

Abstract: The introduction of a gong, an exotic instrument with very potent effects upon both the listener and player, into the process of psychotherapy or hypnotherapy brings in many opportunities for change, intensification, breaking of impasses, as well as dangers and complications. The unique and multiple properties of the gong are described as they are related to their effect upon the listener in therapy. The indications for the gong's introduction are discussed, as well as the many issues involved in its introduction and use within the context of the psychotherapeutic relationship and process.

Keywords: Gong, music, therapy, hypnosis

Shaul Livnay, Ph.D.
Kaf Tet B'November Street 30
92105 Jerusalem
Israel

Erratum

Im letzten Heft von *HyKog* 10(2), Oktober 1993, in dem Artikel von Reiser et al., ist auf Seite 77 eine falsche Abbildung 2 abgedruckt. Die CD4-Werte in der darunterstehenden Tabelle 4 stimmen zwar, die auf die Abbildung übertragenen Werte beziehen sich aber auf eine Untergruppe und *nicht* auf die Gesamtgruppe (je $N = 11$ für die 2 Gruppen und $N = 12$ für die KG). Der Richtigkeit halber tragen wir hier die richtige Abbildung, bezogen auf die Gesamtgruppe von je $N = 11$ Teilnehmer nach, noch ergänzt durch die damals fehlenden 2 katamnesticischen Werte für die Gruppe II und die Kontrollgruppe. Des weiteren ist Wilhelm Gerl als Co-Autor anzufügen.

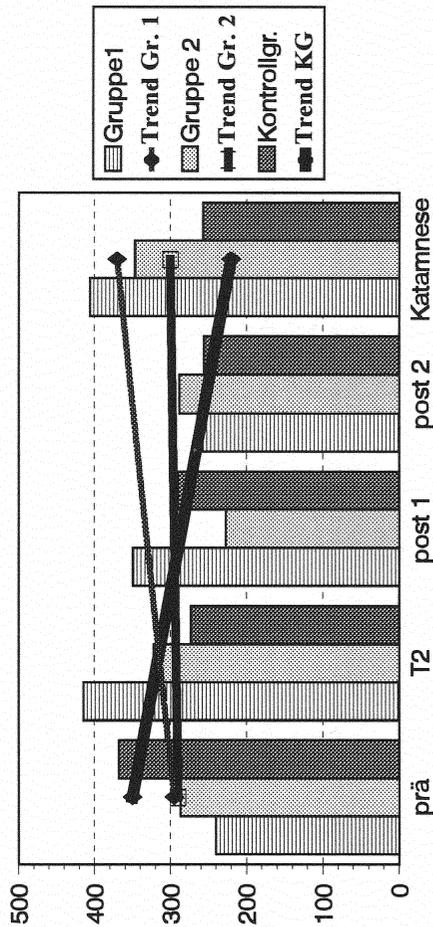


Abb. 2: Vergleich der Behandlungsgruppen I und II mit der Kontrollgruppe hinsichtlich CD4-Zellen (vgl. Olbrich et al., 1993)

Tab. 4: Vergleich der Behandlungsgruppen I und II mit der Kontrollgruppe hinsichtlich CD4-Zellen

	Prä	T2	Post 1	Post 2	Katamnese
Gruppe I (N = 11)	239.91	414.42	349.30	257.33	405.72
Gruppe II (N = 11)	286.97	321.95	227.01	288.52	346.62
Kontrollgr. (N = 12)	367.86	273.07	290.14	255.60	256.76

Der Utilisationsansatz in der Ericksonschen Rehabilitationsarbeit mit Gelähmten

Bernhard Trenkle

Zusammenfassung: In diesem Beitrag werden die Möglichkeiten diskutiert, mittels Hypnose die Rehabilitationsarbeit zu unterstützen. Zwei Aspekte stehen dabei im Mittelpunkt: (1) Das hypnotische Wiedererinnern früherer Fähigkeiten und motorischer Fertigkeiten und (2) das Provozieren und Evozieren von Emotionen wie Ärger und Scham. Neben dem Beitrag von Milton H. Erickson werden Parallelen zu modernen sporthypnotischen Techniken sowie zu Fallgeschichten aus dem alten Persien diskutiert.

Die Beiträge Milton H. Ericksons zur Hypnose und zur Entwicklung der Familientherapie sind seit vielen Jahren in unzähligen Arbeiten beschrieben und gewürdigt worden. Weniger Beachtung fanden bisher allerdings seine ebenfalls innovativen Beiträge im Bereich der Rehabilitation, die er eher intuitiv zur Wiederherstellung seiner eigenen Beweglichkeit nach seiner Polioerkrankung entwickelte (vgl. Peter, 1988). Später half er mit diesen Erfahrungen auch Patienten nach Schlaganfällen oder organischen Gehirnschäden. In diesem Artikel sollen zwei wichtige Komponenten Ericksonscher Rehabilitationsarbeit dargestellt werden:

- 1) Das Nutzen wirklicher Erlebnisse und Erinnerungen von Patienten.
- 2) Das Nutzen von starken Emotionen wie Ärger, Zorn und Scham.

Weiterhin dient dieser Artikel auch als Illustration für das Utilisations-Prinzip: Individuelle Gegebenheiten müssen in der jeweils einzigartigen therapeutischen Situation genutzt werden, um die beiden genannten therapeutischen Komponenten wirkungsvoll für die Rehabilitation einsetzen zu können. Beginnen möchte ich mit einer kurzen Fallschilderung, die meine eher zufällige Begegnung mit dem Thema der Rehabilitation widerspiegelt.

Ich arbeitete damals an der Abteilung für Stimm- und Sprachstörungen der Universitätsklinik Heidelberg. Eine unserer Logopädinnen war auf die Behandlung von neurologischen Patienten mit Schluck- und Zungenlähmungen spezialisiert. Da einer ihrer Patienten suizidal war, wurde ich als Psychologe in die Behandlung einbezogen. Der Patient war Mitte 30 und hatte in Folge einer Tumoroperation am Gehirn eine Schluck- und Zungenlähmung. Nach einigen Behandlungsstunden, in denen seine Suizidproblematik und die Orientierung auf eine veränderte Lebenssituation im Vordergrund standen, fragte mich die Logopädin, ob ich nicht versuchen könne, den Mann mittels Hypnose zum Schlucken zu bringen. Sie hatte bis dahin u.a. versucht, mit Eisstücken am Hals den Schluckreflex auszulösen, was ihr wenige Male auch gelungen war. Da dies für mich ein völlig neues Gebiet war, begann ich nachzudenken und erinnerte mich, daß Milton Erickson die Fol-

gen seiner Kinderlähmung mittels Autohypnose verändern konnte. Dies führt mich zu dem ersten Aspekt in der Ericksonschen Rehabilitationsarbeit: "Benütze *wirkliches sensorisches Erinnern statt bloßer Vorstellungen*".

In dem Artikel "*Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson*" von Erickson und Rossi (1977/1980) gibt es eine interessante Passage, die die Grundidee illustriert. Erickson erwähnt zuerst, daß er allmählich lernte, über das Gehen nachzudenken, und daß sich daraufhin Müdigkeit und Entspannung einstellten und er darüber Erleichterung in seinen Schmerzen verspürte. Rossi faßt dann zusammen: "In Ihrer Erfahrung mit der eigenen Rehabilitation zwischen 17 und 19 haben Sie also gelernt, daß Sie Ihre Imagination benutzen können, um dieselben Effekte wie bei wirklicher körperlicher Anstrengung zu erreichen." Und Erickson antwortet: "Es war eher ein intensives Erinnern als ein Vorstellen: Du Erinnerst Dich einfach, wie etwas schmeckt, beispielsweise dieses bestimmte Prickeln von Pfefferminze. Als Kind kletterte ich auf Bäume und hangelte mich von Ast zu Ast wie ein Affe. Ich habe mich also an die verschiedensten Bewegungen und Drehungen erinnert, um herauszufinden, welche Bewegungen Du ausführst, wenn Du noch alle Muskelkraft hast. Ja, Du benützt wirkliche Erinnerungen. Mit 18 habe ich alle Bewegungen meiner Kindheit erinnert, um meine Muskelkoordination wiederzuerlernen."

Das Nutzen wirklicher Erlebnisse und Erinnerungen oder Buster Keaton und Boris Becker als Co-Therapeuten

Im gleichen Interview mit Rossi sagt Erickson weiter: "Wenn Du Buster Keaton in einem Film beobachtest, wie er auf dem First eines hohen Gebäudes heruntaumelt, dann kannst Du spüren, wie sich Deine Muskeln anstrengen." Erickson erwähnt hier eine Alltagsfahrring, die die meisten von uns teilen. Ist unsere Aufmerksamkeit stark genug fokussiert und besteht eventuell zusätzlich noch eine starke Identifikation mit dem Anlaß der fokussierten Aufmerksamkeit, dann erleben wir das Geschehen auf dem Bildschirm oder auf der Leinwand wie real und unsere Muskeln beginnen sich entsprechend mitzubewegen. Genau dieser Zustand extremer Aufmerksamkeitsfokussierung ist es, der der Rehabilitationsarbeit als Grundlage dient. Charles Tart soll einmal gesagt haben, daß es im Sanskrit ca 20 verschiedene Begriffe für *consciousness* oder *mind* gibt. Auch wir bezeichnen viele verschiedene Bewußtseinszustände mit "Hypnose", obwohl wir sicher keine so ausgeprägte sprachliche "Kultur" in bezug auf den Begriff Bewußtsein haben wie das Sanskrit. Bei der hier beschriebenen Rehabilitationsarbeit bietet ein Bewußtseinszustand hochfokussierter Aufmerksamkeit therapeutisch die besten Möglichkeiten; bildhaft ausgedrückt könnte man diese Form der Aufmerksamkeit mit einem starken Teleobjekt vergleichen, das nur einen kleinen Ausschnitt des Wahrnehmungsfeldes sehr deutlich werden und alles andere in den Hintergrund treten läßt, im Unterschied zu einem Bewußtseinszustand - ebenfalls Hypnose genannt -, den man mit einem extremen Weitwinkel vergleichen kann, bei dem viele Dinge gleichzeitig im Bewußtsein bestehen können. Auch dieser hypnotische Zustand läßt sich bei Rehabilitationspatienten therapeutisch nutzen, nämlich zur Regeneration und Entspannung.

Um Patienten den Zustand hochfokussierter Aufmerksamkeit in Erinnerung zu rufen, benutze ich gerne Erinnerungen an die Wimbledon-Finalkämpfe von Boris Becker und Steffi Graf. Für die meisten ist dies eine gute Illustration der Grundidee und der Möglichkeiten, die in diesem Bewußtseinszustand stecken. Die Hypnoseinduktion dient

als Hilfsmittel, diesen Zustand fokussierter Aufmerksamkeit auch in Abwesenheit eines genialen Filmregisseurs oder eines Wimbledon-Finales herbeiführen zu können. Buster Keaton und Boris Becker dienen also für das "*Seeding*", um die Richtung zu bestimmen, in der sich der veränderte Bewußtseinszustand und dessen therapeutische Nutzung bewegen sollen.

Angeregt dadurch, daß Milton Erickson seinen Körper über Wiederaktivieren von Erinnerungen auf vielen Ebenen zum Funktionieren brachte, überlegte ich mir bei dem oben beschriebenen Patienten, in welchen Situationen man üblicherweise verstärkt schluckt, vielleicht sogar mehr als einem lieb ist. Nach Induzieren eines fokussierten hypnotischen Trancezustandes gab ich ihm in Form verschiedener Geschichten bzw. in Fragmenten von Geschichten Stichworte für Situationen, in denen Leute zu schlucken pflegen: "Auf eine Prüfung oder ein Bewerbungsgespräch warten ... nochmals alles durchdenken ... in den Unterlagen blättern ... gewisse Gefühle und ungewisse ... Nervosität ... Gedanken ... unruhiges Hin- und Herrutschen ... was wird wohl gefragt werden ... hätte ich vielleicht noch ... dies und jenes ... Spannung wie bei einem Fußballspiel, Blicke auf die Uhr ... noch 11 Minuten ... die Zeit verrinnt ... Spannung ... unerträgliche Spannung ... Verzögerungen ... der Gegner stürmt und die Zeit läuft viel zu langsam ... schon wieder Ballverlust ... gefährliche Situation ... das macht durstig ... wie im Urlaub ... keine Tankstelle ... der Spirit geht zur Neige ... selber durstig ... die Zunge klebt ... wenn nur bald was kommt ... kein Spirit und großer Durst ... jetzt ein Bier ... wieder mal ein Bier trinken ... oder nur einen Schluck Wasser ... (Der Patient hatte davor von einer ähnlichen Urlaubssituation berichtet, von seinem Bedürfnis, wieder einmal ein Bier zu trinken, ähnlich wie nach einer Fahrt in einem Rennwagen auf einer der großen Autorennstrecken.) ... und jener Rennfahrer auf der Rennstrecke vor dem Start ... Reiz der Gefahr ... die Strecke durchdenken ... neue Situation ... Reiz der Gefahr, Spannung ... Konzentration ... die Mechaniker bald fertig ..." etc.

Er schluckte dabei zwischen 20 und 30 Mal und ich gab ihm den posthypnotischen Auftrag, in Tag- und Nachtträumen diese und andere Erinnerungen, die in seinem unbedauften Denken gespeichert sind, zu nutzen und zu aktivieren. In zwei weiteren Stunden wurde dies wiederholt und gleichzeitig versucht, seine Zunge auf ähnliche Art zu aktivieren. Über eine hypnotische Altersregression wurde versucht, frühe Erinnerungen an seine Babyzeit zu aktivieren. Ich sprach dabei über die ca 600 Saug-Schluck-Bewegungen, die ein kleines Baby macht, um ein einziges Fläschchen zu trinken, verschiedene Saug-Schluck-Bewegungen an verschiedenen Schnullern und über den Unterschied zwischen Mütterbrust und Flasche ... die Überraschung des Kindes, wenn es zum erstenmal etwas Neues ... Unbekanntes zu essen bekommt ... Schokoladenbrot ... Erdbeeren ... spezielle Gerüche ... Erinnerungen ... Geruch von Essen ... etc.

Der Patient berichtete in der darauffolgenden (auf Grund des vorgesehenen Entlassungstermines leider vorletzten) Sitzung, er esse seit einer Woche wieder feste Nahrung. Wie eine medizinische Nachuntersuchung einige Wochen später ergab, konnte er die Nahrung mit dem Zungenboden so bewegen und nach oben drücken, daß er sie schließlich hinunterwürgen konnte. Die in Trance möglichen Schluckbewegungen wurden beim Essen allerdings nicht genutzt. Vielmehr scheint es, daß es dem Patienten gelang, seine Mundbodenmuskulatur zu nutzen, so daß dieser Fortschritt ermöglicht wurde.

In den Hypnosesitzungen versuchte ich, dem Patienten Bilder und Stichworte anzubieten, die ihm helfen sollten, spezielle Erinnerungen zu aktivieren, Erinnerungen, die dann wiederum die gewünschten körperlichen Reaktionen in Form von Schluckbewegungen evozieren sollten. Ich utilisiertere auch einige wirkliche Erlebnisse und Hobbies. Er hatte mir beispielsweise von einer Rallye-Fahrt berichtet, bei der er trotz großem Durst sehr langsam und benzinsparend fahren mußte, um überhaupt am nächsten Stützpunkt anzukommen. Er hatte auch einmal die Gelegenheit, in einem Rennwagen eine Testfahrt auf einer gefährlichen Hochgeschwindigkeitsrennstrecke zu fahren. Dies waren Situationen, die in meiner Vorstellung mit Nervosität, Anspannung und vermutlich auch mit Schluckbedürfnissen verbunden sein könnten. Der Patient litt auch sehr, daß er durch den Klimakaufenthalt von seiner kleinen Tochter getrennt war, so daß Erinnerungen an Schluckbewegungen kleiner Kinder für ihn leichter umzusetzen waren.

Obwohl Erickson die Technik *"Nutzen von intensiven Erinnerungen"* offensichtlich ausgiebig für sich selbst eingesetzt hatte, gibt es hierzu wenig Berichte aus seiner klinischen Arbeit. Die Geschichte *"Trockene Betten"* aus Sidney Rosens Buch (1982) enthält dieses therapeutische Vorgehen zumindest als Element:

Es handelt sich dabei um den Fall eines 1-jährigen Mädchens, das nach häufigen Zystoskopien den Schließmuskel der Harnröhre nicht mehr kontrollieren konnte und nachts wie tags einnäßte; tagsüber vor allem dann, wenn sie von jemandem zum Lachen gebracht wurde. Auf die Aussage des Mädchens, daß sie schon vergeblich bei sehr vielen Ärzten und Therapeuten gewesen sei, antwortet Erickson, daß auch er wie all die anderen Doktoren sei und ihr nicht helfen könne. Damit unterbrach er sowohl die bewußte Erwartungshaltung des Mädchens als auch die Reihe der erfolglosen Versuche, indem er sich außerhalb der Reihe der anderen Ärzte stellte; alle anderen haben immer gesagt oder vermittelt: Ich werde dir helfen; aber wirklich helfen konnte keiner. Jetzt kommt Erickson und sagt: Ich bin wie die anderen, auch ich kann Dir nicht helfen. Durch diese Aussage sagt er implizit: "Ich bin anders als die anderen." Er fährt dann fort: "Aber Du weißt schon etwas, von dem Du nicht weißt, daß Du es weißt. Sobald Du herausgefunden hast, was Du schon weißt, ohne zu wissen, daß Du es schon weißt, wirst Du beginnen, ein trockenes Bett zu haben."

Diese Kommunikation führt vermutlich schon bei den meisten Erwachsenen zu einem Überladen und dem Beginn eines sich verändernden Bewußtseinszustand mit Suchprozessen. Erickson fährt fort, indem er die Aufmerksamkeit stärker fokussiert: "Ich werde Dir nun eine einfache Frage stellen und erwarte von Dir eine einfache Antwort." Er läßt das Mädchen sich nun auf einen Briefbeschwerer konzentrieren, während er diese "einfache Frage" stellt: "Wenn Du jetzt auf der Toilette sitzen würdest und es würde ein fremder Mann zur Tür hereinschauen, was würde geschehen?" Die Antwort des Mädchens war: "Ich würde erstarren."

Wie ich an anderer Stelle (Trenkle, 1993) ausführlicher dargestellt habe, diente dies dazu, das Mädchen körperlich erfahren zu lassen, wie dieses Bild auf die Schließmuskeln wirkt. Dies ist eine Variation der oben erwähnten *"Buster Keaton-Technik"*. Erickson baute diese Tranceerfahrung so weit aus, daß es dem Mädchen in kurzer Zeit möglich war, wieder Kontrolle über ihre Schließmuskeln zu bekommen. Bei genauerem Betrachten ist dieser Fall weniger eine der üblichen Behandlungen von Bettnässen als vielmehr ein Beispiel für eine ungewöhnlich innovative Rehabilitationsarbeit.

Einige Monate später fragte mich dieselbe Logopädin wieder, ob ich Ihre Behandlung eines Schlaganfallpatienten mit Schluck- und Zungenlähmung hypnotherapeutisch unterstützen könnte. Nach Auskunft der Neurologen könnten die Lähmungen behebbar sein. Trotz mehrwöchiger Arbeit ihrerseits habe sich jedoch nichts getan. Bei dem Patienten handelte es sich um einen ca. 50 Jahre alten Mann, der aus kleinsten Anfängen ein beachtliches mittelständisches Unternehmen aufgebaut hatte. Ich besuchte ihn montags auf der neurologischen Station. Er konnte nur undeutlich sprechen und schrieb deswegen einiges auf einen Block. So teilte er mir mit, daß er die Idee mit der Hypnose gut fände, aber es würde wohl keinen Zweck haben. Im Krieg hätten sich Kameraden hypnotisieren lassen, aber im Gegensatz zu den anderen sei er zu willensstark gewesen. Mit Stolz wies er darauf hin, daß verschiedene Hypnoseinduktionen bei ihm keine Veränderung im Bewußtseinszustand bewirkt hätten. Wir kamen ins Gespräch und er erzählte, daß er sein Unternehmen an seine Söhne übergeben wolle. Er warte nur noch, bis der eine Sohn sein Wirtschaftsingenieur-Studium beendet habe, damit dieser dann die Leitung übernehmen könne. Die anderen Söhne hätten bereits verschiedene Funktionen im Unternehmen inne. Er habe auch schon eine Yacht im Mittelmeer und wolle endlich das genießen, was er aufgebaut habe. Trotz seiner Behinderung wirkte der Patient auf mich sehr energisch und stark. Im Verlauf dieses Gespräches über Studium, Väter und Söhne (ich war damals wenig älter als seine Söhne) entwickelte ich - anfangs eher intuitiv - eine Strategie, um ihm doch noch zu der Erfahrung eines hypnotischen Bewußtseinszustandes zu verhelfen.

Ich stellte immer mehr in Frage, daß es ihm gelingen würde, sein Unternehmen seinen Söhnen sauber und klar zu übergeben. Er reagierte etwas ärgerlich, daß ich es wagte, seine Überzeugung und damit ihn in Frage zu stellen. Ich konterte mit einem Beispiel aus meinem Heimatort: Dort hatte der Sohn eines Unternehmers mit mir studiert und nach Studienabschluß eben nicht wie versprochen die Geschäftsleitung übertragen bekommen; nach 2 Jahren überraschte er schließlich seinen Vater eines morgens mit der Nachricht, daß er eine Stelle in Afrika angenommen habe. Der Patient wehrte sich gegen diese Unterstellung, daß ich ihn und seine Söhne ähnlich einschätzen würde. Andererseits aber erwähnte ich auch, daß ich Leute kennengelernt hätte, die Führungspositionen klar und eindeutig an die nächste Generation abgeben haben. Nur er, der Patient, würde nicht so auf mich wirken. Schließlich schlug ich ihm vor, daß er das Ganze doch mal in der Phantasie durchspielen solle: Er könne sich in seiner Vorstellung gerne mal auf seine Yacht legen; dabei könne er auch die Augen kurz schließen, um zu prüfen, ob er wirklich so einfach entspannt auf der Yacht liegen würde: "Stellen Sie sich doch einfach vor ... Sie liegen auf der Yacht ... Ihrer wohlverdienten Yacht ... daheim arbeiten die Söhne ... und Sie glauben, daß Sie einfach entspannen können ... nur entspannen ... ich kann nicht ganz glauben, daß Sie einfach nur entspannen können ... ohne daran denken zu müssen, ob die Söhne wohl das und jenes richtig machen; glauben Sie wirklich ... einfach nur entspannen, daliegen ... die Möwen schreien ... die Sonne ... das Schiff schaukelt leise ... wohlverdientes, einfaches Entspannen ... die Ruhe genießen ..." (Meine Stimme wurde immer langsamer, das Schiff "schaukelte" auch immer ruhiger.)

Nach wenigen Minuten begann der Patient sich zunehmend zu entspannen und zunehmend ruhiger zu atmen. Aber wie es in einer Uniklinik so ist, die Linke weiß nicht, was die Rechte tut. Eine Krankenschwester kam herein, kamnte mich natürlich nicht und ließ sich Rechte meine nonverbalen Stoppsignale nicht bremsen, weil Fiebermessen oder sonst etwas gerade jetzt sein mußte. Der Patient orientierte sich zurück und sagte, nachdem die

Schwester gegangen war: "Eines muß ich zugeben, wenn man es mit dem Hypnotisieren so macht, klappt es vielleicht doch." Ich dachte, es sei vielleicht gut, daß es so kam und erwiderte sinngemäß: "Sie sind ein self-made-man und haben im Leben immer alles in Ihrer Art und nach Ihrem Willen gemacht. Ich erkläre Ihnen, was meine therapeutische Grundidee ist und Sie können es dann selbst tun. Sie haben hier in der Klinik genügend Zeit, das alles selbst durchzuführen."

Ich erzählte ihm den Fall 1 (oben) und meinte dann, die Logopädin habe mir verraten, daß er ein Gourmet sei und daß er auch oft mit seinen Angestellten in guten Restaurants essen gehe. Hierauf erwiderte er, die Vorstellung, nie mehr richtig sprechen zu können, würde ihn nicht besonders ängstigen, wohl aber die Vorstellung, nie mehr ein gutes Bier trinken zu können; dies wäre eine Horrorvorstellung für ihn. Ich fuhr fort, meine Absicht sei es gewesen, ihn zu hypnotisieren, um ihn dann an seine intensivsten Gourmet-Erlebnisse zu erinnern ... wie war diese spezielle Soße, wie der Wein, welcher Geruch, welcher Geschmack, wie steht die Bedienung aus, wer sitzt gegenüber, wie sieht das Gesicht der anderen Person aus, wenn sie den Wein probiert, welche Musik wird im Lokal gespielt, und die Salatsoße ... alle Sinne einbeziehen und intensiv erleben ... und das Bier ...

Dann erklärte und demonstrierte ich ihm eine leicht zu erlernende Selbsthypnosemethode, die ihm helfen sollte, sich rasch zu entspannen und sich auf sein therapeutisches Ziel zu konzentrieren, noch einmal in Gedanken in die besten Restaurants zu gehen. Zwei Tage später besuchte ich ihn wieder und gab ihm weitere Ideen, wie er mit Selbsthypnose in Richtung seiner Rehabilitation arbeiten könne. Ich versprach, Freitag nachmittag wiederzukommen.

Freitag nachmittag fuhr ich eigens seinetwegen ins Klinikum. Nachdem ich den Wagen geparkt hatte, bemerkte ich das starke Gefühl: "Geh heute nicht hin". Ich konnte damit nichts anfangen, entschied mich jedoch für "trust your unconscious mind" und fuhr wieder nach Hause. Montag nachmittag traf ich als erstes die Frau meines Patienten und diese sagte: "Gott, war der wütend auf Sie und die Logopädin. Sie beide haben ihm versprochen, Freitagnachmittag zu kommen, und weder Sie noch die Logopädin kamen. Der war so wütend, daß er seine pürierte Nahrung regelrecht vom Tisch gefegt hat und zum erstenmal wieder normal eine Banane gegessen hat." In den folgenden Wochen gingen die Lähmungen völlig zurück. Die Logopädin wurde von ihm in ein hervorragendes Restaurant eingeladen (und ich leider vergessen.)

Auch hier wurden Werte, Persönlichkeit, Hobbies und individuelle Lebensgeschichte des Patienten zu seinem Wohle genutzt. Er war dominant und wollte sich nicht infrage stellen lassen. Seine Gourmet-Erfahrungen wurden genauso genutzt wie seine Yacht. Die - jedenfalls nicht bewußt beabsichtigte - "Induktion" von Ärger mit dem folgenden therapeutischen "Durchbruch" deutet die 2. Komponente Ericksonscher Rehabilitationsarbeit an, auf die ich später zurückkommen werde.

Vergleichbare und ergänzende Vorgehensweisen

Obwohl ich in der Zwischenzeit einigen wenigen anderen Patienten mittels hypnotischer Wiedererinnerung helfen konnte, Körperfunktionen zu beeinflussen und wiederherzustellen, waren für mich immer Fragen offen: Ist dies Zufall? Wären die Lähmungen eventuell auch ohne Hypnose, also spontan zurückgegangen? Hätten die rehabilitativen

Bemühungen der Logopädin nicht auch ohne mein Eingreifen Früchte getragen? Warum hat Erickson über den für ihn selbst so hilfreichen Aspekt so wenig geschrieben?

Im Zusammenhang mit diesem Artikel suchte ich nach Literatur zu diesem ersten Aspekt "Ericksonscher" Rehabilitationsarbeit und wurde überraschend fündig: Die Geschichte der Nutzung von imaginativen Techniken und Hypnose bei Lähmungen reicht bis ins vorige Jahrhundert zurück. Bei meiner Literatursuche habe ich zwei Arbeiten von Grossmann (1892, 1895) gefunden. In einem Überblicksartikel zum Thema "*Application of Imagery Techniques to Special Populations*" von Surburg (1989) finden sich ebenso Literaturhinweise, die bis in das vorige Jahrhundert zurückweisen. Dort sind auch viele Arbeiten zitiert, die Parallelen zur oben beschriebenen Vorgehensweise aufzeigen und dem interessierten Kliniker weitere Anregungen für die Arbeit mit Rehabilitationsspatienten geben können. Kroger (1963), Crasilneck und Hall (1970), Manganiello (1986) sowie Holroyd und Hill (1989) berichten ebenfalls von der erfolgreichen hypnotherapeutischen Arbeit mit Gelähmten. Ohne daß ich davon gewußt hätte, arbeitete in Heidelberg nicht weit entfernt von meinem Arbeitsplatz in der Universitätsklinik eine Psychologin, Karin Görz (1990) in einem Rehabilitations-Zentrum weit intensiver als ich mittels Hypnose mit Patienten mit Schädelhirntraumata. Sie berichtete 1989 auf dem 1. *Europäischen Kongreß für Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson* über ihre erfolgreiche Arbeit mit damals über 30 Patienten. Neben anderen Vorgehensweisen betonte sie ebenfalls die rehabilitative Effizienz, Patienten mittels Hypnose auf die Zeit vor der Erkrankung zu orientieren und sie dabei an die frühere Persönlichkeit mit allen ihren Eigenschaften und Fähigkeiten zu erinnern.¹ Die Anwendung von hypnotherapeutischen Techniken und gerade das Nutzen und Wiedererleben früherer Erfahrungen, Fähigkeiten und Bewegungsabläufe scheint selbst bei ansonsten schwer therapierbaren Patienten erfolgversprechend.

In diesem Zusammenhang interessant sind auch vergleichbare Vorgehensweisen in der Sportpsychologie, wo imaginative Techniken und hochkonzentrierte Bewußtseinszustände zur Optimierung von Bewegungsabläufen eingesetzt werden. Ein kurzer Aufsatz "*The use of sport psychology techniques in rehabilitation medicine*" von Asken und Goodling (1986) verweist auf ähnliche Gedankengänge.

Schlicht (1992) gibt einen aktuellen Überblick über die Effizienz von Mentalem Training für Sportler und diskutiert die Wirkmechanismen. Er geht auch auf die Metaanalysen von 60 Studien durch Feltz und Kollegen (1983, 1988) ein und faßt die Ergebnisse wie folgt zusammen:

1. Mentales Training begünstigt den Erwerb einer sportlichen Fertigkeit. Die Leistung in einer bereits vorhandenen Fertigkeit verbessert sich.
2. Mentales Training wirkt bei kognitiven Bewegungsaufgaben stärker lern- und leistungssteigernd als bei motorisch-energetischen Aufgaben. D.h. bei Labyrinth-Aufgaben, bei denen auch kognitive Leistungen erbracht werden müssen, ist der positive Effekt von Mentalem Training größer als z.B. bei rein motorischen Balancieraufgaben auf einem Kippbrett. Bei kognitiven Bewegungsaufgaben reichen nach diesen Untersuchungen 5-6 gedankliche Wiederholungen zur Leistungsverbesserung aus, bei motorisch-energetischen ist dagegen die doppelte Anzahl von Wiederholungen mentaler Bewegungsabläufe notwendig.

1 persönliche Mitteilung, Okt. 1992

3. Feltz et al (1988) widerlegen Untersuchungen, nach denen Mentales Training körperliches Training ersetzen könne. Körperliches Training allein war in ihrer Untersuchung effizienter als die Kombination von körperlichem und Mentalem Training und diese Kombination wiederum effizienter als Mentales Training alleine.

Schlicht (1992) unterzieht nun 35 Stichproben aus dieser Meta-Analyse einer erneuten Analyse und unterteilt die Vpn in erfahrene Sportler und Anfänger. Hierbei kommt er zu dem Ergebnis, daß erfahrene Sportler mehr von Mentalem Training profitieren als Anfänger.

Diese Ergebnisse stützen m.E. die Ansicht Ericksons, eher "sensorisches Erinnern" als bloße Imagination zu benutzen. Denn erfahrene Sportler können sich bei ihrem Mentalen Training auf Erinnerungen an frühere Bewegungsabläufe stützen, während Anfänger auf Imaginationen angewiesen sind bzw. noch ineffiziente Bewegungsabläufe wiedererleben. Im Sinne des Utilisationsansatzes ist es deshalb therapeutisch sinnvoll, die Frage zu stellen, in welchen Bereichen der Patient erfahren und in welchen er Anfänger ist. Erickson war erfahren in "von einem Ast zum anderen hangeln", und der Patient von Fall 2 war sehr erfahren als Gourmet. Die therapeutische Utilisation der Lebensbereiche, in denen der Patient erfahren ist, mußte entsprechend dieser Untersuchungen die Effizienz der rehabilitativen Nutzung von hypnotherapeutischem Mentalem Training unterstützen. Anzufügen wäre hier noch, daß einmalige, dafür jedoch besonders intensive Erlebnisse zu diesem Zustand des "Erfahren-Seins" manchmal mehr beitragen als viele emotional unbedeutende Ereignisse. Diese intensiven Erfahrungshöhepunkte eignen sich meiner Meinung nach zur therapeutischen Nutzung am besten.

Rehabilitation durch Provokation oder das Nutzen von evozierten Emotionen wie Ärger und Wut

Das Nutzen von Emotionen wie Ärger und Wut, die durch Provokation ausgelöst wurden stellt ein zweites Muster Ericksonischer Rehabilitationsarbeit dar. Beginnen möchte ich mit einem Fall aus dem alten Persien, der mehr als 1000 Jahre zurückliegt. Es handelt sich dabei um eine Behandlung, die der berühmte persische Arzt Rasi (Rhazes) durchführte, der von 865 - 925 p.C. lebte.

Ein König war aufgrund einer schweren Gelenkerkrankung gelähmt. Er ließ den berühmten Arzt Rasi gefangennehmen und zu sich bringen. Rasi versuchte alles Mögliche, blieb jedoch erfolglos. Schließlich erklärte er dem König, daß er eine neue Therapie beginnen wolle. Er brauche dazu jedoch die beiden schnellsten Pferde des Königs gesattelt vor einem Bad. In diesem Bad müsse er mit dem König völlig alleine ohne Diener und Wächter sein. Rasi setzte den König in das warme Bad und gab ihm ein selbstgemischtes Getränk, um entsprechend dem damaligen Krankheitsverständnis die Körpersäfte zu verflüssigen und ausreifen zu lassen. Dann kleidete sich Rasi an und begann, den König zu beschimpfen und zu beleidigen, um ihn in Wut und Angst zu versetzen. Unter anderem sagt er zu ihm: "Du befahlst mich zu fesseln, aufs Schiff zu werfen und gewaltsam hierher zu holen. Wenn ich Dich dafür nicht bestrafe, bin ich nicht mehr der Sohn meines Vaters." Der König, in damaliger Zeit eine unantastbare Herrscherpersönlichkeit, ist im Bade ganz alleine auf sich gestellt und hat keinen Wächter, der den Arzt sofort mit dem Tode bestrafen könnte. Voller Wut richtete sich der König bis zu den Knien auf. Rasi ging je-

doch einen Schritt weiter, um die Affekte noch zu verstärken. Er zog einen Dolch und die Spannung steigerte sich. Der Herrscher erhob sich vor Wut und Angst. Rasi rannte ohne Zögern zu den Pferden und verließ den Herrschaftsbereich des Königs so schnell er konnte. Der König fiel in Ohnmacht. Als er wieder zur Besinnung kam und hörte, daß der Arzt davongeritten sei, erkannte er dessen Absicht. Er ging zu Fuß und allein aus dem Bad. Die Nachricht der Heilung verbreitete sich und der König gab ein Fest. Am siebenten Tage brachte ein Diener Rasis die Pferde zurück und übergab dem König einen Brief, worin er ihm sein Vorgehen nochmals ausführlich erklärte. Der König ließ Rasi lebenslang eine Rente auszahlen (Zafari, 1989).

Das Evozieren von Wut und Ärger und die therapeutische Nutzung von Emotionen der Patienten, z.B. auch Ungeduld, ziehen sich auch durch die meisten Fallschilderungen Ericksons, sofern es sich um die Rehabilitation von Lähmungserscheinungen handelt. Beginnen möchte ich mit dem Fall eines preußischen Schlaganfallpatienten (Erickson, 1980):

Eine Frau brachte ihren Mann, der durch einen Schlaganfall völlig gelähmt war und we- der sprechen noch gehen konnte; allerdings konnte er alles hören und verstehen, was man ihm sagte. Er war ein stolzer Preuße deutscher Abstammung. Das ganze letzte Jahr hatte er in einer Klinik als das beste Beispiel für einen hilflosen Patienten verbracht. Während dieser Zeit mußte er mitansehen, wie das Geschäft, das er aufgebaut hatte, zugrundeging und seine Familie auf Sozialhilfe angewiesen war. Seine Frau hatte davon gehört, daß Erickson auch Patienten nach Schlaganfall behandeln würde und ihn deshalb nach Arizona gebracht. Während Erickson nun sehr ausführlich und umständlich seine Krankengeschichte aufnahm, zeigte er mit seinen Augen und durch entsprechende Laute seinen Ärger und seine Ungeduld, und seine Frau warnte Erickson, daß ihr Mann ständig das Sagen haben wolle. Erickson brachte die Frau dazu, ihn in seiner Behandlung vorbehaltlos zu unterstützen, gleichgültig wie schockierend dies auch sein möge. Sehr zum Mißfallen des Patienten begann Erickson in dieser ersten Stunde noch nicht mit der Behandlung. Da er sich weigerte, Ericksons Praxis zu verlassen, ehe nicht mit der Behandlung begonnen worden sei, beauftragte Erickson seine zwei Söhne, ihn in seinem Rollstuhl hinauszuexpedieren. Während der ganzen Nacht und auch noch am nächsten Morgen war der Patient außer sich vor Zorn. Seine Frau war davon überzeugt, daß er Erickson nicht wiedersehen wolle; als sie aber das Auto vorgefahren hatte, mußte sie voller Überraschung feststellen, daß ihr Mann es irgendwie fertiggebracht hatte, allein zur Tür zu kommen. In der Praxis eröffnete ihm Erickson, daß er ihm nun erklären werde, wie die Behandlung zu verlaufen habe; sollte er sich dieser Behandlung widersetzen, würde Erickson sie sofort abbrechen und ihn nach Hause schicken. Schließlich stimmte der Patient zu, sitzenzubleiben und zuzuhören. Erickson sagte nun, daß Hypnose angewandt würde und daß der Patient deshalb allen seinen Anordnungen widerspruchslos zu gehorchen habe. Die Frau wies er an, ihrem Mann zu sagen, er solle seinen Mund halten, falls er ihr etwas durch Gesten oder Laute mitteilen wolle; sie werde ausschließlich Ericksons Anweisungen folgen. Hierauf stand der Patient abrupt auf, verließ Ericksons Praxis und ging zum Auto, durch seine Frau nur leicht abgestützt. In der darauffolgenden Sitzung begann Erickson dann, über preußische Deutsche als tierische, stupide und verbohnte Nazis zu schimpfen. Den Patienten redete er scharf an, ein ganzes Jahr lang die Leute belogen und es sich gutgehen lassen zu haben. Ihm, Erickson, würde jetzt nicht einmal alles einfallen, was er ihm noch zu sagen habe, aber er werde den ganzen Rest des

Tages darüber nachdenken. "Und Sie werden bestimmt wiederkommen, nicht wahr!" "Nein!" schimpfte der Mann zurück. "So, über ein Jahr haben Sie nun nicht gesprochen. Und ich mußte Sie nur ein schmutziges Nazi-Schwein nennen, damit Sie zu sprechen anfangen. Sie werden morgen wieder hier erscheinen und sich den Rest anhören." "Nein, nein, nein!" schrie der Patient zurück und stakste zur Tür. Den ganzen Weg bis zum Auto legte er diesmal allein zurück. Erickson bat nun die Frau, ihren Mann nach Hause zu bringen, ihn ins Bett zu legen und ihm zu sagen, daß er am nächsten Tag bei Erickson zu erscheinen habe. Am nächsten Tag ging der Patient nur mit leichter Unterstützung seiner Frau allein in Ericksons Praxis. Dieser eröffnete ihm nun, daß er ihn nicht länger beleidigen wolle, denn er könne ja auch auf freundliche Fragen mit "Ja" und "Nein" antworten. Erickson verordnete ihm sodann, jeden Tag ein Stück zu gehen. Nachdem er es eines Tages geschafft hatte, 15 Meilen zu gehen, beziehtigte ihn Erickson wieder der Faulheit. Schließlich erreichte der Patient ein so zufriedenstellendes Maß an Funktionstüchtigkeit, daß er wieder arbeiten und seine Familie ernähren konnte. Dies ging 10 Jahre gut, bis er einen weiteren Schlaganfall hatte, worauf seine Frau Erickson wieder um Hilfe bat. Diesmal jedoch meinte Erickson, in Anbetracht des Alters des Patienten und seiner nun erreichten Unfähigkeit, nochmals ärgerlich zu werden, könne er nichts mehr für ihn tun.

Noch beeindruckender ist der lange Fallbericht über eine 38 Jahre alte Frau, den Erickson mit dem Titel "*Hypnotically oriented psychotherapy in organic brain damage*" (1963/1980, 1964/1980) versieht. Diese Frau litt an Aphasie, Alexie, rechtseitigen Lähmungen und Schmerzen. Auch in diesem Fall arbeitete Erickson durchgängig mit dem Auslösen von Ärger und Frustration und bezog hierzu auch stark die Bezugspersonen und Helfer der Patientin mit ein. Diese hatten z.B. für die sprechunfähige Frau zu antworten und immer wieder sachlich unrichtige Antworten zu geben. Die frustrierte Patientin lernte schließlich, erste Worte zu sprechen. Ihre Krankenpfleger wurden ferner aufgefordert, durch Servieren falschen Essens sie solange systematisch zu frustrieren, bis die Patientin schließlich sagte, was sie essen wollte. Eine andere Strategie war, die Patientin eine Stunde zu früh ins Bett zu schicken.

Beeindruckend ist in diesem Fall, mit welchem enormem Engagement und Ideenreichtum Erickson über viele Monate mit der Patientin und ihrem sozialen Umfeld arbeitete, um ihr zu helfen, einen Teil ihres Sprachvermögens, ihrer Fähigkeit zu lesen und sich zu bewegen zurückzugewinnen.

In einem weiteren Fall gab Erickson dem Gatten einer Aphasie-Patientin die Anweisung, ein großes Aquarium mit tropischen Fischen zu kaufen. Der Mann wandte ein: "Aber meine Frau mag tropische Fische nicht". Erickson antwortete, daß er das wisse und bestand auf der Aufgabe. Zur Patientin sagte er: "Sie hassen tropische Fische. Sie hassen Aquarien. In Ordnung. Ich möchte aber, daß Sie sich jeden Abend um 7 Uhr zusammen mit Ihrem Mann vor das Aquarium setzen und eine halbe Stunde lang still und stumm diese Fische beobachten. Ihr Mann weiß nicht warum. Verbringen Sie einfach eine halbe Stunde vor dem Aquarium; seien Sie selbst dabei absolut still und sagen Sie auch Ihrem Mann, daß er sich vollkommen still und stumm verhalten soll." Es dauerte nicht lange und die Frau begann wieder mehr und mehr zu sprechen. Jay Haley, John Weakland und Gregory Bateson erklärte Erickson zu diesem Fall: "Die Frau verbrachte eine geschlagene halbe Stunde voller Verzweiflung vor dem Aquarium und wünschte, sie könnte ihren

Mann fragen, "Was zum Teufel geht hier vor? Was soll das ganze? Was will Dr. Erickson damit erreichen? Ich wollte einfach ein überwältigendes Bedürfnis zum Sprechen erzeugen." Haley meinte darauf: "Sie bestrafte Sie für ihr Stillsein, indem Sie sie mit Stille bestrafte." Erickson erwiderte: "Nennen Sie dies Bestrafung, oder meinen Sie, daß ich Stille benützte, um die Motivation zu entwickeln. Man macht Sprechen einfach zu etwas Wertvollem."

Ich möchte mit einer weiteren Geschichte abschließen: "Am Hofe des samaritanischen Königs wurde ein Arzt eingestellt. Mit der Gunst des Herrschers fand der Arzt ebenfalls Zugang zum Harem und durfte sogar den Puls der Haremsdamen messen. Eines Tages saß er zusammen mit seinem Herrscher an einem Platz innerhalb des Harems, zu dem kein anderer Mann Zutritt hatte. Der König bestellte Speisen und die Dienerinnen brachten sie. Eine der Dienerinnen nahm das Tablett vom Kopf, bückte sich und stellte es auf den Boden. Danach wollte sie sich wieder aufrichten, doch es gelang ihr nicht. Aufgrund der Bildung eines zähen Schleims in den Gelenken verweilte sie starr und steif in dieser gebückten Haltung. Der König blickte zum Arzt und befahl, daß die Dienerin sofort geheilt werden müsse. Da der Mangel von Arzneien die Möglichkeit einer gewöhnlichen Behandlung zunichte machte, bediente sich der Arzt einer psychischen Behandlung. Er befahl, man solle der Dienerin den Kopfschleier entfernen, um ihre Haare zu entblößen. Diese Entblößung vor allen anderen würde ein unangenehmes Gefühl der Scham bei ihr hervorrufen. Da keine Zustandsänderung erfolgte, befahl der Arzt etwas Unsittlicheres. Er veranlaßte, die Hose der Dienerin herunterzureißen. Die Dienerin schämte sich nun so sehr, daß sich in ihr eine Wärme entwickelte, die den Schleim auflöste. So richtete sie sich auf und ging aufrecht und gesund von dannen" (Zafari, 1989). Die Parallelen zu Ericksons Vorgehensweisen - auch zu Fällen, die nicht zum rehabilitativen Bereich gehören - sind offensichtlich.

Vor einigen Jahren diskutierte ich mit einem Kollegen, der 10 Jahre mehr Psychotherapieerfahrung hat als ich, meine oft vergeblichen Bemühungen, in Ausbildung und Supervision den Gedanken der Utilisation so zu vermitteln, daß Kollegen und Kolleginnen Utilisationsmöglichkeiten erkennen und therapeutisch umsetzen. Dieser Kollege, Götz Renartz, meinte damals, daß die meisten Psychotherapeuten lieber bewerten, was richtig und was falsch ist, anstatt sich zu überlegen, wie die Werte der Klienten zu utilisieren seien. Dies ist eine interessante Ergänzung zu Ericksons Aussage: "Man macht Sprechen einfach zu etwas Wertvollem."

Im Fall des persischen Arztes ist es offensichtlich, daß er das Wertsystem der jungen Frau utlitierte - über sein eigenes Wertsystem wird allerdings nichts berichtet. Wenn ich diese Vorgehensweise bewerten sollte, würde dies wohl eher etwas über mich aussagen als über den Arzt. Ähnlich ist es mit vielen Fallschilderungen von Milton Erickson. Seine therapeutischen Vorgehensweisen sind immer wieder Demonstrationen zum Utilisationsgedanken, und es ist schwer, auf persönliche Meinungen und Motive rückzuschließen.

Jeder Patient und jeder Therapeut ist ein Individuum

Eine der Kernaussagen von Milton Erickson ist, daß jeder Klient ein unverwechselbares Individuum ist und demgemäß eines unverwechselbaren individuellen therapeutischen Vorgehens bedarf. Dies gilt umgekehrt auch für jeden Therapeuten. Für mich war es lange

Zeit unerklärlich, wie Erickson auf die Idee kam, Emotionen wie Wut und Ärger zu evokieren und Patienten derart zu ärgern und zu reizen. Zuerst dachte ich, daß er vielleicht die Techniken der alten persischen Ärzte kannte, denn gelegentlich hat er die Notwendigkeit betont, Anthropologiebücher zu lesen (Zeig, 1980, p. 119.). Während der Arbeiten an diesem Artikel erinnerte ich mich jedoch an die Geschehnisse aus der Zeit seiner Polioerkrankung. In einem Gespräch mit Rossi fand ich folgende Passage. Erickson: "Eines Tages lag ich abends im Bett und hörte drei Ärzte meinen Eltern sagen, daß ihr Sohn die Nacht nicht überleben werde. Ich fühlte einen übermäßigen Ärger darüber, daß irgendwer einer Mutter sagte, ihr Sohn sei am nächsten Morgen tot. Meine Mutter kam dann mit einem Gesicht zu mir ans Bett, wie man es sich erster überhaupt nicht vorstellen kann. Ich bat sie, die Ankleide in einen bestimmten Winkel zum Bett zu stellen. Sie verstand nicht den Grund und dachte, ich würde delirieren, denn ich konnte nur mühsam sprechen. Aber mit Hilfe des Spiegels auf der Ankleide konnte ich durch die Tür und damit durch das Westfenster des anderen Raumes schauen. Ich wollte verdammt noch mal nicht eher sterben, als bis ich noch einen Sonnenuntergang gesehen hätte. Wenn ich geschickter wäre, könnte ich noch heute diesen Sonnenuntergang zeichnen." Rossi: "Ihr Ärger und Ihr intensiver Wunsch, noch einen Sonnenuntergang zu sehen, hielten Sie entgegen der Voraussagen der Ärzte an diesem kritischen Tag am Leben."

Milton Erickson hatte also schon früh eigene Erfahrungen damit, wie intensiver Ärger therapeutische Wirkung haben kann. Vermutlich ist es vor diesem Hintergrund einfacher, die "Technik" des Evozierens von Ärger und Wut kongruent einzusetzen.

Ich selbst habe noch nie in vergleichbarer Weise gearbeitet, obwohl das Nicht-Besuchen meines zweiten Patienten bei diesem ebenfalls über das Evozieren von Ärger einen therapeutischen Durchbruch bedeutete. Über viele Jahre war mir schlicht rätselhaft, warum ich damals unbewußt das Bedürfnis entwickelte, wieder nach Hause zu fahren. Ich kann mir momentan auch nicht vorstellen, so zu arbeiten wie Erickson mit dem preußischen Schlaganfallpatienten. Allerdings habe ich auch früher schon in bezug auf andere therapeutische Techniken gesagt, daß ich persönlich nie so arbeiten werde. Und als die entsprechende therapeutische Situation mit ihren Notwendigkeiten da war, habe ich dann plötzlich doch "so" gearbeitet. Vermutlich ist es unethisch, nach solchen therapeutischen Situationen zu suchen. Wenn es nicht mystisch klingen würde, würde ich sagen: Es ist besser, solche Situationen suchen Dich als daß Du sie suchst. Unnötig zu betonen, daß die therapeutische Situation sowohl für die Person des Patienten als auch für die Therapeuten passend sein sollte.

Abschließende Bemerkungen

Das Ziel dieser Arbeit war es, den Ericksonschen Utilisationsansatz für das Gebiet der Rehabilitation zu skizzieren. Da ich selbst nur am Rande im Rehabilitationsbereich gearbeitet habe, war es meine Absicht, das Interesse an diesem Bereich zu stimulieren. Nach meiner Meinung könnte dieser zu einem der wichtigen Gebiete der Hypnotherapie werden, vergleichbar dem Gebiet der Schmerzkontrolle.

Bei meinen Ausführungen bin ich auf zwei Bereiche eingegangen: Das Arbeiten mit "sensorischem Erinnern" und seinen Bezügen zu imaginativen Verfahren und Mentalem Training sowie das *provokative Evozieren von Emotionen*. Abschließend möchte ich noch

einmal daran erinnern, daß in einer der genannten Untersuchungen körperliches Training allein am effektivsten war. Aus meiner Sicht gibt es keinen Olympiastieger ohne intensives körperliches Training. Weder geniale hypnotherapeutische Visualisierungen noch Trainer, die den Athleten aufs Blut reizen, können Leistungen hervorbringen, die jenseits der physischen und trainingsbedingten Möglichkeiten des Sportlers liegen. Für viele Rehabilitationsfälle wird deshalb die Priorität auf körperlichem Training liegen und andere Vorgehensweisen können dabei nur unterstützend und beschleunigend wirken. Bei anderen Fällen kann jedoch das Aktivieren und Wiedererlangen früherer Fähigkeiten auch über hypnotherapeutische Verfahren gelingen.

Literatur

- Asken, M.J. & Goodling, M.D. (1986). The use of sport psychology techniques in rehabilitation medicine. *International Journal of Sport Psychology*, 17, 156-161.
- Crasineck H.B. & Hall, J.A. (1970). The use of hypnosis in the rehabilitation of complicated vascular and post-traumatic neurological patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 145-159.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1977/1980). Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson. In E.L. Rossi (Ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson, Vol. I*, (S. 108-132). New York: Irvington
- Erickson, M.H. (1963/1980). Hypnotically oriented psychotherapy in organic brain damage. In E.L. Rossi (Ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson, Vol. IV*, (p. 283-311). New York: Irvington
- Erickson, M.H. (1964/1980). Hypnotically oriented psychotherapy in organic brain damage: An addendum. In E.L. Rossi (Ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson, Vol. IV*, (p. 312-314). New York: Irvington
- Erickson, M.H. (1980). Provocation as a means of motivating recovery from a cerebrovascular accident. In E.L. Rossi (Ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson, Vol. IV*, (p. 321-325). New York: Irvington
- Feltz, D.L. & Landers, D.M. (1983). The effects of mental practice on motor skill learning and performance: A meta-analysis. *Journal of Sport Psychology*, 5, 25-57.
- Feltz, D.L., Landers, D.M. & Becker, B.J. (1988). A revised meta-analysis of the mental practice literature on motor skill learning. In D. Duckmann & J. Swets (Eds.), *Enhancing human performance: Issues, theories and techniques* (pp. 61-101). Washington: National Academic Press.
- Götz, K. (1990). Rehabilitation von Schädelhirnverletzten durch Hypnose. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 2, 137-156.
- Grossmann, J. (1892). *Die Erfolge der Suggestionstherapie (Hypnose) bei nicht-hysterischen Lähmungen und Paralyesen*. Berlin: Brieger.
- Grossmann, J. (1895). Die Erfolge der Suggestionstherapie (Hypnose) bei organischen Lähmungen und Paralyesen. *Zeitschrift für den Hypnotismus*, 3, 54-64, 76-80.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, Vol II*. New York: Triangle Press.
- Holroyd, J. & Hill, A. (1989). Pushing the limits of recovery: Hypnotherapy with a stroke patient. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 120-128.
- Kroger, W.S. (1963). *Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry, and psychology* (2nd. Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Manganiello, A.J. (1986). Hypnotherapy in the rehabilitation of a stroke victim: A case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 64-68.
- Peter, B. (1988). Milton H. Ericksons Weg der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 5(2), 46-53
- Rosen, S. (1982). *Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson*. Hamburg: ISKO-Press
- Schlicht, W. (1992). Mentales Training: Lern- und Leistungsgewinne durch Imagination? *Sportpsychologie*, 2, 24-29.
- Surburg, P.R. (1989). Application of imagery techniques to special populations. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6, 328-337.
- Trenkle, B. (1993). Ericksonsche Hypno- und Psychotherapie bei Bettnässen. In S. Mrochen, K.-L. Holtz & B. Trenkle (Hrsg.), *Die Papille des Bettnässers* (S. 124-153). Heidelberg: Carl Auer.
- Zafari, A.M. (1989). Psychosomatische Aspekte in der mittelalterlichen Medizin des Irans. *unveröff. Dissertation an der mediz. Fakultät der Universität Köln*.

Zeig, J.K. (1990). Seeding. In J.K. Zeig (Ed.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 221-246). New York: Brunner/Mazel.
 Zeig, J.K. (Ed.) (1980). *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.

Abstract: This article explores how hypnosis might help the work of rehabilitation, focusing on two aspects: (1) The utilizing real sense memories of former abilities and motoric skills, (2) the provoking of emotions like anger and shame. Apart from the contribution of Milton H. Erickson the author discusses relevant techniques of hypnosis in sports and some case histories from ancient Persia.

Keywords: rehabilitation, hypnosis, utilizing real sense memories, provoking emotions

Bernhard Trenkle, Dipl.-Psych
 Bahnhofstr. 4
 78628 Rottweil

Hypnotherapie in der stationären Behandlung psychosomatischer Patienten

Paul Janouch

Zusammenfassung: Es werden einige Besonderheiten im Umgang mit psychosomatischen Patienten diskutiert. Da die stationäre Therapie wegen kurzer Verweildauer notwendigerweise als Kurzzeittherapie angelegt ist, sind hypnotische Verfahren in besonderem Maße geeignet, einen Zugang zum Symptom als Informationsträger zu erschließen. Das praktische Vorgehen wird anhand von zwei Fallbeispielen illustriert.

Nach langjähriger Erfahrung in der stationären Psychotherapie mit psychosomatischen Patienten möchte ich einige Besonderheiten aus der Arbeit mit diesem Klientel berichten und anhand zweier Fallbeispiele illustrieren.

1. Der typische psychosomatische Patient ist seinen Symptomen "entfremdet": d.h. er erlebt sie überwiegend als störend, lästig und quälend, als überflüssig und sinnlos. Er kann also die im Symptom liegende Information nicht dechiffrieren, kann mögliche und ihm sonst zur Verfügung stehende Ressourcen nicht oder höchstens unzureichend nutzen. Daher ist der Hauptwunsch an die Behandler zunächst fast immer, das Symptom möge verschwinden. Dieser durchaus verständliche aber meist unrealistische Wunsch trifft im traditionellen Gesundheitswesen auf weitgehendes Entgegenkommen: die meisten Interventionen zielen auf rasche und wirksame Eliminierung von Störungen. Bei den uns hier interessierenden psychosomatischen Störungsbildern greifen die üblichen Interventionen aber nicht in ausreichendem Maße, so daß leider fast immer eine Vielzahl diagnostischer und oft erfolgloser therapeutischer Prozeduren vorausgeht, ehe überhaupt die Frage nach psychischen Bedingungen gestellt wird.

2. Daher ist der typische psychosomatische Patient, wenn er in die Klinik (resp. zur Psychotherapie) kommt, in der Regel ein chronifizierter Patient, und oft haben die vorangegangenen erfolglosen Bemühungen zu einer langsam wachsenden Frustration geführt. Es ist daher durchaus verständlich, daß ein solcher Patient zunächst skeptisch und mißtrauisch oder sogar empört ist, wenn er erfährt, sein Symptom werde als psychogen betrachtet. Die vorhergehenden Behandlungsversuche haben - zwangsläufig - ein organomedizinisches Erklärungsmodell verfestigt, in manchen Fällen überhaupt erst etabliert. Am Rande ist anzumerken, daß ein verbreitetes dualistisches Begriffsschema Soma-Psyche zur Fixierung problematischer Sichtweisen erheblich beiträgt, indem meist das Psychische als eine Art Restkategorie verstanden wird: d.h. alles, was nicht nach scheinbar "harten" und objektiven Kriterien eingeordnet und "erklärt" werden kann, wird danach als psychisch oder psychogen verstanden. Es ist evident, daß die komplexen somatopsychischen-psychosomatischen Wechselwirkungen dabei nicht angemessen berücksichtigt