S. 14).

Diese Kombinationsform kann Entspannung und damit Vertrauen in der Familie aufbauen, von einer defensiven Haltung zu einer mehr kooperativen führen und dann spezifisch bei einem oder mehreren Familienmitgliedern strukturelle Veränderungen im Rahmen der Familie bewirken.

Die Praxiserfahrungen zeigen, dass auch die »klassische« Hypnose in gleicher Weise wie die »Erickson«-Form im Rahmen der Familientherapie(n) sehr effektiv einsetzbar ist (Braun, 1984; Protinsky, 1983).

Beguelin (1990) sieht die Familienglieder weniger als Elemente eines systemischen Determinismus an, sondern macht die Möglichkeiten der einzelnen Individuen nutzbar, indem er bei ihnen gezielt Hypnose einsetzt. Er bewirkt auf diese Weise deutliche Deformationen innerhalb des Systems und zwingt so das System zur Autopoesie (Maturana, 1982), zur internen Reorganisation und Neugestaltung.

16.6.2 Paartherapie

Logisch geht aus den Darstellungen hervor, dass auch Methoden der Paartherapie unter Hypnose durchführbar sind.

In der Paartherapie erfolgreich sind die von Calof (1985) beschriebenen Möglichkeiten wie z. B.:

- ▶ Altersregression in Situationen der Herkunftsfamilie und dann Bearbeitung der Probleme in der Paarsituation
- ▶ Darstellung unter Hypnose, welche Paarprobleme in der Herkunftsfamilie bestanden
- ▶ Durch Dissoziation verschiedene Rollen und Funktionen erleben und spielen
- ▶ Durchführung gegenseitiger Hypnoseinduktionen und dadurch Vertrauen und Sensibilität gegenüber dem Partner aufbauen

Die Integration von Erickson-Hypnose und systemischer Paartherapie wird von Loredio et al. (2011) durchgeführt. Man geht dabei davon aus, dass die Verhaltensmuster im System Familie oder Ehepaar und das individuelle Denken seiner Mitglieder sich gegenseitig beeinflussen.

16.7 Entspannungsverfahren

Im Vordergrund der Entspannungsverfahren steht das von der Hypnose abgeleitete autogene Training, das eine ähnliche Position wie Hypnose einnimmt, wenn sie als Entspannungsmethode benutzt wird (Scholz, 2000). Vergleichbar sind die Wirkungen

der progressiven Muskelrelaxation (Jacobson, 1938) und des autogenen Trainings einzuordnen (Vaitl & Petermann, 2009; Vaitl, 2009). Die einzelnen Kombinationsformen sind in den Kapiteln zur Therapie (22 bis 25) erwähnt.

16.8 Hypnose und Biofeedback

Biofeedback basiert auf der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass Vorstellungen physiologische Veränderungen bewirken können, die vermeintlich autonom gesteuert werden (s. Abschn. 7.4). Olness (1997) kombiniert deshalb Biofeedback mit der Hypnoseinduktion. Die Patienten erkennen dabei, wie sie durch die Veränderung ihrer Vorstellungen und ihres Denkens physiologische Prozesse beeinflussen können. Dadurch wird das Interesse an Hypnose erhöht und die Einstellung zur Selbsthypnose verbessert.

Nach Wickramasekera (1999) sind die Erfolge des Biofeedback nicht direkt mit der Reduktion der klinischen Symptome verbunden; vielmehr erzeugt das Biofeedback unspezifische Placebo-Effekte, die ihrerseits die Lösungsresistenz des neu erlernten Verhaltens bewirken. Entsprechend erzeugt Selbsthypnose (und andere Entspannungsmethoden) die schnellste Symptomreduktion.

16.9 Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR

Die Methode des EMDR (Shapiro, 1989) wird besonders zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen und bei Ängsten eingesetzt und fand durch ihre schnelle Wirkung und hohe Effektivität große Resonanz (Eschenröder, 1997). Das Theoriemodell lehnt sich an Freuds (1919/1955) und Pawlows (1927) Verständnis von Informationsverarbeitung an (Fine & Berkowitz, 2001).

Es wird angenommen, dass eine reziproke Interaktion der kognitiven und affektiven Unterbereiche des → anterioren cingulären Kortex vorliegt. Durch die → unilaterale Aktivierung der rechten anterioren cingulären Bereiche bei der hypnotischen Dissoziation und bei posttraumatischen Syndromen vermutet man eine Aufhebung der reziproken Beziehung zwischen diesen Unterbereichen. Durch EMDR werde eine → bilaterale Aktivierung und Wiederherstellung der reziproken Beziehung erreicht (Corrigan, 2002).

Die Kombination mit Hypnose wird in Einzelfällen als effektiv beschrieben (Frischholz et al., 2001; Phillips, 2001). Suggestionen können eventuell als Wirkfaktoren zur Symptomverbesserung angesehen werden (Whalen, 1999). Die Kombination mit Hypnose hat positive Wirkungen bei Dissoziativen Identitätsstörungen und chronischen Posttraumatischen Belastungsstörungen (Fine & Berkowitz, 2001).

ECEM. Hollander und Bender (2001) nennen die Kombinationsmethode »Eye Closure, Eye Movement« (ECEM), mit der Behandlungschancen erhöht und Anwendungsrisiken von EMDR verringert werden können. Sie hat sich bei Depersonalisationsstörungen zum Symptomabbau (z. B. sensorisches und kognitives Abstumpfen, Aufmerksamkeitsprobleme) als erfolgreich erwiesen (Hollander, 2009). Bei der psycho-

logischen Traumaaarbeit sind Beere et al. (2001) und Phillips (2001) erfolgreich. Bei der Behandlung von Phobien sieht McNeal (2001) in der Kombinationsform einen synergetischen Effekt ihrer Vorteile.

Die Kombination von EMDR, Hypnose und Ego-State-Therapie nehmen Wade und Wade (2001) vor.

16.10 Meditation und Hypnose

16.10.1 Meditation

Die Kombination von Meditation und Hypnose wird zunehmend öfter durchgeführt, so in der Achtsamkeitstherapie (s. u.). Systematische Arbeiten liegen noch nicht vor (Vigne, 1997), da sich die Meditationsformen – wie unten dargestellt – in ihren Erklärungsmodellen, Zielen und der praktischen Durchführung sehr unterscheiden.

Die seit über 2.500 Jahren bestehenden Meditationsformen werden in ihren asiatischen Heimatländern als Lebens- und Geisteshaltung angesehen; man meditiert, um in sich zu sein und gesund zu bleiben. Hypnose wird dagegen als eng umgrenzte Methode angewandt, um wieder gesund zu werden.

Gemeinsamkeiten der Meditation mit Hypnose

Starke Übereinstimmungen bestehen in der anfänglichen Entspannung, in der mentalen konzentrierten und fokussierten Aufmerksamkeit, der Aufnahmefähigkeit des Anwenders und der Absorption (Telegen & Atkinson, 1974).

Wie bei der Hypnose ist auch die Meditation ohne angemessene Unterweisung und Übung unethisch (Otani, 2003).

Die Neuropsychologie von Hypnose und Meditation ist sehr ähnlich, so kortikale Inhibition mit langsamen Thetawellen (Sterman, 1999; Crawford, 2001), besonders im anterioren cingulären Kortex. Bei beiden sind Inhibitionsmuster besonders in mittleren und frontalen Kortexbereich zu finden (Holroyd, 2003).

Die Unterschiede bestehen in den Methoden bzw. Meditationsweisen. Werden z. B. bei Formen des Buddhismus bestimmte Formeln wiederholt wie »Om«, dürfen in der Zen-Meditation keine Imaginationen oder Gedanken auftreten (Kopp, 1999) – und Hypnose arbeitet gerade mit Bildern.

16.10.2 Achtsamkeit, Akzeptanz und Hypnose

Die historischen Wurzeln der Achtsamkeit liegen im Buddhismus mit ihrer Bedeutung »Besinnung, Gedächtnis, Erinnerung« – sich gewahr werden, was gerade in diesem Moment der Gegenwart stattfindet. Achtsamkeit ist die erhöhte, meist gezielt gelenkte und bewusst kontrollierte Aufmerksamkeit, die man durch Meditation erwirbt. Die zweite historische Wurzel liegt in der mittelalterlichen Mystik mit ihren ähnlichen Meditationspraktiken (Buchheld & Walach, 2004).

Je nach psychotherapeutischer Indikation, Zielrichtung und Methodenkombination gibt es (nach Heidenreich & Michalak, 2004) Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Kabat-Zinn, 1990), Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen (Segal et al., 2002), Acceptance und Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999) und die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Linehan, 1996). Weitere zahlreiche meist kognitiv-behaviorale Kombinationen wurden daraufhin entwickelt.

Hypnose und Achtsamkeit beinhalten vielschichtige Techniken zur Selbstregulation, die kognitive und behaviorale Veränderungen bewirken können, aber auch Akzeptieren von Emotionen oder Problemlösungsstrategien (Baer, 2003); hohe Akzeptanz von Emotionen steht im engen Zusammenhang mit Therapieerfolg (Greenberg & Safran, 1987).

Da Hypnose in Kombination mit kognitiv-behavioraler Therapie sehr wirksam ist (Kirsch et al., 1995; Lynn et al., 2000), ist auch anzunehmen, dass ihre Kombination mit Achtsamkeit über wirksamere Imaginationen und Suggestionen ebenfalls hohe Therapieeffekte erzielen wird (Lynn et al., 2006).

Kleine Anwendungsbeispiele zur Verdeutlichung (aus Lynn et al., 2006, S. 155 f.) Anwendungsbeispiele zu Gedanken

- ▶ Stellen Sie sich vor, Ihr Kopf (Verstand) ist wie ein Fließband. Gedanken und Gefühle, die vom Band kommen, werden beobachtet, eingeordnet und kategorisiert (Linehan, 1993).
- ▶ Der Kopf ist der Himmel; Gedanken, Gefühle, Empfindungen sind die Wolken, die vorüberziehen, und Sie beobachten sie dabei (Linehan, 1993).
- ▶ Stellen Sie sich vor, Ihr Gedanke ist eine kleine Welle auf dem Wasser oder Licht auf Blättern (Rinpoche, 1981).
- ▶ Stellen Sie sich vor, Ihre Gedanken sind auf Schilder geschrieben, die von marschierenden Soldaten getragen werden (Hayes, 1987).
- ▶ Gedanken lösen sich auf wie eine Parade von Leuten (oder Zeichen), die über eine Bühne marschieren (Rinpoche, 1981, S. 53).
- ▶ Stellen Sie sich vor, dass Sie durchsichtig sind – und störende Gedanken und Gefühle können Sie nicht durchdringen oder haben keine Macht, Ihre Handlungen zu kontrollieren (Marlatt, 2002).

Anwendung hypnotischer und posthypnotischer Suggestionen

- ▶ Ermutigung, in Achtsamkeit mit sich selbst umzugehen.
- ▶ Nicht enttäuscht sein, wenn die Aufmerksamkeit dabei unweigerlich abschweift.
- ▶ Lerne Möglichkeiten, das zu akzeptieren, was nicht änderbar ist.
- ▶ Identifiziere dich nicht persönlich mit den Gefühlen, wenn sie aufkommen.
- ▶ Sei tolerant zu bestimmten störenden Gefühlen (z. B. Ärger über ein Kind); nutze alles, was kommt, um nutzbare Handlungen zu bewirken – falls möglich.

- Schätze die Tatsache, dass sogar beunruhigende Gefühle vorüber gehen und dass sie vielleicht durch andere Gefühle ersetzt werden.

Selbsthypnose und Achtsamkeit können erlernt werden, um positive Reaktionen (Gedanken, Verhaltensweisen) dann hervorzubringen, wenn unschöne Verhaltensweisen sonst überwiegen würden. Das Training der Achtsamkeit schärft den Blick für unschöne oder schädigende Handlungen und ermöglicht es, sie besser zu akzeptieren. Damit verbunden ist gleichzeitig, die angemessenen und förderlichen Gedanken und Gefühle und Momente zu entdecken und in das Alltagsleben zu integrieren.

16.11 Weitere Kombinationsformen von Hypnose

16.11.1 Hypnopunktur

Wissenschaftliche Erklärungsmodelle über die synergetische Wirkung der Kombination von Hypnose und → Akupunktur können bislang nur theoretisch aufgestellt werden.

Gemeinsamkeiten von Hypnose und Akupunktur (Schiff et al., 2007)

- Bestimmte Rituale, von deren Wirkung sowohl Patient als auch Therapeut überzeugt sind (Kaptchuk, 2002).
- Heilungserwartungen über die Wirkung der angenommenen Mechanismen sind wirksam (Crow et al., 1999).
- Der überraschende Unterschied zwischen angespannter Erwartung (Schmerz/unangenehmes Erlebnis) und eintretender Erfahrung (Entspannung) wirkt als Auslöser für Veränderungen (Hammond, 1990).
- Durch die neue Erfahrung entsteht die Überzeugung der positiven Veränderung, die die Selbstwirksamkeit des Patienten erhöht (Frank & Frank, 1991).
- Die schnell eintretende Entspannung reduziert Widerstände und erhöht die Suggestibilität.
- Gleichzeitig wird dadurch der vorherige Negativzustand (Schmerz, Anspannung, Negativerwartung) reduziert, wodurch eine negative operante Verstärkung der Kooperation und des Glaubens an die Intervention erfolgt, also eine Zunahme der Wirkungen.
- Gegenseitig ergänzende Wirkungen treten ein. Da die Reaktionsfähigkeit auf Hypnose nicht mit der Reaktionsfähigkeit auf Akupunktur korreliert, können sie sich gegenseitig in ihren Wirkungen ergänzen (Knox et al., 1990). Dieser gegenseitige Ausschluss spricht auch für unterschiedliche Wirkmechanismen. Eventuell können durch Akupunktur tiefere Hirnregionen stimuliert werden, die dann vielleicht mit Hypnosewirkungen zusammenwirken (Campbell, 2006).

Praktische Anwendungen. Bislang liegen vorwiegend Einzelfallberichte vor: Zehner (2005a, b, 2009, 2010) wendet die Kombination von Hypnose mit Akupunktur und Akupressur bei besonders ängstlichen Kindern während der Zahnbehandlung an und bewirkt damit Beruhigung, Schmerzlinderung, Angstreduktion und Würgereizreduktion. Dies verbessert die Compliance und auch den Rapport zum Praxisteam. Oft lässt sie während der Behandlung die Eltern selbst Akupressur am kleinen Patienten durchführen. Durch diese Hilfstätigkeit werden sie selbst ruhiger, sind abgelenkt und bauen ihre eigene Angst oder ihren Stress ab (Kossak & Zehner, 2012). Ebenfalls im Dentalbereich wenden Eitner et al. (2005) die Hypnopunktur bei Würgereflexen in Notfallsituationen an; dabei reicht jedoch Akupunktur allein nicht aus. Samules (2005) ist mit der Kombinationsmethode bei Kopfschmerzen erfolgreich.

Akupressur und Hypnose wird von Muenke und Draeger-Muenke (2011) zur Förderung des Wohlbefindens z. B. bei Angst, zum Schlaf und zur Aufmerksamkeit eingesetzt.

Randomisierte kontrollierte Studien wurden bislang nur sehr selten erhoben (Chiapelli et al., 2006).

16.11.2 Psychodynamisch-Imaginative Traumaarbeit (PITT)

Reddemann (2008) integriert zur Behandlung von Traumafolgen Teile von angewandter Psychoanalyse mit Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie, imaginative Verfahren und Grundlagen der Achtsamkeitsmeditation (s. u.). Im Vordergrund steht dabei das Konzept der Selbstregulation und Selbstheilung. Beckrath-Wilking (2004) übernimmt dieses seit längerer Zeit akzeptierte Konzept und integriert es in die psychoanalytische orientierte Arbeit der stationären Psychotherapie.

16.11.3 Memory Focused Intervention (MFI)

Diese Therapievariante der Hypnose von Meyerson (2010) basiert historisch auf dem »kathartischen Paradigma« von Breuer und Freud (1895), nach dem Erinnerungen an die frühe Kindheit durch unterschiedliche Mechanismen verändert werden, so u. a. wahrscheinlich als sog. Deckerinnerungen, nach denen ein unwichtiges Ereignis ein bedeutsameres ähnliches zudeckt (Freud, 1899, 1952). Weiterführend greift Meyerson auf die Beobachtungen zurück, dass in Hypnose und psychotherapeutischen Prozessen Paramnesien auftreten, also im Bereich der Autobiografie von Erinnerungen an Ereignisse, die sich objektiv nie ereigneten (s. hierzu Abschn. 26.2.2), das Gehirn demnach über eine gewisse Erinnerungs-Plastizität verfügt. Wenn autobiografische Ereignisse kodiert, gespeichert und abgerufen werden, dann werden durch Memory Focused Interventionen (MFI) Erinnerungen durch Hypermnesie oder Altersregression hervorgerufen, hypnotherapeutische rekodiert und erneut gespeichert. Dieses abgerufene Gedächtnis bewirkt den therapeutischen Effekt.

16.12 Neurolinguistisches Programmieren (NLP)

Nach der Analyse bekannter und wirksamer Therapieverfahren entnehmen Bandler und Grinder (1975) und Grinder und Bandler (1981) deren wesentliche Teile und verbinden sie meist mit Strategien der Ericksonschen Hypnotherapie; sie adaptieren auch Modelle und Methoden der Verhaltenstherapie, benennen sie jedoch neu. Ziel des NLP ist es, die bevorzugten Repräsentationssysteme (»Landkarten«) der Person zu erkennen und die wenig benutzten oder unterentwickelten Repräsentationssysteme auszubauen. In Trancezuständen erfolgen dann Verankerungen neuer Strukturen (Kossak, 1993).

Grundlage zur Konfliktmediation ist das »Negotiation Modell« (Grinder & Bandler, 1981) mit unbewusst ablaufenden Reiz-Reaktions-Zyklen. Mittels Hypnose werden Wege gefunden, diese zu erkennen und zu verändern (Stahl, 2007).

Im *Hildesheimer Gesundheitstraining* erfolgt eine Kombination von NLP, Hypnose und Verhaltenstherapie, um bei chronisch Kranken, meist Krebskranken, Schmerzen zu lindern (Unterberger, 2007).

Bei der *NLP-Immunarbeit* werden Patienten dazu angeregt, individuelle Heilbilder aus sich heraus zu entwickeln (Krutiak, 2007).

Für das Hypno-Coaching kombiniert Migge (2008) NLP mit Psychodrama, tiefenpsychologischer Traumdeutung, Katathym-Imaginativer Psychotherapie (KIP) und der Oberstufe des autogenen Trainings.

16.13 Rationale-emotive Therapie (RET)

Die RET ist kognitiven Modellen der Verhaltenstherapie zuzuordnen und wird in Abschnitt 18.5.2 dargestellt.

17 Hypnose und Kognitiv-behaviorale Therapie (KBT)

*Beklage nicht, was nicht zu ändern ist,
aber ändere, was zu beklagen ist.*
William Shakespeare (1564–1616)

Nach Einführung der grundlegenden Begriffe der Verhaltenstheorie und Verhaltenstherapie werden die Vorteile der Methodenkombination mit Hypnose dargestellt.

17.1 Verhaltenstheorien

Grundlage der Verhaltenstherapie sind die Lerntheorien; hier wird angenommen, dass Veränderung von Verhalten über eine gewisse Zeit hinweg ein Lernprozess ist.

Verhalten ist hier zu verstehen als äußerlich sichtbare und beobachtbare Äußerungen des Organismus sowie psychophysiologische, aber auch kognitive Prozesse. Innerhalb eines Lernprozesses kann Verhalten erlernt, erworben, angeeignet, aber auch verlernt, abgebaut werden.

Die grundlegenden Lerntheorien

Klassisches bzw. respondentes Lernen = Konditionieren. Die Experimente von Pawlow (1927) bilden die Grundlage der S-R-Theorie, nach der durch vorherige zeitliche Koppelung Stimuli (S) zwingend Verhaltensweisen (R) auslösen. Auf menschliches Verhalten übertragen entstehen so häufig Phobien., auch sog. psychophysiologische oder psychosomatische Störungen wie Asthma oder Bluthochdruck.

Operantes bzw. instrumentelles Lernen. Skinner (1938) stellte aufgrund seiner Experimente die Theorie des operanten Lernens auf, nach der Verhalten in bestimmten Situationen (= Auslösereize) durch seine Folgekonsequenzen (= Verstärkung oder Bestrafung) bestimmt und dadurch häufiger oder seltener wird.

Modelllernen. Aufgrund der Beobachtung des Verhaltens anderer Menschen und ihrer darauf folgenden Konsequenzen können sich Personen neue Verhaltensweisen oder Verhaltensmodifikationen aneignen (Bandura, 1969, 1986). Demnach sind Lernprozesse in starkem Maße durch soziale und interpersonale Komponenten beeinflusst.

Kognitionspsychologische Prozesse. Auch kognitive Prozesse wie Erwartungen, Vorstellungen, Motivation sind nach Lerngesetzen erklärbar und mit unterschiedlichen Theorien begründbar. Gründer sind: Aaron T. Beck und Albert Ellis. Als Modell sind zu nennen: self-efficacy von Bandura (1977), das Modell der Bewertungsprozesse von R. S. Lazarus (1981, 1993) und der assoziativen Netzwerke (P. Lang, 1979, 1993).

Folgerung: Kognitiv-behaviorale Therapie (KBT)

Aufgrund dieser Weiterentwicklungen werden kognitive Ansätze mit verhaltensanalytischen gleichgesetzt oder schwer trennbar vermischt (Grawe, 1992; Beer, 2005). Der Begriff »Verhaltenstherapie« wird von einigen Autoren inzwischen sogar als anachronistisch angesehen, da er besser durch Kognitiv-behaviorale Therapie, Kognitive Verhaltenstherapie oder Kognitive Therapie ersetzt werden soll (z. B. Grawe et al., 1994; Scholz, 2001, 2003). Sie schaffen neue Perspektiven im Bereich von Medizin, Psychotherapie und Pädagogik.

Die Kognitiv-behaviorale Therapie ist wahrscheinlich die am weitesten verbreitete Psychotherapieform in der psychosozialen Versorgung (Reinecker, 1999), in der modernen Psychotherapie, in der pädagogischen Psychologie (Unterricht, Lehre, Lernen; z. B. Lindsley, 1992), Rehabilitation (z. B. Kranker und Behinderter; Smith, 1999) und Arbeitssicherheit (Bördlein, 2005) und nimmt weiterhin eine bedeutende Rolle ein.

Die Darstellung der einzelnen Theorien würde den hier vorgesehenen Rahmen sprengen und soll den Lehrbüchern überlassen sein wie z. B. Grant und Evans (1994), Linden und Hautzinger (2008), Margraf und Schneider (2008), Malott et al. (2003), Reinecker (2005, 2008), Schneider und Margraf (2009).

17.2 Hypnose aus der Perspektive der kognitiven Verhaltenstheorie

Bereits in historischen Grundlagenexperimenten (s. Abschn. 2.11.3 f) wurde ein Bezug zwischen Hypnose und den kognitiv-behavioralen Grundannahmen deutlich.



- ▶ Wörter, Gedanken, Imaginationen, Suggestionen können als (externale und internale = kognitive) Reize einfache und auch komplexe (motorische, emotionale, physiologische, kognitive) Reaktionen auslösen (vgl. Abschn. 2.11).
- ▶ Suggestionen können auch bedingte Reaktionen (CR) auslösen, die meist willentlich nicht kontrollierbar sind, wie z. B. Reaktionen von physiologischen Systemen. Hierzu gilt es, die geeigneten Auslösestimuli zu finden, um das gewünschte Reaktionssystem auszulösen.
- ▶ Hypnosesuggestionen unterliegen dem Lerngesetz der Löschungswiderstand und der Generalisierung.
- ▶ Die große Löschungswiderstand des in Hypnose erlernten Verhaltens erklärt die lang anhaltende Wirksamkeit von Hypnosebehandlungen.
- ▶ Die allgemeine Generalisierung in Hypnose erlernten Verhaltens auf das »reale« Verhalten erklärt die hohe Wirksamkeit der Hypnose, die teilweise verblüffend schnellen Erfolge und ihre lang anhaltenden Wirkungen.

Lernbarkeit der hypnotischen Suggestibilität

Die hypnotische Suggestibilität ist beeinflussbar durch Faktoren wie

- ▶ sensorische Deprivation (z. B. Barabasz, 1976a; Wickramasekera, 1990),
- ▶ positive Erwartungshaltungen (Kirsch et al., 1995),
- ▶ Modelllernen (De Vogue & Sachs, 1973; Zimbardo et al., 1969),
- ▶ kontingentes Biofeedback-Training (Wickramasekera, 1971) und
- ▶ die Interaktion zwischen Therapeut und Patient (Wickramasekera, 1976c; vgl. Kap. 15).

Hypnose als intervenierende Variable bei Lernprozessen

Edmonston (1967) sieht Hypnose als intervenierende Variable an, die zwischen dem verbalen Reiz der Suggestion und dem darauf folgenden Verhalten wirksam ist. In gleicher Weise folgert Wickramasekera (1976a, S. 482): »Wenn Hypnotisierbarkeit durch Prozeduren verbessert werden kann, die auch verbales Konditionieren und einfaches Lernen verbessern, dann liegt es nahe anzunehmen, dass Hypnose mit Lernen und Motivation gleiche Parameter teilt.«



Hypnose aus kognitiv-behavioraler Sicht

- ▶ Hypnose ist ein sozial gelernter Typus eines kognitiven Sets über hypnotisches Verhalten, das die Möglichkeit bietet, motivationale oder psychophysiologische Veränderungen vorzunehmen bzw. zuzulassen (Kirsch & Council, 1989; Wickramasekera, 1976d).
- ▶ Werden diese kognitiven Sets individuell berücksichtigt und die Kommunikation (Suggestion, Instruktion) entsprechend gestaltet, ist ein hohes Maß an Kooperation zu erwarten, d. h., die Person reagiert auf die Hypnosesuggestionen in der indizierten Weise.
- ▶ Hypnose ist demnach für die Kombination mit einer Psychotherapieform – hier besonders Verhaltenstherapie – sehr brauchbar.

17.3 Verhaltenstherapie, Kognitiv-behaviorale Therapie

Die Anwendung von Lerntheorien bildet die Basis für »Verhaltenstherapie« oder »Kognitiv-behaviorale Therapie« mit ihrer Vielzahl therapeutischer Verfahren (Schulte, 1999).

Die *Verhaltensdiagnostik* (= Verhaltensanalyse) richtet sich auf die verhaltenssteuernden (internalen und externalen) Reize. In einer funktionalen Analyse wird im Einzelfall ermittelt, welche Reize (Variablen) unter welchen Bedingungen die Funktion haben, ein Verhalten auszulösen oder weiter aufrecht zu erhalten (s. Tab. 17.1).

Tabelle 17.1 Bedingungsanalyse in der Verhaltensanalyse. Liste möglicher Variablen oder Variablenblengruppen (nach Schulte, 1999, S. 55), erweitert durch den Autor

Organismus	▶ Krankheiten, biologische Bedingungen, Medikamente ▶ Behinderungen, vorübergehende körperliche Zustände ▶ Aktivität, Aktivierungsmuster
Umwelt	▶ Verstärkungsmöglichkeiten ▶ Einschränkungen, Stressoren ▶ Kontext-Variablen
Soziale Bedingungen	▶ Soziale Schicht, Milieu, Rasse, Geschlecht, Alter (als implizite Kriterien) ▶ Modelle, Normen, Soziale Bedingungen ▶ Verhaltensspielraum anderer, System-Regeln
Defizite	▶ Kognitive Defizite ▶ Soziale Defizite ▶ Mangelnde Vorstellungsfähigkeit
Ressourcen	▶ Besondere Fähigkeiten oder Stärken (früher oder heute) ▶ Verstärkungsmöglichkeiten ▶ Förderliche Handlungen und Erinnerungen
Persönlichkeit	▶ Persönlichkeit
Emotionen	▶ Affekte ▶ Konditionierte emotionale Reaktionen ▶ Autonome Reaktionen
Selbstregulation	▶ Selbstregulation des speziellen Verhaltens ▶ Allgemeine Kompetenz ▶ Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung, Selbstkontrolle bei Konflikten ▶ Selbsterzeugte Stimuli ▶ Standards, Selbstbewertung
Kognitionen	▶ Einsicht, Vorstellungen ▶ Wahrnehmung, Interpretation, Bewertung ▶ Selbstverbalisierungen, automatische Gedanken ▶ Irrationale Überzeugungen, Attribuierungen, Erwartungen ▶ Bewertungen, Regeln, Pläne, Verhaltensziele

Tabelle 17.1 (Fortsetzung)

Imaginationen	▶ Vorstellungsbilder – belastend als Teil des Verhaltens/Symptoms – als Auslöser des Verhaltens – fördernd als Ressource
Therapiemotivation	»Willingness to permit control« Veränderungsbereitschaft

Therapieplanung. In der Therapieplanung wird abgeleitet, welche Maßnahmen im Einzelfall bei dieser individuellen Konstellation und unter Berücksichtigung der o. g. Bedingungen sinnvoll sind, um erreichbare und stabile Wirkungen mit möglichst wenigen Nebenwirkungen zu erzielen. Dazu gehört auch die Berücksichtigung ethischer Prinzipien und die Realisierbarkeit im vorgegebenen Umfeld, aber auch die potenzielle Modifikation bestehender Therapiemethoden.

Der Therapieplan bestimmt die individuellen Schritte, Methoden und Modifikationen in ihrer Reihenfolge und mit welchen Personen sie umzusetzen sind (Schulte, 1996).

Therapiedurchführung. Die Therapiedurchführung ist nicht nur allein als die Anwendung spezieller Methoden anzusehen, sondern gleichzeitig Ergebnis- und Prozessevaluation in Rückkoppelung mit der Indikation und Therapieplanung.

Diagnostisches und therapeutisches Basisverhalten – Empfehlungen

Eindeutige Auslösereize verwenden und bildhaft-konkret vermitteln. Die Auslösereize müssen genau definiert werden, d. h. die Suggestionen müssen genau auf diese Auslöser abzielen. Wird ein System zu undifferenziert angesprochen, wie z. B. »der Darm arbeitet besser«, besteht kaum eine Verknüpfung zwischen der Instruktion und den Reaktionsmöglichkeiten. Werden jedoch konkrete und bereits bekannte Erfahrungen angesprochen, wie z. B. »Sie spüren deutlich die Sonnenwärme auf Ihrem Oberbauch«, sind Verbindung mit der Semantik und Erfahrung vorhanden und damit verbundene Lernprozesse erfolgen schneller (Halsband, 2004).

Veränderung von Reizstrukturen. Durch die Suggestion ist die semantische, kognitive, attributionale, emotionale usw. Repräsentation des Reizes im Verarbeitungssystem veränderbar, nicht der objektive Reiz selbst. Dies führt zur der Annahme kortikaler Zentren, die als Filtersysteme wirken und durch geeignete Suggestionen angesteuert werden können (Crawford et al., 1979; Feustle, 1985; Rossi, 1991). So lassen sich auch Phänomene wie »hypnotische« Taubheit, Blindheit, negative Halluzination etc. erklären (s. Abschn. 7.6.1). Diese Möglichkeiten bilden die Basis für Hypnosemethoden, die mit Stimulusveränderungen und kognitiven Umstrukturierungen arbeiten.

Ansprechen von Kognitionen. Über Suggestionen in Hypnose können die steuernden oder hemmenden Kognitionen wie z. B. Attributionen oder Erwartungen angespro-

chen, aktiviert und verändert werden. Imaginationen sind dabei wesentliche Arbeitsfelder der Hypnose. Sie alle können Auslöser langer Verhaltensketten sein.

Verstärkungen. Es muss eine kontingente (= sofortige) präverbale (»hm«), verbale (= Lob) oder nonverbale Verstärkung (= Erfolgserlebnis) des erwünschten Zielverhaltens erfolgen, um dieses Verhalten aufzubauen.

Selbstbeobachtung fördern. Aus unterschiedlichen Perspektiven kann der Patient in Hypnose sein eigenes Verhalten beobachten, bewerten und daraus für sich Änderungskonzepte entwickeln.

Konkretes Verhalten erarbeiten oder vorschlagen. In Hypnose darf es nicht beim reinen bzw. abstrakten Vorstellen bleiben. Der Patient wird dazu angeregt, Situationen und Verhaltensweisen »real« zu erleben.

Selbstkontrolle fördern. Ziel ist meist, dass der Patient Autonomie gewinnt bzw. wiedergewinnt und in der Lage ist, seine Situation selbst zu gestalten und zu kontrollieren.

17.4 Methodenkombination von Hypnose und kognitiv-behavioraler Therapie

17.4.1 Historischer Abriss

Die Anfänge der hypno-behavioralen Therapie sind schwer zu bestimmen und in den USA zu finden. Wahrscheinlich hat Wolberg (1948) als Erster die Kombination beider Methoden vorgenommen, da er Hypnose zur »Rekonditionierung« einsetzt, was Wolpe (1961) als »systematische Desensibilisierung« bezeichnet. Wolpe (1998) berichtet, dass er mit Hypnose begonnen hatte und Symptome »weghypnotisieren« wollte. Da er damit jedoch erfolglos war, wandte er sich der Psychoanalyse zu. Als er schließlich auf die progressive Muskelrelaxation von Jacobson stieß, erinnerte er sich wieder an die Möglichkeiten der Hypnose, um bei der systematischen Desensibilisierung anstelle der Realität Imaginationen einzusetzen. Später wandte er Hypnose nur dann an, wenn sie ihm vorteilhaft erschien.

Salter (1961), ein nahezu fanatischer Verfechter der Verhaltenstherapie, kombiniert diese mit Hypnose und formuliert bissig: »Es ist höchste Zeit, dass die Psychoanalyse wie der Elefant in der Fabel sich selbst wegschleppt auf irgendeinen entfernten Dschungelfriedhof und stirbt« (Salter, 1961, S. 1). Auch Franks (1964, 1969a, b) hebt die hypno-behaviorale Kombination hervor, besonders im klinischen Bereich. Einige Psychoanalytiker integrieren die damals erst wenigen Elemente der Verhaltenstherapie in ihre Hypnosearbeiten, so Aversionstherapien, Gegenkonditionierungen und negative bzw. positive Verstärkungstechniken bei sehr breiten Störungsbereichen und Erkrankungen.

Weitzenhoffer (1972, S. 81) zeigt die umfassenden Vorteile der Kombinationsmöglichkeiten von Hypnose und Verhaltenstherapie auf: »Der systematischere Gebrauch der Lernprinzipien würde wahrscheinlich eine effektivere Anwendung der

Hypnose durch Hypnotherapeuten bewirken«. Das bekannte International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis widmete das Heft 1, Band 21, 1973 sogar ausschließlich der Kombination dieser Therapien.

Viele Therapeuten aus dieser Gründerzeit weisen deutlich darauf hin, dass Hypnose und Verhaltenstherapie überlappende Bereiche abdecken und sich ähnlicher oder identischer Variablen bedienen (z. B. Dengrove, 1973; Lazarus, 1973; Spanos et al., 1973; Weitzenhoffer, 1972).

Als Erster weist Lazarus (1973) im hypno-behavioral-klinischen Bereich experimentell nach, dass Hypnose die Verhaltenstherapie beschleunigen kann, so z. B. wie bei der Hypnose durch Erwartungshaltungen. (z. B. Barber et al., 1974; Kirsch et al., 1995).

In den USA wird die Forschung und klinische Anwendung der Methodenkombination vorwiegend durch T. X. Barber (1969) und I. Kirsch (1990) vorangetrieben. In Deutschland berichten Kriegel und Graefke (1978) und Svoboda (1979) von ihrer Effektivität. In den älteren Therapien werden mittels Hypnosesuggestionen meist Symptomveränderungen vorgenommen. Erst später wird der funktionale Aspekt der Symptome und ihr soziales Umfeld berücksichtigt. So legt Kossak (1983b) erstmalig die *moderne* Verhaltensanalyse – Verhaltensdiagnostik in Kombination mit Hypnose – in der Therapieplanung und Intervention dar (s. Kap. 27, Fall 2). In der Arbeit von M. H. Erickson wurde die Methodenkombination sporadisch eingesetzt (Peter et al., 1991). Allein aus der Literaturanalyse der letzten Jahren wird schnell deutlich, wie häufig und auch sehr erfolgreich kognitiv-behaviorale Hypnose in der Psychotherapie, Schmerzbehandlung und bei vielen medizinischen Interventionen eingesetzt wird. Sie wird dann auch in Lehrbüchern eigens aufgeführt, so (chronologisch nach Erscheinungsjahr) von Kossak (1989), Lynn et al. (1996), Barabasz und Watkins (2005) und von Allen (2008).

17.4.2 Vorteile der Methodenkombination

Gemeinsame Bestimmungselemente

Hypnose und kognitiv-behaviorale Therapie haben einige Gemeinsamkeiten (s. o.), zusätzlich ergänzen sie sich in ihren Möglichkeiten und Methoden.

Aktivitätsförderung. Aktive Mitarbeit und Kommunikation durch Handeln (auch auf kognitiver und imaginativer Ebene) stehen im Vordergrund der Verhaltenstherapie und der Hypnose (s. Abschn. 15.4). Viele Verhaltensweisen können in der Therapie sofort aktiv erprobt werden (z. B. durch reales oder imaginiertes/kognitives Probehandeln, s. u.), bis sie in der kritischen Situation außerhalb der Sitzung angewandt werden. Viele Therapieformen zielen deshalb auf Selbstkontrollmethoden ab, so z. B. Selbsthypnose.

Motivation. Die Motivation des Patienten ist ein sehr wesentlicher Faktor. Beispielsweise sind aufgabenmotivierende Instruktionen in der Hypnose (Barber, 1969; Spanos & Chaves, 1970, 1971) und der Verhaltenstherapie (z. B. Cautela, 1975a, b; DeMoor,

1969; Lazarus, 1971; Wolpe, 1958) bedeutsam – also Instruktionen, welche den Patienten auf die von ihr erwarteten Tätigkeiten vorbereiten.

Einstellungen und Erwartungen. Ein breit gefächertes Spektrum von Einstellungen und Erwartungshaltungen beeinflusst sehr stark die Wirksamkeit der Suggestionen (s. Kap. 4) und der Verhaltenstherapie (Lazarus, 1973; Oliveau et al., 1969; Wolpe, 1969).

Einbezogenheit des Vorstellens. Imaginieren ist ein aktiv gestalteter und gestaltender Prozess, der den Patienten in die imaginierte Szene als Akteur mit einbezieht und zum Gelingen der Hypnose (Spanos, 1973) und Verhaltenstherapie (Danaher & Thoresen, 1972) beiträgt.

Entspannung. Entspannung muss nicht mit hypnotischem Verhalten verbunden sein (Bányai & Hilgard, 1976), auch nicht mit Desensibilisierung (Lazarus, 1971). Es ist nicht immer notwendig, dass das physiologische Erregungsniveau hin zur Entspannung gesenkt wird (Van Egeren, 1970). Da viele Störungen oder Krankheiten mit Angst gekoppelt sind (z. B. über 50 Prozent bei Depressionen; Doziois & Westra, 2004), ist die anfängliche Entspannung hier zusätzlich hilfreich.

Bislang zeitaufwendige Vorübungen wie progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training können durch meist sofort wirkende Hypnose-Entspannungsszenen ersetzt werden.

Lenkung der Aufmerksamkeit. In Hypnose kann der Aufmerksamkeitsfokus gelenkt und damit die Konzentration auf relevante Stimuli gerichtet werden (z. B. zur Selbstbeobachtung), ebenso auf Gefühle, um so innere Zustände zu erkennen oder erweiterte Erfahrungen im Erleben zu machen.

Gleichzeitig ist Distraction von anderen Stimuli oder Ereignissen möglich, wodurch das Lernen von Handlungsalternativen begünstigt ist (Tosi & Baisden, 1984).

Zugang zu Kognitionen und Hirnhemisphären. Über Hypnose kann der Zugang zu kognitiven Verarbeitungsmechanismen in der rechten Hirnhemisphäre gefunden werden – und damit zur Basis von Emotionen. Über die nicht-dominante Hemisphäre kann Hypnose kognitive und emotionale Prozesse restrukturieren (Alladin, 2008).

Zugang zu unbewussten Prozessen. Kognitiv-behaviorale Methoden haben dort Grenzen, wo Traummaterial oder lang zurückliegendes Erinnerungsmaterial wirksam ist oder diagnostisch-therapeutisch benötigt wird. Durch die Altersregression oder den Traum in Hypnose kann der Zugang zu diesem Material erleichtert werden (s. hierzu Kap. 27, Fall 3 und 7).

Herstellung und Veränderung komplexer oder schwieriger Situationen. In der Therapie sind mitunter Übungen in Situationen gefordert, die nur schwer herstellbar und zu intim sind, so z. B.: Angst eines Orchestermusikers vor seinem Solo, Flugangst, Sexualprobleme, Examensprobleme. In Hypnose lassen sich diese Situationen imaginativ nahezu beliebig herstellen und im Sinne der Therapie so verändern, dass sie für den Patienten nun immer besser bewältigt werden können.

Erleben und Erprobung der Selbstwirksamkeit. Neu erworbene Verhaltensweisen sollten möglichst schnell in der Alltagswelt erprobt werden. Mitunter können diese in der konventionellen Therapiesitzung nur erklärt und besprochen werden, der

Schritt zur konkreten Umsetzung ist dann sehr groß. In Hypnose kann der Patient diese Situation in der erforderlichen »Dosierung« erleben und dann seine Handlungen und deren Auswirkungen erproben. Das heißt, er kann sehr schnell die Selbstwirksamkeit (self-efficacy, Bandura, 1977) seines neu erworbenen Handelns erleben.

Systematische Verstärkungen. In Hypnose kann der Patient kontingent für seine neuen Verhaltensweisen, Kognitionen etc. verstärkt werden. Dadurch ist eine relativ schnelle Verhaltensänderung möglich. Bei besonders komplexen Therapiesituationen (z. B. Selbstsicherheit gegenüber dem Chef zeigen) ist ein Üben in kleinen Schritten möglich, die dann in ihren Komponenten (Körperhaltung, Entspannung/Angst, Wortwahl etc.) erprobt, analysiert und verstärkt werden, bis ausreichend Sicherheit vorliegt, diese auch in der Realsituation abzurufen.

Ressourcennutzung. In Hypnose können die für Verstärkungen, Erfolgserlebnisse oder Verhaltensaufbau erforderlichen Ressourcen erkannt und eingesetzt werden. Beispiel: Der depressive Patient erlebt sich in der Altersregression als erfolgreicher jugendlicher Sportler und erkennt, dass er Kräfte hatte und bewundert wurde, was er durch seine Krankheit nicht mehr wahrnehmen konnte.

Utilisation. Nutzung der vom Klienten Äußerungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten (Goldfried & Davison, 1972).

Priming. Durch einen vorgegebenen Reiz werden Gedächtnisinhalte aktiviert, die dann den nachfolgenden Reiz positiv oder negativ beeinflussen. Durch gezielt gesetzte Reize (Worte, Metaphern, Geschichten, Gefühle, Gerüche etc.) können somit komplexe Erinnerungen ausgelöst werden, so z. B. bei der Altersregression (s. Abschn. 7.7.1).

Kognitive Umstrukturierung – Reframing. Dysfunktionale Kognition wie unangemessene Überzeugungen, Annahmen oder Gedanken sind in Hypnose ansprechbar. Mit Methoden wie z. B. dem sokratischen Dialog (Ellis, 1977) oder alternativen Erlebensweisen können hier Veränderungen und Umstrukturierungen vorgenommen werden. Milton Erickson bediente sich auch dieser Methode.

Stufenweise Annäherung. Die sukzessive Approximation wird vorwiegend bei Angstbehandlungen eingesetzt, um sich abgestuft dem Angstobjekt nähern zu können, was in Hypnose individuell und situationsangepasst möglich ist. Nach jedem erfolgreichen Schritt erfolgt dann seine positive Verstärkung. In Ericksons Modell des *Pacing* und *Leading* ist diese Methode wiederzufinden (vgl. Abschn. 2.6).

Posthypnotische Suggestionen. Mit der Hilfe posthypnotischer Suggestionen sind zahlreiche sehr hilfreiche Interventionen möglich: Selbstbeobachtung in Versuchungssituationen, Anwendung bestimmter Verhaltensweisen (z. B. Entspannung in der Prüfung, bei Angstkonfrontation), Anwendung von Alternativverhaltensweisen (z. B. nun selbstsicher auftreten), Selbstverstärkung für diverse Selbstkontrollrealisierungen.

Effektivitätssteigerung

Hypnose und kognitiv-behaviorale Therapie sind jeweils für sich effektiv, was jedoch von Störung zu Störung durchaus sehr unterschiedlich sein kann. Ihre Kombination als kognitive-behaviorale Hypnotherapie hat sich bei zahlreichen Problemstellungen, Symptomen bzw. Erkrankungen als die effektivste Methode erwiesen; es ergibt sich

hier ein additiver Effekt (z. B. Alladin & Alibhai, 2007; Bryant et al., 2005; Kirsch et al., 1995). Die Literaturanalysen und Meta-Analysen von Schoenberger (2000) zeigen jedoch, dass bislang noch nicht ausreichend vergleichbare randomisierte und angemessen entworfene Untersuchungen vorliegen, die diese Effektivität durchgängig für alle Störungsbereiche bestätigen könnten.

Durch die Kombination ist der Zugang zu effektiveren Diagnose- und Behandlungsformen geschaffen, was wiederum die Behandlung bestimmter Störungen oder Krankheiten erleichtert oder sogar erst ermöglicht, so z. B. bei der Zahnbehandlung von Kindern mit Schmerzen oder Ängsten (Kossak & Zehner, 2011).

Ökonomie. Empirisch abgesichert ergeben sich im Gesundheitswesen z. B. kürzere Narkose- und Operationszeiten (Kirsch et al., 1995; Lang & Rosen, 2002), bei der Kombination mit Biofeedback eine Zeitreduktion um 50 Prozent (Barabasz & Barabasz, 2000), Einsparung von z. B. Bluttransfusionen (Duin & Shapiro, 1974); durch schnellere Wundheilung weniger postoperative Komplikationen und dadurch insgesamt Kostenreduktion (Faymonville, 2010).

Hypnose als Zusatzmethode

Hypnose verfügt über keine Theorie zur Persönlichkeit, zur Psychopathologie und zur Verhaltensänderung; deshalb kann sie nicht als eigenständiges Therapieverfahren eingeordnet werden (s. Abschn. 16.1). In ihrer Methodenkombination ist demnach Hypnose eine Zusatzmethode oder ein Hilfsmittel der kognitiv-behavioralen Basistherapie.

Bei diesem technischen Eklektizismus bleibt die Technik erhalten, unabhängig von der Theorie und Therapieform, aus der sie entstammt oder in die sie eingefügt wird (Lazarus, 1998).

Alladin (2008) dagegen ist für ein integratives Modell der kognitiven Hypnotherapie. Durch assimilativen Integration könnte die Hypnose, die nach seiner Auffassung nur eine Sammlung von Kurzzeit-Strategien ist, in die kognitiv-behaviorale Therapie mit ihren Theorien übernommen werden (Lampropoulos, 2001).

Unabhängig von diesen theoretischen Ordnungsproblemen sollte der Stellenwert der Hypnose erhalten bleiben: »Therapie mit Hypnose muss als wichtige Methode angewandt werden und nicht als Sammlung wissenschaftlicher Fakten oder als ein Kochbuch mit Rezepten zur Behandlung verschiedener klinischer Probleme« (Barabasz & Watkins, 2005, xvi).

Letztlich soll nicht unerwähnt bleiben, dass fast alle der imaginativen Verfahren (s. Kap. 19) kognitiv-behaviorale Methoden sind. Beispiele hierfür sind besonders: Veränderungen der Wahrnehmungsqualitäten und der damit verbundenen Auslöser (Abschn. 19.6.3), Regietechniken (Abschn. 19.6.8), Probehandeln (Abschn. 19.6.9) und Steigerungstechniken (Abschn. 19.6.10).

18 Kognitiv-behaviorale Therapie – Behandlungsmethoden mit Hypnose

*Was Du denkst,
wirst Du.*

Buddha, Siddhartha Gautama (ca. 544–483 v. Chr.)

Die Methoden der kognitiv-behavioralen Therapie beinhalten ein flexibles Intrumentarium, da unterschiedliche und komplexe Problemstellungen sehr unterschiedliche methodische Zugänge erfordern (Reinecker, 1999).

Die hier benutzte Systematik zeigt Methoden auf, die sich vorwiegend an den einzelnen Elementen des Systemmodells ausrichtet. Grundlegende Voraussetzung ist dabei die Verhaltensanalyse, also die genaue Anamnese zur Erfassung der Genese und Aufrechterhaltung der kritischen bzw. pathologischen kognitiven, emotionalen, sozialen, physiologischen oder motorischen Verhaltensweisen.

In diesem Kapitel sollen grundlegende Therapieelemente der kognitiv-behavioralen Hypnosetherapie durch Fallbeispiele verdeutlicht werden. Wir bedienen uns hier auch älterer Falldarstellungen, in denen noch therapeutische Einzelemente sozusagen klassisch behavioral dokumentiert sind. Die modernen kognitiv-behavioralen Therapieformen sind wesentlich komplexer geworden, da immer mehr »Methodenwerkzeuge« zur Verfügung stehen. Sie werden hier weitgehend als bekannt vorausgesetzt. Ihre konkreten Anwendungen sind ausführlicher in den Falldarstellungen des Kapitels 27 dargelegt.

Bei der Überblicksdarstellung ließen sich jedoch Überschneidungen mit bisherigen Ausführungen nicht ganz ausräumen.

18.1 Konfrontations- und Bewältigungsverfahren

Dieser Therapiebereich gilt vorwiegend für Angststörungen nach DSM-IV (Saß et al., 1996). Zur näheren Beschreibung der Behandlungsmethoden und ihrer Wirkweisen ist demnach zuvor die verhaltenstherapeutische Analyse der Angst vorzunehmen.

Analyse der Angst aus der Sicht der Verhaltenstherapie

Die Angst selbst ist nicht direkt sichtbar, sondern aus ihren auf verschiedenen Ebenen ablaufenden Prozessen abzuleiten (s. Abb. 18.1). Diese hier angenommenen sieben Komponenten verlaufen asynchron zueinander, haben jeweils ihre eigenen Variationen und Verlaufsscharakteristika, die je nach Kombinationsmöglichkeit spezifische Muster ergeben. Die Verhaltensanalyse besteht darin, die Angst auf diesen Ebenen zu operationalisieren und möglichst den ersten Auslösereiz zu finden. Da sich in Hypnose

leichter komplexe Szenen erleben lassen, kann der Patient dazu angeleitet werden, auf diesen unterschiedlichen Ebenen Angst zu empfinden und davon zu berichten.

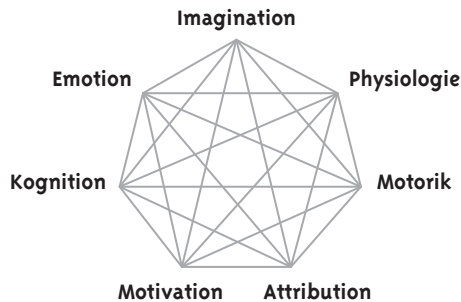


Abbildung 18.1 Komponenten der Angst aus Sicht der kognitiv-behavioralen Therapie. Die Einzelkomponenten beeinflussen sich innerhalb eines Netzwerks gegenseitig. Durch einen bestimmten physiologischen Auslösereiz (z. B. Sehen eines Hundes) oder einen kognitiven Auslösereiz (z. B. Gedanke an Hund; Vorstellen eines Hundes) werden die anderen Komponenten ebenfalls aktiviert

Die zur Behandlung angewandten Verfahren sind zum Großteil Konfrontationsverfahren, eine relativ heterogene Gruppe von verhaltenstherapeutischen Methoden, die sich mit der Situation des Individuums auf den drei unterschiedlichen Ebenen (s. Abb. 18.1) befassen. Durch diese Methoden erfolgt eine Auseinandersetzung (Konfrontation), die zum Angstabbau führt bzw. zur aktiven Einübung und Bewältigung von Angstmechanismen.

18.1.1 Systematische Desensibilisierung

In dem von Wolpe (1969) entwickelten Verfahren erfolgt eine langsame, hierarchisch abgestufte Annäherung an die gefürchtete Situation, die sich an der individuellen subjektiven Angst des Patienten orientiert. Als Angst-antagonistisch wird ein Entspannungsverfahren (meist progressive Muskelrelaxation) benutzt. Ein Hierarchie-Item wird so oft im Wechsel mit Entspannung durchlaufen (vorgestellt), bis keine Angst mehr auftritt; dann wird das nächstschwierige Item bearbeitet.

Die systematische Desensibilisierung hat heute nur noch problemgeschichtliche Relevanz (Reinecker, 1999) und dient zum theoretischen und praktischen Verständnis der späteren modernen Verfahren.

Beispiel

Eine Frau neigt bei emotionaler Anspannung zu starken Weinanfällen. Da sie in wenigen Tagen heiraten will, befürchtet sie, während der gesamten Zeremonie weinen zu müssen, ohne selbst angemessenen Anteil daran nehmen zu können. Der Therapeut erstellt eine siebenstufige Hierarchie von der Hochzeitszeremonie und arbeitete diese unter Hypnose in drei Sitzungen durch. Die Hochzeit kann daraufhin in Beschaulichkeit zelebriert werden (Field, 1970).

Scott (1970) therapiert eine Vogelphebie, indem er die Desensibilisierung mit Ich-stärkenden Suggestionen (Hartland, 1973) und Altersregression kombiniert.

Hoffman (1982) behandelt das durch Erwartungshaltung bedingte Erbrechen bei einer Chemotherapie mit Hypnose-Desensibilisierung.

18.1.2 Konfrontation und Reaktionsverhinderung

Konfrontation beinhaltet die Exposition, also Darbietung und Auseinandersetzung mit der gefürchteten Situation, um dadurch eine Löschung der Angst zu erreichen – in der Desensibilisierung abgestuft vorgenommen.

Reaktionsverhinderung (response prevention). Ein (meist automatisiertes) Vermeidungsverhalten oder Zwangsverhalten wird verhindert aufzutreten.

Beispiel

Bei einer Jugendlichen mit starken Aggressionen, die durch einen Satanskult verursacht sind, wird ihr Handlungsimpuls in Hypnose provoziert und dann abrupt durch Entspannung unterbrochen und mit dem posthypnotischen Auftrag verbunden, bei Auftreten dieses Impulses stets zu entspannen und alternativ neutral zu handeln. Die ausführliche Falldarstellung erfolgt in Kapitel 22.15.5.

Als umfassendes Beispiel kann der Fall des zwanghaften Ladendiebstahls gelten (s. Kap. 27, Fall 6), da hier Reaktionsverhinderung durch negative Verstärkung des Alternativverhaltens erfolgt, verbunden mit Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Selbstverstärkung und posthypnotischen Aufträgen.

Bereavement-Therapie. In Ableitung von Angstbehandlungen mit starken Vermeidungstendenzen entwickelte Ramsay (z. B. 1976) eine Therapie bei sehr starken und lang andauernden pathologischen Trauerreaktionen. Da Hinterbliebene ihre Erinnerungen und die damit verbundene Be- und Verarbeitung eines Verlusterlebnisses vermeiden, nimmt er mit ihnen Konfrontationen vor, die Trauerreaktionen auslösen, die dann die erforderliche Trauerarbeit ermöglichen.

Dieses Modell ist auch auf Posttraumatische Belastungsstörungen (Steil & Ehlers, 1996) übertragbar.

Flooding. Reizüberflutung beinhaltet die Konfrontation mit der maximal angstauss lösenden Situation, die erlebt und durchgehalten werden muss. Dadurch bemerkt der Patient, dass die von ihm befürchteten Konsequenzen (sterben, unkontrolliert handeln, in Panik geraten, umfallen) nicht eintreten. Die späteren Auseinandersetzungen damit fallen ihm leichter, und er kann sein Vermeidungsverhalten damit verbunden den gesamten Angstkomplex abbauen.

Implosion. Die Reizkonfrontation erfolgt nur auf der Vorstellungsebene und wird dabei stark übertrieben. Dadurch erkennt der Patient, dass die Problemkonfrontation

ungefährlicher ist als erwartet. Da dieses Verfahren theoretisch schwer zuzuordnen ist, hat es an Bedeutung verloren.

Graduierte Konfrontation. Ähnlich wie bei der systematischen Desensibilisierung werden gefürchtete Situationen schrittweise dargeboten. Diese stellen dann jedoch so schwache Reize dar, dass sie kein Abwehr- oder Vermeidungsverhalten auslösen. Deshalb wird es mitunter auch als graduierte Löschung bezeichnet; Parallelen zur verdeckten Löschung (s. u.) liegen ebenfalls vor. Der Übergang zum Selbstmanagement ist dabei wesentlich, damit der Klient seine Konfrontationen eigenständig vornehmen kann.

Im Fall 7 von Kapitel 27 wird diese Methode angewandt.

18.1.3 Training in Angstbewältigung

Auch hier begegnen wir wieder einer heterogenen Gruppe von Behandlungsverfahren. Da Emotionen und Angst ihre sinnvollen Funktionen haben, zielen Bewältigungsmethoden auf besonders starke und einengende bis pathologische Ängste ab. Die hier beschriebenen Elemente sind direkt auf die Kombination mit Hypnose anwendbar.

Komponenten des Trainings

Diskriminationstraining. Der Patient erlernt, seine eigenen Angstreaktionen zu erkennen und zu differenzieren.

Strategien zur Bewältigung von Angst. Der Patient soll sich mit der Angst auseinandersetzen und durch Selbstkontrollmethoden (z. B. Ertragen der Angst, Veränderung der Situation) aktive Bewältigungsmechanismen erwerben.

Bei einem Jugendlichen mit → Pavor nocturnus werden in Hypnose die Umfeldgeräusche als Auslöser der Angstattacken erkannt (Koe, 1989). Suggestionen, diese Auslösereize vermindert wahrzunehmen, sind erfolgreich (s. Abschn. 22.7).

Übungen im therapeutischen Setting. Innerhalb der Therapie werden Bewältigungsstrategien erprobt und schrittweise auf die natürliche Situation übertragen. Zunehmend erlebt der Patient dadurch seine Fähigkeit zur Kontrolle und aktiven Veränderung.

Beispiel

- ▶ Cohen (1981) setzt bei einer Phobie vor dem Muhen von Kühen Bewältigungs-Imaginationen ein und verfolgt somit einen Selbstkontroll-Ansatz, ebenso Golan (1971, 1975) bei Zahnarztängsten.
- ▶ Van der Hart (1981) arbeitet bei einer Phobie vor toten Vögeln mit Bewältigungs-Imaginationen und innerem Dialog.
- ▶ Kossak (1987a, 1987b) verwendet hier mehrdimensionale Interventionen auf der Grundlage der kognitiven Selbstkontrolle (s. Fall 7 in Kap. 27).

- Timp (1991) nimmt bei einer Spritzenphobie unter Hypnose eine Mischung aus Desensibilisierung, kognitiver Umstrukturierung und Gegenkonditionierung vor, die als Angstbewältigungstraining im oben genannten Sinne anzusehen ist.

18.1.4 Selbstsicherheitstrainings

Hier begegnen wir Programmen, die zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen dienen und die soziale Interaktion verbessern.

Komponenten im Selbstsicherheitstraining

Auf der Basis der verhaltenstherapeutischen Analyse von Defiziten und Zielbestimmungen beinhaltet Selbstsicherheit folgende Komponenten:

Subjektive Einstellung. Zu der subjektiven Einstellung gehören die eigene Beurteilung von Handlungserfolgen und -misserfolgen sowie Selbstbewertungen, Akzeptieren oder Abwehren von Lob und Tadel und ein optimales Maß an Kontrolle über die eigene Situation.

Soziale Fertigkeiten. Es sind verbale, motorische und mimisch-gestische Fähigkeiten bzw. gezeigte Verhaltensweisen, die an die soziale Umwelt gerichtet sind. Dazu gehört auch, in Situationen angemessen (d. h. zweckmäßig und effektiv) zu reagieren.

Insgesamt werden zahlreiche Methoden angeboten, so z. B. das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK, Hinsch & Pflingsten, 2007) und das Training für sozial unsichere Kinder (Petermann & Petermann, 2009).



Aspekte der oben genannten Programme lassen sich in Hypnose durchführen; hier werden Teile und später komplexe soziale Fertigkeiten eingeübt und ausgeformt, bis der Patient sie beherrscht und im Alltagsleben umsetzen kann. Da in Hypnose die antizipierten sozialen Ablehnungen dosierbar sind, kann behutsamer, aber auch ökonomischer verfahren werden. Mitunter kann Hypnose sogar Gruppenübungen ersetzen.

18.2 Operante Methoden

Methoden zum Aufbau von Verhaltenweisen. Hierunter fallen Verstärkung von Verhaltensweisen, schrittweiser Aufbau (Shaping) und Aufbau komplexer Verhaltensweisen (Chaning).

Beispiel

Mit den Beinen von Steffi Graf

Der 13-jährige Christian ist lern- und körperbehindert. Er kann nur sehr mühevoll mit zwei Vierpunkt-Krücken gehen und hat dabei stets große Angst, zu fallen, sich

zu verletzen und hilflos zu sein. Auf Grund des von mir beobachtete Gangbildes erfolgte eine Vorstellung beim Orthopäden und eine Operation der angeborenen Sehnenmissbildungen, die Grundvoraussetzungen für eine relativ stabile Körperbalance beim Gehen sind.

Nun erst konnten wir mit der Psychotherapie beginnen. Da große körperliche Unsicherheiten, Bewegungsängste und Ungeschicklichkeiten im Beinbereich vorlagen, stehen diese im Therapiefokus. Christian beobachtete im Fernsehen intensiv Tennisturniere und war Steffi Graf sein Idol, deshalb beobachteten wir nun in Hypnose die Beinbewegungen von Steffi Graf beim ruhigen Gehen, verbunden mit der Suggestion, diese Kraft und Sicherheit in den Beinen ebenfalls wahrzunehmen. Nach dieser Übung erfolgt jeweils die motorische Umsetzung. Bereits nach fünf Sitzungen konnte Christian mit nur einer Vierpunkt-Stütze gehen; nach weiteren fünf Sitzungen reicht ein normaler Gehstock aus. Voller Stolz holt er so eigenständig seine Eltern aus dem Wartezimmer ab. Die weiteren ca. zehn Sitzungen dienen dann zur Stabilisierung und Festigung des Gehens. Es bleibt über einen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren weiterhin stabil.

Methoden zum Abbau von Verhaltensweisen

Bekannt sind Bestrafung und Löschung (durch Verstärkerentzug), Response Cost (Entzug gegebener Verstärker für unangemessenes Verhalten), Time Out (Verstärkung wird unerreichbar gemacht). Zu beachten ist, dass gleichzeitig mit dem Abbau unangemessener Verhaltensweisen das (gewünschte) Alternativverhalten aufgebaut werden muss – so wie in den Folgebeispielen. Dies ist besonders wichtig, da sonst Defizite auftreten, die zu Rückfällen oder Symptomverschiebungen führen können.

Beispiel

Kellerman (1981) berichtet von der Behandlung eines zwölfjährigen Jungen, der den Zwangsgedanken hat, seine Mutter zu töten. Gearbeitet wird mit Gedankenstopp, kognitiver Umstrukturierung und positiver Verstärkung. Sobald der Patient seine Zwangsgedanken unterbrechen kann, gibt er ein Fingersignal und imaginiert, dass er beim Baseball mitspielt. Auf diese Weise wird die Unterbrechung der Zwangsgedanken positiv verstärkt.

Bei einem Jugendlichen (s. Kap. 27, Fall 9) mit geringer Selbstkontrolle und starken Aggressionen werden relevante Szenen in Hypnose erlebt; ist Selbstkontrolle ohne Aggressionen möglich, erfolgt eine sofortige Verstärkung dieses Alternativverhaltens.

Löschung. Auf ein vorgestelltes (unangemessenes) Verhalten folgen nicht die vorgestellten Konsequenzen, und das Verhalten wird dadurch abgebaut (Cautela, 1971). Diese Methode ist noch effektiver, wenn Alternativverhaltensweisen eingeübt werden.

Die Anwendung der verdeckten Löschung ist besonders dann sinnvoll, wenn ein unangemessenes Verhalten durch die häufige Verstärkung von Personen aufrechterhalten wird, die nicht der Kontrolle des Therapeuten (des Patienten) unterliegen.

Beispiel

Eine Frau bekommt immer dann Kopfschmerzen, wenn ihr Mann ausgehen möchte, woraufhin der Mann dann zu Hause bleibt und dadurch ihre Symptome verstärkt. In der Therapie-Suggestion erlebt die Frau, wie der Mann das Haus verlässt und daraufhin keine Zunahme ihrer Symptomatik erfolgt (Cautela, 1975b).

Der aggressive Jugendliche wird nicht mehr beachtet (alle wenden sich ab), sobald er in der Klasse stört oder auffällig ist, während das Alternativverhalten sofort sozial verstärkt wird (s. Kap. 27, Fall 9).

Negative Verstärkung. Grundprinzip ist, eine Vermeidungskonditionierung zu erreichen, indem das angemessene Zielverhalten eine Aversionsreduktion der unangenehmen Situation erzeugt und dadurch negativ verstärkt wird (= Wegfall von Aversion).

Der Patient soll sich aversive Situationen plastisch (und auch emotional beteiligt) vorstellen und dem Therapeuten ein vereinbartes Zeichen geben. Nun soll er die Szene imaginieren, die das erwünschte Verhalten enthält.

Beispiel

Abraham (1968) behandelt einen Patienten mit dem Konversionssymptom Beinlähmung. In Hypnose erhält er die Suggestion, am Strand im unangenehm kalten Wasser zu sitzen; darauf folgt die Suggestion, dass er der unangenehmen Situation nur entkommen kann, indem er seine Beine hochhebt und dadurch aus dem Wasser zieht.

Eine Patientin von Erickson (Erickson & Rossi, 1981) will am Ende der Sitzung nicht aus der Hypnose erwachen. Seine Intervention kann als negative Verstärkung angesehen werden: Die Suggestion, dass sie immer dringender zur Toilette muss, lässt sie erwachen und aufstehen.

In einem schweren Fall von Agoraphobie soll eine Patientin Cautels (1975a, b) sich vorstellen, an Händen und Armen an einen Stuhl gefesselt zu sein; dann nähern sich ihr langsam Ratten, denen sie nicht ausweichen kann. Gerade als eine Ratte zum Sprung auf sie ansetzt, wird die Szene gewechselt, und die Patientin kann nun im Freien an einem schönen Tag spazieren gehen. Auf diese Weise wird das Verlassen des Hauses negativ verstärkt und somit aufgebaut. Möglicherweise lassen sich durch diese Methode die passiven Verhaltensweisen bei bestimmten depressiven Reaktionen therapeutisch verändern.

18.3 Modelllernen

Das Modelllernen (Bandura, 1969; s. Abschn. 17.1), ist auch auf der imaginativen Ebene möglich. Die Beobachtung einer Modellperson (Vorbild, Vertrauensperson mit Kompetenz) bei der Ausführung des relevanten Verhaltens führt zum Aufbau neuer oder zur Hemmung unangemessener Verhaltensweisen. Das Verhalten des Modells hat die Funktion diskriminativer Hinweisreize, d. h. zu erkennen, unter welchen Bedingungen bestimmte (vorher erlernte) Verhaltensweisen gezeigt werden (Meichenbaum, 1979).

Beispiel

Eine Frau mit starken Ängsten, das Haus zu verlassen, beobachtet in Hypnose, wie ihre selbstsichere Schwägerin problemlos hinausgehen kann. Sie soll nun auf die einzelnen Bewegungen wie sichere Körperhaltung, ruhige Schritte etc. achten. Als die dadurch bewirkte Angstreduktion noch nicht ausreicht, erlebt die Patientin sich in Hypnose, wie sie in die Haut ihrer Schwägerin schlüpft und nun erfolgreich ist. Nach ca. vier differenzierten Wiederholungen ist sie bereits in der Lage, das Haus für kleinere Einkäufe zu verlassen.

18.4 Selbstkontrolle

Bereits die ersten modernen Ansätze der Verhaltenstherapie betonen die Möglichkeiten der Selbstkontrolle durch den Patienten (Kanfer, 1977; Kanfer et al., 1991). Ziel nahezu jeder Therapie ist demnach die Selbstkontrolle, indem der Patient seine angemessene Selbstregulation übernimmt.

Hier sind zahlreiche einzelne Schritte zu erkennen und zu erlernen. Wesentliche Faktoren sind dabei: Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle, Selbstverstärkung, Kontrakte. Langsam aufbauend werden abgestuft die einzelnen Verhaltensmodule erlernt und systematisch verstärkt, bis das Therapieziel erreicht ist.

Hypnose bietet hier vielfache Anwendungsmöglichkeiten wie z. B. Perspektivenwechsel, schrittweises Einüben von neuen Verhaltensweisen oder Einstellungen.

- ▶ Im Fall 9 (massive Aggressionen eines 15-jährigen Schülers, s. Kap. 27) werden diese einzelnen o. g. Abläufe ausschließlich auf der Vorstellungsebene durchgeführt.
- ▶ Selbstbeobachtung als Voraussetzung der Selbstkontrolle erfolgt z. B. durch das frühe Wahrnehmen körperlicher und kognitiver Reize in Hypnose z. B. bei Übergewicht (Channon, 1980; Walker & Bragg, 1982), Ängsten, Suchtproblemen und Schmerzkontrolle (O'Brien & Weisbrot, 1983).
- ▶ Bei Hilflosigkeitserlebnissen und Depressionen, die in der Kindheit begründet sind, lässt Kossak (1991a) die Patientin in der Altersregression selbst agieren und dadurch wieder selbst Kontrolle über sich gewinnen (s. Kap. 27, Fall 1).

- Lern- und Leistungsstörungen sind oft ursächlich oder sekundär mit Verhaltensdefiziten wie z. B. reduzierter mündlicher Beteiligung verbunden; mittels Anleitung zur Selbstbeobachtung und posthypnotischen Aufträgen zur Stimuluskontrolle ist Kossak (1992a) erfolgreich.

18.5 Modelle kognitiver Therapien

Die enger definierten kognitiven Verhaltenstherapieformen setzen am Selbstregulationssystem des Menschen an; dies beinhaltet Einstellungen, Erwartungen und Mechanismen der kognitiven Repräsentation und Verarbeitung, der Selbstgespräche, Bewertungen und Standards (Reinecker, 1999, S. 240).



Kognitive Therapien basieren auf den Prinzipien des kognitiven Lernens, der kognitiven Vermittlung und der internen Repräsentation externer Ereignisse. Wesentlich ist: Menschen reagieren nicht auf die Umgebung selbst, sondern auf die kognitive (innere) Repräsentation, die Darstellung oder Abbildung ihrer Umgebung (Mahoney & Arnkoff, 1978).
Damit treffen wir genau die Imaginationswelt der Hypnose.

Da die Therapiemethoden kognitive Systeme betreffen, erfolgen durch sie kognitive Umstrukturierungen, d. h. Veränderungen von emotionalen oder moralischen Bewertungen.

Die kognitiv-behavioralen Modelle sind Weiterentwicklungen der klassischen Ansätze. Mit ihnen ist die Variabilität menschlichen Verhaltens besser zu erklären, das auch durch gedankliche Prozesse (z. B. bei Zwangsgedanken, Angstgedanken) repräsentiert wird und dadurch pathologische Veränderungen erfährt.

18.5.1 Klassische kognitiv-behaviorale Methoden

Ort der Kontrolle (locus of control)

Zur inneren Repräsentation und Attribution von Ereignissen gehört auch, inwiefern eine Person sich als fremd- oder eigenbestimmt erlebt. Gerade durch sehr starke oder chronische Störungen fühlen sich Patienten oft kontrolliert (Rotter, 1966; s. Abb. 18.2).

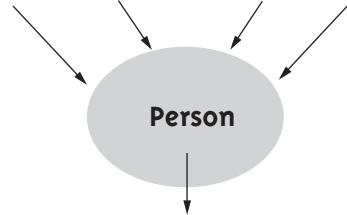
Ziel jeder Therapie ist es, dem Patienten die Kontrolle über sein Problem wiederzugeben bzw. zu vermitteln. Deshalb ist die Vermittlung des internalen Ortes der Kontrolle in nahezu allen Therapieformen wieder zu finden.

Gerade in der Hypnosetherapie wird Wert darauf gelegt, den Patienten immer wieder darauf hinzuweisen, dass *er selbst* diese Veränderungen in seinen Imaginationen und Attributionen etc. vornimmt, damit er die Erfolge sich selbst zuschreibt und er seine zunehmende Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977) erlebt, was wiederum seine weitere Compliance verstärkt und zunehmen lässt.

Zustand *vor* der Therapie

Erlebter *externaler* Ort der Kontrolle

Umwelt, andere Personen, Symptom



Ausgeliefertsein

- ▶ Verhaltensabhängigkeit, erlernte Hilflosigkeit
- ▶ bei Symptomen wie z. B. Depression, Schmerz, Ängsten, Versagen etc.
- ▶ vermeintlich keine Kontrollmöglichkeiten, keine Möglichkeiten zur Veränderung
- ▶ »Ich bin XX ausgeliefert, kann nichts tun, muss abwarten alles egal.«
- ▶ Abnahme von Aktivitäten

Ziel der Therapie

Erlebter *internaler* Ort der Kontrolle

Umwelt, andere Personen, Symptom



Selbstbestimmung

- ▶ Information über Zustand gewinnen = Selbstbeobachtung
- ▶ kognitiv: Veränderungen sind aktiv möglich – durch mich.
- ▶ Zunahme von Aktivität und **Autonomie**
- ▶ Kontrollmöglichkeit nach »außen« und von »innen« = Selbstkontrolle
- ▶ »Ich kann mir selbst helfen, kann an meinem Symptom, meiner Krankheit Veränderungen vornehmen und dadurch Heilung aktiv mitgestalten und bewirken.«

Abbildung 18.2 Locus of control. Ziel der Therapie ist, dass der Patient sich wieder selbst als internalen Ort der Kontrolle wahrnimmt

Gegenkonditionieren in komplexer Kombination mit Hypnose

Grundlage ist die Annahme, dass durch verdeckte (gedankliche etc.) Stimuli offene (beobachtbare) Verhaltensmuster verändert werden können. Es werden emotional positive Gedanken (emotive imagery, lt. Lazarus & Abramovitz, 1962; s. Abschn. 19.6.9) zur Veränderung von Angstverhalten benutzt, so z. B. eine schöne Landschaft sehen, sich an eine positiv bewältigte Begebenheit erinnern.

Beispiel

Die klassischen Fälle von Wolberg (1948): Eine seiner Patientinnen empfindet überstarke Abneigung gegen Orangensaft; ein Patient hat starke Beklemmungen in der Gegenwart anderer Menschen. In Hypnose werden den Patienten Situationen suggeriert, in denen sie ihren bislang unangenehmen Reiz (Orangensaft, Leute) nun in einem anderen Kontext erleben. Mit Hypnose werden die Gefühle der Freude, Entspannung und des Zufriedenseins bewirkt.

Kroger und Freed (1951) verwenden die Methode zur Behandlung bei Hautjucken der Vulva.

Bei Zahnarztgängen induziert Erickson (1955) in Hypnose positive Gefühle, die nun mit dem Zahnarztbesuch verbunden werden.

Verdeckte Sensibilisierung

Verdeckte Sensibilisierung ist ein Bestrafungsverfahren, bei dem die positiven Vorstellungen einer Situation oder Handlung (z. B. Essen, Rauchen) mit langfristig negativen Konsequenzen (z. B. Adipositas) sofort mit verdeckten aversiven Reizen (z. B. Vorstellen von Erbrechen) gekoppelt werden (Cautela, 1966, 1967). Durch diese Kopplung wird das Problemverhalten reduziert, indem die bisherigen Auslöser nun als neutral oder sogar unangenehm erlebt werden.

Beispiel

Hollander (1958) gibt seinen Patienten mit psychogenen Kratzverletzungen bei Acne excoriée (Kratzakne) die posthypnotischen Suggestionen, an »Narbengesicht« zu denken, sobald der Wunsch oder Gedanke an das Kratzen aufkommt.

Cautela (1975a, b) lässt einen übergewichtigen Patienten sich in Hypnose selbst beobachten, wie er die schönen Leckereien in einer Bäckerei sieht, riecht etc. Sobald er sich für eine Annäherung entscheidet und etwas davon kaufen will, folgen Suggestionen des Unwohlseins. Als er dann schließlich doch etwas kauft und es essen will, erfolgt Erbrechen. Sobald er in seiner Vorstellung die Bäckerei verlässt, fühlt er sich sofort zunehmend wohler. Diese Suggestionen werden als Hausaufgabe täglich aufgefrischt.

Kriegel und Gaefke (1978) verbinden bei einem übergewichtigen Patienten mit dem Genuss eines kalorienreichen Colagetränks ein Brennen in der Speiseröhre und Magendrücken. Als Alternative geben sie die Suggestion für das Bedürfnis nach einem Teegetränk.

Mit der Methodenkombination von verdeckter Sensibilisierung und Hypnose werden zahlreiche Behandlungen unterschiedlicher Probleme wie Alkohol- und Tabakkonsum und Sexualabweichungen erfolgreich behandelt.

Gedankenstopp

Die von Baine (1928) entwickelte und von Wolpe (1969) adaptierte Methode besteht darin, unangemessenes (kognitives) Verhalten wie z. B. Angstgedanken oder Zwangsgedanken mit bestimmten Signalen (»Halt, Stopp!!!«) verbunden zu unterbrechen.

Diese Methode ist in sich selbst verstärkend, da das Symptomverhalten zum Auslöser für seine Unterbrechung wird, die sich selbst negativ verstärkt.

Eine sehr beeindruckende Intervention bei quälenden Gedanken, Schuldgefühlen etc. ist die Methode des roten Ballons (Walch, 1976) und der damit ähnlichen sog. Abfalltechniken (s. Abschn. 19.6.13)

Beispiel

Spiegel (1970) empfiehlt bei der Raucherentwöhnung u. a. auch den Gedankenstopp immer dann, wenn Gedanken oder Verlangen nach einer Zigarette besteht.

Bei Zwangsgedanken übt Kellerman (1981) den Gedankenstopp und verstärkt ihn positiv.

18.5.2 Rational-emotive Therapie – RET

Der Grundannahme der Rational-emotiven Therapie zufolge verursachen irrationale Denkmuster psychische Störungen (Ellis, 1957); diese Annahme hat zahlreiche Veränderungen erfahren (z. B. Försterling, 1986).

Der Patient soll durch eine Disputation seine zahlreichen rationalen und irrationalen Meinungen erkennen. Ellis bedient sich hier unterschiedlicher kognitiver Methoden wie z. B. des sokratischen Gesprächs und zahlreicher Vorstellungsmethoden: verdecktes Modelllernen, Erkennen der Verhaltenskonsequenzen, Erarbeiten positiver Vorstellungen.

Auf der affektiven Ebene werden emotional-evokative Methoden benutzt, die eine weitere kognitive Umstrukturierung bewirken. Diese Veränderungsprozesse werden durch Rollenspiele unterstützt. Auf der Verhaltensebene werden dann die erworbenen kognitiven Veränderungen als konkrete Fähigkeiten erprobt und gefestigt.

Stanton (1977) geht methodenkonform von den irrationalen Ideen der Patienten aus, formuliert die Grundannahmen und Instruktionen jedoch neu, um dadurch die Selbsteinstellung und Selbstbewertung, aber auch die irrationalen Gedanken zu beeinflussen.

Weiterentwicklungen der RET

Die konventionelle Hypnoanalyse verbindet Hariman (1980) mit der RET und bezeichnet sein effektiveres Verfahren als Rational-emotive Hypnotherapie (REH; Golden, 1983).

Die Rational Stage Directed Therapy (RSDT) stellt die Weiterentwicklung der RET in Kombination mit Hypnose dar, in der eine Verbindung von Imaginationstechniken,

Entspannung und kognitiver Restrukturierung erfolgt (Boutin, 1978); sie ist in ihrer Effektivität anderen Behandlungsformen überlegen (Tosi & Henderson, 1983).

In der Rationalen Suggestionstherapie (RST) werden die Suggestionen besonders auf (rationale) Ideen und weniger auf Emotionen gelenkt, die dann im Rahmen eines autosuggestiven Trainings verändert werden (Blumenthal, 1984). Bei der vorliegenden Methodenvielfalt wird auch der direkte Dialog von Ellis mit der indirekten Methode von Erickson verbunden (Petzold, 1981). Schließlich wendet Ellis (1984) selbst Hypnose in Verbindung mit RET an.

Besonders bei Stress sind kognitive Umstrukturierungen in Hypnose im Sinne der RET sehr wirkungsvoll, so z. B. bei Krankenschwestern und Lehrern (Stanton, 1989a, b).

18.5.3 Kognitive Interventionen bei Depressionen

Besonders Beck (1967, 1986a) hat die kognitiven Komponenten der Depression beachtet und daraus ein komplexes Interventionsverfahren abgeleitet. Ziel der Therapie ist es, die systematischen Denkfehler der Depressiven (kognitiv) zu verändern.

Das sehr umfangreiche Interventionskonzept beinhaltet grob umrissen:

- ▶ Langsamer Aufbau von Erfolgen – Planung positiver Aktivitäten
- ▶ Reduktion der automatischen Gedanken – Veränderung der Kognitionsmuster
- ▶ Entkatastrophisierung – Aufbau positiver Erwartungen

Bei diesem komplexen Therapiemodell können sehr unterschiedliche Hypnosetechniken und Verhaltensinterventionen zum Tragen kommen, wie:

- ▶ Verdecktes (imaginatives) Modelllernen (Beobachtung einer aktiven Person)
- ▶ Gedankenstopp
- ▶ Erlernen von Reizdiskrimination
- ▶ Aufbau des idealisierten Selbstbildes (Susskind, 1976)
- ▶ Ich-stärkende Suggestionen (Hartland, 1971a, 1973)
- ▶ Probehandeln oder Steigerungstechniken

Diese Methoden lassen sich auch auf die Behandlung von z. B. Ängsten, Zwängen oder Selbstproblemen übertragen.

Abschnitt 19.6 gibt hierzu umfangreiche Anregungen.

18.5.4 Problemlösen als kognitives Therapieverfahren

Psychische Krankheit kann eventuell durch ein Defizit an spezifischen Problemlösestrategien verursacht werden oder sich in einem Verhaltensdefizit äußern. Bestimmte Problemlösefertigkeiten sind in der Therapie erlernbar (D’Zurilla & Goldfried, 1971). Wesentlich ist, eine Analyse des Ausgangszustandes und des gewünschten Zielzustandes vorzunehmen, um daraus Transformationen abzuleiten, die den Übergang zwischen den beiden Zuständen ermöglichen. Defizite auf diesen drei Ebenen müssen aufgedeckt und therapeutisch bearbeitet werden. Das fünfstufige Problemlösetraining

besteht darin, die nacheinander ablaufenden Ableitungen der zahlreichen Verhaltensweisen zu einer Veränderung und Umstrukturierung der Situation (Entscheidungsprozess, Handlung) zu führen. Diese lassen sich, verbunden mit Probehandeln, leicht in Hypnose durchführen.

18.5.5 »Paradoxe« Interventionsansätze

Paradoxe Ansätze sind bereits in antiken Zeiten zu finden. Für den psychotherapeutischen Bereich wurde der Begriff von Viktor Frankl (1978) geprägt. Da viele psychische Störungen durch die antizipierte Angst Vermeidung bewirken, besteht die Paradoxie in der Konfrontation und dadurch erfolgenden Bewältigung.



Faktoren paradoxer Interventionen

- Es wird gegen die gewohnte Erwartung von Mitleid und Hilfe gearbeitet.
- Kein Drängen auf Veränderung, sondern die Anweisung, das Symptom beizubehalten, bringt Entlastung.

Daraus resultieren emotionale Reaktionen, die Veränderungen erleichtern.

Die Einbettung in ein lerntheoretisches Konzept ist durch die kognitiven Abläufe und die Auflösung konditionierter Hemmungen gegeben. Auch hier bieten sich zahlreiche und komplexe Hypnoseinterventionen an.

Methoden

Symptomverschreibung. Der Patient soll das Symptom willentlich produzieren oder sogar intensiver zeigen. Dadurch erlangt er entweder Selbstkontrolle oder er gibt das Symptom auf.

Reframing/Umetikettieren. Grundannahme ist, dass alles menschliche Verhalten seine Bedeutung (und Zuordnung) erst durch den Rahmen, den Kontext, erhält, innerhalb dessen es wahrgenommen und dann interpretiert wird. Durch Änderung des Rahmens erfolgt auch eine Bedeutungsveränderung.

Beim *Kontextreframing* ist es die Aufgabe des Therapeuten, den Kontext zu finden, innerhalb dessen das Symptom sinnvoll wäre oder eine Lösung eine sinnvolle Reaktion wäre (Watzlawick, 1991).

Beispiel: Der (unangenehme) Chef ist ein armseliger Mensch, da er vor lauter Kontrollen nicht zur eigentlichen Arbeit kommt.

Die Bedeutung eines Verhaltens wird beim *Inhaltsreframing* (= Umetikettieren) durch eine alternative Interpretation verändert. Beispiel: Nullwachstum anstatt Reduktion.

Einschränkung/Restraining. Bei großen Widerständen, die Veränderungen verhindern, instruiert der Therapeut, keine Veränderungen vorzunehmen, und erleichtert dadurch die bislang unmögliche Durchführung.

Position des Klienten einnehmen. Der Therapeut übernimmt die Sichtweise des Patienten und erreicht dadurch, dass dieser positive und verändernde Aspekte erkennt und nennt.

Nutzungstechnik (»Utilisation«). Die in der Verhaltenstherapie lange bekannte Methode (Goldfried & Davison, 1976) besteht in der Nutzung der kleinsten Aktivitäten des Patienten. Alles, was er tut, wird als Schritt in die richtige Richtung bewertet. Widerstände werden so vermieden, und der Patient behält stets seine Freiheit zur Veränderung.

Beispiel: Bei einem jungen Mann treten Asthmafälle beim Aufwachen ein; hier erfolgt eine Utilisation des bestehenden Aufwachrituals, Entspannung und positive Atembilder zu erzeugen (s. Fall 8, Kap. 27).

Konfusionstechnik. Aus der Hypnotherapie (Haley, 1967) kommend, werden verwirrend viele Angebote an Meinungen und Aussagen gemacht, die der Patient versucht, sinnvoll einzuordnen, bis er letztlich die übernimmt, die ihm bzw. der Situation entsprechen.

Daumenlutschen

Bei der Behandlung von Daumenlutschen, das bei jüngeren Kindern Gaumen- und Gebissdeformationen verursacht, wendet Zehner eine Kombination der vor- genannten Therapieteile an (Kossak & Zehner, 2011; s. Abschn. 24.10):

- ▶ Aufforderung zur bewussten Durchführung des Daumenlutschens
- ▶ Jedoch nun kontrollierte Abläufe in der Reihenfolge der zu nuckelnden Finger
- ▶ In Versuchungssituationen Angebot zur Nutzung von Alternativen
- ▶ Systematische Verstärkung der Compliance
- ▶ Tagebuchführung bzw. Kalenderprotokollierung und dadurch verstärkte Bewusstmachung des Daumenlutschens und der Verhaltensalternativen

18.6 Kognitiv-behaviorale Kurztherapie der Angst mit Hypnose (KBKH)

Diese komplexe Methode wurde von mir 1993 (S. 148–152) noch als reines Gegenkonditionieren vorgestellt und später erweitert.

Wie in den vorangegangenen Abschnitten deutlich wurde, sind Methoden zur Selbstkontrolle und zum Coping oft sehr wichtig, da sie den Patienten aktiv in die Therapie einbeziehen und seine Therapiefortschritte systematisch verstärkt werden können, bis er sie eigenständig selbst erfolgreich übernimmt.

Nachfolgend stelle ich mein Konzept der kognitiv-behavioralen Kurztherapie mit Hypnose vor, die ich seit mindestens zwei Jahrzehnten erfolgreich anwende.

Indikation. Die Therapie wurde zur Behandlung von Ängsten und Panikattacken entwickelt. Modifiziert ist sie auch bei Selbstunsicherheit und Stressereignissen anwendbar.

18.6.1 Grundelemente der Therapie

Vorbemerkung

Der Therapeut verwendet Hinweis- und Auslösereize durch Berührung des Patienten. Dies wird dem Patienten vorher erklärt und dabei exploriert, ob die Berührungen von ihm akzeptiert werden können. Andernfalls sollten sie entfallen, wodurch die typische zügige Vorgehensweise der Methode etwas reduziert ist.

Zur *Imagination der Problemszene* berührt der Therapeut mit seiner Fingerspitze die *Schulter* des Patienten und gibt dadurch das Signal, mit der Imagination zu beginnen. Als Signal für die *Entspannung* berührt der Therapeut das *Handgelenk* des Patienten. Die Berührung des *Handgelenks* wird ausgewählt, weil sie später ganz unauffällig im Alltag anwendbar ist (s. a. Abschn. 20.3.4: Die Überallmethode). Falls es bei der Auswahl der Berührungspunkte Probleme geben sollte, so ist es sinnvoll, sie weit auseinander liegend zu wählen, um so die spätere Reizdiskrimination zu erleichtern.

Nach der Exploration, Diagnose und Indikationsstellung, nach der dieser Methode dann zugestimmt wird, werden folgende Schritte durchlaufen.

Praktische Durchführung

(1) Imagination: Problemszene (ca. 30–60 Sekunden)

»Bitte stellen Sie sich intensiv die unangenehme Situation vor ... Bitte ganz plastisch vorstellen.« (Berührung der Schulter)

Ggf. muss die Szene weiter plastischer ausformuliert werden.

Der Patient kann dadurch sein Gefühl (Angst, Panik, Versagen, Beschämung) erkennen, besonders die dazu gehörenden körperlichen Korrelate; gleichzeitig werden seine Kognitionen (Gedanken, Selbstbewertungen und Erwartungen) berücksichtigt und indirekt das mögliche Vermeidungsverhalten exploriert.

(2) Lokalisierung der Angst – Wahrnehmung der Angst

»Bitte lokalisieren Sie, an welcher Stelle Sie das unangenehme Gefühl besonders spüren ... Wie fühlen Sie das ... an welcher Stelle spüren Sie das?«

(3) Körperliche Wahrnehmung der Angst

»Bitte berühren Sie diese Stelle mit Ihrer Hand. Was spüren Sie ... wo spüren Sie es?«

Durch die Berührung der »Angststelle« kann der Patient seine körperlichen und physiologischen Angstkomponenten wahrnehmen, wodurch konkretere (physiologische) Angstwahrnehmungen möglich sind.

Der Patient berichtet von seinen Eindrücken.

(4) Aushalten der Angst – Verhindern von Vermeidungsverhalten

»Ja, halten Sie dieses Gefühl für einige Sekunden weiter aus.«

Auftretende Ängste müssen noch mindestens weitere 20 Sekunden ausgehalten werden.

(5) Entspannungsszene – Wahrnehmung von Entspannung und Erfolg

»Nun schalten Sie um und stellen sich Ihre schöne Szene (z. B. Waldspaziergang) bitte ganz plastisch vor.« (Berührung des Handgelenks)

Der jeweilige Szenenwechsel zwischen Konfrontation und Entspannung soll abrupt erfolgen. Der Patient lernt dadurch, in Angstsituationen ebenfalls abrupt umzuschalten: Angstgedanken zu stoppen und bereits auf kleine Angstreize mit Entspannung zu reagieren.

(6) Positives Gefühl lokalisieren – Fokussierung auf Entspannung

»An welcher Körperstelle bemerken Sie das angenehme Gefühl? ... Ja, prima!«

Auch die positiven Gefühle, die bei gewünschten Veränderungen auftreten, sollen körperlich lokalisiert werden, um sie dadurch ebenfalls deutlich zu spüren und sie dann zu bekräftigen. Die Wirkungen der Gegenkonditionierung werden dadurch intensiviert.

(7) Positives Gefühl vertiefen

»Bitte halten Sie dieses schöne Gefühl (benennen) noch einige Sekunden fest und spüren es an dieser Stelle ganz deutlich. Legen Sie Ihre Hand auf diese Körperstelle des positiven Gefühls.«

(8) Imagination der Problemszene

»Bitte stellen Sie sich wieder die andere Szene vor ... Bitte wieder ganz plastisch vorstellen.« (Berührung der Schulter)

(9) Suggestion der positiven Veränderung Angstbewältigung

»Was hat sich nun positiv verändert? Welche Gefühle, welche Gedanken haben sich positiv verändert?«

Der Patient soll seine Aufmerksamkeit nun vermehrt auf positive Veränderungen fokussieren, die durch die Suggestion provoziert werden. Erfolgt keine Veränderung, insistiert der Therapeut bei der nächsten Wiederholung darauf, positive Veränderungsansätze wahrzunehmen.

Der Patient berichtet über die positive Veränderung seiner Gefühle, Gedanken, Körperreaktionen und der Therapeut verstärkt sie sofort.

(10) Körperliche Wahrnehmung der positiven Veränderung

»Bitte nehmen Sie diese positive Veränderung deutlich wahr – und merken deutlich die Stelle dazu in Ihrem Körper.«

Es erfolgt eine Vertiefung der Erfolgswahrnehmung durch deren körperliche Repräsentanz.

(11) Selbstbeobachtung der Veränderung – Wahrnehmung kognitiver Veränderungen

»Sehr gut! ... Welche Ihrer Gedanken oder Handlungen oder Gefühle bewirken diese positiven Veränderungen?«

Sensibilisierung für positive Veränderungen von Kognitionen wie z. B. Selbstbewertung.

Der Patient berichtet darüber und wird darin verstärkt.

»Was könnten Sie tun oder denken oder wie können Sie handeln, damit es Ihnen noch etwas besser geht?«

Der Patient berichtet darüber; der Therapeut greift relevante Aspekte auf und arbeitet sie in sein Gesamtkonzept ein.

(12) Aufbau des locus of control und der Selbstwirksamkeit

»Sehr gut! Mit diesem Gedanken (benennen) haben Sie Ihre positive Veränderung bewirkt. Sie konnten es selbst erreichen mit Ihrem Gedanken Veränderungen und Verbesserungen bewirken. Sie können damit positiv verändern.«

Der Patient erlebt sich als Ort der Kontrolle und als selbstbestimmendes Veränderungsagens, was wiederum therapiemotivierend ist.

Gegenkonditionierung

Durch die wiederholte (ca. 5 bis 6) Abfolge von Konfrontation und Entspannung erfolgt eine Wiederholung der Phasen 1–12.

Dabei werden besonders die *Suggestion der positiven Veränderung* hervorgehoben: *»Was hat sich nun noch weiter positiv verändert?«, »Sie merken deutlich, dass Sie nun andere Gedanken haben, fühlen sich freier.«*

Bei deutlicher Verbesserung wird weiter gegangen:

(13) Selbstkontrolle – Positive Szene selbst auslösen

»Nun schalten Sie bitte wieder um auf Ihre angenehme Szene und berühren nun selbst mit Ihrer einen Hand Ihr Handgelenk so wie ich es vorhin tat.«

Anleitung des Patienten, die einzelnen Therapieschritte selbst zu übernehmen und eigenverantwortlich weiter durchzuführen.

Stabilisierung der Selbstkontrolle

Durch ca. vier nun durch die Fortschritte modifizierten Wiederholungen der Szenenabfolgen 1 bis 13 wird die Selbstkontrolle weiter gefördert.

Der Therapeut gibt weiterhin Suggestionen der positiven Veränderung und ihrer Verstärkungen.

(14) Selbstkontrolle und Selbstverwaltung der Bewältigungsstrategien (Coping)

»Wechseln Sie nun bitte selbstständig zwischen den beiden Szenen. Merken Sie dabei immer wieder, wie Sie schnell umschalten können und wie Sie immer mehr positive Veränderungen bewirken können, die immer sicherer werden.«

Stabilisierung des Coping

Durchführung von ca. vier Wiederholungen der Szenenabfolgen 1–14, bis der Änderungserfolg deutlich vorhanden und relativ stabil ist.

(15) Posthypnotische Suggestionen – zur Wahrnehmung der auslösenden Reize/Situationen und sofortige Anwendung der Selbstkontrolle.

»Immer, wenn Sie an Ihr Problem denken oder sich in einer ähnlichen Situation befinden, werden Sie sich sofort an Ihr Handgelenk fassen und sofort umschalten auf Ihre schöne Entspannungsszene. Sie werden sofort umschalten und Ihre positiven Gedanken (benennen) benutzen.«

(16) Beendigung der Hypnose, Nachbesprechung und therapeutische Hausaufgaben

Der Patient wird informiert, von nun ab in relevanten Angst- oder Stresssituationen durch seine Berührung am Handgelenk Entspannung und positive Bewältigungsgedanken auszulösen, sich selbst zu bekräftigen etc. Zur besseren Generalisierung sollte dieses Vorgehen mindestens einmal täglich geübt werden.

18.6.2 Bewertung der Intervention

Umfang der Intervention

Meist sind in der Sitzung insgesamt sechs bis zehn Wechsel erforderlich, inkl. der vom Patienten selbst gesteuerten. Der Zeitaufwand für diese Intervention beträgt insgesamt 20 bis 30 Minuten.

Effektivität

Die Patienten sind bereits während der Intervention (mitunter schon in Phase 9 oder 10) über die positive Wirkung überrascht. Die Patienten können eigenständig ihrer Angst entgegenwirken, falls sie je auftreten sollte; allein das gibt ihnen Sicherheit. Sie bemerken bereits kleinere Auslösesignale und können so erste Angstanzeichen sofort abbauen, bis sie schließlich nach wenigen Tagen eine vollkommene Angstreduktion erreichen.

Bei sehr vielen Patienten reicht eine einzige Sitzung aus, um einen stabilen, also anhaltenden, Erfolg zu erzielen. Die Katamnesezeiträume betragen bis zu 15 Jahre.

Fallbeispiele für die zahlreichen erfolgreichen Anwendungen:

- ▶ Ängste, Phobien: z. B. in der Öffentlichkeit zu sprechen, Vorträge zu halten, Hundephobien, Höhenangst, Spinnenphobie
- ▶ Flugangst: Bei einer Patientin kann die Therapie aus terminlichen Gründen nur zwei Wochen vor dem Flug erfolgen; die erlernten Selbstkontrollmethoden sind schon vor dem Abflug nicht mehr erforderlich. Der Flug wird genossen.
- ▶ Panikanfälle: bei schlimmen (Fernseh-)Nachrichten; in der Straßenbahn mit Notarztanforderung.
- ▶ Leistungsangst, sich in der Schule zu melden und zu versagen
- ▶ Sozialangst, ausgelacht zu werden
- ▶ Stress: Erwartungsängste, Befürchtungen

19

Imaginative Verfahren – Methoden, Anwendungen

Wer sehen will, muss die Augen schließen.
Paul Gauguin (1848–1903)

In diesem Kapitel werden einige imaginative Verfahren vorgestellt, die im Bereich der Hypnose ihre klinische Anwendung finden – konkrete Praxisvorschläge stehen im Vordergrund. Dabei sollen gerade die in den letzten Jahren erhobenen Befunde und Aussagen zur Imaginationsforschung und ihr Bezug zur Hypnose umrissen werden, um die praktisch große Bedeutung der Imaginationen auch theoretisch einzubetten.

19.1 Geschichte und Begriffsbestimmung

In der Renaissance war Imagination für die Erklärung magischer Prozesse bedeutsam, so für Paracelsus. Er sah Imagination als eine natürliche Vitalkraft mit kosmischen, mentalen, physikalischen und physischen Eigenschaften an. In der Kritik am Mesmerismus entstand die Debatte, ob es sich bei den hier gezeigten Verhaltensweisen um die Wirkung des Fluidums oder um bloße Einbildungskraft handele. Bernheim prägte dann als modernes Erklärungselement den Begriff der Suggestion (Schott, 2004).

Imaginationen – also Innenbilder, Vorstellungen – waren schon immer ein subjektiv realer und damit wesentlicher Bestandteil unserer Leib-Seele-Einheit. Die enge Beziehung und gegenseitige Beeinflussung der Imaginationen mit den Emotionen, Kognitionen, Attributionen, Motivationen und physiologischen sowie motorischen Reaktionen verdeutlicht dies. Bereits einfachste innere oder äußere Impulse können extrem komplexe Reaktionsmuster bewirken (s. z. B. Abb. 7.3 und 7.6) und so zu Handlungsentwürfen von technischen Erfindungen, künstlerischen Gestaltungen oder psychopathologischen Verhaltensweisen wie z. B. Depressionen führen.

Innenbilder begleiten uns täglich und sind ein Teil unseres Lebens als Selbst- und Fremdbild, vorgestellte erwünschte/unerwünschte Rolle oder Verhaltensweise, Fantasie zu z. B. Ängsten, Erfolgen, Sexualkontakten, zur Problemlösung, Wegorientierung oder Erfindung.

19

Imaginative Verfahren – Methoden, Anwendungen

Wer sehen will, muss die Augen schließen.
Paul Gauguin (1848–1903)

In diesem Kapitel werden einige imaginative Verfahren vorgestellt, die im Bereich der Hypnose ihre klinische Anwendung finden – konkrete Praxisvorschläge stehen im Vordergrund. Dabei sollen gerade die in den letzten Jahren erhobenen Befunde und Aussagen zur Imaginationsforschung und ihr Bezug zur Hypnose umrissen werden, um die praktisch große Bedeutung der Imaginationen auch theoretisch einzubetten.

19.1 Geschichte und Begriffsbestimmung

In der Renaissance war Imagination für die Erklärung magischer Prozesse bedeutsam, so für Paracelsus. Er sah Imagination als eine natürliche Vitalkraft mit kosmischen, mentalen, physikalischen und physischen Eigenschaften an. In der Kritik am Mesmerismus entstand die Debatte, ob es sich bei den hier gezeigten Verhaltensweisen um die Wirkung des Fluidums oder um bloße Einbildungskraft handele. Bernheim prägte dann als modernes Erklärungselement den Begriff der Suggestion (Schott, 2004).

Imaginationen – also Innenbilder, Vorstellungen – waren schon immer ein subjektiv realer und damit wesentlicher Bestandteil unserer Leib-Seele-Einheit. Die enge Beziehung und gegenseitige Beeinflussung der Imaginationen mit den Emotionen, Kognitionen, Attributionen, Motivationen und physiologischen sowie motorischen Reaktionen verdeutlicht dies. Bereits einfachste innere oder äußere Impulse können extrem komplexe Reaktionsmuster bewirken (s. z. B. Abb. 7.3 und 7.6) und so zu Handlungsentwürfen von technischen Erfindungen, künstlerischen Gestaltungen oder psychopathologischen Verhaltensweisen wie z. B. Depressionen führen.

Innenbilder begleiten uns täglich und sind ein Teil unseres Lebens als Selbst- und Fremdbild, vorgestellte erwünschte/unerwünschte Rolle oder Verhaltensweise, Fantasie zu z. B. Ängsten, Erfolgen, Sexualkontakten, zur Problemlösung, Wegorientierung oder Erfindung.

Definition

Imagination

Innenbilder (Imaginationen) sind Vorstellungen, die durch Sinneswahrnehmungen, Suggestionen (Anweisungen) oder Gedanken ausgelöst werden:

- ▶ Ihr Inhalt kann alle Wahrnehmungsmodalitäten betreffen.
- ▶ Imaginationen sind meist komplexe Bilder mit mehreren Wahrnehmungen.
- ▶ Imaginationen sind meist assoziiert mit Emotionen, Attributionen, Kognitionen, Motivation, physiologischen Reaktionen.
- ▶ Der Person ist bewusst, dass es sich um produzierte Bilder handelt.
- ▶ Imaginationen sind (im Gegensatz zu Halluzinationen) beliebig herstellbar und steuerbar.

Zur Messung von Imaginationsfähigkeit gibt es inzwischen mehr als 20 Fragebögen bzw. Tests; es ist jedoch nicht sicher, ob sie alle den gängigen Testkriterien (Validität, Konsistenz, Reliabilität, Trennschärfe etc.) entsprechen (Sheehan et al., 1983).

19.2 Theoretische Erklärungsmodelle

Bildliche Vorstellungen wurden früher als Abbildungen der Wahrnehmung angesehen, aber es werden keine »Bilder« im Kopf erzeugt – und wie könnte man sie dann ansehen? Die Neuro- und Kognitionswissenschaften untersuchen diese Frage nach den inneren Vorgängen, die hier nur kurz umrissen werden können.

19.2.1 Propositionen

Propositionen sind zentrale Begriffe der kognitiven Psychologie (Anderson, 1978; Norman & Rumelhart, 1975). Es sind die kleinsten bedeutungstragenden Einheiten im semantischen Gedächtnis. Sie bilden eine selbstständige Aussage und sind die kleinsten Einheiten, die sich sinnvoll als wahr oder falsch beurteilen lassen.

Propositionen und ihre Funktionen

- ▶ Imaginationen basieren auf propositional gespeicherten Informationen.
- ▶ Gedanken setzen sich aus Propositionen zusammen, den Verknüpfungen zwischen einem Objekt und seiner Eigenschaft.
- ▶ Es sind Behauptungen, die bestimmte Eigenschaften und Gegenstände betreffen.
- ▶ Sie können Anweisungen für das Gedächtnis darstellen oder die Bewegungen und Handlungen einer Person kontrollieren.
- ▶ Sie können sich auch auf Ereignisse, Episoden, Erfahrungen einer Person beziehen. Meist stehen die Propositionen im Zusammenhang als *propositionales Netzwerk*. In solchen Netzwerken sind bestimmte Aspekte von Gefühlen gespeichert. Enthalten sie typische Charakteristika eines Gefühls, so werden sie als »emotionale Prototypen« bezeichnet.

Das propositionale Netzwerkmodell enthält drei Elemente

- (1) Situationspropositionen:** z. B.: Vorstellung einer grünen Schlange.
- (2) Bedeutungspropositionen:** z. B. Bewertung der Schlange als gefährlich oder Eigenbewertung »Ich bin ein Versager.«
- (3) Reaktionspropositionen:** z. B. Anstieg der Herzrate, Anstieg des Muskeltonus.

Veränderungen im Netzwerk und ihre Auswirkungen:

Die Aktivierung eines Elementes der emotionalen Prototypen kann mehrere solcher Elemente aktivieren und dadurch die subjektive Erfahrung des gesamten Netzwerk-inhaltes erreichen. Ebenso können durch das Wiedererleben z. B. reziproke Hemmungen auftreten, d. h. therapeutisch bedeutsame Veränderungen der Bedeutungspropositionen durch Selbstverbalisierung erfolgen, kognitive Umstrukturierungen usw.

19.2.2 Erklärungsmodelle für Imaginationen – Gesehen oder gedacht?

Die vorläufigen beiden Hauptrichtungen zur Erklärung von Imaginationen befassen sich mit den kognitiven und »visuellen« Verarbeitungsmodi im Gehirn.

Deskriptionalisten (Pylyshy, 2003; Slezak, 2002)

Bildhafte Gedanken werden in Form einer Einfachst-Aussage repräsentiert. Der Hirnaufwand für komplexe Bilder mit ständig begleitenden Propositionen wäre viel zu groß. Objekte vor unserem inneren Auge gehorchen anderen Gesetzen als tatsächlich gesehene. Bilder auf der Netzhaut oder im Kortex und müssen erst noch interpretiert werden, aber innere Bilder sind schon die Interpretation.

Pictorialisten (Kosslyn, 1994)

Erinnerungen werden in propositionaler Form kodiert. Das Gedächtnis übergibt die Inhalte an das System »visueller Puffer« weiter. Hier wird die propositionale Information in Bilder umgewandelt und grafisch repräsentiert (wie bei einem Digitalfoto). Im Gehirn bilden Imaginationen und optisch wahrgenommene Bilder nahezu identische fMRT-Muster (Ganis et al., 2004).

Imaginationen und die reale Wahrnehmungen von visuellen Angstausslösern werden ähnlich langsam verarbeitet (Borst & Kosslyn, 2010a).

Die Untersuchungen von Borst und Kosslyn (2010b) zeigen auch, dass die klassischen standardisierten visuell-räumlichen Tests (wie z. B. Ravens Progressive Matrices, 1981) sich auf die subjektiven mentalen räumlichen Imaginationen beziehen und nicht auf die mentale Imaginationen des Objektes.

Die einzelnen Propositionen können in Verbindung mit den Imaginationen kognitive, emotionale und physiologische Prozesse auslösen, die dann therapeutisch nutzbar gemacht werden. Siehe hierzu auch die Auswirkung der Suggestionen in Kapitel 7.3.1, Abbildung 7.1 bis 7.3.

Es bleibt das Fazit, dass die kognitive Neurowissenschaft der letzten zwei Jahrzehnte im Bereich der Imagination noch eine Menge an Fragen und Erklärungen offen lässt (Ganis & Schendan, 2011).

19.3 Imagination und Hypnose

Imagination und Hypnose sind historisch eng miteinander verbunden. Hypnotische Phänomene werden deshalb von Sarbin und Coe (1972) als »believed-in imaginings« bezeichnet. Aus der empirischen Forschung geht jedoch hervor, dass bei der Hypnose zwar Techniken und Suggestionen verwandt werden, die Imaginationen benutzen, aber die früher angenommene direkte oder lineare Beziehung zwischen Hypnose und Imaginationen wurde bislang nicht nachgewiesen (Corney & Kirsch, 1999; Spanos, 1991).

Die Beziehung zwischen Hypnose und Imaginationsvariablen

Diese Beziehung kann aus zwei Perspektiven betrachtet werden:

- (1) *Imagination ist eine kognitive Strategie* (zielgerichtete Fantasie), die das hypnotische Verhalten bewirkt oder verstärkt.
- (2) *Imaginationsfähigkeit ist ein Persönlichkeitsmerkmal* (z. B. imaginative Mitwirkung oder Absorption), die der Hypnotisierbarkeit unterliegt (Council et al., 1996).

Bei dieser Diskussion sind folgende Aspekte bedeutsam.

Zielgerichtete Fantasien sind Bilder von Situationen, die die suggerierte Reaktion bewirken können. Es gibt drei Beweise, nach denen Fantasien mit hypnotischen Reaktionen verbunden sind:

- Die zielgerichteten Fantasien sind in den Wortformulierungen der Suggestionen enthalten.
- Die Personen werden darin unterrichtet, diese Fantasien zu produzieren.
- Imaginationsfähigkeit ist ein Ausmaß, mit dem darauf reagierende Personen willentlich zielgerichtete Fantasien hervorbringen (Council et al., 1996).

Für *hoch emotionale Imaginationen* werden im Langzeitgedächtnis zusätzliche Mechanismen zur Informationsrückgewinnung bereitgestellt, die dann in der Zukunft häufiger auftauchen. Diese Imaginationen bewirken dann Erregung, ähnlich der beim tatsächlichen Ereignis. Dies kann dann zu Denkmodellen führen, die zur Erklärung der Entstehung von Posttraumatischen Belastungsstörungen, Störungen der Selbstkontrolle oder der Hyperaktivität beitragen können (Kosslyn, 2005).

Motorische Imaginationen

Hypnosetests und klassische Induktionen verwenden häufig motorische Imaginationen; sie wurden jedoch bislang experimentell kaum berücksichtigt. Konrad et al. (2004) untersuchen den Zusammenhang zwischen motorischer Imagination und Hypnose. Dazu haben die Versuchspersonen mit oder ohne Hypnose-Induktion mental einen Fußweg zu gehen.

Im EEG zeigt die okzipitale Alphanpower (= Alphaaktivität als Anzeichen eines entspannten Wachzustandes) und zentrale Thetapower (Thetaaktivität bei fokussierter Aufmerksamkeit) deutlich signifikant Unterschiede zwischen Personen mit niedriger und hoher Imaginationsfähigkeit. Zusammen mit anderen Ergebnissen wird

abgeleitet, dass ein Zusammenhang zwischen motorischer Imagination und Hypnose besteht. Wahrscheinlich ist die okzipitale Alphasuppression als Maß für die Imagination in Hypnose und für die Trancetiefe anzusehen. Bei diesem »Mental Walk Task« benötigen die hypnotisierten Versuchspersonen bis zu 2,8 mal länger als die nicht hypnotisierten. Dies kann evtl. mit der in Hypnose auftretenden Zeitverzerrung (s. Kap. 7.7.3) erklärt werden (Konrad et al., 2005).

Imagination und Hypnotisierbarkeit – wesentliche Ergebnisse

Die Ergebnisse sind nachfolgend stichwortartig zusammengefasst.

- ▶ Hohe imaginative Fähigkeit lässt nicht auf Hypnotisierbarkeit schließen – und geringe imaginative Fähigkeit weist nicht auf mangelnde Suggestibilität hin (Shehan & Robertson, 1996). So können Geringsuggestible bestimmte Imaginations-techniken für die Hypnose nutzen (Jackson, 1984). Oder Hochsuggestible, die gleichzeitig hohe Imaginationsfähigkeiten haben, können nicht die Aspekte von Fantasiebegabung zeigen, über die wieder andere Suggestible verfügen.
- ▶ Der Zusammenhang zwischen der Lebhaftigkeit von Imaginationen und Hypnotisierbarkeit wurde mehrfach bestätigt (z. B. De Gro, 1989).
- ▶ Es besteht ein Zusammenhang zwischen Bildlebhaftigkeit und selbstberichteter Trancetiefe (Pekala et al., 2010).
- ▶ Geringhypnotisierbare machen mehr Fehler in Imaginationsaufgaben als Hochhypnotisierbare; die Messverfahren hierbei sind jedoch wenig zuverlässig, da dazu der Selbstbericht benutzt wurde, Verzerrungen beinhalten (Kogon et al., 1998).

Fazit: Fantasiebegabung ist ein relativ schwacher Faktor bei der Vorhersage von Hypnotisierbarkeit (z. B. Kirsch & Lynn, 1995; Green & Lynn, 2011).

19.4 Therapeutische Wirkungen

Interventionen mit Imaginationen bzw. imaginativen Verfahren sind seit vielen Jahrzehnten ein etablierter Bestandteil vieler psychotherapeutischer, psychologischer und pädagogischer Methoden bzw. Schulrichtungen. Im Bereich der Hypnose und gleichzeitig auch der Verhaltenstherapie sind die grundlegenden Imaginationselemente von Lazarus (1980) bekannt. Ihre zahlreichen Folgemethoden sind feste Bestandteile der Verhaltensmedizin und kognitiv-behavioralen Therapie (Petermann et al., 2009).

Unabhängig von theoretischen Erklärungsmodellen gibt es zahlreiche diagnostische und therapeutische Wirkungen der Imaginationen.

Die nachfolgende Aufstellung orientiert sich teilweise an Meichenbaum, 1978, S. 389).

Vielseitigkeit der Imaginationen. Es handelt sich um sehr unterschiedliche Wahrnehmungsqualitäten (z. B. sehen, hören, riechen, schmecken), die szenisch miteinander als eine Erlebensganzheit verbunden sind und die dazu gehörenden Emotionen, physiologischen Begleiterscheinungen, Gedanken und Wahrnehmungen aktivieren. Deshalb ist VAKOG zu empfehlen, um über zahlreiche Sinne Imaginationen zu aktivieren (s. Abschn. 2.8).

Differenzierung zwischen Realität, Irrationalität und Imagination. Der Patient kann lernen, die Unterscheidung zwischen der realen Situation und den in seinen Kognitionen ablaufenden Prozessen vorzunehmen. Auf diese Weise erkennt er, dass er unangemessene Bewertungen und Zusammenhänge herstellt, die ggf. der Realität bzw. realen Situationen nicht entsprechen, d. h. Erkennen der Irrationalität eigener Gedanken.

Kontrolle der Imaginationen. Durch kontrollierten Gebrauch der Imaginationen werden gedankliche Eskalationen verhindert. Lernt der Patient kognitive (hier = imaginative) Kontrolle, so erwirbt er damit Selbstkontrolle über Aspekte seiner unterschiedlichsten Verhaltensmöglichkeiten und damit Eigensteuerung.

Erkennen der Probleme. Durch Imaginationen kann der Patient relevante Probleme und ihren Hintergrund leichter erkennen. Er kann daraus (mit Hilfe des Therapeuten) neue Suchrichtungen und Problemstellungen definieren.

Bewusstmachung. Durch Imaginationen kann der Patient sich an die bislang unbewussten oder in der Erinnerung verborgenen Inhalte wieder plastischer erinnern; sie werden damit bewusst gemacht. Probleme und Problemzusammenhänge werden begreifbar und psychologisch verstehbar.

Reduktion unangemessener Affekte. Durch die Wiederholung der Fantasien und Imaginationen erfolgt ein Abbau der überstarken oder irrelevanten Affekte. Falsche affektive Beziehungen werden erkannt und dadurch abgebaut.

Differenzierung von verschiedenen Problemaspekten. Durch den Umgang mit Imaginationen kann der Patient immer differenzierter impulsive, motivationale, kognitive und verhaltensbedingte Aspekte seiner Probleme erkennen und unterscheiden. Auf diese Weise kann er deutlicher die unterschiedlichen Auslöser bzw. Ursachen seiner Probleme (Einstellungen, Verhaltensweisen etc.) erkennen, einordnen und dann daran arbeiten.

Abnahme unangemessener Konsequenzen. Der Patient erlernt mit Hilfe der Imaginationen, unangemessene Erwartungshaltungen (an sich selbst oder an andere) abzubauen. Die bislang aus seinen Erwartungshaltungen abgeleiteten schicksalhaften und vermeintlich vernichtenden Konsequenzen kann er nun als unrealistisch erkennen. Gleichzeitig erwirbt er zunehmend mehr die Fähigkeit, externale Probleme und Ereignisse z. B. in ihrer Wirkung realistisch einzuschätzen.

19.5 Methodische Hinweise

Überprüfung der Imaginationsfähigkeit des Patienten.

Eine ausführliche Darstellung erfolgte bereits in Kapitel 12.2.2.

Bevorzugte Imaginationen erkennen und benutzen

Wie bereits mehrfach betont, sind Imaginationen nicht »bunte Bilder im Kopf«, sondern komplexe Vorstellungsaspekte weniger oder zahlreicher emotionaler, visueller, attributiver und anderer Bedeutungsgehalte.

Deshalb ist es besonders wichtig, vor Anwendung bedeutsamer therapeutischer Interventionen durch einfache Entspannungsbilder zu explorieren, auf welche Art von Imaginationen (Wahrnehmungsqualitäten) der Patient besonders anspricht. Dazu benutzt man am besten solche Szenen, die viele Wahrnehmungsqualitäten enthalten (Methode VAKOG, s. Kap. 2.8). Auf der Basis dieses Wissens sollten dann die nachfolgenden Imaginationen möglichst viele der individuell bevorzugten Qualitäten enthalten. Dies ist jedoch wieder zu relativieren, da eventuell gerade pathogene Imaginationen oder Wahrnehmungsaspekte ausgeklammert werden können, die es dann aufzudecken und aufzuarbeiten gilt.

Hypnose-Kommunikation führen

Die Suggestion oder Anregung von Imaginationen sollte weniger als einseitige Instruktion verstanden werden, sondern vielmehr als gemeinsame Kommunikation über bestimmte mögliche Inhalte, Szenen, Erlebnisse, Lebensabschnitte. Nur durch den Dialog kann der Therapeut sicherstellen, dass der Patient sich noch innerhalb der Imagination befindet (oder auf andere Kognitionen ausweicht, um sie z. B. zu vermeiden). Durch den Dialog kann der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten weitere Ausgestaltungen und Ergänzungen der Imaginationen vornehmen, aber auch therapeutische Annäherungen oder Veränderungen bewirken. Damit wird der Patient dazu angeleitet, andere Erlebnisse (Bewertungen etc.) als bisher vorzunehmen (= Reframing) und dadurch therapierelevante Veränderungen des sichtbaren und des physiologischen, emotionalen und kognitiven Verhaltens bewirken.

Sprache und Timing beachten

- ▶ Die individuelle Kommunikationsfähigkeit des Patienten berücksichtigen – z. B. Soziokultur, Intellekt, Entwicklung
- ▶ Möglichst plastische (= bildhafte) Formulierungen verwenden (z. B. anstatt »Ihre Hand wird warm → Sie strecken Ihre Hand vor das Kaminfeuer und merken nun die angenehme Wärme ...«)
- ▶ Eine relativ vereinfachte Sprache wählen (Worte, Grammatik)
- ▶ Bilder und Sprache aus dem individuellen Lebens- und Erfahrungsbereich des Patienten nutzen
- ▶ Mehrdimensionale Wahrnehmungsinhalte anbieten (VAKOG) und bevorzugte Sinnesmodalitäten auffinden
- ▶ Dem Patienten Zeit lassen zum Entfalten des Bildes
- ▶ Beim Patienten Erwerb von Selbstkontrolle fördern
- ▶ Suggestionen anwenden und deren Wirkungen kontrollieren, evtl. durch Rückmeldungen des Patienten korrigieren

Beeinflussende Faktoren der Imagination

Eine ausführliche Darstellung erfolgte bereits in Kapitel 12.2.3.

Einschränkungen

- ▶ Unbedingt individuell relevante Bilder wählen

- ▶ Auf gewollte/ungewollte Suggestionen achten
- ▶ Die Macht der Negation beachten = nur positive Formulierungen und Bilder benutzen, die auf das gewünschte Ziel hinführen (s. Abschn. 7.5.3).
- ▶ Spontane (heftige und komplexe) emotionale Reaktionen sind möglich.
- ▶ Altersregressionen treten leichter auf.
- ▶ Bei aller »Bilder-Kreativität« stets objektiv die erforderliche Indikation und Methode im Auge behalten.
- ▶ Subjektive und objektive Realität kann divergieren. Unabhängig von der methodischen Anwendung der Imaginationen (als suggerierte Bilder, Handlungen, in der Selbsthypnose erarbeitet oder durch geleitete Imaginationen oder Fantasien – gleich ob als Alters-Regression oder sonstige Methode eingesetzt) – gilt: Innenbilder mit oder ohne Hypnose geben zwar detailreichere, aber keine zuverlässigen Informationen über frühere Ereignisse; Erinnerung, Wunsch, Emotion und Situation können den objektiven Aussagegehalt beträchtlich verändern (s. die ausführlichen Darstellungen in Abschn. 26.1.4).

Wenn in der Psychotherapie jedoch primär allein das subjektiv empfundene Leid zu behandeln ist, können auch (oder gerade) subjektive Konstruktionen ein Teil der Symptomatik sein, die auf der Kognitions- oder Imaginationsebene angesprochen und verändert (= geheilt) werden können (s. a. als Beispiel den Fall 9 in Kap. 27.)

Abschließende Bemerkungen zur Praxisanwendung von Imaginationen

Der Berufsanfänger wird sich mit den imaginativen Verfahren bestimmt noch sehr schwer tun, da ihm noch das Grundrepertoire an Methoden fehlt. Nach ausreichender Erfahrung im Umgang mit diesen Methoden und nach vielen Selbstversuchen gewinnt man an Ideenreichtum und Flexibilität. Dies ist jedoch nur dann hilfreich, wenn man seine grundlegenden Methoden als Therapeut intensiv beherrscht.

Praxishinweis

- ▶ Die aufgestellte Sammlung imaginativer Techniken ist keinesfalls vollständig und wird nie vollständig werden können.
- ▶ Die imaginativen Verfahren sollten keinesfalls als Patentrezept benutzt werden.
- ▶ Imaginative Techniken sind kein Therapieverfahren an sich, sondern sollen stets im Rahmen eines übergreifenden Behandlungskonzeptes stehen.
- ▶ Imaginationsmethoden sind stets auf die individuelle Situation des Patienten abzustimmen.

19.6 Imaginative Methoden in der Psychotherapie und Hypnose

Die einzelnen Methoden der Imagination lassen sich nur sehr schwer in übergeordnete Systeme integrieren. Die folgende Darstellung beginnt mit der Veränderung einfacher Wahrnehmungsaspekte und geht zu immer komplexeren Methoden über, ist jedoch

insgesamt mehr als eine Auflistung der bekannten Verfahren zu verstehen. In der Praxis werden diese einzelnen Methoden durchaus miteinander kombiniert.

Die in Hypnose eingesetzten Imaginationen oder Techniken sind nicht unbedingt »typisch« oder allein gültig für Hypnose. Der Anwendungsbereich der imaginativen Methoden ist sehr breit und umfasst z. B. kognitiv-behaviorale Methoden, das Focusing (Gendlin, 1979) oder das Katathyme Bilderleben (Leuner, 1981). Wie bereits oben (s. Kap. 4) dargestellt, ist der Übergang von Hypnose zu Nicht-Hypnose oder zu »reiner« Imagination fließend.

Die nachfolgenden Imaginationstechniken sind für sich genommen meist kognitiv-behaviorale Interventionen (z. B. Probebehandeln, Steigerungstechniken, Umdeutungen), die optimal mit Hypnose kombiniert werden.

19.6.1 Imaginations-Grundübung

Falls Patienten keinerlei Erfahrungen mit Imaginationen haben, ist eine Grundübung zu empfehlen.

Suggestion

Apfel-Imagination

Auf dem Tisch vor dem Patienten liegt ein Apfel, den der Patient in Ruhe betrachten soll. Dann soll er die Augen schließen:

»Nun stellen Sie sich bitte den Apfel vor, wie der vor Ihnen auf dem Tisch liegt. Stellen Sie sich ganz plastisch die Form und Farbe vor ... Bitte beschreiben Sie, was Sie nun beobachten.« Der Klient beschreibt nun seine Imagination.

Nun soll imaginiert werden, wie der Apfel sich dreht, wie er sich anfühlt, wie er schmeckt etc.



Durch die Grundübung gewöhnt sich der Patient daran, Imaginationen zu produzieren und davon zu berichten; hierin wird er systematisch verstärkt, sodass er zunehmend mehr Wahrnehmungsqualitäten imaginiert und immer mehr Veränderungen vornehmen kann.

19.6.2 Erleichterung der Imagination/der Hypnose

Für ängstliche Patienten schlägt Strauss (1991) zur Hypnoseeinleitung eine andere »Apfeltechnik« vor.

Praxishinweis

Apfeltechnik zur Hypnoseeinleitung

Der Patient soll seine Augen schließen. Dann wird ihm in seine ausgestreckte Hand ein Apfel gelegt. Im Dialog mit dem Therapeuten soll er nun Gewicht, imaginierte

Oberflächenbeschaffenheit, Farbe, Geruch etc. des Apfels beschreiben. Anschließend nimmt ihm der Therapeut den Apfel weg, und der Patient bemerkt, wie seine Hand nun leichter wird. Darauf aufbauend erfolgen nun weitere Suggestionen der Armleichtigkeit, die schließlich zur Armlevitation führen.

Neben der Induktionsanwendung wird so gleichzeitig exploriert, welche Sinnesmodalitäten der Patient bevorzugt.

Da eine hohe Übereinstimmung der Handlevitation mit den Werten im SHSS: C besteht ($p < .001$), kann diese Imaginationsübung gleichzeitig als grobes Orientierungsmaß der Hypnotisierbarkeit gelten (Strauss, 1991).

19.6.3 Veränderungen von Wahrnehmungsqualitäten der Auslöser

Aufgezeigt werden Verfahren, die eine optische Veränderung der Imaginationen bewirken, welche auch auf andere Sinnesmodalitäten übertragbar sind.

Zooming. Wie durch die Zoom-Linse eines Kameraobjektivs kann der Betrachter Gegenstände, Situationen etc. ganz nah heranholen oder weit entfernt sehen. Bei stark belastenden Problemen kann der Patient diese mit entsprechender Nähe oder Distanz beobachten, so z. B. bei Konfrontation mit Angstinhalten. Dadurch wird ein neuer Bezugsrahmen hergestellt, der andere Verarbeitungen und Bewertungen ermöglicht. Zooming ist auch in Kombination mit der Systematischen Desensibilisierung anwendbar.

Beispiel

Das Angstobjekt (Chef/Prüfer) wird anfangs aus Entfernung betrachtet. Sobald zu große Angst entsteht, muss sie für ca. 30 Sekunden ausgehalten werden, um eine → negative Verstärkung zu verhindern. Anschließend sollte wieder die systematische Annäherung vorgenommen werden.

Lageveränderung. Es wird eine Drehung oder Verschiebung des Gegenstandes im Raum oder in ein anderes Umfeld vorgenommen. Dabei kann der Patient andere Informationen gewinnen und seinen räumlichen, kognitiven oder attributionalen Blickwinkel ändern. Wenn der Patient selbst Veränderungen vornehmen kann, erkennt er, dass er selbst nicht mehr »Opfer« dieser Bilder und Vorstellungen ist, sondern zunehmend darüber Kontrolle gewinnt.

Beispiel

Der Patient betrachtet seine Prüfungssituation von der Position hinter dem Prüfer, geht dann um ihn herum und sieht sich selbstsicher im Kandidatenstuhl sitzen.

Veränderung von Wahrnehmungsqualitäten. Durch Veränderungen von Wahrnehmungsqualitäten – z. B. Form und Farbe – erfolgt eine Verfremdung, die z. B.

emotionale Distanz schafft und den Gesamtkontext beeinflussen kann. So kann z. B. eine angstbesetzte Situation bewältigt werden. Auch hier erlebt sich der Patient in seiner Problematik als aktiv verändernde Person.

Beispiel

Bekannt ist das populäre Beispiel, das Aussehen eines Prüfers dadurch zu verharmlosen, dass man ihn sich in Unterhosen vorstellt.

Entsprechend ist es im Fall einer Blutphobie ratsam, sich Blutflecken wie in einem Schwarzweißfilm vorzustellen.

Bei einer Patientin löst das Traumbild eines Pyjamas Ängste aus. Sie nutzt die Möglichkeit, den Pyjama auf links zu drehen und dadurch seine Benutzung zu erschweren (s. Kap. 27, Fall 7).

19.6.4 Zeitveränderungen

Die Veränderung des Zeitablaufes durch Verkürzung oder Beschleunigung dienen zur Analyse oder Verfremdung – ähnlich wie bei der Veränderung der Laufgeschwindigkeit eines Filmprojektors. Die Anwendungsmöglichkeiten wurden bereits in Abschnitt 7.7.3 dargestellt.

Zeitverschiebungen wie Altersregression bzw. Altersprogression wurden ebenfalls erörtert (s. Abschn. 7.7).

19.6.5 Selbstwahrnehmung

Die Methoden der Selbstwahrnehmung dienen dazu, eine bessere bzw. andere Beurteilung von sich selbst aufzubauen.

Spiegelbild. Der Patient sieht sich selbst im Spiegel und wird dadurch mit sich konfrontiert. Er kann sich hier z. B. mittels des Zooming (s. o.) sehr differenziert betrachten und so Kontakt mit seinen positiven und negativen Selbstwahrnehmungen aufnehmen. Daraufhin vergleicht er diese mit Fremdbeurteilungen. Auch Zeitveränderungen im Spiegelbild, Altersregression oder -progression sind hier möglich. Daraus können dann entsprechende Probleme und Wertsysteme erarbeitet werden.

Beispiel

Die gestresste Person sieht sich abgehetzt und verspannt und vergleicht dieses Spiegelbild mit ihren Wunschvorstellungen.

Selbstbegegnung. Der Patient begegnet/beobachtet sich selbst und beschreibt sich: seine erwünschten oder abgelehnten Verhaltensweisen, Einstellungen etc. Diese Methode ist eine Steigerung der vorgenannten, da nun Handlungsweisen und soziale Situationen verarbeitet werden.

Beispiel

Der (durch sein Beziehungsverhältnis, seine Verantwortung, seinen Beruf) belastete Patient sieht sich gebeugt gehen und erkennt, welche Last auf seinem Rücken liegt, dass er gebeugter geht, als er je angenommen hätte usw.

Gewünschte/abgelehnte Rolle. Der Patient beobachtet sich in einer erwünschten oder abgelehnten Rolle im Berufs- oder Privatleben (Chef, Erfolgreicher, Liebhaber etc. ...) und wird durch die unterschiedlich angenommenen Rollen in seinem Verhaltensrepertoire und innerhalb seiner Bewertungssysteme flexibler. Er kann hier eventuell Verhaltensweisen aktualisieren, die ihm nie gestattet wurden und auf diese Weise Einblick in seine (bislang) nicht realisierten Persönlichkeitsaspekte gewinnen.

Beispiel

Die redegehemmte Person tritt in der gewünschten Rolle als Redner im Tier-schutzverein auf und kann hier ihr Anliegen über Tiere vorbringen. Da sie durch das Thema engagiert ist, überwindet sie ihre Sprechängste.

Die unter ihrem Chef leidende Person übernimmt dessen Rolle und erkennt, dass der Chef nur eine dumme Aufpasserfunktion innehat. Sie kann dadurch die Angst vor ihm abbauen.

19.6.6 Das idealisierte Selbstbild

Die Methode des idealisierten Selbstbildes (ISB) wurde von Susskind (1970) entwickelt und stellt ein Selbstkontrollverfahren dar, das Selbstvertrauen und Selbstsicherheit aufbaut. Es basiert auf dem Konzept der positiven Verstärkung.

Suggestion

Instruktion zum idealisierten Selbstbild (nach Susskind, 1976, S. 321 f.)

- (1) »Schließen Sie Ihre Augen und sehen Sie sich als Ihr idealisiertes Selbstbild, sehen Sie sich, wie Sie alle Eigenschaften, Merkmale und alle Qualitäten haben, die Sie gerne haben möchten.«
 - a) Der Patient soll nun ein ISB entwerfen, das er in der Realität innerhalb kurzer Zeit erreichen kann. Durch eine allmähliche Annäherung wird das ISB stets den Realisierungen angepasst.
 - b) Der Patient lernt, das ISB mit seinen eigenen Worten zu beschreiben und formuliert dadurch seine Verhaltensziele, die ggf. unangemessen oder überhöht sein können und deshalb unter Umständen korrigiert werden müssen.

- (2) »Streifen Sie das idealisierte Selbstbild über Ihr derzeitiges Selbstbild und beobachten Sie die Unterschiede und Veränderungen.« Dieses ISB soll nun nicht in Tagträumereien, sondern in konkreten Handlungen aktualisiert werden, die auf die vorher definierten Ziele ausgerichtet sind.
- (3) »Um das idealisierte Selbstbild auch zu verdeutlichen bzw. zu erreichen, rufen Sie sich ein erfolgreich gemeistertes Ereignis etc. in Erinnerung und die damit verbundenen Erfolgsgefühle.«
- (4) »Lassen Sie diese Erfolgsgefühle auf sich wirken und ausdehnen auf gegenwärtige Handlungen und planen Sie diese Handlungen für die nächste Zukunft. Also: Konzentrieren Sie sich auf das Erreichte und Ihren Erfolg. Das heißt nicht, dass Sie die Misserfolge und Fehler ignorieren, sondern dass Sie diese als ein ›Stopp-Signal‹ sehen und als Möglichkeit, Ihre Lernprozesse zu überprüfen. Sie können sich dann fragen: ›Was tue ich, damit es falsch wird? Wie kann ich meine Taktiken ändern? Wie mache ich von hier aus weiter?‹«
- (5) »Identifizieren Sie sich mit dem idealisierten Selbstbild. Bei allen Tätigkeiten während des Tages im Büro, zu Hause, beim Einkaufen sollen Sie sich so verhalten, so fühlen und so Beziehungen herstellen wie Ihr idealisiertes Selbstbild. So wie Sie sich sehen, werden auch die anderen Sie sehen. Und weiter: So wie Sie sich wahrnehmen, so werden Sie handeln, fühlen und sich gegenüber anderen verhalten.«

Die Anwendungsbereiche sind dort gegeben, wo Probleme der negativen Selbstbewertung, unangemessene Selbstwahrnehmungen, ungelöste Probleme und Unstimmigkeiten im Selbstkonzept vorliegen, sodass das Einüben der Selbstkontrolle und die Wahrnehmung eigener Fähigkeiten sinnvoll sind. Zur Verbesserung der Wirkung kombiniert Susskind (1976) das ISB mit Selbsthypnose, damit die Patienten es möglichst in Eigenverantwortung und in verschiedenen Situationen im Alltag anwenden können.

Beispiel

Der in Gegenwart von Frauen gehemmte Patient erlernt mit dem ISB, seine Zielverhaltensweisen klar zu erkennen, und in Gedanken nimmt er dann das von ihm als Ideal aufgebaute Verhalten an, das auch realen Möglichkeiten entspricht.

19.6.7 Ich-Stärkung

Hartland (1971b, 1973) verwendet direktere Suggestionen zur Ich-Stärkung, die in ähnlichen Indikationsbereichen wie oben gelten, hier mehr »unbewusste Anteile« ansprechen.

Ich-Stärkung nach Hartland (1973, S. 199–201)

»Sie haben sich nun ganz tief entspannt, ... sind so tief eingeschlafen ... dass Ihr Geist nun so sensibel geworden ist ... so aufnahmefähig für das, was ich sage ... dass alles, was ich Ihnen eingebe ... so tief in Ihren unterbewussten Teil Ihres Geistes sinken wird ... und wird dort einen tiefen und andauernden Eindruck hinterlassen, ... dass nichts es auslöschen kann.

Folgerichtig ... werden diese Dinge, die ich in Ihren Geist geben werde* ... einen immer größeren Einfluss ausüben auf Ihr Denken ... auf Ihr Fühlen ... auf Ihr Verhalten.

Und ... weil diese Dinge dort bleiben werden ... ganz fest eingebettet in den unbewussten Teil Ihres Geistes ... werden sie auch weiterwirken ... wenn Sie hier weggehen ... wenn ich nicht dabei bin ... sie werden weiter großen Einfluss ausüben ... auf Ihre Gedanken. ... Ihre Gefühle ... und Ihre Handlungen ... genau so sicher ... genau so wirkungsvoll ... wenn Sie zu Hause sind ... oder bei der Arbeit ... als ob Sie hier bei mir im Zimmer sind.

Und jedes Gefühl ... von dem ich sage, dass Sie es haben werden, ... werden Sie auch fühlen ... genau so wie ich es Ihnen sage. Und es wird auch weiter anhalten ... jeden Tag ... und Sie werden weiterhin die gleichen Gefühle wahrnehmen ... jeden Tag ... etc.

(Der Therapeut betont hier jeweils die Dauer und Wirkungsweise der Instruktionen.)

Während dieses Schlafes werden Sie sich jeden Tag zunehmend körperlich stärker und fitter fühlen. Sie werden sich wacher ... munterer ... und mehr energiegeladen fühlen. Sie werden viel weniger leicht müde ... viel weniger erschöpft ... viel weniger entmutigt ... und viel weniger deprimiert. Jeden Tag werden Sie so tief interessiert an allem rundherum sein ... etc.«

* Einige Formulierungen in dieser Version von 1973 sind fast noch Befehls-suggestionen oder erwecken den Eindruck von manipulierender Macht des Therapeuten. Sie bedürfen heute einer Anpassung an die mehr non-direktive Vorgehensweise.

Je nach Bedarf können sehr unterschiedliche positive Anweisungen eingearbeitet werden, so auch u. a. bei Asthma (z. B.: »Sie werden ruhiger, entspannter, atmen leichter etc.«), Tics (z. B. »Ihre Muskeln im Gesicht bleiben entspannter ...«), Erröten (z. B. »Sie bleiben in der Gegenwart anderer Leute entspannter, zuversichtlich, selbstsicher etc.«; Hartland, 1973).

19.6.8 Regietechniken

Mit diesem von anderen Therapiemethoden (z. B. Psychodrama) übernommenen Verfahren kann der Patient relevante Szenen schrittweise aufbauen und verändern,

kann als Regisseur das Geschehen der einzelnen Personen gestalten, Reaktionsweisen von sich oder von anderen verändern bzw. erfahren.

Das Verfahren ist u. a. angezeigt, um verschiedene Sichtweisen von Handlungen zu erkennen. Auch gehemmte Personen gestatten es sich hier, zu gestalten und zu verändern. Da alles nur in der Vorstellung abläuft, können sie die auftretenden Folgen oder Reaktionsweisen von Personen steuern – ohne negative Konsequenzen.

Beispiel

Der gehemmte Patient spricht auf der Vorstellungsebene eine Frau in einem Restaurant an, und diese ist freundlich zu ihm. Er erlebt sich dabei als recht netten Gesprächspartner und wagt es, eine Verabredung vorzuschlagen. Nach diesem rein imaginierten Erfolgserlebnis kann er sich auch in der Realsituation selbstsicherer verhalten.

19.6.9 Probehandeln

Hierbei kann die Person selbst agieren oder eine Modellperson dabei beobachten und unterschiedlichste Erfahrungsbereiche erarbeiten (Modelllernen).

Selbst handeln – und Kompetenzen entwickeln. Die Person befindet sich in der relevanten Situation und handelt nun selbst. Dabei werden die Schwierigkeitsgrade der Situation langsam angehoben. In sehr kleinen Schritten kann das kritische Verhalten beobachtet und analysiert werden, worauf Veränderungsvorschläge ebenfalls in kleinen Abstufungen aufgebaut werden wie z. B. Blickkontakt, Körperhaltung, Mimik, Stimme, Lautstärke, Handlungen und Reaktionen. In mehreren Wiederholungen erlernt der Patient durch differenzielle Verstärkung in kleinen Schritten, sein Zielverhalten zu erreichen.

In der Rolle eines anderen handeln. Die Technik beinhaltet die Beobachtung einer Modellperson bei einer Problembewältigung. Da der Patient vor der komplexen Situation Angst hat, von ihr überfordert sein kann oder nicht über ausreichende Verhaltenskompetenzen verfügt, erhält er die Instruktion, nur »als ob« zu handeln und kann durch die Distanzierung Lösungen erarbeiten.

Beispiel

Der Schüler mit starken Sprechängsten handelt, als ob er sein Mitschüler sei, wenn er an der Tafel etwas erklären soll. Er kopiert dabei das selbstsichere Verhalten eines anderen Schülers, hat gleichzeitig das erforderliche angstfreie Verhalten gezeigt und kann es nun in sein Verhaltensrepertoire integrieren.

Emotive Vorstellungsbilder. Diese Methode ist besonders bei Kindern angebracht und sehr beliebt (Lazarus & Amramovitz, 1962). Es wird eine vom Kind geliebte und

verehrte Figur aus Märchen, Comic, Film oder Fernsehen ausgewählt, die dann im Sinne der Therapie (Reizkonfrontation, Selbstsicherheitstraining etc.) angeleitet wird, die einzelnen erwünschten Verhaltensweisen zu durchlaufen.

Beispiel

Das Kind mit einer Hundephobie beobachtet Tarzan (im Sinne einer Desensibilisierung), wie dieser Urwaldabenteuer mit Hunden erfolgreich besteht und sich für seine Erfolge lobt. In ähnlicher Weise können Batman, Donald Duck, Superman etc. in den Vorstellungsbildern selbstsicheres Verhalten erwerben und dadurch bei selbstunsicheren Kindern soziale Kompetenzen aufbauen helfen.

Misslingen. Es wird der Auftrag gegeben, sich das Misslingen eines geplanten Vorhabens vorzustellen (z. B. Durchfallen bei der Prüfung, Unterredung mit Chef geht schlecht aus). Hierbei können die Gefühle, Konsequenzen und Reaktionsweisen erlebt werden, die bei Misserfolg eintreten können. Insgesamt ist das Verfahren dann angezeigt, wenn Misserfolge eintreten können, die möglicherweise keine folgenschweren Konsequenzen haben (z. B. wenn Ablehnung durch eine Person erfolgt), oder wenn negative Konsequenzen eintreten (z. B. Durchfallen bei der Prüfung). Der Patient kann erkennen, dass die negativen Konsequenzen nur von ihm überbewertet werden. Bei Prüfungsversagen kann er sich auf die Veränderung seiner Pläne einstellen.

Beispiel

Der gehemmte Patient erlebt in seinen Vorstellungen, dass ein Mädchen seine Einladung ablehnt, und merkt dann, dass er gar nicht so betroffen ist, wie von ihm befürchtet. Gleichzeitig entwickelt er nun Handlungsmöglichkeiten, auf diese Ablehnung zu reagieren.

Alternativverhalten üben. Da viele z. B. depressive, selbstunsichere Patienten sich durch ihre gedanklich antizipierten Handlungen und deren vermeintliche Konsequenzen einengen, erwerben sie unter Hypnose veränderte Sichtweisen, indem sie in der identischen Situation unterschiedliche Alternativverhaltensweisen erarbeiten.

Der Patient gewinnt durch dieses imaginierte Probehandeln neue Einsichten in seine Möglichkeiten, sein eigenes Verhalten umzubewerten und dadurch einen größeren emotionalen und sozialen Verhaltensspielraum zu erlangen.

Durch ein übertreibendes Rollenspielen lernt der Patient die Selbststeuerung von Anspannung und Angst.

19.6.10 Steigerungstechniken

Steigerungstechnik. Es wird eine gedankliche/imaginierte Steigerung der vom Patienten gefürchteten Situation vorgenommen. Durch die auftretende Entwicklung seiner Ängste oder Problemstellungen kann er ggf. Lösungen ableiten (Lazarus, 1980). Die Methode ist besonders bei Patienten angezeigt, die Angst davor haben, in einer Problemsituation handlungsunfähig zu sein.

Beispiel

Eine Patientin fühlt sich nach ihrer beruflichen Beförderung ängstlich und verwirrt. Als sie im entspannten Zustand ihren beruflichen Werdegang steigert, erkennt sie ihre Angst, schließlich auf einen so hohen Posten zu kommen, auf dem sie nur sehr langweilige und von ihr abgelehnte Aufgaben übernehmen müsste (Lazarus, 1980).

Entkatastrophisieren. Der Patient wird aufgefordert, sich die extremsten und schlimmsten befürchteten Konsequenzen seines Problems (Handelns, Zögerns, Vermeidens etc.) auszumalen; diese Vorstellungen werden vom Therapeuten immer weiter forciert. In den meisten Fällen erkennt dann der Patient, dass seine Befürchtungen übertrieben sind, die vermuteten Konsequenzen in dem angenommenen Ausmaß nicht eintreten werden etc. und beginnt, realistische Beziehungen herzustellen.

Beispiel

Ein gut verdienender Patient macht sich Sorgen um seine umfangreichen Geldausgaben, die zum Umbau seines Hauses erforderlich sind. Durch diese Sorgen und negativen Vorstellungsbilder ist er handlungsunfähig geworden, wohnt in einem halbfertigen Haus und will dort kein Geld mehr investieren. In der Therapie wird das Schreckensbild ausgemalt, dass die Umbauarbeiten große Geldsummen verschlingen, der Patient schließlich das Haus verkaufen muss und dann bettelnd im Rinnstein sitzt. Er beendet diese Szene lachend und hat bis zur nächsten Sitzung den Umbau wieder erfolgreich fortgeführt. Nun wird das Grundproblem bearbeitet: Als Kind einer Witwe hat der Patient immer sparen müssen, war nie daran gewöhnt, größere Geldsummen ohne Verarmungsangst auszugeben.

Emotionale »Feuerwehübung«. Es wird eine angenommene Notsituation simuliert, um dadurch emotionale Verarbeitungsmöglichkeiten zu erwerben. »Der Sinn einer solchen emotionalen Feuerwehübung ist es zu verhindern, dass man unbedacht von einem solchen Ereignis getroffen wird« (Lazarus, 1980, S. 127). Die Methode ist angezeigt bei z. B. möglichem Prüfungsversagen, befürchteter Ablehnung (von Freundin, im Bewerbungsgespräch), unangenehmen Lebensveränderungen wie Trennung, Scheidung etc.

Beispiel

Bei allen Patienten mit Prüfungsängsten bespreche ich die Möglichkeit des Versagens. Mit der beschriebenen Technik sieht der Patient dann, dass er bei Versagen die Prüfung wiederholen oder andere berufliche Möglichkeiten ergreifen kann. Er erlebt dann auch, dass die Verwandten und Freunde ihn weiterhin schätzen werden.

Mit dieser Sicherheit eines realistischen und sinnvollen Lösungsweges trotz Versagens bleiben die Patienten meist relativ gelassen und sicher – und bestehen dadurch (meist) ihre Prüfung – oder akzeptieren die durchgespielte Alternative.

Abreaktionen. Bei traumabedingten Zuständen wie Posttraumatischen Belastungsstörungen wenden Watkins und Watkins (2000) die Abreaktion an. Sie ist ein Wiedererleben und Wiedererfahren eines emotional traumatischen Ereignisses, das zu Symptomen der Unfähigkeit führt. Vor der Intervention muss abgeklärt sein, ob die Ich-Stärke des Patienten (und des Therapeuten) die Belastung des Wiedererlebens aushält. In Hypnose erfolgt die Regression hin zum kritischen Ereignis. Sein Wiedererleben erzeugt nicht nur affektive Erleichterung, sondern gibt die Möglichkeit einer anderen Interpretation bzw. des Reframing.

Beispiel

Da viele kindliche Missbrauchsoffer meinen, ihr Missbrauch beruhe auf ihrem Versagen, können sie durch die Konfrontation erkennen, dass sie im Recht sind und der Täter sie fälschlich beschuldigte. Ziel ist es, durch das Wiedererleben auch die Bewältigung des Problems durchzusprechen und dadurch zu stabilisieren.

Wird der Täter mit seiner Missbrauchstat konfrontiert, kann er erkennen, dass er die Tat bislang auch vor sich selbst verleugnete.

19.6.11 Umdeutungen

Kann ein Patient einer bestimmten negativ besetzten Situation weder entrinnen noch sie aktiv beeinflussen, so kann er in den Imaginationen üben, sie für sich umzudeuten.

Beispiel

Ein Angestellter oder Beamter kann nicht zum gewünschten Termin aus dem belastenden Bereich versetzt werden und hat vorläufig alle zur Verfügung stehenden Maßnahmen zur Beschleunigung der Versetzung ausgeschöpft. Durch Umdeutung kann er die für ihn belastende Situation als Umgewöhnungsphase bewerten oder als eine Chance, nun z. B. seine Meinung sagen zu können, da er bald gehen wird etc.

Die Wartezeit im Vorraum der Prüfung kann als Chance angesehen werden, sich noch einmal zu entspannen, um nachher sicher aufzutreten.

19.6.12 Symbolisierungen, Bilder

Bilder. Das relevante Problem wird in ein Bild umgesetzt (gemaltes Bild, Märchengestalt etc.) und erfährt auf dieser Ebene entweder diagnostische Enthüllungen oder therapeutische Veränderungen. Das Verfahren ist besonders dann zu empfehlen, wenn der Patient in der Therapie oder beim Diagnosegespräch keine klaren Aussagen über sich und seine Probleme treffen kann – oder Angst hat, Probleme direkt auszusprechen und sich deshalb eventuell verleugnen muss. Die Symbolisierung lässt ihm hier ausreichend Freiraum und Sicherheit.

Beispiel

Die Patientin mit starken Beziehungs- und Sexualproblemen kann diese nicht klar für sich formulieren. In der Vorstellung erlebt sie sich als eine Art Schneewittchen, das in einem Sarg aus durchsichtigem Eis liegt, bis sich ein Mann auf den Sarg legt und durch seine Wärme das Eis auftaut. Sie leitet daraus ab, von ihrem Freund gemocht zu werden und kann nun positiv auf ihn zugehen.

Körperimaginationen. Shor (1996) geht davon aus, dass Patienten die elterlichen Körperschemata in ihren eigenen Körperteilen wahrnehmen, als wären sie »real« vorhanden – ähnlich der Besessenheit durch Personen bei Psychotikern. Wenn eine Person dadurch keine eigene Identität erlebt, kann sie die anderer Personen übernehmen und somit aus einer falschen Perspektive erleben und handeln. Die Einleitung erfolgt: »Stellen Sie sich Ihren Körper als Ganzes vor und sehen Sie ihn; in welchem Körperteil lebt Ihre Mutter (Vater)?« Im Dialog mit dem Patienten werden nun Problemstellungen und Symbole erarbeitet.

19.6.13 Abfalltechniken

In Situationen, die keine Lösung ermöglichen oder erst später zulassen, entstehen belastende Gedanken und Emotionen (z. B. Ärger oder Schuldgefühle wegen einer verpassten oder falschen Reaktion; blockierende Angst und Grübeleien wegen der Besprechung in sechs Monaten). Sie werden als Abfall betrachtet und je nach Einstellung des Patienten vernichtet, als Kehrlicht aufgefegt und in die Mülltonne geworfen, klein gehackt und verbrannt, auf den Rücken eines Pferdes geladen und dann weggescheucht. Hier können Gefühle, die eventuell nicht aufzuarbeiten sind (z. B. Hass, Schuldgefühle, Schmerz), negiert oder abgegeben werden. In gleicher Weise können so Probleme oder belastende Gedanken bewältigt werden. Es ist erstaunlich, wie gut einige Patienten darauf reagieren und wie sie mit Wegfliegen der »Sorgenkiste« spontan Erleichterung erleben.

Beispiel

Die Migränapatientin packt ihre Schmerzen in die Kiste und wirft sie ins Wasser. Dabei erlebt sie sofort das leichte und freie Gefühl im Kopf.

Eine meiner depressiven Patientinnen blies stets stark die Wangen auf, wenn sie wieder von den sie ängstigenden Negativgedanken berichtete und gelangte dadurch bereits mehrfach in eine Hyperventilationssituation. Dieses Blasen nutze ich nun: Sie soll sich ein Segelschiff vorstellen, dessen Segel sich unter ihrem Blasen aufwölben. Dann packt sie ihre Negativgedanken in Kisten auf das Schiff und bläst dieses auf den Ozean hinaus. Die Patientin merkt dabei sofort deutliche Erleichterung und kann diese Technik von nun an als Selbstkontrollverfahren erfolgreich einsetzen.

Roter Ballon. Der Patient kann seine abgelehnten Gefühle (Schuld, Feindlichkeit etc.) in eine halluzinierte Kiste packen und verschließen. Daran wird dann ein Ballon gebunden, der diese Kiste hochhebt und wegträgt in den Himmel (Walsh, 1976).



Suggestion

Roter Ballon (nach Walsh, 1976)

»Bitte stellen Sie sich Ihr Problem oder die Person vor, mit der keine sinnvollen Lösungen möglich sind ... Nun steht neben Ihnen eine große Kiste ... In diese stopfen Sie nun das Problem. Falls es groß ist, können Sie nachstopfen. Auch eine Person können Sie da rein geben und dabei etwas nachhelfen ... Wenn sie drin ist, nehmen Sie den Deckel, legen ihn fest drauf und nageln oder schrauben die Kiste zu ... Sie merken deutlich, wie Sie immer zufriedener hämmern oder schrauben ... Nun sehen Sie neben sich. Da ist ein riesiger roter Ballon festgebunden ... Das Seil befestigen Sie ganz fest an der Kiste ... und lassen es nun los ... Der Ballon erhebt sich, spannt das Seil straff und hebt die Kiste mit ihrem Inhalt hoch, ... steigt immer weiter auf, immer höher ... und die Kiste mit ihrem Inhalt wird immer kleiner und kleiner ... Sie spüren das deutlich ... Ihre Befreiung nimmt immer mehr und mehr zu ... Der Ballon wird immer kleiner und wird dann mit seiner Last weit fortgetragen ... weit über den Horizont hinweg. ... Und Sie spüren dabei Ihre Befreiung ... und können tief und entspannt durchatmen.«

Heißluftballon – Hot Air Balloon Imaginal Technique H.A.B.I.T. Basierend auf Walsh (1976) entwickelte Livnay (1996) die H.A.B.I.T. Erst werden Säcke mit den belastenden Problemen oder Gefühlen beladen. Danach fährt der Patient mit dem Heißluftballon nach oben und bekommt so Distanz zu den Problemen. Er fühlt sich oben in den Wolken immer freier, während er stets Kontrolle über seinen Flug behält. Abschließend wird zur Landung angesetzt und dabei betont, den positiven Unterschied (in den Gefühlen, in der Problembetrachtung) zwischen Start und Landung wahrzunehmen.

Sonstige Abfalltechniken. Der Erfindungsgabe von Patient und Therapeut sind hier keine Grenzen gesetzt. So können die Probleme in einen Vulkan geworfen werden, im Meer versinken, in einem Kaminfeuer langsam verbrennen, in einer Waschmaschine weggespült (und dabei ruhig betrachtet) werden, man wirft sie in Gletscherspalten des ewigen Eises oder wirft den Film mit den belastenden Szenen in einen Wasserfall.

19.6.14 Psychologische Räume

Geheimer Raum. Der Patient befindet sich in einem »geheimen Raum« oder an einem geheimen Ort, der nur für ihn selbst bestimmt ist, in dem er sich sicher fühlt, z. B.: der Entspannungstuhl, eine bestimmte Stelle in der Natur (Höhle, Kapelle, Lichtung), ein Versteck aus der Kindheit. Hier kann er eigene positive Einstellungen erleben.

Diese Methode ist angezeigt, wenn der Patient besseren Zugang zu seinen inneren Prozessen finden soll, so z. B. bei Schmerzproblemen, Angstbewältigung und Gefühlen der Hilflosigkeit (Elton & Burrows, 1978; Walker, 1981). Durch die Sicherheit und Geborgenheit des Ortes kann der Patient Lösungen oder belastende Situationen beobachten.

Beispiel

Die Patientin erlebt sich stets den Argumenten und Handlungsweisen ihres Ehepartners ausgeliefert, kann keine eigene Meinung dagegensetzen. Mittels des »geheimen Raumes« erfährt sie nun einen Bereich, in dem sie erkennt, dass sie Angst vor Liebesentzug hat wie früher bei ihrem Vater. Diese Erkenntnis verhilft ihr, mit ihrem Partner darüber zu sprechen und ihr Verhalten zu ändern.

Raum mit drei Vorhängen. In einem Raum befinden sich drei Vorhänge, die nacheinander gelüftet werden. Hinter dem ersten Vorhang befindet sich das gegenwärtige Bild der eigenen Person (des Problems), das betrachtet wird. Hinter dem zweiten Vorhang ist das Bild aus der Vergangenheit (der Person, des Problems) und hinter dem dritten Vorhang ist das Bild der Zukunft.

Diese Methode ist besonders geeignet, um bereits kleinere Therapiefortschritte wahrzunehmen, zu reflektieren und daraus dann eine höhere Therapiemotivation abzuleiten. Bei Entscheidungsproblemen, die weit in die Zukunft reichen, kann der Patient mit dieser Methode seine Lebensgeschichte besser analysieren und leichter seine gewünschte Zielrichtung finden.

Beispiel

Ein depressiver Patient mit starken Selbstzweifeln erkennt mit der Methode, welche Fortschritte er bereits in der Therapie erfahren hat und glaubt von nun an stärker an den erfolgreichen Weitergang der Therapie.

Raum mit vielen Türen. Die Person befindet sich in einem großen Haus mit mehreren Zimmern. Sie hat nun die Möglichkeit, die Türen der Zimmer zu öffnen und diese zu betreten. Sie sieht Gegenstände und Szenen und erlebt die damit verbundenen Emotionen.

Die Methode dient somit zur Konfrontation und zur Suche von Problemlösungen, die sich hinter den Türen verbergen (Lösungsstrategien, Gefühle, Hilfspersonen oder Bezugspersonen – aus Vergangenheit oder Gegenwart).

Beispiel

Die Patientin leidet unter einer fortschreitenden Nervenenddegeneration, ähnlich der Multiplen Sklerose, die psychisch sehr belastet. Sie fühlt sich der Krankheit ausgeliefert und hilflos. Auf der Suche nach aktiven Bewältigungsmöglichkeiten entdeckt sie in einem der vielen Räume Teufelchen, die ihre Beschwerden mit Feuer schüren; es gibt für sie jedoch kein Gegenmittel. Nach mehreren Sitzungen entdeckt sie in einem weiteren Raum Engelchen, die gegen die Teufelchen antreten. Sie werden im Verlauf der Sitzungen immer massiver, bis sie schließlich das Feuer gelöscht und die Teufelchen in die Flucht geschlagen haben. Die Patientin erlebt sich dadurch nicht mehr so ausgeliefert und wird insgesamt aktiver und lebensfroher.

19.6.15 Hypnotisch induzierter Traum

Es wird davon ausgegangen, dass im Traum kreative Problemlösungen erfolgen können, die auch in Hypnose geträumt werden können. Die Methode wurde zudem erprobt bei Hemmungen der eigenen Kreativität, die bei künstlerischen, literarischen, wissenschaftlichen und beruflichen Problemstellungen auftraten. Hypnosetraum und Wachimaginationen sind hier wesentlich erfolgreicher als rationale Diskussionen oder andere Kontrollbedingungen (Barrios & Singer, 1982).

Beispiel

Klassisch ist der Traum des August Kekulé von Stradonitz, in dem er die Lösung für seine chemische Problemstellung fand: die Schlange, die sich in den Schwanz beißt und damit die Idee des Benzolrings symbolisiert.

19.6.16 Schultafel, Projektionswand

Es wird eine Projektionsfläche wie z. B. eine imaginierte Tafel (Plakatwand etc.) benutzt, auf der der Patient selbst oder eine unsichtbare Hand Texte oder Zeichnungen aufbringt. Diese können sich verändern, sich teilweise auflösen bzw. gelöscht werden etc. Der Patient nimmt dadurch unbewusste und vorerst ungesteuerte Suchprozesse

vor, die diagnostische Informationen geben können. Channon und Diment (1979) benutzen einen imaginierten Spiegel, in dem Bilder der Vergangenheit auftauchen.

Der praktische Nutzen dieser Methode(n) liegt darin, dass sowohl Therapeut als auch Patient entsprechende Bilder entwerfen können, zu denen man unterschiedliche Nähe, Konkretheit und emotionale Beziehung aufbauen kann.

Beispiel

Bei dem Patienten mit beruflichen Entscheidungsproblemen erscheinen auf der imaginierten Tafel Texte, die sich laufend verändern, bis darin Worte enthalten sind, die für den Patienten und seine Fragestellung bedeutsam sind.

19.6.17 Die Pille

Bei Erfahrungen mit Medikamenteneinnahme gibt de Shazer (1984) den Patienten in Hypnose das Bild ihrer Idealpille vor, die für sie besonders wirkungsvoll ist und die suggerierten idealen Effekte hervorruft.

Besonders bei Patienten mit einer passiven Einstellung erscheint diese Methode sinnvoll. Die Patienten lernen im Verlauf der Therapie, diese Intervention unter Selbsthypnose einzusetzen, um ihre Probleme dann selbst zu meistern, so z. B. bei Schlafstörungen und Kopfschmerzen.

Beispiel

Die Patientin mit Schlafstörungen imaginiert in der Wirkung der Pille Ruhe, Entspannung und Erlebnisse wie im Urlaub. Dadurch entspannt sie und hat nun die schöne Urlaubsszene in ihrer Vorstellung, die ihr ein angenehmes Gefühl vermittelt und sie schnell einschlafen lässt.

19.6.18 Heilende und helfende Bilder

Heilende Bilder. Gemeint sind hier einerseits die im autogenen Training verwandten Vorsatzbildungen und Imaginationen, andererseits die z. B. bei der Schmerz- und Krebsbehandlung verwandten Imaginationen (LeShan, 1977; Newton, 1984a, b; Simonton et al., 1980). Bei Krebspatienten wird davon ausgegangen, dass diese Bilder die Körperabwehrkräfte aktivieren: beispielsweise unterstützen helfende Figuren (Personen, Allegorien) den Patienten oder seine Symbolfigur beim Aufbau eines angenehmen und starken Systems (= Immunsystem). So können Engelchen auftreten, die gegen die Teufel gewinnen. Anderen Patienten helfen aggressive Inhalte: Mit Staubsaugern, Reinigungsmitteln, Rattern etc. (= Immunsystem, Leukozyten) gehen sie gegen die unliebsamen Quälgeister (Erreger, Krebszellen) vor und sind erfolgreich. Den näheren Therapiekontext hierzu bietet Abschnitt 23.8.

Helfende und hemmende Personen. Bei bestimmten Problemen und Lösungsversuchen können vertraute oder symbolische Personen behilflich sein und Ratschläge erteilen, Fragen stellen oder beantworten: der weise alte Mann, die weise Frau, der erfahrene Großvater oder ein weiser alter Hase etc.; Comic- und Fernsehgestalten eignen sich besonders für Kinder. Auch hemmende Figuren (z. B. das schlechte Gewissen, der böse Geist der Versuchung) können ähnliche konfrontative Wirkung haben und zu Lösungen verhelfen. In unklaren oder scheinbar ausweglosen Situationen ist diese Methode hilfreich. Sowohl der Therapeut als auch der Patient können diese Figur agieren lassen. Die Animation durch den Patienten kann besonders aufschlussreich sein; er kann hier bereits wirkungsvolle Selbstkontrollstrategien vorschlagen und aufbauen.

Beispiel

Die Patientin mit starken Elternproblemen begegnet dem weisen alten Mann und akzeptiert ihn als Autorität, der ihr Ratschläge geben kann. Darin erlebt sie, dass sie die Ratschläge ihrer Eltern ebenfalls annehmen könnte.

Die winzige Person. Bei einigen Problemstellungen können Emotionen, Körperwahrnehmungen oder allgemeine Empfindungen nur diffus benannt werden. Die Methode eignet sich dazu, diese Empfindung konkreter zu erkennen oder bei Körperproblemen (z. B. Schmerz, Atmung) hilfreiche Interventionen zu finden.

Der Patient soll sich vorstellen, wie er zur winzigen Person schrumpft und nun in seinem Körper umhergehen kann. Dazu wird die winzige Person mit allen erforderlichen Hilfsmitteln (Lampe, Leiter, Seile etc.) ausgestattet und betrachtet dann Organe oder Körperelemente während bestimmter emotionaler Belastungen. An ihrer Verfärbung oder Veränderung kann er deren Beanspruchung erkennen. Durch geeignete Maßnahmen kann die winzige Person positive Veränderungen bewirken.

Beispiel

Das schmerzende Gelenk wird von der winzigen Person fürsorglich eingecremt und der Patient spürt Linderung.

Ein Patient mit Kopfschmerzen findet mit der winzigen Person belastendes Geröll im Kopf und lässt es von ihr mit LKWs abfahren und wegkippen, was zur Abnahme der Kopfschmerzen führt.

Ein Patient erlebt mittels der winzigen Person seine Wirbelsäule als gebogen und durch Bauelemente notdürftig abgestützt, um die Belastungen zu halten. Er erkennt, dass er sich gegen die Anforderungen seiner Familie besser abgrenzen muss. Dies führt zu einer deutlichen Abnahme seiner Rückenschmerzen.

19.6.19 Systembezogene Innenbilder – Berücksichtigung von Symptom und Organ

In der Vielfalt des individuellen Behandlungsbedarfes müssen die Innenbilder eigens für das Symptom oder erkrankte Organ gestaltet und individuell darauf abgestimmt werden. Bilder können sich somit auf bestimmte Symptome, Wahrnehmungen, Attributionen oder Funktionen beziehen, so z. B.:

- ▶ Schmerzbehandlung erfordert oft Bilder, die Wahrnehmungsveränderungen (kühlende Kälte) oder Ortsveränderungen als Dissoziation vom Schmerz-Ort (Zahnarztstuhl, Operationstisch) erfordern.
- ▶ Schmerzen bei Nervösem Reizdarm benötigen Bilder der Ruhe und angenehmen Wärme im Abdominalbereich (s. Abschn. 23.2.5).
- ▶ Das Sportlertraining enthält Imaginationen von der motorischen Tätigkeit des Sportlers, seine Einzelbewegungen oder z. B. die geplante Flugbahn des Golfballs (s. Abschn. 25.2.7).

Abschließende Bemerkung

Aus den zahlreichen Beispielen zur Imagination wird deutlich, dass nicht nur sehr verschiedene Wahrnehmungsqualitäten angesprochen werden, sondern auch Emotionen und Eigenbewertungen, also ihre Propositionen. Durch die therapeutischen Interventionen werden demnach nicht allein die Innenbilder verändert, sondern auch deren emotionale Verankerung und Bewertung und die damit verbundenen Kognitionen wie Eigenattributionen. Also bieten therapeutisch angemessen eingesetzte Imaginationen die große Möglichkeit, gleichzeitig emotionale und kognitive Umstrukturierungen zu bewirken, also einen Top-down-Effekt anzustoßen.

Damit ist dann zu erklären, dass die Therapie mit Hypnose ein System abrupt verändern, also so erstaunlich schnelle Erfolge erzielen kann. Auch ihre anhaltende, positive Wirkung, d. h. Stabilität des Therapieerfolges wird dadurch erklärbar.

20 Selbsthypnose

*Sehnsüchtig grüßt der,
der ich bin,
den, der ich sein möchte.*
Sören Kirkegaard (1813–1855)

In diesem Kapitel werden die methodischen Probleme und die Anwendung der Selbsthypnose (Autohypnose) dargestellt.

20.1 Historische Aspekte und Definitionsprobleme

Selbsthypnose hat wahrscheinlich eine ebenso lange Geschichte wie Fremdhypnose und wurde wohl erstmals von Schamanen angewandt, die sich mittels bestimmter Praktiken selbst in »Trance« versetzten (s. Abschn. 1.1.2). Als im Zeitalter des Mesmerismus in Paris Bäume und die von ihnen herabhängenden Seile magnetisiert wurden, haben sich Personen aus dem Volk durch eigenständige Berührungen in den Zustand der »Krise« versetzt. Braid (1845, 1855, zit. in Tinterow, 1970) hat als erster Experimentator diese Phänomene der Selbsthypnose untersucht. Coué (1922) sah Selbsthypnose als selbstmotivierte Übungssitzung in Gegenwart des Therapeuten an.

Seit den 1970er Jahren wurde Selbsthypnose immer häufiger experimentell untersucht (Alman & Lambrou, 1995; Eberwein & Schütz, 1996; Fromm & Kahn, 1990). Dies mag damit zusammenhängen, dass die steigenden Kosten in der Gesundheitsversorgung effektivere Methoden verlangen und immer stärker die Beteiligung der Patienten fordern. Auch gängige Methoden wie z. B. die Verhaltenstherapie betonen zunehmend die Selbstmodifikation, die Selbstkontrolle und das Selbstmanagement sowie Coping-Strategien, um dem Patienten zu helfen, wieder seine Autonomie zu erlangen.

Je nach theoretischem Hintergrund sind die Beiträge zur Selbsthypnose sehr divergierend (z. B. Gardner, 1981; Johnson, 1979; Sacerdote, 1981; Singer & Pope, 1981). Teilweise wird die Frage gestellt, inwiefern Selbsthypnose (= Autohypnose) überhaupt eine Beziehung zur Fremdhypnose (Heterohypnose) hat. Sacerdote (1981) sieht hier hingegen ein ganz enges Verhältnis: Die Grenzen zwischen Fremd- und Selbsthypnose würden immer undeutlicher, da mit der Abnahme der früheren autoritären Instruktionen in Hypnose nun vorwiegend Ideen vorgegeben würden, die der Patient umsetze. Weiterführend entwickelte sich daraus ein Ansatz, nach dem jede Art von Hypnose Selbsthypnose sei (Erickson et al., 1976; Kroger, 1977; Shor & Easton, 1973), da Hypnose nur durch das aktive Mitwirken der Versuchsperson (des Patienten) möglich sei, denn sie (er) bewirke die Hypnose und nicht der Versuchsleiter (bzw. Therapeut).

Auf der einen Seite wird von »selbstdefinierter« Hypnose gesprochen, die die Erfahrung des Patienten unter Hypnose bezeichnet – unabhängig von der Anwesenheit oder Abwesenheit des Therapeuten. Andererseits kann alles das, was in Abwesenheit des Hypnotiseurs an Hypnose durchgeführt wird, als Selbsthypnose bezeichnet werden. Letztlich kann ebenfalls gelten, dass man auch in Anwesenheit des Hypnotiseurs Selbsthypnose ausüben kann (Fromm et al., 1981; Ruch, 1975; Shor & Easton, 1973).

Erhalten hochhypnotisierbare Versuchspersonen die Instruktion, ohne Anleitung den bestmöglichen Weg zur Hypnose zu finden, so liegt hier Selbsthypnose im engsten Sinne vor (Kahn & Fromm, 1992).

Definition

Bei der **Heterohypnose** werden die Reaktionen des Patienten durch die Wortformulierungen des Therapeuten ausgelöst bzw. gelenkt, während bei der **Autohypnose** die Reaktionen durch die eigenen intentional produzierten Gedanken gesteuert werden. Suggestierte Erfahrungen sind folglich Steuerbedingungen für Verhaltensreaktionen (Kirsch & Lynn, 1999).

Es ist fraglich, inwieweit alle Annahmen der Fremdhypnose auf die Selbsthypnose übertragbar sind (s. u.). Allein der sozialpsychologische Aspekt ist hier äußerst unterschiedlich: Bei der Selbsthypnose ist der Patient Sender und Empfänger in einer Person, Probleme des Rapports entfallen, gleichzeitig damit verbunden auch Bewertungskriterien durch andere Personen und Rückmeldung bzw. Verstärkung durch den Therapeuten. Dadurch ist es möglicherweise erschwert, das hypnotische Verhalten aufzubauen und auch aufrechtzuerhalten; Abschweifungen (sogar in Symptom verstärkender Weise) oder Vermeidungen sind viel leichter möglich.

Definition

Die verhaltenstheoretische Definition der Selbsthypnose (Gardner, 1981)

Hypnose ist abhängig von dem Ausgangspunkt des Stimulus, der den Hypnosezustand bewirkt. Entsprechend ist es Fremd- oder Selbsthypnose.

Im klinischen Bereich steht meist die durch den Therapeuten angeleitete Hypnose am Anfang, die später dann methodisch in die Selbsthypnose umgearbeitet wird. Im engeren Sinne wäre dies selbstangewandte Heterohypnose (Brown & Fromm, 1978).

Reine Selbsthypnose liegt bei Kindern vor, die mit derartigen Phänomenen vertraut sind, ohne dass eine Außeninstruktion erfolgt (Gardner, 1977).

Im klinischen Anwendungsbereich muss jedoch eine Außenanleitung durch den Therapeuten vorgenommen werden, um diese Fähigkeiten klinisch relevant und kontrolliert einzusetzen.

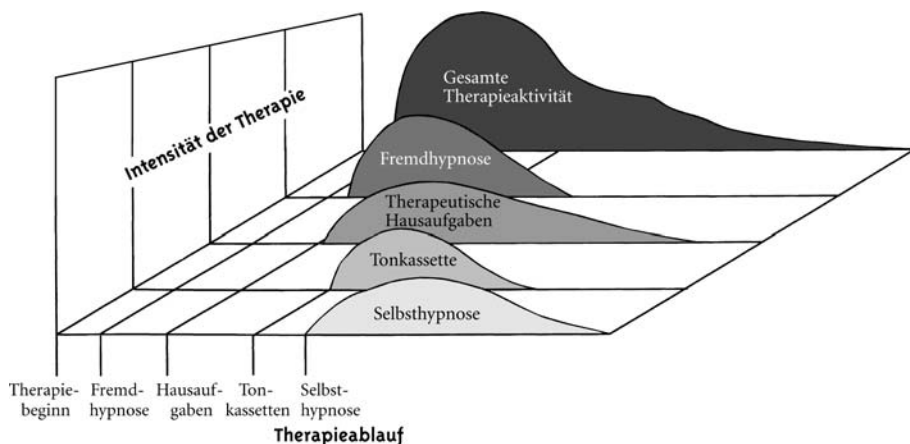


Abbildung 20.1 Selbsthypnose im Verlauf der Therapie. Die Therapie beginnt mit der Fremdhypnose und wird meist von therapeutischen Hausaufgaben gefolgt. Zur Förderung von Aktivität und Autonomie wird der Patient relativ früh zur Selbsthypnose angeleitet, so z. B. über Tonträger. Dadurch kann er auch über das offizielle Ende der Therapie hinaus seine Selbstkontrollmechanismen weiterhin aktiv einsetzen

20.2 Experimentelle Befunde (Kurzabriss)

Unerfahrene Versuchspersonen unterscheiden sich nicht in der Fähigkeit zur Selbst- und Fremdhypnose. Bei Fremdhypnose wird mehr Passivität und externale Kontrolle empfunden, während Selbsthypnose mehr Zeitverzerrung und Desorientierung bewirkt. Insgesamt folgert Johnson (1979) aus seinen Befunden, dass Fremd- und Selbsthypnose sich ausreichend ähneln und unter dem Konzept der Hypnose aufgefasst werden können. Selbst- und Fremdhypnose sind jedoch nur begrenzt vergleichbar, da der Zustand bzw. das Verhalten unter Selbsthypnose noch nicht ausreichend definiert ist (Johnson et al., 1983).

Bei Selbsthypnose bestehen am Anfang leichter Befürchtungen und Zweifel über die eigenen Fähigkeiten, die dann jedoch mit der Entspannung abnehmen. Altersregressionen und negative bzw. positive Halluzinationen werden besser in Heterohypnose erreicht (Fromm et al., 1981).

Unter Standard-Laborbedingungen haben beide Formen die gleichen Wirkungen (z. B. Johnson et al., 1983), nicht jedoch auf phänomenologischer Ebene (Johnson, 1981). Neurophysiologisch lassen sich keine Aussagen treffen, da die Angaben hierzu generell unsicher sind (DePascalis, 1999a, b).

Die Überlegenheit der einen Methode gegenüber der anderen ist nur scheinbar, da sie von der Reihenfolge ihrer Anwendungen abhängt (Johnson et al., 1983).

Viele Vergleiche, besonders im klinischen Bereich scheitern daran, dass der Begriff der Selbsthypnose sehr flexibel gehandhabt wird: mit oder ohne: Tonträger, Suggestionen der progressiven Relaxation, Atemtechniken, konkreten Problemlösungs-

strategien usw. Hier besteht Ähnlichkeit zu den methodischen Differenzen und Unzulänglichkeiten im Bereich der Erforschung der Heterohypnose.

20.3 Anleitung zur Selbsthypnose

Generell ist die Anwendung und Induktion der klinischen Selbsthypnose analog zur Fremdhypnose. Primär wird von den in der Fremdhypnose erlernten Erfahrungen ausgegangen, die dann auf die Selbsthypnose übertragen werden. Als grundlegend sind hier die Verfahren von Sacerdote (1978) und Garver (1984) zu empfehlen (s. u.).

20.3.1 Umgekehrte Handlevitation

Beim Übergang zur Selbsthypnose wendet Sacerdote (1970, 1978) das Absinken des Armes an, womit dann entsprechende Hypnose- bzw. Entspannungs-Suggestionen verbunden werden. Da die Schwere des angehobenen Armes von allein eintritt, erfolgt hier im wahrsten Sinne des Wortes eine Selbstinduktion.

Praxishinweis

Lernprozess der Selbsthypnose

Aus zahlreichen Therapieanleitungen ist abzuleiten, dass das Armabsinken bereits nach wenigen Lerndurchgängen zum auslösenden Stimulus (CS) für die Entspannungsreaktion (CR) wird. Die psychophysiologischen Korrelate der Entspannung werden hierdurch klassisch konditioniert. Dies bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass Selbsthypnose konditionierbar ist. Vielmehr ist die begünstigende Eingangsbedingung dadurch wesentlich erleichtert.

Diese weitgehend nonverbale Technik verbindet Sacerdote (1981) mit langsamen und monotonen Erklärungen, wodurch der Patient die Fähigkeit erwirbt, sich neue Fertigkeiten anzueignen. Nach der oben erwähnten klassischen Konditionierung einer Entspannungsreaktion mit Armsenken erfolgen nun verbale Verknüpfungen, die sekundäre Konditionierungen auf kognitiver, imaginativer oder semantischer Ebene darstellen. Dabei ist eine Wirkung im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung (self-fulfilling prophecy; Rosenthal & Jacobson, 1968) nahe liegend.

20.3.2 Das Stufen-Lernprogramm

Garver (1984) berücksichtigt die o. g. Einwände und Störfaktoren und entwickelt acht Stufen, die zum Erlernen der Selbsthypnose beitragen. Anfangs steht die Heterohypnose, aus der die Selbsthypnose abgeleitet wird. Es werden dabei die gleichen Schritte durchlaufen, die eine Konditionierung bewirken und so das Erlernen der Selbsthypnose erleichtern.

Schritte der Selbsthypnose (Garver, 1984)

(1) Suggestionsplanung. Der Patient soll sich vor Beginn der Selbsthypnose über den Zweck und die Zielrichtung seiner Intervention Klarheit verschaffen. Dazu gehört die genaue Planung der Suggestionen und Imaginationen. Positive Formulierungen (Suggestionen) tragen dazu bei, eine angemessene Verstärkung vorzunehmen und die Aufmerksamkeit in die relevante Richtung zu lenken. Bereits bei der Heterohypnose wurden positive Formulierungen als eindeutiger und aufbauend erlebt.

(2) Einleitungsbedingung. Unter Fremdhypnose wird eine Einleitungsbedingung eintrainiert, die dann in der Selbsthypnose durch z. B. tiefes Einatmen, Augenfixation etc. abrufbar ist. (Durch diese stets feststehenden Vorgehensweisen erfolgt eine Konditionierung der Entspannung, derer sich der Patient dann später bei der Selbstinstruktion bedient.)

(3) Neutrale Imaginationen. Am Anfang sollte eine neutrale oder positive Imagination stehen, die den Einstieg positiv empfinden lässt. Danach erst folgen die klinisch relevanten Imaginationen. Dadurch entsteht kein Angst- oder Vermeidungsverhalten gegenüber der klinischen Imagination oder sogar gegenüber der gesamten Selbsthypnose.

(4) Übergang zu den klinischen Suggestionen/Imaginationen. Nachdem die Entspannung gut realisiert ist, wird zu den klinisch relevanten Imaginationen bzw. Suggestionen übergegangen. Hier werden die in Stufe I geplanten positiven Suggestionen eingesetzt.

(5) Rückkehr zur neutralen Imagination. Es setzen nun Verarbeitungsprozesse ein, die ausreichende Zeit benötigen. Garver bezieht sich hier auf das bekannte Phänomen, dass man bei angestrengtem Suchen das Problem nicht lösen kann, jedoch nach einer Pause, in der keinerlei Problembezug besteht (Wertheimer, 1945). Nach dieser neutralen Such- und Verarbeitungsphase erscheint dann die Lösung nahezu »wie von allein«.

(6) Rückorientierung. Der Patient soll sich an seiner »objektiven Welt« rückorientieren, d. h., er soll nun wieder deutlich wahrnehmen, wie er im Stuhl sitzt (Gewicht, Körpergefühl etc.), sich in dem speziellen Raum befindet etc.

(7) Posthypnotische Suggestionen. Es wird nun die klinisch relevante posthypnotische Suggestion gegeben wie z. B. aktiv und erfrischt aufzuwachen oder immer müder zu werden und in tiefen Nachtschlaf zu versinken. Hier kann sich der Patient selbst entsprechende Anweisungen geben.

(8) Abschluss-Schritt. Die Selbsthypnose wird in gleicher Weise beendet wie die Fremdhypnose, also z. B. durch Rückwärtszählen, wenn dieses vorher so eingeübt war.

20.3.3 Schnellinduktionen zur Selbsthypnose

Die Schnellinduktion

Wird die Selbsthypnose durch mehrmaliges Üben (ca. drei bis fünf Wiederholungen) einigermaßen beherrscht, kann der Patient die Schnellinduktion erlernen, um in Problemsituationen den Nutzen der selbstinduzierten Entspannung zu erreichen.

Suggestion

Nachdem der Patient sich hingesetzt hat und wenige Sekunden verharrt, erhält er folgende Instruktion, die er später sich selbst geben wird:

»Bitte winkeln Sie jetzt die Unterarme an und ballen die Fäuste; dabei kneifen Sie die Augen zu und atmen ungefähr drei Mal. Dann halten Sie für ca. 20 Sekunden die Luft an. ... Nun lassen Sie Ihren Oberkörper nach vorn kippen, lockern dabei die Arme und Ihr Gesicht und atmen schnell und tief aus. Ihr Oberkörper befindet sich nun fast waagrecht über Ihren Oberschenkeln. Nach ca. zehn Sekunden atmen Sie bitte wieder wie gewohnt ruhig und entspannt weiter, richten sich dabei so auf, dass sie bequem entspannt sitzen und mit Ihrem speziellen Ruhebild ganz tief entspannen. – So lange, wie Sie es wollen ... Danach öffnen Sie die Augen und werden sich ganz entspannt und wohligh aktiv fühlen.«

Die Schnellinduktion zur Rapid Self-Hypnosis (RSH)

Diese Schnellinduktionsmethode von Cardena (1998) ist von der allgemein üblichen Induktion der Heterohypnose abgeleitet und beginnt mit langsamem und entspanntem Atmen. Der Patient sitzt in einem Stuhl mit einer Rückenlehne, sein Rücken ist nicht angelehnt, ca. eine Handbreit entfernt von der Lehne.

Nachdem er sich an das bequeme Sitzen gewöhnt hat, soll er die Hände leicht falten. Dann soll er nach drei tiefen Einatmungen drei Mal ausatmen – seine Hände dabei leicht aber zunehmend stärker gegeneinander drücken – und sich dabei vorstellen, dass die Arme sich schwer anfühlen.

Nun lässt er den Körper plötzlich nach hinten fallen, seine Hände fallen auf seine Oberschenkel herab. Er gibt sich dabei die Suggestion, momentan unbeweglich zu sein, wobei die Hände ganz schwer und wie angeklebt auf den Oberschenkeln liegen. Dieses Gefühl der Schwere soll die Rückmeldung geben, nun hypnotisiert und empfänglich für weitere Suggestionen zu sein.

Die Methode kann auch mit offenen Augen und so praktiziert werden, dass sie unauffällig ist; man erweckt den Eindruck als ob man einfach seine Sitzposition ändert. Die Zurücknahme erfolgt wie gewohnt oder geübt durch Rückwärtszählen.

Die experimentellen Überprüfung der Methode zeigt, dass die Werte in der Barber's Suggestibility Scale (BSS; Barber, 1969/1995) und den skalierten subjektiven Berichten zur Induktion übereinstimmen (Martinez-Tendero et al., 2001), was von klinischer Bedeutung ist, da gerade ungewöhnliche subjektive Erfahrungen (wie z. B. die Hand-

schwere oder das Gefühl des Ungewollten) die therapeutische Reaktionserwartung begünstigt (Kirsch,1990).

20.3.4 Die Überallmethode

In vielen Alltagssituationen wie Stress, Ärger, Gehetztsein und auch zu speziellen angstbesetzten Gelegenheiten wie eine Rede halten, Auftritt, Darbietung, Prüfung, Problemgespräch benötigen wir mitunter Entspannung und nutzen dafür Selbsthypnose. Für diese Situation habe ich die Überallmethode entwickelt.

Voraussetzung ist dabei, die Selbsthypnose so weit trainiert zu haben, dass sie immer schneller abrufbar wird. Durch immer wieder gleiches Training werden Körper, Physiologie und Geist darin trainiert, auf einfache Signale hin tief zu entspannen. Am besten gelingt das dann, wenn diese Auslösesignale nicht mehr allgemein oder beliebig sind, sondern gleich bleiben und vom Anwender selbst verwaltet werden.

Suggestion

»Üben Sie die Kurzform der Entspannung, indem Sie zu Beginn der Übung mit Ihrer (rechten) Hand das (linke) Handgelenk umfassen. Diese Bewegung und Berührung wird nun nach wenigen Übungen zum zuverlässigen und schnellen Auslöser für die Entspannung der Selbsthypnose.«

Zusatzinformationen zur Handberührung. Anstelle der Handberührung am Handgelenk könnte man auch z. B. einen rein kognitiven Auslöser wie z. B. den Gedanken »Ich will nun entspannen« wählen. Alltagserfahrungen aus der Psychotherapiepraxis zeigen jedoch, dass motorische Aktivitäten einen stärkeren Handlungsimpuls geben und dadurch besser als Auslöser fungieren. Übrigens basiert diese Handberührung nicht auf der Annahme eines »Energieflusses« etc. Man könnte auch eine andere Körperstelle berühren. Im Alltag ist jedoch gerade diese Handberührung am Handgelenk aus vielen Situationen bekannt und wird deshalb von Außenstehenden nicht als das Signal o. Ä. wahrgenommen. Also wird man auch z. B. in mündlichen Prüfungen oder bei seiner öffentlichen Reden ganz unverfänglich die Hände auf diese Weise halten – und dabei unbemerkt ganz schnell entspannen, meist auch entspannt bleiben.

Eine derartige Schnellhypnose – wie auch die Rapid Self-Hypnosis (RSH) wird von Martinez-Tendero et al. (2001) als hilfreich und universell einsetzbar im Alltagsleben bezeichnet.

20.4 Indikationsbreite

Die Vorteile der Selbsthypnose und damit ihre Indikation

- Selbsthypnose kann vor oder in jeder therapeutisch relevanten Situation angewandt werden, was die gesamte Therapie erweitert – unabhängig von der Sitzung mit dem

Therapeuten. Das bedeutet eine kontingente und damit sehr wirksame Nutzung (Hannigan, 2000).

- ▶ Selbsthypnose ist in sehr intimen und privaten Situationen möglich, die eine Anwesenheit des Therapeuten nicht erlaubt wie z. B. Sexualität, Prüfung, Beruf.
- ▶ Gerade zu Beginn einer Behandlung kann sie helfen, Ängste und Vorbehalte abzubauen.
- ▶ Auch bei verschiedenen Widerständen, die ggf. mit Fremdeinwirkungen (z. B. bei Autoritätsproblemen) verbunden sind, kann der Patient unter Anleitung eigene konstruierte Vorgehensweisen erproben. Selbsthypnose ist besonders dann indiziert, wenn Selbstkontrolltechniken und Selbstregulation erforderlich sind.
- ▶ Diese Selbstbehandlungsansätze führen den Klienten zur Selbstverantwortung und erlebten Selbstkontrolle (Trenkle, 2005).

Selbsthypnose beinhaltet nach dem Konzept der Selbstkontrolle (Kanfer et al., 1991), dass anfangs das Symptom zum Auslöser für Selbstkontrollmethoden wird, diesem Symptom entgegenzuwirken. Bei zunehmender Übung erfolgt ein Lernprozess, bei dem die erlernte Wirkung immer weiter zeitlich nach vorn rückt. Dann kann der Auslöser des Symptoms sofort die Selbstkontrolle bewirken. In dieser Stufe wird also das Auftreten des Symptoms immer unwahrscheinlicher. Letztendlich hat der auslösende Stimulus die inzwischen internalisierte Selbstkontrolle bewirkt, das Symptom wird nicht mehr auftreten und der ehemals das Symptom auslösende Stimulus ist bedeutungslos geworden. Das System hat sich damit selbst geheilt. (Zum Bereich der Autosuggestion im kognitiven Training s. Kap. 18.)

Konkrete Anwendungsbeispiele der Selbsthypnose

- ▶ Bei chronisch Kranken kann durch Selbsthypnose bewirkt werden, dass sie Erfahrungen mit Selbstkompetenz und Selbsteffizienz machen können, wodurch ihr Coping aufgebaut und langfristig verbessert wird (Ebell, 2010).
- ▶ Autohypnose durch religiöse Rituale, angewandt vor und während der Schmerzreizung, bewirkt eine starke Verlangsamung der Hirnströme, verbunden mit der Zunahme von Theta-Wellen (Larbig, 2003), also eine Anhebung der Schmerzschwelle.
- ▶ Bei vielen Ängsten, z. B. Flugangst, liegt ein großer Einsatzbereich der Selbsthypnose (Conrad, 2008).

Weitere klinische Beispiele sind in Kapitel 22 bis 25 zu finden.



Die Therapie fast jeder Störung kann als Selbsthypnose umformuliert werden (s. o.), wenn das Grundprinzip Geltung hat, den Patienten dazu zu befähigen, seine eigene Heilung zu übernehmen.

Voraussetzung ist, den Patienten methodisch dazu anzuleiten, Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle durchzuführen. So kann man ihm auf dieser Basis dazu verhelfen, wieder selbstbestimmte Kontrolle (interner locus of control) zu erlangen.

Dies setzt klare Instruktionen und Übungsabsprachen über die benutzten Bilder, Suggestionen, Situationen, Verhaltensweisen und Anwendungshäufigkeiten voraus.

20.5 Selbsthypnose bei Kindern

Bei älteren Kindern bestehen keine prinzipiellen Unterschiede gegenüber Erwachsenen, nur müssen sie altersangemessen mit dem Kind besprochen werden, damit es in der Lage ist, die Grundprinzipien zu erkennen und anzuwenden.



Da Kinder meist durch ihre eigenen Verarbeitungsprozesse bereits über Erfahrungen mit Selbsthypnose verfügen (sie nennen es dann Dösen, Gaffen, Fantasienspiel o. a.), reicht es mitunter aus, diese kognitiven Verarbeitungsmuster und Strategien ausfindig zu machen und für den relevanten klinischen Gebrauch zu adaptieren (Gardner, 1981; Kossak, 1990a, b), so z. B. zur Selbstkontrolle bei Lern- und Leistungsstörungen (Kossak, 1992b, s. Abschn. 22.12.2).

Kinder hören meist zu üben auf, wenn die Eltern zu starke Kontrolle ausüben und zu sehr auf den Übungen bestehen, was dem Selbstkontrollgedanken deutlich entgegenarbeitet (Kohen et al., 1990).

Das Biofeedback (u. a. der peripheren Temperatur und des → GSR) meldet gerade Kindern sehr anschaulich ihre Bemühungen zurück. Darüber kann es sehr zur Selbstkontrolle beitragen, die wiederum zur Verbesserung der Selbsthypnose führt, um darüber z. B. Schmerzen zu regulieren (Olness, 1989). Die immense Bedeutung des Ortes der Kontrolle wird hier besonders deutlich. Erlernen Kinder Selbsthypnose z. B. zur Regulation wiederkehrender Kopfschmerzen, bewirken sie eine signifikante Verbesserung ihrer Kopfschmerzen über einen langen Zeitraum hinweg (Kohen, 2010).

20.6 Tonträger zur Selbsthypnose

Bei der therapeutischen Anwendung von Instruktionen auf CD oder in MP3-Dateien muss der Unterschied zwischen individuellen Therapie-Instruktionen und allgemeinen Standard-Instruktionen getroffen werden.

20.6.1 Individuelle Therapie-Instruktionen auf Tonträgern

In meinen Therapien erhalten Patienten relativ oft CDs zur häuslichen Übung, besonders wenn Selbstkontrolle erworben werden muss. Zahlreiche therapeutische Interventionen benötigen ein häufiges Einüben von Verhaltensweisen, die der Patient nach Absprache mit dem Therapeuten mit der CD trainiert, so z. B. bei der Angst-

behandlung, bei Selbstsicherheitsproblemen sowie bei Zwangsgedanken. Die Therapie wird dadurch effektiver und deutlich verkürzt.

Die Instruktion auf CD oder MP3-Player dient als Übergangsmedium hin zur Eigensteuerung durch Selbsthypnose. Mit zunehmender Lernerfahrung soll der Patient die Instruktionen immer seltener benutzen, um immer mehr an Eigensteuerung und Eigenverarbeitung zu übernehmen. Der Patient lernt dadurch sehr schnell, z. B. Entspannungsreaktionen zu realisieren bzw. die relevanten Imaginationen herzustellen und zu bearbeiten.

Besonders bei Problemen, die ein Eskalieren der Imaginationen nahe legen (z. B. Phobien, Examensängste), bahnt die konkrete Vorgabe der Imaginationen sehr klar das Befolgen der Innenbilder bzw. Kognitionen. Mitunter erhalten Patienten deshalb bereits nach den ersten Sitzungen ihre CD ausgehändigt, die individuelle Instruktionen enthält.

Die CDs werden meist nicht isoliert außerhalb der Therapiesitzung angefertigt. Mit dem Patienten wird abgesprochen, dass während der Therapiesitzung die gesamte Sitzung aufgezeichnet wird. Dadurch hat der Patient alle für ihn bedeutsamen Instruktionen zur Verfügung. Lediglich die Induktionsformeln müssen etwas allgemeiner gehalten werden, und die Zeitvorgaben müssen ebenfalls einen breiteren Rahmen zulassen. Damit hat der Patient die Möglichkeit, sich seine Zeitpunkte – z. B. des Augenschlusses, der Entspannung – selbst auszusuchen.

Werden Imaginationen sehr häufig benutzt, so kann deren Wirkung abflachen (Barber et al., 1971). Aus diesem Grunde muss die Wirkung der CD-/MP3-Instruktionen stets vom Therapeuten überprüft werden. Eventuell muss – dem Therapiefortschritt angepasst – eine Neuaufnahme erfolgen.

Wesentliche Aspekte bei den individuellen Therapie-Instruktionen auf Tonträgern

- ▶ Tonträger sind kein Ersatz für eine kontinuierliche Behandlung mit individuellen Kontakten.
- ▶ Tonträger dienen lediglich als Unterstützung innerhalb eines komplexen Therapiekonzeptes.
- ▶ Tonträger dienen meist zur intensiveren Übung oder zum Erwerb von Selbstkontrolle.
- ▶ Tonträger sollten stets nur für die individuelle Therapie und bei konkreter Indikation eingesetzt werden.
- ▶ Gegebenenfalls sollen Tonträger regelmäßig dem Verlauf der Therapie angepasst werden.
- ▶ Ziel für den Patienten ist, den Gebrauch der Tonträger allmählich auszublenden. Auf diese Weise wird er unabhängig vom Therapeuten und erlernt nun, eigenverantwortlich und selbstständig Selbstkontrolle auszuüben. Dies gilt besonders für die Situationen, in denen keine Abspielgeräte o. Ä. benutzt werden können (z. B. Examen).

- ▶ Der Patient muss darauf hingewiesen werden, dass er die Tonträger nur in der besprochenen Weise (Häufigkeit, Situation etc.) anwendet.
- ▶ Die Patienten sollten die Tonträger nicht an andere Personen weitergeben.

20.6.2 Allgemeine und Standard-Instruktionen auf Tonträgern

Im freien Handel werden in Buch- und Musikgeschäften zahlreiche CDs zur Selbsttherapie aus unterschiedlich seriösen Quellen und für unterschiedliche Zwecke angeboten. Die Selbsttherapie kann sehr problematisch sein. Hier werden nach Angaben der Autoren »unterschwellig« wahrnehmbare Informationen über die beiden Kanäle der Stereo-Verarbeitungen vermittelt, die vom Hersteller als besonders wirkungsvoll beschrieben werden, jedoch technisch nicht nachweisbar sind (vgl. hierzu Abschn. 4.2). In ihrer Untersuchung an Kindern weist Lohman (1987) Entspannungswirkungen nach. Klinische Beobachtungen legen die Abnahme psychosomatischer Beschwerden durch (damals) Kassetten nahe (Schädel & Weber, 1987). Weitere Untersuchungen mit Kontrollgruppen etc. fehlen bislang.

Praxishinweis

Allgemein ist bei Standard-Instruktionen auf Tonträgern Folgendes zu bedenken:

- ▶ Der Patient trifft eine Selbstindikation, ohne dass eine eindeutige Diagnose gestellt wurde.
- ▶ Der Patient arbeitet primär an der Symptomatik und nicht an der Verursachung.
- ▶ Das Verhalten, Reagieren des Patienten und sein Umgehen mit den vorgegebenen Instruktionen ist nicht kontrollierbar und damit schwer korrigierbar.
- ▶ Mögliche Nebeneffekte sind somit nicht auszuschließen.
- ▶ Es ist sehr in Frage zu stellen, ob alle Patienten die Suggestionen stets im intendierten Sinne begreifen und umsetzen oder ob nicht sehr leicht schädliche Um- und Fehlinterpretationen auftreten können.

20.6.3 Standard-Instruktionen der zum Buch gehörenden Online-Materialien

In den Online-Materialien, die zu diesem Buch gehören, befinden sich in Audio-Dateien ausgewählte Instruktionen bzw. Suggestionen. Sie sind möglichst allgemein gehalten und so konzipiert, dass voraussichtlich keine Nebenwirkungen anzunehmen sind. Weitere Hinweise zur Benutzung der Online-Materialien finden Sie auf S. 705.



Zur Indikation der Audio-Dateien

Die Audio-Dateien dienen zum einen dem Therapeuten als Modell für sonst nur gelesene Suggestionen. Zum anderen kann der Therapeut bei entsprechender Indikation die betreffende Suggestion mit dem Patienten erproben und bei positiver Reaktion zur Selbsthypnose weitergeben.

Dies entspricht dem häufigen Wunsch von Therapeuten, auf Tonträger mit erprobten Suggestionen und Imaginationen zurückgreifen zu können.

20.7 Kontraindikationen der Selbsthypnose

Grenzen bzw. Kontraindikationen der Selbstsuggestion sind bei Realitätsflucht und solchen Vermeidungsverhaltensweisen gegeben, bei denen jede Art von Fantasie, Vorstellung oder kognitivem (imaginativem) Rückzug möglich sind (s. Abschn. 9.3).

Bei Kindern sind die gleichen Kontraindikationen der Selbsthypnose gegeben wie bei Erwachsenen (Gardner, 1981).

Probleme entstehen, wenn Aufgaben, Anwendungshäufigkeit und Inhalte der Selbsthypnose nicht sehr konkret besprochen wurden; das hohe Maß an Eigenverantwortung der regelmäßigen Übungen kann nicht von jedem Patienten erbracht werden.

Trotz aller Autonomieziele sollte der Therapeut besonders in der Übungsphase regelmäßige Überprüfungen der Wirkungen und potenziellen Nebenwirkungen vornehmen.

21 Hypnose bei Kindern und Jugendlichen

*Alle Kinder haben die märchenhafte Kraft,
sich in alles zu verwandeln,
was immer sie sich wünschen.*
Jean Cocteau (1889–1963)

Die Vorteile der Hypnose in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen wurden in den letzten Jahren immer stärker erkannt, entsprechend hat ihre Anwendung deutlich zugenommen. In diesem Kapitel sollen die Besonderheiten der Indikation, Induktion und Hypnoseführung bei Kindern und Jugendlichen umrissen werden. Auf besondere Symptome wird nur eingegangen, wenn diese für spezielle Behandlungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen relevant sind.

21.1 Historischer Kurzaufsatz

Bereits in der Bibel (Könige 27, 17–24) und bei Naturvölkern wird von der Hypnoseanwendung bei Kindern berichtet. Aus der Zeit Mesmers ist der aufsehenerregende Fall des Fräulein Paradis bekannt (s. Abschn. 1.2.2). In der Untersuchung der Königlichen Akademie von 1784 wird im Franklin-Bericht festgestellt, dass Kinder nicht auf »Magnetismus« reagieren. Wahrscheinlich waren die Kinder naiv in Bezug auf die soziale Einstellung und Erwartungen gegenüber den von ihnen geforderten Verhaltensweisen.

Braid stellt ca. 1840 fest, dass Kinder nur schwer zu hypnotisieren sind, besonders bei intellektuellen Defiziten und geringer Konzentration. Elliotson (1843) berichtet von Kinderhypnose bei z. B. Rheuma, Zahnextraktionen und einer Knieoperation im mesmerischen Zustand. Nach Charcots Theorie sind Kinder nicht hypnotisierbar, da er annimmt, Hypnose sei ein pathologischer Zustand bei Hysterikern. Bernheim und Liébeault stellen dagegen gute Hypnotisierbarkeit bei Kindern fest. Diese Ergebnisse bringen die Theorie Charcots in der Wissenschaftswelt ins Abseits. Bramwell (1903) stellt die ersten Normen der Hypnotisierbarkeit auf und findet die höchsten Werte bei Kindern im Alter von sieben bis 13 Jahren.

Die Anwendung der Hypnose ist in den Folgejahren stärker auf Erwachsene abgestimmt, erfährt jedoch in den letzten Jahrzehnten auch bei Kindern eine immer größer werdende Entwicklung und hat auch Zugang in die Erziehungsberatungsstellen gefunden. In zahlreichen Analysen und Reviews wird klar die Bedeutung komplementärer alternativer Medizin bei Kindern und damit auch der Hypnose in Kliniken hervorgehoben (Gold et al., 2007; Highfield et al., 2005; Tsao & Zeltzer, 2005).

Die hier in einem Buchkapitel komprimierten Aspekte der Kinderhypnose können nur in wesentlichen Aspekten aufgezeigt werden. Ausführliche Darstellung sind zu

finden in Holtz et al. (Hrsg., 2000), Kohen und Olness (2011), Kossak und Zehner (2011), Morchen et al. (1997) und in Signer-Fischer et al. (2009).

21.2 Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit bei Kindern

Liébeault (1880) stellt in der Altersgruppe von sieben bis 14 Jahren die größte Hypnotisierbarkeit fest. Mit den neu entwickelten CHSS bzw. SHSC (Skalen zur Messung der Suggestibilität bei Kindern, s. Abschn. 5.3.2) finden London und Cooper (1969, 1971) und Cooper und London (1973) die höchste Suggestibilität im Altersbereich von acht bis zwölf Jahren, Barber und Calverley (1963) im Bereich von acht bis zehn Jahren, Morgan und Hilgard (1973) bei neun bis zwölf Jahren (s. Abb. 21.1).

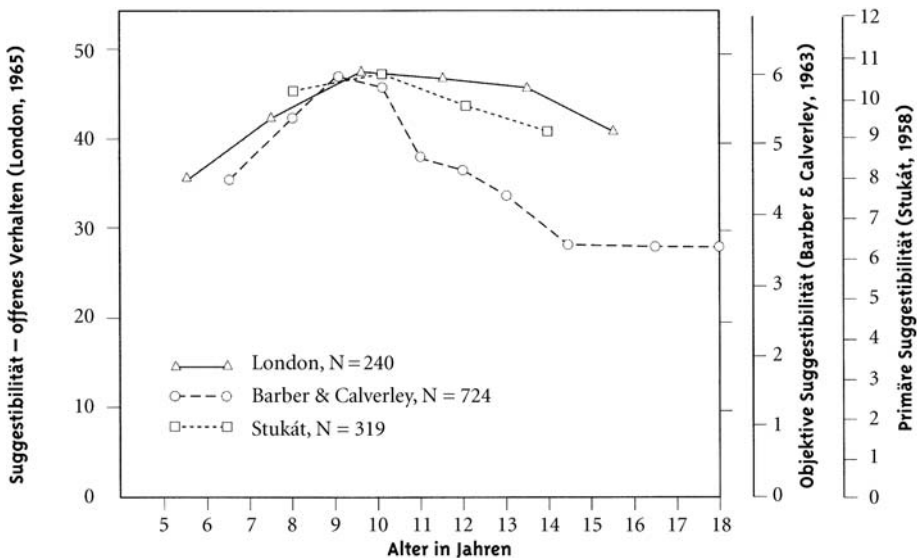


Abbildung 21.1 Hypnotisierbarkeit bei Kindern und Jugendlichen. Bei Benutzung unterschiedlicher Skalen besteht eine hohe Übereinstimmung in der Suggestibilität bei Kindern und Jugendlichen (nach Hilgard & Hill, 1971)



Hypnotisierbarkeit nimmt im Alter ab

Alle Untersuchungen stimmen darin überein, dass im Altersbereich von ca. acht bis zwölf Jahren die hypnotische Suggestibilität besonders hoch ist, eventuell verbunden mit der starken Imaginationsfähigkeit dieser Altersgruppe, die im höheren Lebensalter möglicherweise abnimmt. Wenn hypnotische Suggestibilität mit einem bestimmten kognitiven Denkstil im Sinne eines ganzheitlichen Denkens verbunden ist (Crawford, 1987), so müssten sich hier altersbedingte Veränderungen einstellen, indem im höheren Alter mehr detailliert-analytische Operationen auftreten – was jedoch noch zu überprüfen wäre.

21.3 Experimentelle Befunde

Die experimentelle Hypnoseforschung im Kindesalter ist rar, wenig systematisch und meist relativ alt.

Kinder mit deutlich abnormen EEG-Mustern zeigen geringere Hypnotisierbarkeit (Jacobs & Jacobs, 1966). Psychoanalytische Untersucher finden eine erhöhte Hypnotisierbarkeit, wenn der Hypnotiseur ähnliche Autorität und Beziehungsaspekte aufweist wie die Eltern (Call, 1976). Hohe Werte in der CHSS (London, 1963; s. Abschn. 5.3) liegen dann vor, wenn die Eltern der Versuchspersonen als streng und tendenziell fordernd beschrieben werden (Call, 1976; Cooper & London, 1971; Hilgard, 1970). Wahrscheinlich treffen hier die Befunde der kognitiv-sozialen Richtung zu, nach denen hohe Werte dann erreicht werden, wenn man besonders starkem Gruppendruck unterliegt und Erwartungen entsprechen möchte (Kirsch, 1991).

21.4 Einstellungen von Kindern und Eltern

Werden Kinder selbst über ihre Einstellung zur Hypnose befragt, sind einige von ihr begeistert, können sie jedoch nicht von Magie und Schlaf unterscheiden (Gardner, 1974; Olness & Gardner, 1978). Die meisten haben aber die gleichen Negativ-Bewertungen wie ihre Eltern oder Erwachsene generell, wie z. B.: Willensverlust, Unkontrollierbarkeit, Kreise in den Augen, Amnesie (Elkins, 2000). Meist haben sie ihre Informationen aus Filmen, Zeitschriften oder Comics. Gerade in Comics sind die Vorurteile und vermeintlichen Wirkungen der Hypnose extrem und intensiv dargestellt (Kossak, 1999).

Praxishinweis

Bei der generell bestehenden Voreingenommenheit gegenüber Hypnose, die auch Ängste widerspiegelt, ist zu überlegen, ob bei Kindern überhaupt der Begriff »Hypnose« verwandt werden sollte, da er bei jüngeren Kindern sowieso weitgehend unbekannt ist. Es ist sicherlich günstiger, eine Vorstellungsübung, ein Fantasienspiel oder eine Gedankenkonzentration anzukündigen.

21.5 Entwicklungspsychologie und Anwendungspraxis

Therapie mit Kindern – besonders kombiniert mit Hypnose – setzt ein hohes Maß an Wissen um die zahlreichen Aspekte der Entwicklungspsychologie voraus. In Übereinstimmung mit Kanfer et al. (1996) und über ihre Empfehlungen zur Kindertherapie hinausgehend, ergeben sich zahlreiche Problemstellungen oder Vorschläge. Für den zahnärztliche Bereich haben Kossak und Zehner (2011) zahlreiche für die Hypnoseanwendung bedeutsame Erklärungsmodelle, Wirkmechanismen und davon abgeleitet Vorschläge zur Induktion und Durchführung der Kinderhypnose zusammengestellt,

die auf den naturwissenschaftlichen Ergebnissen der Entwicklungspsychologie und der Verhaltensforschung basieren. Diese umfassenden Aspekte können hier leider nur sehr komprimiert wiedergegeben werden.

21.5.1. Anwendungen auf den Grundlagen der Entwicklungspsychologie

Kindgemäße Materialien. Je jünger Kinder sind, umso mehr sind sie von rein verbalen Kommunikationen überfordert und benötigen Objekte wie Teddybären zu ihrer Sicherheit, zum Angstabbau oder als Modelle für Lösungsstrategien (G. Schmierer, 1997). Fasziniert von einer z. B. Handpuppe lässt sich das Kind spontaner auf eine therapeutische Kommunikationsebene ein und öffnet sich mit seinen Problemen mit weniger Widerständen (Kossak & Zehner, 2011).

Entwicklungsthemen. Sie beinhalten spezifisches Neugierverhalten, Selbstkonzept, Zugehörigkeit und Bezugspersonen (z. B. Holtz, 1997, 2000). Das heißt, dass durch Erzählungen Anreize geschaffen werden können, indem altersgemäß Personen, Tiere, Tätigkeiten, Freunde, die Schulklasse und der Lehrer etc. darin einbezogen werden.

Animistisch-magisches Denken. Bis zum Alter von ca. sieben Jahren sprechen Kinder unbelebten Objekten Gefühle, Motive und Handlungen von Lebewesen zu, so z. B. bei Antropomorphismen (Vogt, 1997). Entsprechend sind Suggestionen sowie allgemein die Kommunikation durch Geschichten, Märchen etc. darauf abzustimmen.

Verstehensprozesse und Bedeutungsentwicklung von Inhalten, Zusammenhängen sowie inneren und äußeren Prozessen im Sinne von Piaget (1988) müssen bei Kindern berücksichtigt werden. Denkprozesse in der konkret-operationalen Phase sind zu beachten (z. B. Holtz, 1997, 2000). Abstraktionen und komplizierte Zusammenhänge entfallen zu Gunsten einfacher und klarer Aussagen bzw. Beziehungen.

Zeitverständnis. Kinder bis zum Alter von ungefähr fünf Jahren haben noch kein konkretes Zeitverständnis. Deshalb verstehen sie Verbalisierungen mit »früher, nachher, später« nicht angemessen. Empfohlen sind somit Formulierungen mit reinem Gegenwartsbezug (Fina, 1971; Lerch, 1984).

Konstanz. Gerade jüngere Kinder benötigen Konstanz von Objekten, Kommunikation und Ereignissen. Deshalb ist es wichtig, dass das behandelnde Personal, die Umgebung, die Handpuppen und die Begrüßungen etc. oft ritualisiert ablaufen. Das gibt dem Kind Sicherheit, mit der es sich dann auf entsprechende therapeutische Interventionen besser einlassen kann (z. B. Herpertz-Dahlmann et al., 2003).

Neugierverhalten. Die Basis vieler Lernvorgänge ist das Neugierverhalten (Lorenz, 1943), das bereits bei kleinen Säuglingen festzustellen ist (Watson, 1971, 1972). Diese Form der Funktionslust ist jedoch nur im »entspannten Feld« möglich (Bally, 1945). Angst wirkt hier hemmend bei der Erfahrungsbildung (Mackowiak & Trudewind, 2001), also auch bei der Kooperation in der Therapie oder sogar in Hypnose.

Eine Gesamtatmosphäre, die Ruhe, Geborgenheit und Sicherheit gibt, wirkt fördernd für das natürliche Erkundungsverhalten des Kindes – auch in der Imagination der Hypnose.

Kinder und Probleme. Gerade behandelnden Ärzten und Zahnärzten sollte bewusst sein, dass ca. 25 Prozent ihrer Kinder- und Jugendlichenpatienten starke psychische und Verhaltensstörungen haben, die beratungs- und behandlungsbedürftig sind und deshalb auch in ihrer fachspezifischen Behandlung sich Grenzen oder Probleme einstellen (Statistisches Bundesamt, 2007).

21.5.2. Erstkontakte

Bei den Erstkontakten gilt es, eine vertrauensvolle Beziehung auszubauen, die z. B. bei der Zahnartztkonsultation durch Schmerz und Angst beeinträchtigt ist.

Spontane erste Begegnung. Wenn das Kind gerade beim ersten Kontakt Angst und Befangenheit zeigt, sollte es beim Kennenlernen im Vordergrund stehen, sogar zuerst begrüßt werden. Die angemessene Ansprache ist vorerst von größerer Bedeutung als die Therapieproblematik (Haubner, 2001).

Anwesenheit der Eltern. Die Anwesenheit der Eltern ist je nach Alter und Problematik des Kindes erforderlich. Die Eltern sollten bereits über das geplante Vorgehen informiert sein und auch darüber, welchen Anteil sie in der Kommunikation haben werden. Sie sollten z. B. nicht die Antworten für das Kind geben und nur eingreifen, wenn vereinbart. Zu beachten ist hier, dass die Eltern auf die Suggestionen gegebenenfalls unbeabsichtigt selbst reagieren könnten (s. Abschn. 9.3.5).

Nähe. Bei z. B. zahnärztlichen Interventionen ist eine große Annäherung des Zahnarztes erforderlich, mit der er die für das Kind erforderliche kritische Distanz überschreitet und damit Angst oder Abwehr erzeugt. Hier sollte das Kind weiterhin die Nähe seines begleitenden Elternteils deutlich wahrnehmen, z. B. indem das Kind auf dem Schoß der Mutter sitzt. Das Kind ist auf diese Nähe mit Körperkontakt geprägt (Rajecki et al., 1978) und muss sie gerade in Angst- und Schmerzsituationen spontan und kontinuierlich erhalten.

Die Annäherung kann besonders beim Zahnarzt stellvertretend über eine Handpuppe erfolgen, die humorvoll Kontakt aufnimmt, Vertrauen herstellt und dann ggf. in den Mund sehen darf (Kossak & Zehner, 2011).

Distanz. Bei aller erforderlichen Nähe sollten Therapeuten anfangs eine gewisse kritische Distanz wahren, die sonst als Bedrohung erlebt werden kann, so auch »distanzloses« intensives Anschauen oder Anstarren, hastige Bewegungen, Gerüche (Schweiß, Parfüm), zu intimer (anbiedernder) Wortgebrauch (Eibl-Eibesfeldt, 1995).

Anwesenheit dritter Personen. In der Arzt- oder Zahnarztpraxis ist die Anwesenheit Dritter erforderlich und wird von den Kindern akzeptiert, bestimmt auch, weil hier keine privaten Familienprobleme angesprochen werden.

In der psychotherapeutischen Praxis muss das Kind relativ wahrscheinlich zu sehr persönlichen Erlebnissen, Imaginationen oder Aussagen motiviert werden, die es je nach seiner Sozialisierung nicht in Gegenwart Dritter machen wird. Also wird die Interaktion hier auf die Therapeut-Patient-Beziehung beschränkt sein, die evtl. durch Video-Aufnahmen dokumentiert wird.

21.5.3 Kommunikation

Beziehungsaufbau. Wesentlich ist, dem Kind mit Aufmerksamkeit, Empathie, Wertschätzung und Humor zu begegnen, sein Neugierverhalten zu wecken und ihm seine Wahlfreiheit zu lassen. Dabei sollte das Kind sich an etwas Vertrautem, Bekanntem, an Ähnlichkeiten und in bestimmten Fällen auch an Unterschieden orientieren. Dazu gehört auch, Verhaltensmuster des Kindes zu erkennen und gegebenenfalls in die Interventionsformen zu integrieren (Mrochen & Bierbaum-Luttermann, 2000).

Sprachaspekte. Es sollten kurze Sätze mit *einfacher Grammatik und einfachem Vokabular* verwendet werden, ohne Konjunktiv, Alternativfragen, Fremdwörter, Redewendungen; Wortspiele sind nur dem Entwicklungsstand gemäß einzusetzen (Kossak, 2001). Selbstverständlich sollte hier das soziokulturell bedingte Sprachverhalten und Wortverständnis berücksichtigt werden (s. o.).

Bei jüngeren Kindern sollte auch die für sie typische höhere *Stimmungslage und Sprachmelodie* angewandt werden (Szagun, 1996; Petermann et al., 2004).

Alternativfragen wie »Magst du lieber Himbeereis oder Vanilleeis?« helfen kaum, die Kommunikation mit dem Kind aufzubauen, da sie von ihm oft nur entweder mit einem Einwortsatz »Vanille«, mit »ja« oder »nein« beantwortet werden. Alternativfragen sind nur dann sinnvoll, wenn sie methodisch gezielt gestellt werden, um z. B. ein Double-bind herzustellen: »Willst du ein Märchen mit Zaubertieren oder Zauberschwergen hören?« impliziert die Suggestion, gleich ein Märchen mit Zaubereinhalten zu erzählen.

Sozialaspekte. Die psychosoziale Sozialisierung, die die Grundlage der sprachlichen und kognitiven Möglichkeiten des Kindes darstellt, sollte vom Therapeuten berücksichtigt werden (Borg-Laufs & Trautner, 1999). Es sollten vorwiegend nur solche Kommunikationsformen benutzt werden, die der realen Alltags- und Erfahrungswelt des Kindes entsprechen.

Körpersprache. Nonverbal wird besonders über Gefühlszustände kommuniziert (LeDoux, 2001). Sie sollten vom Therapeuten besonders kontrolliert werden, um z. B. nicht mimisch Gefahr oder Anspannung zu signalisieren (Kessler et al., 2002), was gerade von Kindern sehr schnell erkannt wird. Das durch Schmerz oder Angst belastete Kind kann evtl. sogar mit sog. Ersatzhandlungen reagieren, indem es plötzlich aggressiv oder hyperaktiv wird – oder übermäßiges Gähnen, Kratzen, Lippenbeißen etc. zeigt (Eibl-Eibesfeldt, 1995; Miller et al., 2003).

Kongruenz des Therapeuten. Unkontrollierte nonverbale Verhaltensweisen können von Kindern als inkongruent erlebt werden; der Therapeut wird dann besonders von abwehrenden Jugendlichen schnell als verlogen, desinteressiert, unsicher etc. erlebt und abgelehnt.

Kooperation und Symmetrie. Es soll versucht werden, die Kommunikation symmetrisch zu gestalten, indem das Kind sich sicher fühlt, einbezogen wird in die Kommunikationsgestaltung und aktiv mitarbeitet. Der Therapeut entscheidet zwar, was wichtig und unwichtig ist, lässt jedoch viel Entfaltungsspielraum (Vandenberg,

1998). Das Kind fühlt sich ernst genommen und wird besser kooperieren, was für Jugendliche besonders wesentlich ist.

Aufmerksamkeitsverhalten. Das Aufmerksamkeitsverhalten des Kindes sollte berücksichtigt werden. Das Kind wird meist in seiner Aufmerksamkeit schwanken, abschweifen und kann je nach Alter und Problematik schnell überfordert sein, z. B. durch langes Ruhigsitzen, Zuhören und Schweigen (z. B. Holtz, 1997, 2000).

Trancetiefe. Das Kind in Hypnose hält nicht die gesamte Zeit die Augen geschlossen, sondern nimmt oft mit offenen Augen spontan Kontakt zum Therapeuten auf. Entsprechend sollten Anspannung und Entspannung altersbedingt wechseln. Hier ist nicht die »Tiefe« der Hypnose entscheidend, sondern die gute (imaginative) Kooperation des Kindes und das flexible Kooperieren des Therapeuten. Die hier auftretenden Wach- und Trancephasen sollten als Fraktionierungen therapeutisch zur Vertiefung der Trance genutzt werden.

Unaufmerksamkeitsblindheit. Werden Aufgaben gegeben, die die volle Aufmerksamkeit erfordern, werden andere gleichzeitige Ereignisse nicht wahrgenommen (Simons & Chabris, 1999; vgl. Abschn. 7.5.3). Das kann therapeutisch zur Aufmerksamkeitsdistraktion bei schmerzlichen Interventionen benutzt werden. Das heißt, die spannende Erzählung über den Zauberwald oder die Aktion der lustigen Handpuppe lenkt von der schmerzhaften zahnärztlichen Intervention so ab, dass sie fast unbemerkt durchgeführt werden kann (Kossak & Zehner, 2011).

21.5.4 Kommunikation mit Hypnose

Erwartungsaufbau. Der Erwartungsaufbau ist in hohem Maße für das Gelingen der Hypnose relevant (Kirsch, 1991). Durch z. B. Einleitungsgeschichten oder -figuren kann das Kind auf seine therapeutische Kommunikation in Hypnose vorbereitet werden.

Kindgemäße Erklärung der Hypnose. Da der Begriff »Hypnose« falsch attribuiert werden kann, sollte er je nach Alter mit »Dösen«, »Tagträumen«, »Ausdenken«, »Vorstellen«, »Bilder im Kopf« etc. umschrieben werden, denn manche Kinder können sich unter Hypnose evtl. nicht oder nur comic- oder horrorähnliche Manipulationen vorstellen.

Rapportförderung durch Pacing. Werden synchrone Verhaltens- und Erlebenszustände zwischen Therapeut und Kind hergestellt, so erleichtern sie im Sinne des Pacing den Rapport. Das heißt, Stimme, Handlungen und Affekte werden auf das Kind abgestimmt und in Richtung auf die gewünschten Veränderungen modifiziert (Kinzel & Erazo, 1996).

Geschichten und Imaginationen. Jüngere Kinder können nicht zwischen Innen- und Außenbildern, also zwischen Träumen, Märchen oder Realereignissen unterscheiden. Deshalb nehmen sie diese Ereignisse als Teile ihrer Erlebniswelt sehr ernst – so auch in Hypnose. Ungefähr vom fünften Lebensjahr an können Kinder diese Unterscheidungen vornehmen; entsprechend sind dann erst Imaginationstechniken angebracht (Wall, 1991).

Erklärung möglicher Phänomene. Falls Veränderungen des Körperschemas oder Körpersensationen (z. B. Leichtigkeit, Wärme) etc. erlebt wurden, können diese als Ergebnis der besonders guten Mitarbeit und der guten Fantasie des Kindes beschrieben werden.

21.6 Bezugspersonen und Aktivitäten

Da das Kind der → Indexpatient eines bestimmten, gegebenenfalls familiären Problems ist, sollte seine Behandlung nur dann erfolgen, wenn die Eltern selbst ebenfalls zu Veränderungen bereit sind und sich parallel einer Behandlung, zumindest Beratung unterziehen.

Trotz eines Austauschs über die Therapie ist oft die Vereinbarung mit dem Kind sinnvoll, dass der Therapeut den Eltern nichts aus den Sitzungen berichten wird – vorausgesetzt die Eltern akzeptieren dies, was erfahrungsgemäß immer zutrifft.

Sowohl das Kind als auch die Eltern erhalten meist gezielte therapeutische Hausaufgaben. Das Kind wird z. B. Instruktionen zum Coping, zur Selbsthypnose und zur Selbstkontrolle bekommen, die Eltern sollen parallel dazu z. B. ihr Verhalten in Bezug auf Zuwendung, Anerkennung und Aufbau von Selbstvertrauen verändern.

Da eine Therapie zur größeren Autonomie und Persönlichkeitsreife beiträgt, kann das Kind nun für die Eltern ungewohnte Aktivierungen zeigen oder sogar aggressiv gegen die (einengenden) Eltern werden, was nur durch parallel geführte Elterngespräche zu integrieren ist.

21.7 Induktionstechniken für Kinder

Zur Hypnose-Induktion von Erwachsenen erfolgt die Ablenkung von äußeren Reizen, um die Fokussierung auf die innere Aufmerksamkeit zu bewirken. Beim Kind jedoch erfolgt primär eine starke Fixierung auf den äußeren Reiz, der als Ablenkung von sonstigen umgebenden Reizen dient, um dann erst den Übergang auf das innere Erleben zu bewirken, was als Protohypnose bezeichnet werden kann (Kohen & Olness, 2011).

Zur allgemeinen Groborientierung können folgende Induktionsgrundlagen dienen, die stets individuell am entwicklungspsychologischen Stand des Kindes ansetzen.

Praxishinweis

Grundüberlegungen bei der Auswahl der Induktion für Kinder

- ▶ Bei sehr jungen Kindern kann eine Abneigung gegen das Augenschließen auftreten. Gerade kleineren Kindern fällt es schwer, willkürlich die Augen zu schließen. Die »Bilder« der Hypnose können auch bei geöffneten Augen wirksam sein.
- ▶ Die Instruktionen sollten mehr permissiv sein, um so dem Kind mehr Freiheitsgrade zu geben, besonders bei Jugendlichen.

- ▶ Kinder gelangen auch ohne formale Induktion in Hypnose. Es hängt also vom Erfindungsreichtum und der Kreativität des Therapeuten ab, eine individuelle und kindgemäße Einleitung zu finden.
- ▶ Bei sehr jungen Kindern sollten nonverbale Stimulationsmethoden bevorzugt werden.
- ▶ Ab ca. fünf Jahren sollten Fantasietechniken und einfache Geschichten eingesetzt werden.
- ▶ Ab ca. zehn Jahren können ähnliche Methoden wie bei Erwachsenen verwendet werden, jedoch altersadaptiert.

In Tab. 21.1 wird ein Beispiel-Überblick darüber gegeben, welche Induktionsformen in den einzelnen Altersbereichen angemessen sein können.

Tabelle 21.1 Hypnose-Induktionsmethoden bei Kindern und Jugendlichen (Beispiel-Überblick)

Altersbereiche					
Alter/ Erfahrungen	unter 2 Jahren	ca. 2 bis 5 Jahre	Vorschule, Schulanfang	Grundschule	Heranwach- sende, Jugendliche
	präverbalen Techniken	einfache verbale Techniken	altersabhängig zunehmend komplexere Anforderungen Geschichten		
				Zunehmend mehr Bilder und Geschichten in Ähnlichkeit zum Erwachsenenbereich	
Kinästhetische Erfahrungen	Vibrationen, Schaukeln, Gewiegtwerden, Kaleidoskop, Pop-up-Bilder			Körperaktivitäten, Sport- aktivitäten, Kirmeserleben, Tanz, Disco, fliegende Decke, Körpererfahrungen	
	Teddybär, Handpuppen, Figuren			Atmung	
Taktile Erfahrungen	Vibrationen, Berührungen, Knetmasse, Summer, Figuren			Lieblingsplatz, geheimer Ort	
Auditorische Erfahrungen		Märchen, Geschichten, Anekdoten, Metaphern, Lieblingsgeschichte			Metaphern, Bild der Wiese
	Summen	Klänge	Geräusche	Musik	Musik der Lieblings- gruppe
Visuelle Erfahrungen	Mobile	Finger können zaubern, lustiger Daumnagel		Münze beobachten	Bilder, Fotos, Zeichnungen, Abbildungen
			Daumenfernsehen		
	Kaleidoskop	Pop-up- Bilder	Stereo- betrachter	Märchenbilder	
		Zeichnungen	Fotos, Bilder	Schultafeltechnik	

Die nachfolgende Darstellung der Induktionsmethoden soll einen grundsätzlichen Überblick geben, der zu weiteren Modifikationen anregt.

21.7.1 Präverbale Techniken

Für sehr kleine Kinder (unter zwei bis drei Jahren), die verbal noch wenig Verarbeitungsmöglichkeiten haben, müssen primär entsprechende Induktionsverfahren (wie z. B. Summen, Lautmalereien) ausgewählt werden, also Töne, die für die Kinder mit sehr angenehmen Erfahrungen verbunden sind. Ziele sind z. B., Ruhe und Geborgenheit erleben zu lassen oder eine Distraction vom beeinträchtigenden Stimulus (z. B. Schmerz, Juckreiz) zu erreichen.

Kinästhetische Erfahrungen. Bekannt sind dem Kind die angenehmen Situationen des Schaukelns, Gewiegtwerdens – nutzbar zu machen auf dem Schoß des Therapeuten oder des Elternteils. Spiele mit Puppen können dabei eingesetzt werden.

Taktile Erfahrungen. Streicheln und Berühren erzeugen ebenfalls eintönige Reizmuster mit positiven Gefühlen.

Auditorische Stimulation. Der Klang der Spieluhr (eventuell mit einem dem Kind bekannten Lied), monotone Geräusche (Summen, Brummen von Geräten wie z. B. Elektrorasierer) sind hier einsetzbar. Möglicherweise sind tiefe Töne und die damit verbundenen leichten Vibrationen besonders geeignet.

Visuelle Stimulation. Es können Objekte benutzen werden, die Form oder Farbe verändern und deshalb besonders Aufmerksamkeit erregend bzw. faszinierend sind wie z. B. ein Mobile.

21.7.2 Einfache verbale Techniken

Je nach Entwicklungsstand und sprachlichem Auffassungsvermögen des Kindes lassen sich nun Techniken mit stärkeren verbalen Anteilen einsetzen, wobei jedoch die o. g. nonverbalen Verfahren nicht entfallen müssen.

Alle Methoden setzen voraus, das Kind zur aktiven Mitarbeit zu motivieren, um dadurch eine Vertiefung der Entspannung und Imagination bei gleichzeitig gutem Rapport zu erreichen.

Puppe. Eine dem Kind geläufige Puppe – oder seine eigene – übernimmt die Rolle des Therapeuten, indem sie mit dem Kind in Kommunikation tritt und Instruktionen erteilt – oder vom Kind selbst betätigt wird und im Rollenspiel agiert.

Kaleidoskop. Durch die Faszination der Farbplättchen kann Entspannung eintreten.

Stereobetrachter. Die Bilder im Stereobetrachter können aus der Märchenwelt des Kindes stammen und nun die Grundlage für die nachfolgende Geschichte bilden. Die dreidimensionalen Bilder erhöhen den subjektiven Realitätsgehalt für das Kind, faszinieren und lenken ab (z. B. von Schmerzen).

Pop-up-Bilder. Durch das Aufklappen der Buchseiten entstehen plötzlich aus der Seite heraus dreidimensionale Gebilde, die in hohem Maße die Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Geschichten erzählen. Der Therapeut beginnt, eine Geschichte zu erzählen, die dem Hintergrund der Problematik entspricht; er verfremdet diese eventuell durch märchenartige Figuren und kann so im Dialog mit dem Kind in die relevanten Imaginationen eintreten. Dazu gehören ebenfalls Comics, Märchen, Anekdoten und Metaphern.

Finger können zaubern. Diese Methode beinhaltet die übliche Fingerfixation. Da bei Verlust der Fixation der Finger doppelt gesehen wird oder als »durchsichtig« erscheint, wird dies dem Kind rückgemeldet. Verbunden mit der kleinen Geschichte, dass die Finger zaubern können, tritt bei den Kindern eine bemerkenswerte Faszination auf.

Lustiger Daumennagel. Ein aufgemaltes lustiges Gesicht oder ein Abziehbild auf dem Daumennagel helfen die Aufmerksamkeit zu lenken, besonders wenn sich darum eine entsprechende Geschichte rankt. Dies ist wahrscheinlich besonders für Zahnmediziner interessant, da sie mit dieser Hand dann gleichzeitig in der Nähe des Gesichtes arbeiten können.

21.7.3 Vorschule und Schulanfangsbereich

Da sich in dem Altersbereich von vier bis sieben Jahren sehr viele Entwicklungsschwankungen bemerkbar machen, wird man sich stets am individuellen Entwicklungsstand orientieren.

Fernsehgeschichte. Der Mediengewohnheit des Kindes folgend, können die Figuren einer Lieblingsserie aus dem Fernsehen therapierelevante Rollen übernehmen. Dies entspricht im Grundprinzip den emotionsbezogenen Vorstellungen (Lazarus & Abramovitz, 1962; s. Abschn. 19.6.9). Die Induktion ist bei fernsehgewohnten Kindern äußerst einfach: Nachdem das Lieblingsprogramm im Vorgespräch abgeklärt wurde, erhält das Kind die Instruktion, nun das richtige Programm im Fernseher einzuschalten. Dies kann dann noch weiter unterstützt werden, wenn der Therapeut noch einige Einzelheiten des Filmvorspanns oder von typischen Figuren aus dem Film nennt oder sogar die Titelmelodie trällert, nach der sofort die relevante Geschichte einsetzen kann.

Praxishinweis

Die Fantasietechniken ermöglichen zahlreiche scheinbar irreale Lösungsmöglichkeiten. Dies hat den Vorteil, dem Kind entsprechende Lösungen vorzugeben, die in seinem Verhaltensrepertoire bislang noch nicht enthalten waren. Entsprechend sollte besonders darauf geachtet werden, ein Abgleiten in eine Traumwelt oder zu starke Fantasiewelt zu verhindern, da das Kind gegebenenfalls darin trainiert ist (oder wird), Vermeidungsverhalten auf kognitiver Ebene zu erwerben.

Der hypnotische Held. Diese Methode wurde von Tilton (1984) entwickelt und basiert auf den Beobachtungen von Gardner (1974). Danach leisten Kinder eher den Anweisungen eines Fernsehhelden Folge als dem Klinikpersonal. Die Instruktionen und Suggestionen durch den Helden bewirken einen intensiveren Rapport.

Lieblingsplatz, geheimer Ort. Instruktion und Induktion gehen hier ineinander über: »Denke an einen Lieblingsplatz, an dem du mal warst und an dem du gerne sein möchtest. Es kann vielleicht für dich leichter sein, wenn du die Augen schließt; du kannst sie aber auch offen lassen, wenn du es lieber magst.« (Gardner & Olness, 1981, S. 60; s. a. Abschn. 19.6.14).

Falls das Kind keinen derartigen Platz hat, kann der Therapeut Vorschläge machen, die der kindlichen Wunschwelt nahe kommen. An diesem Platz fühlt sich das Kind sicher, kann Geschehnisse distanziert beobachten, sehr private Inhalte erzählen oder Gefühle zulassen – auch für Erwachsene eine sehr hilfreiche Methode.

Kirmeserlebnis. Werden intensive Körpererfahrungen gewünscht, so kann besonders bei hypermotorischen Kindern viel an Erlebnissen angeboten werden, wie Buden besichtigen, Zuckerwatte essen, ein Karussell besteigen, in dem das Kind selbst Hebel betätigt, um die Gondel zu steuern. Kinder machen hier begeistert mit.

Münze beobachten. Eine Münze wird dem Kind ausgehändigt, die es mit waagrecht ausgestrecktem Arm zwischen den Fingern hält und zur Augenfixation benutzt. Bei kleineren Kindern kann der Teddybär die Münze halten. Dazu folgt die Instruktion, dass die Finger nach einiger Zeit müde werden und dann die Münze aus den Fingern gleiten und herabfallen wird. In diesem Moment soll das Kind dann die Augen schließen (Gardner & Olness, 1981).

Daumenfernsehen. Zur Induktion wird der Daumennagel beobachtet, der zu einem kleinen Fernsehbildschirm wird. Das Kind kann nun das Geschehen auf diesem Bildschirm verfolgen, wobei wie oben gearbeitet wird (Schmierer & Kunzelmann, 1990).

Handpuppen. Zur Erleichterung der Dissoziation kann das Kind selbst an seinen Händen zwei Handpuppen agieren lassen. Dabei teilt die eine Puppe (der braune Bär, rechte Hand) die emotionalen und sensorischen Empfindungen mit, während die andere (der weiße Bär, linke Hand) Bewältigungsstrategien anbietet (Schmierer & Kunzelmann, 1990).

Lieblingsgeschichte. Zur Induktion und Distraction (z. B. bei Schmerzproblemen) schlägt Kuttner (1988) vor, die Lieblingsgeschichte des Kindes abzuwandeln. So kann in dieser Geschichte die Hauptfigur langsam müde werden, mutig sein, Bewältigungsstrategien entwickeln etc. Hier handelt es sich um eine Weiterführung des »hypnotischen Helden« (siehe S. 362).

21.7.4 Mittlere Kindheit

Bei Kindern im ungefähren Bereich des Grundschulalters sollte eventuell mehr an solche Suggestionen gedacht werden, die durch körperliche Aktivitäten definiert sind, aber auch etwas höhere verbale Anforderungen stellen können.

Körperaktivitäten. Fahrradfahren oder Fußballspielen können zu relevanten Erfolgs- und Leistungsfantasien benutzt werden. Symptombezogen können bestimmte Aktivitäten imaginiert werden, so z. B. bei Asthmaproblemen Schwimmen oder sogar Tauchen, da hier Atem relevant ist.

Fliegende Decke. Imaginiert wird ein großes Picknick-Tuch. Das Kind legt sich dann darauf und erlebt nun, wie sich dieses in die Luft hebt. Es ist nun Pilot und kann Flughöhe und Geschwindigkeit bestimmen, aber auch, was es besichtigen möchte.

Armsteifigkeit. Alle bei Erwachsenen angewandten Techniken der Armlevitation etc. können in kindgerechter Form benutzt werden, sofern das Kind damit nicht Machtlosigkeit verbindet.

Wiesenbild. Dieses Bild ist vom autogenen Training sehr bekannt und benutzt die Wiese als Einleitung zur Entspannung.

Schultafeltechnik. Das Kind imaginiert eine große Schultafel. Mit einer »Zauberkreide« werden darauf Bilder oder Texte gemalt, die das Kind verändern und beeinflussen kann. Diese Bilder bzw. Texte enthalten diagnostische Informationen oder sind an den kleinen Patienten gerichtete Suggestionen.

Bei den typischen Phänomenen wie z. B. Armlevitation sollte man stets bedenken, ob das Kind sie als unangenehme Fremdkontrolle erlebt und dadurch geängstigt wird.

Bei den körper- und damit leistungsbezogenen Tätigkeiten sollte sichergestellt sein, dass diese nicht negativ besetzt sind, z. B. bei körperlicher Ungeschicklichkeit oder Leistungsüberforderung. Werden schulbezogene Szenen wie die Schultafel benutzt, sollten ängstigende Schul- oder Leistungsprobleme berücksichtigt werden.

21.7.5 Jugendliche

Bei Jugendlichen besteht oft das starke Interesse an neuen körperlichen oder psychischen Erfahrungen, dem Hypnose entgegenkommen kann. Bei der Induktion sollte darauf geachtet werden, gerade autoritätsempfindlichen Jugendlichen vorwiegend permissive oder indirekte Suggestionen zu geben. Für Jugendliche können jedoch stets auch die bekannten »klassischen Verfahren« wie bei Erwachsenen benutzt werden, wenn sie an ihren Alters- und Erlebensbereich adaptiert sind.

Sportaktivitäten. Es können hier Körpererfahrungen aus dem Sportbereich angewandt werden oder damit verbundene Emotionen wie Erfolgserlebnis, Freisein, sich austoben können.

Atmung. Erfahrungen von unterschiedlichen Atemtechniken können in geeigneter Form für die Hypnose-Induktion genutzt werden. Die mögliche Gefahr der → Hyperventilation sollte bedacht sein.

Musik. Musik hat eine sehr zentrale Bedeutung für den Jugendlichen. Sie kann bei der Induktion ebenfalls eingesetzt werden, z. B. als Untermalung oder als imaginierter Sound. Es bietet sich dann an, den Patienten die Rolle eines berühmten Musikstars übernehmen und im therapeutischen Sinn agieren zu lassen.

Allgemein gelten hier die Aspekte der Indikation und Kontraindikation wie für Erwachsene. Da manche Jugendliche vielleicht besonders empfänglich für Fantasietätigkeiten und Tagträume sind und dadurch nicht mehr zum realen Handeln gelangen, sollte man dies besonders berücksichtigen.

21.8 Anwendungsbereiche der Kinder-Hypnose

Generell bestehen im klinischen Bereich kaum Unterschiede in der Indikation von Hypnose bei Kindern und bei Erwachsenen, wenn die Induktions- und Durchführungsmethoden dem Alter entsprechend adaptiert werden.

Berichte über Kinderhypnose sind meist anekdotisch, die Forschung ist wenig umfangreich. Eine kritische Effektivitäts-Analyse der wenigen Gruppen-Untersuchungen weist zahlreiche methodische Fehler und Mängel nach (Milling & Costantino, 2000). Insgesamt wird zwar die Wirksamkeit der Hypnose dargestellt, jedoch können Entspannung, Imagination, Suggestion und Ablenkung auch ohne Hypnoseprozedur wirksam sein, so z. B. bei Temperaturregulation, Veränderung des Immunsystems durch IgA, Lungenfunktion, Enuresis, Schwindel und Erbrechen nach Chemotherapie oder Schmerz bei invasiven Eingriffen usw.

Da kontextuelle Variablen den Hypnose-Erfolg beeinflussen, kann z. B. eine kognitiv-behaviorale Behandlung allein dadurch signifikant wirksamer sein, wenn sie als Hypnose bezeichnet wird (Kirsch et al., 1999). Wird in einigen Gruppen Hypnose angewandt und als Hypnose bezeichnet bzw. nicht bezeichnet, dann kann das Einfluss auf die Ergebnisse haben. Auch der Einfluss der Suggestibilität wurde selten berücksichtigt.

Insgesamt befindet sich demnach die Forschung der klinischen Hypnose mit Kindern noch auf einem sehr frühen Entwicklungsstand – quasi in den Kinderschuhen. Um Überschneidungen und unnötige Wiederholungen zu vermeiden, sind die Hypnosebehandlungen von Kindern und Jugendlichen bei den jeweiligen Symptomen, Störungen oder Erkrankungen in den Kapiteln 22 bis 26 zu finden.

Auch die Hypnosemethode nach Erickson ist für Kinder gewinnbringend einzusetzen, wenn sie entwicklungspsychologisch angepasst wird, verbunden z. B. mit indirekten Suggestionen, Konfusionstechniken, Kontrasuggestionen und Metaphern (Holtz et al., 2000; Morchen et al., 1997; Olness & Kohen, 2001).

Vor allem Selbsthypnose bekommt einen zunehmend größeren Stellenwert (Hawkins & Polemikos, 2002; Kohen et al., 1990; Wirl, 2002), so auch in der Verhaltenstherapie (z. B. Kossak, 1990a, b, 1991a, 2001).

Weitere Themen aus dem Bereich der Psychotherapie, Medizin und Zahnmedizin sind in den relevanten Kapiteln 22 bis 27 ausführlich dargestellt.

21.9 Grenzprobleme in der Kinder-Hypnose

Zusätzlich zu den für Erwachsene zutreffenden Begrenzungen der Hypnoseanwendungen gilt für Kinder, dass sie leichter als Erwachsene in die Welt der Fantasie flüchten können und sich so der Realität entziehen.

Zu leicht kann das Kind als Symptomträger, nicht als → Indexpatient für ein Familienproblem betrachtet werden, was als ein Fehler in der Kinderpsychotherapie anzusehen ist. Insgesamt ist es wohl selbstverständlich, das Kind innerhalb seine psychosozialen Bezugssysteme zu sehen und darauf die Diagnostik und Behandlung abzustimmen, so z. B. mit der systemischen Hypnose der gesamten Familie bei depressiven Personen (Loriedo & Torti, 2010).

Kinder können eventuell unreflektiert ihr Wissen um die Hypnosetechniken an andere weitergeben, z. B. um dadurch in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu gelangen. Dies sollte stets mit dem Kind durchgesprochen werden. Es sollte zudem darauf hingewiesen werden, dass Instruktions-CDs oder -Dateien nicht an andere weitergegeben werden sollten. Eventuell wird vereinbart, die Tonträger nach Therapieabschluss wieder zurückzugeben.

Praxishinweis

Gerade in der Kinderhypnose ist besonders zu beachten, dass Realität, Imagination und Fantasie nicht immer vom Kind differenziert werden können und dadurch Pseudoerinnerungen (s. Kap. 26.2) entstehen können. Die Aussagesuggestibilität von Kindern ist somit auch im rein therapeutischen Bereich nicht zu unterschätzen (Volbert, 1999).

Bei Kindern mit sehr kurzer Aufmerksamkeitsspanne wird es sehr schwer möglich sein, ihr Interesse intensiv auf die Instruktionen des Therapeuten zu lenken. Vielleicht kann der Therapeut hier Tätigkeiten aussuchen, die eine längere Konzentration ermöglichen.

Bei Hypermotorik oder Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen (ADHS/ADS) ist eine Induktion und durchgehende Hypnoseführung sehr erschwert. Die Induktion wird hier mehr nach dem Prinzip der Utilisation vorgehen und Bewegungen aufgreifen, um daraus eine hypnotische Kooperation abzuleiten.

Geistig behinderte Kinder wurden bei einem IQ von 50 bis 70 noch erfolgreich behandelt; zu berücksichtigen ist hier jedoch, inwieweit Aufmerksamkeit erbracht werden kann und das Verbalverständnis ausgebildet ist (Olness & Kohen, 2001).

Bei stärkeren zerebralen Dysfunktionen sind durchaus Hypnose-Interventionen möglich, jedoch abhängig von der Art und Auswirkung der Beeinträchtigungen (Gardner, 1975; Lazar, 1977).

22 Hypnose in der Psychotherapie

*Kein Problem kann auf der Bewusstseinssebene
gelöst werden, auf der es entstanden ist.*
Albert Einstein (1879–1955)

In diesem Kapitel werden die psychischen Probleme, Störungen und Krankheiten besprochen, die primär durch psychotherapeutische Interventionen zu diagnostizieren und zu therapieren sind.

Es wurde versucht, eine Systematik zu benutzen, die der des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-IV entspricht (Saß et al., 2003). An einigen Stellen konnte dies nicht gelingen, da sich manche Störungen nicht klar einordnen lassen. Mitunter wird in der Hypnoseliteratur keine Einordnung nach DSM oder ICD vorgenommen, oder sie ist differenzialdiagnostisch unscharf. Auch haben sich einige Diagnosekriterien im Laufe der Zeit geändert, sodass ältere und neuere Falldarstellungen unterschiedliche Fachtermini benutzen. In solchen Fällen erfolgten dem Sinn entsprechende Zuordnungen.

So wurden auch die im DSM-IV nicht enthaltenen Themen wie z. B. Trauerprobleme und Probleme älterer Menschen an den für sinnvoll erachteten Stellen eingefügt.

Es sind nur diejenigen Störungsbilder dargestellt, die in der Literatur in Verbindung mit Hypnose erwähnt werden. Dabei können jeweils nur grundsätzliche Behandlungstechniken angesprochen werden. Differenzierte Angaben zu den einzelnen grundlegenden therapeutischen Interventionen sind im Kapitel 17 enthalten.

Letztlich sei nochmals darauf verwiesen, dass hier lediglich die für Hypnose relevanten Behandlungsformen aufgeführt sind. Das impliziert logischerweise die vorausgehenden ausführlichen diagnostischen Maßnahmen, auf denen die Therapieformen aufbauen und die eine Einheit bilden. Entsprechend wird die Definition der Störungen weitgehend als bekannt vorausgesetzt.

Ziel ist es, durch eine repräsentative Auswahl, Anregungen, Denkmodelle und Vorbilder für die eigenen Suchrichtungen in der Therapie mit Hypnose zu geben.

22.1 Angststörungen und angstbezogene Probleme

22.1.1 Phobien und Panikattacken

In der vorliegenden Hypnosefachliteratur wird nur sehr selten – so wie im DSM-IV – zwischen Panikattacken und Phobien unterschieden.

22 Hypnose in der Psychotherapie

*Kein Problem kann auf der Bewusstseinssebene
gelöst werden, auf der es entstanden ist.*
Albert Einstein (1879–1955)

In diesem Kapitel werden die psychischen Probleme, Störungen und Krankheiten besprochen, die primär durch psychotherapeutische Interventionen zu diagnostizieren und zu therapieren sind.

Es wurde versucht, eine Systematik zu benutzen, die der des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-IV entspricht (Saß et al., 2003). An einigen Stellen konnte dies nicht gelingen, da sich manche Störungen nicht klar einordnen lassen. Mitunter wird in der Hypnoseliteratur keine Einordnung nach DSM oder ICD vorgenommen, oder sie ist differenzialdiagnostisch unscharf. Auch haben sich einige Diagnosekriterien im Laufe der Zeit geändert, sodass ältere und neuere Falldarstellungen unterschiedliche Fachtermini benutzen. In solchen Fällen erfolgten dem Sinn entsprechende Zuordnungen.

So wurden auch die im DSM-IV nicht enthaltenen Themen wie z. B. Trauerprobleme und Probleme älterer Menschen an den für sinnvoll erachteten Stellen eingefügt.

Es sind nur diejenigen Störungsbilder dargestellt, die in der Literatur in Verbindung mit Hypnose erwähnt werden. Dabei können jeweils nur grundsätzliche Behandlungstechniken angesprochen werden. Differenzierte Angaben zu den einzelnen grundlegenden therapeutischen Interventionen sind im Kapitel 17 enthalten.

Letztlich sei nochmals darauf verwiesen, dass hier lediglich die für Hypnose relevanten Behandlungsformen aufgeführt sind. Das impliziert logischerweise die vorausgehenden ausführlichen diagnostischen Maßnahmen, auf denen die Therapieformen aufbauen und die eine Einheit bilden. Entsprechend wird die Definition der Störungen weitgehend als bekannt vorausgesetzt.

Ziel ist es, durch eine repräsentative Auswahl, Anregungen, Denkmodelle und Vorbilder für die eigenen Suchrichtungen in der Therapie mit Hypnose zu geben.

22.1 Angststörungen und angstbezogene Probleme

22.1.1 Phobien und Panikattacken

In der vorliegenden Hypnosefachliteratur wird nur sehr selten – so wie im DSM-IV – zwischen Panikattacken und Phobien unterschieden.

Angstprobleme sind seit Beginn des 21. Jahrhunderts weltweit das häufigste Gesundheitsproblem, die wahrscheinlich als Reaktionen auf das Leben in einem modernen Zeitalter bewirkt werden (Dowbiggin, 2009) oder durch eine zunehmende Vulnerabilität gegenüber Angststörungen (Turner et al., 2002). Diese kann evtl. bedingt sein durch affektive Programme des Gehirns, die Informationen als Propositionen codiert und in die Netzwerke weitergibt (s. Abschn. 19.2). Erst bei einer gewissen Menge von Propositionen, Umweltreizen und/oder inneren Assoziationen kommt es dann zu affektiven Auswirkungen. Die Unterschiede in den Angststörungen lassen sich so durch unterschiedliche kognitive Organisation des Netzwerks erklären, worauf sich dann die Diagnostik und Behandlung stützen muss (Lang & Cuthbert, 1984).



Die Komponenten der Angst

Beim DSM werden nicht alle der zahlreichen Komponenten der Angst berücksichtigt, die sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie relevant sind. Die wesentlichen Aspekte Emotion, Physiologie und Motorik wirken hier als komplexes Muster und bedingen sich gegenseitig – wie in Abbildung 18.1 (S. 321) dargestellt.

Genau an diesen auslösenden Einzelkomponenten wird sich die Behandlung orientieren und erfolgreich ansetzen.

Bei den sehr unterschiedlichen Therapierichtungen werden diese Komponenten jeweils unter anderen Bezeichnungen berücksichtigt, so z. B. in der nach Erickson ausgerichteten Behandlung (Janouch, 1997).

Letztlich ist daran zu erinnern, dass die Entstehung vieler Ängste durch ein vielschichtiges Klassisches Konditionieren zu erklären ist, das durch direkte Erfahrungen, Beobachtungen und Verbalinformationen bedingt werden kann (Dygdon et al., 2004).

Angst als direktes Symptom oder Anzeichen für eine Konstellation

Bedacht werden sollte auch, dass Angst nur ein vordergründiges Symptom sein kann. So kann eine → Agoraphobie das Erscheinungsbild einer Trennungs- oder Sozialangst haben oder primär die Angst vor Verantwortung widerspiegeln. Hinter der vermeintlichen Schulphobie des Kindes kann die Angst vor Trennung von der Mutter stecken, und die Behandlung muss dort ansetzen. Weiter sollte auch bedacht werden, dass Angst Sekundärstörungen bewirkt, so z. B. haben Sozialängste eventuell Übergewicht oder Alkoholismus zur Folge – und umgekehrt.

Angst und Hypnotisierbarkeit

Der Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit bzw. Suggestibilität und Phobie wird einerseits bestätigt (Kelly, 1984; Orne, 1979b; Foenander et al., 1980), andererseits widerlegt (Owens et al., 1989). Neben methodischen Unterschiedlichkeiten können eventuell unterschiedliche Wahrnehmungsverzerrungen während der Panik oder Angst wirksam sein, die sich auf die Hypnotisierbarkeit auswirken können (Van Dyk & Spinhoven, 1997).

Erhalten Hochhypnotisierbare unangenehme Suggestionen im Wachzustand, dann zeigen sie wesentlich schwächere sympathische Reaktionen als die Geringhypnotisierbaren. Demnach kann die Hypnotisierbarkeit bei Phobien wahrscheinlich zerebrale und autonome Funktionen modulieren. Diese schützende Wirkung der Hypnotisierbarkeit kann jedoch durch spezifische Phobien geschwächt werden, so bei möglichen stressbezogenen Herzerkrankungen (Gemignani et al., 2006).

Therapie mit Hypnose

Methodenunabhängig erstrecken sich die erfolgreich behandelten Angstsinhalte über z. B. Flugangst (Bakal, 1981), Agoraphobie (Hobbs, 1982), Schulphobie (Crasilneck & Hall, 1975), Erstickungsängste (Ffrench, 1996). Im medizinischen Bereich sind es z. B. Zahnbehandlungen (Gerschman et al., 1980), Hämodialyse (Dy & Fabbri, 1972), Magnet-Resonanz-Untersuchungen (Simon, 1999), Nadelangst bei Lumbal-Punktionen (Simon & Canonico, 2001), Nadelphobie bei Akupunktur (Simon, 1999).

Hypnosetherapie wird nach der Analyse von 18 klinischen Studien bei bestimmten Angststörungen als wirksames bis hochwirksames Behandlungsverfahren erkannt – mit gleicher Effektivität wie die Verhaltenstherapie (Flammer, 2006).

In einer Literaturanalyse zur Behandlung von angst- und stressbezogenen Störungen erweist sich Selbsthypnose als schnell wirksame, kostensparende, suchtfreie und zuverlässige Behandlung gegenüber medikamentösen Behandlungen (Hammond, 2010).

Ängstliche Patienten erfordern bei invasiven Eingriffen während radiologischer Maßnahmen deutlich mehr an Zeit und Medikation als jene Patienten, denen man einfühlsam begegnet, oder denen, die Hypnose zur Analgesie bekommen, da sie über eine bessere Schmerzkontrolle verfügen (Schupp et al., 2005).

Therapie mit Entspannung

Entspannung zur Regelung der übersteigerten physiologischen Reaktionen ist meist eine Grundvoraussetzung der Angstbehandlung. Autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation u. Ä. sind konventionelle zeitaufwendige Verfahren. Die Hypnose-induktion von Entspannung ist dagegen oft bereits von der ersten Sitzung an wirksam (Schoenberger, 1996).

Falldarstellungen

Bei chronischer obstruktiver Ventilationsstörung besteht ständig die Angst, ersticken zu können. Diese Patienten benötigen ein Gebläse, um ihre Fehlathmung zu korrigieren. Werden sie von diesem Gebläse entwöhnt, treten zusätzliche Ängste auf. Mit hypnotischer Entspannung können hier Ängste abgebaut werden (Acosta, 1987).

Bei einem zwölfjährigen Jungen liegen starke Ängste nach Anschauen eines Horrorfilms vor. Mathai (1983) ist bei ihm mit Hypnose-Entspannung und positiven Suggestionen erfolgreich. Simon (1999) benutzt bei einem klaustrophobischen Patienten Hypnose, damit er sich in der Röhre der Magnet-Resonanz-Diagnose unterziehen kann.

Psychodynamisch orientierte Therapien in Kombination mit Hypnose

Psychodynamisch orientierte Therapien sind in Kombination mit Hypnose erfolgreich: so z. B. bei einer Schneckenphobie durch Altersregression und Hypnoseträume (Gustavson & Weight, 1981) und bei Angst vor Gewittern, die mit Kindheitserlebnissen der elterlichen Sexualbeziehungen verbunden ist (Cowen, 1983).

Ballinger (1983) behandelt eine Frau, die unter Panikattacken und Hyperventilation leidet. Mittels Altersregression erlebt die Patientin im Alter von zweieinhalb Jahren den Herzanfall ihres Vaters als Auslöser.

Bei Angst vor Bewerbungsgesprächen nimmt Meiss (1990) eine Zeitprogression vor, in der der Patient alle angenehmen Gefühle, Wahrnehmungen und Gedanken nach Erledigung des Gespräches erlebt. Der Patient wird dadurch in die Lage versetzt, nun in der Situation so zu reagieren, als ob er sie bereits erfolgreich bewältigt habe.

Eberwein (1998) sieht die strukturelle Veränderung der Patientenpersönlichkeit im Vordergrund und führt über Altersregression zu frühkindlichen Gefühlen und Beziehungsmustern, um dann die abgespaltenen Empfindungen, Erinnerungen etc. wieder in das Selbst zu integrieren.

Beispiel

Beispiele zum Ansatz von Erickson

Adamaszek (1991) arbeitet mit der Metapher des Märchens »Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen« (Gebrüder Grimm) und erreicht durch die darin enthaltene lebensgeschichtliche Symbolik rapiden Angstabbau.

Händler (1989) nutzt die Angst einer vor einer Operation stehenden, an einer Klinikphobie leidenden Frau: Als sie ausruft, sie sei steif vor Angst, leitet er die Armkatelepie ein. Aus dem lebensgeschichtlichen Hintergrund der in der Kindheit emotional vereinsamten Frau kann er nun die Erfahrungen mit menschlich warmen Szenen in einer Ferienpension benutzen: Die Patientin geht in Hypnose anstatt in die Klinik in jene Pension und erlebt eine angenehme und entspannende Umgebung. Sofort danach kann die Patientin der Operation entspannt zustimmen.

In einem Fall von Examensangst therapiert Ginhart (1983) mit Hypnose-Metaphern. Christmann (1991b) erkundet bei einer Patientin mit Agoraphobie und Panikattacken die Botschaften aus dem Unbewussten. Die Patientin erkennt nun, dass sie mehr Selbstständigkeit und Durchsetzungsvermögen erlangen muss.

Verhaltenstherapie unter Hypnose

Durchgängig ist in der Literatur die Zunahme von kognitiv-behavioralen Behandlungen in Kombination mit Hypnose festzustellen, da sie auch bei Angstproblemen besonders erfolgreich sind (Kirsch et al., 1996; Schoenberger, 2000; s. Abschn. 18.6).

Desensibilisierung. Bei einer jungen Frau besteht eine starke Phobie gegenüber Vögeln und fliegenden Tieren allgemein, was sie extrem stark in ihrem Verhaltensspielraum einengt. Scott (1970) kann mittels Altersregression das Kindheitserlebnis in Erinnerung rufen, jedoch keine Verbesserung erzielen. Durch die darauffolgende systema-

tische Desensibilisierung wird Heilung erreicht. Frankel (1976) behandelt einen Mann mit einer Hundephobie ebenfalls mit Desensibilisierung. Tokuyama (1996) lässt mit autogenem Training einen Patienten mit Errötungsangst sich aus der Entfernung beobachten, wodurch er angstausslösende Situationen bewältigen kann.

Verhaltenstraining. Die Patientin von Lazarus (1978) leidet unter der panischen Angst, das Haus nicht verlassen zu können. Nach umfangreichen Psychotherapien weist er die Patientin an, sich in Hypnose vorzustellen, wie sie ohne Begleitung zur Therapie geht. Nach mehreren Verhaltensübungen gelingt es ihr.

Habitation. Bakal (1981), selbst Pilot, lässt seine Patienten mit Flugangst in Hypnose alle Geräusche und optischen Eindrücke erleben, die während eines Fluges auftreten – und ist mit drei Sitzungen erfolgreich. Bei der Diagnostik mittels Magnet-Resonanz-Abbildung müssen die Patienten in eine sehr enge Röhre gefahren werden, wobei schnell klaustrophobische Reaktionen entstehen; Friday und Kubal (1990) sind hier mittels Habituationssitzungen erfolgreich.

Reizsubstituierung. Ein 64-jähriger Mann leidet unter einer Phobie vor dem Muhen der Kühe des Nachbarn. In Hypnose erhält er die erfolgreiche Suggestion, weniger die akustischen als vielmehr die (angstfreien) optischen Informationen von den Kühen wahrzunehmen, (Cohen, 1981; vgl. Abschn. 18.1.4).

Kognitive Umstrukturierung. Diese Behandlungsmethode ist die häufigste, da mit ihr sehr komplexe Ansätze realisiert werden. So sind bereits reine Selbstinstruktionen sehr hilfreich (Fliegel, 1978).

Bei einer Patientin mit Erstickungsängsten aufgrund einer Fellatio-Erfahrung wird unter Hypnose kognitive Umstrukturierung vorgenommen (Epstein & Deyoub, 1981). Bei einer Vogelphobie lässt van der Hart (1981) die Patientin einen Dialog zwischen sich als Kind und dem Vogel durchführen. Hoogduin und Schaap (1991) behandeln eine Frau mit Angst vor Gesellschaftessen, indem sie sie Hypnose-Szenen imaginieren lassen, in denen sie sich sicher und geborgen fühlt. Anschließend wird die Angstszene mit diesem Sicherheitsgefühl auch in der Realsituation gemeistert.

Schoenberger et al. (1997) sind bei einer Gruppe von Patienten mit Sprechangst dann besonders erfolgreich, wenn ihre kognitive Umstrukturierung mit und ohne Hypnose mit »Hypnose« bezeichnet wird. Hier wird der Effekt der Erwartungshaltungen sehr deutlich.

Beispiel

Bei einer Frau mit Sprechängsten in der Öffentlichkeit arbeitet Schoenberger (1996) in einer Gruppe. In Selbsthypnose erkennt sie ihre unangemessenen Gedanken und Gefühle und erarbeitet danach realistische Alternativen. Die Selbsthypnose dient weiterhin dazu, diese neuen Selbstregulationen anzuwenden, um ihre Einstellungen zu verändern wie z. B.: »Ich bin gut vorbereitet und kann die Aufgabe gut erledigen.« Gleichzeitig kann sie in der Gruppe kleine Reden halten und die erworbene Selbstregulation erfolgreich anwenden.

Weitere Fälle hierzu sind aus meiner Therapiepraxis angeführt (s. Kap. 27).

Panikattacken

Bei der Behandlung von Panikattacken können die sonst bei Ängsten benutzten Entspannungsformen kontraindiziert sein, da diese Personen ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Wachheit haben und wahrscheinlich auch Kontrollverlustängste (Alarcon et al., 1999; Cardena et al., 1998). Deshalb wird bei diesen Patienten die Wach-Aufmerksamkeit-Hypnose empfohlen (Capafons, 1999), die auch die emotionale Selbstregulation erleichtert. Diese Form ist von den Experimenten Bányais et al. (1993; s. Abschn. 7.9) und der Hypnose im Sport (s. Kap. 25) bekannt.

22.1.2 Zwangsstörungen

Beim Zwang drängen sich Gedankeninhalte oder Verhaltensimpulse auf, die nicht unterdrückt werden können, obwohl der Patient deutlich die Unsinnigkeit dieser beherrschenden Gedanken und Verhaltensweisen erkennt (Zwangsgedanken, Zwangshandlungen). Werden die Impulse nicht befolgt oder werden sie unterbrochen, so kommt starke Angst auf. Die Ursachen liegen in zahlreichen traumatischen Erlebnisprozessen und unangemessenen Verarbeitungsversuchen.

Neuere Erklärungsmodelle und Therapieimpulse

Primär sollten die therapeutischen Verfahren darauf abzielen, dass der Patient sich zunehmend mehr als den Ort der Kontrolle (internaler locus of control) erlebt und sich dadurch dem Zwang nicht mehr so ausgeliefert fühlt.

Oft werden Hypnoseverfahren zur Handlungs- oder Gedankenunterbrechung eingesetzt, gefolgt von der angemessenen Handlung (Taylor, 1985). Die Selbstkontrolle wird dabei durch Selbsthypnose unterstützt.

Beispiel

Kroger und Fezler (1976) beschreiben den Fall eines 30-jährigen Mannes, der unter dem Zwang leidet, auf die Hosenreißverschlüsse von Männern blicken zu müssen, allerdings ohne sexuelle oder homosexuelle Wünsche. Vorhergehende Psychotherapien von sechsjähriger Dauer waren ergebnislos. Mit dem Patienten wird eine Hierarchie von Erlebnissen aufgestellt, die zu diesem Zwang führten. Unter Hypnose werden diese Items chronologisch durchlaufen, wobei im Sinne der Desensibilisierung bei Auftreten von Angst Entspannungsbilder erfolgen. Die Therapie beinhaltet täglich fünf Mal für jeweils fünf bis zehn Minuten Selbsthypnose. Durch die Behandlung wird das sehr zurückgezogene Sozialverhalten verbessert und der Patient ist in der Lage, eine Ausbildung zu beginnen. Nach wenigen Wochen ist sein Zwang abgebaut.

Genetische und soziopathologische Faktoren. Durch Neuroimaging ist eine neurologische Beeinträchtigung in den Basalganglien festzustellen, in subkortikalen Hirnbereichen und im orbito-frontalen Kortex (Van der Wee et al., 2004). Letztlich bleibt

nur übrig, als Ursachen genetische und soziopathologische Faktoren anzunehmen (Hettinga et al., 2001). Dabei werden die individuelle Ursache auf einem Spektrum zwischen biologischen und psychologischen Faktoren liegen (Frederick, 2002). Von den entsprechend vielen Behandlungsmöglichkeiten innerhalb dieses Spektrums stellen wir die Hypnosetherapie in den Vordergrund, die jedoch nur mit Einzelfällen belegbar ist.

Dissoziation. Die Nähe von Zwangsstörungen und Dissoziativen Identitätsstörungen wird diskutiert (Erickson & Kubie, 1980).

Frederick (2007) behandelt einen Zahnarzt mit starken zwanghaften Ängsten, sich während seiner Arbeit beschmutzen und anstecken zu können. Er hatte eine kämpferische Großmutter, eine zu Ritualen neigende Mutter und erinnert sich an ein sexuelles Trauma im College. Entsprechend liegen beim ihm dissoziative Anzeichen vor. Der Patient erlernt Selbsthypnose, in Hypnose Ich-Stärkung und mit Selbsthypnose kognitiv-behaviorale Interventionen wie Gedankenstopp. Mit Abnahme seiner Symptome wird er selbstsicherer und kann sich zunehmend mehr entspannen und sowohl Arbeit als auch Freizeit genießen.

Meyerson und Konichezky (2009, 2011) behandeln Zwangsstörungen mit hypnotisch induzierter Dissoziation (HID), um die intrapsychische Verursachung der Zwänge zu erkunden und sind damit auch bei hartnäckigen chronischen Depressionen erfolgreich.

Kognitive Störung. Ein Erklärungsmodell der Zwangsstörungen basiert auf der Annahme kognitiver Störungen, die verhindern, das Verhalten als abgeschlossen anzusehen und es dann zu beenden; deshalb muss es wiederholt werden (Reed, 1977; Péllisier & O'Connor, 2002).

Störung des Sicherheitsmotivations. Ein internes System von Fühlen und Wissen bestimmt, wann eine Zielerreichung vorliegt, was als Folge die Beendigung von Idee, Gedanken oder Handlungen hat, die damit verbunden sind, sich oder anderen etwas anzutun. Treten hierbei Fehler auf, kommt es zu typischen Zwangssymptomen. Woody et al. (2005) belegen ihre Hypothese experimentell mit entsprechenden Hypnosuggestionen während des Händewaschens.

Kellerman (1981) behandelt einen 12-jährigen Jungen, der sich in seinen Zwangsvorstellungen seine Mutter umbringen sieht. In Entspannung unter Hypnose lernt der Patient Gedankenstopp, indem er sich bei Beginn des Gedankens ein Stopp-Schild vorstellt. Sobald das gelingt, wird das angemessene Verhalten verstärkt, indem er nun für eine Minute die angenehme Szene imaginiert, sich beim Baseball-Spielen zu erleben. Posthypnotische Suggestionen führen zu weiteren positiven Lösungen. Zur Selbstkontrolle wendet er diese erlernte Methode bei ersten Anzeichen der Problematik an. Als der Zwang nach einer Woche wiederkehrt, soll sich der Patient den Inhalt täglich zehn Mal vorstellen und darauf angemessen reagieren. Nach wenigen Wochen nimmt seine Symptomatik ab, und er bleibt im Beobachtungszeitraum von zwei Jahren geheilt.

Bei einer 65 Jahre alten Patientin mit einer 20-jährigen Geschichte von zwanghaftem Warenhausdiebstahl habe ich innerhalb von zwei Therapiesitzungen einen dauer-

haften Behandlungserfolg erreichen können. Wesentlich waren hier Suggestionen zur Selbstkontrolle und → covert reinforcement (Kossak, 1985a; ausführlich in Kapitel 27, Fall 6, dargestellt).

Symptome wie Trichotillomanie (Haarausreißen, s. Abschn. 22.8.2) oder Nägelkauen (s. Abschn. 22.15.1) können ebenfalls als Zwangsverhaltensweisen eingeordnet werden.

22.1.3 Stressreaktionen

Stressreaktionen sind im DSM-IV nicht enthalten, sondern deren Auswirkungen wie z. B. Ängste. Da die in Abschnitt 22.1.4 folgenden Posttraumatischen Belastungsstörungen ähnliche Auswirkungen haben und weitgehend ähnlich Behandlungen erfordern, soll der Bereich der Stressreaktionen hier abgehandelt werden, zumal in der Hypnoseliteratur selten zwischen posttraumatischem und akutem (Alltags-)Stress unterschieden wird.

Erklärungsmodelle

Stress (Druck, Belastung, Spannung) ist als Zustand des Organismus zu definieren, der durch das spezifische Syndrom der erhöhten → Sympathikusaktivität und damit durch vermehrte → Katecholaminausschüttung gekennzeichnet ist. Als Folge entsteht das Anpassungssyndrom.

Als Ursachen sind → noxische physikalische, soziale und psychische Einflüsse festzustellen, die durch Kurz- oder Dauereinwirkung eine → Homöostasestörung bewirken, die je nach Verursachung über den → Hypothalamus oder das → Limbische System gesteuert wird. Auslösend sind sowohl einmalige Lebensereignisse (Tod nahe stehender Menschen, Pensionierung), dauernde kleinen Hässlichkeiten im Lebensalltag (hassles), aber auch intensive Alltagsfreuden (uplifts). Dabei gibt es subjektive Unterschiede, wie die Ereignisse kognitiv eingeschätzt werden (primäre Einschätzung) und welche Bewältigungsstrategien verfügbar sind (sekundäre Einschätzungen; Lazarus, 1981). Es sind auch subliminale Wahrnehmungsprozesse wirksam, die im Langzeitgedächtnis Zugang finden und dort semantischen, strukturellen sowie emotionalen Einschätzungen unterliegen (Dixon, 1981a, b). Weiter wird hier auch die Wahrnehmungsabwehr wirksam. Die genannten Aspekte sind zwar bedeutsam, stellen jedoch nur relativ kleine Bereiche der zahlreichen Stresstheorien dar. Der psychophysiologische Wirkmechanismus von Stress ist schematisch in Abbildung 22.1 veranschaulicht.

Da Stressbelastungen und -erkrankungen ständig zunehmen und einen erheblichen Anteil an psychischen und physischen Erkrankungen ausmachen, müssen sie ganzheitlich betrachtet werden. Der moderne Stress ist zunehmend sozial bedingt, so durch subjektive Bewertung und subjektive Regulationsmöglichkeiten (Lovallo, 1997). Dabei können negative Emotionen kaum durch Verhalten (Aggression, Schimpfen, Meinung sagen, sich wehren etc.) ausagiert werden.

Als Behandlungsmöglichkeiten sind neben den kausalen (z. B. Eheberatung, Arbeitsplatzwechsel, Selbstsicherheitstraining, Angstabbau) meist solche Methoden hilfreich, die wieder zu einer Homöostase führen, also Entspannungsverfahren u. Ä.

Auch sollten bei der Stressbewältigung die Prinzipien der Psychohygiene beachtet werden, die u. a. Lebensführung, Zeitplanung, Selbsteinschätzung, Selbstbewertung, Selbstsicherheit und Körperaktivität enthalten.

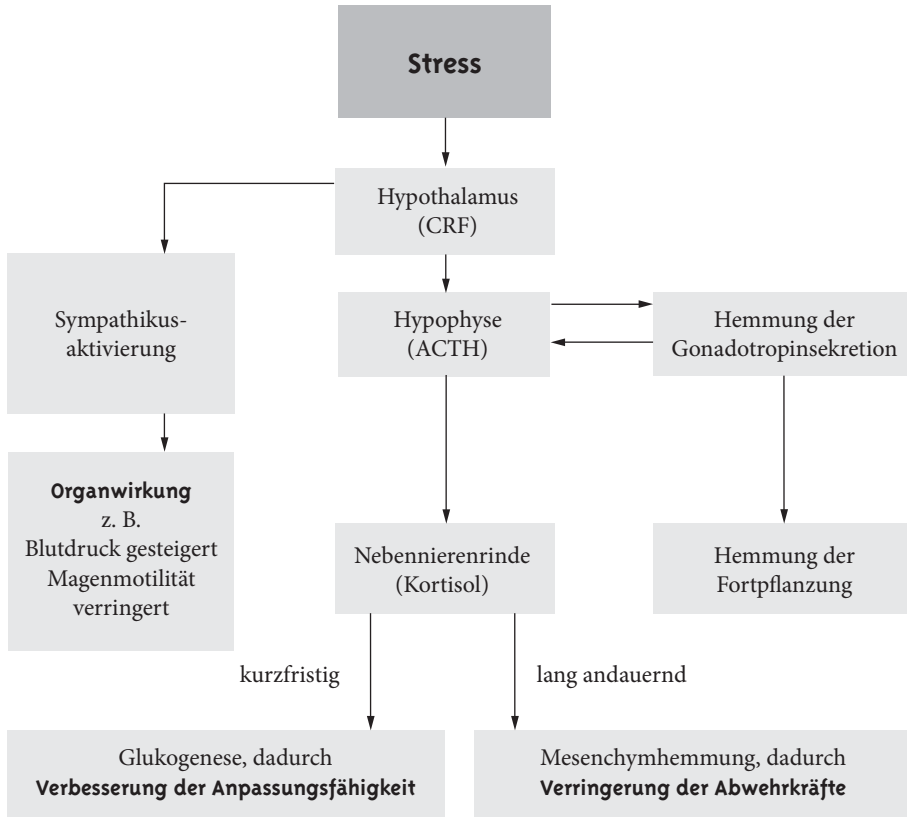


Abbildung 22.1 Auswirkungen von Stress. Kurzfristig wird eine bessere Anpassungsfähigkeit des Organismus erreicht. Bei lang andauerndem Stress treten jedoch Schädigungen ein

Stressbewältigung unter Hypnose

Im Behandlungsvordergrund stehen komplexe Behandlungsmodelle, die sich der Selbsthypnose bedienen (Ruyschaert, 2000).

Durch emotionalen Stress können über das Autonome Nervensystem ventrikuläre Arrhythmien und plötzlicher Herztod bewirkt werden, da eine inhomogene Repolarisation im Herzen erfolgt. Mit Hypnose-Entspannung kann auf den mentalen Stress und damit auf die Repolarisierung Einfluss genommen werden. Diese Ergebnisse werden für die Arrhythmogenese im Herzen bedeutsam (Taggart et al., 2005).

Der post-ischämische Blutfluss steuert als Reaktion des Endothels die Dilatation der peripheren Arterien, die durch Stress vorübergehend reduziert wird. Entspannungs-

hypnose verhindert diese Reduktion bei Hochhypnotisierbaren. Demnach kann Hypnotisierbarkeit eine Schutzfunktion vor vaskulären Schäden sein (Jambrik et al., 2005).

Bei Prüfungsstress nimmt die Granulozytenaktivität zu, Hypnose zur Entspannung kann die Aktivität dieser Zellen verbessern (Keresztes et al., 2007). Die Höhe der Hypnotisierbarkeit spielt eine Rolle bei der Kontrolle des Gefäßwiderstandes (Balocchi et al., 2008).

Autonome Veränderungen. Durch Hypnose werden die parasympathischen Aktivitäten verringert, wodurch das Erregungsniveau geregelt wird. So kann das erforderliche Maß an Aufmerksamkeit oder Entspannung beeinflusst werden.

Soskis et al. (1989) lehren Selbsthypnose und bewirken körperliche Entspannung, geistige Erholung, Schlafverbesserung und Stressreduktion. Schwierigkeiten im Terminplan der Patienten bedingen jedoch eine Abnahme der Übungsfrequenz.

Bei der Behandlung von chronischen Schmerzen sind Dominguez et al. (1997) mit einem mehrdimensionalen Modell erfolgreich, das u. a. den dekatastrophisierenden Denkstil (s. Abschn. 19.6.10) mit hypnotischer Entspannung nutzt.

Sensorischer Input. Unter Hypnose ist eine Wahrnehmungseinsengung, besonders bei Hochhypnotisierbaren möglich (Crawford, 1994), wodurch unangemessene sensorische Informationen besser ausgeblendet werden.

Wahl der Aufmerksamkeit. Durch Hypnose werden Wahrnehmungen gefiltert (Crawford, 1994). Entsprechend wird der Patient angeleitet, seine Aufmerksamkeit anfangs auf die Auslöser und aufkommenden Gedanken und Gefühle zu richten, später auf seine damit gekoppelten erworbenen Selbstkontrollmechanismen.

Emotionale Veränderungen. Unterdrückte Emotionen aktivieren das → sympathische Nervensystem und erhöhen den Stress. Da Hypnose im → Limbischen System die → Amygdala stimuliert (Crawford, 1992), können darüber Emotionen geregelt werden, so durch Entspannung oder stille Abreaktion (z. B. in der Vorstellung gegen eine Wand treten).

Kognitive Veränderungen. Durch geeignete Instruktionen der Selbsthypnose sind wesentliche kognitive Aspekte beeinflussbar:

Abnahme des kritischen Denkens. In Hypnose nimmt das kritische Denken ab, wodurch Distanzierungen erlangt und mehr kreative Lösungen zur Stressreduktion gefunden werden können (Van Dyke et al., 1991).

Zunahme von subjektiver Selbstkontrolle. Durch Selbsthypnose und die relevanten Suggestionen erfolgt eine kognitive Umstrukturierung.

Gedankenstopp. Unangemessene Gedanken, Meinungen, Bewertungen, Antizipationen oder Imaginationen können in Hypnose gestoppt werden.

Abstand nehmen. Von Umweltreizen abgrenzen, also negative Gedanken, Wahrnehmungen und Imaginationen stoppen.

Stanton (1987a, 1989b, c, d, 1991) wendet Stressbewältigungsprogramme von zwei bis zwölf Sitzungen bei sehr unterschiedlichen Berufsgruppen an. Körperliche Entspannung und mentale Ruhe werden dabei mit Suggestionen aus der Rational-Emotiven Therapie kombiniert, die sich vor allem auf irrationale Gedanken (Ellis &

Grieger, 1977), Entfernen des kognitiven »Abfalls« (s. Abschn. 19.6.13) oder Entfernen von Barrieren beziehen. Die Behandlungen sind im Vergleich zu den Kontrollgruppen in hohem Maße wirkungsvoll.

Entspannung. Im medizinischen Bereich sind Langzeiterkrankungen, bevorstehende Operationen und Notfallsituationen zu berücksichtigen, die nicht nur deutlichen psychischen Stress bewirken. Da durch Stress die Immunabwehr geschwächt ist, sollten hier im Sinne einer besseren Genesung Therapieinterventionen zur Stressreduktion einsetzen. Bei Studenten im ersten Semester wird durch Selbsthypnose die Zunahme und Aktivität der natürlichen Killerzellen und die Abnahme von Stress erreicht (Whitehouse et al., 1996).

Ich-Stärkung. Zum Abbau von Selbstzweifeln werden positive Suggestionen oder Metaphern eingesetzt, die die Selbstbeurteilung und die Erwartungshaltungen verändern.

Jugendlichen wird zum Stressabbau das Tagebuch-Führen empfohlen, bei dem sie sich an einen imaginierten Begleiter wenden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe sind sie kreativer, zufriedener mit sich selbst, mit ihrer Umwelt und ihren gleichaltrigen Freunden (Seiffge-Krenke, 1997). Wahrscheinlich wird dadurch sowohl Homöostase als auch kognitive Umstrukturierung erreicht.

Selbstschutz. Hilfreich sind Suggestionen wie »Ich befinde mich hinter einer unsichtbaren Wand, in einer Hülle, die nicht zu durchdringen ist ... etc.«

Leben in der Gegenwart. Durch diese Aufmerksamkeitsrichtung werden kognitive und emotionale Bezüge zur Vergangenheit und die Erwartungen bezüglich der Zukunft unterbrochen oder integriert mit Achtsamkeitsbasierten Interventionen (Kabat-Zinn, 2004), so die *Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion* (Meribert et al., 2004, vgl. Abschn. 16.10).

Problemlösen. Anstatt sich durch gewohntes Denken zu begrenzen, können gezielte oder allgemein gehaltene Suggestionen Problemlösungen anregen.

Flow-Erfahrungen. Die besonders bei Sportaktivitäten erlebten Erfahrungen des »Losgelöstseins« können durch Hypnose vermittelt werden und dadurch eine Distanzierung bewirken.

Wie deutlich wurde, sind je nach Erfordernis sehr unterschiedliche Methoden indiziert, bei der meist vielschichtigen Symptomatik besonders langfristige komplexe Stressbewältigungstrainings.

Thierbach (1997) stellt ein Stressbewältigungstraining mit Hypnose für das Sonder-einsatzkommando der Polizei (SEK) vor, das zur mentalen Vorbereitung auf kritische Einsatzlagen dient. Hypnose wird hier als lang wirksame Stressbewältigungsmöglichkeit angesehen.

22.1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Historisch reicht die Untersuchung der Problematik auf Janet (1888, 1889) zurück, der fast ähnliche Reaktionsweisen beschreibt, wie sie in der modernen DSM-III-Fassung zu finden sind (Van der Hart et al., 1991).

Die Geschichte der Therapie Posttraumatischer Belastungsstörungen ist eng mit den beiden Weltkriegen verbunden. Der Granatenschock (shell shock) ist ein Synonym für Kriegsneurose und wird bereits von Southard und Fenton (1919) und Hadfield (1944) mit Hypnose behandelt, im Vietnamkrieg von Balson und Depmster (1980). Nach dem Vietnamkrieg erscheint die Posttraumatische Belastungsstörung erstmals im DSM-II (APA, 1980).

Nach einem psychisch traumatischen und meist lebensbedrohlichen Ereignis, das im allgemeinen außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung (z. B. Überfall, Brand, Unfall, Erdbeben, Kriegsereignis, Folterung) liegt, kommt es zu charakteristischen Symptomen: Wiedererleben des Ereignisses (Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen, belastende Träume), Illusionen, Halluzinationen, dissoziativen Flashbackerlebnisse, Erstarren der Reagibilität, Verminderung der Anteilnahme an der äußeren Welt sowie zu zahlreichen vegetativen, dysphorischen und kognitiven Symptomen. Angst, Depressionen und Amnesien sind häufig, impulsives Verhalten kann vorkommen, ebenso Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme und übermäßige Wachsamkeit.

Mitunter können noch mehrere Monate nach dem Trauma Symptome wie Angst und Panikgefühle oft ohne scheinbaren Grund auftreten; möglicherweise wurden hier unterschwellig wahrgenommene, ehemals mit der Gefahr konditionierte Reize aufgenommen und unangemessen verarbeitet.

Die Traumawirkungen sind umso größer, je jünger die Personen bei dessen Verursachung waren (van der Kolk et al., 2005). Das niedrige Alter der Opfer und die Dauer ihrer Störungen beeinflussen die Therapieerfolge (Poon, 2009).

Erklärungsmodelle

Einige sehen die Posttraumatische Belastungsstörung wie bereits Janet (1888) als Dissoziation an (Hilgard, 1977b; Ludwig, 1983): In einem automatischen Prozess wird die traumatisierte Person dazu befähigt, wesentliche Aspekte des Traumas (z. B. Gefühle, Gedanken) vom Bewusstsein abzukoppeln, um dadurch die überflutenden Reize bewältigen zu können (z. B. van der Hart & Friedman, 1989). Die Posttraumatische Belastungsstörung kann eventuell auch als eine Art selbsthypnotische Pathologie angesehen werden (Bliss, 1986).

Angenommen wird auch die Wirkung zustandsabhängigen Lernen, wie es ebenfalls in der Hypnose postuliert wird (Rossi, 1986). Die Hypnoseinterpretation kann gegebenenfalls auch bezüglich der Funktion der Hirnhemisphären gelten, da die Verarbeitung analoger Signale in der nichtdominanten Hemisphäre erfolgt, wie sie Hypnosebildern, Dissoziation und Posttraumatischer Belastungsstörung entsprechen (z. B. Watzlawick, 1978).

Phasen der Posttraumatischen Belastungsstörung (nach Kingsbury, 1988, S. 82 f.)

Die Reaktionen auf die Krise verlaufen in einzelnen Phasen und werden von Kingsbury (1988) mit denen der Hypnoseinduktion (nach Erickson & Rossi, 1976) verglichen.

(1) Aufmerksamkeitsfixierung. Es erfolgen Taktiken wie Visualisierungen, Einengung auf z. B. Körperwahrnehmung und Gefühlserfahrungen.

(2) Minderung des Bewusstseins. Techniken sind: Konfusion, Schock, kognitives Überfrachten.

(3) Unbewusste Suchprozesse. Wiederherstellungsversuche, seine Erfahrungen zu ordnen, nachdem vorher Verteidigungsmechanismen versagten. Die Stressoren führen hier zu einem veränderten Bewusstseinszustand, zur Dissoziation, ähnlich der hypnotischen Trance, falls sie nicht sogar damit identisch ist (Spiegel, 1986).

Praxishinweis

Therapieschritte bei Posttraumatischen Belastungsstörungen

Manche Theorien bevorzugen ein Dreiphasenmodell (z. B. Ford et al., 2005) oder ein Vierphasenmodell (Philips, 2001); allen gemeinsam ist ein dreistufiges Vorgehen: Stabilisierung, Traumaverarbeitung und Integration (Poon, 2009). Fast alle Behandlungen der Posttraumatischen Belastungsstörungen sind multimodal und theorienübergreifend.

Janets Stufenmodell der Behandlung scheint heute immer noch Gültigkeit zu haben (nach van der Hart et al., 1991):

(1) Stabilisierung: Beruhigung (gegebenenfalls Hospitalisierung), Vereinfachung des Lebensstils und Behandlung der Symptome. Dann: Vorbereitung auf die Auflösung der traumatischen Erinnerungen

(2) Modifikation der traumatischen Erinnerungen: Exploration, Aufdeckung und Modifikation der Erinnerungen, z. B. Neutralisierung

(3) Persönlichkeitsreintegration und Rehabilitation: Beseitigung der bestehenden Symptomatologie, Rückfallvorsorge; Anregung zur Wiederaufnahme von Aktivitäten, Persönlichkeitsförderung, Wiedereingliederung in den verschiedenen Ebenen.

Die Literaturanalyse von Robertson et al. (2004) zeigt: Es gibt hierzu zahlreiche psychologische Therapieformen oder spezialisierte Behandlungsprogramme, die in ihrer Effektivität kaum vergleichbar sind, und entsprechende Behandlungsrichtlinien fehlen bislang.

Hypnotisierbarkeit

Die Literatur-Analyse von Yard et al. (2008) weist darauf hin, dass hohe Hypnotisierbarkeit ein Risikofaktor bei akuten und chronischen posttraumatischen Symptomen sein kann. Aber in diesen Studien wurde die Hypnotisierbarkeit wie meist erst nach dem traumatisierenden Ereignis gemessen.

Die Hypnotisierbarkeit bei Personen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen ist nicht stabil, was evtl. durch die spezifischen Krankheitseigenarten bedingt ist (Bryant et al., 2003).

Therapie mit Hypnose – Basisempfehlungen

Alle Therapiekonzepte (mit Hypnose) sind äußerst komplex und benutzen vorwiegend Methoden, um die bestehende Dissoziation aufzudecken und abzubauen (z. B. Butollo, 1996; Malmö & Laidlaw, 1996; Turner et al., 2000).

Die Analyse von Cardeña (2000) zeigt hier die Effektivität der Hypnose auf.

Die Therapie sollte sich nach der Art der Sprache, der Traumaerfahrung und den damit verbundenen Diagnosen und Anpassungsproblemen richten.

Die Vorgehensweisen sind sehr unterschiedlich. Meist haben sie als Unterziele:

- ▶ Wiedererlangung des Sicherheitsgefühls
- ▶ Abbau der Schlafstörungen
- ▶ Abbau der belastenden und plötzlich auftretenden Flashbacks

Therapiekombinationen von kognitiven und verhaltenstherapeutischen Methoden sind am wirkungsvollsten (Bryant et al., 2005, Solomon & Johnson, 2002). Im Vergleich zu unterstützender Beratung bewirken sie eine Abnahme von traumatischen Erinnerungen und Vermeidungssymptomen. Deshalb sollten sie möglichst früh nach einem Trauma eingesetzt werden (Bryant et al., 2005).

Bei unterschiedlichsten Traumatisierungen (Vergewaltigung, Gewaltanwendung, Unfall) sind stets Behandlungen wie Desensibilisierung, Hypnose und psychodynamische Behandlung wesentlich wirkungsvoller als alles unbehandelt auf sich beruhen zu lassen (Brom et al., 1989). Als Hypnosemethoden werden angewandt:

- ▶ Distanzierung durch Dissoziation, z. B. Betrachtung der traumatisierenden Szene wie in einem Fernsehfilm (Kingsbury, 1988)
- ▶ Affektbrücke (Smith, 1991)
- ▶ Selbsthypnose zur Aufarbeitung der traumatischen Erinnerungen (Spiegel & Cardeña, 1990)

Vorstellung einiger komplexer Behandlungsprogramme

Faktor Exposition – Das evidenzbasierte Programm von Lynn und Cardena (2007)

Kognitiv-behaviorale und Behandlungsformen, die auf Exposition beruhen, können am besten empirisch belegt werden (Lynn & Cardeña, 2007). Die Exposition muss gut vorbereitet sein, sodass der Patient über ein angemessenes Affektmanagement verfügt und auf Bewältigungsressourcen zurückgreifen kann. Die Exposition erfolgt durch das Betrachten eines imaginierten Fernsehfilms, der Teile der Traumatisierungshandlungen enthält. Dosierte Zoom- oder langsame Abläufe der Szenen gewinnt der Patient Kontrolle darüber, diese Szenen zu bewältigen (Lynn & Kirsch, 2006). Dabei sind auch Aspekte der Achtsamkeit relevant (vgl. Abschn. 16.10).

Erinnerungen. Das Arbeiten mit Erinnerungen erfolgt in ähnlicher Weise: indem der Patient seine Erinnerungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten kann, sie dabei dunkler oder heller stellt, sie unterschiedlich schnell ablaufen lässt etc., gewinnt er Kontrolle über deren emotionale Wirkungen.

Altersregression und -progression. In der Altersregression und Altersprogression befindet sich der Patient auf der »Straße der Erholung« und nimmt nun von der Vergangenheit bis heute positive Veränderungen wahr. So können sie auch angenehme Erlebnisse ihrer Vergangenheit wiederentdecken und als Ressource benutzen.

Kognitives Umstrukturieren ist dabei ein wesentlicher Aspekt, um die pathologisch zugeschriebene Bedeutung und Bewertung der traumatisierenden Ereignisse wieder aus normaler Perspektive zu attribuieren.

Geteilter Bildschirm (Split Screen; Spiegel, 1996). Diese Methode ist beim kognitiven Umstrukturieren hilfreich. Der Patient sieht auf der linken Seite des Bildschirms die Imaginationen des Traumas; auf der rechten Seite sind Szenen, die die damaligen Schutzhandlungen enthalten (z. B. Schreien, Zurückschlagen). Sobald der Patient sich Vorwürfe macht, sich nicht ausreichend verteidigt zu haben, werden diese Szenen benutzt, damit er erkennt, dass er sich in dieser höchst lebensgefährlichen Situation angemessen verhalten hat.

Trösten des Kindes. In einem imaginierten Film wird das Trauma der Kindheit aus der Erwachsenenperspektive betrachtet. Um nicht Pseudoerinnerungen zu bearbeiten, sollten hierzu bereits abgesicherte Ereignisse ausgewählt werden. An den entscheidenden Passagen kann der Patient in die Szene gehen und das Kind trösten, beschützen, es in den Arm nehmen.

Hypnotherapeutisches olfaktorisches Konditionieren

Über die olfaktorische Wahrnehmung wird die Amygdala als Gefahrenmelder direkt angesteuert, der auch die Gedächtnisprozesse und Emotionsverarbeitung anspricht und dadurch konditionierte Ängste auslösen kann. Besonders bei Posttraumatischen Belastungsstörungen können Gerüche dissoziative Zustände und Flashbacks bewirken (Vermetten & Bremner, 2003). Dieser Ansatz ist insofern interessant, da das Riechen nicht nur auf die Nase beschränkt ist, sondern auch als Wahrnehmung olfaktorischer Reize im Körper, Blut, Sekreten, Haut, Gewebe (Hatt & Dee, 2010) und darüber ebenfalls unterschwellig Angst auslösen können.

Ambromowitz und Lichtenberg (2009) nutzen die Methode »Hypnotherapeutisches olfaktorisches Konditionieren«, indem sie z. B. bei einem Mann mit einer Nadelphobie mit Zahnarztmeidung den suggerierten Geruch von Mandarinen mit Entspannungssuggestionen und der Anästhesie seines Kiefers und Gaumens verbindet, die der Patient selbst steuern kann und sich dann der Dentalbehandlung unterzieht.

Ihre Methode wenden Abramowitz und Lichtenberg (2010) auch bei kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörungen erfolgreich an.

Beispiel

Bei einem Mann treten seit dem Jugendalter Panikattacken auf, die er mit dem Herzinfarkt seines verstorbenen Vaters verbindet. In Hypnose befindet er sich dann am »sicheren Ort« und nimmt dort den beruhigenden Duft von Basilikum wahr, den er immer dann herbeirufen kann, wenn er eine Attacke befürchtet.

Ein Kriegsveteran leidet unter Posttraumatischen Belastungsstörungen, die mit grundlosen Schreianfällen verbunden sind; Panikattacken treten immer bei dem Geruch von Benzin oder Grillfleisch auf. Über die Affektbrücke (s. Abschn. 7.7.1) und weitere Methoden gelingt es, einen »sicheren Ort« zu gestalten, an dem der Patient den Geruch von Basilikum wahrnimmt. Diese wohlthuenden Gefühle kann er über posthypnotische Suggestionen stets bei Bedarfssituationen im Alltag nutzen. Er kann damit Angstreduktion und zunehmend Selbstkontrolle erreichen.

Die Aufmerksamkeit-Wach-Hypnose (Iglesias & Iglesias, 2005a)

Nach der Induktion mit konventionellem Augenschluss kann der Patient nun die Augen wieder öffnen, bleibt dabei aber in Trance, verbunden mit der Suggestion, dass sein gesamter Körper wach bleibt und er auch sprechen kann, während der Körper anfangs gewohnt entspannt wird und dann das Gefühl einsetzt, als ob sein Körper sich »hölzern« anfühle. Zusätzlich wird die Einleitung fraktioniert (siehe Kapitel 14.4), um die Trance zu vertiefen, dabei aber den Wachzustand aufrecht zu erhalten.

Beispiel

Die Waterfront-Geschichte

Die Patientin stammt aus ehemals besseren Kreisen und hat Angst, ihre soziale Position weiter zu verlieren. Sie erhält nun weiter Suggestionen der Selbstkontrolle. In ihrem speziellen Fall verwenden Iglesias und Iglesias (2005b) die Waterfront-Geschichte. (Die Firma Waterfront stellt kostbare Kristallvasen etc. her.) Die Betrachtung einer solchen Vase dient zur Konzentration. Gleichzeitig wird damit eine Geschichte verbunden, in Sicherheit zu sein, diese Vase mit Vorsicht zu behandeln, sobald sie bedroht sei.

Die Schalter-Technik

Bei einem Fünfjährigen müssen regelmäßig intravenöse Infusionen gegeben werden, die durch ihre Häufigkeit zu einer starken Injektionsphobie führten. Er erlernt Selbsthypnose und die Schaltermethode, mit der er wahlweise in allen vier Extremitäten Gefühle und Bewegungen dissoziieren kann. Bereits zwei Tage später kann er die Technik erfolgreich bei der Injektion anwenden (Cyna et al., 2007).

Ego-State-Therapy (Watkins & Watkins, 1997)

Es gilt, die verschiedenen Ich-Zustände anzusprechen und zu integrieren. So gibt es eine innere Familie mit Elternfiguren, die unterstützt, aber auch schädlich und vernachlässigend waren (Watkins & Watkins, 1997). Hierzu wurde das Modell des Wieder-Behütens (re-nurturing) und Wieder-Bemutterns (re-mothering) entwickelt (Murray-Jobsis, 1990a, b).

Beispiel

Mary Poppins und Jeanne d'Arc

Phillips (2004) verwendet diese Methode bei einem Erwachsenen mit zahlreichen Verlassenheitsängsten, die durch die Depressionen seiner Mutter und die Aggressivität seines Vaters begründet waren. In der Ego-State-Therapie ist er in Hypnose »Allie«, der wütende Jugendliche, und wünscht sich nun Unterstützung. Er wählt Mary Poppins aus, die er in seinen Kindertagen wegen ihrer Mütterlichkeit bewunderte, die ihn nun behütet und bemuttert.

In einem anderen Fall leidet ein Geschäftsmann unter Depressionen und Sexualproblemen. In der Therapie wird aufgedeckt, dass er durch seine Großmutter sexuell missbraucht worden war, sich ausgeliefert fühlte und Frauen gegenüber emotionale Probleme hatte, die mit Misstrauen und erektilen Dysfunktionen verbunden waren. Als jugendliches Ego wählt er Jeanne d'Arc, die für ihn eine beschützende Kraft darstellt; sie beschützt ihn in Gefahren und zeigt ihm, bei Frauen besonders männlich aufzutreten.

Abreaktion (Watkins & Watkins, 2000)

Die traumatische Situation und die damit verbundenen blockierten Affekte werden wieder erlebt und dadurch gelöst. Der Therapeut begleitet hierbei hin zu einem Reframing, das bewirkt, sich selbst und seine Gefühle neu – und damit angstfrei – zu interpretieren und verstehen zu können.

Hypnotische Trauma-Erzählung (Iglesias & Iglesias, 2005b)

Bei zwei Kindern in Guatemala mit komplizierten Trauerreaktionen nach dem tödlichen Autounfall ihrer Eltern verwenden Iglesias und Iglesias (2005b) in einer einzigen Sitzung die Trauma-Erzählung erfolgreich: Mit einem Fernrohr kann man alle weit entfernten Dinge rundum näher betrachten und analysieren. Gleichzeitig kann man Distanz gewinnen, indem man das Teleskop herumdreht und nun alles weit entfernt wahrnimmt. Damit verbinden die Therapeuten Suggestionen, dass die Kinder selbst entscheiden können, welche Sichtweise sie momentan benötigen. Indirekte Suggestionen zielen darauf ab, stärker und stabiler zu werden und immer mehr die positiven Erinnerungen zuzulassen, sie zu genießen und zu integrieren.

In einer nachfolgenden Altersprogression können sich die Kinder auch an zukünftigen Gegebenheiten orientieren.

Spezifische Traumabehandlungen mit Hypnose

Kriegserlebnisse. Auch bei der Behandlung traumatischer Kriegserlebnisse begegnen wir sehr unterschiedlichen Erklärungsmodellen und Therapieansätzen, die meist Kombinationsformen enthalten.

Nach einer Analyse der Behandlungsmethoden im Ersten Weltkrieg sind Therapieelemente wie Integration von Dissoziationen und Abreaktion wirkungsvoll. Die kognitive Integration der dissoziierten Traumaerinnerung und der Persönlichkeitsfunktionen sind dabei vorrangig, emotionale Erleichterung erst zweitrangig (Brown et al., 1999).

Gute Erfolge mit Hypnoanalyse bei »Kriegsneurosen« in einem Hospital der U.S. Army nach Ende des Zweiten Weltkrieges werden von Watkins (2000) berichtet. Hier ist die Methode der Abreaktion besonders erfolgreich bei z. B. Dunkelangst, Depression, dissoziativen Reaktionen und starken Angstreaktionen.

Für Degun-Mather (2001) steht in der Behandlung eines alten Kriegsteilnehmers mit chronischen Posttraumatischen Belastungsstörungen nach einer Stabilisierung

durch kognitiv-behaviorale Methoden mit Hypnose die Wiedererinnerung und kognitive Neubewertung der Erlebnisse im Vordergrund.

Nach dem Bürgerkrieg in El Salvador und Guatemala flohen in den 1980er Jahren viele Opfer von Folter und Missbrauch in die USA. Bei Berücksichtigung kultureller Aspekte waren konventionellen Konfrontationsverfahren Grenzen gesetzt. Entsprechend wurden hier in Hypnose Ich-stärkende Techniken indirekt auf metaphorischer Ebene angewandt (Gafner & Benson, 2001).

Kriegsveteranen mit und ohne Posttraumatischen Belastungsstörungen zeigen erhöhte Hypnotisierbarkeit (Spiegel & Cardaña, 1991; Cardaña & Spiegel, 1993). Dies kann daran liegen, dass das Trauma zu einer erhöhten Hypnotisierbarkeit führt, andererseits kann gerade die erhöhte Hypnotisierbarkeit zu diesem Störungsbild prädisponieren (Kingsbury, 1988).

Bei vielen kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörungen stehen u. a. massive Schlafstörungen und Schlaflosigkeit im Vordergrund. Abramowitz et al. (2009) sind hier mit einer Kombinationsbehandlung erfolgreich, die auch Hypnose enthält. Als eines der Grundprinzipien steht hier, den Patienten mehr zu enthypnotisieren als ihm weiterhin Dissoziieren zu lehren. Mittels Altersregression erleben sie ihren früheren normalen erholsamen Schlaf und übertragen diese Anteile in die Gegenwart. Mit permissiven posthypnotischen Suggestionen werden sie zum weiteren Coping angeleitet. Gegenüber den Vergleichs- und Kontrollgruppen haben sie ein deutlich besseres Schlafverhalten und zeigen weniger Vermeidungsreaktionen.

Beispiel

Young (1987) beschreibt den Fall eines Mannes, der im Krieg seinen Kameraden verlor, daraufhin pathologisch trauerte und nun als Auswirkung der Posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne einer multiplen Persönlichkeit die Person des Kameraden übernimmt, was mittels Hypnose aufgedeckt wird.

Eine Frau mit Posttraumatischer Belastungsstörung reagiert auf plötzliche Geräusche stets mit einem markerschütternden Schrei. Sie hatte nach einer Kopfverletzung einen Autounfall durch Reifenplatzen und leidet seitdem unter ständigen Kopfschmerzen. Mutter (1987) geht hier fast wie von Janet (s. S. 403) beschrieben vor und ist nach sechs Monaten erfolgreich.

Bei traumageschädigten Schülern wurden nach dem Krieg Körper-Seele-Gruppenbehandlungen vorgenommen, die Meditation, Entspannung, geleitete Imaginationen und Biofeedback beinhalten. In einer randomisierten kontrollierten Studie kann deutlich die Wirkung dieser Methoden nachgewiesen werden (Gordon et al., 2008), die sogar von dazu ausgebildeten Schullehrern durchgeführt werden könnten.

Katastrophen- und Unfallerlebnisse. Nach Erdbeben, der Kernkraftwerkkatastrophe in Tschernobyl und dem Afghanistankrieg behandelt Cherepanova (1993) mit Hypnose; dabei verwendet sie den traumatisierten Teil des Selbst als den »Verlierer« und isoliert ihn bei der Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung, um den »Gewinner« mit den Bewältigungsmechanismen in den Vordergrund zu stellen.

Nach dem Einsturz des World Trade Centers am 11. September 2001 wurde für die überlebenden Opfer psychologische Notfallbetreuung auch mit Hypnose angeboten (Acosta & Levenson, 2002).

Nach einem Elektroschlag und späteren Posttraumatischen Belastungsstörungen wird einem Patienten unter Hypnose ermöglicht, die mit dem Trauma verbundenen Gefühle wieder in sein Leben zu integrieren und Kontrolle über sie zu gewinnen (Ffrench, 1997).

Kutz et al. (1988) sind aufgrund der Beobachtung von einzelnen Herzinfarktpatienten der Auffassung, dass auch hier nach dem Schockereignis durchaus häufiger die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung zu stellen ist und entsprechende Behandlungen sinnvoll sind.

Opfer von Verbrechen. Allgemein wird bei Verbrechensoffern die Kombination von Hypnose und kognitiv-behavioralen Methoden empfohlen, so bei Geiselnahme (Ffrench, 2000) und Überfallopfern (Lumsden, 1999) oder Unfallzeugen (Willshire, 1996).

Bei Sexualübergriffen treten wahrscheinlich bereits während der Tat spontan Hypnosephänomene als Abwehr auf und werden dann Bestandteil der Posttraumatischen Belastungsstörung (Spiegel, 1989). Therapeutisch wird hier ebenfalls wie von Janet empfohlen vorgegangen. Analog zu dem o. g. Vorschlag, sollte sofort mit der polizeilichen und ärztlichen Hilfe unbedingt psychologisch-therapeutische Hilfe angeboten werden.

Häufige Sekundärschäden sind Schuldgefühle, Identitätsprobleme, Ablehnung und Ekel dem eigenen Körper gegenüber. Die teilweise unsensibel geführten polizeilichen und richterlichen Befragungen und deren Mitschuldvorwürfe wirken sich ebenfalls negativ aus (Weis, 1982).

Beispiel

Der Mann einer gerade vergewaltigten Frau ist mit seinen eigenen Gefühlen selbst zu sehr beschäftigt, um auf die Gefühle der Frau eingehen und ihr dadurch beistehen zu können. Mit einer Paar-Hypnotherapie können beide Partner ihre Gefühle und die damaligen Ereignisse aufarbeiten (Sommer, 1990).

Spiegel (1996) behandelt eine Patientin, die keine festen Beziehungen halten kann, Nähe vermeidet und drogenabhängig ist. In der Therapie wird u. a. die »Split-Screen«-Technik (s. o.) benutzt, mit der die Patientin zunehmend mehr über ihre Vergangenheit erfahren kann. So werden ihre einzelnen sexuellen Missbrauchserfahrungen aufgedeckt und können verarbeitet werden. Die Patientin kann sich dadurch wesentlich besser in ihren gegenwärtigen Handlungen und Gefühlen verstehen und so ihre einzelnen Problemfelder aufarbeiten.

Nach der Behandlungserfahrung mit hundert Verbrechensoffern empfiehlt Ebert (1989), keinesfalls Hypnose ohne unterstützende Psychotherapie anzuwenden, da die Opfer ihr Trauma in einer therapeutischen Beziehung durcharbeiten müssen.

Mit Hypnose, besonders Selbsthypnose, erhalten die Opfer wieder das Gefühl der Eigenkontrolle, das besonders vergewaltigten Frauen verloren ging.

Das Problem der Erinnerung

Es wird eine hohe Übereinstimmung zwischen Fantasiebegabung und Berichten zum Missbrauch in der Kindheit gefunden (Bryant, 1995; Lynn & Rhue, 1988). Diese Fantasiebegabung kann durchaus zur Erinnerungsverzerrung führen, besonders bei weit zurückliegenden Ereignissen. Diese Verzerrungen können auch Bewältigungsstrategien sein – oder Pseudoerinnerungen (Brown, 1995). Erschwerend ist, dass bei einem höchst negativen Erlebnis das Erinnerungsvermögen nicht immun gegenüber Ungenauigkeiten und Suggestionseinflüssen ist, was sich in der Diagnostik und Therapie erschwerend auswirkt (Paz-Alonso & Goodman, 2008).

Hypnose kann hier nicht zur Verbesserung einer objektiven und genauen Erinnerung beitragen (z. B. McConkey & Sheehan, 1995). Näheres zu Gedächtnis und Erinnerung findet sich in Abschnitt 26.2.

Praxishinweis

Unabhängig, ob es sich bei den Berichten von Missbrauchsoptionen um eine erzählende oder eine historische Wahrheit handelt, ist der Therapeut mit der subjektiven Realität der Person konfrontiert. Ihre persönlichen Verarbeitungs- und Bewertungsprozesse haben ein Skript entwickelt, nach dem sich die Person verhält. Unabhängig von einer externalen Verifizierung der Berichte und ihrer Authentizität beinhaltet die Therapie die Wiederherstellung des subjektiven Wohlbefindens.

Beispiel

Falsche Erinnerung als Gefühlsübertragung

Die Patientin von Smith (1995) leidet unter starken Zwängen, ist mit ihrem Leben unzufrieden, hat Suizidabsichten. In der Therapie kann sie sich lediglich an ein traumatisches Ereignis erinnern, als sie im College vergewaltigt wurde. Mittels Altersregressionen erinnert sie sich an das Kindheitserlebnis, dass sie vom Nachbarn sexuell missbraucht wurde. Später kann sie die Erinnerungen und Gefühle über die erfahrene Brutalität im College zulassen. Damit verbunden kann sie ihre Schuldgefühle aufarbeiten und feststellen, dass sie die negativen Gefühle gegenüber ihrem (o. g.) Nachbarn auf andere Personen übertragen hatte. Insgesamt kann sie nun ihr Leben neu und für sich und ihre Familie zufrieden stellend gestalten.

Kinder als Verbrechensoption – sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung

Nach der polizeilichen Kriminalstatistik wurden im Berichtsjahr 2010 in Deutschland insgesamt 41.688 nachweisbare Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung be-

gangen, davon sind 22.921 Fälle von sexuellem Missbrauch an Minderjährigen, bei sehr hohen Dunkelziffern.



Folgen der Verbrechenseinwirkungen bei Kindern

Das Spektrum der Störungsmöglichkeiten ist hier extrem breit. Es gibt kein einheitliches pathologisches Muster oder Syndrom, das mit sexuellem Missbrauch verbunden ist (Rhue & Lynn, 1996). Folgende Störungen wurden erhoben:

- ▶ **Entwicklungsverzögerungen** (Hughes & DiBrezzo, 1987)
- ▶ **Körperliche Schäden:** Behinderungen, Entstellungen, Funktionsstörungen
- ▶ **Allgemeine psychische Störungen:** Scham und Angst vor Strafe (Spiegel, 1989), motorische Unruhe, psychosomatische Störungen, erhöhtes Geltungsbedürfnis, Lügenhaftigkeit, Diebstahlneigung als Auswirkung des verletzten Urvertrauens (Trube-Becker, 1987)
- ▶ **Unangemessene Bewältigungsstrategien:** Nach Missbrauch übernehmen (besonders Jungen) pathologische, zumindest auffällige Rollen wie z. B. der passive Gefangene, der Draufgänger, der Konformist. Langzeitfolgen sind u. a. schlechte Schul- und Arbeitsergebnisse (Valente, 2005)
- ▶ **Dissoziation:** Störungsbilder, die leicht mit Konzentrationsstörungen und Kontakthemmungen verwechselt werden können (Bruinsma, 1988)
- ▶ **Depersonalisation:** Entfremdung von der eigenen Person, Desinteresse am eigenen Wohlergehen
- ▶ **Amnesie:** z. B. des Tatgeschehens
- ▶ **Tagträume:** Ausweichen in die Fantasiewelt
- ▶ **Tranceähnliches Verhalten:** Aufmerksamkeitsprobleme sowohl in sozialen als auch in leistungsbezogenen Situationen

Die hier festgestellte Dissoziation ist ein klinisches Phänomen, ein Bewältigungsmechanismus, um durch die Abspaltung des Erlebten die Gegenwart besser ertragen zu können (Malmo, 1991).

Therapiebeispiele

Bei kindlichen Missbrauchserfahrungen sind auch im Erwachsenenalter sehr einfühlsame Therapien hilfreich. Dabei kann die ideomotorische Technik besonders hilfreich sein, die besonders Retraumatisierungen deutlich reduziert (Kaiser Rekkas, 2006).

Rhue und Lynn (1991) bedienen sich einer von Despert und Potter (1936) beschriebenen und von Gardner (1977) erweiterten permissiven Methode: Kinder werden aufgefordert, kreative Geschichten zu erzählen, die dann analog zu den Traumproduktionen der Erwachsenen behandelt werden. Kinder, die gern Geschichten (Märchen etc.) hören, haben imaginative Fähigkeiten, die gerade für Hypnose nutzbar sind. Um falsche Bewertungen zu vermeiden, wird den Kindern das Vorgehen nicht als »Hypnose«, sondern als »Geschichtenerzählen« angeboten (vgl. Abschn. 21.4). Dabei werden die Kinder ermutigt, ihren persönlichen sicheren Ort zu beschreiben, an den

sie auch z. B. ihren Teddybären oder ihr Haustier mitnehmen können. In Hypnose kann sich das Kind stets an diesen Ort begeben und in Sicherheit die Märchen hören.

Praxishinweis

Geschichten und Märchen erzählen (methodische Hinweise von Rhue & Lynn, 2001)

Lieblingsgeschichten. Sie sollen dem Kind Stabilität und Sicherheit geben. Von ihnen ausgehend können Erweiterungen und Veränderungen erfolgen.

Beschützende Bilder. Figuren und Inhalte sollen für das Kind beschützende Bedeutung haben wie z. B. Rittersrüstung, starker Begleiter. Auch Rückzugsmöglichkeiten sollen gegeben sein, so z. B. durch den fliegenden Teppich. Schutzfunktion bietet ein Tarnumhang, um unsichtbar zu werden. Auch besondere Fähigkeiten und Kräfte der Märchenfiguren oder des Kindes selbst sind hilfreich.

Abbau von Schuldgefühlen durch Metaphern und Reframing. Viele missbrauchte Kinder haben Schuldgefühle und wollen den Täter sogar schützen. In den Geschichten werden deshalb Charaktere angeboten, die sich in ähnlichen Situationen wie die Kinder befinden. Darüber können sie dann erfahren, was Erwachsene nicht tun dürfen – und wie Kinder damit angemessener umgehen können.

Kinder als »Lehrer«. Kindern wird vorgeschlagen, Geschichten zu erzählen, die anderen (missbrauchten) Kindern helfen könnten. Dadurch wählen sie Lösungen, die für sie selbst angemessen sind.

Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit. Da viele betroffene Kinder psychische und physische Probleme haben, werden auch Geschichten angeboten, die zum Wohlbefinden beitragen, indem sie das Immunsystem stärken.

Erhalt angemessener Belohnungen. Kinder haben die Erfahrung gemacht, durch sexuelle Aktivitäten emotionale und materielle Zuwendung zu erhalten. In den Geschichten werden angemessene Verhaltensweisen angeboten, die ebenfalls positive Gefühle und Beachtung bewirken.

Aus der komplexen Methode des Geschichten- und Märchenerzählens geht hervor, dass die »Einsicht« in ihre emotionale Befindlichkeit für viele Kinder therapeutisch nicht relevant ist, sondern vielmehr die emotionale Ebene des Erlebens.

Therapie für Therapeuten und Helfer

Nicht zu vergessen sind die Traumatherapeuten selbst, die durch ihre Arbeit »sekundäre Belastungsstörungen« erfahren und ebenfalls besonderer Hilfen bedürfen (Cerny, 1995).

Bei Feuerwehrleuten, die häufig traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind, wird eine signifikant höhere Sympathikusaktivität und eine geringere Kontrolle der parasympathischen Aktivitäten als bei Kontrollgruppen beobachtet, was den Auswirkungen sekundärer posttraumatischer Belastungsstörungen entspricht. Durch Autogenes Training wird eine Verbesserung der Herzstörungen und der psychischen Befindlichkeiten bewirkt (Mitani et al., 2006).

Tätertherapie

Für die Therapie von Inzesttätern haben Guyer und Van Patten (1995) einen Hypnoseansatz entwickelt, mit dem zuerst die Motivation für die Tat mittels Altersregression exploriert wird und die Kontaktaufnahme mit dem »inneren Kind« erfolgt. Dann wird in der Altersregression betrachtet, wie der Täter nach der Haftentlassung gegenüber Erwachsenen sexuelles Interesse verspürt, jedoch für Kinder in dieser Hinsicht Abneigung.

22.1.5 Trauer – Sterbeprobleme, Hinterbliebene

Im ICD-10 gibt es für Trauer keine spezifische Diagnose; bei komplizierter Trauer schlägt Znoj (2004) F43.2 (Anpassungsstörung), F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung) oder F34.1 (Dysthymie) vor. Da Gemeinsamkeiten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und psychischem Trauma bestehen und wie bei Angststörungen komplizierte Trauerreaktionen zur Dysregulation und zu eigendynamischen Störungen führen (Horowitz et al., 1997), soll dieser Problembereich hier abgehandelt werden.

Hilfe für todkranke Personen

Die Erfahrungen kurz vor dem Sterben werden oft als dissoziativer Zustand beschrieben, bei dem der kognitive Teil meist abgeklärt von oben zusieht und die physikalische Hülle betrachtet.

Bei Patienten im Endstadium ist es für Therapeuten schwer zu unterscheiden, ob von ihrer »Lebensperspektive« oder von ihrer »Todesperspektive« her zu handeln ist (Frederick, 1997). Entsprechend stellt sich die Frage, ob eine Altersprogression hilfreich oder belastend ist.

Die Ich-Stärkung unter Hypnose kann beinhalten, kompetenter mit bestimmten Lebenserfahrungen umzugehen; das kann bedeuten, sich in Bezug auf frühere Negativerfahrungen nun endlich reifer, distanzierter oder versöhnter mit sich und anderen Personen zu erleben. Ein ruhigerer Lebensabschluss ist dadurch wahrscheinlicher (Frederick, 1997).

Das Therapiegespräch über Tod und Sterben. Bei einigen Patienten ist es indiziert, auch über den Ausgang ihrer Erkrankung zu sprechen.

Praxishinweis

Impulse für das Gespräch mit Todkranken (Peter, 1994)

- (1) Lassen Sie den Patienten wissen, dass Sie gewillt sind, alle für ihn wichtigen Aspekte zu besprechen, damit er dadurch Selbstvertrauen und Freiheit während der Therapie erfährt.
- (2) Sehen Sie beim Patienten nach verbalen und nichtverbalen Zeichen, die Auskunft geben, ob er gewillt ist, über Tod und Sterben zu reden.

- (3) Falls sich die verbalen und nonverbalen Anzeichen widersprechen, geben Sie den nonverbalen den Vorrang.
- (4) Sprechen Sie die Themen »Tod« und »Sterben« nicht an, bis der Patient von sich aus darüber reden will.
- (5) Manche Patienten sprechen darüber lieber in einer Gruppensituation.
- (6) Projizieren Sie nicht Ihre Furcht oder Inkompetenz, wenn Sie mit dem Patienten über die Todesthematik sprechen; ansonsten nehmen Sie ihm die Möglichkeit, sich in diesem finalen Stadium seines Lebens mitzuteilen.

Das hypnotische »Sterbe-Proben« (Levitan, 1985)

Hypnosetechniken für unheilbar Kranke und die Familienmitglieder Sterbender zum besseren Akzeptieren des Sterbens.

Der Patient imaginiert in tiefer Hypnose-Entspannung den Zeitpunkt kurz vor seinem Ableben und soll nun sehr detailliert die Situation beschreiben, die mit dem Therapeuten durchgesprochen wird: die anwesenden Personen, ihre Gefühle und Reaktionen, seine eigenen Gefühle usw. Anschließend werden auch spätere Situationen erlebt wie: »Wer wird danach mit deinem Ehepartner zusammen sein, wer wird deiner Familie beistehen, wer schickt Blumen und übermittelt seine Anteilnahme?«

Letztlich werden auch weitere Zukunftsperspektiven angesprochen: »Was ist ein Jahr nach deinem Tod, wie hat sich dein Tod auf die Familie ausgewirkt?« Dem religiösen Patienten werden Hilfen gegeben, um seine Imaginationen und Erfahrungen in sein Glaubenssystem einzubeziehen. Ziel ist es, den Patienten seinen Tod mit Gleichmut, Ruhe, Sicherheit und Kontrolle und als zu den Realitäten des Lebens gehörend erleben zu lassen. »Der Sterbevorgang ist auf diese Weise entmystifiziert, verstanden als ein natürliches biologisches Ereignis, das allen Menschen gemeinsam ist« (Levitan, 1985, S. 213).

Diese Sterbe-Proben werden von den Patienten relativ positiv aufgenommen. Gegebenenfalls können auch die als positiv geschilderten Nah-Tod-Erfahrungen mit in das Sterbe-Proben einfließen (Schenk, 1999).

Hilfe für Trauernde

Trauer wurde erst Ende des 19. Jahrhunderts von Janet (z. B. 1889–1904) systematisch besprochen und auch mit Hypnose behandelt. Er stellte eine Beziehung zwischen posttraumatischen Stressreaktionen und pathologischem Trauern her.

Die Erfahrung eines psychischen Traumas, z. B. durch plötzlichen Tod, kann das Trauern erschweren oder sogar behindern. Entsprechend muss dieses Trauma zuerst gelöst werden, bis die Trauerarbeit durchgeführt werden kann. Dieses Therapiekonzept ist auch in der Gegenwart erfolgreich (Lamb, 1982; Turco 1981; van der Hart, 1995; van der Hart et al., 1990).

Das Modell von Elkins

Elkins (1999) entwickelte ein eigenes hypnotherapeutisches Modell der Trauerarbeit.

(1) Klagephase. In der Klagephase wird daran gearbeitet, dass der Trauernde den Verlust anerkennt und seine Gefühle wahrnimmt; Ich-stärkende Suggestionen und Imaginationen zur Rückschau werden genutzt.

(2) Neudefinition der Beziehung. Die metaphysische und innere Beziehung zum Verstorbenen wird neu definiert, eventuell erfolgt eine Ablösung von ihm: Empfohlen werden dann posthypnotische Träume, unterstützende Suggestionen und Selbsthypnose.

(3) Wiedereingliederung. In der letzten Phase soll der Verstorbene in einen neuen Bezugsrahmen eingegliedert werden und der Trauernde eine neue Identität entwickeln. Dies wird durch Ich-stärkende Suggestionen, Altersregression und Identitätswechsel erreicht sowie durch das Akzeptieren der neuen Situation durch Selbsthypnose.

Trauerbewältigung. Zum Abschiednehmen können auch symbolische und imaginative Handlungen beitragen, damit der Hinterbliebene von nun an ein eigenes Leben beginnen kann. Dazu sollen die Hinterbliebenen Gegenstände mitbringen oder anfertigen, die Beziehung zum Toten haben; auch das Schreiben von Abschiedsbriefen an den Verstorbenen ist hilfreich. Letztlich werden diese Gegenstände dann rituell real oder in Hypnose begraben (van der Hart et al., 1995).

Der plötzliche Tod eines nahen Menschen ist besonders schmerzlich und nur sehr schwer zu verarbeiten, wenn eine Verabschiedung nicht möglich ist. So kann eine Patientin von Van der Hart nicht einmal die Beerdigung ihres Vaters miterleben. Van der Hart (1988, 1995) gibt ihr die Möglichkeit, sich auf der Symbolebene mit ihrem Vater auseinander zu setzen, der sie als Kind körperlich misshandelt hatte. Er befindet sich nun in einem Glasgefäß aus Tränen, das die Patientin erst nach einiger Zeit öffnen kann, um ihn dann zu beerdigen.

Herzog et al. (1998) berichten von einer Patientin, die sich nach einem Schwangerschaftsabbruch in der 20. Schwangerschaftswoche von ihrem Kind nicht verabschieden konnte. In einer Altersregression kann sie das Versäumte nacherleben und sogar ein Gespräch mit dem Kind über seine möglicherweise erlittenen Schmerzen führen. Nach dieser zweiten Therapiesitzung fühlt sich die Patientin deutlich erleichtert und die vorherigen somatischen Beschwerden und Schlafstörungen klingen dauerhaft ab.

22.2 Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen befinden sich im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma (Baumeister et al., 2006). In der ICD-10 wird unterschieden zwischen Dissoziativen Störungen des Bewusstseins und der Identität einerseits und Konversionsstörungen andererseits. Bei diesen sehr verzweigten Symptomen wurden von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) eigens Module zur Erfassung von Dissoziations- und Konversionsstörungen erstellt (Spitzer & Freyberger, 2004). Konkrete Hinweise zur Differenzialdiagnostik und Klassifikation werden von Fiedler (2008) gegeben.

Somatoforme Patienten werden aufgrund der Vielschichtigkeit ihrer Beschwerden und ihrer geringen Therapieakzeptanz als teure Problemgruppe des Gesundheitswesens angesehen (Hiller, 2005).

22.2.1 Somatisierungsstörung

Die lang andauernden körperlichen Beschwerden beeinträchtigen wichtige soziale, berufliche oder andere Funktionsbereiche und können nicht durch medizinische Krankheitsfaktoren erklärt werden. Es sind verschiedene Schmerzsymptome, → gastrointestinale, sexuelle und pseudoneurologische Symptome. Die in der Hypnose-Literatur zitierten Fälle werden selten als Somatisierungsstörungen eingeordnet, sondern jeweils in Bezug auf ihr Problem, die Funktion bzw. das jeweilige Organ. Entsprechend sind sie in den entsprechenden Abschnitten zu finden.

22.2.2 Konversionsstörung

Erklärungsmodelle

Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen Verlust, Beeinträchtigung oder Veränderung körperlicher Funktionen, z. B. Lähmungen, Tics, rhythmischer Tremor, Anästhesie, Hyperästhesie, Blindheit, Halluzinationen. Die Symptomatik steht nicht unter willentlicher Kontrolle. Organische Ursachen sind hier ausgeschlossen. Die Störung ist als eine unangepasste Lösung eines Problems anzusehen, dessen sich der Patient nicht bewusst ist (Bloom, 2001).

Die frühen Erfahrungen von Breuer und Freud (1895) zeigten das Verschwinden hysterischer Symptome unter Hypnose; danach traten sie jedoch wieder auf. Bereits im 19. Jahrhundert wurde bei dieser Problematik mit ähnlichen Hypnosemethoden wie in der Gegenwart gearbeitet (Van Dyck & Hoogduin, 1989). Eventuell unterliegen Konversionsstörungen, Schmerzstörungen und dissoziative Störungen gemeinsamen Mechanismen, die nach Oakley (1999) zusammen als auto-suggestive Störungen klassifiziert werden sollten.

Patienten mit Konversionsstörungen haben häufiger in ihrer Kindheit Traumatisierungen durch körperlichen oder sexuellen Missbrauch erlitten (Roelfs et al., 2002).

Experimentelle Befunde

Neuropsychologie. Hirnuntersuchungen bringen mehr Informationen über die Neuropsychologie der Konversionsstörungen (Nash, 2005): Der anteriore Corpus callosum verbindet Teile des präfrontalen Kortex; er ist wichtig für die kognitive Flexibilität und die exekutive Kontrolle. Hochhypnotisierbaren werden große Fähigkeiten gerade in der Flexibilität in der Aufmerksamkeit und kognitive Ressourcen zugesprochen. Tatsächlich haben sie im MRT größere Anteile im Corpus callosum als Geringhypnotisierbare. Dadurch haben sie mehr frontale Aufmerksamkeitssysteme, die die Kontrolle und das strategische Zulassen von Affekten, Kognitionen und Körperempfinden ermöglichen oder verbessern (Horton et al., 2004).

Das Phänomen der Dissoziativen Bewegungsstörung wird von Ward et al. (2003) untersucht, indem sie das Item »Beinunbeweglichkeit« des HGSHS (s. Abschn. 5.3.1) zur Suggestion verwenden. Im PET erfolgt bei willentlich simulierter Lähmung eine größere Aktivierung des ventrolateralen präfrontalen Kortex, der bei der willentlichen Reaktionshemmung beteiligt ist. Danach *können* die hypnotisierten Personen (im Vergleich mit simulierenden Personen) ihre Beine eher nicht bewegen als dass sie sie nicht bewegen *wollen*.

Hypnotisierbarkeit. Der Zusammenhang von hypnotischer Suggestibilität und zahlreichen Konversionssymptomen wird belegt (Roelfs et al., 2002), s. o. Die Hypnotisierbarkeit bei Dissoziativen Bewegungsstörungen hat einen ähnlich hohen Vorhersagewert wie andere psychotherapeutische Therapieergebnisse, übertrifft aber die der Patientenerwartungen (Moene et al., 2003).

Therapie mit Hypnose

Viele der Patienten akzeptieren die Diagnose nicht, und insgesamt sind die Behandlungsmöglichkeiten relativ beschränkt (Peckham & Hallett, 2009).

Behandlungsprogramme, die einsicht- oder symptomorientiert sind, haben bei lang bestehenden Konversionssymptomen mit oder ohne Hypnose gleiche Wirkungen (Moene et al., 2002). Eine Meta-Analyse von 260 Berichten lässt keine zuverlässigen Aussagen über die psychosoziale Behandlungseffektivität zu (Ruddy & House, 2005).

Bei Kindern gehen die psychogenen, nicht jedoch die organischen Bewegungsstörungen dann weg, wenn die Patienten meinen, nicht beobachtet zu werden. Sowohl bei Psychotherapie als bei Suggestionen nehmen die abnormen Bewegungen ab, wenn die Patienten abgelenkt sind (Ahmed et al., 2008).

Bei der Therapie von Konversionsstörungen wird empfohlen, Suggestionen zu vermeiden, die Konflikte bewirken könnten (Waxman, 1989).

Die Literatursichtung von Behandlungen traumabezogener dissoziativer Konversionsstörungen ergibt eine Fülle von Behandlungsformen; die körperliche Sicherheit, die eine sichere Umgebung ermöglicht, sollte dabei im Vordergrund stehen (Diseth & Christie, 2005).

Praxishinweis

Empfehlungen von Moene und Hoogduin (1999)

Aufdeckende Methoden sind bei Konversionsstörungen kontraindiziert; Hypnose sollte zum »Besserwerden« und nicht zur »Wahrheitsfindung« dienen. Deshalb sollten Methoden gewählt werden, die direkt oder indirekt das Symptom beeinflussen. Dies erfordert ein individuelles Eingehen auf die Art der Beschwerden.

Die anfänglichen Verschlechterungen oder Symptomverschiebungen unter Hypnose sind für den Patienten die Gelegenheit, seine Symptomkontrolle zu verbessern und sein Symptom besser zu verstehen.

Unerwartete oder überstarke Reaktionen können eintreten, wenn Suggestionen missverstanden werden. Die unerwarteten Reaktionen sollte man kreativer nutzen.

Experimente zur dissoziativen Blindheit lassen vermuten, dass die betroffenen Person sich der visuellen Informationen nicht bewusst ist und die visuellen Repräsentationen vom Bewusstsein abgespalten werden (Grosz & Zimmerman, 1965). Das heißt, die Informationsverarbeitung wird blockiert, unterdrückt oder gelehnt (vgl. Abschn. 7.5.3 und 7.6).

Bei einem Jugendlichen, der nach homosexueller Vergewaltigung mit Lähmungen reagierte, kann diese Symptomatik durch Hypnose und Abreaktion der traumatischen Erlebnisse abgebaut werden (Caldwell & Stewart, 1981). Bei einer halbseitigen kinetischen Störung bewirkt Hoogduin (1990a) durch kognitive Umstrukturierung Besserung.

Praxishinweis

Angeleitete umgekehrte Handlevitation

Bei einer Patientin mit → Pseudo-Ataxie und bei einem Fall mit Tremor wendet Hoogduin (1990b) eine modifizierte Technik von Sacerdote (1970, 1971) an, die eine Katalepsie-Induktion darstellt:

Der Patient sitzt und stützt dabei die Ellenbogen auf die Stuhllehne. Der Unterarm wird in horizontaler Stellung gehalten und kaum merkbar vom Therapeuten nach oben und unten bewegt. In der Bewegung nach oben gibt der Therapeut Gegendruck mit seinem Daumen, in der Bewegung nach unten mit dem Zeigefinger. Suggestionen zum Gefühl der Erstarrung beschleunigen das Auftreten der Katalepsie im Unterarm.

Der kataleptische Zustand wird wahrscheinlich durch unterschiedliche Reflexe bewirkt, wie sie auch beim Gehen erzeugt werden. Der Patient empfindet dann seinen Arm (bzw. sein Bein etc.) als erstarrt und steif. Auf diese Weise gewinnt er Kontrolle über seine unwillkürlichen Bewegungen.

Sacerdote wendet die Technik zur Induktion und bei der Schmerzbehandlung an.

In einem Fall von Schreibkrampf verwenden Reinders und Hansen (1991) Altersregression hin zu den Zeiten, als Schreiben noch angenehm war. In einem anderen Fall nehmen sie Annäherung (Shaping) und kognitive Umstrukturierung vor.

Bei einer Zwölfjährigen treten nach einer Mittelfußfraktur Taubheitsgefühle im Fuß auf, die sich später zu Lähmungen in Armen und Beinen generalisieren. Das Mädchen willigt zu einer Entspannung mit der Imagination ein, ein Vogel hebe ihren Arm hoch. Diese ermöglicht die Armbeweglichkeit. Als analog die Beine gehoben werden, versagt die Methode, und es wird mit Metaphern gearbeitet. Die Heilung ist auch nach neun Jahren stabil geblieben (Bloom, 2001).

Bei einer → aphonischen Konversionsreaktion einer jungen Frau nutzt Hartman (2001) die sprachlichen Ausdrucksmuster und benutzt als Ausdrucksmöglichkeit die Figur eines Klassenkameraden »Matthew«, der über sie berichten kann und somit Lösungen ermöglicht.

Olsson (1997) behandelt einen Patienten mit dem Syndrom der »geballten Faust« sehr komplex mit neuro-linguistischer Programmierung, Ericksonscher Hypnotherapie und kognitiven Methoden.

22.2.3 Hypochondrische Störung

Im Vordergrund stehen unrealistische Interpretationen körperlicher Empfindungen oder Anzeichen, gefolgt von starker Krankheitsfurcht.

Im geriatrischen Bereich können depressive und hypochondrische Tendenzen durch Entspannung und posthypnotische Suggestionen gemildert werden (Kroger, 1979).

Beispiel

Einer älteren Patientin mit physischen Beschwerden wird durch posthypnotische Suggestionen aufgetragen, mehr Aktivitäten zu ergreifen und reale gesunde Einstellungen zu erwerben. Sie kann dadurch ihr Vermeidungsverhalten aufgeben, das Sofa verlassen und ihre Klagen abbauen. Der Erfolg besteht auch noch in der Nachuntersuchung nach einem Jahr (Deiker & Counts, 1980).

22.3 Schmerzen

Die Möglichkeiten der Anästhesie durch Hypnose wurden bereits in Abschnitt 7.6.6 umrissen. In diesem Abschnitt sind die Therapieansätze mit Hypnose dargestellt.

22.3.1 Erklärungsmodelle

Hypnose wird vom späten 18. Jahrhundert an ganz pragmatisch zur chirurgischen Anästhesie verwandt (Gravitz, 2002) und ab Mitte des 20. Jahrhunderts wissenschaftlich erforscht. Dies nimmt Einfluss auf die Entwicklung von Schmerzbewältigungsstrategien (Chaves & Dworkin, 1997). Schmerz ist gegenwärtig die zweithäufigste Ursache, einen Arzt aufzusuchen; entsprechend wird zur Behandlung zunehmend häufiger Hypnose eingesetzt, da Schmerzmittel wie z. B. Opiode zahlreiche unerwünschte Nebenwirkungen haben (Brown, 2000) und Hypnose auch eine Kostenreduktion durch Reduktion des Schmerzmittelgebrauchs und der Behandlungszeiten (Berger et al., 2010) ermöglicht. So wird Hypnose bei muskuloskeletalem Schmerz auch schon in der Allgemeinpraxis wirkungsvoll angewandt (Grondahl & Rosvold, 2008).

Bei nachgewiesener hoher Effektivität der Hypnose zeigt die Literaturanalyse von Kwekkeboom und Gretasdottir (2006) zu Entspannungsinterventionen bei Schmerz erhebliche methodische Mängel der Berichte, die kaum Schlüsse auf ihre Wirkung zulassen.

Definition

Definition der Association for the Study of Pain – IASP (Chen, 2001)

Schmerz ist mit einer Verletzung (nozizeptiv) oder der »Angst« vor einer Verletzung (als Bewusstseinsphänomen) verbunden.

- ▶ Er ist eine »unangenehme« und »emotionale« Erfahrung.
- ▶ Er ist »subjektiv«.

Mit Schmerz sind sekundäre Affekte wie »Leiden« und die zahlreichen sehr unterschiedlichen subjektiven Erfahrungen verbunden sowie in hohem Maße die Affektverarbeitung. Über diese Verbindung sind auch individuelle Unterschiede in der Schmerzreaktion zu erklären und auch eine gewisse Schmerzdisposition (Davidson, 2002). Dabei können die bereits durch v. Holst und Mittelstaedt (1950) beschriebenen Efferenzkopien des Schmerzes wesentlich sein (Eagleman & Churchland, 2006).

Demnach sind die Grenzen zwischen physischem Schmerz (z. B. nach Beinbruch), physiologischem Schmerz (z. B. nach einer Infektion) und psychologischem Schmerz fließend und werden durch das kognitiv bewertende System bestimmt. Folglich sind Erwartungshaltungen und Bewertungen der Situation sowie Folgekonsequenzen bei der Schmerzwahrnehmung und -beurteilung relevant (Frischenschlager & Pucher, 2002; Melzack & Dennis, 1978; Rainville et al., 2001).

Erklärungsmodell Neuromatrix

Einfachen physiologischen Schmerzmodellen, die lediglich die Reizung eines Schmerzrezeptors und dessen Weiterleitung ins Zentralnervensystem beinhalten, folgten immer komplexere, so die Gate-Control-Theorie. Ihr zufolge werden die Informationen der Schmerzrezeptoren durch zentrale Schaltstellen (Gates) geleitet und dort kontrolliert, wodurch dann erst eine Bewusstmachung erfolgt. Aber mit der Gate-Control-Theorie kann z. B. der Phantomschmerz nicht erklärt werden, da nach Durchtrennung des Rückenmarks unterhalb dieser Stelle keine Verbindung mehr zum Gehirn besteht. Also sind hier spinale Gates ausgeschaltet, aber dennoch rufen Gehirnmechanismen das Schmerzerleben hervor. Von dieser Beobachtung geleitet entwickelt Melzack (1992, 1999, 2001) die Theorie der Neuromatrix. Danach ist Schmerz eine multidimensionale Erfahrung, durch die typische Impulsmuster erzeugt werden, die *Neurosignatur*. Diese wiederum wird durch ein neurales Netzwerk, die körpereigene *Neuromatrix*, generiert. Sie ist ein weit verzweigtes Netzwerk von somatosensorischen, limbischen und thalamokortikalen Komponenten, die zu sensorischen, affektiv-emotionalen und bewertend-kognitiven Aspekten der Schmerzerfahrung dienen. Die Neuromatrix integriert deren vielfältige sensorische Inputs, um (z. B. endokrine und kognitive) Outputmuster zu bewirken, die das Schmerzerleben hervorrufen. Diese Neuromatrix ist genetisch determiniert, wird aber durch sensorische Erfahrungen und kognitive Funktionen des Gehirns modifiziert.

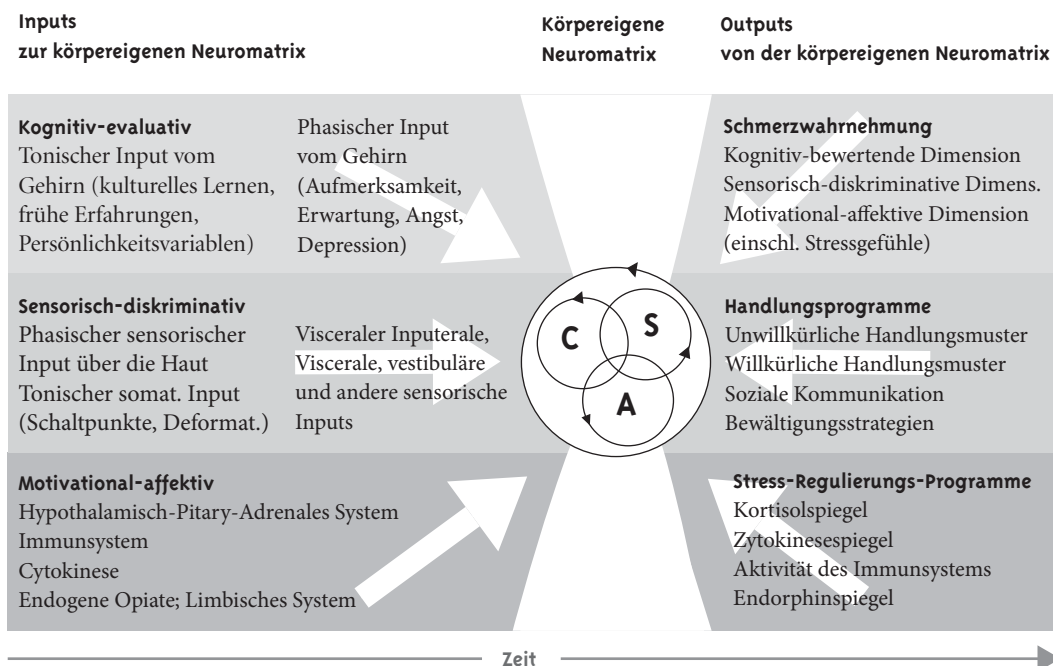


Abbildung 22.2 Neuromatrix aus Meltzack (2001, S. 1382)

Folgerungen für die Therapie

Weiterführend wird insgesamt daraus abgeleitet, dass Schmerzen ein biologisches, psychologisches und soziales Phänomen sind, das individuell erkannt und therapiert werden muss – mit folgenden Ergebnissen und Folgerungen:

Erwartungen. Die positive Erwartung von Schmerzbabnahme senkt die subjektive Schmerzerfahrung und die Aktivierung der relevanten Gehirnareale wie primärer somatosensorischer Kortex, insularer Kortex und anterioren cingulären Kortex (ACC; Sawamoto et al., 2000). Entsprechend wirken Negativerwartungen (Koyama et al., 2005). Reaktionserwartungen beinhalten einen wichtigen Mechanismus bei der hypnotischen und kognitiv-behavioralen Schmerzbehandlung (Milling et al., 2006).

Emotionen. Negative Emotionen und das Verlangen nach Erleichterung haben starken Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung und die mit Schmerz verbundenen autonomen physiologischen Reaktionen (Rainville et al., 2005).

Affekte. Viele Schmerzpatienten klagen über Depressionen und negative Affekte, denn affektive Schmerzkompenten führen zu einer Aktivitätssteigerung des anterioren cingulären Kortex (ACC, s. Abschn. 7.6.6.) und darüber zu autonomen Reaktionen (Rainville et al., 1999). Über positive Gefühle könnte somit die ACC-Aktivität beeinflusst werden (Feldman, 2009), so über das Ansprechen der ACC-Areale, die mit positiven Emotionen verbunden sind (Vogt, 2005).

Lernen. Schmerz kann durch zustandsabhängiges Lernen erworben und aufrecht erhalten werden; entsprechend sollte deshalb der emotionale Zustand z. B. durch

Suggestionen in Gefühle der Zufriedenheit und des Glücklichseins geändert werden, die über ihre Gehirnareale das Verlernen von Schmerz ermöglichen.

Beziehungaspekte. Bei allen Schmerzstudien blieb die Therapeut-Patient-Beziehung unberücksichtigt.

Transkulturelle Vergleiche zeigen, dass Schmerzen wie z. B. bei der Geburt sehr verschieden erlebt und ausgelebt werden. Es ist anzunehmen, dass diese psychologischen Prozesse nicht nur die Schmerzwahrnehmung und (bei Hypnose) die Schmerzreduktion steuern, sondern auch, ob ein Übergang von Akutschmerz zum chronischen Schmerz erfolgt (Rainville et al., 2001).

Hypnotisierbarkeit und Schmerzreduktion

Der Zusammenhang zwischen Schmerzschwelle bzw. Schmerzreduktion und Hypnotisierbarkeit wird vorwiegend bestätigt (Agargun et al., 1998; Benhaïem et al., 2001; Spinhoven & ter Kuile, 2000) – zumindest, wenn beide zur gleichen Zeit gemessen werden (Council et al., 1996).

Bedeutung für den Therapieerfolg. Die Geringssuggestiblen zeigen bei Distraction die gleiche Symptomreduktion wie die Hochsuggestiblen (Spanos et al., 1984). Beide verwenden wahrscheinlich ähnliche kognitive Bewältigungsstrategien. Linssen (1987) findet bei chronischen Schmerzen hohe Hypnotisierbarkeit als Vorhersagewert für eine Verbesserung der Symptome; bei Patienten mit Rückenschmerzen (low back pain) besteht jedoch kein Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg.

Schmerzreduktion steht zwar mit Hypnotisierbarkeit in Beziehung, aber nicht mit Entspannung oder Leidensreduktion (Appel & Bleiberg, 2005).

Hohe Hypnotisierbarkeit ist aber für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung nicht erforderlich. Auch Geringhypnotisierbare haben Nutzen von imaginativen Analgesie-Suggestionen, auch wenn sie evtl. gar nicht in Hypnose sind (Milling, 2008). Dabei sind Reaktionserwartungen wesentliche Mechanismen (Milling et al., 2005).

Bei Hochhypnotisierbaren bewirken direkt vorgetragene (live) Suggestionen signifikant geringere Werte der Schmerzberichte als audio-aufgezeichnete (Robertson, 2010).

22.3.2 Implikationen der Gehirnforschung für die klinische Praxis

Es ist nicht immer ersichtlich, wann und warum Praktiker bestimmte Suggestionen zur Schmerzbehandlung verwenden (Jensen, 2008). Meist richten sich die Suggestionen an die sensorischen Komponenten des Schmerzes. Im Gegensatz dazu stehen Suggestionen, die sich an die emotionalen, motivationalen, kognitiven und behavioralen Komponenten wenden (z. B. Williamson, 2004). Deshalb werden nun Empfehlungen für Hypnose-Interventionen gegeben, die von der aktuellen klinischen Gehirnforschung abgeleitet wurden. Die Erklärungsmodelle und Ergebnisse der Gehirnforschung zur Schmerzverarbeitung sind ausführlich in Abschnitt 7.6.6. dargestellt.

Praxisvorschläge zur Schmerztherapie mit Hypnose (Jensen, 2008)

- ▶ Da es mindestens neun Bereiche des Nervensystems und neurophysiologischer Prozesse gibt, die zur Schmerzwahrnehmung beitragen, müssen wir ihnen auch mit sehr unterschiedlichen hypnotischen Suggestionen und Kontrollstrategien zur Schmerzbehandlung begegnen, jeweils abhängig vom angestrebten Ziel und damit verbundenen Gehirnbereich (Jensen, 2008).
- ▶ Da Nozizeption die kortikale Aktivität steigert, wäre allgemein eine Aktivitätsreduktion z. B. mit Entspannungssuggestionen zu empfehlen wie z. B. »Sicherer Ort« (z. B. Lu et al., 2001).
- ▶ Hypnotische Suggestionen können den Rückenmarksreflex ansprechen und darüber periphere Prozesse. Deshalb sollten Suggestionen genutzt werden, die die Erregbarkeit auf Schmerzreize bereits in der Peripherie reduziert.
- ▶ Da im spinothalamischen Strang (STT) afferente und efferente Impulse der Nozizeption verarbeitet werden, könnten über entsprechende Suggestionen afferente Impulse mögliche efferente Impulse bewirken.
- ▶ Da die Insula über die Homöostase im System das Wohlbefinden der Person reguliert, könnten entsprechende Suggestionen zum Wohlbefinden über die Insula eine Beruhigung, das Gefühl der Erleichterung und Schmerzreduktion bewirken.
- ▶ Suggestionen zum aktiven Verhalten und zur Schmerzänderung erreichen den ACC und geben damit Impulse zur aktiven Therapieteilnahme.
- ▶ Suggestionen zur Bedeutungslosigkeit der chronischen Signale können zum Ignorieren und »Vergessen« von Schmerzen führen.
- ▶ Über positive Erinnerungen in der Altersregression können verlorene positive Muster aktiviert und dadurch schädliche überlagert oder gelöscht werden.
- ▶ Über Altersprogression können ebenfalls positive Einstellungen, Emotionen, Kognitionen und Handlungen erarbeitet und eingeübt werden.
- ▶ Direkt oder über Hypnosesuggestionen ist kognitive Umstrukturierung sehr hilfreich (Turk, 2002).
- ▶ Da das Schmerzereignis über die Konnektivität sehr unterschiedliche Areale erreichen kann, ist die Dissoziation dieser Bereiche ebenfalls sinnvoll.
- ▶ Die Gehirnplastizität, die einerseits für den Phantomschmerz verantwortlich ist, kann andererseits genutzt werden, indem Suggestionen das Wohlbefinden dieses Phantomgliedes vorgeben, so auch für die schmerzfreie Bewegung bei Multipler Sklerose.
- ▶ Spezifische posthypnotische Suggestionen können diese vorgenannten Veränderungen unterstützen.
- ▶ Auch wenn Hypnose-Suggestionen bei chronischem Schmerz nicht immer direkt erfolgreich sind, profitieren die Patienten davon und berichten von Schmerzzunahme, Kontrollzunahme, verbessertes Empfinden für Entspannung und Stressreduktion (Jensen et al., 2006).

- ▶ Chronische Schmerzen sind mit kortikalen Aktivitäten gekoppelt und deshalb auch in typischen EEG-Mustern festzustellen; entsprechend könnte eine Therapie dann evtl. über eine Veränderung der Hirnwellen erfolgen (Jensen et al., 2008).
- ▶ Die fokussierte Schmerzaufmerksamkeit erniedrigt die Schmerzschwelle und führt zu zahlreichen Fehlanpassungen (s. o.). Der somatosensorische Kortex wird in hohem Maße von der Schmerzproblematik und ihren Auswirkungen beansprucht (J. Barber, 1998; Crawford, 1996; Faymonville et al., 2000), was zur operanten und respondenten Konditionierung von Schmerzen und Nervenblockaden führt (Knecht et al., 1995), die außerhalb der Motivation des Patienten liegen und zu überstarken Schmerzreaktionen führen können. Durch geeignete Therapiemaßnahmen zur Schmerzerleichterung kann eine Reorganisation des somatosensorischen Kortex erfolgen, was außerhalb des Bewusstseins liegt (J. Barber, 1998).
- ▶ Walter et al. (2005) beweisen einen direkten Zusammenhang zwischen Schmerzreiz und Pupillenerweiterung, bei Hypnose (Entspannung) jedoch Pupillenkonstriktion, die deutlich eine Deaktivierung des sympathischen Nervensystems anzeigt, die direkt mit der Aktivierung des Parasympatikus beantwortet wird und somit psychophysiologisch Entspannung anzeigt. Bei Anwendung von Entspannungshypnose könnten so die Kosten für intravenöse Sedierung in einem Behandlungsraum mit 130,- Dollar pro Patient auf zehn Minuten und auf weit geringere Kosten gesenkt werden.

Fazit. Voraussetzung für eine angemessene Schmerztherapie ist eine differenzierte Diagnose der Intensität, Ausprägung, Qualität und Lokalisation des Schmerzes sowie seiner möglichen Verbindung mit externalen oder internalen Ereignissen. Das heißt, mögliche verursachende und gegebenenfalls aufrecht erhaltende Mechanismen der Schmerzen, mögliche und versuchte Bewältigungsstrategien, kurzfristige und langfristige Konsequenzen des Schmerzes sollten eruiert werden.

22.3.3 Kognitiv-behaviorale Therapiemethoden kombiniert mit Hypnose

Eine Meta-Analyse der Therapien zeigt die Überlegenheit der Kombination von Hypnose mit kognitiv-behavioralen Methoden bei der Schmerztherapie (Kirsch et al., 1996; Tan & Leucht, 1997), aber auch die spezielle Überlegenheit von Hypnose-techniken in der Schmerzbewältigung (Montgomery et al., 2000). Da stets komplexe Behandlungsprogramme erforderlich sind, schneiden kognitiv-behaviorale Interventionen oft genauso gut ab wie Hypnose, da beide das Aktivitätsniveau des Patienten anheben (Edelston & Fitzpatrick, 1989).

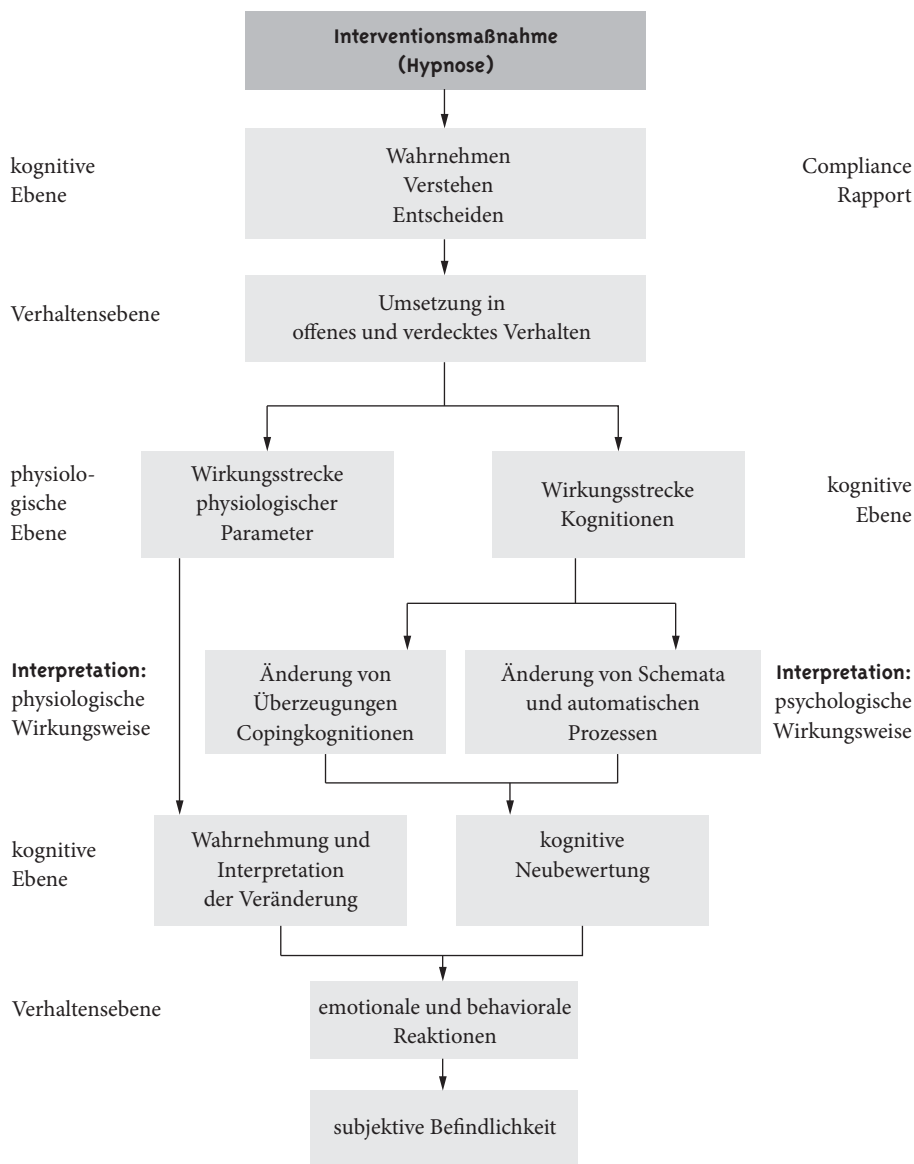


Abbildung 22.3 Wirkmechanismen der psychologischen Interventionsmaßnahme Hypnose. Die Auswirkungen physiologischer und psychologischer Mechanismen bedingen sich gegenseitig (nach Ruoß, 1998, S. 28). An diesem Regelmechanismus sind deutlich die Wirkungen u. a. bei Schmerzen zu erkennen

Die kognitiv-behaviorale Therapie und die operante Verhaltenstherapie richten sich an Faktoren, die die chronische Schmerzerfahrung verschlimmern oder aufrechterhalten, und sollten deshalb unbedingt Teile einer multidisziplinäre Behandlung sein, ebenso die Selbsthypnose (Molton et al., 2007). The International Association for the

Study of Pain schlägt hierzu fundierte und erprobte kognitiv-behaviorale Methoden vor, verbunden mit umfangreichen Empfehlungen (Charlton, 2005).

Grundinterventionen: Kontrollüberzeugung Kognitionsveränderungen, Selbstkontrolle,

Die Schmerzberichte der Patienten beziehen sich wesentlich stärker auf ihr aktuelles Erleben als bisher angenommen. Instruktionen, die die Personen dazu anhalten, kognitive Kontrolle über ihren schmerzhaften sensorischen Input zu gewinnen, sind mit oder ohne Hypnose hilfreich, die Schmerzerfahrung zu reduzieren (Spanos et al., 2005).

Ein wesentlicher Aspekt ist hier die *Kontrollüberzeugung* als Steuerung der kognitiven Verarbeitung von Symptomen, die sich auf die Beschwerdewahrnehmung, Behandlungsmotivation und Behandlungserfolg auswirken (Dohrenbusch et al. 2005) – auch bei chronischen Schmerzen (Haugli et al., 2000).

Die Verhaltenstherapie, die eine kontrollierte, systematische Annäherung an ein transparentes Behandlungsziel z. B. im Sinne einer Kontrollüberzeugung verfolgt, arbeitet konsequent an den Gedanken (Emotionen, Einstellungen etc.). Die »klassische Erickson-Hypnotherapie« verfolgt diese Ziele nicht; sie arbeitet mit der »Störung gezielter analytischer, systematischer Prozesse und der Förderung von kognitiver Neuorganisation durch Suggestionen oder dosierte Irritation« (Dorenbusch et al., 2005, S. 71). Die sonst therapierelevante Kontrollüberzeugung bleibt dort unberücksichtigt. Entsprechend ist der Therapieerfolg mit Verhaltenstherapie höher (James et al., 1989; Hurley, 1980; Hahnewald, 1989). Hilflosigkeitsüberzeugte Schmerzpatienten werden durch diese Hypnoseform sogar in ihrer Hilflosigkeit verstärkt (Dorenbusch et al., 2005).

Das manualisierte Therapieprogramm »Verhaltenstherapeutische Hypnose bei chronischem Schmerz« (Jacobs & Bosse-Düker, 2005), ursprünglich als Einzeltherapie konzipiert, ist ebenso als Gruppentraining erfolgreich – auch im Vergleich mit anderen kognitiv-behavioralen und hypnotischen Interventionen (Juhnke et al., 2007). Der Therapiebaustein Hypnose (als Dissoziation) erweist sich dabei als der Hauptwirkfaktor.

Praxishinweis

Folgerungen für die Therapie (Dorenbusch et al., 2005, S. 85 f.)

- ▶ Hochsuggestible sind eher hilflosigkeitsüberzeugt. Eine Therapie zur Reduktion von Hilflosigkeitsüberzeugung kann durch suggestibilitätsbezogene Methoden die Suggestibilität durch Hypnose fördern.
- ▶ Wirken die Suggestion über Entspannung und Reframing, dann wird ein Erfolg eher gefördert.
- ▶ Werden durch Suggestionen regressive Tendenzen des Patienten gefördert, die Hilflosigkeitsüberzeugungen beinhalten, dann wird sich kaum eine Kontrollüberzeugung einstellen. Der Patientenwunsch nach Fremdsteuerung und

passiver Hilfe würde dann weiter gefördert. Aus der Perspektive der selbst-regulationsorientierten Therapie (z. B. Kanfer et al., 1996) wäre das als therapeutischer Misserfolg zu werten.

Behandlungsmodule von Hypnose mit kognitiv-behavioraler Therapie

Die verhaltenstherapeutischen Methoden setzen an der Veränderung des Stimulus, der Reaktion, den Verstärkungen und den mit allen verbundenen Kognitionen an (s. o.), die jeweils mit Hypnose erreicht werden.

Stimulus-Veränderungen durch Suggestionen:

- ▶ Den Schmerzreiz als einen unangenehmen und erträglichen, neutralen oder sogar angenehmen Reiz wahrnehmen – und seine Qualität z. B. nicht mehr als stechend, sondern als dumpf erleben
- ▶ Suggestion der Handschuhanästhesie und anschließende Übertragung des Schmerzes auf diesen schmerzfreien Bereich (s. Abschn. 7.6.6)
- ▶ Beeinflussung der Schmerzschwelle durch spezifische Gedanken über den Schmerzreiz (Weisenberg, 1998) und durch Entspannung (z. B. Ebell, 2002; Peter, 1998)
- ▶ Kognitives Reframing
- ▶ Veränderung der Intensität: Der Schmerz soll als weiter entfernt, als kleiner erlebt werden
- ▶ Stimulusdifferenzierung erlernen, d. h., zwischen den bestehenden Schmerzen und anderen Unannehmlichkeiten differenzieren, die bislang ebenfalls als Schmerz interpretiert wurden

Reaktionsveränderungen durch Suggestionen:

- ▶ Bei Auftreten des Schmerzes eine andere Körperhaltung einnehmen
- ▶ Distraction (Ablenkung) vom Schmerz
- ▶ Strategien, die Toleranz gegenüber dem Schmerz und seiner Bedeutung fördern
- ▶ Suggestionen der Unempfindlichkeit und Taubheit des betroffenen Bereiches
- ▶ Suggestionen durch positive Formulierungen und nonverbales Verhalten des Therapeuten (Bejenke, 1996)
- ▶ Suggestionen der Amnesie des Schmerzanfalls und dadurch Reduktion der Erwartungsängste

Dissoziative Strategien:

- ▶ Den schmerzhaften Bereich des Körpers im Erleben abspalten und mit dem anderen Teil des Körpers entspannen, etwas Schönes erleben, aktiv sein etc. (Gheorghiu & Orleanu, 1982; s. Abschn. 24.7.1)
- ▶ Teile des Körpers (verfremdet) als Maschinenteile wahrnehmen, die nun herausgelöst sind und repariert werden
- ▶ Ideomotorische Signale und automatisches Schreiben: Durch unbewusste Signale, z. B. mit dem Finger, gibt der Patient Hinweise auf verdeckte, verdrängte Probleme, die mit dem Schmerz verbunden sind (Hilgard & Hilgard, 1975; s. Abschn. 7.2.1).

Suggestionen der Zeitveränderung:

- ▶ Subjektive Verlängerung der schmerzfreien Zeit, Verkürzung der Schmerzperioden

- ▶ Altersregression in eine angenehme Zeit vor Eintreten der Schmerzproblematik
- ▶ Altersprogression hin zur Zeit nach dem Schmerzanfall
- ▶ Suggestionen zur Angstbewältigung
- ▶ Abbau der Angst z. B. vor dem Eingriff, vor dem nächsten Anfall; Angstbewältigungsstrategien (Kossak, 1983b; s. Kap. 27, Fall 2)
- ▶ Strategien zum Wohlbefinden, zur Aktivierung, zur Depressionsbewältigung
- ▶ Ressourcenfindung – gegebenenfalls durch Altersregression

Posthypnotische Suggestionen:

- ▶ Suggestionen, bei bestimmten Auslösebedingungen mit Wohlbefinden zu reagieren und dieses bestehen zu lassen oder o. g. Techniken wie Dissoziation, Altersregression etc. anzuwenden

Selbsthypnose:

- ▶ Anwendung aller vorgenannten Techniken, die zur Entspannung, Stimulus- und Verhaltenskontrolle beitragen und dadurch zur zunehmenden Selbstbestimmung des Patienten führen
- ▶ Nutzung von MP3-Player oder CDs mit individuellen Therapiesuggestionen

Kognitive Bewältigungsstrategien (Fernandez & Turk, 1989):

- ▶ Ablenkung durch einen externalen Aufmerksamkeitsfokus wie z. B. Bilder betrachten
- ▶ Imagination neutraler Bilder oder angenehmer Szenen wie z. B. sicherer Ort
- ▶ Rhythmische kognitive Aktivitäten wie z. B. bis Hundert zählen

Die dargelegten Methoden sind in entsprechender Modifikation in der Chirurgie (s. Abschn. 23.14.), Krebstherapie (s. Abschn. 23.8), Zahnmedizin (s. Kap. 24) und Kinderheilkunde (s. Kap. 21) anwendbar.

22.3.4 Chronische Schmerzen

Konditionierungen und Schmerzgedächtnis

Chronischer Schmerzen ohne erkennbare organische Ursache sind bislang nur in Details erklärbar. Im Vordergrund steht das »Schmerzgedächtnis«, das auf klassische Konditionierungen zurückzuführen ist, sodass ein Schmerzreiz zum Auslöser wird und damit neuronale Strukturen verändert, die später mit kognitiven Bewertungen verbunden werden (Katz & Meltzack, 1990). In diesem Prozess werden die weiterleitenden Nervenzellen sensibler für Schmerzreize, was wiederum zur Schmerz-Überempfindlichkeit führt. Schließlich können wiederholte oder intensive Schmerzsignale neuroplastische Programme aktivieren, die dann sogar durch neutrale, also nicht-schmerzhafte Stimuli auslösbar sind (Sorgatz, 2005). Diese Neuroplastizität ist eine grundsätzliche Eigenschaft – unabhängig von der Schmerzverarbeitung und beinhaltet, dass Funktionen nicht (wie früher angenommen) fest miteinander verbunden sein müssen (Knecht & Ringelstein, 1999). Dies beinhaltet auch, dass ein abgespeicherter Akutschmerz anfangs funktionell und später durch Synapsenbildung oder Bildung neuer Nervenzellen sogar strukturell wirkt.

Diese Lern- und Konditionierungskomponenten beinhalten auch Vermeidung von Situationen, die antizipierten Schmerz beinhalten könnten, was durch negative Verstärkung zur zunehmenden Aktivitätsminderung führt.

Insgesamt sind alle der bestehenden Modelle noch unzureichend, um z. B. chronischen Bewegungsschmerz ausreichen erklären zu können (Sorgatz, 2005).

Auswirkungen von chronischen Schmerzen

Wesentliche Auswirkungen sind:

- ▶ Aktuelle Hilflosigkeit bis hin zur erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1983) und Abhängigkeit, gefolgt vom Verlust der Eigenkontrolle, Depressionen (erlebte externe Kontrolle durch den Schmerz); sich als Opfer erleben
- ▶ Katastrophisierung der Gedanken und dadurch Fokussierung auf den Schmerz und unrealistische negative Gedanken (Keefe et al., 2004).
- ▶ Unfähigkeit, die Komplexität der Erkrankung und ihrer Auswirkungen zu erfassen
- ▶ Abnahme der Körperaktivitäten, gefolgt von Muskelabbau, Gewichtszunahme, Muskelspasmen, die den Schmerz begünstigen
- ▶ Stress, dadurch Sympathikusaktivierung, verbunden mit Absenken der Schmerzschwelle
- ▶ Abnahme der Libido, der allgemeinen Aktivität, Lebensfreude, Appetit; Schlafstörungen – Zunahme der Erwartungsangst gegenüber dem Schmerz – Sinken der Schmerzschwelle – stärkeres Schmerzerleben

Durch chronischen Schmerz erfolgen Stimulus- und Reaktionsgeneralisierungen, sodass Schmerzen durch immer mehr Reize ausgelöst werden und in vielfältiger Form auftreten können. Zusätzlich erfolgen operante Konditionierungen z. B. durch Zuwendungsgewinn und Modelllernen (Birbaumer, 1986b), Vermeidung von Arbeit, Anstrengung und Konflikten.

Hypnose-Experimente

Bislang wurden weniger als 20 kontrollierte Studien zur Hypnosewirkung bei chronischem Schmerz durchgeführt. Sie zeigen, dass die Hypnose-Interventionen deutlich eine Schmerzzunahme bewirken, besser als andere alternative Behandlungsformen. Am häufigsten werden Instruktionen zur Selbsthypnose erteilt.

Der Großteil der Untersuchungen zum chronischen Schmerz und Hypnose zeigt signifikante Verbesserungen der mit Schmerz verbundenen Berichte wie Intensität, Dauer, Häufigkeit des Schmerzes und Medikamentengebrauch. Im Vergleich mit kognitiv-behavioralen Methoden erbringt Hypnose nicht immer die besten Ergebnisse. Dabei haben Hochhypnotisierbare stets größere Besserungen, sogar unabhängig von den jeweiligen Behandlungsbedingungen (Patterson & Jensen, 2003). Es fehlen jedoch immer noch standardisierte Hypnoseinterventionen und Langzeitstudien, die die Vergleichbarkeit und dadurch die klinische Forschung weiter unterstützen könnten (Elkins et al., 2007).

Therapieempfehlungen von Stoelp et al. (2009)

In der Kognitiven Therapie erfolgt eine Umstrukturierung der schädlichen Gedanken wie Katastrophisierung und eine Verstärkung hilfreicher und zur Besserung beitragender Gedanken (Ehde & Jensen, 2004). Ihre Wirkungen sind indirekt, da sie wahrscheinlich durch Veränderungen des präfrontalen Kortex entstehen, wo auch die Informationen über die Schmerzbedeutung und im anterioren cingulären Kortex die emotionalen Schmerz Aspekte verarbeitet werden (Jensen, 2010). Hypnose wirkt dagegen mehr direkt über das Zentralnervensystem an der Schmerzintensität. Die Untersuchung von Jensen et al. (2011) weist die positive Wirkung von Selbst-Hypnose-Suggestionen zur Analgesie nach; sie ist der reinen kognitiven Umstrukturierung überlegen; die Kombination beider Methoden zeigt jedoch die stärkste Wirkung, weil der chronische Schmerz wahrscheinlich auf den zwei o. g. Wegen indirekt und direkt bearbeitet wird.

- ▶ Es steht eine Anzahl von Suggestionen zur Anästhesie zur Verfügung, wie Zeitverzerrung oder Dissoziation. Zusätzlich sollten jedoch unbedingt auch Suggestionen (ohne Analgesie) verwandt werden wie z. B. zur Schlafverbesserung oder zur Ich-Stärkung, die auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sind.
- ▶ Der Therapeut sollte nicht erwarten, dass seine Suggestionen ähnlich erfolgreich sind wie die in den Fallberichten. Diese Berichte sind selektiert, von hochqualifizierten Therapeuten verfasst und mit hochhypnotisierbaren Patienten durchgeführt. Sie können nur Impulse geben.
- ▶ In den wenigsten Berichten werden demografische Grenzen wie das Patientenalter erwähnt. Auch die geringe Hypnotisierbarkeit von Patienten in einer Alltagspraxis muss nicht mit geringem Therapieerfolg verbunden sein, wenn die Kombination von Methoden individuell abgestimmt wird.
- ▶ Die Auswirkungen von unterstützenden häuslichen Hypnose-Übungen auf den Behandlungserfolg wurden bislang kaum untersucht, sind jedoch mit Sicherheit sehr bedeutsam. Deshalb sollten Patienten z. B. mit Instruktionen/Suggestionen auf einer CD oder MP3-Player unterstützend versorgt und begleitet werden.

Chronische Kopfschmerzen

Von den zahlreichen Kopfschmerzformen sind die zwei wesentlichen und in der Literatur am meisten dargestellten Formen differenzialdiagnostisch zu unterscheiden zwischen Migräne (vaskulärer Kopfschmerz) und Spannungskopfschmerz (Muskelkontraktions-Kopfschmerz).

Kopfschmerzen allgemein

Die Hypnosefachliteratur unterscheidet nicht immer trennscharf zwischen den verschiedenen Kopfschmerzformen; entsprechend können sie meist nur übersichtsmäßig behandelt werden.

In den zahlreichen Analysen des National Institute of Health Technology Assessment Panel zur Integration von behavioralen Anwendungen bei der Behandlung von chronischem Kopfschmerz und Insomnie ist Hypnose sehr wirkungsvoll, jedoch nur

relativ kurz anhaltend und kostenintensiv, ist aber weitgehend frei von nachteiligen Nebenwirkungen oder Risiken (NIH, 1996).

Bei chronischem Kopfschmerz bieten Devineni und Blanchard (2005) ein Therapieprogramm im Internet an, näher beschrieben in Abschnitt 22.3.7.

Das Training von Selbsthypnose zur Selbstregulation von Kopfschmerzen erreicht bei Kindern und Jugendlichen eine statistisch signifikante Schmerzabnahme von Intensität und Dauer (von 23,7 auf 3 Stunden) gegenüber den Baselinewerten (Kohen & Zajac, 2007). In dieser Altersgruppe verbinden 37 Prozent ihre Kopfschmerzen mit festen Stressoren (= durch Ereignisse außerhalb der Patientenkontrolle) und 63 Prozent mit variablen Stressoren (= veränderbar durch Handlungen des Patienten). Die Behandlung erfolgt mit Hypnose-Suggestionen zur individuellen Entspannung, weitergeführt als Selbsthypnose. Nach ca. vier Wochen sollen die Patienten Einblick in ihre Symptomatik erhalten, indem sie auf Fragen zu ihren unbewussten Stressoren z. B. mit ideomotorischen Fingerbewegungen reagieren, wodurch unabhängig von den Stressoren eine signifikante Abnahme von Schmerintensität und -häufigkeit erfolgt (Anbar & Zoughbi, 2008). Die positiven Ergebnisse sind wahrscheinlich der kognitiven Umstrukturierung der Patienten zuzuschreiben, die ihre Symptome aufgrund eines unkontrollierbaren traumatischen Ereignisses entwickelten. Sie konnten ihren psychologischen Konflikt nicht lösen und bekamen Kopfschmerzen – analog zur Entwicklung von Konversionsstörungen und übereinstimmend mit Berichten, dass ungelöste Trauerreaktionen mit Eltern, der Familienzusammenbruch oder Lernprobleme bei Kindern Kopfschmerzen verursachen können (z. B. Arroyo, 2003). Bei diesen Annahmen ist jedoch zu bedenken, dass einige Kinder an einer Stressordiskussion nicht mehr interessiert waren, wenn sie bereits nach der zweiten Sitzung vom Kopfschmerz befreit waren. Entsprechende weitere Untersuchungen mit Kontrollgruppen sind erforderlich.

Migräne

Gegenüber der Pharmakotherapie sind psychotherapeutische Interventionen wesentlich erfolgreicher, so auch Stressbewältigungsprogramme (Gerber, 1985). Das autogene Training wird von Vaitl (1978) als kontraindiziert betrachtet, da die als schmerzhaft erlebte Vasodilatation dadurch begünstigt wird. Gerber (1986) zeigt, dass Relaxationstraining (nach Jacobson) oder → Temporalisfeedback (Vasokonstriktionstraining) am wirkungsvollsten sind.

In den älteren Behandlungsmethoden wird mit Suggestionen der Handwärme und Stirnkühle gearbeitet (z. B. Graham, 1975). Die Beziehung zwischen peripherer Durchblutung und der vasomotorischen Reaktion der Innenkopfgefäße wurde jedoch nie dargelegt (Spinhoven, 1988).

Die physiologische Grundlage für die psychischen Wirkungen der Migränetherapie ist eventuell auf eine Veränderung des Plasma-Beta-Endorphins zurückzuführen (Baumann, 2002).

Therapie mit Hypnose. Sowohl für Migräne, Spannungskopfschmerz oder deren Mischformen sind modernere, vorwiegend mit Hypnose kombinierte kognitiv-beha-

viorale Vorgehensweisen effektiv (z. B. Narduzzi et al., 1998), mit denen die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen aufzudecken sind (Peter, 1996). Mit diesen Vorgehensweisen können Coping-Strategien kombiniert werden (ter Kuile et al., 1996), die auch bei Kindern hilfreich sind (Luka-Krausgrill, 1998).

Signifikanten Einfluss haben jedoch die auf den Schmerz bezogenen Imaginationsbehandlungen mit oder ohne Hypnose (Nolan et al., 1994–1995).

Angewandt werden wie bei anderen Schmerzinterventionen: Ablenkung der Aufmerksamkeit, Symptomsubstitution (Peter, 1990), Selbsthypnose, allgemeine und individuelle Coping-Strategien.

Bei Migränepatienten bewirkt eine multimodale stationäre Therapie mit und ohne Hypnosetherapie eine signifikante Besserung des schweren Leidens. Dabei erreicht die Hypnotherapie bereits bei der Entlassung eine signifikant größere Besserung, die auch über neun Monate mit Autohypnose erhalten bleibt, bei der Kontrollgruppe jedoch wieder zu den Ausgangswerten zurückfällt. Die Stärke der Suggestibilität hat keinen Einfluss (Dehkordy et al., 2005).

Spannungskopfschmerz

Im Vordergrund steht die Empfindung des schmerzhaften Drucks im Hinterkopf (Ringgefühl), meist bilateral auftretend und als Dauerform; Begleiterscheinungen fehlen meist. Stressfaktoren als Ursachen sind hier wesentlich, die sich in den → EMG-Aktivitäten des → Musculus trapezius nachweisen lassen (Bischoff & Traue, 1983). Die pathophysiologischen Prozesse wurden oft bereits in der Kindheit durch operantes bzw. klassisches Konditionieren bewirkt (Gerber, 1984).

Psychotherapeutische Interventionen sollten sich auf die kausale Stressproblematik beziehen und sinnvollerweise auch ein Biofeedback-Training mit EMG-Ableitungen des Musculus trapezius mit einbeziehen, durch welches kognitive Bewertungsstrategien im Sinne des Aufbaues internaler Kontrolle erworben wird (Holroyd & Penzien, 1983).

Spezifische Untersuchungen zur Behandlung von Spannungskopfschmerzen mit Hypnose sind sehr rar; meist wird als Hypnoseform autogenes Training wirkungsvoll eingesetzt (z. B. Van Dyck et al., 1991), das sich in seiner Effektivität meist nicht von anderen Verfahren wie Entspannung, kognitiv-behavioralen Methoden, Biofeedback etc. oder der Kombination dieser Verfahren unterscheidet (Reich, 1989). Die komplexen modernen kognitiv-behavioralen Ansätze in der Hypnose bewirken jedoch deutliche Verbesserungen – wie oben bereits dargestellt.

In Einzelfällen ist jedoch eine umfassende Psychotherapie unter Hypnose erforderlich, so z. B. wenn eine Todeserfahrung Kopfschmerz bewirkt (Ritzman, 1983) oder eine Liebesproblematik (Albert, 1978).

Verbrennungen

Verbrennungen sind auf ein starkes Unfall-Trauma zurückzuführen, das es zusätzlich aufzuarbeiten gilt. Die Patienten bedürfen häufig wiederholter Prozeduren (z. B. Verbandwechsel), die das Schmerzgefühl und Erwartungsängste steigern und oft

über viele Monate ertragen werden müssen. Großflächige Verbrennungen bewirken starke → metabolische Veränderungen.

Psychophysiologische Auswirkungen von Verbrennungen (Patterson et al., 2004)

Schmerz kann die Verbrennungsheilung behindern, da Schmerz eine Anzahl von physiologischen Reaktionen auslösen, die Stress bedingen:

- ▶ Sympathikusaktivierung und Catecholaminausschüttung, Sympathikusausswirkungen auf das Immunsystem
- ▶ Adrenerge Stimulation des Bakterienwachstums
- ▶ Norepinephrinregulation der Myelopoiesis
- ▶ Ausschüttung von Glucocorticoiden
- ▶ Posttraumatische Belastungsstörungen, Angst, Stress, Schmerz
- ▶ langer Klinikaufenthalt

Hypnosewirkungen – Beispiele

Da die Patienten unter starken Ängsten und Schmerzen leiden, wird sogar bereits bei der Notaufnahme Hypnose empfohlen (Ewin, 1983), fortgeführt in der Intensivstation, in Rehabilitationsmaßnahmen, bis hin zur Bewältigung der Entstellungsproblematik.

Mit Hypnose wird Schmerzreduktion bewirkt (z. B. Patterson, 1996), eine allgemeine Verbesserung des Ernährungsstatus erreicht (z. B. Bernstein, 1965) und Reduktion der Analgetika (meist Morphine; Ohrbach et al., 1998; Patterson, 1995; Wakeman & Kaplan, 1978). Über die Schmerzbeeinflussung hinausgehend wird angenommen, durch Hypnose die physiologischen Veränderungen der Verbrennung zu beeinflussen. Hypnotisierte Verbrennungspatienten zeigen eine größere Urinproduktion, was auf eine geringere Ödembildung schließen lässt (Margolis et al., 1983).

Suggestionen der angenehmen Kühle können die pathologischen Hautreaktionen abbremsen; kombiniert mit den Hypnosebehandlungen der Angstprobleme und Depressionen wird die Beschleunigung der Wundheilung erreicht (Van der Does et al., 1988; Van der Does & Van Dyck, 1989). Die Suggestion der → Vasodilatation bewirkt bis zu 1,6 Grad Celsius Temperaturunterschied, verbessert die Durchblutung und beschleunigt den Heilungsprozess (Moore & Kaplan, 1983).

Nach starken Verbrennungen (zweiten und dritten Grades, meist über bis zu 65 Prozent der Körperoberfläche) besteht oft eine geringe Toleranz gegenüber hohen Temperaturen, da die Kühlfähigkeit der Haut geschädigt ist. Wakeman (1988) nimmt mittels Hypnose eine Desensibilisierung gegenüber Hitzereizen vor und erreicht dadurch eine deutlich erhöhte Verweildauer in der Arbeitssituation.

Verbandwechsel und Wundversorgung

Bei den gefürchteten Verbandwechseln und Wundversorgungen sind Hypnose oder Strategien zur Stressreduktion hilfreich (Patterson et al., 1989). Dadurch nimmt die Angst vor dem Verbandwechsel signifikant ab, dies hat aber nicht unbedingt gleichzeitig Schmerzbewältigung zur Folge. Der Verbandwechsel sollte demnach stets auch

von psychologischen Interventionen begleitet werden (Freney et al., 2001). Erlernen die Patienten eine Schnellinduktion zur Schmerzlinderung, sinken nicht nur ihre Erwartungängste vor dem Verbandwechsel, sondern auch ihr → Analgetikakonsum (Wright & Drummond, 2000).

Posttraumatische Wirkungen

Verbrennungsunfälle sind oft mit Schmerzen und Posttraumatischen Belastungsstörungen verbunden, jedoch selten wissenschaftlich untersucht worden. Die mit Hypnose behandelte Gruppe von Shakibaiei et al. (2008) zeigt nach fünf Sitzungen signifikant geringere Schmerzwerte gegenüber der Kontrollgruppe und der Baseline; das Trauma wird von ihnen auch häufiger wiedererlebt, wodurch die damit verbundene Angst abnimmt. Da Angst und Schmerz direkt miteinander gekoppelt sind (z. B. Janssen et al., 1998), wird auch darüber eine Angst- und Schmerzreduktion erreicht.

Im Department of Rehabilitation Medicine der University of Washington School of Medicine, Seattle, USA, wird eine ganz neue Behandlungsmethode angeboten, die virtuelle Realität, kognitiv-behaviorale und Hypnosetherapie miteinander erfolgreich kombiniert, dargestellt in Abschnitt 22.3.7.

Phantomgliedschmerzen

Bei Phantomgliedschmerzen sind die Bewegungsempfindungen des amputierten Gliedes im → PET deutlich als Aktivitäten im dazugehörenden motorischen Bereich des Gehirns und im primären motorischen Kortex repräsentiert. Im Gegensatz dazu sind die Schmerzempfindungen als Aktivierungen im Thalamus, im → anterioren cingulären und → lateralen präfrontalen Kortex zu erkennen. Demnach unterliegen die Phantomgliedschmerzen den gleichen Erfahrungen wie bei einem intakten Körper, die Körperbewusstheit des Phantomgliedschmerzes wird im → thalamikocortikalen System verarbeitet (Willoch et al., 2000).

Da Phantomgliedschmerz durch kortikale Aktivitäten verursacht wird, schlägt Haug (2005) vor, diese zentralen Aktivitäten präventiv und therapeutisch zu behandeln, so z. B. bereits lange Zeit vor der Amputation eine absolute Analgesie herzustellen und die Reduktion der kortikalen Reorganisation medikamentös, durch Verhaltenstrainings und Suggestionen zu bewirken.



Hypnose kann eine Behandlungskomponente des Phantomgliedschmerzes sein (Rosen et al., 2001), wenn das Phantomglied als »realer« Körperteil angesehen wird, das als mentale Repräsentation existiert; der Amputationsstumpf sollte deshalb nie als die alleinige Quelle der Phantomschmerzen behandelt werden (Oakley et al., 2002).

Zur Hypnosebehandlung von Phantomgliedschmerzen sind nur wenige Einzelfallberichte bekannt. Einen Patienten nach einer Beinamputation ohne Narkose, gefolgt von Posttraumatischen Belastungsstörungen behandeln Murakao et al. (1996) mit Hypnose und Antidepressiva.

Beispiel

Bongartz (1991a) behandelt einen 69-jährigen Patienten, der seit 43 Jahren unter Schmerzen seines im Krieg amputierten Beines leidet. Folgewirkungen sind sozialer Rückzug, Minderwertigkeitsgefühle, Depressionen und medikamentös bedingte Reduktion kognitiver Prozesse.

Für den befehlsgewohnten Patienten werden autoritäre Instruktionen gegeben, verbunden mit den seiner Erwartung entsprechenden »mesmerischen Streichungen«, Handbewegungen knapp oberhalb der Körperoberfläche. Der Patient spürt deutlich die heilenden »Ströme« durch seinen Körper pulsieren. Die Ehefrau wird als Ko-Therapeutin eingesetzt. Mittels Hypnose wird der Patient später mit seiner Amputation konfrontiert und kann von da an seine zukünftigen Erfolge sehen und genießen. Im Anschluss wird bei ihm die Selbstachtung suggestiv aufgebaut. Nach zehn Sitzungen ist die Behandlung erfolgreich abgeschlossen.

Depersonalisation wird als Abtrennung des eigenen Selbst, verbunden mit verminderter Schmerzempfindung, bezeichnet. Röder et al. (2007) wenden deshalb im Schmerzexperiment Hypnose-Suggestionen zur Depersonalisation an. Die Daten des fMRT zeigen dabei deutlich reduzierte Schmerzreaktionen in den sensorischen und affektiven schmerzbezogenen Arealen, es wird also ein geringerer Schmerz empfunden. Diese Methode könnte dann bei der Erforschung der psychologischen und psychobiologischen Mechanismen von Selbstverletzungen oder des Zusammenspiels von Körper und Seele bei psychosomatischen Störungen hilfreich sein.

Weitere chronische Schmerzprobleme

In den letzten Jahren wurden für zahlreiche weitere chronische Schmerzzustände Therapiemethoden mit Hypnose erfolgreich angewandt.

Fibromyalgieschmerzen. Die Häufigkeit liegt bei 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung und betrifft vorwiegend Frauen (White et al., 1999). Suggestionen zur Schmerzreduktion bei Fibromyalgieschmerzen sind wirksamer, wenn sie nach einer Hypnose-Induktion erfolgen, was deutlich im fMRT erkennbar ist. Dabei wird auch nachgewiesen, dass die bei der Schmerzerfahrung beteiligten Gehirnregionen auch aktiv die Fibromyalgieschmerzen bewirken (Derbyshire et al., 2009). Hypnose mit Analgesiesuggestionen bei Fibromyalgieschmerzen haben (im Vergleich mit Hypnose und Entspannungssuggestionen) größere Wirkung bei der Beeinflussung der Schmerzintensität und dem sensorischen Aspekt des Schmerzes. Hypnose mit Entspannung wirkt nicht stärker als allein Entspannung (Castel et al., 2007).

Persistierender idiopathischer orofacialer Schmerz. Hier bewirkt Hypnose (gegenüber der Kontrollgruppe) besonders bei Hochhypnotisierbaren eine klinisch relevante Schmerzreduktion. Bei der Behandlung sollten jedoch auch Stressbewältigungsfertigkeit und die ungelösten Probleme der Patienten in den Behandlungsplan einbezogen werden, um auch zusätzlich die psychologischen Probleme und die Lebensqualität der Betroffenen zu berücksichtigen (Abrahamsen et al., 2008).

Multiple Sklerose. Von den zahlreichen Behandlungsmodulen erweist sich Selbsthypnose am wirksamsten (gegenüber kognitiver Umstrukturierung) bei der Reduktion der Schmerzintensität. Wird Hypnose jedoch mit kognitiver Umstrukturierung kombiniert, ist sie wirksamer als jede Methode allein für sich, was weiter untersucht werden muss (Jensen et al., 2011).

Komplementäre Behandlungen wie Entspannung, Biofeedback oder Hypnose werden von 6.079 Patienten mit muskuloskelettalem Schmerz wie folgt eingeschätzt: 5 Prozent nehmen die Behandlung bereits in Anspruch, Männer und Hochschulabsolventen sind weniger dafür als Frauen und Personen mit geringerer Ausbildung (Tindle et al., 2005).

Rückenmarkverletzungen. Bei Rückenmarkverletzungen müssen zusätzliche alternative und komplexe Therapiemethoden wie z. B. Hypnose einbezogen werden. Hypnose wirkt jedoch nur bei wenigen für kurze Zeit. Aber Selbsthypnose bewirkt (im Vergleich mit EMG-Biofeedback) eine statistisch signifikante Abnahme der täglichen Bewertung der Schmerzstärke und eine Zunahme der wahrgenommenen Schmerzkontrolle (Jensen et al., 2009). Die Einzelfallstudie eines Kriegsverletzten zeigt deutlich die Wirksamkeit einer Analgesie-Behandlung in Hypnose (Stoelb et al., 2009).

Brustschmerzen ohne Herzerkrankung. Funktionale Brustkorbbeschwerden (ohne Herzerkrankung) sind ein Syndrom mit großer Bedeutung in der westlichen Welt und dort mit hoher psychologischer Morbidität. Die Literaturanalyse von Domingues und Moraes-Filho (2009) weist gastrointestinale, muskuläre und respiratorische Ursachen nach, auch verbunden mit psychischen Störungen. Die Behandlung zielt primär auf die Symptombeseitigung ab. Dabei stehen Medikamente wie Protonenpumpenhemmer und trizyklische Antidepressiva im Vordergrund. Nach der Literaturanalyse von Kisley et al. (2010) bewirken psychologische Interventionen zur Symptomverbesserung, wie kognitiv-behaviorale Therapie oder Hypnose, hier nur bescheidene Verbesserungen. In der sorgfältig ausgewählten randomisierten Patientengruppe von Jones et al. (2006) zeigen sich die zwölf Hypnosesitzungen gegenüber der Kontrollgruppe als signifikant effektiv in allgemeiner Schmerzverbesserung, Schmerzreduktion, allgemeinem Wohlbefinden und Medikamentenreduktion.

Langzeitwirkungen von Hypnose bei Körperbehinderten mit chronischem Schmerz. Zur Prüfung der Langzeitwirkung hypnotischer Analgesie erhalten (körper-)behinderte Patienten mit chronischen Schmerzen Tonträger mit Anleitungen zur Selbsthypnose. Werden sie genutzt, vermitteln sie auch noch nach zwölf Monaten Methoden zur Selbstkontrolle des Schmerzes (Jensen et al., 2005).

Behandlungsbezogener Schmerz

Punktion. Bei der Reduktion von behandlungsbezogenem Schmerz (z. B. bei Knochenmarkentnahme, Lumbalpunktion und nach chirurgischen Eingriffen) ist Hypnose den Kontrollbedingungen überlegen oder ähnlich wirksam wie Distraction (Accardi & Milling, 2009).

Injektion. Die Literaturanalyse randomisierter kontrollierter Studien (Uman et al., 2008) zur psychologischen Therapie von Injektionsschmerzen bei Kindern und

Jugendlichen (2 bis 19 Jahre) zeigt: Distraction, kombinierte kognitiv-behaviorale Methoden und Hypnose sind erfolgreich.

Zur Schmerzreduktion bei der Routineimpfung sind nach der Literaturanalyse von Chambers et al. (2009) Atemübungen, Distractionen (durch Kind oder Krankenschwester) und kombinierte kognitiv-behaviorale Methoden wirksam.

Berichte zu erfolgreichen Hypnosebehandlungen liegen zu weiteren unterschiedlichen Schmerzproblemen vor wie z. B.: Neuropathische Schmerzen (nach z. B. Herpes zoster, diabetischer → Neuropathie; Gainer, 1992; Haythornthwaite & Benrud-Larson, 2001), Dammschmerzen (Peter, 1999), Sichelzellanämie (Dinges et al., 1997); Arthrose (Gay et al., 2002; Timp, 1997).

22.3.5 Schmerzbehandlung bei Kindern

Praxishinweis

Wesentliche Aspekte bei der Schmerzbehandlung von Kindern (nach Jay, 1988)

- ▶ Induktion und Induktionsstrategien können kreativ angewendet werden; Standardverfahren sind selten angemessen wirksam.
- ▶ Die Aufmerksamkeit muss mehr oder weniger vom Kind selbst aktiv erreicht werden.
- ▶ Es werden meist nur informelle Induktionstechniken benötigt.
- ▶ Gerade bei Kindern sind stärkere Ängste und nur geringe Selbstkontrollmöglichkeiten zu beobachten.

Da Kinder schnell Biofeedback-Techniken (so z. B. der Oberflächentemperatur) erlernen, kann ihnen damit demonstriert werden, Schmerz zu regulieren. Aufbauend auf diese Erfahrung kann dann Hypnose erfolgen (Olness, 1989).

Bei Bauchschmerzen ohne erkennbare physische Ursache ist bei Kindern Selbsthypnose zur gesamten Körperentspannung hilfreich (Anbar, 2001).

In der pädiatrischen Intensivstation sind zahlreiche Sedierungs- und Analgesieprobleme zu bewältigen, die im Bereich der Entspannung und Sedierung durch Hypnose unterstützt werden können (Polaner, 2001).

Bei Kindern mit schmerzhaften Krebs- und Bluterkrankungen zeigen die Hochhypnotisierbaren signifikant geringere Schmerzen, Angst und Beeinträchtigung; die Geringhypnotisierbaren sind dagegen durch Ablenkung erfolgreich (Smith et al., 1996).

Bei der schmerzhaften Knochenmarkentnahme wurden gute Hypnoseerfolge bei Kindern erzielt (z. B. Lioffi & Hatira, 1999; Zeltzer et al., 1989; s. a. Abschn. 23.8.4). Da bei diesem Eingriff primär sensorischer Schmerz entsteht, muss auf ihn verstärkt eingegangen werden, so durch Veränderung der Schmerzwahrnehmung unter Hypnose (Ho et al., 2001).

Die Schmerzen bei → Sichelzellanämie sind ebenso wirksam mit Hypnose wie mit Verhaltenstherapie zu beeinflussen (Agargün et al., 2001).

Insgesamt sind behaviorale und kognitive Techniken wie Hypnose bei chronischen und dauernden Schmerzen bei Kindern effektiv (Chen et al., 2000).

22.3.6 Schmerzprobleme älterer Menschen

Die zahlreichen Beschwerden älterer Menschen sind meist auch mit Schmerzen und dadurch mit Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Während die Prävalenz für chronische Schmerzen in der Gesamtbevölkerung bei 5 Prozent liegt, steigt sie bei den Senioren auf 40 Prozent an (Brattberg et al., 1989).

Multimodale Ansätze mit operanten und kognitiven Verfahren, Entspannung und Hypnose bewirken ansteigende Aktivitäten, Bewältigungskompetenzen und erhöhte Selbstkontrolle in Bezug auf den Schmerz sowie reduzierten Medikamentenkonsum (Wilz et al., 1995).

Gerade bei Senioren können Schmerzen der Ausdruck für andere Probleme wie Einsamkeit, Familienprobleme, abnehmende Energie und Kraft oder Depression sein. Neben direkten Interventionen, wie z. B. Unternehmungen, Gesprächskreise, Einbeziehung der Familie, können Suggestionen und Hypnose unterstützen oder sogar zur Aktivierung führen (LeBaron & Fowkes, 1996).

Nahe am Lebensende können bei Schmerz, Atemproblemen, Schwindel und Erbrechen mit Selbsthypnose Entspannung und Erleichterung vermittelt werden (Pan et al., 2000).

22.3.7 Moderne Schmerztherapie mit Hypnose: Videorealität und Internet

Bei Verbrennungsschmerzen haben sich Audioinstruktionen als nicht besonders effektiv erwiesen. Patterson et al. (2004) benutzen deshalb die VR-Technik.

Die Video-Reality-Technik (Patterson et al., 2004, 2006)

Über einen speziellen computergesteuerten Videohelm erhalten die Patienten in Verbindungen mit den Hypnoseinduktionen eine dreidimensionale Schneewelt projiziert: Sie steigen in einen vereisten arktischen Canyon; über ihnen ein sternklarer Himmel, unter ihnen ein ruhig fließender Fluss. Dabei gleiten die Zahlen von 1 bis 10 vorbei; die Therapeutenstimme bereitet sie jeweils auf die nächste Stufe vor, bis sie bei 10 ganz entspannt sind und dann durch einen leichten Nebelschleier in ein üppig bewachsenes Tal mit einem See gelangen. Nun werden die meisten Suggestionen gegeben wie: »Dein ganzer Körper fühlt sich jetzt sehr, sehr wohl, muss sich um nichts kümmern; dein ganzer Körper ist nun ganz tief und angenehm entspannt.« ... »Nun bitte ich deine Gedanken, ab jetzt in der Zeit rückwärts zu gehen. Was dann geschehen wird ist, dass du Vorstellungen, Gefühle und Bilder von

irgendwann in der Vergangenheit siehst. Jede dieser Vorstellungen, Bilder oder Gefühle ist so lange besonders angenehm, so weit es auch positiv ist. Du wirst nur positive Erlebnisse haben« ... (2006, S. 293).

Nun spricht der Psychologe über die Zukunft: »Stelle dir vor, dass du dich siehst, wie es dir sehr gut geht. Du bist dann glücklich. Deine Schmerzen sind dann unter Kontrolle. Du wirst dann gut schlafen und wirst dann völlig geheilt sein.«

Danach kehrt der Patient über den Nebelschleier wieder rückwärts über die Zahlen 10 bis 1 durch den Canyon.

Diese Vorgehensweise erfordert 40 Minuten.

Effektive Anwendungsbereiche. Bei der Version zur Schmerz-Distraktion können die Patienten mit dem Spiel interagieren und Schneebälle auf Ziele werfen, während sie Musik hören. Diese virtuelle Realität erfordert hohe Aufmerksamkeit, die von der gefürchteten Wundversorgung abgezogen wird. Durch diese Methode erfolgen (in der kleinen Untersuchungsgruppe) eine deutliche Angst- und Schmerzreduktion und eine Halbierung von Opioidgaben. Die Wirkungen sind unabhängig von der Höhe der Hypnotisierbarkeit (Patterson et al., 2006). Gerade für Kinder mit Verbrennungen, die eine besonders schwierige Patientengruppe darstellen, ist diese Methode besonders geeignet – auch ohne Hypnose (Sharar et al., 2008).

Bei einer Patientin mit chronischem neuropathischem Schmerzen und zahlreichen Behandlungsmisserfolgen wird in einer sechsmonatigen VR-Behandlung mit Hypnose-Suggestionen zum Schmerzabbau und Wohlbefinden eine Reduktion von Schmerzintensität und Schmerzbeschwerden über bis zu zwölf Stunden jeweils nach der VR-Technik erreicht. Diese Methode ist der Standardhypnose ohne VR sogar überlegen, hält jedoch nicht über längere Zeit an. Die Behandler O Neal et al. (2008) empfehlen die Methode besonders bei refraktären chronischen Schmerzen.

In einer randomisierten Studie erhalten Patienten nach Körperverletzungen (Auto-unfall, Schusswunden etc.) die VR-Behandlung in Kombination mit Suggestionen des Wohlbefindens. Im Vergleich zur Kontrollgruppe spüren diese Patienten eine geringere Schmerzintensität und geringere Schmerzbeschwerden (Patterson et al., 2010).

Schmerztherapie über das Internet

Devineni und Blanchard (2005) bieten zum Abbau von Schwellenängsten eine Behandlung chronischer Kopfschmerzen über das Internet an, die u. a. behaviorale Interventionen, progressive Relaxation und Stressmanagement, begrenzt auch Biofeedback enthält. Die randomisierte kontrollierte Studie zeigt: 39 Prozent der Teilnehmer berichten nach der Behandlung von einer klinisch signifikanten Verbesserung, mit signifikanten positiven Auswirkungen auf Schmerzen, die Bezug zum Kopfschmerz haben.

22.4 Dissoziative Identitätsstörung

Erklärungsmodelle

Historisch hat sich als Erster wahrscheinlich der Arzt und Magnetist Eberhard Gmelin (1791) mit der Symptomatik der dissoziativen Identitätsstörung befasst. Er erzeugte bei »umgetauschter Persönlichkeit« durch Handzeichen Persönlichkeitswechsel. Antoine Despine (1880) wandte erstmals eine Magnetismusbehandlung der multiplen Persönlichkeit bei Eselle L. an (Fine, 1988).

Pierre Janet publizierte um die Wende zum 20. Jahrhundert über dissoziativ gestörte Patientinnen. Nach seiner Theorie erfolgt nach Traumatisierungen eine Dissoziation und »Nicht-Bewusstwerdung« der traumatisierenden Erinnerungen (Janet, z. B. 1925). Entsprechend handelt es sich für ihn um eine »Störung der Nicht-Bewusstwerdung«, bei der die Lebensentwicklung der Person zum Stillstand gekommen ist; sie »klebt« an dem nicht zu bewältigenden Hindernis. Bei Konfrontation damit reagiert sie mit starker Angst, die Janet »Phobie für (traumatische) Erinnerung« nennt.

Insgesamt wird die Diagnose »Dissoziative Identitätsstörung« sehr kontrovers diskutiert. Die Kritiker bezeichnen sie als Fiktion oder als Epiphänomen anderer Diagnosen (z. B. »Borderline-Persönlichkeitsstörung«), als Somatisierungsstörung oder als Teil eines komplexen sozialpsychologischen Prozesses des irrationalen Glaubens an Hexenkräfte, der in der westlichen Kultur seit dem Mittelalter periodisch ausbricht (Spanos & Burgess, 1994). So besteht bei den Therapeuten Skepsis, ob es die multiple Persönlichkeit überhaupt gibt (Bowers, 1991), sie wird sogar als signifikante → iatrogene Wirkung der Hypnose angesehen (Powell & Gee, 2000) und auf Lehrbücher zurückgeführt, die sich zu wenig auf wissenschaftliche Daten beziehen (Arrigo & Pezdek, 1998).

Beispiel

Klinisch-forensische Diagnostikprobleme

Die dissoziative Identitätsstörung wurde sehr bekannt durch die wissenschaftliche Kontroverse über den »Los Angeles Hillside Strangler« Kenneth Bianchi, einen jungen Mann, der 1977/78 mindestens zehn Morde begangen hatte. Unter Hypnose wurden bei ihm verschiedene Persönlichkeiten wachgerufen (Watkins, 1984). Orne et al. (1984) kommen jedoch zur Schlussfolgerung, dass der Täter ein Soziopath ist, der geschickt die Symptomatik der multiplen Persönlichkeit simulieren konnte.

Die Ätiologie wird seit ca. 1980 in einem grundlegenden physischen und/oder sexuellen Missbrauch (von Frauen) in der frühen Kindheit gesehen (Kluft, 1991), verbunden mit Fantasiebegabung (Pekala et al., 2001). Patienten benutzen während des Schlafes die Dissoziation als Abwehrmechanismus; Schlaf erleichtert den Übergang von einer Persönlichkeit zu einer anderen (Agargyn et al., 2001).

Zum Teil wird die damals aufkommende Frauenbewegung, die das Leid der missbrauchten Frauen erkannte, als Ursache für den Diagnoseboom der multiplen

Persönlichkeit angesehen (Acocella, 1999; Huber, 1995), aber auch Therapeuten, Mediensensationen und christlicher Fundamentalismus (Acocella, 1999). Inzwischen wurde aber deutlich, dass viele der Patienten mit Identitätsstörungen in ihrer Kindheit nicht nur Missbrauch, sondern auch Vernachlässigung und schwache oder unterbrochene Bindungen erlitten (Van der Hart et al., 2008).

Die experimentellen Hypnose weist nach, dass in Hypnose produzierte Berichte und Erinnerungen eine Mischung aus Realität und Vorstellung beinhalten und mit größerer Wahrscheinlichkeit Konfabulationen sind (s. Abschn. 26.1 f.). Entsprechend können hier Quellen für soziokulturell bedingte und sich selbst verstärkende Annahmen über die Entstehung der Störungen liegen (Ganaway, 1995).

Zwischen dem Bericht über ein traumatisches Kindheitserlebnis und dissoziativen Symptomen kann leicht eine Pseudokorrelation hergestellt werden, die empirisch besser abgesichert werden sollte, da z. B. bei uneindeutigen Traumatisierungen eine wesentlich komplexere Beziehung von Ursache und Wirkung besteht (Giesbrecht & Merckelbach, 2005). Die hohe Imaginationsfähigkeit der Kinder kann dabei eine Rolle spielen (Merckelbach & Jelicic, 2004).

Nach der Dissoziationshypothese erfolgen plötzliche Änderungen im Affekt und Verhalten, um die verdrängte Erinnerung an den traumatisierenden Missbrauch abzuspalten. Aus der soziokognitiven Perspektive beinhaltet die dissoziative Identitätsstörung eine multiple Rollenausgestaltung, die nach einem kulturellen Skript und durch soziale Verstärkung legitimiert und aufrechterhalten wird, was auch experimentell belegt ist (Stafford & Lynn, 2002). Aus kognitiver Sicht sollten sogar Begriffe wie »Verdrängung« oder »Dissoziation« ersetzt werden durch Erklärungen des Vergessens (Brewin & Andrews, 1998).

So erstarren Kinder in angstbesetzten Situationen, besonders in angstbesetzten Bindungen, verstummen und reagieren meist scheinbar gefühllos roboterhaft (Bowlby, 1988), wahrscheinlich, um sich dissoziiert abzugrenzen.

Bedingt durch die Vielschichtigkeit des Erklärungsmodells der Dissoziation wird oft Hypnose-Trance als ein vergleichbarer Prozess betrachtet, die teilweise auch als Dissoziation zu beschreiben ist. Es besteht sogar eine Korrelation zwischen dissoziativen Symptomen und hoher Imaginationsfähigkeit (Merckelbach et al., 1999). Hier ist weiter zu überprüfen, ob tatsächlich Vergleiche zwischen pathologischem und hypnotischem Verhalten zulässig sind.

Definition

Dissoziative Reaktionen auf reaktivierte traumatische Erinnerungen (nach van der Hart et al. 1995, S. 39 f.)

Die **kurzzeitige reaktive dissoziative Störung** ist gekennzeichnet durch eine oder mehrere länger dauernde Symptome:

- ▶ Stupor
- ▶ Depersonalisation
- ▶ Wahrnehmungsverzerrungen

- ▶ subjektives Gefühl der Empfindungslosigkeit
- ▶ Amnesie für das Ereignis und die Zeit danach
- ▶ plötzlich auftretendes Entsetzen
- ▶ physiologische Erregung

Der Wechsel zu Alternativpersönlichkeiten ist eine längerfristig bestehende Störung: Das stresshafte Ereignis wird meist mit mehreren verschiedenen Alternativmöglichkeiten durchlebt, was auch während der reaktivierten traumatischen Erinnerungen möglich ist. Der Wechsel kann sehr schnell und zu mehreren meist kindlichen Persönlichkeiten erfolgen. Die auftretenden Schrecken werden dadurch jedoch nicht reduziert, sondern führen zu weiteren Verstimmungen, Funktionsbeeinträchtigungen und Dissoziationen.

Therapie mit Hypnose

Zur Diagnose lassen Burbridge und Burbridge (2001) in Verbindung mit Hypnose Zeichnungen und Schriftstücke erstellen.

Kluft (1988a) macht die Fähigkeit der Dissoziation des Patienten für ihn nutzbar. Die hohe Imaginationsfähigkeit der Patienten kann man sich in der Therapie nutzbar machen, ebenso seine »gewohnten« Wirkungen von Suggestionen. Entsprechend nutzt van der Hart (z. B. 2000, 2010) Hypnose als dafür geeignete Therapiegrundlage. Im Vordergrund steht hierbei stets die Sicherheit des Patienten (Putnam, 1989).

Behrs (1982) wendet erfolgreich Selbsthypnose an. Es werden auch ideomotorische Handsignale empfohlen, durch die sich die Einzelpersönlichkeiten bemerkbar machen können (Fike, 1990). Insgesamt bringt Hypnose in der Diagnostik und Therapie den Vorteil, die ursächlichen Traumatisierungen aufzudecken (Wilbur, 1984).

Der Therapeut und der Patient sind sich jeweils unsicher über die Risiken, die sie eingehen; so kann eine reale Erinnerung fälschlicherweise als Pseudoerinnerung eingestuft werden und umgekehrt. In dieser ambigen und ungewissen Situation muss der Therapeut einen neutralen Standpunkt einnehmen, der in hohem Maße offen und akzeptierend gegenüber der Trauma-Erinnerung ist, ohne sie voreilig mit Zustimmung oder Misstrauen zu bewerten (van der Hart, 2000).

Praxishinweis

Behandlungsschwerpunkte der dissoziativen Identitätsstörung (van der Hart, 2000, 2010)

(1) Stabilisierung und Symptom-Reduzierung

Bewältigung der Phobie der dissoziierten Identitäten. Dazu gehört u. a. Sicherheit, Identifizierung der Alternativpersönlichkeiten und ihrer wechselseitigen Konflikte und Entwicklung von Ich-Stärke. Hypnose dient dazu, Kontrolle über die Dissoziation zu gewinnen und einen sicheren psychologischen Ort zu finden. Auf jeden Fall sollten bis zu einer zuverlässigen Stabilisierung traumatische Erinnerungen verhindert werden.

(2) Behandlung der traumatischen Erinnerungen

Bewältigung der Phobie der traumatischen Erinnerung. Krisen treten bei der Bewusstwerdung auf. Da jedoch auch in Hypnose z. B. Pseudoerinnerungen auftreten können (s. Abschn. 22.6.2), sollten die damit verbundenen Berichte vorerst mit Vorsicht gewichtet werden, bevor daraus voreilige Schlüsse und Handlungen abgeleitet werden. Sinnvoll erscheint eine serielle Synthese, indem z. B. *vor* den Zeitpunkt der Traumatisierung geführt wird, um von da aus durch die einzelnen Erfahrungen zu begleiten. In Hypnose können die Alternativpersönlichkeiten einen sicheren Ort erhalten, bis sie auch bereit sind, an der Synthese teilzunehmen. In einer parallelen Synthese wird u. a. mit Gruppen ähnlicher Persönlichkeiten gearbeitet. In dieser Phase erfolgen hypnotische Metaphern und Copingstrategien.

(3) Reintegration und Rehabilitation der Persönlichkeit

Bewältigung der Phobie des normalen Lebens. Es erfolgt z. B. Integration und Bewusstwerdung durch Konfrontation mit einem starken Verlust, Trauer und Kummer. In der Substitution können kleine Veränderungen der Missbrauchserfahrungen vorgenommen werden, die Ermutigungen bewirken, seinen Ärger auszudrücken oder Gedanken zuzulassen, dem Täter etwas anzutun. Die ursprünglich frustrierende Situation wird zu einem befriedigenden Ende geführt, die Kontrolle über sich zu gewinnen und eigene Kompetenzen zu akzeptieren. Ggf. ist hier die hypnotische Abreaktion angezeigt (s. Abschn. 19.6.10).

22.5 Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen

Die zahlreichen Interventionsformen zur Behandlung der unterschiedlichen Sexualstörungen werden hier als allgemein bekannt vorausgesetzt. Hypnose stellt meist nur einen Teilaspekt der Behandlungen dar.

Kultureller Druck und Erwartungsängste sind im Bereich der Sexualität besonders groß und müssen entsprechend berücksichtigt werden. Es entsteht die Angst, Erwartungen nicht zu genügen. Falsch verstandene oder absolut angewandte Hypnosetechniken können gerade diese Ängste begünstigen. Bestimmte hypnotische Suggestionen können das Problem sogar verschärfen. »In diesem Sinne sollte auch ein Fantasietraining weniger einer sexuellen Animation entsprechen als einer Imaginations- und Empfindungsförderung, die an sexuelle Fantasie und genitale Empfindungen von Wärme, Feuchtigkeit, Druck und Pulsation schrittweise heranzuführt« (Christmann, 1991a, S. 150). Vor diesem Hintergrund hat Christmann ein multimodales Hypnose-Therapiekonzept der Sexualtherapie entwickelt (s. Tab. 22.1).

Araoz (2005) bevorzugt bei vielen Sexualproblemen zwei Methoden, verbunden mit Hypnose: Er adaptiert von Watkins und Watkins (1997) Teile der *Ego-State-Therapie*. Bei Identitätskonflikten soll sich die Person in Hypnose mit den verschiedenen Identitäten oder Teilen seiner Persönlichkeit in Verbindung setzen, um dann die unterschiedlichen Ansprüche, Wünsche, Ängste usw. zu erfahren. Indem er sich dann

Tabelle 22.1 Hypnose in der Sexualtherapie (nach Christmann, 1991)

Hypnodiagnostik

Aufdeckung sexueller Mythen und Bearbeitung nicht gewusster Bedeutung und ungeklärter Gefühle, z. B. durch:

▶ Altersregression	▶ freie Imagination
▶ Affektbrücke	▶ ideomotorische Befragung

Hypnotherapie

Ich-Stärkung und Motivationsförderung, z. B. durch:

- ▶ Gelassenheitssuggestionen
- ▶ Reframing

Elaboration des sexuellen Skripts

Methodisches Vorgehen:

- ▶ Disputation sexueller Mythen
- ▶ Akzeptanz der eigenen Sexualität
- ▶ Unterbrechung negativer Bewertungen und Fantasien
- ▶ Entwicklung positiver Bewertungen und Fantasien durch direkte Suggestionen

Spezielle Hypnosemethoden:

- ▶ indirekte Umstrukturierung
- ▶ mentales Training
- ▶ Metaphern
- ▶ Zeitausdehnung
- ▶ Zeitprojektion

Verarbeitung traumatischer Erfahrungen

(sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Erfahrungen sexuellen »Versagens«), z. B. durch:

▶ Self-reparenting-Technik	▶ Dissoziation

mit den unterschiedlichen Teilen auseinandersetzt, sie zu sehen und anzuhören, um sie dann besser in sich integrieren zu können. Bei Problemen in der Geschlechteridentität kann die Person z. B. sowohl die weibliche als auch die männliche Rolle übernehmen und daraus ihre Geschlechtszugehörigkeit erkennen und annehmen.

Beim mentalen Probehandeln agiert die Person in den einzelnen Teilen, die sie ausprobiert und dabei erfahren kann, welche Teile sie bevorzugt und intensiver leben möchte. Sie kann damit ihre Schuld- oder Angstgefühle reduzieren.

Die Hypno-Systemische-Sexualtherapie (HSS) von Wirz (2009, 2010)

Grundlage ist die Annahme Ericksons, dass Wahrnehmung durch willkürliche und unwillkürliche Fokussierung der Aufmerksamkeit selbst gesteuert wird. Da die Sexualbeziehung von der erotischen und sinnlichen Wahrnehmung gesteuert wird, ist die internale Wahrnehmungsebene der Sexualpartner ebenfalls von dieser Fokussierung betroffen.

In einer Explorationshypnose steht das Problemerleben selbst im Vordergrund; erleichternd ist dabei der sichere Ort.

Grundannahmen und Therapieschritte sind (hier komprimiert dargestellt):

- ▶ Abbau der systemischen Kontexte, innerhalb derer Versagensängste bestehen
- ▶ Mit Hypnose die schlummernden Träume und Fantasien entdecken und dadurch Bewusstseinsveränderung bewirken
- ▶ Abbau von Kontrollfunktionen und stattdessen Aufspüren sexueller Lösungen
- ▶ Umfokussierung der Aufmerksamkeit weg von der sexuellen Dysfunktion hin zur Harmonisierung der sexualrelevanten Persönlichkeitsanteile
- ▶ Paardynamisch abgestimmtes Sexualverhalten erkunden und fördern
- ▶ Abbau von Stressreaktionen in sexuellen Begegnungen
- ▶ Trennung affektiver Belastungen von sexuellen Erlebnissen

22.5.1 Sexuelle Funktionsstörungen

Hypnose ist bei sexuellen Funktionsstörungen einzusetzen: z. B. als Diagnostikum, als Hilfsmittel der Verhaltensmodifikation, zur direkten Symptomveränderung und zum Abbau neurotischer Konflikte. Sowohl direkte und indirekte Vorgehensweisen sind erfolgreich. Entsprechend werden auf dieser Ebene Einzel- oder Gruppentherapien vorgenommen.

Ursachenfindung und Diagnostik

Allgemein sollten organische Ursachen bedacht werden, wie z. B. → Endometriose, Vernarbungen, Entzündungen, unzureichende Sekretion, Hormonstörungen und Nebenwirkung von Medikamenten. Traumatisierende Ursachen, die zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (s. Abschn. 22.1.4) führten, sind ebenfalls zu bedenken. Äußerst unterschiedliche Vorgehensweisen der Hypnoseanwendung werden berichtet, da sich auch die Grundtherapien oft sehr unterscheiden.

Die Patientin von Stafano (1982) erkennt in der hypnotischen Altersregression, dass sie als Kind unerwünscht, sexuell missbraucht und belästigt worden war und kann dadurch ihre Sexualängste besser verstehen.

Therapie mit Hypnose

Da Patienten sich durch Hypnose teilweise erschreckend schnell an traumatisierende Erlebnisse erinnern, können diese für sie eine große Gefahr werden. Denn sie sind nun ohne den Schutz der Verdrängung oder des Vergessens ihren Problemen und Emotionen ausgeliefert. In derartigen Fällen ist wahrscheinlich eine hypnotische Amnesie dieser Erinnerung angeraten. Danach wird der Therapeut dann langsam mit dem Patienten das Problem aufdecken.

Ein komplexes verhaltenstherapeutisches Konzept (Misra, 1982)

Das Konzept von Misra ist konventionellen Methoden wie denen von Masters und Johnson (1973) stark überlegen. Folgende Methoden werden angewandt:

- ▶ **Ich-stärkende Suggestionen:** Siehe hierzu die Instruktion von Hartland (1973, s. Abschn. 19.6.7).
- ▶ **Hypnotische Erinnerung:** Mittels Altersregression erleben die Patienten bereits erfolgreiche Sexuelsituationen und Verhaltensweisen und werden so zur weiteren Verbesserung bekräftigt.
- ▶ **Videohypnodesensitization:** Hierarchisch aufgebaute Video-Aufzeichnungen heterosexueller Verhaltensaspekte werden unter Hypnose-Entspannung betrachtet.
- ▶ **Hypno-Konditionierung mit Dias:** Für verschiedene sexuelle Dysfunktionen werden spezielle Dias gezeigt, ähnlich den Video-Aufzeichnungen.

Verminderte sexuelle Appetenz

Die sexuellen Hemmungen einer Frau therapiert Channon (1982a) mit Hypnose-Suggestionen angenehmer Körpergefühle und übt mit ihr eine bessere und positive Körperwahrnehmung ein. Kroger und Fezler (1976) benutzen hierzu ihr »Standardized Structured Imagery«, Suggestionenbilder, die relevante Körpergefühle ansprechen und eine angstfreie Basis schaffen, den eigenen Körper sexuell zu erleben. Backich (1995) verwendet bei einer verheirateten Frau mit hypoaktivem sexuellem Interesse die Altersregression als aufdeckendes Verfahren und erkennt ein unterdrücktes sexuelles Trauma.

Störung mit sexueller Aversion

Je nach Genese sind Angstbehandlungen erforderlich; so nimmt Pesci (1983) bei einer Frau mit Bedrohungsgefühlen und Abscheu vor der Sexualbeziehung eine Art Desensibilisierung unter Hypnose vor, indem er Visualisierungen von Phallussymbolen bewirkt.

Cheeks (1976b) Patientin leidet nach einer Krebs-Totaloperation unter sexueller Aversion; hier ist der Aspekt der Lebensbejahung, des Selbstbildes und der Hoffnung therapeutisch relevant.

Erektionsstörungen

Bei der Erektionsschwäche (Erektile Dysfunktion), die einen Geschlechtsverkehr nicht ermöglicht oder erschwert, sind vorwiegend psychologische Ursachen zu finden, wie Kindheitsprobleme, Schuldgefühle, Paarprobleme, Überforderungen, Versagens- und Sexualängste. (Einige Autoren zählen vorzeitigen Samenerguss ebenfalls zur früher als Impotenz bezeichneten Störung.) Körperliche Ursachen wie Alter und bestimmte Medikamente sind zu berücksichtigen. Neben Testosteron- und Tradozongaben tragen Hypnosesuggestionen zu Verbesserungen bei, die jedoch in ihren Einzelheiten noch weiter untersucht werden müssen (Aydin et al., 1996).

Beispiel

Die von Fuchs et al. (1982) erprobte Methode benutzt indirekte Suggestionen und umfasst bis drei Sitzungen. Die Induktion erfolgt über die Armlevitation, die als ein Symbol für das sich aufrichtende und erigierende Glied gelten soll. Die Hand des levitierten Armes berührt nun das Kopfhaar; damit verbunden werden indirekte Suggestionen, dass der erigierte Penis das Schamhaar berührt und kraftvoll bleibt. Dann erfolgt die posthypnotische Suggestion, dieses Verhalten später mit dem Penis nachvollziehen zu können. In einem Zeitraum von zehn Jahren behandeln die Therapeuten 366 Patienten äußerst erfolgreich (Peretz et al., 1988).

Diese Methode hat folgende Vorteile: Zunahme des Selbstvertrauens, extrem kurze Behandlungszeit, die Anwesenheit der Partnerin ist nicht erforderlich, hohe Akzeptanz der Behandlungsform.

Crasilneck (1982) nimmt Hypnose-Therapie an 100 Patienten vor, indem er direkte Suggestionen zur Erektion vorgibt und sowohl kognitive als auch emotionale Einsicht in das Problem bewirkt. Nach einem Jahr ist bei den Patienten Symptombefreiheit ohne Symptomverschiebung festzustellen.

Bei einem jungen Mann erreicht Bateman (1981) nach sechs Hypnosesitzungen Verbesserung durch Entspannung und Ich-stärkende Suggestionen und deckt autoerotische und homosexuelle Traumata auf. Diment (1984) nimmt durch Beratung und Hypnose-Entspannung wahrscheinlich eine kognitive Umstrukturierung vor, da sein Patient der Ansicht ist, seine Erektionsstörung sei durch seine Diabetes bedingt. DeShazer (1980) arbeitet erfolgreich mit indirekten symbolischen Suggestionen.

Orgasmusstörungen

Weibliche Orgasmusstörung. Marchesan (1980) berichtet einen Fall von fehlender Befriedigung. In einer Altersregression bis zur Kindheit erlebt die depressive Patientin wieder, wie ihr Vater bei ihrer Mutter Sexualverkehr erzwingt. Bei besonders gravierenden Problemen und Widerständen empfehlen Cheek und LeCron (1968; Cheek, 1976a, 1976b) die Methode der ideomotorischen Befragung (s. Abschn. 7.2.1).

Nach der Untersuchung von Obler (1982) ist Hypnose und Verhaltenstherapie bei weiblichen Orgasmus-Dysfunktionen effektiver als die Ko-Therapeut- oder Partnerhilfe.

Ejaculatio praecox. Die systematische Desensibilisierung ist wahrscheinlich die effektivste Form zur Behandlung des vorzeitigen Samenergusses (Kilmann & Auerbach, 1979). Susicka und Taus (1980) verwenden Hypnose mit Entspannungssuggestionen. Dies entspricht eventuell der von Kraft und Al-Issa (1968) verwandten Methode der Desensibilisierung.

Generell ist bei dieser Problematik auch Altersregression zu erwägen, bei der relevante Erfolgserlebnisse wiedererlebt werden; auch subjektive Zeitveränderungen unter Hypnose sind indiziert (Kroger & Fezler, 1976), wodurch die subjektiv erlebte

Zeit der Erregung verlängert oder verkürzt werden kann und auf diese Weise Erwartungshaltungen und Misserfolgsängste reduziert werden.

Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen

Vaginismus. Bei einer Patientin mit seit elf Ehejahren bestehendem Vaginismus nehmen Kampman und Kauppila (1978) Altersregression vor, die zu starken Emotionsausbrüchen führt und erkennen lässt, dass die Patientin stets das Bild vor Augen hat, durch eine Geburt und damit verbunden durch den Koitus in zwei Teile zerrissen zu werden. Nach dieser Sitzung kann die Patientin beschwerdefrei Geschlechtsverkehr erfahren. Ähnliche therapeutische Erfolge werden von Kapelis (1980) und Gottesfeld (1978) berichtet. Die Desensibilisierung in Kombination mit Hypnose ist hier ebenfalls die erfolgreichste Methode (Cafiso, 1982; Degun & Degun, 1982; Goldberg, 1983).

Beispiel

Eine meiner Patientinnen reagierte auf relevante Berührungen am Unterbauch – z. B. beim Waschen – mit generalisiertem Vaginismus, der sogar zur leichten Ohnmacht führen konnte. Nach mehreren vergeblichen Versuchen der Verhaltensexploration gab ich ihr in Hypnose folgendes Bild:

»Sie können sich bestimmt an ein Märchen erinnern, das Sie als Kind besonders ansprach. ... Sie sind nun im Märchenland mitten in diesem Märchen. Sie sind eine Frau und sehen sich um, was auf Sie zukommt(!)«

Spontan erlebt sie sich als Schneewittchen, das im Glassarg von allen Menschen isoliert ist. Plötzlich fühlt sie sich wie in einem Eisblock steif und unzugänglich. Da erscheint ein Prinz, der sie küsst und sich auf den Eissarg legt – seine Wärme und die nun einsetzenden Sonnenstrahlen tauen den Eisblock auf, und sie kann sich endlich frei bewegen (vgl. Abschn. 19.6.12).

In der Nachbesprechung ist sie sehr erstaunt über dieses spontane Geschehen und erkennt, dass sie sich immer vor Männern abgekapselt hat. Nun berichtet sie: Ihre alleinerziehende Mutter hatte zahlreiche Sexualpartner zu Besuch. Diese haben ihr als Kind die Zuwendung und Liebe ihrer Mutter weggenommen. Nun möchte sie sich endlich auch Männern gegenüber öffnen (!) und mehr Kontakt zulassen. Nach wenigen Sitzungen kann sie von angenehmen sexuellen Erfahrungen berichten. Parallel dazu verringert sich ihre relativ starke Psoriasis – besonders im Genitalbereich.

22.5.2 Sexuelle Abweichungen – Paraphilien

Die konventionelle Definition bezieht sich auf die Möglichkeiten, durch ungewöhnliche Vorstellungen oder Handlungen sexuelle Befriedigung zu erlangen; dabei bestimmen starke kulturelle Normen die Grenzen. Auch hier sind die Ursachen in mannigfaltigen psychologischen Faktoren zu finden.

Exhibitionismus

Zahlreiche verhaltenstherapeutische Interventionen erfolgten, so Aversionstherapien (Rooth & Marks, 1974; Wolpe, 1958) oder verdeckte Sensibilisierung (Maletzki, 1974, 1977).

Ein Mann leidet seit 14 Jahren unter Exhibitionismus: Er fährt mit dem Auto, bis er Frauen sieht, anhält, die Türe öffnet und vor ihnen masturbiert. Der Therapeut trainiert mit dem Patienten in Hypnose die Erinnerung von sehr unangenehmen und sehr angenehmen Lebenssituationen, die er nach einiger Zeit auf ein Stichwort hin abrufen kann. Dann erfolgt die Imagination der kritischen Situationen (Autofahren, Frauen sehen etc.); der Therapeut nennt nun das Stichwort für die negative Erinnerung. Dadurch unterbricht der Patient seine kognitive und imaginative Verhaltenskette, worauf er mit dem Stichwort der angenehmen Imagination dafür verstärkt wird. Die Behandlung wird nach 34 Sitzungen in zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen (Polk, 1983).

Epstein und Deyoub (1983) behandeln einen 30-jährigen Exhibitionisten in acht Sitzungen. In einer Altersregression erkennt der Patient sein erstes exhibitionistisches Erlebnis, das gleichzeitig sein erstes Sexualerlebnis ist. Hier erfolgte die Konditionierung, bei sexueller Spannung mit Exhibitionismus zu reagieren. Die lebensgeschichtliche Entwicklung zeigt, dass in der späteren Ehe seine Wünsche nach Geschlechtsverkehr sehr oft zurückgewiesen wurden, da seine Frau stets Angst vor einer Schwangerschaft hatte. Der Patient erlernt Autohypnose und soll sie bei auftretenden sexuellen Spannungen zur Entspannung anwenden. Zusätzlich zu diesem Selbstkontrollverfahren erhält er Suggestionen für ein Notprogramm, das die Verhaltenskette unterbrechen soll. Die posthypnotische Suggestion dazu beinhaltet, dass sich bei mangelnder Selbstkontrolle seine Finger verkrampfen und er seinen Hosenreißverschluss nicht mehr öffnen kann. Das Verhalten wird unter Hypnose erfolgreich geprobt und kann danach sinnvoll eingesetzt werden. Die sexuelle Beziehung zu seiner Frau hat sich parallel dazu verbessert.

Fetischismus

Für einen chronischen Kleidungsfetischisten wurden seit dem dritten Lebensjahr weibliche Kleidungsstücke, besonders Unterwäsche, zum Sexualobjekt. In Hypnose nimmt Glick (1976) eine Aversionskonditionierung vor: Es wird die Suggestion gegeben, dass der Patient immer dann ein Übelkeitsgefühl bemerkt bzw. produziert, wenn er das Händeklatschen des Therapeuten hört. Dazu werden ihm nun Imaginationen von urin- und kotverschmierter Unterwäsche gegeben. Nach wenigen Sitzungen hat das Sexualverlangen nach Unterwäsche völlig abgenommen.

Pädophilie

Bei Pädophilie sind Verhaltensmodifikationen geläufig, so operante Kontrolltechniken (Wong et al., 1982), Bestrafung (Quinsey et al., 1980), Rekonditionierung (Umlernen auf den Ursprungszustand hin: Foote & Laws, 1981), Biofeedback und Selbstkontrolle (Laws, 1980). Hypnose-Interventionen sind sehr wenig bekannt.

Stava (1984) behandelt einen jungen Mann, der in den zurückliegenden sechs Jahren über 20 Kinder belästigte. Durch sukzessive in Hypnose induzierte freie Träume erlebt der Patient, wie er als vierjähriges Kind von seinem Onkel sexuell belästigt wird. Daraufhin wird die psychodynamische Methode der Affektbrücke (s. Abschn. 7.7.1) benutzt: Ein gegenwärtiges Gefühl soll ihn stets in die Situation versetzen, in der er das Gefühl früher erlebte. In Hypnose durchlebt der Patient nun Träume, in denen er mit der Affektbrücke geleitet wird. Die vor und nach der Behandlung gemessenen Penisreaktionen beim Anblick von Kindern nehmen deutlich ab, ebenso seine Sexualwünsche gegenüber Kindern. Der Wunsch nach erwachsenen Sexualpartnern nimmt jedoch nicht zu.

Schafer (1991) behandelt einen an zwanghafter Pädophilie leidenden Patienten ebenfalls mittels der Affektbrücke: In Hypnose soll er sich sein Gefühl vorstellen, das kurz vor seinem Handeln einsetzt. Dann bekommt er die Suggestion, immer kleiner und jünger zu werden, bis hin zu dem Zeitpunkt, als das Gefühl erstmalig auftrat. Hier werden dann zahlreiche diagnostische Informationen gegeben, die in der Behandlung weiterverarbeitet werden können.

Sexueller Masochismus

Kroger und Fezler (1976) berichten von einem 50 Jahre alten Patienten mit starken Schmerzen im rechten Unterbauch, die auch nach einige Operationen anhalten. Die nähere Analyse zeigt, dass der Patient von seiner Frau oft sexuell zurückgewiesen wurde und sich bei ihm Aggression und Schuldgefühle einstellten, die dann zu einem masochistischen Verlangen nach Bestrafung und Schmerz führten. Neben einer hypnotischen Beeinflussung mit Gedankenstopp erfolgte eine Ehe- und Sexualtherapie.

22.5.3 Geschlechtsidentitätsstörungen

Auch hier liegen nur Einzelfalldarstellungen vor. Cafiso (1983) erarbeitet bei einem 27-jährigen Patienten Ich-Stärkung und erreicht dem Patientenwunsch entsprechend ein stärkeres heterosexuelles Interesse, das es auszuleben gilt. Roden (1983) behandelt eine 18-jährige Frau mit Altersregression bis zur prägenitalen Phase, in welcher sie durch eine weibliche Person besondere Geborgenheit erhalten hatte; durch Hypnose kann sie ihre verbotenen Erinnerungen wachrufen und aufarbeiten. In ähnlicher Weise ist Fabiano (1981) mit fünf Sitzungen erfolgreich.

Beispiel

Bei einem vierzigjährigen Mann mit transsexuellen Neigungen nimmt ein Arzt eine Raucherschnellentwöhnung vor, indem er ihm in Hypnose die Suggestion gibt, nun die Person zu sein, die er gern sein möchte. Dabei kommt dem Patienten das Bild einer schwangeren Frau in den Sinn. Kurze Zeit später entwickelt er eine Scheinschwangerschaft (Pseudocyesis), verbunden mit Zunahme des Leibesumfangs, morgendlicher Übelkeit und wässriger Sekretion aus seinen Brustwarzen. In einer

Psychotherapie mit Hypnose erhält der Mann, der seine »Schwangerschaft« mit einer »Geburt« beenden will, die Beschreibung, was alles zu diesem Zeitpunkt eintreten wird. Er möchte sich nun als eine Frau ansehen, die eine Geburt hinter sich hat. Dieses Erleben reduziert seine Symptomatik (Barrett, 1988).

Dieses Fallbeispiel soll gleichzeitig auf die Gefahren undifferenzierter Suggestionen hinweisen (s. Abschn. 9.3.5).

22.6 Essstörungen, Schluckbeschwerden, Erbrechen

Erklärungsmodelle

Essstörungen sollen als überstarke bzw. extrem reduzierte Nahrungsaufnahme verstanden werden, womit teilweise Erbrechen einhergeht. Das Grundbedürfnis des Essens ist bereits beim Säugling und Kleinkind mit zahlreichen Gefühlen gekoppelt wie: Nähe, Wärme, Geborgenheit, aber auch Eile, Ungeduld und Nervosität. Mit Essen werden viele Ritualisierungen verbunden: diverse Geburtstags- und Festtagsfeierlichkeiten, bis hin zum Totenschmaus und der Heiligen Kommunion. Entsprechend werden hier leicht psychodynamische Verbindungen erworben, die es aufzuarbeiten gilt. Die starke psychosomatische Beziehung drückt sich in vielen Redewendungen aus wie: »Zum Fressen gern haben«, »Meine Süße«, »Jemand ist ein Kotzbrocken«, »Das kotzt mich an«, »Es schlägt auf den Magen«, »Den Ärger herunterschlucken«, »Das schmeckt mir aber (nicht)«.

Aus den Tagebuchnotizen seiner Patienten über ihr Essverhalten erhält Torem (1988) Diagnostikinformationen über externale und internale Auslöser der Esssucht (Personen, Ereignisse, Emotionen, Kognitionen). Da viele seiner Patienten sich an ihre Aufzeichnungen nicht mehr oder nur sehr vage erinnern können oder mit unterschiedlichen Handschriften schreiben, nimmt Torem eine Dissoziation unterschiedlicher Ich-Zustände an. In Hypnose wird versucht, daraus diagnostische und therapeutische Schlüsse zu ziehen.

22.6.1 Adipositas

Der Fettsucht (Obesitas; Adipositas; Fettleibigkeit) liegen neben einigen somatischen Ursachen am häufigsten falsche Ernährung und unangemessenes Essverhalten zugrunde, die ihrerseits psychische Grundursachen haben, wie z. B. mangelnde Zuwendung, Desorganisation, geringe Selbstschätzung, Depression oder sich nach einem sexuellen Missbrauch hässlich und unattraktiv machen wollen. So dient Essen auch zur Stress- und Affektregulation. Die Adipositas ist ebenfalls stark vom Sozialstatus abhängig (Kurt & Schaffrath Rosario, 2007). Neben der Psychotherapie zielen die meisten Programme auf die Herstellung eines angemessenen Ess- und Bewegungsverhaltens ab.

Therapie mit Hypnose

Nach Brickman (2000) benutzen Übergewichtige negative Selbsthypnose, die dazu führt, mehr Nahrung aufzunehmen als physiologisch notwendig ist. In fast allen Studien besteht keine Korrelation zwischen Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg (z. B. Cohen & Alpert, 1978; Deyoub, 1979; Stevens, 1982).

Da stets sehr unterschiedliche Instrumente und Verfahren benutzt wurden, muss man dies auch kritisch betrachten (Hutchinson-Phillips et al., 2007); so gibt es im humanistischen und psychodynamischen Therapiebereich keine systematischen und gut kontrollierten Studien (Becker et al., 2007) und nur wenige Publikationen zur Adipositasstherapie mit Hypnose nennen konkrete Vorgehensweisen, die wissenschaftliche Replikationen ermöglichen. Nach Metaanalysen ist die kognitiv-behaviorale Psychotherapie am häufigsten, wird auch am meisten mit Hypnose kombiniert (M. Barabasz, 2007) und erweist sich gerade dabei als effektivste Behandlung (Barabasz & Spiegel, 1989; Kirsch, 1996; Kirsch et al., 1995). Die Analyse von Schoenberger (2000) hält diese Effektivität bzw. deren lang andauernde Wirkungen jedoch noch nicht ausreichend bewiesen (Becker et al., 2007). Entsprechende Nachsorgeprogramme und deren Ergebnisse sind erforderlich (Becker et al., 2008).

Vor diesem Hintergrund empfehlen Coman und Evans (1996) konsequent kognitiv-behavioral u. a., die dem Essverhalten vorhergehenden Ereignisse (= Auslöser) ausfindig zu machen (wie z. B. sozialer Druck, Depression, Frustration) und diese dann zu verändern. Neben der Stimulus-Selbstkontrolle müssen auch unangemessene Kognitionen ausfindig gemacht und verändert werden, die dann zu einem internalen locus of control führen (Coman & Evans, 1996), der sogar als Prädiktorvariable für den Therapieerfolg angesehen wird (Cohen & Alpert, 1978).

Insgesamt sind die therapeutischen Ansätze auch hier vielfältig: Bei der Hypnose-Behandlung der Essstörungen (Suggestionen zur Gewichtsreduktion) ist die Erwartungshaltung des Patienten wesentlich (Deyoub, 1978, 1980; Stanton, 1975a, b, 1976), gefördert durch eine gute Patient-Therapeut-Beziehung, in der die positive Erwartung des Patienten begünstigt wird.

Cochrane und Friesen (1986) geben der Behandlungsgruppe Kassetten mit Hypnosesuggestionen, die unbewusste Motivationen für das exzessive Essen aufdecken sollen, und sind damit erfolgreich (Cochrane, 1987).

Torem (1987, 1988) geht von unterschiedlichen Ich-Zuständen bei Essstörungen aus und versucht, die dissoziativen Aspekte aufzufinden.

Heusinger und Krause (1991) führen an 100 übergewichtigen Patienten eine ambulante Hypnosebehandlung in Gruppen durch. In 21 wöchentlichen Hypnosesitzungen werden mittels Suggestionen vier Bereiche angesprochen:

- (1) Verstärkung von Motivation und Selbstkompetenz bei der Gewichtsreduktion und der Lebensbewältigung
- (2) Indifferenz gegenüber Hunger und Appetit sowie Nahrungsmitteln und Getränken
- (3) Einhaltung eines Rahmen-Ernährungsregimes (z. B. Meidungsverhalten gegenüber Süßigkeiten oder Naschen)
- (4) Körperliche Aktivierung

Es wird eine mittlere Gewichtsreduktion von 14,8 kg erreicht. Nach einem Jahr liegt der Erfolg noch bei 12,3 kg, obwohl nur 56 Prozent der Patienten das Programm weiter einhalten.

Aufgabenmotivierende Instruktionen bewirken gegenüber Hypnosuggestionen eine bedeutsam größere Gewichtsreduktion (Deyoub, 1978, 1980); möglicherweise spielt hier die (negative) Erwartungshaltung gegenüber Hypnose eine Rolle.

Gabriel (1981) nimmt bei Adipositas eine Angstproblematik an und unterzieht seine Patienten einer Hypnotherapie mit und ohne systematische Desensibilisierung. Beide Gruppen erreichen nach zehn Behandlungswochen gleichwertige Verbesserungen.

Inglis (1982) verwendet bei seinen Patienten eine umfangreiche Kombination von Ich-stärkenden Suggestionen, Erfolgsimaginationen, Einstellungsänderung und verdeckter Sensibilisierung vor, während White (1979) mit indirekten Suggestionen erfolgreich behandelt. In der Verhaltenstherapie unter Hypnose werden von Collins et al. (1981) die Video-Aufzeichnungen der zunehmend schlankeren Figur als Verstärkungen für die visuellen Imaginationen benutzt. Susskind (1976) arbeitet rein imaginativ und nimmt in ihre »idealisierten Selbstbilder« entsprechende positive Körpervorstellungen und Reaktionsweisen mit auf (s. Abschn. 19.6.6).

Bornstein und Devine (1980) belegen, dass verdecktes Modelllernen kombiniert mit Hypnose anderen Behandlungsformen überlegen ist. Als Vorbilder werden verschiedene Bewältigungsmodelle in unterschiedlichen Situationen benutzt, so z. B. beim Einkaufen, sich selbst Instruktionen geben, einen Gemüsehappen essen. Zusätzlich erfolgt Verstärkung der Modelle durch Stolz-Sein, Gewichtabnahme etc.

Aversion und suggerierte falsche Ernährung

Cautela (1976) und Johnson (1997) sind mit Aversionstherapie erfolgreich. Bei dieser Behandlungsform stellt sich die Frage, ob das hinter dem Symptom liegende Problemsystem berücksichtigt wurde, so z. B. eine mögliche larvierte Depression oder Minderwertigkeitsgefühle.

Suggestierte Ereignisse der Kindheit können als falsche Erinnerung das gegenwärtige oder zukünftige Verhalten beeinflussen (Lindsay & Read, 1994; Loftus, 1993). Entsprechend suggerieren Scoboria et al. (2008) ihren erwachsenen Patienten die falsche Begebenheit, dass sie als Kinder durch bestimmte Lebensmittel krank werden konnten, so z. B. durch verdorbenen Pflirsichjoghurt. Tatsächlich bevorzugte diese Experimentalgruppe weniger Pflirsichjoghurt und Joghurt allgemein. In ähnlicher Weise suggerieren Bernstein et al. (2005) den Personen ihrer Experimentalgruppe, dass sie als Kinder schlechte Erfahrungen mit dick machenden Nahrungsmitteln hatten: Nachdem sie damals ein Erdbeereis gegessen hatten, fühlten sie sich krank. Dieser suggerierte falsche Glaube an ein Kindheitsereignis bewirkt, die Dickmacher als Erwachsene zu vermeiden, also Nahrungsauswahl und damit Gesundheitsverbesserung.



Zurückkehrend zu der Meta-Analyse von Kirsch et al. (1995a) wird deutlich, dass die Suggestion allein wahrscheinlich wenig hilfreich ist, sondern vielmehr die in Hypnose erlernte Selbstkontrolle und die kognitive Umstrukturierung.

22.6.2 Anorexia nervosa (Magersucht)

Die Anorexia nervosa zeigt sich in starkem Gewichtsverlust, oft bedingt durch Angst vor Übergewicht, und ist primär bei Frauen zu finden. Diese Situation kann bis zur → Kachexie reichen. Als Folgeerscheinung kann → Amenorrhoe auftreten, teilweise Bulimie. Es bestehen zahlreiche Theorien zur Ätiologie, die im psychologischen Bereich angesiedelt sind, so z. B. Ablehnung der weiblichen Rolle, Aggressionen gegen Eltern usw. Die Mortalitätsrate kann bis zu 20 Prozent erreichen (Hsu, 1980). Insgesamt werden Frauen mit Anorexie als sehr heterogene Gruppe angesehen, die dadurch eine einheitliche Behandlung (Nash & Baker, 1993) und replizierbare Vergleichsstudien erschwert (M. Barabazs, 2007).

Auf verhaltenspsychologischer Ebene kann Anorexie als Gewichtsphobie angesehen werden, die mit exzessivem Vermeidungsverhalten verbunden ist und dadurch negativ verstärkt wird (Ross & Petermann, 1987). Entsprechend werden Verfahren der systematischen Desensibilisierung und operante Verstärkungen der Gewichtszunahme erfolgreich angewandt.

Bei starker Anorexie kann die Hypnotisierbarkeit reduziert sein, da die Unterernährung zahlreiche körperliche und physiologische Defizite (bei Glukose, Mineralien, Elektrolyten), eventuell ähnliche wie beim → hirnorganischen Psychosyndrom bedingt (Torem, 1988).

Allgemein ist die Hypnotisierbarkeit bei Anorekterinnen und Bulimikerinnen erhöht (Pettinati et al., 1985; Vanderlinden et al., 1995; Vanderlinden & Vandereycken, 1990b). Gleichzeitig ist der Anteil traumatischer Erfahrungen wie Inzest, sexueller und/oder körperlicher Missbrauch, elterliche Zurückweisung etc. besonders hoch.

Die Interventionsformen unter Hypnose beginnen mit relativ einfachen Suggestionen, wie z. B. »Du wirst Hunger spüren. Das Essen wird gut schmecken, und dein Körpergewicht wird notwendig sein für deine eigene Gesundheit und dein Wohlbefinden« (Gardner & Olness, 1981, S. 124). Allgemein ist jedoch der mehrdimensionale Ansatz erfolgreich, meist kombiniert mit Verhaltenstherapie; Hypnose wirkt hier unterstützend (Griffith, 1995; Torem, 1988; Vanderlinden & Vandereycken, 1995).

Das komplexe Behandlungsmodell: Verhaltenstherapie und Hypnose (Vanderlinden & Vandereycken, 1995)

Stabilisierung und Symptomreduktion. Wenn die Gewichtsreduktion lebensbedrohlich wird, muss primär eine Normalisierung des Essverhaltens und Körpergewichtes erreicht werden. Erst dann kann langsam die Exploration verursachender Problembereiche erfolgen – und anschließend Selbstbeobachtungs- und Stimuluskontrolltechniken. Hypnose hat hier folgende Bedeutung:

Training von Selbsthypnose zur Entspannung. Die Übererregbarkeit des allgemeinen → Sympathikotonus wird abgebaut und Kooperation, die sich noch nicht auf die Essproblematik bezieht, unterstützt.

Erlernen von Selbstkontrolle über das Essverhalten. Hier sind direkte Suggestionen von z. B. Hunger oder Appetit kontraindiziert, da sonst die Angst vor Veränderung und Gewichtszunahme noch verstärkt wird. Vielmehr soll die Patientin für Anzeichen von Hunger und Sättigung sensibilisiert werden. Bilder vom angenehmen Geruch der Speisen, verbunden mit Entspannung und positiven Szenen sind hier angemessen. Wesentlich ist auch die Entspannung nach dem Essen, die von den gewohnten Negativgedanken über die Nahrungseinnahme wegführt und positive Einstellungen ermöglicht.

Arbeit an zentralen Themen. Es erfolgt Aufdeckung und Exploration über die Bedeutung und Funktion der Störung. Exploriert werden besonders Ambivalenzen gegenüber Veränderungen, z. B. durch ideomotorische Befragungen (Abschn. 7.2.1).

Berichtigung unrealistischer Wahrnehmungen. Die Berichtigung unrealistischer Wahrnehmungen wie z. B. dumm, hässlich oder minderwertig zu sein, ist wesentlich und kann durch kognitive Umstrukturierungen, die unter Hypnose begünstigt werden, erfolgen. Auch die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körperschemas kann auf diese Weise verändert werden.

Verhinderung von Rückfällen und Sicherstellung langfristiger Erfolge. Patientinnen müssen in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Ich-Stärke unterstützt werden, so durch indirekte Suggestionen, Metaphern und Anekdoten.

Gerade durch Hypnose kann die Konfrontation mit einem ursächlichen Trauma besser bewältigt werden.

Weitere Behandlungsmodelle

Das Konzept von Gross (1983, 1984) ist ähnlich komplex; er hebt allerdings andere Aspekte hervor, so z. B.:

- Gefühle und traumatische Erlebnisse werden unter Hypnose abreagiert.
- Beim Arbeiten mit dem Widerstand werden Bilder benutzt, die unterschwellige Suggestionen zur Verbesserung beinhalten wie z. B. das Einrichten einer neuen Wohnung (= Veränderung des Körpers).

Yapko (1986) arbeitet mit Symptomverschreibung und benutzt Metaphern, um den für diese Krankheit teilweise typischen Perfektionismus der Patientinnen zu behandeln.

Das Vorgehen von Nash und Baker (1993) beinhaltet zusätzlich zu den vorgenannten Interventionen u. a. permissive Induktionen, die den Schutz und die persönliche Kraft der Patientin betonen, um ihr Autonomiestreben zu unterstützen. Verbunden mit der Bearbeitung des verzerrten Körperselbstbildes wird die Integration einer angemessenen und reiferen persönlichen Identität. Ebenso wird in Hypnose die Rolle des Essverhaltens in Relation zu negativen Affekten betrachtet.

Beispiel

Eine meiner jugendlichen Patientinnen wurde von ihren Eltern sehr verwöhnt, ist dadurch bedingt äußerst passiv und entwickelt kaum eigene Ideen oder Aktivitäten. Ihre Magersucht ist hier der Ausdruck von Depression und »no future«. Wahrscheinlich kopiert sie das Verhalten ihrer Mutter. In der anfänglichen Familientherapie wird den Eltern geraten, ihrer Tochter größere Eigenständigkeit zu geben, verbunden mit Impulsen zu Eigenaktivitäten und zunehmender Eigenverantwortung. Sobald die Patientin mehrere Bissen gegessen hat, verspürt sie ein Kloßgefühl im Hals, das das Weiteressen verhindert. Mit Hypnosesuggestionen erfolgt hier ein Kontingenzmanagement: Wenn sie die Speisen im Hals spüre, so werde dadurch der Kloß im Hals in kleinen Portionen mit abgetragen.

Die Patientin entwickelt mit therapeutischer Unterstützung zunehmend Eigeninteressen und Aktivitäten; parallel dazu nimmt sie nun kontinuierlich an Gewicht zu, sodass sie nach wenigen Wochen ihr Gewicht normalisiert, was auch noch nach mehreren Jahren der Fall ist.

22.6.3 Bulimie (Ess-Brech-Sucht)

Die Essanfälle treten meist anfallsartig auf und werden häufig von Erbrechen gefolgt, das unwillkürlich, aber auch willentlich geschieht. Die Ätiologie ist wie bei allen psychogenen Essstörungen äußerst komplex. Bei vielen dieser Patientinnen konnte sexueller Missbrauch in der Kindheit festgestellt werden (Vanderlinden & Vandereycken, 1995).

Vereinzelt wird über die komplexeren Hypnoseanwendungen berichtet und wie bei der Anorexie ein mehrdimensionaler Ansatz empfohlen (Barabasz, 1989; Griffiths et al., 1987). Auch hier ist das oben genannte komplexe Behandlungsprogramm von Vanderlinden und Vandereycken (1995) sehr erfolgreich.

Die Berichte über die Hypnoseanwendung in der Behandlung von Bulimie sind wenig umfangreich und haben ebenfalls methodische Grenzen wie z. B. fehlende Kontrollgruppen (M. Barabasz, 2007).

Frauen mit Bulimie haben hohe Hypnotisierbarkeit (z. B. Barabasz, 1991) und hohe Dissoziation (Everill et al., 1995).

Häufig werden hypnobehaviorale Verfahren angewandt, so von Griffith et al. (1994, 1996): Die Patientinnen bekommen Einzeltherapie mit Ich-stärkenden Suggestionen, direkten positiven Suggestionen zur Verhaltensänderung und Selbsthypnose. Die Vergleichsgruppe erhält nur kognitiv-behaviorale Interventionen wie Bewältigung dysfunktionaler Gedanken und Einstellungen, die sich auf die Figur, das Körpergewicht und das Essverhalten beziehen. Beide Gruppen sind gleich erfolgreich bei der Veränderung des bulimischen Essverhaltens und unterscheiden sich signifikant von der Kontrollgruppe. Hier ist evtl. anzunehmen, dass eine Kombination der Methoden beider Interventionsgruppen erfolgreicher wäre. Gleichzeitig wird hier deutlich, dass

hypnotherapeutische Ansätze oft verstanden werden als Imaginationen (meist zur Ich-Stärkung) und Suggestionen zur Veränderung sowie Selbsthypnose. Nur wenige Therapeuten kommen auf die Idee, auch in Hypnose kognitiv-behavioral dysfunktionale Gedanken usw. bearbeiten zu können.

23.6.4 Dysphagie (Schluckstörung)

Diese und die folgende Störungsgruppe sind im DSM-IV nicht unter Essstörungen eingeordnet.

Schluckstörungen werden teilweise als Motilitätsstörungen des → Ösophagus oder als psychisch verursacht angesehen, so z. B. durch eine Fellatioerfahrung.

Beispiel

Bei einem 60-jährigen krebserkrankten Patienten mussten u. a. die Stimmbänder entfernt werden. Seitdem klagt er über Schluckbeschwerden, die keine Nahrungsaufnahme ermöglichen und hat Angst, durch Speisebrocken ersticken zu können. Die medizinische Aufklärung zeigt ihm, dass er gerade durch die Operation nicht ersticken kann. Dadurch wird eine kognitive Umstrukturierung erreicht, die mit Selbsthypnose unterstützt wird (Kopel & Quinn, 1996).

Insgesamt wird bei der Störung die Kombination von Verhaltenstherapie und Hypnose empfohlen (Culbert et al., 1996).

Bei einigen Kindern kann die Dysphagie in einer → Phagophobie bestehen, die entsprechend als Angstproblem zu behandeln ist (Shapiro et al., 1997).

22.6.5 Erbrechen

Erbrechen kann psychisch bedingt oder Sekundärsymptom einer Krankheit sein. Entsprechend sind Ausführungen hierzu in den relevanten Kapiteln zu finden: Schwangerschaftserbrechen in Abschnitt 23.11.2, Erbrechen als Nachwirkung von Chemotherapie in Abschnitt 23.8.2 und Erbrechen bei Kindern in Kapitel 23.2.3.

22.7 Schlafstörungen

Definition

Nach dem DSM-IV (1998) wird zwischen Dyssomnien und Parasomnien unterschieden.

Dyssomnien (= Insomnien, Hyposomnien) sind Schlafbeeinträchtigung hinsichtlich Dauer, Qualität und Zeitpunkt.

Parasomnien sind motorische oder verhaltensbedingte Störungen, deren Hauptmerkmal ein Ereignis ist, das entweder während des Schlafs oder an der Schwelle zwischen Wachsein und Schlaf auftritt.

Schlafbezogene Atmungsstörungen und Bewegungsstörungen sind z. B. Schnarchen oder das Restless-Legs-Syndrom.

Die nachfolgenden Störungen beruhen auf neurologischen Erkrankungen des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Narkolepsie und **Kataplexie** beinhalten neurogene, unwiderstehbare Attacken von erholsamem Schlaf.

Diagnostisch muss abgeklärt sein, ob die Schlafstörungen biologisch bedingt und damit für Hypnose ungeeignet sind (Graci & Hardie, 2007), so z. B. bei dem → Obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS).

Hervorzuheben ist, dass zwischen dem Schlaf-Traum und den Imaginationen in Hypnose deutliche Unterschiede bestehen, so im EEG und der Reflexerregbarkeit (s. Abschn. 9.1). Unter Hypnose können wirksame posthypnotische Aufträge erteilt werden, bestimmte Inhalte in den nächtlichen Traum mit einzubeziehen, was bei acht (Tart & Dick, 1970) bis 30 Prozent der Patienten gelingt, jedoch auch ohne formale Hypnose (Barber et al., 1973).

22.7.1 Dyssomnien (Insomnien, Hyposomnien)

Durch Ein- und Durchschlafstörungen wird die Konzentration, Arbeitsfähigkeit und das allgemeine Wohlbefinden stark beeinträchtigt. Die Einnahme schlaffördernder Substanzen können leicht → iatrogene Effekte bedingen wie Beeinträchtigung der Schlafqualität bis hin zu psychischer und physischer Abhängigkeit (Faust & Hole, 1991). Entsprechend sind psychologische Interventionen ratsamer, deren Effektivität auch belegt wurde.

Diagnostik der Schlafstörungen

Houben (1987) sieht in der Diagnostik einen wesentlichen Aspekt, um neben organischen auch psychische Faktoren abzuklären, die gleichzeitig therapeutisch relevant sind.

Spannungs- und Angstgefühle. Durch Spannungs- und Angstgefühle wird die Erregung erhöht, wodurch Einschlafstörungen bewirkt werden. Abzuklären sind z. B. Ängste wie Kontrollverlustängste oder Angst vor einem potenziellen Traumgeschehen.

Gedankeninhalte vor dem Einschlafen. Sorgen, Tagesreste, Ängste und Fehlbeurteilungen machen sich vor dem Einschlafen besonders bemerkbar, da ablenkende Umweltreize reduziert sind (= Kognitives Hyperarousal; Nofzinger et al., 2004).

Depression. Eine mögliche Depression ist besonders bei frühzeitigem Aufwachen zu berücksichtigen.

Lernprozesse. Klassische Konditionierungen können sich auswirken, indem das Bett bzw. die Situation des Schlafengehens etc. zum konditionierten Reiz für Angst oder Angst-Antizipation werden. Die Schlafstörung kann durch operante Verstärkung bewirkt oder aufrechterhalten werden (z. B. Zuwendung durch Familienmitglieder) oder durch mangelnde Stimulusdiskrimination (lesen, essen, fernsehen im Bett).

Neurotische Persönlichkeitsstruktur. Ängste und deren Verarbeitungsmechanismen können sich auf den Schlaf auswirken. Behandlungsmaßnahmen richten sich nach den oben genannten Diagnoseinformationen.

Kognitiv-behaviorale Therapie mit Hypnose

Die Metaanalyse von Graci und Hardie (2007) zeigt, dass von den zahlreichen Hypnosebehandlungsformen die Kombination mit Kognitiver Verhaltenstherapie die effektivste ist – so weit das bei der Vielfalt der Symptom- und Therapiemöglichkeiten festzustellen ist. Hierbei werden die folgenden fünf Verhaltensebenen in die Hypnosebehandlung einbezogen. Insgesamt fehlen jedoch noch ausreichend kontrollierte Studien, um die Effektivität der Hypnose allgemein bei Schlafstörungen zu bestätigen (Morin et al., 2006; Ng & Lee, 2008).

Die Behandlung sollte auf mehreren Verhaltensebenen erfolgen (Graci & Hardie, 2007):

- ▶ **Erlernen von Schlafhygiene:** regelmäßige Schlafzeiten, Schlafgeh-Routinen, Schlafbegrenzungen (ohne Mittagsschlaf auskommen und dadurch einen Schlafdruck erzeugen).
- ▶ **Entspannung:** Einübung entspannender Verfahren und dadurch Bahnung von Schlafverhalten, Spannungs- und Angstreduktion (Roehrs et al., 1985; Stanton, 1989a). Bei einer Untersuchungsgruppe mit Schulkindern, besonders mit nächtlichen Ängsten und Stresssymptomen, half Selbsthypnose zur Entspannung beim Abbau von Schlaflosigkeit (Anbar & Slothower, 2006).
- ▶ **Kognitiv-behaviorale Verfahren:** wie systematische Desensibilisierung, Reizkontrolle, Selbstkontrolle, Angstkonfrontation, Gedankenkontrolle zum Schlaf, Einschlafen, Sorgen beim Einschlafen, etc. Dazu gehört auch die Stimulus-Kontrolle (z. B. eine Assoziation zwischen Bett und Schlaf herstellen).
- ▶ **Paradoxe Instruktionen:** Beispielsweise Wachbleiben mit geschlossenen Augen, Abschreiben des Telefonbuchs etc.
- ▶ **Individuell orientierte Interventionen:** Selbsthypnose und dadurch Entspannung und Angstabbau, Posthypnotische Suggestionen, Instruktionen zur Angstreduktion, Angstbewältigung im Schlaf, Auftreten eines Bildes zur Angstinhibition.

Starkhypnotisierbare erreichen durch Selbsthypnose und Desensibilisierung eine signifikante Reduzierung ihrer Schlafstörungen, während die Geringhypnotisierbaren mit Biofeedback und kognitiver Verhaltenstherapie erfolgreicher sind (Perlstrom & Wickramasekera, 1998).

Suggestion

Suggestionen für die Selbsthypnose (Bauer & McCanne, 1980)

Der Patient stellt sich eine Tafel vor, auf die er mit Kreide einen Kreis zeichnet. Darin schreibt er die Zahl 100, die er daraufhin langsam vorsichtig mit einem Schwamm auswischt. Die Wischbewegungen erfolgen im entgegengesetzten Uhrzeigersinn und so vorsichtig, dass sie die Kreislinie nicht berühren. Nun wird neben den Kreis »tiefer Schlaf« geschrieben und langsam in den Kreis die Zahl 99, die ebenfalls wieder ausgewischt wird. Dann wird erneut »tiefer Schlaf« so über den bestehenden Text geschrieben, dass keine doppelten Linien entstehen, und daraufhin die nächst niedrigere Zahl in den Kreis geschrieben usw.

Kroger (1979) schlägt vor, entweder paradoxe Instruktionen zu geben, sich also anzustrengen, möglichst lange wach zu bleiben – oder Dissoziation vorzunehmen: Der Patient beobachtet sich, wie er ausgestreckt und ruhig im Bett liegt, dabei ganz tief atmet etc.

Mit indirekten Suggestionen arbeitet Levine (1980) und bettet sie für Kinder in Märchen ein. Cochrane (1989) behandelt einen Geschäftsmann, der sich wie ein Einzelkämpfer fühlt und vor Existenzangst keinen Schlaf findet. Entsprechend werden bei ihm Metaphern eines Kriegers verwandt, der sich auf einem Kampffeld keinen Schlaf erlauben darf. Behre und Scholz (1998) arbeiten mit hypnotherapeutischen metaphergeleiteten Audiokassetten. Dabei sind die symptomspezifischen Metaphern wirkungsvoller als die unspezifischen.

Todd und Kelly (1976) behandeln bei einer Patientin, die sich an die Wirkung einer schmerzstillenden Injektion gewöhnt hatte, die Schmerzzustände mit Hypnose. Bei ihren Schlafstörungen wird in Selbsthypnose die Entspannungsreaktion mit dem komplexen Auslöser »Bettvorbereitungen« (ausziehen, müder werden etc.) gekoppelt, bis die Realsituation das Verhalten ebenfalls auslösen kann.

Stanton (1989b) verwendet bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen spezifische Suggestionen so z. B.: Ein weicher schwarzer Samtvorhang schiebt sich zwischen die störenden Gedanken und den Einschlafenden. Stanton (1999) ist in der Hypnose-Behandlung mit der Methode des Body Scan erfolgreich.

Suggestion

Der Body Scan (Kabat-Zinn, 1990, S. 92–93)

- ▶ Legen Sie sich auf Ihrem Bett auf den Rücken und achten Sie darauf, dass Sie warm und bequem liegen.
- ▶ Gestatten Sie Ihren Augen, sich allmählich zu schließen.
- ▶ Spüren Sie das Heben und Senken Ihres Bauches mit jedem Ein- und Ausatmen.
- ▶ Nach einiger Zeit fühlen Sie Ihren Körper als ein »Ganzes«, vom Kopf bis zu den Zehen; die »Hülle« Ihrer Haut, die Körperempfindungen an den Stellen, die Sie mit dem Bett berühren.

- ▶ Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Zehen des linken Fußes. Während Sie Ihre Aufmerksamkeit auf sie richten, schauen Sie, ob Sie Ihre Atmung auch dahin dirigieren können, damit es sich anfühlt, als ob Sie abwechselnd in und aus jeder Zehe atmen. Es kann helfen, wenn Sie sich nun vorstellen, dass Ihr Atem den Körper hinab wandert, von der Nase in die Lungen und dann weiter in den Unterbauch und runter in das linke Bein zur Zehe und den gesamten Weg wieder zurück zur Nase.
- ▶ *(Nun werden weitere Bereiche des Körpers durchwandert, bzw. durchgeatmet.)*
- ▶ Wenn Sie den gesamten Körper so betrachtet haben, atmen Sie ein über Ihren Kopf ganz oben und atmen Sie aus über Ihre Zehen, dann durch Ihre Zehen ein- und ausatmen durch Ihren Kopf. Atmen Sie auf diese Weise so lange weiter, wie es nötig ist.

22.7.2 Parasomnien

Schlafstörung mit Angstträumen (Alpträumen)

Differenzialdiagnostisch müssen die Parasomnien von Ängsten vor oder beim Einschlafen unterschieden werden, so z. B. Dunkelangst, Klaustrophobie, Angst vor dem Alleinsein etc. Von Alpträumen wird man schnell wach und kann sich daran weitgehend erinnern, nicht jedoch bei → Pavor nocturnus.

Meist ist die individuell adaptierte kognitiv-behaviorale Therapie mit Entspannung erfolgreich (Craske et al., 2006), auch durch Selbsthypnose (Anbar & Slothower, 2006; Wickramasekera, 2008) oder posthypnotische Suggestionen (Garder, 1978b) vermittelt.

Bei einem 11-jährigen Jungen sind die Schlafstörungen durch eine starke Verletzung bedingt, die aufgrund des Klinikaufenthalts Trennungsängste nach sich zog. Durch Hypnose kann diese Angst aufgearbeitet werden (Howsam, 1999). Reagieren Kinder auf Verlust eines Elternteils oder einer nahe stehenden Person mit Schlafstörungen, so ist Selbsthypnose hilfreich – sogar bei jüngeren Kindern (Hawkins & Polemikos, 2002).

Bei einer meiner Patientinnen wurden Asthmaanfälle fast ausschließlich nachts durch einen Angsttraum ausgelöst (Kossak, 1987c). In Kapitel 27, Fall 3 habe ich Alpträume und die stellvertretende Angst vor Missbrauch mit kognitiver Umstrukturierung unter Hypnose behandelt (Kossak, 1994).

Opfer von sexuellen Übergriffen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden oft unter Alpträumen und Schlafstörungen. Sie werden von Krakow et al. (2000, 2001) mit einer kognitiv-behavioralen Methode behandelt und erlernen in drei Sitzungen, mit Imaginationen aktiv Veränderungen an den belastenden Träumen vorzunehmen: Sie verändern den Ausgang ihrer Angstträume im Wachzustand (in Hypnose) und haben dadurch die Möglichkeit der kognitiven Umstrukturierung (= Reframing); gleichzeitig erlernen sie angenehme Imaginationen und damit neue positive Träume. Insgesamt nimmt die Stärke der Posttraumatischen Belastungsstörungen ab und die Schlafqualität verbessert sich.

Bei einem Straftatlassenen hatte sich eine Posttraumatische Belastungsstörung mit Generalisierter Angststörung eingestellt, da er insistierte, unschuldig verurteilt worden zu sein. Für Donatone (2006) sind diese Symptome häufig bei Strafgefangenen zu finden, bedingt auch durch den Verlust von Autonomie. Typisch ist bei diesen Personen eine Überaufmerksamkeit und Misstrauen gegenüber Beeinflussungen. Dennoch entschied sich Donatone für die Anwendung von Hypnose. Mit Selbsthypnose erlernt der Patient Entspannung und unter Anleitung einen sicheren Ort (safe place; s. Abschn. 19.6.14) aufzusuchen, an dem er nun Privatheit erfahren kann (die er im Gefängnis nicht hat) und dort seine Entscheidungen treffen kann. Auf diese Weise nimmt seine generalisierte Angst ab und er führt nun seine Psychotherapie fort, in der er seine traumatische Kindheit bearbeitet und erlernt, seinen Ärger zu kontrollieren.

Bei zwei Patientinnen mit prämenstruellen Nachtängsten und Schlafwandeln ohne neurologische und psychologische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte kann einer Patientin allein mit Selbsthypnose zur Entspannung beim Einschlafen geholfen werden; bei der anderen mit einer zusätzlichen Medikation mit dem Antikonvulsivum Clonazepam (Schneck & Mahowald, 1995).

Pavor nocturnus

Die Episode zeigt sich in abruptem Aufwachen aus dem Schlaf und tritt meist eine halbe bis drei Stunden nach dem Einschlafen auf. Sie beginnt meist mit einem Aufschrei, gefolgt von heftigem Zittern, agitierten Handlungen und deutlichen Angstzeichen wie Atmungs- und Pulsbeschleunigung. Die Episoden dauern bis zu zehn Minuten.

Beispiel

Koe (1989) behandelt einen Studenten, der seit seinem siebten Lebensjahr nahezu tägliche Episoden von → Pavor nocturnus hat. In tiefer Hypnose zeigt er erhöhte autonome Aktivitäten und springt laut schreiend auf, als der Therapeut mit seinem Bleistift leicht auf den Tisch tippt. Dadurch wird erkannt, dass ein externes Geräusch diese Angstanfälle auslöst. Nun wird die posthypnotische Suggestion gegeben, während des Schlafes zunehmend unsensibler für Außengeräusche zu werden und die Problematik nimmt von dieser Intervention an rapide ab.

Kramer (1989) gibt seiner zehnjährigen Patientin die direkten Suggestionen, nicht zu schnell in zu tiefen Schlaf zu fallen und ist damit erfolgreich.

Praxishinweis

Ein komplexer Behandlungsplan (Hoogduin & Hagenaars, 2000)

- (1) Informationssammlung.** Patient und Partner(in) notieren alle Mitteilungen und Erinnerungsfragmente, die während des Schlafes und beim Aufwachen geäußert werden.

(2) Registrierung der Auftretenshäufigkeit

(3) Auslösen der Angst und ihre Beeinflussung. Der Patient erhält in Hypnose Mitteilungen aus seinen gesammelten Informationen. Daraus entstehen relevante Szenen und Bilder, die bearbeitet werden können.

Bei einem Patienten wird so der Angsttraum behandelt, tief hinabzustürzen, indem nun eine Umstrukturierung erfolgt, durch die er ein Schweben und einen sicheren Ort erleben kann.

Somnambulismus (Schlafwandeln)

Synonyme für Somnambulismus sind: Lunatismus, Mondsüchtigkeit, Nachtwandeln, Noktambulismus. Das Schlafwandeln selbst ist bislang kaum erforscht, psychische Ursachen sind anzunehmen. In der relativ seltenen aktuellen Literatur zu dieser Problematik sind nur wenige Hypnoseanwendungen, meist als Einzelfallberichte, zu finden (Harris & Grunstein, 2009).

Beispiel

Ein elfjähriger Junge, der jede Nacht im gesamten Haus schlafwandelt, erlernt Selbsthypnose zur Entspannung und befindet sich dabei an seinem Lieblingsplatz; gleichzeitig gibt er sich in Hypnose vor dem Schlafengehen die Instruktion, im Bett liegen zu bleiben, wenn er unruhig werden sollte. Da diese Methode der Selbstkontrolle sofort wirkt, benutzt der Junge sie dann auch im schulischen Bereich (Gardner & Olness, 1981).

Bei einer Gruppe von erwachsenen Schlafwandlern bewirken bereits sechs Hypnosesitzungen deutliche Besserungen (Reid et al., 1981).

Gafner (2004) gibt seinem somnambulen Patienten die erfolgreiche posthypnotische Suggestion, sofort wach zu werden, sobald seine Füße den Fußboden berühren werden.

22.7.3 Schlafbezogene Atmungs- und Bewegungsstörungen

Schlafbezogene Atmungsstörung, Schnarchen

Schnarchen wird durch den Kollaps der oropharyngealen Luftwege verursacht, die durch den Luftdruck beim Atmen die Vibrationsgeräusche z. B. der Zunge verursachen. Der Übergang vom Schnarchen zur obstruktiven Schlafapnoe ist hier fließend. Therapiemaßnahmen sind mannigfaltig und unterschiedlich erfolgreich (Trotter et al., 2003).

Bei einer stark schnarchenden Frau wendet Ewin (2004) Hypnose mit folgenden positiven Suggestionen erfolgreich in einer einzigen Sitzung an: »Von nun an werden Sie merken, dass Sie *es unmöglich machen können*, dieses Geräusch zu erzeugen, egal wie sehr Sie es auch versuchen werden. *Versuchen Sie* sie es ... *versuchen Sie* es nochmals.« (Ewin, 2004, S. 401).

Einfache Suggestionen in Hypnose wie Veränderungen der Liegeposition können hilfreich sein, aber auch Reframing. So wird dem Bettpartner die Suggestion gegeben, sich einen Schalter vorzustellen, mit dem er/sie die Geräusche an- und ausstellen kann oder wie mit einem Lautstärkeregler veränderbar sind (Spiegel & Spiegel, 2004).

Schlafbezogene Bewegungsstörungen, rhythmische Bewegungen im Schlaf

Über diesen Problembereich ist wenig an Literatur zu finden.

Beispiel

Bei einer Patientin mit lang bestehendem starkem Körperrollen, das mit dem Einschlafen einsetzt, arbeiten Hoogduin und Hageraars (1999) mit Verhaltenstherapie: Hypnose-Entspannung wird eingeübt und soll beim Einschlafen und immer dann eingesetzt werden, wenn die Patientin Körperanspannung bemerkt. Zur weiteren Selbstkontrolle soll sie die Hände so falten, dass ein Körperrollen erschwert wird. In elf Sitzungen haben die Bewegungen fast gänzlich aufgehört und ein tief erholsamer Schlaf ist nun möglich.

Von der oben genannten Symptomatik ist das Restless-Leg-Syndrom abzugrenzen, das bei größerer Schlaftiefe zentralnervös ausgelöst und meist mit Dopaminen behandelt wird.

22.7.4 Neurologisch bedingte Erkrankungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Narkolepsie

Die anfallsartigen, zwanghaften Schlafanfälle am Tage, verbunden mit affektivem Tonusverlust, treten besonders beim Aufwachen oder bei Erregung (Lachen) auf.

Die narkoleptische Tetrade oder ihr Symptomkomplex beinhaltet:

- ▶ Schlafzwang
- ▶ Kataplexien (Verlust der Muskelanspannung)
- ▶ abnormer Schlafrhythmus
- ▶ Schlaflähmung (Schlafparalyse) mit hypnagogen Halluzinationen, eventuell kann Paralyse z. B. der Sprechmuskeln auftreten.

Wesentlich ist, dass die Patienten nach dem Schlaf voll ausgeruht sind und aus dem Anfall aufgeweckt werden können. Bei der Narkolepsie wird sofort eine REM-Schlafphase erreicht. Diese Krankheit ist wahrscheinlich erblich.

Tihansky (1982) und Fitzpatrick (1974) berichten Fallbeispiele, bei denen unter Hypnose eine Besserung eintritt.

Beispiel

Schnecks (1980) Fall kann als besonders gutes Beispiel für eine kognitive Verhaltensmodifikation als Kontingenz-Selbstmanagement gelten, obwohl von ihm

nicht explizit so formuliert: Die Patientin hat es gelernt, auf der Vorstellungsebene (= kognitiv) die Auslöser ihres Verhaltens selbst wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren.

Die 40-jährige Geschäftsfrau schläft trotz Interesse bei Konferenzen, Besprechungen, im Theater etc. häufig ein, ohne vorher müde zu sein. Sie kann das Einschlafen nicht verhindern. Beim Autofahren kann sie immer noch in letzter Sekunde an den Straßenrand fahren. Die Schlafdauer beträgt wenige Minuten, anschließend fühlt sie sich frisch und wach.

Das Verhalten tritt nicht auf, wenn sie allein an ihrem Schreibtisch arbeitet. Mitunter kann sie bei Sitzungen Ausreden gebrauchen wie »Es ist langweilig« oder »Ich denke bei geschlossenen Augen«.

Mögliche psychologische oder medizinische Hintergründe werden von der Patientin verneint. Das Problem besteht seit der Jugendzeit, aber aus der Genese lassen sich keine Erklärungen ableiten.

Anfangs werden die Suggestionen gegeben, kontinuierlich wach zu sein, vor allem in den »kritischen« Situationen. Wirksam ist die Suggestion: Immer, wenn die Patientin den Schlafdrang spüre, solle sie sich mit der einen Hand an der anderen berühren und dadurch wach werden. Zusätzlich erfolgt zur Sicherheit eine weitere posthypnotische Suggestion: Falls die Patientin doch einschlafen sollte, dann werde die eine Hand automatisch die andere berühren, sodass sie dadurch wach werde. Falls dies fehlschläge, werde sie die Berührung der Hände visualisieren und davon wach werden.

Während der Hypnosesitzung wird das neu erlernte Verhalten erfolgreich erprobt und sofort umgesetzt. Die Behandlung benötigte zehn Sitzungen und ist auch noch nach 15 Monaten erfolgreich.

Schlaflähmung (Kataplexie)

Sie ist ein Leitsymptom der Narkolepsie. Bei Affekterlebnissen tritt ein plötzlicher Tonusverlust der Körperspannung auf, die Person ist bei vollem Bewusstsein, kann sich jedoch während dieses Sekunden bis Minuten dauernden Anfalls nicht artikulieren.

Beispiel

Bei einer Patientin mit Schlaflähmung beim Aufwachen wendet Nardi (1981) Hypnose mit Armlevitation an, verbunden mit der Suggestion, dass der Geist stets aktiv ist und Kontrolle ausübt: Obwohl der Körper bewegungslos ist, kann der Arm sich dennoch bewegen. Gleichzeitig kann die Patientin die Situation als Entspannung genießen. Sie soll im Anfall entscheiden können, ob sie wieder einschlafen, entspannen oder die Lähmung unterbrechen will. Die Patientin wird nun darin trainiert, selbst die Hypnose durch Rückwärtszählen zu beenden. Durch die gelungene Selbstkontrolle verringern sich die Ängste vor den Anfällen – auch zur Nachuntersuchung nach zehn und 14 Monaten. Nardi benutzt hier die Analogie

zwischen Hypnose und Schlaflähmung. Indem er diesen ähnlichen Zustand mit den Stimuli der Hypnose konditioniert, die willentlich-kognitiv steuerbar sind, kann die Patientin nun das Symptom ebenfalls unter kognitive Kontrolle bringen.

Price (1987) behandelt einen narkoleptischen und kataplektischen Mann, der bei Aufregungen im privaten und beruflichen Bereich mit Tonusverlust im Gesicht sowie an den Extremitäten und mit Artikulationsschwierigkeiten reagiert. In Hypnose trainiert er, sich bei potenziell aufregenden Ereignissen zu beschwichtigen und dazu subvokal zu sagen: »Es ist gar nicht so viel los damit, es ist halb so wild«, und sich dann zu entspannen. Konkrete Berufssituationen werden dann in Hypnose mit dieser Selbstkontrollmethode eingeübt. Die Weiterführung durch Selbsthypnose ist erfolgreich, die Kontrolle der Kataplexie wird beherrscht.

22.8 Störungen der Impulskontrolle

23.8.1 Pathologisches, zwanghaftes Stehlen, Kleptomanie

Eine ausführliche Darstellung zu dieser Problematik ist in Kapitel 27, Fall 6 zu finden.

22.8.2 Trichotillomanie (Haarausreißen)

Auch hier kann das Symptom der gestörten Impulskontrolle Ausdruck von Angst oder Anspannung sein und spannungsreduzierend wirken; es kann sich auch als Zwangsverhalten ausgebildet haben (Tukel et al., 2001).

Neurobiologisch liegt eine höhere Nervenzelldichte im Striatum (= Entstehen von Gewohnheiten), Amygdala und Hippocampus (= mit Emotionen verknüpfte Lernvorgänge) der linken Hirnhälfte vor, ähnlich wie bei Zwangsstörungen und dem Tourette-Syndrom (Chamberlain et al., 2008).

Therapie mit Hypnose

In der Verhaltenstherapie wurden bislang die unterschiedlichsten Methoden eingesetzt, über Selbstkontrolle zur Unterbrechung der Verhaltenskette bis hin zu Bestrafungen (Altman et al., 1982; Stabler & Warren, 1974).

Kroger und Fezler (1976) behandeln eine 16-jährige Patientin mit zweijähriger Krankengeschichte. Das Verhalten tritt nur auf, wenn sie allein ist und es zur Angstreduktion benutzt. Mittels Hypnose erhält sie Entspannungsinstruktionen und erlernt Selbsthypnose, die bereits nach der ersten Sitzung voll wirksam ist.

Oakley (2001) behandelt eine 39-Jährige, bei der die Trichotillomanie seit dem dreizehnten Lebensjahr besteht. Mit Hypnose-Entspannung wird ein »spezieller Ort« (s. Abschn. 19.3.14) aufgesucht, an dem sich die Patientin wohlfühlt und dann in Altersregressionen ihre Probleme aufarbeitet. Sobald ihre Hand die Haare berührt, erhält sie die Suggestion der Handkatalepsie, die weiteres Haarziehen nicht mehr

ermöglicht. Auch in den Nachuntersuchungen bis zu 59 Wochen später ist die Therapie erfolgreich.

Indirekte Methoden auf der Basis von Erickson arbeiten mit Metaphern, so unter anderem, die Selbstaggression in Selbstfürsorge umzuwandeln (Zalsman et al., 2001).

Beispiel

Gardner (1978) stellt bei einem achtjährigen Mädchen mit Kahlstellen fest, dass es Macht und Kontrolle innerhalb der Familie haben möchte. Die Therapeutin gibt ihr diese Kontrollmöglichkeit bei sich selbst und erteilt die Suggestion, immer, wenn die Hand sich zum Kopf erhebe, solle sie sich an die Aufforderung erinnern: »Halt, bitte nicht verletzen!« Diese Aufforderung werde dem Teil von ihr gegeben, der schönes Haar haben möchte. Der Arm werde dann wieder zurücksinken.

Bereits in den Anfangssitzungen ist die Methode wirksam, da die Patientin gut mitarbeitet und selbst Vorschläge einbringt. Sie weigert sich zwar, Selbsthypnose zu erlernen, spricht jedoch auf posthypnotische Suggestionen gut an.

Barabasz (1987) arbeitet erfolgreich unter stark reduzierten Umweltreizen (s. Abschn. 14.2.5) und gibt die folgenden posthypnotischen Suggestionen: »Sie werden es sofort merken, sobald Sie Ihre Hand zum Kopf führen, dann liegt es an Ihnen; Sie haben die Macht, die Kontrolle, niemand anders, kein Verhalten kontrolliert Sie. Sie können Ihr Haar ausreißen, wenn Sie es möchten oder Sie können es sich auswählen, das Verhalten zu kontrollieren« (M. Barabasz, 1987, S. 149). Iglesias (2003) verwendet ähnlich wie Barabasz direkte Suggestionen. Bei ihrer Formulierung achtet sie darauf, dem Familiendruck der Kinder entsprechend wenig fordernd zu sein und Druck zu vermeiden. Zusätzlich benutzt sie Suggestionen zur Ich-Stärkung (Hartland, 1971), um das Selbstvertrauen der Kinder aufzubauen.

Suggestion

Die Suggestionen von Iglesias (2003, S. 132 f.)

»Du wirst einen Glockenton hören und wirst es sofort merken, wenn immer deine Hand die kleinste Bewegung hoch zu deinem Kopf macht. Du weißt dann vorher schon, dass deine Hand sich zum Kopf bewegen will; das gibt dir die Kraft und die Kontrolle zu entscheiden, ob du an deinen Haaren ziehen willst oder ob du dich entscheidest, es nicht zu tun. Nie wieder wird an deinem Haar gezogen, ohne dass es dir bewusst ist oder ohne deine Erlaubnis. Dein Haar ist dein Besitz und es ist deine Entscheidung, wie du dich darum kümmerst.«

Insgesamt konnte durch diese hypno-behavioralen Interventionen die Stärke und Selbstwirksamkeit der Kinder (Bandura, 1977) aufgebaut werden, sodass die Behandlungen nach wenigen Sitzungen erfolgreich abgeschlossen wurden.

Bei Erwachsenen wird mit der Imagination gearbeitet, dass sie die Beschützer ihrer Haare sind und dadurch Kontrolle über ihr Verhalten gewinnen (Zalsman et al., 2001).

In zahlreichen Fallstudien wird Hypnose deutlich als hilfreich oder sogar anderen Methoden gegenüber als überlegen erkannt (z. B. Cohen et al., 1999; Zalsman et al., 2001).

22.9 Affektive Störungen

22.9.1 Bipolare Störungen, Manische Episoden

Bipolare Störungen (DSM-IV) bzw. Manische Episoden (ICD-10) werden in der Literatur zur Therapie mit Hypnose nicht erwähnt.

22.9.2 Depressive Störungen, Major Depression

Erklärungsmodelle

Bedeutend ist die traurige, niedergeschlagene Stimmungslage, einhergehend mit Interessenverlust. Hinzukommen können u. a.: Appetitverlust, Schlafstörungen, das Gefühl der Wertlosigkeit. Die Komorbidität ist sehr hoch, wobei Angststörungen einen großen Raum einnehmen.

Bedacht werden sollten auch larvierte Depressionen, die durch Symptome wie Adipositas, Schlafstörungen oder Kopfschmerzen verdeckt werden. Bei Suizidrisiko ist meist eine stationäre Behandlung angeraten (Crasilneck, 1980; Hartland, 1973).

In den einzelnen Literatur-Fallberichten sind nicht immer trennscharf die Formen der Depressionen angegeben; deshalb müssen sie durchaus relativiert werden.

Therapie mit Hypnose

Meist wurde Hypnose als Zusatzmethode einer Psychotherapie genutzt, um bestimmte relevante Symptome wie z. B. Schlafstörungen, Negativgedanken etc. zu behandeln. Entsprechend gibt es kaum Studien, deren Therapie verallgemeinerbar für die Praxis wäre (Grympa et al., 2006; MacCann & Landes, 2010; Merrill et al., 2003). Bei Effektivitätsstudien ist auch zu bedenken, dass gerade bei dieser Erkrankung einige Patienten auf keine Behandlung ansprechen.

Hypnose wurde in der Depressionsbehandlung bislang relativ selten angewandt, da man hierbei geringe Ansprechbarkeit für Hypnose annahm und Hypnose die Suizidalität fördern könne (Alladin, 2006), was aber widerlegt wurde (Alladin, 2010; Yapko, 1992).

Erickson und Kubie (1952) behandeln eine junge Frau mit einer hysterischen Depression. Durch Altersregression wird eine kritische Kindheitsphase erreicht und erfolgreich aufgearbeitet. Abrahams (1964) sieht Depression als Schutzmechanismus an und deckt unter Hypnose die unterdrückten Gedanken und Gefühle auf, die der Patient dann auszudrücken lernt.

Greene (1973) kombiniert die Rational-emotive Therapie mit Hypnose und beschreibt sie als effektive und kurze Behandlungsform.

Beispiel

Carolusson (1998) sieht in Hypnose u. a. eine Therapiemöglichkeit, die Aufmerksamkeit des Patienten auf Abwehrfunktionen, Ressourcen und depressionsfreie Bereiche zu fokussieren. Da Misstrauen und negative Übertragungen auftreten, empfiehlt sie, die Hypnoseinduktionen besonders auf die persönlichen Eigenarten des Patienten indirekt und subtil gestaltet abzustimmen. Zur Verbesserung des Selbstwertgefühls bei Depressionen werden Ich-stärkende Suggestionen oder progressive Muskelrelaxation angewandt und als gleich wirksam beurteilt.

Die kognitiv-behaviorale Therapie und Hypnose

Die kognitiv-behaviorale Therapie mit Hypnose zielt u. a. auf das bewusste Erkennen und den Sokratischen Dialog ab und bewirkt damit kognitive Umstrukturierung (= Reframing) (Aladin, 2010; Alladin & Alibahi, 2007), z. B. um dysfunktionale Gedanken und Annahmen umzustrukturieren, die depressive Affekte steuern und aufrechterhalten.

Die kognitiv-behaviorale Therapie ist gerade bei Depressionen sehr verbreitet und in ihrer Effizienz gut erforscht (Hollon et al., 2002). Für Yapko (2010) ist u. a. wesentlich, das Unbewegliche zu bewegen, d. h., festgefahrene Meinungen, Gedanken, Glaubensgebäude über sich selbst und andere zu verändern, so z. B. Generalisierungen (wie: immer, alle, keiner, nie) zu erkennen und abzubauen. Dazu gehören auch die ständig wiederkehrenden Gedanken, Ängste, Meinungen, die zwanghafte Züge haben können. Mit unterschiedlichen Methoden – meist kognitive Hypnotherapie – kann die Aufmerksamkeit gelenkt und verändert werden.

Elemente der kognitiven Hypnotherapie (nach Yapko, 2001; Alladin, 2006, 2010, S. 170)

Basisinterventionen

- ▶ Induktion von Entspannung, auch als Selbsthypnose durchgeführt
- ▶ Erreichen somatosensorischer Veränderungen, durch die der Patient langsam davon überzeugt wird, die Depression selbst zu kontrollieren

Demonstration der Macht des Geistes

- ▶ Durch Hypnose kann der Patient z. B. Katalepsie erreichen und dadurch erleben, dass er durch Vorstellungen etwas bewirken kann
- ▶ Erweiterung des Bewusstseins, z. B. Erleben neuer positiver Gefühle, Zunahme von Motivation
- ▶ Ich-Stärkung: Zunahme von eigener Wertschätzung und Selbstachtung erreichen
- ▶ Posthypnotische Suggestionen: z. B. zum Abbau negativer Gedanken, dysfunktionalen Kognitionen und negativer Gefühle

Kognitive Umstrukturierung in Hypnose

- ▶ Regression hin zum auslösenden Ereignis: erleben und analysieren, welche negativen Gefühle, Gedanken, Glaubenssätzen etc. auftraten – und dann Umänderung zum Neutralen oder Positiven
- ▶ Regression hin zum ursprünglichen Trauma: dadurch den Ursprung von prägenden Annahmen, Glaubenssätzen und Gefühlen erkennen
- ▶ Erkennen und Löschen unbewusster Akten, z. B. mit der Metapher des Computers werden alte und schädliche Dateien erkannt, und gelöscht. Damit kann das negative Selbstschema geändert werden. Hypnosemethoden können hier sein: Affektbrücke, Altersregression, Altersprogression und Trauminduktion
- ▶ *Wegwerftechniken*: Mit z. B. der Methode *Roter Ballon* kann der Patient Distanz zu belastenden kognitiven oder emotionalen Inhalten bekommen (s. Abschn. 19.6.13).

Symbolische Imaginationstechniken

- ▶ *Das Tor der Vergebung*: Wenn der Patient dieses Tor durchschreitet, erlebt er Erleichterung und kann sich selbst Fehler etc. verzeihen.

Gesamtaktivierung und Training sozialer Kompetenzen

- ▶ Als Vorbereitung oder Begleitung entsprechender Trainingsprogramme kann man verschiedenen Verhaltensweisen in Hypnose beobachten und sie ausprobieren.

Zur Behandlung der bei Depressionen typischen wiederkehrenden Gedanken und Gefühle empfehlen Lynn et al. (2010): Posthypnotische Suggestionen und Atemtechniken zur Gedankenunterbrechung, verbunden mit Achtsamkeit und Aufmerksamkeit, in der Gegenwart und ohne Wertung zu leben (Kabat-Zinn, 2005). Damit verbunden kann in Hypnose der Body Scan vorgenommen werden (Lynn & Kirsch, 2006).

Dobbin et al. (2007) gehen von neurobiologischen Überlegungen aus, um u. a. Übererregungen (Aktivierung der Amygdala) und damit Stress und Angst zu reduzieren. Entsprechend vermitteln sie Selbsthypnose zur Beruhigung, die sich als hilfreich im Bereich der Grundversorgung erweist.

Loriedo und Torti (2010) verwenden hierzu einen systemischen Ansatz mit Hypnose. Dieser berücksichtigt die unterschiedlichen Ansichten und Umgangsweisen mit Hypnose und der Depression des Patienten innerhalb z. B. der Familie.

Bei dem engen Zusammenhang von Posttraumatischer Belastungsstörung und Depression wendet Smith (2004) eine Kurztherapie mit Hypnose an. Ausgangspunkt ist ein sexuelles Trauma durch einen Überfall. Mit Selbsthypnose erlernt die Patientin Kontrolle über ihre Gedanken und Unaufmerksamkeit, wodurch ihre Hilflosigkeit abnimmt. Angewandt werden stille Abreaktion (H. Watkins, 1989) und die Imagination eines heilenden Bades in einem Jacuzzi, wodurch ihre bedrohlichen Erinnerungen verblassen.

22.10 Schizophrenie und andere psychotische Störungen

Erklärungsmodelle

Die Komplexität der schizophrenen Störungen ist grob durch folgende Aspekte zu umreißen: Das Denken wird inhaltlich durch Wahnvorstellungen bestimmt, die oft bizarr sind (z. B. Gedankeneingebung, Gedankenentzug). Das formale Denken zeigt u. a. Lockerung der Assoziationen. Die Wahrnehmung wird beeinträchtigt durch Halluzinationen verschiedener Formen. Leistungsniveau und Affekt sinken ab und die Kontakte zur Außenwelt werden reduziert. Wesentlich ist weiter der Krankheitsverlauf. Gerade bei dieser Erkrankung gibt es zahlreiche und sehr verschiedene theoretische Erklärungsansätze, die hier nicht aufgezeigt werden können.

Nach neuropsychologischen Untersuchungen arbeiten bei der Schizophrenie die aktiven und rezeptiven Vorgänge nicht angemessen zusammen, da eine Dysfunktion im anterioren hippocampalen Output vorliegt. Hypnose kann evtl. als ein Prozess verstanden werden, in dem bestimmte Bedingungen und Suggestionen bei einigen Personen ein verlängertes Auftreten des rezeptiven Modus bewirken können und dadurch eine normale Sicht auf die Realität erlauben, die es zu ändern gilt (Johnson, 2006).

Kontraindikation oder Indikation der Hypnose?

Früher wurde angenommen, Hypnose sei bei Schizophrenen gefährlich oder löse Psychosen aus (Ellis, 1958; Lindner, 1956). In Abschnitt 9.3.4 wird klar dargelegt, dass Hypnose nicht generell psychotische Veränderungen bewirkt; wenn jedoch traumatische Szenen mit Schlüsselfunktionen angesprochen werden, können psychotische Verhaltensweisen ausgelöst werden, so z. B. in der Showhypnose (Auerback, 1962; Bentall, 2000; Kleinhauz et al., 1979).

In sehr umfassenden Hypnose-Studien mit über 200 schizophrenen Patienten waren keinerlei negative Wirkungen der Hypnose festzustellen, ja sogar Verbesserungen (Ebers, 1987, 1988; Lavoie et al., 1978; Liberman et al., 1978) – auch bei chronisch paranoid Schizophrenen (Baker et al., 1990; Gafner & Young, 1998).

Vorsichtsmaßnahmen. Die Erkrankung kann eine wesentliche Schutzfunktion haben und bedarf sehr großer Vorsicht in der Behandlung (Lavoie & Sabourin, 1980). Da Schizophrene erheblich verletzlich sind, muss ein besonders gutes therapeutisches Vertrauensverhältnis bestehen, in dem gleichzeitig ihr Kontrollbedürfnis und ihre Furcht vor Nähe zu beachten sind (Scagnelli, 1976; Vas, 1992).

Verwirrungstechniken sind kontraindiziert, während besonders indirekte Techniken wirksam sind, die Klarheit der Bilder, Geschlossenheit der Figur, Ruhebetonung und Strukturierung beinhalten (Ebers, 1987, 1988; Vas, 1992).

Hypnose wird hier u. a. genutzt als Entspannungsverfahren, zur Altersregression, zum Abbau von Schuldgefühlen, zur Problembearbeitung und zum Aufbau von Selbstkontrolle.

Therapie mit Hypnose

Nach bislang kleinen Dokumentationen kann Hypnose bei der Behandlung von Schizophrenie hilfreich sein, müsste jedoch noch weiter mit besser angelegten und kontrollierten Untersuchungen abgesichert werden (Izquierdo & Khan, 2004, 2007).

Die wenigen sehr unterschiedlichen Behandlungsansätze sind nachfolgend zusammengestellt.

Der Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Hypnotisierbarkeit wird sehr unterschiedlich beurteilt (Pettinati et al., 1990).

Beispiel

Interessant ist der Ansatz von Wilson et al. (1982), die bei jugendlichen Schizophrenen ein »reparenting« vornehmen: Auf der Basis der Transaktionsanalyse entdecken sie über Regression ihre Grundbedürfnisse und arbeiten an ihrer Objektbeziehung, um so angemessene Beziehungen aufzubauen.

Bei einem hospitalisierten Schizophrenen mit einer fünfjährigen Krankengeschichte führt Lavoie (1978) eine Altersregression durch, in der er das stereotype Bild der Mutter als Prostituierte modifiziert und eine deutliche Veränderung bewirkt.

Wesentlich sind aber auch Angstreduktion und Ich-Stärkung durch Hypnose (Scagnelli, 1976; Vas, 1988), die als »der Königsweg zum Unbewussten« angesehen wird (Fromm, 1984, S. 61).

Der utilisierende Ansatz. Erickson (1964a, 1977) berichtet von Einzelfallstudien, in denen er durch Hypnose die Grundprobleme behandelt und mit wenigen Sitzungen Besserung bewirkt. Einen Kranken, der sich mit Jesus Christus identifizierte, nennt er »Zimmermannssohn«. Der Patient fühlt sich endlich richtig erkannt und arbeitet dann als Handwerker in der Station mit. Milzner (1998) stabilisiert einen »Seher«, indem er ihn auf Nostradamus und dessen Regeln im Leben hinweist; der Patient kann daraufhin ebenfalls Regeln besser einhalten.

Die »literarische Methode«. Milzner (1998a, 1998b) will den psychotischen Zustand sprachlich abbilden und so eine Struktur vermitteln. Hierbei werden nur die für Veränderungen relevanten Mitteilungen beachtet und darin indirekte Lösungsmöglichkeiten angeboten. Beispiel: Eine Frau murmelt in Wortfetzen: »Allein, ein allein, sein einziger Trauerbaum allein, stand allein ...« Thema und Stilform werden therapeutisch aufgegriffen: »Baum träumte, träumte einen langen, langen Traum, ruhig allein« (S. 270). Sogar bei akuten Psychosen hat diese Methode strukturbildende Wirkung hin zu größerer Konsensrealität.

Verhaltenstherapie und Hypnose. Grundlegend wird hier eine Verbesserung des Selbstmanagement angestrebt; d. h. Kontrolle von inneren Dialogen, Attributionen und Veränderung der »inneren« Wahrnehmungen (= Halluzinationen) zu Gunsten der »Außenwahrnehmungen«. Gleichzeitig wird dazu angeleitet, ein inneres Konzept zu erstellen, sich sozial besser einzubinden und die Zusammenhänge zwischen

Kognition und Emotion zu identifizieren (Roder et al., 1992; Süllwold & Herrlich, 1998).

Beispiel

Zeig (1974) nimmt eine Symptomtransformation bei Stimmenhören vor, indem er mit dem Patienten übt, wie er die Stimmen selbst verändern kann. So kann er z. B. die Lautstärke beeinflussen, die Stimmen in verschiedene Körperteile gehen oder sie sogar außerhalb des Körpers auftreten lassen. In der Terminologie der Verhaltenstherapie erfolgt hier Stimulusveränderung und kognitive Umstrukturierung mit Selbstkontrolle.

Maurer (1992) übt u. a. Selbstkontrolle ein, indem er z. B. bei belastenden Halluzinationen in Hypnose Aufmerksamkeitsumlenkung auf neutrale oder positive Vorstellungen erreicht; hierzu gehören auch Veränderungen der auslösenden halluzinatorischen Stimuli durch Änderung ihrer Modalitäten.

Besessenheit

Diese Symptomatik ist ohne Zusatzinformationen nur schwer einzuordnen.

Berwick und Douglas (1977) behandeln eine Patientin mit Besessenheit, die annimmt, dass ihr Ehemann als Satan ihren Geist beherrscht. Scagnelli (1976) arbeitet mit hypnotischen Traumanalysen.

22.11 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung)

Beim Borderline-Syndrom liegt eine Persönlichkeitsstörung vor, bei der (alternierend) Symptome einer Neurose und Psychose auftreten. Fallberichte aus der Therapie mit Hypnose bei Borderline-Patienten stammen vorwiegend von psychoanalytisch orientierten Therapeuten (Zindel, 2003). Gute Erfahrungen wurden mit Selbsthypnose gemacht, da der vom Patient befürchtete Kontrollverlust hierdurch reduziert wird (Scagnelli, 1980).

Bei dieser Störung sind besonders die Grenzen der Hypnose-Indikation zu bedenken (s. Abschn. 14.5.1).

22.12 Lern- und Leistungsstörungen, Examensprobleme, Lernbeeinträchtigungen, Schulprobleme

Unter Lernen und Leistung wollen wir hier schulisches oder akademisches Lernen verstehen im Sinne von Aufnahme von Wissen, dessen Speicherung und Wiedergabe. Gemeint ist damit die Leistung des Langzeitgedächtnisses als deklaratives (explizites) Gedächtnis bei der bewussten Wiedergabe von Fakten und Episoden (s. Abb. 7.10, S. 166).

Unter dem Oberbegriff der Lern- und Leistungsstörungen ist auch der weite Bereich von Konzentrations- und Motivationsproblemen zu verstehen, die in der Schule und bei den Hausaufgaben sowie im Studium – allgemein bei der Aneignung und Wiedergabe von Wissen – auftreten.

Erklärungsmodelle

Lern- und Leistungsstörungen sind einerseits objektiv bestimmt, andererseits orientiert an Sozialnormen und subjektiv an eigenen Normen bzw. Rollenerwartungen (Ross & Petermann, 1987).

Als Ursache sind folglich psychologische Einwirkungen (z. B. Ängste), psychosoziale Aspekte (z. B. familiäre Spannungen), Umweltfaktoren (z. B. Lärm, Räumlichkeiten) und spezifische Beeinträchtigungen (z. B. Legasthenie/Lese-Rechtschreib-Schwäche) zu nennen (Kossak, 1983a).

22.12.1 Lernverbesserung durch Hypnose?

Grundlagenstudien zum Problem des Lernens unter Hypnose verwenden meist nur abstrakte Lernvorgänge (Silben, Worte), die sich jedoch nicht auf schulisches oder studentisches Lernverhalten bzw. dessen Störungen unmittelbar übertragen lassen. Keine Studie konnte eine nachweisbare direkte Lernverbesserung durch Hypnose belegen (z. B. Cox, 1981). Der Effekt der Hypnose beim Lernen bzw. der Lernerleichterung ist somit noch sehr unklar (Russel, 1984).

Im Vordergrund stehen demnach primär emotionale und motivationale Beeinträchtigungen, die mit Hypnose zu verbessern sind, so Angstreduktion, Entspannung und Verbesserung der Lernmotivation bzw. des Selbstkonzepts. Die Verbindung von verhaltenstherapeutischen Methoden (wie z. B. Shaping, Stimuluskontrolle, Lerntrainings) und Hypnose kann sehr effektiv sein, so z. B. in Form von Selbsthypnose-Übungen (Stewart, 1980).

Neuropsychologie des Lernens mit Hypnose

Bildhaften Assoziationen von Wortpaaren (Sonne-Vogel) bewirken während der Encodierung (= beim Lernen) in Hypnose eine bilaterale Aktivierung im occipitalen und im präfrontalen Kortex. In der dann folgenden Abrufphase wird deutlich das Arbeitsgedächtnis durch eine starke bilaterale anteriore cinguläre und präfrontale Aktivierung angesprochen, ebenso der Präcuneus im medialen parietalen Kortex. Die verbesserte Lernleistung in Hypnose ist demnach mit einer stärkeren Hirnaktivierung verbunden. Dagegen sind abstrakte Wortpaare im Wachzustand besser erlernbar als in Hypnose (Halsband, 2004).

Dies bedeutet u. a. für die Hypnotherapie, dass gerade konkrete Bilder und Metaphern besser aufgenommen werden. Induktionen und Suggestionen mit verschiedenen Wahrnehmungsqualitäten scheinen diese Mechanismen anzusprechen (Halsband & Hinterberger, 2010).

Es besteht die Annahme, dass Lernen (z. B. von Fremdsprachen) auch unintentional und unbewusst erfolgen kann, so z. B. im Schlaf oder in Hypnose. Im Schlaf angebotenes Lernmaterial wird nur von 30 Prozent der Versuchspersonen erinnert, im Wachsein Erlerntes von 90 Prozent (Cooper & Hoskovek, 1972). Möglicherweise reagieren Hochsugstible im Schlaf auf Lerninhalte (Cobb et al., 1965).

Verbesserung des realen studentischen Lernverhaltens (De Vos & Louw, 2006)

Nach einer Aufteilung in vier Gruppen (Entspannungs-Hypnose, Aktiv-Wach-Hypnose, Progressive Muskelrelaxation und keine Intervention) erlernen die Studenten der beiden Hypnose-Gruppen Folgendes:

Kognitive Umstrukturierung. Durch einen positiven Eigendialog Abbau negativer Gedanken (Tosi et al., 1992).

Technik der geballten Faust (Stein, 1963). Mit der geballten Faust werden positive Gedanken, Gefühle, Motivation und Konzentration verbunden.

Simulation der Realsituation (Heimberg, 1994). In Hypnose sollen sich die Studenten die gewünschten Lernsituationen vorstellen (Lernen, Vorlesung hören, eine Klausur schreiben). Dabei erlernen sie mit der Methode der geballten Faust (s. o.), ihre Gedanken zu kontrollieren.

Selbsthypnose. Aneignung und Einprägen von Fertigkeiten der Selbsthypnose.

Die beiden Hypnosegruppen verbessern sich in Bezug auf Konzentration, mentale Wachheit, Fehlerreduktion signifikant gegenüber den beiden Kontrollgruppen.

Ähnliche Methoden wenden Dundas et al. (2009) an, und stellen dabei fest, dass die Studenten die Methoden sogar individuell modifizieren und dadurch ihre Effektivität weiter verbessern.

Exemplarisch ist hierzu in Kapitel 27, Fall 6 mit Examens- und Lernproblemen und den entsprechenden Suggestionen dargestellt.

Lesen und Lernen unter Hypnose

Beim Lernen bzw. Lesen unter Hypnose darf keine zu tiefe Entspannung erreicht werden, da es sonst zu einer Reaktionsverminderung kommen kann (Wark, 1988). Entspannung bei optimaler Wachheit ist somit erforderlich (Peter, 1991a). Selbsthypnose zur mentalen Wachheit und körperlichen Entspannung bewirkt eine Verbesserung des Leseverständnisses gegenüber der Wartegruppe ($p < .01$) (Wark & LaPlante, 1991).

Bei zahlreichen älteren Untersuchungen wurde durch posthypnotische Suggestionen bei Hochhypnotisierbaren eine Zunahme der Lesegeschwindigkeit bewirkt (z. B. Donk et al., 1970; Scharf & Zamansky, 1963). Unklar bleibt, ob hier die Suggestionen oder die davon unabhängigen Einstellungsänderungen wirksam waren. In der Studie von Koe und Oldridge (1988) schneiden Hochhypnotisierbare im Lesetest (Tempo und Verständnis) nach posthypnotischen Instruktionen besser ab ($p < .01$).

Bei Studenten mit Test-Angst wird das Lernen durch Hypnose nicht verbessert, aber – im Vergleich zur Kontrollgruppe – ihr Leseverständnis (Johnson & Johnson, 1984).

Koe (1981) verbessert unter Hypnose Lesequalität und Selbstkonzept bei Studenten, Oldridge (1982) bei Kindern.

Unter Hypnose kann die Wiedererkennung am Tachistoskop verbessert werden (Kliman & Goldberg, 1962; Scharf & Zamansky, 1961); ggf. ist hier die erhöhte Aufmerksamkeit wirksam.

Krippner (1966) trainierte Kinder in einem fünfwöchigen Spezialkurs. Wenn sie Hypnose zur Verbesserung ihrer Motivation, Konzentration und Vergrößerung des Leseinteresses erhalten, zeigen sie danach bessere Leistungen.

Bei der Therapie eines Erwachsenen arbeiten Wagenfeld und Carlson (1979) mit Ich-stärkenden Suggestionen, Altersregression, automatischem Schreiben und Zeitverzerrung und erreichen eine Besserung seiner Leseleistung. Der Patient von van Rooyen (1981) hat in Examina einen mentalen Block, sodass er nicht schreiben oder seine eigene Schrift nicht lesen kann. Mit Hypnose-Imaginationen aus dem Film »A Fantastic Voyage« kann sein Block abgebaut werden. In der Katamnese nach einem Jahr ist er weiterhin störungsfrei.

Hypnotisierbarkeit

Die geringe hypnotische Suggestibilität von Studenten im HGSHS:A steht in signifikantem Zusammenhang mit der geringeren Teilnahme an sozialen College-Aktivitäten, d. h. mit ihrer geringen Bereitschaft, sich sozial einzubinden, und kann sogar als Vorhersagewert für ihre Sozialaktivitäten dienen. Vielleicht kann angenommen werden, dass die von den Sozialangeboten ausgehenden indirekten Suggestionen bei diesen Personen nicht wirksam sind (Graham, 2003).

22.12.2 Beeinflussung der Lernsituation, Abbau von Angst und Stress

Meist liegen sehr komplexe Defizite in einzelnen Lerntechniken vor. Wark (1996) trainiert Studenten in einem zehnwöchigen Kurs, verbunden mit Selbsthypnose zur Entspannung. Personen, die in der Creative Imagination Scale (CIS; s. Abschn. 5.3.3) die höchsten Werte hatten und anfangs die schlechtesten Leistungsbewertungen, haben einen signifikanten Leistungsanstieg erreicht.

Angstabbau im Klassenzimmer, bei Klausuren und Examina

Da gerade im Angstbereich viele individuelle Faktoren wirksam sind, sollen hier primär allgemein wirksame und möglichst in der Gruppe einsetzbare Interventionen dargelegt werden.

Abbau von Klassenarbeits- und Klausurenängsten

Der Abbau von Klassenarbeitsängsten ist in zwei bis fünf Sitzungen ausreichend wirksam zu vermitteln (Gardner & Olness, 1981, S. 167f.). Als Methoden werden u. a. kognitive Umstrukturierung, Gegenkonditionierung und Probehandeln eingesetzt.

(1) Verdeutlichung der Irrationalität der Ängste. Verbunden mit dem Aufbau der Therapiemotivation und anschließendem Erlernen einer relevanten Hypnose-methode wird die Irrationalität der Ängste aufgezeigt.

(2) In Hypnose Visualisierung einer angenehmen Aktivität. In Hypnose visualisiert der Schüler eine angenehme Aktivität, in der er erfolgreich ist. Es sollte eine außerschulische Aktivität sein, die garantiert ohne Angst erfolgreich realisierbar ist.

(3) Aufbau des idealen Selbstbildes. Anschließend wird das ideale Selbstbild des Schülers aufgebaut (s. Abschn. 19.6.6), indem die guten Erfolgsgefühle nun auf gute Gefühle im Klassenzimmer bezogen werden.

(4) Angstabbau durch Imagination. Durch Imagination von Tätigkeiten, die der Klassenarbeit ähnlich sind, wird Angst abgebaut. Dazu gehören: Übungsarbeiten, Hausaufgabenanfertigung etc. Analog zur systematischen Desensibilisierung steigt der Schwierigkeitsgrad der Aufgaben, bis schließlich das Niveau der angestrebten Prüfung erreicht ist. Besonders betont werden: das Gefühl der Kompetenz, der Ruhe und des Selbstvertrauens. Sobald Angst auftritt, wird auf eine angstfreiere Stufe zurückgegangen.

(5) Übergang des imaginativen Übens zur Realsituation. Der Übergang des imaginativen Übens (Rollenspiel) zur Realsituation wird durchgesprochen und geplant.

(6) Posthypnotische Suggestion. Es wird die posthypnotische Suggestion gegeben, dass die positiven Gefühle und Erfolgserlebnisse aus der Therapiesitzung auch in der Realsituation auftreten.

(7) Erlernen der Selbsthypnose. Zum weiteren Aufbau positiver Imaginationen und zur Selbstkontrolle soll Selbsthypnose erlernt werden.

(8) Besprechung. Es wird über mögliche unrealistische Erwartungshaltungen (»keiner ist perfekt«) gesprochen, realistische Erwartungshaltungen werden aufgebaut. Misserfolge können als eine Möglichkeit neuer Lernerfahrungen angesehen werden.

Examensprobleme

Berichte zu Examensproblemen beziehen sich fast ausschließlich auf Examensängste. Entsprechend werden dann verhaltenstherapeutische Techniken wie das Gegenkonditionieren angewandt (Stanton, 1985) und zahlreiche indirekte Methoden der Erickson'schen Richtung (Häuser, 1991; Janouch, 1991; Peter, 1991a; Prior, 1991).

Das Konzept von Palan und Chandwani (1989) beinhaltet Ich-stärkende Suggestionen und Übungen von Bewältigungsstrategien. Die Studenten bewältigen damit ihren Examensstress deutlich besser (Motivation, Konzentration, Selbstvertrauen; $p < .001$) als die Vergleichsgruppen, haben jedoch keine besseren Zensuren als diese.

Ähnliche Ergebnisse erzielen Nath und Warren (1995) und Hart und Hart (1996). Schreiber (1997) bewirkt durch Gruppenthypnose eine Zensurenverbesserung im Examen.

Zeyer et al., (1992, 2005) wenden bei prüfungsängstlichen Examenskandidaten ein sehr komplexes hypnotherapeutisches Behandlungsprogramm an, das die Entspannung in Prüfungssituationen simuliert (Gibbson et al., 1970), kognitive Umstrukturierung von irrationalen Gedanken und das »Ankern« beinhaltet (Bandler & Grinder, 1975). Im »Prä-post«-Vergleich erfolgt eine signifikante Reduktion der Prüfungsangst und Verbesserung des Arbeitsverhaltens. In ihrem Programm geben Revenstorf und Zeyer (2001) Anleitungen zur Problemanalyse und Selbsthypnose. Im Vordergrund stehen u. a. der Abbau von Stress und Mobilisierung eigener Ressourcen sowie weitere Hypnose-Strategien zur Bewältigung und Nutzung zurückliegender Erfahrung und zum Aufbau zukunftsorientierten und erfolgsorientierten Handelns.

Bei Senioren (Durchschnittsalter 72 Jahre) mit Angst vor einem Mathematiktest tritt eine Angstabnahme ein, wenn sie vorher Kontakt mit ihren Enkelkindern haben; eine signifikante Angstreduktion erfolgt sogar, wenn sie sich den Kontakt zwischen den Generationen nur vorstellen (Abrams et al., 2008).

Nach meinen Praxiserfahrungen benutzen Schüler und Studenten meist ineffektive Lern- und Arbeitstechniken, die das Lernen und Behalten nicht nur erschweren, sondern teilweise sogar blockieren. Über die individuellen Ängste und psychischen Probleme hinausgehend, bestimmt jedoch gerade die Beherrschung ökonomischer Lern- und Arbeitstechniken wesentlich den Erfolg. In Kombination mit Selbsthypnose werden in dem von mir entwickelten Programm (Kossak, 1995, 2004) diese zahlreichen Strategien und Lerntechniken wie in einem Kurs verbunden. Das Therapieprogramm beinhaltet Angstabbau, Verbesserung der Lernmotivation, Selbsthypnose sowie die Vorbereitung und Bewältigung von Prüfungen.

Praxishinweis

Therapieprogramm bei Examensproblemen – Kurzdarstellung

Die Vermittlung der Lerntechniken ist hier nur stichwortartig dargestellt und an Kossak (1983a, 1995) orientiert. Zusätzlich zum Erwerb von Lerntechniken erfolgt in Selbsthypnose Entspannung zur Regeneration.

Spezifische Hypnoseaufträge

- ▶ **Positive Selbstwahrnehmung.** Z. B. selbstsicher, zuversichtlich bezüglich der Aufgabenbearbeitung sein
- ▶ **Positive Rückversicherung.** Z. B. zielsicher verstehen, Aufgabe lösen
- ▶ **Angemessene Abspeicherung.** Als posthypnotischer Auftrag soll Gelerntes angemessen gespeichert und wiedergefunden werden.
- ▶ **Bearbeitungszeit von Prüfungsaufgaben.** Die Bearbeitungszeit der Aufgaben wird subjektiv verbessert durch Verzerrung der subjektiv verstreichenden Zeit (time distortions).

- **Erfolge wahrnehmen.** Der Erfolg soll wahrgenommen werden, durch Selbstverstärkung soll die Arbeitsmotivation gefördert werden.

Die Schüler und Studenten sind meist davon beeindruckt, wie effektiv sich die nachfolgenden Suggestionen auf das Lernverhalten auswirken.

Suggestion

Rückversicherung, Selbstverstärkung

»Sie können sich immer drauf verlassen, die richtige Lösung zu suchen und auch zu finden und damit dann weiterzuarbeiten. Sie sind ganz sicher und das beruhigt Sie.«

Positive Selbstwahrnehmung und Wiederfinden des Gelernten

»... und nun schalten Sie um vom Ruhebild auf die Situation des Lernens z. B. zu Hause oder während der Klausur. Sie haben die Aufgabe vor sich, können sie ganz entspannt durchlesen, ... auf sich einwirken lassen, ... und können sich darauf verlassen, dass Ihnen zum richtigen Zeitpunkt auch das Richtige zu dieser Aufgabe einfällt, ... das heißt, Sie können ganz entspannt die Aufgabe anschauen, sie ganz ruhig durchlesen ... und dann zielsicher mit der Lösung beginnen und sie durchführen, wobei Sie zwischendurch kleine Pausen einlegen können. Ein paar Sekunden, die Sie brauchen, um sich erinnern zu können, wieder nachsuchen können. ... Und Sie können sich darauf verlassen, dass dieser Suchprozess auch funktioniert, auch wirkt. ... Von daher können Sie ganz zufrieden und selbstsicher die Arbeit beginnen und durchführen. Mit diesem Gefühl der Sicherheit und der Ruhe ist es schön, arbeiten zu können. ... Stellen Sie sich ganz deutlich die Aufgabenstellung vor, wie Sie dabei entspannt sein können, aber ganz wach und aktiv sind, die Aufgabe verstehen, ... Ihnen die Lösungsmöglichkeiten einfallen, und Sie sich ganz sicher darauf verlassen können, dass Ihre Erinnerungen hoch kommen und ganz gezielt da sind – sowohl bei Ihren häuslichen Ausarbeitungen als auch bei der Klausur... Sie haben alles richtig gelernt, es ist alles vorhanden und zur richtigen Zeit auch abrufbar.«

Bearbeitungszeit

»Sie wissen auch stets genau, dass Sie für jede Aufgabe immer die Zeitmenge verwenden können, die Sie gerade benötigen. ... Subjektiv können Sie also relativ viel Zeit verwenden und ruhig an der Aufgabe arbeiten, während die objektive Uhr normal und langsam weitergeht. ... Das ist angenehm, stets zu wissen, mit der Zeit gut auszukommen, da Sie ja die richtige Zeitplanung öfter überprüfen. ... Mit dieser großen Sicherheit können Sie locker und geruhsam Ihre Arbeit beginnen und durchführen. ... Zwischendurch können Sie immer wieder kleine Pausen einlegen, weil Sie sich drauf verlassen können, dass Ihnen alles einfällt.«

22.12.3 Lernstörungen, Entwicklungsstörungen

Unter diesen Begriffen werden z. B. im ICD-10 (F80–F89) sehr vielfältige Problemstellungen und Symptome eingeordnet, von Sprachstörungen über Lese-, Rechtschreib- und Rechenstörungen bis hin zum Autismus usw.

Allein bei der Eingrenzung auf z. B. Lese- und Rechtschreibschwäche (Legasthenie) gibt es sehr unterschiedliche Entstehungs- und Behandlungsmodelle, sodass Hypnose hier sehr differenziert und individuell angewandt werden müsste, ggf. für viele wirkungsvoll als Entspannungsmethode zur Selbstkontrolle in bestimmten Angstbereichen. So bleibt z. B. der Hypnoseversuch von Johnson et al. (1981) bei lernbeeinträchtigten = lese-rechtschreibschwachen Kindern wenig erfolgreich.

Bei vielen dieser so unterschiedlich betroffenen Kinder sind häufig kognitiv-behaviorale Therapiemethoden wie Aufbau sozialer Kompetenzen, Selbstsicherheit, Lernmotivation und Selbstkontrolle hilfreich. Ihre Kombination mit Hypnotherapie verbessert ihre Erfolgchancen (Kakar-Oel & Forster, 1995).

Lernstörungen, Lernbehinderungen

Die Hypnose-Literatur zu Lernbeeinträchtigungen bzw. -behinderungen ist äußerst rar und meist relativ alt, kontrollierte Studien fehlen. Möglicherweise liegt die Begrenzung der Hypnose mehr in der Ansicht der Anwender (Hacker Hughes, 2000). Im zahnärztlichen Bereich erlernen Kinder mit Hirnleistungsstörungen und leichter Lernbehinderung mit Hypnose muskuläre Entspannung (Secter & Gelberd, 1964).

Bei einem zwölfjährigen Jungen mit ähnlicher Symptomatik (s. o.) bestand das Problem, die rechte Hand nicht benutzen zu können. In Hypnose imaginiert der Junge ein Fußballspiel im Fernsehen und erhält Entspannungssuggestionen. Nach neun Sitzungen kann er die Hand bewegen und später sogar in einen Ärmel fahren und seine Handschrift verbessern (Lazar, 1977).

22.12.4 Störungen der Aufmerksamkeit – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Die Kinder zeigen meist neurologische soft signs; es gibt deshalb keine standardisierten neurologischen Tests für diese Symptomatik.

Die konventionelle Therapie beinhaltet stimulierende Medikation (Methylphenidat = z. B. Ritalin®), Verhaltenstherapie und speziell Selbstkontrollmethoden. Die Neurotherapie ist mit dem Biofeedback der relevanten EEG-Komponenten in 40 bis 80 Stunden erfolgreicher als die medikamentöse Behandlung (Rossiter & La Vaque, 1995).

Mit Augenfixation und Hypnoseinduktionen auf Tonband erreichen Illovsky und Fredman (1976) mindestens in einem der nachfolgenden Bereiche Verbesserungen: Entspannung, Vergrößerung der Aufmerksamkeitsspanne, Anweisungen befolgen, Lesefähigkeit, Abnahme der Ruhelosigkeit.

Bei einem 12-jährigen hyperaktiven Jungen mit Mobbing-Problemen geht Graef (2007) sehr komplex vor, indem sie kognitive Techniken nach Beck et al. (2001) erfolgreich mit denen der Hypnotherapie (Zeitlinienarbeit, Teilarbeit) verbindet.

Beispiel

Barabasz und Barabasz (1996, 2000) wenden eine aktive Wach-Hypnose an, indem sie Suggestionen zur Aufmerksamkeit geben und dazu auffordern, die Augen dabei nach oben zu rollen. Sie erreichen damit eine deutliche Verringerung der Theta-Wellen sowie die Zunahme von Beta-Aktivitäten und können die Behandlungszeit auf die Hälfte reduzieren. Die Verhaltensverbesserung ist auch in der Nachuntersuchung nach zwölf Monaten noch feststellbar.

Bei Erwachsenen werden kognitiv-behaviorale Methoden wie z. B. Aufbau von Selbstwertgefühl, Selbsteinschätzung etc. unter Hypnose vorgenommen (Low, 1999). Oft wird erfolgreich Autogenes Training als Breitbandverfahren eingesetzt (Goldbeck & Schmid, 2003). Intensive Literatur-Recherchen verdeutlichen, dass primär mit EMG-Biofeedback verbundene Entspannungstechniken deutliche Verbesserungen erbringen; dabei ist die Einbeziehung der Eltern, verbunden mit verhaltenstherapeutischen Methoden wie z. B. Selbstkontrolltechniken, am erfolgreichsten. In diesem Zusammenhang unterstützt auch Hypnose (Kakar-Oel & Forster, 1995).

22.12.5 Schulverweigerer

Schulverweigerung, auch Schulphobie, ist oft mit Angst und Depression (King & Bernstein, 2001) und mit diffusen körperlichen Beschwerden (Schwindel, Erbrechen, Leibschmerzen) verbunden, die schnell abnehmen, wenn die Schüler zu Hause bleiben dürfen (Kennedy, 1965). Die Komorbidität mit Trennungsangst und Depression wird diskutiert (McShane et al., 2001); dabei sind Probleme mit Gleichaltrigen und innerhalb der Familie ebenfalls häufig.

In der Vielfalt der Behandlungsformen sind kognitiv-behaviorale Methoden zum Abbau der Probleme und Aufbau von Ängsten und negativen Gedanken am meisten zu finden (Fremont, 2003). Aus dem Hypnosebereich ist bislang in diesem Zusammenhang die Behandlung der Sozialen Phobie bekannt (z. B. Walters & Oakley, 2003) oder allgemein der Abbau relevanter Ängste.

Das Konzept der »Tele-Hypnose« von Aviv (2006)

In Israel verwendet Aviv (2006) in seiner Therapie das Handy zur »Tele-Hypnose«; damit sind nicht nur größere Entfernungen überbrückbar, zusätzlich ist in kritischen Situationen der Therapeut sofort erreichbar:

- Selbsthypnose ist zwar bei Schulverweigerern durchaus hilfreich, wird jedoch in den kritischen Morgenstunden vor der Schule wenig angewandt.

- ▶ Deshalb wird der Jugendliche nun über das Telefon kontaktiert.
 - ▶ Für die Selbsthypnose werden grundlegend Negativgedanken bearbeitet und positives Reframing und posthypnotische Suggestionen aufgebaut. Die Induktion wird meist mit individuellen Lieblingsaktivitäten und bevorzugten Situationen oder Orten der Jugendlichen verbunden.
 - ▶ Sie werden auch darin angeleitet, die Interventionen während des Alltagsgeschehens und mit offenen Augen durchzuführen. Sobald ihre Angst auf einer Zehnpunkteskala über den Wert fünf steigt, sollen sie den Therapeuten anrufen.
- Nach wenigen Wochen nimmt der Großteil der Jugendlichen wieder am Schulbesuch teil. Diese Methode der Tele-Hypnose ist demnach in ihrer Wirkung der ambulanten Psychotherapie in einer Praxis vergleichbar.

22.13 Ticstörungen

Die als Tic bezeichneten automatischen und plötzlich einsetzenden Muskelzuckungen sind oft zwanghaft, teilweise noch der willentlichen Kontrolle unterworfen. Sie können respondent durch Schreckreaktionen entstehen, durch operante Verstärkung erlernt werden oder Ausdruck von Übererregung, Überforderung etc. sein. Oft bewirken Vererbung, Umwelt und Verhalten zusammen das Syndrom. Ausführliche Informationen hierzu geben Döpfner et al. (2010) und Roessner und Rothenberger (2008).

In der Therapie sind hilfreich: soziale Unterstützung (z. B. in der Schulklasse), soziales Kompetenztraining, Kontaktförderung mit Gleichaltrigen, Förderung von Selbstwert und Selbstvertrauen.

Verhaltenstherapie beinhaltet meist Selbstkontrolle z. B. durch Biofeedback oder durch Selbstbeobachtung, massierte Praxis, also durch willkürliches sehr häufiges Wiederholen des Ticverhaltens.

22.13.1 Motorische Ticstörungen

Kroger (1977) behandelt einen 13-jährigen Jungen mit einem Augen-Tic, der mit einer starken → Konjunktivitis einhergeht. Da das Kind in der Schule überfordert ist, erfolgen Beratungen mit den Eltern. Zusätzlich erhält der Junge die Suggestion der Symptomsubstitution, mit den Fingern zu schnipsen, um dadurch die Anspannung von den Augenlidern zu nehmen. Innerhalb von vier Übungssitzungen unter Hypnose ist der Junge in der Lage, das Verhalten zu verlagern und es danach vollkommen abzubauen.

Heimel (1978) behandelt einen unsicheren zehnjährigen Jungen mit sehr starkem Tic, bei dem die ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen nicht deutlich werden. Die Suggestion, alles das, was ihn belastet, einzupacken und mit einem Güterzug weit wegzuschicken (Abfalltechnik), ist hilfreich.

Trenkle (1990) nutzt bei seinem 45-jährigen Patienten mit starken Gesichtstics zufällig auftretende Ereignisse als lebensgeschichtlich relevante Symbole. Durch diese

indirekte Vorgehensweise erfolgt eine Integration der bislang dissoziierten Persönlichkeits- und Erlebensanteile.

22.13.2 Gilles-de-la-Tourette-Syndrom

Synonyme des Gilles-de-la-Tourette-Syndroms sind: Tourette-Syndrom, maladie des tics und Brissaud-Syndrom. Es handelt sich hier um eine extrapyramidal-motorische Erkrankung mit blitzartigen Zuckungen, die das Gesicht und den ganzen Körper betreffen können. Meist erfolgen unkontrollierte Laute und Ausrufe mit oft obszönem Inhalt.

Oft wird eine Kombination von Medikament, Psychotherapie und Hypnose eingesetzt, welche die primären und sekundären Tics der Gesamtsymptomatik deutlich reduzieren kann. Den Patienten ist trotz neurophysiologischer Abnormalität eine normale Reaktionshemmung möglich (Rössner et al., 2008). Auf dieser Basis erlernen die Patienten in den verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen, durch Selbstbeobachtung – auch mit Hypnose – die Auslöser oder Anfangsstadien der Tics zu identifizieren und dann mit Entspannung oder geeigneten Imaginationen gegenzusteuern (Raz et al., 2007).

Primär sind Einzelfallberichte zur Hypnoseanwendung vorzufinden, die oft mit kognitiver Verhaltenstherapie kombiniert sind. Lieblingsbeschäftigungen sind hierzu besonders geeignet: Ein flugzeugbegeisterter Junge erhält den indirekten Auftrag, als Pilot das Flugzeug stets gut zu kontrollieren; ein cellospielendes Mädchen lernt über das Bild der Instrumentenbeherrschung Selbstkontrolle (Culbertson, 1989; Kohen, 1995; Kohen & Botts, 1987).

Ein 14-Jähriger kann unter Hypnoseentspannung seine Zukunftsangst und Hoffnungslosigkeit ausdrücken. Entsprechend erhält er Ich-stärkende Suggestionen, die sein Selbstvertrauen aufbauen sollen. Zur Verstärkung seiner Selbstkontrolle der Koprolalie wird ein → Token-System eingesetzt. Auch das Abhören der Tonaufzeichnungen seiner Ausrufe ist hilfreich (Crawford, 1992).

Bei einem siebenjährigen Mädchen verwendet Kohen (1995) eine Metapher: Das Mädchen kann in Hypnose eine Reise durch seinen Körper machen, zu seinem Computer im Gehirn, der Schalter umlegt, die Ticimpulse zum Körper senden. Ebenso kann das Mädchen die Impulse dann vom Körper zu den Fingern und Zehen leiten. Die Tonbandaufnahmen dieser Instruktionen benutzt das Kind zur Selbsthypnose und Selbstkontrolle.

22.14 Ausscheidungsstörungen

22.14.1 Enuresis (Einnässen)

Das nächtliche Einnässen (Enuresis nocturna) ist nicht-willentliches Wasserlassen im Schlaf, Enuresis diurna tagsüber im Wachzustand. Wesentlich dabei ist die physiolo-

gische Reifung zur Blasenkontrolle, die vor dem ca. fünften Lebensjahr meist nicht erreicht ist. Beim Einnässen muss die primäre Form (von klein auf ohne Unterbrechung Einnässen) von der sekundären Form (nach einer Phase der Blasenkontrolle wieder Einnässen) unterschieden werden.

Differenzialdiagnostisch muss Inkontinenz (z. B. durch organische, neurologische oder urologische Erkrankungen) ausgeschlossen sein.

Die Ätiologie ist oft auf nicht erlernte oder falsch gelernte respondente Blasenkontrolle zurückzuführen; auch operante Entstehung und Aufrechterhaltung sowie psychodynamische Hintergründe sind zu beachten (Kossak, 2001). In der Psychotherapie sind mehrdimensionale Interventionen wie das verhaltenstherapeutische Blasentraining sehr effektiv (Glazener et al., 2003, 2005).

Collison (1970) kombiniert Hypnose, Einsichtstherapie und Verhaltensmodifikation. Bauman und Hinman (1974) sind allein mit Hypnotherapie erfolgreich.

Cheek und LeCron (1974) arbeiten mit ideomotorischen Signalen und geben die Suggestion: »Lass uns den inneren Teil deines Geistes finden, der es dir möglich macht zu urinieren, vorausgesetzt, dass du wach bist« (S. 210). Olness (1975) arbeitet mit Selbsthypnose.

Suggestion

Die Suggestion von Olness und Kohen (2001, S. 173 f.)

»Sage dir selbst, dass du diese Nacht gut schläfst. Sage deiner Blase, dass sie dir eine Nachricht ans Gehirn gibt und dich wach macht, wenn sie voller Urin ist. Wenn du wach bist, dann sage dir selbst, dass du aus dem trockenen Bett aufstehst, durch das Zimmer gehst, durch die Tür, dann zur Toilette, dort das Licht anmachst, in die Toilette urinierst, das Licht wieder aus machst, zurückgehst zu deinem Bett und wieder einschläfst. Dann denkst du an dich selbst, in einem trockenen Bett wach zu werden und weißt genau, dass du einen guten Tag haben wirst. Du genießt es, zu wissen, ein trockenes Bett zu haben, weil du dich angestrengt hast. Denn du bist der Boss deiner Blasenmuskeln. Genieße das gute Gefühl, in einem trockenen Bett wach zu werden, solange du es magst. Dann, wenn du bereit bist, kannst du die Augen öffnen und den Rest des Tages genießen« (Gardner & Olness, 1981, S. 133).

Oudshoorn (1988) erreicht mit seinem eklektischen, stark verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz meist durch Suggestionen der Selbstkontrolle Besserungen: Das Kind ist Schiffskapitän und hat in dieser suggerierten Rolle Überblick über alle (Körper-)Funktionen. Wenn der Blasendruck bemerkt wird, muss der Kapitän aufwachen und seine Verantwortung für das Schiff übernehmen. In anderen Fällen wendet Oudshoorn als Metapher die Wirkung des Computers an. Die Abkürzung PC für »Personal Computer« verwendet er nun als PC = »Pinkel Computer«, der Signale erkennt, verrechnet und an den Hauptkontrollraum Weckinformationen gibt.

Oudshoorn ist auch in einem Fall mit psychodynamischem Hintergrund sehr hilfreich: Ein Junge nässt regelmäßig nachts ein, wandelt sogar nachts im Zimmer

umher und uriniert in alle Ecken. In Hypnose berichtet das Kind von einem anderen Jungen, der ein Rebell ist, und projiziert damit seine Unterdrückung und den Wunsch nach Auflehnung. Das Kind erkennt dann weiter in Hypnose, dass die Eltern auch einen nicht immer artigen Sohn akzeptieren können – und zeigt bereits nach der zweiten Sitzung eine erhebliche Abnahme des Einnässens und Herumgeisterns.

Beim Problem des Einnässens tagsüber (Enuresis diurna) sind unbedingt psychische bzw. kognitive Hemmfaktoren zu berücksichtigen, die das reguläre Wasserlassen beeinträchtigen und dann zum Einnässen führen.

Ein sechsjähriger türkischer Junge nässt häufig tagsüber ein. Über einige sprachliche Barrieren hinweg kann ich erfahren, dass er sich schämt, im Freien Wasser zu lassen. Ich versuche eine kognitive Umstrukturierung und erkläre ihm, wie üblich für alle Jungen das Wasserlassen im Freien sei. Anschließend führen wir eine Imaginationsübung durch, in der er vor einem Baum steht und ihn krumm pinkelt. Als ich nun eine Belohnung verspreche, wenn er es schaffen würde, Bäume krumm zu pinkeln, wird dies lustig für ihn, und er gestattet sich zukünftig das Wasserlassen im Freien.

Beispiel

Ein sechsjähriger sozial gehemmter Junge nässt tagsüber häufig ein, besonders beim Spiel mit Gleichaltrigen, denn er will seine Spielkameraden für den Toilettengang nicht verlassen, da er Angst hat, zwischenzeitlich ausgeschlossen zu werden. In Hypnose erfolgt eine Imaginationsübung zur kognitiven Umstrukturierung mit Probehandeln: Der Junge betrachtet einen Bleistift vor sich auf dem Tisch, schließt dann seine Augen und stellt ihn sich weiterhin plastisch vor. Anschließend öffnet er seine Augen und findet den Bleistift in unveränderter Position. Nachdem er diese Erfahrung mit mehreren Gegenständen gemacht hat, soll er das gemeinsame Spiel mit seinen Freunden imaginieren, wie er ihnen mitteilt, dass er nur kurz zur Toilette gehe und man auf ihn warten solle. Nun stellt er sich beim Wasserlassen seine Kameraden vor, die auf ihn warten und anschließend wieder mit ihm weiterspielen. Von nun an kann er es sich gestatten, öfter als bisher zur Toilette zu gehen. Durch das anschließende Training sozialer Kompetenzen gewinnt er deutlich an Sicherheit, und das Einnässen ist vollkommen behoben.

Enuresis als Symptom einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Sekundäre Enuresis kann auch ein Symptom einer Posttraumatischen Belastungsstörung sein, so z. B. nach einem Autounfall (Eidlitz-Markus et al., 2000). Iglesias und Iglesias (2008) befassen sich mit einer 13-jährigen Patientin, die nach einem Autounfall sekundäre Enuresis diurna zeigt. Sie wenden ihre Methode »Hypnotic Trauma Narrative« an, die sie gerade für Kinder mit Posttraumatischen Belastungsstörungen entwickelten (Iglesias & Iglesias, 2005/2006, 2008). Dabei nutzen sie als Grundlage die Altersprogression zur Ich-Stärkung (Frederik & Phillips, 1992; Hartland, 1965). Grundannahme ist dabei, dass eine Person, die in Hypnose eine positive Zukunftsperspektive erleben kann, auch ein Ego entwickelt, das positiv eingestellt ist (Frederik

& Phillips, 1992). Entsprechend erhält das Kind im Rahmen einer Erzählung die Suggestionen, durch ein Teleskop zu blicken, sich in der Zukunft befindlich zu erleben und alle die erfreulichen Erinnerungen anzunehmen, die es bislang nicht akzeptieren konnte. Dabei kann es innerlich wachsen und erstarken.

22.14.2 Psychogene retentio urinae (Paruresis)

Die seelisch bedingte Zurückhaltung des Urins beinhaltet die Unfähigkeit, in unbekannter Umgebung zu urinieren.

Diese Störung ist in der Hypnoseliteratur wenig genannt, da die Patienten wahrscheinlich primär bei den Urologen verbleiben oder sich schämen und unbehandelt bleiben. Die Häufigkeit ist jedoch je nach Befragung bei 7 bis 50 Prozent der Bevölkerung anzunehmen (Vanderlinden, 1991).

Bei einem 68-jährigen Patienten mit Angst, in öffentlichen Toiletten Wasser zu lassen, wendet Seif (1982) in Hypnose erfolgreich Bilder vom Wasserfall an. Goggins (1983) ist mit Desensibilisierung und Hypnose erfolgreich, Bistes (1984) mit Hypnoanalyse.

Die eklektische und multimodale Therapie Vanderlindens (1991) beinhaltet Selbsthypnose, Entspannung und Desensibilisierung bezüglich der Angst auslösenden Gedanken und irrationalen Mechanismen. Hinzu kommt die Metapher des Manneken Pis aus Brüssel.

Beispiel

Ein 17-jähriger Patient kann nicht in öffentlichen Toiletten Wasser lassen. Da er meint, man könne vor der Toilettentür auch hören, wenn er kein Wasser lässt, setzt ihn das zusätzlich unter Druck, zumal eine sehr lange Bahnreise bevorsteht. Er erlernt bei mir Selbsthypnose zur Entspannung mit dem Ziel, vollkommen abzuschalten, damit ihm alles rundherum gleichgültig ist. Nach der erfolgreichen Anwendung in der Bahn üben wir später in Hypnose auch die Entspannung in anderen Toiletten, wie z. B. in der Schule. Nach ca. acht Sitzungen ist die Problematik erfolgreich behoben.

22.14.3 Enkopresis (Einkoten)

Das Einkoten kann durch organische Faktoren bedingt sein, wie Medikation oder Abführmittelmissbrauch, hat jedoch – analog zur Enuresis – häufig einen psychologischen Hintergrund.

Silber (1968) arbeitet mit Hypnotherapie und Klistier bei seinen fünf- bis neunjährigen Patienten. Sie erhalten Imaginationen mit anthropomorphisierten (menschenähnlichen Comic-) Gestalten, die sich mit der Kontrolle der Defäkation befassen, so z. B. ist der Analsphinkter der intelligente Aufpasser. Die Behandlung ist nach ungefähr drei Sitzungen erfolgreich.

Olness (1976) behandelt drei- bis fünfjährige Kinder mit funktionalem → Megakolon mit Selbsthypnose und ist der Ansicht, dass gerade hier Selbstverantwortung hilfreich ist.

Wird Biofeedback des Analsphinkters und parallel dazu Autohypnose angewandt, so erreicht Olness (1977) bereits nach einer Woche deutliche Verbesserungen, mit Selbsthypnose allein erst nach einem Monat. Fraglich ist hierbei, inwiefern alle Kinder in der Lage sind, in dem erforderlichen Maße Selbsthypnose konsequent anzuwenden.

22.15 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

In diesem Abschnitt sind – in Abweichung zum DSM-IV – auch Entwicklungs- und Kommunikationsprobleme u. Ä. eingeordnet, die gleichzeitig auch als Verhaltensstörungen eingestuft werden können, oft auch als Habits bezeichnet werden. Andere Störungen wurden hier ebenfalls eingeordnet, um die bereits umfangreiche Gliederung nicht noch weiter aufzusplittern.

Von den zahlreichen Verhaltensstörungen werden nur wenige in der Hypnose-Fachliteratur erwähnt.

22.15.1 Nägelkauen

Das Nägelkauen oder -abbeißen (Onychophagie) wird mitunter als Störung der Impulskontrolle angesehen. Es ist weitgehend auf Unsicherheit, Angst oder Anspannung zurückzuführen, jedoch auch auf das Modellverhalten der Eltern oder Geschwister; die Gewohnheitsstörung kann sich auch verselbstständigen.

Meist sind verhaltenstherapeutische Interventionen hilfreich wie z. B. »habit reversal« und »habit control«, um u. a. die Automatisierung abzubauen und Bewertungs- oder Handlungs-Alternativen aufzubauen (Meinzer & Rist, 1983). Oft ist auch eine habituierte Technik zur Spannungsreduktion bei erhöhter Oralität sinnvoll (Benz & Amelang, 1998).

Kroger (1977) gibt die posthypnotische Suggestion, die der negativen Praxis entspricht: Das Kind soll nur einen bestimmten Fingernagel an jeder Hand kauen, so oft es möchte. Dafür erhält es jedoch ganz genaue Instruktionen, wie es kauen soll: Von einer Seite im Mund zur anderen und wieder zurück – und das insgesamt drei Mal. Als Möglichkeit der Aversionstherapie kann die Suggestion eines bitteren und ekelhaften Geschmacks gegeben werden, sobald mit dem Nägelkauen begonnen wird.

Praxishinweis

Olness und Kohen (2001) sensibilisieren durch Selbstbeobachtung und Selbsthypnose für die Auslöser des Verhaltens und Verstärkung des Alternativverhaltens. Suggestionen sind sinngemäß: »Immer wenn deine Hand zum Mund geht, dann

fährst du sie stattdessen zur anderen Hand und tätschelst sie, weil du nicht gebissen hast.« – »Du hast den Drang, den Finger an den Mund zu führen, merkst aber, dass plötzlich dieser Drang weg ist. Du bist auf einmal ganz entspannt und siehst das Gesicht deines Freundes, der dich anlächelt und dich dafür lobt. So kannst du deine Hand entspannt liegen lassen und entspannt an dem weiterarbeiten oder weiter-spielen, was du gerade getan hast.«

Diese Vorgehensweise wird auch von anderen Therapeuten erfolgreich angewandt. Bei Forster (1991) lernt eine Patientin, ihre Anspannung zu erkennen und darauf erfolgreich mit Entspannungen gegenzusteuern.

Paradoxe Interventionen

Bei der hypno-behavioralen Kombination sind oft paradoxe Herausforderungen oder paradoxe Interventionen über Suggestionen erfolgreich:

Die Suggestion beinhaltet, alle Nägel kauen zu können, jedoch den Daumen auslassen. Wenn der Daumnagel dann gewachsen ist, kann der Zeigefingernagel als nächster wachsen etc. Aber auch Ansätze der Zukunftsprojektion sind sinnvoll: Die Patientin sieht die Nägel wachsen, hört das Lob ihrer Freunde, benutzt nun Nagellack etc. Gleichzeitig sollte die Suggestion zur Selbstverstärkung für Selbstkontrollverhalten mitbedacht werden (Kossak & Zehner, 2011).

22.15.2 Daumenlutschen

Das Problem des Daumenlutschens kann sehr unterschiedliche Ursachen haben, wie z. B. mangelnde emotionale Zuwendung, Zurücksetzung, Ängste, Stress etc. Daumenlutschen wird auch als Reaktion auf eine Übererregung angesehen, die Selbstberuhigung bewirkt (Lauterbach & Zorbach, 1989) und dadurch in sich selbst verstärkend wirkt. Folgen des Daumenlutschens sind Gaumendeformationen und Zahnfehlstellungen (z. B. Schmierer & Schmierer, 1995; Kossak & Zehner, 2011).

In der Verursachung und Behandlung gibt es große Ähnlichkeiten mit dem Nägelkauen. Auch hier sind Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle erfolgreich.

Erickson (1958c) schlägt bei einer 16-jährigen Jugendlichen Symptomverschreibung vor. Da sie ihre Eltern damit provozieren will, soll sie nun zehn Abende am Daumen lutschen.

Staples (1973) suggeriert bei einer Vierjährigen Altersprogression: Sie wird immer älter und größer, bis sie schließlich so groß ist, dass sie nicht mehr am Daumen lutscht. Mohlman (1973) suggeriert Alternativverhalten; anstatt den Daumen in den Mund zu stecken, soll er in der Faust umschlossen werden, was viel angenehmer ist und auch schneller geht.

Cheek und LeCron (1968) schlagen eine Form der negativen Praxis vor, indem sie an die Fairness des Kindes appellieren und alle Finger bedacht haben wollen. We-

sentlich ist nun, immer nach dem Lutschen des Daumens auch alle anderen Finger einzubeziehen. Das Symptom wird dadurch erlaubt. Es werden somit keine Widerstände aufgebaut, um dann das Symptom schließlich als langweilig oder lästig aufzugeben.

Erfolgreich ist Zehners individuelles verhaltenstherapeutisches Selbstkontrollprogramm mit folgenden Elementen: Suggestionen mit paradoxer Intervention, Entspannung als Alternativreaktion und Kalenderführung (Kossak & Zehner, 2011).

22.15.3 Psychogener Husten (habit cough)

Psychogener Husten oder auch Pseudoasthma kann bei Kindern durch Infekte der oberen Luftwege, Asthma, oft auch Turnübungen und Essen bewirkt werden. Oft liegen psychosozialen Stressoren vor wie Familie, Freunde, Trauer, aber auch Schulstress und elterliche Leistungserwartungen vor (Anbar & Hall, 2004). Typisch für den Gewohnheitshusten ist, dass er sich bei Ablenkung des Patienten verbessert (Lokshin et al., 1991).

Viele kleine Patienten erhalten eine Kurzunterweisung in Selbsthypnose von jeweils 15 bis 45 Minuten Dauer. Wahrscheinlich erlernen sie dabei Entspannung, die bei einem Großteil der Kinder hilfreich ist (Anbar & Geisler, 2005; Anbar & Hall, 2004).

Bei einem Fünfjährigen mit zystischer Fibromatose hatte sich psychogener Husten entwickelt. In einem Telefongespräch wird die Mutter des Jungen darin unterwiesen, in einer Altersprogression die Suggestion der Besserung einzuflechten, verbunden mit dem entspannenden Schwimmen in einem magischen See. Nach einer Behandlungswoche ist der Husten geheilt (Anbar, 2009).

Beispiel

Bei einem 12 Jahre alten Jungen mit Gewohnheitshusten ohne körperliche Befunde wird anfangs die Vorliebe für Videospiele genutzt, vom Husten abzulenken. Sobald er mit dem Spiel aufhört, kehrt der Husten jedoch wieder. Nun erst wird eine Exploration zu psychosozialen Stressoren vorgenommen; sie ergibt, dass die Eltern sehr bestimmend, kontrollierend und einengend sind. Nun erfolgen Elternberatungen, in denen mit den Eltern ein Abkommen getroffen wird, diese Verhaltensweisen abzustellen und ihrem Sohn mehr an Verantwortung zutrauen. Von nun an kann der Junge angeleitet mit Hypnose und Entspannung den Husten innerhalb einer Minute erfolgreich und dauerhaft beenden (Anbar, 2007).

22.15.4 Trotzanfälle

Bei jüngeren Kindern ist primäres Trotzverhalten meist eine entwicklungsbedingte Verhaltensweise, auf die der Erwachsene aufgrund von Verständnisproblemen nicht angemessen eingeht (Metzger, 1967). Gründe sind z. B. das noch nicht ausgereifte Zeitverständnis; die Aufmunterung »Du kannst nachher weiterspielen« wird nicht als

vorübergehende Unterbrechung verstanden, sondern als endgültiges Beenden und löst dann natürlich einen emotionalen Ausbruch aus.

Für die Eltern ist der Trotzanfall sehr aversiv, da er sich bis zu einem respiratorischen Affektkrampf bis hin zur Zyanose steigern kann. Viele wollen deshalb durch überstarke Zuwendung eine Beruhigung erreichen, bewirken dadurch jedoch die operante Verstärkung des Trotzens (sekundäres Trotzverhalten), das vom Kind dann später »gezielt« eingesetzt wird (Döpfner et al., 2007).

Therapie mit Hypnose

Beim primären Trotzverhalten, also bei Kindern zwischen dem ca. zweiten und dritten Lebensjahr, sollten die Eltern mehr mit Geduld und Ruhe reagieren, denn eine willentliche Regulation ist dem Kind nicht möglich. Petty (1976) schlägt deshalb folgerichtig Hypnose-Entspannung für die Eltern vor, damit diese beim Trotzanfall gelassen bleiben können und nicht durch Zuwendungsverhalten eine operante Verstärkung des Trotzens bewirken.

Bei älteren Kindern mit sekundären Trotzverhaltensweisen scheint diese Methode ebenfalls recht angebracht, um Eltern mehr Gleichmut zu geben, den aggressiven oder überhöhten Forderungen des Kindes mit Ruhe und Konsequenz begegnen zu können. Eine mögliche Eskalation kann dadurch verhindert werden.

Beispiel

Olness und Kohen (2001) behandeln einen zehn Jahre alten Schüler mit sekundären Trotzanfällen, die durch kleinere Frustrationen ausgelöst werden. Beim Erstkontakt mit der Therapeutin ist er ablehnend und ärgerlich. Als er daraufhin mit dem Temperatur-Feedbackgerät experimentieren darf, zeigt er Interesse und kann Veränderungen bewirken. Dies wird ihm als seine persönliche Fähigkeit erklärt, Kontrolle über sich zu erlangen. Der Schüler willigt daraufhin ein, Entspannung und Selbsthypnose zu trainieren. In der Folge zeigt er in der Schule keine Trotzanfälle mehr. Letztlich wird er dann in einer »Abfalltechnik« (s. Abschn. 19.3.13) unterwiesen: Er erkennt die Störinhalte und wirft sie z. B. in einen Abfallkorb, verbrennt sie, lässt sie auf dem Rücken eines Pferdes weglaufen, bevor sie einen Trotzanfall verursachen können.

Diese Form der Selbstkontrolle ist für Jugendliche und Erwachsene ebenfalls sehr effektiv.

22.15.5 Aggressionen

Bei Aggressionen als Störung des Sozialverhaltens können neben den sozialen bzw. psychologischen Verursachungen (Mangel an Sozialkompetenzen) wirksam sein.

In ihrem komplexen Behandlungsprogramm benutzen Petermann und Petermann (2010) auch imaginative Verfahren, die sehr gut zur Hypnoseintervention geeignet sind, so z. B. die nachfolgende Geschichte.

Suggestion

Die Kapitän-Nemo-Geschichte (Petermann & Petermann, 2010)

»Stell dir vor, du bist von Kapitän Nemo in sein Unterwasserboot Nautilus eingeladen worden. Ihr fahrt gemeinsam durch alle Weltmeere und seht viele wunderschöne Dinge unter Wasser. Die schönsten Stunden sind immer die, wenn Kapitän Nemo dich auf seine Unterwasserausflüge mitnimmt. Dazu ziehst du einen speziellen Taucheranzug an. Er hat eine besondere Wirkung auf dich: Du denkst nämlich schon beim Anziehen, dass du vollkommen ruhig wirst. Zuerst steigst du mit dem rechten Bein in den Taucheranzug. Du merkst und denkst: Mein rechtes Bein ist ganz ruhig. Dann kommt das linke Bein dran. Auch das linke Bein wird ganz ruhig. Du denkst: Meine Beine sind schon vollkommen ruhig. Du ziehst den Taucheranzug über den Po und den Rücken hoch. Dann schlüpfst du mit dem rechten Arm in den Taucheranzug und du denkst: Mein rechter Arm ist ganz ruhig. Du ziehst den linken Arm an, und er wird auch vollkommen ruhig. Du denkst: Meine beiden Arme sind vollkommen ruhig. Du ziehst noch die Kapuze über den Kopf und machst den Reißverschluss vorne zu. Jetzt bist du vom Taucheranzug rund herum eingehüllt und geschützt. Du fühlst dich im Taucheranzug wohl, sicher und vollkommen ruhig. Zum Schluss ziehst du noch die Schwimmflossen an, nimmst das Sauerstoffgerät auf den Rücken und setzt die Taucherbrille auf. Jetzt bist du für den Unterwasserausflug mit Kapitän Nemo bereit.«

Bei einem Jugendlichen mit starken verbalen Aggressionen und keinerlei Unterstützung durch das Elternhaus konnte ich durch Dissoziation und verdecktes Modelllernen eine gut und sehr schnell wirkende Selbstkontrolle aufbauen (s. Kap. 27, Fall 9).

Beispiel

Bei einer sexuell missbrauchten Jugendlichen werden im Verlauf der Therapie extrem starke aggressive Impulse deutlich, bis schließlich glaubhaft abzuleiten ist, dass Satanisten die Täter waren. Sie wurde von ihnen gefangen gehalten und gefoltert. Die Patientin verspürt seitdem einen überstarken Zwang, ihren kleinen Neffen umzubringen und kann sich nur mühevoll davon abhalten. Die behandelnde Fachkollegin konsultiert mich mit der Frage, ob hier ergänzend Hypnose durchgeführt wurde oder hilfreich anwendbar ist, da konventionelle Behandlungsgrenzen erreicht seien.

Bereits nach wenigen Sekunden der Hypnoseinduktion zeigt die Patientin ein starres und sehr passives Verhalten. Als sie sich nun eine Szene vorstellen soll, die sie unangenehm berührt, wird sie sofort aggressiv, ihr Gesicht ist von Wut verzerrt-entstellt, sie springt auf und will die Therapeutin mit ihren Händen würgen. Sofort rufe ich laut »Stopp« (= response prevention) und gebe ihr die Suggestion einer (vorher eruierten) entspannenden Szene. Die Kollegin wehrt die Patientin wie vorher abgesprochen ab und führt sie wieder an ihren Sessel zurück. Nun erfolgt die im Befehlston gegebene Suggestion: »Immer wenn du dieses Gefühl von vorhin

spürst und etwas Unangenehmes tun willst, dann hörst du deutlich meinen Stopp-Ruf – immer dann hörst du meinen Stopp-Ruf, wirst ruhig, entspannt; du unterbrichst deine Handlung, drehst dich um, wirst ruhig, setzt dich hin und bleibst in der Situation ruhig und willst nur noch nette Sachen tun.« Nach ca. vier Durchläufen bleibt sie ruhig und entspannt.

Von diesem Zeitpunkt nehmen die Aggressionsimpulse der Patientin weiterhin ab, ihre Angst vor aggressiven Übergriffen gegenüber dem kleinen Neffen ebenfalls.

Aus den Reaktionen und der nachfolgenden Therapiefortführung durch die Kollegin wird deutlich: Es ist eine missbräuchliche Hypnoseintervention durch die Satanisten anzunehmen; bedingt durch meine Intervention erinnert sich die Patientin, dass ein Mann ihr die Instruktionen gab. Die Suggestionen erfolgten immer nach der Folter (in einem psychisch sehr labilen Zustand), und die Patientin wurde danach frei gelassen, um die Handlung auszuführen. Das heißt, ihr aversiver Zustand wurde beendet, und es trat dadurch Entspannung ein, gekoppelt mit der Mord-Suggestion. Demnach wurde das Prinzip der negativen Verstärkung brutal angewandt.

Insgesamt hat sich durch die Hypnose-Intervention der Zustand der Patientin deutlich gebessert, ebenso ihre Kooperation in der weiteren Psychotherapie. Nach ca. einem Jahr Psychotherapie und ca. acht Monate nach der Hypnose-Intervention bestehen immer noch Amnesien in Bezug auf Ort und Person der Satanisten.

22.15.6 Autoaggressionen

Selbstzerstörerisches Verhalten ist unter zahlreichen Begriffen bekannt wie: Selbstbestrafung, Selbstverletzung, eigengerichtete Aggressionen, Masochismus. Es äußert sich u. a. in Nägelbeißen, Lippen- und Zungekauen, Haarausreißen (s. Abschn. 22.8.2), intensivem Kratzen, aber auch durch Kopfschlagen und Verletzen mit z. B. Messern oder Zigaretteenglut. Besonders bei Hospitalisierungen (Klinik, Gefängnis) und hoher Retardierung sind die Quoten dieses Verhaltens hoch (z. B. Ballinger, 1976). In Kinderheimen liegt bei nichtbehinderten Kindern die Häufigkeit von Bewegungstereotypen bei 58,5 Prozent und selbstverletzendem Verhalten bei 28,9 Prozent (Tröster, 1992). Meist sind sehr umfassende und tiefgreifende Psychotherapien erforderlich.

In den wenigen Therapieberichten werden die unterschiedlichsten Hypnosetechniken – auch in Kombination mit Verhaltenstherapie – benutzt (Hall & McGill, 1986; Kroger, 1980). Zudem werden aufdeckende Techniken, kontrollierte Altersregression und Entspannung eingesetzt (Malon & Berardi, 1987).

Beispiel

Orian (1989) behandelt eine 22-jährige Patientin, die sich seit Pubertätsbeginn ihre Haut an den Armen und im Gesicht mit Pinzetten oder unbewusstem Kratzen

verletzt. Ihr Bohren in den so verursachten Wunden ist zwanghaft. Die Therapeutin gibt direkte Suggestionen der Selbstkontrolle und lässt die Patientin sich in Hypnose in einer Altersprogression betrachten, wie sie nach erfolgreicher Behandlung aussehen wird. Nach dreizehn Behandlungswochen und auch sechs Monate danach ist das Symptom nicht mehr zu beobachten.

22.16 Sprech- und Sprachstörungen

Bei Sprachstörungen, vor allem Stimm- und Wortflüssigkeitsstörungen, soll mit Hypnose meist Entspannung und Verbesserung der Selbstbewertung des Patienten erreicht werden; Selbsthypnose steht dabei im Vordergrund (Macfarlane & Duckworth, 1990).

Nicht zu unterschätzen ist Hypnose im diagnostischen Bereich, einerseits im Sinne der Aufdeckung durch Altersregression, andererseits aber auch, um unter Hypnose verschiedene Sprech- und Sozialsituationen herzustellen und dabei die Veränderung des Sprech- und Sozialverhaltens zu beobachten.

22.16.1 Stottern

Als Stottern wird die Störung des fließenden Redestroms definiert, wobei die auffallend häufige Unterbrechung des Sprechablaufs wesentlich ist (Fiedler & Standop, 1978).

Nach den fMRT-Ergebnissen von Chang et al. (2009) haben Stotterer eine geringere Koordinierungsaktivität zwischen den Arealen für Sprachmotorik und Sprachplanung in der linken Hemisphäre. Bei anderen stotternden Personen liegen Veränderungen im Planum temporale vor (Foundas et al., 2004). Letztlich wurde das Chromosom 12 bzw. 18 als Ort für familiäres Stottern gefunden (Kung et al., 2010; Shugart, 2004). Demnach sind wahrscheinlich unterschiedliche neurobiologische Ursachen und Typen des Stotterns anzunehmen.

Auf psychologischer Ebene entwickelt sich (bei bestimmten Stotterformen) hier wahrscheinlich (zusätzlich) eine respondente Symptomatik, die sehr eng mit Sprech- und Sozialängsten gekoppelt ist und über Erwartungsängste aufrechterhalten wird. So kann eine überstarke präverbale Kontrolle des Sprechplanes in einem Teufelskreis Stottern – und damit wieder Überkontrolle – bewirken (Arnstein, 2011). Zudem können Stotterer ihre feinmotorischen Bewegungen schlechter als andere Personen steuern (Smith, 2006).

Letztlich können Schockerlebnisse oder andere Primärsymptome (wie z. B. Ängste) Stottern verursachen.

So stelle ich bei einem 12-jährigen Schüler eine starke intellektuelle Überforderung fest; sobald er auf mein Anraten nach dem Schulwechsel angemessen beschult wurde, hörte binnen weniger Tage das Stottern auf.

In einem anderen Fall leidet eine junge Frau unter anderem unter Anorexie und Stottern. In einem Rollenspiel, in dem ich die Rolle ihres Vaters spiele, beschimpft sie mich (als ihren Vater) mit fließender Sprache und wirft ihm ihre Misshandlung vor. Durch einen Umzug konnte die Behandlung leider nicht fortgeführt werden.

Therapie mit Hypnose

Von nahezu allen Autoren wird die Symptomatik des Stotterns als sehr therapieresistent beschrieben.

Das Therapie-Spektrum ist hier sehr groß; multimodale verhaltenstherapeutische Ansätze werden von Kuhr (1991) zusammengestellt.

Teilweise können mit Hypnose die Sprechängste abgebaut werden, jedoch sind Rückfälle relativ häufig, wie auch von Olness und Kohen (2001) und durch meine Therapiepraxis bestätigt. Buchta (1987) arbeitet mit einer Jugendlichen auf der Ebene der Altersregression und ist in elf Sitzungen erfolgreich.

Zur verdeckten Löschung (covert extinction) lässt Cautela (1976) den Patienten imaginieren, wie er ein Mädchen zur Verabredung anruft und dabei schlimm stottert. An der Stimme des Mädchens erkennt er jedoch, dass sie gar keine Notiz davon nimmt.

Dempsey und Granich (1978) behandeln einen 41-jährigen schwarzen Kriegsveteranen, bei dem seit 19 Jahren Stottern besteht, verursacht durch ein Kriegserlebnis. In Hypnose verfällt er in einen typischen schwarzen Dialekt. Aufgrund ihrer diagnostischen Unterlagen schließen die Therapeuten auf ein starkes Kontrollbedürfnis. Er erhält nun die Instruktion, vor dem Spiegel zu sprechen und dabei zu stottern. Durch diese paradoxe Anweisung kann er nun aktiv Kontrolle gewinnen. Die viermonatige Therapie bewirkt eine bedeutsame Zunahme des Sprachflusses und Abnahme der Stotterquote.

Suggestion

Kroger und Fezler trainieren ein Kind in Selbsthypnose und Selbstkontrolle der Symptomatik, verbunden mit der Suggestion: »Immer, wenn du merkst, dass du gleich stottern wirst, kannst du es durch ein Fingerzucken kontrollieren. Und du kannst es sogar mit geschlossener Faust machen, wenn du dich schämst. So kann es dann niemand sehen« (Kroger & Fezler, 1976, S. 238).

Kelemen (1980) behandelt einen 44-jährigen Patienten, indem er in Hypnose Imaginationen der Selbstsicherheit gibt und dadurch die Sprechangst vollkommen abbaut.

Oakley (1998) lehrt seinem 29 Jahre alten Patienten in zwölf Hypnosesitzungen Angstbewältigung und Selbsthypnosetechniken. In Hypnose besucht der Patient dabei einen angenehmen Raum, fühlt sich dort geborgen und erlebt abgestuft dargebotene stressauslösende Szenen, in denen er immer angemessener reagiert und deutlich sprechen kann. Durch posthypnotische Suggestionen können die Sprach- und Bewältigungserfolge auf tägliche Situationen übertragen und dadurch generalisiert werden. Auch nach einem Jahr spricht der Patient weiterhin angemessen fließend. Trenkle

(2000) verwendet erfolgreich lösungsorientierte und strategische Ansätze im Sinn von M. H. Erickson, verbunden mit individuellen Metaphern und Anekdoten, die z. B. das Ignorieren der gefürchteten Hänseleien beinhalten.

22.16.2 Stimmstörungen

Dysphonie

Durch Hypertrophie der Stimmbänder oder Knötchen können Stimmstörungen – z. B. → Dysphonie – entstehen, die sich bei Kindern u. a. durch lautes Sprechen auswirken. Laguaite (1976) führt bei diesen Kindern Hypnosebehandlungen durch, verbunden mit Suggestionen, leiser zu sprechen und Ich-Stärkung; er erreicht Verbesserungen und Rückbildung der Knötchen.

Psychogene Dysphonie wird von Horsley (1982) und Giacalone (1981) erfolgreich mit Hypnose-Suggestionen behandelt.

Beispiel

Olness und Kohen (2001) therapieren einen elfjährigen Jungen, der im Alter von 21 Monaten Lauge getrunken hat und starke Verätzungen erlitt, die Operationen nach sich zogen. Der Junge konnte nur flüstern, obwohl er im Schlaf laut sprach. Aus seiner Anamnese ist bekannt, dass er gerne angeln geht und am liebsten wieder laut singen möchte. Der Patient erhält Hypnose, die mit Atemübungen verbunden wird und mit der Imagination, seinen Lieblingsplatz aufzusuchen. Er stellt sich vor, wie er dort angelt und dabei so laut singen kann wie früher. Nach einigen Tagen Autohypnose erfolgt dann die Altersregression mit der Kalendertechnik, bei der die Kalenderblätter immer weiter zurückgeblättert werden. Genau am Datum seines Unfalls zeigt er Erstickungsanzeichen, Husten etc. Von nun an spricht er mit normaler Stimme. Das weitere Training umfasst dann noch die Anweisung, stets nach Entspannungsübungen zu sprechen.

Stimmbandkrämpfe

LaBaw et al. (1988) stellen bei einigen ihrer Patienten fest, dass bestimmte Stimmbandkrämpfe eine ähnliche Symptomatik bewirken können wie Asthma. Bei einer 17-jährigen Patientin mit starker familiärer Belastung nehmen Therapeuten mittels einer Miniatur-Videokamera die Stimmbänder auf und zeigen diese der Patientin im Sinne eines Biofeedback. Verbunden mit Selbsthypnose kann sehr schnell eine Heilung der Problematik erreicht werden.

Dysfunktion der Stimmbänder

Bei Dysfunktion der Stimmbänder können psychogene, meist angstbezogene Faktoren vorliegen. Zur diagnostischen Abklärung können die Fehlfunktionen nicht immer unter kontrollierten Bedingungen beobachtet werden. Anbar und Hekir (2000) haben einen 11-jährigen Jungen als Patienten, der mitunter »Halsattacken« verspürt, bei

denen er meint, die Halswände würden aneinander schlagen. Unter Hypnose-Suggestionen wird zur Diagnose ein → Laryngoskop über eine Fiberoptik eingeführt. Als sich der Patient nun an die »Halsattacke« erinnern soll, können die Ärzte deutlich die Bewegungen der Stimmbänder beobachten und die Stimmband-Dysfunktion diagnostizieren. Nun wird dem Jungen Selbsthypnose und Sprachtherapie empfohlen, um das Symptom zu kontrollieren.

Aphonie

Aphonie (Stimmlosigkeit) kann sich auch als Reaktion auf psychische Belastungen manifestieren. Durch Hypnose können Altersregressionen hin zu einer Zeit vor Beginn der Krankheit hilfreich sein. Die Psychotherapie von McCue und McCue (1988) deckt auf, dass ihre Patientin über die Brutalitäten ihres Mannes vor Gericht aussagen soll. In Hypnose werden die Probleme und Ängste der Eheproblematik aufgearbeitet und bewirken Stimmrückkehr.

22.17 Kinder- und Jugendlichenprobleme

Zur Kohärenz der Problemdarstellung wird auch hier von der Systematik des DSM-IV abgewichen.

Das Jugendalter ist durch seine speziellen Anforderungen, durch soziale, schulische und physiologische Veränderungen ein besonders kritischer Lebensabschnitt, in dem es relativ schnell zu unangemessenen Problembewältigungen kommen kann. Ergänzungen hierzu sind auch in Kapitel 21 enthalten.

Neuropsychologie des Jugendalters – Entwicklung des Selbstkonzeptes

In der Adoleszenz wird das sozial integriert Selbstkonzept entwickelt, das eng mit der neurokognitiven Entwicklung verbunden ist. Der mediale präfrontale Kortex (MPFC) entwickelt sich als eine der letzten Hirnregionen anatomisch erst in der Adoleszenz (Shaw et al., 2008) und spielt bei der Reflektion eigener Gedanken und der Selbstreflexion eine wichtige Rolle (Pfeifer et al., 2007). Die damit verbundenen Wechsel des Selbstkonzeptes führen zu den typischen Verhaltensänderungen im Jugendlichenalter, die sich besonders im Selbstbewusstsein, der Empfänglichkeit für die Beeinflussung durch die Peer-Group (Sebastian et al., 2008) und der Emotionsregulierung und damit Neigung zu Depressionen zeigen (Davey et al., 2008).

Auf der Basis dieser Ergebnisse müssen wir die Psychotherapie bei Heranwachsenden evtl. relativieren, denn setzen Interventionen zu früh ein, treffen sie nicht auf die neurobiologischen Voraussetzungen. Gleichzeitig kann eine Therapie »erfolgreich« sein, wenn sie auf diese sich nun entwickelten Hirnstrukturen trifft.

22.17.1 Allgemeine Jugendlichenprobleme

Praxishinweis

Vorschläge für Hypnose-Interventionen mit Jugendlichen (Abgeleitet aus Petermann und Petermann, 2010)

Verbesserung von Selbst- und Fremdwahrnehmung. In Hypnose werden die eigenen Verhaltensweisen aus unterschiedlichen Perspektiven »aus den Augen anderer Personen« betrachtet und dadurch andere Bewertungen gewonnen.

Selbstkontrolle und Ausdauer. In Hypnose werden Modelle beobachtet, welche die zu übenden Verhaltensweisen beherrschen und dafür Verstärkung erfahren.

Anschließend wird dieses Verhalten in kleinen Schritten real oder in Hypnose ausprobiert und eingeübt (behavior rehearsal).

Umgehen mit dem eigenen Körper. In Hypnose wird eine emotionsbezogene Situation erlebt. Der Jugendliche soll nun genau feststellen, an welcher Stelle des Körpers sich das Gefühl in welcher Form äußert, welche Gedanken und Wünsche damit verbunden sind etc. Hier lassen sich Suggestionen im Sinne des »Idealen Selbstbilds« (s. Abschn. 19.6.6) oder »Ich-stärkende« Suggestionen (s. Abschn. 19.3.7) einsetzen.

Selbstsicherheit und stabiles Selbstbild. Der Jugendliche beobachtet Verhaltensmodelle und macht ein Rollenspiel unter Hypnose. Eventuell wird Altersprogression eingesetzt (s. Abschn. 7.7.2).

Einfühlungsvermögen. Durch Beobachtung verschiedener Szenen unter Hypnose und Einbeziehung in diese Szenen kann der Jugendliche unterschiedliche emotionale Zustände erreichen und auf dieser Ebene differenziertere emotionale Urteile abgeben.

Umgehen mit Lob, Kritik und Misserfolg. Bei diesen Zielsetzungen sind ebenfalls Hypnosetechniken möglich, so wie oben erwähnt. Die Erfolge von Mellor (1960, s. Abschn. 22.17.3) bestätigen diese Denkrichtung.

Vogt (1990) verwendet bei seinem 11-jährigen dissozialen Patienten strikt indirekte Vorgehensweisen und nimmt z. B. eine Mehrfachdissoziation vor, indem er den Jungen sich einen Film über einen Film über sich betrachten lässt. Der Junge kann dadurch das während der Wutausbrüche abgespaltene Verhalten wahrnehmen und verändern. Gleichzeitig erhält er im Film einen Ratgeber, der ihn bei Wutanzeichen Verhaltenstipps geben soll.

22.17.2 Geringes Selbstvertrauen bei Jugendlichen

Angemessenes Selbstvertrauen beinhaltet u. a. eine differenzierte Selbstwahrnehmung, ein stabiles Selbstkonzept (s. o.) und Sicherheit im Umgang mit dem Selbstkonzept, angemessene Einschätzung von positiven Rückmeldungen, insgesamt realistische Bewertung und Erwartung gegenüber Erfolg und Misserfolg.

Aufbau des Selbstvertrauens mit Hypnose (Signer-Fischer, 2000, S. 51f.)

- ▶ Einüben kritischer Selbstwahrnehmung in Bezug auf positive und negative Qualitäten und in Bezug auf Persönlichkeitseigenschaften
- ▶ Umgang mit positiven und negativen Qualitäten und Persönlichkeitseigenschaften, diese akzeptieren und ins Selbstbild einfügen
- ▶ Analyse von Erfolgs- und Misserfolgssituationen und Finden von möglichen Gründen für interne und externe Erfolge und Misserfolge
- ▶ Erinnern und Sammeln von Erinnerungen an Erfolgserlebnisse und diese ins Selbstbild einfügen
- ▶ Einbeziehung der Bezugspersonen, die angemessene Rückmeldung über Erfolg und Misserfolg geben sollen

In Hypnose können als Methoden Selbstkonfrontation, Altersregression, Altersprogression, Probehandeln, Ansehen eines imaginierten Videos über sich selbst, Reframing, kognitive Umstrukturierung, Metaphern usw. erfolgen.

22.17.3 Delinquentes Verhalten bei Jugendlichen

Jugendliche mit delinquentem oder antisozialem Verhalten sind selten in der Lage, die Gründe für ihre diffusen Aggressionen und Ablehnungen zu erkennen. Die Ursachen der Auffälligkeiten sind zu mannigfaltig, um hier dargestellt zu werden.

Mellor (1960) bietet jugendlichen Straftätern Hypnosetherapie als Teil der Bewährung an. Sie lernen dadurch, über ideomotorische Signale die emotionalen Gründe für ihre Spannungen zu finden und geben an, mehr an Zutrauen zu gewinnen und angemessenes Verhalten zu erwerben. In den sechs Therapiestunden wird eine bessere Selbstwahrnehmung und bessere Selbstkontrolle erreicht.

Kaffman (1968) behandelt einen 14-jährigen Delinquenten, der einer Hypnosebehandlung zustimmt, da ihm der Aufschub eines Arrestes versprochen wird. Die Suggestionen enthalten Stärkung seines Willens, so sozial wie andere Kinder zu sein, die Schule zu besuchen etc. Nach zweieinhalb Jahren wird die Behandlung mit Erfolg beendet.

Scott (1982) schlägt die Anwendung von Gruppenthypnose vor, da delinquente Jugendliche das Bedürfnis nach familiären bzw. engen Beziehungen haben, also Geborgenheit in der Gruppe benötigen.

Benson (1984) arbeitet mit Suggestionen der Ich-Stärkung, der Erkennung von Problembereichen, Angstabbau und Abbau unangemessener Verhaltensmuster. Dabei sind stets die eigenen Lösungsmöglichkeiten bei Jugendlichen mit einbezogen. Gleichzeitig werden realistische Zukunftsziele erarbeitet.

Die Motivation von Straftätern ist meist sehr begrenzt, ihre Frustrationstoleranz und Ausdauer gering. Aus ethischer und moralischer Sicht kann es für den Therapeuten schwierig sein, eine Behandlung durchzuführen. Straftäter meinen oft, sie haben

alles über ihre Tat vergessen. Es kann jedoch selten festgestellt werden, ob es sich um Verdrängung oder Selbstschutz handelt. Signer-Fischer (1998) trifft bei diesen schwierigen Ausgangsvoraussetzungen klare therapeutische Vereinbarungen.

Praxishinweis

Vorgehensweise mit Straftätern (Signer-Fischer, 1998)

Auslöser der Straftat finden. Durch Selbstbeobachtung sollen entsprechende innere oder äußere Faktoren identifiziert werden; erst daraufhin kann sich eine Verhaltenskontrolle aufbauen.

Sich an die Straftat genau erinnern. Nur durch die Erinnerung kann eine mögliche Dissoziation aufgehoben und die realitätsbezogene Alternative erarbeitet werden.

Alternative Verhaltensweisen für das destruktive Verhalten herausarbeiten. Der Auslöser soll nun zu angemessenem Verhalten führen.

Dies beinhaltet z. B.: Durch Altersregression hin zum Tatgeschehen soll der Jugendliche die gleichen Gefühle wie bei der Tat erleben und sie erkennen (z. B. Frustration, Ärger). So kann z. B. das Gefühl des heißen Kopfes als Wut erkannt oder der innere Dialog zwischen »guten« und »bösen« Stimmen wahrgenommen werden. Nach dieser Analyse wird die damalige Tatsituation nochmals erlebt und nun geprobt, Alternativverhaltensweisen werden eingesetzt.

22.18 Behinderungen und Rehabilitation

Auch hier kann nur ein kleiner Abriss gegeben werden, da sich in diesem Bereich sehr wenige Therapeuten mit der Anwendung der Hypnose befassen.

Psychotherapie und Hypnose in der Rehabilitation

Die rapiden Entwicklungen der Forschungen in der Neuropsychologie tragen zunehmend zur Verbesserung der Diagnostik bei. Aufgrund der erkannten kortikalen Plastizität des Gehirns können bestehende neuronale Verbindungen spontan die Substitution geschädigter Areale übernehmen, indem neue Verschaltungen (= rebuilding) hergestellt werden. Mit systematischen Trainings wird eine Kompensation der Defizite durch andere neuronale Netzwerke übernommen. Auf diesen Befunden beruht dann die Annahme, dass eine neuropsychologische Therapie bzw. Hypnose oder Integrierte Psychotherapie wirksam sein können (Barolin, 2007; Halsband, 2001; Korell, 2000; Lehr, 1995).

Hypnotisierbarkeit kann evtl. eine Auswirkung des Locus coeruleus sein, der bei der Aufmerksamkeit mitwirkt, aber auch eine Wirkung auf das Cerebellum, das auch für die interne Verarbeitung der Bewegungskontrolle zuständig ist. Demnach kann die hypnotische Empfänglichkeit bei der Modulation und Integration von Wahrnehmung und Handlung, also im sensomotorischen Bereich mitwirken und kann dadurch für neurorehabilitative Behandlungen bedeutsam sein (Carli et al., 2008; Menzocchi et al., 2010).

22.18.1 Geistige Behinderung

Die Hypnotisierbarkeit bei geistig behinderten Kindern ($IQ < 70$) wurde in den meisten Studien als durchschnittlich, bei abnormen EEG-Mustern als reduziert festgestellt (Jacobs & Jacobs, 1966). Ausschlaggebend werden die Konzentrations- und die Kommunikationsfähigkeit, aber auch die Sprachformulierungen des Therapeuten sein.

Durch positive Suggestionen profitiert diese Personengruppe im Lernbereich (Werbel et al., 1983; Woody & Billy, 1970). Da geistig behinderte Kinder sehr viele Entmutigungen erlebten, haben sie wahrscheinlich große Erwartungsängste. Nach Olness und Kohen (2001) ist hier möglicherweise die verhaltenstherapeutische Intervention wirkungsvoller als Hypnose.

Beispiel

Crasilneck und Hall (1975) therapieren ein achtjähriges Mädchen, indem sie ihr in Suggestionen ein besseres Selbstbild und höhere Konzentration vorgeben; gleichzeitig wird sie ermutigt, über ihre Fehler und Erfolge zu sprechen. Bereits nach neun Wochen Behandlung sind ihre Zensuren, Konzentration und Sozialverhalten gebessert. Nach sechs Monaten sind ihre Zensuren überdurchschnittlich gut.

Unterstützung im Umfeld

Oft müssen mit den Eltern der Patienten enttäuschte Hoffnungen, Lebenskonzepte, Erwartungshaltungen, Befürchtungen und Zukunftsängste therapeutisch aufgearbeitet werden. Denkbar ist hier z. B. Alterprogression, in der alternative positive Perspektiven für Kind und Eltern erkannt werden.

Kleinhauz et al. (1990) wenden sich in ihrem Ansatz den Geschwistern (acht bis zehn Jahre alt) von autistischen oder retardierten Kindern zu. Durch Entspannung wird die Abwehr verringert; mit Vorstellungsbildern und Metaphern erleben sie die Welt des Behinderten und können so ihren Ärger abbauen bzw. mehr Verständnis für ihre behinderten Geschwister aufbringen.

Weitere methodische Hypnose-Hinweise zur therapeutischen Kommunikation mit behinderten Menschen sind in Abschnitt 24.9 zur Zahnbehandlung ausführlicher dargestellt.

22.18.2 Rehabilitation

Hypnose ist auch in der Nachbehandlung und Rehabilitation nach z. B. Herzinfarkt, Rheuma, Krebs, Hemiparese, Hemiplegie hilfreich (s. Kap. 23).

Hier sind teilweise sehr komplexe medizinische, vorwiegend jedoch psychologische Behandlungsprogramme erforderlich. Anhand einiger Beispiele erfolgen Anregungen.

Hirnschädigung, Schädel-Hirn-Verletzungen, Gehirnerschütterung

Bei Patienten mit externen Hirnschädigungen nach Unfällen oder internen wie Erkrankungen, Intoxikation oder Schlaganfall sind meist unterschiedlichste neuropsychologische Symptome, intellektuelle Leistungsminderungen und die psychischen Störungen des → hirnnorganischen Psychosyndroms zu behandeln.

Konventionelle Therapieprogramme wie physikalische Therapie, Beschäftigungstherapie und Sprachtherapie haben signifikant bessere Erfolge, wenn sie zusätzlich durch Hypnosetherapie unterstützt werden. Die Motivation der Patienten wird deutlich erhöht (Allen, 1983). Auch beim Training feinmotorischer Fertigkeiten (Parker, 1979) und bei der Behandlung emotionaler Faktoren ist Hypnose bei hirngeschädigten Personen hilfreich (Johnson & Korn, 1980). Auf Hypnoseanwendungen bei → Hemiparesen wird im medizinischen Teil hingewiesen (s. Abschn. 23.9.4).

Beispiel

Sehr einfallsreich ist das verhaltenstherapeutische Hypnoseprogramm von Gravit (1981a). Eine 36-jährige Patientin leidet unter Hirnschaden (abnorme EEG-Muster), rechtsseitiger Spastik, starker Aphasie, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Taubheit. Sie ist nur in der Lage, von den Lippen zu lesen.

Mit Fingerbewegungen erreicht der Therapeut bei ihr Augenrollen und Augenschluss und streicht ihr dann rhythmisch die Arme entlang. Gleichzeitig wird mit der Hand ein leichter Luftstrom vor dem Gesicht erzeugt, der als Verstärker dient und Entspannung bewirkt.

In der nächsten Sitzung wird ein elektronisches Metronom benutzt, dessen niedere Frequenz haptisch wahrzunehmen ist. Auch bei den Armstrichen wird dieser Rhythmus eingesetzt, verbunden mit leichtem Niederdrücken der Schultern. Bei den häuslichen Übungen benutzt die Patientin eine Eieruhr mit Federwerk und hält diese gegen ihren Unterbauch, um die Schwingungen wahrzunehmen. Nach dieser Intervention ist sie entspannter, kann besser schlafen, ihr Beintremor ist reduziert, sie kann häufiger ohne Stock gehen und sich wieder zu ihrer Katze herabbeugen. Nach sechs Monaten haben sich auch ihre Rücken- und Kopfschmerzen deutlich verringert. Weitere 15 Monate später ist sie berufstätig, geht ohne Stock, kann die U-Bahn benutzen und für längere Zeit stehen.

Schädel-Hirn-Verletzungen. Görz (1990) kommt bei Schädel-Hirn-Verletzten der reduzierten Verarbeitung entgegen und verwendet zur Hypnoseinduktion ausschließlich einfache Instruktionen und klare und einfache Strukturierung. Verwirrtechniken sind hier kontraindiziert. In Hypnose lässt sie Kontakt mit den positiven Anteilen der Präpersönlichkeit aufnehmen und übt auch in Hypnose die Verbesserung des Wahrnehmungsvermögens, z. B. in Rollenspielen. In gleicher Weise werden Leistungsblockierungen abgebaut und motorisch-sensorische Abläufe verbessert. Die Einzelberichte sind beeindruckend.

Leichten Hirnverletzungen. Ackerman (2004) verwendet eine Kombination vieler Methoden, unter anderem auch Hypnose. Behandlungsschwerpunkte sind: Posttraumatische Belastungsstörungen, Impulsivität, Konfabulation, Entscheidungsschwäche, Frustrationstoleranz.

Aphasie. Die Behandlung der neurogenen Kommunikationsstörung mit Hypnose erbringt sehr inkonsistente Ergebnisse, da fast nur Einzelfälle berichtet werden (Laures & Shisler, 2004).

Gehirnerschütterung. Bei Patienten mit Gehirnerschütterung wurde normale Werte der Hypnotisierbarkeit (HGSHS: A, s. Abschn. 5.3) gefunden, signifikant verbunden mit Aufmerksamkeit. Daraus wird abgeleitet, dass die verlangsamte Verarbeitung einer Gehirnerschütterung die Vorhersage von erhöhter Hypnotisierbarkeit ermöglicht und deshalb Hypnose eine angemessene Technik in der Rehabilitation sein kann (Laidlaw, 1993).

Lähmungen. Eine nach einem Autounfall gelähmte Studentin ist an den Rollstuhl gebunden. Sie soll lernen, mithilfe von Krücken zu laufen, hat jedoch Angst vor dem Hinfallen. Mittels Altersregression werden frühe Konflikte mit der Mutter und damit verbundene unterdrückte Aggressionen aufgearbeitet. Diese hatten die Rehabilitationsbemühungen beeinträchtigt (Appel, 1990). Bei einer ähnlichen Problemstellung konnte Kossak (1983) Hypnose erfolgreich einsetzen (s. Kap. 27, Fall 2).

Bei → Hemiplegie besteht eventuell die Möglichkeit, durch Hypnose eine bessere Hirndurchblutung und damit verbunden eine günstigere Prognose zu bewirken (Halama, 1989a).

Beispiel

Nach einer → zerebrovaskulären Beeinträchtigung leidet eine 81-jährige Frau unter Halbseitenlähmung. Bei intakter Wahrnehmung leidet sie zusätzlich unter Zeitverzerrungen, kann keine Verzögerungen erdulden und frustriert dadurch schnell sich selbst und die Krankenschwestern, z. B. wenn diese nicht sofort auf ihr Schellen reagieren. Appel (1990) benutzt die Vorerfahrungen der Patientin, die früher Tanzlehrerin war, lässt sie in Hypnose die Geräusche ihrer Umgebung und ihrer Ungeduld hören und musikalisch interpretieren. Dabei kann sie den Rhythmus und das Tempo verändern, dazu ein Szenarium entwickeln etc. Damit verbunden werden post-hypnotische Suggestionen, dieses Vorgehen immer dann anzuwenden, wenn sie auf etwas warten muss. Dies bringt eine deutliche Verbesserung im Umgang mit den Krankenschwestern.

22.18.3 Hypnose als Teil des rehabilitativen Therapie- und Pflegesystems

Bei entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb einer Einrichtung und als Fortführung im häuslichen Alltagsbereich werden vereinzelt Elemente der Hypnose als Module innerhalb des komplexen Pflegesystems angewandt.

Chirurgie. Hypnose wird zur Entspannung eingesetzt, auch bei Schmerz und Angst vor und bei chirurgischen Eingriffen. Dadurch können traditionelle Betäubungsmittel wie Midazolam deutlich reduziert werden (Faymonville et al., 1995).

Kardiologische Rehabilitation. Bei Patienten nach einem Herzinfarkt spielen u. a. psychosomatisch Feindseligkeit, Aggression und Depression eine Rolle. Ihnen wird eine darauf abgestimmte Gruppentherapie nach dem systemisch-interaktionell orientierten Konzept der Hypnotherapie nach M. H. Erickson angeboten und erfolgreich absolviert, da die vorgenannten Werte deutlich abnehmen (Lehr, 1996).

Schmerzpatienten. Bei zahlreichen Erkrankungen sollte die Schmerzbehandlung ein Teil der Rehabilitation sein, um dadurch nicht nur das subjektive Wohlbefinden zu verbessern, sondern auch die Autonomie der Betroffenen, um sich wieder im sozialen und auch kulturellen Alltagsleben freier bewegen zu können, nicht zuletzt auch, um ihre potenzielle Arbeitsfähigkeit sowohl im häuslichen als auch im beruflichen Bereich zu verbessern. Als Beispiel sind hier Patienten mit Rückenmarksverletzungen zu erwähnen, die mit Selbsthypnose (u. a. zur Schmerzreduktion, Anästhesie, Entspannung) eine statistisch signifikante Abnahme ihrer Schmerzen und Verbesserung ihrer Schmerzkontrolle erreichen, nicht jedoch durch EMG-Biofeedback. Diese Wirkungen halten zwar nur drei Monate an, könnten dann jedoch wieder aufgefrischt werden (Jensen et al., 2009).

Die Rehabilitationsmaßnahmen von Patienten mit Verbrennungsschmerzen werden von Bonvin (2000) beschrieben.

Psychosoziale Rehabilitation. Für psychotische und schizophrene Patienten hat Bonvin (2003) ein Hypnosekonzept in Verbindung mit einem kognitiven Verhaltenstherapieprogramm erstellt. Es enthält sowohl Selbsthypnose, Gruppenthypnose und individuelle Anwendungen für spezifische Problemstellungen. Wilk (2010) verwendet in der Rehabilitation Trance-Geschichten mit Zielen wie z. B. Perspektivenwechsel, Verbesserung der Körperwahrnehmung und der Achtsamkeit, Zugang zu unbewussten Ressourcen, Resilienzverstärkung.

Taubheit. Die Gruppe der tauben Personen wurde in der Hypnoseforschung bislang kaum beachtet. Isenberg und Matthews (1995a, b) geben ihnen bei der Anwendung des Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C (SHSS: C) Instruktionen über ihre spezifische Zeichensprache. Sie haben einen mittleren Wert in hypnotischer Reaktionsfähigkeit, unterscheiden sich darin jedoch nicht von Hörenden. Repka und Nash (1995) entwickelten für Taube The University of Tennessee Hypnotic Susceptibility Scale for the Deaf (UTHSS: D) als Videoaufzeichnung einer Standard-Hypnoseinduktion mit zwölf Standard-Suggestionen. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede zu Hörenden (s. Abschn. 5.3.4).

Auch die Psychotherapie mit Hypnose öffnet sich nun: Tauben Kindern werden über die Zeichensprache – analog zu hörenden Kindern – Methoden der Imagination, Metaphern, positive Gefühle und das Gefühl des Stolzseins (Ich-Stärkung) bis hin zur Selbsthypnose vermittelt. Auf diese Weise werden bei einer 11-Jährigen multiple Warzen erfolgreich behandelt und einem 9-Jährigen gelingt die Bewältigung seines Myoklonus (Kohen et al., 1998).

Alltagsrehabilitation. Bei Muskelschmerzen in den oberen Extremitäten aufgrund ständig wiederholter Bewegungen am Arbeitsplatz benötigen gerade ältere Arbeiter physische und psychologische Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung ihrer Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität. In einer kleinen finnischen Studie ist die ergänzende Hypnose bei der Schmerzreduktion wirkungsvoll (Karjalainen et al., 2009).

Rehabilitationsmaßnahmen im Sport sind in Abschnitt 25.5 dargestellt.

22.19 Störungen durch Substanzkonsum

Generell sollte besonders bei Abhängigkeiten die stets sehr komplexe Struktur der Verursachung und Aufrechterhaltung bedacht werden, so z. B. Ängste, Stress, Verhaltensdefizite, unbewältigte Probleme (Kindheit, Partnerschaft) und ungeeignete Bewältigungsstrategien. Gerade bei Abhängigkeiten kann durch die Substanz eine Realitätsflucht angestrebt werden. In einem solchen Fall wird Hypnose eher kontraindiziert sein (vgl. Abschn. 9.3.4), auch wenn Weitzenhoffer (1989b) zusätzlich Abhängigkeiten von der Methode befürchtet. Im Gegensatz dazu sieht Fromm (1979) gerade in der Hypnose eine Möglichkeit, nicht nur Probleme aufzuarbeiten, sondern den Abhängigen das Gefühl der Entspannung zu vermitteln, das sie sonst nur mit ihrem Suchtmittel erlangen können. Hypnose stellt eine Möglichkeit dar, z. B. bessere Selbstkontrolle in Bezug auf Stress und sozialen Druck zu gewinnen und sich auf neue Entfaltungsmöglichkeiten auszurichten (Miller, 1991).

22.19.1 Nikotinabhängigkeit

Die unterschiedlichen Theorien zur Verursachung und die Befunde über Auswirkungen des Rauchens werden als bekannt vorausgesetzt, ebenso die verschiedenen Behandlungsmethoden, bei denen pharmakologische (Pflaster, Kaugummi, Tabletten etc.) an erster Stelle stehen.

Gerade zur Raucherentwöhnung wurden zahlreiche Einzel- und Gruppenbehandlungen durchgeführt. In den Studien wird immer wieder festgestellt, dass die vielen unterschiedlichen Behandlungen kaum miteinander vergleichbar sind (Buchkremer, 1978, 1979; Green & Lynn, 2000; Holroyd, 1980). Entsprechend liegen die Erfolgsquoten mit Hypnose bei 4 bis 88 Prozent (Holroyd, 1980; Sheehan & Surman, 1982). Die Wirksamkeit der Hypnose in Gruppensitzungen liegt meist bei 20 bis 25 Prozent (Cornwell et al., 1981; Lynn et al., 1993; Schweizer & Revenstorf, 2008) und erreichen sogar 30 bis 48 Prozent (Elkins et al., 2006; Elkins & Rajab, 2004). Nach der Analyse von Abbot et al. (2000) wird Hypnose keine größere Wirkung zugesprochen als anderen Behandlungsmethoden.

Die Beziehung zwischen Hypnotisierbarkeit und Erfolgskriterium wird je nach Untersuchung als hoch bewertet (z. B. Barabasz et al., 1986) oder es wird kein Zusammenhang gefunden (z. B. Spanos et al., 1995).

Der alte Wunsch, bereits nach einer Sitzung Tabak nicht mehr zu benutzen, wird nur sehr selten erfüllt. Insgesamt wollen 80 Prozent der Raucher mit dem Rauchen aufhören, die meisten davon schaffen es jedoch nur mit Unterstützung (Giovono et al., 1995).

Die Metaanalyse zu Geschlechtsunterschieden zeigt, dass Männer nach einer Entwöhnungsbehandlung (mit und ohne Hypnose) häufiger das Abstinenzkriterium erfüllen als Frauen (Green et al., 2006, 2008).

Therapie mit Hypnose



Wesentliche Wirkfaktoren für die erfolgreiche Raucherentwöhnung

Aus den zahlreichen Studien wurden folgende Faktoren als besonders wirkungsvoll bezeichnet (Green & Lynn, 2000; Holroyd, 1980):

- ▶ Motivation des Klienten
- ▶ die intensive persönliche Beziehung in der Behandlung
- ▶ Intensität und Umfang der Behandlung
- ▶ die individuelle Modifikationen der Behandlung
- ▶ Individualität der Suggestionen
- ▶ Ich-stärkende Suggestionen
- ▶ posthypnotische Suggestionen
- ▶ Durchführung von Selbsthypnose
- ▶ bedarfsbezogene Zusatzangebote wie z. B. Telefonberatung

Die Behandlung im Sinne von M. H. Erickson wird von Gerl (1997) realisiert; im Vordergrund stehen Grundprinzipien wie Utilisation, Reframing, Metaphern und die Arbeit mit dem Unbewussten. Martin (1991) bedient sich der Utilisation positiver Einstellungen und der Progression in eine Zeit, in der bereits auf den Erfolg und frühere unangenehme (rauchende) Zeiten zurückgeblickt werden kann.

Capafons und Amigó (1995) trainieren eine emotionale Selbstregulation, die sie von kognitiv-behavioralen Hypnose-Konzepten ableiten. Anstelle von Entspannung und Müdigkeit üben sie Stärke, Energie und Wachheit. Ziel ist, die Eigeneffizienz (im Sinne von Bandura, 1977) zu erhöhen und damit die eigene Kompetenz zu verbessern. 78 Prozent erreichen ein kontrolliertes Rauchen, teilweise bereits nach einer Sitzung. In der Nachuntersuchung nach drei Monaten sind 55 Prozent abstinent, nach sechs Monaten 66 Prozent (Bayot et al., 1997).

Brown (1998) lehrt Gruppen Selbsthypnose und Vertiefungstechniken. Die Suggestionen auf den Tonkassetten enthalten indirekte und direkte Elemente. Der Erfolg liegt nach sechs Monaten bei 23 Prozent.

J. Barber (2001) arbeitet mit einem Schnellverfahren, das Hypnose-Suggestionen enthält: zur Abklärung der Motivation zum Nichtraucher, zur Ich-Stärkung, zur Erleichterung psychischer und physiologischer Begleiterscheinungen und zur Erleichterung.

In den Nachuntersuchungen von sechs Monaten bis drei Jahren berichten 90 Prozent von Nikotinabstinenz.

Für Buchkremer und Batra (1996) sind zusätzlich zu kombinierten Programmen mit hohen Selbstkontrollanteilen Maßnahmen zur Rückfallprävention von großer Bedeutung.

Das Entwöhnungsprogramm von Schweizer und Revenstorf (2001, 2008)

Das Programm von drei Sitzungen ist u. a. auf Ressourcennutzung ausgerichtet; es werden die Funktionen des Rauchens, Bewältigungsstrategien und Versuchungssituationen in Trance und mit Metaphern bearbeitet.

Die drei Hypnosesitzungen beinhalten:

(1) Vertrauen in die Hypnosebehandlung und in die eigenen Ressourcen

- ▶ Mit den ersten Tranceerfahrungen wird die unbewusste Selbstkontrolle erlebt
- ▶ Metaphern sind: »Sicherer Ort«, »Innerer Heiler« etc.

(2) Bearbeitung von Ambivalenzen

- ▶ Ambivalenzen in Bezug auf Rauchen und Nichtrauchen werden personifiziert und integriert.
- ▶ Metaphern sind: wie vor- und zusätzlich z. B. »Magnetische Hände« (Ambivalenzbearbeitung)

(3) Endgültiges Loslassen und Rückfallprophylaxe

- ▶ Verabschiedung der Zigarette
- ▶ Metaphern wie vor- und zusätzlich z. B. »Schatzkiste« (Ressourcen haben und nutzen)

Nach vier Wochen liegt die Abstinenzrate in der Hypnosegruppe bei 86 Prozent und in der Kontrollgruppe bei nur 42,9 Prozent. In den Nachuntersuchungen schneidet die Hypnosegruppe nicht mehr signifikant besser ab. Insgesamt liegt jedoch ein positiver Einfluss der Hypnose vor.

Erfolg mit nur einer Behandlungssitzung

Praxishinweis

Das Ohio Hypnotherapy Smoking Cessation Program

Am häufigsten sind Behandlungen, die Hypnose mit kognitiv-behavioralen Konzepten verbinden (Green & Lynn, 2000; Lynn et al., 1994). Danach wurde auch das Ohio Hypnotherapy Smoking Cessation Program entwickelt (Ahijevych et al., 2000). Es besteht aus einer Sitzung und orientiert sich an H. Spiegel (1970).

Nach der Aufklärung zu den Risiken des Rauchens wird Hypnose vermittelt. Sie enthält: Entspannung, tiefe Atmung, die Suggestion »Ich bin von nun an ein Nichtraucher«, Instruktionen zur Selbstkontrolle und zum Wohlbefinden, Kontingenz-Management und Selbstverstärkung.

Diese Instruktionen werden auf einer Tonkassette von neun Minuten Dauer mitgegeben und sollen täglich gehört werden.

Die Erfolgsquote liegt nach bis zu 15 Monaten bei 22 Prozent. Da das Programm sowohl in Gruppen- und Einzelsitzungen und mit sehr wenig Aufwand durchgeführt werden kann, ist es als besonders effektiv anzusehen.

Spiegel (1976) wendet eine Hypnosemethode an, bei der bereits eine Sitzung (45 Min.), kombiniert mit Selbsthypnose, wirkungsvoll ist.

Nach der Hypnoseinduktion werden folgende Suggestionen wiederholt eingestreut:

- ▶ »Für Ihren Körper ist Rauchen Gift. Sie sind aus einer Anzahl von Komponenten zusammengesetzt, von denen der Körper am wichtigsten ist. Rauchen ist nicht so sehr ein Gift für Sie, sondern für Ihren Körper.«
- ▶ »Sie können nicht ohne Ihren Körper leben. Ihr Körper ist eine wertvolle physikalische Einrichtung, durch die Sie Leben erfahren.«
- ▶ »In dem Ausmaß, wie Sie leben wollen, müssen Sie Ihrem Körper Respekt und Schutz geben. Das ist Ihr Anteil, die zerbrechliche und wertvolle Natur Ihres Körpers anzuerkennen; und gleichzeitig ist es Ihre Möglichkeit, Sie selbst als den Hüter Ihres Körpers zu sehen. Sie sind tatsächlich der Hüter Ihres Körpers. Wenn Sie diese Verpflichtung eingehen, Ihren Körper zu respektieren, dann haben Sie in sich selbst die Macht, dass Sie die letzte Zigarette geraucht hatten« (Spiegel, 1976, S. 538).

Nach einem Zeitraum von sechs Monaten sind 44 Prozent abstinent, 44 Prozent haben das Rauchen stark reduziert, der Rest behält seinen Zigarettenkonsum bei. Spiegel (1976) folgert aus den Ergebnissen, dass jeder Raucher, der zur Abstinenz motiviert ist, sich diesem Verfahren unterziehen sollte.

Auch andere Therapeuten sind in ähnlicher Weise mit einer einzigen Sitzung erfolgreich (z. B. Neufeld & Lynn, 1988).

Gerl (2004) spricht durch indirekte Suggestionen die unbewussten Anteile des Rauchers an; dabei kommen zahlreiche Interventionen zum Tragen, so z. B. Reframing, Alterregression, posthypnotische Suggestionen, Metaphern und Zukunftsprojektionen.

In den Einzelbehandlungen zur Raucherentwöhnung erhebe ich ausführliche Anamnesen, u. a. über die Rauchgewohnheiten, Alternativmöglichkeiten zum Rauchen und mögliche Ressourcen. Davon leite ich dann das individuelle Behandlungsprogramm ab, das nachstehend in zwei Fällen skizziert ist.

Beispiel

Bei einer Erwachsenen mit sehr hohem Zigarettenkonsum waren bisherige Selbstkontrollversuche erfolglos. Die von mir durchgeführte verdeckte Sensibilisierung greift die Ablehnung der Patientin auf: Sie kann den Geruch von Zigarettenkippen und Aschenbechern nicht mehr ertragen. Entsprechend werden der hochmotivierten (hochsuggestiblen) Patientin in Hypnose Bilder vorgegeben, in denen sie den ekligen Geruch oder Geschmack von Zigarettenabfällen wahrnimmt, sobald sie eine

Zigarettenpackung öffnet. Angeekelt wirft sie die Zigaretten weg und erlebt sofort angenehme Entspannung in einer herrlichen Ruheszene. Nach insgesamt zwei Hypnosesitzungen ist sie für ein Jahr vollkommen abstinent, obwohl ihr Mann weiterhin zu Hause raucht.

In einem anderen Fall starken Rauchens ergibt die Anamnese, dass die Klientin sehr motiviert ist und sich schon darauf freut aufzuhören. Auf diese Ressource aufbauend nehmen wir den Erfolg und die Freude vorweg, die auftreten, wenn früher von ihr ein Sieg (im Sport) errungen wurde und setzen diese Erfolgsgefühle als Zukunftsprojektion ein: »Diese Freude wird auftreten, wenn ich erfolgreich mit Rauchen aufhöre«. Täglich kann sie ihre kleinen Erfolge erleben, wenn sie die Zigaretten liegen lässt, und sie sehr stolz auf sich ist. Zusätzlich kann sie sich dafür belohnen, indem sie vom nun gesparten Geld etwas Schönes für sich erwirbt. Nach einer Sitzung ist sie sofort erfolgreich und bleibt im Katamnesezeitraum von zwei Jahren abstinent.

22.19.2 Alkoholabhängigkeit

Die Theorien zum Alkoholismus sind sehr uneinheitlich, ebenso die Behandlungsformen, Untersuchungen zu diesem Bereich haben stets sehr große methodische Differenzen und sind deshalb nur schwer miteinander zu vergleichen (Vogler & Revenstorf, 1978), so auch in der Therapie mit Hypnose (z. B. Wadden & Penrod, 1981).

Die Hypnoseinterventionen bedienten sich früher meist direkter Suggestionen, Getränke zurückzuweisen bzw. beinhalteten meist Aversionstherapie und damit verbunden Selbstkontrollmechanismen (Kroger, 1942). Wolberg (1948) nimmt eine Symptomsubstitution vor, indem er die Suggestion gibt, dass beim Verlangen nach Alkohol der Genuss eines bestimmten Bonbons ebenfalls Entspannung bewirkt. Wesentlich sind hier jedoch vor allem Selbstkontrollmethoden und Strategien zur Generalisierung der Erfolge (Katz, 1980).

Analog zur Aversionstherapie des Rauchens werden hier ähnliche Suggestionen gegeben (Cautela, 1970a), die besonders die Folgewirkungen einbeziehen (Femster & Brown, 1963). Im Katamnesezeitraum von drei Jahren treten keine Rückfälle auf.

Stanton (1987b) ist in Einzelfällen mit zwei einstündigen Therapiesitzungen erfolgreich: Es wird ein »geheimer Raum« aufgesucht (Garten, offener Kamin), der individuell entspannend ist. Dort wird mit unterschiedlichsten indirekten und NLP-Methoden das Unterbewusstsein angesprochen: Man fühle sich sicher und könne auf dieser Basis das Trinken aufgeben.

Riebensahm (1990) nutzt die Ressource, dass die Klientin ihr Nägelkauen eigenständig beenden konnte. Weiter lernte sie, ihr Modell »Alkoholikerin« durch ein positives akzeptiertes zu ersetzen und ihre soziale Vereinsamung zu überwinden. In einem Katamnesezeitraum von dreizehn Monaten kann die Klientin angemessen mit Alkohol umgehen.

Barnes (1998) wendet u. a. Kybernetikmodelle auf die Alkoholabhängigkeit an und gestaltet dem entsprechend die Hypnose-Suggestionen. In seinem Fall kann die Abstinenz über 14 Jahre beobachtet werden.

Allan (1995) wirkt unterstützend, indem er mit Hypnose psychische Spannungen reduziert.

Auf neuropsychologischer Ebene wird diskutiert, inwiefern emotionsgefüllte Erinnerungen an das frühere positive Trinkverhalten das Belohnungszentrum im Gehirn ansprechen kann und dadurch zum Alkoholverlangen führt. Entsprechend benutzen Tiffany und Conklin (2000) unterstützende Suggestionen, Metaphern und Imaginationen.

Rückfallprävention

Generell besteht bei Alkoholabhängigkeit, besonders bei Substitutions- oder Aversionstechniken, immer die Gefahr, das Kausalproblem nicht zu lösen, und demzufolge sind Rückfälle wahrscheinlich. Wilcken und Rochow (2000) haben deshalb ein Rückfallpräventions-Training entwickelt, das ressourcen- und lösungsorientiert ausgerichtet ist und positive Bewältigungsstrategien mit NLP und Hypnose enthält.

Mit der Rückfallverhinderung befassen sich Pekala et al. (2004, 2009). Sie stellen dabei die Selbstachtung, Gelassenheit und den Umgang mit Ärger und Impulsivität in den Mittelpunkt, da diese Faktoren für Rückfälle bedeutsam sind (Hill & Durm, 1997; Marlatt & Gordon, 1985). Zur Intervention werden Tonbänder erstellt, die für die Selbsthypnose Suggestionen zum Aufbau von Selbstachtung, Gelassenheit, allgemein zur Ich-Stärkung benutzt werden. Diese Form der Hypnosebehandlung ist gegenüber den Vergleichsgruppen etwas erfolgreicher.

Beispiel

Bei einem 32-jährigen Patienten steht in der Suchtberatungsstelle allein sein Alkoholproblem im Vordergrund. Meine Anamnese ergibt jedoch, dass er sehr zurückgezogen lebt und starke soziale Defizite hat, die zur Kontaktvermeidung und zu Sprechängsten mit Stottern führten, welche wiederum die Sozialängste vergrößerten. Nach starkem Alkoholgenuss ist er entspannter und kann fließend sprechen, sodass er dann Kneipen aufsucht, um sich unterhalten zu können. Im Vordergrund steht nun die kognitiv-behaviorale Therapie zum Aufbau von Sozialkompetenzen mit Rollenspielen und zusätzlich mit Hypnose Einüben von selbstsicheren Verhaltensweisen mit Selbsthypnose und Selbstverstärkung, die er zunehmend öfter im Alltagsleben einsetzen kann. Daraufhin tritt weiter kein Stottern auf und er kann Veranstaltungen und auch Kneipen mit angemessenem Alkoholkonsum verbinden.

22.19.3 Sonstige Abhängigkeiten

Die Hypnose-Literatur zum Bereich von z. B. Drogenabhängigkeit ist in wenigen Einzelfällen dargestellt.

Drysdale (1996) behandelt in drei Sitzungen einen Heroinabhängigen, der wiederholt das Methadonprogramm verlässt. Er benutzt Hypnose zur Entspannungsverbesserung und Visualisierungen zur Lösung seiner Ambivalenz gegenüber dem Drogengebrauch. Aus den Befunden ist ein Behandlungserfolg abzuleiten.

Marcus (1999) ist bei einem Patienten mit Crack-Kokain-Abhängigkeit in einer Sitzung erfolgreich, indem er in seinem Ericksonschen Ansatz die Methode der Utilisation und Zukunftsorientierung anwendet. Der Patient ist nach einem Jahr immer noch clean.

Bei der Psychotherapie von Methadonabhängigen wendet Manganiello (1984) zusätzlich zur üblichen Psychotherapie Hypnose (mit entsprechenden Suggestionen) an. Erreicht werden damit im Vergleich zur Gruppe mit ausschließlicher Psychotherapie signifikant weniger Entzugserscheinungen und mehr Besserungen. Im Nachuntersuchungszeitraum von sechs Monaten sind noch 94 Prozent »sauber«.

Bei Drogenabhängigen behandelt Collot (1988) in einem Dreijahresprogramm Patienten in der Klinik. Es werden Konditionierungen abgebaut, die in Bezug auf die Drogen bestehen und meist mit sozialen Faktoren verbunden sind. 79 Prozent nehmen keine Drogen mehr und schließen ihre Schulausbildung ab.

Für Drogenabhängige und bei Patienten mit Sedativa-Dauermedikation können Beruhigungsinjektionen zur zahnärztlichen Behandlung unkontrollierte oder zu starke Wirkungen haben; deshalb wird bei ihnen zur Entspannung Hypnose erfolgreich eingesetzt (Lu & Lu, 1996).

Die Barbiturat-Abhängigkeit einer älteren Patientin kann durch Hypnose mit Entspannungs- und Schlaf-Suggestionen deutlich gemindert werden, die Schlafmittelaufnahme wird erheblich reduziert (Diment, 1981).

Walsh (2003) arbeitet bei seinen Falldarstellungen mit einer Kurztherapiesitzung. Mit ideomotorischen Fingersignalen zeigt der Patient an, wenn er das größte Hochgefühl bei einer (imaginierten) Droge spürt. Dann erhält er die Suggestion, zwei Finger zusammenzuführen und ankert damit die posthypnotische Suggestion, dieses Hochgefühl wieder zu erleben. Nun erhält er die Instruktion, immer dann die Finger zusammenzuführen und das Hochgefühl zu aktivieren, wenn er ein Verlangen nach der Droge hat.

Mit der Behandlung von Entzugserscheinungen befassen sich u. a. auch Whitehouse et al. (1996) und bewirken Stressreduktion.

Programm zur Behandlung Drogenabhängiger (Potter, 2004, S. 24f.)

Das sehr vielschichtig angelegte Gesamtprogramm umfasst 20 Sitzungen im Abstand von jeweils einem Tag. Die Patienten sollen ihr ideales Selbstbild einer abstinenten Person entwickeln.

Direkte Suggestionen. Aufbau von positiven Erwartungen, Motivation, Selbstvertrauen.

Ankern. Posthypnotische Suggestionen werden mit einem positiven Gefühl gekoppelt, um bei Drogenverlangen umzuschalten.

Metaphern. Es werden individuelle unbewusste Botschaften zur Verhaltensänderung eingebettet.

Reframing. Situationen, in denen bislang Alkohol oder Drogen konsumiert wurden, werden umgedeutet, sodass die Suchtsubstanzen darin nicht mehr erscheinen.

Affektbrücke (Watkins, 1971). Ausgehend von einem bedeutsamen und mit Drogen gekoppelten Gefühl wird in die Zukunft gegangen, um sich dann der Verbindungen bewusst zu werden und sie zu unterbrechen (s. Abschn. 7.7.1).

Ego-State-Therapie (Watkins & Watkins, 1997). Es werden die in Konflikt stehenden emotionalen, intellektuellen und verhaltensbezogenen Anteile der Person in Hypnose aufgesucht, um sie in Bezug auf das Drogenproblem zu verstehen und zu integrieren.

22.20 Probleme alter Menschen

Bei älteren Menschen treten zahlreiche seelische und körperliche Probleme auf wie z. B. ihre Mehrfacherkrankungen, zunehmende Beeinträchtigungen und Behinderungen, Sozialängste, Hilflosigkeit, Einsamkeit, verbunden mit hohem Depressionsrisiko. Im Bereich Hypnose sind trotz der demografischen Zunahme der Alterspopulation hier bislang nur wenige Anwendungen zu finden. Senioren und auch geriatrische Patienten können durch Psychotherapie Unterstützung erfahren, so u. a. durch autogenes Training, Hypnose und geleitete Imaginationen (Kaufmann & Barolin, 1995; Kaye & Loscalzo, 1996).

Gafner (1997) benutzt altersangemessene Induktionstechniken, die dem Aufnahmefähigkeit und der Hörfähigkeit des alten Menschen angepasst sein sollten. Als Thema der Seniorenbehandlung stellt sich auch, inwiefern sie von der Gesellschaft ernst genommen werden – und man ihnen eine (teure) Behandlung zukommen lassen will. Wenn jüngeren Menschen (Studenten) Ältere nach ihrem Alterungsprozess subjektiv beurteilen sollen, so wird ihnen mit zunehmendem Alter viel Suggestibilität und wenig an Zuverlässigkeit, Gedächtnisleistung, kognitivem Vermögen und Glaubwürdigkeit zugesprochen (Müller-Johnson et al., 2007; Müller-Johnson, 2009).

22.20.1 Selbstsicherheit alter Menschen

Der ältere Mensch neigt zu größerer Ängstlichkeit, da seine körperlichen Fähigkeiten abnehmen, was auch dazu führt, sich passiv zurückzuziehen. Gerade ältere Frauen sind oft einsam und sozial isoliert. Rupp (1984) erreicht bei Gruppen älterer Frauen mit Selbstsicherheitstrainings eine deutliche Verbesserung ($p < .01$) sozialer Kompetenzen (verbunden mit häufigeren Gesprächen und Kontakten) gegenüber der Wartegruppe.

Arbeit mit Metaphern

Stanton (1990a) verwendet sehr unterschiedliche Metaphern:

Die Wolke. Basierend auf der Anwendungsform von Hitchcock (1981) für exzessive Schüchternheit modifiziert Stanton die Metapher »Wolke« für Unsicherheit.

Der Patient soll sich eine Wolke vorstellen. In diese Wolke werden dann alle die Gründe gestellt, die zur Unsicherheit beitragen. Es sind jene Gründe, die unbewusste Programme sind, die das derzeitige unsichere Verhalten aufrechterhalten und somit gelöscht werden müssen. Mit jedem weiteren Grund, der in die Wolke kommt, wird die Wolke dunkler. Wenn sie dann schwarz ist, beginnt die Sonne zu scheinen und löst diese Wolke auf. Damit verbunden spürt der Patient die Wärme der Sonne; sie wärmt ihn auf und bewirkt damit Selbstsicherheit und Selbstvertrauen.

Der Schneeball (Gibbons (1973)). Die Person befindet sich auf der Spitze eines großen schneebedeckten Berges und blickt hinab ins Tal. Obwohl sie so weit wandern konnte, sind nun am Berghang zahlreiche Hindernisse und Barrieren. Sie stehen zwischen ihr und den Zielen, die sie erreichen möchte. Die Person nimmt nun eine Hand voll Schnee, formt einen festen Schneeball und rollt ihn den Abhang hinunter. Dabei beobachtet sie, wie dieser Ball immer größer wird und als Lawine kraftvoll die Hindernisse beseitigt.

Die Pyramide (Gibbons, 1973). Die Person soll sich in altägyptische Zeiten versetzen und in eine Pyramide gehen. Dort entdeckt sie zahlreiche wertvolle Schätze, die ihr alle im Laufe der Jahre gestohlen worden waren. Diese Schätze werden von einer schwarzen Statue bewacht, die über einen Brillanten auf ihrer Stirn Macht ausübt und das Wegnehmen verhindert. Die Person erhält die Suggestion, dass sie wieder der Mensch wie früher werden und negative Neigungen ablegen kann. Sie kann dies erreichen, indem sie der Statue den Brillanten von der Stirn nimmt. Daraufhin wird die Statue machtlos und zerfällt. Die Person ist nun frei und kann alles mitnehmen, um dann herauszugehen in die wärmende Sonne des Alltagslebens.

22.20.2 Sexualität im Alter

Obwohl ein beachtlicher Teil des Lebens von der Sexualität bestimmt wird, nimmt man von älteren Menschen an, an Sexualität desinteressiert zu sein. Die Phasen der Erregung, Erektion und Lubrikation sind in diesem Alter bestimmt länger, aber dennoch fühlen sich ältere Menschen voneinander angezogen und wünschen sich auch Sexualkontakte. Hier liegen wahrscheinlich viele Ängste und Unsicherheiten vor, die entsprechende Kontakte erschweren. Hunter (1990) sieht gerade in der Hypnose eine gute Hilfe für die Sexualität älterer Menschen, da hier die Phantasie eine bedeutende Rolle spielt. Entsprechend schlägt sie vor, z. B. Bilder zu nehmen, die mit den letzten positiven sexuellen Erfahrungen verbunden sind. Entspannung und Imagination kann dadurch zur verbesserten sexuellen Begegnung beitragen.

22.20.3 Schmerz und Rehabilitation alter Menschen

Die Behandlung älterer Schmerzpatienten kann zurzeit noch nicht als angemessen angesehen werden. Gerade Ältere profitieren jedoch in hohem Maße von multidisziplinären Behandlungsansätzen durch Aktivitätszunahme, erlebte verbesserte Selbstkontrolle, bessere Schmerz-Bewältigungskompetenzen und geringere Medikamenteneinnahme (Wilz et al., 1995).

Schmerzen. Von Hypnose-Erfolgen wird bei Osteoarthritis berichtet (Gay et al., 2002). Dabei wird Selbsthypnose, besonders in Kombination mit kognitiv-behavioralen Therapieformen, hervorgehoben, da sie in Gruppen und sehr lebensnah vermittelt werden kann (Cuellar, 2005; Norelli & Harju, 2008).

Behinderungen. Hypnose kann angewandt werden, um über die Behinderung hinwegzukommen oder sie zu meistern (Coulton, 1984), so durch kognitive Umstrukturierung (Sapp, 1995). Im höheren Altersbereich sind Hypnoseanwendungen bekannt in der Rehabilitation von Schlaganfall (Crasilneck & Hall, 1975), Halbseitenlähmungen (Chappell, 1964) und Parkinson (Doshay, 1960; Wain et al., 1990). Hemiparetiker können sogar während und nach Hypnose ihre Extremitäten besser benutzen (Radil et al., 1988). Holroyd und Hill (1989) weisen aufgrund ihrer Fallbeobachtungen bei einer nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmten 66-jährigen Patientin darauf hin, dass Hypnose im rehabilitativen Bereich sehr hilfreich ist, jedoch in der Wirkung nicht überschätzt werden sollte.

Harninkontinenz. Das Altersproblem der Harninkontinenz wurde bislang am erfolgreichsten mit Biofeedback behandelt, die Wirkung von z. B. Hypnose wurde dazu noch nicht ausreichend erforscht (Cherniack, 2006). Wahrscheinlich sind hier wie bei der Enuresis sehr unterschiedliche Verursachungsprinzipien wirksam, die nicht pauschal behandelbar sind.

Entsprechende weitere Beispiele zur Anwendung der Hypnose bei Senioren sind in den Abschnitten 22.3.4 (Phantomgliedschmerzen), 22.12.2 (Examensprobleme) und 23.9.4 (Hemiparese, Hemiplegie) dargestellt.

22.21 Geschlechtsspezifische Fragestellungen und Probleme

Geschlechtsspezifisch (= gender) sind über organische und physiologische Aspekte hinausgehend z. B. soziale Rollen, Geschlechtsidentität, Rollenverhalten, Gesundheitsverhalten. In der Hypnoseforschung liegen bislang nur sehr wenige experimentelle Aussagen über Gender bezogene Befunde vor. Entsprechend kann nur eine kleine gesammelte Darstellung erfolgen.

Tests zur Suggestibilität/Hypnotisierbarkeit

In der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptability (HGSHS: A) erreichen Frauen über verschiedene Altersbereiche hinweg höhere Werte (Page & Green, 2007).

In McConkeys Opinions About Hypnosis Scale (OAH; McConkey, 1986) wurden Geschlechtsunterschiede in den Bereichen Fantasiebegabung, Absorption, Erwartungshaltung und Hypnotisierbarkeit gefunden (Green & Lynn, 2011).

Hypnotisierbarkeit nach der Waterloo-Stanford-Group-Scale (WSGC) korreliert positiv mit somatischen Beschwerden und kann deshalb eventuell als ein Hinweis für Anpassungsfähigkeit und Gesundheitsverhalten sein; bei Frauen besteht hier eine höhere Korrelation (Younger et al., 2007).

Krankheit und Therapie

Manche *psychosomatischen Symptome* sind typisch für psychogene Krankheiten, die aufgrund von suggestiven Masseneffekten entstehen. Dabei hat besonders für Frauen neben Erwartungshaltungen die Beobachtung weiblicher Modellpersonen eine geschlechtsspezifische Wirkung auf psychogene Symptome (Lorber et al., 2007).

An *alternativen medizinischen Behandlungsformen*, die Körper und Seele einbeziehen (z. B. Biofeedback, Entspannung, Imaginationen, Hypnose) sind weibliche Allgemeinärzte signifikant interessierter – sowohl für ihre Patienten als auch zu ihrer eigenen Nutzung. Sie halten signifikant mehr von deren Wirkungen als die Männer (Sierpina et al., 2007).

Wenn sich Frauen in der *Patientenrolle* befinden, neigen sie eher zur Regression, Passivität, Angst und Hilflosigkeit. Entsprechend sollten mehr Techniken – auch Hypnosetechniken – angewandt werden, die die Frauen zu mehr Selbstwirksamkeit befähigt und sie als informierten Partner des medizinischen Personals macht (Daniel, 1999).

Rauchen

Eine Feldstudie zeigt keine geschlechtsbezogenen Erfolgsunterschiede bei der Kombination von Hypnose und Aversionstechniken (Johnson & Karkut, 1994). Die Meta-Analyse von Green et al. (2008) zeigt bei Raucherentwöhnung mit Hypnosemethoden eine bessere Erfolgsquote bei Männern auf. Entsprechend ist zu überlegen, inwiefern entsprechende Suggestionen zur Raucherentwöhnung diesen Geschlechtsunterschieden angepasst werden müssen.

Wettbewerb am Arbeitsplatz

An zwei Fällen verdeutlicht Hornyak (2004) wie Frauen ihre Kraft in Wettbewerbssituationen mittels vier Hypnoseinterventionen verbessern können:

- ▶ Erinnerung an die internalisierten Botschaften über Erfolg und Misserfolg bei Wettbewerb.
- ▶ Hypnotische Reframing-Techniken zur Wiedererlangung positiver und konstruktiver Perspektiven: Metaphern wie »Nimm deine Segel aus dem Wind« oder Imaginationen »schützende Seifenblase«.
- ▶ Mit Hypnose die konditionierten automatischen viszerale Reaktionen kontrollieren oder sie als Energie nutzbar machen.

- Aufbau von Coping-Haltungen und Strategien, d. h., angemessene Gedanken und Einstellungen aufbauen, mit denen die förderlichen Gedanken zunehmen. Zusätzlich kann die TV-Methode von Brown und Fromm (1986) hilfreich sein, bei der der Emotionsregler runtergeregt wird, um dadurch objektiver die Erfolgselemente und die Lösungsmöglichkeiten zu erkennen.

23 Hypnose in der Medizin

*Gerade das Abweichen vom Wege des Gewöhnlichen
ist für die Vernunft ein Fingerzeig,
der sie auf der Straße zur Wahrheit weist.*
Edgar Allan Poe (1809–1849)

Hypnose ist mit eine der ältesten Ergänzungsmethoden der Medizin (D. Spiegel, 2006). Mit ihr lassen sich auch in der modernen Medizin nachweisbare Wirkungen erzielen, angefangen von der Angstreduktion bei der Mangnetresonantomografie (Brennan et al., 1988) oder radiologischen Untersuchungen (Lang et al., 2006), zum Verbessern des Wohlbefindens und der Compliance der Patienten, so z. B. in der Anästhesie und generell bei Kindern (Sanborn, 2005). Hypnose trägt auch zur schnelleren Heilung und zur Reduktion der stationären Verweildauer und somit zur Kostensenkung bei (Faymonvill et al., 1999; Lang & Rosen, 2002).

Die kognitiv-behavioralen Methoden und Hypnose passen genau in die propagierten modernen biopsychologischen Konzepte der Medizin. Aber auch nach einer fundierten Zusatzausbildung in Hypnose sollte man sie nur in dem Fachbereich anwenden, für den man sich spezialisierte (Flory et al., 2007).

Nur in der ganzheitlichen Sicht von Psyche und Soma ist die Wirkung der Hypnose einzuordnen und die Kooperation von medizinischen und psychologischen Fachpersonen bleibt gerade hier meist unerlässlich. Entsprechend sind in diesem Kapitel relativ häufig enge Beziehungen zu relevanten Abschnitten des Psychotherapiekapitels (Kap. 22) wiederzufinden.

23.1 Kardio-vaskuläre Störungen (Herz-Kreislauf-Störungen)

23.1.1 Essentielle Hypertonie und Blutregulation

Neben der körperlichen Unterstützung durch z. B. Kreislaufraining sind die psychischen Ursachen wie Stress therapeutisch sehr relevant.

Zusätzlich zu den pharmakologischen Behandlungsmethoden zur Reduktion des Blutdrucks sind bislang u. a. auch Meditation, Entspannung, Imaginationen und deren Kombinationen bekannt, ebenso Methoden zum Stressmanagement (Murthy et al., 2010; Schwickert et al., 2006) und der Fachbereich der Psychokardiologie entwickelt sich (Herrmann-Lingen et al., 2007).

Im Bereich der Hypnose wird vorwiegend mit Selbsthypnose zur Entspannung behandelt (z. B. Friedman & Taub, 1977; Tossi et al., 1992), die nur über einen kurzen Zeitraum wirksam sind, evtl. auch nur während der Hypnosesitzung (Piesbergen & Peter, 2005).

Eventuell geben individuelle Unterschiede im Umgang mit Imaginationen eine Erklärung für diese Ergebnisse (z. B. McKelvie, 1995), die in engem Zusammenhang mit der hypnotischen Reaktionsweise stehen (Nadon et al., 1987). Aber auch unterschiedliche Ruhebilder in Selbsthypnose haben keine signifikanten Einflüsse auf geringe Hypertonie (Gay, 2007).

Erfolgreich sind jedoch Langzeitbehandlungen mit kausal wirksamen Interventionen.

Das Therapiebeispiel von Jackson und Merrington (1980): Ein 49-jähriger Patient mit einem Blutdruck von 170/110 mm Hg erhält Hypnose-Entspannung und Problembesprechung unter Hypnose. Das führt zur Stressbewältigung, dauerhaft zur Medikamentenreduktion und zur Blutdrucksenkung auf 140/100 mm Hg. Zum Stressmanagement gehört es sicherlich auch, durch körperliche Tätigkeiten den gestiegenen Adrenalinpegel zu senken, bis dann kognitiv-mental Entspannung wirken kann (s. Abschn. 22.1.3) – was dann mittels Selbsthypnose blutdrucksenkend wirkt (Raskin et al., 1999).

Praxishinweis

Insgesamt ist regelmäßige Selbsthypnose mit Selbstkontrollsuggestionen und positiven Ruhebildern sehr erfolgreich (Friedman & Taub, 1977). Es sollten auch posthypnotische Suggestionen bedacht werden, die das Anhalten der Entspannung und das eigenständige Üben begünstigen. Im Vergleich von Hypnose, Biofeedback und der Kombination beider erbringt Hypnose allein die besten Veränderungen (Friedman & Taub, 1978).

23.1.2 Kardiale Arrhythmie und Herzinfarkt

Verschiedene Arrhythmien wie → Extrasystolen oder paroxysmale → Tachykardie können durch psychischen Stress oder spontane Erinnerungen an traumatische Erlebnisse ausgelöst werden (Kline, 1950), da kognitive Konditionierungen vorliegen.

Beispiel

Bei einem 45-jährigen Patienten liegt → ventrikuläre Tachykardie vor, die auf Medikamente nicht anspricht. Der Therapeut arbeitet u. a. mit Dissoziation, sodass die Brust als unabhängig vom Körper erlebt wird; der Körper kann dann belastet werden, ohne Arrhythmien auszulösen. Diese Reaktion wird mit Entspannungssuggestionen verbunden (Wain et al., 1983). Möglicherweise ist hier der Prozess des Gegenkonditionierens wirksam.

Sehr unterschiedlich werden → AV-Knoten-Tachykardien psychisch verarbeitet (Einsle et al., 2007). Zusätzlich zu den dadurch bedingten Ängsten und leichten Depressionen können nach der → Katheterablation behandlungsbedürftige Angst-

symptome im Sinne einer leichten Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten (Muth-Seidel, 2007), besonders wenn der Eingriff nicht erfolgreich war (Lange & Herrmann-Lingen, 2007). Hier sind diverse Hypnoseinterventionen zu empfehlen.

Herzinfarkt

Raginsky (1959) beobachtet während eines Hausbesuchs einen massiven Herzanfall und kann durch Hypnose Schmerz, Angst und Schock reduzieren.

Ohm (1990) bietet deshalb in der Rehabilitationsklinik Hypnose-Einzel- und Gruppenbehandlungen zur Entspannung an, die eine Verbesserung der medizinischen Faktoren bedingen. Oft muss der Herzkranke einen neuen Lebensstil, verbunden mit einer geänderten Einstellung zu Belastungen erwerben; dabei kann Hypnose auch im Stressmanagement sehr hilfreich sein (Kroger, 1977).

Durch einen Herzinfarkt können sich deutliche Posttraumatische Belastungsstörungen ausbilden, die mit Hypnose therapierbar sind (Kutz et al., 1988; vgl. hierzu Abschn. 22.1.4).

Die Bedeutung psychosomatischer Faktoren bei der Genese und Entwicklung koronarer Herzkrankheiten wird erkannt, auch die »depressiv getönte Krankheitsbewältigung«. Lehr (1996) wendet zur Veränderung dieser Mechanismen in Gruppensitzungen eine systemisch-interaktionell orientierte Hypnotherapie nach Erickson an und erreicht nach 15 Sitzungen eine signifikante Veränderung. Die Anwendung von Entspannungsmethoden in ambulanten Koronar-Sportgruppen ist seit langem üblich (Müller, 1990; Simma & Benzer, 1985).

Gefäßerkrankungen

Bei einem Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung an → Thrombangitis wird in einer Kurzintervention die Suggestion der Fußwärme gegeben, gefolgt von einer objektiven Temperaturerhöhung und Durchblutungsverbesserung vor und nach einer → epiduralen Sympathektomie (Klapow et al., 1996). Der → ischämische Schmerz und die → Nekrotisierung des Gewebes nehmen deutlich ab, sodass eine Amputation verhindert werden kann.

Die Angiopathie bei z. B. Diabetes wird erfolgreich mit thermalem Biofeedback und Hypnose behandelt (Galper et al., 2003).

23.1.3 Herzoperationen

Da eine pharmakologische Sedierung vor der Herzoperation das Risiko des Blutdruckabfalls und der Sauerstoffreduktion birgt, wurden alternative psychologische Methoden erprobt, so Entspannung mit geleiteten Imaginationen bzw. Selbsthypnose (z. B. Faymonville et al., 1995).

Selbsthypnose

Selbsthypnose vor und während des chirurgischen Eingriffs verkürzt die Operationszeit (Lang et al., 2000), reduziert signifikant die postoperativen Schmerzen und damit

auch den Bedarf an Schmerzmitteln (Ashton et al., 1997; Faymonville et al., 1995). Zusätzlich wird durch die Selbsthypnose die Angst abgebaut (Hattan et al., 2002), die Zeit reduziert, bis die normale Herzfunktion erreicht ist (Tusek et al., 1997) und die Verweildauer in der Klinik verringert (Cowan et al., 2001).

Angioplastie. So wirkt autogenes Training bei der koronaren Angioplastie (zur Dilatation) deutlich Angst reduzierend und damit entspannend (Kanji et al., 2004). In der ebenfalls randomisierten Studie von Baglini et al. (2004) erfolgt die koronare Angioplastie der linken anterioren deszendierenden Koronararterie. Während der Ballondilatation steigt die sympathische Aktivität des Herzens nicht an und seine Minderdurchblutung wird in der Hypnosegruppe selektiv reduziert, nicht jedoch unter medikamentöser Sedierung.

Bypass. In der Nacht vor der Bypass-Operation der Koronararterie werden die Patienten darin unterrichtet, durch Selbsthypnose zu entspannen, was ihnen im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese Behandlung signifikant stärker gelingt ($p = 0.032$) und sich auch in Abnahme von Depression, Anspannung und Ermüdung äußert (Ashton et al., 1999; Hart, 1980).

In Südafrika wird bei Männern ein hoher Bedarf für einen koronaren Bypass festgestellt. Damit verbunden ist starker Stress und Beeinträchtigung der Lebensqualität ihrer Ehefrauen (de Klerk et al., 2006). Deshalb erhalten sie prä- und postoperativ hypnotische Ich-Stärkungen zur Angst- und Depressionsbewältigung. Ihre Erkrankungsrate ist sowohl nach der Operation als auch in der Follow-up-Untersuchung nach sechs Wochen signifikant geringer als die unbehandelten Frauen in der Kontrollgruppe (de Klerk, 2006).

Die postoperative episodische atriale Fibrillation (Vorhofflimmern) kann durch eine vorübergehende autonome Dysfunktion bedingt sein. Deshalb erhalten die Patienten vor dem Eingriff Hypnoseentspannung und zeigen signifikant weniger der Episoden als die Vergleichs- und Kontrollgruppen. Deshalb könnte auch hier Hypnose zukünftig in der Prävention des Vorhofflimmerns eingesetzt werden (Novoa & Hammonds, 2008).

Herztransplantationen

Dieses Thema ist in Abschnitt 23.16.8 ausführlich dargestellt.

23.1.4 Hämophilie

Die Blutungsneigung bei Hämophilie ist nicht nur mit aktuellen Verletzungen gekoppelt, sondern auch mit emotionalem Stress wie Ärger, Angst oder Freude (Agle, 1964; Mattson & Agle, 1979; Salk et al., 1972), die spontane interne Blutungen begünstigen.



Stressreduktion bei Hämophilie

Swirsky-Sacchetti und Margolis (1986) führen ein sechswöchiges Stressreduktionsprogramm durch, bestehend aus Beratungen, Entspannung und Selbsthyp-

nose. Die Intervention zeigt eine bedeutsame Verbesserung gegenüber der Kontrollgruppe; die Notwendigkeit von Bluttransfusionen ist deutlich reduziert.

Kinder und Jugendliche befinden sich in einer besonderen psychosozialen Situation, da sie sich in ihren Aktivitäten kontrollieren und einschränken müssen. Ihre Familien und Ärzte müssen dabei das Autonomiestreben teilweise reduzieren, was zu Beziehungskonflikten führen kann (Schmitt et al., 1996).

Ritterman (1982) nimmt in der Kinderklinik psychotherapeutische Interventionen unter Hypnose vor, um die Beziehungen des Patienten zur Familie und zum Klinikpersonal zu verbessern. Er führt die folgende Verminderung der Blutungsneigung auf den Abbau von emotionalem Stress und Hilflosigkeitsgefühlen bzw. Kontrollverlustängsten zurück – so auch LaBaw (1975) und LeBaron und Zeltzer (1984). Selbsthypnose kann den Krankheitsstress abbauen und dadurch dazu beitragen, den Bedarf an Bluttransfusionen zu reduzieren, damit verbunden ist ein verringertes Ansteckungsrisiko durch Aids und die Reduktion von Nierenschäden (LaBaw, 1992).

23.2 Gastrointestinale Störungen

Die engen Zusammenhänge zwischen Körpervorgängen und Psyche sind bei gastrointestinalen Prozessen unumstritten. So können unterschiedliche in Hypnose induzierte kognitive Strategien z. B. die Hemmung oder Begünstigung der Magensäureproduktion beeinflussen (Klein & Spiegel, 1989) – d. h. vegetative Steuerung durch Hypnose meist zur Entspannung und zur Selbstkontrolle. Besonders die hier dargestellten funktionellen Störungen wie Reizdarm, Abdominalbeschwerden und Dyspepsie zeigen auf, wie stark psychische Faktoren somatisch wirksam sind und auch Hypnose hier helfen kann.

23.2.1 Endoskopie, Koloskopie, Magen- oder Darmspiegelung

Die Sedierung mit Hypnose ist sowohl bei Endoskopie (Jackson & Middleton, 1978) als auch in der Koloskopie (Elkins et al., 2006) erfolgreich.

Bei der oberen → intestinalen Endoskopie entstehen u. a. starke Beklemmungsgefühle, Ängste und Unwohlsein. Die Sedierung mit Hypnosesuggestionen zur Entspannung sind erfolgreich (Jackson & Middleton, 1978).

Zimmerman (1998) verwendet in seiner Studie neben Metaphern und Imaginationen auch posthypnotische Suggestionen. Dadurch können die Patienten – im Gegensatz zu den medikamentös sedierten – nach dem Eingriff sofort essen und die Klinik verlassen. Häuser (1997) berichtet von insgesamt 1.650 solcher psychotherapeutisch und hypnotherapeutisch erfolgreichen Interventionen.

Junker (2004) verwendet bei der Magenspiegelung Entspannungssuggestionen mit Hypnose und erreicht signifikant bessere Ergebnisse (Entspannung, Ruhe, Wohl-

befinden) als die Vergleichsgruppe, die nur Atementspannung erhält. Die Gruppe mit Dormicum® ist wiederum erfolgreicher als Hypnose.

Die Patienten von Dominguez-Ortega und Rodriguez-Munoz (2010) erhalten nach der Exploration eine 45-minütige Unterweisung in Hypnose und zu den anästhetischen Wirkungen; dazu werden Entspannungssuggestionen gegeben und posthypnotische Suggestionen zur Reduktion des Würgereflexes. Fünf Minuten vor der Untersuchung wird dann die Hypnose vertieft.

Koloskopie. Für die Koloskopie werden Suggestionen der Unempfindlichkeit und des Wohlbefindens gegeben. Dies ermöglicht auch längere Eingriffe, sogar Biopsien; Ängste sind signifikant reduziert und die Untersuchung als ohne Unbehagen empfunden. Zusätzlich ist das potenzielle Risiko einer Anästhesie ausgeschaltet.

Elkins et al. (2006) sind über eine Tonaufzeichnung mit Hypnosesuggestionen zur Entspannung, Selbstkontrolle, Schmerz- und Angstkontrolle ähnlich erfolgreich und verkürzen Untersuchungs- und Genesungszeiten.

Bei der Krebsvorsorge sind in den USA die Koloskopieraten von Afroamerikanern und Latinos sehr niedrig. Zum Stressabbau vor dem Eingriff könnte Hypnose präventiv erfolgreich sein, wird aber von diesen Gruppen weitgehend abgelehnt (Miller et al., 2011).

23.2.2 Störungen des Ösophagus

Bei der Speiseröhre (Ösophagus) treten Störungen sowohl im rein medizinischen als auch im psychologischen Bereich auf.

Refluxösophagitis und Ösophagusspasmen

Nach Cerny et al. (1974) ist die Hypnosekontrolle der Ösophagusmotilität sowohl bei gesunden Patienten als auch bei → Achalasie möglich. Cerny et al. (1988) geben die posthypnotischen Suggestionen, die Spasmen zu reduzieren und den Schluckakt durchzuführen und erreichen sowohl bei funktionellen Schluckbeschwerden als auch bei Achalasie und diffusen Ösophagusspasmen Verbesserung.

Praxishinweis

Posthypnotische Suggestionen als »autostimulierende Technik« (Weber, 1991)

- ▶ Vor und während des Essens soll die Faust geballt werden. Sie wird dann zum Signalreiz für die nachfolgenden Mechanismen, sodass der Patient nun die Schluckbeschwerden bewältigen kann.
- ▶ Falls dieser konditionierte Reiz wirksam ist, erfolgt die weitere posthypnotische Suggestion, nach der der Patient diese Selbstregulation auch außerhalb der Hypnose erreichen kann.

Nach insgesamt fünf Sitzungen ist der Großteil der Patienten geheilt.

Bei einem Patienten mit lang bestehenden Ösophagusspasmen, Refluxösophagitis und starker Gewichtsabnahme als Folgeerscheinung erreicht Weber (1991) durch Metaphern und Symptom-Reframing deutliche Besserung.

Beispiel

Bei einem Studenten, der seit zwei Jahren unter schmerzhafter Refluxösophagitis leidet und dem medizinisch nicht geholfen werden konnte, verwenden Zlotogorski und Anixter (1983) zwei Hypnosebilder:

- (1) Es erfolgt normale Essenseinnahme, bei der die Speise durch die Speiseröhre transportiert wird und den Mageneingang passiert, der sich dann schließt.
- (2) Ein Nerv geht vom Gehirn zum Mageneingang; er ist mit einem Regler versehen und kann vom Patienten auf Entspannung eingestellt werden.

Globussymptom

Bei einem meiner Patienten mit → Globussymptom lagen massive konditionierte Ängste vor, die das Globusgefühl als Begleitsymptom bewirkten. Durch eine kognitive Umstrukturierung unter Hypnose konnte der sofortige Angstabbau und Abnahme der Schluckbeschwerden erreicht werden (s. Kap. 27, Fall 4.).

23.2.3 Erbrechen

Die psychischen Faktoren des Erlebens können vielgestaltig sein, z. B. durch klassische Konditionierung ausgelöst oder operant aufrechterhalten werden.

Bei einer Studentin mit anfallsartigem morgendlichem Erbrechen und Depressionen konnte ich durch eine Altersregression in Hypnose ihre starken Trennungsängste in der Kindheit aufdecken und durch kognitive Umstrukturierung in Hypnose abrupt abbauen (Kossak, 1991a; s. Kap. 27, Fall 1).

Beim Erbrechen von Schwangeren können verbunden mit symptomorientierten Interventionen z. B. Suggestionen mit Entspannungsinhalten wirken, die besonders den Magenbereich betreffen. Erbrechen als Folgeerscheinung der Strahlen- und Chemotherapie ist im Abschnitt 23.8.3 differenzierter dargestellt. Verwiesen sei auch auf Abschnitt 23.6, in denen weitere psychologische Faktoren der Ess- und Erbrechensprobleme aufgezeigt sind.

Bei einem 17-Jährigen mit primärer mentaler Retardierung wird das zyklische Erbrechen (ohne organische Ursachen) als regressiver Mechanismus angesehen, der die Interaktion zwischen ihm und seinen Eltern ständig unterbricht und ihm dadurch Vorteile bringt (Millner et al., 1998). Eine stationäre Behandlung wird mit einer Familientherapie kombiniert; durch hypnotherapeutische Techniken werden diese hinderlichen Regressionen zu guten Regressionen umgewandelt – und die Familie erlernt neue (bislang unbekannte) nicht-verbale Kommunikationsmuster.

23.2.4 Magen- und Zwölffingerdarmerkrankungen

Therapeutisch bieten sich neben Diät und medizinischen Maßnahmen Stressbewältigungsprogramme an. Kontrollierte Gruppenuntersuchungen zeigen, dass die Hypnosebehandlung ein geeignetes therapeutisches Ergänzungsverfahren ist, um selbst bei chronischen → Duodenalerkrankungen die Rückfallquote deutlich und über lange Zeit zu reduzieren (Colgan et al., 1988). Methoden der Selbst-Stärkung, Entspannung, Problemlösung etc. unter Hypnose bieten sich an (Sachs, 1982).

Beispiel

In einem Fall von seit drei Jahren bestehendem Magenbluten können Bishay et al. (1984) durch einmalige Hypnose-Suggestionen eine sofortige Besserung bewirken, die dann in Selbsthypnose übernommen wird.

Es wird eine schöne Strandszene als Ruhebild vorgegeben; daraufhin wird das »Unbewusste« angesprochen:

»... Ihr Unbewusstes kontrolliert auch Ihren Puls, ... Ihren Blutdruck, die Blutgefäße der Haut, ... wie ich sehen kann, sind diese vitalen Zeichen ... bereits von Ihrem Unbewussten unter Kontrolle gebracht worden ... das passt gut auf den Körper auf. Sie können ihm erlauben, die Blutung vollkommen zu kontrollieren. Es wird sich abregen und alle blutenden Stellen in Ihrem Magen und Ihrer Speiseröhre ganz wirkungsvoll und sicher schließen ... als ob es Sie heilt, während Sie langsam dieses erfrischende eiskalte Getränk in Ihrer Hand schlürfen ... Beachten Sie, wie entspannt ... bequem und ... sicher Sie sich gerade jetzt fühlen, wenn Sie Ihrem Unbewussten erlauben, Ihnen zu helfen. Ihr gesamter Körper ist frei von Anspannung ... Sie fühlen sich wohl!« (Bishay et al., 1984, S. 23).

23.2.5 Darmerkrankungen

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Sowohl Colitis ulcerosa als auch Morbus Crohn sind chronisch entzündliche Autoimmunerkrankungen des Dickdarms bzw. aller Abschnitte des Verdauungstraktes. Schafer (1997) nimmt bei → Colitis ulcerosa und → Morbus Crohn an, dass hier hohe normale Aggressionspotenziale und Ambivalenzen in Bezug auf ihr Ausleben zur Somatisierung führen, indem sie Autoimmunkörper überproduzieren, die dann das spezifische Darmgewebe angreifen. Entsprechend sind auf diese Persönlichkeit ausgerichtete Hypnoseinterventionen zu empfehlen.

Eine 50-minütige Sitzung mit Hypnosesuggestionen, die sich auf den Verdauungstrakt beziehen, bewirkt bei Colitispatienten ein signifikantes Absinken der Interleukin-6-Konzentration, Abnahme der Histamine und des Rektalschleims – insgesamt Anzeichen der Entzündungsreduktion (Mawdsley et al., 2008).

Einer meiner Fälle ist nahezu typisch für diese Erkrankungsform.

Beispiel

Ein sehr ehrgeiziger Jugendlicher leidet unter den Spannungen in der Familie. Anfängliche familientherapeutische Maßnahmen schlagen fehl. Einzeln in Hypnose lernt er Selbstkontrolle in belastenden Situationen: So lernt er z. B., sich nicht zu ärgern, wenn bei einem Spiel gemogelt wird, sondern angemessen zu reagieren und sich zu entspannen. Dieses Verhalten kann er dann in der Realsituation einsetzen.

Die Diagramme über Häufigkeit und Konsistenz der Stühle zeigen nach ca. zwei Wochen bereits eine deutliche und steigende Verbesserung. Nun erst ist eine Familientherapie möglich und erfolgreich. Der Patient kann seine Probleme durch Selbstkontrolle gut regulieren (Kossak, 1991b). In einem Katamnesezeitraum von über 20 Jahren tritt die Krankheit noch sehr selten und in schwacher Form auf.

Mrochen (1991) behandelt einen an Morbus Crohn erkrankten Jugendlichen und verwendet ebenfalls einen mehrschichtigen Ansatz von Einzel- und Familientherapie, durch den seine Verlassensängste erkannt und aufgearbeitet werden. Diese Behandlungsform wird auch von Schafer (1997) bestätigt.

Reizcolon – Darmkrämpfe, Reizdarmsyndrom (RDS), Colon irritabile, Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Die medizinische Behandlung des → Reizcolon betrifft ca. 10 bis 15 Prozent der Bevölkerung und ist noch sehr unbefriedigend (Agrawal & Whorwell, 2006). Je nach Beschwerdebild werden auch Antidepressiva, Spasmolytika oder Laxantien verordnet (Cremoni & Talley, 2004).

Von allen funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen ist der Reizdarm die am meisten beforschte; Hypnose-Berichte dazu haben in den letzten Jahren stark zugenommen.

Therapie mit Hypnose

In zahlreichen Studien weist die Hypnoseanwendungen ein erhebliches therapeutisches Potenzial auf und die Erfolgsrate liegt bei 87 Prozent (Whitehead, 2006).

Auch bei refraktären Darmerkrankungen mit vielschichtigen Erscheinungs- und Begleitformen sind Einzel- und Gruppenbehandlungen unter Hypnose (Harvey et al., 1989) wie auch bei schwerwiegender Problematik (Whorwell et al., 1987) erfolgreich. Bei Patienten, die vorwiegend mit Diarrhoe oder Obstipation reagieren, kann eine Hypnotherapie eine bedeutsame Veränderung der rektalen Sensibilität, also der viszeralen Wahrnehmung bewirken, wodurch sie rechtzeitig auf ihren Stuhldrang reagieren können (Prior et al., 1990).

Insgesamt wird die Anwendung von Psychotherapie und Hypnose als hilfreich festgestellt (z. B. Camilleri, 1999) oder sogar als signifikant herausragend (Galovski & Blanchard, 1998); es werden vorwiegend kognitiv-behaviorale Methoden mit Hypnose empfohlen (Talley & Spiller, 2002).

Beispiel

Kroger und Fezler (1976) berichten von einem Mann, der stets nach dem Essen mit schmerzhaften abdominalen Spasmen reagiert. Das Symptom hatte begonnen, nachdem er die Untreue seiner sonst sexuell abweisenden Frau feststellte und er dann Schuldgefühle aufgrund seines Fremdgehens entwickelte. Parallel zur breit angelegten psychotherapeutischen Behandlung erfolgt das Hypnosetraining der Handschuhanästhesie, mit der er die Krämpfe kontrollieren kann.

Die beiden nachfolgenden Behandlungsprotokolle wurden ausgewählt, weil sie sehr komplex sind und jeweils ihre ausführlichen Protokolle zur Hypnoseanwendung ihren Publikationen beigelegt haben.

Das Manchester Modell (Gonsalkorale, 2006)

Miller & Whorwell (2009) haben die Technik der »Darm-fokussierten Hypnose« entwickelt, was zum Manchester Modell wurde:

Patienten, die nicht auf konventionelle Behandlungen ansprechen, erhalten gestufte Informationen, Alternativpläne und Behandlungsformen, bis sie dann erst in das Hypnoseprogramm übernommen werden (Whorwell, 2006).

Die Darm-orientierte Hypnotherapie

In zwölf Sitzungen über einen Zeitraum von drei Monaten werden die Patienten in das Programm eingewiesen. Wesentlich sind (Gonsalkorale, S. 32 ff.):

- ▶ Hypnose mit Suggestionen der Entspannung, Ich-Stärkung, der Vertrauensbildung und des allgemeinen Wohlbefindens. Baum-Metapher: Biegsam, aber fest sein in den Stürmen des Lebens.
- ▶ Ruhebild: »Jede Zelle badet in einem Meer der Ruhe, der Rhythmus jedes Atemzuges kann dabei helfen, diese Ruhe durch Ihren Körper fließen zu lassen ...«

Von der zweiten oder dritten Sitzung an erfolgen *Darm-bezogene Sitzungen* mit typischen Suggestionen:

- ▶ Fähigkeit der Darmkontrolle: »Indem Sie nun einmünden in Ihr Unbewusstes, das nun stärker und kräftiger wird und diese Kraft und Energie einsetzt, sie zu kanalisieren und sie dahin zu lenken, mehr Kontrolle über den Darm zu gewinnen.«
- ▶ Handwärme auf dem Abdomen: Mit der auf dem Abdomen liegenden Hand spürt der Patient nun die Wärme, die Kraft und Wohlbefinden vermittelt.
- ▶ Vorstellungsbild: Der Patient wird nun dazu angeregt, ein Vorstellungsbild vom normalen Darm zu entwickeln.
- ▶ Posthypnotische Suggestionen – zur Anwendung der Hypnose und ihrer Suggestionen, zum Erwerb von Kontrolle über den Darm, zur Beruhigung und Besserung der Beschwerden.

Wie bei anderen Hypnosebehandlungen nehmen Angst und Depressionen signifikant ab. Zusätzlich bessern sich ebenfalls signifikant die Werte der Kognitionen in Bezug auf die Darmfunktionen (Gonsalkorale et al., 2004).

Das North Carolina Protocol (Palsson, 2006)

Typische Inhalte sind:

Hypnoseinduktion: Augenfixation zur Induktion, Trancevertiefung durch Imaginieren einer allmählichen Bewegung (wie Fahrstuhl, Rolltreppe), Entspannung,

Anwendung einer »therapeutischen Szene« zur Entspannung, zum Wohlbefinden und Ruhe: Imagination einer multisensorischen Szene wie z. B. in einer warmen Holzhütte in einem warmen Bett liegen und dem Feuer im Kamin zusehen, zuhören und seine Gerüche wahrnehmen etc. Diese Inhalte sollen sich direkt auf die Darmsymptome beziehen.

Direkte und indirekte therapeutische Suggestionen:

- ▶ Veränderung der Aufmerksamkeit gegenüber den Symptomen und Funktionen – und zur Abnahme von Intensität und Häufigkeit
- ▶ Stärkere Wahrnehmung von Gesundheit und Wohlbefinden
- ▶ Unempfindlichkeit gegenüber irritierenden oder beeinträchtigenden Lebensereignissen
- ▶ Weitere Verbesserung normaler und gesunder Darmfunktionen

Das Therapieprogramm hat deutliche Auswirkungen auf die klinischen Symptome wie Angst; die Patienten fühlten sich über einen langen Zeitraum besser, aber die Gruppe ohne schmerz-spezifische Therapiesuggestionen zeigen ebenfalls Schmerzreduktion (Palsson et al., 2002). Dies lässt die Frage bestehen, welche Auswirkungen Hypnose bei der Behandlung des Reizdarms hat.

Im Vergleich mit anderen psychologischen Behandlungsmethoden wurden hier nur die kognitiv-behaviorale Therapie und Hypnose als empirisch effektiv ermittelt (Palsson, 2006; Toner et al., 2000; Taylor et al., 2004).

Simrén (2006) geht der Frage nach, welche Veränderungsmechanismen beim Reizdarm wirksam sind, die mit Hypnose hilfreich genutzt werden können. Aus der Analyse der Untersuchungsergebnisse sind folgende Schlüsse zu ziehen:

- ▶ Die hohe rektale Sensitivität und Darmmotilität verschiebt sich durch Hypnose in den Normalbereich, evtl. hervorgerufen durch mit Hypnose ins Positive veränderten Emotionen.
- ▶ Die Verbesserung von Kognitionen (s. o.) durch kognitiv-behaviorale Hypnotherapie kann sich auch positiv auf die psychologischen Symptome (z. B. Angst, Depression) auswirken – und evtl. darüber auch auf körperliche Funktionen der Darmtätigkeiten (Golden, 2007).
- ▶ Patienten mit Reizdarm unterscheiden sich in der Funktion des anterioren cingulären Kortex (ACC) von Gesunden (z. B. Silverman et al., 1997). Da der ACC selektiv mit dem Negativgefühl der Schmerzwahrnehmung zusammenhängt und

Hypnose Schmerzlinderung bewirken kann, kann Hypnose über den ACC die Schmerzen regulieren (Faymonville et al., 2002). Eventuell können diese Befunde auch auf gastrointestinale Schmerzen übertragen werden.

- ▶ Es kann evtl. eine Hypnose-Wirkung über das autonome Nervensystem (ANS) erfolgen, da Stress durch Hypnose reduzierbar ist und damit die sympathische ANS-Aktivität steuerbar ist (z. B. Dancey et al., 1998).
- ▶ Die Hypnotherapie senkt die Schmerzschwelle ab und hebt den Muskeltonus im Darm an. Dies lässt auf Sympathikusaktivitäten schließen – und seine Beeinflussung durch Hypnose (Simrén et al., 2004).

Das sehr komplexe Programm von Calvert et al. (2002) beinhaltet bei der Hypnosebehandlung nach der Induktion mit Augenfixation, Progressive Muskelentspannung und Vertiefungsmethoden Suggestionen zur Symptomverbesserung:

- ▶ Taktile, indem der Patient seine Hand auf sein Abdomen legt – und imaginativ als Vorstellung der Abnahme aller Symptome.
- ▶ Verbal-Suggestionen für den Magen-Darmbereich: zur positiven Änderung der motorischen Aktivitäten, der Säure- und Schleimproduktion – besonders mit individuellen Visualisierungen dieser Prozesse.

Ergebnisse. Die Lebensqualität durch Hypnose nimmt gegenüber der Medikamentengruppe zu, nach 16 Wochen zeigt die Hypnose die besten Ergebnisse und nach 56 Wochen sind weiterhin in der Hypnosegruppe signifikante Symptomverbesserungen zu finden und insgesamt erfolgt eine Abnahme der Arztbesuche.

23.2.6 Funktionelle Abdominalbeschwerden, funktionelles Magen-Darm-Syndrom

Bei → funktionellen Abdominalbeschwerden liegen wahrscheinlich eine abnorme Wahrnehmung normaler Darmfunktionen und eine veränderte Schmerzregulation vor. Dadurch werden die Aktivitäten von Serotonin, Endorphin und anderen Neuropeptiden reduziert und haben so Wirkung auf das Zentrale Nervensystem (= primärer Schmerzmodulator) und damit auf die kognitiven und emotionalen Zentren. Somit ist diese Symptomatik als eine biopsychosoziale Störung anzusehen und auch psychologische Behandlungen wie Entspannungstechniken oder Hypnose sollten ihre Anwendung finden (Sperber & Drossman, 2011). Patienten berichten häufiger von täglichen Stressoren und deren Auswirkung auf ihre Symptomatik, aber gesunde Personen aus Vergleichsgruppen ebenso (Walker et al., 2001). Wahrscheinlich nehmen die Patienten den Stress anders wahr und sind sensibler und aufmerksamer in der Beobachtung ihrer abdominalen Schmerzen (Tilman & Walker, 2010).

Die Literaturanalyse von Chiarioni et al. (2008) bestätigt die Effektivität von Hypnosetherapie ähnlich der des Reizdarms.

23.2.7 Funktionelle Dyspepsie, nichtulzeröse Dyspepsie

Die Ätiologie der → funktionellen Dyspepsie ist unklar; wahrscheinlich liegt hier (wie bei den vorgenannten Krankheiten) eine erniedrigte viszerale Wahrnehmungsschwelle vor. Entsprechend werden auch psychotherapeutische Interventionen empfohlen (Holtman & Gapasin, 2008), deren dauerhafte Wirkung jedoch angezweifelt wird (Soo et al., 2005).

In einem Einzelfallbericht über eine 58-jährige Patientin mit funktionaler Dyspepsie sind Medikamente unwirksam. Sie hat Schuldgefühle, da sie sich für den Tod ihres krebserkrankten Sohnes verantwortlich fühlt und sich nun selbst bestrafen will. Zimmermann (2001) verwendet bei ihr Hypnose-Metaphern zur Befreiung und erreicht eine vollkommene Symptombefreiung über einen Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren.

23.2.8 Singultus (Schluckauf)

Hypnose ist sogar bei behandlungsresistenten Formen des Singultus erfolgreich (z. B. Bobele, 1987). Bei postoperativem Singultus wird Hypnose zur Muskelentspannung und Angstreduktion eingesetzt. Bei einer unbekannten Person ist Kroger (1969) mit einer einzigen Telefonhypnose erfolgreich.

23.3 Rheumatoide Arthritis

Als Ursachen des → Rheumas sind Fehlfunktionen des Immunsystems, evtl. auch genetische Faktoren nachgewiesen (Domangue et al., 1985). Folgeerkrankungen sind häufig chronischer Schmerz, Depression, Schlafstörungen und insgesamt Reduktion der Lebensqualität; es treten auch Aufmerksamkeits- und Arbeitsstörungen auf, die zur Frühberentung und dadurch insgesamt zu einem biografischen Bruch im Arbeits- und Sozialleben führen können (Bury, 2009; Schmidt-Wilcke et al., 2010).

Im Vordergrund des Rheumas steht der ziehende Schmerz im Bewegungsapparat. Bei Weichteilrheumatismus ist eventuell die Konditionierung eines Schmerz-Verstärkungs-Kreislaufs anzunehmen (Gentry & Bernal, 1977), so operante soziale Verstärkungen (Block et al., 1980), aber auch Beobachtungslernen und kognitiv-behaviorale Aspekte, wie allgemein bei der Schmerzproblematik (Meichenbaum & Turk, 1976).

Therapie mit Hypnose

Behandlungen mit Hypnose waren früher primär auf die Schmerzreduktion ausgerichtet (Crasilneck, 1980; Elton et al., 1980; Gardner & Olness, 1981). Heute sind sie je nach Ursache und Erscheinungsbild sehr vielgestaltig. Insgesamt ist dabei fast immer eine psychologische Versorgung, oft Psychotherapie, angeraten (Bornmann et al., 2000).

Wie bei anderen chronischen Erkrankungen ist besonders die Progredienzangst zu berücksichtigen, die bei Rheumapatienten besonders durch Verhaltenstherapie zu lindern ist (Berg, 2010).

Praxishinweis

Das Behandlungsprogramm von Horton-Hausknecht und Mitzdorf (1997)

- (1) Beginn mit allgemeiner Induktion und Entspannung der Hypnose
- (2) Imagination: Der Patient befindet sich in einem besonderen Zimmer, kann dort seine Sorgen und Probleme in einen Abfalleimer werfen und erlebt nun in einer Altersregression die Zeit vor der Arthritis, als er sich noch schmerzfrei bewegen konnte. Nun folgen Suggestionen zur Stärkung des Immunsystems, nach denen T-Zellen die beeinträchtigenden B-Zellen beseitigen und so die Gelenke befreien.

Entspannungshypnose bewirkt bei Patienten mit Arthritis-Schmerzen eine klinisch und statistisch signifikante Abnahme von Schmerz, Angst und Depression, verbunden mit einer Zunahme Beta-Endorphin ähnlichen immunreaktiven Substanzen (Doman-gue et al., 1985; Gay et al., 2002). Vergleichbare Effekte können auch durch häufige Selbsthypnose noch nach sechs Monaten festgestellt werden (Horton-Hausknecht et al., 2000). Wahrscheinlich haben die Hypnosepatienten durch ihre Erwartungshaltung mit den Imaginationen selbst Verbesserungen bewirken können und so die Aktivität der Autoimmunprozesse vermindert.

Ein kognitiv-emotionales Achtsamkeitstraining bringt kaum Verbesserungen, weil es wahrscheinlich nicht ausreichend lang durchgeführt wurde (Graninger et al., 2010).

Beispiel

Bei einer 16-Jährigen mit starkem juvenilem Rheuma, das sogar die Rollstuhlbenutzung bedingt, bewirkt Appel (1990) u. a. durch Suggestionen der Entspannung und Schmerzfreiheit eine deutliche Verbesserung der schmerzhaften Bewegungseinschränkung.

Fibromyalgie

→ Fibromyalgie wird häufig bei Rheumatologen vorgestellt; im Vordergrund stehen oft Probleme der Schmerzbewältigung, Schlafstörungen und Depression. Auch hier sind integrative pharmakologische und psychologische individuelle Behandlungsprogrammen sinnvoll (Moris et al., 2005).

Häufig sind kognitive Defizite wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, der als »fibrofog« eingeführter eigenständiger Beschwerdekomples, und als eigenes Symptom »Dyskognition« bekannt (Schmidt-Wilcke et al., 2010). Barling (1998) arbeitet auf der Basis von Erickson mit Metaphern zur Stressbewältigung der o. g. Probleme und erreicht Verbesserungen.

Nach einer systematischen Literaturuntersuchung sind beim Fibromyalgie-Syndrom an erster Stelle kognitive und operante Therapie sehr zu empfehlen, an zweiter Stelle geleitete Imaginationen und Hypnotherapie (Thieme et al., 2008). Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie mit Hypnose zeigen positive additive Wirkungen aller Therapiebereiche (Berman & Swyers, 1999; Castel et al., 2009), so auch Elektroakupunktur und Autogenes Training (Bernateck et al., 2008).

In einer umfangreichen randomisierten Studie ist Hypnose dann erfolgreicher, wenn nach ihrer Induktion Analgesiesuggestionen folgen anstatt Entspannungssuggestionen (Castel et al., 2007).

Die Methode von Derbyshire et al. (2009)

Die Patienten sollen sich zur Maßangabe der Schmerzstärke eine Telefonwählscheibe mit einer Zehnereinteilung vorstellen. Diese dient als Maßangabe für die Schmerzstärke (0 bis 10). Je nach Suggestion sollen sie dann mit der Wählscheibe ihre Schmerzstärke herunterregeln. Sowohl mit als auch ohne Hypnoseinduktion wirkt diese Suggestion schmerzreduzierend, wobei sie bei Hypnose eine noch größere Reduktion angeben.

Die gleichzeitige Gehirnabbildung mit dem fMRT-Scanner zeigt: die Hirnaktivierung korreliert mit den Suggestionen. Unter Hypnose sind das Cerebellum, der anteriore cinguläre Kortex und die anteriore sowie posteriore Insula signifikant stärker aktiviert. Ohne Hypnose wurden größere Aktivitäten im rechten Thalamus, im linken midcingulären Kortex (MCC) und bilateral im primären sensorischen Kortex gemessen. Die Daten zeigen, dass Hypnose eine größere Modulation in jeder Hirnregion bewirkt – außer dem linken MCC. Demnach gibt es ein neuronales Netzwerk, eine Schmerz-Matrix, deren Aktivierungsstärke mit der Schmerzwahrnehmung gekoppelt ist.

Hoch- und geringhypnotisierbare Fibromyalgie-Patienten erhalten hypnotische Analgesie-Suggestionen und erleben in beiden Gruppen eine signifikante Analgesie. Gesunde Personen erleben dabei keine Veränderung ihrer Schmerzwahrnehmung. Carli et al. (2008) folgert daraus, dass der chronische Schmerz für die paradoxe Reaktion auf hypnotische Suggestionen bei den nicht-hypnotisierbaren Patienten als Erklärung herangezogen werden kann.

23.4 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

23.4.1 Diabetes



Die Insulinproduktion ist konditionierbar, z. B. durch den Anblick von Speisen (Woods & Kulkosky, 1976). So kann durch die hypnotische Suggestion des Genusses einer Süßspeise vermehrte Insulinproduktion erreicht werden (Goldfine

et al., 1970). Die Veränderung der Blutzuckerwerte durch Stress ist bekannt und könnte durch Methoden wie z. B. Stressmanagement optimiert werden.

Therapieunterstützung mit Hypnose

Hypnose zur Verbesserung der Compliance. Da die Patienten plötzlich erkranken und wissen, dass sie diese Krankheit den Rest ihres Lebens beibehalten werden, nehmen sie dennoch die Möglichkeiten der Selbstkontrolle nicht wahr (ggf. Diabetes als unabänderbares Schicksal, Hilflosigkeit). Also liegt der Ansatz hier, die Compliance zu verbessern.

Wesentlich ist deshalb die Diabetikerschulung, z. B. in folgenden Aspekten:

Übernahme von Selbstverantwortung für:

- ▶ Die Krankheit/Gesundheit, Lebensführung, Diät; die Gewichtsreduktion (Typ-2) mit Diät und Bewegung.
- ▶ Die Folgekrankheiten (z. B. Wundheilung)
- ▶ Die Akzeptanz der Blutzuckerkontrolle – und ihre konsequente regelmäßige Durchführung
- ▶ Die konsequente Medikamenteneinnahme bzw. Insulininjektion

Haisch und Braun (1999) verwenden in ihrem attributionstheoretischen Ansatz in Gruppenschulungen nondirektive Suggestionen zur Übernahme selbstverantwortlichen Handelns im o. g. Sinn und erreichen deutliche Gewichtsreduktionen, Stabilisierung der Laborwerte (HbA1c). Die Patienten fühlen sich in ihrer Lebensqualität weniger beeinträchtigt und weniger abhängig vom Arzt.

Bei Patienten (11 bis 19 Jahre) mit insulinabhängigem Diabetes mellitus sprechen 20 Prozent nicht gut auf die medikamentöse Behandlung an. In einem Zeitraum von sechs Monaten kann bei ihnen mittels Fremd- und Selbsthypnose ihre Compliance verbessert werden und der durchschnittliche Blutzuckerwert sinkt von 436 mg/dl auf 149 mg/dl, was gute Ansprechbarkeit bedeutet (Ratner et al., 1990).

Hypnose zur Gewichtsreduktion. Bekannt sind hier die Metaanalysen von Kirsch et al. (1999) und Pittler und Ernst (2005), nach denen besonders Hypnose in Verbindung mit kognitiv-behavioralen Methoden erfolgreich bei der Gewichtsreduktion ist (s. Abschn. 22.6.1).

Hypnose zur Verbesserung der peripheren Blutzirkulation. Die Angiopathie ist durch thermales Biofeedback und Wärmesuggestionen behandelbar (Galper et al., 2003). Grabowska (1971) verwendet erfolgreich Wärmesuggestionen ähnlich wie bei der Raynaudschen Krankheit (s. Abschn. 23.7.7).

Hypnose und Stressabbau bei chronischer Erkrankung. Zusätzlich zu dem Stress von Alltag und Krankheit können Langzeitbehandlungen stark beeinträchtigen. Ist eine Hämodialyse (Blutwäsche) erforderlich, so ist sie mit körperlichem und psychischem Stress verbunden und die Patienten fühlen sich dieser Prozedur sehr ausgeliefert. Durch Hypnose-Selbstinstruktionen können sie eine Besserung erreichen und sich

wieder selbst als Kontrolleur des Geschehens fühlen (Morrill, 1978; Surman & Tolkoff-Rubin, 1984).

Insgesamt sind die psychologischen und damit hypnotherapeutischen Ansätze bei Diabetes mellitus ermutigend. Zu bedenken ist jedoch, dass es sich hier um ein sehr komplexes internistisches Problem handelt und deshalb meist nur kleine Untersuchungsgruppen und dabei sehr unterschiedliche Methoden zum Einsatz kamen (Xu & Cardena, 2008).

Bei den zahlreichen Insulin-Injektionen können leicht Spritzenphobien entstehen, die durch geeignete Suggestionen – auch bei Kindern – abgebaut werden können (Olness & Kohen, 2001).

23.4.2 Zystische Fibrose, Mukoviszidose

Im Behandlungsvordergrund der → Zystischen Fibrose stehen Schulungen und der Erwerb von Bewältigungsstrategien von Familie und Patient (Schmitt et al., 1996; Staab et al., 1995), um ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern (Gebert & Staab, 2001). Dazu gehört auch, die soziale Isolierung abzubauen (Frey & Röthlisberger, 1996). Familienbezogene Behandlungskonzepte reduzieren die psychische Auffälligkeiten der Patienten, besonders auch der Geschwisterkinder (West, 2005). Da die Krankheit zu einer verringerten Lebenserwartung führt, kann Hoffnungslosigkeit und Behandlungsentzug auftreten. Der Einsatz von Hypnose ist hier relativ selten.

Selbsthypnose zur Entspannung und Selbstkontrolle bei Kindern und jugendlichen Fibrose-Patienten bewirken eine deutliche Änderung im Ort der Kontrolle (s. Abschn. 18.5.1), ihres Selbstkonzeptes und eine signifikante Zunahme ihrer Spitzen-Ausatmungswerte (Anbar, 2000; Belsky & Khanna, 1994).

Aufgrund ihrer langen Erfahrung empfehlen Anbar und Murthy (2010) eine einsichtsorientierte, kognitiv-behaviorale Therapie, Hypnose, Massage usw. Nutzen die Patienten Copingstrategien, sprechen sie besser auf die Behandlungen an und haben ein besseres körperliches und seelisches Wohlbefinden. Bei einem 10-Jährigen kann vor seiner Lungentransplantation mit der komplexen Behandlung seine Hoffnung und Zuversicht und damit sein Wohlbefinden verbessert werden.

23.5 Pulmonale Problemstellungen

Mögliche pulmonale Erkrankungen, vor allem im pädiatrischen Bereich sind z. B. Asthma (s. u.), Konversionsreaktionen (s. Abschn. 22.2.2), Hyperventilation, Kurzatmigkeit, habitueller Husten (s. Abschn. 22.15.3), Seufzen und Stimmfunktionsstörungen (s. Abschn. 22.16.2).

23.5.1 Respiratorische Probleme

Kindern und Jugendlichen mit respiratorischen Problemen wird im Pulmonalzentrum Hypnose angeboten (Anbar & Hummell, 2005).

Die Methode von Anbar und Hummell (2005)

Interviews zu den Beschwerden und eine Einführungen der Hypnose und Anwendung von Selbsthypnose mit folgenden Aufgaben:

- ▶ Sehr individuelle Hypnoseangebote, die Imaginationen der Lieblingsfarbe bei der Einatmung, den Lieblingsort und Entspannung enthalten.
- ▶ Imaginationen, wie die Atemwege sich von abnormal zu gesund verändern.
- ▶ Erlernen einer Bewegung, die die Entspannungsreaktion auslöst (so z. B. Berühren des Zeigefingers mit dem Daumen der anderen Hand).
- ▶ Beratung der Eltern, die Kinder weiterhin zu motivieren, die Selbsthypnosetechniken beizubehalten.

Obwohl die kleinen Patienten während der Phase der Selbsthypnose keine Medikamente erhalten, berichten 82 Prozent Verbesserungen ihrer Primärsymptome.

Anbar und Geisler (2005) können in ähnlicher Weise mittels Selbsthypnose erreichen, dass die Kinder und Jugendlichen ihre Probleme oder psychischen Schwierigkeiten besser erkennen und so 95 Prozent von ihnen eine Verbesserung oder Lösung ihrer Symptome erreichen.

23.5.2 Dyspnoe

Dyspnoe ist subjektive Atemnot, die mit Erschwerung der Atemtätigkeit verbunden ist. Ursachen können sein: Fremdkörper in den Atemwegen, pulmonale Ventilations- und Gasaustauschstörungen, Herzinsuffizienz, Stoffwechselstörungen, zerebrale Beeinträchtigungen des Atemzentrums. Das Symptom kann mit Stress gekoppelt sein.

Die Patienten (9 – 17 Jahre alt) von Anbar (2001, 2004) erhalten Selbsthypnose zur Entspannung und zur Symptomreduktion. Sie erhalten durch Hypnose die Möglichkeit, Einsicht in die Verursachung ihrer Atemnot zu bekommen. Sie berichten, dass ihre Dyspnoe mit Stresssituationen verbunden war, dass sie durch ihr Symptom unangenehme Situationen vermeiden konnten. Sobald die Patienten sich zutrauen, damit angemessen umzugehen, und Stressmanagement anwenden, verschwindet ihr Symptom. Hypnose kann hier dazu verhelfen, die Reaktionen auf den wahrgenommenen oder antizipierten Stress zu erkennen.

23.6 Allergische Reaktionen – Psychoneuroimmunologie

Allergiereaktionen sind meist: allergisches Asthma (s. Abschn. 23.6.2), allergische Rhinitis (Heuschnupfen, s. Abschn. 23.6.3), Urtikaria (s. Abschn. 23.7.2), → Quincke-Ödeme, Ekzeme etc., anaphylaktischer Schock (Larynxödem, Bronchospasmus, Gefäßkollaps).

23.6.1 Psychoneuroimmunologie

Psychoneuroimmunologie beinhaltet den Einfluss des Zentralnervensystems (ZNS) auf das Immunsystem. Das heißt, ob und auf welche Weise Emotionen und Gedanken die Immunfunktion beeinflussen können. Untersuchungsschwerpunkt ist meist die Auswirkung von Stress (s. Abschn. 22.1.3) auf das Immunsystem. Zwischen den beiden Systemen ZNS und Immunsystem bestehen Regelkreisläufe (Ader, 2000). Es wird angenommen, dass die Ereignisse im Gehirn, die als Reaktionen auf Stress besonders auf der hypothalamischen-hypophysären-adrenalen (HHA) Achse und der hypothalamisch-hypophysären-gonadalen (HHG) Achse ablaufen, ähnlich den Prozessen sind, die als Reaktion auf Ereignisse des internalen Immunsystems ablaufen. In beiden Fällen ist die Stimulation dieser HHA-Achse eine Regulation des Immunsystems, die von oben nach unten wirkt (Black, 1994).

Konkret: Trauer, Abgeschlagenheit und Depression führen zu einer Immunsuppression, während Freude, Lachen (Parasympathikusaktivierung), Optimismus, körperliche Aktivität (Reduktion von Adrenalin und Noradrenalin), Überzeugung der Selbstkontrolle (Hypothalamusaktivität) immunsupportiv sind (Cousins, 1976).

Das Immunsystem ist primär darauf angelegt, unter anderem fremde eindringende Organismen (= die Antigene von Pilzen, Viren, Bakterien) zu identifizieren und zu zerstören. Dieser Angriffs- und Verteidigungsvorgang kann Entzündungen bewirken und auch Störungen des Autoimmunsystems, das seinerseits Krankheiten bewirken kann (z. B. akutes rheumatisches Fieber, Fibromyalgie, Psoriasis).

Modulation der Stressauswirkungen durch die psychologische Therapie

In Ergänzung zu psychischem Stress (s. Abschn. 22.1.3) gehen wir hier auf die Stresswirkungen gegenüber dem Immunsystem ein.

Stress bewirkt die vermehrte Ausschüttung adrenocorticotroper Hormone (ACTH), die daraufhin den Serum-Cortisolspiegel anheben – und beide Vorgänge können sich auf das Immunsystem auswirken.

Nach Miller und Cohen (2001) müssen insgesamt folgende drei Bedingungen erfüllt sein, um Auswirkungen auf die immunsuppressiven Stresswirkungen zu haben:

- (1) Die Person muss einer immun-dysregulierenden Stressbedingung ausgesetzt sein, denn normalerweise sind homöostatische Mechanismen wirksam, die das Immunsystem daran hindern, überaktiv zu werden.
- (2) Die Intervention muss zur Stressreduktion führen. Hypnose ist dazu geeignet, da mit Hypnose die kognitiven Bewertungen von Stressereignissen verändert werden können. Diese beruhigende Wirkung auf die Reduktion von Herzrate und Blutdruck wurde mehrfach nachgewiesen (z. B. Bongartz et al., 1987).
- (3) Die psychologische Intervention zur Modulation des Immunsystems muss in der Lage sein, die durch den Stress bedingten dysregulierten Immunvorgänge wieder zu regulieren. Die Wirkung von Hypnose wird hier weiterhin untersucht.

Hypnose und Immunsystem

Bislang wurde von erfolgreichen psychologischen Behandlungen mit Entspannung z. B. bei rheumatischer Arthritis (Achterberg et al., 1981) und anderen psychosomatischen Erkrankungen berichtet. Man folgerte daraus theoretisch, dass mit Hypnose auch das Immun- oder Autoimmunsystem angesprochen wird (z. B. Brown & Fromm, 1987).

Bongartz (1986a, b, 1988) kann in seiner gezielten Studie den Einfluss von Hypnosesuggestionen auf das Blutbild und Zellpopulationen nachweisen, die bei den zellvermittelnden Immunantworten wirksam sind (Bongartz, 1998). Die Literaturanalyse von Solloway (2004) zeigt, dass mit Hypnose die Dysregulation des Immunsystems bei Stresserkrankungen kontrollierbar ist (z. B. Kiecolt-Glaser et al., 2001, 2002) und dadurch auch damit verbundene Immun- und Autoimmunerkrankungen (z. B. Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005).

Weitere Untersuchungen und Diskussionen zu diesem Bereich sind in Abschnitt 23.8 zur Onkologie dargestellt.

Die oft als Maß der allergischen Beeinträchtigung geltende Hautreaktivität geht nicht immer mit einer symptomatischen Veränderung einher – und umgekehrt (Wyler-Harper et al., 1996). Somit müsste demnächst noch mehr das Zielorgan selbst beobachtet werden.

Direkt beobachtbar und somit beeindruckend ist die klassische Studie von Ikemi und Nakagawa (1962), die bei einer allergischen Reaktion die hypnotische Beeinflussung plastisch verdeutlicht (s. Abschn. 7.4.1, Abb. 7.4).

Beispiel

Perloff und Spiegelman (1973) berichten von der Behandlung eines 10-jährigen Kindes mit einer Hundeallergie. Sie nehmen eine Kontakt-Desensibilisierung unter Hypnose vor, indem das Kind die Suggestionen erhält, sich vorzustellen, den Hund streicheln zu können, ohne dabei allergische Reaktionen zu zeigen. Diese Behandlung dauerte ein Jahr, und im Allergietest nach fünf Monaten werden keine relevanten Reaktionen festgestellt.

Bei einem Jungen mit allergischen Hautreaktionen gegenüber Unkraut, Katzen und Schokolade ist Kroger (1964) mit einer Hypnosesitzung erfolgreich. Bei einer Hühner-eierallergie konnten die Hautreaktionen mit Hypnose unterdrückt werden (Clarkson, 1937).

23.6.2 Asthma bronchiale

Diese Atemwegkrankheit äußert sich in Anfällen von → Dyspnoe, Husten, Auswurf mit starker Behinderung der Expiration und Spasmen der Bronchialmuskulatur, die durch den alpha-colinergen parasympathischen Ast des autonomen Nervensystems

gesteuert werden. Subjektiv werden oft Beklemmungs- und Angstgefühle geäußert, die durch Erhöhung des Atmungswiderstandes, Zunahme von Herzfrequenz und autonomer Erregung bedingt sind.

Psychische Faktoren

Neben Allergien und Infektionen können auch psychische Faktoren (Angst, Stress etc.) wesentliche Anteile haben (Alexander, 1981), die es ebenfalls zu ermitteln gilt.

Bekannt sind jene Fälle aus Kinderkuren, in denen bei 40 Prozent kurze Zeit nach Trennung von den Eltern bereits deutliche Besserungen ohne jegliche Medikation festzustellen sind (Peshkin & Friedman, 1975). Auslöser können sein: Angst (Sirota, 1982), psychische Anspannungen (wie belastende Filme), die Tonbandstimme der Mutter (Alexander et al., 1979), auch die Hypnose-Suggestion von bedrohlichen Situationen (Luparello et al., 1968; Reaney et al., 1978).

Asthma ist auch durch Konditionierungsprozesse auslösbar (Dekker et al., 1957), so durch den Anblick einer Papierblume (MacKinzie, 1886). Ebenfalls können operante Lernprozesse nachgewiesen werden, wobei das Symptom eventuell ein Vermeidungsverhalten ist (Feldmann, 1976; King, 1980). Die tägliche Therapiepraxis bestätigt diese Ergebnisse.

Suggestive Anteile können hoch sein, da z. B. Placebogaben als Inhalationsbeimischungen Atemverbesserungen bewirken können (Khan et al., 1973).

Therapie mit Hypnose

Hier wird deutlich, wie multidimensional Hypnose ist und wie sehr unterschiedlich die damit verbundenen Behandlungsansätze sind (Brown, 2007). Hypnose-Interventionen unterschiedlichster Methodik (Selbsthypnose, direkte/indirekte Suggestionen) wurden in teilweise großen Untersuchungsgruppen als effektiv erprobt, z. T. mit Autohypnose (Collison, 1975; Crasilneck & Hall, 1975; Maher-Loughnan, 1970; Spiegel & Spiegel, 1978). Bei Hochsuggestiblen konnte eine Verbesserung der Symptome (Murphy et al., 1989) und sogar Reduktion der Medikamenteneinnahme erreicht werden (Ewer & Stewart, 1986). Dagegen findet Morrison (1988) nur die Abnahme der subjektiven Symptome, nicht jedoch der objektiven Messungen von → Peak-Flow und forciertem Expirationsvolumen (FEV). Die Diskussion über die Wirkung von Hypnose bei chronischem Asthma ist noch nicht abgeschlossen (Higgs, 1989; Morrison, 1988, 1990; Wilkinson, 1989; Wyler-Harper et al., 1996).

Beispiel

Hartland (1973) arbeitet mit Ich-stärkenden Suggestionen und gibt nahezu standardisierte Anweisungen zum Wohlfühlen wie »Du wirst dich immer mehr unabhängig fühlen«. Hinzu kommen Problemlösungsinstruktionen wie z. B. sich gegenüber X durchzusetzen. Auch atembezogene Suggestionen wie »Deine Atmung wird freier« werden angewendet.

Das komplexe Behandlungsprogramm bei Vorschulkindern mit Asthma enthält Geschichtenerzählen, Vorstellungsübungen, Entspannung, Elternt raining, Atemübungen und Hypnose zur Entspannung sowie Wahrnehmung eigener Körpersignale (Kohan & Wynne, 1988). Erreicht werden: signifikante Abnahme der Arztbesuche ($p < .001$), deutlich verbesserte Atemsituation, gemessen durch Selbsteinschätzung ($p < .001$) – auch in der Nachuntersuchung nach einem Jahr.

Beispiel

Olness und Kohen (2001) geben sehr vielfältige Beispiele:

Einem sechsjährigen Jungen wird die Atmung anschaulich erklärt und dann als Vertiefungstechnik die »fliegende Decke« benutzt, auf der er die Luftwege selbst kontrollieren kann. In Form einer Altersprogression erlebt er sich unbeschwert in seiner Atmung und kann Football spielen. Er lernt so, Selbstkontrolle zu üben und kann Anfälle in wenigen Minuten reduzieren.

Ein Siebenjähriger soll sich die Farbe der Lungen vorstellen (z. B. grün) und die der Atemluft (orange) und kann nun selbst die Lungen »orange färben«. Gleichzeitig lernt er, das Keuchen selbst zu produzieren und kann nun seine Atmung selbst bestimmen. Er erlebt sich selbst als Ort der Kontrolle und bewirkt so durch Selbstkontrolle unter Hypnose den Symptomabbau.

Asthma und Bindungsprobleme. Der Zusammenhang zwischen Bindungsproblemen und kindlichem Asthma wird mehrfach nachgewiesen (z. B. Baron et al., 1992). Entsprechend therapiert Madrid (2005) betroffene Mütter, indem er sie in Hypnose ihre Schwangerschaft, Geburt etc. nacherleben lässt und dabei eine neue Bindung zum Kind aufbaut.

Insgesamt sind wahrscheinlich diejenigen Therapien sehr effektiv, die über symptombezogene Entspannung hinausgehend komplexe Psychotherapie in Verbindung mit Hypnose beinhalten (z. B. Kohen, 1987; Olness & Kohen, 2001; Schirmer, 1990, 1991). Dabei ist die auslösende und symptomverstärkende Funktion von Partnern und die Diskrimination internaler und externaler Auslösereize mit einzubeziehen. Erforderliche systematische Elternt rainings, wie von Siniatchkin et al. (2010) als sinnvoll ermittelt, werden jedoch kaum in einer Studie berücksichtigt.

Anfangszeichen erkennen. Durch Selbsthypnose kann erlernt werden, die ersten Zeichen eines Asthmaanfalls zu erkennen und mit Entspannung gegenzusteuern (Kroger & Fezler, 1976; Olness & Kohen, 2001).

Literaturstudien zur Effektivität von Hypnose zeigen, dass bei der Symptomreduktion Hypnose wirksamer ist als Entspannung oder Medikation für sich genommen ist (Covino & Frankel, 1993), kann aber trotzdem nicht als die einzig wirksame Methode gepriesen werden (Hackman et al., 2000). Diese Effektivität sollte man besonders bei Suggestionen und Strategien überprüfen, die mit Hypnose verbunden werden (Brown, 2007).

In Kapitel 27, Fall 7 und 8 sind konkrete Vorgehensweisen dargestellt.

23.6.3 Allergische Rhinitis (Heuschnupfen)

Durch Hypnose-Suggestionen der Entspannung wird die Heuschnupfensymptomatik reduziert, und die Nasenspiegelung zeigt eine deutliche Schwellungsabnahme (Anderson, 1982). Nach einer Behandlung mit maximal drei Sitzungen wird in der Nachuntersuchung nach zwei bis elf Jahren bei neun von elf Patienten immer noch von Symptomverbesserung berichtet (Wyler, 1993).

Meist wird die allgemeine Entspannung unter Hypnose, verbunden mit Selbstkontrolle, vorgeschlagen (z. B. Garder & Olness, 1981). Madrid et al. (1995) berichten bei saisonalen Allergien von insgesamt guten Erfolgen mit Selbsthypnose. Auch direkte Suggestionen wie »Dieses Jahr werden Sie keine verstopfte Nase haben, Ihre Augen werden nicht tränen, usw.« sind erfolgreich (Mason & Black, 1958).

Beispiel

Madrid und Barnes (1991) verwenden bei einem 12-jährigen Mädchen mit ständig laufender Nase ideomotorische Fingersignale, die unwillkürlich anzeigen, wenn ihr Körper die für die Heilung erforderlichen biochemischen Stoffe bereit habe.

»Nimm einmal an, dass deine Nase einfach zu klein ist, um sich gegen die Pollen wehren zu können. Du musst den Rest deines Körpers daran beteiligen, um dich gegen die Reize wehren zu können. Gebrauche deine Arme, deine Brust, deine Beine und deinen Bauch, um dich zu wehren. Die Nase ist so klein und kann es einfach nicht allein hinbekommen« (Olness & Kohen, 2001, S. 266). Hierbei zuckt der Finger des Mädchens; daraufhin werden Suggestionen angeboten, um den Körper daran zu erinnern, wie er dies erreichen kann. Tatsächlich ist anschließend ihre Nase frei.

Oft helfen bereits kurze Interventionen zur Selbsthypnose (= Entspannung mit/ohne Suggestionen zur Verbesserung), die dann regelmäßig anzuwenden ist. Sie tragen signifikant zur Verbesserung bei – auch nach einem nasalen Provokationstest (Bircher, 1999; Langewitz et al., 2005).

Die durch Allergie bedingten Hautreaktionen sind im nachfolgenden Abschnitt dargestellt.

23.7 Dermatologische Probleme

Zwischen Haut und Nervensystem besteht von ihrer frühen embryonalen Entwicklung her eine enge Verbindung, die lebenslang erhalten bleibt. Dadurch sind auch viele psychosomatisch bedingte Hauterkrankungen erklärbar. Zudem sind die Hautnerven das umfassendste sensorische Körperorgan. Der relativ junge Bereich der Psychodermatologie befasst sich mit der Interaktion von Geist und Haut (Kimmig & Münzel, 1995; Niemeier et al., 2009). Die Behandlung sollte sich dabei psychosomatisch oder somato-psycho-sozial ausrichten, denn ungefähr ein Drittel der dermatologischen

Patienten haben psychische oder psychosoziale Probleme, die mit ihren Hauptbeschwerden verbunden sind (Koo & Lee, 2003).

Primäre psychische Einwirkungen auf die Haut

Es werden z. B. die Auswirkungen von Stress und Emotionen auf die Haut und ihre Erkrankungen über das Nervensystem (inkl. autonomes System), Immun- und Hormonsystem reguliert – wie insgesamt im Kapitel 7.4.1 dargestellt.

Neben Stress, Angst, Depressionen treten auch dissoziative Somatisierungen auf. Hinzu kommen Illusionen (Verkennung, z. B. Annahme, von Pilzen oder Parasiten befallen zu sein; Mercan et al., 2007), Zwangshandlungen (Kratzen; Seyhan et al., 2006), Störung der Impulskontrolle (Haarausreißen; Shenefelt, 2004) – um die meisten Ursachen zu nennen.

Durch Emotionen werden Histamine beeinflusst, die Hautreaktionen und eine erhöhte Reaktionsbereitschaft auf Allergene bedingen (Zachariae et al., 2001; s. a. Abschn. 7.4.1). Entsprechend sind emotional und allgemein psychisch stabilisierende Interventionen in der Dermatologie sinnvoll.

Hypnose und Psychodermatologie

Zusätzlich zu den möglichen psychisch kausalen Behandlungen (z. B. zur Stressreduktion, Angstabbau) werden oft Methoden verwandt, die zur Reduktion von Schmerz und Juckreiz dienen. Dazu werden direkte, indirekte Suggestionen, Selbsthypnose und posthypnotische Suggestionen verwandt.

Die Studien zur Erforschung psychodermatologischer Probleme und ihrer Behandlung sind bislang wenig systematisch angelegt, ebenso die zur Untersuchung der mit Hypnose kombinierten Behandlungsformen. Sie sind zum Teil kritisch zu betrachten (Allen & Siegfried, 2000; Kaschel & Friedrich, 1990; Kaschel et al., 1991; Tsushima, 1988).

23.7.1 Acne vulgaris und Acne excorieé

Diese häufigste Hauterkrankung betrifft 90 Prozent der männlichen und 80 Prozent der weiblichen Heranwachsenden (Rademaker et al., 1989). Ursache ist die veränderte Talgproduktion der Haut. Starke Akne kann zur sozialen Ablehnung und zur Selbstablehnung führen (Koo & Smith, 1991) bis zu Depressionen und Suizid (Jick et al., 2000).

Die Acne excoriceé (= Kratzakne) ist mit fast zwanghaftem Kratzen verbunden und verschlimmert die medizinische und psychologische Befindlichkeit. Hollander (1985) gibt die posthypnotischen Suggestionen, dass sich der Patient immer bei Armheben an das Wort »Narbe« erinnert. Das Symptom wird dadurch verbessert, nicht jedoch die zugrunde liegende Ursache.

Acne inversa, Hidratenitis suppurativa

Hypnosebehandlungen zur Schmerzkontrolle der → Acne inversa erfordern kognitive Anstrengungen, die bei der Einnahme hoher Analgetikadosen kaum aufgebracht

werden können. Mit der Virtual Reality Hypnosis (VRH) von 30 Minuten Dauer erfolgen in einer Einzelfallstudie Suggestionen der Entspannung, der Angst- und Schmerzbabnahme, die bereits nach zwei Behandlungen eine signifikant wirksam sind (Soltani et al., 2011; s. a. Abschn. 14.4).

23.7.2 Urtikaria (Nesselsucht) und Angioödeme

Die relativ weit verbreitete Hautreaktionsform der Urtikaria ist bislang sehr wenig erforscht; psychoimmunologische Prozesse sind anzunehmen (Whitlock, 1976).

Der psychogene Anteil liegt zwischen 20 (Champion, 1972) und 68 Prozent (Rees, 1957) und bewirkt durch Stress und Emotionen (z. B. Angst) Schübe (Haunstein, 1990).



Beeinflussung durch Hypnose

Erhalten gesunde Versuchspersonen (und auch Urtikaria-Versuchspersonen) unter Hypnose die Suggestion, dass ein Arm brennt, schmerzt und sehr empfindlich ist, so führt ein Temperaturreiz zum Anstieg von Hauttemperatur und Pulsfrequenz in diesem Arm. Erfolgt eine Hypnose-Suggestion, dass die Haut unempfindlicher ist, so nehmen entzündliche Reaktionen ab, ebenso proteolytische Enzyme, Bradykinin und Polypeptide (Shipman et al., 1959).

Hypnose-Entspannung bewirkt bei chronischer Urtikaria eine deutliche Symptomverbesserung (Shenefelt, 2000), die auch bei der Nachuntersuchung (nach 14 Monaten) festzustellen ist. Hochhypnotisierbare profitieren besonders davon (Shertzer & Lookingbill, 1987). Bei einer Patientin mit einer über den gesamten Körper verlaufenden Nesselsucht liegen starke familiäre Belastungen vor. Daniels (1973) erreicht bei ihr mit hypnotischer Angstreduktion, Gedankenstopp und anderen Selbstkontrollmechanismen ein Abheilen, auch im Nachuntersuchungszeitraum von zwei Jahren.

Beispiel

Bei der 11-jährigen Cindy tritt sofort zu Beginn des Eislaufens durch den Temperaturabfall der Luft Urtikaria auf. Kohen erreicht durch Selbsthypnose einen subjektiven Temperaturanstieg und erklärt ihr, dass so kein Ausschlag mehr möglich ist. Sie benutzt nun Hypnose dazu, einen »Joystick« zu betätigen, mit dem sie die Allergiereaktionen der Körperzellen abstellen kann; sie stellt sich das Eislaufen vor, ihren Erfolg und ihre Freude darüber, die an den Körper weitergeleitet werden. Sie übt diese Szene zwei Mal täglich und bleibt symptomfrei, da sie beim Sport ihren »Joystick« stets auf »Aus« stellt (Olness & Kohen, 2001).

23.7.3 Ichthyosis (Fischschuppenkrankheit)

Schneck (1954) berichtet von einem Fall, bei dem sich die → Ichthyosis im Winter verschlechtert. In Hypnose wird durch die Suggestion der Hautwärme eine Reizveränderung vorgenommen. Die Besserung ist Monate später auch bei kaltem Wetter zu beobachten.

Beispiel

Berühmt ist der Fall von Mason (1953, 1955) der einen 16-jährigen Patienten mit angeborener ichthyosiformer → Erythrodermie (Brocq) behandelte. Hypnose-Suggestionen allein für den linken Arm, erbrachten dort bereits nach fünf Tagen deutliche Besserung. Die Weiterbehandlung bewirkte eine wesentliche Abheilung, die Jahre anhielt.

23.7.4 Verrucae (Warzen)

Bei den zahlreichen Formen von Warzen sind meist die → Verrucae vulgaris gemeint, durch den Papillomavirus hervorgerufen. Von alters her ist bekannt, dass Warzen durch Instruktionen (Bespochen) oder andere Manipulationen (z. B. Löwenzahnsaft, Brennesselsaft) zu beeinflussen sind. Sie neigen allgemein schnell zur Rückbildung, wie die Suggestionsversuche von Stankler (1967) und Spanos (1988) folgern lassen.

Sinclair-Gieben und Chalmers (1959) suggerieren bei gut hypnotisierbaren Versuchspersonen die Behandlung an einer Körperseite. Bei allen Versuchspersonen gehen die Warzen in fünf bis zwölf Wochen zurück, bei einer Person sogar beidseitig.

Johnson und Barber (1978) führen die Hypnoseerfolge auf den Glauben an die Wirksamkeit und auf psychosoziale Faktoren zurück, Gravitz (1981b) auf Autosuggestion und regionale Erwartungshaltung.

Morris (1985) behandelt ein Kind mit fünfzig Warzen, die über ein Jahr gegenüber dermatologischer und chirurgischer Behandlung resistent waren. Er ist mit den Imaginationen von Simonton nach fünf Sitzungen erfolgreich (s. Abschn. 23.8).

Mit reinen Suggestionen sind Meineke et al. (2002) erfolgreich, indem sie bei Kindern eine Behandlung mit Röntgenstrahlen vortäuschen.

Die sehr kontrollierten Experimente von Spanos et al. (1990) beweisen den statistisch bedeutsamen Vorteil der Hypnosebehandlung (gegenüber Placebo und Salicylsäure) bei der Warzenreduktion. Vergleichende Untersuchungen mit anderen Therapieformen zeigen bislang jedoch noch keinen eindeutigen Vorteil der Hypnosebehandlung (Allen & Sigfried, 2000). Einige Ergebnisse legen jedoch den Schluss nahe, mit Hypnose die Immunantwort gegenüber dem verursachenden Virus verändern zu können (Whitlock, 1976; Noll, 1988).

Human Papillomavirus (HPV). Diese Infektion mit dem Virus kann benigne Tumore, besonders am Gebärmutterhals bewirken. Auch wenn das Virus ggf. besiegt wurde,

wird der Tumor weiterbestehen. Ewin (2011) folgert aus seinen Behandlungsfällen, dass die hypnotische Behandlung dieser Warzen auf der Aktivierung einer Immunantwort beruht.

23.7.5 Neurodermitis atopica (endogenes Ekzem; atopische Dermatitis)

Teilweise treten bei der Neurodermitis zusätzlich zu (angenommenen) Immunproblemen Nahrungsmittelallergien oder Überempfindlichkeiten auf, die mit Urtikaria verbunden sind. Das nahezu permanente Kratzen soll Erleichterung bewirken, bedingt jedoch eine stärkere Reizung der Haut. Atopische Dermatitis wird als funktionelle Störung aufgefasst, deren Ursache in einer Störung des angemessenen Zusammenwirkens immunologischer, physiologischer und psychologischer Funktionen zu sehen ist (Hermanns & Scholz, 1993). Stress, emotionale Anspannungen, Schuldgefühle, Zuwendung, negative Selbstbewertung etc. sind dabei wesentliche Faktoren (Stangier, 1993). Die operante Aufrechterhaltung durch Familienmitglieder ist naheliegend (Walton, 1960).

Neben den medikamentösen Behandlungen (und ggf. Diät) ist primär das pathogene Kratzverhalten zu reduzieren.

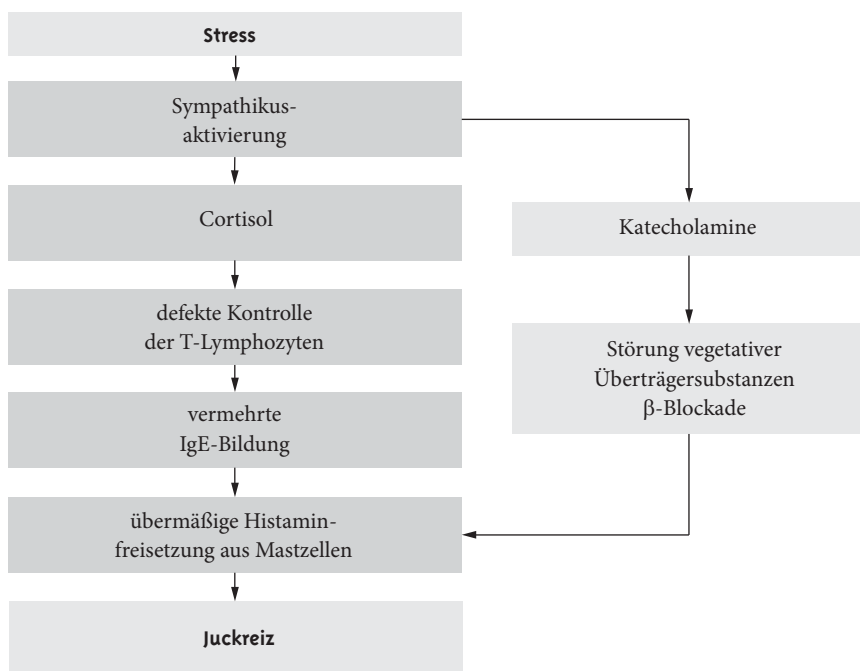


Abbildung 23.1 Psychophysiologische Auswirkungen von Stress auf den Juckreiz bei Neurodermitis (nach Gieler et al., 1993, S. 49). Durch die Sympathikusaktivierung bei Stress wird eine Folge von physiologischen Veränderungen bewirkt, die den Juckreiz auslösen bzw. stärker werden lassen

Geeignet sind breit angelegte Behandlungen mit Selbstkontrollverfahren (Watson et al., 1972) oder Entspannungstraining mittels Biofeedback (Haynes et al., 1979) und Familientherapie. Das komplexe kognitiv-behaviorale Therapieprogramm von Petermann et al. (2009) wirkt über Entspannung, Imagination (z. B. Vorsatzformeln, Kühleinstruktionen) und ein Habit-Reversal-Training mit Wahrnehmungstraining, Selbstkontrolltechnik, Alternativverhalten zum Kratzen und letztlich sein Einüben und Automatisieren.

Dennis und Phillipius (1965) erreichen durch Hypnose-Suggestionen von Kälte der Haut eine Reduktion des Juckreizes und Blockierung der vaskulären Reaktion auf Histamin und Allergene. Wahrscheinlich wird dadurch die Schmerzschwelle der Haut angehoben (Hajek et al., 1989, 1990).

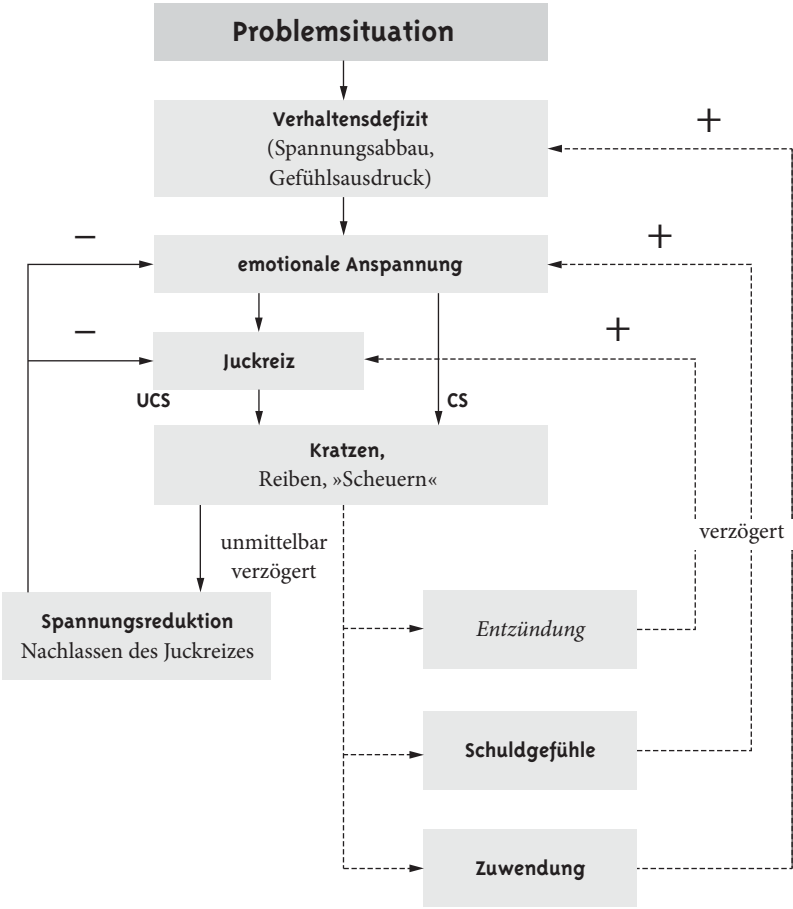


Abbildung 23.2 Wirkmechanismen der Neurodermitis aus Sicht der Verhaltenstherapie (nach Hermanns & Scholz, 1993, S. 187). Problemsituationen bewirken emotionale Anspannung, die sich auf respondent erlernte Reaktionen wie Jucken und Kratzen und operant erlernte Verstärkungen (durch u. a. Zuwendung und Schuldgefühle) auswirken und den Regelkreis zwischen Juckreiz und Kratzen aufrecht erhalten

Stewart und Thomas (1995) sind bei Erwachsenen mit Hypnotherapie statistisch signifikant erfolgreich, was bis zu zwei Jahren anhält. Auch Kinder haben so ihr Kratzen und ihre Schlafstörungen deutlich reduziert.

Praxishinweis

Ganzheitliche Behandlung – mit der gesamten Familie

Gerade bei Kindern mit Neurodermitis müssen die Eltern oder sogar die gesamte Familie mit in die Behandlung einbezogen werden, da sie durch ihr Verhalten (Nervosität, Überforderung, Partnerspannungen, Geschwisterrivalität) das Symptom, Kratzverhalten, und somit Verschlechterungen auslösen können.

Entsprechend behandelt Klinge (1971) die Mutter mit Hypnose, um die Spannungen zwischen ihr und dem Kind abzubauen. Dadurch wird auch eine Abnahme ihrer Besorgnis erreicht, sie kann sich ihrem Kind gegenüber offener und akzeptierender verhalten. So bewirkt sie beim Kind die Verbesserung der Symptomatik.

23.7.6 Psoriasis (Schuppenflechte)

Psychologische Faktoren haben deutlichen Einfluss auf die Psoriasis (Macalpine, 1954; Zachariae et al., 1996). Die Mitbeteiligung des Immunsystems ist sichergestellt (Christophers & Mrowietz, 1999), ebenso der Zusammenhang zwischen Psoriasis und Stressereignissen (Fava et al., 1980). Entsprechend werden Entspannungsverfahren wie Biofeedback und Hypnose mit gutem Erfolg angewandt (Kantor, 1990; Winchell & Watts, 1988). Mit hypnotisch suggerierten Bildern von unterschiedlichen Körpergefühlen behandelt Kline (1954).

Praxishinweis

Auswahl geeigneter Imaginationen

Meist werden sensorische Bilder benutzt wie z. B. Sonnenwärme auf der Haut (z. B. Luthe & Schultz, 1969). Der Patient kann hier lernen, auf bestimmte Umweltreize mit den imaginierten Bildern zu reagieren.

Nicht zu vergessen ist jedoch, auch eine breit angelegte Psychotherapie anzubieten, um die möglicherweise (mit-)verursachenden Probleme zu behandeln.

23.7.7 Raynaudsche Erkrankung

Mittelman und Wolff (1939) erzeugen bei einem Raynaud-Patienten (s. Abschn. 7.3.1) emotionalen Stress und erreichen damit Sinken der Hauttemperatur und Reduktion der → Zyanose der Finger. Psychophysiologische Zusammenhänge mit dem Symptom werden meist vermutet (Whitlock, 1976).

Hauttemperatur-Biofeedback bewirkt Verbesserung, ebenso Entspannungstraining (Rose & Carlson, 1987; Surwit et al., 1982). Hypnose-Imaginationen der warmen Sommersonne am Strand bewirken eine zunehmende und bleibende Hand- und Fußwärme bei den Patienten.

Hoefle (1980) setzt die gestufte Aktivhypnose zur Entspannung und vegetativen Kontrolle ein; dabei wird durch kurzzeitige Magnesiumgaben das Wärmeempfinden gebahnt. Die Patientin von Conn und Mott (1984) reagiert auf direkte Hypnose-Suggestionen sofort mit einer deutlichen Erhöhung des Blutvolumens.

Crasilneck und Hall (1975) bewirken in einer Gruppe von 48 Raynaud-Patienten bei ca. 60 Prozent eine Verbesserung, experimentell bestätigt von Jacobson et al. (1978). In Hypnose erfolgt die Imagination der warmen Sommersonne am Strand, was eine zunehmende und bleibende Hand- und Fußwärme bei den Patienten bewirkt (Schreiber et al., 1998).

23.7.8 Herpes

Bei dieser viralen Erkrankung spielen psychische Faktoren wie Stress eine große Rolle. Hypnotische Beeinflussungen von → Herpes erfolgen bereits durch Helig und Hoff (1928).

Gould und Tissler (1984) behandeln zwei Fälle erfolgreich mit Hypnose, so eine seit vier Jahren erkrankte Frau mit Ich-stärkenden Suggestionen und der Vorstellung heilender Lichter, in denen die Patientin badet. Die Instruktionen werden auf Tonband zum häuslichen Training mitgegeben. Bereits nach einer Sitzung klingt die Erkrankung vollkommen ab. Drei Jahre später, nach einem Autounfall, kommt es zu einem Rückfall. Zur Behandlung werden nun Visualisierungen von Weißen Haien nach Simonton (s. Abschn. 23.8) benutzt, und die Erkrankung bildet sich zurück.

Herpes zoster (Gürtelrose)

Gewöhnlich wird → Herpes zoster (Gürtelrose) z. B. mit Analgetika, lokalen Nervenblockaden und Antidepressiva therapiert. Besonders wirkungsvolle Behandlungen sind nicht bekannt.

Vereinzelt wird davon berichtet, dass Entspannungs- und Schmerzbewältigungssuggestionen unter Hypnose Linderungen bringen konnten (Dane & Rowlingson, 1988; King, 1988; Watson & Evans, 1986).

Genitalherpes, Herpes simplex

Fox et al. (1999) sind bei ihrer Patientengruppe mit wiederkehrendem Genitalherpes mit Hypnotherapie (Entspannung) wirksam und beobachten eine Zunahme von Lymphokin aktivierten Killerzellen. Gruzelier (2002) ist ebenfalls mit Hypnose und Entspannung erfolgreich.

23.7.9 Alopecia areata

Der büschelweise Haarausfall an potenziell allen behaarten Körperstellen ist wahrscheinlich durch Autoimmunerkrankung, genetische Faktoren (Olsen, 1999) und Stress bedingt, gefolgt von Depression und Angst (Gupta & Gupta, 2003). Es gibt nur sehr wenige Berichte über Hypnosebehandlungen (Shenfeld, 2000).

Die wahrscheinlich umfassendste Studie wurde von Willemsen und Vanderlinden (2008) vorgenommen: Mit Hypnose wird Entspannung erlernt; die zahlreichen Suggestionen enthalten symptombezogene Anweisungen zum Haarwachstum und zur Vasodilatation der Kopfhaut. Angewandt wird die Metapher eines großen alten Baumes, der herrliche Blätter entfaltet.

Die Achtsamkeitsmeditation (Kabat-Zinn, 1998) wendet sich an die Atmung und die Haut in Verbindung mit dem Geist. Je nach Bedarf werden auch individuelle Suggestionen gegeben. Die Therapie bewirkt eine signifikante Reduktion von Angst und Depression; bei zwölf von 21 Patienten setzt das Haarwachstum ein. Es ist anzunehmen dass hier das Immunsystem durch Hypnose beeinflusst wurde; die lokale Wirkung auf Hauterkrankungen – hier besonders bei Alopecia areata – muss jedoch noch weiter abgeklärt werden.

23.7.10 Weitere dermatologische Probleme

Hyperhidrosis. Lokale Steigerung der Schweißdrüsentätigkeit. Hypnose bewirkt bei einer begrenzten Patientenzahl Verbesserungen (Hashmonai et al., 2000). Durch eine hypnotische Altersregression deckt Ambrose (1952) die psychotraumatische Ursache dieser Erkrankung auf.

Pruritus. Hautjucken mit zwanghaftem Kratzen, wahrscheinlich mit bedingt durch Verarbeitung der Schmerzrezeptoren, vegetativem Nervensystem und psychische Belastungen. Besserung erfolgt durch Hypnoseentspannung (Scott, 1960). Bei psychogenem Pruritus (sine materia) ist grundsätzlich Psychotherapie, evtl. mit Hypnose, indiziert (Hartland, 1973; Sampson, 1990, Tuerk & Koo, 2008).

Rosacea. Bei → Rosacea ist Psychotherapie angezeigt, um einerseits die Entstehungsproblematik, andererseits die möglichen verursachenden psychischen Belastungsmomente zu bearbeiten (Perini et al., 1984).

→ **Sklerodermie.** Durch Hypnose-Suggestionen und -Entspannung kann die akrale Hautdurchblutung und -temperatur zumindest für wenige Wochen deutlich verbessert werden (Seikowski et al., 1995).

Vitiligo. Die weißen, pigmentfreien, größer werdende Hautflecke sind wahrscheinlich durch Autoimmunerkrankung bedingt. Gegebenenfalls lassen sich hier nur die psychischen Folgen mit Hypnose lindern (Scott, 1960).

Verbrennungen. Da die Schmerzproblematik im Vordergrund steht, wird dieser Bereich in Abschnitt 22.3.3 behandelt.

Entstellungsprobleme. Bei Gesichtsversehrten arbeitet Friedrichs (1985) neben der optischen Wiederherstellung durch geeignete Camouflage-Präparate (kosmetisch-

plastische Oberflächenkorrektur) mit Hypnose, z. B. zum Angst- und Schmerzabbau und zur Besserung des Selbstvertrauens.

Weitere unter Psychodermatologie eingeordnete Störungen sind in anderen Kapiteln dargestellt, so die Trichotillomanie (s. Abschn. 22.8.2).

23.8 Onkologische Probleme

23.8.1 Psychoneuroimmunologie und Psychoonkologie

Liegt eine Störung des Immunsystems vor, so können die schädlichen Tumorzellen sich nahezu ungehindert vermehren. Belastende Reize, besonders die starke Hilflosigkeit, können zur Unterdrückung der Immunwirkung führen; nach Bewältigung der Hilflosigkeit erfolgt ein Endorphinanstieg und dadurch eventuell eine Reduktion der Immunreaktionen (Maier et al., 1982). Mangelnde Verarbeitung belastender Situationen steht in engem Zusammenhang mit der Aktivität von Killerzellen (Locke & Heisel, 1977).

Die zahlreichen alternativen Behandlungsmethoden sind hier besonders häufig zu finden. Ihre Wirkungen wurden kaum randomisiert und systematisch untersucht und können nicht generalisierend auf andere Fälle übertragen werden (Dale et al., 2010).

Die relevanten Hypnose-Ergebnisse zur Psychoneuroimmunologie, besonders die von Bongartz (1986a, b, c, 1990, 1996), sind in Abschnitt 7.4 ausführlich dargestellt.

Die direkte Einwirkung von Suggestionen auf die Krebsbehandlung wird meist nur anekdotisch berichtet.

Oft liegt das Missverständnis zwischen Patient und Therapeut vor, zwischen Visualisierungsübungen und zellulärer Immunabwehr bestehe eine direkte Ursache-Wirkung-Beziehung. Falls dann diese Übungen erfolglos sind, führt es der Patient auf sein Versagen zurück und entwickelt Schuldgefühle; falls der Patient negative Gedanken entwickelt, nimmt er schnell an, nun seine Krankheit zu beschleunigen. Hier entsteht auch bei Therapeuten »Magisches Denken im Mantel der wissenschaftlichen Erkenntnisse« (Ebell, 1996). Die Methodenskepsis dazu ist nachfolgend zu entnehmen.

23.8.2 Hypnose und Immunstärkung – Krebsbehandlung

Für Hypnose muss der Erweis ihrer Effektivität in der Krebsbehandlung erbracht werden (Ebell, 1996; Gruber et al., 1993). Dies setzt voraus, angemessene Beweise über die direkte oder indirekte Einwirkung der Hypnose auf das Immunsystem zu erbringen.

Experimentelle Untersuchungen zur Effektivität der Hypnose in der Onkologie

Hudacek (2007) führte eine Analyse relevanter Forschungsberichte durch und stellte dabei fest (analog zur experimentellen Erforschung der Hypnosewirkung in der Medizin):

- ▶ Untersuchungen sind nicht vergleichbar, da Hypnose z. B. parallel zu anderen medizinischen (z. B. Chemotherapie) oder psychologischen Behandlungen (z. B. kognitiv-behavioralen, geleitete Imaginationen) durchgeführt wurde. Ihr Effekt ist demnach nicht klar nachweisbar.
- ▶ Durch sehr unterschiedliche Untersuchungsdesigns (Kontrollgruppe, Prä-Post-Test, Randomisierung, Hypnoseform etc.) besteht kaum Vergleichbarkeit.
- ▶ Direkte Messungen der Auswirkungen auf Parameter des Immunsystems fallen, wenn überhaupt, ebenfalls sehr unterschiedlich aus.
- ▶ Die direkte oder indirekte Auswirkung der Hypnose auf das Immunsystem kann kaum klar beantwortet werden.
- ▶ Die behandelten Krebsarten unterscheiden sich sehr stark, sodass auch hierbei kaum die Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit von Hypnoseinterventionen möglich ist.
- ▶ In differenzierten Untersuchungen (z. B. Bakke et al., 2002; Hilderley & Holt, 2004) wird zwar nachgewiesen, dass eine Hypnosebehandlung bei Frauen in einem frühen Stadium von Brustkrebs die Menge der NK und CD8+ Zellen nach zwei Monaten ansteigen lässt – aber die Experimente können nichts darüber aussagen, ob gerade diese Veränderungen für genau diese Art des Krebses relevant ist.
- ▶ Dennoch kann Hypnose das psychische Wohlbefinden und die Anzahl der Immunzellen verbessern. Das sind Gründe genug, Hypnose den Personen zu empfehlen, die motiviert sind und die Kraft haben sie zu nutzen – zumal Hypnose hier ja nicht schadet.

Suggestionen zur Immunstärkung

Zur »Stärkung des Immunsystems« verwenden Simonton et al. (1978, 1982) standardisierte Bilder und Tonkassetten, während Newton (1984b) fast ausschließlich mit individuellen Bildern arbeitet und deshalb eventuell bessere Erfolge erzielt. Wesentlich ist, dass der Patient diese Behandlung in Form von Autohypnose regelmäßig intensiviert. Peter und Gerl (1984) setzen in der indirekten Hypnoseform nach Erickson u. a. Reframing und Metaphern ein.

Susen (1990b) verwendet bei einer Frau mit Blastozytom (Knochenkrebs) das Bild des »inneren Freundes« (s. o.). Danach ist der Krebs ein Freund, der nichts tut, was ihr schaden könnte, und bewirkt so klinisch nachweisbare Selbstheilung.

23.8.2 Vorschläge für ein Behandlungsprogramm

Die zahlreichen Literaturberichte stimmen deutlich in der Forderung überein, sehr komplexe medizinische und psychologische Therapieprogramme anzubieten, die Patienten in ihren unterschiedlichen Krankheitsphasen begleiten und die besonders Wert legen auf die kognitiven, affektiven, psychosomatischen und sozialen Komponenten der Krankheit.

Diagnose Krebs: Problembearbeitung mit dem Patienten und den Bezugspersonen

Der emotional und körperlich belastete Patient muss es lernen, sein Problem zu akzeptieren – in gleicher Weise die Familie. Der Kranke ist seitdem nicht mehr unbeschwert und angenehm allein; er wird stets von dieser Diagnose begleitet, die Zukunfts- und Todesängste beinhaltet. Es ist von nun an nichts mehr so, wie es früher war (Susen, 1990b). Ängste und Einstellungen wie »Krebs ist automatisch ein Todesurteil« müssen durch Sachinformationen geklärt und psychotherapeutisch aufgearbeitet werden (Bejenke, 2000).

Sehr wesentlich ist hier, durch therapeutische Gespräche auf die aktive Lebensgestaltung außerhalb der Krankheit hin zu führen. Dies beinhaltet: aktive Krankheitsbewältigung, Wiedergewinnung an Kontrollmöglichkeiten (internal locus of control), Aufbau von positiven Zukunftsperspektiven und damit Abnahme von Depression, wahrscheinlich auch Angstreduktion, durchaus gefolgt von einer größeren Überlebenschance (Haisch, 2002).

Erhöhte emotionale Verletzlichkeit, Depressionen und Gefühle sozialer Isolation sind in der Regel typische psychologische Probleme der Krebspatienten, die mit gruppen- und familientherapeutischen Behandlungen effektiv therapiert werden können (Spiegel, 1990). Newton (1984b) schlägt deshalb vor, stets eine Behandlung der Bezugspersonen zu erwägen.

Praxishinweis

Frühe psychologische Interventionen

Wenn man bereits die späteren Komplikationen (s. u.) bedenkt, ist die möglichst frühe psychologische Intervention angezeigt (Bejenke, 2000), um starkes Leiden zu mildern. Hypnose, Suggestionen und Imaginationen bieten sich hier als effektiv an.

- ▶ Der Patient kann wieder interne Kontrollüberzeugungen entwickeln und Hoffnung fassen.
- ▶ Durch Entspannung kann er Abstand zu seinen Problemen bekommen, Linderung erfahren oder sogar besser schlafen.
- ▶ Er erwirbt grundlegende Fähigkeiten zur Kontrolle, die er bei späteren Belastungen (z. B. Chemotherapie) gezielt einsetzen kann.
- ▶ Insgesamt kann die gesamte Lebensqualität verbessert werden – sogar bei Sterbenskranken (Liossi & White, 2001).
- ▶ Susen (1990, 1996) empfiehlt, je nach Einstellung des Patienten, »den Krebs« nicht als Feind zu bekämpfen, sondern als »inneren Freund« zu akzeptieren, da dadurch unnötig Aggressionen eine Immunsuppression erfolgen könnte.
- ▶ Kognitiv-behaviorale Therapie, kombiniert mit Hypnose erscheint besonders erfolgreich, positivere Einstellungen zu gewinnen (Schnur et al., 2009). Als Komponenten werden meist empfohlen: geleitete Imaginationen, »sicherer Platz«, direkte symptombezogene Suggestionen zum Abbau von Stress und Erschöpfung (Montgomery et al., 2009; Schnur & Montgomery, 2008).

Die Verbesserungen stellen sich signifikant stärker ein, wenn die Patienten in Hypnose an der aktiven Bewältigung arbeiten – sogar schon nach vier Gruppensitzungen (Liossi & White, 2001). Nur Angstbehandlung allein, vermittelt über Tonkassette zur Selbsthypnose, ist weniger effektiv (Laidlaw & Willett, 2002).

Suggestionen zur Ich-Stärkung des Patienten werden über Tonbandkassetten zur Selbsthypnose vermittelt (Araoz, 1983a; Finkelstein & Greenleaf, 1984; Milne, 1982).

Beispiel

Eine junge Frau in einem weit fortgeschrittenen Krebsstadium ist sehr verblüfft, als ich sie frage, wann sie sich schon einmal »krebsfrei« gegeben habe. Ich schlage ihr vor, täglich mindestens eine Stunde das Thema Krebs nicht zu beachten und dann auch keine Gespräche darüber zuzulassen. Bereits nach wenigen Tagen ist sie sehr begeistert von dieser Einstellung. Sie fühlt sich dadurch freier, entlasteter und entwickelt eine höhere Lebensqualität mit positiven Perspektiven.

23.8.3 Behandlung der Nebenwirkungen

Bearbeitung der Schmerzprobleme

Mit starken Schmerzen verbunden sind die direkten und indirekten Wirkungen des Tumors (seine Infiltration in Knochen oder Nerven), die Folgewirkungen der chirurgischen Eingriffe (Operation, Phantomschmerz, Neuropathien) und Chemo- oder Strahlentherapien (Übelkeit, Erbrechen). Betroffen sind ca. 75 bis 90 Prozent der Patienten (Belgrade, 1989). Es treten gehäuft psychische Probleme wie Ängste und Depressionen als Folge des unkontrollierbaren Schmerzes auf.

Kontrollierbarkeit und Effektivität der Behandlung sieht Peter (1997) bei allen Krebspatienten als besonders wichtig an. Da sie meist angstvoll und hilflos dem Schmerz ausgeliefert und auch vom ärztlichen Personal abhängig sind, sollen sie möglichst viel an Kontrolle zurückerlangen, was auch zu einem Gewinn an Lebensqualität führt (Harper, 1999).

Innerhalb des mehrdimensionalen medizinischen und psychologischen Ansatzes sind oft kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren, Entspannung, Imagination, Hypnose, Distraction und Biofeedback sinnvoll (Breitbart, 1989). In der Reihe der Erfolgsberichte ist die kontrollierte Studie von Syrjala et al. (1992) hervorzuheben, nach der 45 Patienten während der Knochenmarkpunktion unter Hypnose signifikant geringere Schmerzwerte berichten.

Operationsvorbereitung

Bereits die Operationsvorbereitung ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Meist erhalten die Patienten einen Tag vor dem Eingriff entsprechende direkte Hypnose oder Kassetteneinstruktionen. Bei der präoperativen Visite ist oft die Wortwahl wichtig, die Einstellungen steuern kann.

Faymonville et al. (1997) halten Hypnose-Strategien zur Stressreduktion für vorteilhaft, da hierdurch nicht nur eine Beruhigung eintritt, die präoperativen Schmerz und Angst mindert, sondern auch der Bedarf an Analgetika und Sedativa reduziert wird.

Suggestion

Vorschläge für positive Formulierungen bei der Operationsvorbereitung (Bejenke, 2000, S. 78)

»... wenn Sie aufwachen und einen Druck unter dem Verband spüren, dann wissen Sie, dass die Operation schon vorbei ist und Sie in Sicherheit sind ... so können Sie sich zurücklehnen und entspannen, denn diese Gefühle unter dem Verband lassen Sie wissen, ... dass die Heilung bereits begonnen hat.«

Erhalten Tumorpatienten (hier Kopf- und Nackenkrebsoperationen) einen Tag vor der Operation für ca. eine Stunde und postoperativ ca. 30 Minuten Hypnose-Suggestionen zum Wohlbefinden, zur imaginativen Eigenaktivität und zur Blutungsreduktion während der Operation, ist ihre postoperative Klinikverweildauer (im Vergleich zur Kontrollgruppe) deutlich reduziert ($p < .05$) (Rapkin et al., 1991).

Entstellungsprobleme. Sollten die Operationen von Entstellungsproblemen oder Behinderungen gefolgt werden, muss der Patient gut darauf vorbereitet werden. Gerade vor Brustamputationen bestehen bei den Patientinnen zahlreiche seelische Probleme, die mit Hypnose zu bearbeiten sind (Matheson & Drever, 1990). Mitunter muss auch Trauerarbeit vor und nach dem Organverlust geleistet werden (Bejenke, 2000).

Ängste bei der Radiotherapie. Bei der Radiotherapie können durch die Apparatur und Unbeweglichkeit bei der Behandlung antizipatorische Befürchtungen und Klaustrophobien entstehen oder auftreten. Auch sie lassen sich mit Hypnose reduzieren (Schupp et al., 2005).

Schwindel und Erbrechen. Nach der Literaturanalyse von Richardson et al. (2007) ist gerade bei Schwindel und Erbrechen nach der Chemotherapie Hypnose (mit Entspannungssuggestionen) eine wertvolle Intervention bei Kindern. Sowohl antizipatorischer Schwindel (Zeltzer, 1991) als auch nach der Chemotherapie (Syrjala et al., 1992) sind dadurch zu bessern. Marchioso et al. (2000) wenden vor der Chemotherapie erst Entspannung, gefolgt von Hypnose an; 88 Prozent reagieren positiv darauf – mit mildem Schwindel, ohne Erbrechen. Die Berichte zur erfolgreichen Anwendung der Hypnose sind hier sehr zahlreich, so z. B. Gegenkonditionierung (Edser, 2002) oder in Kombination mit Selbsthypnose (Marchiore et al., 2000; Olness, 1981; Redd & Andresen, 1981). Wesentlich ist meist die Angstreduktion (Feldman & Salzberg, 1990).

Schlafstörungen. Bei 50 Prozent der Krebspatienten liegen Schlafstörungen vor. Kognitiv-behaviorale Programme zur Selbstkontrolle und Schlafhygiene und autogenes Training sind hier bei vielen Patienten hilfreich (Simeit et al., 2007).

Erschöpfung. Als Folge der Chemotherapie treten auch fast immer Ermüdungserscheinungen auf. Montgomery et al. (2007) wenden vor dem chirurgischen Eingriff Kurzhypnose (15 Minuten) an: Hypnoseinduktion mit Entspannung, Suggestionen

angenehmer Imaginationen, der Entspannung und des Friedens; dazu symptombezogene Suggestionen z. B. vom Abbau der Erschöpfung. Erreicht wird eine signifikant geringere Erschöpfung als in der Kontrollgruppe. Die Kombination von kognitiv-behavioraler Therapie (z. B. Coping-Strategien) und Hypnose erbringt ähnliche Vorteile (Montgomery et al., 2009).

Hitzewallungen. Für Frauen in den Wechseljahren und nach Brustkrebserkrankung (medikamentös bedingt durch ein Anti-Hormonpräparat) sind Hitzewallungen ein großes Problem, das ca. 78 Prozent der Konsumentinnen dieses Präparats betrifft. Elkins et al. (2008) bieten den Patientinnen 40 Sitzungen Hypnose an: Suggestionen zur Entspannung, Vorstellungsbilder der Kühlung, Dissoziation weg von den Wallungen, und positive Suggestionen für die Zukunft, Selbsthypnose. Bei 68 Prozent der randomisierten Patientinnen tritt in der Behandlungsgruppe gegenüber der Baseline und der Kontrollgruppe eine signifikante Besserung von Angst, Depression, Tagesaktivitäten und Auftreten der Hitzewallungen ein (Elkins et al., 2008).

Beispiel

Bei der Patientin von Wirth (2001) treten bei einem Mamma-Karzinom Metastasen im Bereich der Retina der Augen auf und sie erblindet nach deren Bestrahlung. Es erfolgt eine Hypnotherapie: Allgemeine Selbstwertstärkung, Reise auf dem Fluss des Lebens und Trinken vom Quell des Lebens, Trennen von Geist und Körper und dadurch wohl fühlen, Bilder zur Immunstimulation. Danach kehrt ihre Sehkraft teilweise wieder zurück. Eventuell hat Hypnose eine Durchblutungsverbesserung und dadurch eine Revasculaisierung der Retina bewirkt.

23.8.4 Kinder als Krebspatienten

Die oben angeführten Behandlungsmethoden sind in modifizierter Form ebenfalls bei Kindern und Jugendlichen anwendbar. In diesem Abschnitt werden deshalb besondere Aspekte dargestellt, die typisch für die Behandlung von Kinder-Krebspatienten sind. Bei Kindern entsteht der größte Schmerz nicht durch die eigentliche Krankheit, sondern durch ihre Behandlung wie z. B. Lumbalpunktion, Knochenmarkentnahme oder anderen Biopsien (Liossi & Hatira, 2003).

Psychosoziale Belastungen

Psychosoziale Belastungsfaktoren bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sind u. a. Angst, Trennungsprobleme durch den Krankenhausaufenthalt, Entstellungsprobleme, Selbstbild- und Selbstwertprobleme und die existenzielle Konfrontation mit Krankheit und Tod (Petermann et al., 1987).

Selbstverständlich ist bei diesen umfassenden Problemstellungen sowohl das Klinikpersonal als auch die Familie mit einzubeziehen. (Zur Sterbens- und Trauerproblematik siehe Abschnitt 22.1.5.)

Spezifische Therapie mit Hypnose

Die Schmerzen und Ängste werden signifikant durch Hypnose-Interventionen reduziert (Hawkins et al., 1998; Kellerman et al., 1983), so wie die weiteren negativen Begleiterscheinungen (Genuis, 1995; Hilgard & LeBaron, 1982; LeBaron & Zeltzer, 1984; Zeltzer & LeBaron, 1983). Gerade bei Kindern nimmt die Eigenkompetenz nach der allgemeinen Krebsbehandlung, besonders aber nach der Chemotherapie deutlich ab; Selbsthypnose kann hier hilfreich eingesetzt werden, und Krankenschwestern haben hier einen hoch einzuschätzenden Stellenwert (Hockenberry-Eaton & Cotanch, 1989). Aber die guten Therapieergebnisse verschlechtern sich, wenn die Kinder Selbsthypnose eigenverantwortlich durchführen sollen (Lioffi & Hatira, 2003). Sowohl Einzel- als auch Gruppenfalldarstellungen weisen immer wieder auf die Bedeutung des Schmerz- und Stressabbaus durch Hypnose hin (Caswell & Eland, 1989; Katz et al., 1987). Diese Verbesserungen erreichen deutliche und statistisch hoch abgesicherte Werte ($p < .01$ bis $p < .001$; Hilgard & LeBaron, 1990). Miller (1980) behandelt die Sterbensängste eines neunjährigen Leukämiepatienten in einer einzigen Hypnosesitzung.

Praxishinweis

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen mit Hypnose und kognitiv-behaviorale Coping-Strategien zur Vorbereitung auf Knochenmarkpunktionen an Kindern (Lioffi & Hatira, 1999)

Entspannungstechniken: z. B. progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training

Atemübungen: Tiefes Einatmen und dann langsam mit einem Zischlaut ausatmen (= Selbstkontrolle, Ablenkung)

Kognitives Umstrukturieren: Ablenkung der Aufmerksamkeit und Erkennen von selbstzermürenden Kognitionen, die gestoppt und durch positive Bewältigungsgedanken ersetzt werden (Turk et al., 1983)

Die operanten Anteile der Schmerzproblematik sind unbedingt mit zu berücksichtigen (Birbaumer, 1986b; Steger & Fordyce, 1982), da Schmerz zu einer höheren sozialen Beachtung führen kann (s. Abschn. 22.3.1 und Kap. 27, Fall 2).

Hypnose bei behandlungsbedingtem Schmerz (Lioffi & Hatira (2003))

Direkte Suggestionen

- ▶ *Instruktion zur Taubheit:* »... dein Rücken wird schläfrig und taub ...«
- ▶ *Zeitbezogene Anästhesie:* »Stelle dir nun vor, dass ...«
- ▶ *- Lokalanästhesie:* »... bemerke, wie das Gefühl sich in dem Bereich verändert und taub wird.«
- ▶ *Handschuhanästhesie:* »... deine Hand ist taub und das Gefühl überträgst du auf...«

- *Umschaltbox*: »... damit kannst du die ... Nervensignale an- und ausschalten.«

Indirekte Suggestionen

- *Metapher*: »Sonnenuntergang« zur Entspannung und Metapher »Mexikanisches Essen« zur Bewältigung von brennenden Schmerzen.

Ergebnisse

- Die Reduktion von Angst, Schmerz und Unwohlsein wird ähnlich wie bei anderen vergleichbaren Untersuchungen (s. o.) erreicht.
- Selbsthypnose wird weniger wirksam, wenn sie tatsächlich selbst durchgeführt werden muss.
- Die Höhe der Hypnotisierbarkeit ist signifikant mit der Stärke des Therapievorteils (z. B. Angstreduktion etc.) verbunden.
- Direkte und indirekte Suggestionen sind gleichwertig effektiv – übereinstimmend mit anderen Untersuchungen (z. B. Lynn et al., 1993; Maurer et al., 1993).

Die Wirksamkeit der Hypnose sollte auch in diesem Bereich durch weitere kontrollierte Studien bewiesen werden (Wild & Espie, 2004).

Zukunftsaspekte in der Behandlung von Kindern mit Krebserkrankung

Die Anwendung von Hypnose bei der Psychotherapie von Kindern (Liossi, 2002), besonders von Verhaltenstherapie und Hypnose, nimmt stetig zu und ist besonders mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden sowie Selbstkontroll- und Stressbewältigungsprogrammen besonders effizient.



Als Zukunftsaspekte ergeben sich:

- Die Ausbildung der relevanten Fachärzte – hier Onkologen – sollte gerade im Bereich der Suggestionen (Hypnose etc.) verbessert werden (Ernst, 2001; Newell & Sanson-Fisher, 2000).
- Die Zusammenarbeit von Onkologen, Kinderärzten und Psychologen muss verbessert werden, besonders aber die Kooperation mit Hypnosespezialisten (Gulke & Larbig, 2001).
- Zur Absicherung eines ausreichenden therapeutischen Angebotes mit Hypnose muss gerade für Krebskranke, besonders aber für Kinder, mehr Fachpersonal zur Verfügung stehen.

23.8.5 Palliativmedizin und Hypnose

Der Komplex der Palliativmedizin beinhaltet Pflege und Behandlung im fortgeschrittenen Stadium schwerer terminaler Erkrankungen und behandelt nicht (mehr) die Ursache, sondern die Symptomen der Erkrankung. Im Vordergrund stehen dann Symptomkontrolle und Lebensqualität. Hier finden zahlreiche alternative und kom-

plementäre Behandlungsformen ihre Anwendung, die besonders auch die persönliche Bedürfnisse und das körperliche, psychologische, soziale und spirituelle Wohlbefinden des Patienten berücksichtigen (Elkins et al., 2010).

Hypnose und Lebenszeit

Zur »Stärkung des Immunsystems« verwendete Simonton (1978) und Simonton und Matthews (1981) standardisierte Bilder und Metaphern. Bei ihren Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs erreichen sie damit eine durchschnittliche Lebenszeit (bis zum Tod) von 38,5 Monaten – bei einem nationalen Durchschnitt von 18 Monaten. Spiegel et al. (1989) behandeln ihre Patientinnen bei gleicher Diagnose mit Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle und Gruppensitzungen zur Bewältigung und sozialen Unterstützung. Sie bewirken eine Zeit von 36,6 Monaten bis zum Tod, die Kontrollgruppe erreichten nur 18,9 Monate.

Die gezielte Wirksamkeit der Hypnose kann hier nachgewiesen sein, denn die längeren Überlebensraten von an Brustkrebs erkrankter Frauen korrelieren mit der Höhe der zytotoxischen T-Lymphozytenzellen (Blake-Mortimer et al., 2004). Aber: die Teilnahme an einer psychiatrischen Gruppentherapie zur Krankheitsbewältigung bewirkte eine signifikante Verbesserung von Immunfaktoren über zehn Jahre hinweg (Fawzy et al., 1993; Fawzy et al., 2002). Also bleiben wieder Fragen offen, welche psychologischen Faktoren auf das Immunsystem einwirken, die durch psychotherapeutische Methoden angesteuert werden können.

Zahlreiche Symptome in der Palliativmedizin wie z. B. Schmerz, Atemnot, Inappetenz, Übelkeit, Pruritus sind mit Hypnoseinterventionen über unterschiedliche Suggestionen der Symptomkontrolle ansprechbar, sodass sich die verbleibende Lebensqualität verbessern kann. Zu berücksichtigen ist dabei die progrediente körperliche Schwäche der Patienten (Schulze, 2010).

Eine meiner Patientinnen war körperlich sehr schwach und freute sich, nun noch in ihren Imaginationen Spaziergänge in den Garten vornehmen zu können, bis dann selbst ihre Imaginationen dafür zu schwach wurden.

Das 4-Phasenmodell von Markus et al. (2003) zur Krisenintervention in der Palliativbehandlung

Dieses Modell basiert auf der Beobachtung, dass seelisches Leid und existenzielle Gedanken gegenüber Schmerz und anderen lebensverkürzenden Symptomen vorrangig sind.

Lösungsorientierte Hypnoseinterventionen finden situationsabhängig ihre individuelle Anwendung – und sind dadurch kaum als Anweisung zu umreißen:

- (1) *Anfangskrise*: Bearbeiten des Diagnoseschocks und der bevorstehenden Behandlungen.
- (2) *Übergangsphase*: von der Diagnose zu den Möglichkeiten
- (3) *Akzeptieren*: Annahme der Erkrankung mit ihren Konsequenzen
- (4) *Vorbereitung* auf den Tod

Das Konzept beinhaltet z. B. Schmerzen und Atemnot erträglicher zu machen und dadurch das Wohlbefinden zu verbessern, z. B. durch Ressourcenaktivierung (Peintinger & Hartmann, 2008).

Gerade in der Palliativmedizin sind einige der Methoden indiziert, die bereits in Abschnitt 22.3 dargestellt sind.

23.9 Neurologische Störungen

Bei der Vielzahl neurologischer Erkrankungen des Nervensystems und der Muskulatur kommen neben der konventionellen z. B. medikamentösen Behandlung auch körperbezogene psychologische Interventionen zur Anwendung (Wabeh et al., 2008).

Insgesamt sind viele der nachfolgend besprochenen neurologischen Erkrankungen chronisch; somit ist auch die Progredienzangst der Patienten bedeutsam und sollte in die begleitende Psychotherapie einbezogen werden (Berg et al., 2011).

23.9.1 Multiple Sklerose

Sutcher (1997) gibt bei seinen drei teilweise lang an → Multipler Sklerose erkrankten Fällen die Suggestionen der Verbesserung oder der Schmerzverschiebung und erreicht dadurch leichte Symptomverbesserungen und erhöhte Zuversicht (Medd, 1996).

Autogenes Training bewirkt in der kleinen Gruppe Kranker eine Zunahme an Lebensenergie, was sie in ihren körperlichen und seelischen Problemen dann weniger einschränkt als die Kontrollgruppe (Sutherland et al., 2005).

Jensen et al., (2009) bieten ihren Patientengruppen Selbsthypnose zur Entspannung an einem individuellen Ort oder auch kombiniert mit Suggestionen zur Schmerzreduktion an. Alle Sitzungen enden mit posthypnotischen Suggestionen zur anhaltenden Schmerzreduktion und zum Wohlbefinden. Die Teilnehmer der Hypnosebehandlung erleben gegenüber der Progressiven Muskelrelaxation eine signifikante Schmerzabnahme, die über drei Monate anhält, aber auch die PMR-Gruppe profitierte von den erlernten Erfahrungen.

Berichte über die Einwirkung auf das ursächliche Autoimmungeschehen liegen nicht vor.

23.9.2 Dystonie

Besonders fokale → Dystonien werden leicht als Konversionsreaktionen fehldiagnostiziert. Die klassische Dichotomie von psychogen und somatogen muss hier überdacht werden, da besonders psychogene Auslöser die körperlichen Bewegungen bedingen können – somit sollte hier mehr ein psychosomatisches Konzept der Krankheit angewandt werden (Schmidt et al., 1994).

Generalisierte Dystonie

Bei dieser Form der Dystonie ist der gesamte Körper betroffen. DuPlessis (2001) behandelt einen Patienten nach dem Modell der Ego-state Therapy (Phillips & Frederick, 1995) und arbeitet damit sein traumatisches Material auf. Dies bewirkt eine Abnahme der unwillkürlichen Muskelbewegungen und eine Zunahme seiner Konzentrationsfähigkeit.

Idiopathische cervicale Dystonie (ICD), Torticollis spasmodicus (muskulärer Schiefhals)

Der psychogene Anteil der → Idiopathischen zervicalen Dystonie wird diskutiert; so sind teilweise emotionale Belastungen mit auslösend (Ostendorf-Massing, 1984), auch die Interpretation als Vermeidungsverhalten, das Angst reduzieren soll, liegt vor (Martin, 1982; Meares, 1973). Aus seinen psychoanalytischen Methoden schließt Mitscherlich (1983) mehr auf eine psychosomatische Störung.

Meist werden anekdotische Berichte von erfolgreicher mit Hypnose kombinierter Psychotherapie gegeben (z. B. Avampto, 1975; Knölker & Friese, 1981). Mit Abreaktion unter Hypnose erreichen Kampman und Ihaleinen (1974) den Abbau angestauter Affekte und damit verbunden vollständigen Symptomabbau.

Beispiel

Bei einem 57-jährigen Patienten besteht das Symptom seit dem neunten Lebensjahr. In hypnotischer Altersregression erlebt der Patient die Schmerzen bei seiner Mandeloperation und die nachfolgenden Anspannungen im Nacken. In der dann folgenden Therapie unter Hypnose können das Problem und das Symptom abgebaut werden (Kampman & Ihaleinen, 1974).

Schneiderman et al. (1987) therapieren einen 46-jährigen Patienten mit einem über 21 Monate lang bestehenden Torticollis spasmodicus nach erfolgloser Medikamentenbehandlung. Der hoch motivierte Patient reagiert gut auf die Entspannungssuggestionen. Von der dritten Sitzung an werden spezifische Suggestionen gegeben, die sich mit der Entspannung der Nackenmuskeln befassen. Der Patient kann dadurch bessere Kontrolle über sie erlangen. Nach insgesamt vier Sitzungen erlernt er Selbsthypnose und ist symptomfrei; auch in der Nachuntersuchung nach 18 Monaten.

DeBenedettis (1996) findet bei seinen vier Patienten psychische Ursachen. Sie erlernen in Hypnose Entspannungstechniken, die spezifische Muskelanspannungen und allgemeine Bewältigungsstrategien enthalten. Die psychischen Probleme werden aufgearbeitet, der Tonus der spasmodischen Muskeln reduziert und der der Antagonisten erhöht.

Reinders et al. (1996) kombinieren Hypnose mit Verhaltenstherapie und arbeiten mit Entspannung, (in)direkten und posthypnotischen Suggestionen, Beeinflussung der Schmerzbeschwerden und Wiedererleben der traumatischen Erfahrungen; hinzu kommt ein systematisches Muskeltraining der Kopfposition. Dadurch erwerben die

Patienten wieder Selbstkontrolle über ihre Kopfhaltung. Bei ihren 45 Patienten wird ein leichter, jedoch signifikanter Effekt der Methodenkombination erreicht.

23.9.3 Chorea Huntington

Auch bei der → Chorea Huntington sind Hypnoseinterventionen möglich.

Beispiel

Moldawsky (1984) behandelt eine 53 Jahre alte Patientin mit Chorea Huntington und Depressionen und verwendet in Hypnose visuelle Vorstellungen und Glieder-schwere. Die typischen Bewegungen der Extremitäten und des Körpers sind bereits nach einer Sitzung reduziert. Weitere Verbesserungen, vor allem im psychischen Wohlbefinden, treten in der Folgezeit auf, in der die Patientin Selbsthypnose anwendet. Crasilneck und Hall (1975) berichten von ähnlichen Behandlungen.

Durch ihre unkontrollierten Kopf- und Körperbewegungen sind bei der Patientin von Kleinhauz et al. (1986) keine Zahnbehandlungen möglich. In zahlreichen Hypnosesitzungen zur Entspannung – verbunden mit Suggestionen zur Bewegungsreduktion – wird eine starke Besserung erreicht und die erforderlichen Eingriffe sind nun möglich. Witz und Kahn (1991) erreichen bei ihren beiden Patienten mit unterstützenden Hypnosetechniken und Selbsthypnose eine Linderung sowohl der physischen als auch der sekundären psychischen Belastungen.

23.9.4 Hemiparese und Hemiplegie (Halbseitenlähmung)

Die schlaffen, später spastischen Halbseitenlähmungen werden z. B. durch Schlaganfälle oder exogene Einwirkungen verursacht.

Brooker (1984) behandelt einen Patienten mit funktionaler Parese und erreicht durch Entspannung Rehabilitation. Cohen (1979) verwendet Hypnose zur Entspannung und bewirkt bei einer leicht hemiplegischen Patientin, dass sie ihren Führerschein wieder erwerben kann.

Beispiel

Bei Patienten mit peripheren Nervenverletzungen besteht eine schwache Innervation der Willkürmotorik. Unter Hypnose ist die Kraft und elektrische Muskelaktivität deutlich erhöht (Pajntar et al., 1982). Werden betroffene Muskeln elektrisch gereizt, so kann unter Hypnose mit der Suggestion der Übererregbarkeit eine Reduktion der Stimulusdauer von 100 ms auf 20 ms erfolgen, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Ähnliche Befunde wurden auch bei Hemiparese erhoben.

Kossak (1983b) behandelt einen Jugendlichen mit angeborener Beinspastik, der nach einer Operation seinen Rollstuhl nicht verlassen kann; bei ihm liegt vorwiegend die Angst vor Folgeschmerzen vor. Nach drei Hypnosesitzungen kann er angstfrei laufen. (Dieser Fall ist exemplarisch ausführlicher dargestellt; s. Kap. 27, Fall 2.) Näheres zum Thema auch in Abschnitt 22.18 (Behinderung).

23.9.5 Epilepsien (zerebrale Anfallsleiden)

Unter dem Begriff der »zerebralen Anfallsleiden« sind zahlreiche sehr unterschiedliche Krankheitsbilder und Funktionsstörungen zusammengefasst, die meist episodisch auftreten. Psychische Belastungen wie Stress, Angst etc. können die Anfallshäufigkeit erhöhen (Forster, 1969). Entsprechend können sie auch durch herbeigeführte emotionale Belastungen provoziert werden, so z. B. durch Altersregression; dabei sind unterschiedliche kognitive Stile zu beobachten (Bryant & Somerville, 1995).

Durch unterschiedliche verhaltenstherapeutische Methoden werden z. B. anfallsfreie Zeiten verstärkt oder bei sensorisch ausgelösten Anfällen werden Stimulustoleranzen bewirkt (Forster & Cleeland, 1969).

Therapie mit Hypnose

Beispiel

Nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma, gefolgt von Grands maux, treten bei einem Patienten von Heinz (1994) als Aura bedrohliche szenische Halluzinationen auf, die zu starker Angst führen und den Patienten häufig veranlassen, die Notfallaufnahme der Klinik aufzusuchen. Mit autogenem Training lernt der Patient Entspannung und übt dann in Hypnose, die angstbesetzten Halluzinationen im Wechsel mit Entspannung zu visualisieren. Direkte posthypnotische Suggestionen beinhalten, dass die Aura in Verbindung mit den Halluzinationen Entspannung bewirken wird. Nach 15 Sitzungen erfolgt ein deutlicher Rückgang der Beschwerden.

In ähnlicher Weise lernen die beiden Patienten von Szupera et al. (1995) Selbstkontrolle, um die Anfälle zu hemmen oder zumindest hinauszuzögern. Die Ängste vor neuen Anfällen und vor Schutzlosigkeit nehmen dabei ab und erhöhen das Sicherheitsgefühl der Patienten.

Bei einem neunjährigen Mädchen sind die Anfälle meist mit Lidflattern verbunden, die Gardner (1973) als psychogen erkennt und ein Kontingenzmanagement erarbeitet. Bei der Hypnoseinduktion werden all jene Verhaltensweisen und Instruktionen vermieden, die anfallsähnlich sein können, wie Augenschluss, Müdigkeit, Amnesie etc. Stattdessen erfolgt die Anweisung, bei geöffneten Augen zu entspannen. Danach folgen selbststärkende Suggestionen, die besonders die Mitarbeit und Verbesserung verstärken. So lernt das Kind Selbsthypnose, kann die

Augen infolgedessen offen halten und so einen Anfall verhindern. Dadurch ist eine Reaktionsgeneralisierung festzustellen, die sich in Schlafproblemen äußert; entsprechende Suggestionen erlauben dann Differenzierungsmöglichkeiten. Nach 18 Monaten erfolgt ein Rückfall.

Olness und Kohen (2001, S. 294) behandeln eine Fünfzehnjährige mit nächtlichen Epilepsieanfällen. Sie erlernt in Hypnose Entspannung und erhält die Suggestion: »Es ist vollkommen in Ordnung, wenn du lieber angenehme Träume statt epileptische Anfälle hast – wenn du die Träume genießen möchtest, lasse sie angenehm und befriedigend sein. Wenn du die Anfälle kontrollierst, wirst du eine stärkere und glücklichere Person sein. Nach Regen kommt wieder Sonnenschein.« Danach sinkt die Anfallshäufigkeit von 15 auf zwei pro Woche ab. Letztlich lernt die Patientin in Hypnose, ihre Aura zu erkennen und hat innerhalb der zwei Beobachtungsjahre keinen Anfall mehr.

Bei einer 42-jährigen stationären Patientin von Cafiso (1982a) sind die am Tage einsetzenden Anfällen besonders störend. Mit Hypnose wird bewirkt, dass die Anfälle nur noch nachts auftreten.

Núñez (1998) verwendet die Erickson Hypnose und induziert die Symbolisierung der Epilepsie. Die Patienten können dadurch Krankheitseinsicht, Autonomie und Kontrolle ihrer Anfälle erlangen.

Hypnose zur Diagnose: epileptische oder pseudoepileptische Anfälle

Zerebrale Krampfleiden können in manchen Fällen nur unklar diagnostiziert werden, wenn aktuell keine entsprechenden Anfälle auftreten. Hier ist besonders das epileptische vom pseudoepileptischen Anfallsgeschehen zu unterscheiden.

Die pseudoepileptischen Anfälle sind als paroxysmale Verhaltensmuster anzusehen, die die Epilepsie nachahmen und durch psychologische Mechanismen verursacht werden. Kuyk et al. (1996) belegen, dass eine Untergruppe dieser Problematik als dissoziative Störung anzusehen ist. Psychogene nichtepileptische Anfälle können jedoch auch bei epileptischen Patienten vorkommen (Mari et al., 2006).

Berry et al. (2000) stellen in ihrer Patientengruppe bei Epileptikern eine signifikant geringere Hypnotisierbarkeit (gemessen mit dem HIP, s. Abschn. 5.3.4) als bei Personen mit nicht-epileptischen Ereignissen fest. Wird die Induktion eines Anfalls gegeben, reagieren nur die Epileptiker mit veränderten EEG-Mustern. Nach Kuyk et al. (1999) können sich Epileptiker in Hypnose nicht an ihren Anfall erinnern, während für Pseudoepileptiker diese Amnesie nicht besteht. Mit einfachen Suggestionen sind pseudoepileptische Anfälle auszulösen und mittels Video-Analyse zu erkennen (Martinez-Taboas, 2002; McGonigal et al., 2002). Deshalb sind Hypnose-Suggestionen ein ethisch vertretbares, einfaches und preiswertes Verfahren, pseudoepileptische Fälle zu diagnostizieren und gegenüber epileptischen Fällen abzugrenzen (Zalsman et al., 2002).

23.9.6 Myoklonie

Hier handelt es sich um kurze ruckartige klonische Zuckungen einzelner Muskeln mit meist keinem Bewegungseffekt.

Bei einem 82-jährigen Patienten mit Myoklonie erreicht Stein (1980) in vier Sitzungen Besserung; er benutzt Bilder des Lichts und der Wärme.

23.9.7 Parkinson-Erkrankung (Schüttellähmung)

Diese degenerative Erkrankung des extrapyramidalen Systems äußert sich vor allem in grobschlägigen Zitterbewegung von Kopf, Armen und besonders den Händen. Unter Entspannung kann Besserung, unter z. B. Angst Verschlechterung auftreten (McDowell et al., 1971). Behandlungen erfolgen entweder durch stereotaktische Eingriffe oder medikamentös, sind jedoch nicht anhaltend erfolgreich. Hypnose, besonders Selbsthypnose, zeigt hier anhaltendere Wirkungen (Buell & Biehl, 1948; Doshay, 1960).

Beispiel

Bei einem 76-jährigen Mann mit einem seit sieben Jahren sich verschlechternden Parkinsonsyndrom wenden Wain et al. (1990) Hypnose an. Der Patient ist hoch motiviert, weist aber nur geringe Hypnotisierbarkeit auf. Bereits wenige Sekunden nach Induktionsbeginn hört sein Handtremor auf, später auch sein Fußtremor. Diese beginnen jedoch stets nach Hypnoseende wieder. Durch täglich viermaliges Üben von drei Minuten Selbsthypnose kann der Patient dann nach sechs Monaten eine deutliche Besserung seiner Bewegungen und Steifigkeit erreichen. Nach Auffassung der Autoren war hier wahrscheinlich die Wiedererlangung von Selbstkontrolle von besonderem psychologischem Wert.

McCormack (1998) berichtet von einem 46-jährigen Patienten, der seine Krankheit und seine Reaktionen für sich besser einordnen kann, indem er über die in Hypnose auftretenden Imaginationen und Symbole nachdenkt und durch tägliche Selbsthypnose das Fortschreiten der Erkrankung positiv beeinflussen kann. Da Vorstellungstechniken zur Unterstützung des Gehens hilfreich sind (Blichke, 2010), kann hier Hypnose mit entsprechenden Imaginationen und Suggestionen als hilfreich denkbar sein.

23.9.8 Weitere neurologische Störungen

→ **Guillain-Barre-Syndrom.** Durch Hypnose kann Sampson (1990) die Taubheitsgefühle in den Fingern und Zehen reduzieren. Eine meiner Patientinnen konnte ich von Beginn ihrer Diagnose an begleiten. Die therapeutische Aufgabe bestand darin, ihr zu verhelfen, ihre progrediente Körperschwäche und dann den Rollstuhl zu akzeptie-

ren. Mittels Selbsthypnose erlebte sie sich an ihrem Ort der inneren Kraft und konnte so ihre nicht aufhaltbare Bewegungsreduktion ruhiger annehmen. Gleichzeitig erlernte sie, sich trotz der zunehmenden Einschränkungen weiterhin selbst als Ort der Kontrolle zu erleben.

→ Hemiballismus

Beispiel

Hoogduin (1990a) lässt seine Patientin, die unter dauernden Bewegungsstörungen leidet, ihre bevorzugte Schlafposition einnehmen und gibt Suggestionen zur Muskelentspannung. Als die Kontraktionen kaum mehr auftreten, wird die Übung im Sitzen durchgeführt. Die Patientin erhält dann die Suggestion, sich vorzustellen, mit wachen Augen einzuschlafen und dabei weiterhin die Muskeln zu entspannen. Daraufhin lernt sie eigenständig, diese Technik auch in anderen Situationen anzuwenden. Neun Monate nach Beschwerdebeginn kann sie wieder arbeiten und vier Monate nach Therapieende zeigt sie nur noch ein bis zwei Kontraktionen am Tag. Bei der Patientin treten motorische Störungen nach Neuroleptikagebrauch auf, die sich in Torticollis (s. Abschn. 23.9.1) und choreatiformen Bewegungen (s. Abschn. 23.9.2) äußern. Durch Einnehmen der Schlafposition werden die Bewegungsstörungen erheblich reduziert. Dann wird mit Selbsthypnose trainiert, diese weiterhin in anderen Situationen abzubauen.

Einige der Störungen können sowohl als neurologische Störungen, aber auch als Konversionssymptome diagnostiziert werden, so z. B. der Schreibkrampf als focale Dystonie (s. Abschn. 23.9.1) oder hysterische Reaktion.

23.10 Urologie

Nach urologischen Eingriffen können Probleme des Wasserlassens entstehen, die durch Entspannungsinstruktionen beeinflussbar sind (Hinman & Baumann, 1976).

Eine Frau mit übererregbarem Blasenschließmuskel hat häufige und unkontrollierte → Miktionen. Durch Selbsthypnose gelingt ihr die Kontrolle; auch die vorher abnorme → zystometrische Kurve erreicht Normalwerte (Godec, 1980). In zwei Fällen von Blaseninkontinenz behandelt Diment (1980) die älteren Patientinnen mit Hypnose-Entspannung erfolgreich.

Bei → Ureteranomalien sind mitunter mechanische Erweiterungen erforderlich. Kline (1976) therapiert diese bislang medizinisch erfolglos behandelten Fälle mit der Suggestion, das Gefühl der → Dilatation deutlich zu realisieren. Diese Erfolge werden auch von Shulman (1995) berichtet.

Die primär psychisch bedingten Ausscheidungsstörungen wie Enuresis, Enkopresis und Paruresie sind in einem gesonderten Abschnitt 22.14.2 behandelt; zur Hämodialyse sind Hinweise in Abschnitt 23.4.1.

23.11 Gynäkologie

In der Frauenheilkunde begegnen wir frauenspezifischen körperlichen und psychischen Beschwerden, die bei Erfordernis auch geschlechtsspezifischer Psychotherapie bedarf (Neises, 2005). Die in Fallberichten belegte Wirksamkeit der Hypnose muss jedoch in kontrollierten Effektivitätsstudien noch weiter dokumentiert und statistisch bewiesen werden (Tschugguel & Tschugguel, 2010).

23.11.1 Problembereiche im Menstruationszyklus

Der hormonbedingte Menstruationszyklus bestimmt u. a. Emotionalität und Lebensqualität der Frau (Schultz-Zehden, 2001). Mittels zahlreicher sehr unterschiedlicher Untersuchungsverfahren stellt Ofner (2009) fest, dass Östrogen (im EEG) einen exzitatorischen Einfluss hat und die Frau dadurch während der Menses kognitive Vorteile hat: Östradiol ist zusammen mit Progesteron beim Menstruationszyklus bedeutsam und ist ein Neuromodulator, da es während des weiblichen Zyklus eine Inhibition der links-hemisphärischen Sprachbereiche bewirkt und dadurch eine deutliche Lateralisierung erfolgt. Während des Eisprungs steigt der Östradiolspiegel und die zerebrale Asymmetrie nimmt wieder ab (Weis et al., 2008). Demnach unterscheidet sich zumindest in dieser Hinsicht das weibliche vom männlichen Gehirn. Hier stellt sich die Frage, ob diese hormonbedingte Lateralisierung auch Einfluss auf Hypnosewirkungen hat (s. hierzu Abschn. 7.5.3).

Prämenstruelles Syndrom (PMS)

Wenige Tage vor Eintreten der monatlichen Regelblutung können sich Schmerzen, Kopfschmerzen, vegetative Beschwerden (Nervosität, Reizbarkeit) und psychische Verstimmungen bis zur Depression einstellen (Angst et al., 2001), die auch im depressiven Gesichtsausdruck objektiv erkennbar sind (Mass et al., 2008). Die Bedeutung psychogener Verursachung wird noch diskutiert (Gannon, 1981). Entspannungstraining scheint kontraindiziert zu sein (Gerber, 1986). Vorgeschlagen wird eine sympathische Desaktivierung. Durch geeignete Imaginationen lassen sich hier eventuelle Hypnose-Interventionen erarbeiten. Bewährte Bewältigungsstrategien sind Kognitionen wie Ignorieren, Neubewertung und Verhaltensweisen wie Wärme und Ruhe (Riechers, 1995) und weitere individuelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (Tschudin & Bitzer, 2001).

Beispiel

Prior (1990) bewirkt bei einer 30-jährigen Patientin mit ausgeprägtem PMS, dass sie ihre Symptomatik akzeptieren kann: Über Metabotschaften kann sie die hinter dem Symptom liegenden Ziele besser erkennen. Das Symptom wird dann als Ressourcengenerator genutzt, indem sie in ihren Bauch schlüpft und das Symptom als Bild

einer betont weiblichen Person wahrnimmt. Sie kann sich nun mit ihrem Frauenbild besser identifizieren und durch posthypnotische Suggestionen dieses in den Alltag übernehmen.

Schenck und Mahowald (1995) behandeln eine Patientin mit prämenstruellen Angstträumen und Schlafwandeln, bei der die Pharmakotherapie wenig effektiv ist. Mit Selbsthypnose beim Einschlafen erreicht sie schnelle Besserung. Bei einem Einzelfall mit prämenstrueller Migräne verwendet Renartz (1996) erfolgreich die archetypische Metapher der »Weisen Frau« an und die dissoziative »Teilearbeit«.

Die kleine Untersuchung von Tschugguel und Berga (2003) weist darauf hin, dass allgemein Hypnose mit Entspannungssuggestionen bei (funktionaler hypothalamischer) Amenorrhoe hilfreich sein kann.

Dysmenorrhoe (schmerzhafte Regelblutung)

Als psychogene Faktoren sind u. a. Rollenfindungsprobleme und Erwartungshaltungen anzunehmen (Gannon, 1981). Eventuell können hier besonders familiäre und kulturelle Erwartungshaltungen eine konditionierte Reaktion des Schmerzes und Unwohlseins erzeugen (Hartland, 1973; Jackson & Merrington, 1980).

Als psychotherapeutische Interventionen werden bislang eingesetzt: Systematische Desensibilisierung (Duson, 1977), Entspannungsübungen (Tasto & Chesney, 1984) und Biofeedbacktraining des EMG-Frontalmuskels bzw. der Handtemperatur (Benink et al., 1982).

Es sind direkte Suggestionen der Schmerzfreiheit wirksam (Kroger & Freed, 1951). Sinnvoll ist es, Selbsthypnose zu trainieren, um eine konditionierte Spannungsreduktion zu erreichen. Als vertiefende Methoden sind z. B. Handschuhanästhesie (und Schmerzumlenkung; s. Abschn. 22.3.1) oder Altersregression (s. Abschn. 7.7.1) in die schmerzfreie Zeit nahe liegend. Iawamoto et al. (1999) erreichen bei Athletinnen durch autogenes Training eine Reduktion der Menstruationsbeschwerden.

Amenorrhoe

Bei → Amenorrhoe können zahlreiche psychogene Faktoren wie Schockerlebnisse, Schuldgefühle bei Sexualerlebnissen, Angstinhalte oder Angst vor Schwangerschaft beteiligt sein (Erickson, 1960; Kroger & Freed, 1951).

Neben einer kausalen Psychotherapie schlägt Hartland (1973) direkte Suggestionen vor. Diese können als physiologische Reize für die relevanten Gefühle benutzt werden, die mit dem Eintreten der Menstruation normalerweise verbunden sind, wie z. B. Spannungszustände in den Brüsten, Ziehen im Rücken etc. Auch Altersregression zum Zeitpunkt der letzten Menstruation wird vorgeschlagen (Kroger, 1977). Hier wird der bekannte Körperzustand als Reiz für die (konditionierte) Reaktion der Regelveränderungen benutzt (Cheek & LeCron, 1968).

Da Stress unter anderem eine Dissoziation des Limbischen Systems vom Kortex bewirkt, werden neuroendokrine Funktionen beeinflusst (Braun, 1984). In Hypnose

wird ein vergleichbarer psychophysiologischer Prozess erreicht, wodurch dann neokortikale Einwirkungen über das → Limbische System vorgenommen werden können, die hier psychotherapeutisch/psychophysiologisch genutzt werden (van der Hart, 1985, 1999). In seinen Fällen erzählt van der Hart (1999) während der Hypnoseinduktion Anekdoten, die auf eine Lösung eines vergleichbaren Problems abzielen. Er stimuliert dadurch die eigenen Kapazitäten der Patientin, das Problem zu lösen.

Menopause

Bedingt durch die hormonellen und damit verbundenen physiologischen Veränderungen der Wechseljahre wird eine Phase mit psychischen Belastungen, Ängsten (z. B. Verlust physischer Attraktivität, beginnende Unfruchtbarkeit), Schwankungen von Gefühlen in Libido und Selbstsicherheit bis hin zu Problemen der Osteoporose und allgemein des Alters erlebt. Diese körperlichen und psychischen Beschwerden sind bei unterschiedlicher Ethnizität (Türkei, Deutschland, Asien) identisch (Borde & David, 2009).

Hunter (1998) will diesen Lebensabschnitt weniger als Pause, sondern als Komma ansehen, das am Ende einer Lebensphase steht, bevor eine anders gestaltete eintritt. Entsprechend arbeitet sie unterstützend mit Hypnose.

Beispiel

Bei einer geschiedenen alleinstehenden Frau entstanden Ängste vor Attraktivitätsverlust. In Hypnose erlebt sie, wie sie auch als 60-Jährige aktiv und agil sein kann.

Eine andere Frau mit starken Ermüdungen und Schlaflosigkeit übt mehrmals am Tage Selbsthypnose mit der Formel: »Das bin ich mir wert. Ich bin für mich wichtig (und nicht wie bisher nur für die Familie da).«

Hitzewallungen. Es helfen Suggestionen der Kühle, von Eisbergen und Bergluft (Elkins, 2010; Hunter, 1998). Halas (2000) schlägt in ähnlicher Weise Hypnose vor, u. a. für kognitives Reframing und individuelle heilende Bilder. Aber auch allein Hypnoseentspannung hilft statistisch signifikant (Younus et al., 2003).

23.11.2 Schwangerschaftsbeschwerden und Komplikationen

Schwangerschaftsbeschwerden

Gute Behandlungsergebnisse werden bei Schwindelgefühlen und Erbrechen (Hyperemesis gravidarum) durch Hypnose erreicht, wobei einerseits direkte Suggestionen hilfreich sind, aber auch die Behandlung psychogener Aspekte mit bedacht werden sollte (Buckwalter & Simpson, 2002; Cheek & LeCron, 1968). Kroger und DeLee (1943) arbeiten mit Entspannung und posthypnotischen Suggestionen. Simon und Schwartz (1999) sind mit Entspannungshypnose bei 80 Prozent der Schwangeren erfolgreich – auch beim morgendlichen Übelsein. Schwangerschaftsbedingte Hypertonie ist ein Anzeichen von → Präeklampsie, bei der durch Entspannungssuggestionen

eine Blutdruckreduktion von 190/110 RR auf Normalwerte erreicht und eine normale Entbindung möglich ist (Smith, 1989).

Bei starken – auch psychischen – Schwangerschaftsbelastungen erhält eine Frau mit Stoma (künstlichem Darmausgang) erfolgreich eine Achtsamkeitsorientierte Stressreduktion, geleitete Imaginationen und Entspannungshypnose (Sredl & Aukamp, 2006).

Fötusbewegungen

Fötusbewegungen sind für die Prognose von Risikofaktoren vor und während der Geburt (z. B. → Asphyxie) relevant. Durch Hypnotherapie wird die Angst der Schwangeren reduziert und damit verbunden die Katecholaminausschüttung. Als Folge davon ergibt sich eine verbesserte Durchblutung der Placenta und eine Zunahme der Fötusbewegungen. Diese Bewegungssteigerung kann signifikant durch Selbsthypnose ($p < .005$) und Fremdhypnose ($p < .01$) bewirkt werden (Fuchs, 1987; Fuchs et al., 1990; Zimmer et al., 1988). Für 100 Frauen mit möglicher Steißgeburt gibt Mehl (1994, zitiert nach Dreher, 1996) Hypnose-Suggestionen zur Muskelentspannung des unteren Uterus. Bei 81 Prozent der Geburten hat das Baby sich zwischenzeitlich in die Kopfposition gedreht.

Frühgeburten

Aborte oder Frühgeburten sind beeinflussbar, wenn die emotionale Situation der Mutter stabilisiert wird, verbunden mit direkten körperbezogenen Suggestionen zur Entspannung (Cheek, 1965). Omer (1987) wendet bei seinen 39 Klinikpatientinnen mit Verdacht auf Frühgeburt ein komplexes Therapieprogramm unter Hypnose an: Suggestionen der Uterusentspannung; Zeitprogression zur Aufrechterhaltung der Motivation, die Schwangerschaft fortzusetzen; Abbau der Hilflosigkeit usw. Die Schwangerschaft der Patientinnen in der Hypnosegruppe ist bedeutend länger als die der Kontrollgruppe ($p < .002$) und auch das Geburtsgewicht ist höher ($p < .05$). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der Hypnosegruppe der Anteil von Früh- und Fehlgeburten in den Vorjahren ebenfalls deutlich geringer war ($p < .01$; $p < .05$) als in der Kontrollgruppe. Nach Geburtsvorbereitungskursen erfolgen in der Hypnosegruppe signifikant weniger Frühgeburten als in der Kontrollgruppe (Reinhard et al., 2010).

Bei einer Risikoschwangerschaft mit Vierlingen verwenden Brown und Massarelli (2002) in der 24. Schwangerschaftswoche Hypnosesuggestionen der Entspannung und des angemessenen Uteruswachstums, später gefolgt von Entspannung der Bauchhaut.

Auch psychologische Faktoren wie chronischer Umweltstress (z. B. Berufstätigkeit) und Ängste beeinflussen das Risiko einer Frühgeburt (D.C. Brown & Murphy, 1999). Bei neun Frauen mit vorzeitigen Wehen wendet Brown »Medizinische Hypnose« (!) an: Entspannung des Körpers, besonders des Uterus, wird zwei Mal täglich über eine Tonkassette vermittelt. Erreicht werden ein um durchschnittlich 647 Gramm höheres Geburtsgewicht und eine deutlich längere Verzögerung der Schwangerschaft als bei der Kontrollgruppe.

Wirkungen der Hypnose bei Risikoschwangerschaften und Frühgeburten (Brown & Hammond, 2007)

- ▶ Kontrolle des psychosozialen Stress
- ▶ frühe Wahrnehmung der Wehen
- ▶ Entspannung und dadurch Entspannung der Uterusmuskeln, um das Risiko einer vorzeitigen Geburt zu verringern
- ▶ ideomotorische Fingerbefragung an das Unterbewusstsein, die Schwangerschaft bis zur 37. Woche zu erhalten, bewirkte eine Schwangerschaftsverlängerung, die der Hypnosegruppe signifikant überlegen war

Schwangerschaftsabbruch

Erfolgt ein Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester der Schwangerschaft, kann Hypnose unterstützend helfen.

Marc et al. (2008) bieten aufgrund ihrer Erfahrungen (Marc et al., 2007) ein Standardverfahren an. Das 20-minütige Hypnoseprogramm beginnt direkt in der Gynäkologiepraxis.

Das Programm beinhaltet:

- ▶ Vorbereitung zur Hypnose (3 Minuten), Hypnoseinduktion
- ▶ Begleitung in den Operationsraum, dann Induktionsvertiefung:
- ▶ Abbau von Angst und Schmerz; Anästhesie der Zervix bei der Einführung des Speculum
- ▶ Abbau von Angst und Schmerz bei Zervixdilatation und der Kürettage
- ▶ Rückorientierung
- ▶ Es wird signifikant weniger Stickoxidul (Lachgas) erfordert, ohne Anstieg von Angst oder Schmerz.

23.11.3 Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe

Beispiel

Die hypnoreflexogene Methode (Werner, 1963; Schauble et al., 1998)

Das wahrscheinlich kognitiv-behaviorale Konzept beinhaltet Hypnose und Konditionierungen, kognitive Umstrukturierung und Reframing, mentales Training und Entspannung, wodurch der Kreislauf von Angst-Anspannung-Schmerz unterbrochen werden soll. Mit Erlernen von Hypnose wird die Schwangere darin unterwiesen, während der Geburt »automatisiert« (reflexartig) in Trance zu gehen, wodurch sie auch bei ungünstigen Einflüssen während des Geburtsverlaufes angst- und schmerzreduziert bleiben kann und dadurch gegenüber der Kontrollgruppe zahlreichen Vorteile hat – teilweise wie unten zusammengestellt (Hüsken-Janßen, 2005).

Schmerzmanagement während der Geburt

Weitgehend erfolgen Lernprozesse, angstfrei zu sein und auf relevante körpereigene Signale (Wehen) oder Instruktionen mit Entspannung, Angst- und Schmerzreduktion zu reagieren. Dazu gehört sicherlich die Steuerung kognitiver Elemente wie Erwartungshaltungen etc. Als Hypnosemethode wird meist die Handschuhanästhesie empfohlen, die entweder an der Hand selbst bestehen bleibt und somit in Form einer Ablenkung oder Dissoziation wirksam ist; oder durch Umlenkung von der Hand auf den Unterleib wird eine Taubheit und Anästhesie dort erzeugt. So können auch Dammschnitte schmerzfrei erfolgen. Eventuell können Amnesien helfen, die Anstrengungen rückwirkend weniger negativ zu bewerten (z. B. Davidson, 1962).

Die Zusammenfassung der zahlreichen Berichte und Analysen beinhaltet: Die evidenz-basierte klinische Hypnose ist in zahlreichen Ebenen positiv wirksam (Brown & Hammond, 2007; Smith et al., 2006). Bei iranischen Frauen werden vergleichbare positive Ergebnisse erzielt (Abasi et al., 2009). Sie sind im folgenden Kasten als Kurzübersicht zusammengestellt.



Vorteile der Hypnose bei der Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe

Geburtsvorbereitung

- ▶ Wenige Vorübungen und Ritualisierungen mit 1 bis 20 Sitzungen
- ▶ Schmerz- und Angstreduktion vor und während der Geburt (z. B. Dillenburger & Keenan, 1996; Walker, 2000)
- ▶ Reduktion von chemischen Interventionen (Bobart & Brown, 2002)
- ▶ Anwendung besonders bei Medikamentenallergie
- ▶ Kontrolle der schmerzhaften Uteruskontraktionen
- ▶ Reduktion von Frühgeburten (Brown & Hammond, 2007)
- ▶ Signifikant besserer Durchblutung der Nabelschnurarterie (Arteria umbilicalis) (Reinhard et al., 2009).

Während der Geburt

- ▶ Alternative zur Anästhesie, z. B. mit Selbsthypnose (Ketterhagen et al., 2002)
- ▶ bessere Kooperation während der Geburt
- ▶ höhere Rate an gewollten Spontangeburt (Smith et al., 2003)
- ▶ schnelle Interventionen in Notfällen
- ▶ Mitarbeit und Unterstützung durch z. B. den Vater des Kindes (z. B. Dillenburger & Keenan, 1996; Fellows, 1984; Majolino, 1982; Spaletta, 1982)
- ▶ weniger Komplikationen, weniger chirurgische Eingriffe (Hüßken-Janßen, 2005; Martin et al., 2001)
- ▶ Reduktion der gesamten Geburtsdauer (Gross & Posner, 1963)
- ▶ verminderte Ermüdung und Erschöpfung von Mutter und Kind

Nachwirkungen

- ▶ Reduktion oder Wegfall von Nachwirkungen (Martin et al., 2001; Schauble et al., 1998)
- ▶ Abnahme von Schock und schnellere Erholung
- ▶ keine Beeinträchtigung des Kindes
- ▶ Verbesserung der → APGAR-Werte und spontanere Geburt (Bobart & Brown, 2002; Harmon et al., 1990; Jenkins & Pritchard, 1993)
- ▶ schnellere Erholung der Babys von der während der Geburt auftretenden Asphyxie (Moya & James, 1975)
- ▶ verringerte Verweildauer in der Klinik (Bobart & Brown, 2002; Martin et al., 2001)

Unterstützung der Mutter

- ▶ bewusstes Erleben der Geburt und des ersten Schreies
- ▶ positivere Einstellung gegenüber dem Neugeborenen (Zema & Canevari, 1981; Schauble et al., 1998)
- ▶ Erleichterung einer Mutter-Kind- bzw. Eltern-Kind-Bindung (Klaus, 2007)
- ▶ geringere Depressionswerte nach der Geburt bei hochhypnotisierbaren Frauen (Harmon et al., 1990, Yexley, 2007)
- ▶ Laktationsbeeinflussung: Psychogene Faktoren können hier wirken (z. B. Ablehnung des Kindes, Eheprobleme). Bereits die frühen Hypnoseforscher wie Liébault und Bernheim finden durch Hypnose Beeinflussung von Laktationsfluss und -menge, was auch durch z. B. Platonow (1959) bestätigt wurde.

Einschränkungen und Kontraindikationen der Hypnoseanwendung (nach Kroger, 1977)

- ▶ Reduktion der Suggestibilität durch negative Vorurteile gegen Hypnose
- ▶ hoher Zeitaufwand beim Einzeltraining
- ▶ Beeinträchtigung der guten Wirkungen durch das Mithören einer anderen Geburt (= Modelllernen) oder unangemessenen Informationen, Bemerkungen in Hypnose
- ▶ Anwesenheit des Hypnosetherapeuten ist erforderlich, wenn Selbsthypnose nicht beherrscht wird
- ▶ Kontraindikation bei emotionaler Verwirrung von psychotischen oder Borderline-Patientinnen, es sei denn, sie werden von einem entsprechend geschulten Therapeuten betreut

23.11.4 Weitere gynäkologische Problemstellungen

Gynäkologische Untersuchungen. Gynäkologische Untersuchungen und kleinere Eingriffe können von starken Ängsten oder Schmerzen begleitet sein, eventuell mit

Verspannungen (Vaginismus; s. Abschn. 22.5.1), und sind ebenfalls durch Hypnose für die Patientin angenehmer zu gestalten (Kroger, 1977).

Infertilität. Ungewollte Kinderlosigkeit muss nicht immer aufgrund von Infertilität vorliegen; auch (temporäre, funktionale) sexuelle Störungen können verursachend sein (Wischmann, 2010). Die Kinderlosigkeit ist oft von Depressionen gefolgt (Hämmerli et al., 2009), da unter anderem Wünsche nach Zärtlichkeit, Wiederholung eigener Kindheit und Geborgenheit nicht erfüllt werden können, ja unbewusst formulierte Lebenspläne nicht zu verwirklichen sind.

Psychogene Aspekte der Infertilität werden diskutiert (Hinton et al., 1988), entsprechende Ansätze der Hypnosebehandlung liegen vor (Kroger, 1962). Zu beachten ist, dass es sich um eine Subfertilität handeln kann. Erklärungsmodelle sind z. B. Immunreaktion gegen das Sperma, Tubenspasmus und Ovulationshemmung.

Neben einer fundierten Psychotherapie (mit oder ohne Hypnose) zur Aufarbeitung der Grundproblematik kann es zusätzlich hilfreich sein, durch Autohypnose oder posthypnotischen Auftrag Entspannung während oder nach dem Coitus zu bewirken und dadurch mögliche psychophysiologische Faktoren zu beeinflussen (Chigbuh, 1975; Kroger, 1977).

Bei Patientinnen und Patienten mit steigender Infertilität ist zunehmender psychischer Stress festzustellen (Hinton et al., 1988). Dies zeigt, dass man sich durchaus nicht an die Situation der Kinderlosigkeit gewöhnt. Frauen haben meist höhere subjektive Stressbelastungen, besonders wenn der Mann die Ursache der Unfruchtbarkeit ist, die ggf. psychogen sein kann.

Hinton et al. (1988) arbeiten mit einer Schnellinduktion zur Entspannung. Die Suggestionen beinhalten die gute Arbeit der Reproduktionsorgane. Moderne Ansätze benutzen allgemein Psychotherapie (Pöhl et al., 1999), Hypnose zur Entspannung oder zum Aufarbeiten zwischenmenschlicher Konflikte (Gravitz, 1995; Mikesell, 2000).

Bewältigung und Trauerarbeit. Auch Entstellungen und Behinderungen der Neugeborenen bedürfen einer besonderen Behandlung der Eltern; dazu gehört auch die Trauerarbeit nach Totgeburten. Differenzierte Darstellungen dazu sind in Abschnitt 22.1.5 enthalten.

Künstliche Befruchtung. Soll eine künstliche Befruchtung erfolgen, erhalten die Patientinnen von Shu-Hsin (2003) ein Aufklärungs- und Therapieprogramm mit Videos über die Intervention, Selbsthypnose, Muskelentspannung und kognitiv-behaviorale Beratungen. Die so behandelten Frauen nehmen dies als positive Versorgung wahr. Levitas et al. (2006) behandeln während des Embryotransfers mit Entspannungshypnose. Dadurch kann die Schwangerschaftsrate gegenüber der Kontrollgruppe deutlich verbessert werden.

Vulvodynie. Bei der → vestibulärer Vulvitis ist in einem Einzelfall bereits nach wenigen hypnotherapeutischen Sitzungen (Entspannung) eine deutliche Schmerzabnahme und Sexualverkehr möglich – auch über eine Beobachtungszeit von zwölf Monaten (Kandyba & Binik, 2003). Diese Ergebnisse werden bereits nach sechs Sitzungen bestätigt (Pukall et al., 2007),

Bei der → dysästhetischen Vulvodynie sind neben Antidepressiva Biofeedback und kognitiv-behaviorale Behandlungen hilfreich (Dionisi et al., 2008; Reed, 2006). Vielleicht ergeben sich daraus auch Anregungen zur Behandlung Hypnose.

Blasen- und Kontinenzprobleme. Besonders die überaktive Blase ist ein häufiges, oft chronisches und vorwiegend weibliches Problem. Dennoch ist die Literatur hierzu rar und enthält wenige therapeutisch hilfreiche Angaben (Hartmann et al., 2009). Auch hier könnte Hypnose noch hilfreich sein. Die weitere Abhandlung zu Blasenproblemen ist in Abschnitt 22.14 dargestellt.

Brustvergrößerung. Neben psychotherapeutischen Interventionen kann Hypnose vielleicht hilfreich sein, zu einer gewünschten Brustvergrößerung beizutragen. So werden von Marriott (1980) in einem Fall Pubertätsängste durch indirekte Hypnose und Ich-stärkende Suggestionen (s. Abschn. 19.6.7) abgebaut, und er kann durch symbolische Traumarbeit schließlich eine Brustvergrößerung bewirken. Williams (1974) verwendet Altersregression in die Zeit des pubertären Brustwachstums und benutzt diese Gefühle und Kognitionen, gleichzeitig verbunden mit einer Altersprogression, die eine Übernahme dieser Emotionen und Imaginationen für die Zukunft suggeriert. Nach zwölf wöchentlichen Sitzungen erreichen dreizehn Versuchspersonen eine Vergrößerung des Brustumfangs um 2,11 Inches (5,36 cm). Willard (1977) erzielt signifikante Erfolge über visuelle Imaginationen, die über Tonkassetten vermittelt werden (Roccella, 1983; Staib & Logan, 1977; Willard, 1977).

23.12 Augenheilkunde

Einige Augenerkrankungen und Sehbeeinträchtigungen stehen mit psychosomatischen Belastungen und Angstzuständen in Zusammenhang (Welker, 2000; Stempel, 2002).

Im Bereich des Auges und der visuellen Verarbeitung sind in Verbindung mit Hypnosesuggestionen Phänomene zu nennen wie z. B.: visuelle Halluzinationen, Farbenblindheit, Tunnelblick, Agnosie.

23.12.1 Myopie (Kurzsichtigkeit)

Bei → Myopie werden als Ursachen sowohl genetische als auch Umwelt- und Lernfaktoren gesehen. So können körperlicher Stress, Ermüdung, Schlafdeprivation auf den optischen Apparat einwirken und z. B. in den Ziliarmuskeln Ermüdungen und damit Sehunschärfe bewirken (z. B. Corsi-Cebrera et al., 1999). Veränderungen wurden durch operantes Konditionieren vorgenommen, indem das richtige Sehen der Lücke in den → Landoltschen Ringen durch Loben verstärkt wurde (Lanyon & Giddings, 1974). Auch durch Feedback und Verstärkung wurden gute Ergebnisse erzielt (Epstein et al., 1978; Matson et al., 1983).

Suggestionen greifen wahrscheinlich weniger am → Ziliarmuskel und dadurch an der Akkomodationsfähigkeit ein, sondern an retinalen oder zentralnervösen Verarbei-

tungsprozessen (Davidson & Singleton, 1967), da bereits Suggestionen zur Augenentspannung bedeutsame Verbesserungen bewirken (Graham & Leibowitz, 1972). In dem Fallbericht von Lenk (1990) wird mit Hypnose die Persönlichkeitsproblematik eines jungen Mannes aufgearbeitet und parallel eine deutliche Reduktion der Kurzsichtigkeit um bis zu 2,5 Dioptrien erreicht.

Kritische Betrachtungen der Hypnosewirkungen

Die kritische Analyse der recht zahlreichen Untersuchungen zur Hypnosewirkung zeigen: Die Verfahren zur Sehschärfemessung sind ungenau oder können relativ schnell erlernt werden; tageszeitliche Schwankungen der Sehschärfe wirken sich aus; unwillkürliches Absenken oder Anheben des Augenlides kann die Tiefenschärfe des Sehens beeinflussen, ebenso leichte Helligkeitsschwankungen. Sehr kritische sehen Raz et al. (2004) die Wirkungen der Hypnose bei einer dauerhaften Verbesserung der Myopie, da subjektive Gefühle der Sehverbesserung durch höhere kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit, Erinnerung, und Lernprozesse hier stark mitwirken, was wiederum zu einer subjektiven Verbesserung des Sehvermögens beiträgt (Rupolo et al., 1997).

Beeinflussung der Aufmerksamkeit kann die Wahrnehmungsverarbeitung ebenso beeinträchtigen und so die Reaktionszeit auf einen visuellen Stimulus und die Wahrnehmungsschwelle verändern, wodurch in einem Reaktionstest mehr Stimuli erkannt werden (Rees et al., 1999). Aufmerksamkeit kann sich somit auf den visuellen Kortex auswirken, indem dort die visuelle Diskriminationsfähigkeit verbessert wird oder die Informationsverarbeitungsrate vergrößert wird, jedoch nicht das Schärfesehen selbst. Ähnlich können Personen mit Farbenblindheit durch ein Differenzierungstraining die kognitive Interpretation der Farbpunkte auf den → Ishihara-Tafeln (Ishihara, 1954) verbessern und dadurch den Test erfolgreich durchlaufen, ohne dass ihre genuine Farbenblindheit behoben wäre.

23.12.2 Amblyopie (Schwachsichtigkeit)

Die → Amblyopie als anlagebedingte Sehschärfenminderung ist durch optische Hilfsmittel nicht zu beheben.

Browning et al. (1958) erreichen bei neun hochhypnotisierbaren Kindern mit Amblyopie durch die direkte Suggestion, nun deutlich zu sehen, eine starke Verbesserung, die auch im Sehschärfetest objektiv nachgewiesen wird. Die Wirkung psychischer Komponenten, wahrscheinlich zentralnervöser Verarbeitungsprozesse, ist auch hier zu vermuten (Williams & Singh, 1976).

23.12.3 Strabismus (Schielen)

Wenige Fälle von Strabismus sind bekannt, bei denen in Verbindung mit Sehschulung Hypnosebehandlungen erfolgten und Besserungen erbrachten (Crasilneck & Hall,

1975). In der postoperativen Behandlung von Strabismus setzt Lewenstein (1978) Hypnose als einziges Anästhetikum ein, um bei Kinder-Patienten eine Kooperation im wachen Zustand zu erhalten.

23.12.4 Glaukom (Grüner Star)

Bei → Glaukom wird der Zusammenhang mit Persönlichkeitsfaktoren diskutiert; gesichert sind die deutliche Anhäufung psychophysiologischer Beschwerden und die Auswirkung von Stressfaktoren auf den Augeninnendruck (Kaluza & Stempel, 1994, 1995; Stempel, 2002).

Bei → Engwinkelglaukom (Glaucoma chronicum congestivum) erhalten die 40 Patienten von Mingyan und Fuyuan (2001) vor der Operation unterstützende Psychotherapie und Entspannung mittels Selbsthypnose davor und danach. Verglichen mit der Kontrollgruppe haben sie Tage vor und nach dem Eingriff weniger Angst, eine geringe Herzfrequenz während der Operation, geringeren Schmerz und sind zufriedener mit den medizinischen Hilfen.

Praxishinweis

Ein effektives Behandlungsprogramm zur Senkung des Augeninnendruckes (Kaluza & Stempel, 1994; Stempel, 2002)

Stärkung von Kompetenzen, z. B. der Körperwahrnehmung, Entspannung und Autosuggestion:

- ▶ Entspannungsübungen von Schultern, Nacken, Umfeld des Auges
 - ▶ Übungen zur Sensibilisierung für die Augen und differenzierte Entspannung der Augenmuskeln
 - ▶ Visualisierungsübungen zum inneren Auge und Autosuggestionen – Vorstellungsbilder über das Augeninnere und den Abfluss des Kammerwassers
- Unterstützend sind dabei Musik und Naturklänge.

Nachgewiesen wird im Auge die Regulierung durch das vegetative Nervensystem bei z. B.: Abfall des Augendruckes, Abtransport von Kammerwasser, vermehrte Durchblutung von Bindehaut und Lederhaut, verbesserte relevante Muskelregulation für die Produktion und Beseitigung des Kammerwassers und Reduktion der Medikamenteneinnahme (Kaluza & Stempel, 1995).

23.12.5 Weitere Aspekte der Augenheilkunde

Bei einer Jugendlichen mit → Ziliarspasmus konnte unter Hypnose Akkommodation trainiert werden; katamnestische Befunde waren jedoch leider nicht möglich (Lupica, 1976).

J. Barber und Mallin (1977) erreichen mit Hypnose Analgesie bei der Anpassung von Kontaktlinsen und betonen, unangenehme und negative, problembezogene Formulierungen zu vermeiden.

Bei einer Patientin mit langjährigem → Lagophthalmus geben Holroyd und Maguen (1989) die Suggestionen für Entspannung, Augenschluss und Produktion von Tränenflüssigkeit. Mittels Selbsthypnose tritt bereits nach vier Sitzungen Heilung ein, die auch nach 16 Monaten noch feststellbar ist.

Psychogene Erblindung. Kluxen (1995) berichtet von einem Patienten, der als 22-jähriger Soldat den Befehl erhielt, an einem Erschießungskommando teilzunehmen. In der Nacht vor dem Einsatz erblindet er auf seinem rechten (Ziel-)Auge. Als das andere Auge nach 52 Jahren durch einen Glaukomanfall erblindet, steigt die Sehkraft seines vorher erblindeten Auges auf 10 Prozent an. Es wird hier eine Konversionsstörung angenommen.

23.13 Ohrenheilkunde

23.13.1 Tinnitus aurium (Ohrenklingen)

Bei leichten Fällen von → Tinnitus ist die klienten-zentrierte Psychotherapie mit und ohne Hypnose gleich wirksam (Mason et al., 1995). Hollweg (1995) sieht in seinem Fall Tinnitus als Körpererinnerung an ein vor oder besonders während der Geburt erlittenes Trauma an, ausgelöst durch Stress-Situationen, und arbeitet dies entsprechend mit tiefenpsychologischer Therapie unter Hypnose auf.

Von Marks et al. (1985) werden resistente Tinnitus-Patienten allein mit der Induktion von Hypnose behandelt, sodass sie die (ungewohnten) Geräusche besser tolerieren können. Erfolge mit reinen Entspannungssuggestionen und Selbsthypnose berichten Crasilneck und Hall (1975).

Kognitiv-behaviorale Methoden sind hier solche, bei denen Patienten den Störreiz selbst verändern oder negieren lernen. Dies beinhaltet, das Ohrengeräusch und die psychisch emotionale Wertung zu entkoppeln und seine psychologische Bedeutung zu verändern (= Reframing; Langs & Schneider, 2009). Ziel ist insgesamt das Wiedererlangen von Selbstkontrolle. Stimuluskontrolle über Lautstärke oder Frequenz des Geräusches bewirkt Kroger (1977) und verwendet dazu auch posthypnotische Suggestionen und Selbsthypnose. Halama (1992) erreicht über Kassetten mit Entspannungs- und Distanzierungssuggestionen sogar bei chronischem Tinnitus (bis zu 31 Jahre, durchschnittlich 9,4 Jahre Dauer) Besserungen. Mit Übungsintensität und -dauer nimmt der Tinnitus unter Hypnose gegenüber der Kontrollgruppe deutlich ab ($p < .001$) oder verschwindet sogar.

In seinen Einzelfällen ist Joisten (1992) mit einem komplexen kognitiv-behavioralen Behandlungsprogramm erfolgreich. Es umfasst neben Selbstkontrollerwerb veränderte Symptomwahrnehmung auch Hypnosesuggestionen zur Geräuschveränderung und Metaphern zur Bewältigung.

Die Effektivität der psychologischen Behandlungen von Tinnitus, besonders von kognitiv-behavioralen und Entspannungstechniken, ist belegt (Andersson et al., 1995; Andersson & Lyttkens, 1999), auch in randomisierten klinischen Studien (Dobie, 1999).

Bei 393 Klinikpatienten mit subakutem und chronischem Tinnitus wenden Ross et al. (2007) ein 28-tägiges multimodales stationäres Behandlungsprogramm auf der Basis der Erickson-Hypnose an, also zum Beispiel mit Ressourcen- und Lösungsorientierung. 90 Prozent der Behandlungsgruppe zeigt Verbesserungen der Symptomatik und der Lebensqualität – gegenüber den 20 Prozent Verbesserung in der Wartelisten-Gruppe. Wesentlich sind auch hierbei Retraining-Ansätze, nach denen die Wahrnehmungsverarbeitung und ihre angstausslösende negative Bedeutungszumessung beeinflusst wird (Jastreboff, 1990; Kröner-Herwig et al., 2000; Lux et al., 2003).

Auch Maudoux et al. (2007) sind mit einer »Erickson-Hypnose« erfolgreich; sie beinhaltet, die Patienten darin zu unterweisen, mit Selbsthypnose die Frequenz und Lautstärke des Tinnitus zu verändern.

Die späteren Analysen kritisieren hier die mangelnde Vergleichbarkeit der sehr unterschiedlichen Behandlungsformen der Hypnose (Cope, 2008).

23.13.2 Hörsturz; akute Ertaubung

Die Krankheit tritt plötzlich ein, meist als einseitige Ertaubung oder Hörminderung. Ursachen sind Vasospasmen in den kleinen Gefäßen im Innenohr und damit verbunden lokaler Sauerstoffmangel. Primärursachen dafür können neben Stress (Kröger et al., 1996) auch Ohnmacht-, Wut- und Schuldgefühle sein (Goebel & Lamparter, 2004), auch zahlreiche körperliche Erkrankungen (z. B. Schädeltrauma, Infektionskrankheiten). Da hier gefäßerweiternde Medikamente und (je nach Ursache) Sedativa wirkungsvoll sind, kann auch durch Hypnose-Entspannung geholfen werden, die innerhalb von 30 Minuten audiografisch Besserungen nachweisbar machen (Greuel, 1984). Stressbewältigungsprogramme sind ebenfalls sehr sinnvoll.

23.13.3 Psychogene Taubheit

In Abschnitt 7.6.4 wurde dieser Aspekt bereits teilweise diskutiert. Zur Veranschaulichung dieser Symptomatik sei die Ehefrau des Schauspielers Charles Laughton erwähnt. Als er ihr nach vielen Ehejahren gesteht, seit langem käufliche homosexuelle Verhältnisse zu haben, ist sie in den folgenden Wochen wie taub, um sich vor derartigen Informationen zu verschließen (I. Wallace et al., 1985).

Ein analoges Beispiel wird von Channon (1979) berichtet, in dessen Adipositas-therapie die Patientinnen »nicht hören« konnten, wahrscheinlich als Abwehr gegen die Intervention bzw. Konfrontation. Entsprechend müssen in solchen Fällen breit angelegte psychotherapeutische Interventionen (mit/ohne Hypnose) erfolgen.

23.14 Infektionskrankheit – HIV- und Aids-Erkrankungen

Mit der körperlichen → HIV-Erkrankung sind stets massive seelische Probleme wie Gefühle von Ohnmacht, Hass, Hilflosigkeit und Schuld verbunden – und mit zunehmender Erkrankung Ängste, besonders Todesängste. Behandlungsversuche mit Hypnose gehen von der Basis der Psychoneuroimmunologie aus, sodass psychische Faktoren das Immunsystem labilisieren bzw. stabilisieren.

Die Immunschwäche versuchte man anfangs durch Hypnose und entsprechende Bewältigungsstrategien anzugehen, die besonders die CD4+-T-Lymphozyten vermehren oder stabilisieren sollten (Leiberich et al., 1995; Reiser et al., 1993). Für Leiberich et al. (1995) ist für die Behandlung besonders die Erforschung von Copingstrategien sinnvoll. Sie wollen über meditative und auf Entspannung basierende Methoden innere Ressourcen erkennen und aktivieren, Behandlungsgrundlage ist das Programm »Teaching of Coping Skills« (Roskies & Lazarus, 1980, 1985). Die meisten Teilnehmer finden Zugang zu einer besseren Krankheitsbewältigung, teilweise auch zur Veränderung der äußeren Lebensumstände. Bei noch reaktionsfähigem Immunsystem haben Langzeitnutzer der Behandlung einen günstigeren immunologischen Verlauf.

Peter (1995) sieht bei HIV und bei den mit Aids verbundenen Erkrankungen drei Krankheitsstufen mit unterschiedlichen Therapieerfordernissen, bei denen Hypnose eine effektive Strategie sein kann.

Taylor (1995) geht von einem Stressbewältigungskonzept aus, bietet die Kombination von Biofeedback, Hypnose und Entspannung als Behandlung an und erzielt signifikante Verbesserung von T-Zellen-Anzahl, Angstwerten und Selbstwert bis zur Nachuntersuchung nach einem Monat. Duggan et al. (2001) sehen alle komplementären alternativen Behandlungsformen (inklusive Hypnose) als hilfreich an, um die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen.

Teilen Kinder oder Jugendliche (8–18 Jahre) ihre HIV-Erkrankung ihren Freunden innerhalb des einjährigen Projektes mit, so haben sie direkt danach eine größere Zunahme der CD4+-T-Zellen und einen langsameren Krankheitsverlauf als diejenigen, die die Krankheit verheimlichen oder erst vor Projektbeginn mitteilten (Sherman, 2000). Dieser Vorteil hängt jedoch von zahlreichen unwägbaren psychosozialen Faktoren ab.

Die nachfolgende Literatur befasst sich ausschließlich mit der Hypnose-Behandlung der Begleiterkrankungen, die auf bekannte Interventionen zurückgreift und auf Einzelfälle verweist. Dies beinhaltet jedoch auch, dass psychologische und hypnotische Interventionen durchaus das Immunsystem positiv beeinflussen können, wie es in einer Literaturanalyse im Bereich der Pädiatrie gefunden wurde (Nassau et al., 2008).

Ein Teil der Erkrankungen besteht in Schmerzproblemen, die deutlich mit Hypnose zu bewältigen sind und zur signifikanten Abnahme des Schmerzmittelbedarfs führt (Langenfeld, 2000, 2003). Da auch die Haut betroffen ist und Juckreize (Pruritus) entstehen, können durch das Kratzen Verletzungen und Stress verursacht werden, gefolgt von Schlafstörungen und emotionalen Beeinträchtigungen. Nach einem Ent-

spannungstraining mit Selbsthypnose treten deutliche Verbesserungen ein (Rucklidge & Saunders, 2002). Meist bleibt nur die Begleitung des Patienten übrig, seine chronische und tödliche Krankheit zu bewältigen, die z. B. über Hypnosemetaphern dazu führen kann, die zunehmenden Schmerzen, Qualen und Beeinträchtigungen zu ertragen oder sich von ihnen zu entfernen (Harper, 1999).

Weitere differenzierte Ausführungen zur Psychoneuroimmunologie sind in Abschnitt 7.4 zu finden.

23.15 Orthopädie

Behandlungen von Form- und Funktionsfehlern des Stütz- und Bewegungsapparates können auch mit Hypnose unterstützt werden. Meist handelt es sich um Schmerzprobleme (s. Abschn. 22.3).

Bei einer Harrington-Operation werden idiopathische Wirbelsäulenskoliosen (starke Verkrümmungen) korrigiert, indem ein bis zwei Metallstäbe an der Wirbelsäule befestigt werden. Jones (1977) trainiert seine Patienten (Kinder zwischen 13 und 16 Jahren) in Hypnose und leitet die Induktion ein, nachdem die chemische Anästhesie zurückgeht. So können die erforderlichen Reflexuntersuchungen sofort erfolgen. Die Nacherholungsphase ist gegenüber konventionellen Behandlungen deutlich verbessert.

Zeltzer und LeBaron (1983) wenden bei Kindern Hypnose an, wenn Knochenmarktransplantationen erforderlich sind (s. Abschn. 22.3.5).

Erhalten Patienten nach Knochenfrakturen zusätzlich zur orthopädischen Versorgung Hypnose-Suggestionen zur Heilung ihres Bruchs, so haben sie im Vergleich zur Kontrollgruppe deutliche Vorteile, die objektiv auf dem Röntgenbild erkennbar sind, ihre Gelenkmobilität und das Treppensteigen ist verbessert, die Schmerzen sind reduziert, und es werden weniger Analgetika eingesetzt (Ginandes & Rosenthal, 1999), so auch in der Notaufnahme bei Untersuchungen und Interventionen von Unterarmfrakturen bei Kindern (Iserson, 1999).

LaVorgna-Smith (1996) betreut eine Osteoporosegruppe ($N = 5$) in einem Hundert-Tage-Programm; durch Hypnose und Meditation soll der internale locus of control und Coping wiedergefunden werden. Das physische und psychische Wohlbefinden wird dadurch gesteigert. Da unter Stress Kalzium abgebaut wird und Depression das Osteoporoserisiko vergrößert, kann diese Untersuchung ein Impuls sein, auch hier weiter mit Hypnose zu arbeiten.

Patienten, die einer orthopädischen Handchirurgie bedürfen, sind nach der Operation zusätzlich schmerzhaften Behandlungsformen ausgesetzt, die zur Mobilisierung von Hand und Fingern und deren Funktionen erforderlich sind. Maurer et al. (1999) verwenden eine 20-minütige standardisierte Instruktion mit Entspannung und positiven posthypnotischen Suggestionen zur Verbesserung der Beweglichkeit, zum Angstabbau und zur postchirurgischen Genesung. Diese Wirkungen treten deutlich in der Behandlungsgruppe auf, jedoch nicht in der Kontrollgruppe.

Rückenschmerzen (low back pain) sind mit einem Anteil von 20 Prozent in der Gesamtbevölkerung die weltweit häufigsten chronischen Schmerzen und sind in allen ethnischen und kulturellen Gruppierungen zu finden (Ehrlich, 2003).

Zusätzlich zu konventionellen Therapieformen wie z. B. Krankengymnastik und Schmerzmitteln sind die Wirkungen von Hypnose bekannt (z. B. Jensen et al., 2009; Montgomery et al., 2000). Da Rückenschmerzen eine sehr komplexe Symptomatik darstellen, sollten zusätzlich zur z. B. Entspannung durch Selbsthypnose auch die Kognitionen, Verstärkung des Schmerzverhaltens und die mit dem Symptom verbundenen psychosozialen Stressoren (z. B. Angst, Depression) berücksichtigt werden (Spinhoven, 1987). Die Kombination von Hypnose (Entspannung, Angstabbau) und kognitiv-behavioralen Methoden (Coping) ist ebenfalls erfolgreich (Nielson & Weir, 2001).

Der Einfluss der Hypnotisierbarkeit auf die Symptomatik bzw. deren Therapie wird sehr unterschiedlich diskutiert (Crawford et al., 1998).

Von den zahlreichen Behandlungsmethoden soll die Methode von Spinhoven (1987) und Spinhoven und Linssen (1991) genannt sein.

- ▶ Nach einer Einführung in Hypnose erlernen die Patienten Zwerchfellatmung zur Schmerzreduktion und zur Entspannung bzw. Analgesieanwendung
- ▶ Erklärungen zur biopsychologischen Definition von Schmerz
- ▶ Informationen zur Gate-Control-Theorie des Schmerzes und der schmerz-bewirkenden Faktoren
- ▶ Führen eines Schmerztagebuches
- ▶ Hypnoseinduktion mit Suggestionen der Schmerzreduktion und Coping-Strategien

In der Pilotstudie von Tan et al. (2010) bewirken diese Maßnahmen ebenfalls signifikante Schmerzreduktionen gegenüber den Vortests, bleiben jedoch auf Dauer nicht erhalten.

23.16 Chirurgie und Anästhesie

In Frankreich wurde erstmals im Jahr 1797 von M. Dubois Hypnose zur Chirurgie eingesetzt, in Amerika 1820 von C. Caldwell (Gravitz, 1988). In England wird diese Entwicklung durch Elliotson (1843) und Esdaile (1847) eingeleitet. Esdaile machte in Indien über 300 Eingriffe und senkt die hohe Mortalitätsrate (teilweise bis 50 Prozent) auf 5 Prozent.

Die Wirkungen suggestiver Faktoren im operativen Bereich zeigt Beecher (1955) auf; er benutzt in der Narkosevorbereitung ein Placebo und erfahrene Anästhesisten können die beiden Patientengruppen (Narkosemittel vs. Placebo) nicht voneinander unterscheiden.

Besonders Enqvist et al. (1995) weisen explizit darauf hin, wie viele körperliche und mentale Faktoren bei der Chirurgie eine bedeutsame Rolle spielen (s. Abb. 23.3) und dadurch direkt oder indirekt über psychophysiologische Steuerungsprozesse Einfluss auf den Blutverlust, die Heilung und Ödembildung haben. Hier gilt es, möglichst viele von ihnen angemessen zu berücksichtigen. In manchen Kliniken hat sich Hypnose etabliert; so wurden im Universitätsklinikum Lüttich über 7.500 chirurgische Eingriffe mit Hypnosedierung durchgeführt (Faymonville, 2010).

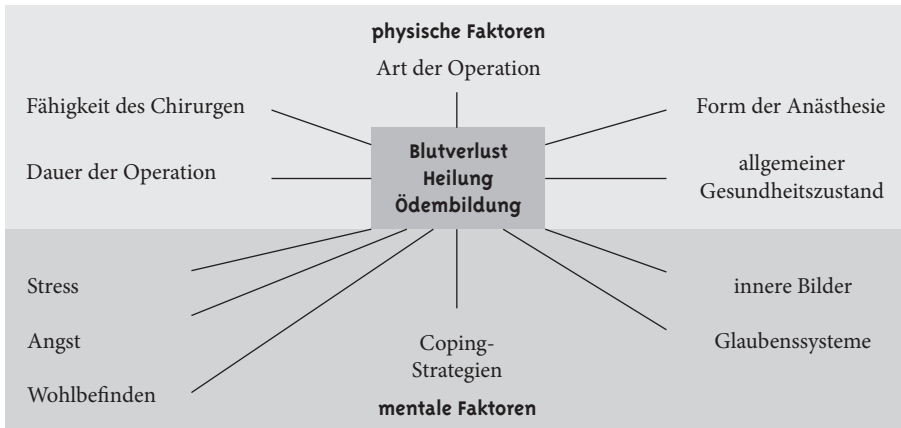


Abbildung 23.3 Körperliche und mentale Faktoren mit Auswirkungen auf Blutverlust, Heilung und Ödembildung nach chirurgischen Eingriffen (nach Enqvist et al., 1995)

Die Möglichkeiten der Analgesie und Anästhesie durch Hypnosesuggestionen wurden bereits in Abschnitt 7.6.6 kurz dargestellt. Es handelt sich um eine Beeinflussung der Schmerzproblematik und u. a. um eine Kontrolle der Blutgefäße, die unter Hypnose teilweise konstringieren, besonders in peripheren Bereichen (Bishay & Lee, 1984; Clawson & Swade, 1975).

Indikationsbereiche

Im Vordergrund stehen Angstabbau, Schmerzreduktion, Stabilisierung des Wohlbefindens in den verschiedenen Phasen der Operation und letztlich Anästhetika-Unverträglichkeiten (Loth & Kahan, 1986).

Die Berichte, besonders randomisierte kontrollierte Studien zur Hypnosewirkung in der Anästhesie, haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen, sodass nachfolgend nur ausgewählte erwähnt werden können.

Hier gelten analog die gleichen Aspekte wie bei der Geburtsvorbereitung und -durchführung (s. Abschn. 23.11.2).

23.16.1 Notfallversorgung und Notaufnahme

In der Notfallversorgung z. B. nach einem Unfall befinden sich die Betroffenen nicht nur in Extremsituationen, sondern meist auch in einem Trance-Zustand, in dem sie

hochsuggestibel sind. Entsprechend müssen sie von der umstehenden Menge und anderen Negativsuggestionen abgeschirmt werden und Positivsuggestionen erhalten, die möglichst bildhaft und permissiv sein sollten. Angeleitet zu unbewussten Suchprozessen und inneren Ressourcen wird der Patient darin unterstützt, wieder Selbstkontrolle und Selbstertrauen zu gewinnen (Hansen et al., 2010). Entsprechend sollten bereits durch den Notarzt bzw. in der Notaufnahme Hypnoseintervention genutzt werden, so z. B. für Kinder (Bierman, 1989), bei Verbrennungen (Wallace, 1987), Blutungen und Notoperationen (Clawson & Swade, 1975).

Zur Notfallversorgung bzw. Notaufnahme sind häufig Sedierungen erforderlich, so z. B. bei Untersuchungen nach Überfällen und sexuellen Übergriffen, radiologischen Untersuchungen (CT, MRT), Wundversorgung, Richten von Frakturen und Einrenken von Gelenken.

Zusätzlich zur körperlichen Untersuchung sind exploratorisch wichtig: Erfahrungen mit bzw. Ansprechbarkeit auf Sedativa, Anästhetika, Krankheiten, Medikamenten- und Drogenkonsum, Alkoholkonsum, Schwangerschaftsstatus, Allergien usw.

Je nach Befund haben sich bei der Notaufnahme auch kognitiv-behaviorale Therapie und Hypnose erprobt, die besonders bei Schmerzproblemen anwendbar sind (Dillard & Knapp 2005).

23.16.2 Biopsie und Radiologien

Bei der Brustbiopsie erleben Frauen oft Angst. In einer randomisierten Studie wurde festgestellt, dass Empathie und Selbsthypnose (Entspannung) hilfreich beim Angstabbau sind, Hypnose dabei die besten Ergebnisse gegenüber der Standardbehandlung erbringt, sogar deutlich die Verweildauer im OP senkt (46 Min/39 Min) und dadurch kostengünstig ist (Lang et al., 2006).

Bei radiologischen Interventionen (z. B. MRT, CT) muss der Patient ganz still liegen, um keine Bewegungsartefakte in die Ergebnisse einfließen zu lassen und kann dadurch bereits emotional belastend sein. Bei Ängsten besteht der Bedarf nach Anxiolytika (Boswinkel & Litman, 2005). Besonders ängstliche Patienten benötigen eine längere Behandlungsdauer, mehr Medikamente und bedürfen hier nichtpharmakologischer Hilfen wie z. B. Hypnose (Schupp et al., 2005).

23.16.3 Vorbereitung des Patienten – Suggestionsbeispiele und methodische Hinweise

Wenn nicht gerade Notfallsituationen bestehen, sollte der Patient in mehreren Sitzungen auf den Eingriff vorbereitet und in Hypnose trainiert werden. Je nach Kooperation bzw. Hypnotisierbarkeit kann sogar nur eine einzige Übungssitzung ausreichen. Mitunter erweist sich die Handlevitation als besonders sinnvoll, da der Patient hierdurch auch auf motorischer Ebene – und somit für ihn fast »objektiv« – die Hypnosewirkung anschaulich und begreiflich erfahren kann.

Tonbandaufklärungen über die zu erwartende Operation und Entspannungssuggestionen bei der Operation bewirken Entspannung und bessere Nacherholung (Field, 1974), sogar bei Operationen am offenen Herzen (Hart, 1980; Laurinaitis, 1991).

Bei der Vorbereitung zur Lumbalpunktion haben Kinder (in einer randomisierten Studie), die mit einem Lokalanästhetikum und Hypnose behandelt wurden, weniger Erwartungsängste und weniger Angst vor dem Eingriff als diejenigen, die nur ein Lokalanästhetikum oder zusätzlich dazu Zuwendung erhalten (Liossi et al., 2006).

Werden Patienten auf die Operation mit Hypnose vorbereitet und/oder intraoperativ damit begleitet, sind umfassende positive Wirkungen festzustellen, die in zahlreichen standardisierten randomisierten Studien nachgewiesen wurden und wegen ihrer Vielfalt hier u. a. nur punktuell genannt werden können (Montgomery et al., 2002).

Praxishinweis

Kooperation Therapeut – Patient

- ▶ Meist wird der Patient dazu angeleitet, weitgehend Selbsthypnose anzuwenden, um dadurch eine optimale Eigensteuerung vorzunehmen, die seinem individuellen Bedarf am besten entspricht.
- ▶ Oft werden Patienten Tonträger mit Suggestionen zur Vorbereitung gegeben; dadurch ist die Instruktion standardisiert und besonders für Vergleichsuntersuchungen geeignet. Gleichzeitig kann damit Zeitökonomie erreicht werden. Beim Schwangerschaftsabbruch erfolgt sogar während des Eingriffs die Entspannungsinstruktion über den Tonträger und erreicht auch seine positiven Wirkungen (s. Abschn. 23.11.1).
- ▶ Dennoch ist beim Eingriff je nach Erfordernissen die Anwesenheit des Therapeuten mit kontinuierlichen Suggestionen erforderlich.
- ▶ Er kann während der Vorbereitung Zeichen vereinbaren oder ideomotorische Signale üben. – Auch schriftliche Notizen durch den Patienten sind möglich, wenn dieser keine verbalen Mitteilungen machen kann, wie z. B. nach einer Tonsillektomie (Loth & Kahan, 1986).

Bei größeren Eingriffen (oder unsicheren Patienten – ggf. auch bei unsicheren Therapeuten) empfiehlt Kroger (1979) eine konkrete Generalprobe: Alle Induktionen und Suggestionen werden wie im Ernstfall gegeben, so auch die Anästhesie der betreffenden Körperstelle. Dazu gehören auch die simulierte »Freilegung« des Gewebes durch Berührung und die verschiedenen Geräusche der Operationsgeräte usw. Bejenke (1988) benutzt diese Geräusche, um mit ihnen die Hypnoseinduktion zu kombinieren und erreicht dadurch schneller Entspannung. In neuen Berichten werden derartige Vorbereitungen nicht erwähnt; sie benötigen zu viel an Zeitaufwand und entsprechen nicht mehr der Stresssituation im Operationssaal (Faymonville, 2010).

Suggestionsbeispiele

Negativsuggestionen. Bei der Vorbereitung und Durchführung der Operation erfolgen oft Negativsuggestionen wie Verneinungen (»Sie müssen keine Angst haben.«; Hansen & Bejenke, 2010) oder Gerätegeräusche und für den Patienten sichtbare Schläuche zur Blutzirkulation (Hansen, 2011), die beängstigen können.

Handschuhanästhesie. Die Handschuhanästhesie wird auf den betreffenden Körperbereich übertragen (s. Abschn. 7.6.6).

Dissoziation. Zudem wird die Dissoziation zwischen dem operierten Körper und dem entfernt im Urlaub entspannten Geist angewandt (s. Beispiel von Gheorghiu & Orleanu, 1982, in Abschn. 24.8.1).

Hier finden nahezu alle Methoden Anwendung, die in der Hypnosebehandlung von Schmerzen benutzt werden; nur sollten Suggestionen der Durchblutung und der Wärme sehr genau überdacht werden, um an der relevanten Körperstelle keine → Vasodilatation und damit verstärkte Blutung zu bewirken; meist sind die Wärme-Instruktionen durch Kälte-Instruktionen auszutauschen.

Suggestion

Beispiel für eine Kälte-Instruktion – nach Induktion und Ruhebild

»Mit jedem Atemzug werden Sie tiefer und tiefer entspannt, merken ganz deutlich, wie die Entspannung immer weiter zunimmt, mit jedem Atemzug ... werden Ihre Glieder angenehm schwerer und schwerer, sodass es Ihnen Mühe machen würden, sie anzuheben. Aber das kostet viel zu viel Kraft ... und da Sie keine Lust dazu haben, bleiben die Hände und Arme (bzw. der relevante Körperbereich) ganz locker und schwer, sodass sie uninteressant werden ... ganz locker ... und mit jedem Atemzug werden Sie immer tiefer entspannt und entspannter ... Nun wird dieser Bereich ganz steif, kalt und taub. *(Therapeut berührt diesen Bereich oder schlägt leicht darauf und bewirkt dadurch eine Vasokonstriktion; gleichzeitig hat der Patient so einen deutlichen körperlichen Hinweisreiz, welche Stelle er imaginativ einbeziehen soll.)* Immer kälter und tauber, steif, als ob ein Eiswürfel darauf liegt. Sie stellen sich vor, dass ein Eiswürfel auf dieser Stelle liegt, die nun immer kälter und tauber wird. Berührungen werden ganz gleichgültig, uninteressant, da dieser Bereich vollkommen taub ist [...]« (usw.).

23.16.4 Aufrechterhaltung der Hypnosewirkungen

Insgesamt bedarf die Durchführung einer guten Vorbereitung, um Zwischenfälle in die Suggestionen mit einzubeziehen. Auch sollte der Patient stets über neue Eingriffe wie z. B. Lageveränderungen, Katheterisierung, Säubern informiert werden. Nur so ist auch die gute und komplikationslose Kooperation des Patienten aufrechtzuerhalten (Nathan et al., 1987).

Während des Eingriffs kann die Analgesie vollkommen sein, es werden keine Schmerzen wahrgenommen und vielleicht nur noch die Operationsberührungen.

Nun müssen keine weiteren speziellen Suggestionen zur Analgesie erfolgen, sondern es müssen nur noch die Hypnosewirkungen aufrechterhalten werden. Neuere Studien berichten sehr selten über derartige individuelle Interventionen, da sie meist in Gruppen, randomisiert und standardisiert durchgeführt werden. Die vorgenannten Beispiele machen dennoch deutlich, dass trotz aller Objektivierungen das Individuum mit seiner Bedürftigkeit im Vordergrund stehen muss.

Falls die einzelnen Berührungen und Geräusche für den Patienten beunruhigend sind, so müssen sie sinnvoll mit einbezogen werden: z. B. als Berührungen im Rahmen der Dissoziation (»Ihr Körper spürt jetzt am Bauch eine Berührung, die für Ihren Geist jedoch nicht wahrnehmbar ist, da er weit weg ist am Strand von ...«) oder als Geräusch, das seinem Imaginationsbild entspricht (das Klicken von Instrumenten als Knacken beim Waldspaziergang etc.).

Verbal oder durch vereinbarte bzw. ideomotorische Signale kann der Patient seine Befindlichkeit mitteilen und so den Therapeuten veranlassen, differenzierte Suggestionen zu geben. Je nach Erfordernis ist die Anwendung von Vertiefungstechniken angezeigt (s. Abschn. 6.5).

Bei einer krankhaft dickleibigen Frau (260 kg) muss ein → benignes → Neurofibrom (25 kg) entfernt werden. Da andere Formen der Anästhesie kontraindiziert oder unbrauchbar sind, wird Hypnoanästhesie durchgeführt (Morris et al., 1985). Als der Chirurg unvorbereitet Geräusche verursacht, signalisiert die Patientin Stress. Durch die Gabe von Sublimaze® und Valium® kann die Hypnose jedoch weiter aufrechterhalten werden.

In der erstmaligen randomisierten Studie zur nicht-pharmakologische postoperativen Wundheilung von Giandes et al. (2003) nahmen Frauen nach Brustverkleinerung teil:

- ▶ Hypnose wird in Audioaufzeichnungen vermittelt, um so täglich standardisiert und in Gruppen zu üben
 - ▶ *Präoperative* Hypnosesuggestionen: Regulation des Blutflusses, Einübung von Handschuhanästhesie, Reframing des Schmerzes als »Empfindungen der Heilung«
 - ▶ *Postoperative* Suggestionen: Reduktion von Entzündungen, Wundheilung und Wiederaufbau des Gewebes
 - ▶ *Psychologische* Suggestionen: Wiederkehr von Energie und des Wohlbefindens
- Die Untersuchungen bis sieben Wochen nach der Operation zeigen nach Blindbeurteilung durch das Personal: Die Hypnosegruppe hat eine signifikant bessere Heilung und funktionale Erholung als die Vergleichs- und Kontrollgruppen.

23.16.5 Rückorientierung

Abhängig vom individuellen Bedarf können posthypnotische Suggestionen kurz vor Auflösung der Hypnose zur weiteren Schmerzfreiheit, zum allgemeinen Wohlbefin-

den, der besseren Durchblutung oder zur weiteren Ruhigstellung durch Beibehaltung der Katalepsie in diesem Bereich führen (Kelsey & Barron, 1958).

Die Hypnose kann wie gewohnt z. B. durch Rückwärtszählen beendet werden; auf die Rückorientierung ist besonders zu achten, da meist ein tiefer Entspannungszustand vorlag. Der Patient sollte dann motiviert werden, durch Selbsthypnose z. B. das Schmerzmanagement weiter aktiv mitzubeeinflussen; eventuell kann dieser Anteil bereits in der posthypnotischen Suggestion enthalten sein.

In der Nacherholungsphase bewirken die unterschiedlichen Modifikationen suggestiver Beeinflussungen durchgängig positive Ergebnisse. Für die Nachbehandlung lässt Herod (1984) positive Zukunftsträume imaginieren und erreicht dadurch weitere Besserungen.

23.16.6 Kinder als Patienten

Praxishinweis

Empfehlungen zur Kooperation mit Kindern

Kinder bedürfen besonderer Beachtung, da die fremde Umgebung in der Klinik, verbunden mit Liebesverlust, sich für sie sehr negativ auswirkt und Angst erzeugt. Sowohl bei diagnostischen Eingriffen wie Lumbalpunktion oder Knochenmarkentnahme (Hageman-Wenselaar, 1988) oder Operationsvorbereitungen bietet Hypnose gute Möglichkeiten zur Angstreduktion (Kuttner, 1989).

Vor allem Bilderbücherbetrachten, Seifenblasenspiele oder Schaukeln sind neben der Hypnose bekannte Ablenkungsmöglichkeiten (Kuttner, 1989).

Kinder mit potenziellen postoperativen Risiken sind unter sechs Jahren, mit hoher Emotionalität, Impulsivität und ärmeren sozialen Fähigkeiten mit ängstlichen Eltern. Für sie schlägt Cohen-Salomon (2010) vorwiegend kognitiv-behaviorale Methoden zum Stressabbau vor:

- ▶ präoperative Vorbereitung und Prämedikation
- ▶ Anwesenheit der Eltern während der Anästhesieeinleitung
- ▶ Interventionen mit Bezug auf das Umfeld des Kindes: Modelling, Rollenspiel, Emotionsverarbeitung (Coping).

23.16.7 Vorteile der Hypnose-Wirkungen

Angstreduktion. Generell spielt in der Anästhesie die Fähigkeit zur Suggestion, Ablenkung und Faszination eine große Rolle beim Angstabbau, denn Angst wirkt sich negativ auf das Immunsystem und somit auch auf Heilungsprozesse aus (Baier-Rogoski, 1988). Mitunter wendet hier der Anästhesist sogar Hypnosetechniken an, ohne es selbst zu wissen (Baier-Rogowski, 1988).

Angst kann oft bereits durch kurze Hypnose-Interventionen vor dem Eingriff reduziert werden (Goldmann et al., 1988; Golan, 1975; Walker, 1984). Fast alle der

oben und nachfolgend zitierten Hypnose-Interventionen bewirken meist signifikante Angstreduktion vor und während der ambulanten Operation (Faymonville et al., 1997), so auch z. B. bei Frauen mit umfassender Brustbiopsie (Lang et al., 2006) und Brustkrebsoperationen (Lew et al., 2011).

Nach der Hypnose besteht auch geringerer Bedarf an Anxiolytika (Enqvist, 1996).

Verbesserung der Patientencompliance. Gerade bei der Mund- und Kieferorthopädie ist die Patientencompliance intraoperativ erforderlich und kann mit standardisierten Tonbandinstruktionen bei 93 Prozent der 209 Patienten gut erreicht werden (Hermes et al., 2005).

Besseres Wohlbefinden des Patienten. Hypnose kann – besser als Midazolam und Fentanyl signifikant die Herzfrequenz senken und damit zur Entspannung beitragen (Dyas, 2001).

Schmerzreduktion. Hypnose-Anästhesie wird angewandt bei z. B. Schmerzzuständen, Verletzungen, Kopfschmerz, Phantomschmerz etc. (s. Abschn. 22.3.4), Verbrennungen (s. Abschn. 22.3.3), Geburtshilfe (s. Abschn. 23.14), ärztlichen Untersuchungen, die mit Stress verbunden sind, wie z. B. Endoskopien (Jackson & Middleton, 1978), kleineren und großen chirurgischen Eingriffen sowie im zahnmedizinischen Bereich (s. Abschn. 24.7.1). Nahezu alle der hier zitierten Untersuchungen berichten von einer deutlichen Schmerzreduktion während und nach der Operation.

Reduzierter Bedarf an Anästhetica. Bei kleineren Eingriffen an 337 Patienten wird in der Hypnosegruppe ein signifikant geringerer Bedarf an Midazolam festgestellt (Faymonville, 1995).

Geringerer Blutverlust. Geringerer Blutverlust und eine niedrigere Blutsenkung (Enqvist et al., 1991, 1995) mit Hypnose während großer Operationen, so bei Wirbelsäulenoperation (Bennett et al., 1986) und komplizierten kieferchirurgischen Eingriffen unter Vollnarkose sind nachgewiesen ($p < .05$; Enqvist et al., 1991; 1995).

Bei einer stark blutenden Handverletzung erreichen Clawson und Swade (1975, S. 161) durch die sehr einfache Suggestion »Dein Unterbewusstsein hat die Fähigkeit, die Blutungen zu kontrollieren und zu stoppen. Und nun möchte ich, dass du den Schmerz und die Blutungen stoppst«, sofortige Blutstillung. Als sein Enkel einer Notoperation unterzogen wird, kann Clawson durch Suggestionen die starken Blutungen stoppen, während sich das Kind in tiefer Narkose befindet.

Blutungskontrolle mit Hypnose erfolgt z. B. auch am Unterarm (Mcguirk et al., 1998) und im Gesicht (Selkowitz et al., 1995). Bushay et al. (1984) kann Kontrolle über gastrointestinale Blutungen bekommen, die fast tödlich sind.

Auch bei starken Nachblutungen und zahnärztlichen Eingriffen ist Hypnose wirksam (Newman, 1971).

Stabilere Hämodynamik. Hämodynamische Schwankungen sind unter Hypnose signifikant stabiler als in der Kontrollgruppe (Faymonville et al., 1997).

Hämophilie. Die starken Blutungen werden unter Hypnose geringfügiger (Dubin & Shapiro, 1974); Weiteres in den Abschnitten 23.1.2 und 24.7.2.

Kontrolle und Reduktion von Schwindel und Erbrechen. Signifikante Abnahme von Schwindel und Erbrechen nach Hypnose gegenüber der Gruppe Entspannung bzw. intravenöse Sedierung (Faymonville, 1995; Maroof et al., 1997).

Schnellere Wundheilung und Genesung. Nach Anhören eines 18-minütigen Tonbandes zur Selbsthypnose *vor* der Kieferchirurgie werden signifikant postoperativ weniger Ödeme und Fieber festgestellt (Enqvist et al., 1996). Die Patienten von Hutchins (1961) und Pearson (1961) erhalten *in* Narkose Tonbandsuggestionen zur Genesung und zeigen deutlich objektiv messbar schnellere Heilungen und eine kürzere Krankenhaus-Verweildauer als Vergleichspatienten. Auch Patienten der ästhetischen Chirurgie haben diese Vorteile (Kobos, 1970).

Die Patienten von Enqvist et al. (1991) hören zwei Wochen vor der Operation direkte und indirekte operationsbezogene Suggestionen. Die Heilungsverbesserung ist besonders bei den Patienten erhöht, die nur während der Vollnarkose die Kassette hörten. In der Nachversorgung von → Tonsillektomie erreicht Bensen (1971) bei seinen über hundert Patienten gemischten Alters gute Erfolge, ebenso Loth und Kahan (1986) in ihrem Einzelfall, während Acker-Levinthal (1982) bei seinen 30 untersuchten Kindern keine signifikanten Ergebnisse erzielt. Ginandes et al. (2002) gibt seinen Patienten vor und sechs Wochen nach der Brustverkleinerung vom Tonband Selbsthypnose mit Suggestionen zur Reduktion von Blutung, Entzündung und zur Wundheilung und erreicht objektiv eine signifikant schnellere Heilung in der Hypnosegruppe. Von geringeren Entzündungsreaktionen berichten Defechereux et al. (1999).



Es kann angenommen werden, dass gerade bei Hochhypnotisierbaren eine semantische Botschaft gut in eine somatische umgesetzt wird und so zur Heilung beiträgt (Perry & Laurence, 1983).

Kürzere Klinikverweildauer und Zeitersparnis. Mit Hypnose-Anästhesie kann die Operationsdauer und die Heilungsphase erheblich verkürzt werden, so in der ästhetischen Chirurgie (z. B. Enqvist et al., 1995), auch bei Adipositas-Operationen (Cowan et al., 2001) und nach → Hysterektomie (Nilsson et al., 2001). Hypnose erfordert zwar zur Durchführung radiologischer Untersuchungen einen größeren Zeitaufwand (58,2 Minuten), reduziert jedoch die Kosten für eine Standard-Sedierung von 638 \$ auf 338 \$ (Lang & Rosen, 2002). Auf der Basis ihrer langen Erfahrungen berichtet Bloch-Szentágothai (2002), dass die Hypnosevorbereitung meist nur zwei bis drei Minuten an zusätzlicher Zeit und Zuwendung bedarf. Fast alle hier genannten stationären Aufenthalte sind mit deutlich verkürzten Verweildauern und damit Kostenreduktionen verbunden.

Bei ambulanten Patienten wird die postoperative komplementäre Schmerzbehandlung ebenfalls als kostensparend erachtet, da dadurch Medikamentengebrauch und eine mögliche stationäre Verweildauer reduziert werden können (Shang & Gan, 2003).

Vorteile für das Ärzteteam. Chirurgen beurteilen die Operationsbedingungen mit Hypnose als angenehmer; der Anästhesist kann sich mehr auf den Patienten konzen-

trieren, die Atmosphäre im Operationssaal ist für das gesamte Team ruhiger und kooperativer. Durch die geringeren postoperativen Komplikationen erleichtert Hypnose die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und führt dadurch wieder zur Kostenreduktion (Faymonville, 2010).

23.16.8 Beispiele für Chirurgie mit Hypnose

Kleine Eingriffe. Positive Erfahrungen liegen vor bei der Fußorthopädie (Crowley, 1979), bei kosmetischen Operationen (Zysman & Zysman, 1983), Tonsillektomien (Loth & Kahan, 1986), Hautmetastasen (Finer, 1980) und Brustbiopsien (Montgomery et al., 2002).

Nach der Entfernung eines Katheters bleibt bei einem Kind ein großes Loch in der → Femoralarterie, die es unter Lokalanästhesie zu nähen gilt. Da das Kind mit großen Ängsten reagiert, nimmt Finer (1964) eine Hypnoseinduktion mit einem imaginierten Fernsehprogramm vor, und der Eingriff kann problemlos erfolgen.

Neurochirurgie. Crasilneck et al. (1956) berichten von einer Hirnoperation, bei der ein epilepsieerregender Herd am Kortex entfernt wird. Die 14-jährige Patientin hatte vor der Operation vier Hypnosesitzungen und ist während der neunstündigen Operation voll kooperativ.

Beispiele zur Orthopädie sind in Abschnitt 23.15 genannt.

Verbrennungen. Ein Patient mit starken Verbrennungen reagierte in Narkose mit Herzstillstand. Nach der Reanimation erhält er ein halbstündiges Hypnosetraining, ist nun in der Lage, Analgesie selbst herzustellen und kann dann dem Eingriff unterzogen werden, in dem alte Haut entfernt und neue/gesunde transplantiert wird (Hagbarth & Finer, 1963). Auch bei anderen ähnlichen Operationen kann erfolgreich mit Hypnose-Analgesie gearbeitet werden (z. B. Margolis et al., 1983).

Varizen, Krampfadern. Die operative Behandlung von Varizen wurde mehrfach unter Hypnose erfolgreich durchgeführt (z. B. Finer & Sjöstrand, 1967). Eine Patientin ist danach sofort wieder arbeitsfähig.

Dentaloperationen. Sehr unterschiedliche zahnärztliche Operationen sind unter Hypnose durchgeführt worden. Näheres findet sich in Abschnitt 24.8.

Plastisch-rekonstruktive Gesichtschirurgie. Hermes (2010) wendet ein sehr komplexes Hypnoseprogramm mit Vorbereitung an, sodass seine Patienten in Kombination mit Sedierung bzw. Narkose entspannter, durch motorische Hemmungen Verletzungen reduziert sind und die gesamten Vorteile von postoperativem Wohlbefinden, Reduktion von Komplikationen etc. festzustellen sind.

Große Eingriffe. Ausschließlich mit hypnotischer Lokalanästhesie wurden Cholezystektomien (Gallenblasenentfernungen) vorgenommen (Finer, 1964). Bei einer größeren Notfalloperation nach einem Autounfall wurde Hypnose als Anästhetikum eingesetzt und verhalf auch, die Nacherholung deutlich zu beschleunigen (Kubiak, 1983). Weitere Beispiele sind Tumorentfernungen in der weiblichen Brust, → Thyreoidektomien (Kroger, 1979), Kaiserschnitte (Kroger & DeLee, 1957), Kieferoperationen

(Enqvist et al., 1995), allgemein »große Eingriffe« (Scott, 1988) und → Hysterektomien (Nilsson et al., 2001), um nur wenige zu nennen.

Bei der Trichterbrust (Pectus excavatum) werden bei der sog. Nussbehandlung mehrere Metallstäbe so im Brustkorb angebracht, dass dieser optimaler gestaltet wird. Werden Patienten vorher in Selbsthypnose zur Anwendung vor und nach der Operation unterrichtet, ist ihre Klinikverweildauer von 2,8 Tagen deutlich gegenüber der Kontrollgruppe (4,6 Tage) verringert, der Gebrauch von Narkotika etwas reduziert (Lobe, 2008).

Herztransplantation

Das umfassende Hypnosekonzept von Tigges-Limmer und Gummert (2010)

An einem Fallbeispiel zeigen Tigges-Limmer et al. (2005) auf, dass vor einer Herztransplantation und auch in der Akutphase der Operation auftretende affektive Krisen, emotionale Hochspannungen und körperliche Beeinträchtigungen einer sehr individuellen psychotherapeutischen Begleitung bedürfen. Es wird empfohlen, Ressourcen orientiert zu arbeiten und sehr persönliche Induktionen und Suggestionen auszuwählen, die konflikt- und zukunftsorientiert angelegt sind. Für die einzelnen Abschnitte und Problembereiche im Verlauf der Warte- und Transplantationszeit haben Tigges-Limmer et al. (2005) zahlreiche unterschiedliche Suggestionen und Metaphern entwickelt, in die auch Angehörige mit einbezogen werden können.

Ihre hypnotherapeutische Interventionen beinhalten z. B. (Tigges-Limmer & Gummert, 2010):

Reise zum eigenen Herzen. Nach bislang vielen sorgenvollen Kontakten nimmt der Patient nun mit entsprechenden Imaginationen einen fürsorglichen Kontakt zu seinem Herzen auf.

Bewältigung. Die schmerzhaften und ängstigenden Elektroschläge des Defibrillators bei Rhythmusstörungen werden mit positiven Bildern der Bewältigung und des Rettens verbunden. Metaphern des Hofhundes zum Bewachen und Beschützen.

- ▶ Zeitprogression, um sich die Zeit mit dem »neuen« Herzen vorzustellen und sie mit allen Sinneskanälen zu erfahren.
- ▶ Handschuhanästhesie mit Transfer zur Kathedereinstichstelle bei Anlage eines zentralnervösen Katheders oder Einschwemmkatheders.

Begrüßung. Direkt nach der Operation erfolgt ein Begrüßungsritual mit persönlichen Begrüßungsformeln zur Integration des Spenderherzens.

- ▶ Suggestionen zur Wundheilung
- ▶ Nach längerem Aufenthalt auf der Intensivstation besteht die Gefahr einer akuten Belastungsreaktion (ICU-Syndrom, Durchgangssyndrom, Funktionspsychose), das durch ständige Reizeinwirkung (Monitore), soziale Isolation ohne Privatsphäre etc. entsteht. Es werden CDs zur Entspannung, Schlaf-

geschichten mit Metaphern enthalten: Inseln der Ruhe inmitten der intensiven Aktivität

- Aufbau der Lebenskraft und des Immunsystems durch Metaphern
- Neue Freundschaft mit dem Herzen schließen

Vergleiche hierzu auch Abschnitt 23.1.4.

Hirnoperation am wachen Patienten

Bei Hirntumoren nahe dem Sprachzentrum und/oder motorischen Arealen oder bei tiefer Hirnstimulation der Parkinson-Patienten muss eine häufige intraoperative Verbalkommunikation mit dem wachen Patienten erfolgen. Dadurch lassen sich Hirnareale gegenüber Tumoren abgrenzen, sodass möglichst kein gesundes Gewebe geschädigt wird.

Konventionell muss dafür die Narkose mehrfach unterbrochen werden. Durch die dann folgende unkontrollierte Aufwachreaktion können Verletzungen auftreten. Durch die zentralnervöse Beeinträchtigung der Sprache und die Benommenheit werden Testergebnisse durchaus verfälscht. Hansen (2011) führt als Anästhesie nur kraniale Leitungsblockaden gegen den Operationsschmerz aus. Danach bleibt der Patient wach und wird in partnerschaftlicher Hypnose-Kommunikation begleitet, so z. B. die Operationsgeräusche umzudeuten und Belastungen wie z. B. den Liegeschmerz besser zu ertragen. Dadurch kann der Patient sich auch über mehrstündige Operationen hinweg geborgen fühlen und sich als kompetent handelnd und als Ort der Kontrolle erleben (Hansen, 2010).

23.16.9 Hören unter Narkose

Die älteren Befunde zum Hören unter Narkose beziehen sich auf ältere Narkosemittel. Entsprechend kann bei Gebrauch moderner Mittel die vorliegende Problematik anders betrachtet werden.

Wie in Abschnitt 7.7.1 dargestellt, kann der Patient unter Narkose Gehörtes aufnehmen, sodass es dabei zu Fehlverarbeitungen und kognitiv bedingten Ängsten kommen kann; die dramatischen Fälle von Cheek und LeCron (1968) zeigen dies auf.

Zahlreiche Experimente bestätigen deutlich, dass bei der Vollnarkose akustisches Material aufgenommen wird (Kaiser et al., 1991). Auch in Narkose (während der cardiopulmonaren Bypassoperation) erteilte posthypnotische Aufträge wie sich am Kinn zu berühren, werden gesichert häufiger befolgt ($p < .01$) als in der Kontrollgruppe (Goldman et al., 1987). Kaiser-Rekkas et al. (1997) geben in Narkose eine Tonbandinformation über Robinson Crusoe und leiten dabei akustisch evozierte Potenziale ab. Munglai und Jones (1994) berichten von der Wirksamkeit der Hypnosesuggestionen, die während der Narkose gegeben werden, was auch von Brown et al. (1998) angenommen und von Caseley-Rondi et al. (1994) bestätigt wird.

Leistungen des expliziten Gedächtnisses

Das potenzielle Hören unter Narkose kann demnach nur indirekt über das Erinnern erforscht werden. Das bewusste (explizite) Gedächtnis ist bereits bei kleinen Narkosegaben ausgeschaltet; das unbewusste (implizite) Gedächtnis ist dagegen resistenter gegenüber Narkoseeffekten (Alkire et al., 1996) und kann während der Anästhesie aktiv sein (Gonheim & Block, 1997). Somit ist bislang relativ unklar, wie differenziert das implizite Gedächtnis während der Anästhesie arbeitet – und in welche Beziehung zu Dosierung des Anästhetikums, zur Narkosetiefe und zu chirurgischen Stimuli. Demzufolge sind die psychologischen Auswirkungen des impliziten Gedächtnisses bei Ereignissen während der Operation unbekannt.

Zur Aufdeckung von expliziten Erinnerungen können Tests wie Wiedererkennung oder freier Abruf genutzt werden; zur Erkundung der impliziten Erinnerung sind nur indirekte Methoden möglich, die auf den → »Priming-Effekten« beruhen, so schnellere und/oder genauere Erkennung von Stimuli wie z. B. Wörtern, die vorher dargeboten wurden (Tulving & Schacter, 1990) und dann z. B. über einen Lesegeschwindigkeitstest erkundet werden (Just et al., 1982).

Münste et al. (2003) lesen während der Anästhesie Kurzgeschichten vor und testen sie dann über die Lesegeschwindigkeit des Patienten. Nach tiefer Narkose (laut EEG) ist die Lesegeschwindigkeit (gegenüber dem Vortest) unverändert. Erfolgt die Wortpräsentation jedoch während leichter Narkose, nimmt die Lesegeschwindigkeit bei Inhaltswörtern (wie z. B. Nomina, Verben, Adjektive) zu, nicht jedoch bei Funktionswörtern (wie Konjunktionen, Präpositionen). Die erhöhte Lesegeschwindigkeit lässt darauf schließen, dass anästhesierte Personen während leichter Narkose akustische Informationen verarbeiten, nicht jedoch bei tiefer. Da der Priming-Effekt anzeigt, dass die Bedeutung der Kurzgeschichte verarbeitet wurde, können also auch die Bedeutungen andere während der Operation auftretende Stimuli bedeutungsmäßig erfasst werden. Patienten haben demnach eine (unbewusste) Erfahrung dieser intraoperativen Ereignisse.

Folgerungen

- ▶ Die Einzelberichte bestätigen die Wahrnehmungen in Narkose, die später das Wohlbefinden beeinträchtigten (s. o.; Wang, 2001).
- ▶ Die Kommunikation im Operationssaal sollte auf jeden Fall während leichter Narkose sehr kontrolliert erfolgen.
- ▶ Zur Kostensenkung sollte nicht – wie oft gefordert – an Narkosemitteln so gespart werden, dass bereits eine leichte Narkose als ausreichend gilt (Münste et al., 2003).
- ▶ Das Problem der Schmerzbehandlung kann als Folgekapitel der Onkologie, der Chirurgie und einiger anderer medizinischen Problemstellungen angesehen werden. Da dabei sehr viele psychotherapeutische Interventionsformen eingesetzt werden, ist sie im Abschnitt 22.3 der Psychotherapie eingeordnet. Entsprechend sind auch die Ansätze der Rehabilitation dort zu finden.

23.17 Chronische Erkrankungen

Bei chronischen Erkrankungen liegen starke körperliche Beeinträchtigungen vor, die z. B. die Lebensqualität und Verhaltensspielräume einengen, mit psychischen Belastungen wie Angst, Depression und Schmerz verbunden sind und auch mit der Frage einer ungünstigen Prognose.

Prinzipiell treffen hier die Aspekte zu, die bereits für chronisch kranke Kinder dargestellt wurden (s. Abschn. 21.8).

Über die medizinische Versorgung hinausgehende Therapieansätze befassen sich vorwiegend mit der psychischen Unterstützung. Harper (1999) verwendet die Metapher einer Reise zur Kontrolle und zum Verlassen der Beeinträchtigungen. Insgesamt verbessern hier kognitiv-behaviorale Methoden wie geleitete Fantasien, Entspannung und Hypnose die Lebensqualität und Bewältigungsstrategien, die sich letztlich auch Kosten senkend auswirken.

Chronisches Erschöpfungssyndrom (chronic fatigue syndrome)

Die vielschichtigen Ursachen und Behandlungsmethoden für das chronische Erschöpfungssyndrom werden noch diskutiert (Heinzmann & Nolting, 1999).

Im Hypnosebereich wird mit EEG-Feedback und Selbsthypnose zur Wiedergewinnung von Aktivierung und Autonomie gearbeitet und mit positiven Szenen zur mentalen Aktivierung (Hammond, 2001).

Weitere Bereiche sind chronische Schmerzen (s. Abschn. 22.3.4), Diabetes (s. Abschn. 23.4.1) und HIV (s. Abschn. 23.14).

24 Hypnose in der Zahnmedizin

*Der eine wartet,
dass die Zeit sich wandelt,
der andere packt sie kräftig an
und handelt.*

Dante Alighieri (1265–1321)

In diesem Kapitel werden die zahnärztlich relevanten Problemstellungen angesprochen. Teilweise treten Überschneidungen mit anderen Sachbereichen auf, wie z. B. Angst- und Schmerzbehandlung, Hämophilieprobleme, Anästhesie. Entsprechend erfolgen dann Querverweise.

24.1 Historischer Kurzaufsatz

Der französische Zahnarzt Jean-Victor Oudet nimmt 1836 in Paris eine Zahnextraktion unter Hypnose vor und ist damit wahrscheinlich der historische Begründer dieses Anwendungsgebietes (Burk, 1986); in Deutschland ist es der Berliner Zahnarzt Hummel (Schöbel, 1937). Danach werden um die Jahrhundertwende vereinzelt Behandlungen in den Vereinigten Staaten von Amerika und Europa, vor allem in Frankreich, England, Österreich und Russland publiziert (Gerschman et al., 1980).

Bereits 1948 wird der Vorläufer der American Society of Psychosomatic Medicine und Dentistry gegründet, und Hypnose wird als legitime Methode in der Medizin, Zahnheilkunde und Psychologie ausgewiesen.

Die Anwendung der Hypnose in der Zahnmedizin wird mitunter als Hypnodontologie bezeichnet. Immer mehr Zahnärzte wenden Hypnose an, da sie von Patienten zunehmend öfter erfragt wird, um ihre Angst oder die Verabreichung von pharmazeutischen Mitteln wie Anästhetika zu verringern. In der Kinderzahnheilkunde wird Hypnose ebenfalls bekannter, da selbst Problemkinder davon in hohem Maße profitieren (Bernick, 1972; Kossak & Zehner, 2011).

Die Fachliteratur ist auch hier sprunghaft angestiegen. Leider sind auch hier sehr wenige Experimentaldesigns so konzipiert, dass sie gut mit anderen vergleichbar wären. Auch fehlt oft die Angabe zur Induktion und zu den gewählten Hypnose- und Suggestionsformen.

24.2 Psychische und physiologische Situation des Patienten

Der oro-faziale Bereich ist von besonderer psychologischer Bedeutung, da hier die ersten Bedürfnisse befriedigt und Zärtlichkeiten ausgetauscht werden. Der hohe Ausdrucksgehalt des Gesichtes wird bei der zahnärztlichen Intervention stark be-

schränkt, ebenso die verbale Kommunikationsmöglichkeit. Durch seine überstarke räumliche Nähe überschreitet der Zahnarzt eine kritische soziale Distanz, was der Patient unbewusst als bedrohlich erlebt. Negative Vorerfahrungen bewirken Erwartungsängste und Verspannungen. Zusätzlich können die starke Empfindlichkeit des Schleimhautbereiches, die ungewohnte Akustik des Knochenschalls, die vom Bohrer ausgelöst wird, und die Geräusche des Bohrers selbst sowie die ungewohnte Körperhaltung den Patienten beunruhigen (Ingersoll, 1987). Entsprechend führen zahlreiche Faktoren zum Vermeiden der Zahnarztbesuche, zu stärkeren Erkrankungen, zur Angstzunahme und zur geringeren Compliance der Patienten.

Unter den Belastungsbedingungen der Behandlung erfolgen Muskelverhärtung, Senkung der Schmerzschwelle und Verlängerung der Blutungsdauer (Schmierer & Kunzelmann, 1999). Es werden zudem vermehrt Stresshormone ausgeschüttet (Adrenalin, Epinephrin), verbunden mit Blutdruckanstieg und Angstzunahme, bis hin zu Ohnmachtsanfällen. Gleichzeitig provoziert der Eingriff Hilflosigkeit, die Widerstand und Abwehrmechanismen auslöst (Kleinhauz & Eli, 1991). Entsprechend sollte der Patient möglichst viel Selbstkontrolle durch geeignete Methoden erfahren, die ihm seine Selbstkompetenz wiedergeben. Für den Hypnosebereich gilt deshalb, bereits im Vorgespräch und bei der Induktion, den Patienten Erfahrungen der Mitarbeit, Selbstkontrolle und Autonomie machen zu lassen.

24.3 Allgemeine Induktionsformen und Suggestionen

Praxishinweis

Vorschläge für Induktionsformen

Die Augenfixation als Punktfixation auf den Zahnarztspiegel oder die Zeigefingerspitze bietet sich an, der etwas oberhalb der Patientenstirn gehalten wird und dann langsam auf die Stirn zu bewegt wird, bis der Lidschluss bei der Stirnberührung erfolgt. Durch die Aufwärtsdrehung des Bulbus wird die Entspannung begünstigt (vgl. Abschn. 7.5.1). Mit der Armlevitation kann der Patient dann seine Entspannung und Kooperation motorisch verifizieren.

Entspannungssuggestionen wie die Bilder »Wiese, Sandstrand« bieten sich an, wenn sie individuell mit Entspannung verbunden werden. Sie dienen gleichzeitig zur Vorbereitung der Dissoziation (s. Abschn. 19.6.19).

Methoden für Kinder

Der lustige Daumennagel erhält mit Filzstift ein Gesicht aufgemalt und ist dadurch ein attraktiver Fixationspunkt. Die Imagination eines Luftballons, der beim Ein- und Ausatmen im Bauch entsteht, bewirkt ebenfalls Entspannung. Eine Imagination einer Luftballonreise an einen schönen Ort (Ferien, Zauberwald) bewirkt eine Dissoziation weg vom Behandlungsstuhl.

Handpuppen können relevante Induktionsformeln und Suggestionen übernehmen (vgl. Abschn. 21.7). Agieren die Kinder selbst mit den Handpuppen, können sie diese während der Zahnbehandlung nach oben halten und so eine Armkatalepsie erzeugen.

Im Behandlungsverlauf erfolgen allgemein z. B. Analgesie-Suggestionen zur Reduktion der Berührungsempfindungen (s. Abschn. 7.6.6). Suggestionen der negativen Halluzinationen können die Turbinengeräusche ausblenden oder durch Umformung in einen vertrauten und angstfreien Ton erträglicher machen. Am Ende der Behandlung ist eventuell ein posthypnotischer Auftrag zu empfehlen, der weitere Entspannung mit einschließt.

24.4 Anwendungsbereiche der Hypnose in der Zahnmedizin

Ziel ist es, nach kurzer Hypnoseinduktion eine entspannte angst-, schmerz- und stressfreie zahnärztliche Behandlung durchzuführen. Deshalb unterscheidet Schmierer (2010) zwischen Hypnotherapie und zahnärztlicher Hypnose.

24.4.1 Entspannung des Patienten

Der Zahnarzt bezieht bereits zu Beginn der Patientenkontakte auch die psychischen Befindlichkeiten der Patienten in seinen gesamten Untersuchungs- und Behandlungsplan mit ein und kann schon bei der Begrüßung durch seinen Händedruck die Einleitung der Hypnoseinduktion begünstigen (Schmierer, 1992; Schmierer & Kunzelmann, 1990).

Zur Entspannung wurden bislang alle bekannten Verfahren wie progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Biofeedback wirkungsvoll eingesetzt – auch das Betrachten eines Aquariums ist hier ähnlich hilfreich wie Hypnose (Katcher et al., 1984). Demnach ist für die Entspannung keine besonders tiefe Hypnose erforderlich. **Entspannungssuggestionen vom Tonträger.** Die über eine CD vermittelte Hypnose ist nach Saletu et al. (2002) für Entspannung wirksam; zur Angstreduktion ist jedoch die Wirkung der Life-Hypnose überlegen. Zur Zeitökonomie verwendet Schmierer (1992/1995) eine Tonkassette mit Hypnosesuggestionen und chinesischer Hintergrundmusik. Gegenüber der Kontrollgruppe werden dadurch deutliche Entspannungsparameter erzeugt (Schmierer et al., 1999). Sprach- und Musikinduktionen zur Entspannung sind in der zahnärztlichen Praxis hilfreich (Stein et al., 2010). Entsprechende Tonbandinstruktionen sind in der Chirurgie erprobt (Gerschman et al., 1977; vgl. Abschn. 23.16). Zur Anxiolyse bei Zahnimplant-Operationen bestücken Eitner et al. (2011) ein Kopfkissen mit Lautsprechern und geben darüber Audiosuggestionen und Entspannungsmusik.

Durch Hintergrundmusik können auch die Turbinengeräusche maskiert (Burk, 1989), die Aufmerksamkeit von der Behandlung abgelenkt und die Atemfrequenz beruhigt werden (Migály, 1989, 1991).

24.4.2 Angstabbau und Motivierung des Patienten

Die begrenzte Zahnarztangst (Dentalphobie, Angst vor dem Zahnarzt etc.) ist mitunter durch frühere traumatische Zahnarztserlebnisse verursacht (Lindsey & Jackson, 1993) und wurde dadurch klassisch konditioniert. Aber häufigere Auslöser für die Dentalangst sind Berichte anderer Personen über deren Zahnarztserlebnisse (Modelllernen) oder vergleichbare Erlebnisse (Lee et al., 2008). So können auch ähnliche Gerüche Ängste auslösen (Maylor et al. 2002; Abramowitz & Lichtenberg, 2009). Von den Befragten leiden 11 Prozent an einer Dentalphobie. Meist haben sie Angst vor einem schmerzhaften Eingriff (67 %) und vor der Injektionsnadel (35 %) (Enkling et al., 2006).

In Pilotstudien wurden festgestellt: Höhere Hypnotisierbarkeit, Trait-Angst und negative Kognitionen lassen darauf schließen, welche Personen Dentalangst entwickeln und auf Hypnose ansprechen (DiClementi et al., 2007).

Als Folge werden Zahnbehandlungen vermieden, was langfristig zur Angstzunahme (= negative Verstärkung) führt. Zur Behandlungsvorbereitung wird deshalb ein Patientenfragebogen zur Dentalangst empfohlen (Dailey et al., 2001), der jedoch Angst auslösen kann.

In leichteren Fällen können reine Suggestionen zur Entspannung und zur Angstfreiheit hilfreich sein. Durch die hypnotische Altersregression (hier nicht als Methode der Aufarbeitung eines kausalen Traumas) kann eine angstfreie und entspannte Szene aus dem Erfahrungsbereich des Patienten hergestellt werden, die er dann schnell zur Entspannung abrufen kann.

Verhaltenstherapie

Als besonders effektiv haben sich die Methoden der Verhaltenstherapie erwiesen (s. Kap. 18). So ist diese langfristig bei Patienten mit Zahnbehandlungsängsten der Vollnarkose überlegen (Hakeberg et al., 1990), da sie Bewältigungsstrategien vermittelt.

Bei der graduellen Exposition erfolgt eine Annäherung an die Angstreize (Beleuchtung, Geruch der Desinfektionsmittel und Medikamente, Sitzposition etc.), was auch durch Videos oder Suggestionen erfolgen kann (Schmierer & Kunzelmann, 1990).

Lernen am Modell kann in Hypnose bedeuten, wichtige angstfreie Personen bei der Behandlung zu beobachten, die über Bewältigungsstrategien verfügen und die Behandlung ohne Nebenwirkungen beenden können.

Positive Verstärkung ist generell indiziert, um bereits kleinste Formen der Compliance aufzubauen. In Hypnose kann der Patient erleben, wie er z. B. Anerkennung für seine Behandlung und die dann attraktiven neuen Zähne erhält.

Aufmerksamkeitsablenkung ist hilfreich – weg vom ängstigenden oder schmerzenden Erleben hin zu spannenden Ereignissen, welche die Aufmerksamkeit absorbieren, wie z. B. in Hypnose ein Sportgeschehen beobachten.

Einzelheiten zur Kombination von kognitiv-behavioraler bzw. Verhaltenstherapie und Hypnose sind in Kapitel 18 ausführlich dargestellt.



Das Ziel jeder Behandlung sollte die erfolgreiche Anwendung von Selbstkontrollstrategien sein. Durch sie erlangt der Patient nicht nur Autonomie zurück; er gewinnt dadurch auch mehr an Selbstvertrauen. Dies gibt ihm die Möglichkeit, unabhängig vom Therapeuten sein Problem (Angst, Schmerz) in kritischen Situationen zunehmend gezielter, nach Bedarf, und damit erfolgreicher zu bewältigen. Gerade Bewältigungsstrategien spielen eine große Rolle in der multiplen konvergenten Therapie bei der zahnärztlichen Behandlung von Angstpatienten (Thompson, 1999). Die Folgen davon sind: Abnahme von Erwartungsängsten, und Anhebung der Angst- und/oder Schmerzschwelle.

Beispiele

Baker und Boaz (1983) erreichen in zwei Sitzungen durch Altersregression Angstabbau; die Erinnerung an das Kindheitstrauma mit einem Zahnarzt wird dann durch eine nichttraumatische Erinnerung ersetzt. Bei einer Dentalphobie werden innerhalb einer Hypnosesitzung eine Extraktion vorgenommen, mehrere Amalgamfüllungen erstellt und eine Behandlung am Wurzelkanal durchgeführt (BarGil et al., 1983).

Tiefer greifende Ängste, die durch direkte oder indirekte Suggestionen während der Konsultation nicht zu beeinflussen sind, bedürfen einer umfassenderen psychotherapeutischen Behandlung (Kunzelmann & Dünninger, 1987). So erfolgte bei einer Injektionsphobie eine Kombination von Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Hypnose (Kraft, 1984).

24.5 Kinder beim Zahnarzt

Kinder bilden eine besondere Patientengruppe, da sie oft mit hohem Leidens-, Angst- und Schmerzdruck in die Praxis kommen, sie hier jedoch erstmalig die Erfahrung machen können, dass die zahnärztlichen Interventionen relativ harmlos sein können. Mit geeigneten Hypnosemethoden ist ihre Compliance schnell zu erreichen. Durch diese positiven Erfahrungen werden sie zukünftig und für die weitere Prophylaxearbeit auch im Erwachsenenalter motiviert für die Zahnarztconsultation sein.

Einstellung der Zahnärzte zur Kinderbehandlung

Unser derzeitige Gesundheitssystem wird besonders den zahnärztlichen Versorgungsansprüchen jüngerer Kinder keineswegs gerecht (Splieth et al., 2009), wodurch diese Situation sowohl für die Zahnärzte als auch für die jungen Patienten sehr unbefriedigend ist. Nach einer Befragung israelischer Zahnärzte wird Hypnose bei Kindern

nur sehr selten angewandt. In den USA ist das Papoose board bekannt, ein gepolstertes Brett, auf das das Kind geschnallt wird, damit es unbeweglich ist und so behandelt werden kann (Koch & Staehle, 1996). Diese Methode ist auch in den USA bekannt. Ein Drittel aller Zahnärzte empfindet Aggressionen gegenüber ihren Kinder-Patienten (Peretz et al., 2003). Ähnlich bei amerikanischen Zahnärzten; 53 Prozent wenden bei der Behandlung Dreijähriger eher Zwang als eine Sedierung an (Peretz & Gluck, 2002).

Schoderböck (2004, S. 12) empfiehlt den Sprachgebrauch, selbst Kinder mit z. B. ADHS als »interessant«, manchmal »hochinteressant« zu bewerten. Dadurch ergibt sich die kognitive Umstrukturierung: weg von einem schwierigen, unlösbaren, belastenden Problem – hin zu einer positiven Herausforderung, wodurch die Kreativität und Geduld des Zahnarztes gewiss zunimmt.

Kinder und Zahnarztangst

Wird das Kind von einem Elternteil begleitet, müssen auch dessen Fragen, Erwartungen und Ängste berücksichtigt werden, ohne dabei das Kind aus dem Blick zu lassen. Das Compliance-Problem des Kindes wird ggf. durch die Bemerkungen der Eltern und deren Interventionen so verschärft, dass ihre Anwesenheit bei der Behandlung nicht erwünscht ist. Auch bei Kindern ist die Angst-Exposition oder Desensibilisierung sehr effektiv einzusetzen (Mehrstedt, 1999). Durch Selbstkontrolle überwindet eine Neunjährige ihre Zahnarztangst in zwei Sitzungen, indem sie Fernsehszenen imaginiert, die sie selbst an- und ausschalten kann (Bird, 1997).

Hypnoseinduktion

In der Kinderhypnose kommen eine große Anzahl von indirekten Induktionen Imaginationen und Metaphern zur Anwendung, um Angst, Daumenlutschen oder Schmerzen zu bewältigen. Einige davon sind von Stein (2009) und Kossak und Zehner (2011) zusammengestellt. Auch Kinder mit Verhaltensweisen wie Unruhe oder Verweigerung können über spezifische Kommunikation in Hypnose und die damit verbundene Entspannung und Angstreduktion relativ gut kooperieren (Gall, 1982). Zur Induktion bieten sich hier all jene entwicklungsbedingten Methoden an, die in Abschnitt 21.7 angeführt sind.

Wichtig ist, die Ursachen der Behandlungsverweigerung zu ermitteln und zu behandeln. Auf jeden Fall müssen die Eltern dieser Kinder in die Behandlung und die damit verbundenen Strategien einbezogen werden (Schmierer & Schmierer, 1995).

Praxishinweis

Äußerst originell sind folgende Vorgehensweisen:

Daumenkino. Da Kinder gern Geschichten, Comics und Fernsehen konsumieren, dürfen sie eine ausgewählte Tonkassette im Walkman anhören. Dabei hält dann der Therapeut seinen Daumnagel vor und lässt ihn als kleinen Fernsehschirm fungieren, auf dem ein Film erscheint. Verbunden mit entsprechenden Suggestionen dient dieser Film zur Ablenkung von den Schmerzen (Wickström, 1981).

Luftballonreise mit Handpuppen in den Zauberwald. Das Kind hört die Geschichte der Luftballonreise, die verbunden mit tiefer Bauchatmung in den Zauberwald führt. Dabei sind Handpuppen oder das Lieblingstier Begleiter und gute Freunde und helfen bei der Behandlung. Diese Intervention zur Dissoziation ist bei kleineren Kindern sehr wirkungsvoll (Zehner, 2005).

Die Quick Time Trance (Zehner, 2005a, b; Kossak & Zehner, 2011)

Das Konzept nutzt die Fähigkeit und Erlebnisswelt des Kindes, schnell Imaginationen zu entwickeln und auch Trance zu erleben.

Das Kind steht dabei im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und das Praxispersonal bildet dabei eine methodische Einheit.

Die Erstuntersuchung erfolgt über Geschichten und Handpuppen als eine ruhige und spielerische Annäherung an das ängstliche Kind, sodass die erforderlich Distanz, die bei Überschreitung Angst auslösen könnte, stets gewahrt bleibt. Sehr kleine und auch besonders ängstliche Kinder sollten dabei auf dem Schoß der Begleitperson sitzen, weil durch ihre Nähe Schutz gewährt ist und dadurch die Distanzgrenze verringert wird.

Die Handpuppen können nun – angepasst an die kindliche Angststärke, im Sinne einer Desensibilisierung näher kommen, sich in den Mund sehen lassen und dann selbst im Mund des Kindes nachsehen.

Entwicklungspsychologische Bedürfnisse des Kindes werden stets berücksichtigt wie z. B.: Bedürfnis nach Geborgenheit, Ritualisierung, geringe Aufmerksamkeitsspanne, Einbeziehung von animierten Puppen, mitgebrachten Spielsachen, Geschichtenerzählen.

Die kindliche Trance wird dabei durch Metaphern und Geschichten wie »Zauberwald« erreicht, die die Kinder fast immer faszinieren. Die dabei schwankende Aufmerksamkeit des Kindes wird ebenfalls genutzt, indem sie als Fraktionierung zur weiteren Vertiefung der Trance dient.

Pacing und Leading erfolgt z. B. durch Nachahmen der hohen Kinderstimme, des Atemrhythmus und das sofortige Einbeziehen unangenehmer Ereignisse (Reframing).

Eine Ja-Haltung wird z. B. durch Fragen aufgebaut, die nur positiven Antworten zulassen wie: »Bist du schon drei Jahre alt? Hast du deine Zähne alle mitgebracht? Du bist ja schon richtig groß«.

Mit der kognitiv-behavioralen *Tell-Show-Do-Methode* (Addelston, 1959) werden alle Vorgänge erklärt, gezeigt und dann durchgeführt. Da das Kind stets vor Beginn der Maßnahme um sein Einverständnis gefragt wird, sollte die Methode besser *Tell-Show-Ask-Do* genannt werden (Kossak & Zehner, 2011).

Zehner (2005) ergänzt die Methode noch durch Fokussierung auf positive Erlebnisse; Lob für jede kleine Form von Angstreduktion und Kooperation fördert

eine zunehmend entspanntere Haltung des Kindes, die das Vertrauen wachsen lässt.

Distraction und Dissoziation werden gefördert z. B. durch Handpuppen, glitzernde Zauberstäbe oder kleine Zaubertricks. Die dadurch erzeugten kurzzeitigen Trancezustände werden für die Behandlung genutzt.

Metaphern begleiten die Behandlung, so z. B. als »Ballongeschichte« für Leichtigkeit oder als »Baum im Zaubewald«, der gezogen wird und darunter wieder neue Kraft im Boden entwickelt, Platz für neue Pflanzen entsteht, schöne bunte Blumen wachsen können.

Als Doppelinduktion von beiden Seiten gesprochen und mit Entspannungs- und Wohlfühlsuggestionen ergänzt bewirken sie eine ausreichende Trancetiefe. Dabei wird die Schmerzschwelle derartig angehoben, dass bei der Füllungsbehandlung in der Regel auf chemische Anästhetika verzichtet werden kann.

Diese sehr komplexen Interaktionen erfordern anfangs sehr viel an Übung und Einfühlungsvermögen, werden relativ schnell erlernt und sind dann ein integrativer Bestandteil der kinderzahnärztlichen Behandlung.

Anwendungsbereiche sind u. a.: Vertrauensaufbau, Füllungstherapie, Setzen von Kinderzahnkronen, Zahnextraktion, Prophylaxemaßnahmen, Abbau von Habits (s. Abschn. 24.10).

Das gesamte Konzept der Quick Time Trance ist sehr ausführlich in Kossak und Zehner (2011) dargestellt, verbunden mit zahlreichen Online-Video-Dokumentationen zur Hypnose beim Kinderzahnarzt.

Insgesamt ist über die Wirkung der Hypnose zur Angst- und Schmerzreduktion bei Kindern während der Zahnbehandlung noch wenig geforscht worden (Al-Harasi et al., 2010), aber kleinere Untersuchungen bestätigen die Hypnosewirkungen (Huet et al., 2011).

24.6 Spezielle Behandlungs- und Kontrollmethoden mit Hypnose

Relaxation der Gesichtsmuskeln. Die Verspannung der Gesichtsmuskeln ist meist ein Angstindikator und führt z. B. dazu, den Mund nur begrenzt öffnen zu können – zu beeinflussen durch ein Hypnose-Entspannungstraining (Eli & Kleinhauz, 1985).

Schmerzbewältigung. Die differenzierte Darstellung der unterschiedlichsten Techniken der Schmerzbewältigung erfolgte in den Abschnitten 22.3 und 23.16, die der Zahnmedizin sind in Abschnitt 24.7 zu finden. Die persistenten oro-fazialen Schmerzen haben sehr unterschiedliche Ursachen. Unter Hypnose mit Entspannung nehmen sie besonders bei Hochsuggestiblen signifikant gegenüber Geringsuggestiblen ab. Insgesamt ist jedoch zu bedenken, dass auch andere Interventionen wie Coping-Strategien und psychosoziale Problemlösungen bei der Therapie erforderlich sind (Abrahamsen et al., 2008). Die statistisch sehr signifikante Anhebung der Schmerz-

schwelle durch Hypnose während und nach der Zahnmarkstimulation wird von Facco et al. (2011) experimentell belegt.

Kontrolle von Blutungen. Die Reduktion von Blutungen hält das Operationsfeld frei und stellt für den Patienten eine geringere Belastung dar. Bei Patienten mit Hämophilie ist nur auf diese Weise ein risikoarmer Eingriff möglich. Entsprechend erfolgreiche Hypnose-Interventionen sind ausreichend dokumentiert (Dubin et al., 1974; Fredericks, 1967). Das Thema ist in den Abschnitten 23.1.2 und 23.16 ausführlich dargelegt.

Kontrolle von Herzsynkopen. Der kurz dauernde Bewusstseinsverlust kann durch die orthostatischen Belastungen, Hyperventilation und psychischen Stress während der Behandlung bedingt sein. Durch Entspannungssuggestionen können zu große Belastungen verhindert werden (Tinkler, 1966).

Kontrolle von Würgeanfällen. Ursachen können physikalische Stimuli an bestimmten Triggerstellen im Mundbereich und die Empfindlichkeit z. B. des weichen Gaumens sein (Meeker & Magalee, 1986); oft liegen auch Konditionierungen vor, so z. B. durch schlechte Vorerfahrungen im Mundbereich und Strategien zur Vermeidung der Dentalbehandlung (Ramsay et al., 1987). Denkbar ist auch orale Missbrauchserfahrung. Die Ursachenfindung und damit kausale Therapie kann deshalb relativ zeitintensiv sein.

Konventionelle zahnärztliche Behandlungen sind (z. B. Tomioka et al., 1998): Oberflächenanästhesie des Gaumens und des pharyngealen Bereiches, die ihrerseits wieder Kontrollverlust bewirken können. Hinzu können Sedierung (z. B. mit Midazolam) kommen, verbunden mit Fahruntauglichkeit und Anwesenheit eines Anästhesisten, der bei der nächsten Stufe, der Vollnarkose, Pflicht ist. Bei psychogener Problematik ist die Überweisung an einen Psychotherapeuten sehr sinnvoll, der das Grundproblem behandeln wird.

Bei Auftreten von Würgereflexen reichen oft einfache Instruktionen zur Aufmerksamkeitsumlenkung wie z. B. Hand oder Fuß hochheben aus (Krol, 1963), ebenso relativ einfache Suggestionen, so zur Unempfindlichkeit des Auslösebereiches (Hartland, 1975), zur respiratorischen Kontrolle (Moss, 1952) und allgemein direkte Suggestionen (Gerschman et al., 1981), besonders zur Beruhigung (Robb & Crothers, 1996). Zach (1989) gibt die Hypnose-Suggestion, den Würgereflex über einen imaginierten Schalter auszuschalten.

Die subjektive Stärke des Würgens können die Patienten auf einer fünfteiligen Skala angeben, die dann auch dem Zahnarzt die möglichen Erfolge rückmeldet (Dickinson & Fiske, 2005).

Bislang sind nur Einzelfallberichte bekannt, in denen Hypnose als Zusatzmethode genutzt wird, meist nur zur Desensibilisierung.

Hypnopunktur, die Kombination von Akupunktur, Akupressur und Hypnose (s. Abschn. 16.11.1), wird von Zehner (2004, 2006) bei zahlreichen Indikationen (z. B. Anxiolyse, Schmerz- und Würgereduktion) in der Kinderzahnheilkunde angewandt. Bei kleineren Kindern kommt die Akupressur mit Hypnose zum Einsatz. Sie erkennt darin eine synergetische positive Wechselwirkung zwischen den Verfahren. Eitner et al.

(2005a, b) verbinden »Hypnopunktur« und die Schnellinduktion mit der Suggestion einer Fingerverlängerung, der dann die Suggestion folgt, den Würgereflex genau so kontrollieren zu können.

Gow (2011) wendet Hypnose integrativ mit Entspannung, Ich-stärkende Techniken, Atemtechniken und auch Akupunktur an.

Selbsthypnose, verbunden mit einer systematischen Desensibilisierung in vivo oder in Hypnose ist sinnvoll: Der Patient berührt sich dabei mit einem Gegenstand (z. B. Kaffeelöffel) im Mundraum, während er sich die Behandlungssituation vorstellt, und vergrößert zunehmend die Berührungsintensität und -dauer (Clarke & Persichetti, 1988; Schmierer & Kunzelmann, 1990).

Erickson et al. (1961) berichten von einem Patienten, der nicht auf die spezifischen Suggestionen reagiert. In der Altersregression wird deutlich, dass das Würgen in der Kindheit durch exzessive Gaben von Rizinusöl verursacht worden war. Als dem Patienten dann versichert wird, dass dieses Erlebnis längst vorbei ist, wirkt die Suggestion sofort.

Morse et al. (1984) behandeln erfolgreich einen 70-jährigen Patienten, bei dem der Würgereiz durch zahnärztliche Behandlung und Zahnprothesen bewirkt worden war. Als erfolgreiche Methode werden die In-vivo-Desensibilisierung und eine Meditationshypnose benutzt.

Beispiel

Ament (1971) behandelt eine erwachsene Frau, die bei der Prothesenanpassung mit Würgen reagiert. Durch Altersregression wird aufgedeckt, dass sie als Waisenkind stets gezwungen wurde, Weizenmehl zu essen, was das Würgen verursachte. Eine Desensibilisierung in vivo ist erfolgreich: Sie nimmt anfangs kleine und dann immer größere Wachsstücke in den Mund und gewöhnt sich an dieses Gefühl. Ihre Zahnprothese erhält sie dann mit Suggestionen der Zeitverzerrung und der Verbesserung. Für die Patientin, die früher durch psychischen Druck starke Außenkontrolle erlebte, ist ein wesentliches Behandlungselement, die Desensibilisierung selbst vorzunehmen, um sich dadurch als aktiv-bewältigend zu erleben und wieder selbst Kontrolle über ihr Verhalten zu gewinnen (internal locus of control).

In einem Fall psychogener Prothesenunverträglichkeit wenden Dünninger und Kunzelmann (1987) direkte und indirekte Hypnosetechniken an und sind innerhalb weniger Sitzungen erfolgreich. Eli und Kleinhauz (1985) benutzen mehr direkte Formen und setzen vorwiegend Entspannungsprogramme unter Hypnose ein.

Kontrolle des Speichelflusses (Ptyalismus)

Nach Morse et al. (1981) ist der Speichelfluss zwar störend, aber durchaus ein Indikator für Entspannung. Hier können sich ebenfalls frühere Konditionierungen bei der Behandlung auswirken. Erickson et al. (1961) geben die einfache Instruktion »Sie speicheln zuviel, ich möchte, dass Sie das sein lassen.« Darüber ist der Patient so

erstaunt, dass er die Speichelproduktion sofort einstellt. Weitzenhoffer (1957) benutzt die Suggestion, dass der Mund ganz austrocknet, wie in der Hitze, wenn man lange nichts zu trinken hatte. Meist werden kurze direkte Suggestionen angewandt. Zehner gibt die schnell wirkende Suggestion, den »Spuckehahn« zuzudrehen, evtl. noch unterstützt durch ein Handdrehen des kleinen Patienten (Kossak & Zehner, 2011).

Dentin-Überempfindlichkeit. Bei der → Dentin-Überempfindlichkeit ist über die traditionellen Anwendungen von sog. Desensitizern oder Fluoridierung hinausgehend in gleicher Weise erfolgreich mit Hypnose zu behandeln, sie kann also als Standardbehandlung jenen Patienten empfohlen werden, die pharmakologische Behandlungen ablehnen (Eitner et al. 2010).

Suggestion

Die Hypnose-Suggestionen von Eitner et al. (2010) beinhaltet Entspannung, Vertiefung und therapeutische Suggestionen wie »... bedecken Sie (diese unangenehmen Stellen) mit einer schützenden Umhüllung, damit alles Unerwünschte und Unangenehme von dieser Stelle ferngehalten wird. Und manchmal – da kann man das für sich selbst machen, indem man diese Vorstellungsbild so benutzt wie einen Wintermantel, mollig, warm und dick – nur Sie allein können sich immer besser vorstellen, wie Ihr geschützter Bereich sich abtrennen kann – so wie unter einer Decke oder einem Mantel, einfach und leicht von allen störenden Ereignissen ...« (Eitner et al., 2010, S. 462).

24.7 Allgemein therapeutischer Bereich

24.7.1 Bequemlichkeit des Patienten während langer oder unangenehmer Eingriffe

Für den Patienten bewirkt der lange Eingriff eine besondere Form von Stress, da er diese unangenehme Situation subjektiv als besonders lang erlebt. Entsprechend bieten sich Entspannungssuggestionen und die Methode der Zeitraffung (s. Abschn. 7.7.3) an, um die Behandlungsdauer verkürzt und angenehmer zu erleben.

Praxishinweis

Positive Imaginationen und Zeitveränderung

Da für einige Patienten längere Zeit körperlicher Passivität ungewohnt oder sogar aversiv ist, kann ihnen die Suggestion von Körpererfahrungen die Zeit verkürzen, so z. B. die Wanderung im Gebirge oder Pool-Schwimmen im Urlaub.

Wie bei allen derartig unangenehmen Behandlungen sollte die Hypnose stets mit positiven Imaginationen beendet werden; dann wird die gesamte Situation rückwirkend eher als positiver bewertet.

24.7.2 Amnesie unangenehmer Eingriffe

Unangenehme Eingriffe können Konditionierungen von Ängsten und negativen Erwartungshaltungen bewirken. Entsprechend hilfreich sind dann Amnesie-Suggestionen, die bestimmte Zeiträume der Hypnose oder die gesamten Dauer des Eingriffs vergessen lassen.

Suggestion

Suggestion zur Amnesie

»Sie sind ganz tief entspannt, angenehm ruhig ... (etc.) und Sie werden merken, dass all die Vorgänge, die Sie jetzt spüren und hören, für Sie uninteressant werden, ... vollkommen gleichgültig. ... Sowohl jetzt im Moment werden Sie ganz weit weg sein. ... Aber auch später, nach der Entspannung werden Sie merken, dass Sie all diese Dinge vergessen haben; sie sind wie weggeblasen und bleiben auch weg. Anstatt dessen werden Sie sich nur an angenehme Bilder deutlich erinnern können ...«

24.8 Operativer Bereich

24.8.1 Schmerzkontrollen – Analgesie, Anästhesie

Lokalanästhetika können aus anatomischen Gründen erschwert sein oder starke körperliche Reaktionen (Atemnot, Panikanfälle, Ohnmacht) auslösen, die allergen, oft psychogen sein können, so als Reaktion auf die hohe Angst. Freigesetztes Epinephrin erhöht den Blutdruck und wirkt dadurch weiter Angst steigernd. Entsprechend sind hier Angstbehandlungen erforderlich, die bei psychisch stark beeinträchtigten Personen außerhalb des Kompetenzbereiches der meisten Zahnärzte liegen (Mehrestedt, 1999a, b).

Die Wirkung der Hypnose-Anästhesie ist auch im Bereich der Zahnmedizin unumstritten (vgl. z. B. Abschn. 23.16.6), so z. B. bei kleinen und große operativen Eingriffe, Extraktionen und Wurzelbehandlungen (Burk, 1986; Gerschman et al., 1980).



Vorteile der alleinigen Hypnose-Anästhesie (nach Schmierer, 1986, S. 88f.)

Verringerung der Gewebeschädigung. Mit der Hypnosesuggestion sind weniger Schmerzen und die Vermeidung von Infiltraten verbunden.

Verbesserung der Wundheilung. Die Durchblutung der Kapillaren erfolgt wieder sofort nach dem Eingriff.

Nachwirkung der Injektion entfällt. Die für den Patienten unangenehmen Taubheitsgefühle, mangelnde Koordination der Mundmuskeln und eventuelle Benommenheit entfallen. Der Patient ist sofort wieder aktiv.

Vorteile der Kombination von Hypnose und Lokalanästhesie

Sicherheit für den Patienten. Der Patient hat nun die vollkommene Gewissheit, dass er keinen Schmerz mehr wahrnehmen wird. Er kann deshalb besser entspannen.

Verminderter Zeitaufwand. Die oft zeitaufwendige Induktionsphase, verbunden mit den Suggestionen zur Aufrechterhaltung der Hypnose, kann durch chemische Anästhesie verkürzt werden.

Reduktion der Menge des Lokalanästhetikums. Da sich die Wirkungen gegenseitig unterstützen, kann laut Praxisberichten das Lokalanästhetikum bis zu einem Viertel reduziert werden. Damit verbunden ist die Reduktion der oben genannten Nebenwirkungen (Rienhoff, 2011).

Wechselwirkung der Methoden. Die Einleitung durch die chemische Lokalanästhesie kann einen Übergang zur Hypnose-Anästhesie begünstigen. Da der Körper genau vorgegeben bekommt, wie er reagieren soll, ist eine Bahnung der nun einsetzenden psychologischen Anästhesie geschaffen. Respondente Lernprozesse setzen hier ein.

Indikationsstellung

Wunsch des Patienten. Oft wird die Methode der Hypnose vom Patienten selbst gewünscht. Durch seine positive Erwartungshaltung erhöht sich dann die Wahrscheinlichkeit des Gelingens. Das schließt jedoch nicht aus, dass durch Kindheits-traumata, Ängste und Vorurteile Widerstände aufgebaut wurden.

Schwere des Eingriffs. Bei schwierigen Eingriffen ist die Kombination der Methoden vorzuziehen. Diese bietet dem Patienten maximale Sicherheit (Schmierer, 1986).

Verfassung des Therapeuten. Hypnose-Interventionen erfordern sehr viel Zeit- und Energieaufwand. Auch die Frische des Therapeuten spielt eine wesentliche Rolle, um immer noch überzeugende Suggestionen geben zu können.

Gheorghiu und Orleanu (1982) berichten von einem Patienten mit einer Allergie, die eine chemische Anästhesie nicht zulässt. Für den zahnchirurgischen Eingriff zur *Implantation* erfolgt ein Hypnosetraining, das auch dem Angstabau dient: Der rumänische Patient wird während der Operation in einen dissoziativen Zustand versetzt, in dem sich ein Teil von ihm am Schwarzen Meer am Strand befindet (dort keinen Schmerz haben kann) und der unbedeutendere Teil im Operationsstuhl liegt. Der Patient ist während der gesamten Operation voll ansprechbar und fällt durch seinen Humor auf, der dann fast in Euphorie übergeht. Die chirurgischen Interventionen werden vom Patienten lediglich als Berührungen erlebt. Seine Blutungen sind deutlich reduziert, sodass er auf eigenen Wunsch die Klinik sofort verlassen kann. Die Heilung verläuft sehr gut.

Owens (1970) führt eine *peridentale Kürettage* vollkommen unter Hypnose-Analgesie durch. Er lässt in der Imagination Schalter in einem Kontrollraum betätigen, die mit den vier Quadranten im Mundraum verbunden sind und entsprechend

Schmerz ausschalten können. Der Patient ist dadurch aktiv beteiligt und übt eine Art Selbstkontrolle aus. Die posthypnotische Analgesie-Suggestion hält hier bis zu 24 Stunden an.

Praxishinweis

Berührungssuggestionen – Placebo

Mitunter können auch Placebos als Suggestionen wirken bzw. diese überzeugend vorbereiten. So empfiehlt Burk (1986) die Anwendung einer Placebo-Spritze; es wird mit einem Pellet ein Oberflächenanästhetikum aufgetragen, um an der »Einstichstelle« durch Druckberührung eine Injektion vorzutäuschen, die entsprechend eine Zeit wirken muss. Danach wird zur Überprüfung der Wirkung mit der Sondenspitze die Gingiva (das Zahnfleisch) an der → kontralateralen Seite eines nicht behandelten Zahnes so berührt, dass ein leichter Schmerz entsteht, den der Patient bestätigt. Daraufhin wird das zu behandelnde Gebiet, begleitet von entsprechenden suggestiven Kommentaren, mit der *runden* Sondenseite gedrückt, was für den Patienten ein verändertes Gefühl darstellt. Dies ist für ihn die Überprüfung der Injektionswirkung, und er wird entsprechend schmerzfrei reagieren.

Induktionen

Besonders geeignet scheinen die Induktionen zu sein, die dem Patienten Gelegenheit geben, sein eigenes »verändertes Bewusstsein« und damit die Suggestionswirkung zu überprüfen, so z. B. motorisch durch Handlevitation oder kognitiv durch eine Zählmethode (Kap. 14.3). Die Rapid Induction Analgesia (RIA) von J. Barber (1977; übersetzt von Gheorhiu & Hübner, 1994) wird in ihren Wirkungen sehr unterschiedlich beurteilt.

Schmerzmanagement

Im oralen Bereich können sich psychogene Schmerzen manifestieren, die z. B. durch Hypnose diagnostiziert werden können (Golan, 1997).

Die Suggestionen der Anästhesie bzw. Analgesie beinhalten die Verstärkung von Gefühlen der Taubheit, Gefühllosigkeit und Minderdurchblutung.

Zur hypnotischen Beeinflussung von Schmerzen sind all jene Methoden geeignet, die auch in der medizinischen und psychologischen Schmerzbehandlung gebräuchlich sind wie z. B.: Distraction, Umlenkung, Dissoziation, Zeitveränderung, Altersregression, Transformation des Stimulus, Modifikation von Katastrophisierungen (s. Abschn. 19.6.10). Im Vordergrund stehen dabei besonders Coping und Methoden zum Selbstmanagement, um wieder interne Kontrolle über das eigene Empfinden und Verhalten zu bekommen.

Das typische Beispiel ist die Handschuhanästhesie (s. Abschn. 7.6.6). Diese Suggestion kann in abgewandelter Form für jeden Körperbereich angewandt werden, so zur Ablenkung und Umleitung/Umlenkung. Hier reicht eventuell sogar nur die imaginierte Berührung aus (nähere Angaben s. Abschn. 22.3).

Beendigung der Hypnose

Die Beendigung erfolgt wie allgemein angewandt. Oft sind jedoch posthypnotische Suggestionen zur weiteren Anästhesie oder Schmerzfreiheit sinnvoll. Eventuell kann der Patient zwischenzeitlich Selbsthypnose erlernen, um bei der nächsten Behandlung noch mehr Eigenanteile einzubringen, bzw. ein Schmerzmanagement zu erwerben (Reindl, 1986).

24.8.2 Blutungsreduktion

Aus systematischen Gründen sei der Aspekt der Blutungsreduktion hier nochmals in Erinnerung gerufen; er wurde bereits in den Abschnitten 23.1.2 und 23.16.7 kurz abgehandelt.

24.8.3 Nachbehandlung

Direkte postoperative Nachwirkungen wie Benommenheit (nach chemischen Anästhetika) können durch posthypnotische Suggestionen im Sinne der Ich-Stärkung abgebaut werden, da sie eine positive Erwartungshaltung bewirken.

Langfristige Nachwirkungen einer Operation oder Zahnextraktion wie Schmerzzustände sind u. a. durch posthypnotische Suggestionen und Selbsthypnose beeinflussbar (wie auch bei anderen Schmerzen). Zur prophylaktischen Verhinderung eines postoperativen Schocks lassen sich ebenfalls posthypnotische Suggestionen einbeziehen. Die Heilungsverbesserung nach chirurgischen Eingriffen unter Hypno-Narkose wurde bereits in Abschnitt 23.16.8 besonders betont.

24.8.4 Anwendungen

Extraktion der Weisheitszähne

Die Extraktion von Weisheitszähnen gehört zu häufigen chirurgischen Eingriffen in der Praxis des Mund- und Kieferchirurgen. Mackey (2010) untersucht mit randomisierten kontrollierten blind zugeordneten Gruppen, inwiefern Hypnose als Zusatz zur intravenösen Sedierung (Propofol) genutzt werden kann. Die hypnotische Induktion und »therapeutische Suggestionen« in der Hypnosegruppe verringern die postoperativen Schmerzurteile der Patienten und auch ihre postoperativen Schmerzmittelnahme signifikant. Hypnose erfordert demnach eine reduzierte Narkotikamenge, verringert dadurch das Narkoserisiko und die postoperativen Beschwerden.

Praxishinweis

Vollkommen ohne Sedativa und Analgetika etc. lässt sich Dr. Zehner ihre beiden Molaren entfernen. Als erfahrene Hypnose-Kinderzahnärztin ist ihr das gesamte

Prozedere bekannt; sie will die Nachwirkungen der Analgetika vermeiden und möglichst beide Weisheitszähne in einer Sitzung extrahiert bekommen. Deshalb soll Hypnose angewandt werden.

Wir wurden uns schnell über die Induktion (Augenfixation eines Punktes) einig. Als Ruheszene wird abgesprochen: Zusammen mit dem Vater wie in der Kinder- und Jugendzeit in einem Paddelboot auf einem bestimmten See ruhig und entspannt unterwegs sein und dabei Wellen, Sonne und Stille genießen. Verabredungsgemäß liegt zur Sicherheit die Injektion mit einem Lokalanästhetikum griffbereit.

Wenige Minuten nach der Induktion gibt sie das verabredete Fingersignal zum Beginn der ersten Extraktion, die innerhalb weniger Sekunden schmerzfrei erfolgreich ist. Nach einer kurzen Erholungspause und Vertiefung der Hypnose zeigt ihr Fingersignal die Bereitschaft zur Weiterführung an. Diese zweite Zahnextraktion wird ebenfalls von Entspannungssuggestionen zum Paddelboot und der Dissoziation weg vom Behandlungsstuhl, hin zum See begleitet. Kurz vor Ende des erfolgreichen zweiten chirurgischen Eingriffs erfolgen indirekte und posthypnotische Suggestionen zur Koagulation und Heilung. Die Koagulation setzt bereits wenige Sekunden nach der Extraktion ein.

Die Patientin fühlt sich nach der insgesamt 30-minütigen Intervention erholt, ist klar, entspannt und kann auf ihren Wunsch hin ihrer normalen Tätigkeit nachgehen. Es treten keine postoperativen Komplikationen wie Schwellung, Hämatom, Schmerzen etc. auf (Zehner & Kossak, 2006).

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

In der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hängt bei lokaler Anästhesie die Behandlung auch von der Kooperationsbereitschaft der Patienten ab. Hermes et al. (2004) geben bei über 200 Operationen direkt gesprochene oder vom Band abgespielte Hypnosesuggestion zur Entspannung und Heilung. Dadurch sinkt das Stressprofil (systolischer Blutdruck, Atemfrequenz) am Operationstag signifikant, die Entspannung nimmt zu und die neurophysiologischen Angstparameter (EKG, Herzfrequenz, Blutsauerstoffgehalt, Körpertemperatur, Kortisolkonzentration im Speichel) sinken ebenfalls. Damit ist auch die Langzeitwirkung von Hypnose bei derartigen chirurgischen Eingriffen objektiv bewiesen (Eitner et al., 2005; Hermes, 2006a, b).

Eine Patientenbefragung ergibt, dass viele von ihnen Hypnose bei der chirurgischen Behandlung begrüßen würden (Hermes et al., 2003, 2005), da auch ihre postoperative Zufriedenheit signifikant erhöht ist (Hermes, 2005, 2006).

24.9 Patienten mit besonderen Problemen

Patienten mit besonderen Erkrankungen oder einer sehr langen Leidensgeschichte können Problemfälle sein.

Patienten mit langer Leidensgeschichte

Patienten mit starken Ängsten/Phobien und chronischen Schmerzproblemen haben meist eine lange Anamnese, häufig wechselnde Behandler, wechselnde Therapieerfolge, zeigen Ungeduld, Hilflosigkeit und intellektualisierende Darstellungen (Freese, 1992).

Folgen und Führen (Pacing, Leading) kann hier eine Musterunterbrechung bewirken, da sich der Therapeut auf den Patienten einstellt und so seine Erwartungen stört. Dabei beschreibt der Therapeut aus räumlicher Distanz die Anspannung und möglichen Negativvorstellungen des Patienten (Folgen), um dann über Entspannung zu sprechen, z. B. den Urlaubsort einzubeziehen (Führen) und zur Induktion überzugehen (Schmierer, 2001).

Beeinträchtigende Erkrankungen

Bei der Chorea Huntington treten überdauernde unkontrollierte Bewegungen auf, die von Kleinhauz et al. (1986) bei einer Patientin über mehrere Monate mit Hypnose-Entspannung und Selbsthypnose behandelt werden, bis die reduzierten Bewegungen schließlich die zahnärztliche Behandlung ermöglichen, ähnlich auch bei Parkinson-Erkrankungen (s. a. Abschn. 23.9.6).

Sternlicht und Wanderer (1963) berichten von psychotischen, institutionalisierten und geriatrischen Patienten und Kindern mit Down-Syndrom, bei denen Hypnosetechniken hilfreich zur Unterstützung der zahnärztlichen Behandlung sind. In solchen Fällen wird bestimmt stets die Zusammenarbeit mit den betreuenden Fachkollegen der Psychologie und Psychiatrie dringend angeraten sein.

Oralaphten

Aphten im Mundbereich sind sehr schmerzhafte und chronisch rezidivierende Defekte der Mundschleimhaut. Kenne (1990) wendet Suggestionen zur Stabilisierung des Immunsystems nach Simonton et al. (1978) an und erreicht eine Besserung der Aphten, kürzere Auftretensdauer und Schmerzreduktion bei einigen Patienten. Daraus lassen sich eventuell Impulse für andere Behandlungssektoren ableiten.

24.10 Veränderung von Verhaltensgewohnheiten (Habits)

Unangemessene Verhaltensgewohnheiten können zu unangemessenen Zahnabnutzungen, Zahnlockerungen und Schmerz-Syndromen führen. Die meist psychogenen Ursachen sind hier in besonderer Weise zu berücksichtigen. Schmierer (1993) empfiehlt die Selbstbeobachtung anhand einer Videoaufzeichnung. Durch eine einfache Strichliste kann der Patient sein Problem und dessen (optische) Auswirkungen bewusst erkennen. In Abschnitt 22.15.3 ist die die Behandlung von Habits ebenfalls dargestellt.

Zungenfehlfunktionen

Bei dieser durch Hypotonie der Mund- und Zungenmuskulatur bedingten Fehlhaltung wird die Zunge beim Sprechen und Schlucken zwischen die Zähne gelegt, wodurch unangemessenes Schluckverhalten entsteht; der Mund ist meist auch beim Kauen geöffnet. Dadurch kann falsches Zahnwachstum begünstigt werden. Barret und van Dodenroth (zit. n. Gerschman et al., 1980) können keine bewusste Kontrolle erreichen, während Hypnose-Suggestionen bereits nach 14 Sitzungen bei allen Personen hilfreich sind. Murry (1982) interpretiert das Verhalten als (infantilen) defensiven Mechanismus, deckt ihn mit Hypnotherapie auf und ist bei 97 Prozent erfolgreich.

Daumenlutschen

Intensives Daumenlutschen kann Deformationen des Gaumens und damit Zahnstellungsanomalien bewirken. Es kann nicht nur ein unangemessenes eingeschliffenes Verhalten (= Habit) sein, sondern der Ausdruck tief greifender emotionaler Probleme (z. B. Vernachlässigung, Missbrauch, Überforderung). Bereits Wickham (1960) empfiehlt, dass hier nicht der Zahnarzt mit Hypnose arbeitet, sondern ein Psychologe konsultiert werden sollte. So weit muss man nicht gehen, wenn es sich nur um eine Verhaltensangewohnheit ohne tieferen seelischen Grund handelt (s. a. Abschn. 22.15.2).

Die paradoxe Intervention

Zehner ist hier mit behavioralen Methoden wie paradoxe Intervention (Selvini Palazzoli et al., 1978) und Tagebuchführung sehr erfolgreich (Kossak & Zehner, 2011). Ihre Suggestionen zur paradoxen Interventionen lauten:

Für jüngere Kinder:

»Schau dir doch mal deinen Nuckelfinger (Daumen) an, wir machen jetzt daraus ein kleines Fingerkind. Wie heißt es denn? Dieser kleine Nuckelfreund fürchtet sich sehr, wenn er in den dunklen, nassen Mund gesteckt wird. Oder bist du gern allein im Dunkeln? Viel lieber möchte er abends noch ein paar Fingerspiele mit den anderen Fingerkindern machen oder eine Geschichte mit anhören. Danach möchte er von der anderen Hand liebevoll gehalten werden und sich zusammen mit den anderen Fingern ins Bett kuscheln« (S. 237).

Für Kinder im Schulalter:

»Es ist den anderen Fingern gegenüber sehr ungerecht, wenn nur der Daumen genuckelt wird. Das wäre ja gerade so, als wenn im Kindergarten oder in der Schulbetreuung nur immer ein einziges Kind spielen dürfte und alle anderen Kinder müssten zuschauen! Das wäre doch sehr ungerecht, oder?

Also möchten alle zehn Finger einmal mit Nuckeln dran sein, deshalb soll jeden Tag ein anderer Finger genuckelt werden. Welcher Finger an die Reihe kommt, solltest du selbst entscheiden, denn du bist der Chef und bestimmst über deinen Körper und auch über deine Finger! Oder willst du dich etwa von so kleinen Fingern herumkommandieren lassen? Du kannst also morgens mit Mama und Papa

besprechen, welcher Finger dran ist, damit sie dich daran erinnern können, dass du immer fleißig an diesem Finger nuckelst.

Aber nur dieser Finger darf an dem Tag gelutscht werden, wenn du das Bedürfnis zum Nuckeln hast!« (S. 239).

Nun bekommt das Kind eine Hausaufgabe, die es verantwortungsbewusst durchführen soll. Sie wird als Vertrag aufgesetzt und dann von allen Beteiligten unterzeichnet. Die Kooperation der Eltern ist hier sehr wichtig, um sie im paradoxen Verhalten anzuleiten.

Das Kind soll 1- bis 2-mal am Tag mindestens je eine halbe Stunde an dem Finger lutschen, der an diesem Tag dran ist – damit der Finger nachts auch schmeckt! Erst wenn alle Finger so durchgelutscht wurden, darf der Daumen wieder dran kommen. Das Kind bekommt zusätzlich einen Erfolgskalender mit, an dem es Tag für Tag ein Bild ausmalen oder einkleben darf, wenn es am vereinbarten Finger genuckelt hat.

Sonstige Problemstellungen

Auch Lippen- und Wangenbeißen, Schluck- und Saugparafunktionen sollten als Habits in ihren psychogenen Aspekten kritisch betrachtet werden. Falls dann Interventionen durch den Zahnarzt indiziert sind, können Suggestionen die Gewohnheit »pacen«.

Suggestion

»Immer, wenn die Unterlippe von deinen Zähnen berührt wird, springt sie wie elektrisch nach vorne, ganz von alleine. Anfangs dürfen die Lippen dann jedes Mal einen Pfeifton loslassen, aus Freude, dass sie dem Zungebiss entschlüpft sind. Und wenn sich deine Lehrer wundern, warum du manchmal pfeifst, sagst du, dass das dir dein Zahnarzt aufgetragen hat.« (Schmierer, 1993, S. 209 f.)

24.11 Funktionsstörungen des stomatogenen Systems

Störungen unterschiedlichster psychischer Genese können zu Funktionsstörungen des Kausystems führen, die eine Bewegungsbeeinträchtigung der beim Kauen erforderlichen Koordinationen und somit u. a. unangemessene Abnutzungen oder Schmerzen bewirken.

Bruxismus

Die nichtfunktionale Benutzung des Kausystems, also abnormes Knirschen und Mahlen mit den Zähnen, tritt sowohl tags, meist aber nachts auf und wird mitunter auch als habit bezeichnet. Die Prävalenz liegt bei ca. 20 Prozent, bei Personen der mittleren Altersgruppe bei bis zu 50 Prozent (Glass et al., 1993). Als Folgeschäden sind Zahnabnutzungen, Abrasionen, Frakturen, chronische Dislokationen, Kiefergelenkschäden und -schmerzen festzustellen, aber auch Muskelverspannungen, die zu Kopf- und

Ohrenschmerzen führen, da schmerzhafte Spasmen in den betroffenen Backen-, Kau- und Gesichtsmuskeln auftreten (Solberg et al., 1972).

Als Ursachen werden verschiedene Aspekte diskutiert: anatomische Faktoren wie z. B. Zahnanomalien, neurologische Faktoren (kortikale Veränderungen) und psychologische Faktoren, so Überbelastung, Ignorieren von Belastungen und Unterbelastung (Giraki et al., 2010; Miltner, 1986; Ommerborn et al., 2010) oder orale Aggressionen (Shapiro & Shannon, 1965). Bruxismus wird oft als Stressreaktion angesehen und deshalb eindeutig als psychosomatische Störung eingeordnet (z. B. Somer, 1991).

Konventionell werden z. B. Aufbisschienen (Okklusionsschienen) verordnet, bringen jedoch nur kleinere Erfolgsquoten.

Somer (1991) arbeitet bei einem seit zwölf Jahren leidenden Patienten mit Altersregression und kann mit einer kognitiv-behavioralen Psychotherapie Vater-Kind-Probleme aufarbeiten, die zu seelischem Stress und damit zu Verspannungen führten.

Golan (1990) beginnt mit der Handschuhanästhesie und demonstriert dem Patienten durch einen Nadelstich, wie sehr er Kontrolle über seine eigenen Körperfunktionen haben kann. Darauf folgen zur eigenen Fürsorge Suggestionen mit dem Auftrag, falls der Patient im Schlaf die Kiefer aufeinander zu pressen und mit den Zähnen zu knirschen beginne, werde er durch den Druck wach werden.

Lernen Patienten Selbsthypnose, so sinkt ihre EMG-Aktivität auch im Schlaf signifikant ab, was eine Symptomverbesserung bewirkt (Clarke & Reynolds, 1991). Ein Tonband mit Entspannungssuggestionen, tags und zum Einschlafen benutzt, bewirkt ebenfalls Verbesserungen (Clarke, 1999). Mit seinem hypno-behavioralen Konzept, das multimodale Stressmanagement-Programme, Entspannung und Selbstmanagement enthält, ist Somer (1999) erfolgreich.

Funktionelle Myoarthropathien (TMJ-Syndrom, Temporo-Mandibuläre Dysfunktion, Costen-Syndrom)

Unter diesem Sammelbegriff werden unterschiedlichste Symptome zusammengefasst, die mit chronifizierenden Schmerzen z. B. in Kiefergelenk, Ohr und Gesicht verbunden sind. Es handelt sich dabei um psychosomatische Erkrankungen. Entsprechend sind die für chronische Schmerzen relevanten Behandlungsverfahren indiziert (s. Abschn. 22.3). Erst nach neurologischer, orthopädischer, HNO-ärztlicher und internistischer Absicherung und eindeutiger Diagnose kann und darf Hypnose eingesetzt werden (Schmieder, 2002).

Golan (1989a) arbeitet mit psychisch stabilisierenden Hypnose-Suggestionen.

Bei TMJ ist Hypnose und Entspannung gleich hilfreich in der Schmerzreduktion und bei der schmerzbedingten Schlafunterbrechung, aber Hypnose senkt statistisch signifikant die Höhe der täglichen Schmerzbewertung und trägt in dieser Untersuchungsgruppe dazu bei, Copingstrategien wie »Umdeutung der Schmerzgefühle« häufiger anzuwenden (Abrahamsen et al., 2009).

Erhalten Patienten mit TMJ Hypnosesuggestionen zur Hypoalgesie und Hyperalgesie, ist die Schmerzwahrnehmung durch die Hypoalgesie signifikant verringert (Abrahamsen et al., 2010).

Beispiel

Schmierer (2002) lässt Selbsthypnose zur Entspannung üben; danach wird der posthypnotische Auftrag gegeben, bei Durchführung der Parafunktionen aufzuwachen bzw. tagsüber die Handlung zu unterbrechen und sich zu entspannen: »Der Müller wacht aus seinem Schlaf sofort auf, wenn seine Mühle leer läuft; er schüttet frisches Korn zwischen die Mühlsteine, damit diese wertvollen Mühlsteine sich nicht gegenseitig aufreiben.« Zusätzlich erhält der Patient leichte Massagen im Schmerzbereich, um dadurch die Myogelose (Muskelhärte, -knoten) abzubauen.

24.12 Gewöhnungskontrolle

Prothesenanpassung und -unverträglichkeit

Die Anpassung von Prothesen erfordert vom Patienten ein hohes Maß an Kooperation.

Fremdheitsgefühl und Druck sind reduzierbar durch negative Halluzinationen, eventuell posthypnotische Analgesie.

Würgereize werden im hypnobehavioralen Ansatz von Barsby (1999) mit Habituation behandelt, indem der Patient sich graduell an eine Plastikscheibe im Mund gewöhnt, verbunden mit Suggestionen der Entspannung und Ich-stärkenden Techniken.

Verändertes Kauverhalten kann durch positive Suggestionen der stetigen Verbesserung hilfreich unterstützt werden.

Entstellungsproblematik kann je nach vorheriger Sanierung mit der Prothese verbunden sein; hinzu kommt eine deutliche Veränderung des Selbstbildes, assoziiert mit der spürbaren Konfrontation von Unfalleinwirkungen oder Alterungsprozessen, gefolgt von Depressionen nach Einsetzen einer Prothese. An dieser Stelle sind Suggestionen der Ich-Stärkung (s. Abschn. 19.6.7) oder des Idealisierten Selbstbildes (s. Abschn. 19.6.6) zu empfehlen, die besonders die zunehmenden positiven Perspektiven aufzeigen. Dünninger und Kunzelmann (1987) benutzen bei ihrer Patientin in Hypnose eine Metapher und erreichen das Akzeptieren der Prothese.

Verbesserung der Mundhygiene

Mangelnde Mundhygiene steht an dritter Stelle der Problembereiche von Zahnärzten (Ingersoll et al., 1979). Kelly et al. (1988) verbinden mit der Selbsthypnose Suggestionen zum täglichen Gebrauch von Zahnseide und erreichen eine bedeutende Zustandsverbesserung des Zahnfleisches ihrer Patienten ($p < .001$) gegenüber der Kontrollgruppe.

Bei Kindern kann durch Hypnosuggestionen prophylaktisch Mundhygiene erreicht werden (Gardner & Hinton, 1980). Die Wachsuggestion: »Es wird kitzeln und Spaß machen, sodass man lachen muss« bewirkt häufigeres Zähneputzen als ohne diese Motivierung (Neiburger, 1978). Gerade bei kleineren Kindern wirken Modellpersonen und Suggestionen besonders schnell (s. Abschn. 21.3).

Als Folgerung daraus sollten derartige Hypnoseinterventionen zum Standardprogramm in der Prophylaxe des Zahnarztes gehören.

Compliance in der Kieferorthopädie

Manche Patienten müssen während der kieferorthopädischen Behandlung täglich für 16 Stunden einen Headgear tragen. Sie werden in der monatlichen Visite für je 20 Minuten dazu motiviert. Hypnose bewirkt Compliance, während in der Kontrollgruppe im Verlauf von sechs Monaten eine signifikante Abnahme der Tragezeiten beobachtet wurde (Trakyalı et al., 2008).

24.13 Neuropsychologie

Werden Patienten mit vorwiegend Dentalphobien phobierelevante Kurzvideos gezeigt, bewirken sie eine stark ausgeprägte bilaterale Aktivierung in der Amygdala. Erfolgt danach eine Kurzhypnose (mit Entspannung), ist die Aktivierung der Amygdala nicht mehr gegeben. An seine Stelle tritt eine Aktivierung im rechten posterioren Gyrus fusiformis auf. Das heißt, dass die Kurzhypnose eine Deaktivierung der Amygdala bewirkt und damit eine zentrale Reduktion der Angstbewertung. Hypnose hat wahrscheinlich auch einen modulierenden Effekt auf den fusiliformen Gyrus, wodurch automatisch der durch die Amygdala generierte Angstresponse abgeschwächt wird und gleichzeitig zu einer gesteigerten Verarbeitung des visuellen Inputs führt (Halsband, 2011, S. 28).

Die Hirnaktivitäten (im fMRT) zeigen bei der Schmerzstimulation eine signifikante Aktivierung der rechten posterioren Insula und des primären sensomotorischen Kortex. Während der Hypoalgesie-Suggestionen ist nur die rechte posteriore Insula aktiviert, mit signifikantem Unterschied zur Hyperalgesie. Dies beinhaltet, dass die hypnotische Hypoalgesie mit einer deutlichen Unterdrückung der kortikalen Aktivität verbunden ist (Abrahamsen et al., 2010).

Wird Versuchspersonen über eine Videobrille ein Film über eine Zahnbehandlung vorgeführt, die Schmerzen verursachen kann (z. B. beim Bohren), so werden im fMRT die für Schmerz typischen Regionen z. B. im insulären Kortex und im motorischen, visuellen und auditiven Kortex sichtbar. Das heißt, ohne objektive nozizeptive Reize werden sensorische und affektive Empfindungen ausgelöst (Yekta, 2010). Für die Behandlung bedeutet dies, dass besonders auch die Schmerzattributionen von Bedeutung sind und ebenfalls in die Therapie einzubeziehen sind.

24.14 Grenzen und Kontraindikationen

Zum Zahnarzt kommen auch Patienten mit Ängsten, Schmerzproblemen und Habits, die einen psychischen Hintergrund haben und eventuell einer Psychotherapie bedürfen. Reine Suggestionen z. B. der Angstfreiheit können hier nur vordergründig wirksam sein. Der in Hypnose ausgebildete Zahnarzt verfügt über zahlreiche effektive

Hypnosemethoden und setzt diese hilfreich ein. Bei den Patienten mit psychisch bedingten Zahnproblemen ist eine klare Grenzziehung zwischen Zahnmedizin und Psychotherapie nicht immer möglich, da der Arzt zur Hilfe verpflichtet ist (Dünninger, 2002). Dennoch sollte der Zahnarzt sein spezialisiertes Hypnosefeld nicht verlassen, denn seine Patienten können emotionale Probleme aufweisen, die gezielt die hohe Sorgfalt von Psychodiagnostikern und Psychotherapeuten erfordern (Mehrstedt, 1999). Hier liegt für den Zahnarzt die Verantwortung, diese Grenzen zu erkennen, zahnärztliche Hypnose von Hypnotherapie zu unterscheiden und Überweisungen vorzunehmen (z. B. Gershman et al., 1980; Schmierer, 2002, 2010).

Da derartig viele psychosomatische Erkrankungen beim Zahnarzt vorgestellt werden, sind interdisziplinäre Teams mit z. B. Psychologen, Psychiatern, Zahnärzten, Neurologen, Otolaryngologen und Dermatologen erforderlich, wie teilweise an namhaften Kliniken bereits etabliert; entsprechend sollten solche Teams in ambulanten Facheinrichtungen aufgebaut werden.

25 Hypnose im Sport

*Strebe nach Ruhe, aber durch das Gleichgewicht,
nicht durch den Stillstand.*

Friedrich von Schiller (1759–1805)

Die Sportpsychologie beginnt ungefähr in der »Belle Epoque« mit der Globalisierung des Sports. International bekannt ist wohl der Amerikaner *Edward Wheeler Scripture* (1864–1945), dessen Doktorvater 1891 Wilhelm Wundt war, der gerade die experimentelle Psychologie gründete.

Die ersten offiziellen Publikationen zur psychologischen Trainingsmethode stammen von den Olympischen Spielen im Jahr 1960 in Rom (Naruse, 1974), später folgen auch experimentelle Untersuchungen, um Erklärungsmodelle über die Faktoren und Wirkrichtungen der Hypnose zu entwickeln – analog zu den Anwendungen der Hypnose in der Psychologie und Medizin.

Definition

Die **Sportpsychologie** ist ein Bereich der Angewandten Psychologie; Schwerpunkte sind Entwicklung, Motivation, Lernen. Dazu gehören: Methoden zur Leistungs-optimierung und Leistungsverbesserung, Aufbau von Selbstvertrauen, Selbstregulationskompetenzen und rehabilitative und regenerative Maßnahmen (Frester & Mewes, 2008).

25.1 Basisaspekte

Im Sport bedarf es besonderer, ganz spezifischer methodischer Vorgehensweisen, die sich deutlich von den meisten Anwendungen in der Psychotherapie unterscheiden. Teile der Ausführungen folgen Naruse (1974) und Holdivici (1990).

Leistungssportler und ihre Probleme

- ▶ Leistungssportler haben öfter Versagensängste und Angst, ihr Leistungsniveau nicht zu erreichen oder nicht zu halten.
- ▶ Athleten, die um professionelle Unterstützung nachfragen, haben oft auch klinisch bedeutsame psychologische Probleme und bedürfen entsprechender therapeutischer Hilfen (Morgan, 2002).
- ▶ Athleten sind daran gewöhnt bzw. darin trainiert, Handlungen durchzuführen, ohne darüber nachzudenken. Werden sie gebeten, über ihre einzelnen Bewegungsabläufe nachzudenken, sind sie schnell blockiert: Paralyse durch Analyse.

Psychologe und Teamarbeit

Der Psychologe wird nicht immer die spezifische Sportart mit ihren Problemen und Anforderungen seiner Klienten kennen und sollte deshalb unbedingt nicht nur mit dem Sportler, sondern auch mit dem Trainer gut kooperieren (Liggett, 2004), der seit langem mit den besonderen Anforderungen und Problemen der Sportart, des Sportlers und seines Umfeldes (Kameraden, Gegner, Publikum) vertraut ist. Der Sportpsychologe soll sich darauf beschränken, dem Sportler mentale Einstellungen und Kompetenzen zu vermitteln.

Psychische und sportliche Eigenverantwortung des Sportlers

Der begleitende Psychologe muss sein Konzept und Verhalten so definieren, dass der Sportler darauf vertraut und stets davon überzeugt ist, alles vollkommen von sich aus zu tun. Die Selbstbeobachtung der eigenen mentalen Ereignisse ist wichtig, um mehr Informationen über sich zu sammeln.

Die Verantwortung für die Vorbereitung und Durchführung des Trainings und der Wettkämpfe muss vollkommen beim Sportler als Ort der Kontrolle (locus of control) liegen (Rotter, 1966). Auf diese Weise kann er seine Fortschritte und Erfolge mit seinem Handeln in Verbindung bringen und so ein konstanteres Motivationssystem aufbauen. Darauf sollten dann die Suggestionen abgestimmt sein, die der Sportler anfangs in Fremdhypnose erhält und später als Selbsthypnose fortführt.

Vorurteile gegenüber »Hypnose«

Einige Sportler können negative Vorurteile und Ängste gegenüber Hypnose haben. Deshalb ist die Transparenz in der Anwendung besonders bedeutsam, und zielorientierte Imaginationen werden der Hypnose vorgezogen (Maniar et al., 2001). Entsprechend wird empfohlen, nicht von »Hypnose« zu sprechen, sondern von »Entspannung«, »mentalem Training« etc. So verweigerte ein bekannter deutscher Fußballstar die Kooperation, da er »nicht an Firlefanz und Seelenwäsche« glaube. Auf das dann angebotene »Programm mit Tiefenentspannung« reagierte er positiv.

Praxishinweis

Da der Sportler während des gesamten Trainings stets über kleinste Veränderungen und methodische Schritte offen unterrichtet wird, sollte auch die Induktion und Hypnoseanwendung transparent sein. Er erlebt dadurch ein kongruentes Vorgehen im Gesamtkonzept, in dem sich Sportler, Trainer und Psychologe als ein einheitlich handelndes Team verstehen.

Hypnose, Imagination, Sportleistung und Gehirnaktivität

Die Auswirkungen von Hypnose auf die Muskelkraft werden sehr unterschiedlich beurteilt (Barber, 1966) und sind nachfolgend eher stichwortartig aufgeführt, ebenso ihre Auswirkung auf die Ausdauer (Barber & Calverley, 1964e; Evans & Orne, 1965; Jackson, 1979; Morgan, 1994).

Hypnose-Suggestionen zur Zunahme oder Abnahme von Arbeitsbelastung beim imaginierten (bergauf und bergab) Fahrradfahren können die regionale zerebrale Durchblutung beeinflussen (Williamson et al., 2001). Das suggerierte Bergabfahren und somit Abnahme der wahrgenommenen Anstrengung ist mit dem linken insularen Kortex und dem anterioren cingulären Kortex verknüpft. Das »Bergauffahren« ist mit der Aktivierung des rechten insularen Kortex und der rechten Thalamusaktivierung verbunden. Dabei treten keine Veränderungen in den sensomotorischen Bereichen für die Beine auf. Hypnose bewirkt demnach eine unterschiedliche Aktivierung in bestimmten Hirnregionen.

Sollen die Versuchspersonen einen Handgriff real manuell oder in Hypnose imaginiert betätigen, zeigen nur die Hochhypnotisierbaren eine Pulsbeschleunigung während der imaginierten Tätigkeit; für sie ist die subjektiv wahrgenommene Anstrengung höher als für die Geringhypnotisierbaren. Daraus ist über den gemessenen veränderten regionalen Blutfluss im anterioren cingulären Kortex und im insularen Kortex zu folgern: Die Stärke der zentralen Steuerung (des Blutflusses) hängt mehr von der individuell wahrgenommenen Anstrengung ab als von der tatsächlichen Wirkkraft. Danach scheinen thalamische und sensomotorische Aktivierungen mit der tatsächlichen Arbeit verknüpft zu sein. Die anterioren und insularen Teile des Kortex scheinen mehr mit dem Erlebnis der Anstrengung verbunden zu sein (Williamson et al., 2002).

Psychohygienische Maßnahmen wie z. B. Anwendung des autogenen Trainings wirken sich nicht nur auf die Leistungssteigerung aus, sondern auch auf das gesamte psychische Wohlbefinden (Kaufmann et al., 1995).

Imaginationen. Die Anwendung von Imaginationen im Sport hat stetig zugenommen, zumal bislang auch unbewusst Vorstellungsbilder benutzt werden (Morris et al., 2004). Sie werden oft mit Hypnose kombiniert und sind dann in jeder ihrer Dimensionen (visuell, auditorisch, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch = VAKOG, s. Abschn. 2.8) intensiver, auch in verschiedenen Situationen wie: allein, vor anderen Sport betreiben, andere dabei beobachten oder selbst im Wettkampf sein (Liggett, 2000).

Bei Kindern (5 bis 15 Jahre), die sich zwei Minuten lang erst einen entspannenden Ort vorstellen, dann eine aufregende Tätigkeit wie ihren Lieblingssport ausüben, sinkt bei Entspannung die Pulsrate signifikant und nimmt bei Aktivität zu, umgekehrt die Hauttemperatur und der elektrodermale Hautwiderstand. Lee und Olness (1996) leiten davon die Frage ab, inwiefern das alltägliche Denken über längere Zeit autonome wie kardiovaskuläre Veränderungen und damit die Gesundheit beeinflusst.

Kritik an den Hypnoseexperimenten im Sportbereich

- ▶ Die kontrollierten Laborbedingungen entsprechen nie der Situation vor und während des Wettkampfes, da sie einzelne Verhaltensweisen isolieren.
- ▶ In den Untersuchungen werden meist Suggestionen unter Hypnose angewandt, selten jedoch die Wirkung allein von Hypnose oder Suggestion.
- ▶ Der spezifische Einfluss z. B. der Anforderungen in der Wettkampfsituation bleibt unberücksichtigt.

- Gegenüber Untersuchungsgruppen mit Wettkampftätigkeit lassen sich nur schwer sinnvolle Vergleichsgruppen konzipieren.

25.2 Optimale Leistungsfähigkeit und Wettkampfkondition

25.2.1 Optimale Erregung

In der Vorbereitungsphase des Wettkampfes muss eine optimale Ausgewogenheit von Anspannung und Entspannung vorliegen, die sich im Wettkampf zwar verändern kann, jedoch erhalten werden muss.

Das Yerkes-Dodson-Gesetz

Praxishinweis

Im Sport ist ein Höchstmaß an Erregung erforderlich, die bei zu großer Stärke in Angst übergehen kann und somit die Leistung mindert (Yerkes-Dodson-Hypothese, 1908). Zu geringe Erregung mindert ebenfalls die Höchstleistung. Entsprechend soll Hypnose optimale Erregung bewirken.

Beispiel: Ein Schwergewichtsboxer erleidet während der Olympiade 1968 in Mexico City einen Panikanfall, der mit Entspannung schnell behoben wird. Er verliert daraufhin seinen Kampf, da die Spannungsreduktion vor dem Kampf kontraindiziert war (Vanek, 1970).

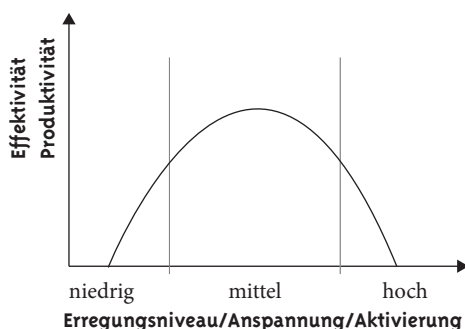


Abbildung 25.1 Das Yerkes-Dodson-Gesetz. Der optimale Leistungsbereich liegt meist im mittleren Erregungsniveau

Krenz (1984) kann durch eine modifizierte Form des autogenen Trainings (z. B. Wärme der Glieder, Herzschlag, Atmung, Stirnkühle) deutliche Verbesserungen im Wettkampf erreichen. Pearson (1983) bewirkt durch Entspannung, Suggestion und geleitete Imaginationen Leistungsverbesserungen. Wahrscheinlich dienen diese Interventionen primär zum Motivationsaufbau und zum Abbau von Lampenfieber und Versagensängsten, führen also zur optimalen Erregung.

Die in Hypnose verwendeten Bilder müssen demnach auf die Anforderungen abgestimmt sein. Das heißt, sie sollen nicht nur die bestimmte Aktivität einbeziehen (z. B. Kugel im richtigen Moment stoßen, mit Kräften haushalten, Fuß richtig platzieren), sondern müssen dem Erregungsniveau des Sportlers und dem geforderten »aggressiven« Inhalt entsprechen. Je nach Sportart darf die Anspannung bzw. Aggression auch nach der Durchführung nicht abflachen.

Problemeispiele

Ein bekannter Zehnkämpfer besucht auf Anraten seines Psychologen kurz vor dem Wettkampf seinen »Gegner« freundlich an der Wettkampfstelle und lobt ihn wegen seiner guten Kondition.

Ein Boxweltmeister schenkt seinem Titelherausforderer vor dem Kampf freundlich ein Exemplar des von ihm geschriebenen Kinderbuches.

Folgen. Jeder der beiden so positiv behandelten Kontrahenten verliert den Wettkampf, da ihr optimales Aggressionspotenzial (Adrenalinausschüttung etc.) nun bereits vorher abgebaut war.

Aufmerksamkeitsfokussierung

Die nach *außen gerichtete Aufmerksamkeitsfokussierung* ist erforderlich, um sich über die Gesamt- und Spielsituation zu informieren, *die nach innen gerichtete* auf das eigene Denken und Handeln. Nach Weinberg und Gould (1999) liegt der optimale Fokus bei mittelstarker Erregung. Je nach Sportart und situativer Anforderung muss der Sportler zwischen beiden Fokusarten wechseln können. Jedoch fast immer müssen die Zuschauer und diverse andere Störreize ausgeblendet werden, was erfahrene Sportler erlernen.

25.2.2 Optimale Bereiche

Für den betreuenden Sportpsychologen sind sehr unterschiedliche optimale Verhaltensweisen zu berücksichtigen und mit z. B. Hypnose zu behandeln.

Individuelle Zone optimaler Funktionsfähigkeit (IZOF)

Die individuelle Zone der optimalen Funktionsfähigkeit wurde als Theorie entwickelt und bezieht sich auf die optimale Angstreaktion, die vor Wettbewerben auftritt, also den affektiven Zustand, der genau abgerufen werden kann und auch später erinnerbar ist (Hanin, 1978, 1995).

Hanin (1995) empfiehlt u. a., vor oder während eines Wettkampfes die individuelle Zone der optimalen Funktionsfähigkeit zu erreichen:

- ▶ Beeinflussung der *subjektiven Bedeutung* der anstehenden Aktivität
- ▶ *Vertrauen* des Sportlers stärken, diese anstehende Aufgabe bewältigen zu können
- ▶ *Reduktion der Personenzahl*, die die Aufmerksamkeit des Sportlers anzieht
- ▶ *Positives Umfeld* schaffen durch positive Kommunikation und Interaktion im Team und mit dem Trainer

Beispiel: Werden Läufer (400 m) aufgefordert, 110 Prozent ihrer bisherigen Leistung zu geben, schneiden sie schlechter ab als wenn sie nur 95 Prozent geben sollen. Wahrscheinlich werden im erstgenannten Fall bei zu hoher Erregung zu viele Muskeln und sogar Antagonisten aktiviert (Weinberg & Gould, 1999).

Individuelle Zone optimaler Angst (IZOA)

Je nach Sportart und Persönlichkeit kann der Athlet bei einer optimalen Angststärke seine beste Leistung erbringen. Entsprechend kann bei Wettkampfangst nie davon ausgegangen werden, sie unbedingt durch Entspannung oder Hypnose abzubauen. Es kann sogar eine durch Entspannung bedingte Angst auftreten (Borcovec et al., 1987).

Diese optimale Zone ist nur sehr schwer für jeden Athleten individuell zu bestimmen. Für manche ist ein hohes Angstniveau vor dem Wettkampf sogar leistungsfördernd.

Hilfreich kann dabei z. B. Altersregression sein, mit der man frühere schlechte und gute Erfolge auf ihren Angstpegel hin betrachtet (Morgan, 2002).

Leistungseinbrüche können durch Aggressionsblockaden entstehen, die durch Hypnose mit Altersregression oder posthypnotischen Suggestionen erkannt und gelöst werden können (Johnson, 1961b).

Mitunter sind auch Kreiswirkungen wie Aggression-Schuld-Aggression festzustellen.

Garver (1977) geht von dem Konzept des optimalen Erregungsniveaus aus, das durch Hypnose leichter kontrollierbar ist und dadurch leistungssteigernd wirkt. Hierbei soll der Athlet seine Erregung auf einer subjektiven Skala von 0 (min.) bis 10 (max.) einstufen; bei einer Stärke von 5 hat er dann seinen optimalen Wert.

Der ideale Leistungszustand – Ideal Performance State (IPS)

Unestahl (1981) nimmt dagegen an, dass Athleten nach der geglückten Sporthandlung eine selektive oder sogar vollkommene Amnesie haben und es deshalb sehr schwer ist, diesen Zustand wiederherzustellen. Er verwendet dazu dann Hypnose mit Dissoziation zur Reaktivierung dieses Flowzustandes.

Der ideale Leistungszustand – Inner Mental Training Program (IMT)

Unestahl (1986b) bewirkt bei seinen Sportlern den idealen Leistungszustand, indem er sie über Entspannung in Trance versetzt und dann Suggestionen verwendet wie: Hinabzusteigen in einen inneren Raum des Geistes, den der Sportler individuell gestalten kann. Auf einer imaginierten Tafel kann er dann die gewünschten Gefühle, Handlungen oder Techniken für den Tag aufschreiben. Dann erscheint auf einem Bildschirm der Sportler, der nun das Gewünschte realisiert. Der Sportler kann sich dadurch in die Handlung einfühlen und von ihr so absorbiert sein, dass er danach seinen idealen Leistungszustand erreicht; und durch körperliche und geistige Entspannung kann die Fokussierung auf die Zielhandlung erreicht werden.

Das IMT wurde sehr erfolgreich bei Spitzensportlern eingesetzt, aber auch bei Schulkindern und Managern.

Das neue SSHR-Modell der Sportpsychologie

Das von Edgette und Rowan (2007) entwickelte Modell der Vorgehensweise in der Sportpsychologie enthält vier mentale Elemente (SSHR):

- ▶ **Stances:** Günstige mentale *Einstellungen* gegenüber den angestrebten Leistungen erlernen
- ▶ **Skill building:** Kognitive und psychologische *Fertigkeiten* für die Leistungssituationen erwerben
- ▶ **Hypnose**, ggf. Selbsthypnose zur Verbesserung von Leistungen erlernen
- ▶ **Ressourcen** aus der Vergangenheit wiederentdecken und reaktivieren.

Diese Einzelelemente können nur schrittweise und in sehr individueller Anpassung erlernt werden.

25.2.3 Körperliches und mentales Aufwärmen

Durch Hypnose kann der Sportler körperlich und mental auf die Wettkampfsituation vorbereitet werden. Vor seinem öffentlichen Auftritt kann er dann all seine nachher geforderten körperlichen und mentalen Tätigkeiten in der gewünschten Reihenfolge imaginieren. Dadurch erhöht er seine Reaktionsbereitschaft und wird in der Ernstsituation reflektorisch die richtigen Aktionen vornehmen. Wahrscheinlich werden hier sowohl operant und respondent erlernte Reaktionsweisen leichter aktiviert. Da Imaginationen deutlich messbare Potenziale an den jeweils imaginierten Muskelgruppen bewirken (Beyer et al., 1990), erfolgt dadurch eine gezielte Bereitstellung der Muskeln und ihrer einzelnen erforderlichen komplexen Ablaufprogramme. Deshalb sollten bereits die Dehnübungen in Hypnose-Entspannung durchgeführt werden, um dadurch Anwendungsflexibilität zu erreichen (Liggett, 2004). Auch sollte der Beginn der Entspannung mit einem Signal gekoppelt werden, z. B. mit dem Ton der Trillerpfeife des Schiedsrichters (Liggett, 2004).

25.2.4 Mentales Wiedererleben der Wettkampfsituation

Durch positive Bilder aus früheren Wettkampfsituationen kann der Sportler Angst abbauen und neue Motivation aufbauen. Falls eine Angstgeneralisierung vorliegt und deshalb die Imagination früherer Sportsituationen nicht hilfreich ist, können durch Altersregression Erfolgserlebnisse aus anderen Bereichen vorgestellt werden. Wenn das damit verbundene positive Gefühl zuverlässig gut herstellbar ist, kann dann dieses Gefühl auf die Sportsituation übertragen werden. Beispiele der Methode sind in den Abschnitten 22.1 und 18.4 zu finden.

25.2.5 Emotionale Katharsis

Zahlreiche psychische Ursachen beeinflussen Leistungsmotivation und Angst; möglicherweise sind sie bereits in frühen Kindheitserlebnissen begründet.

Beispiel

Ein bestimmter Baseballspieler ist dann erfolgreich, wenn er Wut entwickeln kann; es treten jedoch phasenweise Leistungstiefs auf. Mit Altersregression wird ermittelt, dass der Spieler als Kind seinen jüngeren Bruder verletzte und nicht die angemessene Strafe erhalten hatte. Dies führte zu Phasen von Aggression und Schuld, die nun aufgearbeitet werden (Johnson, 1965).

25.2.6 Abbau sonstiger Angstfaktoren

Bei psychischen Problemen des Sportlers können Ich-stärkende Suggestionen im Sinne Hartlands (1971c, 1973) gegeben werden (s. Abschn. 19.6.7).

Erkrankungen können die Erwartungsangst bewirken, dass gerade sie während des Wettbewerbs auftreten und die Leistung beeinträchtigen könnten. Hier behandelt Smith (1984) einen jugendlichen Athleten mit psychisch bedingter Verengung der oberen Luftwege (Stridor) erfolgreich mit Hypnose-Entspannung.

Mit Hypnose können negative Gefühle früherer Erlebnisse beeinflusst werden (Oakley et al., 1995). Angst bei Sporttauchern hat sehr verschiedene Ursachen und kann zu Risiken führen. Hypnose, Imaginationen, Meditation und Entspannung bringen dabei keine einheitlichen Behandlungsergebnisse (Morgan, 1995). Hypnose wurde hier vorwiegend als Entspannung angesehen und nicht als Möglichkeit der differenzierten Therapie, die auf die individuellen Ängste eingehen muss.

Bei Präsentations- und Prüfungsängsten im Sport nutzt Meiss (2005) verschiedene hypnotherapeutische Techniken wie z. B. Ressourcentransfer, Reframing und post-hypnotische Suggestionen.

25.2.7 Gewinnung einer psychischen Distanz zu Störreizen

Im Training und Wettkampf ist ein Höchstmaß an Konzentration erforderlich und bereits kleinste Störgeräusche etc. können Unaufmerksamkeit, Fehlreaktionen und Ängste bewirken. Entsprechend können hier durch Hypnose erzeugte negative Halluzinationen oder Amnesien hilfreich sein, eine kognitive Umstrukturierung und die gewünschte Aufmerksamkeitsfokussierung (s. Abschn. 25.2.1) zu erreichen. So behandelt Kroger (1977) einen Berufsgolfspieler mit Selbsthypnose, damit er seine Anspannungen in Gegenwart vieler Zuschauer verliert. In Selbsthypnose »sieht« er eine gestrichelte Linie zwischen Golfball und Ziel und kann dadurch im Spiel erfolgreich sein.

Die Auswirkung störender Menstruationssymptome wie Emotionslabilität und Schmerzen können durch autogenes Training beeinflusst werden (vgl. Abschn. 23.11.1; Iwamoto et al., 1999).

25.3 Optimierung motorischer Fähigkeiten durch Konzentration in Hypnose – Beispiele

Bei den verschiedenen Sportarten, sind die körperlichen, emotionalen und kognitiven Anforderungen wie z. B. Aufmerksamkeit, Anspannung, Ausdauer, Kräftehaushalt sehr unterschiedlich. Die Frage zur Wirkung der Hypnose auf Ausdauer und Muskelkraft wurde bereits in Abschnitt 25.1 bearbeitet.

Die Hypnoseanwendungen können nur darauf relativ individuell abgestimmt werden. Nachfolgend dazu einige Beispiele:

Howard und Reardon (1986) sind bei der Gruppe von Gewichthebern erfolgreich, in der mit Hypnose-Entspannung und Imaginationen die kognitive Umstrukturierung begünstigt wird. Benutzt werden Bilder, wie die Blutzirkulation die Muskeln wachsen lässt, wie alltägliche Lebenssituationen (negative Einstellungen) bewältigt werden, und Vorstellungen, wie man Gewichte erfolgreich anhebt. Diese Gruppe unterscheidet sich bei Messungen nach sieben Tagen und nach einem Monat bedeutsam ($p < .01$) von allen anderen Gruppen und der Kontrollgruppe in Hinsicht auf Angstabnahme und Muskelzuwachs (Oberarm und Brustumfang), was sogar vom ersten zum zweiten Nachtest anhält. Auch das Gewichtheben wird in dieser Gruppe bedeutsam ($p < .01$) um 23 pounds (= 10,4 kg) verbessert.

Bei Golfspielern wenden Pates et al. (2000) eine Kombination von progressiver Muskelrelaxation und Hypnose an. In Hypnose erfolgt die Technik »Treppenhaus« von Hammond (1990), mit der man über einzelne Treppenstufen zu einem bequemen Stuhl gelangt und dort die Entspannung vertieft. Dann folgen auf allen Wahrnehmungsebenen die positiven Vorstellungen des besten Golfspiels, die als Flowerlebnis bezeichnet werden (Csikszentmihalyi, 1975). Die Spieler erreichen dadurch deutlich bessere Ergebnisse. Leider fehlen Kontrollgruppen.

Mit einer ähnlichen Methode erreichen Pates et al. (2000) die Verbesserung von Sprung- und Trefferverhalten von Basketballspielern. Insgesamt werden hier Methoden angewandt, die oft auch unter dem Begriff des Mentaltrainings bekannt sind.

Bei Fußballspielern wirken sich drei Hypnosesitzungen mit Ich-stärkenden Suggestionen positiv auf ihre Leistung und auch auf die Beibehaltung ihrer Selbstwirksamkeit aus (Barker et al., 2010).

Beispiel

Verhaltenseinübung (behavior rehearsal) in Hypnose

In der Baseball-Kinder-Liga in den USA gibt es Kinder, die mental noch nicht so entwickelt sind, dass sie die Anweisungen und Suggestionen des Trainers verstehen bzw. umsetzen können. Sie betrachten deshalb mit dem Trainer ein Video ihres kritischen Verhaltens und sehen sich in Hypnose dieses Video in kurzen Sequenzen und wie in Zeitlupe an, um zu sehen, was sie ändern sollen. Dann erhalten sie Hypnose-Suggestionen, sich genau das erforderliche, nun definierte Verhalten vorzustellen und in mehreren Übungen in Hypnose umzusetzen (behavior rehear-

sal). Die positiven Ergebnisse der bislang kleinen Beobachtungsgruppe ermutigt, diesen Ansatz weiter auszubauen (Iglesias & Iglesias, 2011; s. a. Abschn. 19.6.9).

Weitere Beispiele

Holdivici (1990) wandte bei der olympischen Schützenmannschaft Rumäniens bereits in Moskau und Los Angeles zur Vorbereitung erfolgreich autogenes Training an. Für ihr späteres Training wählt sie von den zehn Schützen die vier Hochsuggestiblen aus (nach der HGSHS, s. Abschn. 5.3.1). Sie erhalten ein komplexes Behandlungs-/Trainingsprogramm wie das von Naruse (1974). Sportspezifisch bekommen sie Suggestionen, in eine perfekte Schussposition zu gehen, konzentriert zu sein und scharfe Wahrnehmungsfähigkeit zu haben. Drei der vier so behandelten Sportler qualifizieren sich für die Olympiade in Soul und einer erhielt eine Goldmedaille.

Ähnlich wird bei einem Bogenschützen mit Aktiv-Wach-Hypnose und Imagination der gesamte Vorgang des Zielens, Spannens und Abschießens innerhalb von 20 Wochen eingeübt und erfolgreich praktiziert (Robazza et al., 1995).

Einem Profi-Poolbillardspieler empfiehlt Liggett (2004), dass er sich stets nach einem Fehlstoß so lange einen richtigen Stoß vorstellt, bis er den erfolgreichen gefunden hat, und ist damit dann auch erfolgreich.

Liggett und Hamada (1993) wenden bei einer Gymnastikgruppe Visualisierungen mit Hypnose an und verbessern damit Flexibilität und Konzentration und verringern Fehler im Timing.

Trainingsanalyse in Hypnose. Mit Hypnose kann sich der Sportler gleichzeitig »von innen« und »von außen« beobachten und leichter Korrekturen vornehmen. So kann er z. B. durch »Zeitlupenwiedergaben« in Hypnose differenziert Analysen und Verbesserungen erreichen.

Johnson (1961) behandelt einen Baseballspieler, der nicht bewusst ergründen kann, warum er den Ball nicht trifft. In Hypnose kann er seine Grifftechnik, seinen Stand und Schwung genau analysieren.

Zum Erlernen eines neuen Turmsprungs verwendet Greg Louganis (ehemaliger US-amerikanischer Olympiasieger und Weltmeister im Turmspringen) Imaginationen: er visualisiert jemanden, der den Sprung in Zeitlupe ausführt und analysiert dabei die einzelnen Bewegungselemente (Louganis & Marcus, 1995).

Beispiel

Prüfungsangst in Sport – Ein komplexes Behandlungsprogramm

Eine Studentin im Fach Sport für das Lehramt hat die praktische Prüfung im Sport nicht bestanden, u. a. weil der Prüfer aggressiv-beleidigend war und sie bestimmte motorische Aufgaben nicht sicher beherrschte.

Nach der ausführlichen Exploration ist mein Therapiekonzept wie folgt gestaltet:

- Hypnose zur Entspannung = Senkung der Übererregung, als Basis für Selbstkontrolle

- Kognitive Umstrukturierung (Reframing), dass die anstehenden Übungen motorisch und emotional (= entspannt) erfolgreich möglich sind
- Behavior rehearsal = Konkretes Einüben in Hypnose, z. B. Fußball mit einem Fuß 20 Mal hoch kicken ohne Bodenberührung. Suggestionen der federnden Leichtigkeit im Bein, die ihren richtigen Rhythmus findet, verbunden mit Ruhe und Erfolgsgefühlen. Für das Kugelstoßen: mentale Einübung der Bewegungsabfolgen, fixieren eines Zielpunktes und Imagination der zukünftigen Flugbahn der Kugel usw. (s. Abschn. 19.6.9)

Insgesamt erfolgen auch posthypnotische Suggestionen, bei den Übungen entspannt zu sein – und ein zu hohes Erregungsniveau (Puls, Nervosität, feuchte Hände) zu bemerken, als Auslöser zu erkennen und dann mit Entspannung, Ruhe und Gelassenheit, optimale Leistung zu erbringen.

Das praktische Examen wurde auf diese Weise erfolgreich bestanden.

25.4 Aufbau und Aufrechterhaltung mentaler Einstellungen zum Wettkampf

Da der Wettkampf ein unterschiedlich lang andauerndes Ereignis mit komplexen Anforderungen und Umfeldbeeinträchtigungen ist, muss darauf vorbereitet werden.

Fortschreiten des Spiels bzw. des Wettkampfes. Der Wettkampf oder das Spiel ist kein punktuellere Ereignis, sondern ein steter Vergleich mit Eigendynamik, verbunden mit zahlreichen Quellen der Misserfolgsangst in Bezug zur eigenen Leistung und zu den Gegnern.

Beispiel: Die Angst vor dem »toten Punkt« des Langstreckenläufers kann im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wirksam werden. Unterschiedlichste Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse des Sportlers, die er je nach persönlicher Reaktionsmöglichkeit motivierend oder demotivierend erlebt, können durch aufbauende Suggestionen beeinflusst werden.

Kämpfendes Ich. Das Selbstbild des Sportlers ist im Wettkampf besonders wichtig. Sein Selbstwert gegenüber den Gegnern muss auch bei Versagenssituationen stabilisiert sein.

Zu empfehlen sind hier die Hypnose-Suggestionen mit selbstverstärkenden Bildern. Sie sollten die kurz- oder langfristigen Erfolgsfantasien des Sportlers enthalten. Seine Grundmotivation wird dadurch angesprochen.

Konkurrenzsituation. Zu diskutieren ist, inwiefern die Motivation des Sportlers und die relevanten Suggestionen sich an der Leistung des Gegners orientieren sollten. Einerseits kann dies sehr förderlich sein, andererseits kann es jedoch auch zu Ängsten oder Verhaltensabhängigkeiten führen.

Beispiel

Gardner und Olness (1981) behandeln ein elfjähriges Mädchen, das schon seit vielen Jahren erfolgreich an Wettbewerben im Schlittschuhlaufen teilnimmt und plötzlich Angst entwickelt. In einer Altersregression zu den einzelnen früheren Wettbewerben erinnert sich das Mädchen an die abwertenden Bemerkungen eines anderen Kindes, die der Auslöser für die Ängste waren. Die Therapeutin gibt dem Kind nun die Möglichkeit, dieses unangenehme Bild mit Pferd, Flugzeug oder Zug wegzuschicken. Das Kind entschließt sich, das unangenehme Bild auf ein Pferd zu laden und es dann schnell wegreiten zu sehen, bis es hinter dem Horizont verschwunden ist. Hinzu kommen dann positive Bilder, im Wettbewerb erfolgreich zu sein.

Die Patientin trainiert mit Selbsthypnose und ist weiterhin erfolgreich.

Verstärkung positiver Umweltfaktoren. Orientiert sich der Sportler nur allein an seiner positiven Eigenbefindlichkeit, so ist er dadurch psychisch relativ autonom und wenig irritierbar. Dennoch sind auch hilfreiche Außenfaktoren (z. B. Wetter, Publikum, Teamkonstellation) zu berücksichtigen und können als verstärkende Faktoren bei positiver Befindlichkeit eingesetzt werden. Gerade bei Motivationstiefs kann man auf diese verstärkende und motivierende Möglichkeit durch positive Umweltfaktoren zurückgreifen und durch sie Hypnose-Suggestionen vertiefen.

Abbau von Schmerzen. Verletzungsschmerz oder Angst vor Schmerzen kann durch Hypnose behandelt werden, wobei sich die Frage der Kontraindikation von leistungssteigernden Interventionen stellt.

25.5 Rehabilitation – Wiederherstellung von motorischen Fähigkeiten nach Unfall oder Krankheit

Im Leistungssport sind bereits kleinere Pausen leistungsreduzierend, Verletzungen oft ein starker Einbruch im gewohnten Leistungsbild. Entsprechend muss sich die Sportpsychologie auch mit der Rehabilitation befassen.

Schmerzreduktion. Gerade im Hochleistungssport können sehr schnell geringe, aber stark schmerzende Verletzungen wie Zerrungen oder Stauchungen auftreten. Der Sportpsychologe kann hier vorübergehend durch Hypnosetechniken z. B. eine Amnesie des Schmerzes erreichen, damit der Wettkampf eventuell fortgesetzt werden kann (s. Abschn. 22.3).

Trainingseingewöhnung. Durch Unfall oder Krankheit bedingte Pausen können Einübungsdefizite nach sich ziehen. Durch mentales Training mit Hypnose können hier kraft- und körperschonende Einübungen vorgenommen werden.

Angstabbau. Nach schmerzhaften Verletzungen oder Eingriffen besteht oft die Gefahr, trotz optimaler körperlicher Rehabilitation seelische Schonhaltungen oder Belastungsängste aufzubauen. Sie verhindern dann die unangemessene Belastung der betreffenden Muskeln. Der in Fall 2 Kapitel 27 veranschaulicht diese Problematik.

Selbstwertproblematik. Der bislang erfolgsgewohnte Sportler identifiziert sich in hohem Maße mit seiner Sportaktivität. Durch Unfall oder Krankheit können deshalb extrem starke Identitätskrisen und Depressionen auftreten. An dieser Stelle sind intensive psychotherapeutische Maßnahmen einzusetzen, die eine Einleitung einer möglichen Rehabilitation in das Sportlerleben beinhalten oder aber bei der Verarbeitung, nie wieder in dieses Tätigkeitsfeld zurückzukönnen, helfen.

Beispiel

Die erfahrene Alpinkletterin P. A. Morton erleidet bei einem Bergunfall zahlreiche beeinträchtigende Verletzungen. Da sie ihren Sport weiter ausüben will, verwendet sie Selbsthypnose, die sich auf ihren akuten Stress und ihre posttraumatischen Symptome nach dem Unfall beziehen. Dazu benutzt sie hypnotische Ich-stärkende Suggestionen, Altersprogression und mentales Probehandeln als »Hypnotische Selbstsicherung« – analog zu dem alpinen Sicherheitsseil. Danach kann sie den Cotopaxi (höchster Berg Ecuadors, 5897 Meter) und später auch ihren Unfallberg besteigen (Morton, 2003).

25.6 Grenzen, Gefahren und Perspektiven der Hypnose im Sport

Es sollte bedacht werden, inwieweit Sportler oder Trainer mit überstarkem Leistungsehrgeiz durch die Methode der Hypnose in eine Überforderungssituation kommen, die seelische oder körperliche Schäden hinterlassen kann.

Zu beachten ist auch, ob tatsächlich angemessene Vorteile durch die Intervention der Hypnose erlangt werden oder ob es zu einem »hypnosis and drug abuse in sports« kommt, wie Rosen (1976) warnt. Selbsthypnose kann z. B. Entspannung bewirken, die bei Sporttauchern dazu führt, sich warm zu fühlen und dann nicht mehr zu zittern; dadurch setzt nicht die natürliche Reaktion zur muskulären Wärmeentwicklung ein und es kommt zur Unterkühlung (Mittelman et al., 1992).

Die Vorteile psychoregulativer Verfahren sind unumstritten z. B. die Verbesserungen mit Selbstregulationskompetenzen. Ihre unsachgemäße Anwendung ist die Verfolgung ethisch bedenklicher Ziele wie z. B. Aufhebung von Schutzmechanismen oder Aggressionshemmungen (Frester, 2002).

An diese Stelle gehört bereits seit längerem die Diskussion um die ethisch vertretbaren Grenzen der Schmerzreduktion durch Medikamente oder durch Hypnose bei Sportverletzungen, die unbeachtet zu Schäden des Organs führen kann.

Überbeanspruchung im Sport muss ebenfalls weiter erkundet werden. Eventuell besteht ein Regulationssystem der afferenten Signale der unterschiedlichen Wahrnehmungen, das Überbeanspruchung und damit die biochemischen und metabolischen Grenzen des Körpers anzeigt und somit Schäden verhindern kann. Bei der Erkundung eines solchen Systems können gegebenenfalls Biofeedback und Hypnose hilfreich sein (Hampson et al., 2001).

Der Sport kann eventuell in der Erforschung der Selbsthypnose hilfreich sein. Bei Langstreckenläufern treten nach einigen Minuten tranceähnliche Erlebnisse auf, so die Lenkung auf innere Ereignisse, lebhaftes Imaginationen und Versunkenheit. Dieser Zustand wird durch folgende Faktoren erreicht: Bevorzugung, allein zu laufen, besonders in Gegenden mit wenig Ablenkung, rhythmisches Atmen, Augenfixation und Wiederholung von z. B. Phrasen (Channon, 1984). Dies sind insgesamt Techniken, die sowohl in der Auto- als auch in der Heterohypnose angewandt werden.

Ausblick

Es sollte bedacht werden, inwiefern die oben aufgeführten Interventionen im Alltags-sport sinnvoll einzusetzen sind, so z. B. bei bewegungsgehemmten und ängstlichen Kindern. Gerade Sport kann die Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen direkt beeinflussen (Röthlisberger et al., 1997), ebenso die psychische Gesundheit (Alfermann & Stoll, 1997; Brooks et al., 1997), und die Stressverarbeitungsstrategien verbessern (z. B. Geser & Kröss, 1997; Stoll & Rolle, 1997). Die Kombination von Hypnose und Sport wendet Häuser (1999) bei Ängsten und Depressionen zur Reizkonfrontation, Kompetenztraining, Symptomkontrolle und Konfliktbearbeitungen an.

Nicht zu vergessen ist der sehr breite Anwendungsbereich in der Rehabilitation und im Behindertensport. In diesen Bereichen sind sicherlich zahlreiche der angeführten Hypnose-Interventionen sehr hilfreich.

26 Hypnose im Bereich von Kriminologie, Forensik und Gedächtnis

Er lügt wie ein Augenzeuge.
Russisches Sprichwort

Dieses Kapitel befasst sich mit der Frage, ob Hypnose für kriminelle Handlungen benutzt werden kann, inwiefern Hypnose missbraucht werden kann und welche Rolle Hypnose im gerichtspsychologischen Bereich spielt.

Der Schwerpunkt wird durch die klinisch und forensisch relevante Frage gebildet, wie sehr Hypnose zur Erinnerung von Gedächtnisinhalten beiträgt.

Die Diskussion zur Anwendung der Hypnose bei Gericht wird in den USA aufgrund des föderalen Rechts sehr kontrovers diskutiert (Schefflin et al., 1999). In der Bundesrepublik Deutschland wird Hypnose-Befragung vor Gericht weitgehend abgelehnt. Neuere Gesetzeskommentare und daraus abgeleitete Anwendungen machen sie jedoch legal (Beetz & von Delhase, 2011).

Kaum ein Kapitel der Hypnose wurde experimentell so erforscht wie das mit ihr verbundene Problem der Beeinflussung, Befragung und Erinnerung unter Hypnose. Damit ist dieses Kapitel auch für die Diagnostik und Psychotherapie relevant.

Um die Fülle der sehr detaillierten Untersuchungsergebnisse einigermaßen komprimiert wiederzugeben, sind sie nachfolgend teilweise tabellarisch angeführt.

26.1 Ist krimineller Missbrauch der Hypnose möglich?

Von jeher haben sich Laien und Wissenschaftler mit der Frage beschäftigt, inwiefern Hypnose dazu benutzt werden kann, kriminelle Handlungen zu begehen oder jemanden dazu zu bringen, etwas zu tun, was er sonst nicht täte.

26.1.1 Hypnose gegen den Willen einer Person?

Es stellt sich schnell die Frage, ob man gegen seinen Willen hypnotisiert werden kann, da Personen bereits nach wenigen Suggestionssätzen »typisches« Hypnoseverhalten zeigen.



Hypnose und Willensfreiheit

Orne (1962a) stellt durch seine ausführlichen Untersuchungen fest:

- Niemand kann gegen seinen Willen hypnotisiert werden, auch nicht ohne sein Wissen oder ohne sein Mitwirken.

- Die Hypnose-Intervention durch eine fremde Person ist erst recht nicht möglich.
- Hypnose ist ein Aspekt der Kommunikation, an dem beide Personen aktiv beteiligt sind (s. Kap. 15).

Durch die klinische oder experimentelle Situation wird ein ganz spezifischer Kontext geschaffen, welcher die Person in eine bestimmte Erwartungshaltung bringt (Orne, 1983), und in dem Variablen wie Motivation, Einstellung etc. wirksam werden (s. Kap. 4 und 14), die entweder durch die Situation selbst wirken (Raum, Atmosphäre, Person des Therapeuten/Experimentators) oder vom Hypnotiseur entsprechend vorbereitet werden (z. B. in der Showhypnose Beleuchtung, Musik; s. Kap. 11 und 15).



Nutzung und Ausnutzung von Beziehungsverhältnissen

Was wie die übersinnliche Macht eines Menschen aussieht, ist das geschickte Beobachten und Nutzarmachen der Reaktionsweisen der Personen, d. h., minimale Kooperationen werden erkannt und ausgebaut.

Derartige Beeinflussungen sind jedoch ohne Hypnose in gleicher Weise wirksam, da allein die Situation an sich (Therapie, Show) den agierenden Therapeuten bzw. Showman mit einem besonderen Status belegt. Der soziale Erwartungsdruck bewirkt oft unerwartete Verhaltensweisen.

Wir sind hier aber auch mit der reduzierten Kritikfähigkeit in Hypnose konfrontiert, wenn Personen merkwürdige Handlungen z. B. in der Hypnoseshow begehen. Siehe hierzu die ausführlichen neuropsychologischen Erklärungen in Abschnitt 7.5.3.

26.1.2 Sind kriminelle Handlungen unter und mit Hypnose möglich?

Hier stellt sich die Frage nach dem Missbrauch unter Hypnose und nach der Möglichkeit, jemanden in Hypnose kriminelle Handlungen begehen zu lassen. Zahlreiche Comics und Krimis haben hier geholfen, diesbezügliche Vorurteile aufzubauen (Kossak, 1999).

Dem Bericht von Benjamin Franklin von 1784 über die Wirkungen des Magnetismus folgte der »Geheime Bailly-Bericht« an den König von Frankreich, in dem darauf hingewiesen wurde, dass eine Frau unter Hypnose leicht sexuell missbraucht werden könne (s. Abschnitt 1.2.2). Diese Problematik zieht sich bis zur Gegenwart (Laurence & Perry, 1983).

Experimentelle Befunde

In Experimenten sollen hypnotisierte Versuchspersonen mit Papierdolchen Anschläge verüben, Gift verabreichen, stehlen etc.



Bereitschaft zu kriminellen Handlungen

Die Experimente zeigen auf:

- ▶ Wir sind generell dazu in der Lage, kriminelle Handlungen zu begehen, wenn der auf uns ausgeübte soziale Druck nur groß genug ist – ganz unabhängig von möglichen Hypnose-Interventionen (Milgram, 1965).
- ▶ Nicht allein die Instruktion (hier: Suggestion) ist maßgeblich, sondern der Gesamtrahmen, innerhalb dessen eine derartige Kommunikation erfolgt.
- ▶ Da es sich hierbei um ein äußerst komplexes Sozialgefüge handelt, ist es nur sehr schwer, entsprechende Vorhersagen aus derartigen Kontextinformationen zu treffen (Orne, 1983).
- ▶ Die antisozialen Handlungen in früheren Hypnoseexperimenten können alle auf den »Anforderungscharakter der experimentellen Situation« (Orne, 1959) zurückgeführt werden: Die Versuchsperson will dem Experimentator helfen; sie geht von der Sicherheit des Experimentes aus oder sie meint, die Verantwortung ihrer Handlungen liege beim Experimentator (Bramwell, 1896; Delboeuf, 1896; Janet, 1889; Orne, 1970; Orne & Evans, 1965; Wagstaff, 1991a, b).
- ▶ Das Wissen um eine spezifische Situation beeinflusst somit das Verhalten der Person.
- ▶ Versuchspersonen reagieren nicht zwangsläufig auf Suggestionen/Anweisungen (Levitt et al., 1990).
- ▶ Hoch motivierte Personen erfüllen die Experimentalanforderungen – unabhängig von einer Hypnoseanwendung (Orne, 1970; Wagstaff, 1991a, b).
- ▶ Soziale Beziehungsaspekte zwischen Hypnotiseur und Versuchsperson sind wesentliche Bestimmungsfaktoren: Je sympathischer der Hypnotiseur erlebt wird, umso größer wird sein Einfluss sein.
- ▶ Es ist nicht auszuschließen, jemandem eine falsche Situation vorzugeben, in der er dann situationsgemäß ein antisoziales Verhalten begehen kann, wie von Milgram (1965) darlegt (Orne, 1983). (Beispiel: Die Suggestion »Haltet den Dieb, der mich bestohlen hat!« kann bewirken, dass die hypnotisierte Person ihn festhält. Intention des Hypnotiseurs ist es jedoch, diesen »Dieb«, der ein ehrenwerter Mann ist, daran zu hindern, draußen den Diebstahl seines eigenen Wagens zu beobachten, der vom Hypnotiseur veranlasst wurde.)
- ▶ Hypnose kann wie jede enge Beziehung (also auch wie jede Therapie) missbraucht werden, wobei durchaus begünstigende Faktoren wirksam sind, die jedoch für Hypnose nicht einzigartig und typisch sind (Orne, 1983).
- ▶ Hypnotisierte Personen verlieren nicht die Kontrolle über ihr Verhalten (American Psychological Association, 1994).

Bei einer Demonstration vor Richtern und Beamten übt die hypnotisierte Versuchsperson zahlreiche Verbrechen aus (mit Gummidolch und »vergiftetem« Pulverzucker). Als sie sich entkleiden soll, bricht sie die Hypnose wegen der peinlichen

Aufforderung ab (Janet, 1889). Das heißt: Das Experiment war für die Versuchsperson durchschaubar; sobald aber die Moral betroffen ist, kann sie nicht durch Hypnose verletzt werden.

Behaupteten Täter, unter dem Einfluss von Hypnose einen Mord begangen zu haben, wurde nachgewiesen, dass die Wirkung von Hypnose entweder nur als Schutzbehauptung vorgeschoben worden war oder dass die tatsächlich hypnotisierten Täter durchaus partiell für ihre Tat verantwortlich waren, wobei Hypnose nur eine untergeordnete Rolle spielte.

Die rein intellektuelle Aufklärung über diese Aspekte der Hypnose ist wenig effektiv (Roberts & Wagstaff, 1996); wenn Personen Hypnose jedoch selbst erlebt haben oder sich als hypnotisiert bezeichneten, können sie ihre skeptischen Einstellungen gegenüber Hypnose viel leichter ablegen (Wagstaff et al., 1997).

Hypnose als erleichternder Faktor?

Viele soziale Situationen können begünstigend für die Ausübung krimineller bzw. unsozialer Verhaltensweisen sein, so auch eine therapeutische Beziehung, der Alkoholenuss oder Gruppendruck. »Die kognitive Legitimation durch die Worte ›Ich bin betrunken‹ ist [...] viel wichtiger als die pharmakologische Reaktion« (Orne, 1983, S. 27). Auch Hypnose kann als nachträglicher Vorwand und Rechtfertigung für ein nicht zu billigendes Verhalten gebraucht werden. Allgemein können hier soziale Bedingungen mitwirken, Erinnerungen zu verfälschen, die auch nicht durch Hypnose-Altersregression erreicht werden können (Fourie, 1998).

Kline (1972) berichtet von Fällen mit pathologischen Therapeut-Patient-Strukturen:

Die Patientin macht dem Therapeuten das Angebot, kostenlos für ihn zu arbeiten und ihm sexuell bereit zu sein. Es wird nachgewiesen, dass der Therapeut selbst sehr gestört war und das Beziehungsverhältnis ausnutzte. Sehr wahrscheinlich wurden hier die Bedürfnisse beider Personen befriedigt.

Als eine adipöse Patientin nicht die Suggestionen des Therapeuten befolgt, die Zwischenmahlzeiten einzustellen, ist er darüber sehr verärgert und gibt ihr nun die Suggestion, ihren Hund zu töten, falls sie wieder nicht gehorchen sollte. Die Patientin befolgt die Suggestion und fällt in einen psychotischen Schub (Kline, 1972).

Ein Laie, der sich als Psychoanalytiker bezeichnet, suggeriert einer Patientin mit Depressionen und Ängsten in Hypnose schreckliche Fantasien und Kindheitserinnerungen, die zu deutlichen Symptomverschlechterungen führen (Heap, 1998).

Perry (1979) beschreibt die umfangreichen Aktivitäten des Laienhypnotiseurs Barry Palmer, der in zwei Fällen angeklagt ist und wegen Missbrauchs und Vergewaltigung mit Hypnose 1976 zu 15 Jahren Haft verurteilt wird. Die genaue Analyse zeigt: Die Patientinnen waren sich ihres Verhaltens bewusst, haben es jedoch teilweise nicht wahrhaben wollen. Sie haben ihr Verhalten auf die Hypnose zurückgeführt und dadurch eine moralisch bessere Erklärung für ihr Verhalten bekommen.

26.1.3 Wirkfaktoren beim kriminellen Missbrauch der Hypnose

Hoencamp (1990) befasst sich gutachtlich mit der Anklage eines Laienhypnotiseurs, dem Missbrauch der Hypnose zur sexuellen Belästigung und zum sexuellen Missbrauch von neun Frauen vorgeworfen wird.



Zehn Mechanismen, die bei der kriminellen Anwendung der Hypnose wirksam werden können (nach Hoencamp, 1990)

Von diesen Möglichkeiten ist keine einzelne als Erklärung für das nachfolgend Dargestellte ausreichend, sie schließen sich auch gegenseitig nicht aus.

- (1) Eine emotional ungleiche therapeutische Beziehung macht den Patienten verletzlicher. Abwehrmechanismen werden reduziert und die Patientin fügt sich leichter der Regel, dass der Therapeut schon weiß, was er tut.
- (2) Es bestehen bestimmte Erwartungshaltungen gegenüber der Therapie und darüber, wie der Therapeut damit umgeht. So erwartet man innerhalb eines gewissen Rahmens sexuelle Erklärungshintergründe. Die Patientin kann somit in ihren Kognitionen manipuliert werden, dass Sexualverhalten ein wesentlicher Bestandteil der Therapie sei.
- (3) Bestimmte Erwartungen gegenüber Hypnose können das beeinflussen, was tatsächlich in Hypnose passiert. Die Vorstellung über das Ausgeliefertsein unter Hypnose kann durch autoritäres und machstrebendes Therapeutenverhalten bekräftigt werden.
- (4) Mit Hypnose wird wesentlich öfter Willenlosigkeit verbunden als mit anderen Interventionsformen. Die Kausalfaktoren werden nicht kritisch hinterfragt.
- (5) Hypnose kann mehr als alle anderen psychotherapeutischen Interventionen als Entschuldigung oder Ausrede dafür benutzt werden, sich anders zu fühlen und zu verhalten als man es »normalerweise« täte. Dies kann ein Teil des therapeutischen Prozesses sein, aber auch zu (unbewusstem) Ausagieren führen.
- (6) Selbstzerstörerische Emotionen und Verhaltensweisen, die normalerweise unterdrückt werden, können unter Hypnose zum Vorschein kommen.
- (7) Es kann Amnesie induziert werden, um zu verhindern, sich an das sexuelle Ereignis zu erinnern.
- (8) Der zwischenmenschliche Bezug ist wesentlich. In den beklagten Fällen sorgte der Laienhypnotiseur dafür, dass die Patientinnen allein kamen; er warnte sie dann, mit ihren Partnern zu sprechen. Größere emotionale und soziale Isolierung vermindern die kritische Urteilskraft einer Person. »Einsamkeit« ist ein möglicher Grund der Therapiekonsultation und auch der Verletzbarkeit.
- (9) Durch Hypnose und Suggestionen kann die Eigen- und Umweltwahrnehmung verändert werden. So kann das Gefühl, man sei mit seinem Partner im Bett, eine kognitive Möglichkeit darstellen, sich auf sexuelle Handlungen einzulassen.
- (10) Posthypnotische Suggestionen können vielleicht eine Rolle spielen.

Bei der Gesamtbetrachtung dieser Aspekte steht anfangs die soziale Beziehung im Vordergrund, die später eine therapeutische wird: In dieser wird möglichst schnell Hypnose angewandt. Zudem setzt der Laienhypnotiseur dann paralogische Formulierungen ein, die die Patientin empfänglicher für die Hypnose machen.



Folgerungen von Hoencamp (1990)

- ▶ Jede Person mit einem psychischen Problem, die einen Therapeuten konsultiert, befindet sich in einer relativ empfindlichen Lage.
- ▶ In der Therapie sollten die Widerstände abnehmen, was jedoch die Verletzlichkeit erhöht.
- ▶ Dadurch können bislang unterdrückte Handlungen, Gefühle und Werthaltungen realisiert werden.
- ▶ Übertragungen können zu subjektiv veränderten Interpretationen der eigenen Reaktionen (Handlungen, Gefühle, Werte) führen.
- ▶ Nun kann die Therapeut-Patientin-Beziehung auf beiden Seiten (unbewusst) zu erotischen oder sexuellen Komponenten führen, besonders wenn neurotische Mechanismen diese Beziehung bestimmen.
- ▶ Ungeachtet dessen, wie man Hypnose definiert, kann sie für sich keine Person in Machtlosigkeit versetzen.
- ▶ Unter gewissen Umständen kann eine Person jedoch abhängiger, beeinflussbarer, emotional berührter in Bezug auf den Therapeuten sein. Der Therapeut kann diese Situation dann zu seinen Gunsten beeinflussen und veranlassen, dass die Patientin anders spricht, fühlt oder handelt, als sie es normalerweise tun würde. Die dann induzierte Hypnose führt dazu, dass die Phänomene der Hypnose zu einem verstärkten Gefühl der Willenlosigkeit beitragen.
- ▶ Unabhängig davon, ob es eventuell eine Verhaltens- oder Persönlichkeitskomponente zur Prädisposition für derartige Übergriffe geben könnte (wie sollte diese auch definiert sein?), ist es das Recht einer Person, ihre Schwachheit in die therapeutische Beziehung einzubringen. Der Therapeut hat keinerlei Recht, diese Schwachheit oder die damit verbundene Situation zu missbrauchen.

Die von Hoencamp (1990) getroffenen Aussagen unterstreichen genau das, was auch in der Diskussion über die sexuelle Beziehung zwischen Therapeut und Patient und deren eindeutigen Missbrauch ausgesagt wird (z. B. Blaise, 1990; Heyne, 1991; Vogt, 1990) und auch auf den Missbrauch in der Showhypnose zutrifft (s. Abschn. 15.5).

26.1.4 Hypnose und Wahrheit der Aussage

Es kann nicht einheitlich festgestellt werden, ob Personen in Hypnose unfähig zur Lüge sind; falls eine Person ausreichend zur Lüge motiviert wird, dann wird sie mit und ohne Hypnose die Unwahrheit sagen (z. B. Orne et al., 1984; Reiser, 1980; Udolf,

1983), so lügen Versuchspersonen in Hypnoseexperimenten als Gefälligkeitsreaktion (Wagstaff, 1991a).

Hypnose und Täuschung?

Die Hypnose-Simulanten neigen mehr dazu, ihre Reaktionen zu übertreiben, was zur Entwicklung des Hypnotic Simulation Index (HSI) führte (Martin & Lynn, 1996). Die Hypnose-Virtuosen zeigen wahrscheinlicher Gefälligkeitsreaktionen und übertreiben laut HSI (Spanos, 1992).

Personen, die meinen, hypnotisiert worden zu sein, weil sie sich z. B. entspannt fühlten, werden weniger täuschen bzw. betrügen. Aber Personen, die behaupten, sie könnten sich an nichts erinnern, wenn Erinnern jedoch möglich ist, täuschen sicherlich (Wagstaff, 1999).

26.2 Forensischer Bereich

Die Anwendung von Hypnose im forensischen, also gerichtspsychologischen Bereich hat folgende Funktionen:

Befragung eines Angeklagten. Zur Auffrischung seiner Erinnerungen, für Zusatzinformationen, zur Entlastung im Sinne z. B. eines Alibis oder der Unzurechnungsfähigkeit.

Zeugenvernehmung. Befragung von Augenzeugen oder Verbrechensopfern unter Hypnose zur Informationsgewinnung, eventuell auch zur eigenen Entlastung.

26.2.1 Hypnose, Suggestion und Rolle des Gedächtnisses und der Erinnerung

Die umfangreichen Probleme der Gedächtnispsychologie können hier nur in einem sehr kurzen Abriss dargestellt werden.

Hypnose und Hypermnesie

Im 19. Jahrhundert nahm man noch an, dass Hypnose die Erinnerungsfähigkeit verbessern kann (Ellenberger, 1970). Wird zum Testen des Gedächtnisses die reine Erinnerung (nicht Wiedererkennen) gewählt, dann treten bei Testmaterialien mit hohen Sinnesanteilen (wie Bildern oder Gedichten) Hypermnesieeffekte auf; beim mehrfachen Wiedererkennungsversuch aber ebenfalls (z. B. Bergstein & Erdelyi, 2008). Die Hypermnesie wird hier durch die Wiederholungen bewirkt und nicht durch Hypnose (Dinges et al., 1992).

Der Effekt der Hypermnesie durch Hypnose ist nicht größer als ohne Hypnose – nur hypnotisierte Personen machen den Eindruck, sich an mehr zu erinnern, da sie verbal vermehrt berichten. Hypnose ist demnach genau so wirksam wie die Aufforderung, sich an mehr zu erinnern (Erdelyi, 1996) und andere Erinnerungstechniken bewirken gleiche Ergebnisse (Register & Kihlstrom, 1987; Whitehouse et al., 1988).

Hypnose und Erinnerungsgenauigkeit

Ein umfangreicher Komplex an Experimenten (über 40 in den zurückliegenden 30 Jahren) wurde durchgeführt, nach denen die Erinnerungsgenauigkeit mit Hypnose nicht zuverlässiger bewirkt werden kann als ohne Hypnose. Hypnose kann die Überzeugung verbessern, diese Erinnerung zu haben – egal ob die Erinnerung falsch oder korrekt ist – unabhängig von der Suggestibilität (Perry, 1997).



- ▶ Hypnose erbringt gegenüber der gezielten Befragung keine Vor- und keine Nachteile (Gibson, 1982; Muzur, 1999; Wagstaff, 1982).
- ▶ Hochhypnotisierbare können sich an signifikant mehr Einzelinhalte erinnern, jedoch auch drei Mal so viele Fehler machen wie andere Versuchspersonen (Dywan & Bowers, 1983; Lytle & Lundy, 1988).
- ▶ Wiederholte Befragung kann Erinnerungsveränderungen bewirken (E. C. Orne et al., 1996).
- ▶ Nach Erinnerung unter Hypnose entsteht leichter die Illusion der Vertrautheit der Inhalte (Dywan, 1995).
- ▶ Bei Erschöpfung der Erinnerungsfähigkeit bewirkt Hypnose zunehmend mehr falsche Erinnerungen (Dinges et al., 1988).
- ▶ Oft wird angenommen, die Kongruenz von Aussagen lege deren Wahrheitsgehalt nah. Kongruente Falschinformationen werden jedoch häufiger akzeptiert als falsche inkongruente Aussagen (Perétz-Mata & Dinges, 2007).
- ▶ Konfabulationen sind möglich, d. h. die Vermischung von tatsächlich Erlebtem und nachträglich Erfahrenem wird von der betreffenden Person als wahr angesehen (McCann & Sheehan, 1988a, b; Orne, 1979a).
- ▶ Negative Ereignisse sind allgemein mit detaillierteren Erinnerungen verbunden; auch Erinnerungen an falsche öffentliche Negativereignisse sind detailreicher als die Erinnerungen an falsche öffentliche Positivereignisse (Porter et al., 2008).

Folgerung. Hypnose ist im forensischen Bereich nur mit bestimmten Einschränkungen für eine Ermittlung auswertbar (Loftus, 2000; McCann & Sheehan, 1988a, b; Register & Kihlstrom, 1987; Sheehan, 1988).

26.2.2 Hypnose und falsche Erinnerung, Pseudoerinnerung, Paramnesie

Das Phänomen der falschen Erinnerung war H. Bernheim (1888/1973, S. 164) als retroaktive Halluzinationen bekannt und wird heute »Pseudoerinnerung« genannt (Kline & Guze, 1951). Bernheim demonstrierte wohl erstmalig die Entstehung falscher Erinnerungen, indem er Marie G. in Hypnose die Suggestion gibt, dass sie am 3. August um 3 Uhr nachmittags in ihr Haus geht, dort Schreie hört und dann durch das Schlüsselloch beobachtet, wie der alte Junggeselle ein Mädchen vergewaltigt, wie es blutet, sich wehrt ...« (Bernheim, 1889, S. 164–165). Drei Tage später bittet er einen Freund und angesehenen Rechtsanwalt, sie zu verhören. Sie berichtet nun alle Details

und ist voll von der Richtigkeit ihrer Beobachtungen überzeugt. Rosen et al. (2004) leiten von diesem beeindruckenden Fall einige Kritik an den Experimenten ab (s. Abschn. 26.2.4).



Pseudoerinnerungen durch Hypnose

- ▶ Pseudoerinnerung ist experimentell erzeugbar (Orne, 1979a, Laurence et al., 1986).
- ▶ Hochhypnotisierbare sind von der Wahrheit der hypnotisch bedingten Pseudoerinnerung überzeugt (Labelle et al., 1990).
- ▶ Pseudoerinnerung ist häufiger zu beobachten, als bislang angenommen worden war, und scheint von kontextuellen Faktoren bestimmt zu werden (McCann & Sheehan, 1988a).
- ▶ Das *vor* der Hypnose liegende Gedächtnismaterial kann durch die Pseudoerinnerung beeinflusst werden (Orne et al., 1990).

Ein unter Hypnose erlebtes Ereignis und eine Erinnerung können als wahr erlebt werden. Das in und außerhalb von Hypnose Erinnernte muss nicht übereinstimmen und kann miteinander vermischt werden (Orne, 1979a). Die Befragung mit Hypnose bewirkt nicht mehr an falscher Erinnerung als andere nichthypnotische suggestive Methoden (Lynn & Kirsch, 1996).

Verursachungsfaktoren von Pseudoerinnerung bei der Vernehmung

- ▶ Situation der Vernehmung (Maier, 1999)
- ▶ Geistige Retardierung, Zuwendung und Mitleid bei der Vernehmung oder durch die Aussagefolgen (Maier, 1999)
- ▶ Besonders suggestive Fragen (Gudjonsson, 1987; Putnam, 1979; Sheehan, 1987)
- ▶ Erwartungshaltungen wie »Da ist bestimmt noch mehr passiert« (Maier, 1999)

Mitunter haben Personen auch »Erinnerungen« an Ereignisse, die real niemals stattfanden, so an Entführungen, Missbrauch, Ritualmorde (Schacter, 2001; Scott, 2001), an Entführungen durch Aliens oder Erinnerungen an Handlungen in einem früheren Leben oder an Zeiten vor dem dritten Lebensjahr (Bauer, 2006).

Kihlstrom (1998) prägte sogar den Begriff »Falsche Erinnerung Syndrom« (false memory syndrome, FMS) für jene Personen, deren Identität und Beziehungen nur noch um falsche Erinnerungen vermeintlicher traumatischer Ereignisse so kreisen, dass sie daran glauben. Diese Diagnose wird neuerdings nur noch für Personen angewandt, die eine falsche Erinnerung daran haben, von einem Priester missbraucht worden zu sein (Gardner, 2004).

Beispiele aus der forensischen Befragung

Nach dem Bombenanschlag auf einen Bus in London werden Zeugen befragt. Die Zeugen mit falscher »Erinnerung« haben signifikant höhere Werte für Dissoziation und Fantasiebegabung als diejenigen mit besseren Erinnerungen. Möglicherweise sind

also diese beiden Faktoren bei der Entstehung von falscher Erinnerung beteiligt (Ost et al., 2008).

In dem sog. Flachsländenprozess von 1995 wird ein Vater des sexuellen Kindesmissbrauchs beschuldigt. Berichte darüber werden auf erhöhte Suggestibilität und falsche Erinnerung der Opfer zurückgeführt wie z. B.: geistige Retardierung der Kinder, ihr gewalttätiges Milieu im Elternhaus, Ansehen von Pornofilmen und kindliche Fantasieentwicklung, Informationsaustausch und Absprache der Kinder untereinander, Zuwendung und Mitleid. Letztlich wurde der Mann frei gesprochen (Maier, 1999).

Im Wormser Missbrauchsprozess hatte eine überengagierte Mitarbeiterin von »Wildwasser« durch ihre vorgefasste Meinung suggestiv beeinflusst und zu falschen Erinnerungen und Falschaussagen veranlasst (Schade & Harschneck, 2000).

26.2.3 Weitere Forschungsergebnisse – Auswirkungen von Suggestionen oder Hypnose auf die Erinnerung

Hypnoseanwendung kann die Erinnerung verändern. Wenn einmal Hypnose angewandt wurde, ist das prähypnotische Gedächtnis dadurch irreparabel beeinflusst (Orne et al., 1990). Die Unterscheidung zwischen dem Gedächtnis vor und in der Hypnose ist unzuverlässig (Whitehouse et al., 1991) und verbale oder nonverbale Verhaltensweisen des Hypnotiseurs können den Bericht der Versuchsperson beeinflussen (London & Fuhrer, 1961; Reiser, 1980), negatives Feedback ebenso (Gudjonsson, 1987).

Erwartungen beeinflussen das Gedächtnis. Erwartungen bewirken eine Zunahme der Erinnerungen, besonders unter Hypnose (Apel et al., 1988). Dies wird jedoch in den offiziellen Stellungnahmen zur Rolle der Hypnose bei der Zeugenbefragung nur wenig berücksichtigt (Lynn & Fite, 1998).

Erleben beeinflusst das Gedächtnis. Stark traumatische und emotionale Erlebnisse können rückwirkend Einfluss auf das Gedächtnis nehmen (Hilgard & Loftus, 1979; Putnam, 1979), ebenso die negative oder positive Färbung des Erlebnisses (s. o., Porter et al., 2008).

Wirkfaktor Befragungsmethode

Für die Befragungen, die sowohl im forensischen als auch im klinischen Bereich gelten, sind zahlreiche Aspekte wesentlich.

Die Befragungsmethode. Wenn die Versuchspersonen eine erlebte Situation frei berichten, liegt eine geringere Fehlerquote vor als bei detaillierter Befragung (Cady, 1924). Der freie Bericht ist jedoch unvollständiger, enthält weniger Details (Hilgard & Loftus, 1979). Werden in der Befragung Alternativmöglichkeiten vorgegeben, so ist der Bericht vollständiger, jedoch ungenauer als der freie Bericht (Marquis et al., 1972).

Werden nach der Durchführung des HGSHS:A Fragen zum Auftreten von Verhaltensweisen in Hypnose gestellt, so sind sie ungenauer bei zwei Antwortalternativen (ja/nein) als bei drei Antwortmöglichkeiten (ja/unsicher/nein). Je nach Frage werden auch Verhaltensweisen »erinnert«, die nicht impliziert waren. Bei dieser Befragungsförm wird eine signifikant geringere Hypnotisierbarkeit gemessen; gleichzeitig ergibt sich daraus eine Kritik an der bisherigen Befragung nach der Gruppenanwendung des HGSHS – und dem dann folgenden Eigenbericht (Eisen et al., 2008; s. Abschn. 5.3.1). Daraus ergibt sich die bereits von Loftus (1979) gestellte Forderung, erst einen freien Bericht zu erbitten, der dann durch genauere Fragen ergänzt wird.

Wiedererkennen und freies Erinnern. Wiedererkennen und freies Erinnern bewirken Gedächtnisveränderungen (Sheehan & Statham, 1989). Soll ein Gesicht aus 100 Fotos wiedererkannt werden, werden in der Hypnosegruppe 75 Prozent korrekte Auswahlen getroffen, in der Kontrollgruppe nur 45 Prozent (Wagstaff et al., 2004). Es wird diskutiert, ob das sonst effektive Augenschließen bei Hypnose (Wagstaff, 1982) hierbei nicht angewendet werden konnte und deshalb evtl. keine besseren Ergebnisse erzielt wurden.

Augenschluss und Meditation. Die Meditation und Hypnose mit geschlossenen Augen bewirken gegenüber geöffneten Augen ähnlich gute Ergebnisse. Dies ist evtl. dadurch zu erklären, dass der Augenschluss eine Alphawellenzunahme im EEG bewirkt, die ihrerseits mit Erinnerungsverbesserung und visuellem Gedächtnis verbunden ist (Alvarez et al., 2000; Wagstaff et al., 2004).

Augenschließen föhrt zu einer Zunahme von Erinnerung an visuelle oder auditive Details, ohne gleichzeitige Zunahme falscher Details (Perfect et al., 2008).

Gefälschte Informationen. Werden gefälschte Videos gezeigt, in denen die Versuchsperson eine besondere Aktion durchföhrt, so reicht das Video oder eine Imagination der »Aktion« aus, um daran zu glauben; beide Methoden zusammen verstärken diesen Effekt sogar (Nash et al., 2009a). Wahrscheinlich bewirken sie die Illusion der Bekanntheit und machen sie deshalb glaubhaft (Nash et al., 2009b).

Fragen und Formulierungen bei der Befragung

Grammatikalische Form und föhrende (= suggestive) Fragen beeinflussen in Richtung auf den vorgegebenen Inhalt. Empfohlen werden offene und objektive Fragen (Loftus & Zanni, 1975).

Die Wortwahl der Befragung beeinflusst die Aussage. Beispiel: Nach dem Film über einen Autozusammenstoß werden die Versuchspersonen befragt: »Wie schnell föhren die Autos ungefähr, als sie: zusammenstießen/zusammenprallten/kollidierten/kontaktierten?« »Zusammenprallen« bewirkte die höchste Geschwindigkeitseinschätzung, »kontaktieren« die niedrigste (Loftus & Palmer, 1974).

Irreföhrende Fragen sind solche, die eine unwahre Antwort mit der Frage suggerieren (Scoboria et al., 2002). Werden sie in Hypnose gestellt, bewirken sie die geringste Genauigkeit und die wenigsten Antworten mit »Ich weiß nicht«. In der Kontrollgruppe ohne Hypnose bewirkten sie die größte Genauigkeit und die wenigsten »Ich weiß nicht«-Antworten. Insgesamt sind irreföhrende Fragen schädlicher als die einer Hyp-

noseanwendung, wenn es darum geht, die Erinnerungen aufzufrischen (Scoboria et al., 2006).

Das kognitive Interview als Lösung?

Häufig wird das Kognitive Interview als angeblich objektives Befragungsverfahren verwandt (Fisher & Geiselman, 1992) und dann eingesetzt, wenn Hypnose im Gericht nicht zugelassen ist. Durch die besondere Form (z. B. Hineinversetzen in die Situation) sollen Erinnerungsfehler vermieden werden. Der Vergleich von kognitivem Interview, herkömmlichen Befragungstechniken und Hypnose (s. Tab. 26.1) zeigt: Bei jeweils gleicher Hypnotisierbarkeit ist Hypnose in Bezug auf Zeitaufwand und Fragenzahl den anderen Methoden leicht überlegen (Geiselman et al., 1985).

Tabelle 26.1 Ergebnisse von drei Befragungsformen (nach Geiselman et al., 1985)

Variablen	Kognitives Interview	Hypnose	Standard-Interview
Anzahl korrekter Antworten	41,5	38,0	29,4
Anzahl falscher Antworten	7,3	5,9	6,1
Anzahl konfabulierter Antworten	0,7	1,0	0,4
Befragungszeit in Minuten	39,7	28,2	32,1
Anzahl gestellter Fragen	54,9	34,8	68,9

Das verbesserte revidierte Kognitive Interview soll mehr Vorteile bieten (Sporer & Franzen, 1991), aber die Untersuchung von Whitehouse et al. (2005) zeigt, dass hier ähnliche Prozesse wie bei der Hypnose wirksam sind, auch von Beetz und von Delhas (2011) bestätigt.

26.2.4 Klienten und Zeugen selbst – als beeinflussende Faktoren

Emotionale Hemmung und Erinnerung. Unterdrücken Personen ihre emotionales Ausdrucksverhalten, so verringert sich deren Erinnerungsvermögen an einen emotionalen Film (Richards & Gross, 2000). Mit Hypnosesuggestionen kann emotionale Unempfindlichkeit bewirkt werden, die emotionale Reaktionen wie Gesichtsausdruck (über EMG gemessen) und Eigenbericht darüber reduzieren; sie beschränkt sich auf Personen mit hoher Hypnotisierbarkeit (Bryant & Kapur, 2006). Hier wird eine *Dissoziation* zwischen affektiven und semantischen Komponenten der fehlenden Erinnerungen angenommen, bei dem der Inhalt der Erinnerung zwar vorhanden ist, aber die damit verbundene affektive Reaktion vermindert ist (Bryant & Fearn, 2007). Ähnlich können Personen, die in Hypnose emotionale Unempfindlichkeit erleben, aversive Stimuli beobachten, ohne sie als aversiv so bewerten (Bryant & Mallart, 2002).

Gruppen und Stereotype. Erinnerung kann auch »ansteckend« sein, so in einem Fall eines an Demenz Erkrankten, dessen gesunder Partner ebenfalls die Erinnerung verlor (Rajaram, 2011).

Sollen nach einer Filmvorführung Personen paarweise über den Film diskutieren, dann haben Liebespaare häufiger falsche Erinnerungen als diejenigen, die die Diskussion mit einem Fremden führen (French et al., 2008). Und Zeugen übernehmen von anderen Zeugen Informationen (Hope et al., 2008). Ihre Berichte sind dann eine Mischung aus den Originalinformationen und den danach folgenden Informationen (Skagerberg & Wright, 2008).

Werden Geschichten Personen unterschiedlicher Ethnien vorgetragen, erinnern sie sich später vorwiegend an die Suggestionen, die ihrer stereotypen Wahrnehmung entsprechen (Shechory et al., 2010). Imaginationen verstärken die falschen Erinnerungen an sie (Kleider et al., 2008).

Alter und Erinnerung

Ältere und jüngere Versuchspersonen machen vergleichbar viele Fehler, die auf Suggestibilität beruhen. Ältere machen am meisten suggestionsabhängige Fehler, wenn sie sich ihrer Antwort sicher sind. Jüngere dagegen machen diese Fehler, wenn sie sich über die Genauigkeit ihrer Antwort nicht sicher sind (Dodson & Krieger, 2006).

Aussagen und Erinnerungen von Kindern. Besonders kleinere Kinder verfügen nicht über ausreichende Worte und Begriffe, etwas zu beschreiben, sind somit leicht beeinflussbar und allgemein für Missdeutungen ihrer Gedächtnisquelle sehr anfällig (Ceci et al., 1994), besonders Drei- bis Vierjährige (Thierry & Spence, 2002). Sie reagieren somit mehr auf irreführenden Fragen (Geddie et al., 2001) und vermischen teilweise bis zum Alter von neun Jahren noch ihr eigenes Wissen mit dem, was von anderen Personen bekannt ist oder ihren Imaginationen entstammt (Astonington et al., 1988; Lindsay & Johnson, 1987).

Bei Kindern beeinflusst ihr vorher erworbenes soziales und fachliches Wissen über die Figuren und den Inhalt einer Geschichte ihre Erinnerungsgenauigkeit direkt nach dem Zuhören, besonders nach einem suggestiven Interview (Elischberger, 2005).

- Bei Kindern (5 und 6 Jahre) verbessert sich mit ihrem Alter die Fähigkeit signifikant, zwischen ähnlichen und falschen Erinnerungen zu unterscheiden (Jaswal & Dodson, 2009).
- Werden Kinder (5, 7, 9 Jahre alt) über ein Ereignis vor einer Woche befragt, nimmt ihre Antwortgenauigkeit mit der Zahl der Wiederholungen ab (Krähenbühl & Blades, 2006).

Persönlichkeitsfaktoren und psychische Belastungen der Befragten

Persönlichkeitsfaktoren wie *geringe Selbstsicherheit* und *geringe Selbsteinschätzung* korrelieren hoch mit Beeinflussbarkeit bei der Befragung (Gudjonsson, 1983; Gudjonsson & Lister, 1984).

Kinder mit leichten *intellektuellen Beeinträchtigungen* zeigen als Augenzeugen ähnliche Erinnerungsleistungen wie Gleichaltrige; sie geben jedoch bei der Aufforde-

rung zur freien Erinnerung mehr Informationen und ändern ihre Antworten bei Interviewwiederholungen öfter (Henry & Gudjonsson, 2003).

Kinder mit *Autismusspektrum-Störungen* (5 bis 10 Jahre alt) zeigen nach einem beobachteten Rollenspiel weniger Erinnerungen als die Kinder der Kontrollgruppe; dabei bestehen ihre Berichtsfehler vorwiegend in Auslassfehlern als in Hinzufügefehlern (Bruck et al., 2007).

Kinder mit *Asperger-Syndrom* können als zuverlässige Zeugen gelten, sind aber auf Fragen angewiesen, die ihnen das Erinnern erleichtern (McCrory et al., 2007; Agnew & Powell, 2004).

Trauma und Erinnerung

Traumatische Erinnerungen sind emotionaler, unauslöschlich, da sie meist in subkortikalen Bereichen einschließlich der → Amygdala gespeichert werden, die nicht dem deklarativen Gedächtnis zugeordnet sind (LeDoux, 1992, S. 280). Das deklarative (explizite) Gedächtnis beinhaltet Episoden, Bekanntheit, Vertrautheit, Wissen, Fakten und die Autobiografie (s. Abschn. 7.10, S. 166).

Bei der funktionalen Amnesie ist der bewusste Zugang zur persönlichen Erinnerung nicht möglich. Die Auflösung erfolgt nicht spontan. »Vergessenes« Material kann jedoch weiterhin Verhalten, Gedanken und Emotionen beeinflussen (Barnier, 2002)

Aus zahlreichen Untersuchungen und Fallberichten geht hervor, dass das Trauma, das gewöhnlich aus dem Bewusstsein verbannt wurde, durch Mechanismen zuverlässig aktiviert wurden, die jenseits von Vergessen und Erinnern liegen (Loftus & Davis, 2006).

Gedächtnisbeeinflussungen durch die Tat selbst bzw. die beobachtete Tat sind ebenfalls nicht auszuschließen. Der Übergang zum klinischen Bereich ist hier gegeben.

Bei *missbrauchten und vernachlässigten Kindern* (3 bis 16 Jahre alt) konnten folgende Ergebnisse erhoben werden: Bei älteren und intelligenteren Kindern treten in den Aussagen weniger Ungenauigkeiten auf. Kindern mit hohen Cortisolwerten, Traumasymptomen und dissoziativen Anzeichen machen mehr Erinnerungsfehler, nicht jedoch die Kinder, die weniger dissoziative Anzeichen zeigen (Eisen et al., 2007).

Einstellungen und Strategien des Befragten bestimmen die Antworten, so z. B. nicht dumm zu wirken, gefällig zu sein, sich selbst schützen, andere begünstigen wollen (Gudjonsson, 1987; Guyer & Van Patten, 1995).

Fachmeinungen divergieren

Die Wissenschaftsdiskussion um den Einsatz der Hypnose im forensischen Bereich kumuliert in den offiziellen Stellungnahmen der großen amerikanischen Verbände, die Karlin (1997) kritisch gegenüberstellt: Von der American Medical Association (AMA), Council of Scientific Affairs (1985, 1994) wird Hypnose vom Gericht ausgeschlossen. Das Hypnosis and Memory Committee der American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) sieht diese als veraltet an (1995); die Hypnose-Anwendung und die durch sie erzielten Ergebnisse müssen sorgfältig abgewogen werden (Perry et al., 1996; Burgess & Kirsch, 1999).

26.2.5 Kritische Betrachtung der forensischen Hypnoseanwendung

Wie im vorhergehenden Abschnitt deutlich wurde, müssen die Experimentalergebnisse zur Befragung, besonders zur kriminologischen Zeugenbefragung sehr kritisch gewichtet werden (Mutter, 1988). Deshalb sollte Hypnose im forensischen Bereich nur äußerst kritisch und vorsichtig angewandt werden.

In den USA wird Hypnose bei der Befragung teilweise von Laien wie Polizisten oder auch von Fachleuten nicht fachgerecht durchgeführt, sodass sich allein dadurch zahlreiche Fehler einschleichen können (Giannelli, 1995; Karlin, 1997; Wagstaff, 1999).



Vorteil der Hypnose bei Zeugen

- ▶ Wenn sich Zeugen stets gut erinnern würden, dann müsste Hypnose im forensischen Bereich nicht benutzt werden.
- ▶ Hypnose soll demnach nicht ein Problemlösen bewirken, sondern bei den Befragten erreichen, auf eine andere Weise als bisher suchen und »sehen« zu können (Orne, 1988).
- ▶ Mit Hypnose können sich die Zeugen bei der Befragung entspannter und stabiler fühlen, da die Befragung langsam und sehr behutsam vorgenommen wird und dadurch therapeutische Faktoren realisiert werden.
- ▶ Der Übergang von der Befragung des Zeugen hin zu seiner therapeutischen Unterstützung ist hierbei fließend.

26.3 Autobiografisches Gedächtnis – Erinnerung an Missbrauch in der Kindheit

Dieser Themenkomplex wird sehr ausführlich dargestellt, weil er über den forensischen Bereich hinausgehend auch in der Psychotherapie relevant ist.

Der konstruktive und rekonstruktive Prozess des Gedächtnisses wird auch bei der autobiografischen Erinnerung durch Erwartungen, Einstellungen, kulturelle und persönliche Faktoren, Stimmungen, Konflikte und den Kontext der Gedächtnisbefragung beeinflusst (Loftus, 1993; Spanos, 1996). Meist sind diese »erinnerten« Ereignisse eine Reinterpretation, um sie einem Sinn zuzuordnen oder sie mit den kulturell bedingten Erwartungen stimmig zu machen (Spanos, 1996). Auch wenn der Patient sich an Ereignisse erinnern konnte, sind ihre Zeitbezüge von Häufigkeit, Daten und Dauer verfälscht (Brewin et al., 1993).

Bei Kindern (8 Jahre) enthalten autobiografische Erinnerungen häufig mehr faktische als beobachtbare oder wahrnehmbare Informationen. Im späteren Jugendalter treten interpretative Informationen (über die man seine Wünsche, Gefühle, Gedanken und Ansichten über ein Ereignis mitteilt) auf (Pasupathi & Wainryb, 2010).

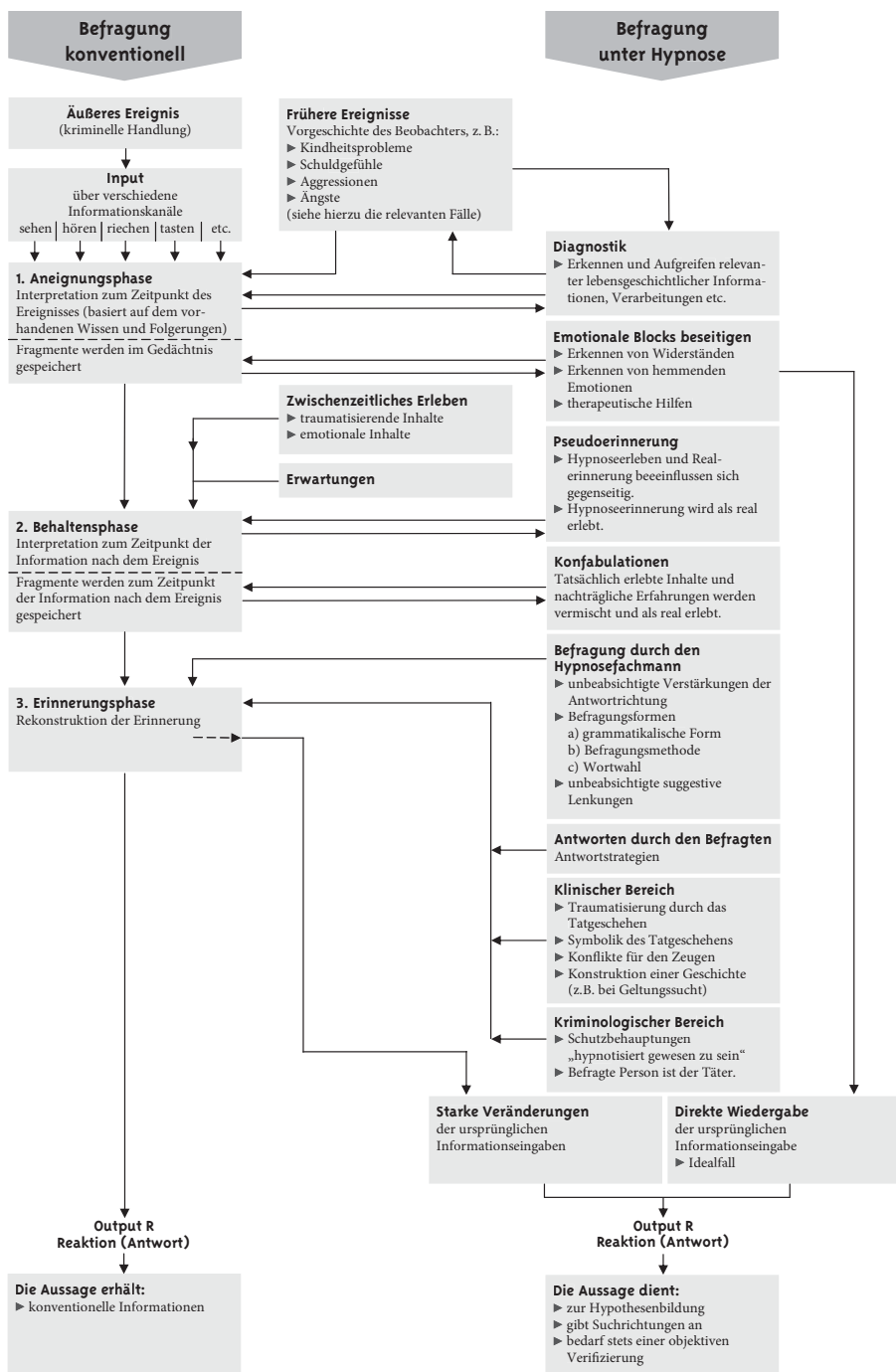


Abbildung 26.1 Probleme der Zeugenbefragung. Bei der konventionellen Zeugenbefragung (linke Spalte: nach Loftus, 1979) sind ähnliche Faktoren wie bei Hypnose wirksam. Hypnose dient nur zur Hypothesenbildung und gibt eventuell Suchrichtungen an

26.3.1 Autobiografische Manipulationen

Die scheinbar »autobiografische« Geschichte, als Kind im Einkaufszentrum verloren gewesen zu sein (Lindsay et al., 2004), mit einem roten Heißluftballon gefahren zu sein (Wade et al., 2002) oder einmal Bugs Bunny im Disneyland begegnet zu sein, steigert die Glaubensrate weiter, wenn sie mit (manipulierten) Fotos »belegt« wird (Braun et al., 2002; Braun-LaTour et al., 2004).

Demnach werden Berichte über unsere früheren Einstellungen oder Verhaltensweisen durch unsere gegenwärtigen Eigenperspektiven, Ziele und Meinungen beeinflusst – und umgekehrt (Wilson & Ross, 2003).

Die posthypnotischen Suggestionen einer Amnesie beeinflussen bei Hochhypnotisierbaren (und etwas geringer bei Mittelhypnotisierbaren) sowohl den Zugang zu den Erinnerungsinhalten als auch deren Qualität. Geringhypnotisierbare bleiben davon weitgehend unbeeinflusst (Barnier et al., 2004). Unabhängig von der angemessenen Methode des ausgebildeten Interviewers werden dennoch einige Personen falsche Berichte über ihre Kindheit geben (Ost et al., 2005).

Täuschung über die eigene Identität

Diese Thematik beinhaltet die falsche Annahme über die eigene Identität oder die Identität anderer Personen, Plätze und Objekte (Breen et al., 2000), wie bei der Schizophrenie oder neurologischen Veränderungen bekannt. So kann mit Hypnose-suggestionen bei Hochhypnotisierbaren bewirkt werden, dass sie sich im Spiegel nicht wiedererkennen oder als Fremden erleben (Breen et al., 2000). Mit Hypnose können diese *Missidentifikations-Täuschungen* vorübergehend erzeugt werden und spezifische autobiografische Erinnerungen bewirken, die den Suggestionen entsprechende »Erlebnisse« wiedergeben (Cox & Barnier, 2009).

Hierbei könnten derartige Identitäten vorübergehend in der Psychotherapie hilfreich sein, um Verhaltensänderungen zu bewirken (Nash & Barnier, 2008).

26.3.2 Alter der frühesten Erinnerung

Das früheste Alter, an das man sich erinnern kann, liegt bei ca. zwei Jahren (Loftus, 1993). Meist sind es bedeutende Ereignisse wie Geschwistergeburt oder Krankenhausaufenthalte (Usher & Neisser, 1993). Diese *infantile Amnesie* wird auf Entwicklungsbedingungen zurückgeführt, die die kindliche Informationsverarbeitung beeinflussen (z. B. Nelson, 1993). Erinnerungen, die davor liegen, sind eher Konfabulationen, Verdichtungen und Konstruktionen von frühen Ereignissen (Loftus, 1993), so sind auch Berichte über den frühkindlichen Missbrauch vor diesem Alter sehr wahrscheinlich konfabuliert (Spanos, 1996).

Kinder im Alter von zehn Jahren erinnern sich häufiger an richtige Ereignisse und geben darüber mehr Informationen als Kinder im Alter von zwei Jahren, die mehr falsche Bilder und Erinnerungen haben. Wenn sie jedoch einmal eine falsche Erinnerung entwickelten, dann erzählten beide Altersgruppen gleich viel darüber (Strange et al., 2008).

26.3.3 Aussagen und Erinnerungen von Kindern

Sogar sehr junge Kinder können sich unter bestimmten Gegebenheiten gut erinnern; aber nicht einmal Experten können feststellen, ob die Kinder falsche oder richtige Aussagen machten (Gordon et al., 2001).

Kinder (drei bis zehn Jahre alt) ohne sexuelle Missbrauchserfahrung können spezifischer und genauer Fragen beantworten und unbekannte Erwachsene auf Fotos wiedererkennen als Kinder mit diesen Erfahrungen (Goodman et al., 2001).

Insgesamt sollte das Urteil über die Genauigkeit der kindlichen Zeugenaussage die Möglichkeit bedenken, dass Eltern Fehlinformationen gegeben haben könnten (Poole & Lindsay, 2001).

Ergebnisse aus der Hypnoseforschung zu frühen Kindheitserinnerungen

- ▶ Mit Hypnose berichten mehr Versuchspersonen Inhalte, die vor der Schwelle der infantilen Amnesie von ca. zwei Jahren liegen (Marmelstein & Lynn, 1999). Zudem sind Versuchspersonen unter Hypnose kooperativer und reagieren mehr auf suggestive Fragen (Malinoski & Lynn, 1999).
- ▶ Hypnose verbessert nicht notwendig die Erinnerung und kann fehlerhafte und unzutreffende Erinnerungen produzieren (s. o.). Es kann jedoch nicht gefolgert werden, mit Hypnose werden nur falsche Erinnerungen bewirkt; sie sind jedoch oft zeitlich verzerrt (Lynn et al., 1997).
- ▶ Wird die Experimentalsituation als Hypnose bezeichnet, erinnern sich mehr Versuchspersonen an Ereignisse aus der frühen Kindheit als in den Vergleichsgruppen mit Entspannung und Vorstellung (Green, 1999).
- ▶ In einer Gruppe bemühen sich Versuchspersonen stärker als im Einzelkontakt; der normative soziale Einfluss bestimmt die »Korrektheit« der Erinnerung (Spanos, 1996).
- ▶ Die Lebendigkeit der Erinnerung korreliert mit der Überzeugung, dass das Ereignis tatsächlich stattfand (Malinoski & Lynn, 1999; Marmelstein & Lynn, 1999).
- ▶ In der hypnotischen Altersregression erleben die Personen ihre Erinnerungen als lebhafter, emotional intensiver und richtiger (Jacobs & Lukatis, 2001).
- ▶ Die Suche nach mehr Details kann dazu führen, auch falsche Elemente in die Erinnerung einzugliedern (Kihlstrom, 1994).
- ▶ Fantasiebegabung korreliert nicht mit der Klarheit, Überzeugung oder dem Alter des Gedächtnisberichtes (Malinoski & Lynn, 1999).
- ▶ Grundlegende Faktoren der persönlichen Erinnerung sind z. B. Selbstgespräch, Selbstbild, Selbstwahrnehmung, Selbstidentität (Neisser, 1994). Sie können durch die spezifische Hypnose-Suggestion (auch Autosuggestion) verändert werden und so die Erinnerung beeinflussen (Kihlstrom, 1985a).
- ▶ Das Befragungsergebnis kann von der Situation abhängen, denn bei traurigen Gefühlen erinnert sich die Person in Hypnose deutlich weniger an positive Gefühle der Autobiografie (MacCallum et al., 2000), wie es auch bei Depressionen zu beobachten ist (Harvey et al., 1998).

- Flashbacks (plötzliche, wiederholt auftretende lebhaft und belastende Bilder oder Szenen im Wachzustand) sind wahrscheinlicher ein Produkt der Imaginationen als der Erinnerung und werden durch Kontextfaktoren wie Erwartungen mitbestimmt (Frankel, 1994).

Die von der ASCH (1995) erstellten Richtlinien zu dieser Problematik wurden nicht systematisch evaluiert und werden punktuell kritisiert (Lynn et al., 1997). Auch die Experimente zum Erinnern sind kritisch zu betrachten, da sie sich meist mit abstrakten Inhalten wie z. B. Wortlisten befassen und nicht mit konkreten autobiografischen Inhalten (Barnier, 2002; Deese, 1959; Roediger & McDermott, 1995; Rosen et al., 2004).

Bei allen Experimenten zum Thema Erinnerung und falsche Erinnerung liegt keinesfalls die Verpflichtung und Konsequenz vor, ein dazu passendes und erkennbares Verhalten zu zeigen, was wiederum die Erinnerung beeinflussen kann (Smeets et al., 2005). Die falsche Suggestion über ein Essenserlebnis in der Kindheit bewirkt signifikant, den Verzehr von Eiersalat sofort einzustellen – sogar noch vier Monate später (Geraerts et al., 2008). Sind bei derartigen Wirkungen experimentell erzeugte falsche Erinnerungen vertretbar?



Als Fazit der zahlreichen Ergebnisse gilt:

Mit Hypnose aufgefrischte Erinnerung sollte niemals für sich allein erlaubt sein (Kihlstrom, 1994), sondern sollte unbedingt durch andere Befragungsformen und Informationsquellen abgesichert werden.

Letztlich ist noch anzumerken, dass nicht nur Opfer, sondern besonders auch Missbraucher falsche Erinnerungen haben; gerade sie sind dazu motiviert zu glauben, dass ihre eigene Erinnerung und die des Opfers falsch ist (Rubin, 1996). Hier ist eine Tätertherapie unbedingt erforderlich; mit Hypnose können eventuell bestehende Konflikte, Eheprobleme und Ursachen im Leben des Täters erkannt und aufgearbeitet werden (Guyer & Van Patten, 1995).



Laut einer Befragung glauben 54 Prozent der Therapeuten daran, Hypnose könne autobiografische Erinnerungen von tatsächlichen Ereignissen aktivieren, die bis zur Geburt reichen (Yapko, 1994). Mit dieser Einstellung werden sie die Ergebnisse ihrer Hypnosebehandlung nicht kritisch hinterfragen.

Auch die Annahme des Therapeuten, seine Patientin sei als Kind missbraucht worden, beeinflusst seine Beziehung zu ihr und damit sein weiteres Vorgehen (Spence, 1994), besonders wenn er von bestimmten Inhalten überzeugt ist. Leicht werden dann unangemessene Techniken verwendet (Loftus, 1993).

Die Kindheitserinnerungen des reaktivierten Gedächtnisses können somit → iatrogen sein (Leavitt, 2001; Lynn & McConkey, 1998).

26.4 Klinischer Bereich

In der umfassenden Literatur der forensischen Hypnose wird nur sehr wenig über den klinischen Aspekt der Opfer oder Zeugen berichtet. Einige psychologische Aspekte wurden bereits in Abschnitt 22.1.4 dargestellt.

26.4.1 Klinische Würdigung der Aussage

Die Amnesie kann ein Abwehrmechanismus sein, um sich mit schockierenden Erlebnissen nicht auseinander setzen zu müssen. Ihre plötzliche Aufhebung kann dann für die Person zu einem sehr starken Schockerlebnis führen.

Die Traumatisierung durch das Tatgeschehen kann die Erinnerung erschweren (Ready et al., 1997), ebenso die Symbolik des Tatgeschehens (Kleinhauz & Beran, 1982).

Konflikte für den Zeugen wie Angst vor Racheakten, Aussagen über nahe stehende Personen oder Verpflichtungen wie z. B. Versicherungsansprüche können sogar Amnesien bewirken (Karlin, 1997). Aufgabe des Hypnose-Therapeuten ist es, derartige Reaktionsmöglichkeiten vorherzusehen bzw. beim Auftreten damit im Sinne des Klienten umgehen zu können.

Beispiel

Die Bedeutsamkeit der psychologischen Fachkompetenz des Hypnosetherapeuten

Eine junge Frau soll in Florida festgenommen werden und erschießt im Handgemeine den Polizisten mit ihrer aus der Handtasche hervorgeholten Waffe. Die Altersregression in Hypnose macht deutlich, dass die Frau während dieses Ringkampfes mit dem Polizisten auf dem Hintersitz des Polizeiwagens schockartig an einen sexuellen Übergriff aus ihrer Kindheit erinnert wird und nun aus Furcht reagiert. Die Frau hatte keine bewusste Erinnerung an diesen Kindheitsübergriff. Hier wird besonders deutlich, welchen therapeutischen Schutz die junge Frau benötigte. (Ein späterer Augenzeugenbericht deckt das unkorrekte aggressive Polizisten-Verhalten bei der Festnahme auf.)

26.4.2 Therapeutische Interventionen

Die Befragung von Opfern und Zeugen erfordert mitunter die psychotherapeutische Versorgung ihrer Gefühle von Scham, Demütigung, Angst, Versagen und der Selbstvorwürfe, die auch mit Hypnotherapie behandelbar sind (Janas, 1983). Das Verhör mit Hypnose muss deshalb auch einen therapeutischen Hintergrund haben (Renaud-Smulders & Hoenkamp, 1988).



Da eine spätere Aussagenverfälschung durch Hypnose möglich ist, müssen alle Daten unbedingt *vor* einer Hypnose-Intervention gesichert sein.

»Forensische Hypnose sollte nur sparsam verwendet werden und nur dann, wenn die Wahrscheinlichkeit relevanter neuer Informationen die Gefahr der Verzerrung und des Vorurteils übertrifft, oder wenn eine unabhängige Validierung der Daten möglich ist« (Beahrs, 1988, S. 27). Erst die unabhängige objektive Bestätigung kann dieses Material brauchbar machen.

Psychotherapie, Erinnerung und Hypnose

Psychotherapeuten und Patienten, die in der Behandlung mit ihren sexuellen Missbrauchserinnerungen konfrontiert werden, sollten für ein Gerichtsverfahren stets zusätzlich bestätigte Beweise einbringen, besonders wenn sie vorher suggestive Techniken wie Hypnose verwandten (Feldman-Summers, 1997).

Allgemein sollten sich Psychotherapeuten darin bewusst sein, dass ihre Patienten mit möglichen unterdrückten Erinnerungen an ihren Kindesmissbrauch falsche Erinnerungen bewirken können (Pezdek et al., 2007).

Subjektive Erinnerungsprobleme korrelieren nicht mit Suggestibilität oder falscher Erinnerung (van Bergen et al., 2009). Imagination kann Einfluss auf die Erinnerung haben (Mazzoni & Memon, 2003) und sollte deshalb gerade in der Psychotherapie bei der Aufdeckung des autobiografischen Gedächtnisses vorsichtig angewandt werden (Pezdek et al., 2006).

Schemabildung und »stimmige« falsche Folgerungen

Durch die zunehmende Beachtung des sexuellen Missbrauchs in der Öffentlichkeit fand ein Priming-Prozess statt (s. Abschn. 17.4.2), der die Aufmerksamkeit immer mehr auf das damit verbundene unterdrückte oder verdrängte Erinnerungsvermögen einengte (Loftus & Davis, 2006). Beim Therapeuten entwickeln sich dann bestimmte einengende »Schemata«, nach denen er seine diagnostische Befragung einseitig und suggestiv ausrichtet und dadurch seine Diagnose ungewollt fälscht (Kirsch, 1999), eine voreilige kognitive Festlegung (Pope & Brown, 1996), die experimentell bewiesen wurde (z. B. Meissner & Kassir, 2004).

Da Patienten nach Erklärungsmodellen für ihre Symptome, Probleme etc. suchen, werden sie immer zugänglicher für »Beweise«, die ihnen »Klarheit« geben (Garb, 1998). Therapeuten können so Opfer ihrer eigenen Erklärungsversuche werden (Bass & Davis, 1988). Dabei können sie auf »typische« und wiederholte Verhaltensweisen treffen wie z. B. Flashbacks oder Alpträume, die mit anderen Ursachen als Missbrauch verbunden sind oder keinesfalls einem reaktivierten Erinnerungsvermögen entstammen müssen (Brenneis, 2000).

Dabei werden Methoden benutzt wie: Hypnose, Altersregression, geleitete Imaginationen, Familienfotos, Trauminterpretation etc., die nicht unbedingt dazu geeignet sind, eine objektive Erinnerung wachzurufen, sondern in Kombination mit den

vorgenannten therapeutischen Komponenten sogar zur falschen Erinnerung führen, von der der Patient dann überzeugt ist (z. B. Arbuthnott et al., 2001).

Als Beispiel zu diesem Themenbereich sollte in Kapitel 27 Fall 3 herangezogen werden.

26.5 Richtlinien zur forensischen Anwendung der Hypnose

Der New York Supreme Court hat anlässlich eines Falls (People vs. McDowell, 1980) konkrete Regeln zur Anwendung der forensischen Hypnose herausgegeben, die sich teilweise mit den vorgenannten Forderungen überschneiden und grundsätzlich analog auf die Therapie übertragbar sind.

Praxishinweis

Richtlinien zur forensischen Hypnose (zit. n. Brown, 1985; Orne, 1979a)

- ▶ Hypnose sollte nur von einer Person durchgeführt werden, die in Hypnose gut ausgebildet und zur Hypnosedurchführung qualifiziert ist.
- ▶ Die Person, die den hypnotischen Zustand interpretiert und daraus Expertenaussagen auf klinischer Basis trifft, wie z. B. über den Geisteszustand, sollte ein Zertifikat oder die Zulassung als Klinischer Psychologe/Psychologischer Psychotherapeut (etc.) besitzen. Oder diese Person sollte ein praktizierender Mediziner sein, der in Hypnose angemessen ausgebildet und geübt ist.
- ▶ Die Person, welche die Hypnose durchführt, sollte beruflich unabhängig tätig sein. Sie sollte nicht mit der Kriminaluntersuchung befasst sein.
- ▶ Die Person, welche die Hypnose durchführt, sollte allein zu den Informationen Zugang haben, die vom Gericht als wesentlich bezeichnet wurden. Sie sollte sie in schriftlicher Form erhalten. Dies kann Transskripte früherer Vernehmungsinterviews einschließen.
- ▶ Alle Kontakte zwischen Zeugen und Hypnosefachmann sollten auf Video aufgezeichnet werden.
- ▶ Keine weiteren Personen sollten während des Hypnose-Interviews anwesend sein. Diskussionen zwischen dem Durchführenden und Untersuchungsbeamten sollten außerhalb des Interviewraums geführt werden.
- ▶ Vor der Hypnose sollte der Fachmann, der die Hypnose durchführt, den Zeugen interviewen, um eine detaillierte Beschreibung der Fakten zu erhalten, die zum Umfeld des Untersuchungsgegenstandes gehören.
- ▶ Das Hypnose-Interview sollte ohne Suggestionen durchgeführt werden, die die Fakten des Untersuchungsgegenstandes betreffen.

Auch wenn die nachfolgend aufgezählten Gerichtsbeispiele vorwiegend aus den USA stammen, geben sie dennoch grundsätzliche Informationen zur hier angesprochenen Problematik, die auch in der Psychotherapie relevant ist.

Hypnosemissbrauch, methodische Fehler, Grenzen sind in konkreten Gerichtsfällen gegeben durch: suggestive Vernehmungsfragen (Kirby, 1984), Lenkung nach bestimmten Hypothesen (Karlin, 1983; People vs. Ritchie, 1977), Simulation von Hypnose (Orne, 1979a), Abwehr von Eigenverschulden (Haithwaite et al., 1978) sowie Wunsch nach Aufmerksamkeit des Ehemannes (State vs. Douglas, 1978).

Beispiele für die erfolgreichen Anwendung der Hypnose: Man erinnert sich angemessen an Details von Personen (Block, 1976) und von Autokennzeichen (Fuchs, 1983; People vs. Woods et al., 1977).

26.6 Rolle der Hypnose im deutschen Strafrecht

Das deutsche Strafrecht bezieht sich auf die Anwendung der Hypnose bei Beschuldigten und Zeugen.

26.6.1 Vernehmung des Beschuldigten

»Der § 136a schützt den Beschuldigten bei seiner Vernehmung vor einer Beeinträchtigung der Freiheit seiner Willensentschließung und Willensbeeinträchtigung (Abs. 1) sowie gegen eine Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens und der Einsichtsfähigkeit (Abs. 2)« (Müller et al., 1991).

Der § 136a der StPO befasst sich mit dem Aspekt der Willensbeeinflussung:

- (1) Die Freiheit der Willensentschließung und der Willensbetätigung des Beschuldigten darf nicht beeinträchtigt werden durch Misshandlung, durch Ermüdung, durch körperlichen Eingriff, durch Verabreichung von Mitteln, durch Quälerei, durch Täuschung oder durch Hypnose. Zwang darf nur angewandt werden, soweit das Strafverfahrensrecht dies zulässt. Die Drohung mit einer nach seinen Vorschriften unzulässigen Maßnahme und das Versprechen eines gesetzlich nicht vorgesehenen Vorteils sind verboten.
- (2) Maßnahmen, die das Erinnerungsvermögen oder die Einsichtsfähigkeit des Beschuldigten beeinträchtigen, sind nicht gestattet.
- (3) Das Verbot des Abs. 1 und 2 gilt ohne Rücksicht auf die Einwilligung des Beschuldigten. Aussagen, die unter Verletzung dieses Verbots zustande gekommen sind, dürfen auch dann nicht verwertet werden, wenn der Beschuldigte zustimmt.«

Der Gesetzgeber lässt Suggestivfragen zu. Sie werden als »Fragen, die eine bestimmte Antwort ohne Rücksicht auf ihre sachliche Richtigkeit aus psychologischen Gründen nahe legen« angesehen (Löwe-Rosenberg, 1989, S. 399). Sie sind »in der Regel Fehler in der Vernehmungsmethode und beeinträchtigen den Wert der Aussage bis zur Unverwertbarkeit. Immerhin kann hier der Wert der Aussage geprüft werden« (Müller et al., 1991, S. 593).

Auch Kommentare sehen Suggestivfragen als weitgehend unbedenklich an: »Suggestivfragen können nichtwohl unter den Begriff der Täuschung im Sinne der Vorschrift fallen. Suggestivfragen können unter Umständen »ungeeignet« im Sinne des

§ 241 Abs. 2 sein und aus diesem Grunde zurückgewiesen werden; aber dass sie im Ernste die Willensentschließung oder Willensbetätigung des Befragten beeinträchtigen könnten, darf wohl als ausgeschlossen gelten« (Löwe-Rosenberg et al., 1963, S. 631).

Nach den Argumenten von Fuchs (1983) ist anzunehmen, dass Zeugenhypnose ausschließlich zur Verbesserung des Erinnerungsvermögens eingesetzt werden kann. Demzufolge behält der Zeuge seine freie Willensentschließung, sich zu erinnern. Unter Berücksichtigung von § 136a StPO darf aber die Maßnahme »Hypnose« nicht eingesetzt werden, da sie das Erinnerungsvermögen beeinträchtigt (Peters, 1981, S. 314). Deutlich wird jedoch, dass der Gesetzgeber »Beeinträchtigung« nur negativ sieht. Wird der positive Aspekt betrachtet, so ist die Verbesserung des Erinnerungsvermögens keine Beeinträchtigung (Kleinknecht, 1979). Die Diskussion hierzu wird sehr kontrovers geführt und gerichtliche Entscheidungen liegen (noch) nicht vor.

Stellungnahmen der Gesetzeskommentare

»Hypnose ist eine Einwirkung auf einen anderen, durch die eine Einengung des Bewusstseins auf die von dem Hypnotisierenden gewünschte Vorstellungsrichtung herbeigeführt wird. Sie ist als Beeinträchtigung der freien Willensbildung stets untersagt« (Pfeiffer, 1987, S. 545).

»Ob oder wann die dem Gesetz zugrundeliegende Vorstellung zutrifft, jemand könne durch Hypnose zu Äußerungen gebracht werden, die er sonst nicht machen würde, muss hier offen bleiben. Eine solche Wirkung unterstellt, gleicht die Hypnose infolge der Ausschaltung oder Beeinträchtigung des Bewusstseins der Narkoanalyse. Ihr Verbot ist, entsprechend dem Gesetzeswortlaut, absolut; es gilt für alle Vernehmungen und für jeden Grad von Hypnose. Eine Ausnahme ist [...] lediglich zur Beseitigung posthypnotischer Hemmungen anzuerkennen, weil dies gerade der Wiederherstellung des freien Willens dient. Suggestivfragen sind [...] keine Hypnose« (Löwe-Rosenberg, 1989, S. 400).

Der § 136a StPO ist auch bei der richterlichen Zeugenvernehmung (69 III) und anderen Vernehmungen heranzuziehen (Müller et al., 1991).

26.6.2 Zeugenbefragung

Der § 69 der Strafprozessordnung befasst sich wie die vorhergehenden Paragraphen mit Zeugenaussagen: Die Vorschrift des § 136a gilt für die Vernehmung des Zeugen entsprechend. Die in § 69 StPO getroffenen Aussagen haben ihre Gültigkeit unter entsprechender Heranziehung von § 136a StPO.

Verboten sind demnach ebenfalls Maßnahmen zur Beeinträchtigung der Willensentscheidung wie Ermüdung, körperliche Eingriffe (z. B. Drogen), Quälerei, Täuschung und Hypnose: »Durch einen geringen Grad von Hypnose (Somnolenz) wird der Wegfall von Hemmungen erreicht. Zu ihrem Wesen gehört die Ausschaltung des bewußten Willens, die Einengung des Bewußtseins auf die von dem Hypnotisierenden gewünschte Vorstellungsrichtung und damit die Herabsetzung der höheren seelischen Funktionen, insbesondere des kritischen Denkens. Deshalb stellt sie in jedem Fall einen

Eingriff in die Persönlichkeit und damit eine unzulässige Einwirkung auf die Freiheit der Willensentscheidung des Zeugen dar« (Müller & Sax, 1966, S. 269).

Sicherlich dienen Gesetze zum Schutz der Gemeinschaft und des Einzelnen – nur wurden hier die positiven Aspekte der Hypnoseanwendung unbeachtet gelassen, so z. B. in ihrer Möglichkeit, emotionale Blocks zu beseitigen und dadurch den Zugang zu verschütteten Erinnerungen wieder freizulegen.

26.6.3 Untersuchung des Beschuldigten

Der § 81a der StPO befasst sich mit der körperlichen Untersuchung des Beschuldigten. »Der seelische Zustand des zu Untersuchenden darf aber durch einen ärztlichen Eingriff nicht verändert werden. So sind schlechterdings unzulässig: Hypnotische Beeinflussung, Anwendung hemmungslösender Drogen und jede Art der so genannten Narkoanalyse, z. B. Eunarkon oder Evipaninjektionen, Luminalbehandlung, Schockversuche, Trinkversuche« (Löwe-Rosenberg et al., 1963, S. 6f.). Auch moderne Kommentare des § 81a StPO zur Hypnose definieren ihre Einordnung als körperlichen Eingriff (Müller et al., 1991). In keinem Fall ist sie »gestattet, auch nicht mit rein diagnostischen Zielen oder mit Einwilligung des Beschuldigten« (Müller et al., 1991, S. 403). Die Kommentare verweisen hier eindeutig wieder auf § 136a StPO, da diese Art der Untersuchung aus § 136a folgt (Löwe-Rosenberg, 1989).

Die Einleitung der Hypnose stellt hier eine Maßnahme dar, wodurch »die Freiheit der Willensentschließung und der Willensbetätigung des Beschuldigten beeinträchtigt werden könnte (§ 136a). Gemeint ist die Freiheit zur Aussage. Was ein Beschuldigter aussagt, soll sein freier Entschluss bleiben« (Löwe-Rosenberg et al., 1963, S. 394).



Gesetzgebung noch auf altem Wissenschaftsstand

- ▶ Die Sichtweise der Gesetzgebung ist rein medizinisch orientiert, schließt die Anwendung psychologischer Methoden durch Psychologen geradezu aus. Angenommen wird weiterhin, dass Hypnose den Willen oder die Erinnerung beeinflusst.
- ▶ Die Ergebnisse der Hypnoseforschung (s. o.) zeigen jedoch, dass Erinnerungsbeeinflussung durch Hypnose in ähnlicher Weise wie durch andere allgemeine Befragungstechniken möglich ist.
- ▶ Hypnose muss von anerkannten Fachpersonen mit relevanten theoretischen und praktischen Erfahrungen durchgeführt werden.
- ▶ Hypnose kann durchaus zur Hypothesenfindung beitragen.

26.6.4 Bewusstseinsstörung und Schuldfähigkeit

Verminderte Schuldfähigkeit steht zur Diskussion, wenn eine Bewusstseinsstörung auftritt, die mit »Ausfallerscheinungen wie z. B. Schlaf, Schlaftrunkenheit, Hypnose,

Hirnschädigung, Fieber oder Vergiftungen verbunden ist« (Thomae & Schmidt, 1967, S. 346). Der Auffassung von Gruhle (1955), dass eine Bewusstseinsstörung im Sinne des § 51 (heute § 21 StGB) nur vorliege, wenn zu einem Erregungszustand geistig-seelische Mangelerscheinungen (wie z. B. Schlaf etc., Hypnose) hinzukommen, wird jedoch widersprochen. So zeigen Schwarz und Dreher (1966) auf, dass »eine Trübung oder Einengung des Bewußtseins [...] im Verlust des Selbstbewußtseins im Sinne des intellektuellen Wissens um das eigene Sein und über die Beziehungen zur Umwelt, aber auch in einer tiefgreifenden Störung des Gefühlslebens und der Selbstbestimmung bestehen kann. [...] In Betracht kommen Schlaftrunkenheit, Halluzinationen, nicht-krankhafte Dämmerzustände, Hypnose [...] und zwar auch dann, wenn [dieser Zustand] verschuldet ist« (Schwarz & Dreher, 1966, S. 215).

Der Gesetzgeber wird sich hier jedoch sehr vorsichtig verhalten, da sehr schnell von einem Geschädigten behauptet werden kann, es sei bei ihm Hypnose angewandt worden. Zu schnell kann das Opfer seine unreflektierte Einwilligung bzw. Einlassung auf eine Beeinträchtigung (z. B. sexuelle Kontakte) der Hypnosewirkung zuschieben und durch diese Zuschreibungen die Ursache-Wirkungs-Richtung zu eindeutig festlegen.

26.6.5 Beginn einer Gesetzeswende

- Die moderne Definition der Hypnose, herausgegeben von der American Psychological Society (APA), zeigt theorieübergreifend auf, dass durch sie keine Einschränkung des freien Willens erzeugt werden kann (Green et al., 2005).
- Dies kann (hoffentlich) Auswirkungen auf die deutsche Gesetzgebung haben – und nach neueren Gesetzeskommentaren geht aus dem Wortlaut der Vorschrift (StPO) nicht hervor, dass Hypnose generell nicht zulässig ist. Sie darf aber nicht zu dem Zweck erfolgen, die Freiheit der Willensfindung und -bestätigung zu beeinträchtigen (Krekeler & Löffelmann, 2007, 2010).
- Auch die Ausnahme, posthypnotische Hemmungen zu beseitigen, sollte anerkannt werden, da sie gerade der Wiederherstellung des freien Willens dienen soll (Gleß, 2007, S. 613). Entsprechend wenden Beetz und Wiest (2008) und Beetz und von Delhaes (2011) Hypnose ergänzend zu polizeilichen Ermittlungen zur Präzisierung von Zeugen- und Opferaussagen als erinnerungsunterstützendes Verfahren an.

27 Falldarstellungen

*Eine fremde Seele,
das ist ein dichter Wald.*

Anton Pawlowitsch Tschechow (1860–1904)

In den vorhergehenden Kapiteln konnten die Kerninhalte der relevanten Störungen und die Therapie mit Hypnose nur sehr komprimiert dargestellt werden.

In diesem Kapitel sind ausgewählte Fälle umfassend dargestellt, um die Vorgehensweise mit Hypnose – hier in Kombination mit der Verhaltenstherapie – zu dokumentieren und die Überlegungen dazu nachvollziehbar zu machen. Insgesamt wäre dazu ein intensiver Fachaustausch mit Therapeuten anderer Schulrichtungen interessant, den Stellenwert der Hypnose im gleichen Fall aus jeweils anderen Perspektiven zu beleuchten.

Wörtliche Formulierungen und Suggestionen in Falldokumentationen sind der Natur der Sache gemäß meist sehr speziell und nur für den gerade zitierten Fall gültig. Sie lassen hier besonders den wichtigen Aspekt des Dialoges (Sarbin, 1997) in der Therapie mit Hypnose erkennen.

Gerade schriftliche Therapeutenäußerungen können sehr unterschiedlich interpretiert werden, da der Tonfall nicht bekannt ist. So kann eine Suggestion wie: »Sie fühlen sich nun entspannt« z. B. als befehlend und damit falsch verstanden werden. Den Grundregeln der Therapeut-Patient-Beziehung (s. Kap. 15), der Induktion (s. Kap. 14) und der Suggestion (s. Kap. 4) folgend, sind Formulierungen in der Grundhaltung unterstützend, aufgabenmotivierend, ermutigend, permissiv und freundlich zu verstehen.

Die Fallauswahl wurde danach getroffen, möglichst unterschiedliche Vorgehensweisen in der Therapie darzustellen. So wurden Fälle mit sehr unterschiedlichen Problemen oder Methoden gewählt.

27.1 Fall 1: Prüfungsängste, Brechdurchfälle und Depressionen

Die 24-jährige Medizinstudentin hat Prüfungsängste, Durchfall, Erbrechen und Depressionen. In einer Altersregression erlebt die Patientin ihr Kindheitstrauma und kann nun aktiv Veränderungen an ihrer Situation vornehmen – kognitive Umstrukturierung in Hypnose.

27.1.1 Problemstellung

Prüfungsängste. Die Patientin hat Angst, nochmals durch die Physikumsprüfung zu fallen. Sie lernt zwölf bis 16 Stunden täglich, jedoch unsystematisch und ist abends

entsetzt, wie wenig sie behalten hat. Lerntechniken sind ihr unbekannt. Durch immer längeres Arbeiten versucht sie, mehr Leistung zu erreichen.

Durchfälle und Erbrechen. Beim Erwachen morgens bemerkt sie ein bis zwei Mal pro Woche Übelkeit, die in Brechdurchfälle übergeht und mehrere Tage anhalten kann.

Depressionen. Verbunden mit den Brechdurchfällen setzt morgens ein Gefühl der Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und des Verlassenseins ein. Sie fühlt sich hilflos, muss viel weinen und bleibt oft im Bett liegen. Auch wenn sie sich z. B. durch Hausarbeiten oder Fernsehen ablenken will, erreicht sie keine Veränderungen. Medizinische Ursachen wurden durch zahlreiche Untersuchungen ausgeschlossen, ebenso die Annahme von z. B. Reizdarm und endogener Depression.

Die gesamte Symptomatik besteht seit Beginn des Studiums. Da sie bereits beim Aufwachen vorliegt, sind Auslöser im Schlaf, also Träume, anzunehmen, an die sich die Patientin jedoch nicht erinnern kann.

27.1.2 Theoretische Überlegungen

Erbrechen kann durch klassische Konditionierungen als Reaktion auf internale oder externale Reize auftreten (Birbaumer, 1986) und durch z. B. Träume ausgelöst werden. Soziale Isolierung und Verlusterlebnisse können Ursachen solcher Konditionierungen sein (Pazulinek & Sajwe, 1983), die mit der Zeit in erlernte Hilflosigkeit (Seligman, 1983) übergehen können, was mit Passivität und Depression verbunden ist, den Verlust der internalen Kontrolle bewirkt (Rotter, 1966) und zu psychosomatischen Reaktionen führen kann. Möglicherweise ist eine Traumatisierung in der Kindheit anzunehmen.

27.1.3 Therapieplanung

Da die psychosomatischen Störungen seit mehreren Jahren bestehen und ausführliche Explorationen keinen direkten Zusammenhang mit den Lern- und Prüfungsproblemen erkennen lassen, werden beide Störungsgruppen unabhängig voneinander behandelt. Bedingt durch den nahen Prüfungstermin wird mit den Lernproblemen begonnen; sind diese behoben bzw. nach der bestandenen Prüfung werden die anderen Probleme behandelt. Die angenommene Kindheitstraumatisierung soll mit Altersregression aufgedeckt werden. Erst dann kann ein differenzierterer Therapieplan erstellt werden.

27.1.4 Therapiedurchführung

Prüfungs- und Lernprobleme

Es wird ein sehr komplexes Lerntraining durchgeführt, in dem die Patientin zahlreiche Lern- und Arbeitsmethoden zur Verbesserung der Arbeitseffektivität erwirbt. Zusätz-

lich wird Selbsthypnose erlernt und zur Angstreduktion eingesetzt, für positive Selbstinstruktionen und Verstärkung ihres stetig verbesserten Arbeitsverhaltens. (Teile dieses umfassenden Programms sind in Abschnitt 22.12 und Kossak [1992b] zu finden.) Nach sechs Sitzungen ist die Patientin angstfrei, lernt angemessen, ist während aller fünf Prüfungstage entspannt und besteht die Prüfungen überdurchschnittlich gut.

Psychosomatik

Der Versuch, durch eine Altersregression Informationen aus der Kindheit zu erhalten, erbringt keine verwertbaren Daten, ebenso die Befragung ihrer Mutter. Zur weiteren Suche und Anregung vorhandener Erinnerungsspuren bitte ich die Patientin, ihr Familienalbum mitzubringen, das wir gemeinsam von der Gegenwart in die Vergangenheit rückwärts durchblättern und dadurch ggf. eine Altersregression bewirken. Als wir zu Bildern aus ihrer Kindheit von ca. zwei bis drei Jahren gelangen, kann die Patientin keine Auskunft geben, reagiert jedoch mimisch mit Unruhe und Anspannung. Sie wird gebeten, genau diesen Zeitraum mit ihrer Mutter durchzusprechen.

Mit dieser konkreten Suchaufgabe erinnert sich nun ihre Mutter, dass ihre Tochter in diesem Altersbereich aufgrund einer ansteckenden Krankheit für mehrere Wochen auf einer Isolierstation behandelt wurde und nur durch ein kleines Sichtfenster in der Tür ihre Mutter sehen konnte. Danach sei sie sehr ruhig und depressiv gewesen und habe Entwicklungsverzögerungen gezeigt.

Mit diesem genauen Suchbild wird eine erneute Altersregression durchgeführt; darin wird konkret das Krankenzimmer beschrieben. Bereits nach wenigen Sätzen erlebt sich die Patientin im Zimmer und blickt zur Tür. Mit apathisch kindlicher Sprache erzählt sie, dass sie auf jemanden wartet. Sie spürt nun einen unangenehmen Bauchdruck und hat Angst. In der nächsten Sitzung krümmt sie sich in dieser Szene mit Magenschmerzen – wie vor dem gegenwärtigen Erbrechen –, danach berichtet sie von einem starken Verlassenheits- und Traurigkeitsgefühl.

Aus diesen Informationen ist die oben erstellte Verursachungshypothese eines Traumas in der Kindheit bestätigt. Angenommen wird vorläufig: Das Auftreten der Symptome mit Beginn ihres Medizinstudiums löste alte Erinnerungsmuster aus: Trennung von den Eltern verbunden mit zahlreichen Wahrnehmungen wie Krankenzimmer, Isolation, weißer Kittel etc. Anzunehmen ist eine Wahrnehmungsabwehr für diese Auslösereize, die erst im unkritischen Zustand des Schlafes wirksam werden und dann identische Reaktionen der Kinderzeit auslösen, die erst beim Erwachen »grundlos« als Depression, Übelkeit und Brechdurchfall auftreten.

Die Therapie soll nun die Möglichkeit geben, die Träume selbst zu kontrollieren, bzw. durch Handlungen aktiv Kontrolle zu übernehmen, was die Patientin in einer Altersregression versuchen soll.

Die Patientin ist im Krankenzimmer, erlebt sich wie bekannt hilflos, wartet auf ihre Mutter und hat Magendrücken. Als ihr die Mutter zuwinkt, wirkt sie erleichterter und das Magendrücken wird weniger. Nun wird ihr eine Lösung angeboten: Die Mutter kann die Tür aufmachen. (Die wörtlichen Zitate sind Kossak [1991] entnommen.)

T: Deine Mutti kann die Tür aufmachen und du kannst zu ihr gehen!

P: Ja, ich gehe zu ihr.

T: Siehst du, du kannst das. Und was macht ihr dann?

P: Ich will auf den Arm.

T: Ja sicher. Du streckst deine Ärmchen aus, und deine Mutti nimmt dich auf den Arm.

P: Ja, das ist schön.

Die Patientin soll nun noch aktiver an der Lösung beteiligt werden, hat jedoch als kleines Kind nur wenige Möglichkeiten, benötigt also Hilfen.

T: So. Das ist so prima, so kuschelig, da du bestimmt bei deiner Mutti bleiben willst.

P: Ja.

T: Gut. Dann sag ihr das doch ins Ohr.

P: Ich will bei dir bleiben.

Die Mutter reagiert entsprechend und geht mit ihrem Kind auf dem Arm aus der Klinik. Damit verbunden werden die Suggestionen, dass das Magendrücken nun aufgehört hat, – und eine posthypnotische Suggestion:

T: Siehst du! Und das wird auch so bleiben, denn *du* hast einen Weg da rausgefunden. *Du* hast deiner Mutti gesagt, dass sie dich mitnehmen soll. Und sie hat es auch getan. Genau das wirst *du* dir merken: *Du* hast eine Lösung gefunden und du kannst weiter diese Lösung beibehalten, denn sie hat ja gewirkt.

In der nächsten Sitzung berichtet die Patientin, dass sie sich sehr wohl fühlt und in der Zwischenzeit keinerlei der bekannten Beschwerden auftraten. Sie bittet jedoch, nochmals die Szene in der Altersregression durchzugehen, denn sie möchte nun ganz eigenständig das Krankenhaus verlassen, was gänzlich dem Gesamtkonzept der Eigenkontrolle entspricht.

Sie befindet sich in der Altersregression wieder im Krankenzimmer und eine Schwester hat vergessen, die Tür zu schließen. Sie kann nun aus dem Bett aufstehen, die Tür öffnen und hinausgehen.

T: Siehst du, das kannst du alles ... und du kannst jetzt da weitergehen.

P: Geht nicht.

T: Ach, bestimmt geht das ... Wo stehst du denn gerade?

P: An der Treppe.

T: Ach so. Die ist so tief. Und du hast Angst, da runter zu gehen?

P: Ja, kann ich nicht.

T: Weißt du was. Da ist doch so ein schön dickes Geländer. Das ist in der richtigen Höhe, damit du dich daran festhalten kannst. Heb mal den Arm hoch und halte dich daran fest.

P: (*Hebt Arm hoch.*) Ja.

T: Siehst du. Jetzt fühlst du dich sicherer.

P: Ja, ist gut.

Sie erhält nun weitere kindgerechte Suggestionen, die Treppe sicher hinunter zu gehen und die Ausgangstür zu öffnen. Sie befindet sich dann vor der Klinik.

T: Du hast das ganz allein gekonnt. Ganz allein. Und du merkst dabei das wunderschöne leichte Gefühl, bist ganz entspannt, locker. Der Magen ist prima und deine Stimmung ist gut, bist richtig froh! ... Wie kommst du denn jetzt heim? Kennst du dich denn da aus?

P: Nein, ist eine andere Gegend.

T: Was meinst du, soll deine Mutti dich mit dem Auto dort abholen?

P: Ja, das soll sie.

Die Mutter kommt nun mit dem Auto, begrüßt sie herzlich.

T: Schön. Dann feiert ihr so richtig Wiedersehen und fährt dann glücklich nach Hause und du kannst auch glücklich bleiben.

Nach dieser Sitzung berichtet die Patientin von einem befreienden Gefühl. Die wenigen folgenden Sitzungen dienen mehr der Sicherheit und beinhalten keine weiteren Interventionen.

27.1.5 Katamnese

Die Patientin ruft anfangs in Abständen von ca. sechs Monaten an und berichtet von ihrer Stabilität, so auch noch sechs Jahre nach Therapieabschluss. Sie benutzt für ihre späteren zahlreichen Prüfungen die erlernten Methoden, besteht sie erfolgreich und ist danach als Ärztin tätig. Die Depressionen und Brechdurchfälle sind seit der Therapie nicht wieder aufgetreten. Falls sie eventuell Traurigkeit bemerkt, dann hat sie stets reale konkrete Gründe, die sie bewältigen kann.

27.2 Fall 2: Angst- und Schmerzproblematik

Der Patient ist zum Vorstellungszeitpunkt 15 Jahre alt und leidet an einer Beinspastik. Seit einer leichten Knieverletzung will er nicht mehr ohne Hilfsmittel gehen und verlässt den Rollstuhl nicht mehr. Die Überweisung erfolgt durch den Orthopäden und den Neurologen. Unter Hypnose erfolgen Desensibilisierung und Selbstsicherheitssuggestionen.

27.2.1 Problemstellung

Sobald der Patient ohne Hilfsmittel bzw. ohne Rollstuhl gehen soll, weigert er sich und bleibt sitzen, obwohl er bis vor einigen Wochen ohne Hilfsmittel auskam.

Der Patient klagt über Schmerzen in beiden Knien, die besonders stark sind, wenn er die Beine bewegt oder belastet. Er hat Angst vor den Schmerzen und vermeidet Beinbewegungen möglichst vollständig.

Durch seine Symptomatik erhält er von seinen Familienmitgliedern sehr viel Hilfe, kann während der Pause im Klassenraum seine Hausaufgaben erledigen und ist froh, keinen Kontakt mit den Klassenkameraden aufnehmen zu müssen.

27.2.2 Genese

Organismusvariablen

Bei dem Patienten liegt eine Spastik beider Beine vor; sie ist durch eine pränatal verursachte infantile Zerebralparese bedingt. Dadurch ist der Dehnungswiderstand der Muskeln dauernd erhöht, was Schmerzen und Überempfindlichkeiten der Muskeln bewirken kann (Schmidt, 1973). Weitere medizinische Störungen, wie sonst bei dieser Problematik häufig, liegen nicht vor.

Intensive krankengymnastische Behandlungen ermöglichten in der Kindheit eigenständiges Laufen ohne Hilfsmittel, allerdings in der für diese Krankheit typischen eingeknickten Beinstellung. Im Alter von 15 Jahren wurde eine Operation zur Sehnenverlängerung durchgeführt, auf die der Patient mit überstarkem Fieber und Depressionen reagierte. Als er dann bei einem Spaziergang mit beiden Kniegelenken umknickte, klagte er von da an über starke Schmerzen und benutzte von diesem Zeitpunkt an den Rollstuhl.

Soziale Situation

Die Familie lebt sehr zurückgezogen: Beide Schwestern des Patienten (21 und 24 Jahre) haben starke Sozial- und Kontaktängste und sind in sehr starkem Maße Verhaltensmodelle für den Patienten. Die Mutter ist sehr verwöhnend.

Der Patient hat keine Sozialkontakte mit Gleichaltrigen, sehr starke soziale Verhaltensdefizite, keine altersgemäßen Interessen und kann sich nicht unterhalten. Während der Explorationsgespräche klammert er sich an seine Mutter und zittert stark.

Motivationale Analyse

Die Mutter ist sehr an der Behandlung interessiert. Sie möchte, dass ihr Sohn wieder laufen kann und seine Hemmungen verliert. Die Möglichkeit einer Familientherapie wird von allen Familienmitgliedern abgelehnt.

Der Patient selbst spricht nur in Ein-Wort-Sätzen und lehnt Vorschläge zur Verbesserung seiner Symptomatik und seiner sozialen Kompetenz ab. Lediglich leckeres Essen und Erinnerungen an die Seelandschaft der Ferienzeiten sind für ihn ein Anreiz.

Verhaltensanalyse

Die differenzierte Darstellung der Schmerzproblematik erfolgte in Kapitel 22.3, besonders die respondente und operante Konditionierung von Schmerzverhalten.

Der Patient hatte vom frühen Kindesalter an durch die Zerebralparese Vorteile erlangt, wurde für Passivität verstärkt. Durch die Folgen der Kniesehnenoperation traten starke Schmerzen im Kniebereich auf, die durch das spätere Umknicken respondent konditioniert wurden (CR). Beinbewegungen und -belastungen (CS) werden nun mit Schmerz gekoppelt erlebt. Daraus resultiert das Vermeidungsverhalten (R), nicht mehr laufen zu wollen. Dieser Verhaltenskomplex erfährt dann weitere operante Verstärkung:

- ▶ Die positive Verstärkung der Schmerzproblematik erfolgt durch Familienangehörige (soziale Zuwendung, Bedauern, Hilfeleistungen) und das Verbleiben im Klassenraum während der Pausen.
- ▶ Vermeidungsverhalten der Beinbewegung bewirkt Schmerzreduktion, wodurch es sich selbst durch negative Verstärkung aufrechterhält.
- ▶ Der Patient vermeidet Sozialkontakte. Soziale Situationen sind für den Patienten aversiv, da er erhebliche Verhaltensdefizite aufweist.

27.2.3 Therapieplanung

Das Symptom des Vermeidungsverhaltens (nicht aufstehen) wird durch zahlreiche umschriebene Kontingenzen aufrechterhalten. Der Änderungsansatz orientiert sich daran, die funktionale Qualität des konditionierten Reizes (CS = Beinbewegung) zu ändern, damit durch ihn die konditionierte Reaktion (CR = Schmerz, Angst vor Schmerz) nicht mehr ausgelöst wird. Einstellung und Bewertung gegenüber dem Schmerz müssen somit verändert, d. h. die Angst vor Schmerzen abgebaut werden.

Als Änderungsprinzip soll auf CS eine alternative Reaktion (R') folgen bzw. aufgebaut werden. Der operante Anteil der Symptomatik muss durch Wegfallen der positiven Verstärker abgebaut werden; hinzu kommt Wegfallen der negativen Verstärkungen. Der aversive Charakter von Sozialsituationen soll durch Erhöhung sozialer Kompetenz abgebaut werden.

Wesentlich ist, auch die Umwelt (Mutter) in die Behandlung mit einzubeziehen, um die Symptomverstärkung durch sie abzubauen und vom Patienten ein Mindestmaß an Eigenaktivität zu fordern.

Therapiemotivation des Patienten

Der Patient lehnt eine aktive Zusammenarbeit und bereits kleine Veränderungsvorschläge ab. Da er insgesamt depressiv, passiv und wenig krankheitseinsichtig ist, wird erwogen, die Weiterbehandlung durch »passive« Erlebensformen zu erproben. Deshalb wird indirekte und auch motorisch passive Mitarbeit über Imaginationen in Hypnose ausgewählt.

Konkrete Therapieplanung für den Patienten

Durch Habituation soll in Hypnose die Erwartungsangst vor den Schmerzen abgebaut werden, verbunden mit positiver Verstärkung der Kooperation (Bewegungen) und Löschung der Hilfewünsche und der vermeintlichen Hilflosigkeit im sozialen Umfeld. Letztlich soll der Aufbau sozialer Kompetenzen erfolgen.

Hypnoseanwendung. In Hypnose werden standardisierte strukturierte Vorstellungsbilder (Kroger & Fezler, 1976) modifiziert vorgegeben, welche zahlreiche sensorische Suggestionen enthalten. In ihrer Modifikation werden »unterschwellige Schmerz-auslöser« eingestreut, d. h. Vorstellungen von Beinbewegungen. Werden diese ohne Schmerzverhalten beantwortet, so soll verdeckte Verstärkung für die Schmerzfreiheit/Angstfreiheit erfolgen. Gleichzeitig soll der Patient zu den Vorstellungen konkrete

Erfahrungen mit Bewegungsanreizen und damit verbundener Schmerzfreiheit sammeln.

Löschungsprogramme. Das Schmerzverhalten des Patienten (Stöhnen, Hilferufe, sich bedienen lassen) soll von den Familienmitgliedern durch Nichtbeachtung gelöscht werden. Die nun abgezogene Zuwendung soll als Verstärkung für Aktivität, Bewegung und Eigenständigkeit eingesetzt werden.

Aufbau sozialer Kompetenz. Der Aufbau sozialer Fertigkeiten muss sehr langsam und parallel zur motorischen Aktivität erfolgen. Geplant sind hier relevante Selbstsicherheitstrainings, welche nur sehr geringe Anforderungen an den Patienten stellen dürfen. Hierzu gehört die Übernahme in eine Jugendlichen-Therapiegruppe (vgl. Petermann & Petermann, 1987).

27.2.4 Therapiedurchführung

Im SHSS:A werden von den elf durchgeführten Items zehn positiv beantwortet; demnach ist der Patient hoch suggestibel.

Vorbereitung der Hypnose

Da der Patient sich sehr intensiv mit dem »Zauberwürfel« (Rubic's Cube) beschäftigt, wird diese räumliche Vorstellungsfähigkeit im Einleitungsgespräch nutzbar gemacht, und er arbeitet nun gut mit, sodass indirekte Suggestionen eingestreut werden: »... in der Vorstellung ist vieles möglich, wie du gesehen hast ... es ist sehr vieles erreichbar ... auch das, was man kaum für möglich hält ...«

Induktion

Die Induktion der Hypnose erfolgt nun übergangslos von den Vorstellungsbildern zur Instruktion der Punktfixation (s. Abschn. 14.3), die eintretende Entspannung wird durch Pacing und Leading intensiviert (s. Abschn. 2.8).

Imaginationen und Suggestionen

In die Szenen von Kroger und Fezler (1976) vom Strand, Wüstengebiet, Herbstspaziergang werden Bewegungsanforderungen (Schmerzauslösung) eingearbeitet. Im ersten Bild (Strandszene) beobachtet der Patient andere Personen beim Spazieren gehen (Modeling). Wenn Schmerz auftritt, so soll er dies mit ideomotorischen Zeichen signalisieren (Cheek, 1962). Bei Schmerzfreiheit erfolgt verdecktes Konditionieren: Der Patient kann dann in seinen Imaginationen etwas essen oder erhält eine für ihn angenehme Vorstellung, welche sich aus dem Gesamtzusammenhang mit der Szene ableiten lässt (positive Verstärkung).

Suggestion

»... Du sitzt am Strand in der Mittagssonne ... und fühlst den warmen Sand zwischen deinen Füßen ... schmeckst und riechst das Salz in der Luft ... (etc.) ...

Da siehst du, wie eine Person eine Sanddüne hinunter geht ... sie geht im weichen Sand ganz genüsslich ... isst dabei ein kühles Eis ... die Person geht weiter bis zum Wasser und spürt das angenehme Plätschern der Wellen an ihren Füßen ... es ist so erfrischend in dieser Wärme ...«

Eingearbeitet werden indirekte Suggestionen über positive Aspekte der Bewegung und über Schmerzfreiheit. Damit verbunden sind auch indirekte posthypnotische Aufträge über Schmerzfreiheit.

Suggestion

»... die Wellen kommen und gehen ... ihre Bewegungen sind kraftvoll ... ihre Bewegungen sind voller Kraft und ohne jedes Abwarten ... (etc.) ... auch später wird diese Energie weiterwirken und kraftvolle entspannte Bewegungen machen ...«

Der Patient berichtet sehr positiv von diesen Bildern, kann sich jedoch an die indirekten Suggestionen nicht erinnern. Da er so positiv reagiert, werden nun seine Eigenbewegungen einbezogen. Anzeichen von Angst oder Schmerz treten nicht auf.

Da er die Armlevitation sehr gut realisiert, wird als Variante die Beinlevitation eingeführt, verbunden mit der Suggestion der Energie, Stärke und ungehinderten Beweglichkeit.

Therapieverlauf

Im Anschluss an die erste Therapiesitzung macht der Patient einen halbstündigen Spaziergang. In den Sitzungen im Wochenabstand werden sowohl von der Mutter als auch vom Patienten rapide Verbesserungen berichtet: Das Gangbild verbessert sich weiterhin, die Angst vor dem Schmerz nimmt sehr schnell ab. So nimmt der Patient nach der vierten Sitzung an einem Halbtagsausflug ohne Rollstuhl teil und klagt nicht über Schmerzen. Da er sich nach sechs Sitzungen weiterhin schmerzfrei bewegt, wird die Hypnosebehandlung nach acht Sitzungen beendet.

Eingeleitet werden: Abbau der sozialen Verstärkungen, Vergünstigungen. Zum Aufbau sozialer Kompetenzen nimmt der Patient dann an einer Gruppenbehandlung für gehemmte Jugendliche teil.

27.2.5 Katamnese

In der Gruppe ist er inzwischen sehr aktiv, zeigt zunehmend mehr soziale Fertigkeiten, die auch von den Eltern bestätigt werden. Die Gruppenbehandlung wurde nach ca. 20 Monaten erfolgreich abgeschlossen. Die Angst- und Schmerzproblematik ist nicht mehr relevant. Nach einem Zeitraum von zwölf und 17 Jahren ist der Patient weiterhin

ohne Beschwerden. Er ist inzwischen Buchhalter in einem Großbetrieb und verheiratet.

27.3 Fall 3: Vielfältige Ängste, besonders nächtliche Ängste

Katja ist 9,4 Jahre alt und hat zahlreiche Ängste: die Mutter zu verlieren, allein zu sein, vor der Zukunft, vor dem Sterben, vor Gewaltanwendung. Diese Ängste traten plötzlich auf und bestehen seit zehn Monaten. Seitdem ist das sonst so lustige und lebensfrohe Mädchen depressiv und verschüchtert. Besonders leidet Katja unter massiven Schlafstörungen, verbunden mit Angstträumen, eine Hand greife durch die Wand und wolle ihr Böses antun. Tagsüber ist sie dadurch müde und kaum noch leistungsfähig. In Hypnose erfolgt eine kognitive Umstrukturierung.

27.3.1 Problemstellung

Die Mutter ist seit der Geburt Katjas alleinerziehend. Ihr neuer Lebenspartner bringt zu den Besuchen seinen drei Jahre alten Sohn mit. Zurzeit ist die Mutter kurz vor ihrer nächsten Geburt.

Die von ihrer Mutter (= Katjas Tante) vernachlässigte Cousine Tina wuchs mit Katja wie eine Schwester auf. Seitdem Tina einen Bruder (vom zweiten Partner ihrer Mutter) hat, wird sie sehr zurückgestellt; der Stiefvater bestraft sie körperlich hart, sperrt sie in den Keller und droht mit weiterer Gewalt, wenn sie das verrate.

Nachdem die Ängste bei Katja auftraten, konsultierte ihre Mutter eine Therapieeinrichtung. In der dort durchgeführten Maltherapie wurde auf sexuellen Missbrauch Katjas geschlossen. Die gemalten Themen wurden zunehmend Angst besetzter und insgesamt nahm die gesamte Angstproblematik zu.

In einer Illustrierten hatte Katja dann über die Wirkungen der Hypnose gelesen, fragte bei ihrer Therapeutin nach und wurde an mich überwiesen.

27.3.2 Diagnostische Überlegungen

Obwohl die Hypothese eines Missbrauchs nahe lag, entschied ich mich, auch andere Hypothesen aufzustellen: Katja identifiziert sich sehr stark mit ihrer Cousine Tina. Da ihre eigene Mutter bald ein Geschwisterchen gebären wird, hat sie Angst davor, nun so ähnlich wie Tina behandelt zu werden, deren Bruder bevorzugt wird. Sie hat Angst, von ihrer Mutter nicht mehr so geliebt zu werden, zumal diese durch Renovierungsarbeiten in der neuen Wohnung sehr wenig Zeit für sie hat.

Hier sind Aspekte wie stellvertretendes Konditionieren, Hilflosigkeit, antizipierter Liebesverlust und daraus resultierende Ängste anzunehmen.

Die Maltherapie führte anfangs zur Darstellung der Ängste. Katja erhielt dadurch von der Therapeutin Zuwendung und ihre Ängste wurden nun zunehmend häufig verstärkt.

27.3.3 Therapieplanung

- ▶ Die Ängste dürfen keinesfalls weiter verstärkt werden.
- ▶ Katja soll eine Selbstmanagement-Therapie erhalten, damit sie selbst ihre Ängste kontrollieren kann. Katja soll sich selbst wieder als Ort der Kontrolle erleben.
- ▶ Sie muss Aufklärung darüber erhalten, dass ihre Familienposition nicht durch die Geburt ihres Geschwisterchens bedroht sein wird.
- ▶ Ihre Zuwendungsdefizite müssen abgebaut werden; beide Elternteile sollen ihr vermehrt Zuwendung geben, damit ihre vorgenannten Verlustängste nicht bestätigt werden.
- ▶ Da Katja stellvertretend für ihre Cousine Tina Ängste erlebt, müssen für Tina solche Unterstützungen eingeplant werden, die auch für Katja entlastend sind.

Katja erscheint für eine Hypnose-Behandlung hoch motiviert und wird deshalb wahrscheinlich besonders gut kooperieren.

Da sie u. a. stellvertretend Ängste erlebt, erscheint eine Methode des Modelllernens sinnvoll zu sein. Für Kinder bieten sich hierzu ihre Lieblingsfiguren aus Märchen oder Filmen an.

Ihre Lieblingslektüre handelt zurzeit über Elfenwelten. Diese Elfen haben unterschiedliche Begabungen und Fertigkeiten.

27.3.4 Therapiedurchführung

Nach der klassischen Hypnose-Induktion beobachten wir gemeinsam das Treiben der Elfen. Verbunden mit der Suggestion der Geborgenheit erlebt Katja nun die Szene, ins Bett zu gehen, wobei ihr Stoffhase Stupsi auf sie aufpasst.

T: ... So prima die Augen zu zu haben und zu schlafen, dabei weißt du, dass der Stupsi aufpasst, während du ganz ruhig schlafen kannst. Und du kannst die ganze Nacht durchschlafen bis zum nächsten Morgen ... Und (dem Hasen) sagst du: »Du weißt Bescheid. Du passt auf, während ich schlafe.«

Nach dieser Absicherung erfolgt die Angstkonfrontation. Sie soll nun ihren Angsttraum erleben, in dem ein Arm durch die Wand kommt. Sie kann ihn beschreiben. Zur aktiven Umstrukturierung soll sie nun die Angstinhalte selbst verändern:

T: Dann versuch' mal dran zu ziehen, dann kriegst du ihn raus aus der Ecke.

P: Ne.

T: Warum klappt das nicht?

P: Weil der zu dick ist.

T: Aber im Traum hast du ja besondere Kräfte. Da hast du ja die Elfenkräfte und kannst ziehen. Überleg mal.

P: Da ist der Mann mit dem Hut ... Der Mann von Hilda.

T: Wer ist Hilda?

P: Die Schwester von meiner Mama ... der schreit jetzt.

T: Was schreit er? Warum schreit er?

P: Weil ich den hochhebe.

T: Aha! Prima, jetzt hat der Angst gekriegt, weil du ihn hochhebst! Wovor hat er Angst gekriegt, hat der was ausgefressen?

P: Der hat Angst, dass er erwischt wird. Dass der in meinem Kinderzimmer ist.

T: Was will der da?

P: Weil der mich mitnehmen will. Zu sich nach Hause.

T: Was will der tun?

P: Mich verhungern lassen ... Weil der böse und gemein ist.

T: Zu wem ist der denn böse?

P: Zu mir und zu Tina.

T: Was tut er euch denn?

P: Er sperrt sie im Kinderzimmer ein.

T: Hat er das schon mal getan?

P: Nein. Bei mir gibt es keinen Schlüssel.

T: Und was macht er sonst noch so? Guck ihn dir mal an. Du hast ihn jetzt hochgehoben. Du bist ganz kräftig. Er ist jetzt schon so hoch in der Luft. Und sagt: »Ich gestehe jetzt alles. Ich sage dir alles, was du willst!«

Katja berichtet nun, er wolle sie ärgern und ihr Angst machen; er möge keine Kinder, weil sie Krach machen und wolle sie dann einsperren.

T: Du kannst ihm sagen: »Hör mal, wenn du nicht artig bist, ich kann dich in der Luft verhungern lassen! Gesteh alles!« Ja, und jetzt fängt er an zu wimmern und sagt dir noch ein paar Sachen: »Ich verrate dir alles. Ich verrate dir mein Geheimnis, wenn du mich wieder runter lässt.« Und du sagst ihm: »Ich bin jetzt stark.«

Katja berichtet nun weiter von den schlimmen Erziehungsmaßnahmen dieses Mannes und bekommt dadurch die Möglichkeit, konkret ihre Bedrückung und Angst auszusprechen. Sie soll nun eine stellvertretende Hilfsmöglichkeit für Tina erhalten.

T: Meinst du denn, du kannst der Tina so was Ähnliches geben wie deinen Stupsi? Den sie in der Nacht bei sich hat und der auf sie aufpasst. ... Sag ihr das gleich mal ... Guckt sie froh?

P: Hm. Sie würde das gleich ausprobieren.

T: Oh, da ist sie ja pffiffig. Das finde ich ja gut. Und sagt sie: »Danke, das will ich gleich ausprobieren. Da hast du mir einen guten Rat gegeben.«? ...

P: Da werde ich froh drüber sein.

T: Ja? Guck dir das mal ganz genau an, wenn du auf einmal froh bist. Und sie sagt: »Au ja.« Merkst du, wie du richtig glücklich bist?! Ja?

P: Hm.

T: Als ob du Freude hast und die Sonne scheint so richtig im Körper drin. Du kannst Freude spüren, merkst du das? Die Freude, ihr einen guten Rat gegeben zu haben. *Nun erhält Katja die posthypnotische Suggestion: Falls nachts wieder ein Arm durch die Wand greife, habe sie Elfenkraft und könne an dem Arm ziehen und ihm drohen, falls er nicht verschwinde:*

T: »Ich habe die Superkraft. Du kannst mir überhaupt nichts mehr, denn ich habe die Kraft. Ich kann anderen Leuten helfen. Und ich kann mir auch selber helfen.« Und was wird die Folge sein? Er kriegt selber Schiss! Und wird sagen: »Da lass ich meinen Arm davon weg. Ich verspreche dir: Ich lasse dich in Ruhe!«

Nun folgen Suggestionen der Bekräftigung und der Absicherung: »Du merkst, dass du die ganze Nacht super schlafen kannst. Denn du hast das gute Gefühl in dir. Du hast eine gute Tat begangen. Und auf dich passt der Hase Stupsi auf.«

Therapieverlauf

Seit dieser Hypnosesitzung ist Katja wieder fröhlich, ausgeglichen und kann nachts angstfrei durchschlafen. Sie geht nun sogar im Dunklen zur Schule und ihre Mitteilungen über Ängste haben abgenommen. Nach fünf Wochen treten wieder Ängste ein. Schnell ist zu explorieren, dass die Mutter durch die Wohnungsrenovierung wenig Zeit für Katja hatte und deshalb wieder Angst vor Zuwendungsverlust entstand. In einer kurzen Beratung werden mit der Mutter Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, mehr Zeit für Katja zu haben. Von nun an sind keine Ängste oder Schlafprobleme mehr festzustellen.

Mit der Mutter wird jedoch auch abgeklärt, dass sie Tinas Familiensituation beobachtet, sie mit ihrer Schwester bespricht und – falls erforderlich – das Jugendamt einschaltet.

27.3.5 Katamnese

Nach einem weiteren halben sowie nach einem Jahr hält die positive Befindlichkeit in allen oben genannten Dimensionen immer noch an.

27.4 Fall 4: Multiple Ängste und Kreislaufprobleme

Der 22 Jahre alte Patient zeigt multiple Sozial- und Lebensängste, Globusgefühl (»Kloß im Hals«), Herzbeschwerden sowie Kreislaufprobleme. Durch Umbewertung unter Hypnose erlebt sich der Patient wieder selbst als Verursacher seiner Gefühle und Handlungen.

27.4.1 Problemstellung

Der Patient (Bürokaufmann) leidet an multiplen Ängsten. Er hat ein Globusgefühl, damit verbunden starke Angst, einen Schlaganfall oder einen Herzanfall zu bekommen, Angst vor Haarausfall, anfallartige Hitzewallungen, Herzbeklemmungen.

Diese Symptome sind nahezu den ganzen Tag über zu beobachten.

Die Symptome treten in geringer Stärke auf, wenn der Patient nicht an die Symptome denkt, beim Sport, nach Alkoholgenuß.

Besonders stark sind sie, wenn er an die von ihm befürchteten Krankheiten denkt. Er fühlt sich dadurch sehr beeinträchtigt, muss sich öfter deswegen krank melden.

27.4.2 Genese

Der Patient beschreibt sich als kontaktfreudig, gesellig, umgänglich und sei bei Frauen immer gut angekommen. Er erkennt während des Explorationsgesprächs, dass er selbst nie aktiv auf Mädchen zugehen musste.

Als der Patient sich in der Abendschule weiterbildete, arbeitete er tagsüber körperlich lange und schwer und besuchte an den Wochenenden seine weit entfernt wohnende Freundin. An so einem Wochenende lernte er in einer Kneipe ein anderes Mädchen kennen und traf dieses dann abends vor dem Kino wieder. Als er das Mädchen sah, fühlte er sofort Stiche im Herz und wollte sie gern wiedersehen, ließ sich jedoch nichts anmerken und hatte seiner Freundin gegenüber Schuldgefühle. Nach ca. einer halben Stunde im Kino hatte er Panikgefühle und musste das Kino schweißnass verlassen. Auch in der Nacht darauf hatte er zahlreiche Panikanfälle mit Herzschmerzen, die weiterhin in den folgenden Tagen auftraten. Wenige Wochen vor diesem Erlebnis hatte er, verursacht durch kombinierte Einnahme von Medikamenten und Alkohol, eine Kreislaufschwäche erlitten, die so massiv gewesen war, dass er ins Krankenhaus eingeliefert werden musste.

Einige Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt fuhr er mit seiner Freundin auf der verschneiten Autobahn. Dabei wären sie beinahe mit dem Wagen verunglückt, er hatte deshalb Angst und Herzschmerzen. Seine Freundin holte einen Krankenwagen und er musste mehrere Tage im Krankenhaus verweilen. Im Anschluss beobachtete er: Angst vor Haarausfall (und nicht mehr attraktiv zu sein) sowie Angst vor anderen Menschen etc.

Organismusvariablen

Zahlreiche ärztliche Untersuchungen bestätigen vollkommene körperliche Gesundheit. Zwischenzeitliche Medikation mit z. B. Lexotanil® erbrachte keine Verbesserung der Angstsymptome.

Selbstkontrolle

Der Patient versucht, Sport zu betreiben und sich dadurch gedanklich abzulenken; dies gelingt ihm jedoch nur während der sportlichen Aktivitäten selbst. Bei starker Angst trinkt er Alkohol; Entspannungsübungen helfen nicht.

Soziale Situation

Der Patient lebt allein, verbringt viel Zeit in Kneipen, hat zurzeit keine Freundin, hat Angst davor, abgelehnt zu werden.

27.4.3 Therapieplanung

Der erste »Herzanfall« war durch physiologische Komponenten bedingt (Alkohol und Medikamente). In der Konfliktsituation im Kino treten ähnliche Erregungsmuster auf, die dann mit den Erinnerungen an den ersten Anfall respondent gekoppelt werden. Bei dem Schwächeanfall auf der Autobahn sind sowohl körperliche Aspekte als auch erlernte Faktoren wirksam (Aufregung, Konfliktsituation).

Es ist anzunehmen, dass es zu einer Reizgeneralisierung kam. Wahrscheinlich sind hier die auftretenden Gedanken an die Symptome entsprechende Auslöser.

Als Therapie für dieses respondente Verhalten bietet sich die Auflösung der SR-Verbindungen an, z. B. durch systematische Desensibilisierung verbunden mit Gedankenstopp. Als Therapieverfahren, welches ganzheitlich die Kognitionen, Emotionen, motorisches und physiologisches Verhalten erkennen hilft, bietet sich hier Hypnose an: Es sollen die ehemals kritischen Situationen unter Hypnose durchlebt und umstrukturiert werden.

27.4.4 Therapiedurchführung

Der Patient stimmt dem Behandlungsverfahren sofort zu; als die ersten Entspannungsinstruktionen gegeben werden »Sie sitzen ruhig und entspannt, ... schauen auf meine Fingerspitzen ...«, wird der Patient äußerst unruhig, atmet schwer und nach ein bis zwei Instruktionsminuten bittet er um Abbruch, wird deutlich blass; ihm wird schwarz vor den Augen, er hat wieder intensive Panikgefühle und seine Ängste steigern sich.

Es wird nun eine Altersregression eingeleitet, die sich an den gerade aktualisierten Emotionen und Körpergefühlen orientiert (Affektbrücke). Er sieht plötzlich Krankenhausfenster vor sich, beschreibt sein ehemaliges Krankenhauszimmer und verbindet damit starke Beklemmungen. Ein Freund habe ihn damals besucht und ihm eine Entspannungskassette mitgebracht. Als er nach der Entlassung weiterhin Entspannung übte, verspürte er dabei sofort Panik und Globusgefühle.

Deutlich wird nun, dass hier eine sehr seltene Fehlconditionierung mit äußerst negativer Auswirkung vorliegt.

Da bereits die Hypnoseinduktion das sehr komplexe Angstverhalten des Patienten auslöst, wird nun sofort weitergearbeitet. Es gilt nun, einen anregend-aktiven Zustand herzustellen. Zusätzlich soll eine Konfrontation mit dem angstbesetzten Krankenzimmer erfolgen, um hier eine Entkoppelung der Angst vorzunehmen.

Der Patient wird gebeten, dieses Krankenzimmer zu beschreiben; er beschreibt eine Winterlandschaft vor dem Fenster; alles in seinem Blickfeld ist nun achromatisch, und nur schwarze Raben fliegen umher. Sie sind für ihn Totenvögel, die sein nahes Ableben

ankündigen. Sie sitzen auf toten Bäumen und warten auf seine Leiche. Er bemerkt nun, dass er diese Angst immer noch hat, wenn er an Raben denkt, obwohl er jetzt im Spätsommer kaum Raben sieht. An dieser Stelle entschlief ich mich, eine kognitive Umstrukturierung vorzunehmen, indem diese gedanklichen Auslösereize andere Qualitäten erhalten sollen. Der Patient befindet sich immer noch in Hypnose und wird durch seine verbale Beteiligung aktiv gehalten.

T: Ich sehe da gerade wieder so einen Raben. Der sieht aber lustig aus. Ist ja auch gerade Karneval. Der fliegt da ganz verrückt rum und hat eine rote Pappnase auf. Hat auch knallgelbe Schuhe an.

P: Ja? (*neugierig, erstaunt*)

T: Sicher. Der geht zu einem Maskenball und ist verkleidet als Clown. Deshalb die Pappnase und die Schuhe. Können Sie ihn sehen, wie der so ulkig rumfliegt?

P: Ja ... da ist so ein komischer Rabe mit einer Pappnase und ulkigen Schuhen. Ist ja verrückt.

T: Sehen Sie, so ulkig ist der. Und da kommen noch mehr an. Einer hat eine rote Perücke auf und 'ne Sonnenbrille. Hat 'nen Regenschirm mit Punkten unterm Arm. Das wird ja richtig lustig jetzt.

P: Ja. Ist ja ulkig, wie die alle aussehen. (*belustigt*)

Der Therapeut lässt nun zahlreiche ulkig verkleidete Raben erscheinen; sie wählen die schönste Verkleidung, tanzen und haben eine tolle feucht-fröhliche Feier, bis alle ermüdet heimgehen. Der Patient wird stets mit einbezogen und gestaltet dann sogar einige Figuren selbst mit aus. Ihn amüsieren diese Gestalten köstlich. Nach ca. 15 Minuten ist er der Ansicht, dass die Raben für ihn nur noch lustige Figuren sind. Um sicher zu gehen, wirft der Patient nochmals einen Blick durch das Fenster des imaginierten Krankenzimmers. Unangenehm ist noch die Erinnerung, dass er den nahen Zug oft pfeifen und rattern hört und diese Geräusche stets Panik bei ihm auslösen. Auch hier ist eine sekundäre kognitive Konditionierung anzunehmen, die Angstsymptome bewirkt.

In analoger Weise erfolgt eine weitere Umstrukturierung mit Hypnose: Der Patient ist nun Landschaftsgestalter und dirigiert zahlreiche Lastwagen mit Erde an die Bahngleise, um sie zuzuschütten, bis letztlich darauf Pflanzen und Bäume geplant werden. Er hat nun eine ihm gefällige Landschaft entworfen, die keinem Zug die Durchfahrt ermöglicht.

Der Patient erhält am Ende der Sitzung die Instruktion, sich mit Raben im Zoo und mit Zuggeräuschen zu konfrontieren.

In der darauffolgenden Sitzung erzählt er stolz: Raben sind für ihn nur noch äußerst lustige Tiere und Geleise vorwiegend ökologisch zu nutzende Flächen. Die Panikattacken treten von nun an nicht mehr auf, seine Ängste und Kreislaufprobleme nehmen weiterhin ab.

In den folgenden Sitzungen wird Hypnose als Entspannungsverfahren wiederholt eingesetzt, um hier ebenfalls eine weitere Entkoppelung von alten Lernerfahrungen vorzunehmen. Dem Patienten gelingt es nun, das Globusgefühl und seine Herz-

beklemmungen durch Entspannungsübungen abzubauen. Abschließend erfolgt ein Selbstsicherheitstraining gegenüber Frauen, das ihm hilft, auch aktiv auf Frauen zuzugehen, auch mit dem Risiko, abgelehnt zu werden. Dies kann er relativ schnell erlernen.

27.4.5 Katamnese

Insgesamt umfasst die Behandlung 14 Sitzungen. Die Katamnese nach einem Zeitraum von zwei und vier Jahren zeigt immer noch Symptombefreiheit ohne Rückfallperioden.

27.5 Fall 5: Examensangst

Die 31 Jahre alte Patientin hat, bedingt durch Denkblockaden, starke Examensprobleme. Das ursächliche Trauma aus der frühen Kindheit wird durch Habituation und alternative kognitive Bewältigungsstrategien bearbeitet.

27.5.1 Problemstellung

Die Patientin leidet unter starken Prüfungsängsten und versagte bereits zweimal in einer mündlichen Prüfung zum Zwischenexamen.

Allein bei mündlichen Prüfungen hat die Patientin stets Panikgefühle; sie fühlt sich wie gelähmt und passiv. Ihr fällt auf die Fragen des Prüfers nichts ein bzw. sie hat dann das Gefühl der Leere im Kopf. Bei einem speziellen Prüfer entwickelt sie besondere Ängste. Sobald sie nur an die Prüfung denkt, bekommt sie Angstgefühle, Magenschmerzen und daraufhin Essanfälle. Innerhalb der Exploration wird der Patientin klar, dass sie generell bei verbalen Anforderungen sehr passiv und ängstlich reagiert. Sie kann dann kaum gegensteuern und bemerkt bei sich nur diese Leere im Kopf, der sie sich ausgeliefert fühlt. Selbstkontrollmaßnahmen sind dann nicht möglich. Sie selbst fasst diese Situationen als passiven Widerstand auf, der sich aus ihrer Kindheit begründet.

27.5.2 Genese

Die Patientin war als Kleinkind von einem Kindermädchen großgezogen worden, das sie sehr liebte. Als sie vier Jahre alt war, heiratete ihr Kindermädchen, und sie war von da an mutistisch. Bis zum Alter von acht Jahren sprach sie in der Schule kein einziges Wort. Immer, wenn der Lehrer sie etwas fragte, reagierte sie mit Schweigen. Vorübergehend wurde sogar der Sonderschulbesuch erwogen. Nach ihrem regulären Schulabschluss absolvierte sie eine technische Lehre, machte dann später über den zweiten Bildungsweg das Abitur und begann ihr Studium. Während der gesamten Zeit war

sie äußerst schweigsam und teilte sich nur sehr selten mit. In den letzten Jahren bemerkte sie ihre Defizite und bemühte sich, häufiger zu sprechen, was ihr nur teilweise gelang.

Heute sieht sie sich immer noch als potenzielle Sonderschülerin und hat sehr starke negative Selbsteinschätzungen.

27.5.3 Therapieplanung

Das Schweigen der Patientin lässt sich aus dem traumatischen Kindheitserlebnis erklären und hat sich später auf alle verbalen Anforderungen generalisiert.

Wahrscheinlich liegt heute eine Verhaltenslücke vor, in Situationen mit Verbalanforderungen kein angemessenes Verhalten verfügbar zu haben.

Nähere Explorationen zeigen, dass das Schweigen heute vorwiegend angstbedingtes Verhalten ist: Sobald sie antworten soll, erlebt sie Anspannungen und das Versagensgefühl. Die Examensängste sind aus dieser Konstellation erklärbar: Bereits durch Gedanken an die Situation können Ängste und damit verbundene physiologische Veränderungen und Blockaden bewirkt werden.

Zur kurzfristigen Intervention soll als Ziel die Bewältigung der bald anstehenden mündlichen Prüfung gelten; langfristig soll eine Aufarbeitung der im Hintergrund wirkenden Kindheitsprobleme und der damit verbundenen Folgewirkungen (Minderwertigkeitsgefühle etc.) stehen.

Es wird hier eine Behandlung gesucht, die es der Patientin erlaubt, in entsprechenden Situationen antworten zu können. So wird einerseits eine Reizveränderung erforderlich sein (Fragen als neutral erleben), andererseits Wegfall der negativen Verstärkung, was in einer Prüfungssituation fatal wäre. Als Denkmodell soll auch gelten, eine Aufarbeitung des Kindheitstraumas zu bewirken und dadurch eventuell kognitive Umstrukturierung und veränderte Bewertung der Gesamtsituation, d. h. Wegfall der Negativbewertungen.

Dies beinhaltet, dass die Patientin auf den (gleichbleibenden) Reiz »Fragen bekommen« mit Alternativverhalten reagiert, d. h. den Reiz anders bewerten lernt.

27.5.4 Therapiedurchführung

Kindheitstrauma

In einer Altersregression wird die Patientin an Erinnerungen mit dem Kindermädchen herangeführt. Sie erlebt dann, wie sie in der Kirche die Trauung verfolgt und das Kindermädchen anschließend in das Auto steigt. Sie sieht – versteckt hinter einer Säule – weinend zu, wie ihr Kindermädchen für immer wegfährt. Diese Situation ist für die Patientin sehr belastend, bedeutet jedoch gleichzeitig einiges an Erleichterung. Durch das intensive Wiedererleben kann sie einige ihrer negativen Emotionen aufarbeiten. Die Examensängste sind davon jedoch nicht nennenswert verbessert.

Kognitive Umstrukturierung

Nun erfolgt der Versuch, die Patientin im Rahmen von Hypnose-Altersregressionen die Erfahrungen machen zu lassen, bei verbalen Anforderungen antworten zu können.

So werden Szenen aus der Grundschulzeit reaktiviert, in denen sie vom Lehrer gefragt wird und mit der Zeit lernt, darauf zu antworten. Orientiert an diesen Erfolgen wird daraufhin das Alter weiter verändert, sodass sie auch als größeres Mädchen antworten kann. In diese Umstrukturierungen werden nun Examensinhalte eingearbeitet: Sobald sie dem Lehrer sicher und ohne Denkblockaden antworten kann, verändert sich dieser und nimmt die Gestalt des gefürchteten Prüfers ein, bei dem sie nun ebenfalls »als Kind« die einfachen Fragen beantworten kann.

In einer späteren Phase »als Zwölfjährige« wird sie von Personen nach dem Weg gefragt und kann Antwort geben; auch hier ändert dann die fragende Person ihr Aussehen und wird zum Prüfer, dem sie angstfrei antwortet.

Dissoziation und kognitive Umstrukturierung

Als dann diese verschiedenen »Altersstufen« erfolgreich durchlaufen sind, wird eine Interventionsform gewählt, die es ihr ermöglicht, ihre Examensangst weiter abzubauen und zu antworten:

Sie befindet sich in der Prüfung und kann nun mittels Dissoziation/Dezentrierung hinter den Prüfer treten und seinen schmutzigen Hemdkragen sehen; gleichzeitig kann sie sich beobachten, wie sie selbstsicher vor ihm sitzt und auf Fragen antworten kann.

Da sie letztlich weiterhin Angst hat, eine Denkblockade bekommen zu können, erhält sie den posthypnotischen Auftrag, auf eine Frage des Prüfers stets antworten zu können, eventuell mit Sprachfloskeln wie: »Ich muss nun überlegen« oder »Das ist eine interessante Frage etc.« Hierdurch soll die kognitive Verhaltenskette unterbrochen werden, die bislang zu Denkblockaden führte.

In insgesamt zehn Sitzungen wurden diese Phasen durchlaufen. Sie kann in der Prüfung stets antworten und besteht sie. Die posthypnotisch bewirkten Sprachfloskeln waren für sie sehr hilfreich.

Von nun an erfolgt vereinbarungsgemäß die weitere Therapie, in der sie es lernt, soziale Kompetenzen zu erwerben; gleichzeitig werden ihre emotionalen Probleme mit ihren Eltern im Rahmen einer Gesprächspsychotherapie bearbeitet. Sie wird zunehmend aktiver, kann sich vor anderen mitteilen und ihre Probleme angemessen erkennen und lösen. In der insgesamt zwei Jahre dauernden Therapie absolvierte sie ihre Diplom-Hauptprüfung erfolgreich, ohne dass sie dafür spezielle therapeutische Hilfen benötigte.

27.5.5 Katamnese

In einem Nachbeobachtungszeitraum von drei, fünf und zehn Jahren hat die Patientin weiterhin ihre sozialen Kompetenzen eigenständig verbessert, ist sozial und verbal aktiv. Im inzwischen ergriffenen Beruf ist sie erfolgreich. Relevante Probleme sind nicht mehr aufgetreten.

27.6 Fall 6: Chronisches Stehlen mit bislang ungünstiger Prognose

Die 65-jährige Patientin hat eine zwanzigjährige Geschichte als Ladendiebin. Verhaltenstherapie kombiniert mit Hypnose ist erfolgreich durch Reizdifferenzierung über die Auslösefaktoren der Verhaltenskette und Selbstkontrolltraining.

27.6.1 Problemstellung

Der engagierte Rechtsanwalt erbittet von mir zur Verteidigung eine Gutachtenerstellung für seine 65 Jahre alte Mandantin. Als Ladendiebin mit einer zwanzigjährigen Vorgeschichte hatte sie nach zahlreichen einschlägigen Vorstrafen in letzter Zeit zweimal für jeweils acht Monate Haftstrafen erhalten und war während ihrer Bewährungszeit mehrfach rückfällig geworden. Falls möglich und erforderlich, soll auf der Basis des Gutachtens eine Therapie eingeleitet werden. In einem früheren Gutachten wurde ihr erheblich verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) attestiert. Eine psychotherapeutische Behandlung war nie angeboten worden.

Definition des Problemverhaltens

Die Klientin entwendet in Kaufhäusern Gegenstände wie Radieschen, Schokolade, Pullover, Kuchenteller, Schuhe etc. Die Gegenstände verzehrt sie entweder oder trägt sie offen in ihrer Hand weg, steckt sie in die Tasche oder wirft sie später weg.

Kurz nach Betreten eines (bestimmten) Kaufhauses verspürt sie ein »Kribbeln« im Körper. Sie fühlt sich dann »wie angetrieben«, zwischen den Warentischen und Regalen umherzulaufen. »Es kommt über mich wie ein Kurzschluss, als ob etwas aushakt.« Plötzlich und ohne nennbaren Anlass sieht sie einen Gegenstand; sie fühlt sich dann entsprechend planlos getrieben, »als ob einer sagt: ›Nimm‹. Ich tue es dann, als ob es mich anzieht, wie hypnotisiert.«

Drei Reaktionsweisen sind nun möglich:

- (1) Sie läuft mehrmals an diesem Gegenstand vorbei, betrachtet ihn, legt ihn weg und nimmt ihn später an sich. Sie kann sich hierbei meist nur an dieses getriebene Umherlaufen erinnern, nicht jedoch an das Einstecken des Gegenstandes.
- (2) Sie bemerkt nicht das Umherlaufen in der Nähe des Gegenstandes und erinnert sich nicht daran. Sie ertappt sich dann selbst noch im Kaufhaus, wenn sie den Gegenstand in einer anderen Abteilung in den Händen hält. Sie ist dann sehr erschrocken und wirft den Gegenstand hastig weg.
- (3) Sie bemerkt plötzlich, dass sie z. B. eine angebrochene Tafel Schokolade in der Hand hält und erinnert sich nicht, die Schokolade entwendet zu haben. Wenn sie den Gegenstand in ihrer Hand bemerkt, erschrickt sie ebenfalls und wirft ihn schleunigst in ein Regal.

Alle Situationen haben die deutlichen physiologischen Veränderungen gemeinsam, sobald sich das Gefühl des Getriebenseins einstellt: Hitzewallungen, starke Schweiß-

bildung, Schwindelgefühle, Druck im Magen, Herzrasen und motorische Unruhe. Als psychologische Symptome beobachtet die Patientin (falls sie sich daran erinnern kann): ein stark drängendes Gefühl, Aufregung, Anspannung, Beunruhigung.

Die Klientin hat keine Erklärung für ihre Verhaltensweisen. Sie berichtet glaubhaft, ausreichend versorgt zu sein, der Gegenstände nicht zu bedürfen und die Wegnahme auch nicht geplant zu haben. Sie weiß mit Sicherheit, dass sie durch dieses Gefühl des Getriebenseins nur in Kaufhäusern und nicht in anderen Geschäften belastet wird. Die Häufigkeit der Problematik gibt sie mit ein- bis zweimal pro Woche an.

Vorausgehende Bedingungen

Das kritische Verhalten tritt vorwiegend nach Ärger auf. Dieser Ärger ist äußerst unterschiedlich verursacht.

Beispiele für die vorausgehenden Bedingungen:

- ▶ Es gab Auseinandersetzungen mit ihrer Tochter (39 Jahre), da diese in ihrer Haushaltsführung nicht so ordentlich ist.
- ▶ Als sie noch mit ihrem Mann zusammenlebte (Trennung vor zehn Jahren), gab es häufiger Auseinandersetzungen über dessen abweichende Sexualwünsche.
- ▶ Die Klientin erfährt, dass ihre Mietbeihilfe reduziert wurde, ist dadurch aufgebracht, angespannt.

Generell neigt die Klientin dazu, bei Ärger, Auseinandersetzungen oder Konflikten aus dem Haus zu gehen. Sie geht dann länger spazieren, läuft dabei planlos umher oder setzt sich auf eine Parkbank. Sie merkt dann, wie es ihr dabei gut tut, zu entspannen und den Ärger etwas abklingen zu lassen. Bei diesem Umherlaufen kann sich die Klientin dann auch wie getrieben fühlen, in Kaufhäuser zu gehen, um dort zwischen den Warentischen umherzulaufen. Sie kann keine Erklärung dafür geben, warum sie nur Kaufhäuser besucht und nicht kleinere Geschäfte. Rückwirkend rekonstruiert sie, dass dort das Warenangebot größer und es insgesamt anonymer sei. Differenzierte Angaben kann sie hierzu nicht machen.

Nachfolgende Bedingungen

Je nach dem Zeitpunkt, an dem sie ihr kritisches Verhalten bemerkt, können unterschiedliche Reaktionen auftreten.

Beispiel für nachfolgende Bedingungen:

- ▶ Wenn sie das Wegnehmen eines Gegenstandes erst später bemerkt, d. h. wenn sie den Gegenstand dann weiter entfernt vom Warentisch in ihren Händen wahrnimmt, erschrickt sie sehr stark, hat Angst, bemerkt zu werden und wirft den Gegenstand weg bzw. legt ihn hastig in ein Regal, verlässt schleunigst das Kaufhaus und macht sich heftige Selbstvorwürfe. Oft ist sie dann für längere Zeit (mitunter Tage) sehr verstört über ihr Verhalten.
- ▶ Wenn die Klientin die Wegnahme eines Gegenstandes sofort bemerkt, fühlt sie sich sofort besser und die oben beschriebenen physiologischen und psychologischen Anspannungszeichen enden sofort. »Hinterher ist man wie befriedigt.« Parallelen zu anderen, bekannten Gefühlssituationen, wie z. B. zu sexuellen Befriedigungs-

gefühlen kann sie weder bestätigen noch verneinen. Differenzierte Angaben sind auch hier nicht einzuholen.

Allen Situationen ist gemeinsam, dass sie sich nach dem Wegnehmen bzw. Bemerkten der Wegnahme entspannter fühlt: »Wenn ich es getan habe, bin ich etwas ruhiger, habe meine Ruhe wieder.«

Zu Hause angekommen, können unabhängig von der Art der Wegnahme unterschiedliche Reaktionen auftreten:

- ▶ Sie zerstört den betreffenden Gegenstand, wirft ihn weg, ist dann wieder etwas beruhigt.
- ▶ Sie versteckt den Gegenstand in einer entfernten Ecke ihrer Wohnung, da sie sich schämt. Später (nach Tagen oder Wochen) findet sie ihn dann zufällig und zerstört wieder. Es ist möglich, dass sie sich nicht mehr an die Wegnahme und das Verstecken des Gegenstandes erinnert.

Allen Reaktionen ist gemeinsam: Die Klientin hat starke Schuldgefühle und Ängste, »es wieder tun zu können« und sie entledigt sich der gestohlenen Gegenstände.

Sie nimmt sich dann vor, das Haus nicht mehr zu verlassen. Besonders hat sie Angst, ihre Kinder könnten von ihren in den letzten Monaten verübten Diebstählen erfahren (zur Familiensituation).

Alternativreaktionen

Wenn die Klientin nicht die beschriebenen Anspannungen nach Ärger oder Wut verspürt, kann sie problemlos in ein Kaufhaus gehen, sich dort die Waren ansehen und problemlos hindurchgehen.

Wenn die Patientin in der Anspannungssituation ist und von einer anderen Person begleitet wird (Tochter, Enkelin), nimmt sie ihren Drang, in ein Kaufhaus zu gehen und zu stehlen, nur gering wahr und entwendet nichts.

27.6.2 Genese

Hier erfolgt nur eine Kurzzusammenfassung, wie sie zum diagnostischen Verständnis dieses Falles erforderlich ist.

Die Patientin wurde 1919 in Schlesien geboren, hat einen überstrengen Vater und eine kränkelnde Mutter. Mit 20 heiratet sie wegen einer Schwangerschaft, lässt sich nach drei Jahren scheiden, da der Ehemann herrisch ist und permanente Außenbeziehungen hat. Ihr späterer Verlobter, von dem sie erneut schwanger ist, fällt im Krieg. Nach der dramatischen Flucht mit ihren beiden Kindern lernt sie ihren nächsten Ehemann kennen und bekommt das dritte Kind. Er ist arbeitsscheu, und sie muss überwiegend für den Familienunterhalt sorgen. Da der Mann sexuell abweichende Praktiken wünscht und eine feste Intimfreundin hat, trennt die Patientin sich von ihm und lebt seit ca. zehn Jahren allein in einer kleinen Wohnung. Sie muss mit minimalen finanziellen Mitteln auskommen. Sie will keine Sozialhilfe beantragen, um ihre gut verdienenden Kinder dadurch nicht indirekt finanziell zu belasten.

Konfliktverarbeitung

Schon als kleines Kind ist die Klientin bei Konflikten, Ärger, Auseinandersetzungen aus dem Haus gegangen und hat das Problem nicht sofort gelöst. In ihren Ehen hat sie diese Verhaltensweisen beibehalten und z. B. über mehrere Tage nicht mit ihrem Ehemann gesprochen.

Organismusvariablen

Im Rahmen einer früheren Begutachtung erfolgten auch Hirnuntersuchungen, die keine relevanten Befunde ergaben.

Bisherige Maßnahmen zur Veränderung und ihre Auswirkungen

Die juristischen und strafenden Maßnahmen nahm die Patientin stets voller Reue und nahezu unterwürfig hin.

Selbstkontrollversuche. Wie ihr auferlegt, hat die Patientin regelmäßig Kontakt mit ihrem Bewährungshelfer.

Als sie einmal den Erregungsanstieg bemerkte (Anlass war eine schlechte Nachricht), spürte sie deutlich den Drang, zum Kaufhaus gehen zu müssen. Sie schrieb dann mehrmals auf den Schreibblock: »Du darfst nicht gehen.« Als sie unter ziemlicher Anspannung eine Seite mit diesen Sätzen vollgeschrieben hatte, nahmen ihre Anspannung und der Stehldrang ab. Sie war nachher sehr stolz auf ihren Erfolg.

Psychosoziale Situation

Die Patientin lebt getrennt vom Ehemann. Ihre drei erwachsenen Kinder wohnen bis zu 30 Kilometer entfernt. Die Patientin will auf keinen Fall, dass ihre Kinder in irgendeiner Weise einbezogen werden. Da sie sich schämt, zieht sie sich zurück, hat keine Sozialkontakte und verbringt den Großteil der Zeit allein in ihrer Wohnung.

Verhaltensanalyse

In ihrer gesamten Entwicklung hat die Patientin es nicht gelernt, auftretende Konflikte angemessen zu bewältigen (Elternhaus, Ehemänner); sie sucht in diesen Situationen selten sofortige Lösungen, sondern widersetzt sich passiv. Sie hat es nicht gelernt, die mit Konflikten verbundenen Gefühlskomponenten auszuleben.

Zwangssymptome treten häufig auf, wenn Patienten ihre situativ bedingte emotionale Erregung (Ärger, Trauer, Schuldgefühle, sexuelle Erregung) nicht ausdrücken können oder dürfen (Mellet, 1974), oder wenn Frustration im weiteren Sinn vorliegt (Tunner, 1979).

Das vor diesem Lernhintergrund zufällig entstandene Zwangsverhalten wird in einer nahezu ständig gleich ablaufenden Verhaltenskette vollzogen: Nach einer Belastung (SD = weniger Kostenbeihilfe, Ärger, allgemein: Konflikt) spürt die Patientin steigende Anspannung und Unruhe, worauf sie das Haus verlässt, um umherzulaufen. Die nun entstandene Spannungsreduktion wirkt als negative Verstärkung ($\mathcal{C}^-$) und hält das Verhalten weiter aufrecht. Die Verhaltenskette wird dadurch weitergeführt. Da die Patientin im Kaufhaus unterschiedliche Verstärkungen (unter anderem starke Spannungsreduktion, befriedigt sein) erfährt, sucht sie diese Situation auf (»fühlt sich

wie hingezogen«). Wenn sie ins Kaufhaus geht, kann diese Kette nicht mehr abgebrochen werden und die Patientin erfährt die unterschiedlichen Verstärkungen ihres Problemverhaltens.

27.6.3 Therapieplanung

Es sind nun die verschiedenen Therapiemöglichkeiten zu diskutieren.

Veränderungsprinzipien

Bei der vorgegebenen Problematik bieten sich folgende Veränderungsprinzipien an:

Veränderung der Auslösebedingungen/Reizveränderung. Die Verhaltenskette soll möglichst früh unterbrochen werden, damit die nachfolgenden Verhaltensweisen nicht mehr auftreten können.

Löschung $\varnothing^*$. Durch Wegfall bisheriger Konsequenzen erfolgt Löschung. Da jedoch in unserem Fall die negativen Verstärkungen weiterwirken werden, wird diese Intervention keinen Erfolg bringen.

Verstärkung des Alternativverhaltens. In den seltenen Fällen, in denen Alternativverhalten gezeigt wird und somit bereits kurz nach den Auslösebedingungen die Verhaltenskette unterbrochen wird, sind hier Ansatzpunkte für eine Verstärkung zu finden.

Diskriminationslernen. Grundsätzlich muss die Patientin unabhängig von den therapeutischen Interventionen lernen, die Auslösereize deutlich wahrzunehmen.

Überlegungen zur praktischen Therapieplanung

Die Möglichkeit eines langwierigen Problembewältigungstrainings durch z. B. Gesprächspsychotherapie oder Psychodrama scheidet aus, da die Zeit drängt. Hinzu kommt, dass die Patientin sehr einfach und oberflächlich, wenig kausal-problembewusst denkt und somit diese Verfahren wenig erfolgreich sein würden.

Der Aufbau sozialer Kompetenz wäre zur Konfliktbewältigung sinnvoll. Die Patientin möchte keinesfalls an einer Gruppentherapie teilnehmen, da sie sich als Außenseiterin wahrnimmt und schämt.

Sinnvoll erscheint der Aufbau von Selbstkontrollstrategien, die bislang teilweise sinnvoll eingesetzt wurden. Die Möglichkeit, Begleitung zu suchen, ist durch die extrem reduzierten Sozialkontakte nicht gegeben.

Da ein Rückfall und damit eine Verurteilung sehr nahe liegen, sind unter diesen ungünstigen Voraussetzungen möglichst schnell wirksame Behandlungsstrategien zu finden.

Therapiekonzepte der Hypnose

Es soll versucht werden, die Verhaltenstherapie mit Hypnose durchzuführen, da in wesentliche kognitive Prozesse und auch in Konditionierungs-Mechanismen eingegriffen werden muss, wie es durch Hypnose möglich ist. Außerdem muss ein Weg gefunden werden, die geplante Selbstkontrolle der Patientin realisierbar und sicher zu gestalten.

27.6.4 Therapiedurchführung

Als Induktionsmethode wird die auf den Lidschluss folgende Rückwärtszählmethode angewandt (s. Abschn. 14.3) und in einer Altersregression das Kaufhaus besucht.

Dabei erlebt die Patientin sehr intensiv das Gefühl des Getriebenseins und das Wegnehmen eines Gegenstandes, den sie nach dieser Intervention in ihrem Lederbeutel sucht. Ihre Unruhe steigt zunehmend und wird verzweifelter, da sie den Gegenstand nicht findet. Es erfolgt nun die erneute Einleitung der Hypnose und Wiederaufnahme der Situation.

T: Stimmt genau. Sie sind ja noch im Kaufhaus und haben was ganz Wichtiges vergessen. Das können Sie jetzt aber noch erledigen, wenn Sie wollen. Was könnte das sein?

P: Ich habe da was weggenommen. (*beunruhigt, angespannt*)

T: Was könnte denn jetzt damit geschehen?

P: Ich wollte das ja nicht, will es zurückgeben!

T: Gut! Wenn Sie es wollen, dann können Sie das auch.

P: Das fällt aber auf, wenn ich es dann in der Hand habe.

T: Wenn Sie es schon haben, dann können Sie es auch gleich kaufen und bezahlen! Wäre das eine Möglichkeit?

P: (*Nimmt den »Gegenstand« aus der Tasche und hat ihn nun offen in der Hand, leicht ratlos.*)

T: (*Übernimmt die Rolle des Verkäufers*) Hier ist die Kasse – ah, ich sehe, Sie wollen das kaufen. Kostet ... 1,80 Euro. Kann ich das mal haben?

P: (*Holt ihre Geldbörse heraus, nimmt einige Geldstücke und reicht sie herüber.*) Hier!

T: Danke. Jetzt haben Sie bezahlt. Hier ist die Ware. (*Gibt ihr den »Gegenstand« in die Hand; ist nun ratlos mit dem Geld in der Hand ...*) Kleinen Moment bitte – Sie bekommen ja noch das Wechselgeld heraus. (*Gibt das Geld zurück.*)

P: (*Steckt das Geld weg. Steckt den »Gegenstand« ein.*)

T: Wie fühlen Sie sich nun nach dem Kauf?

P: Gut! Ich habe es ja bezahlt.

T: Und wie fühlen Sie sich noch?

P: Ein gutes Gefühl, dass keiner kommen und mich festnehmen kann. Ich habe ja bezahlt.

T: Das ist sehr gut! Dieses Gefühl werden Sie demnächst immer haben, wenn Sie bezahlen. Da das so schön war, dürfen Sie sich nun etwas gönnen und als Belohnung eine Erfrischung zu sich nehmen. Hier im Erfrischungsraum?

P: Nein, gegenüber, dort im Café.

T: Gut, dann gehen Sie gemütlich rüber und genießen den Erfolg bei einer Tasse Kaffee ... Das ist lecker?!

P: Ja, das ist schön.

Nach der Hypnosерücknahme ist sie beruhigt, sucht nicht mehr und berichtet, dass dieses Erfolgserlebnis schön war.

Verhaltenstherapie unter Hypnose

In den nächsten Sitzungen werden folgende Situationen unter Hypnose durchgearbeitet:

1. Stufe. Es wird die Suggestion vom Eintreffen einer bestimmten (negativen) Nachricht gegeben, z. B. Mieterhöhung. Die Patientin bekommt ein »Schreiben« hierzu in die Hand. Sie will daraufhin hinausgehen in den Park. Nun wird ihr das alternative Kontrollverhalten angeboten.

T: Sie haben nun dieses Schreiben in der Hand und wollen rausgehen? Was könnten Sie denn anderes tun als nur rauszugehen?

P: Will rausgehen!

T: Vielleicht nachher. Sie können in Ihrer Wohnung doch auch andere Dinge tun, um Ärger loszuwerden. Das hat doch auch immer gut geholfen, wenn Sie den Satz »Du darfst nicht gehen!« geschrieben haben. Das werden Sie von nun an immer dann tun, wenn Sie ähnliche Situationen erleben werden: wenn Sie sich ärgern oder angespannt fühlen, wenn Sie wütend sind, dann werden Sie diesen Satz ganz oft schreiben, so eine Seite voll schreiben. Sie werden danach ganz entspannt sein und sich wohl fühlen. Hier! (*Er gibt ihr Kugelschreiber und Schreibblock.*)

P: (*Schreibt nun Zeile für Zeile in die Luft ihre Sätze.*)

T: Sehen Sie, Sie fühlen sich schon besser. Immer wenn sie verärgert sind und rausgehen wollen, werden Sie in Ihrer Wohnung etwas anderes tun. Sie werden Sätze schreiben. Und Sie werden dabei sehr entspannen, bis es Ihnen wieder ganz gut geht. So wie jetzt!

Die Patientin wird nun sichtlich ruhiger. Deutlich wird die genaue Definition des alternativen diskriminativen Reizes und des gewünschten darauf folgende Alternativverhaltens.

2. Stufe. Das Alternativverhalten soll aufgebaut werden, die Stufe davor wird weiter bearbeitet. Falls die Patientin trotz des Sätze-Schreibens immer noch angespannt sein sollte und weiterhin aus dem Haus gehen will, so kann sie dies tun. Sie geht dann in ihrer Imagination bis zu einer bestimmten Parkbank und setzt sich dort hin. Die Patientin arbeitet entsprechend mit und beobachtet die Natur. Hier erfolgt dann wieder die Vorgabe des nächsten Alternativverhaltens: sitzen bleiben und warten, bis sie ruhiger geworden ist.

3. Stufe. Nun wird die Abfolge der gesamten Verhaltenskette durchlaufen. Stets werden dabei Auslösereize des Alternativverhaltens genau definiert und als posthypnotische Aufträge formuliert; es erfolgt stets die kontingente Verstärkung des positiven Verhaltens.

Da nicht angenommen werden kann, dass es der Patientin stets gelingen wird, bereits am Anfang der Verhaltenskette durch Selbstkontrolle den Abbruch der Kette zu bewirken, werden weitere Alternativsituationen geübt.

4. Stufe. Wesentlich ist nun, dass in der Nähe des Kaufhauses der »hypnotische Begleiter« auftritt, der von nun an den diskriminativen Reiz für das Alternativverhalten darstellen soll.

T: Sie befinden sich nun in der Nähe eines Kaufhauses. Sie hören nun deutlich meine Stimme, die zu Ihnen spricht. Immer in dieser Situation, wenn Sie vor dem Kaufhaus sind, werden Sie deutlich meine Stimme hören. Die sagt Ihnen »Sie haben zwei Möglichkeiten; entweder am Kaufhaus vorbeigehen oder mit mir gemeinsam in das Kaufhaus gehen und sich dabei entspannt fühlen ...«

Hier wurde ein »Double-bind«-Auftrag erteilt: Durch die beiden aufgezeigten Alternativen erhält die Patientin somit nur eine scheinbare Wahlfreiheit. Die Möglichkeit des Fehlverhaltens wird ausgelassen, und es werden nur die positiven Handlungsmöglichkeiten vorgegeben.

T: Sie sehen sich nun die Dinge im Kaufhaus an. Sie hören dabei deutlich meine Stimme, wenn Sie im Kaufhaus sind: »Sie haben hier nun zwei Möglichkeiten: Sie schauen die Dinge an und legen sie dann wieder zurück an ihren richtigen Platz – oder Sie bezahlen den Gegenstand und nehmen ihn dann an sich. Sie behalten ihn sichtbar in der Hand, bis Sie ihn bezahlt haben.« Was sagt die Stimme?

P: *(Wiederholt genau den Wortlaut der Stimme.)*

T: Prima, Sie machen das ausgezeichnet, denn Sie wissen, dass Sie ja immer nur diese beiden Möglichkeiten haben. Da Sie das so gut gemacht haben, wollen wir uns gleich ein paar Sachen im Kaufhaus ansehen. Da, vielleicht der Ständer mit den Garderobensachen! Was hängt da alles?

P: Schicke Röcke. *(Beschreibt sie auf Wunsch des T.)*

T: Gut, dann gehen Sie die Sachen mal durch am Kleidergestell. Wenn Sie eine Sache mal rausnehmen wollen, dann können Sie das ruhig machen, denn Sie werden ja nur immer diese beiden Möglichkeiten haben, die Ihnen die Stimme sagt. Ah, ich sehe. Sie haben einen der Röcke rausgenommen.

P: Ja, der ist schön. *(beschreibt ihn)*

T: Gut, was können Sie damit machen?

P: Nee, nee, ich hänge ihn wieder weg. Ich mach' nichts damit.

T: Prima, Sie haben es gut gemacht! Sie haben ihn wieder weggehängt!

Nun werden in ähnlicher Weise mehrere Gegenstände betrachtet, bis schließlich auch einer käuflich erworben wird. Dazwischen erscheinen stets die Begleiterstimme mit der Instruktion und die posthypnotische Suggestion. Nach gezeigtem positiven Verhalten wird die Patientin stets belohnt und trinkt zu dieser warmen Jahreszeit ein imaginäres kühles Getränk. Sie fühlt sich sichtlich wohl, da sie nun weglegen oder bezahlen kann und dabei keine Angst auftritt, es könne sie jemand festhalten und verhaften.

In der nächsten Sitzung wird nach einem ähnlichen Aufbau vorgegangen. Im Anschluss daran wird von ihr als unangenehm geschildert, dass ihr nun die Beine schmerzen, da sie so eine lange Strecke von ihrer Wohnung zum Kaufhaus und zurück »gehen« musste. Dies zeigt wieder deutlich, wie intensiv die Patientin ihre Situationen in Hypnose realisiert.

5. Stufe. Als therapeutische Hausaufgaben soll die Patientin ihre Anspannungen beobachten und skalieren, um so die Selbstkontrolle leichter zu erlernen.

Therapieverlauf

Nach den beiden oben skizzierten Sitzungen erfolgte eine vierwöchige Unterbrechung der Behandlung, da der Therapeut in Urlaub fuhr, und die Patientin einen anderen Therapeuten als Vertretung nicht akzeptierte. Nach dieser Pause berichtet die Patientin voller Freude, dass sie ein Kaufhaus aufgesucht hatte, ohne zu stehlen. Sie konnte in mehreren Etagen des Kaufhauses herumgehen, ohne sich gefährdet zu fühlen. Nach Abschluss dieses Kaufhausbesuches hat sie sich dann eine kleine Nascherei gegönnt. Die Patientin sieht es nun wie selbstverständlich an, in den entsprechenden Situationen deutlich die Stimme ihres Begleiters wahrzunehmen.

In der darauffolgenden Sitzung kann sie berichten, dass sie nach einer Auseinandersetzung mit ihrer Tochter sehr starke Anspannung verspürte; sie musste unbedingt das Haus verlassen und im Park spazieren gehen. Dabei hörte sie deutlich die Begleiterstimme, verlor nun die Anspannung und ging zurück in ihre Wohnung. Als Vertiefung ihrer Selbstkontrolle schrieb sie dann noch mehrmals ihre Sätze, bis sie völlige Entspannung wahrnehmen konnte.

Unbeabsichtigter »Test«: Als die Patientin in der nächsten Hypnose-Sitzung zur Belohnung Erdbeeren »essen« soll, wird sie unruhig und fahrig. Erst als sie den ausdrücklichen Hinweis erhält, dass sie diese Beeren bezahlen kann, tut sie dies, wird entspannt und verzehrt sie mit Genuss. Der Therapeut hat hier eine unklare Suggestion gegeben. Die ursprüngliche Suggestion »zurücklegen oder bezahlen« war durchbrochen worden durch die Instruktion »Sie können sie nun essen«. Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie stark die Patientin die suggerierten Reizdiskriminationen internalisiert hat und sich danach eindeutig sinnvoll verhält. In den weiteren in Wochenabstand folgenden Sitzungen wird Ähnliches durchgearbeitet.

Selbstkontrolle. Selbstkontrolle wird bei Konflikten und Kaufhausbesuchen vollständig erworben.

Hypnotischer Begleiter. Es ist für die Patientin selbstverständlich geworden, diese Instruktionen in relevanten Situationen zu hören. Sie empfindet dies als normal und sogar als positiv, sie zu befolgen.

Verstärkungen. Ihr gelingt es zunehmend besser, Selbstverstärkung zu übernehmen. In genauer Anwendung des Verstärkungsprinzips begibt sie sich mitunter in die Nähe des Kaufhauses, betrachtet dieses, während sie eine Portion Pommes frites isst und wendet hier sinngemäß das Prinzip der Habituation an.

Sozialverhalten. Kontakte mit Nachbarn nehmen zu. Der Wunsch nach weiteren Kontakten wächst, da sie sich nicht mehr als Außenseiterin empfindet.

Nach der neunten Sitzung wird nicht mehr Hypnose angewandt, sondern nur noch das Realverhalten besprochen. Inzwischen ist sie in mehreren Seniorengemeinschaften aktiv, besucht mit anderen Senioren z. B. den »Ball der einsamen Herzen« und pflegt intensive Kontakte zu den Familien ihrer Kinder.

27.6.5 Katamnese

Nach der dargestellten zweimonatigen Behandlungsphase wurden die Kontakte zum Therapeuten verringert. Danach finden nur noch lockere und meist telefonische Kontakte in großen Abständen statt, um der Patientin die hohen Fahrtkosten zu ersparen. In der zwischenzeitlich erfolgten Gerichtsverhandlung wird die Strafe aufgrund des Gutachtens und des Therapieerfolges auf einen Bewährungszeitraum von sechs Jahren festgelegt.

Von Beginn der Behandlung an hatte die Patientin nur einen einzigen Rückfall nach 3,7 Jahren, der in einer einzigen Episode bestand und in gegenseitiger Absprache keiner weiteren Behandlung bedurfte.

Die Patientin ist nach über sieben Jahren weiterhin beschwerdefrei. Sie ist aufgeschlossener und sozial aktiver geworden, kann auftretende Spannungen allein bewältigen. Sie hat zu ihren Kindern nun ein wesentlich besseres Verhältnis als früher. Inzwischen lebt sie in einer Seniorenwohnanlage, fühlt sich wohl und rüstig.

27.7 Fall 7: Nächtliche Asthmaanfälle

Die 20 Jahre alte Patientin leidet unter Asthmaanfällen, die jede Nacht durch Angstträume ausgelöst werden und eine Noteinlieferung in die Klinik erfordern.

Unter Hypnose erfolgt eine graduelle Annäherung an die Angstinhalte und eine kognitive Bewertungsveränderung dieser Inhalte.

27.7.1 Problemstellung

Die Patientin konsultiert den Therapeuten auf Veranlassung des Frauenhauses, in dem sie zurzeit wohnt. Die intellektuell und sprachlich sehr einfach strukturierte Patientin kann anfangs kaum detaillierte Informationen zu ihrer Lebens- und Krankheitsgeschichte geben und ist sich nur ihrer häufigen Anfälle bewusst.

Symptomatik

Die Symptomatik besteht in sehr starken und plötzlichen Asthmaanfällen, verbunden mit starker Atemnot und Erstickungsangst.

Zunächst gibt die Patientin an, tagsüber scheinbar »ohne Grund« Atemnot zu haben. Erst die intensive Exploration zeigt, dass allgemein Gedanken an den Vater oder die Schwester Atemnot auslösen können. Sobald sie auftreten, bemerkt die Patientin körperliche Anspannungen und Erregungen »wie bei Nervosität oder Stress« und hat dann sofort Angst, sie könne keine Luft mehr bekommen, was dann zu Asthmaanfällen führen kann.

Diese Anfälle traten in den letzten 14 Tagen ca. zehnmal auf, konnten teilweise von ihr durch positive Gedanken wie »beruhige dich«, durch ruhiges Atmen oder durch Inhalationsspray zum Abklingen gebracht werden. Als die Patientin vor wenigen Tagen

mit ihrem Vater telefonierte, bekam sie in der Telefonzelle einen starken Asthmaanfall, als sie seine Stimme hörte. Diesen Anfall konnte sie dann nicht mehr steuern und die Notaufnahme in einer Klinik wurde erforderlich.

Nachts treten die Atemnotanfälle besonders stark und regelmäßig ein- bis zweimal pro Nacht auf. Meist wird die Patientin von der Atemnot wach und muss dann sofort ins Krankenhaus eingeliefert werden.

Nach längerem Hinterfragen erinnert sich die Patientin an nächtliche Angstträume mit stets gleichem Inhalt: Ihre Schwester kommt aus der Küche ins Wohnzimmer auf sie zu, hebt den Arm und schlägt ihr ins Gesicht. Die Patientin kann sich dabei nicht wehren, merkt deutlich ihre Angst. Sie beschreibt auf näheres Befragen hin sehr detailliert die Körperhaltung der Schwester und auch ihre Kleidung. Der Traum ist stets identisch und läuft ohne Variationen ab. Als sie davon berichtet, ist sie ebenfalls sehr angespannt und erregt.

27.7.2 Genese

Die Patientin besuchte die Sonderschule und hatte verschiedene Gelegenheitsarbeiten als Kellnerin und Aushilfsverkäuferin, die sie aufgrund ihrer Krankheit aufgeben musste. Seit mehreren Monaten ist sie arbeitslos und führte bis zum Wechseln ins Frauenhaus den elterlichen Haushalt.

Als vor drei Jahren die Mutter verstarb, wurde die Schwester zunehmend aggressiver zu ihr, kommandierte sie herum und schlug sie. Die Patientin vermutet, dass ihre Schwester diese neue Belastung nicht verarbeiten konnte und deshalb abends immer häufiger Alkohol trank. Die Patientin entwickelte darauf starke Ängste und musste immer öfter mit Atemnotsyndrom ins Krankenhaus gebracht werden. Während die Anfälle noch vor einigen Jahren sehr selten waren, wurden sie seit dem Tod ihrer Mutter und nach Auseinandersetzungen mit der Schwester immer häufiger.

Als sie vor einem Jahr zur Kur war, fühlte sie sich besonders wohl; es wurden angeblich keine besonderen Interventionen vorgenommen. Allein das »Spazierengehen, Abschalten und Entspannen vom Alltag« war für sie hilfreich. Am liebsten wäre sie dort geblieben.

Organismusvariablen

Die Atemproblematik besteht seit dem fünften Lebensjahr, trat ursprünglich drei- bis viermal im Jahr im Frühjahr oder Herbst und ausschließlich bei starken Temperaturschwankungen auf. Als Medikation erhält sie die üblichen Inhalationsmittel.

Im Krankenhaus ist die Patientin durch die häufigen Noteinlieferungen bereits sehr bekannt. Da der Arzt der Ansicht ist, dass ihre familiäre Situation zu belastend sei und ihre Krankheit mitbedinge, riet er ihr, von zu Hause auszuziehen. Da sie mittellos ist, wurde ihr geraten, vorläufig im Frauenhaus zu wohnen.

Alternativreaktionen, Selbstkontrolle

Tagsüber kann die Patientin ihre Atemnot teilweise steuern, wenn sie die Anspannungen oder Atemprobleme frühzeitig bemerkt und dann Entspannungsgedanken und das Inhalationsspray einsetzt oder sich ablenkt. Die Anfälle nachts sind von ihr in keiner Weise beeinflussbar.

Soziale Situation

Die Patientin will auf keinen Fall wieder zurück in die elterliche Wohnung. Sie vermeidet es, mit Vater oder Schwester zu telefonieren. Sie fühlt sich im Frauenhaus wohl, kann dort jedoch nur befristet wohnen. Sie hat wenige Sozialkontakte, keine engeren Beziehungen. Im Frauenhaus verrichtet sie einfache hauswirtschaftliche Arbeiten. Ihre Suche nach einer Arbeit war bislang ergebnislos.

27.7.3 Therapieplanung

Verhaltensdiagnostik

Die nächtlichen Angstträume sind Konditionierungen, in denen ein kognitiver Zustand (Traum = CS) physiologische Erregungen auslöst (Angst = CR), der in dieser klassisch konditionierten Weise wiederum Atemnot (= CR) auslöst. Die Angstträume und die Symptomauslösung durch das Hören der Telefonstimme des Vaters weisen auf einen hohen Generalisierungsgradienten hin.

Ausschließlich die Kognitionen »Traum von der Schwester« reichen aus, um das respondente Verhalten »Atemnotsyndrom« auszulösen. Operante Anteile sind eventuell durch die Abnahme der Angst (negative Verstärkung) und Zuwendung in der Klinik gegeben.

Es gilt, die klassisch bedingte CS-CR-Verbindung durch geeignete Interventionen wie z. B. Gegenkonditionierung aufzulösen. Es handelt sich hier ausschließlich um (verdeckte) kognitive Aspekte, die zusätzlich noch im Traum auftreten. Sie sind dadurch einer direkten Intervention wie z. B. Selbstkontrolle oder verschiedene Formen der Angstbehandlung scheinbar unzugänglich.

Allein die am Tage auftretenden Auslöser wären von der Patientin selbst oder mittels eines bekannten Therapieprogramms steuerbar, so z. B. durch vorläufiges Vermeiden von Kontakten mit dem Elternhaus oder durch verschiedene Desensibilisierungsverfahren.

Eine familientherapeutische Intervention und damit systemische Problembearbeitung scheidet aus, da die Patientin diese Angstkonfrontation ablehnt. Da die Anfälle stets zwingend und bereits bei kurzen Familienkontakten ausgelöst werden, entfällt eine gemeinsame Sitzung der Konfliktpartner.

Therapie unter Hypnose

Folgende Denkmodelle zur Therapie ergeben sich:

- Progrediente Reizkonfrontation: Die Patientin soll mit der bedrohlichen Schwester (und entsprechenden Angstgehalten) konfrontiert werden und dadurch ihre Angst im Sinne einer Desensibilisierung abbauen.

- **Kognitive Umstrukturierung:** Die Patientin soll lernen, die Angstinhalte anders zu bewerten bzw. selbst aktiv zu verändern (Reframing).

Da für die Patientin jede Nacht die Gefahr eines erneuten Anfalls besteht, ist ein möglichst schnell wirksames Verfahren zu wählen, wie es die Kombination von Verhaltenstherapie und Hypnose darstellt. Gleichzeitige Entspannung dient zum Angstabbau.

Planung der einzelnen Behandlungsphasen

Ruhezenen. Da das kritische Verhalten (Atemnot) zwingend ausgelöst wird, ist damit zu rechnen, dass während der Behandlung Anspannung und dadurch Atemnot auftreten können.

(1) Ruhezene Café. Die Patientin befindet sich in der Kur in einem Café und genießt dort ihren Lieblingskuchen etc.; damit verbunden soll eine Gegenkonditionierung erfolgen.

(2) Dissoziation Parkbank. Zusätzlich soll eine Dissoziation/Dezentrierung vorgenommen werden. Es sollen die eigenen Emotionen aus anderen Perspektiven betrachtet werden, um so Handlungen oder Gefühle anders zu attribuieren.

Für die geplante Intervention mit der Patientin beinhaltet dies:

Sie erlebt sich einerseits symptomfrei und entspannt im geliebten Kurort. Andererseits geht ein Teil von ihr spazieren und nimmt Kontakt mit dem bedrohlichen Angstinhalt auf. Sie kann sich hierbei distanziert beobachten und erleben und dadurch die von ihr befürchtete angstbesetzte Konstellation »Schwester im Pyjama« als neutral erleben, verbunden mit einer Angstreduktion. Tritt dennoch zu starke Angst auf, kann schnell auf die Situation »Parkbank« zurückgegriffen werden, die dann eine Entspannungsphase in der gewohnten Methodik der Angstbehandlung ist.

Angstkonfrontation. Gemäß den Prinzipien der Angstkonfrontation (s. Abschn. 21.1) soll mit dem Angstinhalt »Pyjama« gearbeitet werden, der dann das Atemnotsyndrom nicht mehr auslösen kann, wobei eventuell unterschiedliche Sinneseindrücke benutzt werden (sehen, bewegen, berühren). Der zum Schlag erhobene Arm ist stark Angst auslösend und soll deshalb in der Konfrontation besonders berücksichtigt werden. Falls erforderlich, soll später die Schwester als weiterer Angstinhalt eingeführt werden (ihr Gesicht, ihre Bewegungen, ihre Stimme etc.).

Umstrukturierung/Reframing. Je nach Mitarbeit der Patientin soll eine Intervention eingeführt werden, durch die sie selbst Veränderungen an den Inhalten vornimmt, die eine weitere Angstkoppelung inkompatibel machen, so z. B. eine Manipulation am Pyjama selbst vorzunehmen. Die Patientin soll sich den Angstträumen nicht mehr passiv ausgeliefert fühlt, sondern aktive Bewältigungsstrategien erwerben und dadurch ihre Hilflosigkeit reduzieren.

Posthypnotischer Auftrag zur Generalisierung. Durch einen posthypnotischen Auftrag soll die Patientin bei der Symptom auslösenden Reizkonstellation nun alternative Reaktionen entwickeln wie Entspannung und kognitive Umstrukturierung etc.

27.7.4 Therapiedurchführung

Der sehr einfach strukturierten Patientin wird das Verfahren kurz als »Vorstellungsübung« geschildert, um sie durch mögliche negative Klischeebilder über Hypnose nicht zu beunruhigen. Sie reagiert auf die ersten Suggestionen zum Augenschluss sehr schnell und zeigt bereits nach drei bis vier Minuten tiefe Entspannung.

Die Entspannungsszene im Café wird sehr realistisch erlebt, und sie genießt Kaffee und Kuchen sichtlich.

Die Patientin erhält nun die Suggestion, einerseits im Café zu sitzen und zu entspannen, aber andererseits in ihren Gedanken eine Angstkonfrontation zu erfahren und sich nun auf einen Geschäftsbummel im Kurort zu begeben.

T: Und da schauen Sie in die Auslage und was sehen Sie da im Schaufenster?

P: Schicke Röcke, Blusen, T-Shirts.

T: Sehen Sie da hinten links in der Ecke auch einen Pyjama liegen?

P: (*Spontan*) Ja!

T: Welche Farbe hat der?

P: Grün.

T: Und wie sieht der weiter aus?

P: An der Seite oben eine Schrift.

T: Aber Sie können das ganz entspannt ansehen?

P: (*Nickt.*)

Die Patientin reagiert sofort, reproduziert das Angstobjekt »Pyjama« sehr detailliert, genauso wie vorher in der Exploration beschrieben. Das Explorationsgespräch bewirkte eine Auffrischung der Erinnerung, die nun spontan abgerufen werden kann. Zum Angstabbau leitet der Therapeut eine Entspannungs-Instruktion ein.

T: Ja. Und was für einen Ausschnitt hat er?

P: (*Wartet ca. drei Sekunden.*) Wie der von meiner Schwester.

T: Ist Ihnen aber ganz gleichgültig, ja!? Wenn Sie den so anschauen!

P: (*Nickt.*)

Der Realitätsbezug zum Angstobjekt »Pyjama der Schwester« ist nun vollständig hergestellt. Sofort erfolgt eine Entspannungs-Instruktion. Nun kann eventuell das gesamte Angstverhalten der Patientin, verbunden mit dem Atemnotsyndrom, auftreten. Deshalb werden indirekte Entspannungs-Instruktionen eingestreut.

T: Und wie sieht das Unterteil aus vom Pyjama?

P: Auch dunkelgrün.

T: Und Sie wissen: Sie sind in der Kur in Bad L. und können sich den in aller Ruhe anschauen, den Pyjama.

P: Ja. Gott sei Dank.

Da die Patientin die relevanten Angstinhalte so schnell reproduziert, befürchtet der Therapeut eine Anspannungszunahme. Deshalb greift er auf die Methode der Dissoziation zurück, die eine Trennung zwischen Erleben und Angst-Bewertung bewirken soll. So wird nun die CS-CR-Verbindung in den Kognitionen entkoppelt. Die Patientin bemerkt bereits diese Auflösung und reagiert erleichtert.

T: Ja, sehen Sie auch die Pantoffeln daneben?

P: Ja.

T: Wie sehen die aus?

P: Braun.

T: Und ... die können Sie ganz locker angucken!

P: (Nickt.)

T: Sie wissen. Sie sind in der Kur und sind ganz locker und entspannt ... Wollen Sie den auch mal anfassen, den Pyjama?

Nach der optischen Reizkonfrontation soll nun auch eine Kontaktdesensibilisierung erfolgen. Die Patientin soll nun lernen, das Angstobjekt selbst zu manipulieren und dadurch selbst »Ort der Kontrolle« zu werden.

P: (Nickt, hebt spontan den Arm und macht mit der Hand Fühlbewegungen, sie betastet das Gewebe und die Form des Pyjamas.)

T: Wie fasst er sich an?

P: Weich. (Lässt Hand sinken.)

T: Was für ein Stoff ist das wohl?

P: Baumwolle.

T: Hmhm. Und Sie heben ihn wieder hoch und schauen ihn noch einmal an?!

P: (Nimmt den Pyjama mit beiden Händen scheinbar an den Schultern und hebt ihn in Augenhöhe.)

T: Und wie ist das so?

P: Schön.

T: Und schön ist auch, dass Sie da ganz entspannt sein können, ganz locker, nicht wahr! Ist es immer noch angenehm!?

P: (Nickt, lässt die Hände langsam sinken.)

Nahezu spielerisch und beiläufig auf der einfachen Verhaltensebene erfolgt die weitere Reizkonfrontation, bis sie selbst den (bedrohlichen) Ärmel des Pyjamas anhebt und entspannt damit winkt. Letztlich soll sie den Pyjama auf links drehen und ihn dadurch unbenutzbar machen.

T: Haben Sie gemerkt, dass Sie mit dem Pyjama alles machen können?

P: Ja.

T: Auch in Ihren Träumen können Sie demnächst diesen Pyjama verändern ... Der Pyjama wird für Sie uninteressant, der Inhalt ... wird für Sie demnächst gleichgültig werden. Auch Ihre Träume wissen das. Sie wissen das in Ihren Träumen, dass der Pyjama ganz gleichgültig wird. Er kann ruhig den Arm hoch haben, der Pyjama. Sie (= indirekt die Schwester) wird Ihnen gleichgültig und uninteressant. Sie können ihn verändern, den Pyjama, und auch Ihre Schwester wird Ihnen gleichgültig und uninteressant; auch in Ihren Träumen werden Sie locker und entspannt bleiben ... Auch in Ihren Träumen werden Sie Kaffee trinken können, und in Ihren Träumen werden Sie auf der Parkbank sitzen und entspannen und darüber lachen, wenn ein Pyjama auf Sie zukommt.

P: Ja.

In ähnlicher Weise werden die angstbesetzten Pantoffeln der Schwester durch Kreppblumen verändert und damit angstfrei gemacht.

Weitere Therapiemaßnahmen

Geplant sind nun weitere Therapiesitzungen im Abstand von wenigen Tagen, um den sich abzeichnenden Erfolg zu festigen und vollkommene Symptommfreiheit zu bewirken. Hinzu kommt die Überlegung, in Zukunft eventuell mit der gesamten Familie die bestehenden Konflikte durchzuarbeiten.

Die sehr einfache Patientin ist es jedoch nicht gewohnt, Termine einzuhalten und erscheint erst zwei Wochen später auf Veranlassung des Frauenhauses. Aus der Schilderung der Patientin und den Berichten der Sozialarbeiterin im Frauenhaus geht hervor, dass die Patientin nach der ersten Sitzung sehr euphorisch ins Frauenhaus zurückkehrte. Sie fühlte sich entspannt, heiter, ausgeglichen, sang häufig fröhlich vor sich hin. Die Patientin erzählt auch, dass ihr nur selten angstausslösende Gedanken in den Sinn kamen und sie solche Gedankengänge dann schnell abbrach oder ihnen auf die in der Hypnosesitzung gelernten Weise entgegensteuerte. Angstträume sind seitdem nicht mehr aufgetreten. In der Zwischenzeit von zwei Wochen war nur ein leichter Asthmaanfall festzustellen. Dies reichte ihr aus, die Behandlung als erfolgreich anzusehen und abubrechen.

Als neue Situation stellt sich nun, dass die Patientin entweder die Behandlung (auf Anraten des Frauenhauses) weiter fortführt oder auf einer Nordseeinsel eine lang ersehnte Stelle als Küchenhilfe annimmt. Im Therapiegespräch wird geklärt, dass ihr beim jetzigen anhaltenden Wohlbefinden die Arbeitsstelle wesentlich wichtiger ist als die Therapiefortführung, die nach ihrer Auffassung kaum noch weitere Besserungen erbringen könne. Entsprechend wird ihr noch eine abschließende Behandlungssitzung angeboten. In dieser Sitzung wird sie nochmals mit ihrem Traum konfrontiert, der für sie nun neutral ist.

Zur Sicherheit werden folgende Interventionen vorgenommen:

Die Patientin erhält die posthypnotische Suggestion, mit Entspannung zu reagieren, wenn sie entweder angstbesetzte Traum inhalte oder Gedanken hat und/oder wenn sie das Wellenrauschen hört bzw. die Meeresluft riecht. Da sie sich in der Imagination auf einer sehr kleinen Nordseeinsel aufhält, ist anzunehmen, dass sie einen der beiden letztgenannten Reize stets wahrnehmen wird. Diese Reize begünstigen gewissermaßen eine dauerhafte Entspannungsreaktion.

Weitere Behandlungen sind nicht mehr möglich, da die Patientin am übernächsten Tag zur neuen Arbeitsstelle umzieht.

27.7.5 Katamnese

Nach mehr als drei Jahren begegnen sich die Patientin und der Therapeut zufällig; sie erinnert sich sofort recht froh an die Behandlung und berichtet, dass seit der letzten Intervention nur noch äußerst selten und in leichtem Ausprägungsgrad Asthmaanfälle auftraten. Sie fühlt sich nun äußerst wohl und betrachtet sich als geheilt.

27.8 Fall 8: Asthmaanfälle beim Aufwachen

Der 18 Jahre alte Patient zeigt fast jeden Morgen das Atemnotsyndrom. Durch Selbsthypnose kann der Patient seine Atembedingungen erfolgreich neu bewertet lernen.

27.8.1 Problemstellung

Der Patient leidet seit etwa seinem dritten Lebensjahr unter starkem Asthma bronchiale, das anfallartig als starke Atemnot auftritt und zu 70-prozentiger Erwerbsunfähigkeit führte.

Fast immer beginnen die Anfälle vor oder beim Wachwerden, verbunden mit einem »dumpfen Gefühl in der Lunge«, mitunter auch Kitzeln im Hals oder Kratzen im Kehlkopf. Darauf entsteht panikartige Angst vor einem erneuten Anfall, gefolgt vom Gefühl der Atemnot »als ob im Hals ein Ventil zugeht«. Diese Situation ist je nach Anspannung (s. u.) fast jeden Morgen festzustellen. Selten hilft dann in diesen Situationen das Inhalationsspray, und es kommt zu zyanotischer Gesichtsverfärbung. Der Patient muss dann sofort den nahen Arzt konsultieren, kommt drei- bis viermal wöchentlich in die Notaufnahme im Krankenhaus.

Bei psychischen Anspannungen (Ärger in der Lehre, mit dem Bruder, über eine Autopanne etc.) nimmt die Anfallshäufigkeit zu. Denkt er abends an die Möglichkeit eines Anfalls, ist die Wahrscheinlichkeit des Anfalls erhöht, ebenso nach körperlicher Anstrengung.

Alternative Reize und Konsequenzen

Reize, die hemmend für die Atemprobleme sind, konnten bislang nicht gefunden werden. Konsequenzen: Meist reagiert die Umwelt (Mutter, Freundin) mit Bestürzung und versucht, so schnell wie möglich Hilfe zu schaffen.

27.8.2 Genese

Der Patient litt als Kleinkind unter Schuppenflechte. Als er sich bei der Behandlung wehrte, wurde er von vier Personen festgehalten, damit die Injektionen verabreicht werden konnten. Die Schuppenflechte nahm sofort ab, es setzten jedoch die sehr häufigen Atembeschwerden ein. Von da an traten Atemnotanfälle meist nur in Problemsituationen auf (s. o.). In der gesamten Schulzeit war der Patient mindestens einen Tag pro Woche krank geschrieben. Während der Ferien waren Anfälle nie zu beobachten; nur einmal in Italien, als er für eine Nachprüfung arbeiten musste.

Die zahlreichen konsultierten Fachärzte nahmen allergische Verursachungen an und verordneten Medikamente.

Organismusvariablen

Bei wiederholten ärztlichen Untersuchungen wird Asthma bronchiale diagnostiziert. Nach Allergietestung eine etwas erhöhte Reaktion auf Trichophyten (Fadenpilze an Haut, Haaren, Nägeln). Erkältungsinfekte führen zu einem vermehrten Auftreten der Atemnotanfälle. Reizung des Bronchialsystems durch z. B. größere Temperaturwechsel, Staub, Rauch, Abgase, feuchte Inhalationen sollen vom Patienten gemieden werden. Behandelt wird mit verschiedenen Medikamenten, die nur momentane Veränderungen bewirken.

Selbstkontrolle

Wenn der Patient Anzeichen von Atembeschwerden (dumpfes Druckgefühl in den Lungen, Kitzeln im Hals, Kratzen im Kehlkopf) bemerkt, so zieht er sich zurück und wartet ruhig ab, kann sich entspannen und die Angst- und Symptomsteigerung weitgehend verringern. Da die Atembeschwerden scheinbar grundlos beginnen, fühlt sich der Patient ihnen ausgeliefert, was zu Depressionen führt; er fühlt sich unwert, behindert etc. Während er früher bei den Vorzeichen der Atembeschwerden mit starken Ängsten und Aufregung reagierte, gelingt ihm nun die Selbstkontrolle, indem er sein Medikament inhaliert und dann den Arzt konsultiert. Ist der Patient beim Aufstehen noch durch seine Atemprobleme benommen, so schaut er auf einen Punkt an seinem Bett und wird dadurch in den Folgeminuten ruhiger. Der Patient benutzt hier bereits eine selbsterfundene autohypnotische Intervention.

Soziale Situation und Schule

Der Vater war sehr autoritär und brutal, verließ die Familie, als der Patient sechs Jahre alt war. Er zahlte keinen Unterhalt, und die Familie musste von Sozialhilfe leben. Mit Ausnahme von kleineren Unstimmigkeiten versteht der Patient sich gut mit seiner Mutter; mit seinem Bruder hat er gelegentlich Streitereien. Der Patient war durchgängig ein durchschnittlicher Schüler.

Überlegungen zur Diagnostik

Die Genese legt eine respondente Komponente der Symptomatik nahe: Durch die starke körperliche Einengung bei der Spritzenbehandlung der Schuppenflechte kommt es zu Atembeschwerden, die dann bereits durch ähnliche physiologische Zustände (Anspannung, körperliche Arbeit oder Problemsituationen) ausgelöst werden. Später reichen bereits kognitive Aspekte wie »denken an Symptom etc.« aus, einen Anfall zu provozieren. Diese Konditionierung ist als klassischer Fall der Symptomverschiebung zu interpretieren.

Die häufig in der Schule auftretenden Anfälle legen die Annahme von Schulängsten, Leistungsproblemen (unterschiedlicher Genese) und ggf. Begabungsdefiziten nahe, da in den Ferien nie (mit nur einer Ausnahme) Anfälle zu beobachten sind. Da jedoch durchschnittliche Leistungen erbracht werden, soll die Hypothese der Minderbegabung vorerst vernachlässigt werden. Im Schulbereich ist das Symptom eventuell als Vermeidungsverhalten vor Leistungsanforderungen anzusehen (negative Verstär-

kung). Zusätzlich wirken wahrscheinlich die Zuwendung der Mutter und der Freundin als operante positive Verstärker.

Vorläufig scheinen also einerseits kognitive Aspekte (Gedanke an Anfall, an Atmung, Angst vor Anfall), andererseits körperliche Anstrengung und psychische Anspannung auslösend zu sein. Diese Faktoren führen zu physiologischen Belastungen und damit zu Atembeschwerden und Atemnotanfällen. Hat der Anfall eine bestimmte Stärke erreicht, so entregelt sich das gesamte System. Bei Patienten mit derartigen psychologischen Auslösefaktoren erscheint die Prognose relativ günstig (Ross & Petermann, 1987).

Das Verhalten ist wahrscheinlich primär respondent, da kurze und einfache Reize ausreichen, um plötzlich einen Anfall auszulösen. Die kognitiven Auslöser (Gedanken etc.) scheinen hier als konditionierte Reize zu wirken. Die teilweise gelungene Selbstkontrolle durch »Entspannung« kann als Unterbrechung der negativen Gedankenkette angesehen werden und als Unterbrechung weiterer physiologischer Reaktionen.

Die Symptommfreiheit während der Ferien lässt Vermeidungsverhalten annehmen.

27.8.3 Therapieplanung

Der bisherige Informationsstand legt nahe, die vermutete Leistungsproblematik zu behandeln, was einer Reizveränderung entsprechen würde. Da jedoch stets zufrieden stellende Leistungen erbracht wurden, ist diese Hypothese vorläufig unbrauchbar, falls nicht eventuell unbewusste Komponenten aus der Vergangenheit eine Rolle spielen. So entschied ich mich, nun in der Genese nach weiteren traumatischen Erlebnissen zu suchen.

Hypnose zur Diagnostik

Ziel ist, auslösende und beeinflussende Faktoren in der Lerngeschichte des Patienten ausfindig zu machen. Als Methode wird Altersregression mit Hypnose benutzt.

Solche Hinweise liegen in folgenden Bedingungen:

Schulsituation. Besteht ein Unterschied in der Symptomatik zwischen der leistungsfreien Vorschulzeit und der Schulzeit? Der Patient kooperiert sehr gut. Es lassen sich jedoch keine Leistungsprobleme erkennen.

Vaterproblematik. Besteht ein Einfluss der Vaterproblematik auf die Symptomatik? In Hypnose beobachtet der Patient, wie sein Vater grußlos das Haus für immer verlässt. Der Patient atmet schwer, ist emotional aufgewühlt, zeigt jedoch keine Verkrampfungen.

Feriensituation. Welche Faktoren bewirken den Unterschied in der Symptomatik während der Schul- und der Ferienzeit? Der Patient erlebt in Hypnose seine Ferien, fühlt sich frei dabei und kann gut atmen. Während des Italienurlaubs war Asthma aufgetreten: Der Patient musste viel lernen, war starker Sonneneinstrahlung ausgesetzt und hatte reichlich Alkohol konsumiert.

Am Ende der Sitzung erwähnt er erstaunt, in der Hypnose ähnliche Zustände wie morgens beim Aufstehen zu erleben: Er fixiert einen Punkt und gerät dann in einen dämrig-entspannten Zustand. Die weiteren Berichte bestätigen, dass er durch Zufallslernen morgens Autohypnose angewandt hat und dadurch das Symptom in gewissen Grenzen reduzieren kann.

Zur näheren diagnostischen Abklärung der Urlaubssituation wird nun die »Berghüttenszene« benutzt (Kroger & Fezler, 1975), in der man wechselnde Wärme- und Kältereize erlebt. Der Patient kooperiert sehr gut, muss sich nach der Berührung der Eisblumen an der Fensterscheibe die kalten Hände reiben. Als dann die Hütte verlassen wird, und er die kalte klare Schneeluft einatmet, reagiert er sichtlich mit Wohlbe-finden, bewertet das Erleben als körperlich angenehm. Auch der wiederholte Temperaturwechsel wird nicht als belastend erlebt. Nach der Hypnosesitzung erinnert sich der Patient, dass ihm bei Ferien in den Bergen diese Schneeluft besonders gut gefallen habe und er sich dabei stets entspannt fühlte; auch bei sonst auslösenden Situationen (Anspannung, Ärger) war in der Bergluft kein Anfall aufgetreten.

Diagnostische und therapeutische Folgerungen

Das Verhalten wird nach diesen Informationen ausschließlich durch CS ausgelöst und ist respondent; bei einer Reizkonstellation (»Bergluft«) wird das Verhalten nicht zwingend ausgelöst, auch wenn sonst bekannte Belastungen (Auslöser) vorliegen.

Folgerung: Es ist eine respondente Reizveränderung vorzunehmen, die kein Symp-tomverhalten auslösen kann, so durch Suggestionen über Gebirgsluft im Winter. Als Methode bietet sich hier eine Selbstkontrollstrategie an, die die eigenen Entspannungserfahrungen mit einschließt.

27.8.4 Therapiedurchführung

Mit dem Patienten wird die bekannte Winterszene in den Bergen unter Hypnose geübt, die er relativ schnell realisiert. Gleichzeitig ist damit ein Differenzierungslernen verbunden, Atemluft unterschiedlich wahrzunehmen und die entspannende Wirkung als solche sicher zu erkennen. Hinzu kommt auch das kognitive Differenzierungslernen, in dieser Atemsituation entspannt bleiben zu können und sogar dadurch zunehmend entspannter zu werden.

Selbstkontrolltraining

Während der Sitzung wird eine Kassettenaufnahme der Bergluftsuggestionen ange-fertigt und dem Patienten dann ausgehändigt. Beim Aufwachen morgens soll er die Entspannungsübung mit dieser Kassette beginnen, bereits bevor Atembeklemmungen oder ihre Vorboten auftreten. Als Induktionsverfahren soll er die Fixation eines Punktes benutzen, wie bislang von ihm mehrfach positiv angewandt.

Bereits nach einer Woche berichtet der Patient von einer deutlichen Besserung; er musste nur einmal zum Arzt gehen, als die Atembeschwerden zu unangenehm wurden. Von nun an gelingen ihm die Selbstkontrollveränderungen seiner Atemreize sehr gut,

und er kann sie auch tagsüber spontan herbeiführen, wenn physische oder psychische Belastungssituationen auftreten. Asthmaanfälle sind nur noch sehr selten und sehr schwach. Nach insgesamt fünf Sitzungen bricht der Patient die Behandlung ab.

27.8.5 Katamnese

In der Nachbefragung nach zwei und fünf Jahren berichtet der Patient freimütig, er habe sich nach diesen wenigen Sitzungen so wohl und beschwerdefrei gefühlt, dass er eine weitere Behandlung für nicht mehr erforderlich hielt. Im Abstand von mehreren Wochen kann noch ein Asthmaanfall auftreten; meist, wenn der Patient zu unaufmerksam war und die Anzeichen nicht rechtzeitig als Hinweis zum Selbstkontrolltraining »Autohypnose« wahrnahm. In der Zwischenzeit ist er fast vollkommen beschwerdefrei und kann mit gutem Erfolg die Übungen anwenden.

27.9 Fall 9: Aggressionen, mangelnde Selbstkontrolle

Der 15 Jahre alte Schüler T. zeigt in der Schule massive Aggressionen und geringe Selbstregulation. In Hypnose erlernt er Selbstkontrolle und Selbstverstärkung.

27.9.1 Problemstellung

Der Schüler T. prügelt sich häufig mit anderen Kindern, oft ohne ersichtlichen Grund. Lehrern gibt er häufig aggressive Antworten, beschimpft sie mit üblen Fäkal- und Vulgärausdrücken. Diese Verhaltensweisen erlebt er so, als ob sie plötzlich über ihn hereinbrechen und er dann nicht anders reagieren kann. In seltenen Fällen konnte er sich beherrschen, was er jedoch nicht unbedingt als Erfolg wertet. Er fühlt sich stets sehr schnell angegriffen und meint, sich verteidigen zu müssen.

Als Folge seiner Aggressionen ist er bereits mehrmals von der Schule verwiesen worden. Der Patient befindet sich nun in der Hauptschule, obwohl er nach seinem Leistungsvermögen den Anforderungen einer höheren Schule durchaus gewachsen wäre.

27.9.2 Genese

Die jüngeren Zwillingsschwestern des Patienten werden häufig vorgezogen, da sie niedlicher und angepasster sind. Sein Vater war früher Boxer, ist sehr einfach strukturiert und regelt Konflikte primär eruptiv unreflektiert mit Schlägen oder harten Bestrafungen wie Einsperren in den dunklen Keller etc. Die Mutter ist inzwischen gleichgültig geworden und lässt den Vater gewähren. Der Vater verspricht der Familie oft gemeinsame Ferienreisen, auf die sich T. unbändig freut, sagt sie dann

jedoch aus undurchschaubaren Gründen einen Tag vorher ab. T. ist dann tagelang traurig, verärgert, wütend.

Die beschriebene Symptomatik besteht von der Kindergartenzeit an.

Bisherige Interventionen

Nur durch Druck der Schule erfolgte die Konsultation der Erziehungsberatungsstelle. Da man T. als den Verursacher ansieht, arbeiten die Eltern nicht mit, der Vater lehnt strikt jeden Kontakt ab. Der Jugendliche möchte gern auf der Schule bleiben und ist sehr motiviert, in einer Therapie mitzuarbeiten. Durch zahlreiche Gespräche mit ihm können seine Spontanreaktionen etwas reduziert werden, konventionelle Therapiemaßnahmen zur Selbstkontrolle und Problembewältigung waren kaum effektiv.

Diskussion zur Diagnostik

T. hat es nicht gelernt, auf Konflikte angemessen zu reagieren; das Verhalten des Vaters wirkte hier als Modell. Die Geschwisterrivalität begünstigt die Symptomatik, da T. dadurch ein Mindestmaß an Zuwendung erhalten kann. Die durch die überharte und aggressive Erziehung bedingten Einengungen führen zu Aggressionen und haben u. a. Ventilfunktion.

27.9.3 Therapieplanung und -durchführung

Die notwendige Veränderung der Familienstruktur, Aufbau positiver Bekräftigungsverhältnisse durch die Eltern und damit Unterstützung von Selbstsicherheit und Selbstkontrolle sind durch die Kooperationsweigerung der Eltern nicht realisierbar.

Da T. sehr therapiemotiviert ist und sein Verhalten ändern will, wird versucht, Selbstkontrolle durch Hypnose zu erreichen.

Folgende Instruktionen werden gegeben:

Ruheszene. Gewünscht wird eine Szene am Strand von Ibiza. Da er noch nie weiter weggefahren ist, bedeutet dieser Strand für ihn in der Fantasie besonders viel an Entspannung, die er sehr gut realisiert.

Konfrontation und Alternativreaktion. Am Strand begegnet T. nun seiner Lehrerin, die ihn bittet, nicht so viel zu schwatzen. Nun erfolgt die Suggestion des Alternativverhaltens: T. kann die Lehrerin freundlich anlächeln, ihr zunicken und ruhig bleiben.

Selbstverstärkung. Am heißen Strand wird T. immer durstiger, sodass nun, nachdem er das angemessene Verhalten zeigte, sofort ein großes Eis seines Lieblingsgeschmacks (in Hypnose) genüsslich »verzehren« kann. Diese Abfolge wird mehrfach wiederholt.

Posthypnotischer Auftrag. T. erhält die Instruktion, dieses Verhalten in der definierten Auslösesituation zu produzieren und dabei entspannt bleiben zu können.

Bereits nach dieser Sitzung hat sich sein Verhalten deutlich gebessert. Seinen Spielkameraden ist aufgefallen, dass er äußerst ruhig und zurückhaltend geworden ist; dies behagt ihm nicht so und er möchte etwas aktiver werden.

Auffrischung. Durch Wiederholung der vorherigen Schritte soll eine Festigung des Verhaltens erreicht werden. Dadurch erfolgt gleichzeitig Einübung der Selbstkontrolle.
Generalisierung. Es erscheinen in Hypnose auch andere Lehrer, denen gegenüber er ebenfalls sein kontrolliertes Verhalten zeigt. Die Szene wird nun in die Schule verlagert und das geänderte Verhalten kann unter (imaginierten) Original-Auslösebedingungen realisiert werden.

Internalisierte Selbstverstärkung. T. soll sich nun automatisch selbst kontingent verstärken. Dies hat er bereits ohne vorherige Absprache selbst realisiert: Während er in der (imaginierten) Schule sitzt und richtig reagiert, nimmt er heimlich sein Eis unter der Bank hervor und leckt daran. Es gelingt ihm auch, diese Technik in der Realsituation mit einem vorgestellten Eis durchzuführen.

Aufbau externaler Verstärkung. Nun erfolgen Absprachen mit den Lehrern, T. für sein geändertes Verhalten zu bekräftigen. Aufgrund der bestehenden Vorurteile wird dies erst langsam erkannt und befolgt.

T. zeigt eine zunehmende Besserung seines Verhaltens, seine Aggressionen und Beschimpfungen nehmen deutlich ab. Angesichts dieser Verbesserung ist die Mutter nun etwas kooperationsbereit und reduziert ihre Ablehnungen etwas; zur vermehrten Zuwendung ist sie jedoch nicht zu motivieren.

27.9.4 Katamnese

Die Nachuntersuchung wird ein, zwei und fünf Jahre nach Therapieabschluss durchgeführt. Der Schüler fällt zwar weiterhin im Unterricht durch eine leicht gestörte Konzentrationsfähigkeit und unangemessene Zwischenrufe auf, seine Aggressionen haben jedoch deutlich abgenommen. Ausfälligkeiten gegenüber Lehrern treten nicht mehr auf. T. wandte die Selbstkontrolle in den ersten Monaten nach Therapieabschluss sinngemäß weiter an und hat diese nun so stark internalisiert, dass keine unangemessenen Aggressionen mehr auftreten.

Inzwischen ist T. nach seinem guten Schulabschluss erfolgreich in seinem erlernten Beruf tätig, ist als Leiter einer Jugendgruppe sehr beliebt, und das Beziehungsverhältnis zwischen Vater und Sohn hat sich gebessert.

Glossar

Achalasie. Fehler des Ösophagusendes, beim Schlucken zu erschlaffen; dadurch ist die Speiseröhre schwer zu entleeren, und der Patient muss eventuell im Stehen essen.

Acne inversa. Extrem schmerzhaftes chronische Entzündung der Talgdrüse und äußeren Wurzelscheide der Terminalhaarfollikel. Besonders betroffen sind der Bereich unter den Achseln, die Perianal- und Perigenitalregion und die Leistengegend. Bei der nicht geklärten Ursache bleibt die Operation, also die vollständige Entfernung der befallenen Hautbereiche, die Behandlungsmethode der Wahl (Fite, 2010).

Afferent. Aufsteigend; vom z. B. Sinnesorgan zum Gehirn.

Agoraphobie. Sehr starke Angst, sich auf freien Straßen oder Plätzen zu bewegen bzw. sie zu betreten.

Akupunktur. Mit Akupunktur wird nach Annahme der → traditionellen chinesischen Medizin TCM der normale Fluss von Qi wieder hergestellt, indem feine Nadeln in definierte Körperpunkte (= Akupunkturpunkte) gestochen werden. Dadurch können die energetischen Prozesse sowohl mental-emotionaler als auch somatischer Vorgänge erreicht werden (Maciocia, 1994).

Alopecia areata. Begrenzte Glatzenbildung, kreisrunder Haarausfall.

Alpha-EEG. Im Elektroenzephalogramm Darstellung der sogenannten Alphawellen, die durch die Frequenz von 8 bis 13 Hz definiert sind.

Amblyopie. Schwachsichtigkeit mit Funktionsdefekten in der Sehrinde.

Amenorrhoe. Ausbleiben der monatlichen Regelblutung – hier nicht physiologisch durch

Schwangerschaft, Laktation, Menopause, hormonell etc. bedingt, sondern funktionell.

Amygdala. Mandelkern im Gehirn; u. a. erfolgt hier die emotionale Bewertung und Konditionierung.

Analgesie. Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit.

Analgetikum. Schmerzmittel.

Anaphylaktischer Schock. Lebensbedrohliche Überempfindlichkeitsreaktion vom Soforttyp mit akut oder subakut einsetzendem Kreislaufversagen.

Aneurysma. Adernschwachstelle.

APGAR-Werte. Punktwerte für das Neugeborene für Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, höhere Reflexe.

Aphonie. Stimmlosigkeit; organisch durch u. a. Tumore, Stimmbandlähmungen; funktionelle Aphonie = psychogene Aphonie = Stimmstörung als psychogene Reaktion.

Asphyxie. Atemdepression oder Atemstillstand infolge von Herz-Kreislauf-Versagen.

Ataxie. Störung der Bewegungskoordination, des geordneten Zusammenwirkens von Muskelgruppen.

Aufmerksamkeitsdistraction. Aufmerksamkeitsablenkung.

Aura (Epilepsie). Bezeichnung aller Variationen von Wahrnehmungen unmittelbar vor einem epileptischen Anfall.

Autokinetischer Effekt. Scheinbewegung eines feststehenden Lichts im Dunkeln.

AV-Knoten-Tachykardien. AV = atrioventrikulär. Es liegen Fehlfunktionen und Übertragungsstörungen des AV-Knotens vor, die Vorhofflimmern und eine hohe Herzschlagrate bewirken, die Leistungsfähigkeit stark reduzie-

Glossar

Achalasie. Fehler des Ösophagusendes, beim Schlucken zu erschlaffen; dadurch ist die Speiseröhre schwer zu entleeren, und der Patient muss eventuell im Stehen essen.

Acne inversa. Extrem schmerzhaftes chronische Entzündung der Talgdrüse und äußeren Wurzelscheide der Terminalhaarfollikel. Besonders betroffen sind der Bereich unter den Achseln, die Perianal- und Perigenitalregion und die Leistengegend. Bei der nicht geklärten Ursache bleibt die Operation, also die vollständige Entfernung der befallenen Hautbereiche, die Behandlungsmethode der Wahl (Fite, 2010).

Afferent. Aufsteigend; vom z. B. Sinnesorgan zum Gehirn.

Agoraphobie. Sehr starke Angst, sich auf freien Straßen oder Plätzen zu bewegen bzw. sie zu betreten.

Akupunktur. Mit Akupunktur wird nach Annahme der → traditionellen chinesischen Medizin TCM der normale Fluss von Qi wieder hergestellt, indem feine Nadeln in definierte Körperpunkte (= Akupunkturpunkte) gestochen werden. Dadurch können die energetischen Prozesse sowohl mental-emotionaler als auch somatischer Vorgänge erreicht werden (Maciocia, 1994).

Alopecia areata. Begrenzte Glatzenbildung, kreisrunder Haarausfall.

Alpha-EEG. Im Elektroenzephalogramm Darstellung der sogenannten Alphawellen, die durch die Frequenz von 8 bis 13 Hz definiert sind.

Amblyopie. Schwachsichtigkeit mit Funktionsdefekten in der Sehrinde.

Amenorrhoe. Ausbleiben der monatlichen Regelblutung – hier nicht physiologisch durch

Schwangerschaft, Laktation, Menopause, hormonell etc. bedingt, sondern funktionell.

Amygdala. Mandelkern im Gehirn; u. a. erfolgt hier die emotionale Bewertung und Konditionierung.

Analgesie. Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit.

Analgetikum. Schmerzmittel.

Anaphylaktischer Schock. Lebensbedrohliche Überempfindlichkeitsreaktion vom Soforttyp mit akut oder subakut einsetzendem Kreislaufversagen.

Aneurysma. Adernschwachstelle.

APGAR-Werte. Punktwerte für das Neugeborene für Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, höhere Reflexe.

Aphonie. Stimmlosigkeit; organisch durch u. a. Tumore, Stimmbandlähmungen; funktionelle Aphonie = psychogene Aphonie = Stimmstörung als psychogene Reaktion.

Asphyxie. Atemdepression oder Atemstillstand infolge von Herz-Kreislauf-Versagen.

Ataxie. Störung der Bewegungskoordination, des geordneten Zusammenwirkens von Muskelgruppen.

Aufmerksamkeitsdistraction. Aufmerksamkeitsablenkung.

Aura (Epilepsie). Bezeichnung aller Variationen von Wahrnehmungen unmittelbar vor einem epileptischen Anfall.

Autokinetischer Effekt. Scheinbewegung eines feststehenden Lichts im Dunkeln.

AV-Knoten-Tachykardien. AV = atrioventrikulär. Es liegen Fehlfunktionen und Übertragungsstörungen des AV-Knotens vor, die Vorhofflimmern und eine hohe Herzschlagrate bewirken, die Leistungsfähigkeit stark reduzie-

ren, verbunden mit eingeschränkter Lebensqualität.

Babinskireflex. Bewirkt bei Neugeborenen durch Reizung der Fußsohle oder ihres äußeren Randes das reflektorische Hochbiegen der großen Zehe und Herabbiegen der Kleinzehen.

Barorezeptoren. Druckempfindliche Rezeptoren, Blutdruckzügler; in der Wand der Aorta (Halsschlagader), im Karotissinus lokalisiert.

Benignus. Gutartig.

Bilateral. Beidseitig.

Bradykardie. Langsame Herzfrequenz unter 60/min.

Chorea Huntington. Veitstanz. Typisch sind Hyperkinesen, sowie Hypotonie der Muskulatur, schnelle, unwillkürlich Kontraktionen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen sowie starke motorische Unruhe. Ursachen: Störungen des striären Systems (im engeren Sinne extrapyramidalen Systems), das die statischen Bedingungen des Körpers und den glatten Bewegungsablauf steuert.

Colitis ulcerosa. Eine chronisch entzündliche Erkrankung des Dickdarms. Ätiologie unbekannt, ggf. autoimmuner Prozess, psychische Faktoren.

covert reinforcement. Verdeckte Verstärkung, z. B. auf der Vorstellungsebene.

Delusion. Wahnhafte Verkennung mit hoher Überzeugung ihrer Richtigkeit, trotz vorliegender Beweise. Im Gegensatz zur Halluzination ist die Delusion immer pathologisch.

Dentin-Überempfindlichkeit. Überempfindlichkeit am Zahnhals gegenüber sensorischen, chemischen und Temperaturreizen durch den Verlust des schützenden Zahnschmelzes oder der Zement layer bedingt, entsteht meist durch Periodontopathie und falsches Hygieneverhalten wie übergroßen Druck beim Zähneputzen (Addy et al., 1987; Addy, 2002).

Dermographismus. Nach mechanischer Reizung der Haut sichtbare Hautreaktionen.

Deuteranopie, kongenitale. Geschlechtsgebunden vererbte Rot-Grün-Blindheit.

Dilatation. Erweiterung.

Duodenum. Zwölffingerdarm.

Dysphonie. Stimmstörung mit z. B. rauher, heiserer Stimme.

Dyspnoe. Subjektive Atemnot.

Dystonie. Eine meist schmerzhafte Bewegungsstörung, die durch starke Muskelkontraktionen gekennzeichnet ist; diese führen zu wiederholten oder abnormen Körperhaltungen. Ursachen: Dysfunktion der Basalganglien sowie Unausgewogenheit der Neurotransmitter, die die Kommunikation zwischen Hirn und Muskeln herstellen (US Department of Health and Human Services, 2000).

EEG-Gamma-Oszillation. Veränderungen der Gamma-Wellen des Elektro-Encephalogramms.

Effektor-Organ. Das Organ, an dem sich die Wirkung zeigt.

Eklektizismus. Übernahme anderer Ideen oder Ideen zu einem System zusammentragen.

EMG. Elektromyogramm – Wiedergabe der Elektro-Muskelaktionspotenziale.

Endometriose. Außerhalb der Gebärmutter liegendes Schleimhautgewebe der Gebärmutter.

Endothel. Zellen der Gefäßinnenwände.

Engwinkelglaukom. Schubweise erhöhter Augeninnendruck, der medikamentös, meist jedoch operativ behandelt wird.

Ereignisbezogene Potenziale (Engl.: event related potentials = ERP). In Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis treten EEG-Aktivitäten (= Potenziale) auf. Dadurch kann die Verarbeitung von kognitiven oder emotionalen Stimuli im Gehirn beobachtet werden.

Erythrodermie. Sehr ausgedehnte entzündliche Rötung, Schuppung, ödematöse Schwellung der gesamten Haut mit Juckreiz etc.

Extrakranial. Außerhalb des Kopfes liegend.

Extrasystole. Außerhalb des Herzrhythmus auftretende verfrühte oder verspätete Herzschläge.

Face-Validität. Bereits nach Augenschein ist ein Testverfahren so tauglich, dass es genau das misst, was es vorgibt.

Femoralarterie. Oberschenkelarterie.

Fibromyalgie. Syndrom mit verzweigten diffusen Schmerzen und Steifigkeit, Schlafstörungen, Schmerzen.

Fibrose, zystische (Mukoviszidose). Autosomal-rezessive Stoffwechselstörung mit generalisierter Dysfunktion endogener Drüsen. Durch erhöhte Viskosität des z. B. Bronchensekrets treten schwere Komplikationen im Atembereich auf.

Frontal. Von vorn; stirnwärts, stirnseitig.

Frontallappen (Lobus frontalis). Stirnlappen des Gehirns.

fMRT. Funktionale Magnetresonanztomografie. Mit diesem bildgebenden Verfahren sind physiologische Funktionen im Körperinneren in hoher räumlicher Auflösung darstellbar. Die Änderungen der Magneteigenschaften von oxygeniertem und desoxygeniertem Blut werden hierbei ausgewertet. Dadurch werden Durchblutungsänderungen z. B. in Gehirnarealen sichtbar, die mit neuronalen Aktivitäten verbunden sind.

Funktionelle Abdominalbeschwerden. Akute oder chronische Bauchbeschwerden ohne pathologischen anatomischen Befund an den Innenbauchorganen. Sie sind denen des Reizdarms sehr ähnlich, aber seltener und erfordern auch ähnliche Behandlungsmethoden. Im Gegensatz zum Reizdarm ist hier keine Veränderungen im Darmverhalten wie Obstipation oder Diarrhoe festzustellen.

Gastrointestinal. Magen und Darm betreffend.

Glaukom. Erhöhung des Augeninnendrucks mit Sehnervenerkrankung (Optikusneuropathie), verbunden mit Sehherabsetzung und

Gesichtsfeldausfällen; führt unerkannt bis zur Erblindung.

Globussymptom. Der Patient klagt über das Gefühl eines Kloßes (Globus) im Hals, der Schluckbeschwerden verursacht. Es lassen sich hier keine objektiven Befunde erheben.

CSR. Galvanic skin response; → PGR. – Psychogalvanischer Reflex.

Guillain-Barre-Syndrom. Liquorsyndrom z. B. bei idiopathischen Polyneuritiden, verbunden mit fortschreitender Schwäche der Extremitäten, Dysfunktionen und Lähmungen.

Gyrus frontalis. Vordere Hirnwindung

Gyrus postcentralis. Hinter der Mitte, der Zentralfurche, liegende Hirnwindung; Region für die Sensibilität.

Gyrus praecentralis. Vor der Zentralfurche liegende Hirnwindung; Region der Willkürmotorik.

Hämodynamik. Physiologische Bedingungen in den Adern wie Druck, Volumen, Strömungsmechanik.

Hämophilie, Bluterkrankheit. Gerinnungsfähigkeit des Blutes ist reduziert oder fast aufgehoben, da der Faktor VIII (antihämophiles Globulin) fehlt, bzw. dessen Aktivität gestört ist. Bei der klassischen Form (Hämophilie A, Mangel an Faktor VIII, AHG) liegt ein rezessiv geschlechtsgebundener Erbgang vor, bei dem nur männliche Krankheitsträger beobachtet werden.

Hemiballismus. Sehr seltene Erkrankung mit herdförmige Erkrankungen der Hirnregion des Nucleus hypothalamicus; auf der → kontralateralen Seite treten dauernde oder anfallsartige Schleuderbewegungen der Körperhälfte auf.

Hemiparese. Lähmung einer Körperhälfte.

Hemiplegie. Vollständige Lähmung einer Körperhälfte.

Herpes. Bei Herpes simplex II handelt es sich um eine Viruserkrankung. Die Viren ver-

weilen in den trigeminalen oder paraspinalen Ganglien und können durch unterschiedlichste Faktoren wie Fieber, Immunsuppression und psychische Faktoren reaktiviert werden. Es treten Bläschengruppen am Übergang der Epidermis zu den Schleimhäuten (Mund, Genitalbereich) auf.

Herpes zoster (Gürtelrose). Wird durch die gleichen Viren verursacht, die auch bei Windpocken wirksam sind. Sie werden durch Zusammenbruch des Immunsystems aktiv. Symptome: stark brennende Schmerzen entlang der sensorischen Hautnerven am Rumpf und im Gesicht, gefolgt von Bläschenbildungen an diesen Stellen. Ein Abheilen erfolgt nach drei bis vier Wochen, wobei krankheitstypische Neuralgien bestehen bleiben können, die sich in starken Schmerzen und extremer Hypersensibilität der Haut gegenüber minimalen Berührungen äußern.

Heuschnupfen (allergische Rhinitis). Heuschnupfen äußert sich in behinderter Nasenatmung mit Juckreiz und wässrigem Schnupfen sowie Niesanfällen, Jucken und Brennen der Konjunktiva, Tränenfluss.

Hippocampus. Im Unterhorn (wie ein Seeperldchen gebildete) Vorwölbung im Seitenventrikel des Gehirns; zum Limbischen System gehörend.

Hirnorganisches Psychosyndrom. Bei einer Hirnschädigung auftretendes Syndrom, das sich psychisch u. a. durch Störungen des Gedächtnisses, der Auffassung, Orientierung und des Grundantriebs äußert.

Histamin-Prick-Test. Hauttest zur Prüfung der Histaminsensibilisierung.

Histrionische Persönlichkeit. Ein tiefgreifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder übertriebenen Strebens nach Aufmerksamkeit, das die Persönlichkeit bedingt (DSM-IV).

HIV. Humanes Immunschwäche Virus. Bei positiv erkrankten Personen erfolgt beim Krankheitsausbruch der Zusammenbruch

des Autoimmunsystems (Acquired Immune Deficiency Syndrome = Aids). Bereits kleinste Infektionen können die Viren aktivieren und die Abwehrschwäche bis zum Todesfall vergrößern.

Homöostase. Regelung von Konstanz und Gleichgewicht innerer Steuermechanismen.

Hyperhidrosis, palmar. Steigerung der Handschweißsekretion.

Hypertonie, essentielle (Bluthochdruck). Stellt eine Regulationsstörung dar, deren organische Ursachen (Nieren, Übergewicht, Rauchen etc.) abgeklärt sein müssen.

Hyperventilation. Hechelatmung bis zur Hyperventilationstetanie.

Hypoalgesie. Verminderte Schmerzempfindung.

Hypothalamus. Zentralnervöse Region unterhalb des Thalamus, Teil des Zwischenhirns. Hier befinden sich die dem vegetativen Nervensystem übergeordneten Zentren für wesentliche Regulationsvorgänge wie Wärmeregulation, Schlaf-Wach-Rhythmus, Blutdruck, Schweißregulation usw.

Hypotonie. Verminderung des Blutdrucks.

Hysterektomie. Operative Entfernung der Gebärmutter.

Iatrogen. Durch Handlungen oder Äußerungen des Arztes hervorgerufene Krankheiten.

Ichthyosis (Fischschuppenkrankheit). Schuppige Veränderung der Haut, die je nach ihren ca. 16 Unterformen sehr unterschiedliche Ausformungen annimmt und verschiedene Körperstellen betrifft. Die Krankheit ist meist autosomal-rezessiv erblich.

Idiopathische zervicale Dystonie. Kennzeichnend sind die starken unwillkürlichen Kontraktionen von Hals- und Nackenmuskeln, sodass eine starke seitliche oder frontale Neigung des Kopfes entsteht.

IgA. Immunglobulin A.

Indexpatient. Die Diagnose des psychisch erkrankten Patienten weist darauf hin, dass

seine Symptomatik auf pathologische familiäre Verhaltensmuster zurückzuführen ist und er deshalb nicht einer Symptomtherapie, sondern einer kausalen Familientherapie bedarf.

Inferior. Weiter unten gelegen.

Intestinal. Zum Darmkanal gehörend.

Intrakranial. Innerhalb des Schädels liegend.

Ischämie. Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung eines Organs oder Organteils infolge mangelnder arterieller Blutzufuhr.

Ishihara-Tafeln. Von Ishihara (1954) entwickelte Farbtafeln zur Überprüfung der Farbtüchtigkeit.

Kachexie. Kräfteverfall.

Katatonie. Sperrungszustand der Willkürmotorik.

Katecholamin. Biogene Amine wie z. B. Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin.

Kathederablation. Bei schweren Erkrankungen des Sinusknotens mit Herzrhythmusstörungen erfolgt über Herzkatheter eine Radiofrequenztherapie.

Konjunktivitis. Augenbindehaut-Entzündung.

Kontralateral. Auf der anderen Seite.

Kortex. Hirnrinde.

Kortex anterioris. Vordere Hirnrinde.

Kortex inferioris. Weiter unten gelegene Hirnrinde.

Kortex occipitalis. Hinterhauptslappen.

Kortex orbifrontalis. Vorn (über den Augenbrauen) liegender Kortex.

Kortex parietalis. Scheitellappen.

Kortex präfrontalis. Stirnlappen.

Lagophthalmus (Hasenaugen). Unfähigkeit, nachts die Augenlider völlig zu schließen, was u. a. zu starken Hornhautschäden führen kann.

Landoltsche Ringe. Zur Prüfung der Sehschärfe Ringe unterschiedlicher Größe und Dicke mit Aussparungen, deren Position anzugeben ist.

Laryngoskop. Gerät zur Kehlkopfspiegelung.

Limbisches System. Übergangszone zwischen Neocortex und Hirnstamm; Erregungskreis für Ausdrucksmechanismen, Affektgestaltungen, Stimmungen, Triebe.

Lobus frontalis. Stirnlappen des Gehirns.

Lymphogranulomatose. Synonym für → Morbus Hodgkin.

Lymphozythen. Über die Lymphbahn gelangende weiße Blutkörperchen.

Maligne. Bösartig.

Mantoux-Test. Tuberkulin-Sensibilitäts-Test.

Mastoidektomie. Entfernung entzündlich veränderter Brustdrüsen.

Medial. Mittige Hirnareale.

Megakolon. Dickdarmerweiterung mit schweren Passagestörungen, z. B. starker Kotfüllung in der Ampulle.

Merieux-Stempel. Antigen-Test, auf der Haut durchgeführt.

Metabolisch. Stoffwechselbedingt.

Miktion. Harnlassen.

Morbus Crohn und → Colitis ulcerosa. Bei diesen entzündlichen und relativ begrenzten Erkrankungen des Dick- bzw. Dünndarms steht die genaue körperliche Ätiologie noch nicht fest (z. B. Autoimmunreaktion), psychologische Faktoren können jedoch unterschiedlich stark mitbeteiligt sein. Belastend sind für den Patienten vor allem die sehr häufigen schleimigen und blutigen Stühle, die ohne ersichtlichen Grund auftretenden Verschlechterungen und weitere Begleiterscheinungen wie Eisenmangel, Gewichtsverlust, Leibschmerzen.

Morbus Hodgkin. Lymphogranulomatose; malignes Lymphom, das wahrscheinlich von den Lymphknoten ausgeht.

Multiple Sklerose. Die Erkrankung ist durch herdförmige Entmarkungen des ZNS bestimmt, ihre Ursache ist noch relativ unklar; angenommen werden Autoimmunprozesse und virale Komponenten.

Musculus trapezius. Trapezmuskel, großer trapezförmiger Rückenmuskel.

Myofibrose. Bindegewebige Durchsetzung der Muskulatur.

Myopie. Kurzsichtigkeit.

Nekrotisierung. Absterben von Zellen, Gewebe, Zelltod.

Neurodermitis. Chronisches oder chronisch-rezidivierendes Ekzem, meist von starkem Juckreiz begleitet. Bedingt durch immunologische und psychische Faktoren; Disposition vermutlich erblich.

Neurofibrom. Benigner Tumor, der von peripheren Nervenfasern ausgeht und kollagenes Bindegewebe enthält.

Neuropathie. Erkrankung peripherer Nerven.

Nociceptive Stimulation. Reizung der Schmerzrezeptoren.

Nociceptiver Spinal-Reflex. Über Schmerzrezeptoren tätiger Rückenmarksreflex.

Noxisch. Schädigend.

Nystagmus. Unwillkürliches waagrechtes, senkrechtes oder rotierendes Augenzittern.

Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS). Bei Schlaftiefe erschläft das Gaumensegel (ca. 20–60 Mal pro Stunde) und verschließt die Atemwege, was zu Atemstillstand, Reduktion der Sauerstoffsättigung im Blut, rapider Blutdruckzunahme und Panikzuständen führt (Orth et al., 1994; Lavie, 2007).

Occipital. Zum Hinterhaupt hin.

Ösophagusspasmen. Krämpfe der Speiseröhre.

P300-Ableitungen im EEG. In Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis folgen EEG-Aktivitäten (→ Ereignisbezogene Potenziale); P300 beinhaltet eine EEG-Wellenform mit einer Spitze zu diesem Ereignis in positiver (P) Richtung, die 300 Millisekunden nach der Stimulierung einsetzt.

Papez-Kreis. Von James W. Papez (1937) entwickelte Theorie, mit der eine neurofunktionale Erklärung für die Entstehung von Emotionen gegeben wird. Der Papez-Kreis ist eine

Kette von Neuronen, die zur Aufrechterhaltung von gegenwärtigen Gedächtnisinhalten dienen.

Parietal. Seitlich, wandständig.

Pavor nocturnus. Nächtliche Angstanfälle.

Peak-Flow. Maximale Atemstärke bei forcierter Ausatmung.

PET. Positronen-Emissions-Tomografie.

PGR. Psychogalvanischer Reflex; psychisch bedingte Veränderung der Hautleitfähigkeit.

Phagophobie. Angst vor dem Schlucken.

Plethysmograph. Volumenmessung – hier Veränderung des Fingervolumens durch die periphere Durchblutung.

Posteriore Aktivitätszentren. Hintere Aktivitätszentren im Gehirn.

Präeklampsie. Schwangerschaftserkrankung, z. B. Bluthochdruck mit Ödembildung.

Priming. Beeinflussung der Verarbeitung eines Reizes, indem ein vorangegangener Reiz implizite Gedächtnisinhalte aktiviert hat.

Pruritus. Hautjucken und zwanghaftes Kratzen.

Psoriasis (Schuppenflechte). Scharf begrenzte, schuppige Hautareale unterschiedlicher Größe, oft juckend. Je nach Form kann eine Ausbreitung über den gesamten Körper erfolgen. Ursachen sind weitgehend unbekannt, eventuell sind genetische Faktoren anzunehmen.

Quincke-Ödem. Besonders im Gesicht auftretende Schwellung als Sofortreaktion einer Allergie.

Raynaudsche Erkrankung. Es erfolgt eine extreme Vasokonstriktion (Zusammenziehung der Gefäße) in den Extremitäten und dadurch Minderdurchblutung, verbunden mit Taubheitsgefühl und Schmerzen; verursacht durch Kältereize und/oder Belastungssituationen.

Refluxösophagitis und → Ösophagusspasmen. Durch Magensäurerückfluss werden sekundäre peristaltische Wellen bewirkt, so

dass der Patient durch häufiges Schlucken den pH-Wert (Sodbrennen) korrigieren muss.

Reizcolon. Bei dem unter dem Syndrom »Reizcolon« zusammengefassten Beschwerden wie Diarrhoe, Schmerzen im Bauchraum, Darmkrämpfe, Verdauungsbeschwerden sind deutlich psychogene Ursachen wie Stress oder Depression festzustellen.

REM-Phasen. Rapid eye movements = REM; typische Augenbewegungen und EEG-Muster im Schlaf.

Rheuma. Schmerzhaftes Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates. Je nach Lokalisierung sind zu 200 bis 400 Einzelerkrankungen zu unterscheiden.

Rhinitis, allergische. Heuschnupfen.

Rosacea. Polygenetische Dermatoze; seborrhoische Konstitution, Labilität des Gefäßnervensystems, Magen-Darm- und Leberstörungen sind bedeutsam.

Sichelzellanämie. Fast ausschließlich bei Schwarzen vorkommende, chronische hämolytische Anämie, oft mit Schmerzen und neurologischen Ausfällen verbunden.

Singultus (= Schluckauf). Es besteht ein unwillkürliches Zusammenziehen des Zwerchfells mit tönender Einatmung. Ursachen sind mannigfaltig (z. B. Reizung, Intoxikation, allergisch-epigastrisches Syndrom).

Sinus carotis. Blutdruckregelnder Nerv an der Halsschlagader.

Sklerodermie. Wachsartiges Hartwerden der Haut, ggf. Mitbeteiligung der inneren Organe.

Skrotale Tumore. Hodensackgeschwülste, Hodentumore.

Strabismus. Schielen.

Stroop-Effekt. Benannt nach J. Ridley Stroop (1935). Im Experiment werden Farbwörter vorgelegt, die nicht immer ihrer Druckfarbe entsprechen. Dadurch entsteht eine Interferenzwirkung, verbunden mit einem mentalen Verarbeitungskonflikt.

Sympathektomie, epidural. Grenzstrangresektion; partielle oder vollständige chirurgische Durchtrennung des Sympathikus, z. B. bei arteriellen Verschlusskrankheiten. Dadurch Weiterstellung der Gefäße.

Sympathikotonus. Erhöhter Erregungszustand des Sympathikus.

Sympathikusaktivität. Bewirkt u. a. Blutdruckanstieg, Zunahme der Herzfrequenz, verringerte Sekretion der inneren Drüsen.

Synkopen. Sogenannte Ohnmacht; kurze Bewusstlosigkeit für Sekunden oder Minuten.

Synkretisch. Ansätze verschiedener Theorien vermischend.

Tachykardie. Steigerung der Herzfrequenz auf über 100/min.

Temporal. Seitlich.

Temporalisfeedback. Rückmeldung der Kopfdurchblutung im Schläfenbereich.

Temporallappen. Seitenlappen des Gehirns.

Thalamocortikal. Auf das Gehirnnareal bezogen, das die Interaktion zwischen Thalamus und → Kortex bildet.

Thrombangitis obliterans. Schubweise verlaufende chronisch-entzündliche Gefäßerkrankung mit peripheren Durchblutungsstörungen mit Kältegefühl und Schmerzen verbunden; sekundäres Raynaud-Syndrom.

Thyreoidektomie. Operative Schilddrüsenentfernung.

Tinnitus. Das störende und meist dauernd anhaltende Ohrenklingen wird wahrscheinlich peripher in den Haarzellen der Schnecke verursacht. Multiple Verursachungen wie Minderdurchblutungen z. B. durch orthopädische Probleme, ebenso Hörsturz, chronische Kontamination mit Holzschutzmitteln etc. sind bekannt.

TNF. Tumor-Nekrose-Faktor; Substanz von Makrophagen gebildet, die selektiv zur Lyse von Tumorzellen führt.

Token-System. Belohnungspunkte, Bonuspunkte, die zur operanten Verstärkung nach einem vereinbarten System gegeben werden.

Tonsillektomie. Operative Entfernung der Mandeln.

Traditionelle chinesische Medizin (TCM). Beinhaltet u. a., dass bestimmte Körperpunkte in einem Netzwerk von Kanälen (= Meridiane) zueinander stehen, durch die Qi, die Vitalenergie in allen Lebewesen, fließt, die spirituelle, emotionale, mentale und körperliche Balance zwischen inneren und äußeren Wirkungen reguliert.

Tubenligatur. Unterbrechung der Eileiter.

Übergangssubjekt. Begriff von Benedetti, um ein komplexes Gebilde von gegenseitigen Fantasien und Träumen zu bezeichnen, die sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten gehören. Es ist das therapeutische Feld zwischen Patient und Therapeut, in welchem eine direkte, konstruktive Kommunikation von Unbewusstem möglich ist.

Unilateral. Einseitig.

Ureter. Harnleiter.

Urtikaria (Nesselsucht). Symptome: Stark juckende Quaddelerhebungen der oberen Hautschicht durch ödematöse Schwellungen. Es werden allergische und nichtallergische Formen unterschieden. Es erfolgt eine Histaminfreisetzung durch mechanische Reizung oder als allergische Reaktion oder als Intoleranzphänomen. Die cholinerge Urtikaria wird durch psychische Faktoren, hormonelle Störungen oder Kälte- bzw. Hitzereize bedingt.

Vagus. = Nervus vagus.

Vasodilatation. Gefäßerweiterung.

Vasokonstriktion. Gefäßverengung.

Ventrikuläre Tachykardie. Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung mit überhöhter Kammerfrequenz.

Verrucae. Warzen. Sie sind gutartige überempfindliche Neubildungen der Haut; an den Händen meist sichtbar als Verruca vulgaris. Sie werden durch Papilloma-Viren hervorgerufen.

Verstärkung, differenzielle. Verstärkung allein der gewünschten Verhaltensweisen, während die wenig erwünschten unbeachtet bleiben.

Verstärkung, kontingente. Sofortige Verstärkung eines Verhaltens, also ohne zeitliche Verzögerung.

Vestibulär. Auf das Gleichgewichtsorgan (Vestibulum) bezogen.

Vestibuläre Vulvitis. Bereits die Berührung des Scheidenvorhofs (Vestibulum) ist mit starkem Schmerz verbunden, was Untersuchungen oder Geschlechtsverkehr schwierig oder unmöglich macht. Ursachen können Entzündungen und Nervenschmerzen sein (Ehmer, 2004).

Vulvodynie, dysästhetische. Oft menopausal auftretende starke chronische Schmerzzustände im Bereich der äußeren primären Geschlechtsorgane der Frau. Wahrscheinlich bedingt durch eine chronische Schädigung des Pudendusnervs.

Zerebrovaskulär. Die Gefäße des Großhirns betreffend.

Ziliarmuskel. Augenmuskel.

Ziliarspasmus. Krampf im Augenmuskel.

Zyanose. Blau-rote Hautverfärbung infolge reduzierter Sauerstoffzufuhr.

Zystometrie. Blasen(druck)messung.



Hinweise zu den Online-Materialien

Sie können die im Buch erwähnten und mit einem Kopfhörer gekennzeichneten Audiodateien über unsere Internetseite (<http://www.beltz.de>) herunterladen. Sie kommen zu den Materialien, indem Sie auf die Seite des Titels gehen, den Link zu den Materialien anklicken und dann folgendes Passwort eingeben: **hxRpohxB** (Groß- und Kleinschreibung beachten). Dann können Sie die gewünschten Audio-Beispiele öffnen und die Dateien kopieren. Wenn Sie die Seite schließen, kommen Sie zurück zur Inhaltsübersicht.

Zu den Audio-Dateien

Den Wünschen von lernenden und praxiserfahrenen Seminarteilnehmern bzw. Psychotherapeuten, Ärzten und Zahnärzten folgend, sind dem Buch Audio-Dateien von 65 Minuten Spieldauer beigelegt.

In der Praxis der Therapie mit Hypnose besteht oft der Bedarf nach erprobten und somit wirksamen Suggestionen, die diesen Patienten auf Tonträger überspielt werden können, damit sie nach entsprechender Anleitung Selbsthypnose erlernen. Die jeweils angefügten Zeitangaben erleichtern die Zeitplanung.

Für Studierende dienen die einzelnen Szenen als Modell für die Suggestion entsprechender Imaginationen.

Inhalt der Audiodateien		
Nr.	Seite im Buch	Dauer in Minuten
Ruheszenen		
(1) Am Meer	Thema vgl. 241	12:22
(2) Waldspaziergang		12:23
(3) Berghütte		9:40
(4) Rolltreppe	121 ff.	15:19
Übungen für Studierende		
(5) Apfel-Imagination	347	3:30
(6) Pendel	257	3:53
(7) Handfaltetest (1)	257	2:19





Hinweise zu den Online-Materialien

Sie können die im Buch erwähnten und mit einem Kopfhörer gekennzeichneten Audiodateien über unsere Internetseite (<http://www.beltz.de>) herunterladen. Sie kommen zu den Materialien, indem Sie auf die Seite des Titels gehen, den Link zu den Materialien anklicken und dann folgendes Passwort eingeben: **hxRpohxB** (Groß- und Kleinschreibung beachten). Dann können Sie die gewünschten Audio-Beispiele öffnen und die Dateien kopieren. Wenn Sie die Seite schließen, kommen Sie zurück zur Inhaltsübersicht.

Zu den Audio-Dateien

Den Wünschen von lernenden und praxiserfahrenen Seminarteilnehmern bzw. Psychotherapeuten, Ärzten und Zahnärzten folgend, sind dem Buch Audio-Dateien von 65 Minuten Spieldauer beigelegt.

In der Praxis der Therapie mit Hypnose besteht oft der Bedarf nach erprobten und somit wirksamen Suggestionen, die diesen Patienten auf Tonträger überspielt werden können, damit sie nach entsprechender Anleitung Selbsthypnose erlernen. Die jeweils angefügten Zeitangaben erleichtern die Zeitplanung.

Für Studierende dienen die einzelnen Szenen als Modell für die Suggestion entsprechender Imaginationen.

Inhalt der Audiodateien		
Nr.	Seite im Buch	Dauer in Minuten
Ruheszenen		
(1) Am Meer	Thema vgl. 241	12:22
(2) Waldspaziergang		12:23
(3) Berghütte		9:40
(4) Rolltreppe	121 ff.	15:19
Übungen für Studierende		
(5) Apfel-Imagination	347	3:30
(6) Pendel	257	3:53
(7) Handfaltetest (1)	257	2:19





Inhalt der Audiodateien		
Nr.	Seite im Buch	Dauer in Minuten
(8) Handfaltetest (2)	258 f.	2:36
Augenfixation und Entspannung	276	vor den Ruheszenen*
Induktion	273	vor den Ruheszenen*
Therapeutische Szenen		
(9) Roter Ballon	358	5:15
(10) Zeitdehnung – Wassertropfen	173	5:54
(11) Abstand gewinnen	Thema vgl. 512	6:13

* Die Induktion ist in Nr. 1–4 jeweils zu Beginn enthalten und deshalb nicht extra als Titel aufgeführt.

Ruheszenen. Als Ruheszenen nach der Einleitung und als Hauptszenen zur Entspannung dienen die Szenen: »Am Meer«, »Waldspaziergang«, »Berghütte«. Sie kommen unterschiedlichen Ruhe-Erfahrungen und Entspannungsbedürfnissen der Patienten entgegen. Die Szene »Rolltreppe« sollte mehr zur Selbsterfahrung der Lernenden dienen oder in Anwesenheit des Therapeuten angewandt werden, um darin auftreten-des Erinnerungsmaterial aufgreifen und nachbereiten zu können. Das Bild der Rolltreppe selbst trägt meist zu einer Intensivierung der Entspannung bei.

Übungen für Studierende. Die Übungen für Studierende dienen zur Selbsterfahrung und dazu, Hypnose als primär durch die Person selbst und nur wenig vom Therapeuten gesteuert zu erleben.

Die Induktion ist den Einleitungen der Ruheszenen zu entnehmen, ebenso die Auswahl und Nutzung der Augenfixation.

Therapeutische Szenen. Von den zahlreichen möglichen therapeutischen Szenen und Suggestionen konnte nur eine exemplarische Auswahl erfolgen. Sie können u. a. zur Selbsthypnose genutzt werden.

Der »Rote Ballon« ist eine Abfalltechnik. Bei den zahlreichen Anwendungen erleben Patienten diese Szene stets als sehr produktiv, da unangenehme oder sogar quälende Erinnerungen, Gefühle, Kognitionen bearbeitet werden, die nicht oder zurzeit nicht bzw. nicht mehr zu lösen sind.

Die Szene »Wassertropfen« dient zur Zeitdehnung und ist z. B. dann indiziert, wenn Handlungsabläufe eine angemessene Ausführungszeit benötigen, die Stress erzeugen kann, so bei Klassenarbeiten, Klausuren, Sexualproblemen, im Sport.

Ähnlich ist die bereits oben angeführte Szene »Berghütte« konzipiert. Bei einem Bergspaziergang kann der körperliche und damit auch befreiende mentale Abstand zu Dingen, Gedanken, Gefühlen etc. gewonnen werden. Auch dadurch ist wieder mehr Handlungsspielraum und Selbstbestimmung zu gewinnen.

Die Szene »Abstand gewinnen« kann zur Handschuhanästhesie benutzt werden, die dann auf andere Körperbereiche übertragen wird. Gleichzeitig ist sie als Möglichkeit

anzusehen, durch die Konzentration auf das Kälteerlebnis in der Hand mental von bestimmten Gedankeninhalten und Problemen Abstand zu gewinnen, ggf. auch, indem die Kälte der Hand als angenehme Kühle auf die Stirn übertragen wird.



Hinweis zur Anwendung

Die Indikationen und Anwendungsgrenzen von Tonträgern wurden bereits ausführlich besprochen.

Dennoch möchte ich hier nochmals darauf hinweisen, dass die Anwendung der Audio-Dateien nach einer entsprechenden Indikation von weiteren Anleitungen durch einen Therapeuten begleitet werden sollte.

Die Übungen für Studierende sollen zur Unterstützung von Ausbildungserfahrungen dienen und in diesem Kontext angewandt, ggf. auch supervidiert und besprochen werden.

Werden die Instruktionen und Suggestionen der Online-Dateien nicht im vorgenannten Sinn von Therapeuten fachgerecht genutzt, wird für deren Wirkung keine Verantwortung übernommen.

Verzeichnis der Imaginationsverfahren, Instruktionen und Suggestionen

Als Nachschlageliste für die Praxis sind folgende Instruktionen und Suggestionen aufgeführt:

- (1) Wörtlich abgefasste Induktionsformen, Suggestionen, Instruktionen
- (2) therapeutische, meist imaginative Verfahren

- A**
- Abfalltechnik 357
 - Abreaktion 356
 - Abstand gewinnen, Online-Materialien Titel Nr. 11 582
 - Affektbrücke 169
 - Altersregression 167
 - Amnesie der Zahl Fünf 177
 - Amnesie von Eingriff 603
 - Amnesie-Suggestion 177
 - Apfel-Imagination, Online-Materialien Titel 5 347
 - Apfeltechnik 347
 - Armkatalepsie 130
 - Armlevitation 132
 - Armschwere 128
 - Atmungstechnik 120
 - Augenkatalepsie-Test 259
- B**
- Berghütte, Online-Materialien Titel 3
 - Berührungssuggestion 605
 - Bilder 357
 - Body Scan 460
 - Body-Sway-Test 263
- C**
- Chevreulches Pendel 254
- D**
- Daumenkino 597
- E**
- Entkatastrophisierung 355
 - Enuresis, Suggestion 484
 - Erektionssuggestion 447
 - Erinnerungsstücke 169
- F**
- Feuerwehr 355
- Filmmethode 169
- Fingerfixation 276
- Fliegender Teppich 168
- G**
- Geheimer Raum 359
- H**
- Handfaltetest (1), Online-Materialien Titel 7 257
 - Handfaltetest (2), Online-Materialien Titel 8 258
 - Handlevitation, umgekehrte 418
 - Handschuhanästhesie 582
 - Helfende Person 362
- I**
- Ich-Stärkung 352
 - Idealisiertes Selbstbild 350
 - Ideomotorische Befragung 168
 - Ideomotorische Fingersignale 128
 - Induktion 121
- K**
- Kahnfahrt 168
 - Kapitän-Nemo-Geschichte 491
 - Kindheitsfoto 169
 - Kohnstamm-Phänomen 260
 - Körperimaginationen 357
- L**
- Lebensdaten 168
 - Lernen: positive Selbstwahrnehmung 479
 - Lippenbeißen 610
- M**
- Meer, Online-Materialien Titel 1
- O**
- Operationsvorbereitung 551

Verzeichnis der Imaginationsverfahren, Instruktionen und Suggestionen

Als Nachschlageliste für die Praxis sind folgende Instruktionen und Suggestionen aufgeführt:

- (1) Wörtlich abgefasste Induktionsformen, Suggestionen, Instruktionen
- (2) therapeutische, meist imaginative Verfahren

- A**
Abfalltechnik 357
Abreaktion 356
Abstand gewinnen, Online-Materialien Titel
Nr. 11 582
Affektbrücke 169
Altersregression 167
Amnesie der Zahl Fünf 177
Amnesie von Eingriff 603
Amnesie-Suggestion 177
Apfel-Imagination, Online-Materialien Titel 5 347
Apfeltechnik 347
Armkatalepsie 130
Armlevitation 132
Armschwere 128
Atmungstechnik 120
Augenkatalepsie-Test 259
- B**
Berghütte, Online-Materialien Titel 3
Berührungssuggestion 605
Bilder 357
Body Scan 460
Body-Sway-Test 263
- C**
Chevreul'sches Pendel 254
- D**
Daumenkino 597
- E**
Entkatastrophisierung 355
Enuresis, Suggestion 484
Erektionssuggestion 447
Erinnerungsstücke 169
- F**
Feuerwehr 355
- Filmmethode 169
Fingerfixation 276
Fliegender Teppich 168
- G**
Geheimer Raum 359
- H**
Handfaltetest (1), Online-Materialien Titel 7 257
Handfaltetest (2), Online-Materialien Titel 8 258
Handlevitation, umgekehrte 418
Handschuhanästhesie 582
Helfende Person 362
- I**
Ich-Stärkung 352
Idealisiertes Selbstbild 350
Ideomotorische Befragung 168
Ideomotorische Fingersignale 128
Induktion 121
- K**
Kahnfahrt 168
Kapitän-Nemo-Geschichte 491
Kindheitsfoto 169
Kohnstamm-Phänomen 260
Körperimaginationen 357
- L**
Lebensdaten 168
Lernen: positive Selbstwahrnehmung 479
Lippenbeißen 610
- M**
Meer, Online-Materialien Titel 1
- O**
Operationsvorbereitung 551

- P**
- Paradoxe Intervention 609 f.
 - Pendel 255
 - Pille 361
 - Placebo 605
 - Posthypnotische Suggestionen 183
 - Probehandeln 353
 - Projektionswand 360
 - Projektormethode 169
 - Pyramide 512
- R**
- Räume, diverse 359
 - Regietechniken 352
 - Rolle, gewünschte, abgelehnte 350
 - Rolltreppe, Online-Materialien Titel 4 121
 - Roter Ballon, Online-Materialien Titel Nr. 9 358
 - Rotkehlchenszene, Zeitraffer 173
 - Rückwärtszählen 168
 - Ruhszene Strand, Online-Materialien Titel Nr. 1 241
- S**
- Schlafinduktion 221
 - Schlafstörungen, Body Scan 460
 - Schlafstörungen, Selbsthypnose 460
 - Schmerzunempfindlichkeit 180
 - Schneeball 512
 - Schreiben mit der ungewohnten Hand 168
 - Schultafel 360
 - Spiegelbild 349
 - Steigerungstechniken 355
 - Strand, Online-Materialien Titel Nr. 1 241
- T**
- Traum 360
- U**
- Umdeutungen 356
- V**
- Verbalsuggestion 273
 - Verborgener Beobachter 58
 - Videomethode 169
- W**
- Waldspaziergang, Online-Materialien Titel 2
 - Wassertropfen, Zeitdehnung, Online-Materialien Titel 10 173
 - Weggabelung 171
 - Weltraumszene, Zeitdehnung 173
 - Wolke 512
- Z**
- Zähltechnik 120
 - Zeitdehnung, Wassertropfen, Online-Materialien Titel 10 173
 - Zeitdehnung, Weltraumszene 173
 - Zeitraffer, Rotkehlchenszene 173

- Abasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A. Sheikvatan, M. & Mohammadyari, F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during Labor and childbirth in Iranian pregnant women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 174–183.
- Abbot, N. C., Stead, L. F., White, A. R., Barnes, J. & Ernst, E. (2000). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001008.
- Abraham, H. A. (1968). Hypnosis used in the treatment of somatic manifestation of a psychiatric disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 10, 304–309.
- Abrahams, S. (1964). Implications of learning therapy in treatment of depression by implying hypnosis as an adjunctive technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 331.
- Abrahamsen, R., Badad-Hansen, L. & Svensson, P. (2008). Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – clinical and psychosocial findings. *Pain*, 136(1–2), 44–52.
- Abrahamsen, R., Dietz, M., Lodahl, S., Roepstorff, A., Zachariae, R., Ostergaard, L. & Svensson, P. (2010). Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with tempromandibular disorder pain. *Pain*, 151(3), 825–833.
- Abrahamsen, R., Zachariae, R. & Svensson, P. (2009). Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in tempromandibular disorders patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(9), 556–570.
- Abramowitz, C. G. & Lichtenberg, P. (2009). Hypnotherapeutic olfactory conditioning (HOC): Case studies of needle phobia, panic disorder, and combat-induced PTSD. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 184–197.
- Abramowitz, C. G. & Lichtenberg, P. (2010). A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorders: A prospective open study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 316–328.
- Abramowitz, E. G., Barak, Y., Ben-Avi, I. & Knobler, H. Y. (2008). Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: A randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 270–280.
- Abrams, D., Crisp, R. J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L. & Provias, D. (2008). Threat inoculation: Experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype treatment effects on older people's math performance. *Psychology and Aging*, 23(4), 934–939.
- Accardi, M. C. & Milling, L. S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: A comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 328–339.
- Achterberg, J. A., McGraw, P. & Lawlis, G. F. (1981). Rheumatoid arthritis: A study of relaxation and temperature biofeedback as an adjunctive therapy. *Biofeedback and Self Regulation*, 6, 207–223.
- Acker-Levinthal, N. (1982). The relative impact of hypnosis and suggestion on the recovery of pediatric tonsilectomy. Dissertation, University of Michigan.
- Ackerman, R. J. (2004). Applied psychophysiological, clinical biofeedback, and rehabilitation neuropsychology: A case study – mild traumatic brain injury and post-traumatic stress disorder. *Physical and Medical Rehabilitation of Clinics of North America*, 15(4), 919–931.
- Acocella, J. (1999). Creating hysteria: Women and multiple personality disorder. San Francisco CA: Jossey-Bass Inc.
- Acosta, F. (1987). Weaning the anxious ventilator patient using hypnotic relaxation: Case reports. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(4), 272–280.
- Acosta, J. K. & Levenson, R. L. Jr. (2002). Observations from Ground Zero at the World Trade Center in New York City, Part II: Theoretical and clinical considerations. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4(2), 119–126.
- Adamaszek, R. (1991). Kurztherapie bei einem Fall von Angstneurose. *Hypnose und Kognition*, 8(2), 30–36.
- Adams, P.J. (2008). Language, mysticism, and hypnotizability: A brief Communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 73–82.
- Addelston, H. K. (1959). Child patient training. *Fourtnightly Review of the Chicago Dental Society*, 38, 7–9, 27–29.
- Addy, M. (2002). Dentin hypersensitivity: New perspectives on an old problem. *International Dental Journal*, 6, 367–375.
- Addy, M., Mostafa, P. & Newcombe, R. (1987). Dentine hypersensitivity: A comparison of five toothpastes used during 6-week period. *British Dental Journal*, 163, 45–51.
- Ader, R. (Ed.) (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Ader, R. (2000). On the development of psychoneuroimmunology. *European Journal of Pharmacology*, 405, 167–176.
- Ader, R. & Cohen, N. (1981). Conditional immunopharmacology response. In R. Ader (Eds.), *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Adrian, C. (1996). Therapist sexual feelings in hypnotherapy: Managing therapeutic boundaries in hypnotic work. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(1), 20–32.
- Agargun, M. Y., Oner, Y. & Akbayram, S. (2001). Hypnotic intervention for pain management in a child with sickle cell anemia. *Sleep and Hypnosis*, 3(3), 127–128.
- Agargun, M. Y., Tekeoglu, I., Kara, H., Adak, B. & Ercan, M. (1998). Hypnotizability, pain threshold, and dissociative experience. *Biological Psychiatry*, 44(1), 69–71.
- Agle, D. P. (1964). Psychiatric studies of patients with hemophilia and related states. *Archives of International Medicine*, 114, 76–83.
- Agnew, S. E. & Powell, M. B. (2004). The effect of intellectual disability on children's recall of an across different question types. *Law and Human Behavior*, 28(3), 273–294.
- Agrawal, A. & Whorwell, P. J. (2006). Irritable bowel syndrome: Diagnosis and management. *British Medical Journal*, 332(7536), 280–283.
- Ahijevych, K., Yerardi, R. & Nedisly, N. (2000). Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(4), 374–387.
- Ahmed, M. A., Martinez, A., Yee, A., Cahill, D. & Besang, F. M. (2008). Psychogenic and organic movement disorders in children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(4), 300–304.
- Alarcon, A., Capafons, A., Bayot, A. & Cardena, E. (1999). Preference between two methods of active-alert hypnosis: Not all techniques are equal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(3), 269–276.
- Albert, G. (1978). The analyst as hypnotherapist. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 9(2), 130.
- Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (1977). Ich behaupte mich selbst. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Alexander, A. B. (1981). Asthma. In H. Haynes & L. Gannong (Eds.), *Psychosomatic disorders. A psychophysiological approach to etiology and treatment*. New York: Praeger Publishers.

- Abasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A. Sheikvatan, M. & Mohammadyari, F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during Labor and childbirth in Iranian pregnant women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 174–183.
- Abbot, N. C., Stead, L. F., White, A. R., Barnes, J. & Ernst, E. (2000). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001008.
- Abraham, H. A. (1968). Hypnosis used in the treatment of somatic manifestation of a psychiatric disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 10, 304–309.
- Abrahams, S. (1964). Implications of learning therapy in treatment of depression by implying hypnosis as an adjunctive technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 331.
- Abrahamsen, R., Badad-Hansen, L. & Svensson, P. (2008). Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – clinical and psychosocial findings. *Pain*, 136(1–2), 44–52.
- Abrahamsen, R., Dietz, M., Lodahl, S., Roepstorff, A., Zachariae, R., Ostergaard, L. & Svensson, P. (2010). Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with tempromandibular disorder pain. *Pain*, 151(3), 825–833.
- Abrahamsen, R., Zachariae, R. & Svensson, P. (2009). Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in tempromandibular disorders patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(9), 556–570.
- Abramowitz, C. G. & Lichtenberg, P. (2009). Hypnotherapeutic olfactory conditioning (HOC): Case studies of needle phobia, panic disorder, and combat-induced PTSD. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 184–197.
- Abramowitz, C. G. & Lichtenberg, P. (2010). A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorders: A prospective open study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 316–328.
- Abramowitz, E. G., Barak, Y., Ben-Avi, I. & Knobler, H. Y. (2008). Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: A randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 270–280.
- Abrams, D., Crisp, R. J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L. & Provias, D. (2008). Threat inoculation: Experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype treatment effects on older people's math performance. *Psychology and Aging*, 23(4), 934–939.
- Accardi, M. C. & Milling, L. S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: A comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 328–339.
- Achterberg, J. A., McGraw, P. & Lawlis, G. F. (1981). Rheumatoid arthritis: A study of relaxation and temperature biofeedback as an adjunctive therapy. *Biofeedback and Self Regulation*, 6, 207–223.
- Acker-Levinthal, N. (1982). The relative impact of hypnosis and suggestion on the recovery of pediatric tonsilectomy. Dissertation, University of Michigan.
- Ackerman, R. J. (2004). Applied psychophysiological, clinical biofeedback, and rehabilitation neuropsychology: A case study – mild traumatic brain injury and post-traumatic stress disorder. *Physical and Medical Rehabilitation of Clinics of North America*, 15(4), 919–931.
- Acocella, J. (1999). Creating hysteria: Women and multiple personality disorder. San Francisco CA: Jossey-Bass Inc.
- Acosta, F. (1987). Weaning the anxious ventilator patient using hypnotic relaxation: Case reports. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(4), 272–280.
- Acosta, J. K. & Levenson, R. L. Jr. (2002). Observations from Ground Zero at the World Trade Center in New York City, Part II: Theoretical and clinical considerations. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4(2), 119–126.
- Adamaszek, R. (1991). Kurztherapie bei einem Fall von Angstneurose. *Hypnose und Kognition*, 8(2), 30–36.
- Adams, P.J. (2008). Language, mysticism, and hypnotizability: A brief Communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 73–82.
- Addelston, H. K. (1959). Child patient training. *Fournightly Review of the Chicago Dental Society*, 38, 7–9, 27–29.
- Addy, M. (2002). Dentin hypersensitivity: New perspectives on an old problem. *International Dental Journal*, 6, 367–375.
- Addy, M., Mostafa, P. & Newcombe, R. (1987). Dentine hypersensitivity: A comparison of five toothpastes used during 6-week period. *British Dental Journal*, 163, 45–51.
- Ader, R. (Ed.) (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Ader, R. (2000). On the development of psychoneuroimmunology. *European Journal of Pharmacology*, 405, 167–176.
- Ader, R. & Cohen, N. (1981). Conditional immunopharmacology response. In R. Ader (Eds.), *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Adrian, C. (1996). Therapist sexual feelings in hypnotherapy: Managing therapeutic boundaries in hypnotic work. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(1), 20–32.
- Agargun, M. Y., Oner, Y. & Akbayram, S. (2001). Hypnotic intervention for pain management in a child with sickle cell anemia. *Sleep and Hypnosis*, 3(3), 127–128.
- Agargun, M. Y., Tekeoglu, I., Kara, H., Adak, B. & Ercan, M. (1998). Hypnotizability, pain threshold, and dissociative experience. *Biological Psychiatry*, 44(1), 69–71.
- Agle, D. P. (1964). Psychiatric studies of patients with hemophilia and related states. *Archives of International Medicine*, 114, 76–83.
- Agnew, S. E. & Powell, M. B. (2004). The effect of intellectual disability on children's recall of an across different question types. *Law and Human Behavior*, 28(3), 273–294.
- Agrawal, A. & Whorwell, P. J. (2006). Irritable bowel syndrome: Diagnosis and management. *British Medical Journal*, 332(7536), 280–283.
- Ahijevych, K., Yerardi, R. & Nedisly, N. (2000). Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(4), 374–387.
- Ahmed, M. A., Martinez, A., Yee, A., Cahill, D. & Besang, F. M. (2008). Psychogenic and organic movement disorders in children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(4), 300–304.
- Alarcon, A., Capafons, A., Bayot, A. & Cardena, E. (1999). Preference between two methods of active-alert hypnosis: Not all techniques are equal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(3), 269–276.
- Albert, G. (1978). The analyst as hypnotherapist. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 9(2), 130.
- Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (1977). Ich behaupte mich selbst. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Alexander, A. B. (1981). Asthma. In H. Haynes & L. Gannong (Eds.), *Psychosomatic disorders. A psychophysiological approach to etiology and treatment*. New York: Praeger Publishers.

- Alexander, A. B., Cropp, G. J. A. & Chai, H. (1979). The effects of relaxation training on pulmonary mechanics in children with asthma. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 17–35.
- Alfermann, D. & Stoll, O. (1997). Sport in der Primärprävention: Langfristige Auswirkungen auf psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5(2), 91–108.
- Al-Harasi, S., Ashley, P. F., Moles, D. R., Parekh, S. & Walters, V. (2010). Hypnosis for children undergoing dental treatment. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4(8), CD007154.
- Alkire, M. T., Haier, R. J., Fallon, J. H. & Barker, S. J. (1996). PET imaging of conscious and unconscious verbal memory. *Journal of Consciousness Studies*, 3, 448–462.
- Alladin, A. (2006). Kognitive hypnotherapie for treating depression. In: R. Chapman (Ed.), *The clinical use of hypnosis with kognitive behavior therapy: A practitioner's casebook* (pp. 139–187). New York: Springer.
- Alladin, A. (2008). Cognitive hypnotherapie. An integrated approach to the treatment of emotional disorders. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapie for depression. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 165–185.
- Alladin, A. & Alibahi, A. (2007). Kognitive hypnotherapie for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147–166.
- Allan, C. A. (1995). Alcohol problems and anxiety disorders: A critical review. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 145–151.
- Allemann, P. (2002). Förderung von Selbstwert und Kompetenz bei Kindern durch das dialogische Gestalten. Video. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Allen, A. L. & Siegfried, E. C. (2000). What's new in human papilloma virus infection. *Current Opinion in Pediatrics*, 12(4), 365–369.
- Allen, B. L. (1983). The use of hypnotherapie in the rehabilitation of cerebral vascular accident patients. Diss. East Texas State University.
- Allen, D. S. (1995). Schizophreniform psychosis after stage hypnosis. *British Journal of Psychiatry*, 166(5), 680.
- Allen, J. G., Console, D. A. & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160–171.
- Alman, B. M. & Lanbrou, P. T. (2002). Selbst-Hypnose. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag.
- Alman, B. M. & Wexler, D. (1988). Consequences of direct and indirect suggestion on success of posthypnotic behavior. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 112–118.
- Altman, K., Grah, C. & Friman, P. C. (1982). Treatment of unobserved trichotillomania by attention reflection and punishment of an overt covariant. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 337–341.
- Altschuler, E. L. (2003). Informed consent in an Edgar Allen Poe tale. *Lancet*, 362(9394), 1504.
- Alvarez, X. A., Lombardi, V. R., Corzo, L., Perez, V., Pichel, V., Laredo, M., Hernandez, A., Freixeiro, F., Sampedro, C., Lonrenzo, R., Alcaraz, M., Windisch, M. & Cacabelos, R. (2000). Oral Cerebrolysin® enhances brain alpha activity and improves cognitive performance in elderly control subjects. *Journal of Neural Transmission-Supplement*, 59, 315–328.
- Ambrose, G. (1968). Hypnosis in the treatment of children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 11, 1–5.
- Ament, P. (1971). Removing of gagging, a response to variable behaviour patterns. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 1–9.
- American Medical Association (A. M. A.) (1961). Regarding hypnosis: A statement of position by the American Psychiatric Association, February, 15.
- American Medical Association, Council of Affairs (1985). Scientific status of refreshing recollection by the use of hypnosis. *Journal of the American Medical Association*, 253, 1918–1923. Reprinted: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1986, 34, 1–12.
- American Medical Association, Council on Scientific Affairs (1994). Memories of childhood abuse. CSA Report 5-A-95, Reprinted: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1995, 43(2), 114–115.
- American Psychiatric Association (APA), (1994). Statements on memories of sexual abuse. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 261–264.
- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis (1994). Definition and description of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 11(2), 143.
- Anbar, R. D. (2000). Self-hypnosis for patients with cystic fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, 30(6), 461–465.
- Anbar, R. D. (2001a). Automatic word processing: A new forum for hypnotic expression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1), 27–36.
- Anbar, R. D. (2001b). Self-hypnosis for management of chronic dyspnea in pediatric patients. *Pediatrics*, 107(2), 21.
- Anbar, R. D. (2001c). Self-hypnosis for the treatment of functional abdominal pain in childhood. *Clinical Pediatrics*, 40(8), 447–451.
- Anbar, R. D. (2002). Hypnosis in pediatrics: Applications at a Pediatric Pulmonary Center. *BMC Pediatrics*, 2(1), 11.
- Anbar, R. D. (2004). Stressors associated with dyspnea in childhood: Patient's insight and a case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(2), 93–191.
- Anbar, R. D. (2006). Enhancing the use of hypnosis in medical practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(2), 97–99.
- Anbar, R. D. (2007). User friendly hypnosis as an adjunct for treatment of habit cough: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(2), 171–175.
- Anbar, R. D. (2009). Childhood habit cough treated with consultation by telephone: A case report. *Coughjournal*, 5(2), doi:10.1186/1745-9974-5-2.
- Anbar, R. D. & Geisler, S. C. (2005). Identification of children who may benefit from self-hypnosis at a pediatric pulmonary center. *BioMed Central Pediatrics*, 5(6), doi:10.1186/1471-2431-5-6.
- Anbar, R. D. & Hall, H. R. (2004). Childhood habit cough treated with self-hypnosis. *Journal of Pediatrics*, 144(2), 213–217.
- Anbar, R. D. & Hekir, D. A. (2000). Hypnosis as a diagnostic modality for vocal cord dysfunction. *Pediatrics*, 106(6), E81.
- Anbar, R. D. & Hummell, K. E. (2005). Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric pulmonary center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 45–49.
- Anbar, R. D. & Murthy, V. V. (2010). Reestablishment of hope as an intervention for a patient with cystic fibrosis awaiting lung transplantation. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(9), 1007–1010.
- Anbar, R. D. & Slothower, M. P. (2006). Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: A retrospective chart review. *BMC Pediatrics*, 6, 23.
- Anbar, R. D. & Zoughbi, G. G. (2008). Relationship of headache-associated stressors and hypnosis therapy outcome in children: A retrospective chart review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(4), 335–341.
- Andersen, E. L. (1982). Effects of hypnotic inductions on the nasal congestion of 24 hayfever sufferers. Diss., The Union for Experimenting Colleges and Universities.
- Andersen, H.-C. (1835). *Des Kaisers neue Kleider*. München: Droemer (1938).
- Anderson, J. R. (1978). Arguments concerning representations for mental imagery. *Psychological Review*, 85, 249–277.

- Andersson, G. & Lyttkens, L. (1999). A meta-analytic review of psychological treatment for tinnitus. *British Journal of Audiology*, 33(4), 201–210.
- Andersson, G., Melin, L., Haeghebaert, C. & Scott, B. (1995). A review of psychological treatment approaches for patients suffering from tinnitus. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(4), 357–366.
- Angst, J., Sellararo, R., Stolar, M., Merikangas, K. R. & Endicott, J. (2001). The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 110–116.
- Antonelli, C. & Luchetti, M. (2010). Mirror neurons and empathy: Proposal of a novel paradigm for hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 27(1), 19–26.
- Antonius, O. (1947). Beobachtungen an einem Onagerhengst. *Umwelt*, 1, 299–300.
- Apel, M., Bellezza, F., Lynn, S., Rhue, J. W. & Weeks, J. R. (1988). The effects of type of hypnotic induction and recall expectancy on eyewitness recall. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Den Haag.
- Apkarian, A. C., Bushnell, M. C., Treede, R. & Zubieta, J. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*, 9, 463–484.
- Appel, P. R. (1990). Clinical applications of hypnosis in the physical medicine and rehabilitation setting: Three case reports. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(2), 85–93.
- Appel, R. R. & Bleiberg, J. (2005). Pain reduction is related to hypnotizability but not to relaxation or to reduction in suffering: A preliminary investigation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 153–161.
- Araoz, D. (2005). Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(4), 229–242.
- Araoz, D. L. (1979). Hypnosis in group therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 1–13.
- Araoz, D. L. (1983a). Use of hypnotic techniques with oncology patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1(4), 47–54.
- Araoz, D. L. (1983b). Hypnose therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(1), 37–41.
- Araoz, D. L. (1985). *The new hypnosis*. New York: Brunner/ Mazel.
- Araoz, D. L. (1989). *Die neue Hypnose*. Paderborn: Junfermann.
- Aravindakshan, K. K., Jenner, A. & Souster, L. P. (1988). A study of the effects of hypnotic regression on the auditory evoked response. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(2), 89–95.
- Arbuthnott, K. D., Arbuthnott, D. W. & Rossiter, L. (2001). Guided imagery and memory: Implications for psychotherapists. *Journal of Consulting Psychology*, 48, 123–133.
- Arnell, U. & Finer, B. (1975). Psychotherapist – hypnotherapist as a cotherapist in a borderline patient. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, 13.–19.8.1988. Den Haag.
- Arnold, B. M. (1946). On the mechanism of suggestion and hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 107–128 (1946).
- Arnold, M. B. (1959). Brain function in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7, 109.
- Arnstein, D., Lakey, B., Compton, R. J. & Kleinow, J. (2011). Pre-verbal oral-monitoring in stutterers and fluent speakers. *Bain and Language*, (in Vorb.).
- Aron, A., Badre, D., Brett, M., Cacioppo, J., Chambers, C., Cools, R. & Winkelman, P. (2007). November 144. Politics and the brain. *New York Times*, p. 1
- Arrigo, J. M. & Pezdek, K. (1998). Textbook models of multiple personality: Source, bias, and social consequences. In S. J. Lynn & K. M. McConkey (Eds.), *Truth in memory* (pp. 372–393). New York: The Guilford Press.
- Arroyo, H. A. (2003). Headaches in children and adolescents: An ethiopathogenetic classification. *Revista de Neurologica*, 37, 364–370.
- Ashton, C. Jr., Whitworth, G. C., Seldomridge, J. A., Shapiro, P. A., Weinberg, A. D., Michler, R. E., Smith, C. R., Rose, E. A., Fisher, S. & Oz, M. C. (1997). Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. *Journal of Cardiovascular Surgery*, (Torino), 38(1), 69–75.
- Ashton, R. C., Whitworth, G. C., Seldomridge, J. A., Shapiro, P. A., Michler, R. E., Smith, C. R., Rose, E. A., Fisher, S. & Oz, M. C. (1999). The effects of self-hypnosis on quality of life following coronary artery bypass surgery: Preliminary results of a prospective, randomized trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 1(3), 285–290.
- Astington, J. W., Harris, P. L. & Olson, D. R. (1988). *Developing theories of mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Astor, M. H. (1973). Hypnosis and behavior modification combined with psychoanalytic psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 18–24.
- Atkinson, D., Iannotti, S., Cozzolino, M., Castiglione, S., Cicatelli, A., Vyas, B., Mortimer, J., Hill, R., Chovanec, E., Chiamberlando, A., Cuadros, J., Virot, C., Kerouac, M., Kalfass, T., Krippner, S., Frederick, C., Gregory, B., Shaffran, M., Bullock, M., Soleimany, E., Rossi, A. C., Rossi, K. & Rossi, E. (2010). A new bioinformatics paradigm for the theory, research, and practice of therapeutic hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(1), 27–46.
- Auerback, A. (1962). Attitudes of psychiatrists to the use of hypnosis. *Journal of the American Medical Association*, 180, 971 (1962).
- Avampt, J. A. (1975). Hypnosis: A cure for torticollis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18(1), 60–62.
- Aviv, A. (2006). Tele-hypnosis in the treatment of adolescent school refusal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(1), 31–40.
- Aydin, S., Ercan, M., Caskurlu, T., Tasci, A. I., Karaman, I., Odabas, O., Yilmaz, Y., Agargun, M. Y., Kara, H. & Sevin, G. (1997). Acupuncture and hypnotic suggestions in the treatment of non-organic male sexual dysfunction. *Scandinavian Journal of Urology & Nephrology*, 31(3), 271–274.
- Azuma, N. & Stevenson, I. (1988). »Psychic surgery« in the Philippines as a form of group hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 61–67.
- Bachner-Melman, R. & Lichtenberg, P. (2001). Freud's relevance to hypnosis: A reevaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1), 37–50.
- Backick, I. (1995). Hypnosis in the treatment of sexual desire disorder. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(1), 70–77.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gnecci-Ruscone, T., Ugo, L. & Danzi, G. B. (2004). Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *American Journal of Cardiology*, 93(8), 1035–1038.
- Baier-Rogowski, V. (1988). Angst, Magie, Suggestion. *Hypnose und was der Anästhesist damit zu tun hat*. *Anästhesie, Intensivtherapie und Notfallmedizin*, 23(2), 73–76.
- Baily, J.-S. (1784). Secret report on Mesmerism, or animal Magnetism. Reprint 2002: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 364–368.
- Baine, J. A. (1928). *Thought control in everyday life*. New York: Funk Wagnals.
- Bakal, P. A. (1981). Hypnotherapy for flight phobia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(4), 248–251.
- Bakan, P. (1969). Hypnotizability, laterality of eye movement and functional brain asymmetry. *Perceptual and Motor Skills*, 28, 927–932.

- Baker, E. L. (2000). Reflections on the hypnotic relationship: Projective identification, containment, and attunement. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(1), 56–69.
- Baker, E. L., Hulsey, T. L. & Glenn, M. B. (1990). Attitudes and practices regarding clinical hypnosis with psychotic patients a survey: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(3), 162–167.
- Baker, G. A., Brooks, J. L., Goodfellow, L., Bodde, N. & Aldenkamp, A. (2007). Treatment for non-epileptic attack disorder. *Chochrane Database System Review*, Jan 24; (1):CD006370.
- Baker, R. A. (1982). The effect of suggestion on past-life regression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 71–76.
- Baker, S. L. & Kirsch, I. (1993). Hypnotic and placebo analgesia: Order effects and the placebo label. *Contemporary Hypnosis*, 10, 117–126.
- Baker, S. R. & Boaz, D. (1983). The partial reformulation of a traumatic memory of a dental phobia during trance: A case study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(1), 14–18.
- Bakke, A. C., Purtzer, M. Z. & Newton, P. (2002). The effect of hypnotic guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1131–1137.
- Ball, T. S. (2006). Reassessment of hypnotic symptom removal by Freud and Bernheim. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 480–487.
- Ballenger, J. (1987). Unrecognized prevalence of panic disorder in primary care, internal medicine, and cardiology. *American Journal of Cardiology*, 60, 339–347.
- Ballinger, B. R. (1971). Minor self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 118, 535–538.
- Ballinger, S. E. (1983). »I'm not hypnotized«: A patient's perception of hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(2), 111–113.
- Bally, G. (1945). *Vom Ursprung und von den Grenzen der Freiheit, eine Deutung des Spieles bei Tier und Mensch*. Basel: Birkhäuser.
- Bally, G. (1966). *Einführung in die Psychoanalyse Sigmund Freuds*. Reinbek: Rowohlt.
- Balocchi, R., Paoletti, G., Santarcangelo, E. L., Scattina, E., Sebastiani, L., Macerata, A. & Veranini, M. (2008). Hypnotizability dependent autonomic modulation during a low attention task. *Computers in Cardiology*, 35, 973–976.
- Baloff, R. (2004). Grundlagen von Klärung und Diagnostik bei sexuellem Missbrauch. Überblick über Begutachtungsmethoden. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch* (S. 140–163). Göttingen: Hogrefe.
- Banaji, M. R. & Kihlstrom, J. F. (1996). The ordinary nature of alien abduction memories. *Psychological Inquiry*, 7(2), 132–135.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *The structure of magic*. Palo Alto, C.A.: Science and Behavior Books.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1982). *Reframing*. Moab, Utah: Real People Press.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification*. London: Holt, Rinehart & Winston (1969).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287–310.
- Banissi, M. J. & Ward, J. (2007). Mirror-touch synesthesia is linked with empathy. *Nature Neuroscience*, 10, 815–816.
- Bányai, E. (1988a). Interactional approach to understanding of hypnosis: Theoretical Background. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Den Haag.
- Bányai, E. (1988b). Can interactional approach bridge the gap between clinical and experimental hypnosis? Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Den Haag.
- Bányai, E. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis* (pp. 564–598). New York: Guilford Press.
- Bányai, E. & Hilgard, E. R. (1976). A comparison of active alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 218–224.
- Bányai, E., Mészáros, I. & Csokay, L. (1982). Interaction between hypnotist and subject: A social psychological approach (preliminary approach). In D. Waxman, P. C. Misra, M. Bibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis*. New York: Plenum Press.
- Bányai, É. I. (1991). Toward a social-psychological model of hypnosis. In S. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 564–598). New York: Guilford Press.
- Bányai, É. I. (2008). A hipnózis szociál-pszichobiológiai modellje. In É. I. Bányai & L. Benczúr (Eds.), *A hipnózis és hipnoterápia alapjai* (pp. 379–445). Budapest, Hungary: ELTE Eötvös Kidó.
- Barabasz, A. (1982). Restricted environmental stimulation and the enhancement of hypnotizability: Pain, EEG alpha, skin conductance and temperature response. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 147–166.
- Barabasz, A. & Barabasz, M. (1989). Effects of restricted environmental stimulation: Enhancement of hypnotizability for experimental and chronic pain control. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(3), 217–231.
- Barabasz, A. & Barabasz, M. (1996). Neurotherapy and alert hypnosis in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. In S. J. Lynn, I. Kirsch & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 271–291). Washington: American Psychological Association.
- Barabasz, A. & Barabasz, M. (2000). Treating AD/HD with hypnosis and neurotherapy. *Child Study Journal*, 30(1), 25–32.
- Barabasz, A. & Barabasz, M. (2008). Hypnosis and the brain. In M. R. Nash & A. J. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis* (pp. 337–364). New York: Oxford University Press.
- Barabasz, A. & Christensen, C. (2006). Age regression: Tailored versus scripted inductions. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(4), 251–261.
- Barabasz, A. & Lonsdale, C. (1983). Effects of hypnosis on P300 olfactory evoked potential amplitudes. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 520–523.
- Barabasz, A. & Watkins, J. G. (2005). *Hypnotherapeutic techniques*. (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Barabasz, A., Baer, L., Sheehan, D. & Barabasz, M. (1986). A three year follow up of hypnosis and restricted environmental stimulation therapy for smoking. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(3), 169–181.
- Barabasz, A., Barabasz, M., Jensen, S., Calvin, S., Trevisan, M. & Warner D. (1999). Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(1), 5–22.
- Barabasz, M. (1987). Trichotillomania: A new treatment. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(3), 146–154.
- Barabasz, M. (1989). Treatment of bulimia with hypnosis involving awareness and control in clients with high dissociative capacity. *International Journal of Psychosomatics*, 36(1–4), 58.
- Barabasz, M. (1991). Hypnotizability in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 10(1), 117–120.
- Barabasz, M. (2007). Efficacy of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 318–335.
- Barabasz, M. & Spiegel, D. (1989). Hypnotizability and weight loss in obese subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 335–341.
- Barber, J. (1977). Rapid induction analgesia: A clinical report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19(2), 138–147.

- Barber, J. (1991). The Locksmith Model: Accessing hypnotic responsiveness. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis* (pp. 241–274). New York: Guilford.
- Barber, J. (1998a). The mysterious persistence of hypnotic analgesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(1), 28–43.
- Barber, J. (1998b). When hypnosis causes trouble. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(2), 157–170.
- Barber, J. (2000). Where Ericksonian legend meets scientific method: A comment in Matthews. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(4), 427–323.
- Barber, J. (2001). Freedom from smoking: Integrating hypnotic methods and rapid smoking to facilitate smoking cessation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(3), 257–266.
- Barber, J. (Ed.) (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide*. New York: W. W. Norton & Company.
- Barber, J. & Mallin, A. H. (1977). Hypnosis and suggestion for fitting contact lenses. *Journal of the American Optometric Society*, 48(3), 379–382.
- Barber, T. X. (1958). The concept of »hypnosis«. *Journal of Psychology*, 45, 115–131.
- Barber, T. X. (1959). Toward a theory of pain: Relief of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebos, and hypnosis. *Psychological Bulletin*, 56, 430–460.
- Barber, T. X. (1961). Physiological effects of »hypnosis«. *Psychological Bulletin*, 58, 390–419.
- Barber, T. X. (1962). Hypnotic age regression: A critical review. *Psychosomatic Medicine*, 24, 286–299.
- Barber, T. X. (1965). Measuring »hypnoticlike« suggestibility with and without »hypnotic induction«: Psychometric properties, norms, and variables influencing response to the Barber Susceptibility Scale (BSS). *Psychological Reports*, 16, 809–844.
- Barber, T. X. (1966). The effects of hypnosis and suggestions on strength and endurance: A critical review of research studies. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5(1), 42–50.
- Barber, T. X. (1969). *Hypnosis. A scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T. X. (1972). Suggested hypnotic behavior: The trance paradigm vs. an alternative paradigm. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Research developments and perspectives*. Chicago: Aldine Atherton.
- Barber, T. X. (1999). A comprehensive three-dimensional theory of hypnosis. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña-Buelna & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation* (pp. 21–48). Washington: American Psychological Association.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1962). »Hypnotic« behavior as a function of task motivation. *Journal of Psychology*, 54, 363–389.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1963). »Hypnotic like« suggestibility in children and adults. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 589–597.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1964a). Toward a theory of »hypnotic« behaviour: Enhancement of strength and endurance. *Canadian Journal of Psychology/ Review of Canadian Psychology*, 18(2), 156–157.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1964b). Comparative effects on »hypnoticlike« suggestibility of recorded and spoken suggestion. *Journal of Consultant Psychology*, 28, 384.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1964c). Experimental studies in »hypnotic« behaviour: Suggested deafness evaluated by delayed auditory feedback. *British Journal of Psychology*, 55, 439–446.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1964d). An experimental study of »hypnotic« (auditory and visual) hallucinations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 13–20.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1964e). The definition of the situation as a variable affecting »hypnoticlike« suggestibility. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 438–440.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1965). Empirical evidence for a theory of »hypnotic« behavior: The suggestibility enhancing effects of motivational suggestions, relaxation-sleep suggestion, and suggestions that the subject will be effectively »hypnotized«. *Journal of Personality*, 33, 256–270.
- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1969). Multidimensional analysis of »hypnotic« behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 209–220.
- Barber, T. X. & DeMoor, W. (1972). A theory of hypnotic induction procedures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 112–135.
- Barber, T. X. & Wilson, S. C. (1972). An experimental evaluation of the new cognitive-behavioral theory and the traditional trance-state theory of »hypnosis«. *Annals of the N.Y. Academy of Science*, 296, 34–47.
- Barber, T. X. & Wilson, S. C. (1979). Guided imagery and hypnosis: Theoretical and empirical overlap and convergence in a new Creative Imagination Scale. In A. A. Sheikh & J. T. Shaffer (Eds.), *The potential of fantasy and imagination* (pp. 67–88). New York: Bradon House.
- Barber, T. X., Ascher, L. M. & Mavroides, M. (1971). Effect of practice on hypnotic suggestibility: A reevaluation of Hull's postulates. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 48–53.
- Barber, T. X., Chauncey, H. H. & Winer, R. A. (1964). Effect of hypnotic and nonhypnotic suggestions on carotid gland response to gustatory stimuli. *Psychosomatic Medicine*, 26, 374–380.
- Barber, T. X., Dalal, A. S. & Calverley, D. S. (1968). The subjective reports of hypnotic subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 11, 74–88.
- Barber, T. X., Spanos, N. P. & Chaves, J. F. (1974). *Hypnosis, imagination, and human potentialities*. New York: Pergamon Press.
- Barber, T. X., Walker, P. C. & Hahn, K. W. (1973). Effects of hypnotic induction and suggestions on nocturnal dreaming and thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 414–427.
- Barbour, J. (1980). Medigrams: Self hypnosis and asthma. *Ermerivan Family Physician*, 21, 173.
- Bargh, J. A. (1994). The four horsemen of automaticity: Awareness, intention, efficiency, and control in social cognition. In R. S. Wyer, jr. & T. K. Srull Bargh & P. M. Gollwitzer (Eds.), *Environmental control of goal-directed action: Automatic and strategic contingencies between situations and behaviour*. Nebraska Symposium on Motivation, 41, 71–124.
- Bar-Gil, B., Eli, I. & Kleinhaus, M. A. (1983). A multidisciplinary approach to the treatment of dental phobia. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 30(4), 137–141.
- Bargousslavsky, J., Walusinski, O. & Veyrunes, D. (2009). Crime, hysteria and Belle Epoque hypnotism: The path, traced by Jean-Martin Charcot and Georges Gilles de la Tourette. *European Neurology*, 62(4), 193–199.
- Barilan, Y. M. (2002). Microhypnosis. A preliminary name for introducing elements from hypnosis into doctor-patient interaction. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 29(3), 112–118.
- Barker, J., Jones, M. & Greenlees, I. (2010). Assessing the immediate and maintained effects of hypnosis on self-efficacy and soccer wall-valley performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 32(2), 243–252.
- Barling, N. R. (1998). A rationale for the use of Ericksonian hypnosis for people with fibromyalgia: An exploratory study. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(4), 189–197.

- Barmark, S. M. & Gaunitz, S. C. B. (1979). Transcendental Meditation and heterohypnosis as altered states of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(3), 227–239.
- Barnes, G. (1998). Epistemology of Alcoholism. *Hypnos*, Swedish Journal of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, 25(4), 173–188.
- Barnes, G. (2000). Criteria for evaluating reports of past life stories. *Hypnos*, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, 27(1), 29–35.
- Barnier, A. J. (2002). Remembering and forgetting autobiographical events: Instrumental uses of hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 19(2), 51–61.
- Barnier, A. J. & McConkey, K. M. (1996). Action and desire in posthypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(2), 120–139.
- Barnier, A. J. & McConkey, K. M. (1998). Posthypnotic responding: Knowing when to stop helps to keep it going. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(2), 204–219.
- Barnier, A. J. & McConkey, K. M. (1999). Hypnotic and posthypnotic suggestion: Finding meaning in the message of the hypnotist. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(3), 192–208.
- Barnier, A. J. & McConkey, K. M. (2003). Hypnosis, human nature, and complexity: Integrating neuroscience approaches into hypnosis research. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(3), 282–308.
- Barnier, A. J., Cox, R. E., Connors, M., Langdon, R. & Coltheart, M. (2011). A stranger in the looking glass: Developing and challenging a hypnotic mirrored-self misidentification delusion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(1), 1–26.
- Barnier, A. J., McConkey, K. M. & Wright, J. (2004). Posthypnotic amnesia for autobiographical episodes: Influencing memory accessibility and quality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 260–279.
- Barolin, G. S. (1995). Das Hypnoid in der Integrierten Psychotherapie und in der Psychohygiene. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, Vol 11(1–2), 1995, 1–24.
- Barolin, G. S. (2003). 2-stufige Gruppenpsychotherapie mit integriertem Autogenem Training im Rahmen eines allgemeinen Konzepts der integrierten Psychotherapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 153(23–24), 500–505.
- Barolin, G. S. (2007). Integrierte Psychotherapie und ihr spezieller Einsatz in der Rehabilitation. *Psychopraxis*, 3, 35–38.
- Barolin, G. S. & Kaiser-Rekas, A. (2007). Psychotherapie und Schmerz mit besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 157, 17–18; 418–428.
- Baron, C., Veilleux, P. & Lamarre, A. (1992). The family of the asthma child. *Canadian Journal of Psychiatry*, 237, 12–16.
- Barrett, D. (1988). Trance related pseudocyesis in a male. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(4), 256–261.
- Barrett, D. (2006). Hypnosis in film and television. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(1), 13–30.
- Barrios, A. A. (1973). Posthypnotic suggestion as higher order conditioning: A methodological and experimental analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 32–50.
- Barrios, M. V. & Singer, J. (1981–82). The treatment of creative blocks: A comparison of waking imagery, hypnotic dream, and rational discussion techniques. *Imagination, Cognition and Personality*, 1(1), 89–109.
- Barry, H., MacKinnon, D. W. & Murray, H. A. Jr. (1931). Studies on personality: A. Hypnotizability as a personality trait and its typological relations. *Human Biology*, 13, 1–36.
- Barry, J. J., Atzman, O. & Morrell, M. J. (2000). Discrimination between epileptic and nonepileptic events: The utility of hypnotic seizure induction. *Epilepsia*, 41(1), 81–84.
- Barsby, M. (1999). Hypnose in der Behandlung von Prothesenunverträglichkeit. *Hypnose und Kognition*, 16(1+2), 41–50.
- Bartlett-Simpson, B., Kneeshaw, S. & Schaefer, C. (1993). The use of anatomically dolls to assess child abuse: A critical review. *International Journal of Play Therapy*, 2(2), 35–51.
- Basedow, H. (1925). *The Australian Aboriginal*. Adelaide: F. W. Preece & Sons.
- Bass, E. & Davis, L. (1988). *The courage to heal*. New York: Harper & Row.
- Basteiro-Gonzales, J. L. & Garcia-Cueto, E. (2000). Utilizacion de la hipnosis en el tratamiento de la depresion mayor. *Psicothema*, 12(4), 557–560.
- Bateman, P. P. (1981). Painful erection as a cause of impotence: A case report. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9(1), 13–17.
- Bates, B. L. (1990). Compliance in the Carlton Skill Training Program. *British Journal of Experimental and Clinical Psychology*, 7, 159–164.
- Bates, B. L. (1993). Individual differences in response to hypnosis. In J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 23–54). Washington, DC: American Psychological Association.
- Batty, M. J., Bonnington, S., Tang, B. K., Hawken, M. B. & Gruzelier, J. H. (2006). Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis. *Brain Research Bulletin*, 71(1–3), 83–90.
- Bauer, K. S. & McCanne, T. R. (1980). An hypnotic technique for treating insomnia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(1), 1–5.
- Bauer, P. J. (2006). *Remembering the times of our lives: Memory in infancy and beyond*. Mahawah, NJ: Erlbaum.
- Bauman, J. R. (2002). Behavioral treatment of migraine in children and adolescents. *Pediatrics and Drugs*, 4(9), 555–561.
- Baumann, F. W. & Hinman, F. (1974). Treatment of incontinent boys with nonobstructive disease. *Journal of Urology*, 111, 114–116.
- Baumeister, H., Härter, M., Spitzer, C., Freyberger, H. J., Pfennig, A., Bauer, M. & Diegenbacher, A. (2006). Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Psyche und Soma. *Die Psychiatrie*, 3(1), 1614–4864.
- Bayot, A., Capafons, A. & Cardeña, E. (1997). Emotional self-regulation therapy: A new and efficacious treatment for smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 146–156.
- Beahrs, J. O. (1988). Hypnosis can not be fully nor reliably excluded from the courtroom. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 18–27.
- Bearoff, J. (1984). An investigation and evaluation of the cognitive behavioral theory of hypnosis. Diss., Bryn Mawr College.
- Bechterew, W. V. (1906). What is hypnosis? *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 18–25.
- Beck, A. T. (1967). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg (2. Aufl.). München: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A. T., Hautzinger, M., Brondler, G. & Stein, B. (2001). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Becker, S., Rapps, N. & Zipfel, S. (2007). Psychotherapie bei Adipositas – Ein systematischer Überblick. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57(11), 420–427.
- Becker, S., Teufel, M., Rapps, N. & Zipfel, S. (2008). Interventionen zur Verhaltensänderung bei Adipositas – was ist evidenzbasiert? *Psychotherapie im Dialog*, 9(4), 351–356.

- Beckrath-Wilking, U. (2004). Integration Psychodynamisch imaginativer Traumarbeit in ein psychoanalytisch orientiertes Konzept stationärer Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis*, 31, Suppl. I, 88–90.
- Beecher, H. K. (1955). Preanaesthetic medication. *Journal of the American Medical Association*, 157, 2–42.
- Beer, A. L. (2005). Vorwort des Herausgebers zum Schwerpunkt »B. F. Skinners Verhaltensanalyse – ihre historische und aktuelle Bedeutung«. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37(4), 709–711.
- Beere, D. B., Simon, M. J. & Welch, K. (2001). Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 217–231.
- Beetz, A. M. & von Delhaes, A. (2011). Forensische Hypnose. Der Einsatz von Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren im Rahmen polizeilicher Ermittlungen. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 6 (1+2), 165–187.
- Beetz, A. M. & Wiest, K. (2008). Forensische Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren bei Aussagen von Zeugen und Opfern. *Kriminalistik*, 62(2), 355–359.
- Beguelin, C. (1990). The use of hypnosis at the beginning of a family therapy. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 17(2), 83–89.
- Behre, A. & Scholz, O. B. (1998). Behandlungswirkungen standardisierter hypnotherapeutischer Suggestionen bei Patienten mit Schlafstörungen. *Hypnose und Kognition*, 15(1–2), 113–127.
- Bejenke, C. J. (2000). Benefits of early interventions with cancer patients. A clinician's 15 year observation. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(2), 75–81.
- Bejenke, C. J. (1988). Operation room equipment: Useful hypnotic induction aids in anaesthesiology. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.19.8.1988, Den Haag.
- Bejenke, C. J. (1996). Painful medical procedures. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide* (pp. 209–302). New York: W.W. Norton & Company.
- Belgrade, M. J. (1989). Control of pain in cancer patients. *Post-graduate Medicine*, 85(4), 319–323.
- Belsky, J. & Khanna, P. (1994). The effects of self-hypnosis for children with cystic fibrosis: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(4), 282–292.
- Benhaiem, J. M., Attal, N., Chauvin, M., Brasseur, L. & Bouhassira, D. (2001). Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia. *Pain*, 89(2–3), 167–173.
- Benham, G., Smith, N. & Nash, M. R. (2002). Hypnotic susceptibility scales: Are the mean scores increasing? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 5–16.
- Benjamin, L. T. jr. & Green, C. D. (2009). Introduction: The origins of sport psychology. In C. D. Green & L. T. Benjamin Jr. (Eds.), *Psychology gets in the game sport, mind, and behavior, 1880–1960* (pp. 1–19). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bennett, C. M. & Miller, M. B. (2010). How reliable are the results from functional magnetic resonance imaging? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191, 133–55.
- Bennett, J. H. (1951). The Mesmeric mania of 1851, with a physiological explanation of the phenomena produced. Edinburgh: Sutherland & Knox.
- Bennett, H. L., Benson, D. R. & Kuiken, D. A. (1986). Preoperative instructions for decreased bleeding during spine surgery. Paper presented to the American Society of Anaesthesiologists Annual Convention, Las Vegas.
- Bennett, H. L., Davis, H. S. & Giannini, J. A. (1985). Nonverbal response to intraoperative conversation. *British Journal of Anaesthesia*, 57, 174–179.
- Bennink, C. D., Hülst, L. & Benthem, J. A. (1982). The effects of EMG-Biofeedback and relaxation training on primary dysmenorrhea. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 329–341.
- Bensen, V. B. (1971). One hundred cases of postanaesthetic suggestion in the recovery room. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 9–15.
- Benson, G. (1984). Short term hypnotherapy with delinquent and acting out adolescents. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 1(3), 19–27.
- Bentall, R. (2000). Madness and hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 112–116.
- Benz, D. & Amelang, M. (1998). Nägelkauen bei Erwachsenen: Aspekte des Phänomens, situative Kontextbedingungen und psychologische Korrelate. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 19(4), 213–245.
- Berg, P. (2010). Evaluation zweier psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei Progredienzangst. München: Verlag Dr. Hut.
- Berg, P., Book, K., Dinkel, A., Henrich, G., Marten-Mittag, B., Mertens, D., Ossner, C., Vollmer, S. & Herschbach, P. (2011). Progredienzangst bei chronischen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(1), 32–37.
- Berger, M. M., Devadant, M., Martin, C., Wasserfallen, J. B., Pinget, C., Maravic, P., Koch, N., Raffoul, W. & Chiolerio, R. L. (2010). Impact of pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*, 36(5), 639–646.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. L. (1978). The evaluation of therapeutic outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2. edn., pp. 139–189). New York: Wiley.
- Bergstein, J. & Erdelyi, M. H. (2008). Recognition hypermnnesia: How to get it. *Memory*, 16, 689–702.
- Berman, B. M. & Swyers, J. P. (1999). Complementary medicine treatments for fibromyalgia syndrome. *Baillieres Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 13(3), 487–492.
- Bernateck, M., Becker, M., Schwake, C., Hoy, L., Passie, T., Parlesak, A., Fischer, M. J., Fink, M. & Karst, M. (2008). Adjuvant auricular electuacupuncture and autogenic training in rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Forschende Komplementärmedizin*, 15(5), 286.
- Bernheim, H. (1884). De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris: Doin.
- Bernheim, H. (1886). De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Paris: Doin.
- Bernheim, H. (1888). Hypnosis and suggestion in psychotherapy. New York: Aronson.
- Bernheim, H. (1889). Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnotism. New York: Putnam.
- Bernheim, H. (1917). Automatismes et suggestion. Paris: Librairie Felix Alcan.
- Bernick, S. M. (1972). Relaxation, suggestion and hypnosis in dentistry. What the pediatrician should know about children's dentistry. *Clinical Pediatrics*, 11(2), 72–75.
- Bernstein, D. M., Laney, C., Morris, E. K. & Loftus, E. F. (2005). False beliefs about fattening foods can have healthy consequences. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 102(39), 13723–13731.
- Bernstein, M. (1956). The search for Bridey Murphy. New York: Pocket Book.
- Bernstein, M. P. (1965). Significant values of hypnoanaesthetic: Three clinical examples. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 259–260.
- Berrigan, L. P., Kurtz, R. M., Stabile, J. & Strube, M. J. (1991). Durability of »posthypnotic suggestions« as a function of type of

- suggestion and trance depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(1), 24–38.
- Bertrand, L. D. (1989). The assessment and modification of hypnotic susceptibility. In N. P. Spanos & J. F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 18–31). Buffalo: Prometheus Books.
- Berven, N. L. (1987). Improving evaluation in counselor training and credentialing through standardized simulations. In B. A. Edelstein & E. S. Berler (Eds.), *Evaluation and accountability in clinical training* (pp. 203–229). New York: Plenum Press.
- Berwick, P. R. & Douglas, R. R. (1977). Hypnosis, exorcism and healing: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(2), 146–148.
- Beshai, J. A. (2004). Toward a phenomenology of trance logic in posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 94(2), 649–654.
- Bester, C. L. & Grobler, J. J. (1983). Die voorspelling van hipnotiese suggereerbaarheid op grond van persoonlikheidsveranderlikes. *South African Journal of Psychology*, 13(4), 140–142.
- Bettman, C. L. (1956). *A pictorial history of medicine*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Beutner, F. U. (1980). *Anatomie und Physiologie des Menschen*. Frankfurt: Umschau.
- Beyer, L., Weiss, T., Hansen, F., Wolf, A. & Seidel, A. (1990). Dynamics of central nervous activation during motor imagination. *International Journal of Psychophysiology*, 9(1), 75–80.
- Bibel (1980). *Altes und Neues Testament*. Freiburg: Herder.
- Bierman, S. F. (1989). Hypnosis in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 7(2), 238–242.
- Binet, A. (1884). Visual hallucinations in hypnotismus. *Mind*, 9(35), 413–415.
- Binet, A. (1890). *La suggestibilité*. Paris: Schleicher Freres.
- Binet, A. & Fere, C. (1888). *Animal magnetism*. New York: Appleton.
- Birbaumer, N. (1973a). Zur Anwendung psychophysiologischer Methoden in der Angst. In N. Birbaumer (Hrsg.), *Neurophysiologie der Angst*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Birbaumer, N. (1986b). Schmerzen. In W. Miltner & N. Birbaumer, W. D. Gerber (Hrsg.), *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Bircher, A. (1999). Wirkung von Selbsthypnose bei Patienten mit Pollinosis. *Forschung und Komplementärmedizin*, 6 Suppl. 1, 47–49.
- Bird, N. (1997). Treatment of childhood dental phobia using a modified television visualization technique. *Contemporary Hypnosis*, 14(1), 80–83.
- Bischof, B. (2004). Autogene Psychotherapie. *Imagination*, 26(2), 51–61.
- Bischoff, C. & Traue, H. (1983). Myogenic headache. In K. A. Holroyd, B. Schlote & H. Zenz (Eds.), *Perspective in research on headache*. Toronto: Hogrefe.
- Bishay, E. G. & Lee, C. (1984). Studies of the effects of hypnoanesthesia on regional blood flow by transcutaneous oxygen monitoring. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(1), 64–69.
- Bishay, E. G., Stevens, G. & Lee, C. (1984). Hypnotic control of upper gastrointestinal hemorrhage: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(1), 22–25.
- Bistey, G. J. (1984). The case of the bashful bladder. *Medical Hypnoanalysis*, 5(1), 42–46.
- Bittel, K. (1939). Der berühmte Hr. Doct. Mesmer, 1734–1815. Auf seinen Spuren am Bodensee, im Thurgau und in der Markgrafschaft Baden, mit einigen neuen Beiträgen zur Mesmer-Forschung. Ueberlingen: Aug. Feyel.
- Black, P. H. (1994). Central Nervous System-Immune System Interactions: Psychoneuroendocrinology of stress and its immune consequences. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 38(1), 1–6.
- Blaise, M. (1990). »Du hast es doch gewollt« – Zum Problem ambivalenter Gefühle von Frauen, die sexuellen Übergriffen durch ihren Psychotherapeuten ausgesetzt sind. In *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 3/90, 361–366.
- Blakemore, S.-J., Oakley, D. A. & Frith, C. D. (2003). Delusion of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia*, 41, 1058–1067.
- Blake-Mortimer, J. S., Sephton, S. E., Carlson, R. W., Stites, D. & Spiegel, D. (2004). Cytotoxic T lymphocyte count and survival time in women with metastatic breast cancer. *The Breast Journal*, 10, 195–199.
- Blatt, S., Goodinan, J. T. & Wallington, S. A. (1969). Is the hypnotist also being hypnotized? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17(3), 160–166.
- Blichke, K. (2010). Motorik, Diagnostik und Intervention bei Morbus Parkinson. In N. Schott & J. Munzert (Hrsg.), *Motorische Entwicklung* (S. 207–229). Göttingen: Hogrefe.
- Bliss, E. L. (1986). *Multiple personality, allied disorders, and hypnosis*. New York: Oxford University Press.
- Bloch-Szentágothai, K. (2002). Hypnose in der Anästhesie. *Psychomed*, 14(4), 204–208.
- Block, A., Kremer, E. & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: The spouse as discriminative cue for pain behavior. *Pain*, 9, 243–252.
- Block, E. (1976). *Hypnosis and criminal investigation*. New York: David McKay.
- Block, J., Harvey, E., Jennings, P. & Simpson, E. (1966). Clinician's conceptions of the of asthmatic mother. *Archives of General Psychiatry*, 163(2), 219–225.
- Bloom, P. B. (2001). Treating adolescent conversion disorders: Are hypnotic techniques reusable? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(3), 243–256.
- Bloom, P. B. (1999). Creating authenticity in the new millennium. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 26(4), 172–180.
- Blum, G. S. (1967). Experimental observations on the contextual nature of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 160–171.
- Blum, G. S., Nash, J. K., Jansen, R. D. & Barbour, J. S. (1981). Posthypnotic attenuation of a visual illusion as reflected in perceptual reports and cortical event-related potentials. *Academical Psychological Bulletin*, 251–271.
- Blumenthal, R. A. (1984). Rational suggestion therapy: A subconscious approach to RET. *Medical Hypnoanalysis*, 5(2), 57–60.
- Boat, B. W. & Everson, M. D. (1987). Use of anatomical dolls in sexual abuse evaluations. *Child Abuse & Neglect*, 12(2), 171–179.
- Bob, P. (2003). Subliminal processes, dissociation and the »I«. *The Journal of Analytical Psychology*, 48(3), 307–316.
- Bob, P. (2007). Hypnotic abreaction releases chaotic patterns of electrodermal activity during dissociation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 435–456.
- Bobarth, V. & Brown, D. C. (2002). Medical obstetrical hypnosis and Apgar scores in the use of anaesthesia and analgesia during labor and delivery. *Hypnos, Swedish Journal for Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 29(3), 132–139.
- Bobele, M. (1987). Nonmedical management of intractable hiccups: A brief review of the literature. *Psychological Reports*, 61, 225–226.
- Bobgan, M. & Bobgan, D. (1984). *Hypnosis and the Christian*. Minneapolis (Minnesota): Bethany House Publ.
- Boguet, H. (1603). *An examen of witches*. M. Summers (Ed.), London: J. Rucker (1929: Original 1603)
- Bongartz, B. & Bongartz W. (1987). »Nangap semengat« (Die Seele fangen): Trance bei den Schamanen der Iban in Nordborneo. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 3(1), 43–47.
- Bongartz, W. (1983). Veränderte Wahrnehmung in Hypnose: Der Einfluß von subjektiv erlebter Armverlängerung in Hypnose auf die kinästhetische Längendiskrimination. *Experimentelle und Klinische Hypnose* 1 (1), 64–71.

- Bongartz, W. (1986a). Beeinflussung des Immunsystems durch Hypnose. Vortrag, gehalten am 6. 3. 1986 auf der 7. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. (DGH) in Bochum.
- Bongartz, W. (1986b). Abnahme von Plasmacortisol und weißen Blutzellen nach Hypnose. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 1(2), 101–107.
- Bongartz, W. (1986c). Beeinflussung allergischer Reaktionen durch Hypnose. Vortrag, gehalten am 25. 9. 1986 auf der 8. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose e.V. (DGH) in Bad Lipp-springe.
- Bongartz, W. (1987). Messung der verminderten Granulozytenzahl nach Hypnose mit dem Chemiluminiszenzverfahren. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 3(2), 101–107.
- Bongartz, W. (1988). Influence of hypnosis and stress on total whiteblood cell count as well as differential count. Paper presented at 38th Annual Convention of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Los Angeles.
- Bongartz, W. (1990). Hypnose und immunologische Funktionen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (S. 116–136). Berlin: Springer.
- Bongartz, W. (1991). Treatment of phantom limb pain by »Animal Magnetism«: Case report. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(3), 121–126.
- Bongartz, W. (1996). Der Einfluß von Hypnose und Stress auf das Blutbild. *Psychohämatologische Studien*. Frankfurt: Peter Lang.
- Bongartz, W. (1997). Direct and indirect suggestions: A physiological comparison. Paper presented at the 14th International Congress of Hypnosis. San Diego, USA.
- Bongartz, W. (1998). Beeinflussung der Haftfähigkeit (Adhärenz) von weißen Blutzellen (Granulozyten) durch Hypnose und Stress. *Hypnose und Kognition*, 15(1+2), 33–41.
- Bongartz, W. (2001). Quo vadis Hypnose? *Hypnose und Kognition*, 18(1+2), 5–13.
- Bongartz, W. (2003). Hypnotherapie als eigenständige Psychotherapie. *Hypnose und Kognition*, 20(1–2), 5–12.
- Bongartz, W. & Bongartz, B. (1998). *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bongartz, W. & Knössel, S. (2000). Trance, Krankheitsattribution und soziale Komplexität in traditionellen Kulturen. *Hypnose und Kognition*, 17(1+2), 5–17.
- Bongartz, W., Lyncker, I. & Kossman, K. T. (1987). The influence of hypnosis on white blood cells count and urinary levels of catecholamines and vanillyl mandelic acid. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis*, 14, 52–61.
- Bonvin, E. (2000). Place de l'hypnose dans le champ des psychothérapies. In G. Salem & E. Bonvin (Eds.), *Soigner par l'hypnose* (195–176). Paris: Edition Masson.
- Bonvin, E. (2003). Welchen Platz kann die Hypnose innerhalb eines komplexen Pflegesystems einnehmen? Am Beispiel der psychosozialen Rehabilitation. *Hypnose und Kognition*, 20(1–2), 75–89.
- Borde, T. & David, M. (2009). Symptome der Wechseljahre bei Frauen unterschiedlicher Ethnizität. Ergebnisse problemzentrierter Interviews mit 45- bis 60-jährigen Frauen in Berlin. In M. Neises & K. Weidner (Hrsg.), *Qualitative Forschungsansätze und Ergebnisse in der psychosomatischen Frauenheilkunde* (S. 154–172). Lengerich: Pabst.
- Bördlein, C. (2005). Verhaltensorientierte Arbeitssicherheit. Positive Verstärkung für weniger Unfälle. *Sicherheitsingenieur*, 36(9), 36–41.
- Borg-Laufs, M. & Trautner, H. M. (1999). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen (S. 51–88). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. & Nelson, R. (1987). The effect of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883–888.
- Bornmann, M., Weber, H. & Zeidler, H. (2000). Psychologische Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. In M. Härter & U. Koch (Hrsg.), *Psychosoziale Dienste im Krankenhaus* (S. 215–241). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bornstein, P. H. & Devine, D. A. (1980). Covert modelling hypnosis in the treatment of obesity. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17(3), 272–276.
- Borst, G. & Kosslyn S. M. (2010a). Fear selectively modulates visual mental imagery and visual perception. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 3(5), 833–839.
- Borst, G. & Kosslyn, S. M. (2010b). Individual differences in spatial mental imagery. *Quarterly Journal of Experimental Psychology (Colchester)*, 63(10), 2031–2050.
- Boswinkel, J. P. & Litman, R. S. (2005). Sedating patients for radiology studies. *Pediatric Annals*, 34(8), 650–654.
- Bourgeois, P. (1990). *L'hypnose à l'hôpital général*. Cahiers Psychiatriques Genevois, 9, 249–257.
- Boutin, G. E. (1978). Treatment of test anxiety by rational stage directed hypnotherapy: A case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(1), 52–57.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129–141.
- Bowers, K. S. (1976). *Hypnosis for the seriously curious*. Monterey: Brooks/Cole.
- Bowers, K. S. (1981). Has the sun set on the Stanford Scales? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 79–88.
- Bowers, K. S. (1982). The relevance of hypnosis for cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 2, 67–78.
- Bowers, K. S. (1991). Dissociation in hypnosis and multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 29(3), 155–176.
- Bowers, K. S. & Bowers, P. C. (1972). Hypnosis and creativity: A theoretical and empirical rapprochement. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Research developments and perspectives*. Chicago: Aldine Atherton.
- Bowers, M. & Glasner, S. (1958). Autohypnotic aspects of the Jewish cabalistic concept of kavanah. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 6, 50.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: A clinical application of attachment theory*. London: Routledge.
- Brady, J. P. & Levitt, E. E. (1966). Hypnotically induced visual hallucinations. *Psychosomatic Medicine*, 28, 351–363.
- Braffman, W. & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability: An empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 578–587.
- Braid, J. (1843). *Neurohypnology, or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism*. London: J. Cur-chill.
- Braid, J. (1845). Mr. Braid on hypnotism. *Lancet*, 1, 627–628.
- Braid, J. (1855). The physiology of fascination and the critics criticized. In M. M. Tinker (Ed.), *Foundations of hypnosis* (pp. 365–389). Springfield: Charles Thomas (1970).
- Braid, J. (1869). *On Hypnotism*. DeL'Hypnotisme.
- Bramwell, J. M. (1896/1991). Über den sog. Automatismus des Hypnotisierten. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 59–61.
- Bramwell, J. M. (1903). *Hypnotism: Its history, practice and theory*. Reissued (1956). New York: Julian Press.
- Brattberg, G., Mats, T. & Anders, W. (1989). The prevalence of pain in a general population: The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain*, 37, 215–222.
- Braun, B. C. (1984). Hypnosis and family therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(3), 182–186.

- Braun, K. A., Ellis, R., Loftus, E. F. (2002). Make my memory: How advertising can change our memories of the past. *Psychology & Marketing*, 19, 1–23.
- Braun-LaTour, K. A., LaTour, M. S., Pikrell, J. & Loftus, E. F. (2004). How (and when) advertising can influence memory for consumer experience. *Journal of Advertising*, 33, 7–25.
- Bravin, M. (1959). Roleplay and direct suggestion in hypnotically induced color blindness. University of Denver: Dissertation.
- Breen, N., Caine, D., Colheart, M., Hendy, J. & Roberts, C. (2000). Towards an understanding of delusions of misidentification: Four case studies. *Mind and Language*, 15, 74–110.
- Breitbart, W. (1989). Psychiatric management of cancer pain. *Cancer*, 63(II Suppl), 2336–2342.
- Brenman, M. & Gill, M. M. (1947). Hypnotherapy: A survey of the literature. New York: International University Press.
- Brennan, S. C., Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Schorr, O., Heelan, R. T., Sze, G. K., Krol, G., Peters, B. E. & Morrissey, J. K. (1988). Anxiety and panic during magnetic resonance scans. *Lancet*, August 27, 512.
- Brenneis, C. B. (2000). Evaluating the evidence: Can we find authenticated recovered memory? *Journal of American Psychoanalytic Association*, 17, 61–77.
- Brentall, R. P., Jackson, H. F. & Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of schizophrenia: Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303–324.
- Brentar, J., Lynn, S. J. & Carlson, B. (1992). The posthypnotic experience scale: Validity and reliability studies. Paper presented at the 100th annual convention of the American Psychological Association, Washington, D.C.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig und Wien: Deuticke.
- Brewin, C. R. & Andrews, B. (1998). Recovered memories of trauma: Phenomenology and cognitive mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 18(8), 949–970.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82–98.
- Brickman, H. (2000). The thin book: Hypnotherapy trance scripts for weight management. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Co. Inc.
- Brinkhaus, H. (1983). *Psychodrama und Hypnose: Das Hypno-drama. Experimentelle und Klinische Hypnose*, 1(1), 34–36.
- British Medical Association (1953). Medical use of hypnotism. Report of subcommittee appointed by Psychological Medicine Group Committee of the British Medical Association. *British Medical Journal*, 1, 10–19.
- Brodmann, K. (1902). Zur Methodik der hypnotischen Behandlung. *Zeitschrift für Hypnotismus*, 6, 110, 193–214 (1897); 7, 135, 228–246, 266–284 (1898); 10, 314–379.
- Broelmann, H. (2000). Schadenersatzverpflichtung wegen Unfall bei Bühnenhypnose. Urteil des Amtsgericht Schwabach vom 07. 07. 2000, Az: 1C0300/97. *Hypnose und Kognition*, 17(1–2), 153–154.
- Brom, D., Kleber, R. J. & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607–612.
- Brooker, A. E. (1984). Functional paresis: Case report. *Military Medicine*, 149(12), 647–676.
- Brooks, A., Meyer, T. F., George, A., Pekrun, G., Hillmer-Vogel, U., Hajek, G., Bandelow, B. & Rüther, E. (1997). Zum Stellenwert von Sport in der Behandlung psychischer Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47(11), 379–393.
- Brooks, J. L., Goodfellow, L., Bodde, N. M., Aldenkamp, A. & Baker, G. A. (2007). *Epilepsych and Behavior*, 11(3), 367–377.
- Brown, D. & Fromm, E. (1978). The construction of three questionnaires for the understanding of the phenomena of selfhypnosis. Paper presented at the meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis. Asheville, North Carolina, October.
- Brown, D. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale: Erlbaum.
- Brown, D. (2007). Evidence-based hypnotherapy for asthma: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 220–249.
- Brown, D. A., Pipe, M. E., Lewis, C., Lamb, M. E. & Orbach, Y. (2007). Supportive or suggestive: Do human figures drawings help 5- to 7-year-old children to report touch? *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 75(1), 33–42.
- Brown, D. C. (1995). Pseudomemories: The standard of science and the standard of care in trauma treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(3), 1–24.
- Brown, D. C. (1998). A group hypnosis smoking cessation program: Six month follow-up. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(2), 98–103.
- Brown, D. C. (1999). Medical hypnosis in preterm labor: A randomized clinical trial. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 26(2), 77–87.
- Brown, D. C. & Hammond, D. C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 355–371.
- Brown, D. C. & Massarelli, E. (2002). Medical hypnosis and quadruplets: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45, 39–46.
- Brown, D. C. & Murphy, M. (1999). Medical hypnosis in preterm labor: A randomized clinical trial. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 26(2), 77–87.
- Brown, D. P. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown, P., van der Hart, O. & Graafland, M. (1999). Trauma-induced dissociative amnesia in World War I combat soldiers. II. Treatment dimensions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 392–398.
- Brown, R. J. (1985). Hypnosis in Canadian criminal law. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(3), 153–158.
- Brown, R. J. (2006). Different types of «dissociation» have different psychological mechanisms. *The Journal of Trauma Dissociation*, 7(4), 7–28.
- Brown, S., Albrecht, R., Pettit, H., McFadden, T. & Schermer, C. (2000). Opioid and benzodiazepine withdrawal syndrome in adult burn patients. *American Surgeon*, 66, 367–370.
- Brown, S. W. (1985). Time perception and attention: The effects of prospective versus retrospective paradigms and task demands on perceived duration. *Perception and Psychophysics*, 38, 115–124.
- Browning, C. W., Quinn, L. H. & Crasilneck, H. B. (1958). The use of hypnosis in suppressing amblyopia of children. *American Journal of Ophthalmology*, 46, 53–67.
- Bruck, M. & Melnyk, L. (2004). Individual differences in children's suggestibility: A review and synthesis. *Applied Cognitive Psychology*, 18(8), 947–996.
- Bruck, M., London, K., Landa, R. & Goodman, J. (2007). Autobiographical memory and suggestibility in children with autism spectrum disorder. *Developmental Psychology*, 19(1), 73–95.
- Brugsch, H. (o.J.). *Aus dem Morgenlande*. Leipzig: Reclam's Universal-Bibliothek, Nr. 315152, S. 43–53.
- Bruinsma, F. (1988). Dissociative coping mechanisms to sexual abuse in adolescents. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag.

- Brunner, J., Schrempf, M. & Steger, F. (2008). Johannes Heinrich Schultz und National Socialism. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 45(4), 257–262.
- Bryan, W. J. (1974). Age regression before child birth. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 15(1), 35–37.
- Bryant, R. A. (1995). Fantasy proneness, reported childhood abuse, and the relevance of reported abuse onset. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(2), 184–193.
- Bryant, R. A. (2005). Hypnotic emotional numbing: A study of implicit emotion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 26–36.
- Bryant, R. A. & Fearn, S. (2007). Taking the feeling out of emotional memories – a study of hypnotic emotional numbing: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 426–434.
- Bryant, R. A. & Kapur, A. (2006). Hypnotically induced emotional numbing: The role of hypnosis and hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 281–291.
- Bryant, R. A. & Mallard, D. (2002). Hypnotically induced emotional numbing: A real-simulation analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 203–207.
- Bryant, R. A. & Mallard, D. (2004). Reality monitoring in hypnosis: A pilot investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(2), 188–197.
- Bryant, R. A. & Mallard, D. (2005). Reality monitoring in hypnosis: A real-simulation analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 13–25.
- Bryant, R. A. & McConkey, K. M. (1989). Hypnotic blindness: A behavioral and experiential analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 71–77.
- Bryant, R. A. & McConkey, K. M. (1990). Hypnotic blindness and the relevance of cognitive style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(4), 756–761.
- Bryant, R. A. & Sindich, N. (2008). Hypnosis and thought suppression- more data: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 37–46.
- Bryant, R. A. & Somerville, E. (1995). Hypnotic induction of an epileptic seizure: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(3), 274–283.
- Bryant, R. A., Barnier, A. J., Mallard, D. & Tibbits, R. (1999). Post-hypnotic amnesia for material learned before hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(1), 46–64.
- Bryant, R. A., Guthrie, R. M., Moulds, M. L., Nixon, R. D. & Flemmingham, K. (2003). Hypnotizability and posttraumatic stress disorder: a prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 382–389.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Mastrodomenico, J., Flemmingham, K. & Hopwood, S. (2006). Hypnotherapy with cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 33–340.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D. et al. (2005). Hypnotherapy and cognitive behavior therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behavioral and Research Therapy*, 44, 1331–1335.
- Buchheld, N. & Walach, H. (2004). Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation – Ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie Ein Handbuch* (S. 25–52). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Buchkremer, G. (1978) Antismoking therapy. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 46(II), 613–624.
- Buchkremer, G. & Batra, A. (1996). Therapie der Tabakabhängigkeit. In G. Längle, K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.), »Sucht« Die Lebenswelten Abhängiger (S. 262–270). Tübingen: Attempto.
- Buchta, H. (1987). Hypnotherapie und Stottern. Experimentelle und klinische Hypnose, 3(2), 143–148.
- Buckwalter, J. G. & Simpson, S. W. (2002). Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(5), 210–214.
- Budzynkis, T. H. & Stoyva, J. M. (1973). Biofeedback-Techniken in Verhaltenstherapie und im autogenen Training. In N. Birbaumer (Eds.), *Neurophysiologie der Angst* (S. 248–270). München: Urban & Schwarzenberg.
- Buell, F. A. & Biehl, J. P. (1948). The influence of hypnosis on the tremor of Parkinson's Disease. *Diseases of the Nervous System*, 10, 210.
- Bull, L. (2007). Sunflower therapy for children with specific learning difficulties (dyslexia): A randomised, controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(1), 15–24.
- Bullard, P. D. (1973). The role of verbal reinforcement in hypnosis. *Journal of General Psychology*, 88, 141–149.
- Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (2011). Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland – Polizeiliche Kriminalstatistik für das Jahr 2010. Berlin: Bundesministerium des Inneren.
- Burbridge, C. E. & Burbridge, P. M. (2001). The use of hypnotically-based drawing, writing and videotape to establish the diagnosis of dissociative identity disorder in the severely and persistently mentally ill population. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 28(2), 90–98.
- Burgess, C. A. & Kirsch, I. (1999). Expectancy information as a moderator of the effects of hypnosis on memory. *Contemporary Hypnosis*, 16(1), 22–31.
- Burk, W. (1986). Die hypnosuggestive Angst und Schmerzbehandlung in der zahnärztlichen Praxis. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 2 (2), 129–141.
- Burkle, C. M., Jankowski, C. J., Tosher, L. C., Rho, E. H. & Degnim, A. C. (2005). BIS monitor findings during self-hypnosis. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 19(6), 391–393.
- Bury, M. (2009). Chronische Krankheit als biografischer Bruch. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf* (S. 75–90). Bern: Huber.
- Butollo, W. (1996). Selbstunterstützung, Kontakt und Dialog als Komponenten in der integrativen Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. *Hypnose und Kognition*, 13(1–2), 5–22.
- Butz, C. L. (2002). Sedierung und Intubationsnarkose. In C. Splieth (Hrsg.), *Kinderzahnheilkunde in der Praxis* (S. 281–288). Berlin: Quintessenz.
- Cady, H. M. (1924). Minor studies from the psychological laboratory of the Northwestern University contributed by Robert H. Gault: III. On the psychology of testimony. *American Journal of Psychology*, 35, 110–120.
- Cafiso, R. (1982). Un caso di vaginismo risolto con l'impiego di terapia comportatale e ipnosi. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 23(3–4), 400–401.
- Cafiso, R. (1983). L'omosessualità e le possibilità terapeutiche in ipnoterapia. Un caso. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 24(1), 49–55.
- Cahill, L. & McGaugh, J. L. (1998). Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends in Neurosciences*, 21, 294–299.
- Caldwell, T. A. & Stewart, R. S. (1981). Hysterical seizures and hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(4), 294–298.

- Call, J.D. (1976). Children, parents and hypnosis: A discussion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 149–155.
- Calmeil, J. L. (1845). *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique, et judiciaire* (2 vols.). Paris: J. B. Ballière.
- Calof, D. L. (1985). Hypnose in der Paartherapie: Auf dem Weg zu einem Mehrgenerationenansatz. *Hypnose und Kognition* 2(1), 69–85.
- Calvert, E. L., Houghton, L. A., Cooper, P., Morris, J. & Whorwell, P. J. (2002). Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology*, 123, 1778–1785.
- Camilleri, M. (1999). Review article: Clinical evidence to support current therapies of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 13(2), 48–53.
- Campbell, A. (2006). Point specificity of acupuncture in the light of recent clinical and imaging studies. *Acupuncture in Medicine*, 24(3), 118–122.
- Capafons, A. & Amigó, S. (1995). Emotional self-regulation therapy for smoking reduction: Description and initial empirical data. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(1), 7–19.
- Capafons, A. (1998). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicothema*, 10, 571–581.
- Capafons, A. (1999). Applications of emotional self-regulation therapy. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation therapy* (pp. 331–349). Washington, DC: American Psychological Association.
- Capafons, A., Espejo, B. & Mendoza, M. E. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia Scale on Attitudes and Beliefs toward Hypnosis, Therapist version. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 281–294.
- Capafons, A., Mendoza, M. E., Espejo, B., Green, J. P., Lopes-Pires, C., Carlos, S. M., Flores, D., Morariu, C. I., David, D., Pestana, J. & Carvalho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3–4), 141–155.
- Capafons, A., Morales, C., Espejo, B. & Cabanas, S. (2006). Exploratory factor analysis and psychometric properties of Valencia scale on attitudes and belief towards hypnosis, therapists version. *Psicothema*, 18, 810–815.
- Cardena, A., Alarcón, A., Capafons, A. & Byot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(3), 280–294.
- Cardena, E. (2005). The phenomenology of deep hypnosis: Quiescent and physically active. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 37–59.
- Cardena, E. & Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474–478.
- Cardena, E. & Terhune, D. B. (2009). A note of caution on the Waterloo-Stanford Group scale of hypnotic susceptibility: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 222–226.
- Cardena, E., Kallio, S., Terhune, D., Buratti, S. & Loof, A. (2007). The effects of translation and sex on hypnotizability testing. *Contemporary Hypnosis*, 24(4), 154–160.
- Cardena, E., Lehmann, D., Faber, P. L., Jönsson, P., Milz, P., Pascual-Marqui, R. & Kochi, K. (2012). EEG sLORETA functional imaging during hypnotic arm levitation and voluntary arm lifting. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(1), 31–53.
- Cardena, E., Terhune, D. B., Lödf, A. & Buratt, S. (2009). Hypnotic experience is related to emotional contagion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 33–46.
- Cardenas, D. D. & Jensen, M. P. (2006). Treatments for chronic pain in persons with spinal cord injury: A survey study. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 29(2), 109–117.
- Carli, G. (1982). Animal hypnosis: An attempt to reach a definition. *Archives Italiennes de Biologie*, 120, 138–159.
- Carli, G., Cavallaro, F. I., Rendo, C. A. & Santarcangelo, E. L. (2007). Imagery of different sensory modalities: Hypnotizability and body sway. *Experimental Brain Research*, 179(2), 147–154.
- Carli, G., Rendo, C., Sebastiani, L. & Santarcangelo, E. L. (2006). Suggestions of altered balance: Possible equivalence of imagery and perception. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 208–223.
- Carli, G., Suman, A. L., Biasi, G., Marcolongo, R. & Santarcangelo, E. L. (2008). Paradoxical experience of hypnotic analgesia in low hypnotizable fibromyalgic patients. *Archives of Italian Biology*, 146(2), 75–82.
- Carlier, W. (1924). Hooding birds. *Journal of Physiology*, 59.
- Carolusson, S. (1998). Hypnosis and transference in the treatment of depression. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(2), 78–86.
- Carolusson, S., Garphem, B., Scherman, M. H. & Spalde, G. (2001). Psychodynamic hypnotherapy. A study of client perspective. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 28(1), 23–34.
- Carpenter, W. B. (1852). On the influence of suggestion in modifying and directioning muscular movement, independently of volition. *Proceedings of Royal Institution of Great Britain*, (12 March 1852), pp. 147–153.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., Meo, M. & Santandrea, M. (2008). The effect of posthypnotic suggestion, hypnotic suggestibility, and goal intentions on adherence to medical instructions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 143–155.
- Caseley-Rondi, G., Merikle, P. M., & Bowers, K. S. (1994). Unconscious cognition in the context of general anesthesia. *Consciousness & Self-Regulation*, 3, 166–195.
- Casiglia, E., Mazza, A., Ginocchio, G., Onesto, C., Pessina, A. C., Rossi, A., Cavatton, G. & Marotti, A. (1997). Haemodynamics following real and hypnosis-simulated phlebotomy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(1), 368–375.
- Casiglia, E., Schiff, S., Facco, E., Gabbana, A., Tikhonoff, V., Schiavon, L., Bascelli, A., Avdia, M., Tosello, M. T., Rossi, A. M., Haxi Nasto, H., Giudotti, F., Giacomello, M. & Amodoi, P. (2010). Neurophysiological correlates of post-hypnotic alexia: A controlled study with Stroop test. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(3), 219–233.
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A. & Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11(4), 463–468.
- Castel, A., Salvat, M., Sala, J. & Rull, M. (2009). Cognitive-behavioral group treatment with hypnosis: A randomized pilot trial in fibromyalgia. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 48–59.
- Castellani, E., Alessandro, L. & Sebastiani, L. (2007). Hypnotizability and spatial attentional functions. *Achr Ital Biol* 145(1), 23–37.
- Casula, C. (1997). A guided imagery: The seven rooms. *Hypnos, Swedish Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 24(3), 116–121.
- Caswell, L. J. & Eland, J. M. (1998). »Don't bump my bed, don't touch my feet!« *Journal of Pediatric Oncology Nurses*, 6(4), 111–120.
- Cautela, J. R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Records*, 16, 33–41.
- Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459–468.
- Cautela, J. R. (1970a). The treatment of alcoholism by covert sensitization. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 7, 86.

- Cautela, J. R. (1970b). Covert reinforcement. *Behavior Therapy*, 1, 33–50.
- Cautela, J. R. (1970c). Covert negative reinforcement. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 273–276.
- Cautela, J. R. (1971). Covert conditioning. In A. Jacobs & L. B. Sachs (Eds.), *The psychology of private events: Perspectives on covert response Systems*. New York: Academic Press.
- Cautela, J. R. (1975a). The use of covert conditioning in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(1), 1–14.
- Cautela, J. R. (1975b). The use of covert conditioning in hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(1), 15–27.
- Cautela, J. R. (1976). The use of covert conditioning in hypnosis. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and Behavior Therapy* (pp. 188–201). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Cautela, J. R., Walsh, K. & Wish, P. (1971). The use of covert reinforcement in the modification of attitudes toward the mentally retarded. *Journal of Psychology*, 77, 257–260.
- Cavada, C. & Schultz, W. (2000). The mysterious orbitofrontal cortex. *Foreword. Cerebral Cortex*, 10, 205.
- Ceci, S. J., Loftus, E. F., Leichtman, M. D. & Bruck, M. (1994). The possible role of source misattributions in the creation of false beliefs among preschoolers. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 304–320.
- Ceci, S. J., Ross, D. F. & Taglia, M. P. (1987). Suggestibility of children's memory: Psychological implications. *Journal of Experimental Psychology, General*, 116, 38–49.
- Cederborg, A.-C. & Gumpert, C. H. (2010). The challenge of assessing credibility when children with intellectual disabilities are alleged victims of abuse. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 12(2), 125–140.
- Cerezuela, F., Tajero, P., Chóliz, M., Chisvert, M. & Monteagudo, M. J. (2004). Wertheim's hypothesis on «highway hypnosis»: Empirical evidence from a study on motorway and conventional road driving. *Accident Analysis Review*, 36(6), 1045–1054.
- Cerney, M. S. (1995). Treating the «heroic treaters». In C. B. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 131–149). Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Cerny, M., Lukasova, A., Pitha, F. & Setka, O. (1974). An attempt to influence the esophageal motility by hypnosuggestion. *Activitas Nervosa Superior*, 16(2), 1–23.
- Cerny, M., Setka, J., Jarolimek, M. & Tuma, P. (1988). Selfregulation of esophageal activity. *Activities of the Nervous System, Suppl. (Praha)*, 30(3), 180–183.
- Cescato, M. (1982). Barber's view of hypnosis: A review of the evidence for. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy*, 2(1), 37–45.
- Ceysson, B. & Bresc-Bautier, G. (1997). Renaissance. In B. Ceysson et al. (Hrsg.), *Skulptur, Bd. 3: Renaissance bis Rokoko*. Köln: Taschen.
- Chamberlain, S. R., Menzies, L. A., Fineberg, N. A., Del Campo, N., Suckling, J., Craig, K., Müller, U., Robbins, T. W., Bullmore, E. T. & Sahakian, B. J. (2008). Grey matter abnormalities in trichotillomania: morphometric magnetic resonance imaging study. *British Journal of Psychiatry*, 193(3), 216–21.
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., McMurty, C. M. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunization: A systematic review. *Clinical Therapy*, 31(2), S77–S103.
- Champion, R. H. (1972). Urticaria. In H. A. Rook, D.S. Wilkinson & J. G. Ebling (Eds.), *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell.
- Chandrasena, R. (1982). Hypnosis in the treatment of viral warts. *Psychiatry Journal of the University of Ottawa*, 7(2), 135–137.
- Chang, S.-E., Horwitz, B., & Ludlow, C. (2010). Sex differences in brain connectivity underlying chronic stuttering. Society for Neuroscience, San Diego, CA: Society for Neuroscience, 2010.
- Channon, L. D. (1979). Resistance by »not hearing« in weight control therapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7(3), 282–283.
- Channon, L. D. (1980). Hypnosis in a selfcontrol behaviour modification programme for weight reduction. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(1), 31–36.
- Channon, L. D. (1982). Permission to enjoy sexuality. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10(1), 73–75.
- Channon, L. D. (1984). A script for reluctant runners. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12(2), 139–141.
- Channon, L. D. & Diment, A. D. (1979). Spontaneous use of a «screen» technique. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7(3), 288–289.
- Chappell, D. T. (1964). Hypnosis and spasticity in paraplegia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7(1), 33–36.
- Charcot, J. M. (1882). Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. *Comptes Rendues de l'Academie des Sciences*, 94, 403–405.
- Charlton, B. G. (2007). Alienation, recovered animism and altered states of consciousness. *Medical Hypotheses*, 68(4), 72–731.
- Charlton, J. E. (2005). Psychological treatments (cognitive-behavioral and behavioral interventions). In J. D. Charlton (Ed.), *Core curriculum for professional education in pain* (Chapt. 17). Seattle: The International Association for the Study of Pain Press.
- Chaves, J. F. & Dworkin, S. F. (1997). Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(4), 356–376.
- Chaves, J. F. (2001). Hypnosis in pain management. In J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 511–532). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chaves, J. P. (1999). Hypnose in der Zahnheilkunde. Historischer Überblick und gegenwärtiger Stand. *Hypnose und Kognition*, 16(1+2), 9–29.
- Cheek, D. B. (1959). The unconscious perception of meaningful sounds under surgical anaesthesia as revealed under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 101–113.
- Cheek, D. B. (1959a). Use of rebellion against coercion as mechanism for hypnotic trance deepening. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7(2), 223–227.
- Cheek, D. B. (1959b). The unconscious perception of meaningful sounds under surgical anaesthesia as revealed under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 101–113.
- Cheek, D. B. (1962). Ideomotor questioning for investigation of subconscious »pain« and target organ vulnerability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 30–41.
- Cheek, D. B. (1965). Some newer understandings of reams in relation to threatened abortion and premature labor. *Pacific Medical Surgery*, 73, 379.
- Cheek, D. B. (1966). The meaning of continued hearing sense under general chemoanaesthesia: A progress report and a report case. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 5–280.
- Cheek, D. B. (1974). Sequential head and shoulder movements appearing with ageregression in hypnosis to birth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16(4), 261–266.
- Cheek, D. B. (1976a). Hypnotherapy for secondary frigidity after radical surgery for gynecological cancer: Two case reports. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19(1), 13–19.
- Cheek, D. B. (1976b). Short term hypnotherapy for frigidity using exploration of early life attitudes. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 9(1), 20–27.

- Cheek, D. B. (1980). Ideomotor questioning revealing an apparently valid traumatic experience prior to birth: A clinical note. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(2), 65–70.
- Cheek, D. B. (1994). *Hypnosis. The application of ideomotor techniques*. Boston: Allyn und Bacon.
- Cheek, D. B. (2009). Removal of subconscious resistance to hypnosis during ideomotor questioning techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(4), 399–403.
- Cheek, D. B. & LeCron, L. M. (1968). *Clinical hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Chemnitz, G., Feingold, E. & Gheorghiu, V. A. (1981). Beeinflussung kognitiver Prozesse von Schülern verschiedenen Alters und Geschlechts durch ihre Mitschüler. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 28, 7–12.
- Chen, A. C. (2001). New perspectives in EEG/MEG brain mapping and PET/fMRI neuroimaging of human pain. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 53–65.
- Chen, E., Joseph, M. H. & Zeltzer, L. K. (2000). Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatric Clinics of North America*, 47(3), 513–525.
- Cherepanova, E. M. (1993). Hypnose bei der Therapie des post-traumatischen Belastungssyndroms. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 9(1), 1–10.
- Cherniack, E. P. (2006). Biofeedback and other therapies for the treatment of urinary incontinence in the elderly. *Alternative Medicine Review*, 11(3), 224–231.
- Chevrel, L. M. (1833). Ampere sur une classe particuliere de mouvements musculaires. *Revue des Deux Mondes*, 2e serie. II, 258–266.
- Chevrel, M. (1833). Lettre a M. Ampere sur une class particulaire. *Revue des Deux Mondes*, 2(2), 238–250.
- Chevrel, M. (1854). *De la baquette divinatoire, du pendule exploreur, des table tournantes, au point de vue l'histoire de la critique et de la methode experimentale*. Paris: Mallett-Bachelier.
- Chiapelli, F., Prolo, P., Rosenblum, M., Edgerton, M. & Cajulis, O. S. (2006). Evidence-based research in complementary and alternative medicine II: The process of evidence based research. *Evidence Based Complementary Alternative Medicine*, 3, 3–12.
- Chiarioni, G., Palsos, O. S. & Whitehead, W. E. (2008). Hypnosis and upper digestive function and disease. *World Journal of Gastroenterology*, 14(41), 6276–6284.
- Chigbuh, A. (1975). Psychosomatic sterility and psychosomatic infertility and hypnotic contraception. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 16(1), 43–46.
- Christensen, C. C. (2005). Preference for descriptors of hypnosis: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(3), 281–289.
- Christmann, F. (1991a). Hypnose in der Sexualtherapie neue Möglichkeiten oder neue Probleme? *Experimentelle und klinische Hypnose*, 7(2), 147–153.
- Christmann, F. (1991b). Hypnose in der Sexualtherapie. *TW Neurologie Psychiatrie*, 4, 193–196.
- Christophers, E. & Mrowietz, U. (1999). Epidermis: Disorders of persistent inflammation, cell kinetics and differentiation. In I. M. Friedberg, A.Z. Eisen, K. Wolff et al. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 5th edn. (pp. 495–521). New York: McGraw-Hill.
- Chui, A., Chon, S. Y. & Kimball, A. B. (2003). The response of skin diseases to stress: Changes in the severity of acne vulgaris as effected by examination stress. *Archives of Dermatology*, 139, 897–900.
- Cikurel, K. & Gruzelier, J. (1990). The effect of active-alert hypnotic induction on lateral asymmetrie in haptic processing. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 7(1), 17–25.
- Cioppa, F. J. & Thai, A. (1975). Hypnotherapy in a case of juvenile rheumatoid arthritis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18(2), 105–110.
- Clarke, J. H. (1999). Hypnose in der Behandlung von Bruxismus. *Hypnose und Kognition*, 16(1+2), 51–58.
- Clarke, J. H. & Persichetti, S. J. (1988). Hypnosis and concurrent denture construction for a patient with a hypersensitive gag reflex. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(4), 285–288.
- Clarke, J. H. & Reynolds, P. J. (1991). Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 248–253.
- Clarkson, A. K. (1937). A nervous factor in juvenile asthma. *British Medical Journal*, 2, 845.
- Classen, V., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J. et al. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. A randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*, 58, 494–501.
- Claudewitz, K. (2000). Past-life regression – Fact or fiction? *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(1), 23–28.
- Clawson, T. A. & Swade, R. H. (1975). The hypnotic control of blood flow and pain: The cure of warts and the potential for the use of hypnosis in the treatment of cancer. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 160–169.
- Clibbertson, F. M. (1989). A four step hypnotherapy model for Gilles de la Tourette's syndrome. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(4), 252–256.
- Cobb, J. C., Evans, F. J., Gustafson, L. A., O'Connell, D. M., Orne, M. T. & Shor, R. E. (1965). Specific motor response during sleep to sleep administered suggestion: An exploratory investigation. *Perceptual and Motor Skills*, 20, 629–636.
- Cochrane, G. (1989). The use of indirect hypnotic suggestions for insomnia arising from generalized anxiety: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 199–203.
- Cochrane, G. & Friesen, J. (1986). Hypnotherapy in weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 489–492.
- Coe, W. C. (1991). Expectations and hypnotherapy. In J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 71–93). Washington: American Psychological Association.
- Coe, W. C. (1996). Breaching posthypnotic amnesia: A review. In R. G. Kunzendorf, N. P. Spanos & B. Wallace (Eds.), *Hypnosis and imagination* (pp. 137–146). New York: Baywood.
- Coe, W. C. & Ryken, K. (1983). Hypnosis and risk to human subjects. *American Psychologist*, 34(8) 673–681.
- Coe, W. C. & Sarbin, T. R. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 303–323). New York: Guilford Press.
- Coe, W. C. & Sluis, A. S. (1989). Increasing contextual pressures to breach posthypnotic amnesia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 885–894.
- Coe, W. C. (1990). Posthypnotic amnesia: An update. In R. Van Dyck, Ph. Spinhoven, A. J. W. Van der Does, Y. R. Van Rood & W. De Moor (Eds.), *Hypnosis: Current theory, research and practice*. Amsterdam: University Press.
- Coe, W. C., Peterson, P. & Gwynn, M. (1995). Expectations and sequelae to hypnosis: Initial findings. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(1), 3–12.
- Cohen, H. A., Barzilai, A. & Lahat, E. (1999). Hypnotherapy: An effective treatment modality for trichotillomania. *Acta Paediatrica*, 88(4), 407–410.
- Cohen, N. L. & Alpert, M. (1978). Locus of control as a predictor of outcome in treatment of obesity. *Psychological Reports*, 42(3), 805–806.

- Cohen, S. (1981). Phobia of bovine sounds. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 266–268.
- Cohen, W. (1979). Hypnosis helps a driver obtain a licence. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7(3), 385–387.
- Cohen-Salomon, D. (2010). Perioperative psychobehavioral changes in children. *Annales Francaises d' Anesthésie et de Réanimation*, 29(4), 289–300.
- Colgan, S. M., Faragher, E. B. & Whorwell, P. J. (1988). Controlled trial of hypnotherapy in relapse prevention of duodenal ulceration. *Lancet*, 1(8598), 1299–1300.
- Collins, A. M. & Loftus, E. F. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review*, 82(6), 407–428.
- Collins, J. K. (1961). Muscular endurance in normal and hypnotic states: A study of suggested catalepsy. Honors thesis, Department of Psychology, University of Sidney.
- Collins, J. K., Jupp, J. J. & Krass, J. (1981). Hypnosis and weight control: A preliminary report on the Macquarie University programme. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9(2), 93–99.
- Collins, M., Kaslow, N., Doepke, K., Eckman, J. & Johnson, M. (1998). Psychosocial interventions for children and adolescents with sickle cell disease (SCD). *Journal of Black Psychology*, 24(4), 432–454.
- Collison, D. R. (1970). Hypnotherapy in the management of nocturnal enuresis. *Medical Journal of Australia*, 1, 52–54.
- Collison, D. R. (1975). Which asthmatic patient should be treated by hypnotherapy? *Medical Journal of Australia*, 1, 776–781.
- Collison, D. R. (1979). Hypnotherapy and clinical ecology. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7(3), 215–218.
- Colloca, L., Sigaud, M. & Benedetti, F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*, 136(1–2), 211–218.
- Collot, G. (1988). Hypnotic techniques in donig addiction treatment. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 15(2), 87–92.
- Coman, G. J. & Evans, B. J. (1996). Clinical update on eating disorders and obesity: Implications for treatment with hypnosis. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 23(2), 83–92.
- Comey, G. & Kirsch, I. (1999). Intentional and spontaneous imagery in hypnosis: The phenomenology of hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(1), 65–85.
- Conn, J. H. (1972). Is hypnosis really dangerous? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20(2), 61–79.
- Conn, L. M. & Mott, T. (1984). Plethysmographic demonstration of rapid vasodilatation by direct suggestion: A case of Raynaud's Disease treated by hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(3), 166–170.
- Conrad, T. (2008). Ich fleg dann mal. Praxiswissen und Behandlungsmethoden für die Therapie von Flugangst. Heidelberg: Auer.
- Cooper, L. M. & Erickson, M. H. (1950). Time distortion in hypnosis II. *Bulletin of Georgetown University Medical Center*, 4, 50–68.
- Cooper, L. M. & Hoskovek, J. (1972). Hypnotic suggestions for learning during stage I REM sleep. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 102–111.
- Cooper, L. M. & London, P. (1971). The development of hypnotic susceptibility: A longitudinal (convergence) study. *Child Development*, 42, 487–503.
- Cooper, L. M. & London, P. (1973). Reactivation of memory by hypnosis and suggestion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 312–323.
- Cooperman, S. B. (1982). Hypnotically induced changes in visual perception. Diss., Univ. of California, Irvine.
- Cooperman, S. B. & Schäfer, M. D. (1983). Hypnotherapy over the telephone. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(4), 277–279.
- Cope, T. E. (2008). Clinical hypnosis for the alleviation to tinnitus. *International Tinnitus Journal*, 14(2), 135–138.
- Corinda, T. (1968). 13 Steps to mentalism. New York: Tannen Magics.
- Cornwell, J., Burrows, G. D. & McMurray, N. (1981). Comparison of single and multiple sessions of hypnosis in the treatment of smoking behavior. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9, 61–76.
- Corrigan, F. M. (2002). Mindfulness, dissociation, EMDR and the anterior cingulate cortex: A hypothesis. *Contemporary Hypnosis*, 19(1), 8–17.
- Corsi-Cebrera, M., Arce, C., Del Rio-Portilla, I. Y., Perez-Garci, E. & Guevara, M. A. (1999). Amplitude reduction in visual-related potentials as a function of sleep deprivation. *Sleep*, 22, 181–189.
- Cotton, J. (1971). *Der Hypnose-Mörder*. Bergisch-Gladbach: Bastei.
- Coué, E. (1922). *Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestion*. Basel: Schwabe & Co (1978) Original: *La Maitrise de soi par l'autosuggestion consciente*. Neue Ausgabe, Naney, Selbstverlag des Autors.
- Coulton, C. (1984). Person-environment fit and rehabilitation. In D. W. Kreuger (Ed.), *Rehabilitation psychology: A comprehensive textbook*. Rockville, MD: Aspen Publishers.
- Council, J. R. (1999). Measures of hypnotic responding. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelba & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation. Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 119–140). Washington: American Psychological Association.
- Council, J. R., Bromley, K. A., Zabelina, D. L. & Waters, C. G. (2007). Hypnotic enhancement of creative drawing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 467–485.
- Council, J. R. & Green, J. P. (2004). Examining the absorption-hypnotizability link: The roles of acquiescence and consistency motivation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(4), 364–377.
- Council, J. R. & Huff, K. (1990). Hypnosis, fantasy activity, and reports of paranormal experiences of high, medium, and low fantasizers. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 7, 9–15.
- Council, J. R., Kirsch, I. & Grant, D. (1996). Imagination, expectancy, and hypnotic responding. In R. G. Kunzendorf, N. P. Spanos & B. Wallace (Eds.), *Hypnosis and imagination* (pp. 19–65). Amityville: Baywood.
- Council, J. R., Kirsch, I. & Hafner, L. P. (1986). Expectancy versus absorption in the prediction of hypnotic responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 182–189.
- Council, J. R., Kirsch, I., Vickery, A. R. & Carlson, D. (1983). »Trance« versus »skill« hypnotic inductions: The effect of credibility, expectancy, and experimenter modeling. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 51, 432–440.
- Court, J. H. (2010). Altered states in the church and clinic. *Pastoral Psychology*, 59(4), 411–422.
- Cousins, N. (1976). *Anatomy of illness*. New England Journal of Medicine, 195, 1458–1463.
- Covino, N. A. & Frankel, F. H. (1993). Hypnosis and relaxation in the medically ill. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 75–90.
- Cowan, G. S. Jr, Buffington, C. K., Cowan, G. S. 3rd & Hathaway, D. (2001). Assessment of the effects of taped cognitive behavior message on postoperative complications (therapeutic suggestions under anesthesia). *Obesity Surgery*, 11(5), 589–593.
- Cowen, L. W. (1983). A fear of thunder storms: A case report. *Australian Journal Clinical and Experimental Hypnosis*, 4(2), 79–82.

- Cox, M. O. (1981). Effects of hypnotherapy and relaxation training on mathematics achievement. Diss. Texas A and M University.
- Cox, R. E. & Barnier, A. J. (2009). Hypnotic illusions and clinical delusions: A hypnotic paradigm for investigating delusions of misidentification. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 1–32.
- Cox, R. E. & Barnier, A. J. (2010). Hypnotic illusions and clinical delusions: Hypnosis as a research method. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15(1), 202–232.
- Craig, A. D. (2003). Pain mechanisms: Labeled lines versus convergence in central processing. *Annual Review of Neuroscience*, 26, 1–30.
- Crasileck, H. B. (1980). Clinical assessment and preparation of the patient. In G. D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 105–118). Amsterdam: Biomedical Press.
- Crasileck, H. B. (1982). A followup study in the use of hypnotherapy in the treatment of psychogenic impotency. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 52–61.
- Crasileck, H. B. & Hall, J. A. (1975). *Clinical hypnosis: Principles and applications*. New York: Grune & Stratton.
- Crasileck, H. B., McCrairie, E. J. & Jenkins, M. T. (1956). Special indications for hypnosis as a method for anaesthesia. *Journal of the American Medical Association*, 162, 1606–1608.
- Craske, M. G., Lang, A. J., Aikins, D. & Mystkowski, J. L. (2006). Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. *Behavior Therapy*, 36(1), 43–54.
- Crawford, A. (1992). The role of hypnotherapy in the control of Tourette's disorder. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 13(1), 21–25.
- Crawford, H. J. (1981). Hypnotic susceptibility as related to gestalt closure tasks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 376–383.
- Crawford, H. J. (1983). Enhanced visual memory during hypnosis as mediated by hypnotic responsiveness and cognitive strategies. *Journal of Experimental Psychology: General*, 112, 662–685.
- Crawford, H. J. (1986). Imagery processing during hypnosis: Relationships to hypnotizability and cognitive strategies. In M. Wolpin, J. E. Shor & L. Krueger (Eds.), *Imagery: Recent practice and theory* (pp. 13–32). New York: Plenum Press.
- Crawford, H. J. (1987). Cognitive physiological flexibility: A road to hypnotic responsivity. Vortrag, gehalten am 9. 7. 1987, First International Symposium on Suggestion and Suggestibility. Gies-sen.
- Crawford, H. J. (1988). Differential hemispheric involvement in waking hypnosis. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Den Haag.
- Crawford, H. J. (1994). Brain dynamics and hypnosis: Attentional and disattentional processes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(2), 204–232.
- Crawford, H. J. (1996). Cerebral brain dynamics of mental imagery: Evidence and issues for hypnosis. In R.G. Kunzendorf, N. P. Spanos & A. A. Sheikh (Eds.), *Hypnosis and Imagination* (pp. 253–282). Amityville: Baywood Publishing Company.
- Crawford, H. J. (2001). Neuropsychophysiology of hypnosis: Towards an understanding of how hypnotic interventions work. In G. D. Burrows, R. O. Stanley & P. B. Bloom (Eds.), *International Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 61–84). New York: Wiley.
- Crawford, H. J. & Allen, S. N. (1983). Enhanced visual memory during hypnosis as mediated by hypnotic responsiveness and cognitive strategies. *Journal of Experimental Psychology: General*, 112, 662–685.
- Crawford, H. J., Brown, A. M. & Moon, C. E. (1993). Sustained attentional and disattentional abilities: Differences between low and high hypnotizable persons. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 534–543.
- Crawford, H. J., Crawford, K. & Koperski, B. (1983). Hypnosis and lateral cerebral function as assessed by dichotic listening. *Biological Psychiatry*, 18(4), 415–427.
- Crawford, H. J. & Gruzelier, J. (1992). A midstream, view of the neuropsychophysiology of hypnosis: Recent research and future direction. In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 227–266). New York: Guilford.
- Crawford, H. J., Gur, R. C., Skolnick, B., Gur, R. E. & Benson, D. M. (1993). Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain and without suggested hypnotic analgesia. *International Journal of Psychophysiology*, 15, 181–195.
- Crawford, H. J., Hilgard, J. R. & Macdonald, H. (1982). Transient experiences following hypnotic testing and special termination procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 117–126.
- Crawford, H. J., Kittner-Triolo, M., Clark, S. W. & Olesko, W. (1992). Transient positive and negative experiences accompanying stage hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 663–667.
- Crawford, H. J., Knebel, T., Kaplan, L., Vendemia, J. M., Xie, M., Jamison, S. & Probram, K. H. (1998). Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(1), 92–132.
- Crawford, H. J., MacDonald, H. & Hilgard, E. R. (1979). Hypnotic deafness: A psychophysiological study of responses to tone intensity as modified by hypnosis. *American Journal of Psychology*, 92(2), 193–214.
- Cremoni, F. & Talley, N. J. (2004). Diagnostic and therapeutic strategies in the irritable bowel syndrome. *Minerva Medicine*, 95(5), 427–441.
- Critchley, H. D. (2002). Electrodermal responses: What happens in the brain. *Neuroscientist*, 8, 132–142.
- Croft, R. J., Williams, J. D., Haenschel, C. & Gruzelier, J. H. (2002). Pain perception, hypnosis and 40 Hz oscillations. *International Journal of Psychophysiology*, 46(2), 101–108.
- Crojan, Y., Waber, L., Schwartz, S., Rossier, L., Forster, A. & Vuilleumier, P. (2009). The brain under self-control: Modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron*, 62(6), 862–875.
- Cronin, D. M., Spanos, N. P. & Barber, T. X. (1971). Augmenting hypnotic suggestibility by providing favorable information about hypnosis. *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 259–264.
- Crosson, B. (1980). Control of skin temperature through biofeedback and suggestion with hypnotized college women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(1), 75–87.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A. & Thomas, H. (1999). The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 3, 1–96.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cuellar, N. G. (2005). Hypnosis for pain management in the older adult. *Pain Management Nursing*, 6(3), 105–111.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922.
- Culbert, T. P., Kajander, R. L., Kohen, D. P. & Reaney, J. B. (1996). Hypnotherapeutic approaches for school-age children with dysphagia and food aversion: A case series. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 17(4), 335–341.

- Culbertson, F. M. (1989). A four-step hypnotherapy model for Gilles de la Tourette's syndrome. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(4), 252–256.
- Cunningham, P. V. & Blum, G. S. (1982). Further evidence that hypnotically induced colorblindness does not mimic congenital defects. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(2), 139–143.
- Cyna, A. M., Tomkins, D., Maddock, T. & Barker, D. (2007). Brief hypnosis for severe needle phobia using switch-wire imagery in a 5-year old. *Pediatric Anaesthesia*, 17(8), 800–804.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Dailey, Y. M., Humphris, G. M. & Lennon, M. A. (2001). The use of dental anxiety questionnaires: A survey of a group of UK dental practitioners. *British Dental Journal*, 190(8), 450–453.
- Dale, H. L., Adair, P. M. & Humphris, G. M. (2010). Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions form and with cancer. *Psychooncology*, 19(3), 227–237.
- Damaser, B. C. (1964). An experimental study of longtime post-hypnotic Suggestion. Dissertation, Harvard University.
- Danaher, B. C. & Thoresen, C. E. (1972). Imagery assessment by selfreport and behavioral measure. *Behavioral Research and Therapy*, 10, 131–138.
- Dancey, C. P., Taghavi, M. & Foc, R. J. (1998). The relationship between daily stress and symptoms of irritable bowel: A time-series approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 537–545.
- Dane, J. R. & Rowlingson, J. C. (1988). Hypnosis in the management of postherpetic neuralgia: Three case studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(2), 107–113.
- Dane, J. R. (1996). Hypnosis for pain and neuromuscular rehabilitation with multiple sclerosis: Case summary, literature review, and analysis of outcomes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(3), 208–231.
- Daniel, S. (1999). The healthy patient: Empowering women in their encounters with the health care system. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(2), 198–114.
- Daniels, L. K. (1973). Treatment of urticaria and severe headache by behavior therapy. *Psychosomatics*, 39, 417–420.
- Daniels, L. K. (1976). Covert reinforcement and hypnosis in modification of attitudes toward physically disabled persons and generalization to the emotionally disturbed. *Psychological Reports*, 38(2), 554.
- Danziger, N., Fournier, E., Bouharissa, D., Michaud, D., De Broucker, T., Santarcangelo, E., Carli, G., Chertock, L & Willer, J. C. (1998). Different strategies of modulation can be operative during hypnotic analgesia: A neurophysiological study. *Pain*, 75(1), 85–92.
- Darnton, R. (1872). *Der Mesmerismus und das Ende der Aufklärung in Frankreich*. München: Hanser (1983)
- Darwin, C. (1872). *The expression on emotions in man and animals*. London: Murray.
- Davey, C. G., Yücel, M. & Allen, N. B. (2008). The emergence of depression in adolescence: Development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(1), 1–19.
- David, D., Montgommery, G. & Holdivici, I. (2003). Rumanian Norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 66–76.
- Davidson, G.G. & Singleton, L. (1967). A Preliminary report of improved vision under hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 57–62.
- Davidson, R. (2002). Anxiety and affective style: Role of prefrontal cortex and amygdala. *Biological Psychiatry*, 51, 68–80.
- Davidson, T. M. & Bowers, K. S. (1991). Selective hypnotic amnesia: Is it a successful attempt to forget or an unsuccessful attempt to remember? *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 133–143.
- Davis, E. F. & Loftus, D. (2006). Recovered memories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 469–98.
- Davis, G. A. (1999). Barriers to creativity and creative attitudes. In M. A. Runco & S. R. Pritzker (Eds.), *Encyclopedia of creativity* (pp. 165–174). San Diego, CA: Academic Press.
- Davis, L. W. & Husband, R. W. (1931). A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 175–182.
- de Groot, H. P., Gwynn, M. L. & Spanos, N. P. (1988). The effects of contextual information and gender on the prediction of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1049–1053.
- De Haen, A. (1778). *Dissertatio theologicophysicade miraculis*. Neapel: Typis Vincentii Ursini.
- De Klerk, J. E., du Plessis, W. F. & Steyn, H. S. (206). The effect of hypnotherapeutic ego strengthening with female spouses of South African coronary artery bypass surgery patientes. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(1), 59–72.
- De Stefane, M. G. (1971). The modeling of hypnotic behavior. Paper presented at the Annual Meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, University of Chicago, Oct.
- De Vogue, J. T. & Sachs, L. B. (1973). The modification of hypnotic susceptibility through imitative behavior. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 70–77.
- De Vos, H. M. & Louw, D. A. (2006). The effect of hypnotic training programs on the academic performance of students. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(2), 101–112.
- DeBenedettis, G. (1996). Hypnosis and spasmodic torticollis – report of four cases: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(4), 292–306.
- DeBenedettis, G. (2001). Hypnotic synaesthesia: The divine banquet of senses. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 28(1), 15–22.
- DeBenedettis, G. & Sironi, V. A. (1988). Arousal effects of electrical deep brain Stimulation in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(2), 96–106.
- Deese, J. (1959). On the prediction of occurrence of particular verbal intrusions in immediate recall. *Journal of Experimental Psychology*, 58, 17–22.
- Defechereux, T., Matisse, M., Hamoir, E., Gollogly, L., Joris, J. & Faymonville, M. E. (1999). Hypnoanesthesia for endocrine cervical surgery: A statement of practice. *Journal of Alternative and Complementarx Medicine*, 5, 509–520.
- Degun, D. & Degun, G. (1982). The use of hypnosis in the treatment of psychosexual disorders: With a case illustration of vaginismus. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 31–36.
- Degun-Mather, M. (2001). The value of hypnosis in the treatment of chronic PTSD with dissociative fugues in a war veteran. *Contemporary Hypnosis*, 18(1), 4–13.
- Dehkordy, S. M., Smolenski, C. & Bülau, P. (2005). Der therapeutische Effekt der Hypnose bei der Behandlung chronischer Kopfschmerzen vom Migränetyp. *Neurologie & Rehabilitation*, 11(6), 323–330.
- Deiker, T. & Counts, D. K. (1980). Hypnotic paradigm substitution therapy in a case of hypochondriasis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(2), 122–127.
- Dekker, E., Pelser, H. E. & Groen, J. (1957). Conditioning as a cause of asthmatic attacks. A laboratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 97–108.

- Del Valle-Inclan, F. & Lamas Gonzales, J. R. (1987). Research project: Cognitive workload during hypnotic induction. Experimental Report No. 18.
- Delboeuf, J. (1996/1991). Kriminelle Suggestionen. Vortrag, gehalten am 3. Internationalen Congress für Psychologie. München (1896). Übersetzung in: *Hypnose und Kognition*, 8(1), 62–63.
- DeMoor, W. (1969). Reciprocal inhibition versus unreinforced response evocation in behavior therapy. Diss., Katholieke Universiteit te Leuven.
- Dempsey, G. L. & Granich, M. (1978). Hypnobebehavioral therapy in the case of a traumatic stutterer: A case study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26(3), 125–133.
- Dengrove, E. (1973). The use of hypnosis in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 13–17.
- Dengrove, E. (1976). *Hypnosis and behavior therapy*. Springfield: C. C. Thomas.
- Dennis, M. & Phillipius, M. J. (1965). Hypnotic and nonhypnotic suggestions and skin response in atopic patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 342.
- DePascalis, V. (1999a). Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(2), 117–143.
- DePascalis, V. (1999b). Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(3), 204–232.
- DePascalis, V. & Imperiali, M. G. (1984). Personality, hypnotic susceptibility and EEG responses: Preliminary study. *Perceptual and Motor Skills*, 59(2), 371–378.
- DePascalis, V. & Penna, P. M. (1990). 40 Hz EEG activity during hypnotic induction and hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(2), 125–138.
- DePascalis, V. & Perrone, M. (1996). EEG asymmetry and heart rate during experience of hypnotic analgesia in high and low hypnotizables. *International Journal of Psychophysiology*, 21, 163–175.
- DePascalis, V., Magurano, M. R., Bellusci, A. & Chen, A.C. (2001). Somatosensory event-related potential and autonomic activity to varying pain reduction cognitive strategies in hypnosis. *Clinical Neurophysiology*, 112(8), 1475–1478.
- DePascalis, V., Marucci, P. S., Penna, M. P. & Pessa, E. (1987). Hemispheric activity of 40 Hz EEG during recall of emotional events: Differences between high and low hypnotizables. *International Journal of Psychophysiology*, 5, 167–180.
- Derbyshire, S. W., Whalley, M. G. & Oakley, D. A. (2009). Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: An fMRI analysis. *European Journal of Pain*, 13(5), 542–550.
- DeRoos, Z. S. & Johnson, D. P. (1983). Hypnosis and Rational Emotive Therapy as used in teaching improved autosuggestion. *College Student Journal*, 17(1), 68–75.
- DeShazer, S. (1978). Brief hypnotherapy of two sexual dysfunctions: The crystal ball technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(3), 203–208.
- DeShazer, S. (1980). Investigation of indirect symbolic suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(1), 10–15.
- Despert, J. L. & Potter, H. W. (1936). Technical approaches used in the study and treatment of emotional problems in children. *Psychiatry Quarterly*, 10, 619–638.
- Despine, C.-H. A. (1840). De L'Emploi du magnétisme animal et des eaux minérales dans le traitement des maladies nerveuse, suivi d'une observation très curieuse de guérison de névropathie (Eine Untersuchung des Einsatzes von animalischem Magnetismus bei der Behandlung des Einsatzes von animalischem Magnetismus bei der Behandlung von Störungen des Nervensystems, nebst einem Fall einer sehr ungewöhnlicher Heilung von Neuropahtie). Paris: Germer, Baillière.
- Devineni, T. & Blanchard, E. B. (2005). A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behavioral Research and Therapy*, 43(3), 277–292.
- DeVoto, B. E. (1922). *Mark Twain in eruption*. New York: Harper & Row.
- Deyoub, P. L. (1978). Suggestion with and without hypnotic induction in the treatment of obesity and the relation of suggestibility to outcome. Diss., University of Kentucky.
- Deyoub, P. L. (1979). Hypnotizability and obesity. *Psychological Reports*, 45(3), 974.
- Deyoub, P. L. (1980). Suggestion with and without hypnotic induction in a weight reduction program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(4), 330–340.
- Diamant, H., Dufek, Hoscovek, Kristof, Pekarez, Roth, Vieiek (1960). An electroencephalographic study of the waking state and hypnosis with particular reference to subclinical manifestations of sleep activity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8, 199–212.
- Diamond, M. J. (1972). The use of observationally presented information to modify hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 174–180.
- Diamond, S. G., Davis, O. C. & Howe, R. D. (2008). Heart-rate variability as a quantitative measure of hypnotic depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 1–18.
- Dickinson, C. M. & Fiske, J. (2005). A review of gagging problems in dentistry, I: Aetiology and classification. *Dental Update* 32(1), 26–32.
- DiClementi, J. D., Deffenbaugh, J. & Jackson, D. (2007). Hypnotizability, absorption and negative cognitions as predictors of dental anxiety: Two pilot studies. *Journal of American Dentists Association*, 38(9), 1242–1250.
- Dietrich, A. (2003). Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: The transient hypofrontality hypothesis. *Consciousness and Cognition*, 12(2), 231–256.
- Dikel, W. & Olness, K. (1980). Selfhypnosis, biofeedback, and voluntary peripheral temperature control in children. *Pediatrics*, 66, 335–340.
- Dillard, J. N. & Knapp, S. (2005). Complementary and alternative therapy in the emergency department. *Emergency Medical Clinics of North America*, 23(2), 529–549.
- Dillenburg, K. & Keenan, M. (1996). Obstetric hypnosis: An experience. *Contemporary Hypnosis*, 13(3), 202–204.
- Diment, A. D. (1980). Hypnosis in the treatment of urinary incontinence. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(1), 13–20.
- Diment, A. D. (1981). A use of hypnosis in a case of barbiturate dependencies. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9(2), 104–105.
- Diment, A. D. (1984). Hypnosis in the treatment of impotence in a young diabetic. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12(2), 99–103.
- Dinges, D. E., Orne, M. T., Whitehouse, W. O., Orne, E. G., Powell, J. W. & Erdelyi, M. H. (1988). Hypnotic hypermnesia: Increased memory or increased errors? Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13–19. 8. 1988, Den Haag.
- Dinges, D. F., Whitehouse, W. G., Orne, E. C., Bloom, P. B., Carlin, M. M., Bauer, N. K., Gillen, K. A., Shapiro, B. S., Ohene-Fremong, K., Dampier, C. & Orne, M.T. (1997). Self-hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(4), 417–432.
- Dinges, D. F., Whitehouse, W. G., Orne, E. C., Powell, J. W., Orne, M. T. & Erdelyi, M. H. (1992). Evaluating hypnotic memory enhancement (hypermnesia and reminiscence) using multirial

- forced recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 18, 1139–1147.
- Dionisi, B., Anglana, F., Inghirami, P., Lippa, P. & Senatori, R. (2008). Unse of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibulum syndrome): Result of 3 years of experience. *Minerva Ginecologia*, 60(6), 485–491.
- Diseth, T. H. & Christie, H. J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(4), 278–292.
- Dixon, M. & Laurence J.-R. (1992). Two hundred years of hypnosis research: Questions resolved? Questions unanswered! In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp 34–66). New York: Guilford Press.
- Dixon, N. F. (1981a). Preconscious processing. New York: Wiley.
- Dixon, N. F. (1981b). Psychosomatic disorder: A special case of subliminal perception. In M. J. Christie & P. G. Mellett (Eds.), *Foundations of psychosomatics*. New York: Wiley.
- Dobbin, A., Maxwell, M. & Elton, R. (2007). A benchmarked feasibility study of a self-hypnosis treatment for depression in primary care. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 293–318.
- Dobie, R. A. (1999). A review of randomized clinical trials in tinnitus. *Laryngoscope*, 109(8), 1202–1211.
- Dobie, S. (1959). Operant conditioning of verbal hallucinatory responses with nonverbal reinforcement. Lecture at Midwestern Psychological Association, Chicago.
- Dodson, C. S. & Krueger, L. E. (2006). I misremember it well: Why older adults are unreliable eyewitnesses. *Psychonomic Bulletin Review*, 13(5), 770–775.
- Dogherty, R. E. (1982). Cerebral hemispheric dominance, hypnotic trance depth, and hypnotizability. Diss., University of Texas Health Science Center at Dallas.
- Dohle, C., Püllen, J., Nakaten, A., Küst, J., Rietz, C. & Karbe, H. (2009). Mirror therapy promotes recovery from severe hemiparesis: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23(3), 209–217.
- Dohrenbusch, R., Lipka, S. & Rüttinger, G. (2005). Zur Bedeutung von Kontrollüberzeugung in der hypnotherapeutischen Schmerzbehandlung. *Hypnose*, 0(1+2), 69–88.
- Domangue, B. B., Margolis, C. G., Lienbermann, D. & Kaji, H. (1985). Biochemical correlates of hypnoanalgesia in arthritic pain patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(6), 235–238.
- Domingues, G. R. & Moraes-Filho, J. P. (2009). Non-cardiac chest pain. *Arquivos de Gastroenterologia*, 46(3), 233–240.
- Dominguez, T. B., Martinez, G., Silvia, A., Zaldivar, I., Olvera, N. & Victorio, A. (1997). Stress-Management mit Hypnose und sensorisch-emotionale Umwandlung bei chronischen Schmerzen. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 13(2), 125–132.
- Dominguez-Ortega, L. & Rodriguez-Munoz, S. (2010). The effectiveness of clinical hypnosis in the digestive endoscopy: A multiple case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(2), 101–107.
- Donatone, B. (2006). Hypnotic imagery rehearsal in the treatment of nightmares: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(2), 123–127.
- Donk, L. J., Vingoe, F. J., Hall, R. A. & Doty, R. (1970). The comparison of three suggestion techniques for increasing reading efficiency utilizing a counterbalanced research paradigm. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(2), 126–133.
- Döpfner, M., Rössner, V., Woitecki, K. & Rothenberger, A. (2010). Ticstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Fröhlich, J. (2007). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Beltz.
- Doshay, L. J. (1960). The psychotherapy of paralysis agitans. *Journal of the American Medical Association*, 172, 13–47.
- Dostojskwy, F. M. (1863). Winterliche Aufzeichnungen über sommerliche Eindrücke. *Zeitschrift Vjémja*.
- Dowbiggin, I. R. (2009). High anxieties: The social construction of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(7), 429–436.
- Dozios, D. J. A. & Westra, H. A. (2004). The nature of anxiety and depression: Implications for prevention. In D. J. Dozios & K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 9–41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dreher, H. (1996). Can hypnosis rotate a breech baby before birth? *Advances*, 12(3), 46–50.
- Drysdale, B. (1996). The use of hypnosis with an injecting heroin user: Brief Clinical description of a single case. *Contemporary Hypnosis*, 13(3), 198–201.
- Dubin, L. L. & Shapiro, S. S. (1974). Use of hypnosis to facilitate dental extraction and hemostasis in a classic hemophilic with a high antibody titer to factor VIII. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 79–83.
- Duden, Bd. 5 (1963). Fremdwörterbuch. Bibliographisches Institut Mannheim.
- Duggan, J., Peterson, W. S., Schultz, M., Khude, S. & Charkraborty, J. (2001). Use of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients. *AIDS Patient Care and STD's*, 15(3), 159–167.
- Dundas, I., Wormnes, B. & Hauge, H. (2009). Making exams a manageable task. *Nordic Psychology*, 61(1), 26–41.
- Dünninger, P. (1996). Hypnose und Akupunktur - Gegensatz oder Ergänzung? *Experimentelle und klinische Hypnose*, 12(1), 23–36.
- Dünninger, P. (2002). Wie ändere ich einen Teil ohne das Ganze? Diskussionsbeitrag zum Problem hypnotisch tätiger Zahnärzte. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 161–166.
- Dünninger, P. & Kunzelmann, K. H. (1987). Hypnotherapie bei psychogener Prothesenunverträglichkeit: Ein Fallbericht. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 3(2), 121–128.
- Dünninger, P. & Kunzelmann, K. H. (1988). Indirekte Kommunikationsmuster beim Zahnarzt. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 4(1), 75–79.
- Dünninger, P., Kunzelmann, K. H. & Lang, J. (1988). Showhypnose ein Beispiel. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 4 (1), 75–79.
- Dupau, J. A. (1826). *Lettres physiologiques et morales sur le magnetisme animal*. Paris.
- DuPlessis, C. (2001). Diagnosis and treatment of dystonia in hypnosis. *Hypnos, Swedish in Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 28(4), 186–192.
- Duson, B. M. (1977). Effectiveness of relaxation desensitization and cognitive restructuring in teaching the selfmanagement of menstrual symptoms to college women. *Dissertation Abstract International*, 37, 6322.
- Dy, A. J. & Fabbri, R. (1972). The use of hypnosis with hemodialysis patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14(3), 173–177.
- Dyer, C. S., Kutz, R. M. & Strube, J. M. (1999). Filled versus empty intervals in prospective hypnotic time estimation with a real-simulator design. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(4), 303–315.
- Dygdon, J. A., Conger, A. J. & Strahan, E. Y. (2004). Multimodal classic conditioning of fear: A contribution of direct, observational, and verbal experiences to current fears. *Psychological Reports*, 95(1), 133–153.
- Dynes, J. B. (1932). An experimental study of hypnotic anaesthesia. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 27, 79–88.
- Dywan, J. (1988). The imagery factor in hypnotic hypermnnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(4), 312–326.

- Dywan, J. (1995). The illusion of familiarity: An alternative to the report-criterion account of hypnotic recall. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(2), 194–211.
- Dywan, J. & Bowers, K. (1983). The use of hypnosis to enhance recall. *Science*, 222(4620), 184–185.
- Eagleman, D. & Churchland, P. (2006). *Ten unsolved questions of neuroscience*. MIT Press.
- Easton, R. D. & Shor, R. E. (1976). An experimental analysis of the Chevreul pendulum illusion. *Journal of General Psychology*, 95, 111–125.
- Ebell, H. (1996). Hypnose und Psychoneuroimmunologie. Magisches Denken im Mantel der wissenschaftlichen Erkenntnisse. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 12(2), 191–105.
- Ebell, H. (2002). Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 27–38.
- Ebell, H. (2010). Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. *Hypnose*, 5(1–2), 199–216.
- Ebers, W. (1987). Schizophrenie und Hypnose. Vortrag, gehalten am 17. 10. 1987, 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose. Bad Lippspringe.
- Ebers, W. (1988). Überlegungen zum Einsatz von Hypnose bei Patienten mit psychotischer Symptomatik. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 4(2), 159–169.
- Ebert, B. W. (1988). Hypnosis and rape victims. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 50–56.
- Eberwein, W. (1998). Durch die Angst aus der Angst. Psychodynamisch orientierte Hypnosetherapie bei Angst-Syndromen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 14(1), 17–28.
- Eberwein, W. & Schütz, G. (1996). *Die Kunst der Hypnose*. Paderborn: Junfermann.
- Echterling, L. G. (1988). Contrasting stage and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(4), 276–284.
- Echterling, L. G. (1991). Risiken der Bühnenhypnose. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 31–36.
- Echterling, L. G. & Whalen, J. (1995). Stage hypnosis and public lecture effects on attitudes and beliefs regarding hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(1), 12–21.
- Edelstein, E. J. & Edelstein, L. (1945). *Asclepius: A collection and interpretation of the testimonies*. 2 Vols. Baltimore: John Hopkins.
- Edelston, J. & Fitzpatrick, J. L. (1989). A comparison of cognitive behavioral and hypnotic treatments of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 45(2), 316–323.
- Edge, J. & Rowan, T. (2007). *Mental gewinnen. Hypnose im Sport*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Edmonston, W. E. jr. (1967). Stimulus-Response theory of hypnosis. In J. E. Gordon (Ed.), *Handbook of clinical and experimental hypnosis*. New York: McMillan.
- Edmonston, W. E. jr. (1972). Relaxation as an appropriate experimental control in hypnosis studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 218–228.
- Edmonston, W. E. jr. (1987). Conceptual clarification of hypnosis and its relationship to suggestibility. Vortrag, 7. 7. 1987, First International Symposium on Suggestion and Suggestibility. Gießen.
- Edmonston, W. E. jr. (1991). Anesis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 197–237). New York: Guilford Press.
- Edmonston, W. R. jr. (1968). Hypnosis and social suggestibility. *The Behavioral and Brain Sciences*, 9, 470.
- Edmonston, W. & Moscovitz, H. C. (1990). Hypnosis and lateralized brain functions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(1), 70–84.
- Edser, S. J. (2002). Hypnotically facilitated counter-conditioning of anticipatory nausea and vomiting associated with chemotherapy: A case study. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 23(1), 18–30.
- Egner, T., Janieson, G. & Gruzelier, J. (2005). Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage*, 27(4), 969–1078.
- Ehde, D. M. & Jensen, M. P. (2004). Feasibility of a cognitive restructuring intervention for treatment of chronic pain. In persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 49, 254–258.
- Ehmer, I. (2004). *Probleme im Intimbereich*. München: DOCDurchblick.
- Ehrlich, G. E. (2003). Back pain. *Journal of Rheumatology Supplement*, 67, 26–31.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1967). *Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung*. München: Piper.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1997). *Die Biologie des menschlichen Verhaltens*. Weyarn: Seehammer.
- Eich, E. (1995). Searching for mood-dependent memory. *Psychological Science*, 6, 67–75.
- Eidnitz-Markus, T., Shuper, A. & Amir, J. (2000). Secondary enuresis: Post traumatic stress disorder in children after car accidents. *Israel Medical Association Journal*, 2, 135–137.
- Einsle, F., Weidner, K., Nitschke, M., Ströbel-Richter, Y., Bley, S., Neumann, K. & Köllner, V. (2007). Unterscheiden sich Patientinnen und Patienten mit Herzrhythmusstörungen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16(4), 161–170.
- Eisen, M. L., Goodman, G. S., Qin, J., Davis, S. & Crayton, J. (2007). Maltreated children's memory: Accuracy, suggestibility, and psychopathology. *Developmental Psychology*, 43(6), 1275–1294.
- Eisen, M. L., Oustinovskay, M., Kistorian, R., Morgan, D. Y. & Mickes, L. (2008). The effect of question format on resistance to misleading postevent information and self-reports of events occurring during hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 198–213.
- Eitner, S., Bittner, C., Wichmann, M., Nickenig, H.-J. & Sokol, B. (2010). Comparison of conventional therapies for dentin hypersensitivity versus medical hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 457–475.
- Eitner, S., Sokol, B., Wichmann, M., Bauer, J. & Engels, D. (2011). Clinical use of a novel pillow with recorded hypnotherapy instructions and music for anxiolysis during dental implant surgery: A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(2), 180–197.
- Eitner, S., Wichmann, M. & Holst, S. (2005a). »Hypnopuncture« – a dental-emergency treatment concept for patients with a distinctive gag reflex. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 60–73.
- Eitner, S., Wichmann, M. & Holst, S. (2005b). A long-term therapeutic treatment for patients with a severe gag reflex. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 74–86.
- Eitner, S., Wichmann, M., Schultze-Mosgau, S., Schlegel, A., Lehrer, A., Heckmann, A., Heckmann, S. & Holst, S. (2005). Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment – a comparative interdisciplinary clinical study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 457–479.
- Elbert, T. & Flor, H. (1998). Magnetoencephalographic investigations of cortical reorganization in humans. *Journal of Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, Supplement*. Elsevier Science B.
- Eli, I. & Kleinhauz, M. (1985). Hypnosis: A tool for an integrative approach in the treatment of gagging reflex. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 99–108.
- Eliade, J. (1960). *Yoga Unsterblichkeit und Freiheit*. Zürich: Rascher.

- Elischberger, H. B. (2005). The effects of prior knowledge on children's memory and suggestibility. *Journal of Experimental Child Psychology*, 92(3), 247–275.
- Elkin, A. P. (1945). *Aboriginal men of high degree*. Sidney: Australian Publishing Co.
- Elkins, G., Fisher, W. & Johnson, A. (2010). Mind-body therapies in integrative oncology. *Current Treatment Options in Oncology*, 11(3–4), 128–140.
- Elkins, G., Jensen, M. P. & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275–287.
- Elkins, G., Marcus, J., Bates, J. & Rajab, M. H., Cook, T. (2006). Intensive hypnotherapy for smoking cessation. A prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 303–315.
- Elkins, G., Marcus, J., Bunn, J., Perfect, M., Palamara, L., Stearns, V. & Dove, J. (2010). Preferences for hypnotic imagery for hot-flash reduction: a brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 345–349.
- Elkins, G., Marcus, J., Stearns, V., Perfect, M., Rajab, M. H., Ruud, C., Palamara, L. & Keith, T. (1998). *Journal of Clinical Oncology*, 26(31), 5022–5026.
- Elkins, G., Rajab, M. H. (2004). Clinical hypnosis for smoking cessation: Preliminary results of a three-session intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 73–81.
- Elkins, G., White, J., Patel, P., Marius, J., Perfect, M. M. & Montgomery, G. H. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: Case studies and possible benefits. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 416–431.
- Elkins, G. E. (1999). Hypnosis, grief and mourning. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 26(2), 61–69.
- Elkins, G. E. (2000). The perception of hypnosis among children and parents. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(2), 88–93.
- Elkins, G. R. (1984). Hypnosis in the treatment of myofibrositis and anxiety: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(1), 26–30.
- Elkins, J., Patel, P., Marcus, J., Perfect, M. M. & Montgomery, G. H. (2006). Hypnosis to manage anxiety and pain associated with colonoscopy for colorectal cancer screening: Case studies and possible benefits. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 416–431.
- Ellenberger, H. F. (1973/1985). *Die Entdeckung des Unbewußten*. (2 Bde.) Bern: Huber.
- Elliotson, J. (1843). *Numerous cases of surgical operations without pain in the Mesmeric state*. Philadelphia: Lea and Blanchard.
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344–350.
- Ellis, A. (1958). Hypnotherapy with borderline schizophrenics. *Journal of General Psychology*, 59, 245.
- Ellis, A. (1977). *Die Rational-Emotive Therapie*. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München: Pfeiffer. Faymonville (2010).
- Ellis, A. (1984). The use of hypnosis with Rational Emotive Therapy (RET). *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 3(2), 15–22.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Birch Lane.
- Ellis, A. & Grieger, R. (Eds.) (1977). *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer.
- Elton, D. & Burrows, G. D. (1978). Specific use of imagery in treatment by hypnosis: The secret room. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 6(1), 17–25.
- Elton, D., Burrows, G. D. & Stanley, G. V. (1980). Hypnosis and chronic pain. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(2), 83–90.
- Emmelkamp, P. M. & Kwee, K. G. (1977). Obsessional ruminations: A comparison between thought stopping and prolonged exposure in imagination. *Behavioral Research and Therapy*, 14, 441–444.
- Engstrom E. J. (2006). *Magnetische Versuche in Berlin, 1789–1835: Zur Entkörperung magnetischer Glaubwürdigkeit*. [Magnetic trials in Berlin, 1789–1835: on the disembodiment of magnetic credibility] *Medizinhistorisches Journal*, 41(3–4), 225–269.
- Enkling, N., Marwinski, G. & Jöhren, P. (2006). Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clinical Oral Investigations*, 10(1), 84–91.
- Enneis, J. M. (1950). The hypnodramatic technique. *Group Psychotherapy*, 11(1), 11–54.
- Enneis, J. M. (1977). The hypnodramatic technique. In I. Greenberg (Ed.), *Group hypnotherapy and Hypnodrama*, (pp. 171–212). Chicago: Nelson-Hall.
- Enomiya-Lassalle, H. M. (1988). *Zen Unterweisung*. R. Ropers & B. Snela (Hrsg.), München: Kösel.
- Enqvist, B., Bystedt, H. & von Konow, L. (1991). Preoperative hypnotherapy and preoperative suggestions in general anaesthesia: Somatic responses in maxillofacial surgery. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(2), 72–77.
- Enqvist, B., von Konow, L. & Bystedt, H. (1995). Pre- and post-operative suggestion in maxillofacial surgery: Effects on blood loss and recovery. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(3), 284–294.
- Enqvist, B., von Konow, L. & Bystedt, H. (1996). Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: Effects on blood loss and recovery. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(3), 284–294.
- Epstein, S. J. & Deyoub, P. L. (1981). Hypnotherapy for fear of choking: Treatment implications of a case report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 127.
- Epstein, S. J. & Deyoub, P. L. (1983). Hypnotherapeutic control of exhibitionism. A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(2), 63–66.
- Epstein, L. H., Collins, F. L., Hannay, H. J. & Looney, R. L. (1978). Fading and feedback in the modification of visual acuity. *Journal of Behavior Medicine*, 1(3), 273–287.
- Erdelyi, M. H. (1994). Hypnotic hypermnnesia: The empty set of hypermnnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 379–390.
- Erickson, M. H. (1938a). A study of clinical and experimental findings on hypnotic deafness: I. Clinical experimentation and findings. *Journal of General Psychology*, 19, 127–150.
- Erickson, M. H. (1938b). A study of clinical and experimental findings on hypnotic deafness: II. Experimental findings with a conditioned response technique. *Journal of General Psychology*, 19, 151–167.
- Erickson, M. H. (1939). The induction of color blindness by a technique of hypnotic suggestion. *Journal of General Psychology*, 20, 61–89.
- Erickson, M. H. (1941/1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. E. Rossi (Ed.) (4 vols.). New York: Irvington.
- Erickson, M. H. (1955). Hypnotherapy of two psychosomatic dental problems. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry*, 1, 610.
- Erickson, M. H. (1958). Pediatric hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 25–29.
- Erickson, M. H. (1960). Psychogenic alternation of menstrual functioning: Three instances. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 227–231.

- Erickson, M. H. (1961). Historical note on the hand levitation and other ideomotor techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 196.
- Erickson, M. H. (1963). Chemoanaesthesia in relation to learning and memory. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 31–36.
- Erickson, M. H. (1964). An hypnotic technique for resistant patients: The patient, the technique and its rationale and field experiments. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 832.
- Erickson, M. H. (1966). Interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198–209.
- Erickson, M. H. (1967). *Advanced techniques of hypnosis*. New York: Grune & Stratton.
- Erickson, M. H. (1977). Hypnotic approaches to therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 20–35.
- Erickson, M. H. (1980). The collected papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. IV. *Innovative Hypnotherapy*. E. L. Rossi (Ed.), New York: Irvington.
- Erickson, M. H. & Kubie, L. S. (1980). The permanent relief of obsessional phobia by means of communications with an unsuspected dual personality. In E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis: Volume III* (pp. 231–260). New York: Irvington. (Original work published 1939).
- Erickson, M. H. & Kubie, L. S. (1941). The successful treatment of a case of acute hysterical depression by a return under hypnosis to a critical phase of childhood. *Psychoanalytic Quarterly*, 10, 583–609.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1976). Two level communication and the microdynamics of trance. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18, 153–171.
- 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*. München: Pfeiffer.
- Erickson, M. H., Hershman, S. & Secter, I. (1961). *The practical application of medical and dental hypnosis*. New York: Julian Press.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. & Rossi, S. L. (1978). *Hypnose: Induktion psychotherapeutische Anwendung, Beispiele*. München: Pfeiffer.
- Erman, W. (1925). *Der tierische Magnetismus in Preußen vor und nach den Freiheitskriegen aktenmäßig dargestellt*. München/Berlin: R. Oldenbourg.
- Ernst, E. (2001). Complementary therapies in palliative cancer care. *Cancer*, 91(11), 2181–2185.
- Ernst, W. (2004). Colonial psychiatry, magic and religion. The case of mesmerism in British India. *History of Psychiatry*, 15(57,1), 57–71.
- Eschenröder, C. T. (1986). *Hier irrte Freud*. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Eschenröder, C. T. (1997). Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR – Ein Überblick. In C. T. Eschenröder (Hrsg.), *EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen* (S. 11–65). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Esdaile, J. (1847). *Mesmerism in India and its practical application of Mesmerism in surgery and medicine*. Hartford: Silas Andrus & Son.
- Estes, W. K. (Ed.) (1975). *Handbook of learning and cognitive processes*. Vol. 2: Conditioning and behavior theory. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Ethische Richtlinien der Internationalen Gesellschaft für Hypnose (ISH) Verabschiedet im August 1979. Übersetzung in deutsch in: *Hypnose und Kognition*, 8(1), 66–68.
- Evans, F. J. (1972). Hypnosis and sleep: Techniques for exploring cognitive activity during sleep. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Research developments and perspectives* (pp. 43–83). Chicago: Aldine Atherton.
- Evans, F. J. (1981). The placebo response in pain control. *Psychopharmacological Bulletin*, 17, 72–76.
- Evans, F. J. (1981b). Sleep and hypnosis; Accessibility of altered states of consciousness. In H. Adam, I. Mészáros & E. I. Bányai (Eds.), *Advances in physiological sciences*. Vol. 17. Brain and behavior (pp. 453–456). Elmsford Pergamon Press.
- Evans, F. J. (1983). Posthypnotic amnesia: Dissociation of content and context. In H. M. Pettinati (Ed.), *Hypnosis and memory* (pp. 157–192). New York: Guilford Press.
- Evans, F. J. (1985). Expectancy, therapeutic instructions and the placebo response. In L. White, B. Tursky & G. E. Schwartz (Eds.), *Placebo: Theory, research, and mechanisms* (pp. 2115–2228). New York: Guilford Press.
- Evans, F. J. (1987). Pain and awareness during general anaesthesia. *Lancet*, II, 1033.
- Evans, F. J. (1988). Hypnotic amnesia and dissociative processes. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Den Haag.
- Evans, F. J. (1988). Posthypnotic amnesia: Dissociation of content and context. In H. M. Pettinati (Ed.), *Hypnosis and memory* (pp. 157–192). New York: Guilford.
- Evans, F. J. & Kihlstrom, J. F. (1973). Posthypnotic amnesia a disrupted retrieval. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 317–323.
- Evans, F. J. & Orne, M. T. (1965). Motivation, performance, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 103–116.
- Evans, F. J. & Orne, M. T. (1971). The disappearing hypnotist: The use of simulating subjects to evaluate how subjects perceive experimental procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 277–296.
- Evans, F. J. & Thorn, W. A. (1966). Two types of posthypnotic amnesia: Recall amnesia and source amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 162–179.
- Everill, J., Waller, G. & McDonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 127–134.
- Ewer, T. C. & Stewart, D. E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with hypnotic technique: A randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 293, 1129–1132.
- Ewin, D. M. (1983). Emergency room hypnosis for the burnt patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(1), 5–8.
- Ewin, D. M. (2004). Single-visit hypnotic cure of stentorian snoring: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(4), 400–403.
- Ewin, D. M. (2011). Treatment of HPV with hypnosis – psychodynamic considerations of psychoneuroimmunology: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 392–398.
- Eysenck, H. J. & Furneaux, W. D. (1945). Primary and secondary suggestibility: An experimental and statistical study. *Journal of Experimental Psychology*, 35, 485–503.
- Fabiano, G. (1981). Un caso di omnesessualita femminile risolto in 5 sedute ipnoterapeutiche. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 2(1), 45–48.
- Facco, E., Casiglia, E., Masiero, S., Tikhonoff, V., Giacomello, M. & Zanette, G. (2011). Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 454–468.
- Fan, J., McCandliss, B. D., Flombaum, J. I. & Posner, M. I. (2001). Imaging attentional networks. Paper presented at the Annual Meeting of the Society of Neuroscience, San Diego, CA.

- Farabolini, F. (2012). Once upon a time: A retrospective of neuro-endocrinology of animal hypnosis in the rabbit. *Contemporary and Integrative Therapy*, 29(1), 51–60.
- Farah, M. J., Weisberg, L. L., Minheit, M. & Peronnet, F. (1990). Brain activity underlying imagery: Event related potentials during mental image generation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1, 302–316.
- Faria, J. C., Da. (1819). *De la cause du sommeil lucide*. Paris: Horiac.
- Farnill, D. (2000). Sexual relationship with former patients: Prevalence, harm, and professional issues. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(1), 42–60.
- Farvolden, P. & Woody, E. Z. (2004). Hypnosis, memory, and frontal executive functioning. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 3–26.
- Fassler, O., Lynn, S. J. & Knox, J. (2008). Is hypnotic suggestibility a stable trait? *Consciousness and Cognition*, 17(1), 240–253.
- Faulstich, J. (2011). *Das Geheimnis der Heilung*. Fernsehsendung am 31. 01. 2011 in 3SAT.
- Faust, V. & Hole, G. (1991). *Der gestörte Schlaf und seine Behandlung* (2. Aufl.). Ulm: Universitätsverlag Ulm.
- Fawzy, F. I., Canada, A. L., & Fawzy, N. W. (2003). Malignant melanoma: Effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 60, 100–1003.
- Fawzy, F. I., Kemeny, M. E., Fawzy, N. W., Elashoff, R., Morton, D., Cousins, N. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 729–735.
- Faymonville, M. E. (2010). Hypnose in der Anästhesie. *Hypnose*, 5(1–2), 111–120.
- Faymonville, M. E., Fissette, J., Mambourgh P. H., Roediger, L., Joris, J. & Lamy, M. (1995). Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. *Regional Anaesthesia*, 20(2), 145–155.
- Faymonville, M. E., Laureys, S., Degueldre, C., Del Fiore, G., Luxen A., Franck, G., Lamy, M. & Maquet, P. (2000). Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 92(5), 1257–1267.
- Faymonville, M. E., Laureys, S., Degueldre, C., Phillips, C. & Lamy, M. (2002). Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*, 92, 1257–1267.
- Faymonville, M. E., Mambour, P. H., Joris, J., Vrijns, B., Fissette, J., Albert, A. & Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain*, 361–367.
- Faymonville, M. E., Meurisse, M. & Fissette, J. (1999). Hypnose-duction: A vulnerable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chirurgica Belgica*, 99, 141–146.
- Faymonville, M. E., Roediger, L., Del Fiore, G., Degueldre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P. & Laureys, S. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Research and Cognitive Brain Research*, 17(2), 255–262.
- Feffer, M. & Suchotliff, L. (1966). Decentering implications of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 415–422.
- Feingold, E. (1982). Untersuchungen zur sensorischen Suggestibilität sowie zum Zusammenhang zwischen sensorischer Suggestibilität und der Placebo-Ansprechbarkeit im Schmerzbereich. Diss.: Mainz: Johannes-Gutenberg-Universität.
- Feldman, C. S. & Salzberg, H. C. (1990). The role of imagery in the hypnotic treatment of adverse reactions to cancer therapy. *Journal of South Carolina Medical Association*, 86(5), 303–306.
- Feldman, J. B. (2009). Expanding hypnotic pain management to the affective dimension of pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(3), 235–254.
- Feldmann, G. M. (1976). The effect of biofeedback training on respiratory resistance of asthmatic children. *Psychosomatic Medicine*, 38, 27–34.
- Feldman-Summers, S. (1997). Prozeßrisiken für den Psychotherapeuten, bei dessen Klienten es während der Therapie zu »ersten Erinnerungen« an einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit kommt. In G. Amann & R. Wippliner (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. Ein Handbuch (S. 638–651). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Fellows, B. J. (1984). Preliminary report on the use of hypnotic and imaginative procedures during pregnancy and childbirth in Hungary. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 1(2), 53–54.
- Fellows, B. & Ragg, L. (1992). The Carleton Skill Training Program: A preliminary British trial. *Contemporary Hypnosis*, 9, 169–174.
- Femster, J. H. & Brown, J. E. (1963). Hypnotic aversion to alcohol: Three year follow up of on a patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6(2), 164–166.
- Fernandez, E. & Turk, D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta-analysis. *Pain*, 38(2), 123–297.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonanz*. Evanston: Stanford University.
- Feustle, G. (1985). Hypnotisch induzierte Taubheit. Experimentelle und klinische Hypnose, 1(2), 153–165.
- Ffrench, C. (1996). Hypnosis to alleviate classically conditioned fear of choking in a child. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(2), 145–148.
- Ffrench, C. (1997). Hypnotherapeutic treatment of PTSD following severe electric shock. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 24(1), 19–24.
- Ffrench, C. (2000). The meaning of trauma: Hypnosis and PTSD. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(2), 188–199.
- Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. & Standop, R. (1978). *Stottern. Wege zu einer integrativen Theorie und Behandlung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Field, P. B. (1965). An inventory scale of hypnotic depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 238–249.
- Field, P. B. (1974). Effects of a pre-recorded hypnotic preparation for surgery. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22(1), 54–61.
- Field, P. B. (1979). Preventing crying through desensitization. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13(2), 134–136.
- Fike, M. L. (1990). Considerations and techniques in the treatment of persons with multiple personality disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(11), 999–1007.
- Fina, K. (1971). *Das Zeiterleben des Kindes*. In W. Behler (Hrsg.), *Das Kind. Eine Anthropologie des Kindes* (S. 225–242). Freiburg: Herder.
- Fine, C. G. (1988). The work of Antoine Despine: The first scientific report on the diagnosis and treatment of a child with multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 33–39.
- Fine, C. G. & Berkowitz, A. S. (2001). The Wreathing Protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of Dissociative Identity Disorder and other dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3), 275–290.
- Finegold, M. & Edelstein, M. G. (1986). Concern about practicing on patients. In B. Zilbergeld, M. G. Edelstein, D. L. & Araoz (Eds.), *Hypnosis: Questions and answers* (pp. 477–480). New York: Norton.

- Finer, B. (1964). Experience with hypnosis in clinical anaesthesiology. *Opuscula Medica* (Stockholm), 4, 111.
- Finer, B. (1980). Hypnosis and anaesthesia. In G. D. Burrows, L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 293–305). Amsterdam: Biomedical Press.
- Finer, B. & Sjöstrand, U. (1967). (schwedisch): The anaesthesiologist's view of physiology; value of cooperation in clinical teaching. *Läkartidningen*, 64, 2907–2910.
- Finger, S. (2006). Benjamin Franklin and the neurosciences. *Functional Neurology*, 21(2), 67–75.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Finkelstein, S. & Greenleaf, H. M. (1984). Krebsverhütung eine drei Jahres-Pilotstudie. *Hypnose und Kognition*, 1(1), 43–55.
- Finlay, I. G., Jones, O. L. (1996). Hypnotherapy in palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89(9), 493–496.
- Fisher, R. P. & Geiselman, R. E. (1992). Memory enhancing techniques for investigative interviewing: The cognitive interview. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Fisher, S. (1954). The role of expectancy in the performance of posthypnotic behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 503–507.
- Fisher, S. (1962). Problems of interpretation and controls in hypnotic research. In G. H. Estabrooks (Ed.), *Hypnosis: Current problems*. New York: Harper and Row.
- Fisher, S., Lipman, R. S., Uhenhuth, E. H., Rickels, K. & Park, L. C. (1965). Drug effects on initial severity of symptomatology. *Psychopharmacologia*, 7(1), 57–60.
- Fite, D. (2010). *Hidradenitis suppurativa in emergency medicine*. <http://emedicine.medscape.com/article/762444-overview>.
- Fitzpatrick, L. J. (1974). A »narcolepsy« may be a »walking zombie syndrome« in disguise. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15(2), 58–59.
- Flammer, E. (2006). Die Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Angststörungen. *Hypnose*, 1(1+2), 173–198.
- Flannery, R. B. Jr. (1972). A laboratory analogue of two covert reinforcement procedures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 171–177.
- Fliegel, S. (1978). *Zur Wirksamkeit von Selbstverbalisationen bei der Verhaltenstherapie phobischer Ängste*. Diss.: Ruhr-Universität Bochum.
- Flor, H. (2000). The functional organization of the brain in chronic pain. In J. Sandkühler, B. Bromm & G. F. Gebhart (Eds.), *Progress in brain research*, (pp. 313–322). Elsevier Science.
- Flor, H. & Hermann (2007). Kognitiv-behaviorale Therapie. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie – Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 603–616). Berlin: Springer, 6. Aufl.
- Flory, N., Martinez Salazar, M. & Lang, E. V. (2007). Hypnosis for acute distress management during medical procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 303–317.
- Foenander, G., Burrows, G. D., Gerschman, J. & Hörne, D. J. (1980). Phobic behavior and hypnotic susceptibility. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(1), 41–46.
- Fogelman, M. J. & Crasilneck, H. B. (1956). Food intake and hypnosis. *Journal of American Dietetic Association*, 32, 5–19.
- Fontini, G. & Migliorini, S. (2012). A cognitive approach to physical exercise and sport. *Contemporary and Integrative Therapy*, 29(1), 61–77.
- Foote, W. & Laws, D. R. (1981). A daily alternative procedure for organicism reconditioning with a pedophile. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 267–273.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Stelle, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-regulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437–447.
- Forel, A. (1932). *Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie*. Stuttgart: Enke.
- Forel, A. (1935). *Rückblick auf mein Leben*. Zürich: Europa-Verlag.
- Forrest, D. (2002). Mesmer. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 295–308.
- Forster, F. M. (1969). Conditional reflexes and sensory evoked epilepsy. The nature of therapeutic process. *Conditional Reflex*, 2, 236–244.
- Forster, F. M. & Cleeland, C. S. (1969). Sensory evoked epilepsy. *Transactions of the American Neurological Association*, 94, 268–269.
- Forster, T. (1991). Nägelbeißen und Depression. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (S. 61–74). Bern: Huber.
- Försterling, F. (1986). *Attributionstherapie in der Klinischen Psychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Foster, T. M., Temple, W. & Poling, A. (1997). Behavior analysis and farm animal welfare. *The Behavior Analyst*, 20, 87–95.
- Foundas A. L., Bollich A. M., Feldman J., Corey D. M., Hurley M., Heilman K. M. (2004). Atypical planum temporale anatomy in stuttering: Relationship to delayed auditory feedback. *Neurology*, 63, 1640–1646.
- Fourie, D. P. (1980). Relationship aspects of hypnotic susceptibility. *Perceptual and Motor Skills*, 51, 1032–1034.
- Fourie, D. P. (1983). Width of the hypnotic relationship: An interactional view of hypnotic susceptibility and hypnotic depth. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(1), 114.
- Fourie, D. P. (1990a). Simulation in hypnosis research: The »hidden« role of attribution of meaning. *Perceptual and Motor Skills*, 71(2), 560–562.
- Fourie, D. P. (1990b). *Hypnose – Ein ökosystemischer Ansatz*. Vortrag, Fifth European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine. Konstanz, August 18–24.
- Fourie, D. P. (1991). Family hypnotherapy: Erickson or System? *Journal of Family Therapy*, 13, 53–71.
- Fourie, D. P. (1994). *Hypnose – Ein ökosystemischer Ansatz*. München: Quintessenz.
- Fourie, D. P. (1997). »Indirect« suggestion in hypnosis: Theoretical experimental issues. *Psychological Reports*, 80(3), 1255–1266.
- Fourie, D. P. (1998). Confirming false memories: Social constructs of »useful« meanings. *Perceptual and Motor Skills*, 87(2), 536–538.
- Fourie, D. P. (2007). Systematic hypnotherapy: Deconstructing entrenched ambivalent meanings in self-organizing systems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(1), 71–80.
- Fourie, D. & Lifschitz, S. (1987). Ein ökosystemischer Ansatz der Hypnose: Rationale Kerngedanken und einige Folgerungen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 3(1), 1–22.
- Fowler, K. (1988). Hypnotic transformation – Three studies of theatrical role-playing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(4), 249–255.
- Fox, J. (1960). The systematic use of hypnosis in individual and group-psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(2), 109–114.
- Fox, P. A., Henderson, D. C., Barton, S. E., Champion, A. J., Rollin, M. S., Catala, J., McCormack, S. M. & Gruzelier, J. (1999). Immunological markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: A pilot study. *International Journal of STD & AIDS*, 10(11), 730–734.
- Francesconi, H. & Francesconi, M. (1984). Augenbewegungen und funktionale Spezialisierung der Zentralhemisphären bei Normalprobanden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 13(2), 111–123.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins (3rd edn.).
- Frankel, F. F. L. (1976). *Hypnosis: Trance as a coping mechanism*. New York: Plenum.

- Frankel, F. H. (1994). The concept of flashbacks in historical perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 321–336.
- Frankel, F. H. & Perry, C. W. (Eds.) (1994). Hypnosis and delayed recall: Part 1 (Special issue). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 253–433.
- Frankl, V. (1978). *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber.
- Franklin, B., Majault, Le Roy, Sallin, Bailly, J.-S., D'Arcet, De Bory, Guillotin, J.-I., & Lavoisier, A. (1784). Report of the commissioners charged by the King with the examination of animal magnetism. Reprint 2002: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 332–363.
- Franks, C. M. (Ed.) (1964). *Conditioning techniques in clinical practice and research*. New York: Springer publishing.
- Franks, C. M. (Ed.) (1969a). *Behavioral therapy. Appraisal and Status*. New York: McGrawHill.
- Franks, C. M. (1969b). Introduction: Behavior therapy and its Pavlovian origins: Review and perspectives. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and Status*. New York: McGrawHill.
- Frauman, D. C., Lynn, S. J. & Brentar, J. P. (2001). Prevention and therapeutic management of »negative effects« in hypnotherapy. In J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 95–120). Washington: American Psychological Association.
- Frederick, C. (1997). Die hypnotische Beziehung zu todkranken Patienten. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 13(2), 155–172.
- Frederick, C. (2002). Liberating Sisyphus: Hypnotically facilitated therapy for obsessive-compulsive disorder. *Hypnos*, 19, 99–105.
- Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen der Ego State Therapie. *Hypnose*, 2(1–2), 5–100.
- Frederick, C. (2007). Hypnotically facilitated treatment of obsessive-compulsive disorder: Can it be evidence-based? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 189–206.
- Fredericks, L. E. (1967). The use of hypnosis in haemophilia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 10, 1, 52–55.
- Freeman, R., Barabasz, A., Barabasz, M. & Warner, D. (2000). Hypnosis and distraction differ in their effects on cold pressor pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(2), 137–148.
- Freesmeier, W. B. (1992). *Funktionstherapie in der zahnärztlichen Praxis*. München: Hanser.
- Freinkel, A., Koopman, C. & Spiegel, D. (1995). Dissociative symptoms in media eyewitnesses of an execution. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1335–1339.
- Frenay, M. C., Faymonville, M. E., Devlieger, S., Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients: A prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategies. *Burns*, 27(8), 793–799.
- French, L., Garry, M. & Mori, K. (2008). You say tomato? Collaborative remembering leads to more false memories for intimate couples than for strangers. *Memory*, 16(3), 262–273.
- Freska, E., Csökl, Z., Nagy, A. & Kulcsár, Z. (2004). (Neurophenomenological analysis of the therapeutic relationship in ritual healing.) *Neuropsychopharmacologica Hungarica*, 6(3), 133–143.
- Frester, R. (2002). Mentales Doping – Leistungsstimulanz oder Fiktion? In T. Wörz & H.-W. v. Schleinitz (Hrsg.), *Doping. Gefahren, Verantwortung – Alternativen. Schulen für Leistungssportler im internationalen Vergleich* (S. 61–68). Lengerich: Pabst.
- Frester, R. & Mewes, N. (2008). Psychoregulation im Sport. In J. Beckmann & M. Kellermann (Hrsg.), *Anwendungen der Sportpsychologie* (S. 41–117). Göttingen: Hogrefe.
- Freud, S. (1899). Über Kindheits- und Deckerinnerungen. *Abhandlung in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*.
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. *Gesammelte Werke 1910–1919*. Frankfurt: S. Fischer.
- Freud, S. (1919). *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. Leipzig/Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. *Gesammelte Werke 1920–1939*. Frankfurt: S. Fischer.
- Freud, S. (1925). Die Verneinung. *IMAGO*, Bd. 11, 217–221.
- Freud, S. (1940). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten (9. Aufl., 1992). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1952). Über Deckerinnerung. In: *Gesammelte Werke*, London, Bd. 1, S. 531–554.
- Freud, S. (1955). *Gesammelte Werke* (18 Bände). London: Imago (1955) (Die ganze Edition seit 1960 beim S. Fischer Verlag, Frankfurt.)
- Frey, C. & Röthlisberger, C. (1996). Aspekte der sozialen Entwicklung von Jugendlichen mit zystischer Fibrose. Soziale, familiäre und personale Ressourcen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(4), 304–313.
- Friday, P. J. & Kubal, W. S. (1990). Magnetic resonance imaging: Improved patient tolerance utilizing medical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(2), 80–84.
- Friedlander, J. W. & Sarbin, T. R. (1938). The depth of hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 33, 453–475.
- Friedman, H. & Taub, H. (1978). A six-month follow-up of the selfhypnosis and biofeedback procedures in essential hypertension. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(31), 184–188.
- Friedman, S. B., Glasgow, L. A. & Adler, R. (1969). Psychosocial factors modifying host reaction to experimental infection. *Annals of the New York Academy of Science*, 164, 381.
- Friedrich, M., Trippe, R. H., Özcan, M., Weiss, T., Hecht, H. & Milner, W. H. (2001). Laser-evoked potentials to noxious stimulation during hypnotic analgesia and distraction of attention suggest different brain mechanisms of pain control. *Psychophysiology*, 38(5), 768–776.
- Friedrichs, B. (1985). Hypnotherapie bei psychosomatischen Hauterscheinungen. Eine Falldarstellung. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 1(2), 179–183.
- Frischenschlager, O. & Pucher, I. (2002). Psychological management of pain. *Disabilities and Rehabilitation*, 24(8), 416–422.
- Frischholz, E. J. (2007). Hypnosis, hypnotizability, and placebo. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(1), 49–58.
- Frischholz, E. J., Kowal, J. A. & Hammond, D. C. (2001). Introduction to the special section: Hypnosis and EMDR. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 179–82.
- Fromm, E. (1968). Transference and countertransference in hypnoanalysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 77–84.
- Fromm, E. (1972). Ego activity and ego passivity in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20(4), 238–251.
- Fromm, E. (1980). Quo vadis hypnosis? Predictions of future trends in hypnosis research. In E. Fromm (Ed.), *Values in hypnotherapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (pp. 687–703). New York: Aldine Publishing Company.
- Fromm, E. (1984). Hypnoanalysis with particular emphasis on the borderline patient. *Psychoanalytic Psychology*, 1(1), 61–76.
- Fromm, E. (1998). An ego psychological theory of hypnosis and the research evidence supporting it. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(1), 5–14.
- Fromm, E. (2000). Interview mit Erika Fromm. *Hypnose und Kognition*, 17(1–2), 155–169.
- Fromm, E., Brown, D. P., Hurt, S. W., Oberlander, J. Z., Boxer, A. M. & Pfeifer, G. (1981). The phenomena and characteristics of selfhypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(3), 189–246.
- Fromm, E. & R. E. Shor (Eds.) (1979). *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. New York: Aldine Publishing.

- Fromm, E. & Kahn, S. (1990). *Self-Hypnosis. The Chicago paradigm*. New York: Guilford.
- Fuchs, B. (1983). Die Hypnose von Zeugen in polizeilichen Ermittlungsverfahren. *Kriminalistik*, 1, 2–7.
- Fuchs, K., Zaidse, I., Peretz, B. A. & Paldi, A. (1995). Hypnotherapy in male impotence. In M. Kleinhauz, B. Peter, S. Livnay, V. Delano, A. Iost-Peter (Eds.), *Jerusalem lectures on hypnosis and hypnotherapy* (pp. 135–144). München: M. E. G. – Stiftung.
- Fuchs, K., Zimmer, E. Z., Eyal, A., Paldi, E. & Peretz, B. A. (1987). Influence of maternal hypnosis on fetal well being in uterus. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 14(4), 190–194.
- Fuchs, K., Zimmer, E. Z., Eyal, A., Paldi, E. & Peretz, B. A. (1990). Existiert ein Einfluß von mit der Mutter durchgeführten Hypnosesitzungen auf das Wohlbefinden des Fötus innerhalb des Uterus. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(1), 1–6.
- Gaarder, K. & Chase, Ch. (1971). Control of states of consciousness I. Attainment through control of psychophysiological variables. *Archives of General Psychiatry*, 25, 429–435.
- Gabriel, J. J. (1981). The therapeutic effectiveness of hypnotherapy and systematic desensitization in the treatment of obesity as an anxiety disorder. Diss., Florida Institute of Technology.
- Gafner, G. (1997). Hypnotherapy with older adults. *Contemporary Hypnosis*, 14(1), 68–79.
- Gafner, G. (2004). *Clinical Applications of Hypnosis*. New York: Norton.
- Gafner, G. & Young, C. (1998). Hypnosis as an adjunct treatment in chronic paranoid schizophrenia. *Contemporary Hypnosis*, 15(4), 223–226.
- Gainer, M. J. (1992). Hypnotherapy for reflex sympathetic dystrophy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 227–232.
- Galbraith, G. G., London, Leibovitz, M. P., Cooper, L. M. & Hart, J. T. (1970). EEG and hypnotic susceptibility. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 72(1), 125–131.
- Galea, V., Woody, E. Z., Szechtman, H. & Pierrynowski, M. R. (2010). Motion in response to the hypnotic suggestion of arm rigidity: A window on underlying mechanisms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 251–268.
- Gall, J. (1982). The difficult dental patient. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis*. New York: Plenum Press.
- Galovski, T. E. & Blanchard, E. B. (1998). The treatment of irritable bowel syndrome with hypnotherapy. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 23(4), 219–232.
- Galper, D. I., Taylor, A. G. & Cox, D. J. (2003). Current status of mind-body interventions for vascular complications of diabetes. *Family & Community Health*, 26, 34–40.
- Ganaway, G. K. (1995). Hypnosis, childhood trauma, and dissociative identity disorder: Toward an integrative theory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(2), 127–144.
- Gandhi, B. (2005). Does »hypnosis« by any other name smell as sweet? The efficacy of »hypnotic« inductions depends on the label »hypnosis«. *Consciousness and Cognition*, 14(2), 304–315.
- Ganis, G. & Schendan, H. E. (2011). Visual imagery. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Sciences*, 2(3), 239–252.
- Ganis, G., Thompson, W. L. & Kosslyn, S. M. (2004). Brain areas underlying visual mental imagery and visual perception: An fMRI study. *Brain Research and Cognitive Brain Research*, 20, 226–241.
- Gannon, L. (1981). Psychological and physiological factors in the development, maintenance, and treatment of menstrual disorders. In S. N. Hayes & L. Gannon (Eds.), *Psychosomatic disorders*. New York: Praeger.
- Garb, H. N. (1998). Clinical judgement. In H. N. Garb (Ed.), *Studying the Clinician: Judgement Research and Psychological Assessment* (pp. 173–206). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gardner, G. G. (1973). Use of hypnosis for psychogenic epilepsy in a child. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 166–169.
- Gardner, G. G. (1974). Hypnosis with children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 20–38.
- Gardner, G. G. (1975). Dramatized storytelling in child psychotherapy. *Acta Paedopsychiatrica*, 41(3), 110–116.
- Gardner, G. G. (1976). Childhood, death, and human dignity: Hypnotherapy for David. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(2), 122–139.
- Gardner, G. G. (1977). Hypnosis with infants and preschool children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 158–162.
- Gardner, G. G. (1978). Hypnotherapy in the management of childhood habit disorders. *Journal of Pediatrics*, 92, 838–840.
- Gardner, G. G. (1981). Teaching selfhypnosis to children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(3), 300–312.
- Gardner, G. G. & Hinton, R. M. (1980). Hypnosis with children. In G. D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 205–232). Amsterdam: Biomedical Press.
- Gardner, G. G. & Olness, K. (1981). *Hypnosis and hypnotherapy with children*. New York: Grune & Stratton.
- Gardner, R. A. (2004). The psychodynamics of patients with false memory syndrome (FMS). *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32(1), 77–90.
- Garry, M. & Loftus, E. F. (1994). Pseudomemories without hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 363–378.
- Garver, R. B. (1977). The enhancement of human performance with hypnosis through neuromotor facilitation and control of arousal level. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 177–181.
- Garver, R. B. (1984). Eight steps to selfhypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(4), 232–235.
- Gassner, J. J. (1774). Weise, fromm und gesund zu leben, auch gottselig zu sterben, oder: Nützlicher Unterricht, wider den Teufel zu streiten, etc. In der Hochfürstlichen Buchdruckerei des Stifts zu Kempten.
- Gay, M. C. (2007). Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: A one-year follow-up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(1), 67–83.
- Gay, M. C., Philippot, P. & Luminat, O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. *European Journal of Pain*, 6(1), 1–16.
- Gebert, N. & Staab, D. (2001). Besonderheiten der Schulung von Patienten mit Mukoviszidose und ihren Angehörigen. *Psycho-med*, 13(1), 28–34.
- Geddie, L. F., Beer, J., Bartosik, S. & Wuensch, K. L. (2001). The relationship between interviewer characteristics and accuracy of recall in young children: Do individual differences matter? *Child and Maltreatment*, 6(1), 59–68.
- Gehm, Th., Appel, J. & Apse, D. (1987). Parameters of suggestive speech. Vortrag, gehalten am 10. 7. 1987, International Symposium on Suggestion and Suggestibility, Gießen.
- Geiselman, R. E., Fisher, R. P., MacKinnon, D. P. & Holland, L. (1985). Eyewitness memory enhancement in the police interview: Cognitive retrieval mnemonics versus hypnosis. *Journal of Applied Psychology*, 70, 401–412.
- Gellhorn, E. & Loofbourrow, G. N. (1963). *Emotions and emotional disorders*. New York: Harper and Row.
- Gemignani, A., Sebastiani, L., Simoni, A., Santarcangelo, E. L. & Gherladducci, B. (2006). Hypnotic trait and specific phobia: EEG and autonomic output during phobic stimulation. *Brain Research Bulletin*, 69(2), 197–203.
- Gendlin, E. T. (1979). Imagery is more powerful with focusing: Theory and practice. In I. E. Shor et al. (Eds.), *Imagery: Its many dimensions and applications*. New York: Plenum Press.

- Gentry, W. D. & Bernal, G. A. (1977). Chronic pain. In R. B. Williams & W. D. Gendry (Eds.), *Behavioral approaches to medical treatment* (pp. 173–182). Cambridge, Mass.: Ballinge.
- Genuis, M. L. (1995). The use of hypnosis in helping cancer patients control anxiety, pain, and emesis: A review of recent empirical studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 316–325.
- Geraerts, E., Bernstein, D. M., Merckelbach, H., Linders, C., Raymaekers, L. & Loftus, E. F. (2008). Lasting false beliefs and their behavioral consequences. *Psychological Sciences*, 19(8), 749–753.
- Gerber, W. D. (1985). Die Migräne: Ergebnisse und Perspektiven verhaltensmedizinischer Forschung. Weinheim: Edition Medizin.
- Gerber, W. D. (1986). Chronische Kopfschmerzen. In W. Miltner, N. Birbaumer & W. D. Gerber (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 135–170). Berlin Springer.
- Gerl, W. (1997). Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. Was macht sie effektiv? *Hypnose und Kognition*, 14(1–2), 67–81.
- Gerl, W. (1998). *Moderne Hypnose. Arbeit mit dem Unbewussten*. Stuttgart: Trias.
- Gerl, W. (2004). Dauerhaft frei mit Hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung. In I. Jochims & W. Gerl (Hrsg.), *Rauchfrei ohne zuzunehmen*. Berlin: Hedwig.
- Gerschman, J. A., Burrows, G. D. & Fitzgerald, P. J. (1981). Hypnosis in the control of gagging. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9(2) 53–59.
- Gerschman, J. A., Burrows, G. D. & Reade, P. C. (1977). Orofacial pain. *Australian Family Physician*, 6, 10, 12–19.
- Gerschman, J. A., Burrows, G. D. & Reade, P. C. (1987). Hypnotizability and dental phobic disorders. *International Journal of Psychosomatics*, 34(4), 42–47.
- Gerschman, J. A., Reade, P. C & Burrows, G. D. (1980). Hypnosis and dentistry. In G. D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic Medicine* (441–480). Amsterdam: Biomedical Press.
- Geser, W. & Kröss, N. (1997). Veränderungen von Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen und Stressverarbeitungsstrategien durch Ausübung von Karate- und Ausdauersport. *Psychologie und Sport*, 4(2), 42–52.
- Gfeller, J. D., Lynn, S. J. & Pribble, W. E. (1987). Enhancing hypnotic susceptibility: Interpersonal and rapport factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 586–595.
- Gheorghiu, V. A. (1972). On suggestion and suggestibility. *Scientia*, 107.
- Gheorghiu, V. A. (1976). An attempt to control for compliance behavior in the measurement of sensory suggestibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(3), 362.
- Gheorghiu, V. A. (1980). One of the »Cinderellas« of psychology and medicine: The suggestion. *Svensk Troskrift for Hypnos*, 5.
- Gheorghiu, V. A. (1985). Beziehungen zwischen Suggestion und Hypnose: Kritische Betrachtungen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 1(2), 167–179.
- Gheorghiu, V. A. (1987). The difficulty to explain and define suggestion. Vortrag, gehalten am 8. 7. 1987. *International Symposium on Suggestion and Suggestibility*, Gießen.
- Gheorghiu, V. A. (1996). Die adaptive Funktion suggestionaler Phänomene: Zum Stellenwert suggestionsbedingter Einflüsse. *Hypnose und Kognition*, 13(1+2), 125–146.
- Gheorghiu, V. A. (2000a). Die Domäne der Suggestionalität: Versuch der Konzeptualisierung suggestionaler Phänomene. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 16(1), 55–92.
- Gheorghiu, V. A. (2000b). Hypnotische vs. non-hypnotische Suggestionierbarkeit: Kritische Betrachtungen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 16(2), 169–190.
- Gheorghiu, V. A. (2000c). Suggestion und Suggestibilität: Stiefkinder der Psychologie. Vortrag, gehalten am XV. Internationalen Kongress. München.
- Gheorghiu, V. A. (2000d). Suggestion, Suggestibilität, Suggestionalität: Versuch der Einordnung suggestionaler Phänomene unter Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Psychotherapie. *Imagination*, 2, 48–58.
- Gheorghiu, V. A. & Hübner, M. (1994). Zahnheilkunde. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren* Bd. 2 (S. 226–261). Weinheim: Beltz.
- Gheorghiu, V. A. & Kruse, P. (1991). The psychology of suggestion: An integrative perspective. In J. F. Schumaker (Ed.), *Human suggestibility: Advances in theory, research, and practice* (pp. 59–75). New York: Routledge, Chapman and Hall, Inc.
- Gheorghiu, V. A., Gehm, T., Hehl, F. J. & Vaitl, D. (1989). Objektive und vorgetäuschte Stimulation: Eine empirische Untersuchung zur Wirkung indirekter Suggestion auf Motorik. *Archiv für Psychologie*, 141(2), 127–137.
- Gheorghiu, V. A., Hodapp, V. & Ludwig, C. M. (1975). Attempt to construct a scale for measurement of the effect to suggestion on perception. *Educational and Psychological Measurement*, 35, 341–352.
- Gheorghiu, V. A., Koch, E., Filakovski, H., Pieper, W. & Molz, G. (2001). Factors influencing the illusion of warmth. *Contemporary Hypnosis*, 18(1), 21–31.
- Gheorghiu, V. A., Netter, P. & Tichi, H. J. (1989). A test of sensory suggestibility. In A. F. Bennett & K. M. McConkey (Eds.) *Cognition in Individual and social contexts* (pp. 507–517). North Holland: Elsevier.
- Gheorghiu, V. A. & Orleanu, P. (1982). Dental implant under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25 (1), 68–70.
- Gheorghiu, V. A. & Reyher, J. (1982). The effect of different types of influence on an »indirect-direct« form of a scale of sensory suggestibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(3), 191–199.
- Giacalone, A. V. (1981). Hysterical dysphonia: Hypnotic treatment of a ten year old female. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(4), 289–293.
- Giannelli, P. C. (1995). The admissibility of hypnotic evidence in U.S. courts. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(2), 212–233.
- Gibbons, D. (1973). *Beyond hypnosis: Explorations in hyperempiria*. South Orange N. J.: Power Publishing.
- Gibson, D., Kilbourne, L., Saunders, A. & Castles, C. (1970). The cognitive control of behavior: A comparison of systematic desensitization and hypnotically induced »directed experience« techniques. *American Journal of clinical Hypnosis*, 12, 141–145.
- Gibson, H. B. (1982). The use of hypnosis in police investigations. *Bulletin of British Psychology Society*. 35, 135–142.
- Gibson, H. D. (1984). The collected papers of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 254–256.
- Gibson, W. B. (1956). *The key to hypnotism*. New York: Key Publishing.
- Gibson, W. B. (1976). *Secrets of the great magicians*. Glasgow: Collins.
- Gieler, U., Bräuer, J. & Freiling, G. (1993). Neurodermitisschulung – ein neuer psychosomatisch orientierter Behandlungsansatz. In U. Gieler, E. Stangier & E. Brähler (Hrsg.), *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht* (S. 45–66). Hogrefe: Göttingen.
- Giesbert, T. & Merckelbach, H. (2005). Die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma: Ein kritischer Überblick. *Nervenarzt*, 76(1), 20–27.
- Gill, M. M. & Brenman, M. (1959; 1961). *Hypnosis and related states*. New York: International Universities Press.
- Gill, M. M. & Brenman, M. (1967). *The metapsychology of regression in hypnosis*. In J. E. Gordon (Ed.), *The handbook of clinical and experimental hypnosis*. New York: Cromwell-Collier and Macmillan, Inc.

- Gilstrap, L. L. & Seci, S. J. (2005). Reconceptualizing children's suggestibility: Bidirectional and temporal properties. *Child Developnet*, 76(1), 40–53.
- Ginandes, C. (2006). Six players on the inner stage: Using Ego State Therapy with medically ill. *International Journal of Clinical end Experimental Hypnosis*, 54(2), 113–129.
- Ginandes, C., Brooks, P., Sando, W., Jones, C. & Aker, J. (2003). Can medical hypnosis accelerate post-surgical wound-healing? Results of a clinical trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(4), 333–351.
- Ginandes, C. S. & Rosenthal, D. I. (1999). Using hypnosis to accelerate the healing of bone fracture: A randomised controlled pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5(2), 67–75.
- Ginhart, L. R. (1983). The use of serial metaphor in therapy: A case report. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 2(1), 15–22.
- Giovino, G. A., Henningfield, J. E., Tomar, S. J., Escobedo, L. G. & Slade, J. (1995). Epidemiology of tobacco and dependence. *Epidemiological Review*, 17, 48–65.
- Giraki, M., Schneider, C., Schäfer, R., Singh, P., Franz, M., Raab, W. H. & Ommerborn, M.A. (2010). Correlation between stress, stress-coping and current sleep bruxism. *Head & Face Medicine*, 2010, 6, 2.
- Glaser, R. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunctions implication for health. *National Review of Immunology*, 5, 243–251.
- Glasner, S. (1955). A note on allusions to hypnosis in the Bible and Talmud. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 34.
- Glass, E. G., McGlynn, F. D., Glaros, A. G., Melton, K. & Romans, K. (1993). Prevalence of temporomandibular disorder symptoms in a major metropolitan area. *The Journal of Craniomandibular Practice*, 11, 217–220.
- Glazener, C. M., Evans, J. H. & Cheuk, D. K. (2005). Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD005230.
- Glazener, C. M., Evans, J. H. & Peto, R. E. (2003). Tricyclic related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002117.
- Gleß, S. (2007). §§ 132a–136a. In V. Erb, R. Esser, U. Ranke, K. Graalman-Scheerer, H. Hilger & A. Ignor (Hrsg.), *Die Strafprozessordnung und das Gerichtsverfassungsgesetz*, Bd. 4. Berlin: De Gruyter Recht.
- Glick, B. S. (1976). Aversive imagery therapy using hypnosis. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and behavior therapy* (pp. 202–207). Springfield: Charles C. Thomas.
- Glowsatzki, G. (1983). Der Mesmerismus: Seine Spuren in der heutigen Medizin. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 59, 1360–1366.
- Godec, C. J. (1980). Inhibition of hyperreflexic bladder during hypnosis: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(3), 170–172.
- Goebel, G. & Lamparter, U. (2004). Stressbedingte Aspekte des Hörsturzes. *Psychoneuro*, 30(6), 337–341.
- Goggins, R. (1983). Hypnotherapeutic treatment of socially inhibited urinary response: Two case studies. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 30(1), 21–25.
- Golan, H. P. (1971). Control of fear reaction in dental patients by hypnosis: 3 case studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 279–284.
- Golan, H. P. (1975). Further case reports from Boston City Hospital. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18, 55–59.
- Golan, H. P. (1989). Temporomandibular joint disease treated with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(4), 269–274.
- Golan, H. P. (1990). Suggestions with TMJ and bruxismus. In D. C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (p. 182). New York: Norton.
- Golan, H. P. (1997). The use of hypnosis in the treatment of psychogenic oral pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 89–96.
- Gold, J. L., Kant, A. J., Belmont, K. A. & Butler, L. D. (2007). Practitioner review: Clinical applications of pediatric hypnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 744–754.
- Goldbeck, L. & Schmidt, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1046–1054.
- Goldberg, G. (1983). Suggestion as a general structure and a specific strategy in the behavioral treatment of vaginismus. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(1), 39–47.
- Golden, W. L. (1983). Rational-Emotive hypnotherapy: Principles and techniques. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 47–56.
- Golden, W. L. (2007). Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 131–146.
- Goldfarb, D. A. (1985). Classical conditioning as a means in increasing hypnotic susceptibility. Diss., Hofstra University.
- Goldfine, I. D., Abaira, C., Gruenwald, D. et al. (1970). Plasma insulin levels during imaginary food ingestion under hypnosis. *Proceedings of the Society of Experimental Biology and Medicine*, 13, 274–276.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldmann, L., Ogg, T. W. & Levey, A. B. (1988). Hypnosis and daycase anaesthesia. A study to reduce preoperative anxiety and intraoperative anaesthetic requirements. *Anaesthesia*, 43(6), 466–469.
- Goldmann, L., Shah, M. V. & Hebden, M. W. (1987). Memory of cardiac anaesthesia. Psychological sequelae in cardiac patients of intra-operative suggestion and operating room conversation. *Anaesthesia*, 42(8), 596–603.
- Gollwitzer, P. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493–503.
- Gonheim, M. M. & Block, R. I. (1997). Learning and memory during general anaesthesia: An update. *Anesthesiology*, 387–410.
- Gonsalkorale, W. M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: The Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 27–50.
- Gonsalkorale, W. M., Toner, B. B. & Whorwell, P. J. (2004). Cognitive change in patients undergoing hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Researches*, 56(3), 271–278.
- González de Pablo, A. (2006). Animal magnetism in Spanish medicine (1786–1860). *History of Psychiatry*, 17(67, 3), 279–298.
- Goodman, G. S., Bottoms, B. L., Rudy, L., Davis, S. L. & Schwartz-Kenney, B. M. (2001). Effects of past abuse experiences in children's eyewitness memory. *Law and Human Behavior*, 25(3), 269–298.
- Gorassini, D. R. & Spanos, N. P. (1999). The Carleton Skill Training Program for modifying hypnotic suggestibility: Original version and variations. In I. Kirsch, A. Capafons, S. Amigó (Eds.), *Clinical Hypnosis and self regulation. Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 141–177). Washington: American Psychological Association.
- Gordion, J. S., Staples, J. K., Blyta, A., Bytyqi, M. & Wilso, A. T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorders in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1469–1476.
- Gordon, B. N., Baker-Ward, L. & Ornstein, P. A. (2001). Children's testimony: A review of research on memory for past experiences. *Clinical Children and Family Psychology Review*, 4(2), 157–181.

- Gordon, D. (1978). *Therapeutic Metaphors*. Cupertino: Meta Publications.
- Görz, K. (1990). Rehabilitation von Schädelhirnverletzten durch Hypnose: Fallberichte. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(2), 137–156.
- Gottesfeld, M. L. (1978). Treatment of vaginismus by psychotherapy with adjunctive hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(4), 272–277.
- Gottschall, L. D. (1974a). A comparative study of hypnosis and religion. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 15(5), 231–238.
- Gottschall, L. D. (1974b). Western religions and hypnosis. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 15(6), 271–273.
- Gould, S. S. & Tessler, T. M. (1984). The use of hypnosis in the treatment of herpes simplex II. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(3), 171–174.
- Gow, M. (2011). Managing hypersensitive gag reflex using integrated management techniques: A case study. *Contemporary Hypnosis and Integrative Therapy*, 28(1), 62–76.
- Grabowska, M. J. (1971). The effect of hypnosis and hypnotic suggestion on the blood flow in the extremities. *Polish Medical Journal*, 10, 1044–1051.
- Graci, G. M. & Hardie, J. C. (2007). Evidence-based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 288–302.
- Graef, I. (2007). Methodenübergreifendes Vorgehen bei der kognitiven Umstrukturierung bei einem hyperaktiven Jungen mit Mobbing-Problemen. *Zeitschrift für integratives Lernen*, 1, 53–65.
- Graham, C. & Leibowitz, H. W. (1972). The effect of suggestion on visual acuity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 169–186.
- Graham, D. T. & Wolf, S. (1950). Pathogenesis of urticaria: Experimental study of life situations, emotions and cutaneous vascular reactions. *Journal of the American Medical Association*, 143, 13–96.
- Graham, G. W. (1975). Hypnotic treatment of migraine headaches. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 165–171.
- Graham, K. R., Marra, L. C. & Rudski, J. M. (2003). Hypnotic susceptibility as a predictor in students activities. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(2), 139–145.
- Graninger, M., Graninger, W., Matzer, F., Wurst, L. & Pieringer, W. (2010). Achtsamkeitstraining bei rheumatoider Arthritis: Pilotprojekt für eine Interventionsstudie. *Psychologische Medizin*, 21(1), 4–9.
- Grant, L. & Evans, A. (1994). *Principles of behavior analysis*. New York: Harper Colling College Publishers.
- Grant, R. T., Bruce-Pearson, R.S. & Comeau, W.J. (1936). Observations on urticaria provoked by emotions, by exercise and by warming the body. *Clinical Science*, 2, 253.
- Graser, H. (1977). *Spontane Reversionsprozesse in der Figural-Wahrnehmung*. Dissertation: Universität Trier.
- Gravitz, M. A. (1979). Hypnotherapeutic management of epileptic behavior. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 282–284.
- Gravitz, M. A. (1981a). Nonverbal hypnotic techniques in a centrally deaf braindamaged patient. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(2), 110–116.
- Gravitz, M. A. (1981b). The production of warts by suggestion as a cultural phenomenon. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(4), 281–283.
- Gravitz, M. A. (1987). Two centuries of hypnosis specialty journals. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(4), 265–276.
- Gravitz, M. A. (1988). Early uses of hypnosis as surgical anaesthesia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(3), 201–208.
- Gravitz, M. A. (1991). Early theories of hypnosis: A clinical perspective. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis*, current models and perspectives (pp. 19–42). New York: Guilford Press.
- Gravitz, M. A. (1994). Inability to dehypnotize – implications for management. *Psychotherapy*, 31(4), 687–691.
- Gravitz, M. A. (1995). Hypnosis in the treatment of functional infertility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(1), 22–26.
- Gravitz, M. A. (2002a). Hypnosis in the conquest of pain. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 29(1), 19–28.
- Gravitz, M. A. (2002b). A retrospective view of the Bridey Murphy case. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 29(4), 175–181.
- Gravitz, M. A. (2004). The historical role of hypnosis in the theoretical origins of transference. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(2), 113–131.
- Gravitz, M. A. (2006). An early nineteenth century absorption-based theory of mesmerism. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(1), 7–12.
- Gravitz, M. A. & Gerton, M. (1982). Polgar as Freud's hypnotist? Contrary evidence. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(4), 272–276.
- Gravitz, M. A. & Gerton, M. I. (1984). Origins of the term hypnotism prior Braid. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 201–208.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zu Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, J. P. (1999). Hypnosis, context effects, and the recall of early autobiographical memories. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(4), 284–300.
- Green, J. P. & Council, J. R. (2004). Does the positive keying of the TASS inflate the absorption-hypnotizability link? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(4), 378–388.
- Green, J. P. & Lynn, S. J. (1995). Hypnosis, dissociation, and simultaneous-task performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 728–735.
- Green, J. P. & Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 195–224.
- Green, J. P. & Lynn, S. J. (2011). Hypnotic responsiveness: Expectancy, Attitudes, Fantasy Proneness, Absorption, and Gender. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(1), 103–121.
- Green, J. P., Barabasz, A. F., Barrett, D. & Montgomery, G. H. (2005). Forging ahead: The 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(3), 259–264.
- Green, J. P., Lynn, S. J. & Montgomery, G. H. (2006). A meta-analysis of gender, smoking cessation, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 224–233.
- Green, J. P., Lynn, S. J. & Montgomery, G. H. (2008). Gender-related differences in hypnosis-based treatments for smoking. A follow-up meta-analysis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(3), 259–271.
- Green, S. A. (2006). Surgeons and shamans: The placebo value of ritual. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 450, 249–254.
- Green, J. P., Page, R. A., Rasekhy, R., Johnson, L. K. & Bernhardt, S. E. (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: A survey of college students across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 263–280.
- Greenberg, I. (1977). *Hypnodrama and group hypnosis*. In I. Greenberg (Ed.), *Group Hypnotherapy and Hypnodrama* (213–262). Chicago: Nelson Hall.
- Greenberg, L. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.

- Greenberg, R. P. & Land, J. M. (1971). Influence of some hypnotist and subject variables on hypnotic susceptibility. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 37(1), 111–15.
- Greene, R. J. (1973). Combining rational-emotive and hypnotic techniques: Treating depression. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 10(1), 71–73.
- Greenfield, S. M. (1987). The return of Dr. Fritz: Spiritist healing and patronage networks in urban, industrial Brazil. *Social Sciences and Medicine*, 24(12), 1095–1108.
- Greenwald, A. G., Spanenberg, E. R., Pratkanais, A. R. & Eskandari, J. (1991). Double-blind tests of subliminal self-help audiotapes. *Psychological Sciences*, 2, 119–122.
- Gregory, J. & Diamond, M. J. (1973). Increasing hypnotic susceptibility by means of positive expectancies and written instructions. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 363–367.
- Greuel, H. (1984). Suggestion bei akutem Hörsturz. *HNO*, 31, 136.
- Greuel, L. (1997). Anatomische Puppen – Zur Kontrolle um ein diagnostisches Hilfsmittel. In G. Ackermann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch – Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 370–384). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Griffiths, R. A. (1995). Two-year follow-up of hypnotherapeutic treatment for bulimia nervosa. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23(2), 135–144.
- Griffiths, R. A., Hadzi-Papovic, D. & Channon-Little, L. (1994). A controlled evaluation of hypnotherapeutic treatment for bulimia nervosa: Immediate pre-post treatment effects. *European Disorders Review*, 2, 202–220.
- Griffiths, R. A., Hadzi-Papovic, D. & Channon-Little, L. (1996). The short-term follow-up effects of hypnotherapeutic and cognitive behavioural treatment of bulimia nervosa. *European Disorders Review*, 4, 12–31.
- Griffiths, R. A., Touyz, S. W., Mitchell, P. B. & Bacon, W. (1987). The treatment of bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21(1), 5–15.
- Grinder, J. & Bandler, R. (1981). *Therapie in Trance*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grond, M., Pawlik, G., Walter, H., Lesch, O. M. & Heiss, W. (1995). Hypnotic catalepsy-induced changes of regional cerebral glucose metabolism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 61, 173–179.
- Grondahl, J. R. & Rosvold, E. O. (2008). Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: A randomized controlled pilot trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(9), 124–132.
- Gross, H. N. & Posner, N. A. (1963). An evaluation of hypnosis for obstetric delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 87, 912–920.
- Gross, M. (1983). Correcting perceptual abnormalities, anorexia nervosa and obesity by use of hypnosis. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 30(4), 142–150.
- Gross, M. (1984). Hypnosis in the therapy of anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(3), 175–181.
- Großmann, K. (1894). *Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel*. Berlin.
- Grosz, H. J. & Zimmerman, J. (1965). Experimental analysis of hysterical blindness: A followup report and new experimental data. *Archives of General Psychiatry*, 13, 255–260.
- Gruenewald, D. (1991). Ein Überblick über Gefahren und Komplikationen bei der klinischen Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 13–19.
- Grühle, H. W. (1955). *Gutachtentechnik*. Berlin.
- Grulke, N. & Larbig, W. (2001). *Verhaltensmedizin und Krebs*. In H. Flor, K. Hahlweg, & N. Birbaumer (Hrsg.), *Anwendungen der Verhaltensmedizin* (525–589). Hogrefe.
- Gruzelier, J. H. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis: A Review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15, 3–21.
- Gruzelier, J. H. (2000). Unwanted effects of hypnosis: A review of the evidence and its implications. *Contemporary Hypnosis*, 17(4), 163–193.
- Gruzelier, J. H. (2002). A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress*, 6(2), 147–163.
- Gruzelier, J. H. (2004). Neurophysiologische Erörterung der ungünstigen Effekte der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21 (1+2), 225–259.
- Gruzelier, J. H. (2006). Frontal functions, connectivity and neural efficiency underpinning hypnosis and hypnotic susceptibility. *Contemporary Hypnosis*, 23(1), 15–32.
- Gruzelier, J. H. & Brown, T. D. (1985). Psychophysiological evidence for a state theory of hypnosis and the simulation of hypnosis. *International Journal of Psychophysiology*, 6, 331–338.
- Gruzelier, J. H. & Warren (1993). Neuropsychological evidence of left frontal inhibition with hypnosis. *Psychological Medicine*, 23, 93–101.
- Gruzelier, J. H., Brow, T. D., Perry, A., Rhonder, J. & Thomas, M. (1984). Hypnotic susceptibility: A lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis. *International Journal of Psychophysiology*, 2, 131–139.
- Gruzelier, J. H., Smith, F., Nagy, A. & Henderson, D. (2001). Cellular and humoral immunity, mood and exam stress: The influence of self-hypnosis and personality predictors. *International Journal of Psychophysiology*, 42(1), 55–71.
- Grympa, L., Haverkamp, R., Little, S. & Unützer, J. (2006). Taking an evidence-based model of depression care from research to practice: Making lemonade out of depression. *General Hospital Psychiatry*, 28, 101–107.
- Guazzo, F. M. (1608). *Compendium maleficiarum*. New York: Barnes and Noble.
- Gudjonsson, G. H. (1983). Suggestibility, intelligence, memory recall and personality: An experimental study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 35–37.
- Gudjonsson, G. H. (1984). Interrogative suggestibility: Comparison between »false confession« and »deniers« in criminal trials. *Medicine, Science, and the Law*, 24, 56–60.
- Gudjonsson, G. (1987). Historical background to suggestibility: How interrogative suggestibility differs from other types of suggestibility. *Personality and Individual Differences*, 8, 347–355.
- Gudjonsson, G. H. (1987). Theoretical and empirical aspects of interrogative suggestibility. Vortrag, 9. 7. 1987, First International Symposium on Suggestion and Suggestibility. Gießen.
- Gudjonsson, G. H. (1989). Compliance in an interrogative situation: A new scale. *Personality and Individual Differences*, 10, 535–540.
- Gudjonsson, G. (1997). *The Gudjonsson suggestibility scales manual*. Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Gudjonsson, G. H. & Lister, S. (1984). Interrogative suggestibility and its relationship with self-esteem and control. *Journal of the Forensic Science Society*, 24, 99–110.
- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Bragason, O. O., Newton, A. K. & Einarsson, E. (2008). Interrogative suggestibility, compliance and false confession among prisoners and their relationship with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Medicine*, 38(7), 1037–1044.
- Guensberger, E. & Bardos, M. (1978). Einige methodische Hinweise zur Einleitung und Führung der Hypnose. In A. Katzenstein (Hrsg.), *Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis* (S. 107–121). Jena: G. Fischer.
- Gunnison, H. (1990). Hypnotherapy: Ericksonian hypnosis for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 68(4), 450–453.

- Gunnison, H. (1991). Merging the fantasy door approach with hypno-counseling. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(3), 153–162.
- Gunnison, H. & Renick, T. F. (1985). Hidden hypnotic patterns: Implications for counseling and supervision. *Counselor Education and Supervision*, 25(1), 5–11.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (2003). Depression and dermatological disorders. In J. Y. M. Koo & C. S. Lee (Eds.), *Psychocutaneous medicine* (pp. 233–249). New York: Marcel Dekker.
- Gur, R. C. & Gur, R. E. (1974). Handedness, sex, and eyedness as moderating variables in the relation between hypnotic susceptibility and direction of lateral eye asymmetry. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 635–643.
- Gur, R. & Reyher, J. (1975). Relationship between style of hypnotic induction and direction of lateral eye movements. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 499–505.
- Gustavson, J. L. & Weight, D. G. (1981). Hypnotherapy for a phobia of slugs: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(4), 258–262.
- Gutknecht, S. (2000). *Lauter böhmische Dörfer. Wie die Wörter zu ihrer Bedeutung kamen* (5. Aufl.). München: Beck.
- Guyer, C. G. & Van Patten, I. T. (1995). The treatment of incest offenders – a hypnotic approach. A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(3), 266–273.
- Hacker Hughes, J. G. (2000). Clinical hypnosis as an adjunct to assessment and therapy with people with learning disabilities. *Contemporary Hypnosis*, 17(2), 71–77.
- Hackman, R. M., Stern, J. S. & Gershwin, M. E. (2000). Hypnosis and asthma: A critical review. *Journal of Asthma*, 37, 1–15.
- Hagbarth, K. E. & Finer, B. (1963). The plasticity of human withdrawal reflexes to noxious skin stimuli in lower limbs. *Progresses in Brain Research*, 1, 65–78.
- Hageman-Wenselaar, L. H. (1988). Hypnosis for pain control during lumbar puncture and bone marrow aspirations in children with cancer. *Tijdschrift for Kindergeneeskunde*, 56(3), 120–123.
- Hagenaars, M. A., Roelofs, K., Hoogduin, K. & Van Minnen, A. (2006). Motor and sensory dissociative phenomena associated with induced catalepsy: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 234–244.
- Haggard, P., Cartledge, P., Daffyd, M. & Oakley, D. A. (2004). Anomalous control: When »free-will« is not conscious. *Consciousness and Cognition*, 13(3), 646–654.
- Hahn, K. W. Jr. & Barber, T. X. (1966). Hallucinations with and without hypnotic induction: An extension of the Brady and Levitt study. Harding: Medfield-Foundation.
- Hahnewald, M. (1989). Patienteneinstellung als Prädiktor des Behandlungserfolgs beim Autogenen Training. *Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*, 35, 44–45.
- Haisch, J. (2002). Veränderung der Lebensperspektive von Krebspatienten: Suggestion einer Reattribuierung. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 93–105.
- Haisch, J. & Braun, S. (1999). Suggestion von Selbstverantwortung im Rahmen stationärer und ambulanter Diabetikerschulungen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 15(2), 89–104.
- Hajek, P., Jakoubek, B., Radil, T. & Adamovska, E. (1989). Pain threshold in patients with atopic eczema influenced by hypnosis. *Acta Nervosa Super, Praha*, 31(3), 222–223.
- Hajek, P., Jakoubek, B. & Radil, T. (1990). Gradual increase in cutaneous threshold induced by repeated hypnosis of healthy individuals and patients with atopic eczema. *Perceptual and Motor Skills*, 70(2), 549–550.
- Hakeberg, M., Berggren, U. & Carlsson, S. G. (1990). A 10-year follow-up of patients treated for dental fear. *Scandinavian Journal of Dental Research*, 98, 53–59.
- Halama, P. (1989a). Die Veränderung der corticalen Durchblutung vor und in Hypnose. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(1), 19–26.
- Halama, P. (1989b). Oskar Vogt: Hirnforscher und Hypnose-Arzt. Ein Vorbild auch für den heutigen Hypnotherapeuten. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 12.
- Halama, P. (1990). Neuropsychologische Untersuchungen vor und in Hypnose am menschlichen Cortex mittels SPECT-Untersuchung. Pilotstudie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(1), 65–73.
- Halama, P. (1992). Erfahrungen mit der Hypnose-Therapie bei ambulanten Patienten, die unter Tinnitus leiden: Vergleichende Pilotstudie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 8(1), 49–69.
- Halas, M. A. (2000). Hypnosis for the many faces of menopause: Enhancing normal development and treating trauma-related disruptions. In L. M. Hornyak & J. P. Green (Eds.), *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care. Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series* (pp. 213–323). Washington: American Psychological Association.
- Haley, J. (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton Erickson*, M. D. New York: Grune und Stratton.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M. D. New York: Norton.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1978). *Gemeinsamer Nenner Interaktion-Strategien der Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1984). *Ordeal therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, J. R. & McGill, J. C. (1986). Hypno-behavioral treatment of self destructive behavior: Trichotillomania and bilimia on the same patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(1), 39–46.
- Haller, L. (2005). Bewusstheit und Unbewusstes – Hypnotherapeutische Elemente in der gestalttherapeutischen Arbeit. *Gestalt-Zeitung*, 18, 19–26.
- Halsband, U. (2001). Neuropsychologie: Gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklungen. *Hypnose und Kognition*, 18(1–2), 69–88.
- Halsband, U. (2004). Mechanismen des Lernens in Trance: funktionelle Bildgebung und Neuropsychologie. *Hypnose und Kognition*, 21, 11–38.
- Halsband, U. (2011). Dentalphobien und Kurzhypnose. Neurowissenschaftliche Ergebnisse und Implikationen für die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Akzeptanz. *Deutsche Zeitschrift für Zahnärztliche Hypnose*, 11(1), 24–29.
- Halsband, U. & Hinterberger, T. (2010). Veränderung der Plastizität im Gehirn unter Hypnose. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 5 (1+2), 33–50.
- Hämmerli, K., Znoj, H., Stoklas, C., Wunder, D. & Perrig-Chiello, P. (2009). How is distress from infertility associated with depression? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 69(6), 533–536.
- Hammond, D. C. (1986). Mythen um Erickson und die Ericksonsche Hypnose. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 2(1), 516.
- Hammond, D. C. (1990). *The handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: American Society of Clinical Hypnosis.
- Hammond, D. C. (Ed.) (1990). *Hypnotic suggestions and metaphors*. American Society of Hypnosis. New York: Norton & Comp., Inc.
- Hammond, D. C. (1996). Experimental learning exercises in clinical hypnosis training. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 39(1), 21–36.
- Hammond, D. C. (1997). Advantages and safeguards in using the ideomotor signaling technique: A commentary of Walch and clinical practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(1), 360–367.
- Hammond, D. C. (2001). Treatment of chronic fatigue with neuro-feedback and self-hypnosis. *Neuro-Rehabilitation* 16(4), 295–300.

- Hammond, D. C. (2008). Hypnosis as sole anaesthesia for major surgeries: Historical & contemporary perspectives. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 101–121.
- Hammond, D. C. (2010). Hypnosis in the treatment of anxiety – and stress-related disorders. *Experimental Review of Neurotherapy*, 10(2), 263–273.
- Hampson, D. B., St. Clair Gibson, A., Lambert, M. I. & Noakes, T. D. (2001). The influence of sensory cues on the perception of exertion during exercise and central regulation of exercise performance. *Sports Medicine*, 31(13), 935–952.
- Händel, K. (1982). Aus dem Jahresbericht 1980 der Polizei von Los Angeles. *Kriminalistik*, 3, 162–163.
- Handler, L. (1989). Utilization approaches and psychodynamic psychotherapy in a case of hospital phobia: An integrated approach. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(4), 257–263.
- Hanin, Y. L. (1978). A study of anxiety in sports. In W.F. Straub (Ed.), *Sport psychology: An analysis of athlete behavior* (pp. 236–249). Ithaca, NY: Movement.
- Hanin, Y. L. (1995). Individual zones of optimal functioning. (IZOF model: An idiographic approach to performance anxiety.) In K. P. Henschen & W. F. Strand (Eds.), *Sport psychology: An analysis to athlete behavior* (pp. 103–118). Longmeadow, MA: Mouvement.
- Hannigan, K. (2000). Self-Hypnosis revisited – much ado about nothing? *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(3), 137–145.
- Hansen, E. (2011). Hirnoperation am wachen Patienten. Vortrag, gehalten am 12. 11. 2011; 30. Aus- und Weiterbildungsseminar für medizinische Hypnose. Balsthal, Schweiz.
- Hansen, E. & Bejenke, C. (2010). Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. *Zeitschrift für anästhesie, Intensivmedizin, Notfall- und Katastrophenmedizin, Schmerztherapie*, 59, 199–209.
- Hansen, E., Zimmermann, M. & Dünzl, G. (2010). Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 13(4), 314–321.
- Hardy, R. E. (1999). Gestalt therapy, hypnosis, and pain management in cancer treatment: A therapeutic application of acceptance and adjustment to disability. In G. L. Gandy, E. Martin et al. (Eds.), *Counseling in the rehabilitation process: Community services for mental and physical disabilities* (pp. 251–257), (2nd ed.). Springfield: Charles C. Thomas.
- Haretmann, W. (2001). The utilization of ego state patterns of self-expression in the treatment of aphonic conversation reactions. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 28(1), 4–10.
- Hariman, J. (1980). An integration of hypnoanalysis, hypnosynthesis and rational emotive therapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(2), 97–100.
- Harmon, T. M., Hynan, M. T. & Tyre, T. E. (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 525–530.
- Harn, M. W. & Spanos, N. P. (1974). Suggested auditory and visual hallucinations in taskmotivated and hypnotic subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 94–101.
- Harner, W. (2002). *Der Weg des Schamanen. Das praktische Grundlagenwerk zum Schamanismus*. München: Econ.
- Haroldson, E. (2003). Children who speak of past-life experience: Is there a psychological explanation? *Psychology & Psychotherapy*, 76(1), 55–67.
- Harper, G. W. (1999). A developmentally sensitive approach to clinical hypnosis for chronically and terminally ill adolescents. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(1), 50–60.
- Harris, M. & Grunstein, R. R. (2009). Treatments for somnambulism in adults: Assessing the evidence. *Sleep Medicine Review*, 13(4), 295–297.
- Hart, B. C. & Hart, C. (1996). Managing examination anxiety. *Contemporary Hypnosis*, 13(2), 84–88.
- Hart, R. R. (1980). The influence of a taped hypnotic induction treatment produced on the recovery of surgery patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(4), 324–332.
- Hartland, J. (1971a). *Medical and dental hypnosis and its clinical applications*. (2nd edn.) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hartland, J. (1971b) Further observations on the use of »ego strengthening« technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14(1), 18.
- Hartland, J. (1973). *Medical and dental hypnosis*. London: Bailiere-Tindall.
- Hartman, B. J. (1969). Group hypnotherapy in a university counseling center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(1), 16–19.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaption*. New York: International Universities Press.
- Hartmann, K. E., McPheeters, M. L., Biller, D. H., Ward, R. M., McKoy, J. N., Jerome, R. N., Micucci, S. R., Meints, L., Fisher, J. A., Scott, T. A., Slaughter, J. C. & Blume J. D. (2009). Treatment of overactive bladder in women. *Evidence Report Technology Assessment* (Full Rep), (187), 1–120.
- Harvey, H. G., Bryant, R. A. & Dang, S. E. (1989). Autobiographical memory in acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 500–506.
- Harvey, R. F., Hinton, R. A., Gunary, R. M. & Barry, R. E. (1989). Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*, 1(8635), 333(8635), 424–425.
- Hashmonai, M., Kopelman, D. & Assalia, A. (2000). The treatment of primary palmar hyperhidrosis: A review. *Surgery Today*, 30(3), 211–218.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T. & Rapson, R. L. (1994). *Emotional contagion*. New York: Cambridge Press.
- Hatt, H. & Dee, R. (2010). *Niemand riecht so gut wie du. Die geheimen Botschaften der Düfte*. München: Piper.
- Hattan, J., King, L. & Griffiths, P. (2002). The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 199–207.
- Haubner, W. (2001). Mit Kindern die Therapie beginnen und hypnotische Interventionen vorbereiten. Einige praktische Vorschläge. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 17(2), 103–124.
- Haug, M. (2005). Phantomschmerz nach Beinamputation – ist die Lösung in Sicht? *Zentralblatt für Chirurgie*, 130(1), 55–59.
- Haugli, L., Stehen, E., Laerum, E., Finset, A. & Nygaard, R. (2000). Agency orientation and chronic musculoskeletal pain: Effects of a group learning program based on the personal construct theory. *Clinical Journal of Pain*, 16, 281–289.
- Häuser, W. (1991). Hypnotherapeutische Verfahren und »Leistungsversagen«. *Hypnose und Kognition*, 8(2), 37–46.
- Häuser, W. (1997). Hypnose in der Gastroenterologie. *Hypnose und Kognition*, 14 (1+2), 25–32.
- Häuser, W. (1999). Ambulante Therapiekombinationen. (Aktivwach-) Hypnose und Sport in der ambulanten Psychotherapie von Angststörungen. *Psychotherapeut*, 44(3), 176–182.
- Haustein, U. (1990). Adrenergic urticaria and adrenergic pruritus. *Acta Dermatology and Venerology*, 70, 82–84.
- Hautkappe, H. J. & Bongartz, W. (1990). Herzfrequenzvariabilität als physiologischer Indikator der posthypnotischen Amnesie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(2), 115–135.
- Hawkins, P. J., Liossi, C., Ewart, B. W., Hatira, P. & Kosmidis, V. H. (1998). Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in pediatric oncology patients. *Contemporary Hypnosis*, 15(4), 199–207.
- Hawkins, R. M. & Wenzel, L. (1988). Development of the Group Scale of Hypnotic Ability: A revision of the Harvard Group Scale of

- Hypnotic Susceptibility. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 6–19.
- Hawkins, R. M. & Wenzel, L. (1999). Development of the Group Scale of Hypnotic Ability: A revision of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 6–19.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behaviour perspectives* (pp. 327–387). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behaviour change. New York: Guilford Press.
- Haynes, S. N., Wilson, C. C., Jaffe, P. G. & Britton, E. V. (1990). Biofeedback treatment of atopic dermatitis. Controlled case studies of eight cases. *Biofeedback and Self Regulation*, 4, 195–209.
- Haythornthwaite, J. A. & Benrud-Larson, L. M. (2001). Psychological assessment and treatment of patients with neuropathic pain. *Current Headache Report*, 5(2), 124–129.
- Heap, M. (1995). A case of death following stage hypnosis: Analysis and implications. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 99–110.
- Heap, M. (1998). The case of a woman claiming damages from a therapist trained in hypnosis by a correspondence course. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(1), 45–49.
- Heap, M. (2000a). The alleged dangers of stage hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 117–126.
- Heap, M. (2000b). A legal case of man complaining of an extraordinary sexual disorder following stage hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 143–149.
- Heidenhain, R. (1880). *Der sog. thierische Magnetismus: physiologische Beobachtungen*. Leipzig: Breitkopf & Härtel.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2004). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie – Eine Einführung. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 9–21). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Heimberg, R. G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 32, 269–280.
- Heimel, A. (1978). The use of hypnosis in pediatric clinical practice: A report of 68 patients. *Proceedings of Northwestern Pediatric Society*, Sept. 28.
- Heinrichs, M., Klemm, E., Scholz, O. B. & Biersack, H.-J. (1997). Wenn Nociception nicht mehr schmerzhaft ist. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 13(2), 111–124.
- Heinz, A. (1994). Hypnose bei einem Patienten mit szenischen Halluzinationen als Aura. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 10(1), 73–82.
- Heinzmann, W. R. & Nolting, S. (1999). Candida, Intestinaltrakt, Immunsystem, Allergie. Hamburg: Promedico.
- Helig, H. & Hoff, R. (1928). Über psychogene Entstehung des Herpes labialis. *Medizinische Klinik*, 24, 14–72.
- Hell, B. (1993). Hypnose und Schamanismus. Eine Untersuchung der europäischen und aussereuropäischen Trancetechniken. München: Kunst & Alltag.
- Helle, T. (1990). Hypnose für die Gesprächsführung: Suggestive Methoden in Theorie und Praxis. Tübingen: Attempo.
- Hellweg, C., Lux-Wellenhof, G. & Bühler, P. (2003) Tinnitus Retraining Therapie. Kreuzlingen/München: Heinrich Hugen-dubel.
- Helmkamp, N. (1984). *Psychosomatische Krebsforschung*. Bern: Huber.
- Hennig, C. W., McIntyre, J. F., Moriarty, D. D. jr., Picerno, J. M. & Allen, J. L. (1988). Differential cholinergic influences on the immobility response in various strains of domestic fowl. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 30(3), 625–634.
- Henry, L. A. & Gudjonsson, G. H. (2003). Eyewitness memory, suggestibility, and repeated recall sessions in children with mild and moderate intellectual disabilities. *Law and Human Behavior*, 27(5), 481–505.
- Hermanns, N. & Scholz, O. B. (1993). Psychologische Einflüsse auf die atopische Dermatitis – eine verhaltensmedizinische Sichtweise. In U. Gieler, U. Stangier & E. Brähler (Hrsg.), *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht* (S. 180–191). Göttingen: Hogrefe.
- Hermes, D. (2010). Klinische Hypnose in der onkologischen und plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 5(1+2), 95–110.
- Hermes, D., Gerdes-Stein, V., Bahlmann, L., Klaus, S. & Hakim, S. G. (2006a). Reduktion intraoperativer Behandlungsangst in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durch Hypnose. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 12(2), 14–21.
- Hermes, D., Hakim, S. G. & Sieg, P. (2004). Acceptance of medical hypnosis by oral and maxillofacial patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(4), 389–399.
- Hermes, D., Hartge, D., Trübger, D. & Sieg, P. (2003). Medizinische Hypnose in der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie – Akzeptanz bei Patienten. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 9(1), 15–19.
- Hermes, D., Matthes, M., Gerdes-Stein, V., Mielke, M., Tobaben, C., Banz, C., Runte, J., Bahlmann, L. & Klaus, S. (2006b). Klinische Hypnoseforschung. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 12(1), 14–20.
- Hermes, D., Trübger, D., Hakim, S. G. & Sieg, P. (2005a). Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery – basic and first clinical experience. *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*, 33(2), 123–129.
- Hermes, D., Trübger, D., Sieg, P. & Hakim, S. G. (2005b). Patientenzufriedenheit nach mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen Operationen unter adjuvanter Hypnose. *Hypnose*, 0(1–2), 27–38.
- Hermes, D., Truebger, D., Hakim, S. G. & Sieg, P. (2005c). Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery – basics and first clinical experiences. *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*, 33(2), 123–129.
- Herod, J. W. (1984). Dream your impossible dreams: A taped suggestion. *Medical Hypnoanalysis*, 5(4), 157–158.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.) (2003). *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Herrmann-Lingen, C., Albus, C. & Titscher, G. (Hrsg.) (2007). *Psychokardiologie. Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herzog, H.-J. (1998). Die Reaktionserwartung im Modell sozialen Lernens der Hypnose von Irving Kirsch. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 14(1), 47–72.
- Herzog, H.-J., Seidel, I. & Beer, A.-M. (1998). Neustrukturierung der Vergangenheit bei Trauerreaktion nach Schwangerschaftsabbruch. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 14(2), 109–119.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 568–578.
- Heusinger, J. & Krause, W. D. (1991). Ambulante Behandlung der Adipositas durch Hypnose. *Die Heilkunst*, 104 (7).
- Heyden, T., Reinecker, H., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1986). *Verhaltenstherapie: Theorien und Methoden* (Hrsg.) Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Heyne, C. (1991). *Tatort Couch. Sexueller Mißbrauch in der Therapie. Ursachen, Fakten, Folgen und Möglichkeiten der Verarbeitung*. Zürich: Kreuz.

- Hidderley, M. & Holt, M. (2004). A pilot randomized trial assessing the effects of autogenic training in early stage cancer patient in relation to psychological status and immune system. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 61–65.
- Higgs, C. M. (1989). Chronic asthma and hypnotherapy (letter; comment). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82(7), 446.
- Highfield, E. S., McLellan, M. C., Kemper, K. J., Risko, W. & Woolf, A. D. (2005). Integration of complementary and alternative medicine in a major pediatric teaching hospital: An initial overview. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(2), 373–380.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E. R. (1969). Altered states of awareness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 68–79.
- Hilgard, E. R. (1974). Toward a neodissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*, 17, 301–316.
- Hilgard, E. R. (1977a). Divided consciousness. Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley.
- Hilgard, E. R. (1977b). The problem of divided consciousness: A neodissociation interpretation. In W. E. Edmonston jr. (Ed.), *Annals of the New York Academy of Sciences: Conceptual and investigative approaches to hypnosis and hypnotic phenomena*. New York: Academy of Sciences, V. 296.
- Hilgard, E. R. (1979). Divided consciousness in hypnosis: The implications of the hidden observer. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 45–80). New York: Aldine.
- Hilgard, E. R. (1981). Hypnotic susceptibility scales under attack: An examination of Weitzenhoffer's criticism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 24–41.
- Hilgard, E. R. (1984). The hidden observer and multiple personality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 248–253.
- Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Beobachters. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 3–22.
- Hilgard, E. R. & Hilgard, J. R. (1975). Hypnosis in the relief of pain. Los Altos, CA: William Kaufmann.
- Hilgard, E. R. & Loftus, E. F. (1979). Effective interrogation of the eyewitness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(4), 342–357.
- Hilgard, E. R., Crawford, H. J. & Wert, A. (1979). The Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction and Scale (SHALIT): A six minute hypnotic induction and measurement scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 111–124.
- Hilgard, E. R., Hilgard, J. R., MacDonald, H., Morgan, A. H. & Johnson, L. S. (1978). Covert pain in hypnotic analgesia: Its reality as tested by the real-simulator-design. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 655–663.
- Hilgard, E. R., Morgan, A. H. & MacDonald, H. (1975). Pain and dissociation in the cold pressor test: A study of hypnotic analgesia with »hidden reports« through automatic key pressing and automatic talking. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 17–31.
- Hilgard, J. R. (1970). *Personality and hypnosis: A study of imaginative involvement*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hilgard, J. R. & LeBaron, S. (1982). Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer: Quantitative measures and clinical observations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30(4), 417–442.
- Hilgard, J. R. & LeBaron, S. (1990). Linderung von Angst und Schmerz bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen. *Hypnose und Kognition*, 7(1), 7–29.
- Hilgard, J. R., Hilgard, E. R. & Newman, M. (1961). Sequential hypnosis induction with special references to earlier chemical anaesthesia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 461–478.
- Hill, T. D., & Durm, M. W. (1997). Temporal association of substance abuse and self-esteem. *Psychological Reports*, 80, 1058.
- Hiller, W. (2005). Somatisierung – Konversion – Dissoziation: Verhaltenstherapeutische Therapiestrategien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(1), 4–22.
- Hinman, F., Jr. & Baumann, F. W. (1976). Complications of vesicoureteral operations from in coordination of micturition. *Journal of Urology*, 116, 638–643.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenz GSK* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hinterberger, T., Schöner, J. & Halsband, U. (2011). Analysis of electrophysiological state patterns and changes during hypnosis induction. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(2), 165–179.
- Hinton, R. A., Wardle, P. C., Pike, D. C. & Meadowcroft, J. (1988). Hypnosis and infertility. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Den Haag.
- Hippel, C., Hole, G. & Kaschka, W. P. (2001). Automatic profile under hypnosis as assessed by heart rate variability and spectral analysis. *Pharmacopsychiatry*, 34(3), 111–113.
- Hitchcock, H. W. (1981). A »shotgun« attack on extreme shyness. *Medical Hypnoanalysis*, 165–168.
- Ho, S. M. Y., Horne, D. & Szer, J. (2001). Pain language of bone marrow transplantation patients. *Psychological Reports*, 89(1), 3–10.
- Hobbs, M. (1982). A treatment programme for agoraphobia with emphasis upon hypersuggestibility and sensitization. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3(2), 111–114.
- Hockenberry-Eaton, M. J. & Cotanch, P. H. (1989). Evaluation of a child's perceived selfcompetence during treatment for cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nurses*, 6(3), 55–62.
- Hodge, J. R. (1976). Contractual aspects of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(4), 391–399.
- Hoefle, K.-H. (1980). Selbstübende Methoden beim primären Raynaud-Syndrom. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 30(4), 174–179.
- Hoencamp, E. (1990). Sexual abuse and the abuse of hypnosis in the therapeutic relationship. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(4), 283–297.
- Hofbauer, R. K., Rainville, P., Duncan, G. H. & Bushnell M. C. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. *Journal of Neurophysiology*, 86(1), 402–411.
- Hoff, D. G. (1984). Unterstützung problemrelevanter anamnestischer Arbeit durch hypnotische Trance. Seminar, gehalten anlässlich der Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH) vom 10.–11. 3. 1984 in Bad Lippspringe.
- Hoffmann, A. & Menescal de Oliveira, L. (1988). Electrical activity of the toad telencephalon during tonic immobility (animal hypnosis). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 21(1), 141–145.
- Hoffmann, E. T. A. (1924). *Die Elixiere des Teufels*. In R. Frank (Hrsg.), *Sämtliche Werke*, Bd. IV. München/Leipzig: Rösl.
- Hoffman, M. (1983). Hypnotic desensibilization for the management of anticipatory emesis in chemotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(23), 173–176.
- Hoggart, S. & Hutchinson, M. (1995). *Bizarre Beliefs*. London: Richard Cohen.
- Holdivici, I. (1990). Hypnose bei der psychologischen Vorbereitung von Hochleistungssportlern. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(1), 21–30.
- Hollander, H. A. & Bender, S. S. (2001). ECEM (eye closure eye movement): Integrating aspects of EMDR with hypnosis for treatment of trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 187–202.

- Hollander, H. E. (2009). ECEM (Eye closure, Eye Movement): Application to depersonalization disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(2), 95–109.
- Hollander, M. B. (1985). Excoriated acne controlled by posthypnotic suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 122–123.
- Hollon, S., Thase, M. & Markowitz, J. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 1–39.
- Holloway, E. L. & Donald, K. L. (1982). Self-hypnosis to self-improvement: A group approach. *Journal for Specialists in Group Work*, 7(3), 199–208.
- Hollweg, W. H. (1995). Pränatale und perinatale Wurzeln der drei »idiopathischen« Innenohrerkrankungen »Hörsturz«, »Tinnitus« und »Morbus Meniere« und ihre Behandlung mit der Tiefenpsychologischen Basis-Therapie. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 7(2), 193–209.
- Holmes, E., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E., Frاسquilho, F. & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1–23.
- Holroyd, J. (1980). Hypnotic treatment for smoking: An evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(4), 341–357.
- Holroyd, J. (2003). The science of meditation and the state of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(2), 109–128.
- Holroyd, J. & Hill, A. (1989). Pushing the limits of recovery: Hypnotherapy with a stroke patient. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(2), 120–128.
- Holroyd, J. & Maguen, E. (1989). And so to sleep: Hypnotherapy for lagophthalmos. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(4), 264–268.
- Holroyd, K. A. & Penzien, D. B. (1983). EMG-biofeedback and tension headache: Therapeutic mechanisms. In K. A. Holroyd, B. Schlote & H. Zenz (Eds.), *Perspectives in research on headache* (pp. 147–162). Toronto: Hogrefe.
- Holst, E. v. & Mittelstaedt, H. (1950). Das Refferenzprinzip. *Naturwissenschaften*, 37, 464–476.
- Holtmann, G. & Gapsin, J. (2008). Failed therapy and directions for the future of dyspepsia. *Digestive Diseases*, 26(3), 218–224.
- Holtz, K. L. (1997). Die vielen Facetten des M. H. Erickson. *Entwicklungspsychologische Überlegungen zur Hypnotherapie mit Kindern*. In S. Mrochen, K. L. Holtz & B. Trenkle (Hrsg.), *Die Pulpille des Bettnässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* (S. 275–315). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Holtz, K. L. (2000). Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Entwicklungspsychologische Grundlagen praktischer Arbeit*. In K. L. Holtz, S. Mrochen, P. Nemetschek & B. Trenkle (Hrsg.), *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 19–33). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Holtz, K.-L., Mrochen, L., Nemetschek, P. & Trenkle, B. (Hrsg.) (2000). *Neugierig auf Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Homme, L. E. (1965). Perspectives in psychology. XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Records*, 15, 501–511.
- Hoogduin, C. A. L. (1990a). Die Behandlung einer Patientin mit einer halbseitigen hyperkinetischen Störung: Fallbericht. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(1), 57–64.
- Hoogduin, C. A. L. (1990b). Katalepsie-Induktion bei einem Konversions-Syndrom. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(2), 107–114.
- Hoogduin, C. A. L. & Hagensaars, M. (2000). Hypnosis in sleep terror disorder. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(4), 180–190.
- Hoogduin, C. A. L. & Schaap, C. (1991). Hypnosetherapie bei einer Frau mit Angst vor Gesellschaftessen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 7(2), 155–159.
- Hope, L., Ost, J., Gabbert, F., Healey, S. & Lenton, E. (2008). »With a little help from your friends ...«: The role of co-witness relation in susceptibility to misinformation. *Acta Psychologica*, 127(2), 476–484.
- Hoppe, F. (1985). Direkte und indirekte Suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen: Empirische Untersuchungen. In B. Peter (Hrsg.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton Erickson* (S. 58–75). München: Pfeiffer.
- Hornyak, L. M. (2004). Competition: How hypnosis can help women to hold their own in the workplace. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 13–20.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Hoken, A., Bonanno, G. A., Milbrath C. & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910.
- Horsley, I. A. (1982). Hypnosis and selfhypnosis in the treatment of psychogenic dysphonia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(4), 277–283.
- Horton, J. E., Crawford, H. J. & Downs, J. H. III. (2000). Corpus callosum morphology differences in low and highly hypnotizable adults: Attentional and inhibitory processing differences? Poster presented at: Sixth Annual Meeting of the Organization for Human Brain Mapping; June 15, 2000. San Antonio, Tex.
- Horton, J. E., Crawford, H. J., Harrington, G. & Downs, J. H. (2004). Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain. *Brain*, 127, 1741–1747.
- Horton-Hausnecht, 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(6), 1089–1104.
- Houben, M. E. (1987). Hypnose bei Schlafstörungen. Vortrag, 15. 10. 1987, 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose, Bad Lippspringe.
- Howard, W. L. & Raddon, J. P. (1986). Changes in the selfconcept and athletic performance of weight lifters through a cognitive hypnotic approach: An empirical study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28(4), 248–257.
- Howsam, D. G. (1999). Hypnosis in the treatment of insomnia, nightmares and night terrors. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(1), 32–39.
- Hsu, L. K. G. (1980). Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954–1978). *Archives of General Psychiatry*, 37, 1041–1046.
- Huber, M. (1995). Multiple Persönlichkeitsstörung in Deutschland. *Hypnose und Kognition*, 12(2), 2–12.
- Hudacek, K. D. (2007). A review of the effects on hypnosis on the immune system in breast cancer patients; A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 411–425.
- Hudgins, C. V. (1933). Conditioning and the voluntary control of the pupillary light reflex. *Journal of General Psychology*, 8, 3–51.
- Huet, A., Lucas-Polomeni, M.-M., Sixou, J.-C., Sixou, J.-L. & Wodey, E. (2011). Hyponosis and dental anesthesia in children: A prospective controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 424–440.
- Hughes, H. M. & Di Brezzo, R. (1987). Physical and emotional abuse and motor development: A preliminary investigation. *Perceptual and Motor Skills*, 64(2), 460–470.
- Hulkranz, A. (1978). Ecological and phenomenological aspects of shamanism. In V. Dioszegi & M. Hoppal (Eds.), *Shamanism in Siberia* (pp. 27–58). Budapest: Akademiai Kiado.
- Hull, C. J. (1933). Hypnosis and suggestibility: An experimental approach. New York: Appleton Century Crofts.
- Hull, C. L. & Huse, B. (1930). Comparative suggestibility in the trance and waking states. *American Journal of Psychology*, 42, 279–286.

- Humphreys, A. (1984). The use of hypnosis to enhance covert sensitization: A response to Heap and Spector. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 1(2), 19–20.
- Hunter, M. D., Eichhoff, S. B., Miller, T. W., Farrow, T. F., Wilkinson, I. D. & Woodruff, P. W. (2006). Neural activity in speech-sensitive auditory cortex during silence. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(1), 189–194.
- Hunter, M. E. (1990). Sexuality and the senior citizen. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 17(2), 116–118.
- Hunter, M. E. (1998). The comma – menopause. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(1), 32–35.
- Hurley, J. D. (1980). Differential effects of hypnosis, biofeedback training, and trophotropic responses on anxiety, ego strength, and locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 503–507.
- Husemann, L. R., Gruder, C. L. & Dorst, G. (1987). A process of posthypnotic amnesia. *Cognitive Psychology*, 19, 33–62.
- Hüsken-Janßen, H. (2005). *Hypnotherapeutische Geburtsvorbereitung. Studie zur Wirksamkeit der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Hutchins, D. (1961). The value of suggestion given under anaesthesia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 26–29.
- Hutchinson-Phillips, S., Gow, K. & Jamieson, G. A. (2007). Hypnotizability, eating behaviors, attitudes, and concern: A literature survey. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(1), 84–113.
- Iani, C., Ricci, F., Gheri, E. & Rubichi, S. (2006). Hypnotic suggestion modulates cognitive conflict: The case of the flanker compatibility effect. *Psychological Sciences*, 17(8), 721–727.
- IASP – International Association for the Study of Pain (1979).
- Iawamoto, Y., Kusumoto, Y., Osada, K. (1999). Validity of autogenic training in the reduction of menstrual symptoms in female athletes. *Japanese Journal of Hypnosis*, 44(1), 56–65.
- Iglesias, A. (2003). Hypnosis as a vehicle for choice and self-agency in the treatment of children with Trichotillomania. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(2), 129–137.
- Iglesias, A. & Iglesias, A. (2005/2006). Hypnotic treatment of PTSD in children who have complicated bereavement. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 177–183.
- Iglesias, A. & Iglesias, A. (2005a). Awake-alert hypnosis in the treatment of panic disorder: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(4), 249–257.
- Iglesias, A. & Iglesias, A. (2005b). Hypnotic treatment of PTSD in children who have complicated bereavements. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 183–189.
- Iglesias, A. & Iglesias, A. (2008). Secondary diurnal enuresis treated with hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 229–240.
- Iglesias, A. & Iglesias, A. (2011). Clinical hypnosis with a Little League baseball population: Performance enhancement and revolving traumatic exercises. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(23), 193–191.
- Ikemi, J. & Nakagawa, J. (1962). A psychosomatic study of courageous dermatitis. *Kyushu Journal of Medical Sciences*, 13, 335–350.
- Ikemi, Y. (1976). Instant Zen. *Clinical Psychiatry News*, 4, 23.
- Illovsky, J. & Fredman, N. (1976). Group suggestion in learning disabilities of primary grade children: A feasible study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(2), 87–97.
- Ingersoll, B. D. (1987). Ein Überblick über die psychologischen Aspekte der Zahnmedizin. In B. D. Ingersoll (Hrsg.), *Psychologische Aspekte der Zahnheilkunde* (S. 17–27). München: Quintessenz.
- Ingersoll, B. D., Ingersoll, T. G., McCutcheon, W. R. & Seime, R. J. (1979). Behavioral dimensions of dental practice: A national survey. Unpubl. manuscript, West Virginia University School of Dentistry.
- Inglis, S. (1982). Hypnotic treatment of obesity in a general practice. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10(2), 35–42.
- International Diabetes Federation (IDF). (2003). Executive summary of the diabetes atlas (2nd ed.). Brussels, Belgium.
- International Society of Hypnosis, Ethical Standards (1979). *Hypnose und Kognition*, 8(1), 66–68.
- Irle, M. (1982). *Studies in decision making*. Berlin: de Gruyter.
- Isenberg, G. L. & Matthews, W. J. (1995). Hypnosis with signing deaf and hearing subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(1), 27–38.
- Iserson, K. V. (1999). Hypnosis for pediatric fracture reduction. *Journal of Emergency Medicine*, 17(1), 53–56.
- Ishihara, S. (1954). *Tests for color-blindness*. Tokyo: Kanehara Shuppan, Ltd.
- Isotani, T., Lehmann, D., Pscual-Marqui, R. D., Kochi, K., Wackermann, J., Saito, N., Yaguy, T., Kinoshita, T. & Sasada, K. (2001). EEG source localization and global dimensional complexity in high- and low-hypnotizable subjects: A pilot study. *Neuropsychobiology*, 44(4), 192–198.
- Issacson, R. L. (1974). *The limbic system*. New York: Plenum Press.
- Ivanov, N. V. (1977). Theory and practice of group hypnosis, or collective hypnosis in the USSR. In I.A. Greenberg (Ed.), *Group hypnotherapy and hypnodrama* (pp. 83–106). Chicago: Nelson-Hall.
- Iverson, J. (1976). *More lives than one? The evidence of the remarkable Bloxham tapes*. London: Souvenir Press.
- Iwamoto, Y., Kusumoto, Y. & Osada, K. (1999). Validity of autogenic training in the reduction of menstrual symptoms in female athletes. *Japanese Journal of Hypnosis*, 44(1), 56–65.
- Izquierdo, S. A. & Khan, M. (2004). Hypnosis and schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (3), CD004160.
- Jackson, J. (1984). *Imagining capacity and individual differences in hypnotic response*. Univ. of Queensland, Australia, Diss.
- Jackson, J. A. & Merrington, H. N. (1980). Hypnosis in family medicine. In G.D. Burros & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 185–204). Amsterdam: Biomedical Press.
- Jackson, J. A. & Middleton, W. R. (1978). The use of hypnosis for analgesia in upper gastrointestinal endoscopy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 6(1), 27–33.
- Jackson, J. A., Gass, G. G. & Camp, E. M. (1979). The relationship between posthypnotic suggestion and endurance in physically trained subjects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(3), 278–293.
- Jackson, J. H. (1974). On the nature and duality of the brain. *Medical Press*, 1, 9.
- Jackson, T. L. & Hastings, J. E. (1981). Hypnosis and oral temperature: Not correlated. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(4), 278–280.
- Jacobs, L. & Jacobs, J. (1966). Hypnotizability of children as related to hemispheric reference and neurological organization. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 269–274.
- Jacobs, S. & Bosse-Düker, I. (2005). *Verhaltenstherapeutischen Hypnose bei chronischem Schmerz. Ein Kurzprogramm zur Behandlung chronischer Schmerzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobs, S. & Lukatis, R. (2001). Erleben und Bericht früher Kindheitserinnerungen in hypnotischer Altersregression. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 17(1), 5–28.
- Jacobson, A. M., Silverberg, E., Hackett, T. & Manschreck, T. (1978). Treatment of Raynaud's disease: Evaluation of a behavioral approach. *Psychiatric Clinics II*, 125–131.

- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S. (1994). Behavior therapy and psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(2), 105–119.
- Jambrik, Z., Santarcangelo, E. L., Ghelarducci, B., Picano, E. & Sebastiani, L. (2004). Does hypnotizability modulate the stress-related endothelial dysfunction? *Brain Research Bulletin*, 63(3), 213–216.
- Jambrik, Z., Sebastiani, L., Picano, E., Ghelarducci, B. & Sanarcangelo, E. L. (2005). Hypnotic modulation of flow-mediated endothelial responses to mental stress. *International Journal of Psychophysiology*, 55(2), 221–227.
- James, F. R., Large, R. G. & Beale, I. L. (1989). Self-hypnosis in chronic pain. A multiple baseline study of five highly hypnotizable subjects. *Clinical Journal of Pain*, 5, 161–168.
- James, W. (1889). Automatic writing. *Proceedings of the American Society of Psychological Research*, 1, 548–564.
- Jamieson, G. & Gruzelier, J. H. (2004). Hypnotic susceptibility is positively related to a subset of schizotyp items. *Contemporary Hypnosis*, 18(1), 32–73.
- Jamieson, G. A. & Sheehan, P. W. (2004). An empirical test of Woody and Bower's dissociated-control theory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 232–249.
- Jana, H. (1971). Cardiovascular and respiratory changes in suggested smoking. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 12(3), 143–146.
- Janas, C. (1983). Family violence and child abuse. *Medical Hypo-analysis*, 4(2), 68–76.
- Janet, P. J. M. (1888). Les actes inconscients et la memoire pendant le somnambulisme. *Revue Philosophique*, 25, 238–279.
- Janet, P. J. M. (1895). Charcot, son oeuvre psychologique. *Revue Philosophique*, 39, 569–604.
- Janet, P. J. M. (1925). *Psychological healing: A historical and clinical study* (Transl.: Paul, E. and C.). New York: Crowell-Collier and Macmillan Inc.
- Janet, P. J. M. (1989). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janouch, P. (1991). Prüfungsangst. Kurzberatung mit hypnotischen Techniken. *Hypnose und Kognition*, 8(2), 53–56.
- Janouch, P. (1997). Hypnotherapie bei Angststörungen. *Hypnose und Kognition*, 14(1–2), 55–80.
- Janssen, S. A., Arntz, A. & Bouts, S. (1998). Anxiety and pain: Epinephrine-induced hyperalgesia and attention influences. *Pain*, 76, 309–316.
- Jasiukaitis, P., Nouriani, B., Hugdahl, K. & Spiegel, D. (1997). Lateralizing hypnosis: Or, have we been barking up the wrong hemisphere? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(1), 158–177.
- Jasiukaitis, P., Nouriani, B. & Spiegel, D. (1996). Left hemisphere superiority for event related potential effects of hypnotic obstruction. *Neuropsychologia*, 34, 661–668.
- Jastreboff, P. J. (1990). Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neuroscience Research*, 221–254.
- Jaswal, V. K. & Dodson, C. S. (2009). Metamemory development: Understanding the role of similarity in false memory. *Child Development*, 80(3), 629–635.
- Jay, S. (1988). Hypnosis and pain in pediatrics. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, 13–19. 8. 1988, Den Haag.
- Jeglic, A., Roskar, E. & Pajntar, M. & Vodocnik, L. (1980). The influence of hypersuggestion on the fatigue of electrically stimulated muscles. In M. Pajntar, E. Roskar & N. Lavric (Eds.), *Hypnosis in Psychosomatic Medicine*. Slovenic Society of Clinical and Experimental Hypnosis, 127–132.
- Jelicic, M. & Bonke, B. (1989). Auditory perception during general anaesthesia: Psychologie consequences. *Southern Medical Journal*, 82(10), 1220–1223.
- Jenkins, M. W. & Pritchard, M. H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labor. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 100, 221–226.
- Jensen, M. P. & Barber, J. (2000). Hypnotic analgesia of spinal cord injury pain. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(2), 150–168.
- Jensen, M. P. (2008). The neurophysiology of pain perception and hypnotic analgesia: Implications for clinical practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 123–148.
- Jensen, M. P. (2010). A neuropsychological model of pain: Research an clinical implications. *Journal of Pain*, 11(1), 2–12.
- Jensen, M. P., Barber, J., Romano, J. M., Hanley, M. A., Raichle, K. A., Molton, I. R., Engel, J. M., Osborne, T. L., Stoelb, B. L., Cardenas, D. D. & Patterson, D. R. (2009). Effects of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 239–268.
- Jensen, M. P., Barber, J., Romano, J. M., Molton, I. R., Raichle, K. A., Osborne, T. L., Engel, J. M., Stoelb, B. L., Kraft, G. H. & Patterson, D. R. (2009). *Beiblatt International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 198–221.
- Jensen, M. P., Gralow, J. R., Branden, A., Gertz, K. J., Fann, J. R. & Syrjala, K. (2012). Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: A pilot study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(2), 135–159.
- Jensen, M. P., Ehde, D. M., Gerzt, K. J., Stoelb, B. L., Dillworth, T. M., Hirsch, A. T., Molton, I. R. & Kraft, G. H. (2011). Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(1), 45–63.
- Jensen, M. P., Hakimian, S., Sherlin, L. H. & Fregni, F. (2008). New insights into neuromodulatory approaches for the treatment of pain. *Journal of Pain*, 9(3), 193–199.
- Jensen, M. P., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Barber, J., Cardenas, D. D., Kraft, G. H., Hoffman, A. J. & Patterson, D. R. (2005). Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: A case series. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(2), 198–228.
- Jensen, M. P., McArthur, K. D., Barber, J., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Cardenas, D. D., Kraft, G. H., Hoffman, A. J. & Patterson, D. R. (2006). Satisfaction with, and the beneficial side effects of, hypnotic analgesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 432–447.
- Jensen, S. M., Barabasz, A., Barabasz, M. & Warner, D. (2001). EEG P300 event-related markers of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(2), 127–139.
- Jick, S. S., Kremers, H. M. & Vasilakis-Scaramozza, C. (2000). Isotretinoin used and risk of depression, psychotic symptoms, suicide, and attempted suicide. *Archives of Dermatology*, 136, 1231–1236.
- Joffe, R. I. (1982). The relationship of hypnotic susceptibility to cerebral asymmetry, susceptibility to perceptual illusion, and field dependence. Diss., Washington University.
- Johnson, D. L. (1997). Weight loss for women: Studies for smokers and nonsmokers using hypnosis and multicomponent treatments with and without overt aversion. *Psychological Reports*, 80(3, Pt1), 931–933.
- Johnson, D. L. & Korkut, R. T. (1994). Performance by gender in a stopp-smoking program combining hypnosis and aversion. *Psychological Reports*, 75(2), 851–857.
- Johnson, J. D. (2006). The conversational brain: Fronto-hippocampal interaction and disconnection. *Medical Hypotheses*, 67(4), 759–764.

- Johnson, K. & Korn, E. R. (1980). Hypnosis and imagery in the rehabilitation of a brain damaged patient. *Journal of Mental Imagery*, 4(2), 35–39.
- Johnson, L. (1979). Selfhypnosis: Behavioral and phenomenological comparisons with heterohypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(3), 240–264.
- Johnson, L. (1981). Current research in self-hypnosis phenomenology: The Chicago paradigm. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(2), 247–258.
- Johnson, L., Dawson, S. L., Clark, J. L. & Sikorski, K. (1983). Selfhypnosis versus heterohypnosis: Order effects and sex differences in behavioral and experimental impact. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(3), 139–154.
- Johnson, L. S., Johnson, D. L., Olson, M. R. & Newman, J. P. (1981). The use of hypnotherapy with learning disabled children. *Journal of Child Psychology*, 37(2), 291–299.
- Johnson, M. E. & Hauck, C. (1995). Beliefs and opinions about hypnosis held by the general public: A systematic evaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(1), 10–20.
- Johnson, M. K., Hashtroudi, S. & Lindsay, D. S. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114, 3–28.
- Johnson, R. F. & Barber, T. X. (1978). Hypnosis, suggestions, and warts: An experimental investigation implicating the importance of »believed in efficacy«. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(3), 165–174.
- Johnson, R. L. & Johnson, H. C. (1984). Effects of anxiety-reducing hypnotic training on learning and reading-comprehension tasks. *Journal of the National Medical Association*, 76(3), 233–235.
- Johnson, W. R. (1961). Body movement awareness in the non-hypnotic and hypnotic states. *Research Quarterly*, 32, 263–264.
- Johnson, W. R. (1961b). Hypnosis and muscular performance. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 1, 71–79.
- Johnson, W. R. (1965). The problem of aggression and guilt in sport. In F. A. Antonelli (Ed.), *Proceedings, First International Congress of Sport Psychology*, Rome.
- Joisten, H. (1992). Hypnotherapeutische Ansätze beim komplexen chronischen Tinnitus. In G. Goebel (Hrsg.), *Der komplexe chronische Tinnitus*. München: Quintessenz.
- Jones, C. W. (1977). Hypnosis and spinal fusion by Harrington instrumentation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 155–157.
- Jones, E. (1960). *Das Leben und Werk von Sigmund Freud*. Bern: Huber (3 Bde.).
- Jones, H., Cooper, P., Miller, V., Brooks, N. & Whorwell, P. J. (2006). Treatment of non-cardiac chest pain: A controlled trial of hypnotherapy. *Gut*, 55(10), 1403–1408.
- Jones, P. R. (1997). Adlerian psychology and hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 14(2), 112–120.
- Judd, F. K., Burrows, G. D. & Dennerstein, L. (1986). Clinician's perception of the adverse effects of hypnosis. A preliminary study. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 49–60.
- Juhász, G., Zsombok, T., Gonda, X., Nagy, N., Modosné, E. & Bagdy, G. (2007). Effects of autonegic training on nitroglycerin-induced headache. *Headache*, 47(3), 371–383.
- Juhnke, M., Jacobs, S. & Strack, M. (2007). Evaluation der Verhaltenstherapeutischen Hypnose zur Behandlung chronischer Schmerzen im Einzel- und Gruppensetting. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 39(3), 541–552.
- Junker, S. (2004). *Hypnose und Magenspiegelung*. Heidelberg: Auer.
- Jureidini, J. (2004). Does dissociation offer a useful explanation for psychopathology? *Psychopathology*, 37(6), 259–265.
- Just, M. A., Carpenter, P. A. & Woolley, J. D. (1982). Paradims and processes in reading comprehension. *Journal of Experimental Psychology, General*, 111, 228–238.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York, NY: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2004). Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Ein Handbuch (S. 103–138). Tübingen: dgvt.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte/Random House.
- Kachler, R. (2010). *Hypnotherapeutische Trauerbegleitung*. Heidelberg: Carl Auer.
- Kaffman, M. (1968). Hypnosis as an adjunct to psychotherapy in child psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 18, 725–738.
- Kahn, S. & Fromm, E. (1992). Self hypnosis, personality and the experimental method. In E. Fromm & M. Nash (Eds.), *Contemporary Hypnosis Research* (pp. 390–404). New York: Guilford Press.
- Kaiser, A., Schwender, D., Klasing, S. & Pöppel, E. (1993). Hypnose in der Exploration akustischer Wahrnehmung während Allgemeinanästhesie. *Hypnose und Kognition*, 10(2), 46–58.
- Kaiser, J., Barker, R., Haenschel, C., Baldeweg, T. & Gruzelier, J. H. (1997). Hypnosis and event-related potential correlates of error processing in a stroop-type paradigm: A test of the frontal hypothesis. *International Journal of Psychophysiology*, 27, 215–222.
- Kaiser-Rekkas, A. (1998). *Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Praxisbezogenes Lehrbuch für die Ausbildung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Kaiser-Rekkas, A., Schwender, D., Pöppel, E. (1997). Akustisch evozierte Potentiale und Hypnose in der Untersuchung akustischer Wahrnehmung während Allgemeinanästhesie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 13(2), 137–153.
- Kaiser-Rekkas, A. (2006). *Hypnotherapie bei Missbrauchserfahrung in der Kindheit und die Entfesselung kreativer Ausdruckskraft*. Psychologie in Österreich, 26(4–5), 261–271.
- Kakar, S. (1984). *Schamanen, Heilige und Ärzte*. München: Biederstein.
- Kakar-Oel, A., Forster, T. (1995). Use of hypnotherapy techniques within the scope of behavior therapy treatment of learning and behavior disorders in children – 2 case reports. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 23(3), 210–208.
- Kallinke, D., Lutz, R. & Ramsay, R. W. (1979). *Die Behandlung von Zwängen. Eine verhaltenstherapeutische Kontroverse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kaluza, G. & Strempel, I. (1994). *Autogenes Training in der Augenheilkunde – dargestellt am Beispiel des Glaukoms*. Heidelberg: Kaden.
- Kaluza, G. & Strempel, I. (1995). Effects on self-relaxation methods and visual imagery on IOP in patients with open-angle glaucoma. *Ophthalmologica*, 209, 122–128.
- Kampman, R. & Kaupilla, A. (1978). Severe vaginismus as the cause of un consummated marriage: A case report of hypnoanalytic treatment. *Psychiatrica Fennica*, 179–181.
- Kampmann, R. & Ihäainen, O. (1974). A changing dream in the hypnoanalytic treatment of a spastic torticollis patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 206–209.
- Kandyba, K. & Binik, Y. M. (2003). Hypnotherapy as a treatment for vulvar vestibulitis syndrome: A case report. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(3), 237–242.
- Kanfer, F. H. (1977). Selbst-Management-Methoden. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Hrsg.), *Möglichkeiten der Verhaltensänderung* (S. 350–406). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1986). *Helping people change* (3. Aufl.). New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement Therapie*. Berlin: Springer.

- Kang, C., Riazuddin, S., Mundorff, J., Krasnewich, D., Friedman, P., Mullikin, J. & Drayna, D. (2010). Mutations in the lysosomal enzyme-targeting pathway and persistent stuttering. *The New England Journal of Medicine*, 362, 677–685.
- Kanitschar, H. (2000). Integrative hypnotherapy: An independent psychotherapeutic method. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(1), 43–53.
- Kanji, N., White, A. R. & Ernst, E. (2004). Autogenic training reduces anxiety after coronary angioplasty: A randomized clinical trial. *American Heart Journal*, 147(3), E10.
- Kanji, N., White, A. & Ernst, E. (2006a). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729–735.
- Kanji, N., White, A. & Ernst, E. (2006b). Autogenic training for tension type headache: A systematic review of controlled trials. *Complementary Therapy in Medicine*, 14(2), 144–150.
- Kantor, S. D. (1990). Stress and psoriasis. *Cutis*, 46(4), 321–322.
- Kapels, L. (1980). Use of the experimental analysis technique in hypnotherapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(2), 100–103.
- Kaplan, E. A. (1960). Hypnosis and pain. *Archives of General Psychiatry*, 2, 567–568.
- Kaplan, J. M. & Deabler, H. L. (1975). Hypnotherapy with a severe dissociative hysterical disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18(2), 83–89.
- Kapmhuis, R. P. (1988). Diskussionsbeitrag, 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag.
- Kaptschuk, T. J. (2002). The placebo effect in alternative medicine: Can the performance of a healing ritual have clinical significance? *Annals of Internal Medicine*, 136, 817–825.
- Karjalainen, K. A., Malmivaara, A., van Tulder, M. W., Roine, R., Jauhiainen, M., Murri, H. & Koes, B. W. (2009). Withdrawn: Biopsychosocial rehabilitation for upper limb repetitive strain injuries in working age adults. *Cochrane Database Sytematic Review*, 21(1), CD002269.
- Karlin, R., Morgan, D. & Goldstein, L. (1980). Hypnotic analgesia: A preliminary investigation of quantitated hemispheric electroencephalographic and attentional correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 591–594.
- Karlin, R. A. (1983). Forensic hypnosis. Two case reports: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(4), 227–234.
- Karlin, R. A. (1997). Illusory safeguards: Legitimizing distortion in recall with guidelines for forensic hypnosis – two case reports. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(1), 18–40.
- Karlin, R. A., Hill, A. & Messer, S. (2008). Responding and failing to respond to both hypnosis and a kinesthetic illusion, Chevreul's pendulum (2008). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 83–98.
- Kaschel, R. & Friedrich, B. (1990). Dermatosen und Hauterscheinungen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (S. 304–328). Berlin: Springer.
- Kaschel, R., Revenstorf, D. & Götz, B. (1991). Hypnose und Haut: Trends und Perspektiven. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 7(1), 65–82.
- Kasper, W. (1977). *Jesus der Christus*. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag.
- Katcher, A., Segal, H. & Beck, A. (1984). Comparison of contemplation and hypnosis for the reduction of anxiety and discomfort during dental surgery. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17(1), 14–21.
- Katz, E. R., Kellerman, J. & Ellenberg, L. (1987). Hypnosis in the reduction of acute pain and distress in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 12(3), 379–394.
- Katz, J. & Meltzack, R. (1999). Pain »memories« in phantom limbs: Review and clinical observations. *Pain*, 43, 319–336.
- Katz, N. W. (1980). Hypnosis and the addictions: A critical review. *Addictive Behavior*, 5(1), 41–47.
- Katzenstein, A. (Hrsg.) (1978). *Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis*. Jena: G. Fischer.
- Kaufmann, C. & Barolin, G. S. (1995). Psychorehabilitation aspects in older age group. *Experimental Gerontology*, 30(3–4), 423–430.
- Kaufmann, C., Reiter, N. & Barolin, G. G. (1995). [Comparative analysis of mental health treatment of various groups of competitive athletes]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 145(10), 227–235.
- Kaya, Y. & Alladin, A. (2012). Hypnotically assisted diaphragmatic exercises in the treatment of stuttering: A preliminary investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(2), 175–205.
- Kaye, J. M. & Loscalzo, M. G. (1996). Hypnotherapy. *Clinical Gerontologist*, 16(4), 79–82.
- Kazdin, A. E. (1974). Selfmonitoring in behavior change. In M. J. Mahoney & C. E. Thoresen (Eds.), *Selfcontrol: Power to the person*. Monterey, CA: Brooks-Cole.
- Keefe, F. J., Rumble, M. A., Scipio, C. D., Giordano, L. A. & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *Journal of Pain*, 5, 195–211.
- Kelemen, Z. (1980). Hypno-behavioral therapy for the treatment of stuttering. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy*, 1(1), 17–23.
- Keller, G. (1853/1992). *Kleider machen Leute*. Stuttgart: Reclam.
- Kellerman, J. (1981). Hypnosis as an adjunct to thought stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsessions in a twelve year old boy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(2), 128–135.
- Kellerman, J., Zeltzer, L. & Ellenberg, L. (1983). Adolescents with cancer: Hypnosis for the reduction of the acute pain and anxiety associated with medical procedures. *Journal of Adolescent Health Care*, 4(2), 85–90.
- Kelley, G. (1958). Hypnosis as anaesthesia. In *medico-moral problems*. Chap. 32. St. Louis: Catholic Hospital Association of the U.S. and Canada.
- Kellog, E. R. (1929). Duration of the effects of posthypnotic suggestion. *Journal of Experimental Psychology*, 12, 502–514.
- Kelly, M., McKinty, H. & Carr, R. (1988). Utilization of hypnosis to promote compliance with routine dental flossing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 57–60.
- Kelsey, J. H. & Barron, R. R. (1958). Hypnosis in plastic surgery. *British Medical Journal*, 1, 756.
- Kemney, M. E. (1994). Stressful events, psychosocial reaction, and progression of HIV infection. In R. Glasser & J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of Human Stress and Immunology* (pp. 245–266). San Diego: Academic Press.
- Kenne, B. (1990). Suggestion hypnosis in symptomatic treatment of oral aphthe. A clinical study. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis*, 17(2), 106–111.
- Kennedy, W. A. (1965). School phobia: Rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 285–289.
- Kepler, L. (2009). *Der Hypnotiseur*. Köln: Bastei Lübbe.
- Keresztes, M., Rudisch, T., Tajti, J., Ocoviszki, I. & Gardi, J. (2007). Granulocyte activation in humans is modulated by psychological stress and relaxation. *Stress*, 10(3), 271–281.
- Kerneis, O. (1996). S'endormis en seance. *Topique: Revue Freudienne*, 26(6), 303–318.
- Kessler, R. (2005). Treating psychological problems in medical settings: Primary care as the de facto mental health system and role of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(3), 290–305.

- Ketterhagen, D., VandeVusse, L. & Berner, M. A. (2002). Self-hypnosis: Alternative anaesthesia for childbirth. *American Journal for Maternity, Child and Nursery*, 27(6), 335–340.
- Khan, A. U., Staerk, M. & Bonk, C. (1973). Role of counter-conditioning in the treatment of asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 389–392.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Atkinson, C. & Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 674–682.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune and health. *Journal of Consultative Clinical Psychology*, 70, 537–547.
- Kiene, P. F. (1991). *Alarm! Okkultismus. Gefährliche Unwissenheit über Aberglaube und Wahrsagerei*. Zürich: Beröa.
- Kiernan, B. D., Dane, J. R., Phillips, L. R. & Price, D. D. (1995). Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflexes: Further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain*, 60(1), 39–47.
- Kihlstrom, J. F. (1981). Factors entering into judgements of hypnotic depth. Paper presented at the 33rd Annual Meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Portland, Oct.
- Kihlstrom, J. F. (1982). Selfappraisals of hypnotic »depth«. Paper presented at the 34th Annual Meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Oct.
- Kihlstrom, J. F. (1983). Instructed forgetting: Hypnotic and non-hypnotic. *Journal of Experimental Psychology: General*, 1, 12(1), 73–79.
- Kihlstrom, J. F. (1985a). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385–418.
- Kihlstrom, J. F. (1985b). Posthypnotic amnesia and the dissociation of memory. In G. H. Bower (ed.), *The psychology of learning and motivation* (pp. 131–178). Orlando, FL: Academic Press.
- Kihlstrom, J. F. (1986). Strong inference about hypnosis. *The Behavioral and Brain Sciences*, 9, 474.
- Kihlstrom, J. F. (1992). Dissociative and Conversion Disorders. In D. J. Stein & J. Young (Eds.), *Cognitive Science and Clinical Disorders* (pp. 247–270). Orlando, FL: Academic.
- Kihlstrom, J. F. (1994). Hypnosis, delayed recall, and the principles of memory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 337–345.
- Kihlstrom, J. F. (1998). Dissociation and dissociation theory in hypnosis: Comment on Kirsch and Lynn (1998). *Psychological Bulletin*, 123(1), 186–191.
- Kihlstrom, J. F. (1998). Exhumed memory. In K. M. McConkey (Ed.), *Truth in Memory* (pp. 3–31). New York: Guilford.
- Kihlstrom, J. F. & Barnhardt, T. M. (1993). The self regulation of memory: For better and for worse, with and without hypnosis. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *The handbook of mental control* (pp. 88–125). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kihlstrom, J. F. & Evans, F. J. (1979). Memory retrieval process during posthypnotic amnesia. In J. F. Kihlstrom & F. J. Evans (Eds.), *Functional disorders of memory* (pp. 179–218). Hillsdale: Erlbaum.
- Kihlstrom, J. F. & Hoyt, I. P. (1988). Hypnosis and psychology of delusion. In T. F. Oltmanns & B. A. Mahler (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 66–108). New York: Wiley.
- Kihlstrom, J. F., Mulvaney, S., Tobias, B. A. & Tobis, I. P. (2000). The emotional unconscious. In E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H., Bower, J. P., Forgas & Niedenthal, P. M. (Eds.), *Counterpoints: Cognitions and emotions* (pp. 70–106). New York: Oxford University Press.
- Kihlstrom, J. F., Register, P. A., Hoyt, I. P., Albright, J. S., Grigorian, E. M., Heindel, W. C. & Morrison, C. R. (1989). Dispositional correlates of hypnosis: A phenomenological approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(3), 249–263.
- Kihlstrom, J. F. & Wilson, L. (1988). Rejoinder to Spanos, Bertrand, and Perlini. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 381–383.
- Kilmann, P. R. & Auerbach, R. (1979). Treatments of premature ejaculation and psychogenic impotence: A critical review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, 8(1), 81–100.
- Kimmig, W. & Münzel, K. (1995). Psychodermatologie: Klassifikation und dermatologische Grundlagen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 16(4), 297–310.
- King, N. J. (1980). The behavioral management of asthma and asthma related problems in children: A critical review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 169–189.
- King, N. J. & Bernstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 375–403.
- King, R. B. (1988). Concerning the management of pain associated with herpes zoster and of postherpetic neuralgia. *Pain*, 33(1), 73–78.
- Kingsbury, S. J. (1988). Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder: An isomorphic intervention. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(2), 81–90.
- Kinzel, F. C. & Erazo, N. (1996). Der Säugling, die Mutter und der Hypnotherapeut. Die hypnotherapeutische Beziehung vor dem Hintergrund empirischer Säuglingsforschung. *Hypnose und Kognition*, 13, 165–198.
- Kirby, M. D. (1984). Hypnosis and law. *Criminal Law Journal*, 8, 152–165.
- Kircher, A. (1646). *Ars magna lucis et umbrae*. Rom: Libr. II, Pars. 1.
- Kircher, A. (1671). *Magnes sive de arte magnetica*. Colonia Agrippina.
- Kirschheim, C. V. & Persinger, M. A. (1991). Time distortion – a comparison of hypnotic induction and progressive relaxation procedures: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(2), 63–66.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189–1202.
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Pacific Grove, CA: Books/Cole.
- Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 439–465). New York: Guilford Press.
- Kirsch, I. (1992). The social learning theory of hypnosis. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis, 175 years after Mesmer; recent developments in theory and application* (pp. 173–186). Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments – another meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 317–319.
- Kirsch, I. (1997a). Specifying nonspecifics: Psychological mechanisms of placebo effects. In A. Harrington (Ed.), *The placebo effect* (pp. 166–186). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kirsch, I. (1997b). Suggestibility or hypnosis: What do our scales really measure? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(3), 212–225.
- Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kirsch, I. (1999a). Clinical hypnosis and self-regulation: An introduction. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 3–18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kirsch, I. (1999b). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation. Cognitive-behavioral per-*

- spectives (pp. 211–225). Washington DC: American Psychological Association.
- Kirsch, I. (2001). The response theory of hypnosis: Expectancy and physiology. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1), 69–73.
- Kirsch, I. (2011). The altered state issue: Dead or alive? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 350–362.
- Kirsch, I. & Braffman, W. (1999). Correlates of hypnotizability: The first empirical study. *Contemporary Hypnosis*, 16(4), 224–230.
- Kirsch, I. & Council, J. R. (1989). Response expectancy as a determinant of hypnotic behaviour. In N. Spanos & J.F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 360–379). Buffalo: Prometheus Press.
- Kirsch, I. & Council, J. R. (1992). Situational and personality correlates of hypnotic susceptibility. In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 267–291). New York: Guilford.
- Kirsch, I., Council, J. R. & Wickless, C. (1990). Subjective scoring for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(2), 112–124.
- Kirsch, I. & Lynn, S. J. (1995). The altered state of hypnosis. *American Psychologist*, 50(10), 846–858.
- Kirsch, I. & Lynn, S. J. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123, 100–115.
- Kirsch, I. & Lynn, S. J. (1999). Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspective* (pp. 49–72). Washington: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Capafons, A., Cardena-Buelna, E. & Amigó, S. (Eds.) (1999). *Clinical hypnosis and self-regulation: An introduction*. In Kirsch et al. (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation* (pp. 3–20). Washington: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Cardena, E., Dienes, Z., Heap, M., Kallio, S., Mazzoni, G., Naish, P., Oakley, D., Potter, C., Walters, V. & Whalley, M. (2011). Definitions of hypnosis and hypnotizability and their relation to suggestion and suggestibility: A consensus statement. *Contemporary Hypnosis*, 28(2), 101–180.
- Kirsch, I., Council, J. R. & Mobayed, C. (1987). Imagery and response expectancy as determinants of hypnotic behaviour: British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 4, 25–31.
- Kirsch, I., Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (2001). Introduction to clinical hypnosis. In J.W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (3–22) (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Milling, L. S. & Burgess, C. (1998). Experimental scoring for the Waterloo-Stanford Group C Scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(3), 269–279.
- Kirsch, I., Mobayed, C. P., Council, J. R. & Kenny, D. A. (1992). Expert judgement of hypnosis from subjective state reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 657–662.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995a). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214–220.
- Kirsch, I., Silva, C. E., Comey, G. & Reed, S. (1995b). A spectral analysis of cognitive and personality variables in hypnosis: Empirical disconfirmation of the two-factor model of hypnotic responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 167–175.
- Kisley, S. R., Campbell, L. A., Skeritt, P. & Yelland, M. J. (2010). Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 20(1), CD004101.
- Kistler, A., Mariauzouls, C., Wyler, F., Bircher, A. J. & Wyler-Harper, J. (1999). Autonomic responses to suggestions for cold and warmth in hypnosis. *Forschende Komplementärmedizin*, 6(1), 10–14.
- Klapow, J. C., Patterson, D. R. & Edwards, W. T. (1996). Hypnosis as an adjunct to medical care in the management of Burger's Disease: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(4), 271–276.
- Klaus, P. (2007). Kurzzeitpsychotherapie in der perinatalen Zeit zur Verringerung von psychischen und körperlichen Symptomen und zur Erleichterung der Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung. In K.-H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie* (S. 237–252). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kleider, H. M., Goldinger, S. D. & Knuycky, L. (2008). Stereotypes influence false memories for imagined events. *Memory*, 16(2), 97–114.
- Klein, K. B. & Spiegel, D. (1989). Modulation of gastric acid secretion by hypnosis. *Gastroenterology*, 96(6), 1383–1387.
- Kleinhauz, M. (1991). Negative Reaktionen bei der Anwendung von Hypnose: Handhabung, Vorsichtsmaßnahmen und das israelische Hypnose-Gesetz. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 112.
- Kleinhauz, M. & Beran, B. (1981). Missuses of hypnosis: A medical emergency and its treatment. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(2), 148–164.
- Kleinhauz, M. & Beran, B. (1982). Hypnosis in criminal investigation: Ethical and practical implications. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis*. New York: Plenum Press.
- Kleinhauz, M., Dreyfuss, D. A., Beran, et al. (1979). Some aftereffects of stage hypnosis: A case study of psychopathological manifestation. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(3), 219–226.
- Kleinhauz, M. & Eli, I. (1987). Potential deleterious effects of hypnosis in the clinical setting. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 155–159.
- Kleinhauz, M. & Eli, I. (1991). Hypnotic induction in dentistry – coping with the fear of losing control (autonomy): A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(3), 125–128.
- Kleinhauz, M., Eli, I. & Rubinstein, Z. (1986). Treatment of dental and dental related behavioral dysfunctions in a consultative outpatient clinic: A preliminary report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28(1), 49.
- Kleinhauz, M., Manor, N. & Inbar, A. (1990). Hypnotische Verfahren in einer Gruppentherapie für Kinder mit behinderten Geschwistern. *Hypnose und Kognition*, 7(1), 67–75.
- Kleinknecht, D. (1979). *Strafprozeß*. München.
- Klemm, W. R. (1976). Identity of sensory and motor systems that are critical to the immobility reflex («animal hypnosis»). *Journal of Neuroscience Research*, 2(1), 57–69.
- Kliman, G. & Goldberg, E. L. (1962). Improved visual recognition during hypnosis. *Archives of General Psychology*, 7, 155–162.
- Kline, M. V. (1950). Situational cardiovascular symptomatology and hypnosis. *British Journal of Medical Hypnosis*, 1, 33.
- Kline, M. V. (1952). A note on primate like behavior induced through hypnosis. *Journal of Genetic Psychology*, 81, 125–131.
- Kline, M. V. (1954). Psoriasis and hypnotherapy: A case report. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 318.
- Kline, M. V. (1972). The production of antisocial behavior through hypnosis: New clinical data. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 80–94.
- Kline, M. V. (1976). The effect of hypnosis on conditionability. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and behavior therapy* (pp. 131–147). Springfield: Charles C. Thomas.
- Kline, M. V. & Guze, H. (1951). The use of a drawing technique in the investigation of hypnotic age regression and progression. *British Journal of Medical Hypnotism*, Winter, 1–12.

- Kline, M. V., Guze, H. & Haggerty, A. D. (1954). An experimental study of the nature of hypnotic deafness: Effects of delayed auditory feedback. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 145–156.
- Klinge, J. E. (1971). Atopic dermatitis. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 12(3), 128–131.
- Klntmann, H. (1984). Original thinking and ambiguous figure reversal rates. *Bulletin of the Psychosomatic Society*, 22, 129–131.
- Kluft, R. P. (1988). Autohypnotic resolution of an incipient relapse in an integrated multiple personality disorder patient: A clinical note. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(2), 91–96.
- Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. In A. Tasman & S. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 10 (pp. 161–188). Washington: American Psychiatric Press.
- Klumbies, G. (1952). Ablationshypnose. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 2, 221–229.
- Klumbies, G. (1981). Die Entwicklung der Hypnosetherapie in Europa. In G. Klumbies (Hrsg.) *Hypnosetherapie*. Leipzig: S. Hirzel.
- Kluxen, G. (1995). Psychogene Erblindung durch einen Befehl zum Töten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45(3–4), 131–133.
- Knecht, S. & Ringelstein, E.-B. (1999). Neuronale Plastizität am Beispiel des somatosensorischen Systems. *Nervenarzt*, 70, 889–898.
- Knecht, S., Henningsen, H., Elbert, T., Flor, H., Hohling, C., Pantev, C., Birbauer, N. & Taub, E. (1995). Cortical reorganization in human amputees and mislokation of painful stimuli to the phantom limb. *Neuroscience Letters*, 201, 262–264.
- Knölker, U. & Friese, H. J. (1981). Traumatisch ausgelöste, psychogen fixierte Torticollis. *Chirurgische Praxis*, 28, 15–19.
- Knox, V. J., Morgan, A. H. & Hilgard, E. R. (1974). Pain and suffering in ischemia: The paradox of hypnotically suggested anaesthesia as contradicted by reports from the »hidden observer«. *Archives of General Psychiatry*, 30, 301–316.
- Knox, V. J., Shum, K. & McLaughlin, D. M. (1990). Analgesia for experimentally induced pain: Multiple sessions of acupuncture compared to hypnosis in high- and low-susceptible subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 26–34.
- Kobos, R. (1970). Hypnotische Betäubung in der ästhetischen Chirurgie. *Hypnose und Psychosomatische Medizin*, 21, 161–166.
- Koch, C. (2005). *Bewusstsein – ein neurobiologisches Rätsel*. Heidelberg: Spektrum.
- Koch, M. J. & Staehle, H. J. (1996). Kinder und ihre Betreuung durch das zahnärztliche Team. In H. J. Staehle & M. J. & Koch (Hrsg.), *Kinder- und Jugendzahnheilkunde. Kompendium für Studierende und Zahnärzte* (S. 15–39). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Koe, G. G. (1981). An experimental investigation of the effects of hypnotically induced suggestions on self concept and reading performance. Diss., The University of British Columbia.
- Koe, G. G. (1989). Hypnotic treatment of sleep terror disorder: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(1), 36–40.
- Koe, G. G. & Oldridge, O. A. (1988). The effect of hypnotically induced suggestions on reading performance. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(4), 275–283.
- Kogon, M. M., Jasiukaitis, P., Berardi, A., Gupta, M., Kosslyn, S. & Spiegel, D. (1998). Imagery and hypnotizability revisited. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(4), 363–367.
- Kohen, D. P. (1987). A biobehavioral approach to managing childhood asthma. *Child Today*, 16(2), 6–10.
- Kohen, D. P. (1995). Coping with the stress of Tourette syndrome in children and adolescents: Use of self-hypnosis techniques. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 23(2), 145–157.
- Kohen, D. P. (1995). Coping with the stress of Tourette syndrome in children and adolescents: Use of self-hypnosis techniques. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 145–157.
- Kohen, D. P. (2010). Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: What the children say. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 417–432.
- Kohen, D. P. & Botts, P. (1987). Relaxation imagery (selfhypnosis) in Tourette syndrome: Experience with four children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(4), 227–237.
- Kohen, D. P. & Olness, K. (2011). *Hypnosis and hypnotherapy with children*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kohen, D. P., Mann-Rinehart, P., Schmitz, D. & Wills, L. M. (1998). Using hypnosis to help deaf children help themselves: Report of two cases. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(4), 288–296.
- Kohen, D. P., Olness, K., Colwell, S. & Heimel, A. (1980). 500 pediatric behavior problems treated with hypnotherapy. Paper presented at the annual meeting of the American Society of Clinical Hypnosis, Minneapolis, Nov.
- Kohen, D. P., Olness, K. N., Colwell, S. O. & Heimel, A. (1990). Entspannung und mentales Vorstellungstraining in der pädiatrischen Sprechstunde. *Hypnose und Kognition*, 7(1), 30–40.
- Kohen, D. P. & Zajac, R. (2007). Self-hypnosis training for headaches in children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 150(6), 635–639.
- Kok, L. P. (1989). Hypnotic susceptibility in kavadi carriers in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 18(6), 655–657.
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (2003). *Fundamentals of human neuropsychology* (5th ed.). New York: Worth Publishers.
- Kolbe, O. (1986). Hypnotische Erfahrung und Vorstellungsvermögen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 2(1), 30–40.
- Konrad, B., Deeb, S. & Scholz, O.-B. (2004). Motorische Imagination in Hypnose. Alpha- und Theta-power während motorischer Imagination in Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21(1+2), 183–203.
- Konrad, B., Deeb, S. & Scholz, O.-B. (2005). Motor imagery in hypnosis: Accuracy and duration of motor imagery in waking and hypnotic states. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(2), 148–169.
- Koo, J. Y. K. & Smith, L. L. (1991). Psychological aspects of acne. *Pediatric Dermatology*, 8, 185–188.
- Koo, J. Y. M. & Lee, C. S. (2003). General approach to evaluating psychodermatological disorders. In J. Y. M. Koo & C. C. Lee (Eds.), *Psychocutaneous medicine* (pp. 1–12). New York: Marcel Dekker.
- Kopel, K. F. & Quinn, M. (1996). Hypnotherapy treatment of dysphagia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(2), 101–105.
- Kopp, J. (1999). *Schneeflocken fallen in die Sonne* (2. Aufl.). Annweiler/Eschen: Plöger.
- Korell, J. (2000). Anwendungen hypnotherapeutischer Ansätze in der Rehabilitation. In: *Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (Hrsg.), *Kompetenz und Qualität klinischer Psychologie in der Rehabilitation*. (S. 79–89). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Kossak, H.-C. (1983a). *Praxis der Erziehungsberatung: Hausaufgabenprobleme*. Unveröff. Seminarskript, Bochum: Ruhr-Universität WS 82/83.
- Kossak, H.-C. (1983b). *Integration der Hypnose in das Konzept der Verhaltenstherapie: Eine Fallstudie*. Experimentelle und Klinische Hypnose, 1(1), 45–56.
- Kossak, H.-C. (1985a). *Verhaltenstherapie unter Hypnose: Selbstkontrolltraining mit dem »hypnotischen Begleiter«*. Experimentelle und Klinische Hypnose, 1(2), 113–142.

- Kossak, H.-C. (1985b). Diagnostik und Therapie des Stotterns. Unveröff. Seminarmanuskript. Bochum: Ruhr-Universität, WS 84/85.
- Kossak, H.-C. (1987a). Verhaltenstherapie generalisierter Sozialängste. Experimentelle und Klinische Hypnose, 3(1), 13–28.
- Kossak, H.-C. (1987b). Showhypnose: Realität oder Illusion? Vortrag, gehalten am 17. 10. 1987, 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose. Bad Lippspringe.
- Kossak, H.-C. (1987c). Verhaltenstherapie nächtlicher Asthmaanfälle: kognitive Umstrukturierung unter Hypnose. Hypnose und Kognition, 4(1), 41–57.
- Kossak, H.-C. (1989). Hypnose. Ein Lehrbuch. München: Psychologie Verlags Union.
- Kossak, H.-C. (1990a). Verhaltenstherapeutische Selbstkontrollmethoden unter Hypnose. Psychosoziale Praxis, 2/90, 199–224.
- Kossak, H.-C. (1990b). Behavior therapy and hypnosis: Methods of self-management. Lecture and seminar held at: 5th European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine.
- Kossak, H.-C. (1991a). Brechdurchfälle, Depressionen und Examenprobleme: Falldarstellung. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.), Hypnose und Verhaltenstherapie (S. 81–93). Stuttgart: Huber.
- Kossak, H.-C. (1991b). Hypnose-Behandlung bei Colitis ulcerosa. Ein Fallbericht. Psychomed, 3(3), 170–171.
- Kossak, H.-C. (1991c). Historische Entwicklung der Hypnose. Psychomed, 3(3), 157–159.
- Kossak, H.-C. (1991d). Hypnose – Modetrend oder berechtigte Renaissance? Psychomed, 3(3), 151–155.
- Kossak, H.-C. (1992a). Selbstkontrolle durch Hypnose bei schulischen Lern und Leistungsstörungen. Ein Fallbericht. Experimentelle und klinische Hypnose, 8(1), 23–43.
- Kossak, H.-C. (1992b). Studium und Prüfungen bewältigen: Neue Wege, mit Lern und Leistungsproblemen in Schule und Studium umzugehen. München: Quintessenz.
- Kossak, H.-C. (1993). Lehrbuch Hypnose (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie VerlagsUnion.
- Kossak, H.-C. (1994). Selbstmanagement-Therapie unter Hypnose. Sexueller Missbrauch oder stellvertretende Ängste? Fallbericht. Experimentelle und klinische Hypnose, 10(1), 1–22.
- Kossak, H.-C. (1999). Hypnose und die Kunst des Comics – oder wie man grüne Kreise in den Augen bekommen kann. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Kossak, H.-C. (2001). Hypnose in der Kinder- und Jugendlichen-verhaltenstherapie. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Interventionsmethoden (S. 727–767). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kossak, H.-C. & Zehner, G. (2011). Hypnose beim Kinderzahnarzt. Verhaltensführung und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kosslyn, S. M. (1994). Image and Brain: The Resolution of the Imagery Debate. Cambridge: Bradford Books.
- Kosslyn, S. M. (2005). Reflective thinking and mental imagery: A perspective on the development of posttraumatic stress disorder. Developmental Psychology, 17(3), 851–863.
- Kosslyn, S. M., Ganis, G. & Thompson, W. L. (2001). Neural foundations of imagery. Nature Reviews Neuroscience, 2, 635–642.
- Kosslyn, S. M. & Koenig, O. (1992). Wet Mind. The new cognitive neuroscience. New York/Toronto: The Free Press.
- Kosslyn, S. M. & Thompson, W. L. (2000). Shared mechanisms in visual imagery and visual perception: Insights from cognitive neuroscience. In M. S. Gazzaniga (Ed.), The new cognitive neurosciences (pp. 975–985). Cambridge, MA: MIT Press.
- Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Constantini-Ferrando, M. F., Alpert, N. M. & Spiegel, D. (2000). Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. American Journal of Psychiatry, 157(8), 1279–1284.
- Kottje-Birnbacher, L., Wilke, E., Krippner, K. & Dieter, W. (2005). Mit Imaginationen therapieren. Neue Erkenntnisse zur Katakthym-Imaginativen Psychotherapie. Lengerich: Pabst.
- Koyama, T., McHaffie, J. G., Laurenti, P. L. & Coghill, R. C. (2005). The subjective experience of pain: Where expectations become reality. Proceedings of the National Academy of Sciences, 102, 12950–12955.
- Kraft, T. (1984). Injection phobia: A case study. British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 1(3), 13–18.
- Kraft, T. & Al-Issa, I. (1968). The use of methohexodone sodium in the systematic desensitisation of premature ejaculation. British Journal of Psychiatry, 114, 351.
- Krähenbühl, S. & Blades, M. (2006). The effect of question repetition within interviews on young children's eyewitness recall. Journal of Experimental Child Psychology, 94(1), 57–67.
- Kraiker, C. (1996). Suggestion im wissenschaftlichen Diskurs. Hypnose und Kognition, 13(1+2), 115–124.
- Krakow, B. J., Hollifield, M., Johnson, L., Schrader, R., Warner, T. D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Melendrez, D., Sandoval, D. & Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with Posttraumatic Stress Disorder. Journal of the American Medical Association, 286(5), 537–545.
- Krakow, B. J., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., Warner, T. D., Cheng, D., Edmond, T. & Kellner, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. Journal of Trauma and Stress, 13, 589–609.
- Kramer, E. (1969). Hypnotic susceptibility and previous relationship with the hypnotist. American Journal of Clinical Hypnosis, 11, 175–177.
- Kramer, R. L. (1989). The treatment of childhood night terrors through the use of hypnosis – a case study: A brief communication. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37(4), 283–284.
- Krause, C. & Revenstorf, D. (1997). Ausformung therapeutischer Metaphern. Hypnose und Kognition, 14(1–2), 83–104.
- Krause, P. J., Herson, V. C., Boutin-Lebowitz, J., Eisenfeld, L., Block, C., LoBello, T. & Maderazo, E. G. (1986). Polymorphnuclear leukocyte adherence and chemotaxis in stressed and healthy neonates. Pediatric Researches, 20, 296–300.
- Krause, W.-R. (2011a). Hypnose und Autogenes Training 1945–1979. In M. Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995 (S. 332–337). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krause, W.-R. (2011b). Autogenes Training und Hypnose in den 1980er Jahren. In M. Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995 (S. 555–557). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kravis, N. M. (1988). James Braid's psychophysiology: A turning point in the history of dynamic psychiatry. American Journal of Psychiatry, 145(10), 1191–1206.
- Krefting, S. & Mehlmann, R. (1986). Hypnose und Kommunikationswahrnehmung aus der Sicht des Klienten. Hypnose und Kommunikationswahrnehmung aus der Sicht des Therapeuten. Unveröff. Diplomarbeit. Ruhr-Universität Bochum, Psychologisches Institut.
- Krenz, E. M. (1984). Improving competitive performance with hypnotic suggestions and modified autogenic training: Case reports. American Journal of Clinical Hypnosis, 27(1), 58–63.
- Kretschmer, E. (1964). Über gestufte aktive Hypnoseübungen und den Umbau der Hypnosetechnik. Deutsche medizinische Wochenschrift, 71, 281–283.

- Kriegel, E. & Gaefke, I. (1978). Hypnose als Technik zur indirekten Verhaltensbeeinflussung. In A. Katzenstein (Hrsg.), *Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis* (S. 133–142). Jena: G. Fischer.
- Krippner, S. (1966). The use of hypnosis with elementary and secondary school children in a summer reading clinic. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 261–266.
- Krippner, S. (1977). Individual hypnosis, group hypnosis, and the improvement of academic achievement. In I. A. Greenberg (Ed.), *Group Hypnotherapy and Hypnodrama* (pp. 123–136). Chicago: Nelson-Hall.
- Krippner, S. (2004). Trance and trickster: Hypnosis as a liminal phenomenon. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(2), 97–118.
- Kris, E. (1962). *Psychoanalytic explorations in art*. New York: International Universities Press.
- Kröger, F., Lamprecht, J., Wälte, D. & Müller, A. (1996). Streßverarbeitung und Selbstaufmerksamkeit beim idiopathischen Hörsturz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46(8), 298–303.
- Kroger, W. S. (1942). The conditioned reflex treatment of alcoholism. *Journal of American Medical Association*, 120, 714.
- Kroger, W. S. (1953). Hypnotherapy in obstetrics and gynecology. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 61.
- Kroger, W. S. (1962). An integrated approach to infertility. *Journal of Psychosomatics*, 3, 1.
- Kroger, W. S. (1964). Current status of hypnosis in allergy. *Annals of Allergy*, 22, 1–23.
- Kroger, W. S. (1969). Hypnotherapy for intractable postsurgical hiccups. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12, 1–4.
- Kroger, W. S. (1977). Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry and psychology (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Kroger, W. S. (1980). Hypnotherapy and behavior modification. In G. D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 509–516). Amsterdam: Biomedical Press.
- Kroger, W. S. & DeLee, S. T. (1943). The use of hypnoidal state as an amnesic, analgesic and anaesthetic agent in obstetrics. *American Journal of Obstetrics*, 46, 655–661.
- Kroger, W. S. & DeLee, S. T. (1957). Use of hypnoanaesthesia for cesarean section and hysterectomy. *Journal of the American Medical Association*, 163, 442.
- Kroger, W. S. & Doucé, R. G. (1979). Hypnosis in criminal investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(4), 358–374.
- Kroger, W. S. & Fezler, W. (1976). Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning. Philadelphia: Lippincott.
- Kroger, W. S. & Freed, S. C. (1951). *Psychosomatic Gynecology: Including problems of obstetrical care*. Philadelphia: Saunders.
- Krol, A. J. (1963). A new approach to the gagging problem. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 29, 611–616.
- Kröner-Herwig, B. (1997). *Psychologische Behandlung des chronischen Tinnitus*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Krop, H., Calhoun, B. & Verrier, R. (1971). Modification of the »self-concept« of emotionally disturbed children by covert reinforcement. *Behavior Therapy*, 2, 201–204.
- Kropotov, J. D., Crawford, H. J. & Polyakov, Y. I. (1997). Somatosensory event-related potential changes to painful stimuli during hypnotic analgesia: Anterior cingulate cortex and anterior temporal cortex intracranial recordings. *International Journal of Psychophysiology*, 27(1), 1–8.
- Krueger, R. G. (1931). The influence of repetition and disuse upon rate of hypnotization. *Journal of Experimental Psychology*, 14, 260–269.
- Kruse, P. (1987a). Some suggestions about suggestion: A radical constructive view. Paper, read on 8.7.1987, First International Symposium on Suggestion and Suggestibility, Gießen.
- Kruse, P. (1987b). Hypnose und Suggestion aus radikal konstruktivistischer Sicht. Vortrag, gehalten am 17.10.1987; 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose, Bad Lippspringe.
- Kruse, P. (1989). Some suggestions about suggestion and hypnosis: A radical constructivist view. In V. A. Gheorghiu, P. Netter, H. J. Eysenck & R. Rosenthal (Eds.), *Suggestion and suggestibility: Theory and research* (pp. 91–98). Berlin: Springer.
- Kruse, P. (1991). Individuelle Wirklichkeitskonstruktion und Krankheitsverlauf bei AIDS: Möglichkeiten (hypno)therapeutischer Unterstützung. Vortrag, gehalten auf der 13. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose, Bad Lippspringe.
- Kruse, P. & Gheorghiu, V. A. (1990). Self-organization theory and radical constructivism: A new concept for understanding hypnosis, suggestion and suggestibility. Paper presented at the Fifth European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, Konstanz.
- Kruse, P. & Gheorghiu, V. A. (1992). Self-organization theory and radical constructivism: A new concept for understanding hypnosis, suggestion, and suggestibility. In W. Bongartz (Hrsg.), *Hypnosis: 175 year after Mesmer*. Konstanz: Universitäts-Verlag.
- Kruse, P. & Gheorghiu, V. A. (1989). Suggestion, Hypnose, die Kategorie des Unbewußten und das Phänomen der Dissoziation: Ordnungsbildung in kognitiven Systemen. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 49–61.
- Kruse, P. & Stadler, M. (1990). Stability and instability in cognitive systems: Multistability suggestion and psychosomatic interaction. In H. Haken & M. Stadler (Eds.), *Synergetics of Cognition* (pp. 201–215). Berlin: Springer.
- Kruse, P., Stadler, M., Pavelkovic, B. & Gheorghiu, V. A. (1992). Instability and cognitive order formation: Self-organization principles, psychological experiments, and psychotherapeutive interventions. In G. Schiepek, W. Tschacher, E. J. Brunner & H. Haken (Eds.), *Self-Organization and clinical Psychology* (102–117). Berlin: Springer.
- Kruse, P., Roth, M. & Stadler, M. (1987). Ordnungsbildung und psychophysische Feldtheorie. In: *Gestalt Theory*, 9, 150–167.
- Krutiak, H. (2007). Reise zum Ort der Gesundheit. *Kommunikation & Seminar*, 16(5), 32–35.
- Kubiak, R. V. (1983). Hypnosis: Anesthetic agent in major surgery: A case report. *Medical Hypnoanalysis*, 4(1), 46–48.
- Kuhr, A. (1991). *Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Stotterns. Ein multimodaler Ansatz*. Berlin: Springer.
- Kukla, A. A. (1972). Foundations of an attributional theory of performance. *Psychological Review*, 79(6), 454–470.
- Kunzelmann, K. H. & Dünninger, P. (1987). Kann man Funktionsstörungen mit hypnosuggestiver Therapie behandeln? *Zahnärztliche Mitteilungen*, 77(18), 1991–1995.
- Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5/6 2007, 736–743.
- Kurtz, R. M. & Strube, J. M. (2003). Hypnosis, attention, and time cognition. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 400–413.
- Kuttner, L. (1988). Favorite stories: A hypnotic pain-reduction technique for children in acute pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(4), 289–195.
- Kutz, I., Garb, R. & David, D. (1988). Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry*, 10(3), 169–176.

- Kuyk, J., Spinhoven, P. & van Dyck, R. (1999). Hypnotic recall: A positive criterion in the differential diagnosis between epileptic and pseudoepileptic seizures. *Epilepsia*, 40(4), 485–491.
- Kuyk, J., van Dyck, R. & Spinhoven, P. (1996). The case of a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 184(8), 468–474.
- Kwekkeboom, K. L. & Gretasdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), 269–277.
- Kyrenskaya, A. V., Novototsky-Vlasov, V. Y. & Zwonikov, V. M. (2011). Waking EEG spectral power and coherence differences between high and low hypnotizable subjects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 441–453.
- LaBaw, W. (1975). Auto-hypnosis in hemophilia. *Hematologia*, 9, 103–110.
- LaBaw, W. (1992). The use of hypnosis with hemophilia. *Psychiatric Medicine*, 10(4), 89–98.
- LaBaw, W., Christopher, K. L., LaBaw, J. L., McCarthy, D. & Carlson, B. (1988). Hypnotic control of vocal cord dysfunction simulating asthma. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag
- Labelle, L., Laurence, J. R., Nadon, R. & Perry, C. (1990). Hypnotizability, preference for an imagic cognitive style, and memory creation in hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 222–228.
- Lachnit, H. & Kuhmann, W. (1986). Über den Einfluß von Erwartungen auf das Verhalten in Leistungssituationen. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 33(3), 447–457.
- Lafferson, A. (2006). Death by hypnosis: An 1894 Hungarian case and its European reverberation. *Endeavour*, 30(2), 65–70.
- Laguait, J. K. (1976). The use of hypnosis with children with deviant voices. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(2), 98–104.
- Laidlaw, T. M. (1993). Hypnosis and attention deficits after closed head injuries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(2), 97–111.
- Laidlaw, T. M. & Willett, M. J. (2002). Self-hypnosis tapes for anxious cancer patients: An evaluation using personalised emotional index (PIA) diary data. *Contemporary Hypnosis*, 19(1), 25–33.
- Laidlaw, T. M., Booth, R. J. & Large, R. G. (1996). Reduction in skin reactions to histamine after a hypnotic procedure. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 242–248.
- Lakin, J. L., Jefferis, V. E., Cheng, M. & Chatrand, T. L. (2003). The chameleon effect a social glue: Evidence for the evolutionary significance of nonconscious mimicry. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27, 145–162.
- Lamaze, F. (1958). Painless childbirth. London: Burke.
- Lamb, C. S. (1982). Negative hypnotic imagery/fantasy: Application to two cases of »unfinished business«. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(4), 266–271.
- Lambert, S. A. (1996). The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17(5), 307–310.
- Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 5–19.
- Lang, E. V. & Rosen, M. P. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. *Radiology*, 222(2), 375–382.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., Berbaum, K. S., Logan, H. & Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet*, 355(9214), 1486–1490.
- Lang, E. V., Berbaum, K. S., Faintuch, S., Hatsiopolou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M. L., Laser, E. & Baum, J. (2006a). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(1–3), 155–164.
- Lang, E. V., Berbaum, K. S., Faintuch, S., Hatsiopolou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M. L., Laser, E., Baum, J. (2006b). Adjunctive self-hypnosis relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(1–3), 3–4.
- Lang, E. V., Joyce, J. S., Spiegel, D., Hamilton & Kelvin, K. L. (1996). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(2), 106–119.
- Lang, P. J. (1971). A bio-informational theory of emotional imagery: Fear and anxiety. In A. H. Thuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and anxiety disorders*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495–512.
- Lang, P. J. (1993). The network model of emotion: Motivational connections. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Perspectives on anger and emotion; Advances in social cognition* (Vol. 6). Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum.
- Lang, P. J. & Cuthbert, B. N. (1984). Affective information processing and the assessment of anxiety. *Journal of Behavior assessment*, 6(4), 369–395.
- Lange, H. W. & Hermann-Lingen, C. (2007). Depressive symptoms predict recurrence of atrial fibrillation after cardioversion. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(5), 509–513.
- Langen, D. (1961). *Die gestufte Aktivhypnose*. Stuttgart: Thieme.
- Langen, D. (1972). *Kompodium der medizinischen Hypnose*. Basel: S. Karger.
- Langenfeld, M. C. (2000). The effects of hypnosis on pain-control with people living with HIV-AIDS. *Dis. Abstr.*, B, 60(11-B), 5780.
- Langenfeld, M. C., Cipani, E. & Borckardt, J. J. (2003). Hypnosis for control of HIV/AIDS-related pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(2), 170–188.
- Langewitz, W., Izakovic, J., Wyler, J., Schindler, C., Kiss, A. & Bircher, A. J. (2005). Effects of self-hypnosis on hay fever symptoms – a randomised controlled intervention study. *Psychotherapie und Psychosomatik*, 74(3), 165–172.
- Langs, G. & Schneider, C. (2009). *Therapie des chronisch-komplexen Tinnitus. Der integrativ-verhaltensmedizinische Ansatz*. *Psycho-praxis*, 12(5), 21–26.
- Lankton, C. H. (1985). Generative Veränderung: Über die bloße Symptombesserung hinaus. *Hypnose und Kognition*, 2(1), 42–67.
- Lankton, S. R. (1985). Klientenspezifische Formulierung therapeutischer Metaphern oder: Für jeden Klienten die richtige Story. *Hypnose und Kognition*, 2(1), 87–93.
- Lankton, S. R. (2005). Early signs of a paradigm shift? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2–3), 85–86.
- Lankton, S. R. & Lankton, C. H. (1986). *Enchantment and intervention in family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lankton, S. R. & Lankton, G. H. (1983). *The answer within. A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lanyon, R. I. & Giddings, J. W. (1974). Psychological approaches to myopia: A review. *American Journal of Optometry and Physiological Optics*, 51, 271–281.
- Larbig, W. (2002). Kortikale Korrelate der Schmerz Wahrnehmung. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 79–92.
- Larbig, W. (2003). Kortikale Korrelate akuter und chronischer extremer Schmerzzustände: Untersuchungen religiöser Schmerzrituale und Laborexperimente bei Phantomschmerzen. In: Klosinski (Hrsg.), *Grenz- und Extremerfahrungen im interdisziplinären Dialog*. (S. 225–238). Tübingen: Attempo.
- Larkin, D. M. (2007). Ericksonian hypnosis in chronic care support groups: A Roberian exploration of power and self-defined health-promoting goals. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 357–369.

- Lasagna, L., Laties, V. G. & Dohan, L. J. (1958). Further studies on the »pharmacology« of placebo administration. *Journal of Clinical Investigations*, 37, 533–541.
- Lau, H.-C. & Passingham, R. E. (2006). Relative blindsight in normal observers and the neural correlate of visual consciousness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(49), 18763–18768.
- Laurence, J. R. & Labelle, I. (1989). Positive and negative transient experiences in hypnosis. Paper presented at the 97th Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans, LA:
- Laurence, J. R. & Nadon, R. (1986). Reports of hypnotic depth: Are they more than mere words? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(3), 215–233.
- Laurence, J. R. & Perry, C. (1981). The »hidden observer« phenomenon in hypnosis: Some additional findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 334–344.
- Laurence, J. R. & Perry, C. (1983). Forensic hypnosis in the late nineteenth century. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(4), 266–283.
- Laurence, J. R. & Perry, C. (1988). *Hypnosis, will and memory*. New York: Guilford.
- Laurence, J. R., Nadon, R., Nogrady, H. & Perry, C. (1986). Duality, dissociation, and memory creation in highly hypnotizable subjects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(4), 295–310.
- Laurence, J. R., Perry, C. & Kihlström, J. (1983). »Hidden observer« phenomenon in hypnosis: An experimental creation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 163–169.
- Laures, J. & Shisler, R. (2004). Complementary and alternative medical approaches to treating adult neurogenic communication disorders: A review. *Disabilities Research*, 26(6), 315–325.
- Laurinaitis, E. (1991). The use of hypnosis in the cardiac surgery department a report. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 17(3), 118–120.
- Lauterbach, W. & Zorbach, M. (1989). Exzessives Daumenlutschen: Auslöser und Funktion, Rolle von Stress und Persönlichkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 21(3), 248–261.
- Lavertue, 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), 1–23.
- Lavie, P. (2007). Insomnia and sleep-disorder breathing. *Sleep Medicine*, 8(4), 21–25.
- Lavoie, G. & Sabourin, M. (1980). Hypnosis and schizophrenia: A review of experimental and clinical studies. In G. D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 377–420). Amsterdam: Elsevier.
- Lavoie, G. (1978). *Hypnose et psychoanalyse*. Paper presented at the Psychoanalytic Laboratory of Professor Jean Laplanche, Université de Paris.
- Lavoie, G., Liebermann, J., Sabourin, M. & Brisson, A. (1978). Individual and group assessment of hypnotic responsivity in coerced volunteer chronic schizophrenics. In F. H. Frankel & H. S. Zaman (Eds.), *Hypnosis at its bicentennial: Selected papers* (pp. 109–124). New York: Plenum Press.
- Lavoie, G., Sabourin, M. & Langlois, L. (1973). Hypnotic susceptibility, amnesia, and IQ in chronic schizophrenia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 157–168.
- LaVorgna-Smith, M. C. (1996). *Hypnotherapy/meditation and mind/body healing: A phenomenological study of women with osteoporosis*. Diss. Abstr. Internat. B, 57(5-B), 3166.
- Lawlor, E. D. (1976). Hypnotic intervention with »school phobic« children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(2), 74–86.
- Laws, D. R. (1980). Treatment of bisexual pedophilia by a biofeedback-assisted self-control program. *Behavior Research and Therapy*, 18, 207–211.
- Lazar, B. S. (1977). Hypnotic imagery as a tool in working with a cerebral palsied child. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25(1), 78–87.
- Lazar, B. S., & Dempster, C. R. (1981). Failures in hypnosis and hypnotherapy: A review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(1), 48–54.
- Lazar, B. S. & Dempster, C. R. (1984). Operator variables in successful hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(1), 28–40.
- Lazar, B. S. & Jediczka, Z. T. (1979). Utilization of manipulative behavior in a retarded asthmatic child. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21(4), 287–292.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1973). »Hypnosis« as a facilitator in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 25–31.
- Lazarus, A. A. (1978). *Verhaltenstherapie im Übergang*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Lazarus, A. A. (1980). *Innenbilder: Imagination in der Therapie als Selbsthilfe*. München: Pfeiffer.
- Lazarus, A. A. (1998). The utility and futility of combining treatments in psychotherapy. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(4), 204–212.
- Lazarus, A. A. & Amramovitz, A. (1962). The use of »emotive imagery« in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191–195.
- Lazarus, A. A. & Beutler, L. E. (1993). On technical eclecticism. *Journal of Counseling and Development*, 71, 381.
- Lazarus, R. S. (1981). *Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma*. In S. H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (pp. 198–232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Le Doux, J. (2001). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: dtv.
- Leary, D. E. (1982). Immanuel Kant and the development of modern psychology. In W. R. Woodward & M. G. Ash. (Eds.), *The problematic sciences: Psychology in the 19th-century thought*. New York: Praeger.
- Leavitt, F. (2001). Iatrogenic recovered memories: Examining the empirical evidence. *American Journal of Forensic Psychology*, 19(2), 21–32.
- LeBaron, S. & Fowkes, W. C. (1996). Elders in pain. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide* (pp. 341–365). New York: W.W. Norton & Company.
- LeBaron, S. & Zeltzer, L. K. (1984). The role of psychotherapy in the treatment of children with cancer. *Psychotherapy in Private Practice*, 2(3), 45–49.
- LeCron, L. M. (1953). A method of measuring the depth of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 4–7.
- LeCron, L. M. (1954). A hypnotic technique for uncovering unconscious material. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 76–79.
- LeCron, L. M. (1973, 1982). *Fremdhypnose, Selbsthypnose*. Genf: Ariston.
- LeDoux, J. E. (1992). Emotion as memory: Anatomical systems underlying indelible memory traces. In S. A. Christianson (Ed.),

- Handbook of emotion and memory (pp. 269–288). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lee, C. Y., Chang, Y. Y. & Huang, S. T. (2008). The clinically related predictors of dental fear in Taiwan children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18(6), 415–422.
- Lee, L. H. & Olness, K. N. (1996). Effects of self-induced mental imagery on autonomic reactivity in children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17(5), 323–327.
- Lehmann, H. C., Hartung, H. P. & Kieseier, B. C. (2004). Jean Martin Charcot im Spiegel der deutschen Nervenheilkunde. *Nervenarzt*, 75(2), 187–192.
- Lehr, D. (1995). Neue Hypnotherapie als kurzzeittherapeutischer Ansatz in Rehakliniken. In: E. Bürkstümmer, J. Burmeister, G. Winkler & K. Würthner (Hrsg.), *Psychotherapie in Rehabilitationseinrichtungen*. Beiträge der 13. Psychologischen Arbeitstagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in Rehabilitationseinrichtungen (S. 57–66). Regensburg: Roderer.
- Lehr, D. (1996). Hypnotherapie mit Herzpatienten. Erprobung eines psychotherapeutischen Ansatzes in der kardiologischen Rehabilitation. Regensburg: Roderer.
- Leiberich, P., Klahr, M., Olbrich, E., Sprinkhart, P., Müller, M., Reiser, J., Gerl, W., Fürsich, K., Schreiner, M., Schumacher, K., Brockhaus, W. & Kalden, J. R. (1995). CD4-Positive Lymphozyten und CD4/CD8-Ratio bei HIV-positiven unter copingorientierter Hypnotherapie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 11(1+2), 49–76.
- Lenk, W. (1990). Behandlung von Sprachproblemen eines bilingualen Griechen. *Hypnose und Kognition*, 7(2), 34–42.
- Lerch, H.-J. (1984). Der Zeitbegriff im Denken des Kindes. Ein empirischer Beitrag zum Aufbau kognitiver Konzepte auf der Basis der Versuchsergebnisse Piagets. *Pädagogische Anstöße*, Band 2. München: Angerer
- Leserman, J., Jackson, E. D., Petitto, J. M., Golden, R. N., Silva, S. G., Perkins, D. O., Cai, J., Folds, J. D. & Evans, D. L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61, 397–406.
- LeShan, L. (1977). *Psychotherapie gegen den Krebs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Leskowitz, E. D. (2000). *Transpersonal hypnosis: Gateway to body, mind and spirit*. Boca Raton, FL: CRC-Press.
- Leuba, C. & Dunlap, R. (1951). Conditioning imagery. *Journal of Experimental Psychology*, 41, 352–355.
- Leuner, H. (1981). *Katathymes Bilderleben. Grundstufe*. Stuttgart: Thieme.
- Levin, R., Heresco-Levy, R., Edelman, S. (2011). Hypnotizability and sensorimotor gating: A dopaminergic mechanism of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 399–405.
- Levine, E. S. (1980). Indirect suggestions through personalized fairy tales for treatment of childhood insomnia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(1), 57–63.
- Levine, L. J., Burgess, S. L. & Laney, C. (2008). Effects of discrete emotions on young children's suggestibility. *Developmental Psychology*, 44(3), 681–694.
- Levinson, B. W. (1967). States of awareness during general anaesthesia. In J. Lassner (Eds.), *Hypnosis and psychosomatic medicine*. New York: Springer.
- Levitin, A. A. (1985). Hypnotic death rehearsal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(4), 21–12–15.
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Finger, M. & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85(5), 1404–1408.
- Levitt, E. E. & Baker, E. L. (1983). The hypnotic relationship – another look at coercion. compliance and resistance: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(3), 125–131.
- Levitt, E. E. & Brady, J. P. (1964). Muscular endurance under hypnosis and in the motivated aching state. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12, 21–27.
- Levitt, E. E. & Hersman, S. (1963). The clinical practice of hypnosis in the United States. A preliminary survey. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(1), 55–65.
- Levitt, E. E., Baker, E. L. & Fish, R. C. (1990). Some conditions of compliance and resistance among hypnotic subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(4), 225–236 (discussion 237–249).
- Lew, M. W., Kravits, K., Garberoglio, C. & Williams, A. C. (2011). Use of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia-related side effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(4), 406–423.
- Lewenstein, L. N. (1978). Hypnosis as an anesthetic in pediatric ophthalmology. *Anesthesiology*, 49, 144–145.
- Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 281–284). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lichtenberg, P., Bachner-Melman, R., Ebstein, R. P. & Crawford, H. J. (2004). Hypnotic susceptibility: Multidimensional relationship with Cloninger's tridimensional personality questionnaire, COMT polymorphism, absorption, and attentional characteristics. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 47–72.
- Lichtenberg, P., Even-Or, E., Bar, G., Levin, R., Brin, A. & Heresco-Levy, U. (2008). Reduced prepulse inhibition is associated with increased hypnotizability. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(4), 541–545.
- Liébeault, A. (1866). *Du sommeil et des états analogues, consideres surtout au point de vue du moral sur le physique*. Paris: Masson.
- Liébeault, A. A. (1889). *Le sommeil provoque et les états analogues*. Paris: Doin.
- Lieberman, J., Lavoie, G., & Brisson, A. (1978). Suggested amnesia and order of recall as a function of hypnotic susceptibility and learning conditions in chronic schizophrenic patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26(4), 268–280.
- Liebhart, E. H. (1975). Dissonanz, Attribution und Zuschreibung von Verantwortlichkeit. Ein Diskussionsbeitrag. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 6, 80–87.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Liggett, D. R. (2000). Enhancing imagery through hypnosis: A performance aid for athletes. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(2), 149–157.
- Liggett, D. R. (2004). *Sporthyypnose. Eine neue Stufe des mentalen Trainings*. Heidelberg: Auer.
- Liggett, D. R. & Hamada, S. (1993). Enhancing the visualization of gymnasts. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(3), 190–197.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Lindner, H. (1956). *Hypnoanalysis: Methods and techniques*. In R. M. Dorcus (Eds.), *Hypnosis and its therapeutic applications*. New York: McGraw-Hill.
- Lindsay, D. S., Hagne, L., Read, J. D., Wade, K. A. & Garry, M. (2004). True photographs and false memories. *Psychological Science*, 15, 149–154.
- Lindsay, D. S. & Johnson, M. K. (1987). Reality monitoring and suggestibility: Children's ability to discriminate among memories from different sources. In S. J. Ceci, J. Toglia & D. F. Ross (Eds.), *Children's eyewitness memory* (pp. 92–121). New York: Springer-Verlag.

- Lindsay, D. S. & Read, J. D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 8, 281–338.
- Lindsey, S. & Jackson, C. (1993). Fear of routine dental treatment in adults: Its nature and management. *Psychology and Health*, 8, 135.
- Lindsley, O. R. (1992). Precision teaching: Discovery and effects. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 51–58.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linssen, A.C. (1987). Research on treatment of chronic pain using hypnosis. Vortrag, gehalten am 15.10.1987, 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose. Bad Lippspringe.
- Liossi, C. (2002). The place of clinical hypnosis in the pediatric oncology setting. *Hypnos, Journal Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 29(3), 101–111.
- Liossi, 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(2), 104–116.
- Liossi, C. & Hatira, P. (2003). Clinical hypnosis in the alleviation of procedure-related pain in pediatric oncology patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 4–28.
- Liossi, C. & White, P. (2001). Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill patients. *Contemporary Hypnosis*, 18(3), 145–160.
- Liossi, C., White, P. & Hatira, P. (2006). Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health and Psychology*, 25(3), 307–315.
- Lippincott, B. M. (2001). *Owls and larks in hypnosis: An experimental assessment of the ultradian theory of therapeutic suggestion*. Dissertation Abstracts International; Section B, Vol 62, (1-B), 554.
- Livnay, S. (1996). Is hypnosis full of hot air? The utilizing of a Hot Air Balloon Imaginal Technique H.A.B.I.T. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 23(3), 137–142.
- Lobe, T. E. (2006). Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nus procedure for pectus excavatum. *Journal of Laparoscopic & Advanced Surgery Techniques A*, 18(8), 639–642.
- Locke, S. E. & Heisel, J. S. (1977). The influence of stress and emotions on the human immune response. *Biofeedback and Selfregulation*, 22, 320.
- Loeriedo, C., Di Leone, F. G. & Zullo, D. (2011). Integrating ericksonian hypnosis and systemic couple therapy in the treatment of conversion disorders. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(3), 204–223.
- Loewenfeld, L. (1901). *Der Hypnotismus*. Wiesbaden: Bergmann.
- Loftus, E. F. (1979). *Eye witness testimony*. London: Harvard University Press.
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518–537.
- Loftus, E. F. (2000). Remembering what never happened. In E. Tulvin (Ed.), *Memory, consciousness, and the brain: The Tallin Conference*. (pp. 106–118). Philadelphia PA: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Loftus, E. F. & Davis, D. (2006). Recovered memory. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 469–498.
- Loftus, E. F. & Palmer, J. C. (1974). Reconstruction of automobile destruction: An example of the interaction between language and memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 13, 585–589.
- Loftus, E. F., Garry, M., Brown, S. W. & Rader, M. (1994). Hypnosis and pseudomemories, past-life memories and other memory myths. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 176–179.
- Loftus, E. F. & Zanni, G. (1975). Eyewitness testimony: The influence of the wording of a question. *Bulletin of Psychosomatic and Sociology*, 5, 86–88.
- Lohmann, H. (1987). *Wirkung eines Entspannungsverfahrens unter Berücksichtigung ausgewählter Persönlichkeitsfaktoren*. Diplom-Arbeit, Universität Giessen, Psychol. Institut.
- Lokshin, B., Lindgren, S., Weinberger, M. & Koviach, J. (1991). Outcome of habit cough in children treated with brief suggestion therapy. *Annals of Allergy*, 67, 579–582.
- London, P. (1963). *The Children's Hypnotic Susceptibility Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- London, P. (1965). Developmental experiments in hypnosis. *Journal of Projective techniques and Personality Assessment*, 29, 189–199.
- London, P. & Cooper, L. M. (1969). Norms of hypnotic susceptibility in children. *Developmental Psychology*, 1, 113–124.
- London, P. & Cooper, L. M. (1971). The development of hypnotic susceptibility: A longitudinal (convergence) study. *Developmental Psychology*, 42, 487–503.
- London, P. & Fuhrer, M. (1961). Hypnosis, motivation, and performance. *Journal of Personality*, 29, 321–333.
- London, P., Hart, J. & Leibovitz, M. (1968). EEG alpha rhythms and hypnotic susceptibility. *Nature*, 219, 71–72.
- Lonk, A. F. (1947). *A manual of hypnotism and psychotherapeutics* (Rev. 3rd ed.). Palatine, Ill.: Author.
- Lopez, C. A. & Herbert, E. W. (1975). *The private Franklin: The man and his family*. New York: Norton.
- Lorber, W., Mazzoni, G., Kirsch, I. (2007). Illness by suggestion: Expectancy, modeling, and gender in the production of psychosomatic symptoms. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 112–116.
- Lorenz, K. (1943). Die angeborenen Formen möglicher Erfahrungen. *Zeitschrift für Tierpsychologie*, 5, 235–409.
- Loriedo, C. & Torti, C. (2010). Systemic hypnosis with depressed individuals and their families. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 222–246.
- Loth, N. & Kahan, M. (1986). Tonsillektomie (Rachenmandeloperation) unter Hypnose. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 2(2), 125–128.
- Louganis, G. & Marcus, E. (1995). *Breaking the surface*. New York: Random House.
- Low, C. B. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder: Dissociation and adaption (a theoretical presentation and case study). *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(3), 253–261.
- Löwe-Rosenberg, E. W. (1989). *Die Strafprozeßordnung und das Gerichtsverfassungsgesetz. Großkommentar* (24. Aufl.). Berlin W. deGruyter.
- Löwe-Rosenberg, E. W., Dünnebie, H., Geier, F.W., Jagusch, H., Kohlhaas, Saistedt, W. & Schäfer, K. (Hrsg.) (1963). *Die Strafprozeßordnung und das Gerichtsverfassungsgesetz mit Nebengesetzen. Großkommentar*. Berlin: deGruyter.
- Lu, D. P. & Lu, G. P. (1996). Hypnosis and pharmacological sedation for medically compromised patients. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 17(1), 38–40.
- Lu, D. P., Lu, G. P. & Kleinman, L. (2001). Acupuncture and clinical hypnosis for facial and head and neck pain: A single crossover comparison. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 141–148.
- Lucas, O. N. & Tocantins, L. M. (1964). Problems in haemostasis in haemophiliacs undergoing dental extraction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 115, 470–480, 158, 163.
- Ludwig, A. M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(2), 93–99.

- Ludwig, P. L. (2000). Suggestion als sich selbst erfüllende Prophezeiung. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 16(1), 17–33.
- Luka-Krausgrill, U. (1998). Kognitive Verhaltenstherapie bei Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S. 477–516). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lumsden, A. (1999). Treatment of PTSD utilizing CBT and hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(2), 150–157.
- Luparello, T., Lyons, H. A., Becker, E. R. & McFadden, E. R. jr. (1968). Influences of suggestion on airway reactivity in asthmatic subjects. *Psychosomatic Medicine*, 30, 819–825.
- Lupica, V. P. (1976). Hypnosis therapy for ciliary spasm. *Journal of the American Optometric Association*, 47(1), 102.
- Luthe, W. (1969). *Autogenic therapy*. Vol. IV. New York: Grune and Stratton.
- Luthe, W. & Schulz, J. H. (1969). Medical applications. Vol. 2., In W. Luthe (Ed.), *Autogenic therapy*. New York: Grune & Stratton.
- Lutz, R. & Windheuser, J. (1974). Therapiebegleitende Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (196–218). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lyman, B., Bernardi, S. & Thomas, S. (1980). Frequency of imagery in emotional experience. *Perceptual and Motor Skills*, 50, 1159–1162.
- Lynch, D. F. (1999). Empowering the patient: Hypnosis in the management of cancer, surgical disease and chronic pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(2), 122–130.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported adjunctive technique: The state of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 239–259.
- Lynn, S. J. (2001). Hypnosis, the hidden observer, and not-so-hidden consent. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 291–292.
- Lynn, S. J., Barnes, S., Deming, A. & Accardi, M. (2010). Hypnosis, rumination, and depression: Catalyzing attention and mindfulness-based treatments. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 202–221.
- Lynn, S. J., Boycecheva, E. & Barnes, S. (2008). To assess or not assess suggestibility? That is the question. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 151–165.
- Lynn, S. J. & Cardena, E. (2007). Hypnosis in the treatment of posttraumatic conditions: An evidence-based approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 167–188.
- Lynn, S. J. & Fite, R. (1998). Will the false memory debate increase acceptance of the sociocognitive model of hypnosis? *Contemporary Hypnosis*, 15(3), 171–174.
- Lynn, S. J. & Green, J. P. (2011). The sociocognitive and dissociation theories of hypnosis: Toward a rapprochement. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 277–293.
- Lynn, S. J. & Kirsch, I. (1996). Alleged alien abductions: False memories, hypnosis, and fantasy proneness. *Psychological Inquiry*, 7, 151–155.
- Lynn, S. J. & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Kirsch, I. & Hallquist, M. (2008). Social cognitive theories of hypnosis. In M. R. Nash & A. J. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis* (pp. 111–140). New York: Oxford University Press.
- Lynn, S. J., Kirsch, I. & Rhue, J. W. (1996). *Casebook of clinical hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Lama Surya, Hallquist, M. N. & Williams, J. C. (2006). Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 143–166.
- Lynn, S. J. & Lilienfeld, S. (2002). A critique of the Franklin Commission Report: Hypnosis, belief, and suggestion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 369–386.
- Lynn, S. J., Lock, T. G., Myers, B. & Payne, D. G. (1997). Recalling the unrecallable: Should hypnosis be used to recover memories in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 79–83.
- Lynn, S. J., Martin, D. & Frauman, D. C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? A Master Class Commentary. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(1), 7–19.
- Lynn, S. J. & McConkey, K. M. (1998). *Truth in memory*. New York: Guilford.
- Lynn, S. J., Myer, E. & Mackillop, J. (2000). The systematic study of negative post-hypnotic effects: Research hypnosis, clinical hypnosis and stage hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 127–131.
- Lynn, S. J., Myers, B. & Maliniski, P. T. (1997). Hypnosis, pseudomemories, and clinical guidelines: A socialcognitive perspective. In J. D. Read & D. S. Lindsay (Eds.), *Recollection of trauma: Scientific studies and clinical practice* (pp. 305–336). New York: Plenum Press.
- Lynn, S. J., Nash, M. R., Rhue, J., Frauman, D. C. & Sweeney, C. (1984). Nonvolition, expectancies, and hypnotic rapport. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (3), 295–303.
- Lynn, S. J., Neufeld, V. & Maré, C. (1993). Direct versus indirect suggestions: A conceptual and methodological review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 124–152.
- Lynn, S. J., Neufeld, V. & Matyi, C. L. (1987). Inductions versus suggestions: Effects of direct and indirect wording on hypnotic responding and experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 76–79.
- Lynn, S. J., Neufeld, V., Rhue, J. W. & Matorin, A. (1993). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. In J. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555–585). Washington DC: American Psychological Association.
- Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist*, 43, 34–44.
- Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (1991). An integrative model of hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 397–438). New York: The Guilford Press.
- Lynn, S. J., Rhue, J. W. & Weekes, J. R. (1990). Hypnotic involuntariness: A social-cognitive analysis. *Psychological Review*, 97, 169–184.
- Lynn, S. J. & Rhue, J. W. (Eds.) (1991). *Theories of hypnosis. Current models and perspectives*. New York: The Guilford Press.
- Lynn, S. J., Shindler, K. & Meyer, E. (2003). Hypnotic suggestibility, psychopathology, and treatment outcome. *Sleep and Hypnosis*, 3, 2–12.
- Lynn, S. J., Snodgrass, M., Rhue, J. W., Nash, M. R. & Fraumann, D. C. (1987). Attributions, involuntariness, and hypnotic rapport. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(1), 36–43.
- Lynn, S. J., Weekes, J. R., Matyi, C. L. & Neufeld, V. (1988). Direct versus indirect suggestions, archaic involvement, and hypnotic experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 296–301.
- Lynn, S. J., Weekes, J. R., Neufeld, V., Zivney, O., Brentar, J. & Weiss, F. (1991). Hypnotizability and interpersonal climate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 739–743.
- Lynn, S. R., Weekles, J. R. & Milano, M. J. (1989). Reality versus suggestion: Pseudomemory in hypnotizable and simulating subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 137–144.

- Lytie, R. A. & Lundy, R. M. (1988). Hypnosis and the recall of visually presented material: A failure to replicate Stager and Lundy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(4), 327–335.
- Macalpine, I. (1954). A critical evaluation of psychosomatic medicine in relation to dermatology. In R. M. McKenna (Hrsg.), *Modern trends in dermatology*. London: Butterworth.
- MacCallum, F., McConkey, K. M., Bryant, R. A. & Barnier, A. J. (2000). Specific autobiographical memory following hypnotically induced mood state. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(4), 361–373.
- MacFarlane, F. K. & Duckworth, M. (1990). The use of hypnosis in speech therapy: A questionnaire study. *British Journal of Disorders of Communication*, 25(2), 227–246.
- MacHovec, F. (1987). Hypnosis complications: Six cases. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 160–165.
- MacHovec, F. (1988). Hypnosis complications, risk factors, and prevention. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 40–49.
- MacHovec, F. (1991). Komplikationen bei der Hypnose: Das Risiko verringern. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 21–29.
- MacHovec, F. J. & Oster, M. I. (1999). In the best of families: Understanding hypnosis complications in graduate and post-graduate training experiences. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(1), 3–8.
- Maciocia, G. (1994). *The practice of Chinese medicine*. New York: Churchill Livingstone.
- Mack, A. & Rock, I. (1998). *Inattentional Blindness* (Cambridge, MA: MIT Press)
- Mackey, E. F. (2010). Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: A randomized, blind, controlled study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 21–38.
- MacKillop, J., Lynn, J. S. & Meyer, E. (2004). The impact of stage hypnosis on audience members and participants. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 313–329.
- MacKinzie, J. N. (1886). The production of so-called »rosecold« by means of an artificial rose, with remarks and historical notes. *American Journal of Medical Science*, 91, 45–47.
- Mackowiak, K. & Trudewind, C. (2001). Die Bedeutung von Neugier und Angst für die kognitive Entwicklung. *Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik*. www.familienhandbuch.de [21. 06. 2012].
- MacLeod-Morgan, C. (1982). Hemispheric specificity and hypnotizability: An overview of ongoing EEG research in South Australia. In D. Waxman, P. Misra, M. Gibson & M. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis*. New York: Plenum Press.
- Madrid, A. (2005). Helping children with asthma to repairing maternal-infant bonding problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2), 199–211.
- Madrid, A., Rostel, G., Pennington, D., Murphy, D. (1995). Subjective assessment of allergy relief following group hypnosis and self hypnosis: A preliminary study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(2), 80–86.
- Mahabharata (1978). *Indiens großes Epos*. (Sanskrit übers., u. zusammengefaßt von B. Roy) Düsseldorf: Diederichs.
- Maher-Loughnan, G. P. (1979). Hypnosis and autohypnosis in the treatment of asthma. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 114.
- Mahoney, M. J. & Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (2. ed.). New York: J. Wiley.
- Maier, J. (1999). Suggestibilität und falsche Erinnerung bei Opfern des sexuellen Kindesmissbrauches. Eine Fallstudie zu den Flachsen-
- landen-Prozessen in Ansbach. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 15(1), 79–88.
- Maier, S. R., Drugan, R., Grau, J., et al. (1982). Learned helplessness, pain inhibition and the endogenous opiates. In M. D. Zeiler & P. Harzem (Ed.), *Advances in analysis of behaviour* (pp. 275–323). Vol. 2. New York: Wiley.
- Mainzer, V. T. & Rist, F. (1983). Verhaltenstherapie des Nägelkauens. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 15(2), 192–197.
- Majolino, A. (1982). Preparazione di gruppo al parto in autoipnosi. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 23(12), 71–74.
- Maletzki, B. M. (1974). Assisted covert sensitization in the treatment of exhibitionism. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 42, 34–40.
- Maletzki, B. M. (1977). Booster sessions in aversion therapy. *Behavior Therapy*, 8, 460–463.
- Malinoski, P. T. & Lynn, S. J. (1999). The plasticity of early memory reports: Social pressure, hypnotizability, and interrogative suggestibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(4), 320–345.
- Mallard, D. & Bryant, R. A. (2001). Hypnotic color blindness and performance on the Stroop Test. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(4), 330–338.
- Mallard, D., Bryant, R. A. (2006). Hypnotic conflict: A brief report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 292–302.
- Malmö, C. & Laidlaw, T. A. (1996). Dissociation in trauma and recovery: Coping and healing strategies used by adult survivors of child sexual abuse. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 23(3), 125–136.
- Malmö, C. (1991). Ego state therapy: A model for overcoming childhood trauma. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(1), 39–44.
- Malon, D. W. & Berardi, D. (1987). Hypnosis with self cutters. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 531–541.
- Malony, H. N. (1983). A theology for hypnosis: A beginning inquiry. *Journal of Psychology and Christianity*, 2(1), 2–11.
- Malott, R. W., Trojan Suarez, E. A. & Mallott, M. E. (2003). *Principles of behavior* (5th Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Malzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971–979.
- Mangan, J. T. (1959). Hypnosis: A medico-moral evaluation. *Linacre Quarterly*, 26, 39.
- Manganiello, A. J. (1984). A comparative study of hypnotherapy and psychotherapy in the treatment of methadone addicts. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(4), 273–279.
- Mangold, E. & Eckstein, A. (1913). Ein Apparat für tierische Hypnose. *Zeitschrift für biologische Technik und Methodik*, 3.
- Maniar, S. D., & Curry, L. A., Sommers-Flanagan, J. & Walsh, J. A. (2001): Student athlete performance in seeking help when confronted with sport performance problems. *Sport Psychologist*, 15(2), 205–223.
- Mann, B. J. & Sanders, S. (1995). The effects of light, temperature, trance length, and time of day on hypnotic depth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(3), 43–53.
- Mann, T. (1930). *Mario und der Zauberer*. Berlin Fischer (1983, Erstauf. 1930).
- Marc, I., Rainville, P. & Dodin, S. (2008). Hypnotic induction and therapeutic suggestions in first-trimester pregnancy termination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 214–228.
- Marc, I., Rainville, P., Verreault, R., Vaillancourt, L., Masse, B. & Dodin, S. (2007). The use of hypnoses to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: An open randomized preliminary study. *Contraception*, 75(1), 52–58.

- Marchesan, M. (1980). Autoipnoanalisi e autoipnocatalessi. Un caso femminile complicato. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 21(14), 57–65.
- Marchiore, G., Azzarello, G., Viviani, F., Barbato, F., Pavanetto, M., Rosetti, F., Pappagallo, G. L. & Vinato, O. (2000). Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology*, 59(2), 100–104.
- Marcus, J.D. (1999). An Ericksonian approach to crack cocaine addiction: A single-session intervention. *Contemporary Hypnosis*, 16(2), 95–102.
- Marcus, J., Elkins, G. & Mott, F. (2003). A model of hypnotic interventions for palliative care. *Advances in Mind Body Medicine*, 19(2), 24–27.
- Marcuse, F. L. (1959). *Hypnosis: Facts and fiction*. Baltimore: Penguin.
- Margolis, C. G., Domangue, B. B., Ehleben, C. & Shrier, L. (1983). Hypnosis in the early treatment of burns: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(1), 9–15.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2008a). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2008b). *Verhaltenstherapie 2: Störungen des Erwachsenenalters Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Mari, F., Bonaventura, C., Vanacore, N., Fattouch, J., Vaudano, A. E., Egeao, G. Berardelli, A., Menfredi, M., Prencipe, M. & Giallardo, A. T. (2006). Video-EEG study of psychogenic nonepileptic seizures: Differential characteristics in patients with and without epilepsy. *Epilepsia*, 47 Suppl. 5, 64–67.
- Marikle, P. M. & Skanes, H. E. (1992). Subliminal self-help audiotapes. *Journal of Applied Psychology*, 77, 772–776.
- Marinelli, R., Bindi, R., Marchi, S., Castellani, E., Carli, G. & Santarcangelo, E. L. (2012). Hypnotizability-related differences in written language. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(1), 54–66.
- Mariott, J. (1980). The non-directive state of hypnosis and subsequent dreamwork in resolving a longstanding fear/anxiety state: A case study. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy*, 1 (1), 12–16.
- Markert, F. (2005). Hypnoanalyse – Ein Stiefkind der Psychoanalyse. Methoden und Techniken moderner Hypnotherapie und ihre möglichen Anwendungen in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 21(4), 358–370.
- Marks, N. J., Karl, H. & Onisiphrou, C. (1985). A controlled trial of hypnotherapy in tinnitus. *Clinical Otolaryngology*, 10, 43–46.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44–49.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marmelstein, L. R. & Lynn, S. J. (1999). Normative group, and hypnotic influences on early autobiographical memory reports. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(4), 301–319.
- Maroof, M., Ahmed, S. M., Khan, R. M., Bano, S. J. & Hyque, A. W. (1997). Intra-operative suggestions reduce incidence of post hysterectomy emesis. *Journal of Pakistan Medical Association*, 47(8), 202–204.
- Marquis, K. H., Marshall, J. & Oskamp, S. (1972). Testimony validity as a function of questionform, atmosphere, and item difficulty. *Journal of Applied Social Psychology*, 2, 167–186.
- Marrocco, R. T. & Davidson, M. C. (1998). Neurochemistry of attention. In R. Parasuramen (Ed.), *The attentional brain*. (pp. 35–50). Cambridge, MA: MIT Press.
- Martin, A. A., Schauble, P. G., Rai, S. H. & Curry, R. W. (2001). The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents. *Journal of Family Practice*, 50(5), 441–443.
- Martin, D. J. & Lynn, S. J. (1996). The Hypnotic Simulation Index: Successful discrimination of real versus simulating participants. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 154, 338–353.
- Martin, M. (1991). Zeitprogression und Utilisation bei Raucherentwöhnung. *Hypnose und Kognition*, 8(2), 15–22.
- Martin, P. R. (1982). Spasmodic torticollis: A behavioral perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 249–273.
- Martinez-Taboas, A. (2002). The role of hypnosis in the detection of psychogenic seizures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(1), 11–20.
- Martinez-Tendero, J., Capafons, A. Weber, V. & Cardeña, E. (2001). Rapid Self-hypnosis: A new self-hypnosis method and its comparison with the Hypnotic Induction Profile (HIP). *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1), 3–11.
- Marx, E., Stephan, T., Nolte, A., Deutschländer, A., Seelos, K. C., Dieterich, M. & Brandt T. (2003). Eye closure in darkness animates sensory systems. *Neuroimage*, 19(3), 924–934.
- Masek, P. & Heisenberg, K. (2008). Distinct memories of odor intensity and quality in *Drosophila*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(41), 15985–15990.
- Mason, A. A. (1953). A case of congenital ichthyosiform erythroderma of Brocq treated by hypnosis. *British Medical Journal*, 2, 4–22.
- Mason, A. A. (1955). Ichthyosis and hypnosis. *British Medical Journal*, 2, 57.
- Mason, A. A. & Black, S. (1958). Allergy skin responses abolished under treatment of asthma and hayfever by hypnosis. *The Lancet*, 2, 877–880.
- Mason, J. D., Rogerson, D. R. & Butler, J. D. (1996). Client centred hypnotherapy in the management of tinnitis. Is it better than counselling? *Journal of Laryngology & Otology*, 110(2), 117–120.
- Mass, R., Moll, B., Hölldorfer, M., Wiedemann, K., Richter-Appelt, H., Dahme, B. & Wolf, K. (2008). Effects of the premenstrual syndrome on facial expression of sadness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(3), 293–298.
- Massen, J. M. (Hrsg.) (1986). *Briefe an Wilhelm Fließ*. Frankfurt: S. Fischer.
- Masters, W. H. & Johnson, V. B. (1973). *Impotenz und Anorgasmie*. Frankfurt.
- Mathai, J. (1983). An acute anxiety state in an adolescent precipitated by viewing a horror movie. *Journal of Adolescence*, 6(2), 197–200.
- Matheson, G. & Drever, J. M. (1990). Psychological preparation of the patient for a breast reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, 24(3), 238–247.
- Mathieson, A. (1991). The healing power of dreams. *Hypnos, Swedish Journal in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(2), 85–89.
- Matson, J. L., Helsel, W. J. & LaGrow, S. J. (1983). Training visual efficiency in myopic persons. *Behavior Research and Therapy*, 21(2), 115–118.
- Matthews, M. (2000). Back pain taped. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(2), 94–100.
- Matthews, W. J. (2000). Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: Where are we now? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(4), 418–426.
- Matthews, W. J., Bennett, H., Bean, W. & Gallagher, M. (1985). Indirekt versus direct hypnotic suggestion – an initial investigati-

- on: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(3), 219–223.
- Matthews, W. J. & Isenberg, G. (1992). Hypnotic induction with deaf and hearing subjects: An initial comparison. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(1), 7–11.
- Matthews, W. J. & Isenberg, G. L. (1995). A comparison of the hypnotic experience between signing deaf and hearing participants. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(4), 375–285.
- Matthews, W. J., Kirsch, I. & Mosher, D. (1985). Double hypnotic induction: An initial empirical test. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 92–95.
- Matthews, W. J., Lankton, S. & Lankton, C. (1993). An Ericksonian Model of Hypnotherapy, in *Handbook of Clinical Hypnosis* by Rhue, J. W., Lynn, S. J., & Kirsch, I. (Eds). American Psychological Association, Washington DC.
- Mattson, A. & Agle, D. P. (1979). Psychophysiological aspects of adolescence: Hemolytic disorders. *Adolescent Psychiatry*, 7, 269–280.
- Maturana, H. R. (1974). The organization of living. A theory of the living organization. *International Journal of Man-Machine-Study*, 7, 313–332.
- Maturana, H. R. (1982). *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: F. Vieweg & Söhne.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Boston: Reidel.
- Maudoux, A., Bonnet, S., Lhonneux-Ledoux, F. & Lefebvre, P. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy. B-Ent, Formerly ACTA Otorhinolaryngologica Belgica, 3, Suppl. 7, 75–77.
- Maurer, C., Santangelo, M. & Claiborn, C. D. (1993). The effects of direct versus indirect hypnotic suggestions on pain in a cold-pressor task. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(4), 305–316.
- Maurer, J. (1992). Anwendung hypnotherapeutischer Techniken bei schizophrenen Patienten. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 8(1), 11–21.
- Maurer, M. H., Burnett, K. F., Ouellette, E. A., Ironson, G. H. & Dandes, H. M. (1999). Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: Pain perception, postoperative recovery, and therapeutic comfort. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(2), 144–161.
- Mawsley, J. E., Jenkins, D. G., Macey, M. G., Langmead, L. & Rampton, D. S. (2008). The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis. *American Journal of Gastroenterology*, 103(6), 1460–1469.
- Maylor, E. A., Carter, S. M. & Hallett, E. L. (2002). Preserved olfactory cuing of autobiographical memories in old age. *Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 110, 489–505.
- Mazzoni, G. & Memon, A. (2003). Imagination can create false autobiographical memories. *Psychological Sciences*, 14(2), 186–188.
- Mazzoni, G., Rotriquez, E., Cervalho, C., Vannucci, M., Roberts, K. & Kirsch, I. (2009). Suggested visual hallucinations in and out of hypnosis. *Consciousness and Cognition*, 18, 494–499.
- McNeill, D. & Duncan, S. D. (2000). Growth point of thinking-for-speaking. In D. McNeill (Ed.), *Language and gesture* (pp. 141–161). Cambridge: Cambridge University Press.
- McAmmond, D. M., Davidson, P. O. & Kovitz, P. M. (1971). A comparison of the effects of hypnosis and relaxation training on stress reactions in a dental situation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 233–242.
- McCann, B. & Landes, S. J. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: Considerations in research design and methods. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 147–164.
- McCann, T. & Sheehan, P. W. (1988a). Hypnotically induced pseudomemories - sampling their conditions among hypnotizable subjects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(2), 339–346.
- McCann, T. & Sheehan, P. W. (1988b). Memory distortion and confidence in hypnosis: Cognitive and social influences. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.19.8.1988, Den Haag.
- McCollom, A. B. (1981). A study of the relationship between hemispheric preference, hemisphere of input, and hypnotic susceptibility. Dissertation, St. John's University.
- McConkey, K. M. (1983). The impact of conflicting communications on response to hypnotic suggestion. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 351–358.
- McConkey, K. M. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 311–319.
- McConkey, K. M. & Perry, C. (1985). Benjamin Franklin and Mesmerism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 122–130.
- McConkey, K. M. & Sheehan, P. W. (1981). The impact of videotape playback of hypnotic events on posthypnotic amnesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 90 (1), 46–54.
- McConkey, K. M. & Sheehan, P. W. (1995). Hypnosis, memory, and behavior in criminal investigation. New York: The Guilford Press.
- McCord, H. (1956). Hypnosis as an aid to the teaching of a severely mentally retarded teenage boy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(4).
- McCord, H. (1961). The «images» of the trance. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9, 305–307.
- McCord, H. & Sherrell, C. L. (1962). A note on increased ability to do calculus posthypnotically. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 124.
- McCormack, M. (1998). Hypnosis used in Parkinson's disease: A case study. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26(2), 127–137.
- McCraine, E. J. & Crasilneck, H. B. (1955). The conditioned reflex in hypnotic age regression. *Journal of Experimental and Clinical Psychopathology*, 16, 120–123.
- McCrory, E., Henry, L. A. & Happé, F. (2007). Eye-witness memory and suggestibility in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 482–489.
- McCue, E. G. & McCue, P. A. (1988). Hypnosis in the elucidation of hysterical aphonia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(3), 178–182.
- McDowell, F., Lee, J. & Sweet, R. D. (1971). Extrapyramidal disease. In A. B. Baker & P. J. Baker (Eds.), *Clinical Neurology*. Vol. 2. Philadelphia: Harper & Row.
- McGill, O. (1974). *The encyclopedia of the stage hypnotism*. Colon, Mich.: Abbot's Magic Novelty Co.
- McGlashan, T. H., Evans, F. J. & M. T. Orne (1969). The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain. *Psychosomatic Medicine*, 31, 227–246.
- McGonigal, A., Oto, M., Russell, A. J., Greene, J. & Duncan, R. (2002). Patient video recording in the diagnosis of non-epileptic seizures: A randomised controlled trial of simple suggestion techniques. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 72(4), 549–551.
- McGuirk, J., Fitzgerald, D., Friedmann, P. S., Oakley, D. & Salmon, P. (1998). The effect of guided imagery in a hypnotic context on forearm blood flow. *Contemporary Hypnosis*, 15(2), 101–108.
- McKelvie, S. J. (1995). *Vividness of visual imagery: Measurement, nature, function and dynamics*. Journal of mental series, Vol. 5. New York: Brandon House.
- McKeow, J. M. (2007a). Comment: *Int J. Clin Exp Hypn.* 2007 Oct. 55(4). Restoring literary wholeness to the fragmented account of

- Antoine Despine's magnetic cure of Estelle L'Hardy's dissociative disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 486–496.
- McKeown, J. M. (2007b). Restoring literary wholeness to the fragmented account of Antoine Despine's magnetic cure of Estelle L'Hardy's dissociative disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 486–496.
- McKeown, J. M. & Fine, C. G. (Eds.) (2008). *Despine and the evolution of psychology: History and medical perspectives on Dissociative Disorders*. Pelgrave Macmillan.
- McNeal, S. A. (2001). EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 263–274.
- McShane, G., Walter, G. & Rea, J. M. (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 822–826.
- Mead, R. (1704). *De imperio solis et lunae in corpora humana et morbis inde oriundis*. London: Johannem Brindley.
- Meares, A. (1954a). Nonverbal suggestion in the induction of hypnosis. *British Journal of Medical Hypnosis*, 5(2).
- Meares, A. (1954b). Extraverbal suggestion in the induction of hypnosis. *British Journal of Medical Hypnosis*, 6 (1).
- Meares, A. (1960). *Shapes of sanity. A study in the therapeutic use of modelling in the waking and hypnotic state*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Meares, A. (1979). Mind and cancer. *Lancet*, 8123, 978.
- Meares, R. (1973). Behavior therapy and spasmodic torticollis. *Archives of General Psychiatry*, 28, 104–107.
- Medd, D. Y (1996). Experimental single-case studies of patients with multiple sclerosis (MS). *Contemporary Hypnosis*, 13(1), 44–50.
- Meeker, W. B. & Barber, T. X. (1971). Toward an explanation of stage hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 61–70.
- Mehrstedt, M. (1999a). Hypnose und verhaltenstherapeutische Techniken für Kinder mit Zahnarztängsten. *Hypnose und Kognition*, 16(1+2), 91–101.
- Mehrstedt, M. (1999b). Hypnotische Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis. Eine kritische Analyse. *Hypnose und Kognition*, 16(1+2), 31–40.
- Meichenbaum, D. H. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Meichenbaum, D. H. (1978). Why does imagery in psychotherapy lead to change? In J. L. Singer & K. S. Pope (Eds.), *The power of human imagination: New methods in psychotherapy* (pp. 381–394). New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. H. (1979). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum Press, 1977 (dt. Kognitive Verhaltensmodifikation). München: Urban & Schwarzenberg.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115–126.
- Meichenbaum, D. H. & Turk, D. C. (1976). *The cognitive-behavioral management of anxiety, depression, and pain*. New York: Brunner/Mazel.
- Meichenbaum, D. H. & Turk, D. C. (1977). *The cognitive-behavioral management of anxiety, anger and pain*. In P. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. New York: Bruner Mazel.
- Meineke, V., Reichrath, J., Reinhold, U. & Tilgen, W. (2002). Veruca vulgares in children: Successful simulated X-ray treatment (a suggestion-based therapy). *Dermatology*, 204(4), 287–289.
- Meiss, O. (1990). Zeitprogression in der Behandlung von Ängsten vor einem Bewerbungsgespräch. *Hypnose und Kognition*, 7(2), 26–33.
- Meiss, O. (2005). *Hypnose im Sport- und Leistungsbereich ... oder warum der Ball eigentlich nicht ins Tor geht ... DVD*. Dortmund: Video-Cooperative Ruhr.
- Meissner, C. A. & Kassins, S. M. (2004). »You're guilty, so just confess!« Cognitive and behavioral confirmation biases in the interrogation room. In G. D. Lassiter (Ed.), *Interrogations, Confessions and Entrapment* (pp. 85–196). New York: Kluwer Academy.
- Mellet, P. C. (1974). The clinical problem. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional States*. Chapter 3. London: Methuen.
- Melloni, L. et al. (2007). Synchronization of neural activity across cortical areas correlates with conscious perception. *Journal of Neurosciences*, 27(11), 2858–2865.
- Mellor, N. H. (1960). Hypnosis in juvenile delinquency. *General Psychology*, 22, 83–87.
- Melzack, R. (1992). Phantom limbs. *Scientific American*, 4, 120–126.
- Melzak, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Suppl.* 6, 121–126.
- Melzak, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 56(12), 1378–1382.
- Melzack, R. & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. In Kenshalo, D. R. (Ed.), *The skin senses* (pp. 432–439). Springfield, IL: Thomas.
- Melzak, R. & Dennis, S. O. (1978). Neurophysiological foundations of pain. In R. A. Sternbach (Ed.), *The physiology of pain* (pp. 49–72). New York: Raven Press.
- Mendelsohn, A., Chalamish, Y., Solomonovick, A. & Dudai, Y. (2008). Mesmerizing memories: Brain substrates of episodic memory suppression in posthypnotic amnesia. *Neuron*, 57(1), 159–170.
- Mercan, S., Altunay, I. K., Taskintuna, N., Oguteen, O. & Kayaoglu, S. (2007). Atypical antipsychotic drugs in the treatment of delusional parasitosis. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 37, 29–37.
- Merckelbach, H. & Jelicic, M. (2004). Dissociative symptoms are related to endorsement of vague trauma items. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 70–75.
- Merckelbach, H., Muris, P. & Rasin, X. (1999). Fantasy proneness and cognitive failure as correlates of dissociative experiences. *Pers Individ Diff*, 26, 961–967.
- Meribert, P., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2004). Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 141–191). Tübingen: dgvt.
- Merkle, P. M. & Skanes, H. E. (1992). Subliminal self-help audiotapes. *Journal of Applied Psychology*, 77, 772–776.
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E. & Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 404–409.
- Mertensacker, A. (2011). *Wunderheilungen und »Ruhen im Geiste«*. Lippstadt: Christliche Mitte.
- Meskin, B. B. & Singer, J. L. (1974). Daydreaming, reflective thought, and laterality of eye movements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 64–71.
- Mesmer, F. A. (1766). *Dissertatio physico-medica de planetarum influxu*. Vienna: Ghelen.
- Mesmer, F. A. (1814). *Mesmerismus. Oder System der Wechselwirkungen, Theorie und Anwendung des thierischen Magnetismus als die allgemeine Heilkunde zur Erhaltung des Menschen*. In K. C. Wolfart (Hrsg.), Berlin: Nicolaische Buchhandlung.
- Meszáros, I. & Crawford, H. (1987). Hypnotic susceptibility and cerebral hemisphere preponderance. Vortrag gehalten am 9. 7. 1987, First International Symposium on Suggestion and Suggestibility. Giessen.

- Mészáros, I. & Szabo, C. (1999). Correlation of EEG asymmetry and hypnotic susceptibility. *Acta Physiologica Hungarica*, 86(3–4), 259–263.
- Metzger, R. (2005). Skinners wichtigste Entdeckungen und theoretische Konzepte. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 37(4), 712–734.
- Metzger, W. (1967). *Frühkindlicher Trotz*. Basel: Karger.
- Meyer, H. K., Diehl, B. J., Ulrich, P. T. & Meinig, G. (1989). Änderungen der regionalen kortikalen Durchblutung unter Hypnose. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 35(1), 48–58.
- Meyer, H. K., Giebel, K., Diehl, B. J. M. & Beltz, J. (1987). Tellegen's Absorption-Skala und Kurserfolg beim Autogenen Training. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 3(2), 109–120.
- Meyer, V., Levy, R. & Schnurer, A. (1974). The behavioral treatment of obsessive compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional States*. London: Methuen.
- Meyer, W. U. (1973). Leistungsmotiv und Ursachenerklärung von Erfolg und Mißerfolg. Stuttgart: Klett.
- Meyerson, J. (2010). Memory focused interventions (MFI) as a therapeutic strategy in hypnotic psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(3), 189–203.
- Meyerson, J. & Konichezky, A. (2009). Out-of-illness experience: Hypnotically induced dissociation as a therapeutic resource in treating people with obstinate mental disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 63(2), 133–146.
- Meyerson, J. & Konichezky, A. (2011). Hypnotically induced dissociation (HID) as a strategic intervention for enhancing OCD treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(3), 169–181.
- Mialle, S. (1826). *Exposé parordre alphabétique des cures opérées en France par le Magnétisme animal depuis Mesmer jusqu'à nos jours*. Paris: Dentru.
- Migály, P. (1989). Music and hypnotherapy. Paper read at The American Society of Clinical Hypnosis, 31th Annual Scientific Meeting, Nashville, TN.
- Migály, P. (1991). Hypnotic pain control and patient management in dentistry. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(3), 127–132.
- Migge (2008). Traum und Trance. Über die Arbeit von Trance-Deutung im Hypnocoaching. *Kommunikation & Seminar*, 17(4), 42–44.
- Mikesell, S. G. (2000). Infertility and pregnancy loss: Hypnotic interventions for reproductive challenge. In L. H. Hornyak, & J. P. Green (Eds.), *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care*. Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series (pp. 191–212). Washington: American Psychological Association.
- Milgram, S. (1965). Some conditions of obedience to authority. *Human Relations*, 18, 57–76.
- Miller, G. & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique. *Health Psychology*, 20, 47–63.
- Miller, G. A., Galanter, E. H. & Pribram, K. H. (1960). Plans and the structure of behavior. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Miller, G. E. & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique. *Health Psychology*, 20(1), 47–63.
- Miller, J. A. (1980). Hypnosis in a boy with leukemia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(4), 231–235.
- Miller, N., Pedersen, W. C., Earleywine, M., Pollock, V. E. (2003). A theoretical model of triggered displaced aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 7(1), 75–97.
- Miller, R. (1991). *Cortico-hippocampal interplay and the representation of contexts in the brain*. New York: Springer-Verlag.
- Miller, R. J. (1975). Response to the Ponzo illusion as a reflection of hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 148–157.
- Miller, S. J., Schnur, J. B., Montgomery, G. H. & Jandorf, L. (2011). African-American's and latino's perceptions of using hypnosis to alleviate distress before a colonoscopy. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(3), 196–203.
- Miller V. & Whorwell P. J. (2009). Hypnotherapy for functional gastrointestinal disorders: A review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 279–292.
- Miller, W. A. jr. (1991). The recovering addicted patient and the use of hypnosis. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(3), 133–141.
- Milling, L. S. (2008). Is high hypnotic suggestibility necessary for successful hypnotic pain intervention? *Currant Pain and Headache Reports*, 12(2), 98–102.
- Milling, L. S. & Costantino, C. A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 113–137.
- Milling, L. S., Coursen, E., Shores, J. S. & Waszkiewicz, J. A. (2010). The predictive utility of hypnotizability: The change in suggestibility produced by hypnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 126–130.
- Milling, L. S., Kirsch, I., Allen, G. J. & Reutenauer, E. L. (2005). The effects of hypnotic and nonhypnotic imaginative suggestions on pain. *Annals of Behavior Medicine*, 29(2), 116–127.
- Milling, L. S., Kirsch, I. & Burgess, C. A. (1999). Brief modification of suggestibility and hypnotic analgesia: Too good to be true? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(2), 91–103.
- Milling, L. S., Reardon, J. M. & Carosella, G. M. (2006). Mediation and moderation of psychological pain treatments: Response expectancies and hypnotic suggestibility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 253–262.
- Millner, M. M., Frantal, W. & Steinbauer, M. (1998). Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47(6), 406–415.
- Milne, G. (1982). Hypnotic treatment of a cancer patient. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10(2), 123–125.
- Milne, S., Orbell, S. & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote participation: Protection motivation theory and implementations. *British Journal of Health Psychology*, 7, 163–184.
- Miltner, W. (1986). Bruxismus. In W. Miltner, N. Birbauner & W.-D. Gerber (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 429–437). Berlin: Springer.
- Miltner, W., Braun, C. & Revenstorff, D. (1993). Nociception ist nicht gleich Schmerz. Eine Studie über schmerzkorrelierte hirnelektrische Potentiale unter Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 10, 22–34.
- Milzern, G. (1998a). Hypnotherapeutische Sequenzen in der Therapie der Psychosen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30(2–3), 263–276.
- Milzner, G. (1998b). Hypnotherapie einer Schizophrenie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 14(2), 121–123.
- Mingyan, D. & Fuyuan, L. (2001). Effects of psychological interventions on mental state of surgical patients with primary angle-closure glaucoma. *Chinese Mental Health Journal*, 15(6), 412–414.
- Mirvish, I. (1978). Hypnotherapy for the child with chronic eczema: A case report. *South African Medical Journal*, 54, 410–412.
- Misra, P. C. (1982). Hypnosis and sexual disorders. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis*. New York: Plenum Press.
- Mitani, S., Fujita, M., Sakamoto, S. & Shirakawa, T. (2006). Effects of autogenic training on cardiac autonomic nervous activity in high-risk fire service workers for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 439–444.

- Mitscherlich, M. (1983). Zur Theorie und Therapie des Torticollis. In H. H. Studt (Hrsg.), *Psychosomatik in Forschung und Praxis* (S. 401). München, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Mittelmann, K. D., Doubt, T. J. & Gravitz, M. A. (1992). Influence of self-induced hypnosis in thermal responses during immersion in 25 degrees C water. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 68, 689–695.
- Mittellmann, B. & Wolff, H. G. (1939). Affective state and skin temperature. *Psychosomatic Medicine*, 1, 271.
- Moene, F. C. & Hoogduin, K. (1999). The creative use of unexpected response in the hypnotherapy of patients with conversation disorders. *International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 47(3), 209–226.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. & van Dyck, R. (2002). A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 71(2), 66–76.
- Moene, F. C., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. & Van Dyck, R. (2003). A randomized controlled trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 29–50.
- Mohlman, H. J. (1973). Thumbsucking. In a syllabus on hypnosis and a handbook of therapeutic suggestion. Des Plaines: American Society of Clinical Hypnosis Education and Research Foundation.
- Mohr, C., Binofski, F., Erdmann, C., Büchel, C. & Helmchen, C. (2005). The anterior cingulate Cortex contains distinct areas dissociating external from self-administered painful stimulation: A parametric fMRI study. *Pain*, 114(3), 347–357.
- Moldawski, R. J. (1984). Hypnosis as an adjunctive treatment in Huntington's disease. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(4), 229–231.
- Moll, A. (1894). *Hypnotism*. London: Walter Scott.
- Molton, I. R., Graham, C., Stoelb, B. L. & Jensen, M. P. (2007). Current psychological approaches to the management of chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(5), 485–489.
- Monassi, C. R., Hoffmann, A. & Menescal-de-Oliveira, L. (1997). Involvement in the colinergic system and periaqueductal gray matter in the modulation of tonic immobility in the guinea pig. *Physiology & Behavior*, 62(1), 53–59.
- Monnier, J., Knapp, R. G. & Frueh, B. C. (2003). Recent advantages in telepsychiatry: An updated review. *Psychiatric Services*, 54, 1604–1609.
- Monteiro, K. P. & Zimbardo, P. C. (1987). The path from classroom seating to hypnotizability – a dead line. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(2), 83–86.
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C. R., et al. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1304–1312.
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H. & Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunct hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639–1645.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N. & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138–153.
- Montgomery, G. H., Kangas, M., David, D., Hallquist, M. N., Green, S., Bovbjerg, D. H. & Schnur, J. B. (2009). Fatigue during breast cancer radiotherapy: an initial randomized study of cognitive-behavioral therapy plus hypnosis. *Health Psychology*, 28(3), 317–322.
- Montgomery, G. H. & Schnur, J. B. (2011). The impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 294–309.
- Montgomery, G. H., Weltz, C. R., Seltz, M. & Bovbjerg, D. H. (1992). Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(1), 17–32.
- Moore, L. E. & Kaplan, J. Z. (1983). Hypnotically accelerated burn wound healing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(1), 9–15.
- Moore, M. (2001). Hypnosis and post-traumatic stress disorder. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(2), 93–106.
- Moreno, J. L. (1945). *Group psychotherapy*. A Symposium. New York.
- Moreno, J. L. (1950). *Hypnodrama and psychodrama*. Groups Psychotherapy, 3 (1), 110.
- Moreno, J. L. (1959). *Psychodrama*, Vols. I. + III. Neacon, N.Y.: Beacon House Inc.
- Moreno, J. L. (1977). *Hypnodrama and Psychodrama*. In I. Greenberg (Ed.), *Group Hypnotherapy and Hypnodrama* (159–170). Chicago: Nelson-Hall.
- Morgan, A. H. & Hilgard, E. R. (1973). Age differences in susceptibility to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 78–85.
- Morgan, A. H. & Hilgard, E. R. (1978–1979a). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 134–147.
- Morgan, A. H. & Hilgard, E. R. (1978–1979b). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 148–169.
- Morgan, A. H. (1973). The heritability of hypnotic susceptibility in twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 55–61.
- Morgan, A. H., Johnson, D. L. & Hilgard, E. R. (1974). The stability of hypnotic susceptibility: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 249–257.
- Morgan, A. H., MacDonald, H. & Hilgard, E. R. (1974). EEG alpha: Lateral asymmetry related to task and hypnotizability. *Psychophysiology*, 11, 275–282.
- Morgan, W. P. (1994). Psychological components of effort sense. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 1071–1077.
- Morgan, W. P. (1995). Anxiety and panic in recreational scuba divers. *Sports Medicine*, 20(6), 298–421.
- Morgan, W. P. (2002). Hypnosis in sport and exercise psychology. In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (pp. 151–181). Washington D.C.: American psychological association.
- Morgan, W. P. & Coyne, L. L. (1965). The effect of experimenter oriented autosuggestion on the expression of muscular strength and endurance. Paper presented at the meeting of the American Congress of Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Espie, C. A. & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*, 29(11), 1398–1414.
- Morone, N. E. & Greco, C. M. (2007). Mind-body interventions for chronic pain in older adults: A structured interview. *Pain Medicine*, 8(4), 359–375.
- Morrill, M. M. (1978). An investigation on the joint effects of hypnotherapy treatment and cognitive treatment on selected aspects of functioning of hemodialysis patients. *Diss. Abstracts*, 39(2b) 959.
- Morris, B. A. (1985). Hypnotherapy of warts used in the Simonton visualization technique: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(4), 237–240.
- Morris, C. R., Bowen, L. & Morris, A. J. (2005). Integrative therapy for fibromyalgia: Possible strategies for an individualized treatment program. *Southern Medical Journal*, 98(2), 177–184.

- Morris, D. M., Nathan, R. G., Goebel, R. A. & Blass, N. H. (1985). Hypnoanesthesia in the morbidly obese. *Journal of the American Medical Association*, 253, 3292–3294.
- Morris, T., Spittle, M. & Perry, C. (2004). Mental imagery in sport. In T. Morris & J. Summers (Eds.), *Sport psychology: Theory, applications and issues* (2nd ed.). (pp. 344–387). Milton, QLD, Australia: John Wiley & Sons Australia.
- Morrison, J. B. (1988). Chronic asthma and improvement with relaxation induced by hypnotherapy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 81, 701–704.
- Morrison, J. B. (1990). Chronic asthma and hypnotherapy (letter). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(2), 128–129.
- Morse, D. R., Hancock, R. R. & Cohen, B. B. (1984). In vivo desensitization using meditation hypnosis in the treatment of tactile induced gagging in a dental patient. *Journal of Psychosomatics*, 31(3), 20–23.
- Morse, D. R., Martin, J. S., Furst, M. L. & Dubin, L. L. (1977). A physiological and subjective evaluation of meditation, hypnosis, and relaxation. *Psychosomatic Medicine*, 39, 304–324.
- Morse, D. R., Schacterle, B. S., Furst, L. & Bose, K. (1981). Stress, relaxation and saliva: A followup study involving clinical endodontic patients. *Journal of Human Stress*, 7(3), 19–26.
- Morton, P. A. (2003). The hypnotic belay in alpine mountaineering: The use of self-hypnosis for the resolution of sports injuries and for performance enhancement. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(1), 45–51.
- Moscovitch, M. (1994). Memory and working with memory: Evaluation of component process model and comparison with other models. In D. L. Shacter & E. Tulving (Eds.), *Memory systems* (pp. 269–310), Cambridge, MA: MIT Press.
- Moser, G. (2006). Psychosomatik der Darmerkrankungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(2), 112–126.
- Moss, A. A. (1952). *Hypnodonics*. New York: Dental Items of Interest Publ. Co.
- Moss, B. F. & Magaro, P. A. (1989). Personality types and hetero- versus autohypnosis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), 532–538.
- Moss, C. S. & Bremer, B. (1973). Exposure of a »medical modeler« to behavior modification. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(1), 1–12.
- Mossige, G. R. (1985). Hypnosis in a general pediatric hospital setting. *Hypnos, Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 2(2), 106–110.
- Mount, G. R., Walters, S. R., Rowland, R. W., Barnes, P. R., & Payton, et al. (1978). The effects of relaxation techniques on normal blood pressure. *Behavioral Engineering*, 5(1), 1–4.
- Moya, F. & James, L. S. (1975). Medical hypnosis for obstetrics. *Journal of the American Medical Association*, 174, 2026–2032.
- Mrochen, S. (1991). Morbus Crohn. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorff (Hrsg.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (S. 115–121). Bern: Huber.
- Mrochen, S. & Bierbaum-Luttermann, H. (2000). Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung: Rapport mit Kindern. In K. L. Holtz, S. Mrochen, P. Nemetschek & B. Trenkle (Hrsg.), *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 55–74). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Mrochen, S., Holtz, K. L. & Trenkle, B. (Hrsg.) (1997). *Die Pupillen des Bettjägers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Muenke, M. & Draeger-Muenke, R. (2011). Acupressure and hypnosis: Healer, heal thyself (and the patient). *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(3), 224–234.
- Müller, E. (1990). Entspannungsmethoden in ambulanten Herzkreislauftgruppen. In B. Diehl & T. Miller (Hrsg.), *Moderne Suggestionsverfahren. Hypnose Autogenes Training, Biofeedback, Neurolinguistisches Programmieren* (S. 344–353). Berlin: Springer.
- Müller, H. & Sax, W. (1966). Kommentar zur Strafprozeßordnung und zum Gerichtsverfassungsgesetz und Ordnungswidrigkeitengesetz. Darmstadt: Stoytscheff.
- Müller, H., Sax, W. & Paulus, R. (1991). KMR Kommentar zur Strafprozeßordnung. Darmstadt: Stoytscheff, 7. Lieferung. Mai.
- Müller-Johnson, K. (2009). Ältere Menschen als Zeugen vor Gericht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 3, 163–170.
- Müller-Johnson, K., Toglia, M. P., Sweeney, C. D. & Ceci, S. J. (2007). The perceived credibility of older adults as witnesses and its relation to ageism. *Behavioral Sciences & the Law*, 25(3), 355–375.
- Munglaj, R. & Jones, J. G. (1994). Information processing during sleep and anaesthesia. *Anaesthesia Review*, 10, 107–130.
- Münste, S., Münste, T. F., Grotkamp, J., Haeseler, G., Raymonds, K., Piepenbrock, S. & Kraus, G. (2003). Implicit memory varies as a function of hypnotic electroencephalogram stage in surgical patients. *Anesthesia and Analgesia*, 97(1), 132–138.
- Murakao, M., Komiya, H., Hosoi, M., Mine, K. & Kubo, C. (1996). Psychosomatic treatment of phantom limb pain with posttraumatic stress disorder: A case report. *Pain*, 66, 385–388.
- Murphy, M. A., Tosi, D. J. & Pariser, R. F. (1989). Psychological coping and the management of pain with cognitive restructuring and biofeedback: A case study and variation of cognitive experiential therapy. *Psychological Reports*, 64(3 Pt 2), 1343–1350.
- Murray, E. J. (1963). Learning theory and psychotherapy: Biogenic versus sociotropic approaches. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 250–255.
- Murray-Jobis, J. (1990a). Renurturing: Forming positive sense of identity and bonding. In: D. C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (pp. 326–328). American Society of Hypnosis. New York: Norton & Comp., Inc.
- Murray-Jobis, J. (1990b). Suggestions of creative self-mothering. In: D. C. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors* (pp. 328–339). American Society of Hypnosis. New York: Norton & Comp., Inc.
- Murphy, J. M. (1982). The use of hypnotherapy in treating tongue thrusting problems in dentistry. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 29(2) 43–43.
- Murthy, S. N., Rao, N. S. N., Nandkumar, B. & Kadam, A. (2010). Role of naturopathy and yoga treatment in the management of hypertension. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(1), 9–12.
- Muth-Seidel, D. (2007). Herz aus dem Rhythmus – und wieder im »T-A-K-T«. Biografische Krankheitsverarbeitung am Beispiel posttraumatischer Belastungs- und Angststörungen nach Katheterablation bei der AVNRT und dem WPW-Syndrom. Elektronische Publikationen im Internet: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-diss000109108>.
- Mutter, C. B. (1987). Posttraumatic stress disorder: Hypnotherapeutic approach in a most unusual case. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(2), 81–86.
- Mutter, C. B. (1988). Hypnosis and posttraumatic stress disorder. Paper read at 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag.
- Muzur, A. (1999). Does hypnosis enhance memory? An experimental study. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 26(3), 131–136.
- Nace, E., Orne, M. T. & Hammer, G. (1974). Posthypnotic amnesia as an active process. *Archives of General Psychology*, 31, 257–260.
- Nadon, R., Laurence, J.-R. & Perry, C. (1987). Multiple predictors of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 948–960.
- Naish, P. L. (2001). Hypnotic time perception: Busy beaver or tardy timekeeper? *Contemporary Hypnosis*, 18(2), 87–99.

- Naish, P. L. (2006). Time to explain the nature of hypnosis? *Contemporary Hypnosis*, 23(1), 33–46.
- Naish, P. L. (2010). Hypnosis and hemispheric asymmetry. *Consciousness and Cognition*, 19(1), 230–234.
- Narbutovich, I. (1933). The possibility of the producing of hypnotic sleep and dehypnosis in man by the indifferent stimulation of conditioned reflexes. *Archives of Biological Sciences*, 34.
- Nardi, T. J. (1981). Treating sleep paralysis with hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(4), 358–365.
- Narduzzi, K. J., Nolan, R. P., Reesor, K., Jackson, T., Spanos, N. P., Hayward, A. A. & Scott, H. A. (1998). Preliminary investigation of associations of illness schemata and treatment-induced reduction in headaches. *Psychological Reports*, 82(1), 299–307.
- Naruse, G. (1974). Applying of hypnosis in sports. *Research Bulletin of Educational Psychology, Family Education, Kyusu Univ.*, 18(1), 17–22.
- Nash, M. J. & Barnier, A. J. (2008). *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nash, M. R. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp 171–194). New York: Guilford Press.
- Nash, M. R. (1997). Why scientific hypnosis needs psychoanalysis (or something like it). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(3), 291–300.
- Nash, M. R. (2005). Salient findings: A potentially groundbreaking study on the neuroscience of hypnotizability, a critical review of hypnosis efficacy, and the neuropsychology of conversion disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(1), 87–93.
- Nash, M. R. & Baker, E. L. (1993). Hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. In J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis* (p. 383–394). Washington DV: American Psychological Association.
- Nash, R. A., Wade, K. A. & Brewer, R. J. (2009b). Why doctored images distort memory? *Consciousness and Cognition*, 18(3), 773–780.
- Nash, R. A., Wade, K. A. & Lindsay, D. S. (2009a). Digitally manipulating memory: Effects of doctored videos and imagination in distorting beliefs and memories. *Memory and Cognition*, 37(4), 414–424.
- Nash, M. R., Lynn, S. J., Stanley, S. & Carlson, V. (1987). Subjectively complete hypnotic deafness and auditory priming. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(1), 32–40.
- Nassau, J. H., Tien, K. & Fritz, G. K. (2008). Review of the literature: Integrating psychoneuroimmunology into pediatric chronic illness interventions. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(2), 195–207.
- Nassi, J. J. & Callaway, E. M. (2009). Parallel processing strategies of the primate visual system. *Nature reviews Neuroscience*, 10, 360–372.
- Nath, S. & Warren, J. (1995). Hypnosis and examination stress in adolescence. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 119–124.
- Nathan, R. G., Morris, D. M., Goebel, R. A. & Blass, N. H. (1987). Preoperative and intraoperative rehearsal in hypnoanaesthesia for major surgery. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(4), 238–241.
- Neely, J. H. (1991). Semantic priming effects in visual word recognition: A selective review of current findings and theories. In D. Besner & G. W. Humphreys (Eds.), *Basic processes in reading: Visual word recognition* (pp. 264–336).
- Neiburger, E. J. (1978). Child response to suggestion: Study of age, sex, time, and income level during dental care. *Journal of Dentistry for Children*, 45, 396–402.
- Neise, M. (2005). Psychotherapie in der Gynäkologie – Problemstellungen bei der Psychotherapie in der Frauenheilkunde. In H. Fallner (Hrsg.), *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Erkrankungsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend* (S. 128–143). Stuttgart: Thieme.
- Neisser, U. (1994). Self-narratives: True and false. In U. Neisser & R. Fivush (Eds.), *The remembering of self: Construction and accuracy in the self-narrative* (pp. 1–18). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Sciences*, 4, 7–14.
- Nelson, R. A. (1965). A complete course in stage hypnotism. Columbus, Ohio: Nelson Enterprises.
- Néron, S. & Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patient's trajectory: Emesis, Acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 336–354.
- Netter, P. (2011). Placebo als Sonderfall der Suggestion. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 6(1+2), 23–37.
- Neufeld, V. & Lynn, S. J. (1988). A single session group self hypnosis smoking cessation treatment: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(2), 75–79.
- Newell, S. & Sanson-Fisher, R. W. (2000). Australian oncologist's self-reported knowledge and attitudes about non-traditional therapies used by cancer patients. *Medical Journal of Australia*, 72(3), 110–113.
- Newman, M. (1971). Hypnotic handling with the chronic bleeder in extraction: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 126–127.
- Newman, M. (1974). Hypnosis and haemophiliacs. *Journal of the Australian Dental Association*, 88, 273 (1974)
- Newton, B. W. (1984a). Hypnose in der Behandlung von Krebspatienten. *Hypnose und Kognition*, 1(1), 5–16.
- Newton, B. W. (1984b). The use of hypnosis in the treatment of cancer patients. Seminar 15.–16. 10. 1984. Kongress für Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. München.
- Ng, B. Y. & Lee, T. S. (2008). Hypnotherapy for sleep disorders. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 37(8), 683–688.
- NHI Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the treatment of Chronic Pain and Insomnia (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 276, 323–318.
- Nicholls, J. G. (1975). Causal attributions and other achievement related cognitions: Effects of task outcome, attainment value, and sex. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(3), 379–389.
- Niedzwinska, A. (2000). Goal-directed fantasy does not explain the training effect of the Carleton Skills Training Package. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 48(4), 404–417.
- Nielson, W. R. & Weir, R. (2001). Biopsychological approaches in the treatment of chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 17(4), 114–127.
- Niemeier, V., Stangier, U. & Gieler, U. (Hrsg.) (2009). *Hauterkrankungen. Psychologische Grundlagen und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Nilsson, U., Rawal, N., Unestahl, L. E., Zettenberg, C. & Unosson, M. (2001). Improved recovery after music and therapeutic suggestions during general anaesthesia: a double-blind randomised controlled trial. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45(7), 812–817.
- Nofzinger, E. A., Buysse, D. J., Germain, A., Julie C., Price, J. C., Miewald, J. M. & Kupfer, D. J. (2004). Functional Neuroimaging Evidence for Hyperarousal in Insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2126–2128.

- Nolan, R. P., Spanos, N. P., Hayward, A. A. & Scott, H. A. (1994–1995). The efficacy of hypnotic and nonhypnotic response-based imagery for self-managing recurrent headaches. *Imagination, Cognition and Personality*, 14(3), 183–201.
- Noll, R. B. (1988). Hypnotherapy of a child with warts. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9(2), 89–91.
- Nordby, H., Hugdahl, K., Jasiukaitis, P. & Spiegeol, D. (1999). Effects of hypnotizability on performance of a Stroop task and event-related potentials. *Perceptual & Motor Skills*, 88(3 Pt 1), 819–830.
- Norelli, L. J. & Harju, S. K. (2008). Behavioral approaches to pain management in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(2), 335–344.
- Norman, D. A. & Rumelhart, D. E. (1975). *Explorations in cognition*. San Francisco: Freeman.
- Norwich, J. J. & Sitwell, R. (1966). *Mount Athos*. New York: Harper and Row.
- Novoa, R. & Hammonds, T. (2008). Clinical hypnosis for reduction of atrial fibrillation after coronary artery bypass graft surgery. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 Suppl.2, S. 44–47.
- Núñez, R. (1998). Self-hypnosis for improving seizure control in epilepsy. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(1), 15–18.
- O'Brien, C. P. & Weisbrot, M. M. (1983). Behavioral and physiological components of pain management. National Institute on Drug Abuse: Research Monographs Series, Mono 45, 36–45.
- O'Connell, D. N. (1964). An experimental comparison of hypnotic depth measured by self-rating and by an objective scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12(1), 34–46.
- O'Connell, M. J., Garmoe, W. & Goldstein, N. E. (2005). Miranda comprehension in adults with mental retardation and the effects of feedback style on suggestibility. *Law and Human Behavior*, 29(3), 259–269.
- O'Donnell, J. M. (1978). Implosive therapy with hypnosis in the treatment of cancer phobia: A case report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15(1), 8–12.
- Oakley, D. A. (1999). Hypnosis and conversion hysteria: A Unifying model. *Contemporary Hypnosis*, 4(3), 243–265.
- Oakley, D. A. (2001). Emptying the habit: A case of trichotillomania. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 28(3), 135–142.
- Oakley, D. A., Deeley, Q. & Halligan, P. W. (2007). Hypnotic depth and response to suggestion under standardized conditions and during fMRI scanning. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(1), 32–58.
- Oakley, D. A. & Halligan, P. W. (2010). Psychophysiological foundations of hypnosis and suggestion. In S. J. Lynn, J. W. Rhue & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 79–118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oakley, D. A., Norell, S. K. & Cripps, B. D. (1995). Exercises, mood and hypnotic susceptibility in a sports context. *Contemporary Hypnosis*, 12(2), 125–130.
- Oakley, D. A., Whitman, L. G. & Halligan, P. W. (2002). Hypnotic imagery as a treatment for phantom limb pain: Two case reports and a review. *Clinical Rehabilitation*, 16(4), 368–377.
- Obler, M. (1982). A comparison of hypnoanalytic/behavior modification technique and a cotherapist type treatment with primary orgasmic dysfunction females: Some preliminary results. *Journal of Sex Research*, 18(4), 331–345.
- Obstoj, I. & Sheehan, P. W. (1977). Aptitudes for trance, task generalizability, and incongruity response in hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 543–553.
- Ofner, U. (2009). *Menstruationszyklus und Gehirn*. Graz: Universität, Naturwissenschaftliche Fakultät, Dissertation.
- Ohm, D. (1990). *Entspannungstraining und begleitende Hypnose-therapie bei Koronarpatienten mit hohen internalen Kontroll-überzeugungen*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19(3), 256–267.
- Ohrbach, R., Patterson, D. P., Carrougner, G. & Gibran, N. (1998). Hypnosis after an adverse response to opioide in an ICU burn patient. *Clinical Journal of Pain*, 14(2), 167–175.
- Oldridge, O. B. (1982). Positive suggestions: It helps LD students learn. *Academic Therapy*, 17(3), 279–287.
- Oliveau, D. C., Agrad, W. S., Leitenberg, H., Moore, R. C. & Wright, D. E. (1969). Systematic desensitization, therapeutically oriented instructions and selective positive reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 7, 27–33.
- Olness, K. (1975). The use of self-hypnosis in the treatment of enuresis. A report on forty patients. *Clinical Pediatrics*, 14, 273–279.
- Olness, K. (1976). Autohypnosis in functional megacolon in children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 28–32.
- Olness, K. (1981). Imagery (selfhypnosis) as an adjunct therapy in childhood cancer: Clinical experience with 25 patients. *American Journal of Pediatric, Hematology and Oncology*, 3, 313–321.
- Olness, K. (1989). Hypnotherapy: A cyberphysiologic strategy in pain management. *Pediatric Clinics of North America*, 36(4), 873–884.
- Olness, K. (1997). Clinical applications of biofeedback with hypnosis. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 24(2), 70–72.
- Olness, K., Culbert, T. & Uden, D. (1989). Selfregulation of salivary immunoglobulin A by children. *Pediatrics*, 83(1), 66–71.
- Olness, K. & Gardner, G. G. (1978). Some guidelines for uses of hypnotherapy in pediatrics. *Pediatrics*, 62, 228–233.
- Olness, K. & Kohen, D. P. (2001). *Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Olsen, E. A. (1999). Disorders of epidermal appendages and related disorders. In I. M. Freedberg, A. Z. Eisen, K. Wolff et al. (Eds.), *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 5th edn. (pp. 729–751). New York: McGraw-Hill.
- Olson, D. M., Howard, N. & Shaw, R. J. (2008). Hypnosis provoked nonepileptic events in children. *Epilepsy Behavior*, 12(3), 456–459.
- Olsson, H. (1997). Application of new hypnotherapeutic techniques to conversation disorder: A case report. *Hypnose, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 24(3), 148–155.
- Omer, H. (1987). A hypnotic relaxation technique for the treatment of premature labor. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 206–213.
- Ommerborn, M. A., Giraki, M., Schneider, C. F., L. M., Zimmer, S., Franz, M., Raab, H.-M. & Schaefer, R. (2010). Clinical significance of sleep bruxism on several occlusal and functional parameters. *Cranio: Journal of Craniomandibular Practice*, 28(4), 238–248.
- Oneal, B. J., Patterson, D. R., Soltani, M., Teeley, A. & Jensen, M. P. (2008). Virtual reality hypnosis in the treatment of chronic neuropathic pain: A case report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(4), 451–462.
- Orian, C. (1989). Self-injurious behavior as a habit and its treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(2), 84–89.
- Orne, E. C., Whitehouse, D., Dinges, D. F. & Orne, M. T. (1996). Memory liabilities associated with hypnosis: Does low hypnotizability confer immunity? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(4), 254–369.
- Orne, M. T. (1951). The mechanisms of hypnotic age regression: An experimental study. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 213–225.
- Orne, M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277–299.
- Orne, M. T. (1962a). Antisocial behavior and hypnosis: Problems of control and validation in empirical studies. In G. H. Estabrooks (Ed.), *Hypnosis: Current problems*. New York: Harper and Row.

- Orne, M. T. (1962b). The social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist*, 17, 776–783.
- Orne, M. T. (1965). Undesirable effects of hypnosis: The determinants and management. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 226–237.
- Orne, M. T. (1966). Hypnosis, motivation and compliance. *American Journal of Psychiatry*, 122, 721–726.
- Orne, M. T. (1970). Hypnosis, motivation and the ecological validity of the psychological experiment. In W. J. Arnold & M. M. Page (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 187–265). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Orne, M. T. (1974). Pain suppression by hypnosis and related phenomena. In J. J. Bonica (Ed.), *Advances in neurology: International Symposium on pain*. New York, 4, 563–572.
- Orne, M. T. (1977). The construct of hypnosis: Implications of the definition for research and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 196, 14–33.
- Orne, M. T. (1979a). The use and misuse of hypnosis in court. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(4), 311–341.
- Orne, M. T. (1979b). On the simulating subject as a quasicontrol group in hypnosis research: What, why and how. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 519–601). New York: Aldine.
- Orne, M. T. (1980). On the construct of hypnosis: How its definition affects research and its clinical application. In G. D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 29–52). New York: Elsevier/NorthHolland Biomedical.
- Orne, M. T. (1983). Kann man unter Hypnose jemanden zwingen, etwas zu tun, was er sonst nicht tun würde? Experimentelle und klinische Hypnose, 1(1), 19–33.
- Orne, M. T. (1988). The reality of hypnosis. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag.
- Orne, M. T., Sheehan, P. W. & Evans, J. F. (1968). Occurrence of posthypnotic behavior outside the experimental setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 189–196.
- Orne, M. T., Dinges, D. F. & Orne, E. C. (1990). Rock vs. Arkansas: Hypnosis, the defendant's privilege. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38, 250–265.
- Orne, M. T. & Evans, F. J. (1965). Social control in the psychological experiment: Antisocial behavior and hypnosis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 189–200.
- Orne, M. T. & Evans, F. J. (1966). Inadvertant termination of hypnosis with hypnotized and simulating subjects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 61–78.
- Orne, M. T. & O'Connell, D. N. (1967). Diagnostic ratings of hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 125–133.
- Orne, M. T., Dinges, D. F. & Orne, E. G. (1984). The differential diagnosis of multiple personality in the forensic court. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(2), 118–169.
- Orne, M. T., Soskis, D. A., Dinges, D. F. & Orne, E. C. (1984). Hypnotically induced testimony. In G. L. Wells & E. F. Loftus (Eds.), *Eyewitness testimony: Psychological perspectives* (pp. 171–213). Cambridge: Cambridge University Press.
- Orner, H. (1987). A hypnotic relaxation technique for the treatment of premature labor. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 206–213.
- Ornstein, R. E. (1970). *On the experience of time*. Baltimore: Penguin Books.
- Orth, M., Rasche, K. & Duchna, H.-W. (1994). Konservative Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen im Erwachsenenalter. In K. Rasche, M. Konermann, T. Schäfer, M. E. Schläfke, A. Sturm & G. Schultze-Werninghaus (Hrsg.), *Schlafbezogene Atmungsstörungen im Kindes- und Erwachsenenalter* (S. 91–98). München: MMV Medizin Verlag.
- Osborn, A. E. (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem-solving*. New York: Scribners.
- Ost, J., Foster, S., Costal, A. & Bull, R. (2005). False report of childhood events in appropriate interviews. *Memory*, 13(7), 700–710.
- Ost, J., Granhag, P. A., Udell, J. & Roos af Hjelmsäter, E. (2008). Family breeds distortion: The effects of media exposure on false reports concerning media coverage of the terrorist attacks in London on 7 July 2005. *Memory*, 16(1), 76–85.
- Ostendorf-Massing, U. (1984). *Verhaltensmedizinische Untersuchungen zum Torticollis Spasmodicus*. Diss., Universität Tübingen.
- Ostuni, F. (1981). A case study: Violence suffered at the hands of others suspected and identified by handwriting psychology II. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 24(2), 195–201.
- Otani, A. (1989). The confusion technique untangled: Its theoretical rationale and preliminary classification. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 164–172.
- Otani, A. (2003). Eastern meditative techniques and hypnosis: A new synthesis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(2), 97–198.
- Ott, R. (1998). Subliminale akustische Beeinflussung: Fakten und Fiktionen. *Hypnose und Kognition*, 15(1+2), 57–78.
- Oudshoorn, D. (1988). *Hypnoseanwendungen bei Bettnässern*. Experimentelle und klinische Hypnose, 4(1), 59–78.
- Owens, H. E. (1970). Hypnosis and psychotherapy in dentistry: Five case histories. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 181–193.
- Owens, N. E., Bliss, E. L. & Jeppsen, E. A. (1989). Phobias and hypnotizability: A reexamination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(3), 207–216.
- Özcan, M. (2005). *Hirnelektrische Korrelate der Schmerzkontrolle. Dipolquellenanalysen der Schmerzkontrolle bei hypnotischen Analgesiezuständen und Aufmerksamkeitsablenkung*. Dissertation, Universität Jena, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften.
- Özsel, M. M. (1995). Die Integration einer kulturspezifischen Sichtweise in therapeutische Rituale. *Hypnose und Kognition*, 12(1), 63–71.
- Pagano, R. R., Akots, N. J. & Wall, T. W. (1988). Hypnosis, cerebral laterality and relaxation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(4), 350–358.
- Page, R. A. (1999). Identifying hypnotic sequelae: The problem of attribution. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(4), 316–318.
- Page, R. A. & Green, J. P. (2007). An update on age, hypnotic suggestibility, and gender: A brief report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(4), 283–287.
- Page, R. A. & Greenberg, J. P. (2005). Experiencing hypnotizability scale motor items by an amputee: A brief report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 51–54.
- Page, R. A. & Handley, G. W. (1990). Psychogenic and physiological sequelae to hypnosis: Two case reports. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(4), 250–256.
- Page, R. A., Handley, G. W. & Green, J. P. (1997). Response expectancies and beliefs about hypnosis: Another look. *Contemporary Hypnosis*, 14, 173–181.
- Page-Shafer, K., Delorenze, G. N., Satariano, W. & Winkelstein, W. (1996). Comorbidity and survival in HIV-infected men in the San Francisco Men's Health Survey. *Annals of Epidemiology*, 6, 420–430.
- Pajntar, M., Jeglic, A., Stefancic, M. & Vodovnik, L. (1980). Improvements of motor response by means of hypnosis in patients with

- peripheral nerve lesions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 16–26.
- Pajntar, M., Jeglic, A., Stefancic, M., Vodovnik, L., Zajec, J., Roskar, E. & Drugoviv, M. (1977). Restoration of peripheral nerve lesions by hypnosis. *Zdravstveni Vestnik*, 46, 159–162.
- Pajntar, M., Roskar, E. & Vodovnik, L. (1982). Some neuromuscular phenomena in hypnosis. In D. Waxman, P. C. Misra, M. Gibson & M. A. Basker (Eds.), *Modern trends in hypnosis* (pp. 92–103). New York: Plenum Press.
- Pajntar, M., Roskar, E. & Vodovnik, L. (1985). Some neuromuscular phenomena in hypnosis. In D. Waxman et al. (Eds.), *Modern trends in hypnosis: Proceedings of the 9th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, held August 22–27, 1982, in Glasgow, Scotland. New York: Plenum Press.
- Palan, B. M. & Chandwani, S. (1989). Coping with examination stress through hypnosis: An experimental study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 173–180.
- Palmer, S. (1975). The effects of contextual scenes on the identification of objects. *Memory and Cognition*, 3, 519–526.
- Palsson, O. S. (2006). Editor's preamble: The nature of IBS and the need for a psychological approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 1–6.
- Palsson, O. S., Turner, M. J., Johnson, D. A., Burnett, C. K. & Whitehead, W. E. (2002). Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: Investigation of mechanism and effects on symptoms. *Digestive Diseases and Science*, 47, 2605–2614.
- Pan, C. X., Morrison, R. S., Ness, J., Fugh-Berman, A. & Leipzig, R. M. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnoea and nausea and vomiting near the end of life: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(5), 374–387.
- Papez, J. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 38, 725–743.
- Paracelsus, Aureolus Philippus Theophrastus Bombastus v. Hohenheim, gen. Paracelsus. Werke. Herausgegeben von G. Huser, Bd. IVI (1589–1591).
- Parejko, J., Gaines, G. & Katarzynski, D. (1975). 100 cases of reincarnation? II. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 16(5), 206–207.
- Parker, J. L. (1979). The use of hypnosis to reinstate a child's impaired writing performance resulting from neurological damage. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7(3), 225–230.
- Paschek, G. (2011). *Gescheite Gesten. Gehirn & Geist*, 6, 26–30.
- Pasupathi, M. & Wainryb, C. (2010). On telling the whole story: Facts and interpretations in autobiographical memory narratives from childhood through midadolescence. *Developmental Psychology*, 46(3), 735–746.
- Paterson, A. S., Bracchi, F. & Passerini, D. (1965). A comparison of learning by conditioning and learning by suggestion under hypnosis. *C.R. Congress of Psychiatry and Neurology*, 63, 490–497.
- Pates, J., Cummings, A. & Maynard, I. (2002). The effects of hypnosis on flow states and tree-point shooting performance in basketball players. *Sport Psychologist*, 16(1), 34–47.
- Pates, J., Maynard, I. & Westbury, T. (2000). An investigation into the effects of hypnosis on basketball. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(1), 84–102.
- Pates, J., Oliver, R. & Maynard, I. (2000). Effects of hypnosis on flow states and golf performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(4), 341–354.
- Patten, E. F. (1929). The duration of posthypnotic suggestion. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 25, 319–334.
- Patterson, D. R. (1995). Non opioide based approach to burn pain. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 16(3 Pt 2), 372–376.
- Patterson, D. R. (1996). Burn pain. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and the suggestion in the treatment of pain. A clinical guide* (pp. 267–302). New York: W. W. Norton & Company.
- Patterson, D. R. (2001). Is hypnotic pain control effortless or effortful? *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 28(3), 132–134.
- Patterson, D. R. & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 495–521.
- Patterson, D. R., Hoffman, H. G., Palacios, A. G. & Lensen, M. J. (2006). Analgetic effects of posthypnotic suggestions and virtual reality distraction on thermal pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 834–841.
- Patterson, D. R., Hoffman, H. G., Weichman, S. A., Jensen, M. P. & Sharar, S. R. (2004). Optimizing control of pain from severe burns: A literature review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 43–54.
- Patterson, D. R., Jensen, M. P., Wiechman, S. A. & Sharar, S. R. (2010). Virtual reality hypnosis for pain associated with recovery from physical trauma. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 288–300.
- Patterson, D. R., Questad, K. A. & de Lateur, B. J. (1989). Hypnotic therapy as an adjunct to narcotic analgesia for the treatment of pain for burn debridement. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 156–163.
- Patterson, D. R., Timinenko, J. R., Schmidt, A. E. & Sharar, S. R. (2004). Virtual reality hypnosis: A case report. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 27–38.
- Pattie, F. A. (1935). A report of attempts to produce unocular blindness by hypnotic suggestion. *British Journal of Medical Psychology*, 15, 230–241.
- Pattie, F. A. (1950). The genuineness of unilateral deafness produced by hypnosis. *American Journal of Psychology*, 3, 84–86.
- Pattie, F. A. (1956). Theories of hypnosis. In R. M. Dorcus (Ed.), *Hypnosis and its therapeutic applications*. New York: McGraw-Hill.
- Pattie, F. A. (1967). A brief history of hypnotism. In J. E. Gordon (Ed.), *Handbook of Clinical and Experimental Hypnosis*. New York: MacMillan.
- Pattie, F. A. (1994). *Mesmer and animal magnetism*. Hamilton: Edmonston Publ. Inc.
- Pausanias (Antike/1954). *Beschreibung Griechenlands*. Zürich.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflex*. New York: Liveright.
- Pavlov, I. P. (1923). The identity of inhibition with sleep and hypnosis. *Scientific Monographs*, 17, 603–608.
- Pavlov, I. P. (1938). Versuch einer physiologischen Interpretation der Symptomatologie bei der Hysterie. In I. P. Pavlov (Hrsg.), *Zwanzigjährige Erfahrungen mit dem objektiven Studium der höheren Nerventätigkeiten (des Verhaltens) der Tiere*. Leningrad.
- Payne, D. S. (1982). The effects of person variables, type of induction, and type of experience on hypnotizability. Diss., University of Georgia.
- Paz-Alonso, P. M. & Goodman, G. C. (2008). Trauma and memory: Effects of post-event misinformation, retrieval order, and retention interval. *Memory*, 16(1), 58–75.
- Pazilinek, R. & Sajwaj, T. (1983). Psychological treatment approaches to psychogenic vomiting and rumination. In R. Hölzl & W. E. Whitehead (Eds.), *Psychophysiology of the gastrointestinal tract* (pp. 43–63). New York: Plenum Press.
- Pearson, P. (1983). Practical applications of hypnosis in sporting performance. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 4(1), 13–19.
- Pearson, R. E. (1961). Response to suggestions given under general anaesthesia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 106–114.
- Peckham, E. L. & Hallett, M. (2009). Psychogenic movement disorders. *Neurologic Clinics*, 27(3), 801–819.

- Peebles-Kleiger, M. J. (2001). Contemporary psychoanalysis and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(2), 146–165.
- Peintinger, C. & Hartmann, W. (2008). Hypnose als schmerztherapeutische Option in der Palliativmedizin. *Wiener Medizinische Wochenschriften*, 158(23–24), 674–679.
- Pekala, R. J., Angelini, F. & Kumar, V. K. (2001). The importance of fantasy proneness in dissociation: A replication. *Contemporary Hypnosis*, 18(4), 204–214.
- Pekala, R. J., Kumar, V. K., Maurer, R., Elliott-Carter, N. C. & Moon, E. (2009). Self-esteem and its relationship to serenity and anger/impulsivity in an alcohol/other drug dependent population: Implications for treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27, 94–112.
- Pekala, R. J., Kumar, V. K., Maurer, R., Elliott-Carter, N. & Moon, E. (2006). »How deeply hypnotized did I get?« Predicting self-reported hypnotic depth from a phenomenological assessment instrument. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 316–339.
- Pekala, R. J., Maurer, R., Kumar, V. K., Elliot, N. C., Masten, E., Moon, E. & Salinger, M. (2004). Self-hypnosis relapse prevention training with chronic drug/alcohol users: Effects on self-esteem, affect, and relapse. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(4), 281–297.
- Pekala, R. J., Maurer, R., Kumar, V. K., Elliott-Carter, N. & Mullen, K. (2010). Trance state effects and imagery vividness before and during hypnotic assessment: A preliminary study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(4), 383–416.
- Pekala, R. J., Maurer, R. L., Elliott-Carter, N., Moon, E. & Mullen, K. (2004). Positive affect, negative affect, and negative effects during a phenomenological hypnotic assessment within a substance and abuse population. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 64–93.
- Péllissier, M. C. & O'Connor, K. P. (2002). Deductive and inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 15–27.
- People v. McDowell: 103 Misc.2d 831, 427 N.Y.S.D. 181 (N.Y.S.C.) (1980).
- People v. Ritchie: No. C36932 (Super. Ct., Orange Co., Cal. April 7, (unrep. 1977).
- People v. Woods, et al.: No.63187ABNC (Alameda Co., Cal., December 15, 1977).
- Peretz, B., Glaicher, H. & Ram, D. (2003). Child-management techniques. Are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice? *Brazilian Dental Journal*, 14(2), 82–86.
- Peretz, B. & Gluck, G. M. (2002). The use of restraint in the treatment of paediatric dental patients: Old and new insights. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12(6), 392–397.
- Peretz, B. A., Zaidse, L., Fuchs, K. & Paldi, E. (1988). Hypnotherapy of male impotence. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, 13–19. 8. 1988, Den Haag.
- Peretz-Mata, N. & Dinges, M. (2007). False recollection and the congruence of suggested information. *Memory*, 15(7), 701–717.
- Perfect, T. J., Wagstaff, G. F., Moore, D., Andrews, B., Cleveland, V., Newcombe, S., Brisbane, K. A. & Brown, L. (2008). How can we help witnesses to remember more? It's an (eyes) open and shut case. *Law and Human Behavior*, 32(4), 314–324.
- Perini, G. L., Fornasa, C. V., Cipriani, R., Bettin, A., Zecchino, F. & Peserico, A. (1984). Life events and alopecia areata. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 41, 48–52.
- Perlini, A. H., Spanos, N. P. & Jones, B. (1996). Hypnotic negative hallucinations: A review of subjective, behavioral, and physiological methods. In R. C. Kunzendorf, N. P. Spanos & B. Wallace (Eds.), *Hypnosis and imagination* (pp. 199–221). Amityville: Baywood Publ. Comp.
- Perlitz, V., Cotuk, B., Schiepek, G., Sen, A., Haberstock, S., Schmidt-Schönbein, H., Petzold, E. R. & Flatten, G. (2004). Synergetik der hypnoiden Relaxation. *Fachzeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(6), 250–258.
- Perloff, M. M. & Spiegelman, J. (1973). Hypnosis in the treatment of a child's allergy to dogs. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 269–272.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1951). *Gestalttherapy*. New York: The Julian Press.
- Perlstrom, J. R. & Wickramasekera, I. (1998). Insomnia, hypnotic ability, negative affectivity, and the high risk model of threat perception. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), 437–440.
- Perry, C. (1979). Hypnotic coercion and compliance to it: A review of evidence presented in a legal case. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(3), 187–218.
- Perry, C. (1997). Admissibility and per se exclusion of hypnotically elicited recall in American courts of law. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 266–279.
- Perry, C. & Laurence, J. R. (1983). Hypnosis, surgery, and mind-body interaction: A historical evaluation. *Canadian Journal of Behavior Science*, 15(4), 351–371.
- Perry, C. & McConkey, K. M. (2002). The Franklin commission report, in the light of past and present understanding of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 387–396.
- Perry, C., Nadon, R. & Button, K. (1992). The measurement of hypnotic ability. In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 459–498). New York: Guilford Press.
- Perry, C., Orne, M. T., London, R. W. & Orne, E. C. (1996). Rethinking per se exclusions of hypnotically elicited recall as legal testimony. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(1), 66–81.
- Persinger, M. A. (1991). Preadolescent religious experience enhances temporal lobe signs in normal young adults. *Perceptual and Motor Skills*, 72 (2), 453–454.
- Perugini, E. M., Kirsch, I., Allen, S. T., Coldwell, E., Meredith, J. M., Montgomery, G. H. & Sheehan, J. (1998). Surreptitious observation of responses to hypnotically suggested hallucinations: A test of compliance hypothesis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(2), 191–203.
- Pesci, G. (1983). Il rapporto sessuale come terrore e disgusto. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 24(34), 341–343.
- Peshkin, M. M. & Friedman, I. (1975). Residential asthma treatment centers in the United States and problems in relation to them. *Journal of Asthma Research*, 12, 129–175.
- Peter, B. (1990). Symptomsubstitution bei einem Fall von chronischer Migräne. *Hypnose und Kognition*, 7(2), 1–6.
- Peter, B. (1991a). Prüfungsversagen. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorff (Hrsg.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (93–105). Bern: Huber.
- Peter, B. (1991b). Komplikationen in der Hypnoseausbildung. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 37–48.
- Peter, B. (1994). Hypnotherapy with cancer patients: On speaking about death and dying. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 21(4), 246–251.
- Peter, B. (1995). Hypnosis and psychotherapy with HIV, ARC and AIDS patients. *Hypnosis International Monographs*, 1, 181–206.
- Peter, B. (1996a). Hypnose bei Kopfschmerzen und Migräne. *Naturheilpraxis*, 49(5), 689–694.

- Peter, B. (1996b). Normale Instruktion oder hypnotische Suggestion: Was macht den Unterschied? *Hypnose und Kognition*, 13(1+2), 147–163.
- Peter, B. (1997). Hypnose in der Behandlung von Krebs Schmerzen. Experimentelle und klinische Hypnose, 1997, 13(2), 91–109.
- Peter, B. (1998). Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. *Der Schmerz*, 12(3), 179–186.
- Peter, B. (1999). Dammschmerzen: Das Scheitern einer psychologischen Therapie. In B. Kröner-Herwig, C. Franz & E. Geissner (Hrsg.), *Psychologische Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Fallberichte und ihre Einordnung in Theorie und Praxis der multidisziplinären Versorgung* (S. 163–176). Stuttgart: Thieme.
- Peter, B. (2001). Hypnose und die Konstruktion der Wirklichkeit. In D. Revenstorf, B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 33–53). Berlin: Springer.
- Peter, B. (2007). Zur Geschichte der dissoziativen Identitätsstörung: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. *Hypnose*, 2(1–2), 117–132.
- Peter, B. (2009). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In: *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer (2. Aufl.).
- Peter, B. & Bongartz, W. (1998). Hypnose in der Schmerzbehandlung. *Neurologie Psychiatrie*, 12(5), 385–395.
- Peter, B. & Gerl, W. (1984). Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung. *Hypnose und Kognition*, 1(1), 56–69.
- Peter, B. & Revenstorf, D. (2000). Commentary on Matthew's »Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: Where are we now?« *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(4), 433–437.
- Peter, B. & Revenstorf, D. (2001). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 119–142). Berlin: Springer.
- Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Peter, B., Schiebler, P., Piesbergen, C. & Hagl, M. (2012). Electromyographic investigation of hypnotic arm levitation: Differences between voluntary arm levitation and involuntary arm levitation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(1), 88–110.
- Petermann, F., Kusch, M., & Natzke, H. (2004). Imagination. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch* (4. Aufl., S. 116–131). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft Entwicklungspsychologie – Genetik - Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Petermann, F., Noeker, M. & Bode, U. (1987). *Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*. München: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Noeker, M., Bochmann, F., Bode, U., Grabisch, B. & Herlan-Criado, H. (1988). *Beratung von Familien mit kranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse*. Frankfurt: Peter Lang.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1987). *Training mit Jugendlichen: Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten*. München: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2009). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Petermann, U., Hartmann, B. & Petermann, F. (2009). Neurodermitis. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Entspannungsverfahren* (4. Aufl., S. 423–435). Weinheim: Beltz.
- Peters, F. (1971). *Neuronale Aktivitäten im Mittelhirn des Kaninchens bei »Tierhypnose«*. Göttingen, Diss.
- Peters, N. (1981). *Strafprozeßordnung*. Heidelberg.
- Petersen, P., Coe, W. C., Crockford, M. & Decker, S. (1991). *Hypnotic sequelae revisited*. Paper presented at the 99th annual convention of the American Psychological Association, San Francisco.
- Peterson, C., Parson, T. & Dean, M. (2004). Providing misleading and reinstatement information a year after it happened: Effects on long-term memory. *Memory*, 12(1), 1–13.
- Pettinati, H. M. & Evans, F. J. (1976). Repression or enhancement and the selective recall during posthypnotic amnesia of passed and failed experiences. Paper read at Social, Clinical and Experimental Hypnosis. Philadelphia.
- Pettinati, H. M., Evans, F. J., Orne, E. G. & Orne, M. T. (1981). Restricted use of success cues in retrieval during posthypnotic amnesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(4), 345–353.
- Pettinati, H. M., Hörne, R. L. & Staats, J. M. (1985). Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Archives of General Psychiatry*, 42(10), 1014–1016.
- Pettinati, H. M., Kogan, L. G., Evans, F. J., Wade, J. H., Hörne, R. L. & Staats, J.M. (1990). Hypnotizability of psychiatric inpatients according to two different scales. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 69–75.
- Petty, G. L. (1976). Desensitization of parents to temper tantrum behavior. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 95–97.
- Petzold, C. (1981). Erickson and Ellis: An elegant integration based on the innovative techniques on both. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology. Methods and Therapy*, 27(1), 27–34.
- Pezdek, K., Blandon-Gitlin, I. & Gabbay, P. (2006). Imagination and memory: Does imagining implausible events lead to false autobiographical memories? *Psychological Bulletin Review*, 15(5), 764–769.
- Pfeifer, J. H., Lieberman, M. D. & Dapretto, M. (2007). »I know you are but what am I?«: Neural bases of self- and social knowledge in children and adolescents. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 1323–1337.
- Pfeiffer, D. (1987). *Karlsruher Kommentar zur Strafprozeßordnung und zum Gerichtsverfassungsgesetz mit Einführungsgesetz*. München: Beck.
- Pfungst, O. (1965). *Clever Hans. The horse of Mr. van Osten*. R. Rosenthal (Ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Phillips, M. (1997). Spinning straw into gold: Utilization of transference resources to strengthen the hypnotic relationship. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 118–129.
- Phillips, M. (2000). Strengthening, observing and experiencing ego functions through Ego-State Therapy. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(1), 4–14.
- Phillips, M. (2001a). Ericksonian approaches to dissociative disorders. In B. B. Geary & J. Zeig (Eds.), *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy* (pp. 313–332). Phoenix, AZ: The Milton H. Erickson Foundation Press.
- Phillips, M. (2001b). Potential contributions of hypnosis to ego-strengthening procedures in EMDR. *Eye Movement Reprocessing. American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 247–262.
- Phillips, M. (2004). Joan of Arc meets Mary Poppins: Maternal re-nurturing approaches with male patients in Ego-State-Therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 3–12.
- Phillips, M. & Frederick, C. (1995). *Healing the divided self. Clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions*. New York: W. W. Norton & Co.
- Piaget, J. (1962). *Plays, dreams and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Piaget, J. (1988). *Das Weltbild des Kindes*. (Erstauf. 1965). München/Stuttgart: Klett-Cotta.
- Picano, F. (1988). *Hypnose*. München: Knauer.

- Piedmont, R. L. (1981). Effects of hypnosis and biofeedback upon the regulation of peripheral skin temperature. *Perceptual and Motor Skills*, 53(3), 855–862.
- Piesbergen, C. & Peter, B. (2005a). Ergebnisse zum Verlauf des arteriellen Blutdrucks in Hypnose. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 16(1), 52–69.
- Piesbergen, C. & Peter, B. (2005b). Was messen Suggestibilitätskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Hypnose*, 0(1+2), 139–159.
- Pittler, M. H. & Ernst, E. (2005). Complementary therapies for reducing body weight: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1030–1038.
- Platonow, K. I. (1959). The word as a physiological and therapeutic factor. Moscow: Foreign Languages Publishing House.
- Poe, E. A. (1858). The facts in the case of Mr. Valdemar. *The American Review*, December 1845. Mesmerism in Articulo Mortis. An astounding and horrifying narrative, showing the extraordinary power of Mesmerism in arresting the progress of death. London: Short & Co.
- Pöhl, M., Bichler, K., Wicke, V., Dörner, V. & Feichtinger, W. (1999). Psychotherapeutic counseling and pregnancy rates in vitro fertilization. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics*, 16(6), 302–305.
- Polaner, D. M. (2001). Sedation-analgesia in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*, 49(3), 695–714.
- Polczyk, R. & Pasek, T. (2006). Types of suggestibility: Relationship among compliance, indirect, and direct suggestibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 392–415.
- Polk, W. M. (1983). Treatment of exhibitionism in a 38 year old male by hypnotically assisted covert sensitization. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31(3), 132–138.
- Poole, D. A. & Lindsay, D. S. (2001). Children's eyewitness reports after exposure to misinformation from parents. *Journal of Experimental Psychology and Application*, 7(1), 27–50.
- Poon, M. (2009). Hypnosis for complex trauma survivors: Four case studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(3), 263–271.
- Pope, K. S. & Brown, L. S. (1996). Recovered memories of abuse. Washington, DC: American Psychological Association.
- Porro, C. A. & Carli, G. (1988). Immobilization and restraint effects on pain reactions in animals. *Pain*, 32(3), 289–307.
- Porter, S., Taylor, K., Ten Brinke, L. (2008). Memory for media: Investigation of false memories for negatively and positively charged public events. *Memory*, 18(6), 685–666.
- Posner, I. & Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25–42.
- Posner, M. I. & Rothbart, M. K. (2007). Research on Attention networks as a model for the integration of psychological science. *Annual Review of Psychology*, 58, 1–23.
- Powell, D. H. (1995). What we can learn from negative outcome in therapy: The case of Roger. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5(2), 133–144.
- Powell, R. A. & Gee, T. L. (2000). The effects of hypnosis on dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. Reply. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(9), 848–849.
- Powers, E. M. (1972). The effect of experimenter attitude, type of instruction, and method of representation on the performance of hypnotic behavior. Master thesis, University of New Hampshire.
- Prado, F. N. (1988). Hypnosis history in Mesopotamia archaeology. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.19.8.1988, Den Haag.
- Priever, W. (1890). *Der Hypnotismus. Vorlesungen, gehalten an der K. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Price, D. (2000). Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of hypnotic analgesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 46–51.
- Price, R. (1987). Hypnotherapy in the control of eat aplexy in a narcoleptic subject. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 201–205.
- Prior, A., Colgan, S. M. & Whorwell, P. J. (1990). Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 31(8), 896–898.
- Prior, M. (1990). Die therapeutische Nutzung des Symptoms als Zielbild- und Ressourcengenerator. *Hypnose und Kognition*, 7(2), 41–50.
- Prior, M. (1991). Ericksonsche Hypnose in der Behandlung von Klienten mit Prüfungsangst. *Hypnose und Kognition*, 8(2), 57–67.
- Pronko, N. J. & Hill, H. (1963). A study of differential stimulus function in hypnosis. In M. V. Kline (Ed.), *Clinical correlations of experimental hypnosis*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Protinsky, H. & Kersey, B. (1983). Hypnotic intervention in strategic family therapy. *International Journal of Family Psychiatry*, 4(2), 83–93.
- Pryor, K. (1999). *Don't shoot the dog*. (2nd ed.). Waltham, MA: Karen Pryor's Clickertraining and Sunshine Books.
- Pschyrembel, W., Strauss, G. & Pretti, E. (Hrsg.) (1998). *Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomica Anatomica* (258. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Pukall, C., Kandyba, K., Amsel, R., Khalijé & Binik, Y. (2007). Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: A preliminary investigation. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(2), 417–425.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Putnam, W. H. (1979). Hypnosis and distortion in eye witness memory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(4), 437–448.
- Putz, G., Bertolucci, F., Raabe, T., Zars, T. & Heisenberg, M. (2004). The S6KII (rsk) gene of *Drosophila melanogaster* differentially affects an operant and a classical learning task. *Journal of Neurosciences*, 24(44), 9745–9751.
- Puyn, P. K. & Kim, Y. J. (2009a). Experimental production of past-life memories in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 269–278.
- Puyn, P. K., Kim, Y. J. (2009b). Norms of the Korean version of the Harvard Group Scale of Hypnotic susceptibility Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 117–126.
- Puységur, Armand-Marc-Jaques des Casrtenet de (1786). *Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du Magnétisme Animal*. Londres.
- Pylyshy, Z. (2003). Return of the mental image: Are there really pictures in the brain? *Trends in Cognitive Science*, 7(3), 113–118.
- Quinn, S. O. (2007). How southern New England became magnetic north: the acceptance of animal magnetism. *History of Psychology*, 10(3), 231–248.
- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. & Carrigan W. F. (1980). Biofeedback and signalled punishment in the modification of inappropriate sexual age preference. *Behavior Therapy*, 11, 567–576.
- Rademaker, M., Garioch, J. J. & Simpson, N. B. (1989). Acne in schoolchildren: no longer a concern for dermatologists. *British Medical Journal*, 298(6682), 1217–1219.
- Radil, T., Snyderova, L., Hacik, L., Pfeiffer, J. & Votava, J. (1988). Attempts to influence movement disorders in hemiparetics. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. Supplement, 17, 157–161.

- Radtke, H. L. & Spanos, N. P. (1982). The effect of rating scale descriptors on hypnotic depth reports. *Journal of Psychology*, 3, 235–245.
- Raginsky, B. B. (1959). Temporary cardiac arrest induced under hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7(2), 53–68.
- Raginsky, B. B. (1967). Rapid regression to the oral and anal levels through sensory hypnoplasy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17, 119.
- Rainville, P., Bao, Q. V. & Chrétien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118(3), 306–318.
- Rainville, P., Bushnell, M. C. & Duncan, G. H. (2001). Representation of acute and persistent pain in the human CNS: Potential implications for chemical intolerance. In B. A. Sorg & I. R. Bell (Eds.), *The role of neural plasticity in chemical tolerance*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 933 (pp. 130–141). New York: New York Academy of Sciences.
- Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R. K., Bushnell, M. C. & Duncan, G. H. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82, 159–171.
- Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B. & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277, 968–971.
- Rainville, P., Hofbauer, R. K., Paus, T., Duncan, G. H., Bushnell, M. C. & Price, D. D. (1999). Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *Journal of Cognitive Neurosciences*, 11, 110–125.
- Rainville, P. & Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(2), 105–129.
- Rajaram, S. (2011). Collaboration both hurts and helps memory: A cognitive perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 20(2), 76.
- Rajecki, D. W., Lamb, M. E. u. Obmascher, P. (1978). Toward a general theory of infantile attachment: A comparative review of aspects of the social bond. *Behavior, Brain and Science*, 3, 417–464.
- Ramachandran, V. S., Hirstein, W. (1997). Three laws of qualia: What neurology tells us about the biological functions of consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 4, 429–457.
- Ramachandran, V. S. & Rogers-Ramachandran, D. (2000). Phantom limbs and neuronal plasticity. *Archives of Neurology*, 57(3), 317–320.
- Ramos, C., Leite-Passini, R., Monassi, R. & Menescal-de-Oliveira, L. (1999). Role of the amygdaloid nuclei in the modulation of tonic immobility in guinea pigs. *Physiology & Behavior*, 1999, 67(5), 717–724.
- Ramsay, D. S., Weinstein, P., Milgrom, P. & Getz, T. (1987). Problematic gagging: Principles of treatment. *Journal of the American Dental Association*, 114, 178–183.
- Ramsay, R. W. (1976). A case study in bereavement therapy. In H. J. Eysenck (Ed.), *Case studies in behaviour therapy*. London: Routledge & Kegan.
- Randi, J. (1987). *Flinn Flam Psychics, ESP, unicorns, and other delusions*. Buffalo: Prometheus.
- Rapaport, D. (Ed.) (1951). *Organization and pathology of the thought*. New York: Columbia University Press.
- Rapkin, D. A., Straubing, M. & Holroyd, J. C. (1991). Guided imagery, hypnosis and recovery from head and neck cancer surgery: An exploratory study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(4), 215–226.
- Raskin, N. H. & Appenzeller, O. (1982). *Kopfschmerz*. Stuttgart: Fischer.
- Raskin, R., Raps, C., Luskin, F., Carlson, R. & Cristal, R. (1999). Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension. *Stress Medicine*, 15(4), 243–247.
- Ratner, H., Gross, L., Casas, J. & Castells, S. (1990). A hypnotherapeutic approach to the improvement of compliance in adolescent diabetics. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(3), 154–159.
- Raven, J. (1981). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. Research Supplement No. 1: The 1979 British Standardisation of the Standard Progressive Matrices and Mill Hill Vocabulary Scales, Together With Comparative Data From Earlier Studies in the UK, US, Canada, Germany and Ireland. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Ray, W. J., Mikuteit, A., Bongartz, W. & Elbert, T. (2002). High resolution EEG indicators of pain responses in relation to hypnotic susceptibility and suggestion. *Biology and Psychology*, 60(1), 17–36.
- Ray, W. J. & Tucker, D. M. (2003). Evolutionary approaches to understanding the hypnotic experience. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(3), 256–281.
- Ray, W. J., Sabsevit, D., DePascalis, V., Quigley, K., Aikins, D. & Tubbs, M. (2000). Cardiovascular reactivity during hypnosis and hypnotic susceptibility: Three studies of heart rate variability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(1), 22–31.
- Raz, A. (2005). Attention and hypnosis: Neural substrates and genetic associations of two converging processes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(2), 237–258.
- Raz, A. (2007a). Comment: American Journal of Clinical Hypnosis, 2007 Jul; 50(1); 37–47. Hypnobio: perspectives on hypnosis and placebo. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(1), 29–36.
- Raz, A. (2007b). Suggestibility and hypnotizability: Mind the gap. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(3), 205–210.
- Raz, A. (2008). Genetics and neuroimaging of attention and hypnotizability may elucidate placebo. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 99–116.
- Raz, A. (2011). Does neuroimaging of suggestion elucidate hypnotic trance. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 363–377.
- Raz, A., Fan, J. & Posner, M. I. (2005). Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(28), 9978–9983.
- Raz, A., Fan, J. & Posner, M. I. (2006). Neuroimaging and genetic associations of attentional and hypnotic processes. *Journal of Physiology Paris*, 99(4–6), 483–491.
- Raz, A., Fossella, J. A., McGuinness, P., Zephrani, Z. R. & Posner, M. I. (2004). Neuronale Korrelate und genetische Zusammenhänge von Aufmerksamkeits- und hypnotischen Phänomenen. *Hypnose und Kognition*, 21(1+2), 79–92.
- Raz, A., Keller, S., Norman, K. & Senechel, D. (2007). Elucidating Tourette's syndrome: Perspectives from hypnosis, attention and self-regulation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(4), 289–309.
- Raz, A., Kirsch, I., Pollard, J. & Nitkin-Kaner, Y. (2006). Suggestion reduces the Stroop effect. *Psychological Sciences*, 17(2), 91–95.
- Raz, A., Landzberg, K. S., Schweizer, H. R., Zephrani, Z. R., Shapiro, T., Fan, J. & Posner, M. I. (2003). Posthypnotic suggestion and the modulation of Stroop interference under cyclopia. *Consciousness and Cognition*, 12(3), 332–346.
- Raz, A., Moreno-Iniguez, M., Martin L. & Zhu, H. (2007). Suggestions override the Stroop effect in highly hypnotizable individuals. *Consciousness and Cognition*, 16(2), 331–338.
- Raz, A., Zephrani, Z. R., Schweizer, H. R. & Posner, M. I. (2004). See clearly. Suggestion; hypnosis, Attention, and visual acuity.

- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 52(2), 159–187.
- Ready, D. J., Bothwell, R. K. & Grigham, J. C. (1997). The effects of hypnosis, context reinstatement, and anxiety on eyewitness memory. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(1), 55–68.
- Reaney, J., Cnag, P. & Olness, K. (1978). The use of relaxation and visual imagery in children with asthma. *Proceedings of the Ambulatory Pediatric Association*.
- Redd, W. H. & Andresen, G. V. (1981). Conditioned aversion in cancer patients. *Behavior Therapist*, 4(2), 34.
- Redd, W. H. & Andrykowsky, M. A. (1982). Behavioral Intervention in cancer treatment: Controlling aversion reactions to chemotherapy. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 50(6), 1018–1029.
- Reddemann, L. (2007). Ego states und Traumatherapie. *Hypnose*, 2(1–2), 101–115.
- Reddemann, L. (2008). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren (6. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Redlich, A. D. & Goodman, G. S. (2003). Taking responsibility for an act not committed: The influence of age and suggestibility. *Law and Human Behavior*, 27(2), 141–156.
- Reed, B. D. (2006) Vulvodynia: diagnosis and management. *American Family Physician*, 73(7), 1231–8.
- Reed, G. F. (1977). The obsessional-compulsive experience: A phenomenological reemphasis. *Philosophy and Phenomenological Research*, 37, 381–384.
- Rees, G., Russell, C., Frith, C. D. & Driver, J. (1999). Inattentional blindness versus inattentional amnesia for fixated but ignored words. *Science*, 286, 2504–2507.
- Rees, L. (1957). An aetiological study of urticaria and angioneurotic oedema. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 172.
- Register, P. A. & Kihlstrom, J. F. (1987). Hypnotic effects on hypermnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(3), 155–170.
- Reich, B. A. (1989). Noninvasive treatment of vascular and muscle contraction headache: A comparative longitudinal clinical study. *Headache*, 29(1), 34–41.
- Reid, W. H., Ahmed, I. & Levie, C. A. (1981). Treatment of sleepwalking: A controlled study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 27–37.
- Reiff, R. & Scheerer, M. (1959). Memory and hypnotic age regression. New York: International Universities Press.
- Reinders, M., Hoogduin, C. A. L., Speelman, M., Horstink, M. & Roos, R. (1996). Die Effekte von Hypnose und Verhaltenstherapie bei Torticollis spasticus. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 12(2), 113–121.
- Reinders, M. J. & Hansen, A. M. D. (1991). Hypnosis in the treatment of writer's cramp. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(1), 45–51.
- Reindl, V. (1986). Selbsthypnose in der Zahnmedizin. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 2(2), 143–147.
- Reinecker, H. (1986). Methoden der Verhaltenstherapie. In T. Heyden, H. Reinecker, D. Schulte & H. Sorgatz (Hrsg.), *Verhaltenstherapie Theorien und Methoden* (S. 147–333). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Reinecker, H. (1999). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In H. Reinecker, M. Borg-Laufs, U. Ehler, D. Schulte, H. Sorgatz & H. Vogel (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 87–146). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Reinecker, H. (1999). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT.
- Reinecker, H. (2005). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Reinhard, J., Hüsken-Janssen, H., Hatzmann, H. & Schiermeier, S. (2009). Veränderungen des Gefäßwiderstandes in der Arteria umbilicalis, der fötalen Bewegungen und der Herzvariation durch Hypnose – vorläufige Ergebnisse. *Zeitschrift für Neonatologie und Geburtshilfe*, 213(1), 23–26.
- Reinhard, J., Hüsken-Janssen, H., Hatzmann, H. & Schiermeier, S. (2010). Hypnotherapie, Schwangerschaftsalter und Auftreten von Frühgeburten. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 214(3), 82–87.
- Reiser, J., Peter, B., Olbrich, E., Sprinkart, K.-P., Leiberich, P. & Müller, M. (1993). Hypnotherapie bei HIV- und Aids-Patienten. *Hypnose und Kognition*, 10(2), 70–85.
- Reiser, M. (1980). *Handbook of investigative hypnosis*. Los Angeles: LEHI.
- Renarzt, G. (1996). Das Unbewußte weiß, was zu tun ist. Eine Falldarstellung: Eine Libidostörung und eine prämenstruelle Migräne lösen sich unter Hypnose. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 12(2), 123–136.
- Renaud-Smulders, M. & Hoencamp, E. (1988). Therapy or interrogation the use of hypnosis in a police investigation. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 15(2), 68–74.
- Repka, R. J. & Nash, M. R. (1995). Hypnotic responsivity of the deaf: The development of the University of Tennessee Hypnotic Susceptibility Scale for the Deaf. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(3), 316–331.
- Revenstorff, D. (1985). Kritik der »Struktur der Magie«. In B. Peter (Hrsg.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton Erickson: Grundlagen und Anwendungsfelder* (S. 238–270). München: Pfeiffer.
- Revenstorff, D. (Hrsg.) (1990). *Klinische Hypnose*. Berlin: Springer.
- Revenstorff, D. (1998). Hypnotherapie. In S. Sulz (Hrsg.), *Kurz- Psychotherapien. Wege in die Zukunft der Psychotherapie*. (S. 115–131). CIP-Medien, München.
- Revenstorff, D. (1999a). Klinische Hypnose. Gegenwärtiger Stand der Theorie und Empirie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49(1), 5–13.
- Revenstorff, D. (1999b). Therapieziele in der Hypnotherapie. In H. R. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele. Hogrefe: Göttingen*.
- Revensdorf, D. (2005). Hypnotherapie zwischen Professionalität und Show. *Psychotherapie im Dialog*, 6(2), 175–179.
- Revenstorff, D. (2011). Schaden durch Hypnose. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 6(1+2), 141–164.
- Revenstorff, D., Freund, U. & Trenkle, B. (2001). *Therapeutische Geschichten und Metaphern*. In D. Revenstorff, B. Peter (Hrsg.), *Hypnose und Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 240–268). Berlin: Springer.
- Revenstorff, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.
- Revenstorff, D. & Zeyer, D. (2001). Hypnose lernen. Leistungssteigerung und Streßbewältigung durch Selbsthypnose (4. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Revenstorff, D. et al. (2006). Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (§ 11 Psychotherapiegesetz). *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1(1+2).
- Rhue, J. W. & Lynn, S. J. (1987). Fantasy proneness, hypnotisability, and absorption: A re-examination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 100–106.
- Rhue, J. W. & Lynn, S. J. (1991). Storytelling. Hypnosis and the treatment of sexually abused children. *International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 39(4), 198–214.
- Rhue, J. W. & Lynn, S. J. (2001). Hypnosis and storytelling in the treatment of child abuse: Strategies and Procedures. In J. W. Rhue,

- S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 455–478). Washington: American Psychological Association.
- Richards, J. M. & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory. The cognitive cost of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410–424.
- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K. & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402–412.
- Riebensahm, H. (1990). Hypnotherapie bei einem Fall von überhöhtem Alkoholkonsum. *Hypnose und Kognition*, 7(2), 51–60.
- Riechers, G. (1995). Coping beim Prämenstruellen Syndrom und der Primären Dysmenorrhoe. Eine empirische Studie über angewandte Bewältigungsstrategien. Mannheim: Universität, Fakultät für Philosophie, Psychologie und Erziehungswissenschaften, Dissertation.
- Rienhoff, S. & Rienhoff, J. (2011). Hypnose bei Behandlungen unter Sedierung und Vollnarkose in der Kinderzahnheilkunde. *Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 17(1), 8–13.
- Rinpoche, B. (1981) (Commentary). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1033–1044.
- Ritterman, M. K. (1982). Hemophilia in context: Adjunctive hypnosis for families with a hemophiliac member. *Family Process*, 21(4), 469–476.
- Ritterman, M. K. (1985). Hypnostrukturelle Familientherapie. *Hypnose und Kognition*, 2(1), 27–41.
- Ritthaler, L. & Kaufmann, C. (2008). Hypnotisch induzierte Hypermnesie. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 2, 18–19.
- Ritzman, T. A. (1983). Pain as assurance of life. *Medical Hypnoanalysis*, 4(1), 223–230.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor Cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131–141.
- Robazza, C. & Bortoli, L. (1995). A case study of improved performance in archery using hypnosis. *Perceptual and Motor Skills*, 81(3 Pt2), 1364–1366.
- Robazza, C., Robazza, C. & Bortoli, L. (1995). A case study of improved performance in archery using hypnosis. *Perceptual and Motor Skills*, 81(3), 1364–1366.
- Robb, N. D. & Crothers, A. J. (1996). Sedation in dentistry: Part 2: Management of the gagging patient. *Dental Update*, 23(5), 182–186.
- Roberts, A. H., Kewman, D. G. & MacDonald, H. (1973). Voluntary control of skin temperature: Unilateral changes using hypnosis and feedback. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 163–168.
- Roberts, K. & Wagstaff, G. F. (1996). The effects of beliefs and information about hypnosis on the legal defence of automatism through hypnosis. *Psychology, Crime and Law*, 2, 259–268.
- Robertson D. (2009a). The discovery of hypnosis – Braid's lost manuscript. »On hypnotism« (1860): A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 127–132.
- Robertson, D. (2009b). »On hypnotism« (1860) De l'hypnotisme. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 133–161.
- Robertson, M., Humphrey, L. & Ray, R. (2004). Psychological treatments for posthypnotic stress disorder: Recommendations for the clinical based on a review of the literature. *Journal of Psychiatry and Praxis*, 10(2), 106–118.
- Robertson, R. E. (2010). Hypnosis for pain: Live versus audio recorded inductions. *Dissertation Abstracts*, Sect. B., 71(a-B), 2010, pp. 2698.
- Robin, B. R., Kumar, V. K. & Pekala, R. J. (2005). Direct and indirect scales of hypnotic susceptibility: Resistance to therapy and psychometric comparability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(2), 135–147.
- Robinson, R. C., Crasilneck, H., Garofalo, J. P. & Whitfill, T. (2006). Examining sympathetic nerve activity with microneurography during hypnosis: Untangling the effects of central command. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 448–456.
- Roccella, L. (1983). Sviluppo e ingrossamento delle mammelle a mezzo ipnosi. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 24 (34), 345–350.
- Roden, R. G. (1983). Threatening homosexuality: A case treated by hypnosis. *Medical Hypnoanalysis*, 4(4), 166–169.
- Röder, C. H., Michal, M., Overbeck, G., van de Ven, V. G. & Linden, D. E. (2007). Pain responses in depersonalization: A functional imaging study using hypnosis in healthy subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(2), 115–121.
- Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. & Hodel, B. (2008). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Roediger, H. L. III, & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition*, 21, 803–814.
- Roehrs T., Vogel, G., Vogel, F., Wittig, R., Zorick, F., Paxton, C., Lamphere, J. & Roth, T. (1985). Eligibility requirements in hypnotic trials. *Sleep*, 8(1), 34–39.
- Roelfs, K., Keijsers, G. P., Hoogduin, K. A., Naring, G. W. & Moene, F. C. (1992). Childhood abuse in patients with conversion disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1908–1913.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consultant Psychology*, 22, 95–103.
- Rogers, C. R. (1973). Die klientenbezogene Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
- Rogers, C. R. & Skinner, B. F. (1956). Some issues concerning the control of human behavior: A symposium. *Science*, 124, 1057–1066.
- Rogers, L. E. & Millar, F. E. (1988). Relational communication. In S. W. Duck (Ed.), *The handbook of personal relationship: Theory, research, and interventions* (pp. 289–305). Chichester, England: Wiley.
- Rooth, E. G. & Marks, I. M. (1974). Persistent exhibitionism: Short term response to aversion, self-regulation, and self-relaxation treatment. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 227–243.
- Rose, G. D. & Carlson, J. G. (1987). The behavioral treatment of Raynaud's disease: A review. *Biofeedback and Selfregulation*, 12(4), 257–272.
- Rose, N. (1991). Experts of the soul. *Psychologie und Geschichte*, 3(1/2), 91–99.
- Rosen, G., Willoch, F., Bartenstein, P., Berner, N. & Rosjo, S. (2001). Neurophysiological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis in the clinical management: An intensive examination of two patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(1), 38–55.
- Rosen, G. M., Sageman, M. & Loftus, E. (2004). A historical note on false traumatic memories. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 137–139.
- Rosen, H. (1956). Hypnosis, mental hygiene and the dentist-hypnotist. Presented at the annual meeting of the American Dental Association meeting, N.J.
- Rosen, H. (1976). Hypnosis and drug abuse in sports. In T. T. Craig (Ed.), *The humanistic and mental health aspects of sports, exercise and research*. Chicago: American Medical Association, Chicago.

- Rosenthal, R. (1991). Teacher expectancy effects. A brief update 25 years after the Pygmalion experiment. *Journal of Research in Education*, 1, 3–12.
- Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupil's intellectual development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Roskar, E. & Pajntar, M. (1982). Treatment of urinary incontinence by means of hypnosis. Paper of 9th International Congress on Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Glasgow.
- Roskar, E., Pajntar, M., Vodovnik, L. & Gros, N. (1978a). Neuromuscular activity of hemiparetic extremity in hypnosis. Report, 1st European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, Maimo, Abstracts, 35–36.
- Roskar, E., Pajntar, M., Vodovnik, L. & Gros, N. (1978b). Improved neuromuscular activity of hemiparetic extremity due to hypnosis. In *Advances in external control of human extremities*, 257–268.
- Roskies, E. & Lazarus, R. S. (1980). Coping theory and the teaching of coping skills. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine* (pp. 38–69). Changing Health Lifestyles. New York: Brunner Mazel.
- Ross, A. O. & Petermann, F. (1987). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Ross, U. H., Lange, O., Unterrainer, J. & Laszig, R. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: effects of a 28-day inpatient multimodal treatment concept measured by Tinnitus-Questionnaire and Healt Survey SF-36. *Erupean Archives of Othorhinolaryngology*, 264(5), 483–488.
- Rossi, E. (1986). *The psychobiology of mind-body therapy: Ideodynamic healing in hypnosis*. New York: Norton.
- Rossi, E. (1991). *Die Geist/Körper-Kommunikation und die neuen Möglichkeiten ihrer Nutzbarmachung*. In J. Zeig (Hrsg.), *Psychotherapie – Entwicklungslinien und Geschichte*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Rossi, E. & Rossi, K. (2006). The neuroscience of observing consciousness & mirror neurons in therapeutic hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 283–278.
- Rossi, E., Rossi, K., Cozzolino, M. & Iannotti, S. (2007). Expectations of hypnosis future: A new neuroscience school of therapeutic hypnosis, psychotherapy, and rehabilitation. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 7(3), 2–8.
- Rossiter, R. R. & La Vaque, T. J. (1995). A comparison of EEG biofeedback and psychostimulants in treating attention deficit/hyperactivity disorders. *Journal of Neurotherapy*, 1, 48–59.
- Rössner, V. & Rothenberger, A. (2008). Neurobiological background of tic disorders. In T. Banaschewski & L. A. Rohde (Eds.), *Biological child psychiatry. Recent trends and developments* (pp. 95–117). Basel: Karger.
- Rössner, V., Albrecht, B., Dechent, P., Baudewig, J. & Rothenberger, A. (2008). Normal response inhibition in boys with Tourette syndrome. *Behavioral and Brain Functions*, 4(29), 32.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Roth, G. (2011). *Bildung braucht Persönlichkeit. Wie Lernen gelingt*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rothbauer, J. & Bongartz, W. (1998). Der Einfluss von Hypnose und Stress auf den Verlauf allergischer Reaktionen: Eine Replikation. *Hypnose und Kognition*, 15(1–2), 43–55.
- Röthlisberger, C., Calmonte, R. & Seiler, R. (1997). Sport, Stress und emotionaler Rückhalt als Determinanten von Gesundheits- und Lebenszufriedenheit bei Adoleszenten. Eine zweijährige Longitudinalstudie. *Psychologie und Sport*, 4(3), 92–101.
- Rothman, L., Carroll, M. & Rothmann, F. D. (1976). Homework and self-hypnosis: The conditioning therapies in clinical practice. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and behavior therapy* (pp. 244–270). Springfield: C. C. Thomas.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.
- Rubichi, S., Ricci, F., Padovani, R. & Scaglietti, L. (2005). Hypnotic susceptibility, baseline attentional functioning, and the Stroop task. *Conscious Cogn* 14(2), 296–303.
- Rubin, L. J. (1996). Childhood abuse: False accusations of »false memory«? *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 447–451.
- Rubin, M. R. (1972). Verbally suggested responses for reciprocal inhibition of anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 273–277.
- Ruch, J. C. (1975). Selfhypnosis: The result of hetero hypnosis or vice versa. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 282–304.
- Rucklidge, J. J. & Saunders, D. D. (2002). The efficacy of hypnosis in the treatment of pruritus in people with HIV/AIDS: A time-series analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 50(2), 149–169
- Ruddy, R. & House, A. (2005). Psychosocial interventions for conversion disorders. *Cochrane Database Systematic Review*, 19(4), CD005331.
- Rudski, J. M., Marra, L. C. & Graham, K. R. (2004). Sex differences on the HGSHS:A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 39–46.
- Ruoß, M. (1998). *Wirksamkeit und Wirkfaktoren psychologischer Schmerztherapie: Eine Übersicht*. *Verhaltenstherapie*, 8(1), 14–25.
- Rupolo, G., Agni, M., Sabbadin, E., Caucci, S., Pilotto, E., Recano, E. & de Bertolini, C. (1997). Treating myopia with acoustic biofeedback: a prospective study on the evolution of visual acuity and psychological distress. *Psychosomatic Medicine*, 59, 313–317.
- Rupp, H. G. (1984). *Soziale Kompetenz im Alter: Selbstsicherheit und Selbstsicherheitstraining bei alleinstehenden Frauen*. Münster: Lit Verlag.
- Russell, D. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7, 133–146.
- Russel, R. A. (1984). The efficacy of hypnosis in the treatment of learning problems in children. *International Journal of Psychosomatics*, 31(1), 23–32.
- Ruysschaert, N. (2000). Self-hypnosis to modulate the stress response. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(4), 202–208.
- Ruysschaert, N. (2009). (Self) Hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: Theory and induction. *Contemporary Hypnosis*, 26(3), 159–172.
- Rzylka-Smith, P., Barabasz, A., Barabasz, M. & Warner, D. (1995). Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(1), 71–79.
- Sacerdote, P. (1971). The theory and practice of pain control in malignancy and other protracted or recurring painful illness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(3), 160–180.
- Sacerdote, P. (1978). Teaching self-hypnosis to patients with chronic pain. *Journal of Human Stress*, 4, 18–21.
- Sacerdote, P. (1981). Teaching self-hypnosis to adults. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(3), 282–299.
- Sacerdote, P. (1990). An analysis in induction procedures in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12, 236–253.
- Sachs, B. C. (1982). Hypnosis in psychiatry and psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 23(5), 523–525.

- Sackheim, H. A., Paulus, D. & Weiman, A. L. (1979). Classroom seating and hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 81–84.
- Sadler, P. & Woody, E. Z. (2006). Does the more vivid imagery of high hypnotizables depend on greater cognitive effort? A test of dissociation and social-cognitive theories of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 372–391.
- Sala, J., Cardeña, E., Holgado, M. C., Anez, C., Pérez, P., Perinan, R., Capafons, A. (2008). The contributions of Ramon y Cajal and other Spanish authors to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(4), 361–372.
- Saletu, A., Knaus, A., Gritsch, F., Gruber, G., Anderer, P. & Walter, H. (2002). Vergleichende Untersuchungen von Hypnose mit Hilfe einer CD versus Life-Hypnose in der zahnärztlichen Behandlung. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 167–175.
- Salk, L., Hilgartner, M. & Grannick, G. (1972). The psychosocial impact of hemophilia on the patient and his family. *Social Sciences and Medicine*, 6, 491–505.
- Salter, A. (1949/1961). *Conditioned reflex therapy*. New York: Capricorn.
- Sampson, R. N. (1990). Hypnotherapy in a case of pruritus and Guillain-Barre syndrome. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(3), 168–173.
- Samules, N. (2005). Integration of hypnosis with acupuncture: Possible benefits and case examples. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(4), 243–248.
- Sanborn, P. A., Michna, E., Zurakowsky, D., Burrows, P. E., Fontaine, P. J., Connor, L. & Mason, K. P. (2005). Adverse vascular and respiratory events during sedation of pediatric patients for imaging examination. *Radiology*, 237, 288–294.
- Sanders, L. B. & Reyher, J. (1969). Sensory deprivation and the enhancement of hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 373–381.
- Santarcangelo, E. L., Scattina, E., Carli, G., Marcerata, A. & Manzoni, D. (2008). Hypnotizability-dependent modulation of postural control: Effects of alteration of the visual and leg proprioceptive inputs. *Experimental Brain Research*, 119(3), 331–340.
- Santarpia, A., Blanchet, A., Mininni, G., Andrasik, F., Kwiatkowski, F. & Lambert, J. F. (2010). Effects of weight-related literal and metaphorical suggestions about the forearms during hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 350–365.
- Sapp, M. (1995). Hypnosis: Applications for clients with physical disabilities who are seeking supported employment. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 16(1), 1–7.
- Sarbin, T. R. (1950a). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior. *Psychological Review*, 57, 255–270.
- Sarbin, T. R. (1950b). Mental age changes in experimental regression. *Journal of Personality*, 19, 221–228.
- Sarbin, T. R. (1997). Hypnosis as a conversation: »Believed-In Imaginings« revisited. *Contemporary Hypnosis*, 14(4), 203–215.
- Sarbin, T. R. (2002). Dialogical components in theory-building: Contributions of Hilgard, Orne and Spanos. *Contemporary Hypnosis*, 19(4), 190–197.
- Sarbin, T. R. (2005). Reflections on some unresolved issues in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(2), 119–134.
- Sarbin, T. R. & Coe, W. C. (1972a). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Sarbin, T. R. & Coe, W. C. (1972b). *Hypnotic behavior: The psychology of influence communication*. New York: Holt.
- Sarbin, T. R. & Lim, D. T. (1963). Some evidence in support of the role-taking hypothesis in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11, 98–103.
- Sarbin, T. R. & Slagle, R. (1979). Hypnotic and psychophysiological outcomes. In E. Fromm & R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 273–304). New York: Aldine.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, M., Wittchen, H. U., Zaudig, K. & Köhler, K. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-II-R. Deutsche Bearbeitung*. Weinheim: Beltz.
- Sawamoto, N., Honda, M., Okada, T., Hanakawa, T., Kanda, M., Fukuyama, H., Konishi, J. & Shibasaki, H. (2000). Expectation of pain enhances responses to nonpainful somatosensory stimulation in the anterior cingulate cortex and parietal operculum/posterior insula: An event-related functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Neurosciences*, 20, 7438–7445.
- Scagnelli, J. (1976). Hypnotherapy with schizophrenic and borderline patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19(1), 33–38.
- Scagnelli, J. (1980). Hypnotherapy with psychotic and borderline patients: The use of trance by patient and therapist. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22 (3), 164–169.
- Schachter, S. T. (1971). *Emotion. Obsession and crime*. New York: Academic Press.
- Schacter, D. L. (1990). Towards a cognitive neuropsychology of awareness: Implicit knowledge and anosognosia. *International Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 155–178.
- Schacter, D. L. (2001). *The seven sins of memory: How the mind forgets and remembers*. New York: Houghton Mifflin.
- Schacter, D. L., Chiu, C.-Y. P. & Ochsner, K. N. (1993). Implicit memory. *Annual Review of Neurosciences*, 16, 159–182.
- Shade, B. & Harschnek, M. (2000). Die BGH-Entscheidung im Rückblick auf die Wormser Missbrauchsprozesse. Konsequenzen für die Glaubwürdigkeitsbegutachtung aus der Sicht des psychologischen Gutachters und des Strafverteidigers. *Praxis der Rechtspsychologie*, 10(1), 28–47.
- Schädel, B. & Weber, J. (1987). Zur interaktiven Behandlung pathologischer Angst und angstbedingter psychosomatischer Beschwerden mit Stereo-Tiefensuggestion und Buspiron. Unveröff. Manuskript, Recklinghausen.
- Schafer, D. (1997). Hypnosis and the treatment of ulcerative colitis and Crohn's disease. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 111–117.
- Schafer, D. W. (1991). The hypnotherapy of irresistible impulse disorder – a case of pedophilia. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(1), 4–7 (1991).
- Schaffer S. (2010). The astrological roots of mesmerism. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 41(2), 158–168.
- Scharf, B. & Zamansky, H. S. (1963). Reduction of word-recognition threshold under hypnosis. *Perceptual and Motor Skills*, 17, 499–510.
- Schauble, P. G., Werner, W. E., Rai, S. H. & Martin, A. (1998). Childbirth preparation through hypnosis: the hypnoreflexogenic protocol. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(4), 273–283.
- Schefflin, A. W., Spiegel, H. & Spiegel, D. (1999). Forensic use of hypnosis. In A. S. Hess & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of forensic Psychology*, 2nd Ed. (pp. 474–498). New York: John Wiley & Sons.
- Schenck, C. H. & Mahowald, M. W. (1995). Two cases of premenstrual sleep terrors and injurious sleep-walking. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16(2), 79–84.

- Schenk, P. W. (1999). The benefits of working with a »dead« patient: Hypnotically facilitated pseudo near-death experience. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(1), 36–49.
- Schiff, E., Gurgevich, S. & Caspi, O. (2007). Potential synergism between hypnosis and acupuncture – Is the whole more than the sum of its parts? *Evidence Based Complementary Alternative Medicine*, 4(2), 233–240.
- Schilder, P. & Kauders, O. (1926). *Lehrbuch Hypnose*. Wien: Julius Springer.
- Schilder, P. & Kauders, O. (1956). *A textbook of hypnosis*. New York: International Universities Press.
- Schillebeeckx, E. (1975). *Jesus. Die Geschichte von einem Lebenden*. Freiburg: Herder.
- Schirmer, A. (1990). *Respiratorische Störungen: Asthma*. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (S. 285–303). Berlin Springer.
- Schmidt, F. K. & Timens, L. J. (1991). Drawings triggered during hypnosis sessions – Improve treatment suggestions. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 18(3), 142–147.
- Schmidt, G. (1999). *Hypnotherapeutische Kompetenzentfaltung*. In Döringer-Meier, H. (Hrsg.), *Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung. Etwas mehr Spaß und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung* (S. 70–129). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, G. (2000). »Wahrgebung« aus der »inneren« und »äußeren Welt« des Therapeuten und ihre Nutzung für zielflenliche therapeutische Kooperation. *Familiendynamik*, 25(2), 177–205.
- Schmidt, G. (2005). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg.
- Schmidt, S., Wisser, R. & Heitmann, R. (1994). Psychosomatische Aspekte der fokalen Dystonie: Zwei Fallberichte. *Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychologie*, 44(7), 247–250.
- Schmidt-Wilcke, T., Wood, P. & Lürding, R. (2010). Schmerz und Aufmerksamkeit. Kognitive Defizite bei Fibromyalgiepatienten. *Der Schmerz*, 24(1), 46–53.
- Schmierer, A. (1986). Analgesie bei zahnärztlichen Eingriffen durch Hypnose. *Experimental und klinische Hypnose*, 2(1), 87–91.
- Schmierer, A. (1992, 1995). *Beim Zahnarzt ohne Streß. – Audio-cassette oder CD*. Stuttgart: Hypnos-Verlag.
- Schmierer, A. (1993). *Einführung in die zahnärztliche Hypnose*. Berlin: Quintessenz.
- Schmierer, A. (1993). *Zahnärztliche Hypnose*. Berlin: Quintessenz.
- Schmierer, A. (2001). *Zahnärztliche Problempatienten*. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (S. 625–640). Berlin: Springer.
- Schmierer, A. (2002). *Behandlung von Myoarthropathien. Ein Bericht aus der Praxis*. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 143–154.
- Schmierer, A. (2010). *Hypnose in der Zahnheilkunde*. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 5(1+2), 69–93.
- Schmierer, A., Hautkappe, H. J. & Maldoff, G. (1999). Untersuchungen zur Anwendung eines Hypnosetonbandes in einer zahnärztlichen Praxis. *Hypnose und Kognition*, 16(1+2), 111–119.
- Schmierer, A. & Kunzelmann, K.-H. (1990). *Hypnose in der Zahnheilkunde*. In D. Revenstorf (Hrsg.) *Klinische Hypnose* (S. 363–389). Berlin Springer.
- Schmierer, A. & Schmierer, G. (1995). *Entspannte Kinderbehandlung: Möglichkeiten hypnosuggestiver Kommunikation*. In H. G. Segl, H. Huppmann & G. Kreyer (Hrsg.), *Psychologische Aspekte zahnärztlicher Behandlung von Kindern* (S. 47–61). Engelsbach: Hänsel-Hohenhausen.
- Schmierer, G. (1997). *Angstabbau und Schmerzkontrolle für Kinder vor und während des Zahnarztbesuches*. In S. Mrochen, K. L. Holtz & B. Trenkle (Hrsg.), *Die Pulpille des Bettjässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* (S. 264–274). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Schmitt, G., Kammerer, E. & Harms, E. (Hrsg.) (1996). *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung. Verstehen und Bewältigen von Belastung und Bedrohung* (S. 282–291). Göttingen: Hogrefe.
- Schmitt, G. M., Koch, H. G. & Schulze-Everding, A. (1996). *Leben mit Mucoviscidose*. In G. M. Schmitt, E. Kammerer, E. & E. Harms (Hrsg.), *Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung. Verstehen und Bewältigen von Belastung und Bedrohung* (S. 185–198). Göttingen: Hogrefe.
- Schneck, C. H. & Mahowald, M. W. (1995). *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynaecology*, 16(2), 79–84.
- Schneck, J. M. (1954). *Ichthyosis treated with hypnosis. Diseases of the Nervous System*, 15, 211.
- Schneck, J. M. (1958). Relationship between hypnotist-audience and hypnotist-subject interaction. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 6, 171–181.
- Schneck, J. M. (1980). *Hypnotherapy for narcolepsy*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(2), 95–100.
- Schneider, J., Smith, C. W. & Whithers, S. (1983). *The relationship of mental imagery to white blood cell (neutrophil) function: Experimental studies of normal subjects*. Uncirculated Mimeograph, Michigan State University, College of Medicine, East Lansing, Mich.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2009). *Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Schneiderman, M. J., Leu, R. H. & Glazeski, R. C. (1987). Use of hypnosis in spasmodic torticollis: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(4), 260–263.
- Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. & Montgomery, G. H. (2009). A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 443–455.
- Schnur, J. B. & Montgomery, G. H. (2008). *Hypnosis and cognitive-behavioral therapy during breast cancer radiotherapy: A case report*.
- Schnyer, D. M. & Allen, J. J. (1995). Attention-related electroencephalographic and event-related potential predictors of responsiveness to suggested posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(3), 295–315.
- Schöbel, R. (1937). *Historischer Beitrag zur Anwendung der Hypnose in der Zahnheilkunde*. *Zahnärztliche Rundschau*, 46, 213–217.
- Schoderböck, R. (2004). *Die Behandlung von Kleinkindern mit Hypnose in der zahnärztlichen Praxis*. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 10(1), 11–16.
- Schoderböck, R. (2008). *Doppelinduktionen und Konfusionstechnik (KT)*. *Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 14(1), 6–7.
- Schoderböck, R., Splieth, C., Büniger, B., Berndt, Ch. & Pine, C. C. (2009). *Barriere bei der Zahnsanierung von Milchzähnen aus Sicht der Zahnärzte*. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 64(7), 428–435.
- Schoenberger, N. E. (1996). *Cognitive-behavioral hypnotherapy for phobic anxiety*. In S. J. Lynn, I. Kirsch & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 33–49). Washington: American Psychological Association.
- Schoenberger, N. E. (2000a). *Hypnosis in the treatment of women with anxiety disorders*. In L. M. Hornyak & J. P. Green (Eds.), *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care. Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series* (pp. 45–64). Washington: American Psychological Association.
- Schoenberger, N. E. (2000b). *Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 154–169.
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G. & Pastyrnak, S. L. (1997). *Hypnotic enhancement of a cognitive*

- behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28(1), 127–140.
- Scholz, O. B. (1998). Hirn und Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 15(1+2), 11–32.
- Scholz, O. B. (2005). Hypnose als psychotherapeutische Methode: Ergebnisse der psychologischen Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 4(1), 27–32.
- Scholz, O. B. (2009). Was erinnern Personen mit Prüfungs- und Leistungsangst von einer Posthypnose-Aufgabe (PHA)? *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 15(1), 29–50.
- Scholz, W.-U. (2000). Merkblatt Nr. 10: Hypnose. Ein suggestives Verfahren zur Entspannung und zur Förderung von psychischer Gesundheit und gesteigerter Funktionsfähigkeit. *Entspannungsverfahren*, 17, 96–100.
- Scholz, W.-U. (2001). Weiterentwicklungen in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Konzepte – Methoden – Beispiele. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Scholz, W.-U. (2003). Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie zwischen gestern und morgen. *Zeitschrift für Rational-Emotive & Kognitive Verhaltenstherapie*, 14(1), 5–47.
- Schott, H. (2004). Imagination – Einbildungskraft – Suggestion: Zur »Scharlatanerie« in der neuzeitlichen Medizin. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 27(2), 99–108.
- Schott, H. (2005). Schmerz und Magie: Der Magnetismus in der Medizin. *Hypnose*, 0(1–2), 117–126.
- Schreiber, E. H. (1997). Use of group hypnosis to improve college student's achievement. *Psychological Reports*, 80(2), 636–638.
- Schreiber, E. H., Schreiber, K. N. & Weeks, A. S. (1998). A study of hypnosis with Raynaud's disease. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26(2), 165–171.
- Schulte, D. (1996). Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1999). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In H. Reinecker, M. Borg-Laufs, U. Ehler, D. Schulte, H. Sorgatz & H. Vogel (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 45–85). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training*. Leipzig-Stuttgart: Thieme.
- Schultz, J. H. (1983). *Hypnose-Technik*. 8. Auflage, überarbeitet von R. Lohmann. Stuttgart: G. Fischer.
- Schultz-Zehden, B. (2001). Menstruation und Lebensqualität. *Psychomed*, 13(2), 112–118.
- Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 5 (1+2), 145–162.
- Schulz-Stübner, S., Krings, T., Meister, I. G., Rexx, S., Thron, A. & Rossaint, R. (2004). Clinical hypnosis modulates functional magnetic resonance imaging signal intensities and pain perception in the thermal stimulation paradigm. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 29(6), 549–556.
- Schumaker, J. (1991). *Human Suggestibility*. New York: Routledge.
- Schupp, C. J., Berbaum, K., Berbaum, M. & Lang, E. V. (2005). Pain and anxiety during interventional radiologic procedures: Effect of Patients' state anxiety at baseline and modulation by nonpharmacologic analgesia adjuncts. *J Vasc Interv Radiol* 16(12), 1585–1592.
- Schupp, C. J., Berbaum, K., Berbaum, M. & Lang, E. V. (2005). Pain and anxiety during interventional radiologic procedures: Effect of patients' state anxiety at baseline and modulation by nonpharmacological analgesia adjuncts. *Jornal of Vascular and Interventional Radiology*, 18(12), 1585–1592.
- Schütz, G. (1997). Struktur posthypnotischer Suggestionen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 13(1), 71–90.
- Schuyler, B. A. & Coe, W. C. (1989). More on volitional experiences and breaching posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(4), 320–331.
- Schwanenber, E. (1987). Suggestion as a social biasing of »meaning tests«: A Heiderian extension of the Miller, Galanter, and Pribram paradigm. Paper read at: First International Symposium on Suggestion and Suggestibility. Gießen.
- Schwanenber, E. (2000). Suggestion als sozialpsychologisches Alltagsphänomen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 16(1), 35–53.
- Schwarz, O. & Dreher, E. (1966). *Strafgesetzbuch und Nebengesetze* (Becksche Kurzkommentare). München: Beck.
- Schweizer, C. & Revenstorff, D. (2008). Raucher-Entwöhnung und Hypnotherapie. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 3(1+2), 33–56.
- Schweizer, C. C., Schlarb, A. & Revenstorff, D. (2001). Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in Gruppen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 17(1), 61–99.
- Schwickert, M., Langhorst, J., Paul, A., Michalsen, A. & Dobos, G. J. (2006). Stressmanagement bei der Behandlung der essentiellen arteriellen Hypertonie. *MMW Fortschritte der Medizin*, 148(47), 40–42.
- Scoboria, A., Mazzoni, G. & Jarry, J. L. (2008). Suggesting childhood food illness results in reduced eating behavior. *Acta Psychologica (Amst.)*, 128(2), 304–309.
- Scoboria, A., Mazzoni, G. & Kirsch, I. (2006). Effects of misleading questions and hypnotic memory suggestion on memory reports: A signal-detection analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(3), 340–359.
- Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I. & Milling, L. S. (2002). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. *Journal of Experimental Psychology*, 8, 26–32.
- Scott, D. L. (1970). Treatment of a severe phobia for birds by hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(3), 146–149.
- Scott, D. L. (1988). Hypnoanalgesia and analgesia in surgery. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.-19.8.1988, Den Haag.
- Scott, E. M. (1979). Combining the roles of priest and physician: A clinical case. *Journal of Religion and Health*, 18(2), 160–163.
- Scott, E. M. (1982). Delinquent females: In-depth therapy and some theoretical opinions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 26(3), 215–222.
- Scott, M. J. (1960). Hypnosis in skin and allergic diseases. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publ.
- Scott, S. (2001). The politics and expectance of ritual abuse: Beyond disbelief. Buckingham, UK: Open Univ. Press.
- Sebastian, C., Burnett, S. & Blakemore, S.-J. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441–446.
- Sebastiani, L., D'Alessandro, L., Menicucci, D., Ghelarducci, B. & Santarcangelo, E. L. (2007). Role of relaxation and specific suggestions in hypnotic emotional numbing. *International Journal of Psychophysiology*, 63(1), 125–132.
- Secter, I. I. & Gelber, M. B. (1964). Hypnosis as a relaxant for the cerebral palsied patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6(4), 364–365.
- Seemann, H. (2005). Hypnotherapie. In H. Faller (Hrsg.), *Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 76–84). Stuttgart: Thieme.
- Segal, W., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Seif, B. (1982). Hypnosis in a man with fear of voiding in public facilities. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(4), 288–289.
- Seiffge-Krenke, I. (1997). Imaginary companions in adolescence: Sign of a deficient or positive development. *Journal of Adolescence*, 20(2), 137–154.
- Seikowski, K., Weber, B. & Haustein, U. F. (1995). Zum Einfluss der Hypnose und des Autogenen Trainings auf die akrale Durch-

- blutung und die Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit progressiver Sklerodermie (PS). *Hautarzt*, 46(2), 94–101.
- Seligman, M. E. P. (1983). Helplessness. On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975 (dt.: *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz, 2010; 4. Aufl.).
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978). Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrenen Störungen, 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Serlin, F. R. (1970). Techniques for the use of hypnosis in group therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(3), 177–202.
- Seyhan, M., Aki, T., Karıncaoglu, Y. & Özcan, H. (2006). Psychiatric morbidity in dermatology patients: Frequency and results of consultations. *Indian Journal of Dermatology*, 51, 18–22.
- Shakibaie, F., Harandi, A. A., Gholamrezaei, A., Samoei, R. & Salehi, P. (2008). Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 185–197.
- Shallice, T. (1988). From neuropsychology to mental structure. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Shamdasani, S. (2001). The »magical method that works in the dark«: C. G. Jung, hypnosis, and suggestion. *Journal of Jungian Theory and Practice*, 3, 5–17.
- Shang, A. B. & Gan, T. J. (2003). Optimising postoperative pain management in the ambulatory patient. *Drugs*, 63(9), 855–867.
- Shapiro, A. K. (1964). Placebogeneration and iatropseudogeneration. *Medicine Times*, 92, 1037–1043.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Shapiro, J., Franko, D. L. & Gagne, A. (1997). Phagophobia: A form of psychogenic dysphagia. A new entity. *Annals of Otolaryngology and Laryngology*, 106(4), 286–290.
- Shapiro, M. K. (1988). Hypno-play therapy with adults: Theory, method, and practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 1–10.
- Shapiro, S. & Shannon, J. (1965). Bruxismus as an emotional reactive disturbance. *Psychosomatics*, 6, 427–430.
- Sharar, S. R., Miller, W., Teeley, A., Soltani, M., Hoffman, H. G., Jensen, M. P. & Patterson, D. R. (2008). Application of virtual reality for pain management in burn-injured patients. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(11), 1667–1674.
- Sharav, Y. & Tal, M. (1989a). Hypnotic analgesia and reflex activity. *Pain*, 63(3), 391.
- Sharav, Y. & Tal, M. (1989b). Masseter inhibitory periods and sensations evoked by electrical tooth-pulp stimulation in subjects under hypnotic anesthesia. *Brain Research*, 479(2), 247–254.
- Sharav, Y. & Tal, M. (2006). Focused hypnotic analgesia: Local and remote effects. *Pain*, 124(3), 280–286.
- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Rapoport, J. L., Giedd, J. N. & Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *Journal of Neuroscience*, 28, 3586–3594.
- Shechory, M., Nachson, I. & Glicksohn, J. (2010). Effects of stereotypes and suggestion on memory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(1), 113–130.
- Sheehan, D. V. & Surman, O. S. (1982). Follow-up study of hypnotherapy for smoking. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 29, 6–16.
- Sheehan, P. W. (1980). Factors influencing rapport in hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 263–281.
- Sheehan, P. W. (1983). Memory distortion in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(4), 296–311.
- Sheehan, P. W. (1987). Response to suggestions of memory distortion: Sampling cognitive and social factors. Paper read on 10. 7. 1987, First International Symposium on Suggestion and Suggestibility. Gießen.
- Sheehan, P. W. (1991). Hypnosis, context, and commitment. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 520–541). New York: Guilford Press.
- Shehan, P. W., Ashton, R. & White, K. (1983). Assessment of mental imagery. In A. A. Sheikh (Ed.), *Imagery. Current theory, research and application*. New York: John Wiley and Sons.
- Sheehan, P. W. & Dolby, R. M. (1974). Artifact and Barber's model of hypnosis: A logical-empirical analysis. *Journal of Experimental and Social Psychology*, 10, 171–187.
- Sheehan, P. W. & McConkey, K. M. (1982). Hypnosis and experience: The explanation of phenomena and process. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Sheehan, P. W. & Robertson (1996). Imagery and hypnosis: Trends and patterns in effects. In R. G. Kunzendorf, N. P. Spanos & B. Wallace (Eds.), *Hypnosis and imaginations* (pp. 1–17). Amityville, NY: Baywood Publ. Comp.
- Sheehan, P. W. & Perry, C. (1976). Methodologies of hypnosis: A critical appraisal of contemporary paradigms of hypnosis. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sheehan, P. W. & Statham, D. (1989). Hypnosis, the timing of its introduction, and acceptance of misleading information. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 170–176.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behavior: Augmenting the predictive validity of planned behavior. *European Journal of Social Psychology*, 29, 349–369.
- Shekelle, R. B., Raynor, W. J., Ostfeld, A. M., Garron, D. C., Bielauskas, L. A., Liu, C., Maliza, C. & Paul, O. (1981). Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 117–125.
- Shenefelt, P. D. (2000). Hypnosis in dermatology. *Archives of Dermatology*, 136, 393–399.
- Shenefelt, P. D. (2004). Using hypnosis to facilitate resolution of psychogenic excoriations in acne excoriee. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 239–245.
- Shenefelt, P. D. (2011). Ideomotor signalling: From divining spiritual messages to discerning subconscious answers during hypnosis and hypnoanalysis, a historical perspective. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(3), 157–167.
- Shepperson, V. L. (1981). Paradox, parables, and change: One approach to Christian hypnotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 9(1), 3–11.
- Shepperson, V. L. & Henslin, E. R. (1984). Hypnosis and metaphor in Christian context: History, abuse, and use. *Journal of Psychology and Theology*, 12(2), 100–108.
- Sherman, B. F., Bonanno, G. A., Wiener, L. S. & Battles (2000). When children tell their friends they have AIDS: Possible consequences for psychological well-being and disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 62, 238–247.
- Shertzer, C. L. & Lookingbill, D. P. (1987). Effects of relaxation therapy and hypnotizability in chronic urticaria. *Archives of Dermatology*, 123(7), 913–916.
- Shimamura, A. P. (1995). Memory and frontal lobe function. In M. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neuroscience* (pp. 803–813). Cambridge, MA: MIT Press.
- Shipman, W. G., Shoemaker, R. J., Levine, M. L. & Mally, M. A. (1959). The problem of psychosomatic specificity in chronic urticaria: A case study. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 133.
- Shor, J. E. (1996). Imagine, in what part of your body your mother resides? *Hypnos, Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 23(2), 93–98.

- Shor, R. E. (1970). The three factor theory of hypnosis as applied to the book reading fantasy and to the concept of suggestion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 89–98.
- Shor, R. E. (1979). A phenomenological method for the measurement of variables important to an understanding of the nature of hypnosis. In E. Fromm & R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 105–135) (2nd rev. Aufl.). New York: Aldine.
- Shor, R. E. & Easton, R. D. (1973). A preliminary report on research comparing self- and hetero-hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 37–44.
- Shor, R. E. & Orne, M. T. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.
- Shor, R. E., Pistole, D. D., Easton, R. D. & Kihlstrom, J. F. (1984). Relationship of predicted to actual hypnotic responsiveness, with special reference to posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(3), 376–387.
- Shor, R. E. & Thackray, R. I. (1970). A program of research in »highway hypnosis«: A preliminary report. *Accident Analysis and Prevention*, 2(2), 103–109.
- Shugart, Y. Y., Mundorff, J., Kilshaw, J., Doheny, K., Doan, B., Wanyee, J., Green, E. D. & Drayna, D. (2004). Results of a genome-wide linkage scan for stuttering. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 124A(2), 133–135.
- Shu-Hsin, L. (2003). Effects of using a nursing intervention program in psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *Journal of Nurery and Research*, 11(3), 197–208.
- Shulik, A. M. (1979). Right versus left hemispheric communication styles in hypnotic inductions and the facilitation of hypnotic trance. Diss., California School of Professional Psychology.
- Shul'man, S. A. (1995). Use of hypnosis in multimodal treatment of children with urologic diseases [Russian]. *Primenenie gipnoza v kompleksnom lechenii detesmal letter c with vertical bar above and below. Khirurgiia*, (4), 30–31. zit. nach abstract.
- Sierpina, V., Levine, R., Astin, J. & Tan, A. (2007). Use of mind-body therapies in psychiatry and family medicine faculty and residents: Attitudes, barriers, and gender differences. *Explore (NY)*, 3(2), 129–135.
- Signer-Fischer, S. (1998). Utilizing of autobiographic memory in hypnotherapy with young offenders. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 25(4), 198–203.
- Signer-Fischer, S. (2000). Stärkung des Selbstvertrauens in der Hypnotherapie. In K. L. Holtz, S. Mrochen, P. Nemetschek & B. Trenkle (Hrsg.), *Neugierig aufs Grosswerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 34–54). Heidelberg: Auer.
- Signer-Fischer, S., Gysin, T. & Stein, U. (2009). Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen (2009). Heidelberg: Auer.
- Silber, S. (1968). Encopresis: Rectal rebellion and anal anarchy? *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 15, 97–106.
- Silva, C. E. & Kirsch, I. (1992). Interpretive sets, expectancy, fantasy proneness, and dissociation as predictors of hypnotic response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 847–856.
- Silverman, D. H., Munakata, J. A., Ennes, H., Mandelkern, M. A., Hoh, C. K. & Mayer, E. A. (1997). Regional cerebral activity in normal and pathological perception of visceral pain. *Gastroenterology*, 112, 64–72.
- Simeit, R., Deck, R. & Conta-Marx, B. (2007). Prädiktoren für die Effektivität eines psychologischen Schlaftrainings für onkologische Patienten während der stationären Rehabilitation. *Rehabilitation*, 46(4), 220–207.
- Simma, L. & Benzer, W. (1985). Rehabilitation nach dem Herzinfarkt. Autogenes Training in ambulanten Koronarsportgruppen. *Wiener Medizinische Wochenschriften*, 135(21), 527–531.
- Simon, E. O. & Schwartz, J. (1999). Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Birth*, 26(4), 248–254.
- Simon, E. P. (1999). Hypnosis using a communication device to increase magnetic resonance imaging tolerance with a claustrophobic patient. *Military Medicine*, 164(1), 71–72.
- Simon, M. J. & Salzberg, H. C. (1985). The effect of manipulated expectancies on posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 40–51.
- Simon, E. P. & Canonico, M. M. (2001). Use of hypnosis in controlling lumbar puncture distress in an adult needle-phobic dementia patient. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(1), 56–67.
- Simonov, P. V. (1990a). »Reflexes of purpose and freedom« in the comparative physiology of higher nervous activity. *Neurosciences, Behavior and Physiology*, 20(3), 230–235.
- Simonov, P. V. (1990b). Animal hypnosis. Paper read at: 5. Europäischer Kongress für Hypnose in der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Konstanz.
- Simons, D. J. & Chabris, C. F. (1999). Gorillas in our midst: Sustained inattentional blindness for dynamic events. *Perception*, 28, 1059–1074.
- Simonton, O. C. & Matthews-Simonton, S. (1981). Cancer and stress: Counseling the cancer patient. *Medical Journal of Australia*, 1, 679–683.
- Simonton, O. G., Matthews-Simonton, S. & Creighton, J. L. (1978). *Getting well again*. Los Angeles: Tarcher-St.Martins.
- Simonton, O. C., Mathews-Simonton, S. & Creighton, J. L. (1982). *Wieder gesund werden*. Reinbek: Rowohlt.
- Simonton, O. C., Mathews-Simonton, S. & Sparks, T. F. (1980). Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics*, 21, 226–233.
- Simpson, S., Morrow, E., Jones, M., Ferguson, J. & Brebner, E. (2002). Video hypnosis the provision of specialized therapy via videoconferencing. *Journal for Telemedicine and Telecare*, 8 Suppl. 2, 78–79.
- Simrén, M. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: The quest for the mechanism of action. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 65–84.
- Simrén, M., Ringström, G., Björnsson, E.S. & Abrahamsson, H. (2004). Threatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 233–238.
- Sinclair-Gieben, A. H. & Chalmers, D. (1959). Evaluation of treatment of warts by hypnosis. *Lancet*, 2, 480.
- Singer, J. L. & Pope, K. S. (1981). Daydreaming and imagery skills as predisposing capacities for self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(3), 271–281.
- Siniatchkin, M., Darabaneanu, S., Gerber-von Müller, G., Niederberger, U., Petermann, F., Schulte I. E. & Gerber, W. (2010). Kinder mit Migräne und Asthma: Zur Rolle der Eltern-Kind-Interaktion. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 27–35.
- Sirota, A. D. (1982). Assessment of asthma. In F. J. Keefe, J. A. Blumenthal (Ed.), *Assessment strategies in behavioral medicine*. New York: Grune and Stratton.
- Sivec, H. & Lynn, S. J. (1993). Negative posthypnotic effects: The influence of prehypnotic experiences. Paper presented at the 44th Annual meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Arlington Heights.
- Skagerberg, E. M. & Wright, D. B. (2008). The co-witness misinformation effect: Memory blends or memory compliance? *Memory*, 16(4), 436–442.

- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: D. Appleton-Century Company, Inc.
- Slezak, P. P. (2002). The Imagery debate: Déjà-Vu all over again? *Behavioral and Brain Sciences*, 25 (2), 209–210.
- Slotnik, R. S., Liebert, R. M. & Hilgard, E. R. (1965). The enhancement of muscular performance in hypnosis through exhortation and involving instructions. *Journal of Personality*, 33, 37–45.
- Slotnik, R. S. & London, P. (1965). Influence of instructions on hypnotic and non hypnotic performance. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 38–46.
- Small, M. M. & Kramer, E. (1969). Hypnotic susceptibility as a function of the prestige of the hypnotist. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17(4), 251–256.
- Smeets, T., Merckelbach, H., Holsenbergh, R. & Jelicic, M. (2005). Trying to recollect past events: Confidence, beliefs, and memories. *Clinical Psychological Review*, 25(7), 917–934.
- Smith Churchland, P. (2002). *Brain-Wise: Studies in neurophilosophy*. Cambridge, Mass.: Bradford Books.
- Smith, A. (2006). Speech motor development: Integrating muscles, movements, and linguistic units. *Communicative Disorders*, 39, 331–349.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M. & Crowther, C. A. (2003). Complementary and alternative therapies for pain management in labor. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003 (2, Art. No. CD003521. DOI: 10.1002/ 14651858).
- Smith, C. H. (1989). Acute pregnancy-associated hypertension treated with hypnosis: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(3), 209–211.
- Smith, J. T., Barabasz, A. & Barabasz, M. (1996). Comparison of hypnosis and distraction in severely ill children undergoing painful medical procedures. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 187–195.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Smith, M. S. (1984). Acute psychogenic stridor in an adolescent athlete treated with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61–63.
- Smith, M. S., Womack, W. M. & Chen, A. C. (1989). Hypnotizability does not predict outcome of behavioral treatment in pediatric headache. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(4), 237–241.
- Smith, T. (1999). Outcome of early intervention for children with autism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 33–49.
- Smith, W. H. (1991). Antecedents of posttraumatic stress disorder: Wasn't being raped enough? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(3), 129–133.
- Smith, W. H. (1995). Hypnosis in the treatment of sexual trauma: A master class commentary. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(4), 366–368.
- Smolenskii-Ivanov, A. G. (1955). *Works of the institute of higher nervous activity. Pathophysiological series. Vol. I*. Moscow: The Academy of Sciences of the U.S.S.R.
- Snellgrove, D. (1961). *Himalayan pilgrimage*. Oxford.
- Snider, G. L. (1987). The treatment of asthma. *The New England Journal of Medicine*, 298, 397–399.
- Snodgrass, M. & Lynn, S. J. (1989). Music absorption and hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(1), 41–54.
- Solberg, W. K., Flint, R. T. & Brantner, J. P. (1972). Temporomandibular joint pain and dysfunction: A clinical study of emotional and occlusal components. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 28, 412–422.
- Solloway, K. (2004). Can clinical hypnosis prevent stress-related immune deficiency? A review of literature. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5(4), 44–55.
- Solms, M. (1989a). A previously untranslated review by Freud of a monograph on hypnotism. *International Journal of Psychoanalysis*, 70(3), 401–403.
- Solms, M. (1989b). Three previously-untranslated reviews by Freud from the Neue Freie Presse. *International Journal of Psychoanalysis*, 70(3), 397–400.
- Solomon, S. D. & Johnson, D. M. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 947–959.
- Soltani, M., Teeley, A. M., Wiechman, S. A., Jensen, M. P., Sharar, S. R. & Patterson, D. R. (2011). Virtual reality hypnosis for pain control in a patient with gluteal hidradenitis: A case report. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(2), 142–147.
- Somer, E. (1990). Brief simultaneous couple hypnotherapy with a rape victim and her spouse: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(1), 1–5.
- Somer, E. (1995). Biofeedback-aided hypnotherapy for intractable phobic anxiety. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(3), 54–64.
- Somer, E. (1999). Hypnotherapeutische und hypnodynamische Interventionen bei Kiefergelenkstörungen. *Hypnose und Kognition*, 16(1+2), 59–71.
- Sonnby-Borgström, M. (2002). Automatic mimicry reactions are related to differences in emotional empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 433–443.
- Soo, S., Moayyedi, P., Deeks, J., Delaney, B., Lewis, M. & Forman, D. (2005). Psychological interventions for he nun-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 18(2), CD002301.
- Sorgatz, H. (2005). Chronische Bewegungsschmerzen, Neuroplastizität und Bewusstsein. *Hypnose*, 0(1+2), 7–25.
- Soskis, D. A., Orne, E. G., Orne, M. T. & Dinges, D. F. (1989). Self-hypnosis and meditation for stress management: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(4), 285–289.
- Spaletta, G. (1982). L'ipnosi in obstetricae gynecologia. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 23(1–2), 101–108.
- Spanos, N. P. (1971). Goal-directed fantasy and the performance of hypnotic test suggestions. *Psychiatry*, 34, 86–96.
- Spanos, N. P. (1982). A social psychological approach to hypnotic behavior. In G. Weary, H. Mirels (Hrsg.), *Integration of clinical and social psychology*. New York: Oxford University Press.
- Spanos, N. P. (1985). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and »trance logic«. *Behavior and Brain Sciences*, 9, 449–502.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnosis, nonvolitional responding and multiple personality: A socialpsychological perspective. In B. Mahler & W. Maher (Eds.), *Progress in experimental personality research* (pp. 1–62). Vol. 14. New York: Academic Press.
- Spanos, N. P. (1986a). Hypnosis and the modification of hypnotic susceptibility: A social psychological perspective. In N. P. Naish (Ed.), *What is hypnosis?* Philadelphia: Open University Press.
- Spanos, N. P. (1986b). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and »trance logic«. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 449–502.
- Spanos, N. P. (1987). The modification of hypnotic suggestibility. Vortrag, gehalten am 9. 7. 1987, International Symposium on suggestion and Suggestibilität, Gießen.
- Spanos, N. P. (1988). Hypnotic and suggestive procedures in wart removal. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag.
- Spanos, N. P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. In S. J. Lynch & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 324–361). New York: Guilford Press.
- Spanos, N. P. (1991). Imagery, hypnosis and hypnotizability. In R. G. Kunzendorf (Ed.), *Mental Imagery* (79–88). New York: Plenum.

- Spanos, N. P. (1992). Compliance and reinterpretation in hypnotic responding. *Contemporary Hypnosis*, 9(1), 7–14.
- Spanos, N. P. (1996). Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective. Washington DC: American Psychological Association.
- Spanos, N. P. (1997). Past-life hypnotic regression: A critical view. *The Sceptical Inquirer*, 12(2), 174–180.
- Spanos, N. P., Ansari, F. & Stam, H. J. (1979). Hypnotic age regression and eidetic imagery: A failure to replicate. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(1), 88–91.
- Spanos, N. P. & Barber, T. X. (1972). Cognitive activity during »hypnotic« suggestibility: Goal-directed fantasy and the experience of non-volition. *Journal of Personality*, 40, 510–534.
- Spanos, N. P. & Barber, T. X. (1974). Toward a convergence in hypnosis research. *American Psychologist*, 29, 500–511.
- Spanos, N. P. & Barber, T. X. (1976). Behavior modification and hypnosis. In M. Hersen, R. M. Eisler, P. M. & Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 1–43), Vol.3. New York: Academic Press.
- Spanos, N. P., Barber, T. X. & Lang, G. (1974). Cognition and self-control: Cognitive control of painful sensory input. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 40(3), 119–128.
- Spanos, N. P., Brett, P. J., Menary, E. P. & Cross, W. P. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: Relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(1), 139–150.
- Spanos, N. P., Bridgeman, M., Stam, H. J., Glynn, M. & Saad, C. L. (1982–83). When seeing is not believing: The effects of contextual variables on the reports of hypnotic hallucinations. *Imagination, Cognition and Personality*, 2(3), 195–209.
- Spanos, N. P., Brown, J. M., Jones, B. & Horner, D. (1981). Cognitive activity and suggestions for analgesia in the reduction of reported pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 554–561.
- Spanos, N. P. & Burgess, C. (1994). Hypnosis and dissociative personality disorder: A sociocognitive perspective. In S. Lynn & J. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretic perspectives* (pp. 136–157). New York: Guilford Press.
- Spanos, N. P., Burgess, C. A., Cross, P. & McCleod, G. (1992). Reporting bias and negative hallucination. *Journal of Abnormal Psychology*, 10, 192–199.
- Spanos, N. P. & Chaves, J. F. (1970). Hypnosis research: A methodological critique of experiments generated by two alternative paradigms. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 108–127.
- Spanos, N. P. & Chaves, J. F. (1971). Hypnotismus: Barbers empirische und theoretische Neuformulierung. In A. Katzenstein (Hrsg.) *Hypnose: Aktuelle Probleme in Theorie, Experiment und Klinik*. Jena: G. Fischer.
- Spanos, N. P., Cross, W. P., Menary, E. P. & Smith, J. (1988). *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 73–78.
- Spanos, N. P., DeMoor, W. & Barber, T. X. (1972). Hypnosis and behavior therapy: Common denominators. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 45–64.
- Spanos, N. P., Flynn, D. M. & Gwynn, M. I. (1989a). Entgegnung der Autoren: Kontext-Anforderungen und der von neuem beobachtete Geheime Beobachter. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 44–47.
- Spanos, N. P., Flynn, D. M. & Gwynn, M. I. (1989b). Kontext-Anforderungen, negative Halluzinationen und die Geheime-Beobachter-Reaktion: Drei Geheime Beobachter beobachtet. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 33–40.
- Spanos, N. P. & Gottlieb, J. (1979). Demonic possession, Mesmerism, and hysteria: A social psychological perspective on their historical interrelations. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(5) 527–546.
- Spanos, N. P., Gwynn, M. I., Della Maiva, C. L. & Bertrand, L. D. (1988). Social psychological factors in the genesis of posthypnotic source amnesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 322–329.
- Spanos, N. P. & Ham, M. L. (1973a). Involvement in imagining and the »hypnotic dream.« *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 191–198.
- Spanos, N. P. & Ham, M. L. (1973b). Cognitive activity in response to hypnotic suggestion: Goal-directed fantasy and selective amnesia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 191–198.
- Spanos, N. P., James, B. & de Groot, H. P. (1990). Detection of simulated hypnotic amnesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(2), 179–182.
- Spanos, N. P. & Katsanis, J. (1989). Effects of instructional set on attributions of non-volition during hypnotic and non-hypnotic analgesia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 182–188.
- Spanos, N. P. & McPeake, J. D. (1975). Involvement in everyday imaginative activities, attitudes toward hypnosis and hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 594–598.
- Spanos, N. P., McNeil, C., Gwynn, M. L. & Stam, H. J. (1984). Effects of suggestion and distraction on reported pain in subjects high and low on hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(3), 277–284.
- Spanos, N. P., Menary, E., Brett, P. J., Gross, W. & Ahmed, Q. (1987). Failure of posthypnotic responding to occur outside the experimental setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 52–57.
- Spanos, N. P., Menary, E., Gabora, N. J., Dubreuil, S. C. & Dewhirst, B. (1991). Secondary identity enactments during hypnotic past-life regression: A sociocognitive perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 308–320.
- Spanos, N. P., Mondoux, T. J. & Burgess, C. A. (1995). Comparison of multi-component hypnotic and non-hypnotic treatment for smoking. *Contemporary Hypnosis*, 12(1), 12–19.
- Spanos, N. P., Perlini, A. H., Patrick, L., Bell, S. & Gwynn, M. I. (1990). The role of compliance in hypnotic and nonhypnotic analgesia. *Journal of Research in Personality*, 24, 433–453.
- Spanos, N. P., Perlini, A. H. & Robertson, L. A. (1989). Hypnosis, suggestion, and placebo in the reduction of experimental pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 285–293.
- Spanos, N. P. & Radtke, H. L. (1981). Hypnotic visual hallucinations as imaginings: A cognitive-social psychological perspective. *Imagination, Cognition and Personality*, 1, 147–170.
- Spanos, N. P., Radtke, H. L. & Bertrand, L. D. (1984). Hypnotic amnesia as a strategic enactment: Breaching amnesia in highly susceptible subjects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1155–1169.
- Spanos, N. P., Radtke, H. L., Hodgins, D., Bertrand, L. D., Stam, H. J. & Moretti, P. (1983a). The Carleton University Responsiveness to suggestion Scale: Relationship with other measures of susceptibility, expectancies, and absorption. *Psychological Reports*, 53, 723–734.
- Spanos, N. P., Radtke, H. L., Hodgins, D. C., Stam, H. J. & Dubreuil, D. L. (1983b). The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Stability, reliability, and relationship with expectancy and »hypnotic experiences«. *Psychological Reports*, 53, 555–563.
- Spanos, N. P., Williams, V. & Gwynn, M. I. (1990). Effects of hypnotic, placebo, and salicylic acid treatments on wart regression. *Psychosomatic Medicine*, 52(1), 109–114.
- Spence, D. P. (1994). Narrative truth and putative child abuse. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(4), 289–303.
- Sperber, A. D., & Drossman, D. A. (2010). Review article: The functional abdominal pain syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 33(5), 514–524.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66(6 Suppl), 1422–1426.

- Spiegel, D. (1996). Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. In S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis*. (pp. 99–111). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Spiegel, D. (2003). Negative and positive visual hypnotic hallucinations: Attending inside and out. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(2), 130–146.
- Spiegel, D. (2006). Wedding hypnosis to the radiology suite. *Pain*, 126(1–3), 3–4.
- Spiegel, D., Bierre, P. & Rootenberg, J. (1989). Hypnotic alteration of somatosensory perception. *American Journal of Psychiatry*, 146(6), 749–754.
- Spiegel, D., Bloom, J. R. Kraemer, H. C. & Gottheil, E. (1989a). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer (see comments). *Lancet*, 2(8668), 1209–1210.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. & Gottheil, E. (1989b). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 888–891.
- Spiegel, D. & Cardena, E. (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 39–43 (discussion 44–46).
- Spiegel, D. & Kosslyn, S. (2004). Glauben ist Sehen. *Die Neurophysiologie der Hypnose. Hypnose und Kognition*, 21(1–2), 119–137.
- Spiegel, D. & Maldonado, J. (1999). Hypnosis. *American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. T. R. E. Hales, S. Yudofsky & J. Talbott (Eds.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Spiegel, H. & Spiegel, D. (2004). Trance and treatment. *Clinical uses of hypnosis* (2nd ed.). Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Spiegel, H. (1970). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 235–250.
- Spiegel, H. (1976). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis. In I. Wickramasekera (Ed.), *Biofeedback, behavior therapy and hypnosis*. Chicago: Nelson Hall.
- Spiegel, H. & Bridger, A. A. (1970). *Manual for hypnotic induction profile*. New York: Soni Medica Inc.
- Spiegel, H. & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical use of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Spinhoven, P. (1987). Hypnosis and behavior therapy: A review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(1), 8–31.
- Spinhoven, P. (1987). Hypnotic pain control and low back pain: A critical review. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 119–131.
- Spinhoven, P. (1988). Similarities and dissimilarities in hypnotic and nonhypnotic procedures for headache control: A review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(3), 183–194.
- Spinhoven, P., Baak, D., van Dyck, R. & Vermeulen, P. (1988). The effectiveness of an authoritative versus permissive style of hypnotic communication. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(3), 182–191.
- Spinhoven, P. & ter Kuile, M. M. (2000). Treatment outcome expectancies and hypnotic susceptibility as moderators of pain reduction in patients with chronic tension-type headaches. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(3), 290–305.
- Spinhoven, P. & Linssen, A. C. G. (1991). Behavioral treatment of chronic pain. I. Relation of coping strategy use to outcome. *Pain*, 45(1), 29–34.
- Spitzer, C. & Freyberger, H. J. (2004). Das AMDP-Modul zu Dissoziation und Konversion. In H. J. Freyberger & H. J. Möller (Hrsg.), *Die AMDP-Module* (S. 28–59). Göttingen: Hogrefe.
- Sporer, S. L. & Franzen, S. (1991). Das Kognitive Interview: Empirische Belege für die Effektivität einer gedächtnispsychologisch fundierten Technik zur Befragung von Augenzeugen. *Psychologische Beiträge*, 33(3–4), 407–433.
- Spring, J. (2007). Christianity and hypnosis: Personal reflections. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 35(1), 42–53.
- Sredl, D. & Aukamp, V. (2006). Evidence-based nursing care management for the pregnant woman with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(1), 42–49.
- St. Jean, R. & MacLeod, C. (1983). Hypnosis, absorption, and time perception. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 81–86.
- Staab, D., Gebert, N., Rupprath, C., Akcal, A., Trettin, M., Bidermann, T., Bisson, S. & Wahn, U. (1995). Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität bei Patienten mit Mukoviszidose und ihren Familien. In: Wahn, U.; Szczepanski, R.; Bullinger, M. (Hrsg.): *Chronisch kranke Kinder – Krankheitsbewältigung und Lebensqualität*, Stuttgart, EuMelom Verlag, 1995, 121–133.
- Stabler, B. & Warren, A. B. (1974). Behavioral contracting in treating Trichotillomania: Case note. *Psychological Reports*, 34, 401–401.
- Stahle, H. J. & Koch, M. J. (1996). *Kinder- und Jugendzahnheilkunde. Kompendium für Studierende und Zahnärzte*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Stafano, W. A. (1982). A case of sexual malfunction. *Medical Hypnoanalysis*, 3(4), 164–168.
- Stafford, J. & Lynn, S. J. (2002). Cultural scripts, memories of childhood abuse, and multiple identities: A study of role-played enactment. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(1), 67–85.
- Stahl, T. (2007). Das Negation Modell – ein Beitrag des NLP zur Mediation. *Kommunikation & Seminar*, 16(3), 49–54.
- Staib, A. R. & Logan, D. R. (1977). Hypnotic stimulation of breast growth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 201.
- Stampone, D. (1990). The History of obstetric anesthesia. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursery*, 4(1), 1–13.
- Stangier, U. (1993). Falldarstellung: Verhaltenstherapeutische Problemanalyse bei Neurodermitis. In U. Gieler, E. Stangier & E. Brähler (Hrsg.), *Hauterkrankungen in psychologischer Sicht* (S. 213–239). Hogrefe: Göttingen.
- Stankler, L. (1967). A critical assessment of the cure of warts by suggestion. *Practitioner*, 198, 690.
- Stanley, S. M., Lynn, S. J. & Nash, M. R. (1986). Trance logic, susceptibility screening, and transparency response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 447–454.
- Stanton, H. E. (1975a). Weight loss through hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18(1), 34–38.
- Stanton, H. E. (1975b). Weight loss through hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18(2), 94–97.
- Stanton, H. E. (1976). Fee-paying and weight loss: Evidence for an interesting interaction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19(1), 47–49.
- Stanton, H. E. (1977). The utilization of suggestions derived from rational-emotive therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25(1), 18–26.
- Stanton, H. E. (1978). Hypnotherapy at a distance through use of the telephone. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(4), 278–281.
- Stanton, H. E. (1979). Short-term treatment of enuresis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 103–107.
- Stanton, H. E. (1985). Writing block? Try self-hypnosis. *College teaching*, 34, 75–79.

- Stanton, H. E. (1987a). »Executive stress: A hypnotic answer?« *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 14(4), 183–189.
- Stanton, H. E. (1987b). Alcoholism and hypnosis: Three case studies. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15(1), 39–46.
- Stanton, H. E. (1989a). Hypnotic relaxation and insomnia: A simple solution? *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 16(2), 63–72.
- Stanton, H. E. (1989b). Stressreduktion durch Rational-Emotive Therapie und Hypnoseinduktion. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 5(1), 83–90.
- Stanton, H. E. (1989c). Applying neuro-linguistic techniques in higher education. *Journal of Higher Education Studies*, 4(1), 19–22.
- Stanton, H. E. (1989d). Hypnosis and Rational-Emotive Therapy – a de-stressing combination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(2), 95–99.
- Stanton, H. E. (1990). Brief Report: Using ego-enhancement to increase assertiveness. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 7(2), 133–137.
- Stanton, H. E. (1991). Brief Report: The reduction in secretarial stress. *Contemporary Hypnosis*, 8(1), 45–50.
- Stanton, H. E. (1999). Combining insomnia with the body scan. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 26(3), 117–122.
- Staples, L. M. (1973). Thumbsucking. In a syllabus on hypnosis and handbook of therapeutic suggestion. Des Plaines: The American Society of Clinical Hypnosis, Education and Research Foundation.
- Starker, S. (1974). Effects of hypnotic induction upon visual imagery. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 433–437.
- State v. Douglas: Ind. No. 692–77 (Union Co., N. J., vac. 5/23/78).
- Statistisches Bundesamt (2007). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Institutionelle Beratung 2005. Wiesbaden.
- Stava, L. (1984). The use of hypnotic uncovering techniques in the treatment of pedophilia: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(4), 350–355.
- Stedrak, J. A. (1981). The relationship between personality and hypnotic susceptibility. Diss., George Peabody College for Teachers of Vanderbilt University.
- Steffen, J. (1971). Covert reinforcement with hospitalized patients. Paper presented at the Meeting of the Association of Advisory Behavior Therapy, Washington, D.C.
- Steger, J. S. & Fordyce, W. E. (1982). Behavioral health care in the management of chronic pain. In R. Milton, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 467–488). New York: Plenum Press.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1996). Die Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Übersicht. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 17, 169–212.
- Stein, C. (1963). The clenched-fist technique as hypnotic procedure in clinical psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 113–119.
- Stein, U. (2009). Hypnose mit Kindern und Jugendlichen in der Zahnarztpraxis. In S. Signer-Fischer, T. Gysin & U. Stein (Hrsg.), *Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen* (S. 265–357). Heidelberg: Auer.
- Stein, U., Simonis, A. & Freesmeyer, B. (2010). Einfluss von Sprach- und Musikinduktion als Entspannungstechnik in der zahnärztlichen Praxis (Teil 2). *Deutsche Zeitschrift für Zahnärztliche Hypnose*, 16(2), 8–17.
- Stein, V. T. (1980). Hypnotherapy of involuntary movements in an 82 year old man. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 128–131.
- Steiniger, F. (1936). Die Biologie der sogenannten tierischen Hypnose. In »*Ergebnisse der Biologie*« Berlin Springer, S. 348–460.
- Steinriede, R. & Revebstorf, D. (2002). *Medizinische Hypnose bei Tinnitus und Hörsturz*. Heidelberg: Auer.
- Sterman, M. B. (1999). Functional patterns and their physiological origins in the waking EEG: Implications for event-related EEG responses. In G. Pfurtscheller & F. H. Lopes da Silva (Eds.), *Event-related desynchronization. Handbook of electroencephalography and clinical neurophysiology* (Revised Series, Vol. 6), (pp. 33–49). Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Sternlicht, M. & Wanderer, Z. W. (1963). Hypnotic susceptibility and mental deficiency. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(2), 104–111.
- Stevens, M. R. (1982). Cognitive therapy and hypnosis as treatment modalities with overweight individuals. Diss., Texas A and M University.
- Stewart, A. C. & Thomas, S. E. (1995). Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *British Journal of Dermatology*, 132(5), 778–83.
- Stewart, W. J. (1980). Hypnosis in study improving. *Australian Journal of Clinical Hypnosis*, 1(2), 91–94.
- Stierlin, H. (1982). *Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept*. Berlin: Suhrkamp.
- Stocksmeier, U. (1984). *Lehrbuch der Hypnose*. Basel: Karger.
- Stoelb, B. L., Jensen, M. P. & Tackett, M. J. (2009). Hypnotic analgesia for combat-related spinal cord injury pain: A case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(3), 273–280.
- Stoelb, B. L., Molton, I. R., Jensen, M. P. & Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 24–39.
- Stokvis, B. & Langen, D. (1965). *Lehrbuch der Hypnose*. Basel: Karger.
- Stoll, O. & Rolle, J. (1997). Persönlichkeitsprofile und habituelle Stressbewältigung bei Ultralangstrecken-Läufern. *Sportwissenschaft*, 27(2), 161–172.
- Stowasser, J. M. (1987). *Der kleine Stowasser. Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch*. Wien: Hölde-Pickler-Tempsky, G. Freytag.
- Strange, D., Wade, K. & Hayne, H. (2008). Creating false memories for events that occurred before versus after the offset of childhood amnesia. *Memory*, 16(5), 475–484.
- Strauss, B. S. (1991). The use of a multimodal image, the apple technique, to facilitate clinical hypnosis: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(1), 1–5.
- Strauss, B. S. (2001). Operator variables in hypnotherapy. In J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 55–72). Washington: American Psychological Association.
- Strempel, I. (2002). *Keine Angst vor Grünem Star*. Essen: KVC Verlag.
- Stukát, K. G. (1958). *Suggestibility: A factorial and experimental analysis*. Stockholm: Airnquist and Wiksell.
- Sühnel, S. (2007). Erickson: Von der Theorie der Theorie. *Hypnose*, 2(1–2), 155–173.
- Süllwold, L. & Herrlich, J. (1998). *Psychologische Behandlung schizophrener Erkrankter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Surman, O. S. & Tolkoff-Rubin, N. (1984). Use of hypnosis in patients receiving hemodialysis for end stage renal disease. *General Hospital Psychiatry*, 6(1), 31–35.
- Surwit, R. S., Williams, R. B. & Shapiro, D. (1982). *Behavioral approaches to cardiovascular disease*. New York: Academic Press.
- Susen, G. (1990a). *Therapeutische Hypnose. Melsungen: Biblio-med*.
- Susen, G. (1990b). Die Behandlung eines Plasmozytoms (Knochenkrebs) mit hypnotherapeutischen Verfahren – Ein Fallbericht. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 6(2), 157–163.
- Susen, G. R. (1996). *Krebs und Hypnose. Hilfe vom inneren Freund*. München: Pfeiffer.
- Susiscka, L. & Taus, L. (1980). A contribution to the discussion of possibilities and limitations of treatment of functional disorders

- by training methods and hypnotherapy. *Ceskoslovenska Psychiatry*, 76(1), 64–68.
- Susskind, D. (1970). The idealized self-image (ISI): A new technique in confidence training. *Behavior Therapy*, 1, 538–541.
- Susskind, D. (1976). The idealized self-image and the development of learned resourcefulness. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and behavior therapy* (pp. 317–329). Springfield: Charles C. Thomas.
- Sutcher, H. (1997). Hypnosis as an adjunctive therapy for multiple sclerosis: A progress report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 39(4), 283–290.
- Sutcliffe, J. P., Perry, C. W. & Shehan, P. W. (1979). Relation of some aspects of imagery and fantasy to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 279–287.
- Sutherland, G., Andersen, M. B. & Morris, T. (2005). Relaxation and healing-related quality of life in multiple sclerosis: The example of autogenic training. *Journal of Behavior Medicine*, 28(3), 249–256.
- Sutcliffe, J. P. (1961). »Credulous« and »skeptical« views of hypnotic phenomena: Experiments on esthesia, hallucination, and delusion. *Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, 62, 189–200.
- Svoboda, T. (1979). *Kognitive Verhaltenstherapie(en) und Hypnose*. Diss., Universität Würzburg.
- Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, 18(2), 90–97.
- Swiersky-Sacchetti, T. & Margolis, G.G. (1986). The effects of a comprehensive self-hypnosis training program on the use of Factor VIII in severe hemophilia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 71–83.
- Syriananda, C. (1948). Medical hypnosis in Thailand. *British Journal of Medical Hypnosis*, 10, 41.
- Syrjala, K. L., Cummings, C. & Donaldson, G. W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137–146.
- Szagan, G. (1996). *Sprachentwicklung beim Kind* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Szaz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Szczepanski, R. & Könning, J. (1991). »Lufikus« – Ein Asthmakurs für Kinder und deren Familien. In F. Petermann & J. Lecheler (Hrsg.), *Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter* (S. 65–75). München: Quintessenz.
- Szekely, A., Novacs-Nagy, R., Bánya, E.L., Gössi-Greguss, A. C., Varga, K. & Halmai, Z. (2010). Association between hypnotizability and the catechol-O-methyltransferase (COMT) polymorphism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 301–315.
- Szupera, Z., Rudisch, T. & Boncz, I. (1995). The effect of the cue-controlled modification of the level of vigilance on the intentional inhibition of seizure in patients with partial epilepsy. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 16(1), 35–45.
- Taboada, E. L. (1975). Night terrors in a child treated with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 270–271.
- Taggart, P., Sutton, P., Refern, C., Batchvarov, V. N., Hnatkova, K., Malik, M., James, U. & Joseph, A. (2005). The effect of mental stress on the non-dipolar components of the T wave: Modulation by hypnosis. *Psychosomatic Medicine*, 67(3), 376–383.
- Tajero, P. & Chóliz, M. (2002). Driving on the motorway: The effect of alternating speed on driver's activation level and mental effort. *Ergonomics*, 45(9), 605–618.
- Talley, N. J. & Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: A little understood organic bowel disease? *Lancet*, 360(9332), 555–564.
- Tan, G., Fukui, T., Jensen, M. P., Thomby, J. & Waldman, K. L. (2010). Hypnosis treatment for chronic low back pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1), 53–68.
- Tan, S. Y. & Leucht, C. A. (1997). Cognitive-behavioral therapy for clinical pain control: A 15-year update and its relationship to hypnosis. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 45(4), 396–416.
- Tart, C. T. (1963). Hypnotic depth and basic skin resistance. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11, 81–92.
- Tart, C. T. (1966). Types of hypnotic dreams and their relation to hypnotic depth. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 377–382.
- Tart, C. T. (1970). Self-report scales of hypnotic depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(1), 105–125.
- Tart, C. T. (1979). Measuring the depth of an altered state of consciousness, with particular reference to self-report scales of hypnotic depth. In E. Fromm, & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 445–477). Hawthorne, N.Y.: Aldine.
- Tart, C. T. & Dick, L. (1970). Conscious control of dreaming. I. The posthypnotic dream. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 302–315.
- Tasto, D. L. & Chesney, M. A. (1984). Muscle relaxation for primary dysmenorrhea. *Australian Journal for Clinical and Experimental Hypnosis*, 12(2), 137–139.
- Tausch, R. & Tausch, E. (1970). *Erziehungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, A. G., Goehler, L. E., Galper, D. I., Innes, K. E. & Bourguignon, C. (2010). Top-Down and bottom-up mechanisms in mind-body medicine: Development of an integrative framework for psychophysiological research. PubMed Central: Author manuscript.
- Taylor, E. E., Read, N. & Hills, H. H. (2004). Combined group cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy in the management of the irritable bowel syndrome: The feasibility of clinical provision. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(1), 99–106.
- Taylor, R. E. (1985). Imagery for the treatment of obsessional behavior: A case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(3), 175–179.
- Teitelbaum, M. (1969). *Induction techniques of hypnosis*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Tejero, P. & Chóliz, M. (2002). Driving on the motorway: The effect of alternating speed on driver's activation level and mental effort. *Ergonomics*, 45(9), 605–618.
- Teleska, J. & Roffman, A. (2004). A continuum of hypnotherapeutic interactions: from formal hypnosis to hypnotic conversation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(2), 103–115.
- Tellegen, A. (1979). On measures and conceptions of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 219–236.
- Tellegen, A. & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experience (»Absorption«), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268–277.
- Terhune, D. B., Cardena, E. & Lindgren, M. (2011). Dissociative tendencies and individual differences in high hypnotic susceptibility. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(2), 113–135.
- Thesaurus exorcismorum* (1626). Köln
- Thiel, A. (2009). *Reizspezifische Fehlwahrnehmungen von erwachsenen Personen mit Amblyopie*. Frankfurt: Universität, Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften. Frankfurt a.M.: Goethe-Universität, Dissertation.
- Thieme, K., Häuser, W., Batra, A., Bernardy, K., Felde, E., Gessmann, M., Illhardt, A., Settan, M., Wörz, R. & Köllner, V. (2008). *Psychotherapie bei Patienten mit Fibromyalgie Syndrom*. *Schmerz*, 22(3), 295–302.

- Thierbach, R. (1997). Konzeption eines Stressbewältigungstrainings für das Sondereinsatzkommando der Polizei (SEK) mit dem Ziel der mentalen Vorbereitung auf kritische Einsatzlagen – unter besonderer Hervorhebung von Hypnose als langfristige Stressbewältigungsmöglichkeit. Universität Salzburg.
- Thierry, K. L. & Spence, M. J. (2002). Source-monitoring training facilitates preschoolers' eyewitness memory performance. *Developmental Psychology*, 38(3), 428–37.
- Thiery, M. (1989). Historical aspects of pain relief during normal parturition. *Verhandeligen, Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België*, 51(5), 445–483.
- Thomae, H. & Schmidt, H. D. (1967). Psychologische Aspekte der Schuldfähigkeit (im Sinne des § 51 StGB bzw. 24/25 E 1962). In U. Undeutsch (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, K. (1983). Persönlichkeitsveränderungen junger Menschen in destruktiven Kulte. Von der Idee bis zur hypnotischen Gehirnkontrolle. In K. G. Karbe, B. Müller-Küppers (Hrsg.), *Destruktive Kulte* (S. 116–125). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Thomas, K. (1984). Hypnose und destruktive Kulte. In Familie und destruktive Kulte: Menschenwürde, Recht und Freiheit. Bonn: Arbeitsgemeinschaft der Elterninitiative e.V.
- Thompson, C. (1950). *Psychoanalysis: Its evolution and development*. New York: Hermitage House.
- Thompson, S. (1999). Hypnose in der Behandlung von Zahnbehandlungsängsten. *Hypnose und Kognition*, 16(1–2), 73–90.
- Thorn, W. A. (1962). The placebo reactor. *Australasian Journal of Pharmacy*, 43, 1035–1037.
- Thornton, J. M., Guz, A., Murphy, K., Griffith, A. R., Pedersen, D. L., Kardos, A., Leff, A., Adams, L., Casadai, B. & Peterson, D. J. (2001). Identification of higher brain centres that may encode the cardiorespiratory response to exercise in humans. *The Journals of Physiology*, 533(Pt 3), 823–836.
- Thum, A. S., Jenett, A., Ito, K., Heisenberg, M. & Tanimoto, H. (2007). Multiple memory traces for olfactory reward learning in *Drosophila*. *Journal of Neurosciences*, 27(41), 11132–11138.
- Tietze, H. (1980). *Kräfte der Hypnose*. München: Heyne.
- Tiffany, S. T. & Conklin, C. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, 95(2), 145–150.
- Tigges-Limmer, K. & Gummert, J. (2010). Hypnotherapeutische Interventionen in der Herztransplantation. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 5(1+2), 179–197.
- Tigges-Limmer, K., Leppert, K., Strauss, B. & Wahlers, T. (2005). Hypnotherapie in der Herztransplantation. *Psychotherapeut*, 50(1), 52–56.
- Tihansky, T. B. (1982). Narcolepsy. *Medical Hypnoanalysis*, 3(2), 56–59.
- Tillman, D. M. & Walker, L. (2010). The impact of stress on autonomic functioning in chronic abdominal pain patients. Research proposal. Vanderbilt University.
- Tilton, P. (1984). The hypnotic hero: A technique for hypnosis with children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(4), 366–375.
- Timney, B. N. & Barber, T. X. (1969). Hypnotic induction and oral temperature. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17(2), 121–132.
- Timp, D. (1991). Spritzenphobie. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (S. 55–60). Bern: Huber.
- Tinbergen, N. (1940). Die Übersprungsbewegung. *Zeitschrift für Tierpsychologie*, 4, 1–40.
- Tindle, H. Y., Wolsko, P., Davis, R. B., Eisenberg, D. M., Phillips, R. S. & McCarthy, E. P. (2005). Factors associated with the use of mind body therapies among United States adults with musculoskeletal pain. *Complementary Therapy and Medicine*, 13(3), 155–164.
- Tinkler, F. (1966). The use of hypnosis in dental surgery. In J. Hartland (Ed.), *Medical and dental hypnosis*. London: Baillière, Tindall and Cassell.
- Tinterow, M. M. (1970). *Foundations of hypnosis from Mesmer to Freud*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Todd, F. J. & Kelly, R. J. (1976). The use of hypnosis to facilitate conditioned relaxation responses: A case report of three cases. In E. Dengrove (Ed.), *Hypnosis and behavior therapy* (pp. 219–226). Springfield: Charles C. Thomas.
- Tokuyama, T. (1996). Systematic desensitization for a case of erythrophobia: Effects of the observing self-image in autogenic training. *Japanese Journal of Hypnosis*, 41(1–2), 52–59.
- Tomioka, S., Uchida, D., Eguchi, S. & Nakajo, N. (1998). Elimination of hypersensitive gagging reaction to dentistry by propofol at subhypnotic doses. *Oral Diseases*, 4, 279–280.
- Toner, B. B., Segal, Z. V., Emmott, S. D. & Myran, D. (2000). Cognitive behavioral treatment of irritable bowel syndrome: The brain-gut connection. New York: Guilford.
- Torem, M. S. (1987). Ego-state therapy for eating disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(2), 94–103.
- Torem, M. S. (1988). Hypnosis and eating disorders. Seminar, held at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Den Haag.
- Tosi, D. J. & Baisden, B. S. (1984). Cognitive-experimental therapy and hypnosis. In W. C. Wester & A. H. Smith (eds.), *Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach* (pp. 155–178). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Tosi, D. J. & Henderson, G. M. (1983). Rational stage-directed therapy: A cognitive experiential system using hypnosis, imagery, cognitive restructuring, and developmental staging. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 1(1), 15–19.
- Tosi, D. J., Rudy, D. R., Lewis, J. & Murphy, M. A. (1992). The psychobiological effect of cognitive experimental therapy, hypnosis, cognitive restructuring and attention placebo control in the treatment of essential hypertension. *Psychotherapy*, 29, 274–284.
- Tracy, D. F. (1952). *Hypnosis*. New York: Sterling Publishing.
- Trakyalı, G., Sayinsu, K., Müezzinoğlu, A. & Arun, T. (2008). Conscious hypnosis as a method for patient motivation in cervical headgear wear – A pilot study. *European Journal of Orthodontics*, 30, 147–152.
- Trenkle, B. (1990). Die deutsche Nationalhymne und andere Symbolisierungen. *Hypnose und Kognition*, 7(2), 16–25.
- Trenkle, B. (2000). Lösungsorientierte und strategische Ansätze in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen. In K. L. Holtz, S. Mrochen, P. Nemetschek & B. Trenkle (Hrsg.), *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 75–94). Heidelberg: Auer.
- Trenkle, B. (2005). Selbsthypnose und andere hypnotherapeutische Selbstbehandlungsansätze. DVD. Dortmund: Video-Cooperative-Ruhr.
- Trenkle, B. & Schmidt, G. (1985). Ericksonsche Psychotherapie und Familientherapie: Möglichkeiten der Integration. *Hypnose und Kognition*, 2(1), 5–26.
- Tröster, H. (1992). Bewegungsstereotypien und selbstverletzendes Verhalten bei nichtbehinderten Kindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24(4), 335–354.
- Trotter, M. I., D'Souza, A. R. & Morgan, D. W. (2003). Review article. Simple snoring: Current perspective. *Journal of Laryngology and Otology*, 117, 164–168.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 71, 1–9.

- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Trube-Becker, E. (1987). *Gewalt gegen Kinder*. Heidelberg: Kriminalistik Verlag.
- True, R. M. & Stephenson, C. W. (1951). Controlled experiments correlating EEG, pulse and plantar reflexes with hypnotic age regression and induced emotional states. *Journal of Personality*, 1, 252–263.
- Tsao, J. C. & Zeltzer, L. K. (2005). Complementary and alternative Medicine Approaches for pediatric pain: A review of the state-of-the-science. Evidence Based Complementary Alternative Medicine, 2(2), 149–159.
- Tschudin, S. & Bitzer, J. (2001). Prämenstruell dysphorisches Syndrom. In A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtssensible Psychiatrie und Psychotherapie*, (S. 1–14). Basel: Karger.
- Tschuggel, W. & Berga, S. L. (2003). Treatment of functional hypothalamic amenorrhea with hypnotherapy. *Fertility and Sterility*, 80(4), 982–985.
- Tschugguel, W. & Tschugguel, S. (2010b). Hypnose bei Patienten mit gynäkologischen Symptomen. Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, 5(1+2), 121–144.
- Tsushima, W. T. (1988). Current psychological treatments for stress-related skin disorders. *Cutis*, 42(5), 402–404.
- Tucker, D. M. (2001). Motivated anatomy: A core-and-shell model of corticilimbic architecture. In G. Gainotti (Ed.), *Handbook of Neuropsychology, Emotionale behavior and ist disorders* (Vol. 5, 2nd ed., pp. 125–160). Amsterdam: Elsevier.
- Tuerk, M. J. & Koo, L. (2008). A practical review and update on the management of pruritus sine materia. *Cutis*, 82(3), 187–194.
- Tukel, R., Keser, V., Karali, N. T., Olgun, T. O. & Calicusu, C. (2001). Comparison of clinical characteristics in Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 433–441.
- Tulving, E. & Schacter, D. L. (1990). Priming and human memory system. *Science*, 247, 301–306.
- Tunmer, W. (1979). Experimentelle Analogien neurotischer Zwangshandlungen. In D. Kallinke, R. Lutz & R. W. Ramsay (Hrsg.), *Die Behandlung von Zwängen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Turco, R. N. (1981). Regrief treatment facilitated by hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(1), 62–64.
- Turk, D. C. (2002). A cognitive-behavioral perspective on treatment of chronic pain patients. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*, 2nd ed. (pp. 138–158). New York: Guilford Press.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective*. New York: Guilford.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. & Epstein, L. H. (2002). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(2), 151–166.
- Turner, S. W., McFarlane, A. C. & van der Kolk, B. A. (2000). Der therapeutische Rahmen und neue Entwicklungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In B. E. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth, Lars (Eds.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 371–392). Paderborn: Junfermann.
- Tusek, D. L., Church, J. M., Strong, S. A., Grass, J. A. & Fazio, V. W. (1997). Guided imagery: A significant advance in the care of patients undergoing elective colorectal surgery. *Diseases of Colon & Rectum*, 40(2), 172–178.
- Udolf, R. (1983). *Forensic hypnosis: Psychological and legal aspects*. Lexington, M. A.: Lexington Books.
- Ullmann, H. (2009). Die Katathyme Imaginative Psychotherapie (KIP) als psychodynamisch orientiertes Behandlungsverfahren mit hypnotherapeutischem Hintergrund. *Hypnose*, 4(1–2), 215–236.
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J. & Kisley, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated Cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 843–854.
- Unestahl, L. E. (1981). *New paths of sport learning and excellence*. Örebro, Sweden: Örebro University of Sport Psychology.
- Unestahl, L. E. (1986). *Sport psychology in theory and practice*. Örebro: Veje.
- Unterberger, G. (2007). Mit NLP gegen Schmerz und Krebs. *Kommunikation & Seminar*, 16(5), 27–31.
- US Department of Health and Human Services (2000). *The Dys-tonias*. Bethesda National Institute of Health, No. 00–717.
- Usher, J. A. & Neisser, U. (1993). Childhood amnesia and the beginnings of memory for four early life events. *Journal of Experimental Psychology: General*, 122, 155–165.
- Vaitl, D. (1978). Entspannungstechniken. In L. J. Pongratz (Hrsg.), *Klinische Psychologie*, 2. Halbband. Göttingen: Hogrefe.
- Vaitl, D. (2009). Autogenes Training. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch* (S. 62–80). Weinheim: Beltz.
- Vaitl, D. & Petermann, F. (2000). *Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1: Grundlagen und Methoden*. Weinheim: Beltz.
- Valente, S. M. (2005). Sexual abuse of boys. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(1), 10–16.
- Vallbo, A. B., Hagbarth, K. E., Tojerbjork, H. E. & Wallin, B. G. (1979). Somatosensory, proprioceptive, and sympathetic activity in human peripheral nerves. *Physiological Review*, 59, 919–957.
- Van Bergen, S., Jelicic, M. & Merckelbach, H. (2009). Are subjective memory problems related to suggestibility, compliance, false memories, and objective memory performance? *American Journal of Psychology*, 122(2), 249–257.
- Van der Does, A. J. & Van Dyck, R. (1989). Does hypnosis contribute to the care of burn patients? Review of the evidence. *General Hospital Psychiatry*, 11(2), 119–124.
- Van der Does, A. J., Van Dyck, R. & Spijker, R. E. (1988). Hypnosis and pain in patients with severe burns: A pilot study (published erratum appears in *Burns Inclusive Thermal Injuries* 1989, 15(1), 67. *Burns Inclusive Thermal Injuries*, 14(5), 399–404.
- Van der Does, A. J., Van Dyck, R., Spinhoven, P. & Kloosman, A. (1989). The effectiveness of standardized versus individualized hypnotic suggestions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(1), 1–5.
- van der Hart, O. (1981). Treatment of a phobia for dead birds. *American Journal of Clinical Hypnosis* 23, 263–265.
- van der Hart, O. (1985). Metaphoric hypnotic imagery in the treatment of functional amenorrhea. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27 (3), 159–165.
- van der Hart, O. (1988). An imaginary leave-taking ritual in mourning therapy: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36(2), 63–69.
- van der Hart, O. (1999). Metaphoric imagery in the treatment of functional amenorrhea. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 26(3), 137–143.
- van der Hart, O. (2000). Reflective belief – bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of reflective belief. *Hypnos, Journal of European Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 27(4), 191–201.
- van der Hart, O. (2010). The use of imagery in phase 1 treatment of patients with complex dissociative disorders. *European Society of Trauma and Dissociation*, 1(1), 8–11.

- van der Hart, O., Brown, P. & Turco, R. N. (1990). Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(4), 263–271.
- van der Hart, O., Brown, P. & van der Kolk, B. A. (1991). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. *Hypnos*, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, 18(2), 60–71.
- van der Hart, O. & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected heritage. *Dissociation*, 2, 3–16.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Stelle, K. (2008). Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und Behandlung chronischer Traumatisierung. Paterborn: Junfermann.
- van der Hart, O., Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerdung und Integration. *Hypnose und Kognition*, 12(2), 34–67.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovic, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaption to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399.
- Van der Wee, N. J., Stevens, H., Hardeman, J. A., Mandl, R., Denys, D. A., van Mengen, Kohn, R. S. & Westenberg, H. M. (2004). Enhanced dopamine transporter density in psychotropic-naïve patients with obsessive-compulsive disorder shown by (¹²³I)β-CIT SPECT. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2201–2206.
- Van Dyk, P. & Harris, R. B. (1982). Phobia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(4), 284–287.
- Van Dyk, R. & Hoogduin, K. (1989). Hypnosis and conversion disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 43(4), 480–493.
- Van Dyk, R. & Spinhoven, P. (1997). Depersonalization and derealization during panic and hypnosis in low and highly hypnotizable agoraphobics. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(1), 41–54.
- Van Egeren, L. F. (1970). Psychophysiology of systematic desensitization: Individual differences and the habituation model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 249–255.
- van Niekerk, K. (2000). The utilization of cognitive life skills in hypnosis. *Hypnos*, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, 27(2), 68–74.
- Van Nuys, D. (1973). Meditation, attention, and hypnotic susceptibility: A correlational study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 59–69.
- Van Rooyen, E. J. (1981). Hypnotherapy of a neurotic reading problem. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(2), 124–127.
- Vandenberg, B. (1998). Infant communication and the development of hypnotic responsivity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(4), 334–350.
- Vanderlinden, J. (1991). *Männken Pis aus Brüssel: Unterricht im Pinkeln*. Experimentelle und klinische Hypnose, 7(1), 1–8.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1990a). Hypnosis in the treatment of eating disorders (anorexia nervosa and bulimia). *Hypnos*, Swedish Journal of Hypnosis, 17(2), 64–70.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1990b). The use of hypnosis in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(2), 101–111.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1994). The (limited) possibilities of hypnotherapy in the treatment of obesity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 248–257.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1995). *Hypnose bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie*. München: Quintessenz.
- Vanek, M. (1970). Psychological problems of superior athletes – some experiences from the Olympic Games in Mexico City, 1968. In G. S. Kenyon (Ed.), *Contemporary psychology of Sport*. Chicago: Athletic Institute.
- Vanhaudenhuysen, A., Boly, M., Baletau, E., Schnakers, C., Moonen, G., Luxen, A., Lamy, M., Degueldre, C., Brichant, J. F., Maquet, P., Laureys, S. & Faymonville, M. E. (2009). Pain and non-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage*, 47(3), 1047–1054.
- Varga, K., Bányai, E. I. & Gósi-Greguss, A. C. (1999). Hypnotist's phenomenology: Toward the understanding of hypnotic interactions. *Hypnos*, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, 26(4), 181–193.
- Varga, K., Bányai, E. I. & Gössi-Greguss, A. C. (2006). A new way of characterizing hypnotic interactions: Dyadic interactional harmony (DIH) questionnaire. *Contemporary Hypnosis*, 23(1), 151–166.
- Varga, K., Bányai, E. I., Vágó, P., Gössi-Greguss, A. C. & Horváth, R. (1988). Interactional approach to the understanding of hypnosis: Subjective experiences. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19.8.1988, Den Haag.
- Vas, J. (1988). Primitive defensive mechanisms in the hypnotherapy of a borderline patient. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag.
- Vas, J. (1992). *Hypnosetherapie bei Psychosen*. München: Quintessenz.
- Venn, J. (1987). Hypnosis and Lamaze method an exploratory study: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(2), 79–82.
- Vermetten, E. & Bremner, J. D. (2003). Olfaction as a traumatic reminder in posttraumatic stress disorder: Case report and review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 202–207.
- Vermetten, E. & Bremner, J. D. (2004). Functional brain imaging and the induction of traumatic recall: A cross-correlation review between neuroimaging and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 280–312.
- Verworn, M. (1889). *Tonische Reflexe*. Pflügers Arch. 65 (1897), Beiträge zur Physiologie des Zentralnervensystems I. Die sogenannte Hypnose der Tiere. Jena.
- Vigne, J. (1997). Meditation and mental health. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 46–51.
- Vingoe, F. J. (1968a). Comparison of the Harvard group scale of hypnotic susceptibility, form A and the group alert trance scale in a university population. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21(3), 169–179.
- Vingoe, F. J. (1968b). The development of group alert-trance scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16(2), 120–132.
- Vingoe, F. J. (1973). The development of a group alert-trance scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16(2), 120–132.
- Vingoe, F. J. (2000). All the world's a stage. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 132–134.
- Vogler, E. & Revenstorff, D. (1978). Aspekte zukünftiger Forschung und Therapie. In E. Vogler & D. Revenstorff (Hrsg.), *Alkoholmissbrauch* (S. 152–167). München: Urban & Schwarzenberg.
- Vogt, B. A. (2005). Pain and emotion interactions in subregions of the cingulate gyrus. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 533–544.
- Vogt, I. (1990). Neues zum »Sex in der Therapie«. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 1/90, 104–105.
- Vogt, M. (1990). Hypnosetherapie mit Kindern und Jugendlichen nach M. H. Erickson ohne klassische Tranceinduktion. Experimentelle und klinische Hypnose, 6(1), 7–19.
- Vogt, M. (1997). Entwurf einer konstruktivistischen Hypnosetherapie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In S. Mrochen, K. L. Holtz & B. Trenkle (Hrsg.), *Die Pulpille des Bettjägers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen* (S. 30–47). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

- Vogt, O. (1895). Zur Kenntnis des Wesens und der psychologischen Bedeutung des Hypnotismus. *Zeitschrift für Hypnotismus*, 3, 277–340.
- Vogt, O. (1899). Zur Kenntnis des Wesens und der psychologischen Bedeutung des Hypnotismus. *Zeitschrift für Hypnotismus*, 4, 32, 122, 229.
- Volbert, R. (1999). Determinanten der Aussagesuggestibilität bei Kindern. Experimentelle und klinische Hypnose, 15(1), 55–78.
- Völgyesi, P. A. (1967). Die Seele ist alles. Zürich: Orell Füssli Verlag.
- Waalke, O. (1988). Das Buch der Ottifanten. Hamburg: Rasch und Röhrig.
- Wabeh, H., Elsas, S. M. & Oken, B. S. (2008). Mind-body interventions: Applications in neurology. *Neurology*, 70(24), 2321–2328.
- Wadden, T. A. & Penrod, J. H. (1981). Hypnosis in the treatment of alcoholism: A review and appraisal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(1), 41–47.
- Wade, K. A., Garry, M., Read, J. D. & Lindsay, D. S. (2002). A picture is worth a thousand lies: Using false photographs to create false childhood memories. *Psychonomic Bulletin & Review*, 9, 597–603.
- Wade, T. C. & Wade, D. K. (2001). Integrative psychotherapy: Combining ego state therapy, clinical hypnosis, and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3–4), 233–245.
- Wagenfeld, J. & Carlson, W. A. (1979). Use of hypnosis in the alleviation of reading problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(1), 51–53.
- Wagner-Geude, S. (1995). Streß und Zyklusstörungen bei Leistungssportlerinnen. Eine Fragebogenstudie und ein Experiment. Ulm: Universität, Medizinische Fakultät, Dissertation.
- Wagstaff, G. F. (1981). Hypnosis, compliance and belief. Brighton: Harvester.
- Wagstaff, G. F. (1982a). Helping at witness remember – A project in forensic psychology. *Police Research Bulletin*, 38, 56–58.
- Wagstaff, G. F. (1982b). Hypnosis and recognition of a face. *Perceptual and Motor Skills*, 55, 816–818.
- Wagstaff, G. F. (1983). A comment on McConkey's »Challenging hypnotic effects: The impact of conflicting influences on response to hypnotic suggestion«. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 1, 11–15.
- Wagstaff, G. F. (1986). State versus nonstate paradigms of hypnosis: A real or a false dichotomy? *The Behavior and the Brain Sciences*, 9, 486–487.
- Wagstaff, G. F. (1991a). Compliance, belief, and semantics in hypnosis: A nonstate, sociocognitive perspective. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 362–396). New York: Guilford Press.
- Wagstaff, G. F. (1991b). Hypnosis and harmful and antisocial acts: Some theoretical and empirical issues. *Contemporary Hypnosis*, 8(2), 141–146.
- Wagstaff, G. F. (1998). The hypnotic state: Semantics and pragmatics. *Contemporary Hypnosis*, 15, 182–188.
- Wagstaff, G. F. (1999). Hypnosis and forensic psychology. In I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna & S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 277–308). Washington: American Psychological Association.
- Wagstaff, G. F. (2000a). On the physiological redefinition of hypnosis: A reply to Gruzelier. *Contemporary Hypnosis*, 17, 154–162.
- Wagstaff, G. F. (2000b). Can hypnosis cause madness? *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 97–111.
- Wagstaff, G. F. (2000c). Author's reply: Hypnosis and madness: Identifying issues. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 135–142.
- Wagstaff, G. F., Brunas-Wagstaff, J., Cole, J., Knapton, L., Winterbottom, J., Vrean, V. & Wheatcroft, J. (2004). Facilitating memory with hypnosis, focused meditation, and eye closure. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(4), 434–455.
- Wagstaff, G. F., Cole, J. C. & Brunas-Wagstaff, J. (2008). Measuring hypnotizability: The case of self-report depth scales and normative data from the Long Stanford Scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 119–142.
- Wagstaff, G. F., Green, K. & Somers, E. (1997). The effects of the experience of hypnosis, and hypnotic depth, on juror's decisions regarding the defence of hypnotic automatism. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 65–74.
- Wahlley, M. G. & Brooks, G. B. (2009). Enhancement of suggestibility and imaginative ability with nitrous oxide. *Psychopharmacology*, 203(4), 745–752.
- Wain, H. J. (2004). Reflections on hypnotizability and its impact on successful surgical hypnosis: A sole anaesthetic for seproplasty. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(4), 313–321.
- Wain, H. J., Amen, D. & Jabbari, B. (1990). The effects of hypnosis on a Parkinsonian tremor: Case report with polygraph/EEG recordings. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(2), 94–98.
- Wain, H. J., Amen, D. G. & Oetgen, W. J. (1983). Cardiac arrhythmias and hypnotic intervention: Advantages, disadvantages, precautions, and theoretical considerations. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(1), 1–4.
- Wain, H. J., Amen, D. G. & Oetgen, W. J. (1984). Hypnotic intervention in cardiac arrhythmias: Advantages, precautions, and theoretical considerations. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(1), 70–75.
- Wakeman, R. J. (1988). Hypnotic desensitization of job-related heat intolerance in recovered burn victims. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 28–32.
- Wakeman, R. J. & Kaplan, J. Z. (1978). An experimental study of hypnosis in painful burns. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 3–12.
- Walch, S. L. (1976). The red balloon technique of hypnotherapy: A clinical note. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(1), 10–12.
- Walker, L. G. (1998). Hypnosis and cancer: Host defences, quality of life and survival. *Contemporary Hypnosis*, 15(1), 34–38.
- Walker, L. S., Garber, J., Smith, C. A., Van Slyke, D. A. & Claar, R. L. (2001). The relations of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 85–91.
- Walker, M. K. & Bragg, R. A. (1970). Comparing behavior modification approaches to habit decrement-smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 257–263.
- Walker, W.-L. (1981). The secret room for problem solving. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9(2), 102–103.
- Walker, W.-L. (1984). Hypnosis before an anesthetic, tranquillity after. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12(2), 137–139.
- Walker, W.-L., Collins, J. K. & Krass, J. (1982). Four hypnosis scripts from the Marquaire Weight Control Program. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10(2), 125–133.
- Wall, V. (1991). Developmental considerations in the use of hypnosis with children. In W. C. Western II u. D. J. O'Grandy (Eds.), *Clinical hypnosis with children* (pp. 3–18). New York: Bruner u. Mazel.
- Wallace, B. (1988). Hypnotic susceptibility, visual distraction, and reports of Necker cube apparent reversals. *Journal of General Psychology*, 115(4), 389–396.
- Wallace, B. (1990). Hypnotizability and the modification of cognitive search strategies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(1), 60–69.

- Wallace, B. & Kokoszka, A. (1995). Fluctuations in hypnotic susceptibility and imaging ability over a 10-hour period. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(1), 20–23.
- Wallace, B. & Patterson, S. L. (1984). Hypnotic susceptibility and performance on various attention-specific cognitive tasks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(1), 175–181.
- Wallace, I., Wallace, A., Wallechinsky, D. & Wallace, S. (1985). Rowohlt's indiskrete Liste. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Wallace, L. M. (1987). Hypnosis and pain control on an English burns unit. *Intensive Care Nursing*, 3(2), 50–55.
- Wallace, R. K. (1970). Physiological effects of transcendental meditation. *Science*, 167, 1751–1754.
- Walling, D. P. & Levine, R. E. (1997). Power in the hypnotic relationship: therapeutic or abusive? *American Journal of Psychotherapy*, 51(1), 67–76.
- Wallnhöfer, H. (1981). Was ist Hypnose? *Musik und Medizin*, 9, 7–15.
- Wallnhöfer, H. (1998). *Gesund mit Autogenem Training*. Wien: Edition Praesens.
- Walrath, I. C. & Hamilton, D. W. (1975). Autonomic correlates of meditation and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 190–197.
- Walsh, B. J. (2003). Utilizing sobriety: Brief, individualized substance abuse treatment employing ideomotor questioning. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 217–224.
- Walter, H., Lesch, O. M., Stöhr, H., Grünberger, J. & Gutierrez-Lobos, K. (2006). Reaction to pain stimulus before and during hypnosis measurement by pupillary reaction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2–3), 145–152.
- Walter, H. & Martin, M. (2002). Zur Geschichte der Hypnose in Österreich. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 177–195.
- Walters, V. J. & Oakley, D. A. (2003). Does hypnosis make in vitro, in vivo? Hypnosis as a possible virtual reality context in cognitive behavioral therapy for an environmental phobia. *Clinical Case Studies*, 2, 295–305.
- Walther, N. (2010). Vernehmung des Beschuldigten. In W. Krekeler, M. Löffelmann & U. Sommer (Hrsg.), *AnwaltKommentar Strafprozessordnung*. Bonn: Deutscher Anwaltverlag.
- Walton, D. (1960). The application of learning theory to the treatment of a case of neurodermitis. In H. J. Eysenck (Ed.), *Behavior therapy and the neuroses*. Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Wang, M. (2001). The psychological consequences of explicit and implicit memories of events during surgery. In M. M. Ghonheim (Ed.), *Awareness during anesthesia* (pp. 145–153). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Ward, N. S., Oakley, D. A., Frackowiak, R. S. & Halligan, P. W. (2003). Differential brain activations during intentionally simulated and subjectively experienced paralysis. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8, 295–312.
- Wark, D. M. (1988). Effects of autohypnosis on reading behavior. Paper read at: 11th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. 13.–19. 8. 1988, Den Haag.
- Wark, D. M. (1996). Teaching college students better learning using self-hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(4), 277–287.
- Wark, D. M. & la Plante, P. M. (1991). Reading in alert trance: Effects on comprehension. *Hypnos*, Watanabe, S., Hattori, T., Kanazawa, M., Kano, M. & Fukudo, S. (2007). Role of histaminergic neurons in hypnotic modulation of brain processing of visceral perception. *Neurogastroenterology and Motility*, 19(10), 831–838.
- Wark, D. M. & Kohen, D. P. (2002). A spiral curriculum for hypnosis training. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(2), 119–128.
- Watkins, J. G. (1984). The Bianchi (L.A. hillside strangler) case: Sociopath or multiple personality? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(2), 67–101.
- Watkins, J. G. (2000). The psychodynamic treatment of combat neuroses (PTSD) with hypnosis during World War II. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(3), 324–335.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (1990). Ego-state transference in the hypnoanalytic treatment of dissociative reactions. In M. Fass & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis* (pp. 255–261). Hillsdale: Erlbaum.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (1996). Overt-covert dissociation and hypnotic ego state therapy. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 431–448). New York: Plenum Press.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (1999). *Ego states: Theory and Therapy*. New York: Norton.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (2000). The psychodynamics and initiation of effective abreactive experiences. *Hypnos*, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, 27(2), 60–67.
- Watkins, J. G. (2007). An interpretive comment on McKeown's restoration of wholeness to Despine's magnetic cure. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(4), 497–498.
- Watson, D. L., Tharp, R. G. & Krisberg, J. (1972). Case study in self-modification of inflammatory scratching while awake and asleep. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 213–215.
- Watson, J. S. (1971). Cognitive-perceptual development in infancy: Setting forth the seventies. *Merrill-Palmer Quart.*, 17, 139–152.
- Watson, J. S. (1972). Smiling, cooing, and »The Game«. *Merrill-Palmer Quart.*, 18, 323–329.
- Watson, P. N. & Evans, R. J. (1986). Posttherapeutic neuralgia: A review. *Archives of Neurology*, 43, 836–840.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change: Elements of therapeutic communication*. New York: Grune & Stratton.
- Watzlawick, P. (1985). Hypnotherapy without trance. In J. K. Zeig (Ed.), *Ericksonian psychotherapy: Vol. 1. Structure* (pp. 5–14). New York: Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P. (1991). *Die Möglichkeit des Andersseins: Zur Technik der therapeutischen Kommunikation* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Waxman, D. (1988). The irritable bowel: A pathological or a psychological syndrome? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 81(12), 718–720.
- Weber, R. (1991). Mehrfach eingebettete Metaphern – Ein Behandlungsbericht. *Hypnose und Kognition*, 8(2), 23–29.
- Weber, R. (2001). Wenn Implikationen Inkongruenzen erzeugen. *Zu Zusammenhang von Implikationen und Inkongruenzen. Experimentelle und klinische Hypnose*, 17(2), 125–130.
- Weekes, J. R. & Lynn, S. J. (1990). Hypnosis, suggestion type, and subjective experience – the order-effects hypothesis revisited: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(2), 95–100.
- Wegner, D. M. (2001). *The illusion of conscious will*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5–13.
- Weinberg, R. S. & Gould, D. (1999). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Weis, S., Stoffers, B., Vohn, R., Sturm, W., Kellermann, T. & Hausmann, M. (2008). Estradiol modulates functional brain organization during the menstrual cycle: An analysis of interhemispheric inhibition. *Journal of Neurosciences*, 28(50), 13401–13410.
- Weisenberg, M. (1998). Cognitive aspects of pain and pain control. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(1), 44–61.

- Weishaar, B. B. (1986). A comparison of Lamaze and hypnosis in the management of labor. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 228(4), 214–217.
- Weiss, K. (1982). *Die Vergewaltigung und ihre Opfer*. Stuttgart: Enke.
- Weitzenhoffer, A. M. (1957/1963a). *General techniques of hypnosis*. New York: Grune and Stratton.
- Weitzenhoffer, A. M. (1963b). *An objective study on suggestibility*. New York: Wiley.
- Weitzenhoffer, A. M. (1963b). *General techniques of hypnosis*. New York: Grune & Stratton.
- Weitzenhoffer, A. M. (1963c). The nature of hypnosis. Part I. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 295–321.
- Weitzenhoffer, A. M. (1969). Hypnosis and eye movements. I. Preliminary report on a possible slow eye movement correlate of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 11, 221–227.
- Weitzenhoffer, A. M. (1972). Behavior therapeutic techniques and hypnotic methods. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15(2), 71–82.
- Weitzenhoffer, A. M. (1980). What did he (Bernheim) say? A postscript and an addendum. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(3), 252–260.
- Weitzenhoffer, A. M. (1989a). Betrachtung der Hypnotisierbarkeit – Mehr als dreißig Jahre später. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 5(1), 63–73.
- Weitzenhoffer, A. M. (1989b). *The practice of hypnotism*. New York: Wiley & Sons.
- Weitzenhoffer, A. M. (1997). Hypnotic susceptibility: A personal and historical note regarding the development and naming of the Stanford scales. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(2), 126–143.
- Weitzenhoffer, A. M. (2004). Symptom removal: The twentieth century experience. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(3), 229–239.
- Weitzenhoffer, A. M. (2005). An interview with André M. Weitzenhoffer, Ph. D., Sc. B., Sc. M., M. A. Interview by Michael D. Yapko. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 29–43.
- Weitzenhoffer, A. M. & Hilgard, E. R. (1958). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B*. Palo Alto, Cal.: Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A. M. & Hilgard, E. R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C*. Palo Alto, Cal.: Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A. M. & Hilgard, E. R. (1967). *Revised Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility, Forms I and II*. Palo Alto, Cal.: Consulting Psychologists Press.
- Weitzman, B. (1967). Behavior therapy and psychotherapy. *Psychological Review*, 74, 300–317.
- Welch, L. A. (1947). A behavioristic explanation of the mechanism of suggestion and hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42, 359–364.
- Welker, T. (2000). Psyche und Sehen. Zur Psychologie der visuellen Wahrnehmung: Sehanforderung und Belastung. *Entspannungsverfahren*, 17, 73–89.
- Wells, W. R. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purpose. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 18, 389–404.
- Wendt, H. (1978). Indikationen und Kautelen für die Hypnose, Kombinationen mit anderen Verfahren. In A. Katzenstein (Hrsg.), *Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis* (S. 158–166). Jena: G. Fischer.
- Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91.
- Werbel, C. S., Mulhern, T. J. & Dubi, M. (1983). The use of hypnosis as therapy for the mentally retarded. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 18(4), 321–323.
- Werner, W. E. (1963). Then use of hypnoreflexogenous techniques in obstetrical delivery. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 15–21.
- Wertheim, A. H. (1974). Oculomotor control and occipital alpha activity: A review and a hypothesis. *Acta Psychologica*, 38(3), 235–256.
- Wertheim, A. H. (1978). Explaining highway hypnosis: Experimental evidence for the role of eye movements. *Accident Analysis & Prevention*, 10(2), 111–129.
- Wertheimer, M. (1945/64). *Produktives Denken*. Frankfurt: Verlag Waldemar Krämer.
- West, C. A. (2005). Evaluation des familienorientierten Behandlungskonzepts der Nachsorgeklinik Tannenberg am Beispiel kardiologisch erkrankter und mukoviszidoseerkrankter Kinder und ihrer Familien. Regensburg: Roderer.
- Wexler, D. B. (1982). Hypnotic susceptibility as measured by direct vs. indirect inductions and its relation to psychological differentiation. Diss., California School of Professional Psychology.
- Whalen, J. E. & Nash, M. R. (1996). Hypnosis and dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives. In L. Michelson & W. Ray (Eds.) *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 191–206). New York: Plenum Press.
- Whalen, J. E. (1999). *EMDR and hypnosis: A theoretical and clinical investigation*. Dissertation Abstract International, Section B, 60(3-B), 1319.
- Whalley, M. G. & Brooks, G. B. (2009). Enhancement of suggestibility and imaginative ability with nitrous oxide. *Psychopharmacology*, 2003(4), 745–752.
- Wheatley, T. & Haidt, J. (2005). Hypnotic disgust makes moral judgement more severe. *Psychological Sciences*, 16(19), 780–784.
- White, D. M. (1979). Ericksonian hypnotherapeutic approaches: a case study of the treatment of obesity using indirect forms of suggestion. Diss., United States International University.
- White, K., Speechley, M., Hath, M. & Ostbye, T. (1999). The London fibromyalgia epidemiology study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *The Journal of Rheumatology*, 267, 1570–1576.
- White, R. W. (1937/1965). Two types of hypnotic trance and their personality correlates. In R. E. Shor & M. T. Orne (Eds.), *The nature of hypnosis: Selected basic writings*. New York: Holt, Rinehart and Winston (1965: Erstveröffentlichung 1937).
- White, R. W. (1941). A preface to the theory of hypnotism. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36, 477–505.
- Whitehead, S., Noller, P. & Sheehan, P. W. (2008). The hypnotist in the hypnosis interaction: The impact of first impression on perceptions of hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(4), 394–424.
- Whitehead, W. E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: The empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 7–20.
- Whitehouse, W. G., Dinges, D. F., Orne, E. C., Keller, S. E., Bates, B. L., Bauer, N. K., Morahan, P., Haupt, B. A., Carlin, M. M., Bloom, P. B., Zaugg, L., & Orne, M. T., (1996). Psychological and immune effects of self-hypnosis training for stress management throughout the first semester of medical school. *Psychosomatic Medicine*, 58, 249–263.
- Whitehouse, W. G., Dinges, D. F., Orne, B. C. & Orne, M. T. (1988). Hypnotic hypermesia: Enhanced memory accessibility or report bias? *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 289–295.
- Whitehouse, W. G., Orne, E. C., Dinges, D. F., Nates, B. L., Nadon, R. & Orne, M. T. (2005). The cognitive interview: Does it successfully avoid the dangers of forensic hypnosis? *American Journal of Psychology*, 118(2), 213–234.
- Whitehouse, W. G., Orne, M. T., Orne, E. C. & Dinges, D. F. (1991). Distinguishing source of memories reported during prior waking

- and hypnotic recall attempts. *Applied Cognitive Psychology*, 5, 51–59.
- Whitewood, G. (1997). Hypnotic intervention in the breaking of a thumb sucking habit. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 18(1), 1–4.
- Whitlock, P. A. (1976). Psychophysiologische Aspekte bei Hautkrankheiten: Zum psychosomatischen Konzept in der Dermatologie. Beiträge zur Dermatologie, Band 6. Erlangen: Verlagsgesellschaft mbH.
- Whitlow, J. A. (1948). A rapid method for the induction of hypnosis. In L. LeCron (Ed.), *Experimental Hypnosis*. New York: Macmillan.
- Whorwell, P. J. (2006). Effective management of the irritable bowel syndrome – the Manchester model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 21–26.
- Whorwell, P. J., Prior, A. & Colgan, S. M. (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: Further experience. *Gut*, 28(4), 423–425.
- Wickham, N. E. (1960). Hypnosis in dentistry. *New Zealand Dental Journal*, 56, 84–91.
- Wickless, C. & Kirsch, I. (1989). The Effects of verbal and experimental expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 762–768.
- Wickramasekera, I. (1969). The effects of sensory restriction on susceptibility to hypnosis: A hypothesis, some more preliminary data, and theoretical speculation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17, 217–224.
- Wickramasekera, I. (1971). Effects of »hypnosis« and task motivational instructions in attempting to influence the »voluntary« self-deprivation of money. *Journal of Personality and Social Psychology*, 19, 311–314.
- Wickramasekera, I. (1976a). Effects of sensory restriction on susceptibility to hypnosis: A hypothesis and more preliminary data. In I. Wickramasekera (Ed.), *Biofeedback, behavior therapy and hypnosis*. Chicago: Nelson-Hall.
- Wickramasekera, I. (1976b). The effects of hypnosis and control procedure on verbal conditioning: A hypothesis, some preliminary data, and theoretical speculations. In I. Wickramasekera (Ed.), *Biofeedback, behavior therapy, and hypnosis*. Chicago: Nelson Hall.
- Wickramasekera, I. (1976c). Effects of »hypnosis« and task motivational instructions in attempting to influence the »voluntary« self-deprivation of money. In: I. Wickramasekera (Ed.), *Biofeedback, behavior therapy, and hypnosis*. Chicago: Nelson Hall (1976d)
- Wickramasekera, I. (1999). How does biofeedback reduce clinical symptoms and do memories and beliefs have biological consequences? Toward a model of mind-body healing. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(2), 91–105.
- Wickramasekera, I. (2008). Review of the treatment of parasomnias with hypnosis: A 5-year-follow-up study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(3), 286.
- Wickramasekera, I. E. & Szlyk, J. P. (2003). Could empathy be a presicator of hypnotic ability? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 390–399.
- Wicks, S. (1995). Hypnosis in two cases of Gilles de la Tourette's syndrome. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 7(4), 230–234.
- Wiener, N. (1967). *Cybernetics. Or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press.
- Wieseman, R., Greening, E., Smith, M. (2003). Belief in the paranormal and suggestion in the seance room. *British Journal of Psychology*, 94(3), 285–297.
- Wilbur, C. B. (1984). Treatment of multiple personality. *Psychiatric Annals*, 14(1), 17–31.
- Wilcken, S. & Rochow, M. (Hrsg.) (2000). *Rückfallprävention bei Alkoholismus. Fähigkeiten im Focus: Ein Manual*. Bern: Huber.
- Wild, M. R. & Espie, C. A. (2004). The efficacy in the reduction of procedural pain and distress in pediatric oncology: A systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(3), 207–213.
- Wilk, D. (2010). Anwendung von Trance-Geschichten in der Rehabilitation. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation. D. Küch, M. Pimmer, V. Schmucker & J. Theissing (Hrsg.), *Trends in der medizinischen Rehabilitation*. (S. 217–225). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Wilkinson, J. B. (1989). Chronic asthma and hypnotherapy (letter). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82(11), 694–695.
- Willard, R. D. (1977). Breast enlargement through visual imagery and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 195.
- Willemssen, R. & Vanderlinden, J. (2008). Hypnotic approaches for alopecia areata. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 318–333.
- Williams, D. T. & Singh, M. (1976). Hypnosis as a facilitating therapeutic adjunct in child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 15, 326–342.
- Williams, J. D. & Gruzelier, J. H. (2001). Differentiation of hypnosis and relaxation by analysis of narrow band theta and alpha frequencies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(3), 185–206.
- Williams, J. E. (1974). Stimulation of breast growth by hypnosis. *Journal of Sex Research*, 10, 316.
- Williams, S. M. & Goldman-Rakic, P. S. (1998). Widespread origin of the primate mesofrontal dopamine system. *Cerebral Cortex*, 8(4), 321–345.
- Williamson, J. A. (2004). A case of post-herpetic neuralgia treated with self-hypnosis and imagery. *Contemporary Hypnosis*, 21, 146–149.
- Williamson, J. W., McColl, R., Matthews, D., Mitchell, J. H. & Morgan, W. P. (2001). Hypnotic manipulation of effort sense during dynamic exercise: Cardiovascular response and brain activation. *Journal of Applied Physiology*, 90(4), 1392–1399.
- Williamson, J. W., McColl, R., Matthews, D., Mitchell, J. H., Raven, P. B. & Morgan, W. P. (2002). Brain activation by central command during actual and imagined handgrip under hypnosis. *Journal of Applied Physiology*, 92, 1317–1324.
- Willoch, F., Rosen, G., Toelle, T.-R., Oye, I., Wester, H.-J., Berner, N., Schwaiger, M. & Bartenstein, P. (2000). Phantom limb pain in the human brain: Unraveling neural circuitries of phantom limb sensations using positron emission tomography. *Annals of Neurology*, 48(6), 842–849.
- Willshire, D. (1996). Trauma and treatment with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(2), 125–136.
- Wilson, A. E. & Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11, 137–149.
- Wilson, S. C. & Barber, T. X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measurement of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20(4), 235–249.
- Wilson, S. C. & Barber, T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects (»sommambules«): Preliminary report with female subjects. In E. Klinger (Ed.), *Imagery: Concepts, results, and applications* (pp. 133–149). New York: Plenum Press.
- Wilson, S. C. & Barber, T. X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In A. Sheikh (Ed.), *Imagery: Current theory, research, and application* (pp. 340–387). New York: Wiley.

- Wilson, T. E., Mob, D. & Hunt, R. D. (1982). Reparenting young schizophrenic people. *International Child Welfare*, 55, 31–38.
- Wilz, G., Schumacher, J. & Brähler, E. (1995). Psychologische Schmerzdagnostik und Schmerzbehandlung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 312–317.
- Winchell, S. A. & Watts, R. A. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18(1 Pt 1), 101–104.
- Winkel, J. D., Younger, J. W., Tomcik, N., Borckadt, J. J. & Nash, M. R. (2006). Anatomy of a hypnotic response: Self-reported estimates, actual behavior, and physiological response to the hypnotic suggestion for arm rigidity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), 186–205.
- Wirl, C. (2002). Hypnose und Hypnotherapie bei psychosomatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 39–50.
- Wirth, P. K. (1998). Beispiel einer Metapher zur psychischen Auf- richtung für onkologische Patienten. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 14(1), 73–78.
- Wirth, P. K. (2001). Wenn Blinde wieder sehen. Eine Falldarstellung. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 17(2), 131–135.
- Witz, P. (2001). Hypno-Sexualtherapie. *M.E.G. a. Phon*, 34, 24–28.
- Witz, P. (2010). Die Erzeugung erotischer Trance. *Psychoscope* 11, 8–11.
- Wischmann, T. H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868–1876.
- Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M. & Köhler, K. (1991). *Diagnos- tisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.
- Witz, M. & Kahn, S. (1991). Hypnosis and the treatment of Hun- tington's disease. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34(2), 79–90.
- Wolberg, L. R. (1982) *Hypnosis: Is it for you?* New York: Dembner Books.
- Wolberg, L. R. (1984). *Medical Hypnosis: The practice of hypno- therapy* (2 Vols.) New York: Grune and Stratton.
- Wolberg, L. R. (1996). Hypnosis and psychoanalytisch therapy (hypnoanalysis). *American Journal of Psychotherapy*, 50(4), 393–415.
- Wolff, K. (1996). Hypnose in der Schweiz. *Hypnose Bulletin*, VI, 5–13.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 112, 189.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon.
- Wolpe, J. (1998). Hypnose und die Entwicklung der Verhaltens- therapie. *Hypnose und Kognition*, 15(1+2), 157–162.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: Guide to the treatment of neurosis*. New York: Pergamon.
- Wong, S. E., Gaydos, G. R. & Fuqua, R. W. (1982). Operant control of pedophilia: Reducing approaches to children. *Behavior Modifi- cation*, 6, 73–84.
- Wood, A. (1851). Contributions towards the study of certain phe- nomena, which have recently dominated experiments in electro- biology. *Monthly Journal of Medical Science*, 12, 407–435.
- Woods, S. C. & Kulkosky, P. J. (1976). Classically conditioned changes of blood glucose level. *Psychosomatic Medicine*, 38, 201–219.
- Woody, E. Z. (1997). Have the hypnotic susceptibility scales outlived their usefulness? *International Journal of Clinical and Experi- mental Hypnosis*, 45(3), 226–238.
- Woody, E. Z., Barnier, A. J. & McKonkey, K. M. (2005). Multiple hypnotizabilities: Differentiating the building blocks of hypnotic responses. *Psychological Assessment*, 17(2), 200–211.
- Woody, E. Z. & Bowers, K. (1994). A frontal assault on dissociated control. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. (pp. 52–79). New York: Guilford.
- Woody, E. Z., Levis, V., Snider, L., Grant, H., Kamath, M. & Szecht- man, H. (2005). Induction of compulsive-like washing by blocking the feeling of knowing: An experimental test of the security- motivation hypothesis of obsessive-compulsive disorder. *Behavioral and Brain Function*, 26, 1–11.
- Woody, E. Z. & Sadler, P. (1998). On reintegrating dissociated theories: Comment on Kirsch and Lynn (1998). *Psychological Bulletin*, 123(1), 192–197.
- Woody, R. H. & Billy, H. T. (1970). Influencing the intelligence scores of retarded and non-retarded boys with clinical suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12, 268–271.
- Wright, B. R. & Drummond, P. D. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, 26(3), 275–282.
- Wyler-Harper, J. (1993). Behandlung des Heuschnupfens mit Hyp- nose. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 9(2), 117–124.
- Wyler-Harper, J., Bircher, A. J., Langwitz, W. & Kiss, A. (1996). Hypnose und allergische Reaktionen Hypnosis and the allergic response. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 1996, 12(1), 49–71.
- Wyss, D. (1966). *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfän- gen bis zur Gegenwart*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Xu, Y. & Cardena, E. (2008). Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 63–72.
- Yancher, R. J. & Johnson, H. J. (1981). Absorption and attitude towards hypnosis: A moderator analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 375–382.
- Yapko, M. D. (1986). Hypnotic and strategic interventions in the treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28(4), 224–232.
- Yapko, M. D. (1992). *Hypnosis and the treatment of depression. Strategies to change*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. D. (1994). *Suggestions of abuse: True and false memories of childhood sexual trauma*. New York: Simon & Schuster.
- Yapko, M. D. (1995). *Depression and Hypnose. Strategien der Veränderung von depressiven Lebensmustern*. München: Pfeiffer.
- Yapko, M. D. (2001a). Comment: Hypnosis in treating symptoms and risk factors of major depression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(2), 95–96.
- Yapko, M. D. (2001b). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Yapko, M. D. (2010). Hypnotically analyzing experimental learning across treatment for depression: Actions can speak louder than moods. *International Journal of Clinical and Experimental Hyp- nosis*, 58(2), 186–201.
- Yard, S. S., DuHamel, K. N. & Galynker, II (2008). Hypnotizability as a potential risk factor for posttraumatic stress: A review of quantitative studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 334–356.
- Yekta, S. S. (2010). Zerebrale Aktivierung nach virtueller Zahnbe- handlung. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 16(2), 18–21.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology of Psychology*, 18, 459–482.
- Yexley, M. J. (2007). Treating postpartum depression with hypnosis: Addressing specific symptoms presented by the client. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(3), 219–223.
- Yorke, A. (1844). *Absorption: A rational and consistent system of mesmerism; exposing many of the fundamental errors prevalent upon this subject*. Philadelphia: Grubb and Reazor.

- Young, W. C. (1987). Emergence of a multiple personality in a posttraumatic stress disorder of adulthood. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(4), 249–254.
- Younger, J. Kemmerer, D. D., Winkel, J. D. & Nash, M. R. (2005). The Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: Accuracy of self-report and the memory of items. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(3), 306–320.
- Younger, J. W., Rossetti, G. C., Borckardt, J. J., Smith, A. R., Tasso, A. F. & Nash, M. R. (2007). Hypnotizability and somatic complaints: A gender-specific phenomenon. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(1), 1–13.
- Younus, J., Simpson, I., Collins, A. & Wang, X. (2003). Mind control of menopause. *Womens Health Issues*, 13(2), 74–78.
- Zach, G. A. (1989). Gag control. *Journal – Academy of General Dentistry*, 37(6), 508–509.
- Zachariae, R., Bjerring, P. & Arendt-Nielsen, L. (1989). Modulation of type I immediate and type V delayed immunoreactivity using direct suggestion and guided imagery during hypnosis. *Allergy*, 44(8), 537–542.
- Zachariae, R., Jorgensen, M. M., Egekvist, H. & Bjerring, P. (2001). Skin reactions to histamine of healthy subjects after hypnotically emotions of sadness, anger, and happiness. *Allergy*, 56(8), 734–740.
- Zachariae, R., Oster, H., Bjerring P. & Kragballe, K. (1996). Effects of psychological intervention on psoriasis: a preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 1008–1015.
- Zackay, D. & Block, R. A. (1997). Temporal cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 12–16.
- Zakrzewski, K. & Szelenger, W. (1981). Visual evoked potentials in hypnosis: A longitudinal approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(1), 77–86.
- Zalsman, G., Dror, S. & Gadoth, N. (2002). Hypnosis provoked pseudoseizures: A case report and literature review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(1), 47–53.
- Zalsman, G., Hermesh, H. & Sever, D. (2001). Hypnotherapy in adolescents with trichotillomania: Three cases. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 63–68.
- Zamansky, H. S. (1986). Hypnotically created pseudomemories: Memory distortions or reporting bias? *Comment-British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 3, 160–161.
- Zamansky, H. S. (1989). Diskussionskommentar zu Spanos et al.: Kontext-Anforderungen, negative Halluzinationen und die Geheime-Beobachter-Reaktion: Drei Geheime Beobachter beobachtet. *Hypnose und Kognition*, 6(2), 41–43.
- Zehner, G. (2004). Hypnopunktur. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 10(4), 26–31.
- Zehner, G. (2005a). QuickTimeTrance Teil I. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 11(1), 14–23.
- Zehner, G. (2005b). Teil II: Kinderzahnbehandlung Mit QuickTimeTrance. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 11(2), 20–26.
- Zehner, G. (2006). Hypnopunktur. Akupunktur und Akupressur als wertvolle Ergänzung zur Hypnosezahnbehandlung. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 49(4), 10–16.
- Zehner, G. (2007). Kinderhypnose QuickTimeTrance. *Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 13, 32–54.
- Zehner, G. (2009). Zahnbehandlung im Zauberswald. Spannende und entspannende Kinderzahnbehandlung mit Kinderhypnose QuickTimeTrance. *Das Deutsche Zahnärzteblatt*, 118(1, 2), 18–24.
- Zehner, G. (2010). Energetische Psychologie – Klopfakupressur bei der Hypnosezahnbehandlung von Kindern. *Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 22–45.
- Zehner, G. & Kossak, H.-C. (2006). Extraktion der beiden unteren Weißheitszähne ohne lokale Betäubung. Ein Erlebnisbericht von Dr. Gisela Zehner und Dr. Hans-Christian Kossak. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 2, 52–54.
- Zeig, J. K. (1974). Hypnotherapy techniques with psychotic in-patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17(1), 56–59.
- Zeig, J. K. (1985). Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. K. (1988a). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. In J. K. Zeig & S.R. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 353–375). New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. K. (1988b). The grammar of change: An Ericksonian orientation. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 15(3), 106–111.
- Zeig, J. K. (1997). Experimental approaches to clinician development. *Hypnos, Swedish Journal of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, 24(2), 60–69.
- Zelter, 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(1), 34–42.
- Zeig, J. K. & Rennick, P. J. (1991). Ericksonian Hypnotherapy: A communications approach to hypnosis. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 275–300). New York: Guilford Press.
- 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.
- Zeltzer, L. K., Fanurik, D. & LeBaron, S. (1989). The cold pressor pain paradigm in children: Feasibility of an intervention model (Part II). *Pain*, 37(3), 305–313.
- Zeltzer, L. K., Jay, S. M. & Fisher, D. M. (1989). The management of pain associated with pediatric procedures. *Pediatric Clinics of North America*, 36(4), 941–964.
- Zeltzer, L. K. & LeBaron, S. (1983). Hypnotische und nicht-hypnotische Interventionen zur Linderung von Schmerz und Angst unter schmerzhaften Eingriffen bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 1(1), 1–8.
- Zema, V. & Canevari, M. (1981). Indagine su 100 bambini nati da parto in ipnosi. *Rivista Internazionale di Psicologia e Ipnosi*, 22(2), 239–244.
- Zeyer, R. (2005). Stress und Hypnose. Bedingungsfaktoren und Bewältigung von Stress. Eine Wirksamkeitsstudie. Tübingen: Universität, Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften, Dissertation.
- Zeyer, R., Dürr, W. & Revenstorf, D. (1992). Hypnotherapie bei Prüfungsängsten. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 8(1), 71–87.
- Zhang, J., Forkstam, C. Engel, J. A. & Svensson, L. (2000). Role of dopamine in prepulse inhibition of acoustic startle. *Psychopharmacology*, 149, 181–188.
- Zimbardo, P. G., Marshall, G., Maslach, C. & White, G. (1973). Objective assessment of hypnotically induced time distortion. *Science*, 181(6), 282–284.
- Zimbardo, P. G., Rapaport, C. & Baron, J. (1969). Pain control by hypnotic induction of motivational states. In P. G. Zimbardo (Ed.), *The cognitive control of motivation*. Glenview: Scott, Foresman and Company.
- Zimmer, E. Z., Peretz, B. A., Eyal, E. & Fuchs, K. (1988). The influence of maternal hypnosis on fetal movements in anxious pregnant women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 27(2), 133–137.
- Zimmerman, J. (1998). Hypnotic technique for sedation of patients during upper gastrointestinal endoscopy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(4), 284–287.

- Zimmerman, J. (2001). Dyspepsia as a somatic expression of guilt: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1), 57–61.
- Zindel, J. P. (1997). Die Technik der aktiven Introjektion des Therapeuten: Ein hypnoanalytischer Zugang bei tief gestörten Patienten. *Hypnose und Kognition*, 14(1+2), 47–53.
- Zindel, J. P. (2003). Hypnotherapeutische Ansätze bei Borderline-Patienten. *Hypnose und Kognition*, 20(1–2), 51–57.
- Zindel, J. P. (2009). Überblick über die Hypnoanalyse. *Hypnose*, 4(1–2), 177–188.
- Zlotogorski, Z. & Anixter, W. L. (1983). The use of hypnosis in the treatment of reflux esophagitis: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(4), 232–234.
- Znoj, H. (2004). Komplizierte Trauer. *Fortschritte der Psychotherapie*, 23. Göttingen: Hogrefe.
- Zweig, S. (1931). *Die Heilung durch den Geist*. Frankfurt: Fischer (Erstafl. 1931; 1983)
- Zysman, S. A. & Zysman, S. H. (1983). Hypnosis as a primary anesthetic in reconstructive and cosmetic facial surgery. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 30(3), 102–105.

Sachwortverzeichnis

- A**
- Abbé Faria 42
 - Abdominalbeschwerden
 - funktionelle 527
 - Abfalltechnik 331, 357, 359, 490
 - Abgrenzungsprobleme 209
 - Abhängigkeit 49, 200, 204, 504, 509
 - Barbiturate 510
 - Crack-Kokain 510
 - Drogen 510
 - Heroin 510
 - Abreagieren 301, 356, 400, 407
 - Absorption 99, 305
 - Absorptionsfähigkeit 100
 - Abwehrhaltung 249
 - Abwehrmechanismus 92, 440, 593
 - Académie des Sciences 39
 - Acceptance und Commitment Therapy (ACT) 306
 - Achtsamkeit 305, 503
 - Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie 306
 - Meditation 308, 546
 - Stressreduktion 306
 - Training 529
 - Adipositas 451
 - Adrenalin 517
 - ADS/ADHS 299, 390, 597
 - Affektbrücke 169, 404 f., 444, 450, 511
 - Affektive Störungen 468
 - Agglutination 136
 - Aggression 325, 490, 694
 - Agitiertheit 209
 - Agoraphobie 392
 - Ägypten 32
 - Aids 576
 - Akne 539
 - Aktivhypnose 186
 - gestufte 278, 545
 - Aktivitätsförderung 316
 - Akupressur 308, 600
 - Akupunktur 307
 - Akzeptanz 305
 - Allergiereaktion 141, 533
 - Allergische Rhinitis 538
 - Alltagsrehabilitation 504
 - Alman-Wexler-Indirect Hypnotic Susceptibility Scale (AWIHSS) 109
 - Alopecia areata 546
 - Alpha-EEG 98, 147, 342
 - Alptraum 461
 - Alte Menschen 511
 - altered state of consciousness 70, 79 f.
 - Alternative, konkurrierende 92
 - Alternativreaktionen 269
 - Alternativverhalten 354
 - Altersprogression 170, 349, 404, 423, 428, 485
 - Altersregression 66, 163, 299, 301, 303, 349, 366, 394, 404, 410, 423, 428, 444, 446 f., 502, 601, 657
 - Auswirkung 165
 - Dysmenorrhoe 564
 - Erinnerung 646
 - Fliegender Teppich 168
 - ideomotorische Befragung 168
 - methodisches Vorgehen 167
 - Rückwärtszählen 168
 - Zeitraum 169
 - Alterungsprozess 511
 - Altes Testament 215
 - Amblyopie 572
 - Amenorrhoe 564
 - Amnesie 151, 177, 250, 603
 - Erinnerungsgrenzen 174
 - funktionale 642
 - hypnotische 174
 - kindliche 170, 645
 - posthypnotische 72, 175
 - spontane 249
 - Suggestion 603
 - Verarbeitungsstrategien 177
 - Amygdala 146, 642
 - Angstverarbeitung 164
 - Analgesie 159, 603
 - Aufhebung 162
 - Dissoziation 180
 - hypnotische 160 f.
 - Suggestion 594
 - Anästhesie 159, 578, 603
 - Dissoziation 180
 - Angioödem 540
 - Angiopathie 518
 - Angioplastie 519
 - Angst 659
 - Abbau 266, 323, 428, 595
 - Chirurgie 584
 - Komponenten 321, 392
 - Lokalisierung 335
 - multiple 667
 - nächtliche 664
 - Sport 622, 626
 - Störung 391
 - Therapie 320, 393, 595
 - Ankern 510
 - Annäherung, stufenweise 318
 - Anorexia nervosa 454
 - Anosmie 159
 - Anthropologie 33
 - Anwesenheit anderer 204, 380
 - Apfel-Imagination 347
 - Aphonie 496
 - Aphonische Konversionsreaktion 418
 - Armkatalepsie 130
 - Armlevitation 121, 131 f., 144, 261, 447, 593
 - Grenzen 132
 - Armrigidität 127, 134, 388
 - Armschwere 128
 - Arrhythmie, kardiale 517 f.
 - Aspekte
 - ethische 212
 - religiöse 212, 215
 - Assoziation 48
 - freie 298
 - Asthma 141, 535
 - bei Kindern 537
 - beim Aufwachen 690

Sachwortverzeichnis

- A**
- Abbé Faria 42
 - Abdominalbeschwerden
 - funktionelle 527
 - Abfalltechnik 331, 357, 359, 490
 - Abgrenzungsprobleme 209
 - Abhängigkeit 49, 200, 204, 504, 509
 - Barbiturate 510
 - Crack-Kokain 510
 - Drogen 510
 - Heroin 510
 - Abreagieren 301, 356, 400, 407
 - Absorption 99, 305
 - Absorptionsfähigkeit 100
 - Abwehrhaltung 249
 - Abwehrmechanismus 92, 440, 593
 - Académie des Sciences 39
 - Acceptance und Commitment Therapy (ACT) 306
 - Achtsamkeit 305, 503
 - Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie 306
 - Meditation 308, 546
 - Stressreduktion 306
 - Training 529
 - Adipositas 451
 - Adrenalin 517
 - ADS/ADHS 299, 390, 597
 - Affektbrücke 169, 404 f., 444, 450, 511
 - Affektive Störungen 468
 - Agglutination 136
 - Aggression 325, 490, 694
 - Agitiertheit 209
 - Agoraphobie 392
 - Ägypten 32
 - Aids 576
 - Akne 539
 - Aktivhypnose 186
 - gestufte 278, 545
 - Aktivitätsförderung 316
 - Akupressur 308, 600
 - Akupunktur 307
 - Akzeptanz 305
 - Allergiereaktion 141, 533
 - Allergische Rhinitis 538
 - Alltagsrehabilitation 504
 - Alman-Wexler-Indirect Hypnotic Susceptibility Scale (AWIHSS) 109
 - Alopecia areata 546
 - Alpha-EEG 98, 147, 342
 - Alptraum 461
 - Alte Menschen 511
 - altered state of consciousness 70, 79 f.
 - Alternative, konkurrierende 92
 - Alternativreaktionen 269
 - Alternativverhalten 354
 - Altersprogression 170, 349, 404, 423, 428, 485
 - Altersregression 66, 163, 299, 301, 303, 349, 366, 394, 404, 410, 423, 428, 444, 446 f., 502, 601, 657
 - Auswirkung 165
 - Dysmenorrhoe 564
 - Erinnerung 646
 - Fliegender Teppich 168
 - ideomotorische Befragung 168
 - methodisches Vorgehen 167
 - Rückwärtszählen 168
 - Zeitraum 169
 - Alterungsprozess 511
 - Altes Testament 215
 - Amblyopie 572
 - Amenorrhoe 564
 - Amnesie 151, 177, 250, 603
 - Erinnerungsgrenzen 174
 - funktionale 642
 - hypnotische 174
 - kindliche 170, 645
 - posthypnotische 72, 175
 - spontane 249
 - Suggestion 603
 - Verarbeitungsstrategien 177
 - Amygdala 146, 642
 - Angstverarbeitung 164
 - Analgesie 159, 603
 - Aufhebung 162
 - Dissoziation 180
 - hypnotische 160 f.
 - Suggestion 594
 - Anästhesie 159, 578, 603
 - Dissoziation 180
 - Angioödem 540
 - Angiopathie 518
 - Angioplastie 519
 - Angst 659
 - Abbau 266, 323, 428, 595
 - Chirurgie 584
 - Komponenten 321, 392
 - Lokalisierung 335
 - multiple 667
 - nächtliche 664
 - Sport 622, 626
 - Störung 391
 - Therapie 320, 393, 595
 - Ankern 510
 - Annäherung, stufenweise 318
 - Anorexia nervosa 454
 - Anosmie 159
 - Anthropologie 33
 - Anwesenheit anderer 204, 380
 - Apfel-Imagination 347
 - Aphonie 496
 - Aphonische Konversionsreaktion 418
 - Armkatalepsie 130
 - Armlevitation 121, 131 f., 144, 261, 447, 593
 - Grenzen 132
 - Armrigidität 127, 134, 388
 - Armschwere 128
 - Arrhythmie, kardiale 517 f.
 - Aspekte
 - ethische 212
 - religiöse 212, 215
 - Assoziation 48
 - freie 298
 - Asthma 141, 535
 - bei Kindern 537
 - beim Aufwachen 690

- nächtliches 683
- Asymmetrie, hemisphärische 145
- Atmungstechnik 120
- Attitudes Towards Hypnosis Scale 288
- Aufklärung 35
- Aufklärungsgespräch 239, 248
- Aufmerksamkeit 147 f., 250, 287, 300, 302, 305 f., 308, 382, 400
 - Ablenkung 596
 - bei Kindern 598
 - Distraction 161
 - fokussierte 148, 300
 - Fokussierung 619
 - Lenkung 317
 - Netzwerke 149
 - Schmerzverarbeitung 161
 - Umlenkung 600
 - und Sehschärfe 572
- Aufmerksamkeit-Wach-Hypnose 406
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung 390, 480
- Aufmerksamkeitssystem 284
 - frontolimbisches 104
- Augenfixation 274, 277, 593
- Augenheilkunde 571 f.
- Augeninnendruck 573
- Augenkatalepsie 269
 - Test 259
- Augenschluss 144, 284, 383, 639
- Ausbildung 82
- Auslösereiz 193, 314
- Aussage 634
- Ausscheidungsstörungen 483
- Autismusspektrum-Störungen 642
- Autoaggression 492
- Autobahn-Hypnose 92, 186
- Autogene Psychotherapie 299
- Autogenes Training 299, 304, 481
- Autohypnose *siehe* Selbsthypnose
- Autoimmunsystem 535
- Automatische Gedanken 332
- Automatisches Schreiben 132 ff., 298, 427
- Automatisches Sprechen 133
- Automatismen 132
- Autonomie 194, 301, 383
 - beim Zahnarzt 593
- Autopoesie 65, 303
- Autoritätsproblem 131
- Autosuggestion 292
- Aversion 453
- Aversionstherapie 199, 315
- B**
- Ballon, roter 358
- Baquet 38
- Barber Suggestibility Scale (BSS) 109
- Barber, T.X. 69
- Barbiersessel-Effekt 280 f.
- Bedingungsanalyse 313
- Beeinflussungsfaktoren 264
- Beeinträchtigungen, intellektuelle 641
- Befragung 635, 638
 - forensische 637
 - Formulierung 639
- Befruchtung, künstliche 570
- Behinderung 202, 499, 513
- Beiläufigkeit 62
- Beinspastik 659
- Bereavement-Therapie 322
- Bernheim, H. 44, 376
- Berührungssuggestion 605
- Besessenheit 215 f., 473
- Beta-Aktivität 147
- Bewältigungsstrategie 320, 337
- Bewegungsunfähigkeit 127
- Bewusstsein 125
- Bewusstseinsstörung 653
- Bewusstseinszustand 84
 - veränderter 70 f., 73, 79, 118
- Beziehungsaspekte 631
- Bezugsperson 383
- Bibel 215, 376
- Bild, heilendes 361
- Bildgebende Verfahren 187
- Bindung 62
- Biofeedback 98, 304, 312, 372
- Biopsie 580
- Bipolare Störung 468
- Blasenbildung 143
- Blick, hypnotischer 234
- Blindheit 57, 215
 - dissoziative 418
- hypnotische 157, 314
- psychogene 574
- Blutchemie 137
- Blutdruck 136
 - Konditionierung 136
- Stress 516
- Blutregulation 516
- Blutverlust 579, 585
- Body Scan 460
- Body-Sway-Test 221, 263
- Borderline-Persönlichkeitsstörung 209, 306, 440, 473
- Braid, J. 42, 77, 376
- Brechdurchfall 655
- Breuer, J. 47
- Brustkrebs 548, 552
- Brustschmerzen 436
- Brustvergrößerung 571
- Bruxismus 610
- Buddhismus 218, 305
- Bühnenhypnose *siehe* Showhypnose
- Bulimie 456
- Bypass 519
- C**
- Carleton Skill Training Program (CSTP) 99, 110
- Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale (CURRS) 110
- Carotis-Trick 229
- Carpenter-Effekt 255
- Chaning 324
- Charcot, J.-M. 45, 49, 376
- Chemotherapie 550 f.
- Chevreulsches Pendel 128, 254
- Children's Hypnotic Susceptibility Scale (CHSS) 109
- China 31
- Chirurgie 578
- Chorea Huntington 558, 608
- Christentum 216
- Chronisches Erschöpfungssyndrom 591
- Colitis ulcerosa 523
- Colon irritabile 524
- Comic 55, 378
- Compliance 585, 596
 - beim Zahnarzt 593

- Diabetestherapie 531
- Coping 337, 432, 605
- beim Zahnarzt 599
- Strategien 160, 532, 553, 578
- Costen-Syndrom 611
- covert reinforcement 398
- Creative Imagination Scale (CIS) 109

- D**
- Dämonen 216, 218
- Darm-fokussierten Hypnose 525
- Darmerkrankungen 523 f., 526
- Daseinsanalyse 298
- Daumenkino 597
- Daumenlutschen 334, 609
- Daumennagel 593
- Deckerinnerung 308
- Dekompensation 198
- Delusion, hypnotische 156
- Denken, animistisch-magisches 379
- Dentalphobie 595
- Depersonalisation 304, 411, 435, 441
- Depression 203, 332, 468, 655
- Deprivation 271
- sensorische 312
- soziale 222
- Dermatologische Problemstellungen 538
- Desensibilisierung 394
- systematische 315, 321, 601
- Desensitizer 602
- Deskriptionisten 341
- Determinismus 303
- Dezentrierung 179
- Diabetes 518, 530, 591
- Diagnostic Rating Scale (DRS) 110
- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) 306
- Disambiguierungsprozess 92
- Disinhibition 66
- Diskriminationstraining 323
- Dissoziation 159, 178, 301, 303 f., 397, 404, 411, 430, 442, 444, 456, 582, 598 f.
- Analgesie, Anästhesie 180
- Erinnerung 640
- funktionale 152
- Reaktionen 441
- Strategien 427
- Dissoziations-Kontroll-Theorie 58, 78, 134
- Dissoziationstheorie 56, 71
- Dissoziative Bewegungsstörung 417
- Dissoziative Identitätsstörung 304, 397, 440 ff.
- Dissoziative Störung 415
- Distanz 380
- Distanzierung 404
- Distraction 317, 387, 427, 439, 599
- Dopamin, Hypnotisierbarkeit 104
- Doppelbindungen *siehe* Double-bind
- Doppelinduktion 121, 149, 271, 599
- Double-bind 62, 90, 209, 283
- Kinder 381
- Showhypnose 222 f.
- Down-Syndrom 608
- Durchblutung, periphere 136
- Durchführungsprobleme 205
- Durchlauf-Hypnose 210
- Dyskognition 529
- Dysmenorrhoe 564
- Dyspepsie, funktionelle 528
- Dysphagie 457
- Dysphonie 495
- Dyspnoe 533
- Dyssomnien 457 f.
- Dystonie 556

- E**
- EEG-Veränderungen 104
- Effektivität 338
- Steigerung 193, 318
- Ego-State-Therapie 298, 305, 406, 443, 511
- Eigenverantwortung 616
- Einleitung 83, 239 f.
- Einstellungen 70, 100, 266
- Einstreutechnik *siehe* Seeding
- Ejaculatio praecox 447
- Eklektizismus 297
- Eltern
- Anwesenheit 380
- Einstellung 378
- EMDR 304
- Emotionen
- unbewusste 163
- unterdrückte 163
- Endogene Erkrankungen 209
- Endokrine Krankheiten 530
- Endometriose 445
- Endorphin 91
- Endoskopie 520
- Endothel 136, 140
- Enkopresis 486
- Entkatastrophisierung 332, 355
- Entspannung 267, 303, 317, 393, 401, 459
- beim Zahnarzt 594
- in Hypnose 141, 195 f., 400
- Entstellungsprobleme 546, 551
- Entwicklung, historische 29, 51
- Entwicklungsphase, präverbale 75
- Entwicklungsstörungen 480
- Entwicklungsthemen 379
- Entwöhnungsprogramme 506
- Enuresis 483, 485
- Epilepsie 559
- Epistemologie, systemische 301
- Erbrechen 451, 457, 522, 551, 586
- Erektionsstörungen 446
- Erfahrungen
- kinästhetische 385
- taktile 385
- Erickson, M.H. 60, 316
- Erinnern, freies 639
- Erinnerung 247, 638
- Alter 641
- an früheres Leben 208
- autobiografische 647
- bei Posttraumatischer Belastungsstörung 410
- falsche 410, 636, 647
- früheste 645
- Genauigkeit 636
- Plastizität 308
- Erklärung, alternative 70
- Erlebensrealität 65, 194
- Ernährungskrankheiten 530
- Erregung, optimale 618

Erschöpfung 551
 Erwartung 220, 266
 – induzierte 91
 Erwartungsangst 593
 Erwartungsaufbau 382
 Erwartungshaltung 70, 91, 200
 Erythrodermie 541
 Ess-Brech-Sucht *siehe* Bulimie
 Essstörungen 451
 Examensangst 394
 Examensprobleme 473, 477 f.
 Exhibitionismus 449
 Exorzismusrituale 32
 Experimentum mirabile 232
 Exposition 404
 Eye Closure, Eye Movement 304

F

Fähigkeit, motorische 623
 Fakirbrett 225
 Familientherapie 302
 Fantasie 269
 – Begabung 100, 343
 – Technik 384
 – Training 443
 – zielgerichtete 101
 Farbenblindheit 572
 – hypnotische 156
 Farbkontrastmethode 278
 Faszinationsmethode 49, 278
 Fehleinstellungen, Abbau 266
 Fehler, Uminterpretation 269
 Fetischismus 449
 Feuerlaufen 215, 225
 Feuerwehrübung 355
 Fibromyalgie 435, 529
 Film 55
 Fingerfixationsmethode 275
 Fixationsmethode 277 f.
 Fixationspunkt 274 f., 277
 Flooding 322
 Flow-Erleben 401, 623
 Fluidum 39
 Flüsterinstruktionen 223
 Focusing 347
 Folter 408
 Forensik 629, 635
 Formatio reticularis 143
 Formulierung, negative 205
 Fötusbewegungen 566

Fragen
 – dichotome 128
 – irreführende 639
 Fraktionierung 120, 598
 Franklin, B. 36, 38 ff., 376, 630
 Fremdwahrnehmung 497
 Freud, S. 35, 45, 47, 278, 304, 308, 416
 Frühgeburt 566 f.
 Führen und Folgen *siehe* Leading;
siehe Pacing

G

Gamma-Aktivität 147
 Gassner, J.J. 36
 Gastrointestinale Störungen 520
 Gate-Control-Theorie 420
 Gebärdensprache 281
 Gebetsformen 35
 Geburtshilfe 567 f.
 Geburtsvorbereitung 567 f., 579
 Gedächtnis 629
 – autobiografisches 643
 – Beeinflussung 642
 – deklaratives 146, 166, 642
 – Erleben 638
 – Erwartungen 638
 – explizites 166, 590
 – Stabilisierung 146
 – und Erinnerung 635
 – Veränderung 163
 – Zustand 146
 Gedankenstopp 331 f., 397, 400
 Gedankenunterdrückung 149
 Gefälligkeitsreaktionen 635
 Gefäßdilatation 136
 Gefäßerkrankungen 518
 Gefühle, erkennen 193
 Gefühlsübertragung 410
 Gegenbeweis 223
 Gegenkonditionierung 329, 337
 Gegenübertragung 287, 298
 Gegenübertragungstrance 298
 Geheimer Ort 387
 Gehirn, Filterfunktionen 148
 Gehirnaktivität 616
 Gehirnerschütterung 502
 Gehörhalluzination 156
 Gehörverlust 281
 Geistheilung 218

Geistige Behinderung 500
 gender 513
 Generalisierung 69, 311
 Gericht 629
 – Aussage 648
 Geringsuggestible/Geringhypnotisierbare 76, 105 ff.
 Geruchsreduktion, hypnotische 159
 Geschlechtsidentität 444, 513
 Geschlechtsidentitätsstörung 443, 450
 Geschwister, behinderte 300
 Gesprächspsychotherapie 299
 Gestalttherapie 300
 Gewichtsreduktion 451 f., 531
 Gewöhnungskontrolle 612
 Glasscherbenlaufen 225
 Glaube 216
 Glaubenssystem 290
 Glaukom 573 f.
 Globussymptom 522
 Griechenland 32
 Group Alert Trance Scale (GATS) 108
 Group Scale of Hypnotic Ability (GSHA) 108
 Gruppenhalluzinationen 33
 Gruppentherapie 300
 – kritische Betrachtungen 302
 Gudjonsson Susceptability Scale (GSS) 111
 Guillain-Barre-Syndrom 561
 Gürtelrose 545
 Gynäkologie 563

H

habit control 487, 608 ff.
 habit reversal 487, 543
 Habituation 160, 395
 Halbseitenlähmungen 513, 558
 Halluzination 66, 151, 154, 366
 – Farbe 79
 – Geschmack 139
 – Kälte 138
 – negative 72, 154 f., 159, 314, 594
 – positive 154
 – retroaktive 636
 – Wärme 138

- Hämodynamik 585
- Hämophilie 136, 519, 585, 600
- Handfaltetest 257 f.
- Handlevitation, umgekehrte 367, 418
- Handlung
 - antisoziale 631
 - hypnotisch unbewusste 71
 - kriminelle 630
 - selbstproduzierte 152
 - willentliche 72
 - zielorientierte 72
- Handlungskontrolle, interne 75
- Handpuppe 379, 594, 598
- Handschuhanästhesie 161, 582, 605, 611
 - Dysmenorrhoe 564
 - Instruktion 161
- Harninkontinenz 513
- Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility 100, 108, 513
- Hausaufgabe 240, 245, 338, 383
- Haut 539
 - Durchblutung 137
 - Reaktion 141, 535
 - Sensibilität 142
 - Temperatur 137, 545
 - Veränderung 143
- Heißluftballon 358
- Held, hypnotischer 387
- Helfer 412
- Hemiballismus 562
- Hemiparese 128, 558
- Hemiplegie 502, 558
- Hemmung durch Hypnose 152
- Herkunftsfamilie 303
- Herpes 545
- Herzfrequenz 135
- Herzfunktion 135
- Herzinfarkt 503, 517 f.
- Herzoperation 518
- Herzrhythmusstörungen 588
- Herztransplantation 588
- Heterohypnose 365
- hidden observer 57, 179
- Hidradenitis suppurativa 539
- Hilflosigkeit 429, 593
- Hilgard, E.R. 57
- Hinduismus 218
- Hippocampus 146, 148
- Hirnhemisphären 317
- Hirnoperation 589
- Histamin 142
- Histrionische Personen 209
- Hitzewallungen 552, 565
- HIV 576
- Hochhypnotisierbare
 - Aufmerksamkeit 101
 - Berührungsempfindungen 160
 - Delusion 156
 - emotionale Unempfindlichkeit 163
 - Fantasie 101
 - Helfer-T-Zellen 141
 - Hirnhemisphären 145
 - Imagination 343
 - Imaginationsfähigkeit 101
 - posthypnotische Suggestion 182
 - Stroop-Effekt 102
- Hochsuggestible 179
- Hören unter Narkose 589
- Hörsturz 575
- Human Papillomavirus (HPV) 541
 - Husten, psychogener 489
- Hyperhidrosis 546
- Hypermnésie 178, 308, 635
- Hypermotorik 390
- Hypertonie 136
 - essentielle 516
- Hypno-Coaching 309
- Hypno-Konditionierung 446
- Hypno-Spieltherapie 299
- Hypno-Systemische-Sexualtherapie 444
- Hypnoanalyse 298, 331, 407
- Hypnocounseling 300
- Hypnodontologie 592
- Hypnodrama 301
- Hypnoid 278
- Hypnokatharsis 301
- Hypnopädagogik 199
- Hypnoplastik 133
- Hypnoprojektive Techniken 298
- Hypnopunktur 307, 600
- Hypnoreflexogene Methode 567
- Hypnos (Gott des Schlafes) 43
- Hypnose 66
 - Abgrenzung 88, 195
 - als Behandlungsform 83
 - als Bewusstseinszustand 79
 - als Entspannung 92
 - als Erlebensform 83
 - als Interaktion 68
 - als intervenierende Variable 312
 - als Verfahren 83
 - als Verhalten 67
 - als Zusatzmethode 319
 - Anästhesie 603
 - Anwendertechnik 199, 283
 - Auflösung 243
 - Auftrag 478
 - Beendigung 240, 243, 606
 - Dauer 244
 - Definition 82 f.
 - Desensibilisierung 322
 - dreidimensionale Theorie 70
 - Einstellung 288
 - experimentelle 198
 - fraktionierte 277
 - Fremdsteuerung 152
 - Gefahren 189, 195 f.
 - Grenzen 189, 195, 199, 207
 - im Sport 199
 - Indikation 189, 191
 - klinische 198
 - Kommunikation 345
 - Kontraindikation 195, 209
 - krimineller Missbrauch 629, 633
 - Mythos 248
 - Nebenwirkungen 196 f.
 - Phänomene 125
 - Reaktion 75
 - Risiko 196
 - Rückführung 240, 243
 - Rücknahme 206
 - sexuelle Annäherung 201
 - Situation 72
 - Strafrecht 651
 - Täuschung 635
 - Theorien 56
 - Tiefe 152
 - Trance 441
 - und Alltagsverhalten 196
 - und andere Therapieformen 296

- und Evolution 75
 - und Kreativität 186
 - und Kunst 54
 - und Lerngesetz 69
 - und Literatur 54
 - und Lokalanästhesie 604
 - Unterbrechung 242
 - Voraussetzungen 245
 - Vorbereitung 239
 - Vorteile 191, 193, 584
 - Vorurteile 616
 - Hypnoseinduktion *siehe* Induktion
 - Hypnosesitzung
 - Aufbau 239
 - Phasen 239
 - Störungen 243
 - Hypnosetherapeut
 - Anforderungen 288
 - Fachausbildung 200, 289
 - Fachkompetenz 648
 - Fähigkeiten 81
 - Hypnosetiefe 116
 - autonomes Nervensystem 119
 - Hypnotisierbarkeit 116, 118
 - Skalen 116
 - Hypnosystemische Therapie 301
 - Hypnotherapie 297
 - kognitive 469
 - nach Erickson 61, 81, 303, 309
 - hypnotherapy 297
 - Hypnotic Induction Profile (HIP) 110
 - Hypnotiseur 48 f., 68
 - als Variable 99
 - Hypnotisierbarkeit 77, 86, 88, 94, 312, 403
 - Alter 377
 - angeborene 104
 - Definition 94, 96
 - Dentalangst 595
 - eigene Wahrnehmung 74
 - Empathie 102
 - Gedankenunterdrückung 150
 - Gefäßregulation 136
 - Gender 102
 - Gene 104
 - Gesundheit 102
 - Imagination 343
 - Kinder 377
 - kognitiver Stil 101
 - Konditionierung 98
 - Neurophysiologie 104
 - Pendelreaktion 254
 - Persönlichkeitsfaktoren 99
 - posthypnotische Amnesie 176
 - Quellamnesie 176
 - Schmerzverarbeitung 160
 - Tests 105, 251
 - Therapieerfolg 103, 202
 - Vererbbarkeit 75
 - Hypochondrische Störung 419
 - Hyposomnien 458
 - Hysterektomie 586, 588
 - Hysterie 46 ff., 56
- I**
- Iatrogene Wirkung 440
 - Ich-Stärkung 351, 397, 401, 413, 444, 485, 519, 606, 612
 - Ich-Zustände 298, 406, 452
 - Ichbewusstsein 135
 - Ichthyosis 541
 - Ideal Performance State (IPS) 620
 - Idealer Leistungszustand 620
 - Idealisiertes Selbstbild 332
 - Identität 645
 - Identitätskonflikt 443
 - Ideomotorik 127
 - Grenzen 129
 - Ideomotorische Befragung 298, 444
 - Fingersignale 128, 442, 538
 - Pendelbewegungen 255
 - Imagination 135 f.
 - beeinflussende Faktoren 246, 345
 - Definition 340
 - emotionale 342
 - Erklärungsmodelle 341
 - irrelevante 247
 - Kinder 382
 - Körperaktivitäten 388
 - methodische Hinweise 344
 - motorische 127, 342
 - Praxisanwendung 346
 - Sport 617
 - und Realität 93, 344
 - Imaginations-Grundübung 347
 - Imaginationsfähigkeit 100, 340
 - Kinder 441
 - Überprüfung 246
 - Imaginationsvariablen 342
 - Imaginative Verfahren 339
 - Immunologische Regulation 141
 - Immunschwäche 576
 - Immunstärkung 547
 - Immunsystem 140 f., 535
 - Implosion 322
 - Impulskontrolle, Störungen 466
 - Indexpatient 383
 - Indien 31
 - Indikation
 - allgemeine 191
 - differenzielle 192
 - Fragen 192
 - Genauigkeit 213
 - Indirect Hypnotic Suggestion Scale (ISS) 108
 - Individualpsychologie 298
 - Individuelle Zone optimaler Angst (IZOA) 620
 - Individuelle Zone optimaler Funktionsfähigkeit (IZOF) 619
 - Induktion 84, 239 f., 264, 387
 - apparative Hilfen 281
 - beim Kinderzahnarzt 597
 - beim Zahnarzt 593
 - Definition 264
 - elektrophysiologische Gehirnmuster 144
 - Entspannungsanzeichen 274
 - Erwartungen 264
 - Geschichten erzählen 386
 - hörbehinderte Personen 281
 - Jugendliche 388
 - Kausalkette 275
 - Kinder 383, 386
 - Kurzformen 283
 - Probleme 204
 - Reize 279
 - Schnellformen 283
 - sozial-kognitive Sicht 265
 - Therapeutenvariablen 270
 - über Telefon 281
 - Variablen 266
 - Induktionsmethoden
 - Einteilung 272

- Kinder 384
- Infektionskrankheit 576
- Infertilität 570
- Informationsblatt 249
- Informationsfilter 158
- Inhibition 66, 146
- motorische 135
- Inkontinenz 484
- Innenbilder 284, 340
- systembezogene 363
- Inner Mental Training Program (IMT) 620
- Inneres Kind 298
- Insomnien 458
- Instruktion
- auf Tonträgern 205
- aufgabenmotivierende 267
- Intelligenz 202, 390
- Interaktionsstil 291
- Internet 439
- Interventionsphase 239, 242
- IQ 390
- Irritable Bowel Syndrome (IBS) 524
- Ischämie 136
- J**
- Janet, P. 47, 56, 409, 440
- Jesus 216
- Juckreiz 539, 543
- Judentum 217
- Jugendliche 376
- Jugendreligionen 210
- K**
- Kaiserschnitt 587
- Kälte-Instruktion 582
- Kämpfendes Ich 625
- Kapitän-Nemo-Geschichte 491
- Kardio-vaskuläre Reaktionen 135
- Kardio-vaskuläre Störungen 516
- Katalepsie 116, 129f., 134, 257
- Grenzen 131
- Test 256
- Kataleptische Brücke 224, 257
- Kataplexie 458, 464f.
- Katastrophen 408
- Katastrophisierung 429f., 605
- Katathym-Imaginative Psychotherapie 299, 309
- Katathymes Bilderleben 347
- Katharsis 621
- Kathederablation 517
- Kausalattribution 294
- Kieferoperation 587
- Kieferorthopädie 613
- Killerzellen 141
- Kinästhetische Illusion 255
- Kinder 376
- als Krebspatienten 552
- als Patienten 584
- beim Zahnarzt 593, 596
- Beziehungsaufbau 381
- Einstellung 378
- Entspannungsgruppen 210
- Erinnerungen 641, 646
- Erstkontakt 380
- Gruppentherapie 300
- Hypnosegrenzen 210
- Hypnotisierbarkeit 376
- missbrauchte 642
- Neugierverhalten 379
- Schmerzbehandlung 437
- Selbsthypnose 372
- Skalen zur Hypnotisierbarkeit 109
- Suggestibilität 103
- Trancetiefe 382
- und Zahnarztangst 597
- Kindheitserinnerungen, frühe 646
- Kircher, A. 232
- Klinikphobie 394
- Klumbies, G. 53
- Knochenmarkentnahme 552
- Kognition 136, 314
- Kognitiv-behaviorale Kurztherapie mit Hypnose (KBKH) 334
- Kognitiv-behaviorale Methoden 328, 424
- Medizin 516
- Kognitiv-behaviorale Therapie 51, 306, 310, 312, 320, 389, 427, 553
- Kognitive Selbstorganisations-theorie 65
- Kognitive Therapie 311
- Kognitive Verhaltenstherapie 311
- Kognitives Interview 640
- Kohnstamm-Phänomen 260
- Kollektivhypnose 300
- Koloskopie 520f.
- Kommunikation 291
- Ansatz 60
- Fähigkeit 345
- hypnotische 72, 125, 192, 265, 292
- Kinder 381
- Prozess 70
- Struktur, ökosystemische 64
- Kommunizieren, automatisches 133
- Konditionieren
- abstraktes 68
- klassisches 91
- olfaktorisches 405
- unbeabsichtigtes 206
- verbales 68
- Konfabulation 208, 441
- Konflikt, hypnotischer 151
- Konfrontation 322f.
- Konfrontationsverfahren 320
- Konfusionstechnik 334, 389
- Konkurrenzsituation 625
- Konstruktivismus 65
- Kontinenzprobleme 571
- Kontraindikation 569
- Kontrakt 293
- Kontrolle 194
- Kontrollstrategie, kognitive 70
- Kontrollüberzeugung 426
- Kontrollverlust-Ängste 131f., 203, 249, 280, 600
- Konversionsstörung 103, 135, 415f., 574
- Konzentration 42, 100, 623
- Kooperation 253, 266, 581
- Absicherung 266
- Fähigkeit 70, 247
- Kopfschmerz 326
- chronischer 430
- Körperbehinderte 436
- Körperimagination 357
- Körperschema, Veränderung 162
- Körpersprache 381

- Kortex okzipitaler 164
 Kortex, anteriorer cingulärer 75,
 104, 135, 145, 164, 304, 421
 – Aktivierung 73
 – Rheumaskmerz 530
 – Sport 617
 – und Reizdarm 526
 Kortex, anterioris frontalis 160
 Kortex, auditorischer 156
 Kortex, cingulärer 160
 Kortex, dorsolateraler präfron-
 taler 152, 154
 Kortex, frontaler 104
 – Filterfunktion 161
 Kortex, medialer präfrontaler
 164
 Kortex, motorischer 134
 Kortex, okzipitaler 134
 Kortex, orbitofrontaler 135, 148
 Kortex, sensomotorischer 160
 Kortex, sensorischer 134
 Kortex, ventrolateraler 135
 Kortex, ventrolateraler präfron-
 taler 417
 Kostenreduktion 586 f.
 Krankheitsgewinn 209
 Kratzakne 330
 Krebserkrankung 547, 549
 – kognitiv-verhaltenstherapeuti-
 sche Interventionen 553
 – Lebenszeit 555
 Kretschmer, E. 52
 Kriminologie 629
 Krise 39
 Kritikfähigkeit 287, 630
 – unter Hypnose 151
 – verminderte 152
 Kryptomnesie 208
 Kurzsichtigkeit 571
- L**
- Lageveränderung 348
 Lagophthalmus 574
 Lähmung 135, 502
 – simulierte 417
 Langzeitgedächtnis 166
 Lateralisierung, hemisphärische
 145
 Leading 63, 318
 Lebensqualität 591
- Legasthenie 480
 Leistungsfähigkeit, optimale 618
 Leistungssport 615
 Lernen 91, 421
 – am Modell *siehe* Modelllernen
 – operantes 310
 – respondentes 310
 – zustandsabhängiges 165, 402
 Lerngesetz 68, 311
 Lernstörungen 473, 480
 Lerntheorien 310
 Lese- und Rechtschreibschwäche
 480
 Leukozyten 140, 142
 Liébeault, A.A. 44, 376 f.
 Limbisches System 76
 – Schmerzbewältigung 161
 locus of control 328, 337, 372,
 396, 452, 577, 589, 601
 Löschung 323, 325
 Lösungsresistenz 69, 304, 311
 Lumbalpunktion 552, 581
- M**
- Magen-Darm-Syndrom 527
 Magenerkrankungen 523
 Magersucht *siehe* Anorexia ner-
 vosa
 Magnetismus 37, 41, 52, 216, 376
 Mahabharata 31, 54
 Major Depression 468
 Manchester Modell 525
 Mangnetresonantomografie 516
 Mangold-Methode 233
 Manipulation, autobiografische
 645
 Manische Episode 468
 Mantoux-Test 141
 Masochismus 203, 450
 Massenhypnose 218
 McConkeys Opinions About
 Hypnosis Scale 514
 Mediatorvariable 70
 Meditation 35, 217 f., 305
 Medizin 516
 Memory Focused Intervention
 308
 Menopause 565
 Menschliche Planke 130
 Menstruationszyklus 563 ff.
- Mental Walk Task 343
 Merieux-Stempel 141
 Mesmer, F.A. 36 f., 77
 Mesmerismus 52
 Mesopotamien 31
 Metaphern 63, 302, 389, 412,
 512, 598 f.
 Methodikproblem 204
 Migräne 431
 Mikrohypnose 292
 Missbrauch 356, 408 f., 441
 – in der Kindheit 643
 – in Hypnose 632
 – sexueller 410, 440
 Misshandlung 410
 Modelllernen 91, 310, 332
 – in Hypnose 327
 – Suggestibilität 312
 Monotonisierung 272 f.
 Morbus Crohn 523
 Motivation 316
 Motorblockade 135
 Motorik, in Hypnose 127
 Mukoviszidose 532
 Multiple Persönlichkeit 58, 441
 Multiple Sklerose 436, 556
 Mund-, Kiefer- und Gesichts-
 chirurgie 607
 Mundhygiene 612
 Musikinduktionen 594
 Muskelpotenziale 128
 Myoarthropathien, funktionelle
 611
 Myoklonie 561
- N**
- Nachbesprechung 240, 244
 Nachwirkungen, postoperative
 606
 Nagelbrett 225
 Nähe 380
 Nancy, Schule von 44
 Narkohypnose 280
 Narkolepsie 458, 464
 Narkose 589, 603 f.
 Narkosynthese 280
 Naturvölker 33
 Nebenwirkungen 550
 Negation 346
 Negativformulierung 149

- Negativsuggestion 582
 Neodissoziationstheorie 57
 – Altersregression 163
 Nervenpotenziale 136
 Nesselsucht 540
 Neues Testament 215
 Neurobiologie 125
 – der Hypnose 143
 Neurochirurgie 587
 Neurodermitis 542 f.
 – Familienbehandlung 544
 – Stress-Juckreiz 542
 Neurolinguistisches Programmieren 309
 Neurologische Störungen 556
 Neuromatrix 420
 Neuropsychologische Untersuchungen 80
 Neuropsychologie 613
 – der Hypnose 143
 Neurypnology 43 f.
 Neustrukturierung 63
 Nocebo 91
 non-state 79
 North Carolina Protocol 526
 Notfalloperation 587
 Notfallversorgung 579 f.
 Novalis 52
 Nutzbarmachung 62
- O**
- Ökonomie 194, 319
 Ökosystemische Therapie 301
 Onkologie 547
 Operante Methoden 324
 Operationsvorbereitung 550
 Orgasmusstörung 447
 Oro-fazialer Bereich 592
 Orthopädie 577
 Ösophagusspasmen 521
 Osteoporose 577
- P**
- P300-Ableitungen 81
 Paartherapie 303
 Pacing 63, 120, 318, 382
 Pädophilie 449
 Palliativmedizin 554
 – Krisenintervention 555
 Panikattacke 391, 396, 405
 Papez-Kreis 75
 Paracelsus 35
 Paradoxe Intervention 333, 459, 488, 609
 Paralyse 130
 Paramnesie 308, 636
 Paraphilien 448
 Parasomnien 458, 461
 Parkinson-Erkrankung 513, 561, 608
 Partnerbeziehung 200
 Paruresis 486
 Passivhaltungen 280
 past-life therapy 208
 Patient
 – Ängste 251
 – Aufklärung 248
 – beim Zahnarzt 592
 – Beruhigung 282
 – Compliance 516
 – Einstellung 290
 – Erwartungshaltung 245
 – Fragen 248
 – Freiheit 254
 – Grenzen 201, 251
 – in der Chirurgie 580
 – mit besonderen Problemen 607
 – Passivität 202
 – Ressourcen 300
 – Schutz 214
 – Variablen 201
 Pavor nocturnus 323, 461 f.
 Pawlow, I.P. 51 f., 66, 304
 Pendel 254
 – Instruktion 255
 Pendelmethode 279
 Person, helfende 362
 Persönlichkeitsfaktoren 641
 Perspektivenwechsel 179
 Pflegesystem 502
 Phantomschmerz 420, 423, 434
 Phobie 323, 391, 443
 Pictorialisten 341
 Placebo 90, 578, 605
 – und Hypnotisierbarkeit 91
 Placebo-Effekt 304
 Plasmakortisol 140
 Polygraph 137
 Posthypnotische Amnesie 174 f.
 – selektive Aufmerksamkeit 175
 Posthypnotische Suggestion 181
 Posthypnotischer Auftrag 183, 299, 686
 Posttraumatische Belastungsstörung 304, 401, 445, 461, 518
 – Erklärungsmodelle 402
 – Hypnotisierbarkeit 403
 – Kriegserlebnisse 407
 – Phasen 402
 – Therapieschritte 403
 – Wiedererleben 164
 Potenziale, ereigniskorrelierte 155
 Präeklampsie 565
 Prämenstruelles Syndrom (PMS) 563
 Präverbale Techniken 385
 Priming 165 f., 318, 590, 649
 Probehandeln 332, 353
 – mentales 444
 Problemlösen 147, 332
 Problempatient 193
 Problemsituation 193
 Progressive Muskelrelaxation 304, 315, 321
 Projektion 298
 Proposition 340
 Prozess, unbewusster 317
 Prüfungsangst 199, 624, 655, 671
 Pruritus 546
 Pseudo-Ataxie 418
 Pseudoepilepsie 560
 Pseudoerinnerung 208, 442, 636
 – bei Vernehmung 637
 Psoriasis 544
 Psycho-physiologische Reaktionen 135
 Psychoanalyse 50, 298, 315
 Psychodermatologie 539
 Psychodrama 301, 309
 Psychodynamisch-Imaginative Traumarbeit 308
 Psychogener Husten 489
 Psychokardiologie 516
 Psychoneuroimmunologie 533, 547
 Psychoonkologie 547
 Psychose 229, 471
 – als Grenze 203

- Psychotherapeutengesetz 231
 Psychotherapie 38, 267, 391
 – Erinnerungen 146, 649
 Pulmonale Problemstellungen 532 f.
 Pulsfrequenz 137
 Punktfixation 274
 Puységur, Marquis de 41
- Q**
- Quaddeln 143
 Quellamnesie 72, 174, 176
 Quick Time Trance 598 f.
- R**
- Radiologie 580
 Radiotherapie 551
 Rapid Induction Analgesia (RIA) 605
 Rapid Self-Hypnosis 369
 Rapport 102, 125 f., 200, 292, 295
 – Abbruch 126
 – Verlust 126, 206
 Rapportzonen 146
 Rational-emotive Hypnotherapie 331
 Rationale Suggestionstherapie 332
 Raucherentwöhnung 199, 331, 505, 514
 Raum
 – geheimer 359
 – psychologischer 359
 Räumliche Situation 204
 Raynaudsche Erkrankung 136, 544
 re-mothering 406
 re-nurturing 406
 Reaktionserwartung 74
 Reaktionsfähigkeit, hypnotische 100
 Reaktionsverhinderung 322
 Real-Simulations-Modell 60
 Realität 346
 Realitätsflucht 126, 209
 Realitätsverlust 150
 Refluxösophagitis 521
- Reframing 302, 318, 333, 345, 412, 444, 505, 511, 522, 565, 574, 598, 686
 Regietechnik 352
 Regression im Dienste des Ich 60
 Rehabilitation 147, 311, 499 f.
 – kardiologische 503
 – psychosoziale 503
 – Sport 626
 Reinkarnation 170, 208, 218
 Reintegration 443
 Reiz
 – Diskrimination 332
 – Einengung 272
 – Monotonie 273 f.
 – Struktur 314
 – Substituierung 395
 Reizdarmsyndrom (RDS) 524
 Rekonditionierung 315
 Reorganisation, kortikale 134
 Repräsentationssystem 309
 Respirationsrate 136
 Respiratorische Probleme 532
 Ressourcen 63, 301, 428, 575
 Ressourcennutzung 318, 506
 Restless-Legs-Syndrom 458, 464
 Restraining 333
 Retraining 575
 Rheuma 528 f.
 Richtlinien 650
 – ethische 214
 Risikofaktor 214
 Risikoschwangerschaft 567
 Ritualverschreibungen 302
 Rolle 350
 Rollenspiel 93
 Rollentausch 301
 Rolltreppe 121
 Romantik 52
 Rosacea 546
 Roter Ballon 358
 Rückenmarkverletzungen 436
 Rückenschmerzen 578
 Rückfallprophylaxe 506, 509
 Rückorientierung 207, 240, 583
 Ruhebild 239 ff., 517
 – Beeinträchtigungen 241
 – bevorzugte 242
 – Strandszene 523
- S**
- Salpêtrière 45
 Schädel-Hirn-Verletzungen 501
 Schalter-Technik 406
 Schamanen 33
 Scheinschwangerschaft 450
 Schemabildung 649
 Schiefhals, muskulärer 557
 Schizophrenie 471
 Schlaf 66, 250, 267
 – Hygiene 459
 – Induktion 221
 – Lähmung 464 f.
 – Störung 408, 457 f., 464, 551
 – Theorie 66
 – und Hypnose 195
 Schlafapnoesyndrom 458
 Schlafbezogene Bewegungsstörung 464
 Schlafwandeln 463
 Schlaganfall 501, 513
 Schluckauf 528
 Schluckbeschwerden 451
 Schmerz 503, 513, 659
 – Aufmerksamkeit 424
 – behandlungsbezogener 436, 553
 – bei Geburt 568
 – bei Krebs 550
 – Bewältigung 599
 – chronischer 424, 428
 – Definition 420
 – Erklärungsmodelle 419
 – Funktionalität 203
 – Gedächtnis 428
 – ischämischer 518
 – Kontrolle 603
 – Management 605
 – Neuropsychologie 160
 – oro-fazialer 599
 – Potenziale, evozierte 147
 – Reduktion 159, 422, 585
 – Rücken 578
 – Schwelle 593
 – sexuell bedingter 448
 – Sport 626
 – Therapie 423
 – Toleranz 161
 – Unempfindlichkeit 180
 – Verarbeitung 160

- Wahrnehmung 421, 526, 530
- Schmerz-Matrix 530
- Schnarchen 463
- Schnellinduktion 283, 369
- Schreckstarre 234
- Schreibkrampf 418
- Schuldfähigkeit 653
- Schulprobleme 473
- Schultz, J.H. 52
- Schulverweigerung 481
- Schuppenflechte 544
- Schwangerschaftsabbruch 567
- Schwangerschaftsbeschwerden 565 f.
- Schwindel 586
- Sedierung 600
- Seeding 62
- Selbstattribution 294 f.
- Selbstbegegnung 349
- Selbstbeobachtung 315, 318, 336, 608
- Selbstbewertung 351, 627
- Selbstbild 497
- idealisiertes 350, 612
- Selbsthypnose 307, 346, 351, 364, 393, 395 f., 399, 404, 428, 431, 455 f., 460, 462, 475, 516, 518, 611 f.
- allergische Rhinitis 538
- Anwendungsbeispiele 371
- Definition 365
- experimentelle Befunde 366
- Kinder 389
- Kontraindikation 375
- Selbstindikation 374
- Selbstinstruktion 395
- Selbstkontrolle 315, 327, 337, 351, 371, 396, 400, 426, 455, 497
- beim Zahnarzt 593, 596
- mangelnde 694
- Selbstkontrollsuggestion 517
- Selbstkontrollverfahren 543
- Selbstkonzept 496
- Selbstmanagement 323, 605
- Selbstorganisation 78
- Selbstorganisationstheorie 65
- Selbstregulation 75, 306, 396, 431
- Selbstsicherheit 511
- Selbstsicherheitstraining 324
- Selbstüberwachungsprozesse 135
- Selbstverstärkung 295, 318, 479
- Selbstvertrauen 497
- Selbstverwaltung 337
- Selbstwahrnehmung 294, 349, 351, 497
- Selbstwirksamkeit 317, 337
- Self-fulfilling prophecy 73, 90, 367
- Self-reparenting-Technik 444
- Seniorenprobleme 511 f.
- Sensibilisierung 160
- verdeckte 330, 453
- Sensory Suggestibility Test (SST) 108
- Sexualität, im Alter 512
- Sexualtherapie 444
- Sexuelle Abweichungen 448
- Sexuelle Appetenz 446
- Sexuelle Aversion 446
- Sexuelle Funktionsstörung 445
- Sexuelle Störungen 443
- Shakespeare, W. 54
- Shaping 252 f., 324
- Showhypnose 197, 219 f.
- Anweisungen 226
- Gefahren 229
- Kontraindikationen 229
- Negativwirkungen 228
- posthypnotische Wirkungen 229
- Selektionsprinzip 221
- Showhypnotiseur 219, 222
- Signalsystem, zweites 67
- Simulanten 135, 155
- Sinneswahrnehmung 284
- Situationswahrnehmung 74
- Sklerodermie 546
- Skoliose 577
- Somatoforme Störung 415 f.
- Somnambulismus 42, 116, 463
- Sozial-kognitive Theorie 72, 78
- Soziale Fertigkeiten 324
- Sozialer Druck 222
- Spannungskopfschmerz 431 f.
- Spanos, N.P. 71
- Spasmen, abdominale 525
- Speichelsekretion 140, 601
- Spiegelbild 349
- Spiegelneuronen 146
- Split Screen 405, 409
- Spontanhypnose 205
- Sport 267, 615
- Psychohygiene 617
- Teamarbeit 616
- Sportleistung 616
- Sportpsychologie 615
- Sprachkommunikation 287
- Sprachmelodie 268, 381
- Sprachstil 268
- Sprech- und Sprachstörungen 493
- Sprechangst 494
- SSHR-Modell 621
- Stabilität 96
- Standard-Instruktion als Online-Material 374
- Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction and Test (SHALIT) 108
- Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS) 110
- Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children (SHSC/Children) 109
- Stanford Hypnotic Susceptibility Scale 106, 503
- Stanford Profile Scale of Hypnotic Ability (SPS) 106
- Stehlen
- chronisches 674
- zwanghaftes 466
- Steigerungstechnik 332, 355
- Sterben 413 f.
- Stereotype 641
- Stimmbandkrampf 495
- Stimmintonation 268
- Stimmstörungen 495
- Stimulation
- auditorische 385
- visuelle 385
- Stoffwechselkrankheiten 530
- Störgeräusche 204
- Störreiz 622
- Stottern 493
- Strabismus 572
- Strahlentherapie 550
- Stress
- Abbau 531

- Auswirkungen 534
 - Bewältigung 399
 - Erklärungsmodelle 398
 - Erkrankungen 535
 - Hormone 146, 593
 - Management 518
 - Psychohygiene 399
 - Reaktion 398
 - Regulation 141
 - Stroop-Effekt 58, 101 f.
 - posthypnotische Suggestion 182
 - Stupor 441
 - Substanzkonsum 504
 - Suchprozesse, unbewusste 63
 - Suchtprobleme 504 f., 508 f.
 - Suggestibilität 77, 86, 93, 343
 - Beeinflussungsfaktoren 98
 - Definition 112
 - direkte, indirekte 94
 - Gruppentest 113
 - hypnotische 96
 - imaginative 99
 - Kinder 377
 - Lernbarkeit 312
 - Skalen 94, 111
 - Suggestionalität 95
 - Testkonstruktion 113
 - Tests 105
 - Suggestibilitätsmessung 114
 - Suggestion 45, 84, 86, 136, 268, 548
 - Abrenzung zur Hypnose 88
 - als Aufforderungscharakter 87
 - aus sozialpsychologischer Sicht 91
 - Auswirkungen 71
 - Bildhaftigkeit 267
 - Definition 86 f., 95
 - Grundprinzipien 253
 - Halluzination 155
 - hypnotische 93
 - Ich-stärkende 322, 332, 446 f., 456, 477, 545
 - Implikation 89
 - konstruktivistisches Erklärungsmodell 88
 - positive Veränderung 336
 - posthypnotische 306, 318, 368, 397, 408, 423, 428, 487, 494, 520 f., 574, 607, 633
 - postoperative 583
 - präoperative 583
 - Probleme 204
 - Sozialpsychologie 89
 - Verbalisierung 267
 - Wirkung 92
 - wörtlich verstandene 205
 - Suizidtendenzen 209
 - Sumer 31
 - Supervision 282
 - Symbolisierung 357
 - Sympathikusaktivitäten 136
 - Symptomverschiebung 48
 - Symptomverschreibung 333, 455
 - System, kognitives 65
 - Systemische Ansätze 300
- T**
- Tachykardie 517
 - ventrikuläre 135
 - Tagebuch 334
 - Täter 413
 - Taubheit 280, 503
 - emotionale 162
 - Hypnosetest 503
 - hypnotische 157 f., 314
 - psychogene 57, 575
 - Tele-Hypnose 481
 - Telefonhypnose 528
 - Telefonmalerei 132
 - Tell-Show-Do-Methode 598
 - Tellegen Absorption Scale (TAS) 100
 - Temporo-Mandibuläre Dysfunktion 611
 - Thalamus 135, 146, 148, 153
 - The University of Tennessee Hypnotic Susceptibility Scale for the Deaf 503
 - Theorie der Reaktionserwartung 73
 - Theorie der Rollengestaltung 59
 - Theorie der zerebralen Inhibition 66
 - Theorien
 - kognitiv-behaviorale 69
 - kognitive 71
 - operationale 69
 - sozialpsychologische 71
 - soziokognitive 69
 - Theorienvergleich 78
 - Therapeut 412
 - als Feedback 253
 - Authentizität 285
 - Erwartung 290
 - ethische Prinzipien 212
 - Grenzen 199
 - Grundhaltungen 247
 - Kongruenz 381
 - Lernziele 252
 - Machtfantasien 213
 - permissive Haltung 254
 - Reaktionsfähigkeit 289
 - Selbstbeobachtung 289
 - Therapeut-Patient-Beziehung 48, 285, 452
 - Erklärungsmodelle 292
 - Probleme 200
 - Therapiearbeit 95
 - Therapieerfolg 285, 306
 - Therapeutenvariablen 285
 - Therapiephase 239, 242
 - Therapieprobleme 204
 - Thermoregulation 137
 - Thetaaktivität 104, 147, 161, 342
 - Ticstörung 482
 - motorische 482
 - Tierhypnose 219, 232
 - Körperstarre 233 f.
 - Tinnitus 574
 - Todkranker 413
 - Tonsillektomie 586
 - Tonträger 373
 - Selbsthypnose 372
 - Standard-Instruktionen 374
 - Top-down-Veränderungen 151
 - Torticollis 557
 - Tourette-Syndrom 466, 483
 - Trainingsanalyse 624
 - Trance 33, 77, 80, 221
 - Trance-Dialog 298
 - Trance-Logik 184
 - Transsexualität 450
 - Trauer 413 f., 570
 - Traum, hypnotisch induziert 360

Trauma 202, 282, 440f.
 – Erinnerung 442 f., 642, 648
 – in der Kindheit 672
 – Wiedererleben 164, 356
 Trauma-Erzählung, hypnotische 407
 Traumabehandlung 407
 Trichotillomanie 398, 466, 547
 Trotzanfälle 489
 Truismen 62
 Turboinduktion 283

U

Überallmethode 335, 370
 Übergangssubjekt 298
 Überladung 149
 Übersprunghandlung 234
 Übertragung 48, 60, 287, 298
 Umdefinitionen, paradoxe 302
 Umdeutung 356
 Umetikettieren 333
 Umfokussierung 445
 Umstrukturierung 194
 – kognitive 314, 318, 395, 404, 423, 470, 475
 Umweltfaktoren 626
 Unaufmerksamkeit 155
 Unaufmerksamkeitsblindheit 149
 Unempfindlichkeit, emotionale 162
 Unfall 408
 University of Tennessee Hypnotic Susceptibility Scale for Deaf (UTHSS/D) 110
 Upanishaden 31
 Urologie 562
 Urtikaria 540
 Utilisation 252 f., 300, 318, 334, 390, 505

V

Vaginismus 448
 VAKOG 63, 345, 617
 Valencia Scale on Attitudes and Beliefs toward Hypnosis-Therapists 288
 Variable, soziokognitive 73
 Varizen 587
 Vasodilatation 582

Vasokonstriktion 136
 Veden 31
 Veränderungen, psychologische 178
 Verantwortung
 – experimentelle 212
 – therapeutische 212
 Verbale Techniken 385
 Verbalisierungen 252
 Verbalisierungsfähigkeit 247
 Verbalisierung 272
 Verborgener Beobachter 57, 178 f.
 Verbotssuggestionen 50
 Verbrechen in Hypnose 630 ff.
 Verbrechensoffer 409
 – Kinder 410
 Verbrennungen 432, 546, 580, 587
 Verhalten
 – antisoziales 631
 – delinquentes 498
 – hypnotisches 71
 – in Hypnose 125
 Verhaltensanalyse 320
 Verhaltenseinübung 623
 Verhaltensgewohnheiten 608
 Verhaltenskontrolle 631
 Verhaltensstörungen in Kindheit und Jugend 487
 Verhaltenstherapie 310, 312
 – in Hypnose 297
 Verhaltenstraining 395
 Vermeidungsverhalten 126, 323
 Vernachlässigung 410
 Verstärkung 252 f., 315
 – differenzielle 120, 270
 – kontingente 270
 – negative 326, 348
 – positive 310
 Vertiefungsmethoden 120
 Vertrauen 126
 Vertrauensaufbau 251
 Vertrauensübung 252
 Verunsicherung 247
 Verwirrtechniken 121, 149
 Verwirrung 63
 Video-Reality-Technik 282, 438
 Videoaufnahmen 282
 Videohypnosesensitization 446

Virtual Reality Hypnosis (VRH) 438, 540
 Vitiligo 546
 Vogt, O. 52
 Voodoo 33
 Vorbereitungstests 253
 Vorbereitungsübung 251
 Vorhofflimmern 519
 Vorstellungsbild 155
 – emotives 353
 Vulvitis, vestibulär 570
 Vulvodynie 570 f.

W

Wach-Aufmerksamkeit-Hypnose 396
 Wach-Hypnose 73, 186, 481
 Wach-Suggestionen 88
 Wächserne Biegsamkeit 130
 Wachzustand 145, 220
 Wahrnehmung 455
 – optische 153
 – Veränderung 153
 Wahrnehmungsabwehr 398
 Wahrnehmungsqualität 348
 Wahrnehmungsverzerrung 441
 Wärmesuggestionen 139
 Warzen 541
 Waterloo Stanford Group C Scale (WSGC) 106
 Wertschätzung 126
 Wettkampf 625
 Widerstand 48, 193, 200, 593
 Wiedererkennen 639
 Wiedererleben, mentales 621
 Wille 213
 – Ausschaltung 217
 Willensfreiheit 629
 Willentlichkeit 73
 Wirkfaktoren 286
 Wirkung, iatrogene 440
 Wunder 215 f.
 Wundheilung 586
 Wunsch, unangemessener 201
 Würgerreflex 521, 600

Y

Yerkes-Dodson-Gesetz 618

- Z**
- Zählmethode 279
 - Zähltechnik 120
 - Zahnarztangst 595
 - Zahnmedizin 592
 - Zauberei 215
 - Zeichensprache *siehe* Gebärden-
sprache
 - Zeitdehnung 172
 - Wassertropfen 173
 - Weltraumscene 173
 - Zeiterleben, Veränderung 163
 - Zeitprojektion 444
 - Zeitraffer 172, 602
 - Rotkehlchenszene 173
 - Zeitveränderung 349, 427, 602
 - Zeitverzerrung 172, 430, 601
 - Zen-Buddhismus 216, 218, 305
 - Zeugen
 - Aussage 91
 - Beeinflussung 640
 - Befragung 643 f., 652
 - Vernehmung 635
 - Zeugen Jehovas 217
 - Ziliarspasmus 573
 - Zooming 348 f.
 - Zwangsgedanken 325
 - Zwangsstörung 396
 - Zwölffingerdarmerkrankungen
523
 - Zystische Fibrose 532

Das Praxishandbuch Entspannungsverfahren



Franz Petermann • Dieter Vaitl
Entspannungsverfahren
4., vollst. überarb. Aufl. 2009
528 Seiten. Gebunden
ISBN 978-3-621-27642-9

Dieses Buch ist auch als E-Book
erhältlich.

ISBN 978-3-621-28007-5

Unser aufreibender Alltag führt zu Stress und Verspannungen, wir leiden unter Asthma oder Schlafstörungen, selbst Kinder kämpfen mit Kopfschmerzen und Neurodermitis, der Zahnarztbesuch ist ein Horrortrip. Jeder kennt solche Situationen – und von Entspannungsverfahren kann jeder profitieren.

Deshalb werden autogenes Training, Biofeedback, Imagination und andere Methoden in Therapie, Rehabilitation und Prävention häufig eingesetzt. Das Praxishandbuch Entspannungsverfahren enthält alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren, detailliert beschrieben.

Es gliedert sich in

- Neurobiologische Grundlagen
- Psychopharmaka und Entspannungsverfahren
- Verfahren: Autogenes Training, Biofeedback, Hypnose, Imagination, Meditation und progressive Muskelentspannung
- Anwendungsbereiche bei Erwachsenen (u. a. Ängste, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
- Anwendungsbereiche bei Kindern und Jugendlichen (u. a. Neurodermitis, ADHS, Kopfschmerzen)

DAS Handbuch zum Thema Entspannungsverfahren – modern, umfassend, praxisbezogen!

Neu: Beiträge zu Stress, Zahnheilkunde, Phobie, Schmerz. Inkl. Glossar.

Eine Einführung in die Arbeit mit Imaginationstechniken



Ann Hackmann •
James Bennett-Levy •
Emily Holmes
**Imaginationstechniken in der
Kognitiven Therapie**
2012. 288 Seiten. Gebunden.
ISBN 978-3-621-27952-9

Mentale Bilder spielen bei vielen psychischen Störungen eine große Rolle, aber diese ist den Patienten und Therapeuten oft gar nicht bewusst. Dabei werden PTBS-Betroffene von Flashbacks heimgesucht, die automatischen Gedanken von Depressiven haben eine bildliche Komponente, Träume haben einen Bezug zur Erkrankung. Auch in der therapeutischen Arbeit helfen Bilder, die Heilung voranzubringen.

Imaginationstechniken sind ein wichtiger Bestandteil der Kognitiven Verhaltenstherapie, aber auch der Schematherapie und anderer neuer verhaltenstherapeutischer Verfahren. Die drei Autoren stellen die Grundlagen und die fortgeschrittene Arbeit mit Imaginationstechniken vor. Inhalte sind u. a. eine Einführung, die Beschreibung der Technik, Vorbereitung der Imagination, Arbeit mit Erinnerungen, Alpträumen und Metaphern, negative Bilder verändern, positive Bilder erzeugen sowie Belege für die Wirksamkeit der Imaginationsstechniken. Viele Fallbeispiele von bekannten Psychotherapeuten machen die Umsetzung der Imaginationstechniken in die Praxis anschaulich.

Grundlegende Lebensfragen praxisnah aufbereitet



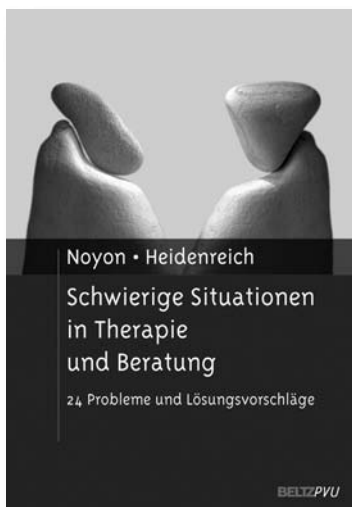
Alexander Noyon •
Thomas Heidenreich
**Existenzielle Perspektiven in
Psychotherapie und Beratung**
2012. 224 Seiten. Gebunden.
ISBN 978-3-621-27931-4

Dieses Buch ist auch als
E-Book erhältlich.
ISBN 978-3-621-27961-1

Existenzielle Themen wie die Frage nach dem Sinn des Lebens, Schuld, Verantwortung, Tod und Sterben sind seit jeher zentral in Psychotherapie und Beratung. Klienten fühlen sich einsam, leiden unter schweren Schuldgefühlen oder fühlen sich von der Auseinandersetzung mit Sinnfragen überfordert.

Alexander Noyon und Thomas Heidenreich zeigen die philosophischen Hintergründe, vor allem aber den therapeutischen Umgang mit existenziellen Fragen auf. Themen sind u. a. Aufbau von Werten, Sinn des Lebens, Schuldgefühle, Einsamkeit, unveränderbare Leidenszustände. Letztgültige Antworten können hier nicht vorgegeben werden, es werden aber Argumentationslinien für das Gespräch mit dem Klienten sowie eine mögliche Grundhaltung existenziellen Fragen gegenüber aufgezeigt.

Schwierige Situationen meistern, Sicherheit gewinnen



Alexander Noyon •
Thomas Heidenreich
**Schwierige Situationen in
Therapie und Beratung**
24 Probleme und Lösungsvorschläge
1. Auflage 2009
208 Seiten. Gebunden
ISBN 978-3-621-27687-0

Dieses Buch ist auch als
E-Book erhältlich.
ISBN 978-3-621-27999-4

Ob aggressive, schweigende oder antriebslose Klienten, ob Machtkämpfe, fehlende Rückmeldung oder Terminabsagen – schwierige Situationen dieser oder anderer Art kennt jeder Berater und jede Psychotherapeutin. Wie sie zu meistern sind, zeigt dieses störungsübergreifende Praxisbuch auf lebendige und humorvolle Weise.

Noyon und Heidenreich stellen schwierige Situationen dar, wie sie sich in Therapie und Beratung mit verschiedensten Patienten bzw. Klienten ergeben können. Fallbeispiele verdeutlichen die jeweilige Situation, die anschließend hinsichtlich ihrer behandlungsrelevanten Merkmale analysiert wird. Konkrete Interventionsideen sowie die Gegenüberstellung von Do's und Don'ts zeigen Wege auf, mit den Situationen so umzugehen, dass die Therapie oder Beratung erfolgreich fortgeführt werden kann – oder aber wie sie auf angemessene Weise zu beenden ist. Inklusive Vorlagen für Therapieverträge und Patientenanschriften.

Therapie-Tools: Werkzeugkasten mit Ideen, Übungen, Arbeitsblättern



Bob Bertolino • Michael Kiener •
Ryan Patterson

Therapie-Tools Lösungs- und ressourcen- orientierte Therapie

1. Auflage 2010
384 Seiten. Broschiert
ISBN 978-3-621-27782-2

Dieses Buch ist auch als E-Book
erhältlich.

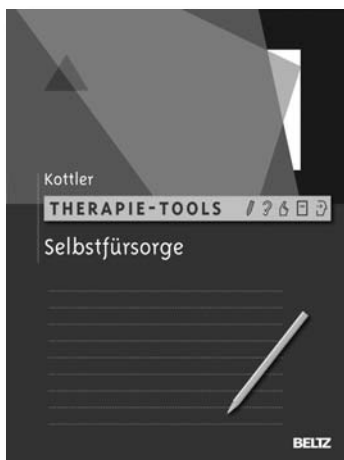
ISBN 978-3-621-28018-1

Wie macht man den Klienten Mut, Veränderungen selbst in die Hand zu nehmen? Wie bringt man Kreativität und Fantasie in den therapeutischen Prozess? Wie beeinflussen die eigenen Leitbilder das therapeutische Vorgehen? – Auf diese und viele andere Fragen finden Bertolino, Kiener und Patterson ungewöhnliche Antworten. So ermöglichen sie dem Psychotherapeuten und Berater, das eigene Vorgehen zu reflektieren und neue Methoden kennenzulernen.

Dabei setzt die lösungs- oder ressourcenorientierte Therapie stets an den Stärken und Ressourcen des Klienten an, um Wege aus der Krise zu finden. Der vorliegende Band stellt Instrumente für den Kontext der lösungsorientierten Therapie und Beratung nach Steve de Shazer und ressourcenorientierte Therapieansätze zur Verfügung.

- 97 einheitlich aufgebaute Übungen und Arbeitsblätter
- Anwendbar im Einzelsetting, mit Familien und Gruppen
- Viele Übungen sind auch für den Einsatz mit Kindern und Jugendlichen modifizierbar
- Für Beratung, Psychotherapie, Supervision und Organisationsentwicklung

Individuelle Hilfe für Therapeuten, Berater und Seelsorger



Jeffrey A. Kottler
Therapie-Tools Selbstfürsorge
2011. 176 Seiten. Broschiert
ISBN 978-3-621-27809-6

Dieses Buch ist auch als
E-Book erhältlich.
ISBN 978-3-621-28021-1

Gefühle, die man eigentlich nicht haben sollte, geheime Ängste und Burnout – Probleme, denen Therapeuten, Berater und Seelsorger in ihrem Berufsalltag ständig begegnen. Doch was ist, wenn sie selbst davon überwältigt werden? In diesem Buch werden Therapeuten und Berater ermutigt, sozusagen »sich selbst zu konsultieren«.

Zu zahlreichen Problemen und schwierigen Situationen werden Übungen und Arbeitsblätter angeboten, individuelle Tipps und Anleitungen zum richtigen Umgang mit den schwierigen Situationen ermöglichen eine Rückkehr zu alten Stärken. Inhaltliche Schwerpunkte liegen auf potenziell karrierebedrohenden Situationen wie die Anziehung zu einem Klienten, Versagensängsten oder übermäßigem Stress.

Die Reihe »Therapie-Tools« stellt ein vielfältiges Instrumentarium für die psychotherapeutische Arbeit vor. Zu einem therapeutischen Ansatz oder einem bestimmten Setting werden umfangreiche Materialien für Klienten und Therapeuten zusammengefasst:

- Ideen
- Übungen
- Hausaufgaben
- Arbeitsblätter