Hypnose und Kognition
Band 11, Heft 1 und 2, April 1994

Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose

unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach M. H. Erickson [1]

Dirk Revenstorf und Uwe Prudlo

Zusammenfassung: In diesem Artikel wird die geschichtliche Entwicklung, die theoretische Fundierung und die empirische Erforschung der therapeutischen Effektivität der Hypnose dargestellt. Hinsichtlich der Geschichte der Hypnose werden 5 Ären unterschieden, angefangen von den altägyptischen und -griechischen Heilriten über Mesmer, Charcot, Liébeault und Bernheim bis hin zu der systematischen Erforschung der Hypnose seit den 50er Jahren und Ericksons hypnotherapeutischen Weiterentwicklungen. Nach einer Darstellung der durch Hypnose angestrebten therapeutischen Ziele und den physiologischen Grundlagen der Hypnose werden Ergebnisse der Split-Brain-Forschung, Forschungen zur subliminalen Wahrnehmung, die These von Hypnose als Sonderzustand, sozialpsychologische Erklärungsansätze und die Neodissoziationstheorie Hilgards herangezogen, um Hypnose wissenschaftlich zu erklären. Die therapeutische Wirksamkeit von Hypnose wird anhand einer Vielzahl aussagekräftiger Studien aufgezeigt. Abschließend werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen psychotherapeutischen Verfahren diskutiert sowie Besonderheiten und typische Weiterentwicklungen der Ericksonschen Hypnotherapie dargestellt.

1. Geschichte

Im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum ist die wissenschaftliche Literatur zur Hypnose und deren Anwendung in Europa, insbesondere in den deutschsprachigen Ländern, lange übersehen worden. Das hat historische Gründe, ist aber bedauerlich, da die Hypnose gerade in Europa eine lange Tradition als medizinisches und psychotherapeutisches Heilverfahren hat.

Als *erste Ära der Hypnose* dürfen die alten hinduistischen Meditationspraktiken der Fakire und Yogis gelten, die bis ins 2. vorchristliche Jahrtausend zurückverfolgt werden können. Das bis heute verbreitete Yoga hat in der Induktion und dem Zielzustand des ungetrübten Bewußtseins (Trance) starke Ähnlichkeit mit der Hypnose. Aus dem antiken Ägypten gilt das Papyrus Eber (circa 1500 v.Chr.) als ältestes schriftliches Zeugnis für hypnotische Induktionstexte (Edmonston, 1986). Der Tempelschlaf aus Ägypten (Isis-

1 Gringfügig veränderte und erweiterte Version eines Gutachtens, das für die *Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose Austria (MEGA)* 1992 erstellt wurde.

und Serapis-Kulte) und Griechenland (Asklepius-Kult) wurden als rituelle Induktion des Orakels benützt (etwa 500 v.Chr.), das neben der Heilung hellseherischen Zwecken diente (Weinreich, 1909). Die keltischen Druiden im ersten vorchristlichen Jahrtausend verwendeten reimende Gesänge, um Medien in einen Schlaf mit hellseherischen Träumen zu versetzen. Mittels *Handauflegen*, das schon im alten Testament bei König David vorkommt, heilten Jesus und seine Jünger, häufig verbunden mit *Augenfixation* (Petrus, Paulus; diese ist auch schon in den ägyptischen Papyri beschrieben). Ähnlich verfuhren im Mittelalter viele kirchliche Würdenträger und weltliche Fürsten, zum Teil in Massenzeremonien. Häufig spielen bei den Vorläufern der Hypnose bestimmte Körperhaltungen (liegend, kniend, Lotussitz u.a.) und zeremonielle Instruktionen eine Rolle. Seit der Antike bis ins Mittelalter wurde die heilende Wirkung der hypnoseähnlichen Anwendungen im allgmeinen einer übermenschlichen Kraft zugeschrieben (z.B. bestimmten Göttern oder Halbgöttern) - meist vermittelt durch menschliche Medien. Aus dieser langen Tradition hypnotischer Praktiken wird klar, daß es schon immer Riten gegeben hat, die Menschen in die Lage versetzen, innerhalb physiologischer Grenzen die im allgemeinen als solche nicht bewußt wahrgenommenen psychologischen Grenzen des Denkens und körperlicher Reaktionen zu überschreiten. Derartige psychologische Grenzen können durch Glaubenssätze oder durch soziale Normen und Kontextbedingungen bestimmt sein.

Erst mit dem Aufklärer Mesmer (1734-1815) wird die Hypnose endgültig des mystisch-religiösen Charakters entkleidet, indem Mesmer die exorzistischen Heilungen des Paters Gassner als natürlich erklärt. Damit setzt die *zweite Ära der Hypnose* ein, in der sie nicht mehr als spirituelle, sondern als natürliche Kraft gedeutet, aber außerhalb des Menschen lokalisiert wird. Seit der Zeit des Paracelsus (1493-1541) sind Kuren körperlicher Leiden durch Handauflegen oder ähnliche Behandlungstechniken (Streichungen, *Passes*) schon als Magnetisierung gedeutet worden, die Mesmer später als animalisch statt mineralisch charakterisierte. Mesmers Versuch der wissenschaftlichen Akkreditierung der Hypnose durch die Akadamie der Wissenschaften in Paris 1784 mißlang. Seine hypnotischen Kuren hatten das Aussehen hysterischer Krisen (Mesmer, 1781). Er führte seine Behandlungen oft als Gruppensitzungen durch und kann daher als erster Gruppenpsychotherapeut angesehen werden.

Seit der Mitte des letzten Jahrhunderts wird in der *dritten Hypnose-Ära* die Annahme einer Kraft fallengelassen, die außerhalb des Patienten zu suchen sei. Dennoch wurde die Hypnose - so benannt von Braid (1795-1860) - als abnormes Phänomen betrachtet. Braid geht von physiologischen Veränderungen aus, die er zunächst als Schlaf beschrieb,[2] der durch die Monotonie der Fixation herbeigeführt wird (Braid, 1843). Von englischen und schottischen Ärzten wird die Hypnose in dieser Zeit erfolgreich zur *Analgesie* bei chirurgischen Eingriffen eingesetzt. Esdaile (1808-1859) beschrieb über 300 schmerzfrei durchgeführte und gut verheilende Amputationen unter Hypnose (Esdaile, 1851). Die analgetische Verwendung der Hypnose verschwand weitgehend mit der Einführung der Betäubungsmittel Äther, Chloroform und Lachgas um 1850. Von dem Neurologen Charcot wurde sie Ende des Jahrhunderts als *psychiatrisches* Phänomen wieder aufgegriffen. Charcot betrachtete den hypnotischen Zustand als künstlich herbeigeführte Neurose.

In der *vierten Ära der Hypnose* seit Ende des letztes Jahunderts wurde die Hypnose von Liebeault (1823-1904) und Bernheim (1840-1919) in Nancy als *normalpsychologisches*

2 griech. "hypnos" = Schlaf

Phänomen erkannt, das auf Suggestion beruht. Daran knüpft die heutige Auffassung der Hypnose an: Voraussetzung ist die Fähigkeit des Individuums, die Fremdsuggestionen in *Autosuggestionen* und *lebhafte Vorstellung* umzusetzen (Bernheim, 1888). Diese Interpretation der Hypnose als im wesentlichen innerpsychisches Geschehen steht im Gegensatz zur älteren Auffassung von einer heteronomen Einwirkung spiritueller (Antike), magnetischer (Mesmer) oder psychologischer Natur.

Die Tradition der beiden französischen Schulen (Charcot in Paris und Bernheim in Nancy) wurde im deutschspachigen Raum von zahlreichen bekannten Psychiatern und Neurologen weitergeführt. In Zürich von Forel (1848-1930) und dessen Nachfolger Bleuler (1857-1939), von Benedikt (1835-1920) und seinen Nachfolgern Krafft-Ebing (1840-1903), Wagner-Jauregg (1957-1940) und später Hoff und Berner in Wien; in Jena von Heidenheim (1843-1897), dessen Schüler Pavlow (1849-1936) und Vogt (1870-1959) waren. Vogt gründete später in Berlin ein eigenes Institut, und führte u.a. die Fraktionierungstechnik ein. Freud (1856-1939) interessierte sich zunächst sowohl für die Auffassung von Charcot wie die von Bernheim, verwarf die Hypnose später jedoch, weil er sie nicht für zuverlässig genug hielt und hat so vermutlich zum Rückgang dieses Verfahrens in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts beigetragen. Sie lebte als Heilverfahren in der reduzierten Form des *autogenen Trainings* (Schultz, 1932) als Selbsthypnose mit formelhaftem Inhalt und als gestufte Aktivhypnose weiter (Kretschmer, 1946).

Seit den dreißiger Jahren entwickelte sich an den Universitäten eine *experimentelle Hypnoseforschung*, die sich mit der Standardisierung der Phänomene und der psychometrischen Erfassung der Suggestibilität befaßt (Hilgard, 1965; Hull, 1933; Weitzenhoffer, 1957). In neuerer Zeit sind besonders die Notwendigkeit formeller Induktion und die spezifische Qualität des durch Hypnose herbeigeführten Zustandes durch Autoren wie Sarbin, Barber und Spanos in Frage gestellt worden (Barber, 1984; Sarbin, 1956; Spanos, 1986). Diese Autoren betonen den sozialpsychologischen Aspekt der Kooperation bei den hypnotischen Phänomenen. Autoren wie Hilgard oder Orne dagegen versuchen, die These vom hypnotischen Sonderzustand experimentell zu stützen (Hilgard, 1986; Orne, 1972).

Schon nach dem Ersten Weltkrieg setzte eine Entwicklung ein, Hypnose zur Behebung funktioneller Störungen, amnestischer Erscheinungen und posttraumatischer Neurosen zu verwenden. Seit etwa 1950 gewinnt die Hypnose zunehmend an klinischer Bedeutung, indem sie bei Verhaltensproblemen, Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen und in der Medizin erfolgreich angewendet wird. Einen wesentlichen Anteil hieran hatte Milton H. Erickson (1901-1980), der eine große Vielfalt von hypnotischen und damit verknüpften allgemeinen psychotherapeutischen Vorgehensweisen in den unterschiedlichsten klinischen Bereichen einführte. Erickson gründete die *American Society of Clinical Hypnosis (ASCH)* und das international führende Journal auf diesem Gebiet, das *American Journal of Clinical Hypnosis*. Die von ihm entwickelte Hypnotherapie ist von zahlreichen Autoren zusammenfassend dargestellt und konsolidiert worden (Bandler & Grinder, 1975; Erickson & Rossi, 1979; Erickson, Rossi, & Rossi, 1976; Gilligan, 1987; Haley, 1978; Lankton, 1983; O'Hanlon, 1990; Rossi & Cheek, 1988; Yapko, 1984; Zeig & Lankton, 1985). Diese durch Erickson eingeleitete Erneuerung könnte man als *fünfte Ära der Hypnotherapie* bezeichnen.

Wie aus dem kurzen Abriß deutlich wird, sind die Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der Hypnose in Europa mindestens 200 Jahre alt. Die Grundlagenforschung wie auch der Ausbau als klinisches Heilverfahren ist in den letzten Jahrzehnten jedoch verstärkt in den angloamerikanischen Ländern vorangetrieben worden. Die Ergebnisse werden jetzt zunehmend in Europa rezipiert.

2. Theorie der Hypnosetherapie

2.1 Ziele der Hypnose

Hypnotherapie ist aus der traditionellen Hypnose entstanden wie autogenes Training und katathymes Bilderleben. Sie besteht nicht nur in der Einleitung eines speziellen Bewußtseinszustandes. Vielmehr stellt sie die systematische Nutzung damit zusammenhängender mentaler und physiologischer Prozesse für therapeutische Veränderung dar. Folgende generelle Ziele werden dabei verfolgt:

1) Veränderung physiologischer Prozesse (z.B. Vasodilatation)
2) Transformation von Wahrnehmungen und Symptomen (z.B. Analgesie)
3) Anregung einer szenischen Vorstellung (zur Bahnung von Verhalten)
4) Dissoziation und Assoziation
5) Regression und Progression
6) Evokation innerer Suchprozesse (kreative Problemlösung)

Diese Ziele sind psychologischer und psychophysiologischer Art und beziehen sich u.a. auf Angststörungen, depressive Reaktionen, posttraumatische Reaktionen, Gewohnheitsprobleme, Schmerzen und eine Reihe von psychosomatischen und somatischen Störungen. Im einzelnen beinhalten die Ziele folgendes:

1. *Veränderung physiologischer Reaktionen:* Muskeltonus, Kreislauffunktionen (z.B. periphere Durchblutung) und Funktionen des autonomen Nervensystems (trophotrope Umstellung), wie auch eventuell solche des Immunsystems und des endokrinen Sytems können durch Suggestion oder den Trancezustand selbst bzw. durch die aktivierte Vorstellung verändert werden. Diese Prozesse sind für Entspannung, eine Unterstützung der Wundheilung, Blutungskontrolle, Verminderung streßbedingter Immunsuppression (z.B. Herpes), Warzenremission und Kontrolle allergischer Reaktionen (z.B. Heuschnupfen) eingesetzt worden.

2. *Transformation der Sensorik und des Zeitempfindens:* Schmerzen können in ihrer Dauer und Qualität verändert wahrgenommen werden und einen Teil ihres negativen Affekts verlieren, wenn diese Dimensionen in Trance suggestiv beeinflußt werden (z.B. "Handschuhanalgesie").

3. *Aktivierung der Vorstellung:* Visuelle, akustische und somatosensorische Vorstellungen lösen unwillkürlich ideosensorische, ideoaffektive und ideomotorische Prozesse aus (Carpenter-Effekt), die denen externer Stimulation oder willkürlicher Innervation entsprechen. Beispielsweise führt die Vorstellung einer kreisförmigen Bewegung zu entsprechenden Ausschlägen eines zwischen zwei Fingern gehaltenen Fadenpendels (Chevreulsches Pendel); die Vorstellung von Wärme in der Hand wie beim autogenen Training führt zur Temperaturerhöhung (Dilatation der Gefäße) in dieser Region. Ebenso erzeugt die Erinnerung an eine konflikthafte Auseinandersetzung die damit verbundenen Emotionen, meist gebunden an spezifische Sinnesqualitäten (erinnerter Klang einer Stimme, Gesichtsausdruck, visualisierte Szene, eine Körperhaltung oder

Verspannung). In der Therapiesituation können solche intern generierten Muster für die Bearbeitung (Bahnung, Reizüberflutung in sensu, Dissoziation von überwertigen Komponenten, Assoziation abgespaltener unterstützender Aspekte) genutzt werden.

4. *Dissoziation und Assoziation:* Überwertige Details, die für die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen hinderlich sind, können in der nachträglichen Bearbeitung abgeschwächt werden (z.B. die Lautstärke einer Stimme, die Farbe und Helligkeit einer visuellen Erinnerung). Andererseits können fehlende Erfahrungsaspekte bei der Bearbeitung von belastenden Erlebnissen in Trance assoziiert werden. Sie können aus der eigenen Erfahrung des Klienten stammen (Ressourcen) oder suggeriert werden (z.B. Worte oder Gedanken einer dritten Person).

5. *Regression und Progression:* Um Erfahrungen aus der Vergangenheit aufzusuchen, die entweder zur Problembewältigung beitragen können (Ressourcen) oder Traumata darstellen, deren Bearbeitung unabgeschlossen sind, wird der Klient in die frühere Situation zurückversetzt. Andererseits kann es sinnvoll sein, daß sich der Klient innerlich in eine zukünftige Situation versetzt, entweder um eine bevorstehende Streßsituation durchzugehen oder einen Zustand zu antizipieren, in dem sein Problem gelöst ist.

6. *Evokation innerer Suchprozesse:* Statt Lösungen zu suggerieren, ist es in vielen Fällen einfacher, passender und effektiver auf die Kreativität des Individuums zurückzugreifen. Das damit verbundene divergente Suchen, das den gewohnten Wahrnehmungs-, Affekt- und Denkrahmen überschreitet, wird in Trance erleichtert.

Diese Ziele, die durch die hypnotisch eingeleitete Trance erleichtert werden, stellen die Basisprozesse dar, die zur therapeutischen Veränderung genutzt werden. Etwa wird ein Trauma u.U. in der Regression reaktiviert und dann durch Assoziation oder Dissoziation von Erfahrungsaspekten einer Bewältigung näher gebracht. Oder ein akuter Schmerz wird durch Transformation von Empfindungsqualitäten in seiner affektiven Bedeutung gemindert. Da diese Veränderungen ebenso wie die Tranceerfahrung selbst individuell angepaßt und der betroffenen Person vielfach erst zugänglich gemacht werden müssen, sind eine Reihe therapeutischer Strategien entwickelt worden, die dies erleichtern.

2.2. Ericksonsche Therapieprinzipien

Viele therapeutische Strategien Milton H. Ericksons gehen über die Technik der traditionellen Hypnose weit hinaus und haben einen deutlichen Einfluß auf andere Therapieschulen ausgeübt. Zu dieser Entwicklung hat Erickson in seiner etwa 50jährigen klinischen Forschertätigkeit wesentlich beigetragen (vgl. seine gesammelten Schriften, Erickson, 1980). Eine bedeutsame Wendung, die Erickson in die Auffassung der Hypnose brachte, lag einerseits in der großen Flexibilität und Individualisierung der Durchführung. Zum anderen ist die Ericksonsche Hypnotherapie stark an Ressourcen orientiert. Sie sieht das Therapieziel nicht mehr darin, den Patienten durch Suggestion zu einem möglicherweise nicht ichsyntonen Ziel zu bringen, sondern darin, daß der Klient seine eigenen Möglichkeiten für sich nutzbar machen kann. Das psychotherapeutische Vorgehen Ericksons respektiert nicht nur die Autonomie des Patienten in besonderer Weise, sondern betrachtet ihn und sein Problem ganzheitlich und integrativ. Dies bringt auch die implizite oder explizite Einbeziehung der Familienmitglieder mit sich. Die Prinzipien der Ericksonschen Hypnotherapie lassen sich etwa wie folgt zusammenfassen (Revenstorf, 1990):

1. *Utilisation:* Der Therapeut paßt die Therapie grundsätzlich den Möglichkeiten des Klienten an. Dazu werden die begrifflichen Kategorien, seine Werte, sein kognitiver, emotionaler und interaktioneller Stil soweit wie möglich genutzt. Dazu gehört u.a. Folgen und Führen ("Pacing" und "Leading"), die Inkorporation unvorhergesehener Reaktionen, die Umdeutung scheinbarer Hindernisse sowie Lösungen 2. Ordnung.

2. *Minimale strategische Veränderung:* Veränderungen werden an der Stelle eingeführt, wo der geringste Widerstand zu erwarten ist. Eine geringfügige Veränderung an strategisch richtiger Stelle kann ausreichen, um das ganze Gebäude der Problemerhaltung zu erschüttern und eine Neuorganisation auszulösen.

3. *Destabilisierung:* Um dem Klienten eine Veränderung zu erleichtern, kann es unter Umständen hilfreich sein, durch ein Moment der Verwirrung ein eingefahrenes Denkmuster zu labilisieren. Dadurch werden Umstrukturierung, kreative Problemlösungen und die Rezeption neuer Informationen erleichtert.

4. *Beiläufigkeit:* Die für die Veränderung wichtigen Suggestionen werden beiläufig geäußert (indirekt, metaphorisch, eingestreut, anekdotisch usw.). Sie werden auch dann registriert, wenn sie nicht bewußt wahrgenommen werden, entgehen jedoch so eher der kritischen Analyse durch unter Umständen obsolete Denkgewohnheiten. Es wird angenommen, daß das Individuum unbewußt über die Nützlichkeit beiläufig aufgenommener Information entscheidet.

5. *Bahnung/Vorprägung:* Hinweise, Suggestionen und Vorstellungen (z.B. das Wort "Hase") werden mit größerer Wahrscheinlichkeit (auch subliminal) rezipiert, wenn sie phonetisch (bei dem genannten Beispiel durch das Wort "Haare") oder semantisch (durch das Wort "Kaninchen") oder durch Bilder, Metaphern oder Kontexte gebahnt sind (priming oder seeding).

6. *Unterbrechung gewohnter Muster:* Denk-, Wahrnehmungs- und motorische Gewohnheiten sollen an kritischen Stellen unterbrochen werden (z.B. der Griff zur Zigarettenschachtel).

7. *Erschließung von Ressourcen:* Ausgegrenzte Lebenserfahrungen, die für die Bewältigung einer bestimmten Problemsituation nützlich wären, können durch Regression zugänglich gemacht werden (um mit der Problemsituation reassoziiert zu werden, s.o.).

8. *Rekonstruktion:* Traumatische oder defiziente Lebenserfahrungen können in Trance durch Rekonstruktion und Ergänzung fiktiver aber plausibler Elemente abgeschlossen, umgedeutet oder gelindert werden - so als würde in Trance der Unterschied zwischen Fiktion und Fakten in der Vergangenheit an Bedeutsamkeit verlieren.

9. *Reorientierung in der Zeit:* Anstatt ein affektiv belastendes Problem in der Gegenwart zu lösen, kann es hilfreich sein, das Individuum in seinem Denken, Vorstellen und Empfinden in die Vergangenheit (Regression) oder Zukunft (Progression) zu orientieren und in dieser Befindlichkeit eine andere Sichtweise gewinnen zu lassen.

10. *Schutz des Unbewußten:* In Trance gefundene Lösungen können irrational, schmerzlich oder in anderer Weise schwer hinzunehmen sein. Dann ist es günstig, die Problembearbeitung durch Amnesie oder Ablenkung zu schützen.

Manche dieser Grundsätze sind in anderen Therapieformen integriert worden - etwa in der Familientherapie (Haley, 1977; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1975), der strategischen Therapie (Weeks & L'Abate, 1982), der Sexualtherapie (Araoz, 1982) oder in der Kurzzeittherapie (Shazer, 1982).

Die wissenschaftlichen Grundlagen zur Hypnose und der therapeutischen Interventionen stammen aus unterschiedlichen theoretischen und empirischen Forschungsbereichen und werden hier zusammengefaßt dargestellt.

2.3 Allgemeine Grundlagen der Hypnose

Psychologische Interventionen setzen auf unterschiedlichen Ebenen an, so wie medizinische Therapie auf verschiedenen Körperebenen ansetzt (humoral, zellulär, organisch, systemisch usw.), oder wie physiotherapeutische Maßnahmen am Skelettapparat, der Muskulatur oder verschiedenen Gewebsschichten des Körpers ansetzen. Psychotherapie kann sich mit der Handlungsebene befassen (etwa in übenden Verfahren oder in-vivo-Expositionen) oder mit den verschiedenen Ebenen der Informationsverarbeitung (rational, imaginativ, emotional, vorbewußt oder unbewußt). Darüber hinaus können psychologische Interventionen auf den *inter*personalen Ebenen der Paarbeziehung, der Familie, der sozialen Gruppe, der Organisation, der Gemeinde usw. angesiedelt sein (Revenstorf, 1991b). Die *intra*personalen Psychotherapieansätze zur Informationsverarbeitung ergänzen die handlungsorientierten Vorgehensweisen. Mit den kognitiven Interventionen des argumentativen Disputs, der Selbstinstruktion oder Umstrukturierung, wird der sprachlich-rationale Zugang gewählt. Bei den affektorientierten Interventionen (Experiencing, Zweistuhl-Technik) steht der emotional-motivationale Zugang im Vordergrund. Bei der Hypnose und verwandten Verfahren dagegen wird der Zugang über die vorbewußte Informationsverarbeitung genutzt. Einzelne Therapieschulen arbeiten oft auf mehreren Ebenen, aber akzentuieren meist eine davon sowohl zur Problemdarstellung als auch bei der therapeutischen Intervention. Verhaltenstherapie sucht traditionell den handlungsorientierten, kognitive Therapie den argumentativen, Gestalttherapie den emotionalen Zugang und Psycholanalyse sowohl den argumentativen (Reflexion), als auch den unbewußten Zugang (Traumdeutung, freie Assoziation).

Die Hypnotherapie bevorzugt den vorbewußten Zugang, den die Trance bietet. Dafür gibt es mehrere Gründe. Die hypnotische Trance umgeht die Analyse anhand expliziter Maßstäbe - auch wenn die Sprache als Vehikel verwendet wird. Sie ist jedoch nicht Instrument der Bewertung sondern Instrument der assoziativen Stimulation. Häufig werden auf diese Weise Vorstellungen ausgelöst oder die Kommunikation ist so angelegt, daß die verbalen Informationen als Metaphern mit ambivalenter und multipler Bedeutung dienen.

Es folgen nun Untersuchungen zur wissenschaftlichen Begründung des Trancezustandes, der diesen vorbewußten Zugang erleichtert.

2.4 Charakteristika hypnotischer Trance

Phänomenologisch zeichnet sich der Trancezustand durch bestimmte beobachtbare (physiologische) und subjektive Eigenschaften aus.

Beobachtbare Indikatoren:

- Erniedrigung von Tonus, Herzrate und Blutdruck
- Dilatation der Gefäße

- Regelmäßigere und langsamere Atmung
- Geringere Ansprechbarkeit und Frequenz von Blink- und Schluckreflex
- Ideomotorische Reaktionen (Chevreulscher Pendelversuch)
- Veränderte Innervation von Beuger und Strecker (Levitation, Katalepsie)
- Lidschluß oder Defokussierung der Augen
- Immobilität und "Sprechfaulheit", u.a.

Subjektive Indikatoren:

- Körperliche Entspannung bei gleichzeitiger mentaler Wachheit
- Lebhafte Vorstellung (Imagination, Halluzination)
- Verringerung der externen Wahrnehmung (Tunnelvision)
- Entfremdungsempfinden vom eigenen Körper (hypnotische Analgesie)
- Zeitverzerrung (in der Regel Verkürzung um etwa 50%)
- Gleichgültigkeit oder Amüsiertheit (über den Trancezustand)
- Amnesie (für Tranceinhalte)

In diesem Zustand liegt eine veränderte mentale Verarbeitung vor, die durch ein geringeres Bedürfnis nach Realitätsprüfung, geringere Bedeutung logischer Kategorien, wortwörtliche Interpretation der Sprache, verstärkte Tendenz zu Visualisierung und Fähigkeit zur Abspaltung von Wahrnehmungen und mentalen Inhalten (Dissoziation) charakterisiert ist. Diese Bedingungen können therapeutisch genutzt werden, denn sie bieten die Voraussetzung für einen freieren Umgang mit Assoziationen und ichsyntonen Suggestionen. Der Klient ist eher als im Alltag dazu in der Lage, Sichtweisen umzustrukturieren, mit Ressourcen kreativ umzugehen, überwertige Affekte zu dissoziieren, Schmerzen zu bewältigen, Vorstellungen zu reaktivieren, psychosomatische Reaktionen zu beeinflussen (insbesondere solche, die durch den Blutkreislauf vermittelt werden).

Daraus ergeben sich eine Reihe von therapeutischen Anwendungen sowohl im psychoneurotischen wie im psychosomatischen Bereich.

2.5 Physiologische Grundlagen

Die frühe physiologische Forschung zur Hypnose beschäftigte sich mit *vegetativen* Funktionen und kann dahingehend zusammengefaßt werden, daß derartige Veränderungen (z.B. kardiovaskuläre Veränderungen, trophotrope Umschaltung) unter Hypnose nicht notwendig auftreten aber eine erhöhte Bereitschaft dazu nachgewiesen ist (Heiman, 1953). Wie in der Entspannung, sind als Anzeichen einer trophotropen Umschaltung in hypnotischer Trance Änderungen in folgenden Bereichen nachweisbar: Stoffwechsel (Goldwyn, 1930), Atmung (Fleky, 1914), Blutdruck (Reid & Curtsinger, 1968).

Eine sehr deutliche Dilatation der Gefäße an der Hand zeigen Conn und Mott (1984) bei einer Morbus Raynaud Patientin. Das Durchblutungsvolumen steigt bei bloßer Entspannung noch nicht, sondern erst nach spezifischer Instruktion in Trance ("Öffnung der Gefäße").

Als *endokrine* Korrelate hypnotischer Trance zeigt sich eine Abnahme im Plasmakatecholaminspiegel (Noradrenalin) und Plasmakortisolspiegel (Sachar, Fishman, & Mason, 1985), die auf eine mit Streß inkompatible Eigenschaft der Trance hinweisen. Bongartz konnte eine zunächst paradox erscheinende Verminderung der Leukozyten unter Hypnose nachweisen, die sich durch Anlagerung an die Gefäßwand erklärt, was wiederum als Vorstufe zu einer erhöhten Immunabwehr interpretiert wird (Bongartz, 1990). Diese Befunde

zusammengenommen zeigen, daß auf mehreren physiologischen Ebenen Veränderungen unter Hypnose stattfinden, die zum Teil von erheblicher therapeutischer Relevanz sind.

Die *hirnphysiologischen* Untersuchungen begannen mit EEG-Studien von Berger (1931). Darauf folgten eine Vielzahl widersprüchliche Befunde zur alpha-Aktivität (Larbig & Miltner, 1990). Einerseits wurden Anstiege der alpha-Aktivität an verschiedenen Ableitungsorten verzeichnet (DeBenedettis & Sironi, 1985; London, Hart & Leibowitz, 1968; Nowlis & Rhead, 1968; Ulett, Akpinar & Itil, 1972). Andererseits konnten diese Befunde nicht bestätigt werden (Mézáros & Bányai, 1978). Eindeutig dagegen läßt sich das Hypnose-EEG vom Schlafzustand abgrenzen. Ein Anstieg der theta-Aktivität wurde sowohl unter Laborbedingungen (Chertok & Kramarz, 1959) wie unter naturalistischen Trancezuständen bei Feuerläufern, Hakenschwungzelebranten und einem Fakir nachgewiesen (Larbig, 1989). Hinsichtlich ereignis-korrelierter Potentiale (EP) über dem somatosensorischen Kortex bei schmerzhafter Reizung ergaben sich Amplitudenreduktion bei 260 und 300 ms nach Stimulation (Larbig & Miltner, 1990), was auf eine verminderte Aufmerksamkeit schließen läßt.

Eine eindeutige Lateralisierung ist gelegentlich nachgewiesen worden, konnte aber von Walter (1992) nicht bestätigt werden. Die Autorin fand jedoch bei tieferen Stadien der Hypnose eine Erhöhung der theta-Anteile im EEG und bei Induktion von Katalepsien mehr beta-Aktivität. Eine Veränderung der CNV ergab sich in einer anderen Studie von Walter bei einigen hypnotisierten Probanden, denen suggeriert wurde, daß dieser Reiz nur selten auftreten würde, obwohl er gleichhäufig wie andere Reize vorkam (Walter, 1992).

Erst mit den neueren bildgebenden Verfahren sind differenzierte Aussagen über die veränderte Hirnaktivität möglich. Meyer und Kollegen fanden nach 10wöchigem autogenem Training mit der Xenon-Inhalations-Methode eine Durchblutungssteigerung der linken Hemisphäre (Meyer, Diehl, Ulrich & Meinig, 1987). Halama dagegen fand an 17 Probanden mit dem SPECT-Verfahren eine vermehrte Aktivität der rechten Frontalregion (Halama, 1989; Halama, 1990). Walter (1992, 1993) stellte in einer Untersuchung an 41 Probanden mit derselben Methode fest, daß es besonders bei den hypnosefähigen Personen zu einer erhöhten Durchblutung der linken frontalen Region und zu einer Minderdurchblutung der okzipitalen und thalamischen Region kommt. Im allgemeinen wird von einer vermehrten Aktivität der rechten Hemisphäre in der hypnotischen Trance gesprochen. Wenn allerdings diese Lateralisierung im wesentlichen mit einer Inhibition linkshemisphärischer Areale einhergeht, ist auch eine Mehrdurchblutung denkbar, die durch die Inhibition bedingt ist. Ferner ergaben hypnotisch induzierte akustische Halluzinationen eine Reduktion der Durchblutung temporaler Regionen. Bei akustisch halluzinierenden Psychotikern dagegen zeigten sich keine Veränderungen in diesem Bereich. Das deutet auf eine unterschiedliche Genese psychotischer und hypnotischer Halluzinationen hin. An weiteren 15 Probanden konnte mit Hilfe des PET-Verfahrens von Walter (1992) gezeigt werden, daß der Glucosestoffwechsel während einer hypnotisch induzierten Ganzkörperkatalepsie ("Planke") im rechten somatomotorischen Kortex erhöht und im linken somatosensiblen Kortex erniedrigt ist.

2.6 Hypothesen zur Entstehung hypnotischer Trance

Es gibt mehrere Aspekte einer theoretischen Fundierung der Hypnotherapie, die teils physiologischer, teils psychologischer Natur sind. Dazu gehören Annahmen über unterschiedliche Formen der Informationsverarbeitung (kognitive Modi, subliminale Wahrnehmung) und soziale Determinanten des Tranceverhaltens (Kontext und Rolle). Diese Aspekte sind von einzelnen Autoren unterschiedlich hervorgehoben worden.

2.6.1 Verlagerung der kognitiven Aktivität

Seit den Split-Brain-Untersuchungen an Patienten mit durchtrennter Verbindung zwischen den beiden Hemisphären (Corpus Callosum; Gazzaniga, 1985; Sperry, 1968) ist die Zahl der begrifflichen Dichotomien, die man den beiden Hirnhälften in ihrer unterschiedlichen Arbeitsweise zuschreibt, ständig gewachsen. Die Zusammenstellung in Tabelle 1 (Springer & Deutsch, 1986) zeigt solche Differenzen, deren Zuordnung nicht vollständig belegt ist.

Daß in Trance die Hemisphärenaktivität verschoben ist, wurde verschiedentlich nachgewiesen (s.o.). Es besteht nun die Hypothese, daß dabei der dominante Denkstil verlassen wird und die räumliche, bildhafte, musikalische, ganzheitliche, intuitive Verarbeitung mehr zur Geltung kommt. Das ist eine Grundlage dafür, daß es in diesem Zustand gelingt, gewohnte Denkmuster zu überschreiten. Allerdings sind Trancephänomene nicht allein auf Unterschiede zwischen den Hemisphären zurückzuführen. Der Sachverhalt ist komplexer. Beispielsweise fanden DeBenedettis und Sironi (1985) bei einer Hirnoperation, daß der hypnotisierte Patient so lange in Trance blieb, bis durch versenkte Elektroden eine elektrische Stimulation am Hippocampus stattfand. In diesem Moment wachte er abrupt auf. Dem Hippocampus wird eine Schleusenfunktion zum Langzeitgedächtnis zugeschrieben (Winson, 1986). Daß unter Hypnose das Langzeitgedächtnis in besonderer Weise zugänglich wird, ist für die hypnotische Altersregression bedeutsam.

Tab. 1: Hemisphärendifferenzen (nach Springer und Deutsch 1986)

Left Hemisphere	**Right Hemisphere**	**Left Hemisphere**	**Right Hemisphere**
verbal	visual	deductive	creative
successive	simultaneous	logical	metaphorical
linear	parallel	discrete	continuous
time	space	abstract	concrete
digital	analogue	realistic	impulsive
logical	holistic	direct	free
analytic	synthetic	historical	timeless
rational	intuitive	objectively	subjectively
convergent	divergent	explicit	implicit

2.6.2 Subliminale Wahrnehmung

Neben der Split-Brain-Forschung gibt es umfangreiche Untersuchungen zur *unterschwelligen Wahrnehmung*, die zeigen, daß Information aufgenommen, abgespeichert und später wieder abgerufen werden kann, auch wenn diese Prozesse der Aufmerksamkeit entgehen - also unbewußt bleiben. Dixon (1981) hat diese Forschung zusammengefaßt, und Feldman (1988) weist auf die Bedeutung dieser Ergebnisse für die indirekten Methoden hypnotischer Kommunikation hin. Zunächst geht es um die Tatsache, daß sehr viel mehr Information aufgenommen als bewußt wird.

Das zeigen schon Alltagsbeobachtungen, wie das bekannte Cocktail-Party-Phänomen: Wenn man sich im Gedränge einer Party auf ein bestimmtes Gespräch konzentriert, so vernachlässigt man alle anderen Stimmen im Raum. Fällt jedoch unerwartet der eigene Name in einem entfernten Gespräch, so wechselt die Aufmerksamkeit sofort und man hört dort bewußt zu. Das heißt, es gibt einen Wechsel der Bewußtseinsinhalte, der unbewußt gesteuert wird. Dazu muß vorher ein Suchprozeß präattentiv ablaufen, der nur dann Information ins Licht der Aufmerksamkeit rückt, wenn sie dem Subjekt wichtig erscheint. Es sind auch immer wieder Träume berichtet worden, die Tagesinformationen enthalten, die der Träumer übersehen hat. So gibt etwa im Traum eine Balkonbrüstung nach, und tatsächlich ist das Geländer am eigenen Hause locker.

Silverman (1982) hat als erster dieses Phänomen therapeutisch genutzt, indem er seinen Patienten visuell unterschwellige Mitteilungen darbot, die ihre Symptomatik betrafen und die - im Gegensatz zu bewußt wahrgenommenen Mitteilungen - später in ihren Träumen wieder auftauchten. Dies trifft jedoch nur auf Inhalte zu, die auf die Symptomatik gemünzt, also subjektiv bedeutsam sind.

In vielen systematischen Experimenten sind sowohl unterschwellige Wahrnehmung, unterschwellige Auslösung konditionierter Reaktionen und *unterschwellige Beeinflussung* willkürlicher Reaktionen überprüft worden.

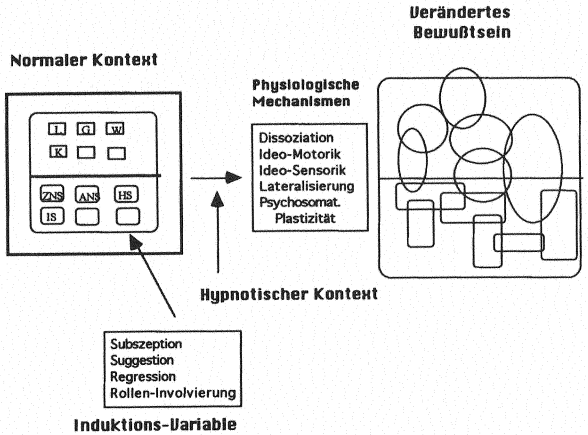

Abb. 1: Verschiedene Aspekte der Bewußtseinsveränderung durch Hypnose: Durch die Induktionsvariablen wird es dem Subjekt möglich, den hypnotischen Kontext zu akzeptieren. Dadurch werden die physiologischen Mechanismen wirksam, die die kognitiven und somatischen Systeme in ihrer Funktionsweise erweitern. Das wird als veränderter Bewußtseinszustand erlebt.

Kaser (1986) konnte zeigen, daß akustisch subliminal dargebotene Suggestionen später in Zeichnungen wieder auftauchten. Corteen und Wood (1972) fanden in dichotischen Höraufgaben, daß bewußt nicht wahrgenommene Auslöserworte (für zuvor konditionierte Schreckreaktionen) Ausschläge im PGR bewirkten. Dabei mußte der Proband in das eine Ohr eingespielte Texte nachsprechen (shadowing), während dem anderen Ohr die vorher konditionierten Reizworte eingegeben wurden. Byrne (1959) projizierte das Wort Beef 4-6 ms, also nicht bewußt registrierbar, innerhalb eines neutralen Films. Die Probanden stuften sich nach der Darbietung als hungriger ein, als Personen einer Kontrollgruppe. Sie wählten bei einem anschließenden Buffet allerdings nicht bevorzugt Rindfleisch, sondern nahmen genauso gerne Hühnchen. Borgeat und Goulet (1983) fanden dagegen, daß akustisch unterschwellig dargebotene Suggestionen ("sorgfältiger arbeiten") eine direkte Auswirkung auf das Leistungsverhalten der Probanden hatten.

Daraus resultiert ein Modell der Informationverarbeitung, in dem zwischen *Informations-Aufnahme* und *Bewußtmachung* unterschieden wird. Entscheidend daran ist, daß aufgenommene Informationen gespeichert werden können, ohne bewußt zu werden. Außerdem wird unbewußt selegiert, welche Inhalte ins Bewußtsein gelangen. Ferner wirken auf das unbewußte Langzeitgedächtnis sowohl physiologische Kontrollmechanismen (wie die Untersuchungen zu konditionierten Schreckreaktionen zeigen) als auch kognitive Kontrollmechanismen, die man auch als Schemata begreifen kann.[3]

Nach Auffassung von Feldman (1988) werden indirekte Suggestionen im Sinne von Metaphern, eingestreuten Suggestionen und unterschwelligen Wahrnehmungen direkt im Langzeitspeicher abgelegt, ohne daß sie den Filter des Bewußtseins und des Kurzzeitgedächtnisses passieren, in dem sie durch bestimmte kognitive Kontrollmechanismen zensiert werden könnten. Dem würde Ericksons Primat der *Beiläufigkeit* relevanter Suggestionen Rechnung tragen (s.o.). Umgekehrt würden negative Halluzinationen dadurch entstehen, daß unbewußt auf den ikonischen oder echoischen Speicher in der gleichen Weise eingewirkt wird, wie bei der unbewußten Aufmerksamskeitsteuerung.

Für die Hypnose ist ferner relevant, daß neben den vielen Wegen, auf denen das Verhalten durch das Bewußtsein, das Kurzeitgedächtnis und das bewußtseinsfähige Langzeitgedächtnis beeinflußt wird, das Unbewußte direkt auf das Verhalten einwirken kann - sowohl im Sinne von automatisierten Handlungen (Gehen, Radfahren u.ä.) als auch Freudscher Fehlhandlungen, oder im Sinne von *posthypnotischen Aufträgen*. Während für das Bewußtsein eine einkanalige Informationsverarbeitung angenommen wird, sind sich viele Kognitionstheoretiker darüber einig, daß für die unbewußte Verarbeitung eine simultane, mehrkanalige Verarbeitung möglich ist (s.o.). Das bedeutet, daß bei *Doppelinduktionen* oder bei analoger (z.B. stimmlicher) Markierung digitaler (verbaler) Informationen unbewußt tatsächlich auch das aufgenommen wird, was der bewußten Aufmerksamkeit entgeht.

2.6.3 Trance als Sonderzustand

Trance als Sonderzustand kann mit Schlaf, Narkose, Koma oder anderen veränderten Bewußtseinszuständen verglichen werden (altered states of consciousness, ASC; Ludwig, 1966). Die veränderte psychische Funktionsweise drückt sich motorisch, in der Wahrnehmung, in der Physiologie oder in der subjektiven Erfahrung aus. Tart (1975) definiert ASC als ein diskretes und stabiles Muster des Erlebens und Verhaltens. Diese Kriterien erfüllt Trance, indem sie subjektiv als unterschiedlich vom Wachbewußtsein erlebt wird und zu Prozessen führt, die sich deutlich vom Alltagsverhalten abheben (Analgesie, Katalepsie, Regression) und wiederholt herstellbar sind, zumindest bei derselben Person. Diese Auffassung wird von verschiedenen klinisch oder experimentell orientierten Autoren vertreten (Erickson, 1980; Fromm, 1984; Hilgard, 1986; Orne, 1977; Shor, 1979).

Ein Experiment von Bower (1981) belegt die These vom Sonderzustand. Intellektuelle Leistungen sinken unter Streß; so die Leistung in einem Wortschatztest bei gleichzeitigem Schmerz (durch Eiswassser). Bei Personen, die zur Trance befähigt sind (Hochsuggestible), wird die Leistungseinbuße durch hypnotische Analgesie reduziert. Bei Niedrigsuggestiblen nicht. Durch eine kognitve Schmerzbewältigung dagegen (Streßimmunisierung) tritt die umgekehrte Wirkung ein.

3 Ein Teil dieser Schemata ist durchaus bewußtseinsfähig, wie etwa die von Ellis herausgearbeiteteten irrationalen Ideen.

Interessant ist auch der mehrfach berichtete Befund, daß unter hypnotischer Analgesie die Herzfrequenz steigt, und zwar bei denen, die eine tiefe Trance eingehen (hochsuggestibel sind). Das heißt, schwachsuggestible Personen, die den Schmerz offenbar kognitiv bewältigen, benutzen einen anderen Mechanismus als hochsuggestible Personen, die den Schmerz hypnotisch bewältigen. Auch Ornes (1977) Vergleich von Personen, die den Trancezustand simulieren sollten (so, daß der Versuchsleiter ihre Simulation nicht erkennt) mit solchen, die tatsächlich in Trance waren (Hochsuggestiblen), zeigt bei den Halluzinationen ein unterschiedliches Verhalten. Die Simulanten gehen auf einen weghalluzinierten Stuhl zu und rennen gegen ihn, während die hypnotisierten Probanden einen Bogen um den Stuhl machen und dies später fadenscheinig begründen.

2.6.4 Soziale Determinanten der hypnotischen Trance

Der Trancezustand wird durch bestimmte *Kontextvariablen* begünstigt. Barber (z.B. Barber & DeMoor, 1972) nimmt zwei Mediatorvariablen an, die durch hypnotische Induktion gefördert werden, nämlich *positive Erwartungen* an die Situation und *Involviertheit* in die suggerierten Vorstellungen. Der erste Faktor hängt von der Aufgabenmotivation der Person ab, der zweite von ihrer Absorptionsfähigkeit. Beide Faktoren sind durch die Qualität der Interaktion zwischen Therapeut und Klient mitbestimmt (Rapport) und werden durch eine Reihe von Kontextmerkmalen der Induktion realisiert:

- Definition der Situation als Hypnose
- Monotone, nicht alltägliche Intonation
- Beseitigung von Befürchtungen
- Kooperation
- Entspannungsinstruktion
- Kopplung von Trancesuggestionen an spontane Veränderungen
- Schließen der Augenlider
- Zielgerichtete Imagination
- Verhinderung von Mißerfolg durch Umdeutung

Barber (1984) und Spanos (1986) haben insbesondere die sozialpsychologischen Determinanten des hypnotischen Kontextes betont. Sarbin weist auf das *Rollenverhalten* hin und beschreibt, daß Menschen sehr unterschiedliche Involviertheit in einer Rolle aufweisen können. Es werden sieben Stufen unterschieden (Sarbin & Coe, 1972; Sarbin & Slagle, 1980; siehe Tabelle 2).

Eine Rolle ist der sozial determinierte Anteil unseres Verhaltens. Jedes Individuum nimmt in seinem Leben nebeneinander viele Rollen ein, etwa als Vorgesetzte, Ehefrau, Mutter, Geliebte und Freundin, die jeweils anderes, zum Teil durchaus widersprüchliches Verhalten beinhalten. Daß der Mensch hier zu einer extremen Variabilität fähig ist, muß nicht betont werden, insbesondere wenn man an politische Umstände denkt, die das Verhalten sehr nachhaltig und tiefgründig verändern können (Krieg, Frieden, Diktatur, Demokratie u.ä.). Hypnotisches Verhalten kann auf den Stufen 3 bis 5 der von Sarbin vorgezeichneten Skala angesiedelt werden, je nach Trancetiefe. Sarbins Vorschlag legt nahe, daß der hypnotische Sonderzustand (ASC) an einem Ende des Involviertheitskontinuums angesiedelt ist. Offenbar ist es so, daß die *generelle Realitätsorientierung* zum ASC-Pol hin mehr und mehr aufgegeben werden kann. Die Variable, die eine derartige Motivation, eine derartige

Absorption in den Vorgang fördert, ist die Fokussierung (Einengung der Wahrnehmung), die ja eine Standardtechnik zur Tranceinduktion ist.

Tab. 2: Sieben Stufen der Involviertheit

Stufe 0:	Unbeteiligtheit
Stufe 1:	Beiläufige Rolleneinnahme (alltägliche, mühelose Routine, wie bei der Begrüßung eines Kollegen)
Stufe 2:	Mechanische Ausführung eines Verhaltens (alltägliches Auftreten als Vorgesetzter)
Stufe 3:	Engagierte Durchführung (wie bei einem guten Schauspieler)
Stufe 4:	Tiefe Trance, in der Form des Somnambulismus, in der die meisten Trancephänomene evozierbar sind (Analgesie, Katalepsie, Amnesie, Halluzinationen)
Stufe 5:	Hysterisches Verhalten mit Erscheinungen des Ausagierens und körperlicher Konversionen (z.B. Lähmungen)
Stufe 6:	Ekstatisches Verhalten, wo willkürliche Einflußnahme scheinbar ausgeschaltet ist, wie es sich in mystischen Zuständen und manchen religiösen Besessenheiten zeigt (z.B. Exorzismus)
Stufe 7:	Zusammenbruch der normalen Regulationsmechanismen, z.B. im Vodootod.

2.6.5 Neodissoziationstheorie

Mit Modellvorstellungen, wie die über den subliminalen und supraliminalen Informationsfluß (s.o.) kann Wahrnehmung und Reaktivierung von Gedächtnisinhalten unter Umgehung des Bewußtseins beschrieben werden. Es bleibt jedoch erklärungsbedürftig, wie es durch Hypnose gelingt, manche eingrenzenden Denk- und Verhaltensmuster zu überwinden, während dies in der rationalen Argumentation nicht so leicht möglich ist. Dieser Umstand macht es ja auch sinnvoll, Wert auf Amnesie für die bearbeiteten Inhalte zu legen und Erklärung oder Einsicht nicht für einen notwendigen Bestandteil wirksamer Psychotherapie zu halten (Zeig, 1985). Hilgard (1986, 1989) hat mit der Neodissoziationstheorie dafür eine Erklärung gegeben. Er knüpft bei Janet (1904) an, der Dissoziationen - als Abspaltung pathogener Inhalte - für einen abnormen Vorgang hielt ("desaggregation"). Hilgard dagegen hält die Dissoziation für ein normales kognitives Phänomen. Eine Form der Dissoziation ist die Amnesie, die etwas mit Verdrängung zu tun hat. Suggeriert man beispielsweise unter Hypnose, die Hälfte aller gelernten Worte einer Liste zu vergessen, so fallen hauptsächlich die emotional belasteten unter die Amnesie.

Die Tatsache, daß ein solches Dissoziationsphänomen, ähnlich wie die Abspaltung körperlicher Empfindungen (etwa Schmerz) unter Hypnose besser als im Wachbewußtsein gelingt - ebenso wie die Integration multipler Persönlichkeiten - wird mit einem bestimmten Kontrollmechanismus erklärt. Hilgard nimmt dazu eine Hierarchie kognitiver und somatischer Subsysteme an und postuliert eine *Exekutivkontrolle*. Sie regelt das Zusammenwirken der einzelnen Mechnismen und garantiert so Konsistenz, aber auch Übereinstimmung mit gewissen Kontextnormen und ermöglicht letztendlich so etwas wie eine Identität der Persönlichkeit. Unter Hypnose wird nach seiner Auffassung diese oberste Kontrollinstanz zurückgedrängt und die einzelnen Subsysteme können größere Autonomie entfalten.

Hilgard hat das getrennte Nebeneinander unterschiedlicher autonomer Instanzen durch seinen "heimlichen Beobachter" (hidden observer) bei Schmerzexperimenten nachzuweisen versucht. Durch ein verabredetes Zeichen (Hand auf die Schulter legen) wird während der Hypnose ein Schmerzbericht von einer suggerierten

Instanz abgerufen, die die Empfindung in gewohnter Stärke wahrnimmt. Dadurch war es Hildgard möglich, neben dem verdeckten Bericht einer hypnotischen Analgesie die volle subjektive Schmerzstärke, etwa beim Eiswassertest, zu ermitteln.

Ungeachtet dessen, ob solche Experimente generalisierbar sind, scheint die Annahme einer hierarchischen Struktur von (in sich relativ autonomen Kontrollmechanismen) innerhalb des kognitiven Systems, aber auch innerhalb des somatischen Systems, durchaus sinnvoll. Immerhin ist bekannt, daß sowohl das autonome Nervensystem als auch das endokrine System und das Immunsystem eine relative Autonomie aufweisen, obwohl sie koordiniert agieren und aufeinander einwirken. Auch im kognitiven Bereich ist das Phänomen bekannt, daß disparate Einstellungen und Werthaltungen nebeneinander existieren können, sozusagen Biedermann und Brandstifter, Lebensretter und Lebensvernichter, daß diese jedoch möglichst separat gehalten werden. Einige solcher Steuerungsmechanismen sind auf kognitiver Ebene etwa die emotionale und die rationale Orientierung, das prozedurale, episodische und semantische Gedächtnis, das kreative Denken, die Werthaltungen und die Logik.

Nach Hilgards Auffassung gibt es eine Exekutivkontrolle, die ganz oben in der Hierarchie angesiedelt ist und unter Hypnose ihren Einfluß zurücknimmt. Unter dieser Bedingung sind dann offensichtlich prozedurale Programme wieder ansprechbar, die z.B. nach organischem Hirnschaden bewußt nicht zugänglich waren (Bewegungsprogramme), sind Details aus früher erlebten Episoden wieder zugänglich, sind kreative Lösungen möglich, sind autonome Reaktionen beeinflußbar (Pulsrate, Blutdruck) und solche des endokrinen Systems und des Immunsystems (Veränderung der Beweglichkeit der weißen Blutkörperchen usw., s.o.). Daß die Schmerzbewältigung ein solch autonomer Regulationsmechanismus ist, steht außer Frage. Es läßt sich nachweisen, daß die hypnotische Analgesie weder mit Angstreduktion noch durch Entspannungsreaktionen, weder durch Placeboeffekte noch durch die Empfänglichkeit für Analgetika, noch durch kognitive Bewältigungsmechanismen erklärbar ist (Hilgard & Hilgard, 1983; Revenstorf, 1986).

Das Konzept der hierarchischen Regulationssysteme impliziert parallel zum Kontinuum der Involviertheit qualitative Veränderungen auf der physiologischen Ebene, die dadurch gekennzeichnet sind, daß die Exekutivkontrolle unterlaufen werden kann. In diesem Zustand sind einzelne Steuerungsmechanismen direkter ansprechbar.

3. Anthropologische Prämissen

Jede Therapieform beinhaltet explizit oder implizit ein Menschenbild. Es spiegelt sich in der Umgangsform des Therapeuten mit seinem Klienten wieder und beeinnflußt die Wahl seiner therapeutischen Techniken. Die Annahmen über den Menschen, die der Ericksonschen Hypnose zugrundeliegen, unterscheiden sich wesentlich von denen der traditionellen Hypnose. Sie entstammen den Erfahrungen, die Erickson im Laufe seines Lebens gesammelt hat - u.a. durch die Auseinandersetzung mit seinen eigenen zahlreichen Handicaps:.

Erickson war von Kind an farbenblind, tontaub und Legastheniker. Im Alter von 17 Jahren erkrankte er an Poliomyelitis, die er nur knapp überlebte (Peter, 1988). Um den Anforderungen des Alltags und der Schule gerecht zu werden, zeigte er einen besonderen Ehrgeiz und Einsatz und entwickelte ungewöhnliche Bewältigungsstrategien, sowie eine nicht alltägliche Sicht alltäglicher Erfahrungen (Zeig & Lankton, 1985).

Die traditionelle Auffassung der Hypnose geht von der Suggestibilität des Menschen aus: einer allgemeinen Tendenz, Fremdsuggestionen in gleichlautende Autosuggestionen bzw. entsprechende Vorstellungen umzusetzen. Das heißt, sofern der Rapport hinreichend ist, übernimmt der Klient Anweisungen vom Therapeuten - unabhängig von eigenen Lebenserfahrungen. Im Gegensatz zu dieser dem traditionellen Hypnoseverständnis innewohnenden Fremdbestimmtheit der Intervention geht Ericksons Therapieauffassung von einer autonomen Veränderung des Klienten aus. Das drückt sich in der Anpassung an die Möglichkeiten des Klienten aus (Utilisationsprinzip s.o.). Das heißt, das therapeutische Angebot orientiert sich an den Interessen, der Motivation, den Überzeugungen, dem Verhaltensrepertoir und dem sprachlichen Stil des Klienten. Auch das, was traditionell als Widerstand klassifiziert würde, wird von Erickson als grundsätzlich nützliche Eigenart akzeptiert. Beispiele dazu finden sich bei O'Hanlon (1990). Im Sinne dieser Auffasssung wird häufig das Symptom nicht als etwas betrachtet, das zu eliminieren ist, sondern als Ausgangspunkt der Veränderung (bezüglich Dauer, Zeitpunkt, Frequenz und Kontext, in dem es auftritt usw.).

Die Ericksonsche Hypnotherapie läßt sich durch folgende anthropologische Grundannahmen charakterisieren:

1. Positives Menschenbild
2. Individualität des Klienten und seines Problems
3. Veränderungsoptimismus
4. Das Unbewußte als Ressource
5. Natürlichkeit der Tranceerfahrung

3.1. Positives Menschenbild

Im Gegensatz zu den meisten anderen Psychotherapiemodellen richtet Erickson seine Aufmerksamkeit in der Therapie nicht auf den "Krankheitswert" der Störungen, sondern auf die Fähigkeiten und Potentiale, sogar jene, die in der Störung selbst liegen. Symptome werden nach Möglichkeit nicht als Defekte betrachtet, sondern als Besonderheiten, die in ihrem Muster zu verändern sind. Auf diese Weise sind die verschiedenen Formen der Symptomverschreibung entstanden. Widerstand wird in ähnlicher Weise behandelt - als Eigenart, die die Form der Intervention mitbestimmt. Erickson geht davon aus, daß jeder Mensch einen kaum zu erschöpfenden Erfahrungsschatz hat, mit dem er anstehende Probleme bewältigen kann. Eine Störung ist häufig durch Rigidität von Denk-, Emotions- und Verhaltensmustern bedingt. Diese gilt es in der Therapie zu durchbrechen. Hierzu wird Trance genutzt (Gilligan, 1991).

3.2 Individualität

Die meisten Therapieformen versuchen allgemeingültige Gesetzlichkeiten über den Menschen und sein Funktionieren aufzustellen, um daraus therapeutisches Handeln abzuleiten. Der Klient wird Kategorien zugeordnet, die allgemeine Aussagen über den von dieser Störung betroffenen Menschen erlauben sollen. Diese Typologien dienen der Reduktion von Komplexität und dem wissenschaftlichen Ziel, allgemeingültiges und übertragbares Wissen zu finden (Revenstorf, 1993b). In der Ericksonschen Form der Hypnotherapie findet dieses Prinzip beim direkten Umgang mit dem Klienten strikte Grenzen. Erickson hat wiederholt betont, daß therapeutische Kommunikation sich weder auf theoretische Verall-

gemeinerungen noch auf statistische Wahrscheinlichkeiten stützen sollte, sondern auf konkrete Muster, die den gegenwärtigen Selbstausdruck des Klienten (z.B. Überzeugungen, offenes Verhalten, Motivationen oder Symptome) auszeichnen (Gilligan, 1991). Es wird demgemäß der Akzent nicht auf die Ähnlichkeiten zwischen den Menschen, sondern die Unterschiede und die Besonderheiten eines jeden gelegt (vgl. auch Rosen, 1982; Zeig & Lankton, 1985). Hier wird deutlich, daß therapeutisches Handeln im Sinne von Erickson nicht aus wissenschaftlichen Prinzipien allein ableitbar ist, sondern darüber hinaus eine praxeologische Komponente enthält. Sie drückt sich in einem individualisierten therapeutischen Zugang zum jeweiligen Klienten aus (siehe Utilisationsprinzip).

3.3 Veränderungsoptimismus

Der Individualität entspricht für Erickson die Vielfältigkeit der Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf frühere, vergangene Situationen und Entwicklungsstufen und deren Unterschiede zur heutigen Situation und leitet daraus die grundsätzliche Möglichkeit zur Veränderbarkeit von Lebensläufen ab (Rosen 1982, S. 463). Dabei favorisiert Erickson für den Klienten die Erfahrung gegenüber der Kontemplation. Diese Erfahrung initiiert er durch praktisches Handeln und/oder in der Trance durchlebte Vorstellung. Außerdem wird der Veränderungsprozeß häufig nicht präkonzipiert, sondern unter Nutzung der individuellen Ressourcen nur angestoßen. Erickson wollte Menschen nicht diktieren, wie sie zu leben haben: "Als wenn es jemanden gäbe, der irgend einem anderem wirklich vorschreiben könnte, wie er zu denken und zu fühlen und wie er in bestimmten Situationen zu reagieren hätte" (Erickson, zit. nach O'Hanlon, 1990). Rosen zitiert Erickson wie folgt: "You should enjoy the process of waiting, the process of becoming what you are" (Rosen, 1982, S. 464). Das Ziel der Veränderung liegt darin der Person zu mehr Kongruenz zu verhelfen. Rosen zitiert Erickson weiter "You see, we don't know what our goals are. We learn our goals only in the process of getting there" (Rosen 1982, S.464). Pasierbski und Singendonk (1992) haben in diesem Zusammenhang auf die Nähe zur taoistischen Philosophie hingewiesen. Unbenommen von dieser eher offenen Haltung, gibt es zahlreiche Beispiele direktiver Instruktionen bei Erickson, besonders dann, wenn er der Meinung war, daß der Klient entweder klare Orientierungshilfen bevorzugte oder dadurch am ehesten eigene Motivationsquellen mobilisierte (paradoxe Intention). Grundsätzlich besteht die Veränderung darin, den Klienten aus seiner Rigidität zu befreien, so daß er wieder in der Lage ist, eigene Lösungen zu finden.

3.4. Das Unbewußte als Ressource

Zahlreiche unterschiedliche Prozesse werden dem Unbewußten in der Ericksonschen Hypnotherapie zugerechnet: spontane psychische Abläufe (wie Träume, Gedankenproduktion, Erinnerungen) und automatische Handlungen und unkontrollierbare Symptome (wie Zwangsgedanken und -handlungen), ideomotorische Vorgänge, physiologische Prozesse des autonomen bzw. vegetativen Nervensystems, die die Regulation vielfältiger Körperfunktionen betreffen. Dabei definieren sich unbewußte Vorgänge durch ihre Unbeeinflußbarkeit und Unwillkürlichkeit. Sie entstehen ohne bewußte Bemühungen. Im Gegensatz zur Freudschen Theoriebildung und in größerer Nähe zu Jung sieht Erickson das Unbewußte als einen großen Speicher phylogenetischer und ontogenetischer Lerneerfahrungen, die erheblichen Einfluß auf psychische und körperliche Vorgänge ausüben. Diese Erfahrungen sind prinzipiell wertneutral und für Veränderungen nützlich. Im Gegensatz dazu wird dem bewußten Denken mehr kontrollierende und nicht die für die Veränderung nötige kreative Qualität zugesprochen. Das rührt daher, daß das bewußte Denken vom Klienten und seinen alltäglichen Ratgebern in den meisten Fällen schon vielfach bemüht wurde, ohne zu einer erfolgreichen Veränderung zu kommen. Erickson war der Meinung, daß man Vertrauen in unbewußte Prozesse haben und sich vom Unbewußten führen lassen kann. Das Unbewußte war für ihn ein Helfer, den es in der Therapie zu nutzen galt. Symptome werden vom Unbewußten beeinflußt oder gar hergestellt; sie erfüllen eine Anpassungsaufgabe oder stellen eine mögliche, wenn auch nicht die optimale Problemlösung dar. Hypnose wird als Weg betrachtet, um mit unbewußten Prozessen Kontakt aufzunehmen und diese zu beeinflussen.

3.5. Natürlichkeit der Tranceerfahrung.

Für Erickson ist Trance ein natürlicher Zustand, der auch im Alltag auftritt (Gilligan 1991, S. 37; O'Hanlon 1990, S. 21). Trancephänomene kommen nicht nur bei therapeutischen Tranceinduktionen vor. Eine Person kann gleichzeitig telefonieren und auf einem Schreibblock Bilder malen, Autofahren und innerlich eine Begebenheit rekapitulieren. Das heißt, dissoziiertes Verhalten tritt auch ohne Tranceinduktion auf. Weitere Beispiele für Trancephänomene im Alltag sind Tagträume, Absorbiertheit in eine Lektüre, einen Film, ein Gespräch. Auch hier liegen charakteristische Merkmale eines Trancezustandes vor: fokussierte Aufmerksamkeit, geringe Störbarkeit, Zeitverzerrung. Ebenso finden wir ideomotorische Prozesse nicht nur im fremdinduzierten Trancezustand, sondern auch als spontane Mitbewegungen in der Faszination durch einen Vorgang (z.B. beim Fußballzuschauen, beim Füttern eines Kindes, beim Mitfahren im Auto). Auch können wir uns in bestimmten Situationen an Dinge nicht mehr erinnern, von denen wir doch sicher sind, daß wir sie eigentlich wissen (Amnesie), oder erleben uns in besonderem Maße von Erinnerungen aus der Vergangenheit bedrängt (Hypermnesie). Oder man erlebt sich - durch eine bestimmte Situation ausgelöst (man entdeckt ein altes Schulbuch aus seiner Kindheit wieder) - für einen kurzen Moment so wie damals (Altersregression). Erickson knüpfte an solche natürliche Tranceerfahrungen an, um Menschen einen leichteren Zugang zur Trance zu ermöglichen.

4. Empirie zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

4.1 Methodische Vorüberlegungen

Zum Nachweis der Wirksamkeit einer therapeutischen Methode sind qualitativ verschiedene Wege gangbar. Der einfachste und methodisch schwächste Versuch, die Brauchbarkeit einer Methode zu belegen, ist der *Einzelfallbericht*. Es wird die Behandlung eines Klienten mit einer bestimmten Methode geschildert und anhand eines Vorher-/Nachhervergleichs auf die Wirksamkeit der Therapiemethode geschlossen. Solche Ergebnisse sind jedoch nicht generalisierbar und der eingetretene Besserungseffekt kann auch durch Spontanheilung oder andere unbekannte Einflüsse zustande gekommen sein. Aus diesem Grunde ist der wissenschaftliche Wert von Einzelfallberichten sehr begrenzt und lediglich für die Beschreibung neuer Phänome und Vorgehensweisen von vorläufiger Bedeutung. Die in großer Zahl existierenden Einzelfallberichte zur Hypnose dokumentieren daher deren weiten Anwendungsbereich, lassen aber keine Schlüsse auf die Wirksamkeit zu. Solche Fallbeschreibungen finden im folgenden keine Berücksichtigung.

Gelegentlich werden - im Gegensatz zur Post-hoc-Beschreibung von Fallverläufen - *Einzelfallexperimente* durchgeführt (besonders auch bei seltenen Erkrankungen). Im Fall prinzipiell reversibler Einwirkungen wird beim Klienten die entsprechende Intervention angewandt, abgesetzt und erneut angewandt. Anhand der resultierenden Zeitreihe können die Effekte der Interventionsphasen von der interventionsfreien Phase unterschieden werden. Ein an dieser Technik orientiertes Verfahren haben z.B. Redd, Anderson & Minagawa (1982) zusätzlich bei 6 ihrer Patienten durchgeführt und positive Ergebnisse für die hypnotische Intervention bei der Kontrolle von iatrogenem Erbrechen (Chemotherapie) erhalten. Eine andere auf Einzelfälle angewendete Methode der experimentellen Kontrolle besteht darin, z.B. Warzen nur an der linken Hand des Klienten suggestiv zum Verschwinden zu bringen, während sie an der rechten Hand unverändert blieben.

Eine bessere Generalisierbarkeit wird mit *Gruppenstudien* erreicht. Eine mittels statistischer Kennwerte genau beschreibbare Stichprobe von Klienten wird vor und nach der Intervention hinsichtlich Symptomen bzw. Beschwerden verglichen. Solche Prä/Post-Vergleiche werden in der Therapieforschung häufig durchgeführt. Die erreichte Verbesserung sollte allerdings höher sein als die Rate der Spontanremission. In der folgenden Evaluation der Hypnotherapie wurden nur solche Studien als Erfolg bewertet, bei denen dies gegeben war. Am besten läßt sich der Therapieerfolg jedoch durch den Vergleich mit einer unbehandelten, ansonsten vergleichbaren Kontrollgruppe (z.B. Warteliste) nachweisen. Hier treffen alle dritten Ursachen und die Spontanremission beide Gruppen gleichermaßen und sind daher berücksichtigt. Studien mit derartigen Kontrollgruppen haben einen höheren Aussagewert als reine Prä/Post-Vergleiche und sind in der tabellarischen Zusammenstellung (s.u.) besonders gekennzeichnet.

4.2 Umfang der empirischen Belege

Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Hypnotherapie wurde eine Recherche in den Literaturdatenbanken *Medline* und *Psychlit* für die Publikationsjahre 1960 - 1992 vorgenommen. Weiter wurden einschlägige Sammelreferate, Kompendien und Lehrbücher zur klinischen Hypnose gesichtet. Es ergab sich ein heterogener Anwendungsbereich, der sich von der Medizin (Somatik) über Rehabilitation, Psychosomatik, den Bereich von Neurosen und Verhaltensstörungen bis hin zur Sucht erstreckt.

In folgenden Bereichen wurde die Wirksamkeit von Hypnose mittels empirischer Studien untersucht und bestätigt:

- Milderung von Operationsfolgen in der Chirurgie
- Senkung des Bluthochdrucks bei (meist milden) Hypertonikern
- Verringerung asthmatischer Beschwerden und Anfälle
- Verlängerung der Überlebenszeit bei Krebspatienten
- Heilung von Warzen
- Beschwerdemilderung beim "Irritable Bowel Syndrome" (IBS)
- Verminderung von Übelkeitsreaktionen bei chemotherapeut. Krebsbehandlung
- Linderung bei Kopfschmerzen bzw. Migräne
- Verminderung von Krebsschmerz oder behandlungsbedingten Schmerzen
- Schmerzkontrolle bei Patienten mit chronischen Schmerzen
- Bewältigung von Ängsten und Phobien
- Verbesserungen bei Schlafstörungen und Schlafwandeln

- Verringerung des Einnässens bei Enuresis
- Im Suchtbereich (Methadon) Erhöhung der Abstinenz
- Gewichstreduktion bei Adipösen
- Förderung der Abstinenz bei Rauchern
- Erleichterung des Geburtsverlaufs für Mutter und Kind

Meist wurde in Prä/Post-Vergleichen die Verbesserung durch die Behandlung festgestellt. Zum Teil liegen auch Vergleiche mit anders behandelten oder unbehandelten Kontrollgruppen vor. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 2 weiter unten zusammenfassend dargestellt. Insgesamt wurden 74 Studien mit insgesamt über 5000 Klienten in die Aufstellung einbezogen. Ausgeschlossen wurden Studien, in denen Imaginationsverfahren eingesetzt wurden, die nicht als "hypnotisch" deklariert waren, obwohl sie technisch-inhaltlich im weiteren Sinne dazu gehören. In einigen Studien zur Adipositasbehandlung wurde Hypnose mit Techniken der Verhaltenstherapie kombiniert. Erwies sich diese Kombination der reinen Verhaltenstherapie als überlegen, dann wurde dies als Effektivität der Hypnose gewertet. Der Rahmen, in dem die Hypnose eingesetzt wurde, reichte von Einzeltherapie über Gruppentherapie bis zu Massenveranstaltungen mit über 1000 Klienten (Raucherthe-rapie) und zeitlich von einer Einzelstunde bis zu über 50 Sitzungen. Beschreibungen, wie die Hypnose im Detail durchgeführt wurde, reichten von direktiven Techniken, übenden Abläufen bis hin zu indirekten Techniken (z.B. Einstreuung). Die Qualifikation der Therapeuten wurde oft nicht spezifiziert. Auch wurden unterschiedlichste Erfolgsmaße und Katamnesezeiträume berichtet.

Ein Großteil der Studien kommt zu positiven Ergebnissen für die Effektivität der Hypnose. Insgesamt erweist sich die Hypnotherapie als wirksam, oft genauso gut wie andere Techniken, in Kombination mit ihnen manchmal noch besser als allein.

4.3 Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse

Besonders deutlich fallen die Belege in dem Bereich *Schmerz* aus. Die meisten Studien liegen zu Spannungskopfschmerzen (10), Migräne (8) sowie Krebsschmerz (6) vor. Weitere Schmerzbereiche sind: Brandverletzungen, temporo-mandibular-(Kiefer)-Schmerzen, Fibromyalgien sowie Geburtsschmerz; insgesamt wurden zu diesem Bereich 24 Studien gesichtet. In allen Studien kommt es zu einer Verminderung der Schmerzen. Oftmals erreichen andere Methoden, mit denen Hypnose verglichen wird, auch Erfolge (z.B. Verhaltenstherapie bei Elton et al., 1980, oder Biofeedback bei Friedman & Taub, 1984). Bei Migräne konnte häufig eine Reduktion der Anfallshäufigkeit erreicht werden (Anderson et al., 1975) oder eine Reduktion der Medikamente (Friedman & Taub, 1984), bei Spannungskopfschmerzen eine Reduktion der Schmerzdauer pro Tag (10 Std. auf 7 Std.) bzw. Woche (Melis et. al., 1991).

Es sei kritisch angemerkt, daß eine Kopfschmerzreduktion um 3 Std. pro Tag nicht unbedingt für jeden Klienten ein bedeutsamer Erfolg ist, verglichen mit den Erwartungen, die an eine Therapie gerichtet werden; hier muß aber auf den Unterschied zwischen statistischer und klinischer Signifikanz hingewiesen werden. Besonders deutlich ist dieses Problem für die Studien zur Gewichtsreduktion. Devines Übergewichtige hatten ein durchschnittliches Gewicht von ca. 90 kg und erreichten eine Gewichtsreduktion von 2 kg, die sich als statistisch signifikant zeigte. Klinisch ist eine Gewichtsreduktion um 2 kg jedoch dürftig.

In der Arbeit mit *Krebspatienten* konnte besonders auch bei Kindern die Angst vor schmerzhaften Eingriffen (Lumbalpunktion zur Knochenmarkbiopsie bei Leukämiepatienten) gesenkt werden. Nur in der Arbeit mit sehr jungen Patienten (4-6 Jahre) konnten J.R. Hilgard & Morgan (1978) keinen Erfolg erzielen. Erfolgreich zu bewerten sind auch die Interventionen zur Reduktion von Übelkeit als Nebenwirkung von Cytostatika bei Erwachsenen. 2 Studien konnten hier positive Ergebnisse zeigen (Burish & Lyles, 1981; Redd et al., 1982; bei Kindern: Zeltzer & LeBaron, 1982). Zwei Studien, die ihre Verfahren als "geleitete Imagination" bezeichneten, wurden von uns nicht berücksichtigt (Ergebnisse positiv). Bei der Reduktion von Schmerzen bei Erwachsenen fanden wir 2 Studien (Spiegel & Bloom, 1983; Sjryala, 1992) mit positiven Ergebnissen. Wir konnten keine Studie finden, bei der kein Erfolg bei der Reduktion von Übelkeit oder Schmerzen erreicht wurde!

Tab. 2: Zusammenstellung der empirischen Studien zur Effektivität der Hypnotherapie. Die Anzahl der Studien mit signifikanten Verbesserungen im Prä/Post-Vergleich und im Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe sind in Spalte 2 und 3 gegenübergestellt.

Störung	prä/post-Vergleich	Kontroll-Gr. Vergleich	Anzahl der Studien	Anzahl der Patienten
1. Chirurgie		1/1	1	40
2. Hochdruck	1/2	1/1	3	113
3. Asthma	1/2	1/1	3	319
4. Krebs	(Überlebenszeit)	1/1	1	86
5. Warzen	31% Verbesserung		7	240
6. Colon irritabile		1/1	1	30
7. Übelkeit (Krebs)	3/3		3	30
8. Kopfschmerzen	6/6	1/1	7	250
9. Krebs-Schmerz	6/6		6	203
10. Chron. Schmerz		2/2	2	71
11. Angst	3/4	5/6	10	348
12. Schlafstörung	2/2	1/1	3	70
13. Enuresis		1/1	1	48
14. Sucht	1/3		3	288
15. Adipositas	4/4		4	215
16. Rauchen	34% Abstinenz		21	3414
17. Geburtshilfe		1/1	1	60
Insgesamt	27 von 32 signifikant	16 von 17 signifikant	77 Studien	5825 Klienten

Am häufigsten wird Hypnose mit verhaltenstherapeutischen Interventionen verglichen. Problematisch sind im Bereich der *Angstbehandlung* die nicht immer klar trennbaren Wirkmechanismen. Viele VT-Techniken basieren auf Imagination und Visualisierung (Reizüberflutung in sensu, verdeckte Desensibilisierung u.a.) oder beinhalten stark suggestive Elemente (Biofeedback). Im Bereich der Angstbehandlung zeigt sich Hypnose in 8 von 10 Studien als wirksames Verfahren. In zwei Studien konnte die Wirksamkeit der Hypnose allerdings nicht belegt werden (Marks et al., 1968; Melnick & Russel, 1976). Bei den Angstbereichen handelte es sich meistens um Schlangenangst und Prüfungsangst.

Bei der Überprüfung der Effektivität der Behandlung bei *Warzen* wurde im Durchschnitt eine ca. 30%-ige Erfolgsquote erreicht. Damit ist dieser Wert fast doppelt so groß wie der der Spontanremissionsrate von ca. 16% (Tenzel & Taylor, 1969).

Bei der Behandlung von *Rauchern* und *Raucherinnen* kann von einem Erfolg gesprochen werden, wenn die Spontanabstinenzquote von 15% (Baer, Foreyt & Wright, 1977) überschritten wird. Dies ist in den 16 der aufgeführten Studien der Fall. In 4 Studien konnte dieses Ergebnis nicht erreicht werden. (Pederson, 1975; Perry, 1979; Shewchuk, 1977; Wagner, 1983).

Tab. 3: Liste der Studien

1. **Chirurgie:** Hart (1980)
2. **Bluthochdruck:** Case (1980), Deabler et al. (1973), Friedman & Taub (1977)
3. **Asthma:** Citron et al. (1968), Maher-Laughnan et al. (1962), Morrison, Smith & Burns (1960) zit. n. Maher-Loughnan (1962)
4. **Krebs** (Überlebenszeit): Spiegel et al. (1989)
5. **Warzen:** Chandrasena (1982), Johnson & Barber (1978), Sinclair-Gieben & Chalmers (1959), Surman et al. (1973), Ullmann & Dudek (1959), Zhukov (1961), Tenzel & Taylor (1969)
6. **Irritable Bowel Syndrome:** Whorwell et al. (1984)
7. **Übelkeit (Chemotherapie):** Burish & Lyles (1981), Cotanch & Strum (1985), Redd et al. (1982), Zeltzer et al. (1983)
8. **Kopfschmerzen:** Anderson et al. (1975), Andreychuk & Skriver (1975), Carasso (1983), Friedman & Taub (1982, 1984), Melis et al. (1991), Schlutter (1979), Schlutter et al. (1980)
9. **Schmerz (bei Krebs):** J.R. Hilgard & Morgan (1978), J.R. Hilgard & LeBaron (1982), Kellerman et al. (1983), Spiegel & Bloom (1983), Syjala, Cumming & Donaldson (1992), Zeltzer & LeBaron (1982)
10. **Schmerz (chronischer):** Elton et al. (1980); Hoppe (1983)
11. **Angst:** Benson et al. (1978), Boutin & Tosi (1983), Glick (1970), Horowitz (1970), Marks et al. (1968), Melnick & Russel (1976), O'Brian et al. (1981), McAmmond et al. (1971), Paul (1969), Stanton (1978b)
12. **Schlafstörungen:** Berkowitz et al. (1979), Borkovec & Fowler (1973), Graham et al. (1975), Reid et al. (1981)
13. **Enuresis:** Edwards & Spuy (1985)
14. **Sucht:** Edwards (1966), Manganiello (1984), Wallerstein et al. (1957)
15. **Adipositas:** Barabasz & Spiegel (1989), Bolocofsky et al. (1985), Bornstein et al. (1980), Goldstein (1981)
16. **Rauchen:** Barkley et al. (1977), Berkowitz et al. (1979), Hall & Crasilneck (1970), Jeffrey et al. (1985), Kline (1970), MacHovac & Man (1978), Miller (1976), Nuland & Field (1970), Owens et al. (1981), Pederson et al. (1975, 1979), Perry & Mullen (1975), Perry et al. (1979), Rabkin et al. (1984), Sanders (1977), Sheehan et al. (1982), Shewchuk et al. (1977), Spiegel (1970), Stanton (1978a), Wagner et al. (1983), Watkins (1976)
17. **Gerburtshilfe:** Harmon et al. (1990)

Bei *Schlafstörungen* war Hypnose in 3 Studien, eine davon zum Schlafwandeln (Reid et al., 1981), erfolgreich.

Bei *Adipositas* zeigte sich die Hypnose vor allem in der Kombination mit Verhaltenstherapie als wirksam (4 Studien: Bornstein & Devine, 1980; Goldstein, 1981; Bolocofsky, Spinler & Coulthard-Morris, 1985; Barabasz & Spiegel, 1989). Bei zwei Studien wurde auch Selbsthypnose vermittelt (Barabasz & Spiegel, 1989; Bolocofsky et al., 1985). In der Studie von Goldstein (1981) ging es zusätzlich um die Frage, ob die Überzeugung, sich in Trance zu befinden, die Effekte verstärkt, was sich bestätigte.

In der *Geburtsvorbereitung* eingesetztes Hypnosetraining erzielte sogar bessere APGAR-Werte bei den Neugeborenen (Harmon et al., 1990).

Zurückhaltender müssen die Ergebnisse bei *Hypertonie* und *Asthma* gewertet werden. Bei Hypertonie kam es in einer Studie sogar zu einem Blutdruckanstieg (Case et al., 1980) hochsuggestibler Patienten während der Hypnose. Bei Asthma konnte in einer Studie (Morrison et al., 1960 zit. nach Maher-Loughnan, 1962, S. 375) bei Kindern kein Erfolg erzielt werden.

Zu folgenden Bereichen liegt nur jeweils eine Untersuchung vor, so daß es hier noch einer weiteren Sicherung der Ergebnisse bedarf: Chirurgie, Überlebenszeit von Krebspatienten, Irritable Bowel Syndrom, Enuresis und Sucht.

Insgesamt ist die Wirksamkeit der Hypnotherapie in verschiedensten Bereichen mit 77 hier genannten Studien gut belegt. Vergleichsweise werden im *Forschungsgutachten der Bundesregierung der BRD zur Psychotherapie* für die psychoanalytische Kurztherapie 27, für die Gesprächstherapie 31, für operante Verfahren der Verhaltenstherapie 71, die Desensibiliserung 82, das Biofeedback 87 und kognitive Verfahren 102 empirische Studien aufgeführt (Meyer, Richter, Grawe, Schulenberg & Schulte, 1991). In den Metaanlysen von Smith, Glass, und Miller (1980) erreicht die Hypnose sogar eine Effektstärke (basierend auf 19 Kontrollgruppenuntersuchungen), die den meisten anderen Therpieformen überlegen ist.

Bei diesen Ergebnissen der Hypnotherapie ist die vergleichsweise kurze Behandlungsdauer, die Nichtinvasivität der Methode sowie die Geringfügigkeit von Nebenwirkungen zu berücksichtigen (MacHovec, 1986). Insgesamt sind wenige Kontraindikationen (z.B floride Psychosen) bekannt und die Anwendbarkeit ist in vielen Bereichen noch nicht hinreichend ausgelotet (z.B. neurologische Rehabilitation). Sicher ist die Hypnotherapie auch nicht unterschiedlos die Methode der Wahl. Vielmehr gibt es bevorzugte Anwendungen. Ihr Vorteil ist in vielen Fällen in der Kombination mit anderen Methoden zu sehen.

5. Abgrenzung zu anderen Therapieformen

5.1 Tiefenpsychologie

Mit den tiefenpsychologischen Schulen teilt die Hypnotherapie den Begriff des Unbewußten, der allerdings weniger dem von Freud konzipierten nicht realitätsfähigen Primärprozeß als dem von Jung konzipierten wertneutralen Unbewußten entspricht. Es wird als biologisch funktionaler Mechanismus verstanden, der einerseits wie bei Jung zum Alltagserleben kompensatorische Funktion hat, zum anderen einen großen Teil körperlicher und seelischer Funktionen autonom steuert.

Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse geht es in der Hypnose nicht nur darum, aufdeckend zu arbeiten. Da Erinnern und Vergessen, Assoziieren und Dissoziieren als mehr oder weniger symmetrische und gleichermaßen funktionale Mechanismen betrachtet werden, kann eine zudeckende, rekonstruierende Bearbeitung gleichermaßen berechtigt sein. Außerdem wird das Symptom als problematisches Muster im Vordergrund gesehen; daher sind Verschreibungen, Veränderungen und Beseitigung des Symptoms von legitimem Interesse für die Therapie.

Interessant ist, daß die therapeutische Beziehung in der Hypnose offensichtlich stark von der Übertragung profitiert. Der Hypnotherapeut agiert sowohl analog einer autoritativen Vaterfigur als auch analog einer fürsorglichen Mutterfigur. Es wird allerdings nicht die Notwendigkeit gesehen, in der Therapiebeziehung eine Übertragungsneurose zu kultivieren, um in ihr das Problem zu reflektieren. Der Rapport wird stattdessen dazu genutzt, Verhaltensänderungen beim Klienten zu motivieren. Infolgedessen wird Widerstand auch nicht als notwendiger Bestandteil der Therapie betrachtet, sondern eher als Ungeschicklichkeit des Therapeuten, dem es nicht hinreichend gelungen ist, die Möglichkeiten des Klienten zu utilisieren.

5.2 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie versucht, dem Klienten Neuorientierung durch Abbau von Exzessen und Aufbau von Fertigkeiten zu vermitteln sowie eine erhöhte Toleranz gegenüber Auslösern von als negativ bewerteten Emotionen. Dabei werden vielfältige Prozeduren der Verhaltensausformung und Verhaltensverkettung mit Hilfe von Expositionstechniken oder operanter und respondenter Lernmechanismen angewandt. Die Ericksonsche Therapie ist ebenfalls stark erfahrungsorientiert. Sie verwendet wie die Verhaltenstherapie neben Imagination (in Trance) die praktische Erfahrung, die in Form posthypnotischer Suggestionen (bestimmte Handlungen, Musterunterbrechungen usw. auszuführen) veranlaßt wird. Beide Therapieformen sind problemorientiert und zielen darauf ab, absehbare Ziele zu erreichen (Peter, Kraiker & Revenstorf, 1991).

Tab. 4: Ericksonsche Therapie: Charakteristika der Behandlung bei 50 ausgewählten Fällen aus den *Gesammelten Werken*, Bd. IV (nach Bremen & Revenstorf, 1990; Revenstorf, 1993a).

Intervention	Relative Häufigkeit	Intervention	Relative Häufigkeit
verhaltensorientiert		*hypnotherapeutisch*	
autoritative Information	66%	explizite Hypnose	50%
direktive Hausaufgabe	33%	implizite Hypnose	10%
operante Prozedur	20%	keine Hypnose	15%
respondente Prozedur	20%	unklar	30%
Modell-Lernen	10%	Utilisation des Symptoms	60%
parodoxe Hausaufgabe	10%	Reframing des Symptoms	20%
		Konfusion	20%
		Utilisation indiv. Ressource	15%
		Verschiebung des Problems	10%
		Minimale strateg. Veränderung	6%

Der entscheidende Unterschied liegt in der Motivation des Klienten. In der VT wird anhand einer Problemanalyse ein Defekt diagnostiziert, um dann ein kompensatorisches Programm (Therapieplan) zu entwerfen, das auf der Basis eines Theapiekontraktes durchgeführt wird. In der Hypnotherapie dagegen wird das Problemverhalten als Besonderheit oder ökologisch begründbare Lösung akzeptiert und die Therapie besteht in einer Erweiterung oder Unterbrechung des vorhandenen Verhaltensmusters - unter Zuhilfenahme der Ressourcen und der Utilisation des Bewältigungsstils des Klienten. Eine Auszählung von

50 repräsentativen Erickson-Fällen zeigt die verhaltenstherapeutischen und die hypnotherapeutischen Anteile in der Behandlung (Bremen & Revenstorf, 1990; Revenstorf, 1993a).

Von den kognitiven Therapien unterscheidet sich die Hypnotherapie hauptsächlich dadurch, daß sie bei der Planung der Verhaltensänderung weniger auf die rationale Analyse baut als auf die metaphorische, symbolische und an die Vorstellung geknüpfte Verarbeitung. An Stelle der rationalen Umstrukturierung tritt die bildliche Umstrukturierung (Reframing). An Stelle des Arguments tritt die Metapher. An Stelle der Problemanalyse tritt die Suche nach einer Ressource. An Stelle des Planes zur Problemlösung tritt die Vorstellung usw. Insgesamt werden in der Hypnotherapie mehr die unwillkürlichen Denkprozesse und körperlichen Reaktionen genutzt und in der kognitiven Verhaltenstherapie die geplanten verbal-expliziten Prozessse. Es ist deutlich, daß sich hier das kognitiv-verhaltenstherapeutische und das hypnotherapeutische Vorgehen ergänzen. In der wissenschaftstheoretischen Position ist die Verhaltenstherapie historisch gesehen eher positivistisch ausgerichtet. Die kognitiven Therapien behalten zwar einen methodischen Operationalismus bei, enthalten aber in der Epistemologie wie die Hypnotherapie konstruktivistische Anteile (Gerl, 1990; Kruse, 1989; Kruse & Gheorghiu, 1992; Revenstorf, 1991b).

5.3 Humanistische Therapieformen

Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse und verwandte Verfahren verstehen Therapie als einen Wachstumsprozeß, bei dem der Klient vor allem von einem emotional gesunden Klima der therapeutischen Beziehung profitiert. Anders als in der Psychoanalyse werden nicht die neurotischen Anteile der Übertragung und Gegenübertragung betont, sondern jene, die Selbstentfaltung fördern. Auf diese Weise sollen verkümmerte und durch Ängste zurückgedrängte Seiten des Individuums zugänglich werden. Den damit verbundenen Optimismus bezüglich einer positiven menschlichen Grundsrtuktur und seiner Entwicklungsmöglickeiten teilt auch die Hypnotherapie. Die biographische Dimension, die z.B. in der Transaktionsanalyse betont wird (Skript), tritt bei der Hypnotherapie bei der Regression in Erscheinung. Allerdings steht ihr dort die Zeitprogression gleichberechtigt gegenüber.

Die Hypnotherapie baut nicht auf die Selbstheilung allein, sondern greift in den Veränderungsprozeß aktiv durch suggerierte Musterunterbrechung, strategische Minimalveränderung, Information und Umdeutung, sowie durch andere direktive Interventionen ein. Therapeutische Veränderung wird nicht unbedingt an die Evokation starker Affekte geknüpft, wie etwa in der Gestaltherapie, obwohl es nicht selten zu kathartischen Reaktionen kommt. Auch steht die therapeutische Beziehung nicht im Vordergrund, d.h. der Klient soll nicht in der Hauptsache an einer emotionalen Nachreifung genesen, die in der Überprüfung von Beziehungsmustern liegt. Vielmehr wird der Rapport zwischen Klient und Therapeut eingesetzt, um die Rezeption der therapeutischen Suggestion zu erleichtern.

Ein weiterer Unterschied zu den humanistischen, wie auch zu den anderen genannten Therapieformen besteht darin, daß die erreichten Veränderungen der Erlebnis- und Sichtweise nicht unbedingt ins Bewußtsein gehoben, sondern vorbewußt gelassen werden. Es wird in der Theorie der Hypnose davon ausgegangen, daß die Überprüfung veränderter Befindlichkeiten und Handlungsentwürfe an rational-logischen Gesichtspunkten nicht erheblich ist; die unbewußte Informationsverarbeitung verfüge in dieser Hinsicht über eine breitere

Entscheidungsbasis. Daher sind vorübergehende Amnesie oder Ablenkung durchaus wünschenswerte Vorgänge innerhalb des Veränderungsprozesses. Über einen längeren Zeitraum gesehen werden die therapeutischen Interventionen und deren subjektive Bedeutung allerdings im allgemeinen der Verbalisierung zugänglich, d.h. daß Zeit für Konsolidierungsprozesse eingeräumt wird.

5.4 Systemische Therapie

Die systemischen Therapien (Familien -, Paar- und Gruppentherapien) befassen sich nicht in erster Linie mit den Charakteristika einzelner Individuen sondern mit Beziehungen. Dabei stehen die impliziten oder expliziten Regeln zwischen den Personen im Mittelpunkt der Analyse und Intervention. Phänomene wie Delegationen, Familienmythen, implizite Eheverträge, soziale "Spiele" im Sinne der Transaktionsanalyse u.ä. steuern sowohl unauffälliges, produktives Verhalten, das mit dem Wohlbefinden einhergeht, als auch unproduktives und als abnorm auffallendes Verhalten, das mit Mißempfindungen und Einschränkungen des Verhaltens beim betroffenen Individuum einhergeht.

Veränderungen finden nach systemischer Auffassung dadurch statt, daß bestimmte dysfunktionale Regeln entkräftet, ersetzt oder modifiziert werden. Das geschieht u.a. durch Unterbrechung der relevanten Verhaltenssequenzen. Dem Anschein nach ist eine familientherapeutische Sitzung mit vielen aktiv Beteiligten etwas grundsätzlich anderes als der suggestive Monolog eines Hypnotiseurs für einen weitgehend passiven, regungslos zuhörenden Klienten. Und doch hat die Familientherapie vermutlich am unmittelbarsten von der Ericksonschen Hypnotherapie profitiert. Ein Teil der Prinzipien Ericksons sind von der systemischen Therapie direkt übernommen worden. Dazu gehören Utilisation, strategisches Vorgehen, Musterunterbrechung und der Verzicht auf unbedingte Transparenz der Intervention. Dennoch ist ein grundsätzlicher Unterschied darin zu sehen, daß auf die Interaktion der Familienmitglieder innerhalb der Therapiestunde meist verzichtet wird.

Der Vergleich der Hypnotherapie mit den anderen gängigen Therapieformen zeigt deutliche Überschneidungen: Mit der Verhaltenstherapie die aktive Überprüfung der Erfahrung, mit den humanistischen Therapien den besonderen Respekt vor der Autonomie des Individuums, mit der tiefenpsychologischen Betrachtung die regressiv aufdeckende Vorgehensweise und mit den systemischen Therapien insbesondere die strategischen Momente. Unterschiede sind zu fast allen anderen Therapieformen darin zu sehen, daß Hypnotherapie selten als Gruppentherapie im Sinn der Nutzung der Mehrpersoneninteraktion durchgeführt wird. Außerdem zeichnet die Hypnose die Nutzung von veränderten Bewußtseinszuständen aus. In vieler Hinsicht stellt sie eine vorteilhafte Ergänzung zu anderen Formen der Therapie dar.

6. Zusammenfassung

Hypnose gilt als ältestes Verfahren mit medizinischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Tradition. Die mit ihrer Hilfe induzierte Trance kann als Bewußtseinszustand mit vermehrter psychosomatischer Durchlässigkeit und kognitiver Flexibilität betrachtet werden (verbesserte Vorstellung, Assoziations- und Dissoziationsfähigkeit, Wahrnehmungs- und Zeitverszerrung u.a.). Sonderformen der Hypnose umfassen Verfahren wie Meditation, autogenes Training, Entspannung oder ähnliche Verfahren.

Die Erklärung der Hypnose und ihrer Erscheinungen stützt sich auf verschiedene Forschungsbereiche der Wahrnehmnungs- und Kognitionspsychologie (subliminale Wahrnehmung), der Sozialpsychologie und Psychophysiologie.

Es sind zahlreiche Auswirkungen des hypnotischen Zustandes auf physiologische Korrelate nachgewiesen: hirnphysiologisch (Durchblutung, theta-Aktivität, evozierte Potentiale), endokrinologisch (Streßhormone), immunologisch (Leukozytenmobilität, bessere Wundheilung), zentralnervös (Tonusveränderung), vegetativ (trophotrope Umstellung). Diese Veränderungen haben erhebliche Bedeutung für die klinischen Anwendungen der Hypnose im Bereich der Schmerz-, Angst- und Streßbewältigung, der Behandlung allergischer Reaktionen und für die Wundheilung.

Bei der zeitgenössischen Hypnotherapie steht nicht die Suggestibilität des Klienten und die Fremdbestimmtheit hypnotischer Behandlung im Vordergrund, sondern die veränderte Informationsverarbeitung unter Trancebedingungen. Daraus leiten sich eine Reihe von Therapieprinzipien ab, die zum großen Teil auf Erickson zurückgehen.

In der Hypnotherapie wird der Klient angeleitet, eigene Ressourcen so zu nutzen, daß er Verhaltensmuster verändern kann, defizitäre oder traumatische Erfahrungen ebenso wie Schmerzen verschiedener Art verändert wahrnimmt und psychophysiologische Prozesse anregt, die eine somatische Heilung unterstützen.

Die Wirksamkeit der Hypnotherapie ist in zahlreichen kontrollierten Untersuchungen nachgewiesen. Hier wurden 74 experimentelle Gruppenstudien mit insgesamt über 5000 Klienten zusammengetragen. Damit ist der empirische Status dieses Verfahrens im Bereich der Psychotherapie mit dem anderer anerkannter Methoden durchaus vergleichbar (Meyer et al., 1991; Smith et al., 1980).

Als primäre therapeutische Methode hat die Hypnotherapie einen definitiven Platz in der Behandlung von Angststörungen und posttraumatischen Reaktionen. Hier ist auch die Einbeziehung psychodynamischer Aspekte sinnvoll.

Hypnose ist in vielen Bereichen als Ergänzung zu medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsformen einzusetzen. Solche Bereiche sind etwa Wundheilung, Schmerzbewältigung in der Chirurgie, Geburtshilfe, Zahnheilkunde, Tumorbehandlung und die Behandlung chronischer Schmerzen. Bei vielen psychosomatischen Störungen (bestimmten Dermatosen, allergischen Reaktionen oder ulcerösen Erkrankungen) hat die Hypnose sich unterstützend als nützlich erwiesen. Bei einer Reihe von Verhaltensproblemen (Rauchen, Übergewicht u.ä.) hat sich die Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bewährt.

Hypnotherapie nimmt in gewisser Hinsicht einen Sonderstatus unter den Therapieformen ein. Sie ist von den anthropologischen Prämissen her eine humanistische Psychotherapie, ohne forschungsfeindlich zu sein, wie etwa die Gestalttherapie. Sie kann in ihrer Begründung auf sehr unterschiedliche Befunde empirischer Grundlagen- und Anwendungsforschung zurückgreifen. Sie ist in der Vorgehensweise problemorientiert und direktiv wie die Verhaltenstherapie, betrachtet dabei aber die Transparenz der Intervention nicht als notwendige Voraussetzung für deren Nützlichkeit. Sie bezieht sich wissenschaftstheoretisch auf eine konstruktivistische Grundposition, hat aber nicht darauf verzichtet, ihre Befunde mit positivistischen Methoden abzusichern. Sie ist außerdem eine medizinische Behandlungsmethode, die sich dabei psychologischer Mechanismen bedient und eine psychologische Behandlungsmethode, die ohne Kenntnis somatischer Mechanismen nicht angewandt werden kann. Sie stellt ein Bindeglied zwischen beiden Aspekten der psychosomatischen Betrachtung dar. Die Hypnotherapie nimmt daher in fachwissenschaftlicher wie berufspolitischer Hinsicht eine Mittlerrolle ein.

Hypnotherapie unterscheidet sich von der Technik der Hypnose durch eine Reihe von Charakteristika. Sie verbindet tiefenpsychologische Betrachtungsweisen der Störungsgenese mit praktisch verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen der Einübung und Exposition. Sie nutzt kognitive Interventionen sowohl zur Umstrukturierung (Fixierung von Bedeutung) wie zur Konfusion (Labilisierung von Bedeutung). Außerdem wurden systemische Strategien insbesondere von der Hypnotherapie Ericksons abgeleitet, die sich u.a. in der Familientherapie wiederfinden. *Hypnotherapie hat bei relativ breiter theoretischer Anbindung an die allgemeine Psychologie und Psychophysiologie aufgrund der technischen Vielfalt und der empirischen Validität gute Voraussetzungen zu einer Therapieform sui generis.*

Eine Ausbildung zum Hypnotherapeuten in diesem Sinne sollte etwa folgende Module zu beinhalten:

- tiefenpsychologisch fundierte Entwicklungspsychologie
- operante und respondente Verhaltentherapie
- verhaltenstheoretische Problemanalyse
- psychiatrische Diagnostik
- kognitive Therapie
- Psychosomatik
- humanistische Psychologie und Psychotherapie
- systemische und strategische Prinzipien
- Induktions- und Vertiefungstechniken
- regressive und progressive Problembearbeitung
- symptom- und problemorientierte Hypnotherapie
- direkte, indirekte und metaphorische Suggestionstechniken
- therapeutische Selbsterfahrung
  zwecks Beleuchtung der therapeutischen Beziehung

Diese Ausbildung müßte mit ambulanter und stationärer klinischer Tätigkeit verknüpft sein, so daß Bekanntheit mit einem breitem Spektrum von Störungsbildern gewährleistet ist.

Literatur

Übersichtsliteratur

Burrows, G. & Dennerstein, L. (Ed.) (1980). *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine.* Amsterdam: Elsevier.
Crasilneck, H. & Hall, J. (1985). *Clinical hypnosis: principles and applications.* London: Grune & Stratton.
Erickson, M. H. (1980). *Collected papers.* Vol. I-IV (ed. by E.L. Rossi). New York: Irvington.
Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981). *Hypnotherapie.* München: Pfeifer.
Fromm, E. & Shor, R. E. (Eds.) (1979). *Hypnosis. Developments in research and new perspectives.* New York: Aldine.
Fromm, E. & Nash, M.R. (Eds.) (1992). *Contemporary hypnosis research.* New York: Guilford

Gilligan, S. G. (1991). *Therapeutische Trance.* Heidelberg: Carl Auer.
Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action.* New York: Wiley.
Kossak, H. (1989). *Hypnose.* München: PVU.
Kroger, W. (1977). *Clinical and experimental hypnosis.* Philadelphia: Lippincott.
Peter, P., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie.* Bern: Huber.
Revenstorf, D. (Hrsg.) (1990/1993). *Klinische Hypnose.* Heidelberg: Springer.
Wester, W. & Smith, A. (Eds.) (1984). *Clinical hypnosis.* New York: Lippincott.
Yapko, M. (1984). *Trance work.* New York: Irvington.

Gesamtliteratur

Anderson, J. A., Basker, M. A. & Dalton, R. (1975). Migraine and hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 23*, 48-58.
Andreychuk, T. & Skriver, C. (1975). Hypnosis and biofeedback in the treatment of migraine headache. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 23*, 172-183.
Araoz, D. L. (1982). *Hypnosis and sex therapy.* New York: Brunner & Mazel.
Baer, P., Foreyt, J. & Wright, S. (1977). Selfdirected termination of excessive cigarette use among untreated smokers. *Journal of Behavior Therapy, 8*, 71-74.
Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson.* Cupertino, CA: Meta Publications.
Barabasz, M. & Spiegel, D. (1989). Hypnotizability and weight loss in obese subjects. *International Journal of Eating Disorders, 8*(3), 335-341.
Barber, T. X. (1984). Changing unchangeable bodily processes by hypnotic suggestions and the mind-body problem. *Advances, 1*, 7-40.
Barber, T. X. & DeMoor, W. (1972). A theory of hypnotic induction procedures. *American Journal of Clinical Hypnosis, 15*, 112-135.
Barkley, R. A., Hastings, J. E. & Jackson, T. L. (1977). The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25*, 7-17.
Bennet, H., Davis, H. & Gianini, J. (1985). Nonverbal response to intraoperative conversation. *British Journal of Anaesthesiology, 57*, 174-179.
Benson, H., Frankel, F. H., Apfel R., Daniels, M. D., Schiewind, H. E. & Nemiah, J. C. (1978). Treatment of anxiety: a comparison of the usefulness of self-hypnosis and a meditational relaxation technique: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics, 30*, 229-242.
Berger, H. (1931). Psyche. *Archiv für Psychiatrie, 94*, 16.
Berkowitz, B., Ross-Townend, A. & Kohberger, R. (1979). Hypnotic treatment of smoking: The single-treatment method revisited. *American Journal of Psychiatry, 136*, 83-85.
Bernheim, H. (1888). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung.* Wien: Deutike.
Bolocofsky, D. N., Spindler, D. & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology, 4*(1), 35-41.
Bongartz, W. (1990). Immunlogische Funktionen und Hypnose. In D. Revenstorf (Hrsg.). *Klinische Hypnose.* Heidelberg: Springer.
Borgeat, F. & Goulet, J. (1983). Psychophysiological changes following auditory subliminal suggestions for activation and deactivation. *Perceptual and Motor Skills, 56*, 759-766.
Borkovec, T. D. & Fowler, D. C. (1973). Controlled investigation of the effects of progressive and hypnotic relaxation on insomnia. Journal of Abnormal Psychology, 82, 153-158.
Bornstein, P. H. & Devine, D. H. (1980). Covert modeling-hypnosis in the treatment of obesity. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 17*(3), 272-276.
Boutin, G. E. & Tosi, D. J. (1983). The treatment of test anxiety through RSDH. *Journal of Clinical Psychology, 39*(3), 382-391.
Bower, G. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36*, 129-148.
Braid, J. (1843). *Neurohypnology or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism.* London: Churchill.
Bremen, S. v. & Revenstorf, D. (1990). Erickson als Verhaltenstherapeut (Vortrag). *5. Europäischer Kongress für Hypnose* (Konstanz).
Burish, T. G. & Lyles, J. N. (1981). Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 65-78.
Burrows, G. & Dennerstein, L. (Eds.). (1980). *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine.* Amsterdam: Elsevier.

Byrne, D. (1959). The effects of subliminal food stimulus on verbal responses. *Journal of Applied Psychology, 43*, 249-252.
Carasso, R. L. (1983). Treatment of cervical headache with hypnosis, suggestive therapy and relaxation techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis, 27*(4), 216-218.
Case, D.B., Fogel, D.H. & Pollack, A.A. (1980). Intrahypnotic and long-term efects of self-hypnosis on blood pressure in mild hypertension. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 28*(1), 27-38.
Chandrasena, R. (1982). Hypnosis in the treatment of viral warts. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 7*, 135-137.
Cheek, D. (1966). The meaning of continued hearing sense under chemo-anesthesia. *American Journal of Clinical Hypnosis, 8*, 275-280.
Chertok, I. & Kramarz, P. (1959). Hypnosis sleep and electroencephalography. *Journal of Nervous and Mental Disease, 128*, 227-238.
Citron, K. M., Maher-Laughnan, G. P. & Kinsley, B.J. (1968). Hypnosis for asthma - a controlled trial. *British Medical Journal, 4*, 71-76.
Conn, L. & Mott, T. (1984). Plethysmographic demonstration of rapid vasodilation by direct suggestion: A case of Raynauds disease treated by hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 26*, 166-170.
Corteen, F. & Wood, S. (1972). Automatic response to shock-associated words in an unattended channel. *Journal of Experimental Psychology, 94*, 308-313.
Cotanch, P. & Strum, S. (1985) *Progressive muscle relaxation as antiemetic therapy for cancer patients: a controlled study.* Unpubl. Dissertation, Duke University, Durham, NC.
Crasilneck, H. & Hall, J. (1985). *Clinical hypnosis: principles and applications.* London: Grune & Stratton.
Deabler, H.L., Fidel, E., Dillenkoffer, F.L. & Elder, S.T. (1973). The use of relaxation and hypnosis in lowering high blood pressure. *American Journal of Clinical Hypnosis, 16*(2), 75-83.
DeBenedettis, G. & Sironi, V. A. (1985). Depth EEG of epileptic patients during hypnotic and non-hypnotic states. In Waxman, D., Misra, P.C., Gibson, M. & Basker, M.A. (Eds.) *Modern Trends in Hypnosis* (pp. 149-159). New York: Plenum.
Dixon, N. (1981). *Preconscious processing.* New York: Wiley.
Edmonston, W. E. (1986). *The induction of Hypnosis.* New York: Wiley.
Edwards, G. (1966). Hypnosis in treatment of alcohol addiction. *Quarterly Journal in the Study of Alcohol, 27*, 221-241.
Edwards, S. D. & Spuy, H. I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26*(1), 161-170.
Elton, D., Burrows, G. D. & Stanley, G. V. (1980). Hypnosis and chronic pain. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 8*, 83-90.
Erickson, M. H. (1980). *Collected Papers,* Vol I-IV (ed. by E.L. Rossi). New York: Irvington.
Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1979). *Experiencing hypnosis.* New York: Irvington.
Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981). *Hypnotherapie.* Müchen: Pfeiffer.
Erickson, M. H., Rossi, E. L. & Rossi, S. L. (1976). *Hypnotic realities.* New York: Irvington.
Esdaile, J. (1851). *Hypnosis in medicine and surgery.* New York: Julian Press.
Feldmann, J. (1988). Subliminale Wahrnehmung und Informationsverarbeitungs-Theorie. *Hypnose und Kognition, 5*, 74-86.
Fleky, A. (1914). The expression of emotion. *Psychological Review, 21*, 33-41.
Friedman, H. & Taub, H. A. (1977). The use of hypnosis and biofeedback procedures for essential hypertension. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25*(4), 335-347.
Friedman, H. & Taub, H. A. (1982). An evaluation of hypnotic susceptibility and peripheral temperature elevation in the treatment of migraine. *American Journal of Clinical Hypnosis, 24*, 172-182.
Friedmann, H. & Taub, H. A. (1984). Brief psychological training procedures in migraine treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis, 26*, 187-200.
Fromm, E. (1984). The theory and practice of hypnoanalysis. In W. Wester & A. Smith (Eds.). *Clinical Hypnosis.* Philadelphia: Lippincott.
Fromm, E. & Shor, R. E. (Eds.) (1979). *Hypnosis. Developments in research and new perspectives.* New York: Aldine.
Fromm, E. & Nash, M.R. (Eds.) (1992). *Contemporary hypnosis research.* New York: Guilford
Gazzaniga, M. S. (1985). *The social brain.* New York: Basic Books.
Gerl, W. (1990). Hypnose als Therapie. In D. Revenstorf (Hrsg.). *Klinische Hypnose.* Heidelberg: Springer.
Gilligan, S. G. (1987). *Therapeutic trances.* New York: Brunner & Mazel.
Gilligan, S. G. (1991). *Therapeutiche Trance.* Heidelberg: Carl Auer.
Glick, B. (1970). Conditioning therapy with phobic patients: Success and failure. *American Journal of Psychotherapy, 24*, 92-101.

Goldstein, Y. (1981). The effect of demonstrating to a subject that she is in a hypnotic trance as a variable in hypnotic interventions with obese women. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 29*(1), 15-23.
Goldwyn, J. (1930). Effects of hypnosis on basal metabolism. *Archives of International Medicine, 45*, 109-114.
Graham, K.R., Wright, G.W., Toman, W.J. & Mark, C.R. (1975). Relaxation and hypnosis in the treatment of insomnia. *American Journal of Clinical Hypnosis, 18*(1), 39-42.
Halama, P. (1989). Die Veränderung der kortikalen Durchblutung vor und in Hypnose. *Expermentelle und Klinische Hypnose, 5*(1), 19-26.
Halama, P. (1990). Neurophysiologische Untersuchungen vor und in Hypnose am menschlichen Cortex mittels SPECT. *Experimentelle und Klinische Hypnose, 6*(1), 65-73.
Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie.* München: Pfeiffer.
Haley, J. (1978). *Die Psychotherapie M. H. Ericksons.* München: Pfeiffer.
Hall, J. A. & Crasilneck, H. B. (1970). Development of a hypnotic technique for treating chronic cigarette smoking. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 18*, 283-289.
Harmon, T.M., Hynana, M.T. & Tyre, T.E. (1990). Improved Obstetric Outcomes Using Hypnotic Analgesia and Skill Mastery Combined With Childbirth Education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(5), 525-530.
Hart, R. R. (1980). The influence of a taped hypnotic induction treatment procedure on the recovery of surgery patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 28*, 324-332.
Heiman, H. (1953). Hypnose und Schlaf. *Monatszeitschrift für Psychiatrie und Neurologie, 125*(5/6), 478-493.
Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility.* New York: Harcourt, Brace & World.
Hilgard, E. R. (1986). *Divided Consciousness: multiple controls in human thought and action.* New York: Wiley.
Hilgard, E.R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. *Hypnose und Kognition, 6*(2), 3-22.
Hilgard, E. R. & Hilgard, J. R. (1983). *Hypnosis and the relief of pain.* Los Angeles, CA: Kaufman.
Hilgard, J. R. & LeBaron, S. (1982). Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer: Quantitative measures and clinical observations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 30*, 417-442.
Hilgard, J. R. & Morgan, A.H. (1978). Treatment of anxiety and pain in childhood cancer through hypnosis. In F. H. Frankel & H. S., Zamansky (Eds.). *Hypnosis at its bicentennial.* New York: Plenum.
Hoppe, F. (1983). Schmerzbeeinflussung mit der hypnotischen Einstreutechnik: Eine Untersuchung zur Verarbeitung eingestreuter Suggestionen bei chronischen Schmerzpatienten. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie, 30*, 232-262.
Horowitz, S. (1970). Strategies within hypnosis for reducing phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 75*, 104-112.
Hull, C. L. (1933). *Hypotism and suggestibility: An experimental approach.* New York: Appleton Century Crofts.
Janet, P. (1904). L'amnesie et la dissociation des souveniers. *Journal de Psychologie, 1*, 28-37.
Jeffrey, T. B., Jeffrey, L. K., Greuling, J. W. & Gentry, W. R. (1985). Evaluation of a brief group treatment package including hypnotic induction for maintenance of smoking cessation: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 33*(2), 95-98.
Johnson, R. F. & Barber, T. X. (1978). Hypnosis, suggestions, and warts: An experimental investigation implicating the importance of "believed-in-efficacy". *American Journal of Clinical Hypnosis, 20*, 165-174.
Kaser, V. (1986). The effects of an auditory subliminal message upon the production of images and dreams. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(7), 397-407.
Kellerman, J. Z., L., Ellenberg, L. & Dash, J. (1983). Adolescents with cancer. Hypnosis for the reduction of acute pain and anxiety associated with medical procedures. *Journal of Adolescent Health Care, 4*, 90-95.
Kline, M. V. (1970). The use of extended group hypnotherapy sessions in controlling cigarette habituation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 18*, 270-282.
Kossak, H. (1989). *Hypnose.* München: PVU.
Kretschmer, E. (1946). Über gestufte Aktivhypnose. *Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift,* 29-32, 281-283.
Kroger, W. (1977). Clinical and experimental hypnosis. Philadelphia: Lippincott.
Kruse, P. (1989). Some suggestions about suggestion and hypnosis. A radical constructivist view. In V. Gheorghiu, P. Netter, H. Eysenck & R. Rosenthal (Eds.). *Suggestion and suggestibility.* Heidelberg: Springer.

Kruse, P. & Gheorghiu, V. (1992). Selforganisation theory and radical constructivism: a new concept for understanding hypnosis. In W. Bongartz (Ed.). *Hypnosis: 175 years after Mesmer.* Konstanz: Universitätsverlag.
Lankton, S. R. (1983). *The answer within.* New York: Brunner and Mazel.
Larbig, W. (1989). Transkulturelle und laborexperimentelle Untersuchungen zentralnervöser Schmerzverarbeitung. In W. Miltner, W. Larbig & J. C. Brengelmann (Hrsg.). *Psychologische Schmerzbehandlung.* München: Röttger.
Larbig, W. & Miltner, W. (1990). Hirnphysiologische Grundlagen der Hypnose. In D. Revenstorf (Hrsg.). *Klinische Hypnose.* Heidelberg: Springer.
Levinson, B. (1965). States of awareness during general anaesthesia. *British Journal of Anaesthesiology, 37*, 544-546.
London, P., Hart, J. T. & Leibowitz, M. P. (1968). EEG alpha-rhythm and susceptibility to hypnosis. *Nature, 219*, 71.
Ludwig, A. (166). Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry, 15*, 225-234.
MacHovac, F. J. & Man, S. C. (1978). Acupuncture and hypnosis compared: Fifty-eight cases. *American Journal of Clinical Hypnosis, 21*, 45-47.
MacHovec, M. (1986). *Hypnosis complications, prevention and management.* Springfield, IL: CC Thomas.
Maher-Laughnan, G. P., McDonald, N., Mason, A. A. & Fry, L. (1962). Controlled trial of hypnosis in the symptomatic treatment of asthma. *British Medical Journal, 4*, 371-376.
Manganiello, A. J. (1984). A comparative study of hypnotherapy and psychotherapy in the treatment of methadone addicts. *American Journal of Clinical Hypnosis, 26*(7), 273-279.
Marks, I. M., Gelder, M. G. & Edwards, G. (1968). Hypnosis and desensitization of phobias: A controlled prospective trial. *British Journal of Psychiatry, 114*, 1263-1274.
McAmmond, D. M., Davidson, P. O. & Kovitz, D. M. (1971). A comparison of the effects of hypnosis and relaxation training on stress reactions in a dental situation. *American Journal of Clinical Hypnosis, 13*, 233-242.
Melnick, J. & Russel, R.W. (1976). Hypnosis versus systematic desensitization in the treatment of test anxiety. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 291-295.
Melis, P.M.L., Rooimans, W. & Spierings, E.L.H. (1991). Treatment of Chronic Tension-type Headache With Hypnotherapy: A Single-blind Time Controlled Study. *Headache, 31*, 686-689.
Mesmer, F. A. (1781). *Abhandlung über den thierischen Magnetismus.* Carlsruhe: Macklot.
Meyer, A., Richter, R., Grawe, K., v.d. Schulenberg, G. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes.* Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
Meyer, H. , Diehl, B., Ulrich, P. & Meinig, G. (1987). Kurz- und langfristige Änderungen der kortikalen Durchblutung bei Autogenem Training. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin, 33*, 52-62.
Mézáros, I. & Bányai, E. (1978). Electrophysiological characteristics of hypnosis. In K. Lissak (Ed.). *Neural and neurohumoral organisation of motivational behavior.* Budapest: Academia Kiado.
Miller, M. M. (1976). Hypnoaversion treatment in alcoholism, nicotinism and weight control. *Journal of the National Medical Association, 68*, 129-130.
Nowlis, D. P. & Rhead, J. C. (1968). Relation of eye closed resting EEG to hypnotic susceptibility. *Perceptual and Motor Skills, 27*, 1047-1050.
Nuland, W. & Field, P. B. (1970). Smoking and hypnosis: A systematic clinical approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 18*, 257-260.
O'Brian, R. C., Ciotti, L. E. & Henninger, K. M. (1981). Augmentation of systematic desensitization of snake phobia through post-hypnotic dream suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis, 23*, 231-238.
O'Hanlon, W. (1990). *Eckpfeiler.* Hamburg: Iskopress.
Orne, M. (1972). On the simulating subject as a quasi-control group in hypnosis research. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.). *Hypnosis* (pp. 399-443). Chicago: Aldine.
Orne, M. (1977). The construct of hypnosis. *Annals of the New York Academy of Science, 296*, 14-33.
Owens, M.V. (1981). Analysis of the Damon Smoking Control Program - A Study of Hypnosis on Controlling Cigarette Smoking. *Journal of the Oklahoma State Medical Association, 74.*
Owens, M. V., et al. (1981). Analysis of the Damon Smoking Control Program - a study of hypnosis on controlling cigarette smoking. *Journal of the Oklahoma State Medical Association, 74.*
Pasierbski, T. & Singendonk, F. (1992). *Heilende Sprache.* Frankfurt/M: Peter Lang.
Paul, G. (1969). Inhibition of physiological response to stressful imagery by relaxation training and hypnotically suggested relaxation. *Behavior Research and Therapy, 7*, 249-256.
Pederson, L. L., Scrimgeour, W. G. & Lefcoe, N. M. (1975). Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis in a community service smoking withdrawal program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 920.

Pederson, L. L., Scrimgeour, W. G. & Lefcoe, N. M. (1979). Variables of hypnosis which are related to success in a smoking withdrawal program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 27*, 14-20.
Perry, C. & Mullen, G. (1975). The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior by a hypnotic technique. *Journal of Clinical Psychology, 31*, 498-505.
Perry, C., Gelfand, R. & Marcovitch, P. (1979). The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 592-603.
Peter, B. (1988). Milton Ericksons Weg der Hypnose. *Hypnose und Kognition, 5*(2), 46-53.
Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie.* Bern: Huber.
Rabkin, S.W., Boyko, E., Shane, F. & Kaufert, J. (1984). A Randomized Trial Comparing Smoking Cessation Programs Utilizing Behavior Modification, Health Education or Hypnosis. *Addictive Behavior, 9*(2), 157-173.
Redd, W., Andersen, G. V. & Minagawa, R. Y. (1982). Hypnotic control of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 14-19.
Reid, A. F. & Curtsinger, G. (1968). Physiological changes associated with hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 16*, 11-119.
Reid, W. H., Ahmed, I. & Levie, C. A. (1981). Treatment of sleepwalking: A controlled study. *American Journal of Psychotherapy, 35*, 27-37.
Revenstorf, D. (1986). Hypnose: Anwendungen in der Schmerzforschung. In W. Miltner, W. Larbig & J. Brengelmann (Hrsg.). *Verhaltenstherapie in der Praxis.* München: Röttger.
Revenstorf, D. (Hrsg.) (1990/1993). *Klinische Hypnose.* Heidelberg: Springer.
Revenstorf, D. (1991a). Herzphobie. In B. Peter,C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.). *Hypnose und Verhaltenstherapie.* Bern: Huber.
Revenstorf, D. (1991b). Hypnose als Kognitive Therapie. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.). *Hypnose und Verhaltenstherapie.* Bern: Huber.
Revenstorf, D. (1993a). Erickson, Hymne und Hülse. *Megaphon, 17*, 1-4.
Revenstorf, D. (1993b). *Individualisierung in der Psychotherapie.* In Vorbereitung.
Rosen, S. (1982). The Values and Philosophy of M.H. Erickson. In J. Zeig (Ed.). *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy.* New York: Bruner /Mazel.
Rossi, E. L. & Cheek, D. (1988). *Mind-Body Healing.* New York: Brunner/Mazel.
Sachar, E. J., Fishman, J. R. & Mason, J. W. (1985). The effect of the hypnotic trance on plasma17-hydroxycortocosteroid concentration. *Psychosomatic Medicine, 26*, 635-636.
Sanders, S. (1977). Mutual group hypnosis and smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis, 20*, 131-135.
Sarbin, T. & Coe, W. (1972). *Hypnosis: a social psychological analysis.* New York: Holt. Rinehart & Winston.
Sarbin, T. & Slagle, R. (1980). Psychophysiological outcomes of hypnosis. In G. Burrows & L. Dennerstein (Eds.). *Handbook of Clincal Hypnosis.* Amsterdam: Elsevier.
Sarbin, T. R. (1956). Physiological effects of hypnotic stimulation. In R. M. Docus (Ed.). *Hypnosis and its therapeutic applications.* New York: McGraw Hill.
Schlutter, L. C. (1979). *A comparison of treatments for prefrontal muscle contraction headache.* Unpubl. Dissertation.
Schlutter, L. C., Golden, C. J. & Blume, H. G. (1980). A comparison of treatments for prefrontral muscle contraction headache. *British Journal of Medical Psychology, 53*, 47-52.
Schultz, J. (1932). *Das Autogene Training.* Stuttgart: Thieme.
Shazer, S. D. (1982). *Patterns of brief family therapy.* New York: Guilford.
Sheehan, D. V., et al. (1982). Follow-up study of hypnotherapy for smoking. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine, 19*(1), 8-16.
Sheehan, D.V. & Surman, O.S. (1982). Follow-up study of hypnotherapy for smoking. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine, 19*(1), 8-16.
Shewchuk, L. A., Dubren, R., Burton, D., Forman, M., Clark, P. R. & Jaffin, A. R. (1977). Preliminary observations on an intervention program for heavy smokers. *International Journal of the Addictions, 12*, 323-336.
Shor, R. (1979). The fundamental problem in hypnosis research. In E. Fromm & R. Shor (Eds.). *Hypnosis: Developments in research and new perspectives.* New York: Aldine.
Silverman, L. (1982). The subliminal psychodynamic activation method. In J. Mashing (Ed.). *Empirical studies in psychoanalysis.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Sinclair-Gieben, A. H. & Chalmers, D. (1959). Evaluation of treatment of warts by hypnosis. *Lancet, 2*, 480-482.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. A. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: a social psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavior and Brain Science, 9*, 449-502.
Sperry, R. W. (1968). Hemisphere disconnection and unity in conscious awareness. *American Psychologist, 23*, 723-733.
Spiegel, D. (1993). Bedeutet besser leben auch länger leben? Über den Einfluß von Gruppentherapie auf die Überlebenszeit von Brustkrebspatientinnen. *Hypnose und Kognition, 10*(2), 59-69.
Spiegel, D. & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine, 45*(4), 333-339.
Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychological treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet, 2* (8668), 888-891.
Spiegel, H. (1970). Termination of smoking by a single treatment. *Archives of Environmental Health, 20*, 736-742.
Springer, S. P. & Deutsch, G. (1986). *Linkes Rechtes Gehirn.* Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft
Stanton, H. E. (1978a). A one-session hypnotic approach to modifying smoking behavior. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 26*, 22-29.
Stanton, H. E. (1978b). A simple hypnotic technique to reduce anxiety. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 6*, 35-38.
Surman, O. S., Gottlieb, S. K., Hackett, T. P. & Siverberg, E. L. (1973). Hypnosis in the treatment of warts. *Archives of General Psychiatry, 28*, 439-441.
Syrjala, K., Cumming, C. & Donaldson, G. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled treatment. *Pain, 48*, 137-146.
Tart, C. (1975). States of consciousness. New York: Doubleday.
Tenzel, J. & Taylor, R. (1969). An evaluation of hypnosis and suggestion as treatment of warts. *Psychosomatics, 10*, 252-257.
Ulett, G. A., Akpinar, S. & Itil, T. M. (1972). Quanitative EEG analysis during hypnosis. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 33*, 361-368.
Ullmann, N. & Dudek, S. (1959). On the psyche and warts, II: Hypnotic suggestion and warts. *Psychosomatic Medicine, 22*, 68-76.
Wagner, T. J., et al. (1983). A one-year follow-up study of the Damon Group Hypnosis Smoking Cessation Program. *Journal of the Oklahoma State Medical Association, 76.*
Wallerstein, R. S., Chotlos, J. W., Friend, M. B., Hammersley, D. W., Perlswig, E. A. & Winship, G. M. (1957). *Hospital treatment of alcoholism.* New York: Basic Books.
Walter, H. (1992). *Hypnose.* Stuttgart: Thieme.
Walter, H., Podreka, I., Suess, E., Saletu, B. & Lesch, O.M. (1993). Von der Lateralisationstheorie zur Frontalisationstheorie der Hypnose. *Hypnose und Kognition, 10*(2), 6-15.
Watkins, H. H. (1976). Hypnosis and smoking: A five-session approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 24*, 381-390.
Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1975). *Lösungen.* Bern: Huber.
Weeks, G. R. & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy.* New York: Brunner & Mazel.
Weinreich, O. (1909). *Antike Heilungswunder.* Berlin: deGruyter.
Weitzenhoffer, A. M. (1957). *General techniques of hypnotism.* New York: Grune & Stratton.
Wester, W. & Smith, A. (Eds.) (1984). *Clinical hypnosis.* New York: Lippincott.
Whorwell, P. J., Prio, A. & Faragher, E. B. (1984). Controlled study of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel movement. *Lancet, 2* (8414), 1232-1234.
Winson, J. (1986). *Auf dem Boden der Träume.* Weinheim: Beltz.
Yapko, M. (1984). *Trance work.* New York: Irvington.
Zeig, J. & Lankton, S. (Eds.). (1985). *Developing Ericksonian Psychotherapy.* New York: Bruner/Mazel.
Zeig, J. K. (Ed.). (1985). *Ericksonian Psychotherapy,* Vol I and II. New York: Brunner & Mazel.
Zeltzer, L. & LeBaron, S. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics, 101*, 1032-1035.
Zeltzer, L., Kellerman, J., Ellenberg, L. & Dash, J. (1983). Hypnosis for reduction of vomiting associates with chemotherapy and disease in adolescents with cancer. *Journal of Adolescent Health Care, 4*, 77-84.
Zhukov, I. A. (1961). In R. B. Winn (Ed.). *Psychotherapy in the Soviet Union.* New York: Philosophical Library.

Abstract: This paper presents a historical and theoretical overview of hypnosis as well as empirical findings as to the therapeutic efficacy of hypnosis. According to the authors, the

developmental changes of the use of hypnosis, based on the philosophical considerations behind its therapeutic implementation can be traced through five historical eras. Therapeutic goals and the physiological correlates of different trance states are discussed. Research findings in the areas of split-brain research, subliminal perception, altered states of consciousness as well as social psychology are used to explain the phenomenon of hypnosis in a scientific manner. The therapeutic efficacy of hypnosis is validated by many empirical studies. In addition the commonalities and differences of hypnosis and other therapeutic schools are discussed.

Keywords: hypnosis, theories, efficacy, empirical studies

Dirk Revenstorf, Prof. Dr.
Institut für Psychologie
Universität Tübingen
Gartenstr. 29
72074 Tübingen

Uwe Prudlo, Dipl.-Psych.
Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie
Universität Tübingen
Gartenstr. 29
72074 Tübingen

zur Erinnerung

9. November 1938 Reichspogromnacht

1993 werden in Deutschland Ausländer verbrannt

am 25. März 1994 wird wieder in einer Synagoge in Deutschland

Feuer gelegt

Private Anzeige von Burkhard Peter, Alida Iost-Peter, Christian Kinzel und Bernhard Trenkle
(weitere M.E.G.-Mitglieder konnten wegen der kurzfristigen deadline zur Drucklegung nicht mehr gefragt werden)

Hypnose und Kognition
Band 11, Heft 1 und 2, April 1994

Briefe an die Redaktion

Im letzten Heft 10(2), Oktober 1993 veröffentlichten wir in Englisch Erika Fromms Antwort auf die Stellungnahmen zu ihrem Beitrag "Persönliche Gefühle eines Naziflüchtlings: Warum ich nicht von den Deutschen geehrt werden will" (Heft 9(1+2), April 1992, Leitthema: "Hypnose und Psychoanalyse"). Mit etwas Verspätung folgt nun die deutsche Übersetzung; ferner ein weiterer Brief bezüglich des vorletzten Heftes von HyKog, 10(1), April 1993 mit dem Leitthema "Suggestion und Suggestibilität".

Erwiderung von Erika Fromm

Lieber Burkhard,

laß mich zunächst auf die zwei ersten Briefe antworten, welche in *HyKog* vom April 1993 veröffentlicht wurden. In ihnen werden entgegengesetzte Standpunkte vertreten.

Der Brief von *Manfred Prior* vom 10. Februar 1993 beschreibt genau das, wovon ich hoffte, daß es geschehen möge, wenn Deutsche meinen Augenzeugenbericht darüber lesen, was die Nazis den Juden angetan haben. Prior dachte zunächst auch: "Frau Fromm möge uns doch bitte mit ihren fürchterlichen Erfahrungen, ... die auf Ereignisse von vor 50 Jahren zurückgehen, ... in Ruhe lassen."

Ich verstehe, daß er und andere so fühlten. Und ich anerkenne sehr, daß er beim Weiterlesen erkannte, daß ich die nach der Hitlerzeit geborenen Deutschen mit meinen furchtbaren Erinnerungen nur deshalb konfrontierte, um Sie, die jungen Deutschen, anzuspornen zu verhindern, daß Geschichte sich wiederholt. Priors Brief ist mit Anstand, Ehrlichkeit, tiefem Gefühl und Stil geschrieben. Ich möchte Ihnen dafür danken, Dr. Prior.

Dr. *Mehrstedts* Brief andererseits empfand ich als offensiv, ja sogar beleidigend. Was gibt Ihnen, Dr. Mehrstedt, das Recht, mich, die ich 82 Jahre alt bin (wahrscheinlich doppelt so alt wie Sie), wie ein Kind zu behandeln, indem Sie mich mit Vornamen anreden. Sie haben auch nicht das Recht, mich des Rassismus zu bezichtigen und daß ich mich einer "ungeheuerlichen Beleidigung" schuldig gemacht hätte, und mir zu sagen, ich solle doch selbst für Freiheit und Demokratie kämpfen. Das habe ich mein Leben lang getan.

Allerdings bin ich auch froh darüber, daß Sie anerkennen, daß das, was die Nazis 6 Millionen Juden - und weiteren 6 Millionen politischen Gefangenen - angetan haben, das schlimmste Verbrechen in der Geschichte war.

Ich habe nicht die Mitglieder der deutschen *Milton Erickson Gesellschaft* beschuldigt, diese Verbrechen begangen zu haben. Ich wollte mahnen, solches nicht mehr geschehen zu lassen.