

Die Methode des verdeckten Ankerns in der Hypnose und wie sie in der klinischen Praxis angewendet wird

Christoph Sollmann

1. Aversionstherapie und die Methode des verdeckten Ankerns

Zunächst wird erörtert, wie die Methode des verdeckten Ankerns Elemente aus Aversions- und Hypnotherapie sowie NLP-Konzepte miteinander kombiniert. Dabei werden in diesem Abschnitt folgende Punkte erörtert:

- a) die Aversionstherapie und das verdeckte Ankern als Methode, Definition und Begriffsbestimmung;
- b) einige grundlegende Überlegungen zu den Wirkfaktoren des verdeckten Ankerns;
- c) die Anwendung des verdeckten Ankerns im Kontext eines aversionstherapeutischen Behandlungssettings;
- d) Vorstellung einer Fallvignette, Skizzierung der Vorgehensweise und Darstellung des langzeitlichen Behandlungserfolgs.

1.1 Die Aversionstherapie

Caspar (2014) beschreibt die Aversionstherapie als Methode, die „aversive Reize als therapeutisches Mittel einsetzt, um unerwünschte Verhaltensweisen und Reaktionen zu hemmen“. Die Aversionstherapie wird als Bestandteil der Verhaltenstherapie definiert (vgl. Sandler, 2011). Letztere geht davon aus, dass Verhaltensänderungen Lern- und Konditionierungsprozesse zugrunde liegen. Im Sinne des Modells der operanten Konditionierung (vgl. Skinner, 1953) lernt der Klient durch die Kopplung des unerwünschten Verhaltens (Suchtverhalten) mit einem aversiven Reiz, negative Konsequenzen mit dem unerwünschten Verhalten zu verbinden. Entsprechend dem Konzept der Aversionstherapie werden unerwünschte oder deviante Verhaltensweisen mit un-

Christoph Sollmann

Die Methode des verdeckten Ankers in der Hypnose und wie sie in der klinischen Praxis angewendet wird

Die hier beschriebene Methode des verdeckten Ankers stellt eine Erweiterung – oder Ergänzung – des hypnotherapeutischen Behandlungsplans dar. Verdecktes Anker als Kombination aus Hypnose, NLP und Aversionstherapie wurde bereits in der Behandlung von Süchten wie Rauchen und bei übermäßigem Alkoholkonsum wirksam eingesetzt. Auch in der Behandlung negativer Essgewohnheiten, wie zum Beispiel bei dem unkontrollierten Konsum von Süßigkeiten und bei hartnäckigen Gewohnheiten wie Nägelkauen, zeitigte die Technik Erfolg. Die Implementierung der Methode erfordert sorgfältige Vorbereitung, verbunden mit der Beachtung von Indikationen und Gegenindikationen. Ferner ist der Therapeut dazu verpflichtet, den Klienten oder Patienten mündlich wie schriftlich aufzuklären. Die Anwendung der Methode erfordert solide Kenntnisse hypnotherapeutischer Verfahren. Es wird beschrieben, wie Elemente aus der Aversionstherapie eingesetzt werden und wie das Konzept des Ankers, bekannt aus dem NLP, erweitert wird um die Definition des Begriffs „verdeckt“ (covert). Die Technik unterscheidet sechs Stufen: Etabliere einen Anker (1); bilde einen Kernsatz (2); entwickle eine neutrale Geschichte und webe den Kernsatz ein (3); präsentiere dem Klienten die neutrale Geschichte (4); feuere den Anker (5); Future Pacing und/oder posthypnotische Suggestion (6). Zur Erläuterung des Vorgehens wird neben einer Reihe von weiteren Beispielen eine Fallvignette präsentiert. In der Fallvignette wird die Behandlung exzessiven Alkoholkonsums mit der Technik des verdeckten Ankers beschrieben.

Schlüsselwörter: Ankermethode (verdeckt), Alkoholabusus, Aversionstherapie, klinische Hypnose, direkte vs. indirekte Methoden, Neurolinguistisches Programmieren

The Technique of covert anchoring in hypnosis and how it is used in clinical practice

The covert-anchoring technique presented in this article constitutes an expansion of – or a complement to – the hypnotherapeutic treatment plan. Covert anchoring as a combination of hypnosis, NLP and aversion therapy has demonstrated its efficiency in treating certain addictions such as smoking and overconsumption of alcohol. This technique can also be used effectively to treat poor eating habits such as consuming too many sweets as well as intractable habits like fingernail biting. Meticulous preparation is required before implementing this technique along with the observation of indications and contraindications. The therapist is obliged to explain the treatment to the client or patient, both in a personal consultation as well as in writing. The use of the technique requires solid knowledge of hypnotherapeutic procedures. It is described here how elements of aversion therapy are used, and how the concept of anchoring, known from NLP, is widened to encompass the definition of the term "covert." The technique is broken down into six steps: establish an anchor (1); create a hypnotic phrase (2); develop a neutral narrative and interweave it with the hypnotic phrase (3); present the neutral narrative to the client (4); fire the anchor (5); future-pacing and/or post-hypnotic suggestion (6). For illustration a case vignette is presented alongside a number of examples. The vignette depicts the treatment of excessive alcohol consumption by means of the covert-anchoring technique.

Key words: anchoring technique (covert), alcohol abuse, aversion therapy, clinical hypnosis, direct vs. indirect methods, Neuro-linguistic Programming

Dr. Christoph Sollmann, Dipl.-Psych.
Praxis am Forstwald
An der Pappel 28
47804 Krefeld
E-Mail: praxis.Sollmann@gmx.de

Neben den beiden anonymen Gutachtern hat das Manuskript auch Frau Dipl.-Psych. Julia Ehlis kritisch durchgesehen.

erhalten: 22.7.2015

revidierte Fassung akzeptiert: 1.3.2016

angenehmen Reizen so verbunden, dass ein ursprünglich lustvoll erlebtes Verhalten nun als unangenehm empfunden wird. Die Aversionsbehandlung kann bei Suchtkrankheiten und allgemein bei deviantem und Impulsverhalten, z. B. bei Selbstverletzung, angewendet werden (vgl. Sandler, 2011).

Als Spektrum der „unangenehmen Reize“, die bei Aversionsbehandlung zum Zuge kommen, werden häufig Schmerzreize zitiert, die etwa mittels elektrischer Schläge oder auch durch die Gabe von Brechmitteln appliziert werden. Diese martialisch anmutenden Prozeduren werden gerne in populärwissenschaftlichen Dokumentationen zitiert und prägen seit längerem das Bild der Aversionstherapie in der Öffentlichkeit. Auch unter Psychotherapeuten besteht, nach dem Eindruck des Autors, in der Tendenz eher Zurückhaltung gegenüber der Anwendung aversiver Behandlungsmethoden.

Im Zusammenhang mit den von uns thematisierten „verdeckten“ Methoden ist zunächst die verdeckte Konditionierung (engl. *covert conditioning*) besonders hervorzuheben. Sie geht auf Cautela zurück (1967). Der Terminus „verdeckt“ bezieht sich bei Cautela darauf, dass die Verbindung zwischen dem aversiven, unangenehmen Reiz und dem Problemverhalten nicht in vivo, sondern ausschließlich in der Vorstellung hergestellt wird. Diese imaginative Assoziation (Kopplung) zwischen aversivem Reiz und dem Problemverhalten wird auch als verdeckte Sensibilisierung (engl.: *covert sensitization*) bezeichnet.

Nach Roth (2011) wird die verdeckte Sensibilisierung so benannt, „weil im Gegensatz zur systematischen Desensibilisierung nicht der Ab-, sondern der Aufbau einer Vermeidungsreaktion gegenüber dem unerwünschten Stimulus im Vordergrund steht“ (ebd. S. 319). Der Klient wird in der Anwendung der Methode angeleitet, so dass er die verdeckte Sensibilisierung selbständig durchführen kann. Er trainiert, zunächst unter Anleitung des Therapeuten, die unerwünschten Folgen des eigenen Verhaltens solange in der Vorstellung zu wiederholen, bis das unerwünschte Verhalten gelöscht ist oder seiner bewussten Kontrolle unterliegt.

Die zentrale Methode der *verdeckten Sensibilisierung*, sensu Cautela, besteht demnach in der Imagination negativer Konsequenzen (vgl. Cautela & Kearny, 1986, S. 10). Die neuropsychologische Forschung unterstreicht, durch den Einsatz bildgebender Verfahren, die Wirkung der Imagination (vgl. Jäncke, 2005) auf die strukturelle

Verdecktes Anker in der Hypnose

Ausbildung bestimmter Hirnareale. So konnte, stellvertretend für viele Ergebnisse, gezeigt werden, dass das posteriore Hippokampusareal, das in Zusammenhang mit dem räumlichen Lernen steht, bei Londoner Taxifahrern deutlich entwickelt ist und dass zusätzlich die Größe mit der Dauer des Taxifahrtrainings korreliert (vgl. Woollett & Maguire, 2011). Imagination, Lernprozesse und Trainingsdauer nehmen somit direkten Einfluss auf die strukturelle Ausformung bestimmter Hirnareale.

1.2 Das Anker (anchoring) – Definition und Begriffsbestimmung

Der Begriff des „Ankers“ ist ein aus dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP) bekanntes Konzept. Als einer seiner herausragenden Vertreter ist Robert Dilts anzuführen. Er definiert die Methode des Ankers wie folgt: „Anchoring refers to the process by associating an internal response with some environmental or mental trigger, so that the response may be quickly, and sometimes covertly, reassessed“ (Dilts, 1999, S. 1).

Als Vertreter der deutschen Hypnotherapie sei in diesem Zusammenhang Hans-Christian Kossak zitiert. Er beschreibt die Ankermethode, ähnlich wie Dilts, als „eine imaginative Form [...] der Gegenkonditionierung“ (Kossak, 1993, S. 148). An anderer Stelle ergänzt er: „Das Konzept des Ankers besteht – schlicht ausgedrückt – aus Assoziationen. Ehemals erlernte Kopplungen werden nutzbar gemacht, bzw. der Patient wird auf bestimmte, meist kognitive Reize konditioniert, damit diese als Auslöser wirken, um z. B. eine erneute Trance zu begünstigen“ (ebd. S. 152). Ebenso wie Dilts betont auch Kossaks Definition die Reflexebene, mit der die Wirkung des Ankers, das sog. „Feuern“, erklärt wird.

In der Literatur fand sich darüber hinaus keine Beschreibung der Methode des verdeckten Ankers in der spezifischen Art und Weise, wie der Autor sie praktiziert. Festzustellen ist, dass der Begriff „covert anchoring“ in Suchmaschinen zwar Ergebnisse hervorbringt, jedoch erfolgt keine inhaltliche Beschreibung der Prozedur¹⁾. Zwar betont Robert Dilts in seiner Definition (s. o.), dass Ankerprozesse auch verdeckt erfolgen können, er beschreibt jedoch in diesem Zusammenhang keine konkrete Methode oder Vorgehensweise. In der medizinisch-psychotherapeutischen Fachliteratur (vgl. Linden & Hautzinger, 2011) findet sich kein Hinweis auf eine Kombination von verdecktem Anker und aversionstherapeutischen Methoden.

1.2.1 Verdecktes Anker

Obwohl der Ansatz von Cautela und Kearny recht umfassend Möglichkeiten und Varianten der verdeckten Konditionierung beschreibt, finden sich auch dort keine Hinweise auf ein Vorgehen, wie es hier beschrieben wird. Im Rückblick betont der Beitrag von Cautela und Kollegen die Bedeutung kognitiver Prozesse zur Modifikation von Verhalten. Gleichzeitig ist zu betonen, dass der Terminus „verdeckt“ im Sinne der Imagination von Handlungen in den Sprachgebrauch nicht nachhaltig Eingang gefunden und überdies nur in Teilen der wissenschaftlichen Literatur Beachtung gefunden hat.

Bei der Beschreibung der Methode, die hier als „verdecktes Ankern“ bezeichnet wird, geht es darum, solche Störungsbilder effizient psychotherapeutisch zu behandeln, die sich als persistierend erwiesen haben. Zu diesen Störungsbildern zählen, ähnlich wie Cautela es im Zusammenhang mit der Methode der verdeckten Konditionierung beschreibt, die Behandlung von übermäßigem Alkoholkonsum, Rauchen sowie das Essen im Übermaß, z. B. Süßigkeiten oder Junkfood. Erfolgreich angewandt wird die Methode auch in der Behandlung störender Angewohnheiten, wie z. B. bei Nägelkauen. Grundsätzlich sind alle jene Störungsbilder mit der Methode des verdeckten Ankerns behandelbar, die auch im Indikationsbereich der psychologischen Aversionstherapie liegen. Demzufolge ist auch die Anwendung bei sexueller Deviation denkbar, z. B. bei Pädophilie. Für diesen Bereich liegen keine Befunde vor.

1.2.2 Der Terminus „verdeckt“ (*covert*)

Nach einer eigenen Definition weist der Terminus „verdeckt“ (*covert*) auf eine Interventionsform hin, die für den Patienten oder Klienten intentional unbemerkt verläuft. Hier ist eine Differenzierung des Begriffs „verdeckt“ vorzunehmen, die sich von der ursprünglichen Verwendung bei Cautela unterscheidet. Während Cautela unter dem Terminus „verdeckt“ in den 1970er Jahren solche Vorgänge subsumierte, die kognitiv-imaginativ, also ausschließlich in der Vorstellung ablaufen, definiert der Autor verdeckte Interventionen als solche, die sich der bewussten Kontrolle des Klienten entziehen. Die Frage sei gestattet, wozu es eines solchen Vorgehens in der psychotherapeutischen Behandlung bedarf? Die Begründung lautet, dass psychotherapeutische Interventionen oft darin bestehen, psychische Widerstände zu überwinden. Widerstände können als innerer Schutz verstanden werden, durch die sich der Klient gegen äußere Versuche der Beeinflussung zur Wehr setzt.

Psychischer Widerstand tritt auch dann auf, wenn der Klient selbst den Veränderungswunsch hat und sich mit seinem Anliegen einem Therapeuten anvertraut. Der Klient hat den Wunsch sich zu verändern, und gleichzeitig wird das Aufgeben des Symptoms durch den psychischen Widerstand verhindert. Diese kontradiktorische Reaktion gilt es durch geeignete psychotherapeutische Interventionen aufzulösen. Als Ursache für psychischen Widerstand werden primäre oder sekundäre Gewinne angeführt, die eine dauerhafte Veränderung verhindern. Es ist bekannt, dass bewusste und unbewusste Intentionen nicht immer in Einklang miteinander stehen. Häufig resultieren innere Spannungen und Konflikte aus gegenläufigen Bedürfnislagen. Zum Beispiel hegt ein Raucher einerseits den Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören (bewusste Intention), und andererseits verfolgt er die teils unbewusste Intention, sich mittels einer Zigarette ein Genusserlebnis zu verschaffen. Klienten, die eine Verhaltensänderung anstreben, unterschätzen bisweilen die Gewohnheitsstärke (sensu Hull, 1951), die dem symptomatischen Verhalten zugrunde liegt.

Wenn man von der Erkenntnis ausgeht, dass das symptomatische Verhalten immer auch eine Form der Lösung darstellt, so gilt es, die Gründe des psychischen Wider-

Verdecktes Ankern in der Hypnose

stands und der ihnen zugrunde liegenden Motive genau zu explorieren. Die Funktion des Symptoms muss deshalb abgeklärt werden. Diese Abklärung ist außerordentlich bedeutsam, ohne sie ist weder verantwortungsvolle Psychotherapie noch eine regelgerechte Anwendung des verdeckten Ankerns möglich. Eine Klientin, die mit Hilfe des verdeckten Ankerns das Rauchen aufgeben wollte, stellte im Anamnesegespräch fest: Wenn sie das Rauchen aufgeben würde, hätte sie in ihrem stressigen Job keine Möglichkeit mehr, ihre reguläre Pause zu nehmen. Eine Pause sei in ihrem Betrieb, mangels anderer Rückzugsmöglichkeiten, nur möglich, wenn sich die Mitarbeiterin zu den anderen Rauchern begibt. Somit mussten erst diese Haltung und mögliche Lösungsansätze überprüft werden, bevor die Behandlung beginnen konnte. Ohne die Berücksichtigung dieser Situation ist die Prognose der Behandlung kritisch zu sehen. Das Rauchen aufzugeben hieße in diesem Fall, auf die als positiv erlebte emotionale Wirkung durch das Rauchen zu verzichten, das entspannte Gespräch mit den Kollegen aufzugeben und die regulären Pausenzeiten nicht in Anspruch zu nehmen. So viele Motive, die gegen die Aufgabe des Rauchens sprechen! Psychischer Widerstand kann also, wie gerade gezeigt wurde, aus unterschiedlichen Motiven resultieren. Es müssen nicht immer Ängste als Motiv zugrunde liegen. Es ist erforderlich, diese Motive unter Kontrolle zu bekommen oder sie zumindest zu kennen, um eine realistische Prognose des Behandlungserfolgs zu stellen.

Für den Therapeuten entsteht daraus die Verpflichtung, die Behandlungsplanung systematisch aufzubauen. Dabei muss er sich der Tatsache bewusst sein, dass die Anwendung des verdeckten Ankerns nicht gleichzusetzen ist mit dem Außerkraftsetzen der freien Entscheidung des Klienten. Deshalb ist im Zuge der Anamnese und Psycho-diagnostik die Funktion des Symptoms genau zu untersuchen und die Begründung für die Anwendung der Methode mit dem Klienten zu erörtern. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Aufklärungspflicht. Der Klient wird darüber informiert, dass Teile der Behandlung außerhalb der bewussten Wahrnehmung stattfinden. Das setzt voraus, dass der Klient diesem Teil der Behandlung ausdrücklich zustimmt. Reagiert der Klient trotz der Aufklärungsmaßnahmen inkongruent, ist von der Anwendung der Methode abzusehen. Mit der Unterschrift erklärt der Klient sein Einverständnis und wird bei der Gelegenheit auch über mögliche Nebenwirkungen (wie z. B. Unwohlsein) informiert.

1.2.3 Wirkprinzipien des verdeckten Ankerns

Nach Auffassung des Autors entspricht die Wirkung des verdeckten Ankerns der einer „Bypass-Lösung“ und zwar insofern, als eine Kernsuggestion am kritischen Bewusstsein vorbei im Unterbewusstsein platziert wird. Dieser Bypass wird durch die kurzzeitige Überlastung des Arbeitsspeichers erzeugt. Die Überlastung wird durch zwei Bedingungen herbeigeführt. Erstens durch Redundanz. Sie wird durch die Darbietung einer „neutralen“ Geschichte erreicht. Die zweite Bedingung, durch die die Aufmerksamkeit des Klienten in Anspruch genommen wird, ist die Tatsache, dass der Klient

zuvor durch ein emotional aufwühlendes Szenario (z. B. die aversive Situation) geführt wurde und deshalb emotional beansprucht ist. Diese beiden Bedingungen, Redundanz und emotionale Beanspruchung, ermöglichen den Bypass, d. h. die Kernsuggestion wird am Bewusstsein vorbeilanciert und in den subkortikalen Strukturen platziert. Begünstigend wirken die kapazitive Begrenzung des Arbeitsspeichers (vgl. Miller, 1956) und die im Vergleich sehr hohe Informationsaufnahmekapazität des Unterbewusstseins.

Anhaltspunkte für die Bypass-Hypothese liefern die Beschreibungen von Klienten, wenn sie zu ihren Erfahrungen nach der Behandlung befragt werden. Ein Teil der Befragten berichtete nach der Behandlung von einem stark negativ attribuierten Arousal in Gegenwart von Alkohol, Zigaretten oder Süßigkeiten bis hin zu Übelkeit oder Würgereiz. Ein anderer Teil der Klienten berichtet, dass das Genussmittel sie nach der Behandlung „kalt“ lässt. Beide Aussagen beschreiben Empfindungen, die sich offensichtlich auf emotionale Erfahrungen beziehen, die nach der Behandlung auftraten. Diese Berichte weisen darauf hin, dass sich der Wirkungsort der Methode im emotional-affektiven Bereich des Gehirns befindet. Eine Reihe von neuropsychologischen Forschungsergebnissen unterstützt die Bypass-Hypothese.

So zeigten bereits Murphy und Zajonc (1993), dass reduzierte Bewusstheit bei der Darbietung von Reizen zu stärkeren affektiven Reaktionen führt. Die affektiven Reaktionen sind in diesem Fall stärker, als sei die vollständige Aufmerksamkeit des Bewusstseins gegeben. Murphy und Zajonc sprechen in diesem Zusammenhang von *affektivem Priming*. Untersuchungen von Rotteveel und Phaf (2004) weisen ebenfalls in diese Richtung: Die emotionale Reaktion ist bei *geteilter* Aufmerksamkeit höher als bei *fokussierter* Aufmerksamkeit. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass alle Untersuchungen zu einer Schlussfolgerung gelangen: Um wirksam zu „primen“, bedarf es weder eines kognitiven Inputs noch der Beteiligung des Bewusstseins. Ein Beispiel, stellvertretend für viele, ist eine Untersuchung von Whalen et al. (1998). In dieser Untersuchung wurden Bilder mit zwei verschiedenen Gesichtsmimiken („lachende und furchtverzerrte Gesichter“) dargeboten. Wegen der sehr geringen Darbietungszeit im Bereich von Millisekunden konnten die Probanden die Bedeutung der präsentierten Bilder nicht bewusst erfassen. Sie konnten also weder Aussagen darüber treffen, ob sie etwas gesehen hatten, noch welche emotionale Qualität mit den dargebotenen Reizen verbunden war. Obwohl sie das Gesehene nicht benennen konnten, wurden Veränderungen der Durchblutung in verschiedenen Hirnregionen registriert. Insbesondere die Zunahme der Durchblutung in der Amygdala bei Darbietung der Furchtgesichter war auffällig. Die Forschergruppe betont die Bedeutung des unbewussten Lernens (*nonconscious processing*) und die damit verbundene Beeinflussung der Amygdalafunktion (vgl. auch Ruys & Stapel, 2008; Mitchell & Greening, 2012).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde ist davon auszugehen, dass Affekte durch die Hemmung kognitiver Funktionen nicht nur stärker hervortreten, sondern dass bei einer definierten Reizdarbietung Informationen subkortikal so platziert werden kön-

Verdecktes Ankern in der Hypnose

nen, dass diese Informationen die affektive Reaktion gegenüber dem Reiz (z. B. Bier) auf Dauer verändern. Diese Veränderung wird initial dadurch ermöglicht, dass der Arbeitsspeicher kurzfristig überlastet wird.

Unsere These bezieht die Erkenntnisse einer viel zitierten und häufig replizierten Untersuchung von Miller (1956) ein. Er zeigte, dass die Kapazitäten des Arbeitsspeichers begrenzt sind und deshalb maximal sieben plus oder minus zwei Informationseinheiten (sog. chunks) gleichzeitig verarbeitet werden können. Darüber hinausgehende Informationen passieren die kognitiven Kontrollfunktionen und werden, sofern emotionale Strukturen involviert sind, in den subkortikalen Strukturen gespeichert. Von dort aus gewinnen sie Relevanz, auch für bewusste Handlungen (vgl. Mitchell & Greening, 2012).

Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass eine Entkopplung unbewusster von bewussten Lernprozessen möglich ist („is at least dissociable from its conscious counterpart“), und zudem wird die Überlegenheit unbewusster Lernprozesse betont (Watanabe & Masahiko, 2015, S. 5). Somit erfährt die Hypothese, dass bei der Überschreitung der Kapazitätsgrenzen des Arbeitsspeichers emotional geladene Informationen im Unterbewusstsein platziert werden können, grundlegende Unterstützung. Weitere Untersuchungen werden hier von Nutzen sein.

1.2.4 Verdeckte Methoden sensu Milton H. Erickson

Neben der Suche nach Hinweisen aus neuropsychologischen Untersuchungen wurden auch Hinweise aus psychotherapeutischen Erfahrungen hinzugezogen, die das Vorgehen verdeckter Methoden erläutern. Zuvorderst ist hier Milton H. Erickson zu nennen. Seinem Utilisierungsansatz wird nicht nur die Anwendung indirekter Methoden zugeschrieben, sondern auch jener Interventionsmethoden, die als „verdeckt“ (covert) bezeichnet werden (vgl. Yapko, 2012, S. 209 f.).

Erickson beherrschte die Fähigkeit, auf mehreren Ebenen *so* zu kommunizieren, dass er gleichzeitig bewusste und unbewusste Intentionen vermitteln konnte (vgl. Zeig, 1991, S. 30). Einer seiner Schüler, Jeffrey Zeig, zeigt anhand von zahlreichen Beispielen auf, wie Erickson die Mehrebenen-Kommunikation einsetzte, um gleichzeitig verbal und nonverbal auf einer „biografischen, symbolischen oder anderweitigen Ebene“ mit dem Patienten zu kommunizieren. Um dieses Ziel zu erreichen, bediente sich Erickson häufig Anekdoten und Geschichten (vgl. Zeig, 1991, S. 30 f.; Gilligan, 2012; Haley, 1993; Yapko, 2012). Während das Gegenüber den *Inhalt* einer von Erickson präsentierten Geschichte verfolgte, schuf Erickson auf der unbewussten Ebene die Grundlage für die Veränderung des Symptoms, der Grundhaltung zum Symptom oder für eine Neubewertung der Situation (Reframing).

Dan Short, der die therapeutischen Handlungsstrategien Ericksons untersuchte, führt dazu aus: “Rather than always attempting to make the unconscious conscious, Erickson would often deal with problems that existed outside the realm of conscious awareness using a form of communication that was also outside the realm of cons-

cious awareness“ (Short, 2005, S. 125). Offenbar sah Erickson es als Umweg an, bewusste Funktionen direkt in die Veränderungsarbeit einzubeziehen. Probleme, deren Bedingungen außerhalb der bewussten Wahrnehmung ablaufen, werden am besten durch Interventionen behandelt, die ebenfalls außerhalb des Bewusstseins angelegt sind.

Short kommt in seiner detaillierten Auseinandersetzung mit dem Werk Milton H. Ericksons zu der Erkenntnis: „If you want to help a person feel better about a certain stimulus, which makes them uncomfortable for reasons they cannot understand, then it is better to create a new positive association without evoking conscious awareness“ (Short, 2005, S. 125).

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis kann das verdeckte Anker analog zur Funktion der Anekdoten und Geschichten bei Milton H. Erickson gesehen werden. Während Ericksons Ansatz deutlich mehr Therapiekunst in Perfektion darstellt, versteht der Autor die Methode des verdeckten Ankerns als „technische Vereinfachung“, die bestimmte Schlüsselwörter als Kernsuggestionen in eine neutrale Geschichte einwebt. Diese Schlüsselwörter werden mit einem „Anker“ gekoppelt, der bei jedem Schlüsselwort wiederholt gefeuert wird. Während das Bewusstsein damit beschäftigt ist, einer neutralen Geschichte zu folgen, wird die Kernsuggestion, am kritischen Verstand vorbei, im Unterbewusstsein platziert. Damit folgt das verdeckte Anker dem Prinzip der Mehrebenen-Kommunikation, bei der eine bewusste und eine unbewusste Intention dem Klienten wie eine Art Geschenkverpackung präsentiert werden. Es ist in diesem Zusammenhang sicher einfacher, eine technische Lösung als „Geschenkverpackung“ zu entwickeln, als den Versuch zu starten, die Kunstfertigkeit Milton H. Ericksons zu imitieren.

1.2.5 Das verdeckte Anker („covert anchoring“) als Technik

Nach den bis hier gesammelten Erkenntnissen ist das verdeckte Anker zu verstehen als „a procedure that will be carried out by the therapist which circumvents the control of the conscious mind either to trigger a positive intention (i. e. a resourceful sensation) or a negative outcome which is supposed to block or interrupt an undesirable behaviour, i. e. alcohol abuse“ (Sollmann, 2016). Das verdeckte Anker ist demnach nicht nur im Setting der Aversionstherapie anwendbar, sondern auch im Zuge der Ressourcenaktivierung und der Entwicklung von Resilienz. Das eröffnet weitere Behandlungsgebiete, die über die psychotherapeutische Behandlung hinausgehen, etwa im Coaching oder der zahnärztlichen Hypnose. Auch in der Schmerztherapie kann das verdeckte Anker eingesetzt werden, etwa um Ressourcen zur Überwindung des Schmerzes zu aktivieren.

Das verdeckte Anker verwendet spezifische Suggestionen und webt sie in eine therapeutische Instruktion (sog. *neutrale Geschichte*) ein. Meist bleibt dabei der Inhalt dieser spezifischen Suggestion verborgen (Sollmann, 2016). Analog zum Gedanken-gang der Mehrebenen-Kommunikation finden wir für den Ankerprozess unterschiedliche „Signalebenen“ vor, auf denen der Anker etabliert wird.

Verdecktes Ankern in der Hypnose

1.2.6 Unterschiedliche Signalebenen für das Ankern

Der Ankerprozess wird ursprünglich als Reiz-Reaktionskopplung definiert (s. o.). Damit haben wir es hier mit einem Prozess zu tun, dessen Funktion darin besteht, einen neutralen Reiz (z. B. die Berührung der Hand) mit einer gelernten Reaktion zu verbinden. Die gelernte Reaktion kann positive („Belohnung“) oder negative („Bestrafung“) Folgen zur Konsequenz haben. Grundsätzlich sind fünf Signalebenen zu unterscheiden, die sowohl zur Kopplung aversiver als auch positiver, z. B. ressourcenaktivierender Erfahrungen genutzt werden können: Anker können auf der kinästhetischen, der visuellen, der akustischen, der chemischen und der physikalische Ebene etabliert und ausgelöst („gefeuert“) werden. Eine sechste Signalebene besteht aus Kombinationen der zuvor genannten Ebenen.

1. Die kinästhetische Signalebene wird von Therapeuten wohl am häufigsten eingesetzt, um einen Anker zu etablieren, z. B. durch Berührung des Armes, des Handrückens oder auch eines Fingerknöchels. Hierfür sind praktische Gründe ausschlaggebend. Wenn der Therapeut seitlich zum Klienten sitzt oder steht, sind diese Körperstellen für den Therapeuten am besten zugänglich. Der Klient ist im Zuge der Vorstellung des Verfahrens unbedingt darüber zu informieren, dass der Therapeut ihn an bestimmten Stellen des Armes oder der Hand berühren wird.
2. Als visuelle Anker können zum einen Symbole („ein Tier“), geschriebene Wörter („Rosebud“) oder Farben („rot“) fungieren. Zum anderen können auch Gesten, wie das Heben einer Hand, als Anker genutzt werden. Auch mittels eines bestimmten Gesichtsausdrucks, z. B. durch das Anheben einer Augenbraue, kann ein visueller Anker ausgelöst werden. Gesten und Gesichtsausdruck ordnen wir der visuellen, nonverbalen Signalebene zu. Eine mit einem Anker belegte spezielle Farbe kann auch als Teil eines geschriebenen Textes auftauchen, und auch dadurch kann ein Ankerwort hervorgehoben werden, so dass der visuelle Anker „stumm“ (verdeckt) ausgelöst wird.
3. Akustische Anker können zum einen in Form von Signalen, Tönen bzw. Geräuschen dargeboten werden. Zum anderen sind hierunter gesprochene (hörbare) verbale Anker, also Schlüsselwörter oder Begriffe zu subsumieren, durch die ein neutraler Reiz mit der gelernten Reaktion verbunden wird. Zu dieser Kategorie gehören auch vokale Anker, also solche, die durch die Variation der Lautstärke oder Intonation der Stimme bzw. eines gesprochenen Wortes zur Anwendung kommen.
4. Auch chemische Substanzen können eine Ankerfunktion erlangen, etwa dann, wenn unmittelbar in Zusammenhang mit einem unerwünschten Verhalten (z. B. dem Trinken von Alkohol) eine bestimmte Substanz verabreicht wird, welche ein negatives Reiz-Reaktionsmuster zwischen dem Alkohol und der Medikamentenwirkung erzeugt. Die Kopplung zwischen dem Alkohol und der Wirkung des Medikaments wird zum Auslöser für negative Gefühle. Der Konsum von Alkohol oder schon der bloße Gedanke daran (sensu Cautela et al., 1986, s. o.) lösen fortan Übelkeit aus. Im Unterschied zur ursprünglichen Reiz-Reaktionskopplung, bei der

ein *neutraler* Reiz mit einer gelernten Reaktion verbunden wird, wird auf der hier beschriebenen chemischen Signalebene ein ehemals positiver, in diesem Fall ein mit Entspannung assoziierter Reiz (z. B. das Trinken alkoholhaltiger Getränke), mit der neugelernten Reaktion (Übelkeit, Erbrechen) verbunden. Die Wirkung, die die Kopplung erzeugt, ist jetzt Übelkeit statt Entspannung. Dieses Reiz-Reaktionschema entspricht dem der Aversionsbehandlung (s. o.).

5. Physikalische Reize bilden eine weitere Signalebene; Reize wie Hitze oder Kälte können als Anker genutzt werden. Hierbei erfolgt die Reiz-Reaktionskopplung ähnlich wie auf der chemischen Signalebene (s. o.).
6. Theoretisch ist jede Kombination der fünf Signalebenen möglich. Ein Ton (Geräusch) kann mit einem visuellen Anker und dieser wiederum mit einem kinästhetischen Anker kombiniert werden. Ob diese Kombinationen in der Praxis auch wirklich ausgeübt werden, hängt von der Kreativität des Therapeuten ab. Wir konnten bislang keine substantiellen Unterschiede in der Verwendung der einzelnen Signalebenen feststellen. Ob Kombinationen einer einzelnen Signalebene überlegen sind, sollten weitere Untersuchungen zeigen.

Unabhängig von der Signalebene ist für die Funktionalität des Ankers das Timing entscheidend. Wenn in der Hypnose ein bestimmter Gefühlszustand hervorgerufen und verstärkt werden soll, dann kommt es darauf an, dass der Anker im richtigen Augenblick gesetzt wird. Dies ist dann der Fall, wenn der Klient das evozierte Gefühl in maximaler Ausprägung und Intensität erlebt. Da das innere Erleben des Klienten für den Therapeuten meist eine Black Box darstellt, ist für das richtige Timing entscheidend, die Körpersignale (nonverbale Signale) des Klienten während der Evokation des Zielzustands genau zu beobachten. Hierbei kommt der genauen Beobachtung der nonverbalen Reaktionen des Klienten eine Schlüsselfunktion zu. Dazu gehören Veränderungen wie beispielsweise Hautfärbung, Atemrhythmus, Bewegungsmuster der Augen, Muskeltonus oder Schluckbewegungen (vgl. Yapko, 2012, S. 173 f.).

2. Die Anwendung der Methode: 6 Stufen des verdeckten Ankerns

Im folgenden Abschnitt wird die Vorgehensweise der Methode des verdeckten Ankerns beschrieben. Für die Durchführung hat es sich als günstig erwiesen, diesen Ablauf Schritt für Schritt durchzugehen. In der Praxis kann eine gewisse Flexibilität von Vorteil sein, für die Demonstration ist der Aufbau in sechs Stufen aber durchaus sinnvoll. Gründliche Vorbereitung der Intervention ist sowohl dem therapeutischen Novizen als auch dem erfahrenen Anwender zu empfehlen. Sorgfältige Diagnostik ist überdies unabdingbar, um das Verfahren wirksam anwenden zu können. Bestimmte Gegenindikationen sind im Vorfeld abzuklären. Die Liste der Gegenindikationen ist keinesfalls als vollständig zu bezeichnen, sie umfasst zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Reihe von Ausschlüssen. Diese gelten, nach bisherigem Kenntnisstand, nur dann, wenn das verdeckte Ankern mit aversiven Elementen kombiniert wird. Dann sind fol-

Verdecktes Ankern in der Hypnose

gende Gegenindikationen zu beachten: bestehende Schwangerschaft, akute Psychosen, posttraumatische Belastungsstörungen, Emetophobie, Migräne und Impuls-Kontroll-Störungen. Auch bei erlittenem sexuellem Missbrauch ist das verdeckte Ankern nicht die Methode der Wahl.

Die Methode des verdeckten Ankerns ist in sechs Schritte unterteilt. Die einzelnen Schritte der Methode sind folgende:

2.1 Etabliere einen Anker

Zur Vorbereitung ist der Klient in einer Entspannungsmethode (z. B. der Progressiven Muskelrelaxation) unterwiesen worden. Er wird nun angeleitet, ein emotional-aversives Szenario aufzubauen. Dazu imaginiert er in Trance einen Ort, z. B. ein Labor, in welchem ihm ekelhafte Substanzen dargeboten werden. Diese werden mit dem Suchtmittel (Bier, Schokolade, Chips o. ä.) vermengt. Dadurch wird eine Kopplung zwischen dem Ekelgefühl und dem zu reduzierenden Genussmittel erzeugt. Wenn das Ekelgefühl ein Maximum erreicht hat (10 auf einer Skala von 1 bis 10), wird der Anker etabliert, meist durch Berührung eines Fingerknöchels für ein bis zwei Sekunden. Das Vorgehen kann durch die Anwendung ideomotorischer Fingersignale (vgl. Rossi & Cheek, 1988) unterstützt werden; dies ist jedoch nicht Bedingung.

Instruktionsbeispiel:

„Stelle dir vor, du bist in einem Labor und vor dir stehen zwei Reagenzgläser, die ziemlich eindeutig unangenehme, ekelhafte, stinkende, schleimige Flüssigkeiten enthalten. Daneben steht ein weiteres Glas, halb gefüllt mit deinem alkoholischen Lieblingsgetränk. In dieses Glas wird nun etwas von der ekelhaften, schleimigen Flüssigkeit des ersten Reagenzglases hineingegossen. Sieh genau hin, wie sich die schleimige, inhomogene halbflüssige, halb-faserige Masse allmählich mit deinem Lieblingsgetränk vermischt. Dann gießen wir aus dem zweiten Reagenzglas etwas in das Glas mit deinem Lieblingsgetränk und du siehst zu, wie sich dieser grün-braune Schleim allmählich damit vermischt ...“.

Bei diesem ersten Schritt ist es wichtig, dass der Therapeut durch Instruktion und Betonung die Wirkung des Ekelgefühls beim Klienten steigert. Nicht geeignet ist das Ablesen der Instruktionen von einem Blatt.

2.2 Bilde einen Kernsatz

Ist der Anker etabliert, wird der Klient aufgefordert, das imaginierte Labor zu verlassen. Die Vorstellung des Labors bis hin zur Evokation des Ekelgefühls wird vom Klienten meist als anstrengend erlebt. Deshalb wird er jetzt in seiner Vorstellung an einen neutralen Ort geführt und dann, während er sich dort erholt, vom Therapeuten tiefer in die Trance geführt. Der Klient kann, noch in Trance, dazu befragt werden, was er nun neu lernen möchte und welcher Kernsatz dazu am besten passt. Der

Kernsatz besteht aus einer Reihe von Schlüsselwörtern, die der Klient mit der Verhaltensänderung assoziiert. Es empfiehlt sich, einen solchen Satz möglichst schon im Zuge des Vorgesprächs zu notieren und den Klienten jetzt zu bitten, die Passung des Kernsatzes zu überprüfen. Ziel der erneuten Abfrage ist die Validierung des Kernsatzes und dessen Feinschliff. Im aversiven Setting haben wir es häufig mit Kernsätzen zu tun, die z. B. so lauten: „*Mir wird übel, wenn ich ein Bier trinke!*“ Oder: „*Bei dem Gedanken an ein Glas Bier wird mir schlecht!*“ Oder: „*Bei dem Gedanken an eine Zigarette wird mir schlecht.*“ Einige Klienten bevorzugen „entschärfte“ Varianten von Kernsätzen, d. h. sie ziehen es vor, die Übelkeit zu vermeiden. Klienten, die befürchten, dass sie sich übergeben könnten, bilden lieber Kernsätze, die dann so lauten: „*Schokolade ist mir vollkommen egal.*“ Oder: „*Chips sind mir gleichgültig.*“

Bei dem Kernsatz handelt es sich um eine kurze prägnante Aussage, die aus nicht mehr als 8 bis 10 Schlüsselwörtern bestehen sollte. Der Therapeut sollte den Klienten darauf hinweisen, wenn eine Formulierung unangebracht ist. Zum Beispiel sollte er davon abraten, einen Schlüsselwortsatz wie „ich übergebe mich, wenn ich rauche“ zu verwenden. Dieser Satz könnte zu peinlichen Situationen in der Öffentlichkeit führen.

2.3 Entwickle eine neutrale Geschichte und webe den Kernsatz ein

Der Therapeut hat nun schon eine neutrale Geschichte vorformuliert, in die er den Schlüsselwortsatz einwebt. Ein Beispiel für das Vorgehen wird unten gegeben. Ist der Therapeut in der Entwicklung einer solchen Geschichte noch nicht firm, kann an dieser Stelle auch ein weiterer Termin zwischen Klient und Therapeut vereinbart werden. Wir empfehlen jedoch, den kompletten Ablauf in eine Sitzung zu fassen und den kompletten Ablauf noch einmal bei einer späteren Sitzung zu wiederholen.

Bei der zu entwickelnden Geschichte handelt es sich um ein „neutrales Areal“, z. B. einen Ort in der Natur (Wiese, Wald, Strand o. ä.), den der Therapeut konstruiert. Es handelt sich hierbei in aller Regel nicht um den „sicheren Ort“. Dieser ist als Rückzugsort für unvorhergesehene Ereignisse vorbehalten. Da der Kernsatz bereits in die Geschichte eingewoben wurde, werden im Zuge der Instruktion der neutralen Geschichte die Anker gefeuert. Die Kommunikation erfolgt nun auf zwei Ebenen: Die erste, vordergründige Ebene ist die „neutrale Geschichte“, die die Oberfläche bildet. Darin eingewoben sind die einzelnen Schlüsselwörter des Kernsatzes.

2.4 Präsentiere dem Klienten die „neutrale Geschichte“

Die „neutrale Geschichte“, in die der Kernsatz eingewoben ist, wird dem Klienten nun dargeboten. Bei jedem Schlüsselwort des Kernsatzes wird beispielsweise der Fingerknöchel berührt und damit der Anker ausgelöst.

Exemplarisch sei hier ein Beispiel für eine neutrale Geschichte (Ausschnitt) aus einem englischsprachigen Beitrag wiedergegeben:²⁾

„*When you walk on the beach and feel your feet on the sand it's quite different to*

Verdecktes Ankern in der Hypnose

that sick feeling you had the day before and if someone says that you can have a drink from that wonderful clear source of water you have no notion of drinking beer ...“ (Sollmann, 2016).

Der Leser oder die Leserin wird feststellen, dass die neutrale Geschichte in der Tat einfach gestrickt ist. Die Geschichte besteht aus viel Redundanz oder, wie ein Klient bei einer Nachbefragung äußerte: „*Die Sprache war sehr ‘blumenreich’, nicht sehr tiefgängig, ich konnte nichts Auffälliges feststellen.*“ Die Geschichte mutete anderen Klienten wie eine Phantasiereise an, wiederum andere hielten sie für eine schön verpackte Affirmation.

2.5 Feuere den Anker

Während die neutrale Geschichte dargeboten wird, wird der Anker ausgelöst. Das Auslösen oder Feuern des Ankers erfolgt zeitgleich mit jedem Schlüsselwort, das während der Darbietung der Geschichte genannt wird.

Zur Veranschaulichung wiederholen wir die „neutrale Geschichte“ noch einmal und heben dabei in Sperrschrift die Schlüsselwörter des Kernsatzes hervor. Bei jedem Schlüsselwort wird der Anker an der Hand oder am Unterarm des Klienten ausgelöst, je nachdem, wo er ursprünglich etabliert wurde. Hier nochmals die neutrale Geschichte mit der Hervorhebung der Schlüsselwörter:

„When YOU walk on the beach and FEEL your feet on the sand it’s quite different to that SICK feeling you had the day before and IF someone says that YOU can have a DRINK from that wonderful clear source of water you have no notion of drinking BEER.“

Der Kernsatz lautet hier: *“You feel sick if you drink beer.”* Nach unserer Erfahrung gelingt es den meisten Klienten nicht, den Zusammenhang zwischen den Schlüsselwörtern und dem Feuern des Ankers bewusst zu registrieren und zu benennen. Nach den oben zitierten neuropsychologischen Befunden ist emotionale Veränderungsarbeit auch und gerade subkortikal und unter Ausblendung bewusster Funktionen des Gehirns möglich. Den Ergebnissen dieser Studien zufolge sollte auch eine dementsprechende Reaktion im Gehirn ableitbar sein, die auf ein Ekelgefühl hinweist.

Soweit bislang festgestellt wurde, gibt es keinen deutlichen Unterschied zwischen einer Fremdsuggestion (z. B. „Du fühlst dich ...“) und der Ich-Suggestion („Ich fühle mich krank, wenn ich ...“). Es kann daher angenommen werden, dass die Wahl für die eine oder andere Form von der Haltung des Therapeuten und der Ego-Stärke des Klienten abhängig ist.

2.6 Future Pace oder posthypnotische Suggestion

Um die Nachhaltigkeit dieser Intervention zu verbessern, wird ein Future Pace durchgeführt oder es kann eine posthypnotische Suggestion in den Abschluss der Sitzung integriert werden. Der Future Pace kann sich auf einen Ausblick in die (rauch- oder alkoholfreie) Zukunft beziehen. Hierzu wird ein positiver Ausblick in eine von ungesunden Gewohnheiten befreite Zukunft als zusätzliche Motivationshilfe empfohlen.

Eine posthypnotische Suggestion wiederum kann einfach gehalten sein und, um in der Diktion zu bleiben, sie kann non-covert erfolgen: „Von jetzt an bist du Nichtraucher“ (oder: „Du lehnst Alkohol ab, wenn er dir angeboten wird“). Die posthypnotischen Suggestionen sollen sich an der Lebenswirklichkeit der Klienten orientieren.

3. Fallvignette: Verdecktes Ankern bei Alkoholmissbrauch

Wir sollten der Falldarstellung vorausschicken, dass unserem Klienten nie eine diagnostizierte Alkoholkrankheit attestiert wurde. Auch nahm er nie an einer stationären Entwöhnungstherapie teil. Es ist wohl seiner sozialen Stellung geschuldet, dass er in dieser Hinsicht nie auffällig wurde. Gemäß seiner Selbsteinschätzung bestand zumindest eine zeitweilig stark erhöhte psychische Abhängigkeit vom Alkohol. Seine erhebliche Alkoholtoleranz sowie sein Trinkverhalten sind mehr als nur ein Hinweis darauf, dass der Alkoholkonsum des Klienten ein prä-klinisches Stadium überschritten hatte. Der Klient zeigte Einsicht in die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, bat jedoch darum, die beschriebene Methode ambulant durchzuführen.

Jürgen³⁾, männlich, 48 Jahre, ist Angestellter in leitender Funktion, verheiratet, keine Kinder. Der ehemalige Leistungssportler berichtet, dass er seit Jahren unter hoher beruflicher Anspannung leide und berichtet über Erschöpfungsgefühle, Anspannung und innere Leere. Er habe zudem Schmerzen im Bewegungsapparat, was auf seine frühere sportliche Tätigkeit zurückzuführen sei. Er nutze Alkohol zur Entspannung, um am Wochenende oder an freien Tagen „runter zu kommen“. Sein jüngster beruflicher Aufstieg zwingt ihn dazu, unliebsame Personalentscheidungen zu treffen, und er werde so mit persönlichen Schicksalen von Mitarbeitern konfrontiert. Anlass für den Besuch in der Praxis ist der immer weiter ansteigende Alkoholkonsum, der sich auch während der Woche gesteigert habe, so dass er der Arbeit schon mehrmals fernbleiben müsse. An diesen freien Tagen sei er für niemanden zu sprechen und auch sein Mobiltelefon bleibe ausgeschaltet. Für ihn sei es sehr angenehm und er genieße die Ruhe, die er dann zu Hause habe, und das Gefühl für Stunden entspannen zu können. Er habe schon versucht abstinent zu sein, das sei ihm bislang für max. 8 bis 12 Wochen gelungen.

Im Interview formuliert Jürgen sein Ziel so, dass er das Trinken von Bier und Wein limitieren wolle, er wolle am Wochenende oder im Urlaub Genusstrinker sein und seinen Konsum auf wenige Ereignisse beschränken. Das Erleichterungstrinken und der starke Anstieg seines Alkoholkonsums beunruhigten ihn. Zu Beginn der Therapie beobachtet er sein Trinkverhalten und stellt fest, dass er keinen Wein vertrage. Nach einem Glas verliere er die Kontrolle und müsse mehr trinken. Stark alkoholische Getränke würden ihm gar nicht bekommen, er leide danach sehr häufig unter Übelkeit und Kopfschmerzen.

Der ermittelte Trinkkonsum an einem „Absturztag“ beträgt 164 ml reinen Alkohol. Das entspricht einer Blutalkoholkonzentration von 2,76 ‰, errechnet nach der Formel

Verdecktes Ankern in der Hypnose

von Widmark. Nach einer mündlichen Aufklärung und einer schriftlichen Einverständniserklärung wird der Patient mit der Methode des verdeckten Ankerns an zwei Behandlungszeitpunkten (6/2013, 7/2014) behandelt. Der lange Zeitraum zwischen den Behandlungen ist darauf zurückzuführen, dass der Klient bereits nach der ersten Behandlung ein deutlich reduziertes Trinkverhalten zeigte. Ein Rückfall nach gut zwölf Monaten führte ihn zu der Erkenntnis, dass seine Alkoholexzesse die Folge von lang andauerndem Stress waren und er künftig einen Weg finden wolle, achtsamer mit sich umzugehen, um die Frühzeichen von Stress besser zu erkennen. Unmittelbar nach der ersten Behandlungsphase (6/2013) berichtet Jürgen über starke Übelkeitsgefühle und Würgereiz, selbst wenn er lediglich den Geruch alkoholischer Getränke wahrnehme. Diese Symptome steigerten sich, wenn er mehr als ein Bier konsumiere. Der Konsum von Wein bringe noch weitaus stärkere Symptome zu Tage, so dass er darauf ganz verzichte. Bei einer Katamnese (3/2015) berichtet er, dass er seit dem letzten Behandlungszeitpunkt mit der Methode (7/2014) zu insgesamt vier Anlässen Alkohol getrunken habe. Der Konsum sei dabei deutlich geringer gewesen als vor der Behandlung. Bei einer weiteren Katamnese (6/2015) berichtet er von einem „Absturz“ im Zusammenhang mit einem emotionalen Tief. Er wolle die Ursachen dieses Problems in weiteren psychotherapeutischen Sitzungen behandeln lassen. Ansonsten trinke er gelegentlich und begrenzt alkoholische Getränke, etwa ein bis zweimal pro Monat. Auch diesen Konsum wolle er weiter reduzieren.

4. Diskussion

Die Wirksamkeit verdeckter Verfahren wird durch eine Reihe von Befunden der neuropsychologischen Forschung unterstützt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Stärke affektiver Lernprozesse dann am höchsten ist, wenn die Beteiligung des Bewusstseins ausgeschlossen oder reduziert ist. Ob darüber hinaus durch die Hemmung kognitiver Funktionen während einer definierten Reizdarbietung Informationen subkortikal so platziert werden können, dass diese Informationen alte Verhaltensmuster blockieren *und* neue affektive Reaktionen (z. B. Ekel) evozieren, darüber wird die neuropsychologische Forschung in der Zukunft Erkenntnisse liefern. Auch wenn die hier vorgestellte Methode des verdeckten Ankerns in ihren Funktionsmechanismen derzeit noch nicht vollständig aufgeklärt werden kann, so kann doch jetzt schon festgestellt werden, dass die Annahme einer reinen Reiz-Reaktionskopplung als Erklärungsansatz für das verdeckte Ankern nicht ausreicht. Die empirisch untermauerte Überlegenheit unbewusster gegenüber bewussten Lernprozessen liefert bislang nur einen kleinen Einblick in die Komplexität des Zusammenspiels zwischen Wahrnehmung, emotionalen und kognitiven Prozessen und führte in den letzten Jahren dazu, dass Forscher inzwischen wieder unumwunden vom Unterbewusstsein sprechen, nachdem diese Begrifflichkeit für Jahrzehnte aus dem Vokabular der empirischen Forschung gestrichen worden war. Man fühlt sich bei der Sichtung zeitgenössischer neuropsychologi-

scher Forschungsergebnisse ein bisschen an die 1970er Jahre erinnert. Bereits damals wurde die Überlegenheit unbewusster Lernprozesse postuliert, denken wir zum Beispiel an die Losanov-Methode, die in den 1960/1970er Jahren recht populär war.

Für die postulierte Bypass-Hypothese, wie auch für die Wirkungsweise des verdeckten Ankerns, bedarf es weiterer neuropsychologischer Forschung, um die Wirkprinzipien dieser Methode besser zu verstehen. Insbesondere für den Rahmen der psychotherapeutischen Kurzzeitbehandlung zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass die Methode des verdeckten Ankerns eine sinnvolle Ergänzung des hypnotherapeutischen Methodeninventars darstellt.

Darüber hinaus wurde das verdeckte Ankern auch zur Ressourcenaktivierung eingesetzt. Wie Menschen mit Ängsten, Schmerzen oder Depressionen auf verdeckte Suggestionen reagieren und ob diese Methode im therapeutischen Kontext sinnvoll eingesetzt werden kann, wird gerade erprobt. Auch Kombinationen mit anderen Therapieverfahren, z. B. mit EMDR, können künftig untersucht werden.

5. Zusammenfassung

Die in diesem Beitrag vorgestellte Methode des verdeckten Ankerns stellt eine Erweiterung oder Ergänzung des hypnotherapeutischen Methodenspektrums dar. Sie beinhaltet Elemente aus Hypnotherapie, verhaltenstherapeutischer Aversionstherapie und dem aus dem NLP bekannten Konzept des Ankerns. Das verdeckte Ankern hat sich in der Behandlung von bestimmten Süchten wie Rauchen und übermäßigem Alkoholkonsum als effizient erwiesen. Auch falsche Ernährungsgewohnheiten wie Süßigkeitenverzehr im Übermaß und hartnäckige Gewohnheiten wie das Nägelkauen konnten damit schon wirksam behandelt werden. Bei der Anwendung der Methode ist zu beachten, dass die Durchführung eine sorgfältige Vorbereitung erfordert und dass, neben der Beachtung von Indikationen und Gegenindikationen, auch eine mündliche wie schriftliche Aufklärungspflicht gegenüber Patienten oder Klienten besteht.

Einige Überlegungen zu den Wirkprinzipien des verdeckten Ankerns werden im Beitrag unternommen. Die Essenz dieser Überlegungen ist, dass eine Kernsuggestion am kritischen Bewusstsein vorbei im Unterbewusstsein platziert wird. Diese „Bypass-Lösung“ wird durch die kurzzeitige Überlastung des Arbeitsspeichers bewirkt. Man geht davon aus, dass diese Überlastung zum einen durch Redundanz und zum zweiten durch die Darbietung eines emotional aufwühlenden Szenarios (z. B. die aversive Situation) erzielt wird. Diese beiden Bedingungen, Redundanz und emotionale Beanspruchung, ermöglichen den Bypass, d. h. die Kernsuggestion wird am Bewusstsein vorbeilanciert und in den subkortikalen Strukturen platziert. Als Erklärungsansätze werden Erkenntnisse neuropsychologischer Untersuchungen, hauptsächlich zum affektiven Priming, angeführt. Entscheidend ist dabei die Erkenntnis, dass reduzierte Bewusstheit bei der Darbietung von Reizen zu stärkeren affektiven Reaktionen führt. Diese Erkenntnis wird zu der Hypothese ausgeweitet, dass Affekte durch die Hem-

Verdecktes Ankern in der Hypnose

mung kognitiver Funktionen nicht nur stärker hervortreten, sondern dass bei einer definierten Reizdarbietung Informationen subkortikal so platziert werden, dass diese Informationen die affektive Reaktion gegenüber dem Reiz (z. B. Bier) auf Dauer verändern.

Im Zusammenhang mit der Definition, was „verdeckte“ Methoden ausmacht, wird auch der Frage nachgegangen, warum verdeckte Methoden in der Psychotherapie Anwendung finden sollten. Eine Begründung findet sich im Ansatz der Mehrebenen-Kommunikation von Milton H. Erickson. Diesem wird nicht nur die Anwendung indirekter Methoden zugeschrieben, sondern auch jener Interventionen, die als „verdeckt“ (covert) bezeichnet werden. Erickson sah es demnach auch als Umweg an, bewusste, kognitive Funktionen direkt in die Veränderungsarbeit einzubeziehen. Probleme, deren Bedingungen außerhalb der bewussten Wahrnehmung ablaufen, werden am besten durch solche Interventionen verändert, die ebenso außerhalb des Bewusstseins angelegt sind. Diese Erklärung liefert zusätzlich Argumente dafür, warum verdeckte Methoden in der klinischen Praxis eingesetzt werden sollten. Aktuelle neuropsychologische Untersuchungen unterstützen zudem die These, dass unbewusstes Lernen dem bewussten Lernen überlegen ist. Diese Befunde liefern zusätzliche Argumente für den Einsatz verdeckter Methoden in der klinischen Praxis.

Literatur

- Cautela, J. R. (1967). Covert Sensitization. *Psychological Report*, 20, 459-468.
- Cautela, J. R. & Kearney, A. J. (1986). *The Covert Conditioning Handbook*. New York: Springer.
- Caspar, F. (2014). Aversionstherapie. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/aversionstherapie/>.
- Dilts, R. (1999). The Article of the Month. Anchoring. Retrieved from NLP University. URL: <http://www.nlp.com/Articles/artic28>.
- Dilts, R., Bandler, R., Grinder, J., Bandler, L. C. & DeLozier, J. (1980). *Neuro-Linguistic Programming, Volume I*. Cupertino, CA: Meta Publications.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. & Rossi, S. I. (1976). *Hypnotic Realities. The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*. Irvington, NY: Irvington Publishers.
- Gilligan, S. (2012). *Generative Trance. The Experience of Creative Flow*. Bancyfelin, Carmarthen, Wales: Crown House Publishing Company LLC.
- Grinder, J. & Bandler, R. (2011). *Therapie in Trance. NLP und die Struktur hypnotischer Kommunikation*, 15. Auflage. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung GmbH.
- Haley, J. (1993). *Uncommon Therapy. The Psychiatric Technique of Milton H. Erickson*, M. D. New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- Hull, C. L. (1951). *Essentials of Behavior*. New Haven: Yale University Press.
- Jäncke, L. (2005). *Methoden der Bildgebung in der Psychologie und den kognitiven Neurowissenschaften*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kossak, H.-C. (1993). *Hypnose. Ein Lehrbuch*, 2. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (2011). *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Miller G. A. (1956). "The Magical Number Seven Plus or Minus Two: Some Limits on our Capacity for

- Processing Information". *Psychological Review*, 63 (2), 81-97.
- Mitchell, D. G. & Greening, S. G. (2012). Conscious perception of emotional stimuli: brain mechanisms. *Neuroscientist*, 18 (4), 386-398. doi:10.1177/1073858411416515.
- Murphy, S. T. & Zajonc, R. B. (1993). Affect, Cognition, and Awareness: Affective Priming with Optimal and Suboptimal Stimulus Exposures. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 64, No. 5, 723-739.
- Rossi, E. L. & Cheek, D. B. (1988). *Mind Body Therapy. Methods of Ideodynamic Healing in Hypnosis*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Roth, W. L. (2011). Verdeckte Konditionierung (Covert Conditioning, Covert Sensitization). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*, 62, 7. Auflage (319-325). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Rotteveel, M. & Phaf, R. H. (2004). Loading working memory enhances affective priming. *Psychonomic Bulletin & Review*, Volume 11, Issue 2, 326-331. doi:10.3758/BF03196578.
- Ruys, K. I. & Stapel, D. A. (2008). The Secret Life of Emotions. *Psychological Science*, 19 (4): 35. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02097.x.
- Sandler, J. (2011). Aversionsbehandlung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual*, 7. Auflage, 13, (75-77). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Short, D. (2005). *Hope and Resiliency. Understanding the Psychotherapeutic Strategies of Milton H. Erickson, MD*. Bancyfelin, Carmarthen, Wales: Crown House Publishing Company LLC.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York, The Macmillan Company.
- Sollmann, C. (2015). The Technique of Covert Anchoring in Hypnosis and how it is used in Clinical Practice. URL: https://www.researchgate.net/publication/282640280_The_Technique_of_Covert_Anchoring_in_Hypnosis_and_How_it_is_Used_in_clinical_practice. DOI: 10.13140/RG.2.1.2217.5442.2015-10-07 T 05:56:04 UTC.
- Sollmann, C. (2016). The Technique of Covert Anchoring in the Treatment of Addiction. Kongressbeitrag: NLP-Conference, London 15th-17th April 2016. URL: https://www.researchgate.net/publication/289367817_The_Use_of_Covert_Methods_in_Hypnosis.
- Watanabe, N. & Haruno, M. (2015). Effects of subconscious and conscious emotions on human cue-reward association. *Scientific Reports*, 2015, 5: 8478. doi:10.1038/srep08478, PMID: PMC4329552.
- Whalen, P. J., Rauch, S. L. & Etcoff, N. L., (1998). Masked presentations of emotional facial expressions modulate amygdala activity without explicit knowledge. *Journal of Neuroscience*, Jan 1, 18 (1), 411-418.
- Woollett, K. & Maguire, E. A. (2011). Acquiring "the Knowledge" of London's Layout Drives Structural Brain Changes. *Current Biology*, Volume 21, Issue 24, 2109-2114. doi:10.1016/j.cub.2011.11.018.
- Yapko, M. D. (2012). *Trancework. An Introduction to the practice of clinical Hypnosis*. 4th Edition. New York, NY: Taylor & Francis Group. URL: http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781136455094_sample_498418.pdf.
- Zeig, J. K. (1991). *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*, 4th Edition. Stuttgart: Klett-Cotta.

Anmerkungen

- 1) Stand 24.3.2015
- 2) Das Konzept des verdeckten Ankerns entstand während einer Ausbildung in den USA (2014). Die englischsprachigen Beispiele entstammen einem in dieser Zeit entwickelten Manuskript (unveröffentlicht).
- 3) Die Daten wurden zum Schutz des Klienten anonymisiert.

Zum Gedenken an Claire Frederick, M.D.

(11.03.1932 - 06.10.2015)

“Although she had few blood relatives, the deep connections she formed with people in her life provided her with a large family who loved her as dearly as she loved them. She was vivacious, had a great sense of humor, and laughed frequently. She was a great friend and companion who delighted in cooking for friends, sharing a bottle of fine wine with a perfectly cooked rare steak, or a cup of strong, dark roast coffee. She could be outrageous and mischievous and enjoyed pranking her friends.” (Carol Ginandes)

Am 6. Oktober 2015 verstarb Claire Frederick – wenige Tage nach einem Vortrag auf der Jahrestagung der *Society for Clinical and Experimental Hypnosis* in Orlando und der Fertigstellung eines Artikels für die kommende Ausgabe des *American Journal of Clinical Hypnosis*.

In deutschsprachigen Ländern war sie vergleichsweise wenigen bekannt, vor allem jenen Kollegen, die sich explizit für Hypnose, Trauma, Ego-State-Therapie und dissoziative Störungen interessierten. Dies umfasste jedoch nur eines der Spektren, in denen sich Frederick auszeichnete. Ihre Publikationen umfassen darüber hinaus Themen der Persönlichkeitsentwicklung und -förderung, zwanghafte Störungen, Verlust, Trauer, Tod und Sterben. Sie selbst sah sich häufig als letzter Ausweg für schwierige Patienten, die die Aussicht auf professionelle therapeutische Hilfe bereits aufgegeben hatten.

Bei einer *persona amata* mit derlei viel Interesse und Expertise mag es nicht verwunderlich erscheinen, dass sie an diversen Universitäten beschäftigt, (Ehren-) Mitglied in zahlreichen renommierten Fachgesellschaften (u.a. *American Society of Clinical Hypnosis, Society for Clinical and Experimental Hypnosis, New England Society of Clinical Hypnosis, International Society of Hypnosis*) und international eine gern eingeladene und gehörte Rednerin war.

Ihr akademisches Profil enthielt einen Bachelor in Biologie (1951), als M.D. (1958) spezialisierte sich Frederick auf Neurologie und Psychiatrie (1963). Die Initialzündung in Hypnose erfolgte in den späten 70er Jahren bei William Kroger, es sollte aber noch mehr als eine Dekade dauern, bis sie 1991 Jack und Helen Watkins auf einem Seminar über Ego State Therapie begegnete – es war ein Meilenstein ihrer weiteren beruflichen und akademischen Entwicklung, wie sich im Nachhinein erweisen sollte. Fortan entwickelte sie leidenschaftlich Konzepte und Anwendungsmöglichkeiten der EST weiter, publizierte und lehrte diese weltweit.

(Fortsetzung S. 190)