

Beiträge zur Integration der Hypnose in Psychotherapie und Psychosomatik

Eine Bestandsaufnahme zum 15. Jahrestag der M.E.G.

Burkhard Peter¹

Zusammenfassung: Anlässlich des 15. Jahrestages der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.) werden im Teil I dieser Arbeit zunächst hypno-historisch relevante Besonderheiten aufgezeigt und daraus Schlussfolgerungen für gegenwärtiges und zukünftiges Verhalten gezogen. Neben der spezifischen Situation in Deutschland wird insbesondere auch auf den auf internationaler Ebene in den 80er Jahren ausgetragenen Schulenstreit zwischen den sog. Neo-Ericksonianern und den Traditionalisten eingegangen. Der Teil II befaßt sich im einzelnen mit den bisherigen Bemühungen, Hypnose in Psychotherapie und Psychosomatik zu integrieren. Es wird argumentiert, daß diese Integration der Etablierung eines eigenständigen Verfahrens "Hypnotherapie" vorzuziehen ist. Im Teil III schließlich wird theoretisch dargelegt, warum hypnotische Trance und hypnotische Phänomene für Psychotherapie und Psychosomatik von Bedeutung sind.

Einführung

Ellenberger (1985, S. 89) datiert den Beginn dessen, was wir heute als Psychotherapie bezeichnen², genau auf das Jahr 1775, als Franz Anton Mesmer (1734-1815) nachwies, daß er mit seiner Methode die gleichen Effekte erzielen konnte wie Pater Gassner, welcher der Meinung war, durch Exorzismus heilen zu können. Wenn man Psychotherapie also tatsächlich mit der Hypnose beginnen läßt - das "Mesmerisieren" stellt ja deren unmittelbaren und legitimen Vorläufer dar -, dann verwundert allerdings, daß sie in der psychotherapeutischen Praxis bis vor kurzem kaum, wenn überhaupt eine Rolle spielt und daß auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit Hypnose eher spärlich ist im Vergleich mit der psychologischen und psychotherapeutischen Forschung allgemein. Man könnte natürlich argumentieren, daß Hypnose ihre Funktion erfüllt habe, die moderne Psychotherapie auf den Weg zu bringen, und daß sie für keine weiteren psychotherapeutischen und wissenschaftlichen Belange nützlich sei. Dem steht jedoch entgegen, daß sich immer wieder der Forscher im Laufe oder gegen Ende ihrer wissenschaftlichen Karriere ernsthaft mit Hypnose auseinandergesetzt haben wie z.B. Ernest R. Hilgard, und daß es einige Psychotherapeuten gab, deren Handeln mit Hypnose so eng verbunden war, daß es ohne sie nur sehr schwer vorstellbar ist; als prominentes Beispiel hierfür möge Milton H. Erick-

son stehen. Ferner erlebt die Hypnose gerade heute wieder, über 200 Jahre nach Mesmer, sowohl in Deutschland wie auch international eine Art Renaissance.

Es ist meine Überzeugung, daß Hypnose für Psychotherapie und Psychosomatik zwar nun wieder die Bedeutung gewonnen hat, die sie lange Zeit völlig verloren zu haben schien, daß aber noch einiges an Arbeit zu leisten ist, ihr wieder jenen Stellenwert zu verschaffen, den sie ursprünglich schon einmal hatte.

Um dies darzulegen, sollen im *ersten Teil* dieser Arbeit einige für die Hypnose relevante historische Besonderheiten aufgezeigt werden, da sich daraus Implikationen für gegenwärtiges und zukünftiges Handeln ergeben können. Dies gilt konkret für die Situation der Hypnose sowohl in Deutschland als auch für die internationale Vernetzung und den seit einigen Jahren stattfindenden Schulenstreit zwischen den sog. Traditionalisten und Neo-Ericksonianern. Gewiß ist nur schwer zu bestimmen, wieviel Handlungsrelevanz historische Perspektiven für komplexe Systeme haben. Andererseits wissen wir aber auch nicht, ob wir das Rad nicht immer wieder von neuem erfinden müßten, wenn wir nur hinreichenden Bezug auf die Geschichte nähmen. Nur wenig beruhigend ist es auch festzustellen, daß Redundanzen nicht nur in Bezug auf Hypnose sondern auch in der Psychotherapie allgemein vorkommen.

Der *zweite, klinische Teil* dieser Arbeit befaßt sich mit folgenden Themen: Es gibt heute mehrere hinreichend laborierte psychotherapeutische Systeme, an erster Stelle die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie, daneben aber auch die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie, die rational-emotive Therapie oder die systemische Familientherapie. Daneben ein weiteres hypnotherapeutisches System etablieren zu wollen, erscheint unrealistisch und überflüssig. Realistisch hingegen ist es, die Relevanz der Hypnose für diese Verfahren darzulegen und darauf hinzuwirken, daß Hypnose hier wie dort integriert wird. Derzeit ist auch eine zunehmende Tendenz zu kurzzeittherapeutischen, eher pragmatisch orientierten Ansätzen festzustellen, für die u.a. sog. strategische und systemische Gedanken bestimmend sind; diese wiederum stammen zum großen Teil mittelbar und unmittelbar aus der modernen Hypnose. Hierüber wird in der vorliegenden Arbeit indessen nur am Rande gesprochen werden. Schließlich ist noch auf den Bereich der Psychosomatik bzw. auf deren Teilgebiet, die Psychoneuroimmunologie zu verweisen, da gerade hier, speziell bei Krebs- und HIV/Aids-Erkrankungen, Hypnose ihre therapeutische Potenz demonstrieren kann.

Im *dritten, allgemeinspsychologischen Teil* soll dargelegt werden, warum hypnotische Trance und hypnotische Phänomene für Psychotherapie und Psychosomatik von Bedeutung sind, weshalb sie auch in der klinischen Anwendung und Forschung mehr Beachtung finden sollten.

1.0

Teil I: Historische Aspekte

1.1 Besonderheiten in der Geschichte der Hypnose

Betrachtet man den Werdegang der Hypnose, so erstaunen einige Besonderheiten, welche im internationalen, speziell aber auch im nationalen, d.h. deutschen Zusammenhang zu sehen und zu würdigen sind:

1 Ich widme diesen Artikel meiner Frau, Kollegin und Mitbegründerin der M.E.G., Alida-Iost-Peter.
2 er spricht noch von "dynamischer Psychiatrie"

- Die Hypnose erlebte in ihrer Geschichte ein regelmäßiges Auf und Ab, nicht nur in Bezug auf das allgemeine Interesse sondern v.a. auch in Bezug auf deren Akzeptanz durch die akademischen Gemeinschaften.

- Immer im letzten Drittel eines Jahrhunderts wurde der Versuch unternommen, Hypnose wissenschaftlich "salonfähig" zu machen, so geschehen im 18., im 19. und in diesem Jahrhundert.

- In diesen Zeiten nahm das allgemeine Interesse zu und bestand über die jeweilige Jahrhundertwende mehr oder weniger fort, begleitet von heftigen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen hinsichtlich Theorie und Methodologie.

Wir stehen nun wieder am Ende eines Jahrhunderts, erleben wieder ein zunehmendes Interesse an Hypnose, auch den Versuch, sie wissenschaftlich zu fundieren, und gleichzeitig finden wiederum heftige Auseinandersetzungen statt nicht nur auf theoretischer sondern auch auf methodologischer Ebene; damit einher geht eine Art von Schulenstreit, ähnlich dem aus dem letzten und vorletzten Jahrhundert. Nun sind Auseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Schulen und auch innerhalb dieser nichts neues; ganz im Gegenteil sind sie Ausdruck des Bemühens um Erkenntnis und Fortschritt. Bezogen auf die Hypnose hatten diese Auseinandersetzungen bislang jedoch immer zur Folge, daß diese nach Erreichen einer gewissen allgemeinen und akademischen Akzeptanz wieder in der Versenkung verschwand.

Vielleicht ist dies ein unausweichliches Phänomen und wir werden im kommenden Jahrhundert ähnliches erleben wie in den beiden vorausgegangenen Jahrhunderten; und vielleicht werden die anderen beiden großen psychotherapeutischen Verfahren, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, ähnliches erleben, wenn sie nur so "alt" werden wie die Hypnose. Vielleicht unterliegen diejenigen, welche sich mit Hypnose beschäftigen, aber auch nur einer Art "hypnohistorischem Wiederholungszwang" (Peter, 1991e, f), welcher bei genauer Kenntnis der die Hypnose betreffenden historischen Abläufe durch entsprechende, u.U. nur minimale Interventionen unterbrochen werden könnte; zumindest sollte der Versuch unternommen werden (Peter, 1988a, 1991e, f; Peter & Iost-Peter, 1994).

Darüberhinaus gibt es aber noch einige weitere Besonderheiten, die bezeichnend sind für den Stellenwert der Hypnose als psychotherapeutisches Verfahren:

- Abgesehen davon, daß es mißlungen ist, Hypnose den Status eines eigenständigen psychotherapeutischen Verfahrens zu vermitteln, ist es bislang noch nicht einmal gelungen, daß sie innerhalb der heute etablierten Verfahren den Platz einer nützlichen oder gar unabdingbaren Methode hätte erlangen und halten können. Die beiden einflußreichsten psychotherapeutischen Verfahren der heutigen Zeit, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, waren beide in ihren Anfängen eng verbunden mit Hypnose, haben diese Verbindung relativ schnell wieder gelöst und sie in der Folge ignoriert, von einigen wichtigen Ausnahmen im angelsächsischen Sprachraum abgesehen. Aus der Hypnose bekannte Phänomene oder von ihr abgeleitete Verfahren beispielsweise zur Entspannung, Tranceinduktion und Imagination finden sich heute dennoch in allen psychotherapeutischen Verfahren, ohne daß ihre Herkunft klar benannt würde.

- Diese Nichtbeachtung und Ablehnung galt und gilt insbesondere für Deutschland (streng genommen für die sog. alten Bundesländer), wo es kassenrechtlich beispielsweise nicht

erlaubt war und ist, Hypnose innerhalb sog. tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Behandlungen einzusetzen. Die Versicherungsträger erstatten zwar die Kosten von Hypnosebehandlungen, allerdings nur innerhalb eines zeitlich und finanziell derart fixierten Settings, daß nurmehr spezielle Devianten möglich waren und sind.

- Spezifisch für Deutschland war zudem die Einordnung der Hypnose unter die sog. "zudeckenden" Verfahren und die mehr oder weniger erfolgreichen Versuche von Vertretern der sog. deutschen ärztlichen Hypnose, mit Hilfe spezieller eigener Adaptationen wie autogenes Training oder kathartisches Bilderleben dieser Einengung zu entkommen.

Ein Teil der Bemühungen von Hypnosegesellschaften und deren Vertretern sollte sich deshalb darauf beziehen, Hypnose innerhalb der wichtigsten psychotherapeutischen Schulen bekannt zu machen und sie - speziell in Deutschland - vom Etikett des "zudeckenden Verfahrens" zu befreien (z.B. Gerl & Peter, 1982; Peter, 1989a; Peter et al., 1991; Peter, 1992c, d; Revenstorf, 1990).

Eine weitere Besonderheit bezüglich Hypnose verdient ebenfalls Erwähnung:

- Unabhängig von theoretischen und methodologischen Weiterentwicklungen scheint das Verständnis vieler Laien über die Jahrhunderte gleichbleibend geprägt von ähnlichen Vorstellungen, wie sie gegenüber dem Magnetismus schon existierten. Als relativ modern muß eine laienhafte Vorstellung bezeichnet werden, wenn sie sich auf die Suggestionstheorie des vergangenen Jahrhunderts bezieht.

Hier bestand und besteht also immer noch ein erheblicher Aufklärungsbedarf, um populäre Mißverständnisse über Hypnose und Hypnotherapie zu korrigieren (z.B. Peter, 1983a, b, 1986a, b) und mit Hilfe von Falldarstellungen zu einer realistischen Einschätzung der Anwendungsmöglichkeiten von Hypnose in der Psychotherapie beizutragen (z.B. Peter, 1990c, 1991b).

1.2 Die deutsche Tradition der Hypnose

Mit anfänglicher Verwunderung hatte ich bei Recherchen zur Geschichte der Hypnose (z.B. Peter, 1983a, 1991a) festgestellt, daß sich die deutschsprachige Literatur zur sog. ärztlichen Hypnose beharrlich auf die Suggestionstheorie der ersten und zweiten Schule von Nancy (Bernheim, 1888; Baudouin, 1924) bezieht und von den Entwicklungen im angloamerikanischen Sprachraum kaum Kenntnis zu nehmen schien - mit Ausnahme von Vladimir Gheorghiu (z.B. 1972, 1973), welcher allerdings dieser Schule nicht im strengen Sinne zuzurechnen ist. Ich fand dies bedauerlich, denn mit dem Festhalten an der Suggestionstheorie fand sich die deutsche Hypnose zwangsläufig in jener Sackgasse wieder, in welcher sich schon Freud gesehen hatte. Wolberg und Erickson werden beispielsweise in Langen (1972; Wolberg auch in Krapf, 1977) zwar kurz erwähnt, nicht jedoch in einer ihrer klimatischen Arbeit gebührenden Weise. Um dies zu verstehen, muß man sich die Geschichte der deutschen Hypnose etwas genauer anschauen.

Während Anfang des 19. Jahrhunderts in Frankreich und Österreich das Mesmerisieren verboten wurde, herrschte in Deutschland auf der Basis der romantischen und naturphilosophischen Bewegung ein freundlicheres Klima; in Berlin und Bonn beispielsweise wurden Lehrstühle für Mesmerismus eingerichtet (Peter, 1991a, S. 11f). Ab Mitte des 19. Jahrhunderts verdrängte der aufkommenden Positivismus und wissenschaftliche Ratio-

nalismus animistische Vorstellungen und trug so zu einem Niedergang des Mesmerismus bei. Erst Ende des 19. Jahrhunderts erwachte wieder das Interesse, nun allerdings am Hypnotismus Braidscher und insbesondere Bernheimischer Prägung. Verantwortlich hierfür waren u.a. Preyer (1881), der eine Einführung geschriebenen und Schriften von Braid ins Deutsche übersetzt hatte, vor allem aber Sigmund Freud.

Neben Freud, der sich bald, d.h. noch vor 1900 abgekehrt hatte, beschäftigten sich um die Jahrhundertwende mit Hypnose und Suggestion so prominente Forscher und Kliniker wie Bleuler (1889), Moll (1892)³, Vogt (1897), Forel (1923) oder Schultz (1916, 1924). Die Publikationen der Folgezeit (siehe z.B. Langen, 1974) zeigen zwar ein immer wieder wechselndes Interesse an und in der Auseinandersetzung mit Hypnose; zwischen 1884 und 1970 schien der Faden jedoch nie ganz abzubrechen, sieht man von den Kriegs- und Nachkriegsjahren 1941 bis 1947 einmal ab. Gemessen an diesen Publikationen - allerdings nicht immer nur seriöser Natur - scheint eine Blütezeit der Hypnose in Deutschland in den 20er Jahren, also nach dem ersten Weltkrieg gewesen zu sein; dies ist damit zu erklären, daß sie dort in den Feldlazaretten erfolgreich zum Einsatz kam.⁴ Ab 1928 beginnt Schultz über das autogene Training zu publizieren; die diesbezüglichen Veröffentlichungen nehmen kontinuierlich an Zahl zu bis Ende der 50er Jahre und bleiben bis Ende der 70er Jahre in etwa konstant. Auch nach den 30er Jahren gab es noch eine Reihe wichtiger Hypnoseveröffentlichungen (z.B. Mayer, 1934, 1937; Kretschmer, 1946, 1959; Schultz, 1935, 1964; Wellek, 1954, 1960; Stokvis, 1955; Kleinsorge & Klumbies, 1961; Langen, 1972; Krapf, 1977), teilweise mit dem Ziel, neben der Psychoanalyse einen zweiten Zweig der Psychotherapie - Kleinsorge (1986) nannte ihn "aktiv-dynamische Psychotherapie" - zu etablieren und Hypnose darin zu verankern, was teilweise auch gelang,⁵ allerdings nicht unbedingt zum Vorteil der Hypnose als genuin psychotherapeutische Technik. Hypnose war zwar im Leistungskatalog der Krankenkassen als sog. übendes Verfahren aufgenommen worden, allerdings zu einem Abrechnungssatz, der manche Ärzte dazu veranlaßte bzw. zwang, Hypnose in einem Setting zu praktizieren, das ich als "Kammervorfahren" bezeichnet habe (Peter, 1989a).⁶

Damit war, so schien es, der Hypnose in Deutschland der ihr "gebührende" Platz eingeräumt, was allerdings auch nicht weiter erstaunen muß, denn unter der theoretischen Konzeption der Suggestionstheorie des vorigen Jahrhunderts und verstanden als Suggestionstherapie konnte sie nicht mehr als ernsthaftes psychotherapeutisches Verfahren anerkannt werden. Daß bloßes symptomnegierendes Suggestieren ein invalides therapeutisches Verfahren ist, hatten bereits Freud⁷ und Janet (vgl. Peter, 1987a, 1991a, S. 22) und später auch Erickson⁸ erkannt.

3 Wundt allerdings in überwiegend kritischer Form

4 Schultz im Ersten, Erickson im Zweiten Weltkrieg und Kleinhaus (1992) im Jom Kipur-Krieg sind nur einige wenige prominente Beispiele hierfür.

5 Beispielsweise insofern, als zur Erlangung des heutigen ärztlichen Zusatzziels "Psychotherapie" auch eine Ausbildung in Hypnose optional anerkannt wird.

6 Man teile seinen Praxisraum in so viele voneinander abgetrennte Kammern ein, daß darin gerade eine Liege Platz hat; dann gehe man von Liege zu Liege und bespreche die darauf liegenden Patienten mit heilsamen Suggestionen. Damit und nur so kann die Pos. 858 BMA bzw. 845 GOÄ mit ca DM 20 für ca 15 Minuten einen adäquaten Stundensatz erbringen.

7 "Weder Arzt noch Patient vertragen auf die Dauer den Widerspruch zwischen der entscheidenden Leugnung des Leidens in der Suggestion und der notwendigen Anerkennung desselben außerhalb der Suggestion" (Freud, 1892/94). "Erst wenn Sie die Hypnose ausschalten, können Sie die Widerstände und Verdrängungen bemerken und sich von dem wirklichen pathogenen Vorgang eine zutreffende Vorstellung machen" (Freud, 1910)

8 "Es stimmt zwar, daß direkte Suggestion eine Veränderung des Patientenverhaltens bewirken und zumindest vorübergehend zu einer symptomatischen Heilung führen kann. Eine solche 'Heilung' ist jedoch einfach eine Reaktion auf die Suggestion und hat

Dafür schien Hypnose gerade in der ärztlichen Praxis vom autogenen Training abgelöst bzw. mit diesem immer mehr gleichgesetzt worden zu sein. Daß dies kein Zufall sondern gewollt war, wird von Langen (1972) bestätigt: "In Deutschland haben wir in Bezug auf die Namensgebung und auf eine möglichst neutrale Einstellung der Hypnose gegenüber eine günstige Position [...] Dadurch, daß Schultz sein Verfahren «autogenes Training» nannte, hat er in Deutschland der Hypnose einen großen Dienst erwiesen" (S. 271).^{9,10} Und in der Tat war Hypnose Mitte der 70er Jahre kaum noch im Gespräch im Gegensatz zum allgemein bekannten autogenen Training und dem immerhin noch ganz gut bekannten katathymen Bilderleben.

1.3 Die 70er Jahre: Beginn einer Renaissance der Hypnose in Deutschland

Mitte der 70er Jahre gab es also durchaus eine deutsche Tradition der Hypnose; diese war aber zumindest für Psychologen nur schwer zugänglich, da ausschließlich auf Ärzte zugeschnitten und beschränkt¹¹, als zu autoritär und manipulativ empfunden (z.B. Tepperwein, 1978), von Nicht-Fachleuten in Form eines simplifizierten positiven Denkens a la Coué (z.B. 1966) oder Murphy (z.B. 1976) ausgeübt und deshalb mit einem haut gut behafteten oder z.T. in Form des autogenen Trainings (Schultz, 1932) oder des katathymen Bilderlebens (Leuner, 1955, 1987) als solche kaum noch als Hypnose erkennbar.

Daß es im angelsächsischen Sprachraum schon seit den 60er Jahren eine umfangreiche neuere Hypnoseliteratur gab, konnte man damals ansatzweise nur aus Vladimir Gheorghiu Buch "Hypnose und Gedächtnis" (1973) ersehen oder aus dem Korreßbuch zum *5th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, der 1970 in Mainz stattgefunden hatte (Langen, 1972).¹²

Das autogene Training sollte nach Auffassung von Schultz und seinen Schülern nur von Ärzten gelehrt werden. Das Pendant für Psychologen, die Progressive Relaxation (Jacobson, 1938; Bernstein & Berkovec, 1975), war via Verhaltenstherapie aber weitgehend bekannt und wurde in psychologischen Behandlungen praktiziert. Gewissermaßen als Modeerscheinung waren damals auch meditative Versenkungstechniken sehr gefragt.

Alle drei Entspannungsverfahren hatte ich z.T. noch während meines Studiums in Volkshochschulkursen sowohl einzeln als später dann auch in integrierter Form angeboten. Meine erste Veröffentlichung bezog sich deshalb auf diese drei Verfahren, welche ich als logisch aufeinander aufbauend und sich ergänzend als "Integriertes Entspannungstraining" (Peter & Gerl, 1977a, b, 1978; Peter & Geissler, 1978; Peter, 1983c) dargestellt habe. Bei

nicht jene Reassoziaton und Reorganisation der Gedanken, der Einsichten und der Erinnerungen zur Folge, die für eine echte Heilung so wesentlich sind" (Erickson & Rossi, 1981, zit. nach Peter, 1983b, S. 223).

9 Im gleichen Vortrag (auf dem Mainzer ISH-Kongreß 1970) läßt Langen übrigens auch die Abschottung der psychoanalytischen Gesellschaften gegen alles, was mit Hypnose zu tun hat, durchblicken: "Es ist wohl gerade ein Zeichen unserer Zeit, daß alles, was als Therapie, speziell Psychotherapie, praktiziert wird, sich in wissenschaftlichen Gesellschaften zusammenschließen möchte. Schon diese Tatsache zeigt, wie stark die Psychodynamik gerade bei denjenigen ist, die sich mit irgendeiner Form von seelischer Krankenbehandlung beschäftigen. Darin liegt gleichzeitig die große Gefahr, die man bei alten Gruppen feststellen kann, die es mit aufkeimenden seelischen Krankheitsbehandlungen, also mit analytischen Psychotherapieformen zu tun haben. Die Bezeichnung »Schule« ist dabei noch milde, der Vergleich mit »Sekte« dagegen oft zutreffender" (S. 272).

10 Das autogene Training nie Verbindung suchte zu seinem amerikanischen Pendant, der progressiven Entspannung, obwohl doch gerade letztere all die bekannten Anfangsschwierigkeiten der Patienten mit dem autogenen Training leicht hätte überwinden können (Peter & Gerl, 1977).

11 Die *Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training* akzeptierte nur Ärzte als Mitglieder.

12 Wegen der Niederschlagung des "Prager Frühlings" durch die Truppen des Warschauer Paktes wurde dieser Kongreß von Prag, wo er ursprünglich hätte stattfinden sollen, kurzfristig nach Mainz verlegt (persönliche Mitteilung von Vladimir Gheorghiu).

der theoretischen Einführung des autogenen Trainings habe ich auch Bezug genommen auf Hypnose (1977, S. 83 ff). Die hierfür herangezogene Literatur der deutschen ärztlichen Hypnose (z.B. Langen, 1972; Schultz, 1935; Krapf, 1977) erschien mir jedoch methodisch und theoretisch zu wenig ansprechend, als daß ich sie für die psychotherapeutische Praxis als relevant erachtet hätte. Dennoch war meine Neugier geweckt und es bedurfte nur eines geringen Anlasses, mich zu fesseln.

Durch die Bücher von Watzlawick und seiner Kollegen (z.B. 1971) war ich wie viele andere zu Beginn meines Psychologiestudiums schon auf Milton Erickson aufmerksam geworden und fasziniert spätestens dann, als 1976 "Hypnose" von Erickson, Rossi und Rossi und 1978 Halesys "Die Psychotherapie Milton H. Ericksons" erschienen war. Das dort vorgestellte Verständnis von Hypnose und ihrer Anwendung in der Psychotherapie widersprach nicht nur gängigen Vorstellungen und (Vor-) Urteilen, sondern legte auch plausibel dar, daß Hypnose innerhalb verschiedener Therapieverfahren anwendbar ist und daß darüber hinaus manche Interventionen nicht nur leichter und effektiver sondern überhaupt nur unter Einsatz von Hypnose durchführbar sind (vgl. z.B. Peter, 1991c, 1992d, e). Die ausdrückliche Bezugnahme auf die Potentiale und Ressourcen des einzelnen Patienten deckte sich mit dem Verständnis humanistischer Therapien. Eines der Hauptthemen des damaligen Schulenstreites zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie beispielsweise, nämlich Aufdecken und Erkennen versus Einüben und Lernen, war unter dem Primat einer individualisierten Therapie, wie sie Erickson offensichtlich forderte und praktizierte, obsolet. Es ist von Fall zu Fall jeweils neu zu entscheiden, ob man das eine oder das andere Vorgehen oder beide als sich ergänzend wählt. Darüber hinaus wurden die in anderen Therapieformen weitgehend vernachlässigten Möglichkeiten der sprachlichen Kommunikation elaboriert dargestellt (hauptsächlich später in Erickson & Rossi, 1981) und so eines der wichtigsten Instrumente aller verbalen oder zumindest verbal vermittelten therapeutischen Interventionen erstmals gewürdigt (Gerl & Peter, 1982; Peter, 1983a).

Diese Gründe sind zwar wichtig; darüber hinaus scheint es aber doch noch andere Motive zu geben, die mich und andere an Ericksonscher Hypnose und Psychotherapie letztlich so fesselten; Hilgard (1988), Diamond (1988) und Kirmayer (1988) haben später versucht, dies noch genauer zu eruieren (zusammenfassend dargestellt in Peter, 1988a). Während ich mich vorwiegend mit den hypnotischen und hypnotherapeutischen Aspekten von Ericksons Arbeit beschäftigte, waren in den 70er Jahren andere Kollegen eher an den strategischen und systemischen Aspekten der Arbeit von Erickson interessiert (vgl. Schmidt, 1985; Trenkle & Schmidt, 1985; Peter, 1985b), wie sie von Haley und der Palo-Alto-Gruppe um Watzlawick und seinen Kollegen, später dann auch von der sog. Mailänder Schule um Selvini-Palazzoli und der Heidelberger Gruppe um Stierlin vertreten wurden.

Nach einigen Workshops mit "Schülern" von Erickson 1976 und 77 in München und einem Ausbildungsaufenthalt 1978 in Phoenix bei Erickson selbst habe ich die "Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.)" gegründet.¹³

¹³ zusammen mit Alida Iost-Peter und Wilhelm Gerl

1.4 Erickson, Neo-Ericksonianer und die Tradition der Hypnose

Die Renaissance der Hypnose nicht allein in Deutschland steht, zumindest was die klinische Anwendung betrifft, in engem Zusammenhang mit der Arbeit Milton H. Ericksons. In Amerika und auch bei uns ist Erickson insbesondere über Jay Haley (1978) bekannt und populär geworden. So groß Halesys Verdienst diesbezüglich auch ist, so nachteilig ist der Umstand, daß er Ericksons Arbeit als singular, d.h. ohne Bezug sowohl zur Geschichte und Gegenwart der Hypnose als auch zur übrigen psychologischen und psychotherapeutischen Tradition dargestellt hat. Dies scheint auf den ersten Blick auch der Tradition von Erickson selbst zu entsprechen, denn auch er hat in seinen eigenen Schriften recht sparsamen Gebrauch von Literaturhinweisen gemacht, was man jedoch zwei Umständen zuschreiben muß: (1) Ein großer Teil der Schriften Ericksons stammt aus der Zeit zwischen 1930 und 1960 - nach Orne (1988) war Erickson derjenige, "who arguably single-handedly kept hypnosis alive in the 40s and 50s and had much to do with its increasing utilization thereafter" - und die wenigen vorliegenden amerikanischen Quellen wie z.B. C.L. Hull (1938) oder Wolberg (1948), um nur zwei zu nennen, werden von ihm durchaus angeführt; in drei allgemeinen Artikeln über Hypnose (Erickson, 1934, 1941, 1954) geht er auch ausführlicher auf die geschichtliche Entwicklung der Hypnose seit Mesmer ein. (2) Ein großer Teil der Veröffentlichungen Ericksons aber besteht aus Beschreibungen von hypnotischen und hypnotherapeutischen Techniken, meist anhand von Falldarstellungen, welche zur damaligen Zeit neuartig waren und sich kaum auf Vorläufer beziehen konnten.

Dieser Halesyschen Auffassung folgten in den 80er Jahren manche sog. Neo-Ericksonianer,¹⁴ wenn überhaupt andere oder ältere Autoren erwähnt wurden, so häufig nur zum Zweck der Abgrenzung von diesen als "Traditionalisten" bezeichneten hypnotischen Vorläufern oder Zeitgenossen (vgl. z.B. Lankton, 1992). Insbesondere aber wurde damals in den 80er Jahren von den Neo-Ericksonianern die mittlerweile umfangreiche experimentelle und klinische Literatur zur Hypnose und Hypnotherapie ignoriert, was entsprechend auch heftig kritisiert worden ist (z.B. durch J. Barber, 1988; Fromm, 1987; Peter, 1988a). Denn seit den 50er Jahren¹⁵ gab es in den angelsächsischen Ländern eine wachsende Hypnoseliteratur sowohl für den klinischen wie auch experimentellen Bereich; diese Literatur bezog sich u.a. auch auf die großen Auseinandersetzungen bezüglich der "wahren Natur der Hypnose", angefangen mit Ornes (1959) "The nature of hypnosis: Aritfact and essence", Sutcliffes (1960, 1961) "Credulous and sceptical views of hypnotic phenomena" und fortgeführt in dem bis heute andauernden Disput zwischen den sog. Zustands-Theoretikern der Stanford-Schule um Ernest R. Hilgard (1977, vgl. auch 1989, so wie Bowers, 1989) und den sozialpsychologischen bzw. kognitiv-behavioralen Nicht-Zustands-Theoretikern um T.X. Barber (z.B. 1969), Sarbin und Coe (1972) und in der Folge Spanos (1986; Spanos et al., 1989).

Selbst "Schüler" von Erickson, hätte ich es natürlich auch gerne gesehen, wenn der von mir geachtete "Meister" am Anfang aller Hypnose und modernen Psychotherapie gestanden hätte, wie von amerikanischen neo-ericksonianischen Kollegen bisweilen ange deutet. Ich kann auch die narzistische Kränkung nachvollziehen, die sich einstellen mag,

¹⁴ Mit diesem Begriff werden in Amerika üblicherweise Ericksons Schüler der zweiten Generation bezeichnet wie z.B. Zeig, Yapko, Gilligan, oder Lankton im Unterschied zu Schülern der ersten Generation wie z.B. Thompson, Rosen oder Lustig.

¹⁵ Das *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* beispielsweise erschien mit seiner ersten Ausgabe 1953.

wenn das bewunderte Vorbild von anderen, die sich in der Geschichte der Hypnose gut auskennen, in Relation zu dieser gestellt und beispielsweise, wie von Weitzenhoffer (1992), als "Bernheimianer" bezeichnet wird.

Dennoch können wir im Gegensatz zu unseren in dieser Hinsicht vielleicht zu Recht unbekümmerten (neo-ericksonianischen) amerikanischen Kollegen nicht umhin, die 200jährige Geschichte der Hypnose gerade hier in Europa zur Kenntnis zu nehmen. Überblickartikel (Peter, 1983a, 1988b, 1991a) befaßten sich deshalb ausführlich mit der Theorien-geschichte der Hypnose seit Mesmer.

Erstaunlich ist es, hierbei festzustellen, daß einige der heute von den Sozialpsychologen vorgeschlagenen Alternativmodelle zur Theorie der Hypnose sich schon in den Berichten der beiden wissenschaftlichen Kommissionen von 1784 ansatzweise wiederfinden lassen; diese lehnten damals Mesmers Fluidumtheorie zugunsten von Imaginations-, Modell- und Placebo-Effekten ab. Die interindividuelle Varianz in Bezug auf Hypnotisierbarkeit wurde von Puységur Ende des 18. und von Abbé Faria Anfang des 19. Jahrhunderts beschrieben; diese betonten auch, daß es nicht der externe Einfluß des "Magnetiseurs" und schon gar nicht eine nicht-psychologische, quasi-physikalische Macht sei, welche bei der Hypnose und ihren Phänomenen wirksam sei, sondern - in heutigen Begriffen ausgedrückt - innersystemische Zustände und deren Veränderung. Auch Braid ersetzte Mitte des 19. Jahrhunderts seine anfängliche physiologische Theorie durch eine rein psychologische; sein Monoideismus-Modell kann als unmittelbarer Vorläufer zu Bernheims Ideodynamik-Theorie gewertet werden. So lassen sich seit 1784 kontinuierlich bis heute kognitive Prozesse und Interaktionsphänomene als wesentliche Bestimmungsfaktoren für Hypnose ausmachen. Parallel dazu lebte natürlich auch der Fluidumsgedanke lange Zeit weiter.

Es gab und gibt noch mehrere Gründe für die Spannungen zwischen den Neo-Ericksonianern und den hauptsächlich in der *International Society of Hypnosis* zusammengeschlossenen "Traditionalisten" (Peter, 1988a, 1991e, f). So sehr Erickson das heutige Bild der Hypnose geprägt hat, so wenig schienen - der Kritik zufolge - die Neo-Ericksonianer gerade dieses "hypnotische Erbe" wahrnehmen und tradieren zu wollen; sie schienen aus einigen wenigen "Prinzipien Ericksonischer Hypnose und Psychotherapie" eine Art fast-food-Hypnotherapie für alle Patienten zusammenzustellen, ohne Ansehen spezifiziert Diagnosen, welche eine hypnotherapeutische Behandlung u.U. sogar als kontraindiziert erscheinen lassen. Manche dieser Kritikpunkte mögen sicher gerechtfertigt (gewesen) sein, die Pauschalität mancher Ablehnung hingegen konnte kaum auf Verständnis stoßen. Übersehen wurde in dieser Kritik beispielsweise, daß sich eine sog. Ericksonische Therapie zu entwickeln begann, welche - durchaus im Sinne von Ericksons Vermächtnis - vor allem als pragmatische Kurzzeittherapie konzipiert ist und Hypnose neben strategischen und systemischen Prinzipien nur noch als eine Modalität beinhaltet. Dennoch konnten diese zunehmenden Spannungen Sorgen erwecken, besonders wenn man sich die Spannungen und deren Folgen in der Geschichte der Hypnose vergegenwärtigt.

1.5 Folgerungen

Die M.E.G. ist zwar schon durch ihren Namen und durch die Tatsache, daß diese Namensgebung von Erickson persönlich autorisiert worden war, eng assoziiert mit der "Ericksonischen Hypnose und Psychotherapie" - ein Begriff, der bis heute allerdings noch

nicht hinreichend spezifiziert ist. Ihre Vertreter aber verstanden es bislang recht gut, sich nicht in die dichotomisierenden Auseinandersetzungen zwischen den Neo-Ericksonianern und den "Traditionalisten" involvieren zu lassen, sondern im Gegenteil eine moderierende Position einzunehmen: Nach entsprechenden Bemühungen erreichte es die M.E.G., 1989 konstituierendes Mitglied der *International and der European Society of Hypnosis* zu werden und 1992 fand in Jerusalem eine *Gemeinsame Konferenz*¹⁶ statt, in welcher Vertreter beider Lager sich z.T. erstmals persönlich trafen und miteinander reden konnten (Peter & Iost-Peter, 1994) - ein erster Schritt, dem allerdings noch weitere folgen müssen. Es bleibt abzuwarten, ob auch der nächste Schritt gelingen wird, daß nämlich die wichtigste Organisation der Neo-Ericksonianer, die *Milton H. Erickson Foundation* in Phoenix, konstituierendes Mitglied der ISH werden wird, damit (sicher nötige) weitere Auseinandersetzungen innerhalb des Systems, d.h. auf gleicher Ebene ausgetragen werden können. In (noch nicht) absehbarer Zeit sollte es dann möglich sein, auf Attribute wie "Ericksonianisch", "nach Milton H. Erickson" etc. zu verzichten und damit auch äußerlich die Einheit der Hypnose kundzutun. Mit Sicherheit wird dies in keiner Weise die Bedeutung Ericksons für die Hypnose in unserem Jahrhundert schmälern.

2.0

Teil II: Klinische Aspekte

2.1 Hypnose und Psychoanalyse

Es gibt in der Geschichte der Hypnose eine weitere Besonderheit, nämlich die, daß in der deutschen psychoanalytischen Literatur bis vor kurzem nie ernsthaft der Versuch unternommen worden ist, die präpsychoanalytische Ära genauer zu untersuchen und damit die Abstammung der Psychoanalyse von der Hypnose entsprechend zu würdigen. Dies ist umso verwunderlicher, als Freud (1916/17, S. 444) dezidiert schrieb: "Wir Psychoanalytiker dürfen uns für seine [des Hypnotismus] rechtmäßigen Erben ausgeben und vergessen nicht, wieviel Aufmunterung und theoretische Aufklärung wir ihm verdanken." Gewiß gab es immer wieder einige ausländische und auch deutschsprachige Autoren, welche sich mit diesem Thema mehr oder weniger ausführlich beschäftigten wie z.B. Kline (1972), Lebzelter (1981), Kraiker (1985, 1987), Reicheneder (1990) und v.a. Chertok (z.B. 1973; Chertok & Stengers, 1992). Dort, wo es angebracht erschien, habe auch ich auf dieses Kapitel immer wieder Bezug genommen (z.B. Peter, 1983a, b, 1989a, 1991a), wobei Freuds großer Zeigenosse Pierre Janet gerade im Zusammenhang mit Hypnose entsprechend zu würdigen war (vgl. z.B. Peter, 1987a, 1991g).

Es wird sich zeigen, ob die jüngsten Versuche von Amler (1992) und v.a. von Kinzel (1992, 1993) aufgegriffen und die meines Erachtens längst überfällige Diskussion zum Verhältnis Hypnose und Psychoanalyse in Deutschland anstoßen werden. Denn sowohl in Australien (Burrows, 1992) wie v.a. auch in Amerika sind die frühen Versuche einer Verbindung zwischen Hypnose und Psychoanalyse¹⁷ sowohl fundiert theoretisch (z.B. durch Gill & Brenman, 1959; Fromm, 1977, 1992) wie auch in der praktischen hypnoanalytischen Arbeit fortgeführt worden (vgl. z.B. Brown & Fromm, 1986; Peter, 1992c;

¹⁶ *Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy: Arts - Facts - Artifacts*, 22.-24. Juli 1992, sponsored by M.E.G., ISH and ISSH.

¹⁷ Ferenczi (1972), Fenichel (1945), Jones (1910, 1923), Radó (1925), Schilder & Kauders (1926), zusammengestellt dargestellt in Kinzel (1993)

Watkins, 1992a, b). Es wäre zu wünschen, daß dieser Ansatz auch in Deutschland weiterverfolgt würde.

Meines Erachtens könnten beide Seiten davon profitieren: die Analytiker beispielsweise in Form einer erheblichen Verkürzung mancher Behandlungen - wie von ihren amerikanischen hypnoanalytischen Kollegen demonstriert - und in einem bewußteren Gebrauch der auch in Analysen vorkommenden Trance- und Suggestionselemente; die Hypnotherapeuten hauptsächlich durch Erkennen und Handhaben von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen (Peter, 1992c). Insbesondere könnten "analytisch denkende" Hypnotherapeuten ihre Fähigkeiten zum Diagnostizieren von Persönlichkeitsstörungen schulen und damit potentielle Risiken und entsprechende Kontraindikationen für Hypnose besser beurteilen lernen (vgl. Kleinhauz, 1991; Peter, 1991d).

2.2 Hypnose und Verhaltenstherapie

Die anfänglichen Verbindungen zwischen Verhaltenstherapie und Hypnose waren sehr kurzer aber ganz spezieller Natur: Neben der progressiven Relaxation beschreibt Wolpe (1958) Hypnose als Standardverfahren für die Systematische Desensibilisierung und weist häufig auf einige Fälle und Techniken in Wolbergs 1948 erschienenem Buch "Medical Hypnosis", in welchem ausführlich "Hypnosis in Desensitization" und "Hypnosis in Reconditioning" beschrieben sind. Statt psychoanalytischer offeriert Wolberg hier aber genuin verhaltenstherapeutische Techniken und Erklärungen, nämlich die der graduieren Konfrontation, der antagonistischen Reaktionen und des Durcharbeitens in der Phantasie (siehe Kraiker, 1987).

Trotz einiger weiterer markanter Versuche des *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (21(1), 1973), von Kroger und Fezler (1976), Dengrove (1978) und Clarke und Jackson (1983) gedieh diese Verbindung zumindest in Amerika zu keiner besonders engen, obwohl sich auch exponierte Forscher wie z.B. schon Pawlow (1923) oder Hull (1933, 1938) für Hypnose interessiert hatten und speziell Hilgard sich für sie sehr einsetzte.¹⁸ Hull beispielsweise zeigte, daß durch Hypnose Konditionierungen möglich sind, daß sie selbst Lerngesetzen unterliegt und deshalb als Verhalten (habit) bezeichnet werden kann. Hilgard hatte sich lange mit der klassischen Lerntheorie befaßt (vgl. Hilgard & Bower, 1970, 1971) und wandte sich gegen Ende seiner Karriere¹⁹ der Hypnose zu, um - so könnte man spekulieren - alltagspsychologische, insbesondere kognitive und imaginative Vorgänge und ihren Einfluß auf normales und abnormales Verhalten besser ergründen zu können.²⁰ Umgekehrt versuchten T.X. Barber sowie seine Kollegen und Nachfolger in ihrem kognitiv-behavioralen Ansatz nachzuweisen, daß alles hypnotische Verhalten auch im Alltag vorkommt - dies hatte schon Bernheim festgestellt - und deshalb mit einfachen sozialpsychologischen und kognitiven Variablen wie z.B. Erwartungshaltung, Einstellung oder aufgabenbezogene Motivation erklärt werden könne (vgl. Kossak, 1989, 1991b; Peter, 1990b, 1991a).

18 Ernest R. Hilgard war 1973 Gründungspräsident der *International Society of Hypnosis (ISH)*.

19 1957 baute er sein Hypnose-Laboratorium in Stanford auf

20 "My own preference is to see hypnosis 'domesticated' as part of normal psychology, on the assumption that understanding of the normal human mind and behavior will be enhanced if hypnosis is taken seriously along with perception, learning, motivation, and the other accepted topics of general psychology" (Hilgard, 1977, S. x)

In Deutschland war es u.a. Kossak (1983, 1985, 1987, 1991a), der anhand von Falldarstellungen die nicht nur mögliche sondern auch effektive Verbindung von Hypnose und Verhaltenstherapie darstellte. 1987 war ein ganzes Heft von *Hypnose und Kognition* (Kraiker & Peter, 1987) diesem Thema gewidmet und später folgte dann das Buch "Hypnose und Verhaltenstherapie" (Peter, Kraiker & Revenstorf, 1991).

Mein eigener Beitrag in diesem Heft von *Hypnose und Kognition* (Peter, 1987a) beschäftigt sich mit der Dissoziation als Begriff und Phänomen in der Geschichte der Psychotherapie wie auch als Technik zur kognitiv-emotionalen Umstrukturierung, deren Wirksamkeit mit dem Piagetschen Konzept der Dezentrierung erklärt wird. Insbesondere wird die Technik der Dissoziation als immer dann hilfreich dargestellt, wenn es darum geht, nonverbal, d.h. episodisch kodierte Erfahrungen verfügbar und sodann semantisch wieder beschreibbar zu machen. Am Schluß deute ich an, daß es viele Fallbeschreibungen von Erickson gibt, welche nicht nur a posteriori verhaltenstherapeutisch deutbar sondern sogar a priori lerntheoretisch formuliert worden sind.

Diese lerntheoretische Explikation einiger von Ericksons Fallbeschreibungen folgte später (Peter, 1991c, 1992d, e). Im ersten Beitrag 1991 dienen Fälle von Erickson zunächst als Beispiele dafür, daß auch er seine Interventionen unter Zuhilfenahme alltagspsychologischer und oft explizit lerntheoretischer Prinzipien gestaltet hat, daß er also nicht das neo-ericksonianische Klischee gelehrt hat, wonach man nur dem Unbewußten trauen müsse und nur über indirekte Suggestionen und Metaphern vermutete verborgene Potentiale zu evozieren habe (vgl. z.B. Hammond, 1988; Peter, 1988a). Vielmehr versuchte ich darzustellen, daß gerade Erickson nach sorgfältiger Exploration Interventionen gestaltet hat, welche allgemein- und insbesondere auch lernpsychologischen Prinzipien folgen. Hypnotherapeuten könnten also von der Verhaltenstherapie hinsichtlich Verhaltensanalyse und Interventionsplanung einiges lernen, wenn sie nicht ohnehin ihre psychotherapeutische Grundausbildung in der Verhaltenstherapie erfahren haben.

Die detailliertere Fallbeschreibung (1992d, e) diente hauptsächlich dazu zu zeigen, daß Erickson in einem schweren Fall von impotentia coeundi die ansonsten rein verhaltenstherapeutische Intervention nur unter Zuhilfenahme von Hypnose, speziell eines bestimmten posthypnotischen Auftrages durchführen konnte. Gleichzeitig wird an der Konstruktion dieses posthypnotischen Auftrages deutlich, daß er nicht nur auf dem Vorhandensein einer Trance bzw. der möglichen hohen Suggestibilität des Patienten gründet ist sondern über allgemein- und sozialpsychologische Prinzipien sorgfältig aufgebaut und abgestützt ist.

Hypnose in der Verhaltenstherapie scheint heute in Deutschland kein Problem mehr zu sein, denn sie wird nicht nur in der verhaltenstherapeutischen Praxis weitgehend angewandt sondern auch von Psychotherapeuten meist ohne Einwände akzeptiert, wenn ihr Einsatz im Antrag entsprechend begründet ist. Auch die allgemeine theoretische Fundierung innerhalb des übergeordneten Konzeptes der kognitiven Therapie (Kraiker, 1985; Revenstorf, 1987, 1991) wurde in Angriff genommen.

2.3 Hypnose und andere psychotherapeutische Verfahren

Betrachtet man Hypnose nicht in dem engeren, von Hilgard (1973) als "domain of hypnosis" bezeichneten Konzept, sondern wertet Trance als allgemein therapeutisch hilfreiche

chen und wirksamen Zustand und verbal-suggestive Vorgaben - gerade auch dann, wenn sie unbemerkt und unbeabsichtigt gegeben werden - als in jeder Psychotherapie wirksam, so lassen sich auch für alle anderen Therapieformen Aspekte finden, welche in bzw. aus der Hypnose heraus entwickelt worden sind. Insbesondere ist hier der gesamte kommunikationstheoretische Teil von Ericksons Werk anzuführen bzw. jene Aspekte, welche von seinen Nachfolgern eingehender expliziert worden sind. Seit 1980 liegen hierzu auch einige deutsche Beiträge vor, von denen hier als Beispiel für die Gesprächspsychotherapie Gerl und Peter (1982), für die Gesprächsführung Ribensahm (1985) und Helle (1990), für die Gestalttherapie Beaumont (1985), für die Bioenergetik Roepke (1992), für die rational-emotive Therapie Ellis (1987) und Scholz (1992) sowie für die systemische Familientherapie Schmidt (1985) und Trenkle und Schmidt (1985) aufgeführt werden sollen.

2.4 Hypnose in der Psychosomatik

Psychosomatik befaßt sich mit dem "Zusammenwirken somatischer, psychischer und sozialer Faktoren in Gesundheit und Krankheit" (Uexküll, 1981, S. 18); seit 1981 hat sich das Teilgebiet "Psychoneuroimmunologie" (Ader, 1981; Ader et al., 1991) etabliert vor dem Hintergrund von Forschungsergebnissen, die es erlauben, schon dem biologischen Organismus des Menschen eine Art von Intelligenz zuzuschreiben (vgl. Mayer, 1988).

Neben der Psychotherapie kam Hypnose schon immer auch bei klassischen psychosomatischen Störungen erfolgreich zum Einsatz (vgl. z.B. Barber, 1984; sowie die Fallbeschreibungen von Mrochen, 1991; Peter, 1990c; Revenstorf, 1991).

Einen Sonderfall und eine Herausforderung bildeten schon immer Schmerzen, gerade auch solche, welche man als rein körperlich bedingt ansehen muß, wie z.B. bei Zahnextraktionen (Gheorghiu, 1986; Schmierer, 1992) oder terminalen Tumorerkrankungen (Peter & Gerl, 1984, 1985). Nicht nur ältere Berichte (Elliotson, 1843; Esdaile, 1850) sondern auch eine Reihe neuerer Laboruntersuchungen und klinischer Studien haben die Wirksamkeit der Hypnose zur Schmerzkontrolle nachweisen können (zusammenfassend z.B. bei Peter, 1986c, 1990a). Hypnose hat hierbei nicht nur therapeutischen Wert sondern diente auch dem Zweck, kognitive Kontrollstrukturen zu untersuchen - Hilgards "hidden observer"-Modell beispielsweise wurde hauptsächlich anhand von Labor-schmerzuntersuchungen experimentell fundiert - und könnte einen Beitrag dazu leisten, den Konstruktcharakter der Wahrnehmung genauer zu erforschen.

Eine andere große Herausforderung stellten Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre Krebserkrankungen dar. Mearns (1984), Newton (1984), Simonton und seine Mitarbeiter (1978) berichteten von ihren therapeutischen Erfahrungen, welche den Schluß nahelegten, daß mit Hilfe von hypnotischen Verfahren beeindruckende Ergebnisse hinsichtlich Lebensverlängerung und Remissionen zu erzielen seien. Die Kritik an solchen und ähnlichen Veröffentlichungen richtet sich einerseits gegen das simplifizierende monokausale Verständnis - "intensive Meditation" (Mearns), Hypnose (Newton) oder Visualisierung (Simonton) "bewirkten" dies - und andererseits gegen die inhärente Implikation, daß es in der Hand, ob du an Krebs stirbst oder nicht. Daß Hypnose dies nicht, zumindest nicht allein "bewirken" kann, sondern daß ein intensives soziales Supportsystem ähnliche Ergebnisse zeitigt, konnten Spiegel und seine Mitarbeiter eindrucksvoll nachweisen (Spiegel et al., 1989; Spiegel, 1991). Hypnotherapie bei Krebserkrankungen ist daher in

einem umfassenderen Sinne zu verstehen und hat neben eventueller Lebensverlängerung oder gar Remission weit vielfältigere Ziele und Aufgaben (Peter & Gerl, 1984, 1985), wenn sie die jüngeren Ergebnisse sowohl der Psychoneuroimmunologie wie auch die der Copingforschung ernstnimmt.

Dies hindert nicht, in der Grundlagenforschung intensiver der Frage nachzugehen, inwieweit Hypnose in der Lage ist, biochemische Parameter zu beeinflussen (vgl. z.B. Bongartz, 1990a, b). Denn gerade die jüngste medizinische und gesellschaftliche Herausforderung AIDS, eine Erkrankung des Immunsystems, weckte die Aufmerksamkeit von Psychoneuroimmunologen und Copingforschern (z.B. Solomon, 1985; Temoshok, 1990, 1991; Perrez et al., 1992). Daß Hypnose innerhalb eines Programms zur Erhöhung der Copingfertigkeiten von HIV- und AIDS-Patienten "wirksam" sein kann, konnte in einer kürzlich durchgeführten deutschen Therapiestudie nachgewiesen werden, deren primäres therapeutisches Verfahren Hypnotherapie war (vgl. Reiser et al., 1992); da diese Untersuchung aus pragmatischen Gründen nicht als Vergleichsstudie angelegt war, lassen sich keine Aussagen darüber machen, ob nicht ein anderes Verfahren ähnlich wirksam gewesen wäre.

2.5 Abschließende Bemerkungen

Da sich die wissenschaftliche Legitimation einer psychotherapeutischen Methode heute aus kontrollierten Therapiestudien herleitet (Grawe et al., 1990), sind diese auch für die Hypnose zu fordern. Nur dann kann sie das Image einer außer-gewöhnlichen Methode ändern und den ihr immer noch anhaftenden Haut gutt des Obskuren abstreifen. Hierzu ist es nötig, daß zunächst einige Standardverfahren definiert werden, um eine operationalisierbare Basis für Vergleichsuntersuchungen zu haben (ähnlich wie es beispielsweise die Verhaltenstherapie vorexerziert hat). Vor allem aber ist es wichtig, daß sich noch mehr Kliniker und Forscher für sie zu interessieren beginnen, und daß die prinzipielle gemeinsame Zielsetzung der verschiedenen Ansätze alle sonstigen (und ansonsten notwendigen) Auseinandersetzungen dominiert.

Die M.E.G. hat in den letzten 15 Jahren in Deutschland funktionierende Ausbildungscurricula für klinische, zahnärztliche und Kinder-Hypnose entwickelt und durchgeführt und drei größere Fachkongresse organisiert (Peter, 1985a; Peter & Schmidt, 1992; Peter & Iost-Peter, 1994); sie ist seit 1989 konstituierendes Mitglied in der *European Society of Hypnosis (ESH)* und in der *International Society of Hypnosis (ISH)* und bemüht sich, das in den 80er Jahren in der Hypnose sich abzeichnende Schisma - "Traditionalisten vs. Ericksonianer" - wieder aufzulösen im Interesse der gemeinsamen Aufgaben und Ziele. So sollte es gelingen, die Hypnose nicht nur unbeschadet ins nächste Jahrhundert "hinüberzureiten" sondern ihr grundsätzlich jenen Stellenwert zu sichern, welchen sie für Psychotherapie und Psychosomatik von Anfang an hatte.

3.0 Teil III: Allgemeinpsychologische Aspekte

3.1 Zur Relevanz hypnotischer Trance und hypnotischer Phänomene in Psychotherapie und Psychosomatik

Die theoretische Beschäftigung mit Hypnose kann aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln erfolgen. Allgemeine Darstellungen befassen sich daher mit der Phänomenologie und den Mechanismen, mit differenziellen Aspekten (z.B. Hypnotisierbarkeit) oder mit technologischen Fragen (z.B. zur Induktion) in unterschiedlicher Gewichtung (vgl. z.B. Peter, 1983a, b, 1988b, 1989a, 1990b).

Die folgenden Überlegungen beschränken sich auf die Frage, welche Relevanz hypnotische Trance und hypnotische Phänomene in Psychotherapie und Psychosomatik haben können, und dies wiederum auch nur unter Berücksichtigung einiger weniger Aspekte.²¹ Anhand ausführlicher dargestellter Fälle (Peter 1990c, 1991b, 1992a, b) und in einem Lehrvideo (Peter, 1989b) habe ich versucht zu demonstrieren, wie hypnotische Trance und hypnotische Phänomene auf der Grundlage eines guten hypnotischen Rapports im gesamten Verlauf einer Behandlung von der Exploration bis hin zur Intervention Platz finden können. Ich will hiermit nicht sagen, daß diese Aspekte der hypnotischen Trance und Phänomene die einzig interessantesten und wichtigsten in Bezug auf die *klinische Hypnose* sind; den Schwerpunkt könnte man ebenso auf die Suggestion (vgl. z.B. Gheorghiu, 1990; Peter, 1993; Weitzenhoffer, 1993) oder auf die Phantasie legen. Mir ist auch bewußt, daß sich in herkömmlichen psychophysiologischen Untersuchungen ein solcher diskreter Zustand wie hypnotische Trance nicht operationalisieren ließ; erste SPECT- und PET-Ergebnisse (z.B. Walter, 1992) deuten jedoch daraufhin, daß neuere Untersuchungsmethoden zu neuen Erkenntnissen verhelfen können. Diese könnten dann zu neuen theoretischen Modellen beispielsweise auf der Grundlage des radikalen Konstruktivismus führen und den immer noch andauernden Disput zwischen den Zustands- und Nicht-Zustands-Theoretikern beenden.

Zunächst will ich eine Definition der in diesem Zusammenhang relevanten Begriffe geben:

Unter hypnotischer Trance *im engeren Sinne* verstehe ich einen kognitiv-physiologischen Zustand, welcher in Folge bekannter hypnotischer Induktionstechniken auftritt. Daß hypnotische Trance auch in diesem engeren Sinne kein Schlafzustand ist, muß heute nicht mehr eigens betont werden (vgl. Evans, 1979). Ob und inwieweit sich hypnotische Trance allerdings auch vom Wachzustand - welcher dann noch näher zu definieren wäre - unterscheiden läßt, muß künftigen psychophysiologischen Untersuchungen überlassen bleiben. Rein phänomenologisch lassen sich allerdings zwei Besonderheiten dieses hypnotischen Zustandes bestimmen, nämlich Nicht-Willkürlichkeit und Evidenz, auf die unten noch näher eingegangen werden soll.

Unter Trance *in einem weiteren Sinne* kann man all jene zeitlich begrenzten Zustände verstehen, in denen, ausgelöst durch geeignete Stimuli, die übliche Wirklichkeitserfahrung in die Erfahrung einer (zumindest in Teilen) anderen Wirklichkeit umkippt, wobei diese andere Wirklichkeit während der Dauer der Trance dann ähnlich oder genauso evident erlebt wird wie die vorherige. Die auslösende Stimulation kann intern oder extern, absichtlich oder unabsichtlich erfolgt sein; das Phänomen des Umkippens selbst jedoch wird in der Regel als nicht-willkürlich erlebt.

21 Diese beiden Themen waren und sind in meiner Arbeit als Psychotherapeut und Ausbilder zentral. Ein Grund hierfür ist u.a. darin zu sehen, daß ich sowohl in den Selbsterfahrungsseminaren während meiner eigenen Ausbildungen wie auch in den von mir durchgeführten Behandlungen Trance bzw. tranceähnliche Zustände als die wichtigsten und therapeutisch effektivsten Momente erlebt habe bzw. erlebe.

Unter hypnotischen Phänomenen im engeren Sinne sind jene klassischen Phänomene zu verstehen, welche traditionsgemäß als unter Hypnose auftretend beschrieben worden sind (vgl. Peter, 1990b); im weiteren Sinne will ich damit alles Verhalten bezeichnen, welches eine Person unter Hypnose (offen oder verdeckt) zeigt und als nicht-willkürlich auftretend empfunden.

Unter hypnotischem Rapport versteht man die Beziehung zwischen Hypnotherapeut und Patient, auf die weiter unten (unter 3.1.3.2) noch näher eingegangen werden soll.

Unter hypnotischer Suggestion will ich im folgenden nur jene Klasse von (in der Regel verbalen, externen oder internen) Stimuli bezeichnen, welche geeignet sind, hypnotisches Verhalten im engeren oben definierten Sinne hervorzurufen. Für eine fachübergreifende Bestimmung siehe Gheorghiu (1993; Gheorghiu et al. 1989).

Suggestibilität wird üblicherweise synonym zu Hypnotisierbarkeit gebraucht, was jedoch sowohl konzeptuell (vgl. z.B. Weitzenhoffer, 1962; Peter, 1988b) wie auch bezogen auf die therapeutische Praxis problematisch ist. Bei beiden handelt es sich um Dispositionen (ob angeboren oder erworben sei dahingestellt), wobei Suggestibilität die Fähigkeit darstellt, entsprechend dem Inhalt und der Intention (d.h. nicht-willkürlich) einer Suggestion zu reagieren. Hypnotisierbarkeit hat darüberhinaus vermutlich noch weitere Dimensionen, welche gerade für die Psychotherapie relevant sind. Kontrovers wird auch diskutiert, ob Suggestibilität/Hypnotisierbarkeit tatsächlich eine über die Zeit stabile Disposition darstellt oder ob sie trainierbar ist (vgl. z.B. Piccione, Hilgard & Zimbardo, 1989, versus Gorassini & Spanos, 1986). Psychologisch kann Suggestibilität als mit kognitiver und physiologischer Flexibilität (vgl. Crawford, 1989) korrelierende, innersystemische Instabilität verstanden werden (Gheorghiu & Kruse, 1991, 1992).

Es erscheint angebracht, hier auch den Begriff Nicht-Willkürlichkeit näher zu bestimmen und in Beziehung zu setzen zu Unwillkürlichkeit und Automatismus, da auch diese letzten beiden Begriffe in der Literatur häufig Verwendung finden. Üblicherweise (vgl. z.B. Weitzenhoffer, 1993) werden jene Verhaltensweisen als nicht-willkürlich definiert, welche auch willkürlich sein können, es zum Zeitpunkt des Auftretens aber nicht sind (z.B. Armlievitation), im Unterschied zu unwillkürlichen Verhaltensweisen, welche der willkürlichen Kontrolle völlig entzogen sind (wie z.B. spinale Reflexe). Bernheim folgend subsumiert Weitzenhoffer (1993) beide Verhaltenskategorien unter die Automatismen. Automatismen hingegen kann man nach Bramwell (1896/1991) auch als Verhaltensweisen definieren, welche einmal bewußt und willkürlich gelernt und dann so lange wiederholt wurden, bis sie automatisch ausgeführt werden. Strenggenommen müßte man bei jedem einzelnen hypnotischen und auch bei jedem einzelnen symptomatisch/pathologischem Verhalten genau bestimmen, ob es sich um nicht- oder unwillkürliches oder um automatisches Verhalten handelt bzw. auf welchem Punkt eines gedachten diesbezüglichen Koordinatensystems es sich befindet. Für den Zweck der folgenden Erörterungen erspare ich mir diese Bestimmung im einzelnen und werde immer nur von nicht-willkürlichem im Unterschied zu willkürlichem Verhalten sprechen.

3.1.1 Hypnotisches und neurotisches/psychosomatisches Verhalten: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Eine genauere Exploration der Vorstellungen von Patienten, die um Hypnose nachfragen, erbringt häufig die implizite Erwartung, daß die kurative Prozedur auf eine Art und Weise stattzufinden habe, in der auch die Symptomatik als evident erlebt wird, nämlich jenseits von Willkürlichkeit und (üblicher) Bewußtheit. Dies mutet zunächst als Rückfall in Denkmuster an, welche man üblicherweise vor der Aufklärung ansiedeln würde. Man könnte sich allerdings auch fragen, ob damit nicht eine implizite Theorie zum Ausdruck kommt, welche auf bestimmte Gemeinsamkeiten zwischen hypnotischen und neurotischen/psychosomatischen Prozessen hinweist. Eine solche Betrachtung ist aber insofern problematisch, als sie historisch belastet ist dadurch, daß Charcot im vorigen Jahrhundert Hypnose explizit als pathologische Kondition konzipierte und seitdem dieses Thema in der Hypnosegemeinschaft gewissermaßen als Tabu behandelt worden ist.

Dennoch will ich zunächst der Frage nachgehen, ob es neben Unterschieden auch gemeinsame Aspekte zwischen hypnotischem und neurotischem/psychosomatischem Verhalten gibt, und welche Relevanz dies für die Psychotherapie haben könnte, ohne gleich die These zu vertreten, daß hypnotisches Verhalten generell neurotischem oder psychosomatischem Verhalten entspricht. (Die ansonsten unszulässige Gleichsetzung von neurotischem und psychosomatischem Verhalten bzw. von Neurotikern und Psychosomatikern treffe ich hier und im folgenden nur zum Zweck der Vereinfachung.)

3.1.1.1 Nicht-Willkürlichkeit und Evidenz

Hypnotisches Verhalten kann man durch zwei Charakteristika definieren, Nicht-Willkürlichkeit und Evidenz, die beide zusammen als notwendig und hinreichend dafür anzusehen sind, daß eine Person sich - *im strikten Sinne* - in hypnotischer Trance erlebt. Nicht-Willkürlichkeit bezeichnet die Qualität hypnotischen Verhaltens im Unterschied zu "normalem" Verhalten, und Evidenz bezieht sich auf die erlebte Wirklichkeit dieses Verhaltens: der Arm hebt sich wirklich bei der Armlevitation, die visuelle oder akustische Halluzination wird wirklich gesehen bzw. gehört, der eigene Name kann tatsächlich nicht ausgesprochen werden oder scheint vergessen - um nur einige der klassischen Beispiele zu nennen. Dies schließt nicht aus, daß es zu sog. Dualitätserlebnissen kommen kann, daß also zwei Wirklichkeiten als parallel und gleichermäßen als evident erlebt werden, die "wirkliche" Wirklichkeit und die hypnotische. Beide Wirklichkeiten können koexistieren auch dann, wenn sie sich offensichtlich widersprechen; logische Inkohärenzen werden manchmal entsprechend rationalisiert (Trancelogik; Orne, 1959); oder es wird das erlebt, was Gheorghiu (1990) als das Sowohl-als-auch-Prinzip der Hypnose bezeichnet hat, daß nämlich Willkürlichkeit und Nicht-Willkürlichkeit (sowie andere begriffliche Gegensatzpaare wie bewußt/unbewußt oder aktiv/passiv) in Hypnose widerspruchsfrei in einer als kohärent empfundenen Wirklichkeit koexistieren können.

Nicht-Willkürlichkeit (in der oben getroffenen Begriffsbestimmung) und Evidenz sind bekanntermaßen aber auch zwei augenscheinliche Charakteristika neurotischen Verhaltens und psychosomatischer Phänomene: sie treten nicht-willkürlich auf, erscheinen willkürlich nicht beeinflussbar und sind zudem evident. Ferner können auch beim Neurotiker und Psychosomatiker normale und pathologische Wirklichkeit mehr oder weniger nebeneinander existieren, und u.U. werden Inkongruenzen ebenfalls so rationalisiert, daß kognitive Dissonanzen minimiert werden. Selbst das Sowohl-als-auch-Prinzip läßt sich auf neurotisches Verhalten anwenden. So sprach man in der französischen Psychopathologie beispielsweise vom "unbewußten Simulieren" der Hysteriker; solche und ähnliche Kontradiktionen zeichnen auch viele andere Symptome aus.

Wesentliche Unterschiede zwischen hypnotischem und neurotischem/psychosomatischem Verhalten bestehen allerdings darin, daß hypnotisches Verhalten *im engeren Sinne* üblicherweise (1) zeitlich auf den Zustand der Trance beschränkt ist, (2) in Abhängigkeit von den Suggestionen bzw. der Aufmerksamkeitszuwendung relativ flexibel und (3) reversibel ist, während neurotisches Verhalten und psychosomatische Symptome relativ andauernd, weder flexibel noch leicht reversibel sind. Der wesentliche Unterschied zwischen neuroti-

schem/psychosomatischem und hypnotischem Verhalten ist also der, daß ersteres relativ stabil und letzteres relativ instabil ist.²²

3.1.1.2 Deprivation und Restriktion

Aus der Lernpsychologie wissen wir, daß die klassischen Lern- und Konditionierungsexperimente in der Regel in einem Setting stattgefunden haben, in welchem die Stimulusbedingungen wie auch die Reaktionsmöglichkeiten durch den Experimentator hoch kontrolliert waren (vgl. Kraiker, 1992); in der Regel herrschte sensorische Deprivation und motorische Restriktion: In der Skinner-Box und im Pawlowschen Konditionierungslaboratorium sollten außer den gewünschten keine anderen Stimuli wahrgenommen und keine unkontrollierten bzw. unkontrollierbaren Reaktionen gezeigt werden. Diese (Entstehungs-) Bedingungen treffen sicher nicht auf alles neurotische oder psychosomatische Verhalten zu, wohl aber auf einen Teil.

Sensorische Deprivation und motorische Restriktion sind nun aber zwei weitere Charakteristika, die einerseits für den Zustand der hypnotischen Trance und andererseits auch für manche jener Zustände zutreffen, in denen der Neurotiker seine Symptomatik als evident erlebt. In der Hypnose versucht man die Situation üblicherweise so zu gestalten, daß das willkürliche Verhalten möglichst reduziert wenn nicht sogar geblockt ist und die sensorischen Informationen bis auf die als relevant erachteten möglichst reduziert sind. Und auch ein Neurotiker würde wohl kaum symptomatisch reagieren, wäre er aller seiner Sinne mächtig und würde er all seine Handlungskompetenz einsetzen. (Ich sollte an dieser Stelle nochmals daraufhinweisen, daß ich Hypnose nicht mit Neurose gleichsetze, da neben diesen und anderen phänomenologischen Gemeinsamkeiten auch einige wesentliche Unterschiede evident sind; siehe oben unter 3.1.1.)

3.1.1.3 Konsequenzen für die Therapie

Für die Psychotherapie könnte diese teilweise Äquivalenz zwischen hypnotischem und neurotischem Verhalten in Bezug auf Nicht-Willkürlichkeit und Evidenz zunächst insofern relevant sein, als der Laie darin intuitiv eine Art Plausibilitätskriterium für die Potenz sieht, welche er der Hypnose zuschreibt, frei nach dem Prinzip, daß man den Teufel am besten mit dem Beelzebub austreibt. Diese implizite Annahme läßt sich erschliessen aus den Äußerungen mancher Patienten, daß bloßes Reden bzw. bloße Einsicht nichts nütze oder daß Änderungen auf der reinen (d.h. der Willkür zugänglichen) Verhaltensebene nicht den gewünschten Effekt brächten; die Änderungen sollten "tief im Unbewußten" geschehen. Gerade dieser von den meisten Therapeuten als irrige Einstellung attribuierte und deshalb häufig zurückgewiesene Wunsch, daß das Bewußtsein davon nichts mitbekommen solle bzw. dabei nicht involviert sein möge, ließe sich dahingehend verstehen, daß das Symptom als der Willkürlichkeit entzogen erkannt wurde und die Lösung daher ebenfalls jenseits der Willkürlichkeit stattzufinden habe. Entsprechend ließe sich auch der Wunsch nach "tiefer Hypnose" so verstehen, daß die bewußte Sensorik und die Willkürmotorik dabei unbeteiligt bleiben sollen. Zusammengefaßt läßt sich sagen, daß

²² Der Vollständigkeit halber will ich erwähnen, daß auch ein großer, wenn nicht der überwiegende Teil normalen Verhaltens durch Nicht-Willkürlichkeit gekennzeichnet ist, ohne daß dieses als hypnotisch oder neurotisch begriffen würde, denn solches Verhalten wird (a) normalerweise nicht als evident erlebt (solange ihm keine Aufmerksamkeitsgeschenke werden), es kann (b) grundsätzlich auch willkürlich ausgeführt (und damit auch unterlassen) werden und es ist (c) u.a. auch deshalb als flexibel anzusehen.

viele Patienten, die explizit um Hypnose nachsuchen, ein Verfahren suchen, welches eine gewisse phänomenologische und kontextuelle Äquivalenz zu der Wirklichkeit ihrer Symptome besitzt. Ob die präsentierte Symptomatik dies dann in jedem Fall auch indiziert erscheinen läßt, ist eine andere Frage.

Allerdings stellt es tatsächlich ein Problem dar, wenn Patienten unter einem hypnotischen Zustand so etwas wie Bewußtlosigkeit (im Sinne von Schlaf oder Narkose) erwarten, denn dies würde im Widerspruch zum Erlebnis der Evidenz stehen. Falls damit aber gemeint ist, daß jene Formen von Bewußtsein unterdrückt oder verstört werden sollen, welche im Wirklichkeitsgefüge der Symptomatik rigide verhaftet sind und so alternative Wirklichkeiten überhaupt nicht evident werden lassen, wäre dies nur zu begrüßen. In der Psychoanalyse beispielsweise wird der Patient explizit dazu aufgefordert, Inhalte "unzensuriert" mitzuteilen. Und gerade die Hypnose, speziell die Erickson'sche Hypnose, bietet verschiedene Strategien zur Verstärkung rigider kognitiver Muster; dies ist jedoch nicht Thema dieser Arbeit (vgl. z.B. Peter, 1983a). Hier soll lediglich festgestellt werden, daß so etwas wie "Bewußtlosigkeit" weder ein Kennzeichen von Trance ist noch daß dies überhaupt wünschenswert wäre. Ganz im Gegenteil fordert das Kriterium der Evidenz zumindest für die klinische Hypnose, daß der Patient während der Trance bei (im wörtlichen Sinne) vollem Bewußtsein ist, um alternative Wirklichkeiten als evident erleben zu können.

Die oben aufgeführte relative Instabilität hypnotischen Verhaltens (im Unterschied zur Stabilität von Symptomen) korreliert ebenfalls mit Evidenz: Einfache, symptomnegierende Suggestionen können nur in dem Maße wirksam werden, wie ihr Inhalt als evident erlebt wird.

Was nun die Variablen sensorische Deprivation und motorische Restriktion betrifft, so kann man zunächst feststellen, daß sie auch von vielen anderen psychotherapeutischen Verfahren implizit genutzt werden; das Liegen auf der Couch in der Psychoanalyse oder die Entspannung in der SD sind nur zwei Beispiele von vielen. Dies macht dann auch einen Sinn, wenn man der oben getroffenen Feststellung zustimmt, daß (pathologische) Konditionierungen zumindest teilweise in deprivierten und restringierten Situationen stattgefunden haben und daß deshalb die De- oder Rekonditionierungen ebenfalls in einem äquivalenten Kontext stattzufinden haben, welcher durch hypnotische Trance noch am ehesten herzustellen ist.

Die oben gestellte Frage könnte man also so beantworten, daß es vier Elemente gibt, welche, zumindest zum Teil, sowohl hypnotische wie auch neurotische/psychosomatische Prozesse charakterisieren, nämlich Deprivation und Restriktion sowie Nicht-Willkürlichkeit und Evidenz. Auf die beiden letzten will im folgenden noch näher eingegangen.

3.1.2 Zur Manipulation von Wirklichkeit

Durch die beiden Charakteristika Nichtwillkürlichkeit und Evidenz unterscheidet sich hypnotisches Verhalten von Imagination dann, wenn man imaginative Prozesse als willkürlich produziert und mit einem geringeren oder gar fehlenden Evidenzgehalt definiert als Imagination oder Illusion.²³ Dies schließt nicht aus, daß Prozesse, die als Imaginationen begonnen haben - d.h. willkürlich und in dem Bewußtsein, daß das

Imaginierte nicht wirklich ist -, sich in hypnotische Prozesse verwandeln, d.h. sich unwillkürlich und mit zunehmendem Evidenzcharakter weiterentwickeln bzw. weiterentwickelt werden können.

So ist zunächst zu fragen, ob Imagination auch dann noch Evidenzcharakter besitzt, wenn sie als willkürlich erlebt wird. Die Versuche beispielsweise, Hypnose hauptsächlich als gesteigerte Imaginationsfähigkeit (z.B. J.R. Hilgard, 1979) zu charakterisieren, scheinen nicht ganz zu befriedigen, denn es gibt auch andere Konstrukte wie z.B. Absorbtionsfähigkeit (Tellegen & Atkinson, 1974) oder phantasy proneness (Rhue & Lynn, 1987, 1989), welche als Alternative zu dem klassischen Konzept der Suggestibilität diskutiert werden. Unabhängig davon, ob es sich hierbei nun tatsächlich um unterschiedliche bzw. unterschiedbare Konstrukte handelt, scheinen doch im Worthof der letzten beiden Begriffe die Kriterien der Nicht-Willkürlichkeit und der Evidenz klarer enthalten zu sein als in dem der Imagination.

Nun könnte man sagen, daß diese theoretische und definitorische Abgrenzung in der therapeutischen Praxis insofern irrelevant ist, als die Patienten eine mehr oder minder ausgeprägte Disposition zur Hypnotisierbarkeit, Absorbtionsfähigkeit oder phantasy proneness zeigen und ein Therapeut sich darauf eben einzustellen habe und u.U. von hypnotischen oder gar imaginativen Interventionen absehen muß. Diese Aussage beschreibt sicher zutreffend einen Teil der therapeutischen Wirklichkeit, ganz abgesehen davon, daß es auch von dem präsentierten Störungsbild abhängig ist, ob solche Techniken sinnvollerweise anzuwenden sind. Wenn aber doch, dann gibt es mehrere Möglichkeiten, zumindest das Evidenzerlebnis zu steigern, und zwei davon sollen hier näher diskutiert werden: Wiederholung und Manipulation der Wirklichkeitskriterien.

Wiederholung bringt zunächst einen gewissen Übungseffekt, vermutlich auch mit zunehmender Differenzierung des Vorgestellten, welcher den Vorgang der Imagination zunehmend erleichtert und deren Inhalt lebendiger und dadurch (vielleicht) auch wirklicher macht - so könnte man zumindest in Analogie zu sonstigem Lernen durch Wiederholen annehmen; irgendwann, nach der soundsovielten Wiederholung ist es dem Patienten beispielsweise in der systematischen Desensibilisierung evident, daß er vor seinem phobischen Objekt keine Angst mehr hat. Die sonstigen Vorkehrungen wie z.B. hierarchische Darbietung, welche in der SD getroffen werden, könnten unter diesem Blickwinkel als zwar hilfreiche, aber doch nur prozedurale, d.h. nicht immer notwendige und hinreichende Variablen gesehen werden. Daß auch andere Techniken, und nicht nur solche aus der Verhaltenstherapie, wie z.B. das autogene Training oder das katathyme Bilderleben von diesem Prinzip der Wiederholung ausfühlich Gebrauch machen, muß nicht weiter ausgeführt werden.

Unter Manipulation der Wirklichkeitskriterien ist zu verstehen, daß der Therapeut den Patienten aktiv darin unterstützt, (1) alle relevanten Sinneskanäle zu benutzen und (2) einen relevanten Objekt- sowie (3) Handlungs- oder Sozialbezug zu dem imaginierten Inhalt herzustellen, d.h. anhand der syntaktischen, semantischen und pragmatischen Wirklichkeitskriterien (vgl. Kruse, 1989; Stadler & Kruse, 1990) die vorgestellte Wirklichkeit zu explizieren. Je besser dies gelingt, desto wirklicher erlebt der Patient das Vorgestellte und desto "hypnotischer" wird vermutlich auch die Situation, zumindest gemessen am Kriterium der Evidenz.

²³ Auch diese Definition ist willkürlich gewählt, den man kann Imagination auch als den gesamten Bereich von unwillkürlich bis willkürlich umfassend definieren (vgl. z.B. Fromm, 1992)

3.1.3 Zum Prinzip der Nicht-Willkürlichkeit in der Psychotherapie

Ob hierbei auch das Kriterium der Nicht-Willkürlichkeit eine Rolle spielt, ist schwieriger zu beurteilen. Zunächst könnte man sich auf den Standpunkt stellen, daß es gar nicht wünschenswert ist, daß der Patient das Geschehen als nicht-willkürlich erlebt; er solle ganz im Gegenteil die Erfahrung machen, daß er willkürlich Einfluß nehmen kann auf seine Konstruktion der Wirklichkeit. Ferner könnte man auch das verhaltenstherapeutische Prinzip der Transparenz (vgl. hierzu Kraiker, 1991) anführen und behaupten, das gesamte Vorgehen solle für den Patienten rational durchsichtig und verständlich sein; und dies ist es sicher auch, je mehr man eine solche Prozedur als Imagination attribuiert und konstruiert.

Dennoch erscheint es mir verfrüht, das Kriterium der Nicht-Willkürlichkeit als irrelevant zu erklären, denn es gibt (nicht nur) in der Therapie Situationen, bei denen gerade die Nicht-Willkürlichkeit eine wesentliche Rolle spielt. Gerade weil das, was erlebt wird, geschieht, ohne daß es willkürlich "gemacht" wird, erlebt der Patient es als bedeutsam; schnelle und andauernde therapeutische Veränderungen ergeben sich häufig dann, wenn der Patient das Geschehen als nicht-willkürlich erlebt.²⁴ Dies bedarf einer Erklärung.

Die gesamte Konstruktion von Wirklichkeit im Verlaufe der Entwicklung geschieht zum großen Teil als nicht-willkürlicher Prozeß. Es ist offensichtlich, daß Wahrnehmung im allgemeinen als nicht-willkürlich erlebt wird, unabhängig davon ob es sich um neurotische oder normale Wahrnehmung handelt. Man könnte sogar so weit gehen zu behaupten, daß Nicht-Willkürlichkeit ein wesentliches Wirklichkeitskriterium für Wahrnehmung ist; ein extremes Beispiel dafür wären psychotische oder toxisch induzierte Halluzinationen oder jene Illusionen, welche durch die Stimulation bestimmter Hirnareale ausgelöst werden können.

Wenn dem aber so ist, daß Wahrnehmung allgemein und in unserem Fall neurotische Wahrnehmung im besonderen als nicht-willkürlich erlebt wird, so wäre zu folgern, daß auch die kurative Prozedur einen entsprechenden Anteil an Nicht-Willkürlichkeit enthalten muß. Verschiedene therapeutische Verfahren haben aus diesem Postulat bekanntlich ihre Konsequenzen gezogen und fordern explizit zur Nicht-Willkürlichkeit auf, wie z.B. die Psychoanalyse bei der freien Assoziation, oder arrangieren einen entsprechenden Kontext, der Nicht-Willkürlichkeit implizit fördert, wie z.B. die Gestalttherapie oder körperbezogene Verfahren; nicht-willkürliche Abläufe stehen auch im Zentrum der Verhaltenstherapie etwa bei Konditionierungsprozessen. Das älteste Verfahren aber, welches Nicht-Willkürlichkeit explizit fordert und fördert, ist die Hypnose.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß Nicht-Willkürlichkeit und Evidenz signifikante Merkmale der Konstruktion von Wirklichkeit sind. Man sollte daher genauer untersuchen, ob nicht-willkürliche Prozesse und Evidenzergebnisse nicht auch in allen Therapien eine viel bedeutsamere Rolle spielen als bisher angenommen.

Es leuchtet ein und soll hier nicht weiter begründet werden, daß Hypnotisierbarkeit, hier verstanden als das Tolerieren von Nicht-Willkürlichkeit, auch ein kulturell bedingtes Konstrukt ist.²⁵ Zumindest in unserer westlichen, aufgeklärten und vom Gedanken der Machbarkeit bestimmten Kultur ist Nicht-Willkürlichkeit ein eher schwer tolerierbares

²⁴ was dann häufig umschrieben wird mit "es passierte einfach", "es geschah von innen heraus", "plötzlich ist es anders" etc.

²⁵ Esdaille z.B. konnte seine in Indien gemachten Erfahrungen mit hypnotischer (genauer magnetischer) Analgesie in England nicht wiederholen.

Phänomen, welches leicht Assoziationen der Unkontrollierbarkeit und Willenlosigkeit evoziert und damit verständlicherweise in der Therapie Reaktanz provoziert. Um diese zu verhindern oder zu minimieren, gibt es zumindest zwei grundsätzliche "Strategien", die Metapher vom Unbewußten und die Handhabung des hypnotischen Rapports.

3.1.3.1 Nicht-Willkürlichkeit und die Metapher des Unbewußten

Wenn Patienten ausdrücklich Hypnose verlangen, so erwarten auch nicht wenige, daß der Hypnotherapeut die Kontrolle über sie übernimmt, zumindest soweit, wie es ihr Leiden betrifft; die erlebte Nicht-Willkürlichkeit in Bezug auf das Symptom fordert gewissermaßen die kurative Willkür des Therapeuten, welchem spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten zugeschrieben werden. Diese externe Attribution, sofern sie angenommen und akzeptiert wird, hat manchmal durchaus ihre Wirkung und es muß sich dabei nicht immer nur um sog. Übertragungsheilungen handeln. In der Regel funktioniert Hypnose aber nicht so; es bedarf zumindest einer Reinternalisierung dieser Attribution und als geeignete Metapher dafür erscheint die des Unbewußten, verstanden in dem Sinne, wie Erickson diesen Begriff gebrauchte.

Mit dieser Metapher des Unbewußten wird der locus of control wieder dem Patienten zurückgegeben; es ist letztendlich nicht der Therapeut, welcher heilt, sondern das eigene Unbewußte, welches Möglichkeiten der Heilung schafft, allerdings in einer Form, in der Nicht-Willkürlichkeit eine explizite Rolle spielt. Damit ist ein in zweierlei Weise hilfreiches Konstrukt geschaffen:

- *Das Unbewußte als internalisierte Externalisierung:* Daß Patienten im Zustand der durch das Symptom bedingten Hilflosigkeit das Subjekt der Hilfe externalisieren, ist trivial; es ergibt sich aus eben dieser Hilflosigkeit, welche sich nicht einstellen würde, wenn ich als Patient mir selber helfen könnte. Die Attribution des Unbewußten als des eigentlichen Subjekts der Hilfe stellt einerseits die notwendige Re-Internalisierung dar, welche in der Psychotherapie im Gegensatz beispielsweise zur Medizin ganz allgemein angestrebt wird; andererseits ist mit diesem Unbewußten aber auch ein Subjekt der Hilfe etabliert, welches noch als hinreichend external, d.h. als hinreichend verschieden vom hilflosen Ich erlebt wird.

- *Das Unbewußte als nicht-willkürliche Willkürlichkeit:* Per definitionem und qua Erlebnismöglichkeit ist die empfangene Hilfe zwar nicht-willkürlich, aber immer noch innerhalb der Grenzen der eigenen Person und damit letztlich immer noch innerhalb der eigenen Willkür. Dies zeigt sich letztendlich allein schon darin, daß es dem Patienten überlassen bleibt, sein Unbewußtes "um Hilfe zu bitten" oder nicht. Ein zunehmender Umgang mit und wachsendes Vertrauen auf die Hilfspotentiale (Ressourcen) des eigenen Unbewußten kann dann auch dazu führen, daß in Analogie das geschieht, was Freud mit "Wo Es war, soll Ich werden" ausgedrückt hat; d.h. die Grenzen zwischen Willkürlichkeit und Nicht-Willkürlichkeit beginnen sich zu verwischen, ein Effekt, der im übrigen am Ende vieler erfolgreicher psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungen steht.

In diesem Modell ist der Therapeut zunächst natürlich in der Rolle desjenigen, der mit dem Unbewußten am besten zu kommunizieren weiß.²⁶ Gemäß dieser Laienvorstellung ist es aber auch evident, daß diese Kommunikation nicht dann stattfinden kann, wenn der Patient sich normal und bewußt fühlt, weshalb er in einen anderen Bewußtseinszustand, den der Trance, versetzt werden muß. Damit er aber weiß, daß er sich in diesem anderen Zustand befindet, muß die Trance ratifiziert werden und dies geschieht am eindrucklichsten durch hypnotisches, d.h. unwillkürliches Verhalten.

3.1.3.2 Nicht-Willkürlichkeit und der hypnotische Rapport

Die Akzeptanz von Nicht-Willkürlichkeit einerseits und die Akzeptanz von zumindest anfänglicher (scheinbarer und gewünschter) "Willkür" durch eine andere Person andererseits hat entweder entsprechende Autorität auf Seiten dieser anderen Person oder Vertrauen zu ihr zur Vorbedingung. Es ist nun nicht uninteressant zu sehen, wie in der Laienliteratur zur Hypnose der Schwerpunkt eher auf die äußeren Bedingungen und Insignien der Autorität gelegt wird, während sich die professionelle therapeutische Literatur eher, wenn überhaupt, mit dem Vertrauen beschäftigt. Dies beginnt schon bei Bernheim (1917) mit *crédibilité* und setzt sich fort mit der archaischen Involviertheit bei Shor (1979) bis hin zu der jüngsten Auseinandersetzung mit diesem Thema beispielsweise bei Diamond (1987) (vgl. hierzu auch Peter, 1993).

Wenn dieses Thema des hypnotischen Rapportis bis heute (leider) auch noch relativ un bearbeitet ist im Vergleich zu anderen die Hypnose betreffenden Themen, so sehe ich es dennoch gerade in der klinischen Anwendung von Hypnose als zentral an; denn wenn nicht schon gleich am Anfang so wird eine gute therapeutische Beziehung spätestens dann relevant, wenn es darum geht, in Hypnose schwierige und schmerzhaft erlebte Erlebnisse zu bearbeiten. Generell kann man auch fragen, ob nicht unter dem Primat des Rapportis die Suggestibilität/Hypnotisierbarkeit von eher sekundärer Bedeutung ist bzw. ob man eher von einer positiven Korrelation zwischen Rapport und Suggestibilität/Hypnotisierbarkeit ausgehen muß. Davon ganz abgesehen erscheint mir eine vertrauensvolle Beziehung prinzipiell nötig, wenn es darum geht, den Patienten in Hypnose zu einer Wirklichkeitskonstruktion zu veranlassen, welche für ihn neu ist oder seiner üblichen u.U. sogar zu widersprechen scheint.

3.1.4 Hypnotische Phänomene als Strategien zur Verstörung symptomatischer Stabilität

Folgt man Gheorghiu (1992) sowie Gheorghiu und Kruse (1991, 1992), so hat Suggestion eine ambiguitäts- und damit komplexitätsreduzierende Funktion, wobei der Wahrheits- oder Richtigkeitsgehalt der jeweiligen Suggestion belanglos ist, solange ein bestimmter subjektiver Plausibilitätswert nicht unterschritten wird. Und genau diese beiden Kriterien, subjektive Plausibilität - meist völlig im Gegensatz zu objektiven Gegebenheiten und jenseits von Rationalität - sowie Ambiguitäts- bzw. Komplexitätsreduktion, charakterisieren auch viele neurotische Symptome und tragen zu der ihnen eigenen Stabilität bei. Diese symptomatische Stabilität gilt es in der Therapie als erstes zu verstören.

²⁶ Ein großer Teil der speziellen Kommunikationsstrategien wie z.B. indirekte Suggestionen, Bindungen, Metaphern oder eingestreute Imperative, welche von Erickson (Erickson & Rossi, 1981) im Rahmen der Hypnose entwickelt worden sind, könnten entsprechend so verstanden werden.

Aus klinischer Sicht gilt es hier allerdings zwischen zweierlei "symptomatischer Stabilität" zu unterscheiden. Da ist einmal die Stabilität jener Symptome, welche bei ansonsten relativ stabiler Persönlichkeit zu beobachten ist und durch Prozesse der (Auto-) Suggestion, der klassischen und/oder operanten Konditionierung und/oder der Assimilation erklärt werden kann; diese Form der Stabilität will ich *stabile Stabilität* nennen. Zum anderen gibt es aber auch jene Arten von Stabilität, bei der die Symptome gewissermaßen die einzigen stabilen Inseln einer ansonsten grundsätzlich instabilen Persönlichkeit (z.B. Borderline Patienten) darstellen; diese Form der Stabilität will ich als *instabile Stabilität* bezeichnen.

Hypnotische Trance und hypnotische Phänomene scheinen sich für die anfängliche Verstörung bei relativ *stabiler symptomatischer Stabilität* recht gut zu eignen, da gewöhnlich keine bewußt abrufbaren Schemata zur Verfügung stehen, sie zu produzieren. Daß die nicht-willkürliche Qualität der hypnotischen Phänomene, wie oben angeführt, der von Symptomen entspricht, erhöht nur den allgemeinen Plausibilitätswert solcher Intervention.

Wenn man diesem Gedanken folgt, daß hypnotisches Verhalten allgemein und hypnotische Phänomene insbesondere zunächst eine generelle Verstörung des Systems bedingen und daß daraufhin alle wieder Ordnung schaffenden und die Richtung angegebenden, d.h. komplexitätsreduzierenden Suggestionen dankbar angenommen werden, dann bliebe nur noch das Problem des Transfers in den nicht-hypnotischen Zustand, d.h. in den Alltag. Klassischerweise sah man darin die Aufgabe posthypnotischer Suggestionen à la Bernheim. Daß diese jedoch ihren therapeutischen Zweck nicht hinreichend erfüllen, hat nicht allein Freud bereits festgestellt; auch die theoretische Plausibilität dieses Modells ist fraglich (vgl. Kraiker, 1987).

Daß einfache und direkte posthypnotische Suggestionen in Einzelfällen dann doch manchmal den therapeutischen Zweck erfüllen, könnte damit erklärt werden, daß sie genau jene minimale Parameterveränderung bewirken, durch welche das selbstorganisierende System einen neuen Eigenwert einnimmt (vgl. Revenstorf, 1991). Üblicherweise bedarf es aber weiterer, u.U. komplexerer Strategien, wofür gerade Erickson eine ganze Auswahl angeboten hat (Peter, 1991c, 1992d). Darüberhinaus spielt auch die positive Übertragung (hier im psychoanalytischen Sinne gemeint) eine Rolle, wenn sie es ermöglicht, daß sich die im hypnotischen Kontext erworbene neue oder veränderte Wirklichkeit auch im nicht-hypnotischen Kontext stabilisieren kann.

Bei *instabiler Stabilität* dürfen Hypnose und hypnotische Phänomene nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen angewandt werden. Dies ergibt sich aus den oben angelegten Überlegungen von selbst, denn man würde durch die Verstörung der u.U. letzten verbliebenen Stabilität eine völlige Dekompensierung bewirken. Auf diesen klinisch relevanten Aspekt soll hier jedoch nicht weiter eingegangen werden (vgl. Kleinhaus, 1991; Peter, 1991d).

3.1.5 Hypnotische Trance als Hilfe zur "Dezentrierung"

Der Zustand der hypnotischen Trance allgemein und hypnotische Phänomene im speziellen können im weiteren Verlauf der Therapie, d.h. dann, wenn der Patient mit dieser Art des nicht-willkürlichen Funktionierens vertraut geworden ist, aber auch als komplexitätsreduzierend gesehen werden, denn per definitionem soll bzw. kann bewußt-will-

klürlich nichts dazu (oder gar dagegen) getan, gedacht oder gefühlt werden, es soll alles "wie von selbst" geschehen.

Dies hat verschiedene Vorteile, u.a. für den inneren Dialog, wie Kraiker (1985) dargelegt hat: "Indem nun der Hypnotherapeut den Klienten zum Zuhören bewegt, indem der Klient eine andere Stimme auf sich einwirken läßt, wird zumindest eine Voraussetzung geschaffen, auch andere Sichtweisen kennenzulernen und in Betracht zu ziehen" (S. 30).

Was hier angesprochen wird, ist das in der Hypnotherapie bekannte Reframing, was man frei mit Umdeuten bzw. mit "jemanden dazu bringen, daß er etwas unter anderem Blickwinkel betrachtet" übersetzen kann. Bei Piaget heißt dies Dezentrierung und bedeutet die Überwindung der voroperatorischen Stufe: erst auf der Stufe der konkreten Operationen kann ein Kind "dezentrieren", d.h. auch andere als die egozentrischen Sichtweisen ein und derselben Situation annehmen (vgl. Peter, 1987a). Dieser Argumentation zufolge wäre es also nicht die heterosuggestive Direktive, welche therapeutisch wirksam wird, sondern der via Suggestion und hypnotischer Phänomene gegebene Anstoß, andere Perspektiven zu suchen, andere innere Stimmen laut und (auto-) suggestiv wirksam werden zu lassen.

Für diese Suche nach anderen Stimmen und anderen Perspektiven erscheint das Prinzip der Unwillkürlichkeit nun insofern unterstützend wenn nicht sogar notwendig, als diese nicht als gedachte oder bloß vorgestellte Möglichkeiten sondern in der Qualität von Evidenzerlebnissen erfahren werden sollten. Die Frage nach dem Vorhandensein oder gar nach der Tiefe der Trance hat anhand dieses Evidenzkriteriums praktische Relevanz.

3.1.6 Hypnotische Trance als erleichternder Zugang zu nonverbal gespeicherten Informationen

Die Kognitionspsychologie hat Modelle dafür angeboten, wie Informationen kodiert und dekodiert werden.²⁷ In unserem Zusammenhang genügt es daran zu erinnern, daß Informationen verbal und nonverbal, entsprechend den Sinneskanälen auch visuell, auditiv und kinästhetisch (sowie u.U. olfaktorisch und gustatorisch) gespeichert werden und daß es hierfür vermutlich getrennte Speicher gibt. Man kann ferner unterscheiden zwischen semantischem, episodischem und prozeduralem Gedächtnis (Paivio, 1978; Tulving, 1985), und die Güte von Erinnern und damit die Strategie der Therapie hängt u.a. auch davon ab, welcher Speicher bei der Erinnerungsleistung primär angesprochen wird; dies kann nicht nur für die Exploration sondern auch für die Intervention entscheidend sein (vgl. z.B. Revenstorf, 1985).

Es entspricht nun zunächst einfach der Erfahrung, daß in hypnotischer Trance nonverbal gespeicherte Informationen leichter zugänglich werden, szenisch-episodisches Erinnern also leichter fällt als ohne Trance. Diese Trance muß nicht unbedingt mit einer hypnotischen Induktion in Zusammenhang stehen, denn auch in anderen Therapieformen bzw. durch andere Interventionen kommen Trancezustände mit dem gleichen Ergebnis vor und erweisen sich dann als therapeutisch wirksam. Warum dies so ist, wurde schon oben zu begründen versucht; Nicht-Willkürlichkeit scheint hierbei ein entscheidender Parameter zu sein.

27 einige dieser Untersuchungen sind übrigens auch unter dem Einsatz von Hypnose durchgeführt worden (vgl. z.B. Bower et al., 1981; Gilligan & Bower, 1984; Kihlstrom, 1980; Kihlstrom & Twersky, 1978)

Daß Erinnern spontan geschieht, ist nun nicht hypnospezifisch sondern etwas Alltägliches. Im Alltag jedoch kommt spontanes szenisches Erinnern umso seltener vor, je expliziter ein Auftrag dazu gegeben ist; entsprechend unserer Sozialisation adressieren wir in solchen Kontexten meist den verbalen Speicher, welcher nicht alle u.U. nötigen Informationen enthält; wenn Erinnern im Alltag spontan geschieht, dann meist in bestimmten Situationen, wenn wir entweder allein sind oder die soziale Situation entspannt und vertraut ist, häufig wenn wir mit einer anderen Tätigkeit beschäftigt sind, zumindest nicht explizit von einer anderen Person zum Erinnern aufgefordert werden.

Wenn es in der Therapie nun aber um das Erinnern gerade von nonverbal gespeicherten Erfahrungen geht, sind, grundsätzliches Vertrauen vorausgesetzt, drei Strategien hilfreich: (1) man läßt dem Patienten genügend Zeit und wartet geduldig ab; (2) man erzeugt durch ein entsprechendes Arrangement oder durch bestimmte emotions- bzw. körperzentrierte Übungen einen assoziativ-hilfreichen Kontext; (3) oder man "erzeugt" Entspannung, definiert durch das "Induzieren" hypnotischer Phänomene die gesamte Situation als nicht-willkürlich und suggeriert das "Auftauchen" nonverbal gespeicherten Materials.

Es dürfte grundsätzlich plausibel sein, daß zur Konstruktion von Wirklichkeit nonverbale Informationen mindestens genausoviel beitragen wie verbale. Für die Psychotherapie ist dies unmittelbar handlungsrelevant. Die einzelnen psychotherapeutischen Techniken daraufhin zu untersuchen, inwieweit sie dem Rechnung tragen, würde hier zu weit führen. Für die Hypnose jedoch läßt sich feststellen, daß der Zustand der Trance allein schon den Zugang zu nonverbal gespeicherten Informationen erleichtert.

3.1.7 Hypnotische Trance und Suggestibilität

Es gehört mit zu den ältesten Beobachtungen in Bezug auf Hypnose, daß in hypnotischer Trance die Suggestibilität erhöht ist. Eine der Thesen von Bernheim besagt beispielsweise, daß Hypnose die Suggestibilität zwar nicht hervorruft, wohl aber steigert, daß andere induzierte psychische Zustände den gleichen Effekt haben können und daß der Begriff "Hypnose" auf diese ausgedehnt werden soll (vgl. Weitzenhoffer, 1993). Indirekt konnte eine unter Hypnose erhöhte Suggestibilität beispielsweise auch von Gheorghiu und Kruse (1991, 1992) in einem Experiment zur Erkundung des Zusammenhangs zwischen innersystemischer Instabilität und Suggestibilität nachgewiesen werden.

Diesen Autoren zufolge bietet das Konzept der kognitiven Instabilität ein plausibles und zugleich faszinierendes Erklärungsmodell für Suggestibilität: Je stabiler ein System ist, desto unflexibler und unsensitiver ist es für externe Stimulation und vice versa; innersystemische Instabilität/Suggestibilität scheint damit hoch zu korrelieren mit kognitiver und physiologischer Flexibilität (Crawford, 1989) - was im übrigen auch der Erfahrung mit therapeutischer Trance entspricht (vgl. Peter, 1983b) - und ist demnach als eine adaptive Fähigkeit zu verstehen: "Suggestible persons are able to change quickly between different states of order, their level of spontaneous order formation is enhanced and they respond more readily to subtle influences" (Kruse & Gheorghiu, 1992, S. 166). Es leuchtet ein, daß eine so definierte Fähigkeit sowohl in Psychotherapie und Psychosomatik hilfreich ist als auch durch Psychotherapie gefördert und entwickelt werden soll. Wenn der Zustand der hypnotischen Trance diese Fähigkeit fördert, ist es in jeder Hinsicht von Vorteil.

3.2 Abschließende Bemerkungen

Ich habe versucht darzulegen, daß hypnotische Trance und hypnotische Phänomene immer dann eine wesentliche Rolle spielen können, wenn es darum geht, stabilisierte neurotische oder psychosomatische Systeme zu verändern. Damit soll weder behauptet werden, daß die aufgezeigten Wirkmechanismen die einzig möglichen sind noch daß diese Interventionskategorie die einzig wirksame ist.

Vielleicht aber wird es sich als lohnend erweisen, Psychotherapie und Psychosomatik wieder verstärkt von ihren Wurzeln her zu begreifen, indem man der hypnotischen Trance und den Phänomenen der Hypnose wieder mehr Aufmerksamkeit schenkt. Eine verstärkte Integration der Hypnose in die verschiedensten Therapieformen könnte sich theoretisch als fruchtbar und praktisch als hilfreich erweisen.

Literatur

- Ader, R. (Ed.). (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Ader, R., Felten, D. L., & Cohen, N. (Eds.). (1991). *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Amler, M. (1992). Hypnose und Psychoanalyse: Einführung in das Leitthema. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 5-6.
- Araoz, D. L. (1985). *The new hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Barber, J. (1988). The irony of the Ericksonian legend: The power of hypnosis. In J. K. Zeig (Ed.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 22-29). New York: Brunner/Mazel.
- Barber, T. X. (1984). Changing "unchangeable" bodily processes by (hypnotic) suggestions: A new look at hypnosis, cognition, imagining, and the mind-body problem. *Advances*, 1, 6-41. (Original in A. A. Sheikh (Ed.) (1984), *Imagination and healing*. Baywood)
- Baudouin, C. (1924). *Suggestion und Autosuggestion*. Dresden: Sybillenverlag.
- Beaumont, H. (1985). Trancephänomene in der Gestalttherapie. In B. Peter (Ed.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson* (pp. 76-97). München: Pfeiffer.
- Bernheim, H. (1888/1985). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* (Übers. von Sigmund Freud). Tübingen: Edition Diskord. (Foto-mechanischer Nachdruck der Ausgabe Leipzig und Wien, 1985)
- Bernheim, H. (1917). *Automatismes et suggestion*. Paris: Alcan.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1975). *Entspannungs-Training: Handbuch der progressiven Muskelentspannung*. München: Pfeiffer.
- Bleuler, E. (1889). Zur Psychologie der Hypnose. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 36, 76-77.
- Bongartz, W. (1990). Hypnose und immunologische Funktionen. In D. Revenstorf (Ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 116-136). Berlin: Springer.
- Bongartz, W. (1990). The mechanism of hypnotic control of white blood cell count. In R. van Dyck, P. Spinhoven, A. J. W. van der Does, Y. R. van Rood, & W. de Moor (Eds.), *Hypnosis: Current theory, research and practice* (pp. 85-92). Amsterdam: VU University Press.
- Bower, G. H., Gilligan, S. G., & Monteiro, K. P. (1981). Selectivity of learning caused by affective states. *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 451-473.
- Bowers, K. S. (1989). Das Neo-Dissoziationsmodell und das sozialpsychologische Modell der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 6, 23-32.
- Bramwell, J. M. (1896/1991). Über den sog. Automatismus des Hypnotisierten. *Hypnose und Kognition*, 8(1), 59-61
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum.
- Burrows, G. D. (1992). *Hypno-analysis*. Paper presented at the *Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy, Arts - Facts - Artifacts*, Jerusalem, July 22-24, 1992.
- Chertok, L., & Stengers, I. (1992). Hypnose - eine narzisstische Krankheit. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 7-24.
- Clarke, C., & Jackson, A. (1983). *Hypnosis and behavior therapy*. New York: Springer.
- Crawford, H. J. (1989). Cognitive and physiological flexibility: Multiple pathways to hypnotic responsiveness. In V. A. Gheorghiu, P. Netter, H. J. Eysenck, & R. Rosenthal (Eds.), *Suggestion and suggestibility* (155-168). Berlin: Springer.
- Dengrove, E. (Ed.). (1976). *Hypnosis and Behavior Therapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Diamond, M. J. (1987). The interactional basis of hypnotic experience: On the relational dimensions of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 95-115.
- Diamond, M. J. (1988). Accessing archaic involvement: Toward unraveling the mystery of Erickson's hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 141-156.
- Ellenberger, H. F. (1985). *Die Entdeckung des Unbewußten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von ihren Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*. Zürich: Diogenes. (amerik. Original: The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books, 1970)
- Elliotson, J. (1843). *Numerous cases of surgical operations without pain in the Mesmeric state: With remarks upon the opposition of many members of the Royal Medical and Chirurgical Society and others to the reception of the inestimable blessings of Mesmerism*. London: Cantab., F.R.S.
- Ellis, A. (1987). Angst vor der Angst: Die Verwendung von Hypnose mit Rational-Emotiver Therapie. *Hypnose und Kognition*, 4, 64-71.
- Erickson, M. H. (1934/1980). A brief survey of hypnotism. In E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, Vol. III: Hypnotic investigation of psychodynamic processes* (ed. by E. L. Rossi, pp. 3-12). New York: Irvington. (Original in: Medical Record, Dec. 5, 1934)
- Erickson, M. H. (1941/1980). Hypnosis: A general review. In E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, Vol. III: Hypnotic investigation of psychodynamic processes* (ed. by E. L. Rossi, pp. 13-20). New York: Irvington. (Original in: Diseases of the Nervous system, 2(1), 1941)
- Erickson, M. H. (1954/1980). Hypnotism. In E. L. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, Vol. III: Hypnotic investigation of psychodynamic processes* (ed. by E. L. Rossi, pp. 21-26). New York: Irvington. (Original in: Encyclopaedia Britannica, 14th ed., 1954)
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1981). *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1989). *Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen* (2. Aufl.). München: Pfeiffer. (Original: Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington, 1979)
- Esdaile, J. (1850). Mesmerism in India and its practical application in surgery medicine. In J. Esdaile (Ed.), *Hypnosis in medicine and surgery*. New York: Julian Press.
- Evans, F. J. (1979). Hypnosis and sleep: Techniques for exploring cognitive activity during sleep. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (rev. 2nd Ed., pp. 139-184). New York: Aldine.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W. W. Norton.
- Ferenczi, S. (1972). Über forcierte Phantasien. In M. Balint (Ed.), *Schriften zur Psychoanalyse* (II, pp. 138-146). Frankfurt/Main: Fischer.
- Forel, A. (1923). *Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie* (Orig.: Der Hypnotismus und seine strafrechtliche Bedeutung, Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 1888, 128f). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Freud, S. (1892-94). Vorwort und Anmerkungen zur Übersetzung von J. M. Charcot «Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-88)» [«Poliklinische Vorträge»]. *GW Nachtragsband*, 151-164.
- Freud, S. (1910). Über Psychoanalyse. *GW*, 8, 3-60.
- Freud, S. (1916-17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Frankfurt: Fischer. (Studienausgabe, I, S.33)
- Fromm, E. (1977). An ego-psychological theory for altered states of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 372-387.
- Fromm, E. (1987). Significant developments in clinical hypnosis during the past 25 years. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 215-230.
- Fromm, E. (1992). An ego psychological theory of hypnosis. *Paper presented at the 12th International Congress of Hypnosis*, Jerusalem, July 25 - 31, 1992.
- Gerl, W., & Peter, B. (1982). Gesprächspsychotherapie und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson: Formen indirekter Suggestion in der Gesprächspsychotherapie. In J. Howe (Ed.), *Integratives Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Gheorghiu, V. A. (1986). Suggestierte Analgesie bei Intoleranz von Anästhetika: Zahnimplantation unter Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 3, 2-8.
- Gheorghiu, V. A. (1989). The difficulty in explaining suggestion. Some conceivable solutions. In V. A. Gheorghiu, P. Netter, H. J. Eysenck, & R. Rosenthal (Eds.), *Suggestion and suggestibility*. Berlin: Springer.
- Gheorghiu, V. A. (1990). Hypnose, Suggestion und Suggestibilität. In D. Revenstorf (Ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 65-78). Berlin: Springer.

- Gheorghiu, V. A. (1992). Suggestion versus Rationalität: Eine Wasser-Feuer-Beziehung?. In B. Peter & G. Schmidt (Eds.), *Erickson in Europa* (pp. 304-327). Heidelberg: Carl Auer.
- Gheorghiu, V. A. (1993). Die Psychologie der Suggestion: Eine kognitivistische Perspektive. *Hypnose und Kognition*, 10, 3-26.
- Gheorghiu, V. A., & Kruse, P. (1991). Suggestion as a cognitive strategy. In W. Bongartz & B. Bongartz (Eds.), *Proceedings of the 5th European Congress of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*. Konstanz.
- Gheorghiu, V. A., & Kruse, P. (1991). The psychology of suggestion: An integrative perspective. In J. Schumaker (Ed.), *Human suggestibility*. New York: Routledge.
- Gheorghiu, V. A., & Kruse, P. (1992). Suggestion as a cognitive strategy. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis: 175 years after Mesmer - Recent developments in theory and application* (pp. 131-142). Konstanz: Universitätsverlag.
- Gheorghiu, V. A., Netter, P., Eysenck, H. J. & Rosenthal, R. (Eds.), (1989). *Suggestion and Suggestibility*. Berlin: Springer.
- Gill, M. M., & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression*. New York: International Universities Press.
- Gilligan, S. G. (1988). Symptom phenomena as trance phenomena. In J.K. Zeig & S.R. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 327-352). New York: Brunner/Mazel.
- Gilligan, S. G., & Bower, G. H. (1984). Cognitive consequences of emotional arousal. In C. E. Izard, J. Kagan, & R. Zajonc (Eds.), *Emotion, cognitions, and behavior*. New York: Cambridge Press.
- Gorassini, D. R., & Spanos, N. P. (1986). A cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1004-1012.
- Grawe, K., Bernauer, F., & Donati, R. (1990). Psychotherapien im Vergleich: Haben wirklich alle einen Preis verdient? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40(3/4), 102-114.
- Haley, J. (1978). *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. München: Pfeiffer. (Orig.: Uncommon therapy, New York: 1973)
- Hammond, D. C. (1988). "Will the real Milton Erickson please stand up?". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 173-181.
- Helle, T. J. (1990). *Hypnose in der Gesprächsführung*. Tübingen: Attempo.
- Hilgard, E. R. (1973). The domain of hypnosis: With some comments on alternative paradigms. *American Psychologist*, 28(Nov), 972-982.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: John Wiley & Sons.
- Hilgard, E. R. (1988). Milton Erickson as playwright and director. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 128-140.
- Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewußtseins. *Hypnose und Kognition*, 6, 3-20.
- Hilgard, E. R., & Bower, G. H. (1970/1971). *Theorien des Lernens* (2 Bd.). Stuttgart: Klett.
- Hull, C. L. (1933). *Hypnotism and suggestibility: An experimental approach*. New York: Appleton.
- Jacobson, E. (1938). *You must relax*. New York: McGraw-Hill.
- Jones, E. (1910-1911). The action of suggestion in psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 5, 217-254.
- Jones, E. (1923). The nature of auto-suggestion. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 293-312.
- Kihlstrom, J. F. (1980). Posthypnotic amnesia for recently learned material: Interactions with "episodic" and "semantic" memory. *Cognitive Psychology*, 12, 227-251.
- Kihlstrom, J. F., & Twersky, M. (1978). Relationship of posthypnotic amnesia to waking memory performance. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26, 292-306.
- Kinzel, F. C. (1992). Freud und die Hypnose: Ein Diskurs über zeitgenössische Einflußgrößen in einer frühen Phase der präpsychoanalytischen Ära. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 125-143.
- Kinzel, F. C. (1993). *Psychoanalyse und Hypnose. Auf dem Weg zu einer Integration*. München: Quintessenz.
- Kirmayer, L. J. (1988). Word magic and the rhetoric of common sense: Erickson's metaphors for mind. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 157-172.
- Kleinhauf, M. (Ed.). (1991). *Gefahren der Hypnose* (Hypnose und Kognition, 8(1), April 1991). München: M.E.G.-Stiftung.
- Kleinhauf, M. (1991). Negative Reaktionen bei der Anwendung von Hypnose: Handhabung, Vorsichtsmahnahmen und das israelische Hypnosegesetz. *Hypnose und Kognition*, 8, 1-12.
- Kleinhauf, M. (1992). *Hypnosis in war*. Paper presented at the *Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy, Arts - Facts - Artifacts*, Jerusalem, July 22-24, 1992.
- Kleinsorge, H. (1986). *Hypnose*. Stuttgart: Fischer.
- Kleinsorge, H., & Klumbies, G. (1961). *Technik der Hypnose für Ärzte*. Jena: Fischer.
- Kline, M. V. (1972). Freud and hypnosis: A reevaluation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 252-263.
- Kossak, H. C. (1983). Integration der Hypnose in das Konzept der Verhaltenstherapie: Eine Fallstudie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 1, 45-56.
- Kossak, H. C. (1985). Verhaltenstherapie unter Hypnose: Selbstkontrolltraining mit dem "hypnotischen Begleiter". *Experimentelle und klinische Hypnose*, 1, 113-142.
- Kossak, H. C. (1987). Verhaltenstherapie nächtlicher Asthmaanfälle: Kognitive Umstrukturierung unter Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 4, 41-57.
- Kossak, H. C. (1989). *Hypnose*. München: Psychologie Verlags Union.
- Kossak, H. C. (1991a). Brechdurchfälle, Depressionen und Examenängste. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (pp. 81-142). Bern: Huber.
- Kossak, H. C. (1991b). Hypnose und Verhaltenstherapie: Ein kurzer Rückblick. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (pp. 40-45). Bern: Huber.
- Kraiker, C. (1985). Affekte und Kognitionen. Eine Untersuchung über die Funktion von Kognitionen und Affekten in der frühen Psychoanalyse (Freud/Breuer) und der frühen Verhaltenstherapie (Wolpe). *Hypnose und Kognition*, 2, 3-12.
- Kraiker, C. (1985). Kognitive Modelle hypnotischer Phänomene. In B. Peter (Ed.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson: Grundlagen und Anwendungsfelder* (pp. 20-30). München: Pfeiffer.
- Kraiker, C. (1987). Die Geburt der Verhaltenstherapie aus dem Geist der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 4, 1-9.
- Kraiker, C. (1991). Hypnose und Verhaltenstherapie: Was kann die Verhaltenstherapie von der Hypnose lernen?. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (pp. 188-212). Bern: Huber.
- Kraiker, C. (1992). Imagination als ein Bindeglied zwischen Hypnose und Verhaltenstherapie. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 8, 43-48.
- Kraiker, C. & Peter, B. (Eds.). (1987) *Hypnose und Verhaltenstherapie* (Hypnose und Kognition, 4(1)). München: M.E.G.-Stiftung.
- Krapf, G. (1977). Hypnose, Autogenes Training, Kathymes Bilderleben. In D. Eicke (Ed.), *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. III: Freud und die Folgen* (2) (pp. 1174-1196). München: Kindler.
- Kreitschmer, E. (1946). Über gestufte aktive Hypnoseübungen und den Umbau der Hypnosetechnik. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 71, 281-283.
- Kreitschmer, E. (1959). Gestufte Aktivhypnose: Zweigleisige Standardmethode. In V. E. Frankl, V. E. Freiherr von Gebssattel, & J. H. Schultz (Eds.), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie* (IV, pp. 130-141). München: Urban und Schwarzenberg.
- Kroger, W. S., & Fetzler, W. D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincott.
- Kruse, P. (1989). Some suggestions about suggestion and hypnosis: A radical constructivist view. In V. A. Gheorghiu, P. Netter, H. J. Eysenck, & R. Rosenthal (Eds.), *Suggestion and suggestibility: Theory and research* (pp. 91-98). Berlin: Springer.
- Kruse, P., & Gheorghiu, V. (1989). Suggestion, Hypnose, die Kategorie des Unbewußten und das Phänomen der Dissoziation: Ordnungsbildung in kognitiven Systemen. *Hypnose und Kognition*, 6, 49-61.
- Kruse, P., & Gheorghiu, V. A. (1992). Self-organization theory and radical constructivism: A new concept for understanding hypnosis, suggestion, and suggestibility. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis: 175 years after Mesmer - Recent developments in theory and application* (pp. 161-172). Konstanz: Universitätsverlag.
- Langen, D. (1972). Die Entwicklung der Hypnose. In D. Langen (Ed.), *Hypnose und psychosomatische Medizin* (pp. 270-273). Stuttgart: Hippokrates.
- Langen, D. (Ed.). (1972). *Hypnose und psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Hippokrates.
- Langen, D. (1972). *Kompendium der medizinischen Hypnose: Einführung in die ärztliche Praxis*. Basel: Karger.
- Langen, D. (Ed.). (1974). *Bibliographie der Hypnose 1890-1969*. Stuttgart: Hippokrates. (3422 deutschsprachige Titel)
- Lankton, S. (1992). *The major contribution of Erickson's work is his epistemology*. Paper presented at the *Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy, Arts - Facts - Artifacts*, Jerusalem, July 22-24, 1992.
- Lehzeltern, G. (1981). S. Freud und die Theorie der Hypnose. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 228-237.

- Leuner, H. (1955). Experimentelles katathymes Bilderleben als klimatisches Verfahren der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 5, 185 und 233.
- Leuner, H. (1987). *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Bern: Huber.
- Mayer, E. (1988). Der intelligente Organismus: Wo Wissenschaft und Intuition sich treffen. *Hypnose und Kognition*, 5, 1-10.
- Mayer, L. (1934). *Die Technik der Hypnose*. München: J.F. Lehmanns.
- Mayer, L. (1937). *Das Verbrechen in Hypnose und seine Aufklärungsmethoden*. München: J.F. Lehmanns.
- Mears, A. (1984). Eine Form intensiver, mit dem Rückgang von Krebs verbundener Meditation. *Hypnose und Kognition*, 11, 27-35.
- Mesmer, F. A. (1781). *Abhandlung über die Entdeckung des tierischen Magnetismus*. Tübingen: edition diskord. (1985 Nachdruck der Originalausgabe Carlruhe)
- Moll, A. (1889). *Der Hypnotismus*. Berlin: Kornfeld.
- Mrochen, S. (1991). Morbus Crohn. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltentherapie* (pp. 115-122). Bern: Huber.
- Murphy, J. (1976). *Die Macht Ihres Unterbewußtseins* (14. Aufl.). Genf: Ariston. (engl.: The power of your subconscious mind)
- Newton, B. (1984). Hypnose in der Behandlung von Krebspatienten. *Hypnose und Kognition*, 1 (EH), 5-16.
- Orme, M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifacts and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
- Orme, M. T. (1988). Editor's note. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 124.
- Pavio, A. (1978). Visuelles Vorstellen und verbale symbolische Prozesse. In G. Steiner (Ed.), *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. VII: Piaget und die Folgen. München: Kindler.
- Pawlow, I. P. (1923). The identity of inhibition with sleep and hypnosis. *Scientific Monographs*, 17, 603-608.
- Perez, M., Hüslter, G., Schmid, H., Ewert, U., & Jacobs, C. (1992). *Psychische Belastungen und Belastungsbewältigung von HIV-Positiven und Aids-Erkrankten*. Psychologisches Institut der Universität, Fribourg. (Abschlußbericht zum Forschungsprojekt)
- Peter, B. (1983a). Hypnotherapie. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbuch der Psychotherapie* (Bd. 2, pp. 336-367). Weinheim: Beltz.
- Peter, B. (1983b). Klinische Hypnose. In C. Kraiker & B. Peter (Eds.), *Psychotherapieführer* (pp. 191-216). München: Beck.
- Peter, B. (Ed.). (1985a). *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson: Grundlagen und Anwendungsfelder*. München: Pfeiffer.
- Peter, B. (1985b). Sinn und Unsinn strategischer Therapie. In B. Peter (Ed.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson* (pp. 271-284). München: Pfeiffer.
- Peter, B. (1986a). Hypnose - Magie oder Psychotherapie? In A. Schorr (Ed.), *Berichte über den 13. Kongress für Angewandte Psychologie* (Bd. II, pp. 70-74). Bonn: Deutscher Psychologischer Verlag.
- Peter, B. (1986b). Hypnose - Vom Schaubaudenzauber zur seriösen Therapie. *Psychologie Heute*, April 1986, 38-45.
- Peter, B. (1986c). Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle: Ein Überblick. *Hypnose und Kognition*, 3, 27-41.
- Peter, B. (Ed.). (1986d). *Schmerzkontrolle* (Hypnose und Kognition, 3(1)). München: M.E.G.-Stiftung.
- Peter, B. (Ed.). (1986e). *Bibliographie: Psycho(physiologische Aspekte und Behandlungen von Schmerz* (Hypnose und Kognition, 3 (Sonderheft)). München: M.E.G.-Stiftung.
- Peter, B. (1987a). Dissoziation in kognitiven Therapien. *Hypnose und Kognition*, 4, 22-40.
- Peter, B. (1987b). Milton H. Ericksons Weg der Hypnose. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 3, 129-142.
- Peter, B. (1988a). Haben wir einen neuen neuen Mesmer nötig? *Hypnose und Kognition*, 5, 87-96.
- Peter, B. (1988b). Hypnose. In R. Asanger & G. Wenninger (Eds.), *Handwörterbuch der Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Peter, B. (1989a). Aspekte der Hypnose in der Psychotherapie. *Report Psychologie, Januar*, 17-22.
- Peter, B. (1989b). *Demonstration*. Lehrvideo vom "Ersten Europäischen Kongress für Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson", 1989 in Heidelberg, VCR, Dortmund.
- Peter, B. (1990a). Hypnose. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfisch, & H. Seemann (Eds.), *Psychologische Schmerztherapie* (pp. 482-500). Berlin: Springer.
- Peter, B. (1990b). Hypnotische Phänomene. In D. Revenstorf (Ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 24-64). Berlin: Springer.
- Peter, B. (1990c). Symptomsubstitution bei einem Fall chronischer Migräne. *Hypnose und Kognition*, 7, 1-6.
- Peter, B. (1991a). Was ist Hypnose. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltentherapie* (pp. 9-28). Bern: Huber.
- Peter, B. (1991b). Prüfungsversagen. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltentherapie* (pp. 93-105). Bern: Huber.
- Peter, B. (1991c). Hypnose und Verhaltentherapie: Was Hypnotherapeuten von der Verhaltenstherapie lernen können. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltentherapie* (pp. 143-187). Bern: Huber.
- Peter, B. (1991d). Komplikationen in der Hypnoseausbildung. *Hypnose und Kognition*, 8, 37-50.
- Peter, B. (1991e). So läßt uns denn ein Mesmers Grab versammeln und Erickson gedenken. *Hypnose und Kognition*, 8, 69-82.
- Peter, B. (1991f). So let's meet at Mesmer's grave and be mindful of Erickson. *Hypnos*, 18, 8-18.
- Peter, B. (1991g). Stimmen aus der Vergangenheit: Bramwell, Delboeuf, Janet (1896): Editorische Vorbemerkungen. *Hypnose und Kognition*, 8, 51-58.
- Peter, B. (1992a). A case of chronic migraine. *Hypnos*, 19, 34-39.
- Peter, B. (1992b). A case of chronic migraine. In W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis: 175 years after Mesmer - Recent developments in theory and application* (pp. 251-256). Konstanz: Universitätsverlag.
- Peter, B. (1992c). Hypnoanalyse: Der Beitrag von Erika Fromm. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 58-84.
- Peter, B. (1992d). Hypnose und Verhaltenstherapie am Beispiel einer Falldarstellung von Milton H. Erickson. In B. Peter & G. Schmidt (Eds.), *Erickson in Europa* (pp. 186-192). Heidelberg: Carl Auer.
- Peter, B. (1992e). Hypnosis and Behavior Therapy: A case example of Milton H. Erickson. *Hypnos*, 19, 198-203.
- Peter, B. (1993). Normal instruction or hypnotic suggestion - What makes the difference? *Paper to be presented at the 6th European Congress of Hypnosis*, Vienna, August 14-20, 1993 (a former draft has been given at the *International Symposium on Direct and Indirect Techniques in Hypnosis and Psychotherapy*, Rome, September 10-13, 1991).
- Peter, B., & Geissler, A. (1978). *Das integrierte Entspannungstraining. I: Muskelentspannung, II: Autogenes Training, III: Meditation (Cassettenprogramm)*. München: Mosaik.
- Peter, B., & Gerl, W. (1977a). *Entspannung*. München: Orbis. (1977 München: Mosaik; 1980 München: Goldmann; 1988 München: Mosaik; 1991 München: Orbis)
- Peter, B., & Gerl, W. (1977b). *Entspannung*. Neue Schweizer Bibliothek.
- Peter, B., & Gerl, W. (1984). Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung. *Hypnose und Kognition*, 1, 56-69.
- Peter, B., & Gerl, W. (1985). Clinical hypnosis in psychological cancer treatment. In J. K. Zeig (Ed.), *Ericksonian Psychotherapy* (Vol. II: Clinical Applications, pp. 398-411). New York: Brunner/Mazel.
- Peter, B., & Iost-Peter, A. (Eds.). (1994). *Ericksonsche Hypnose und Psychotherapie: Arts - Facts - Artifacts* (Bericht über die *Joint Conference 1992* in Jerusalem, Hypnose und Kognition, 11(1)). München: M.E.G.-Stiftung. (in Vorbereitung)
- Peter, B., Keller, R., & Sedlmayer, H. T. (1992). *Hypnosis and psychotherapy with HIV- and AIDS-patients: Clinical Impressions*. Paper presented at the *Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy, Arts - Facts - Artifacts*, Jerusalem, July 22-24, 1992. (wird erscheinen in *Hypnose und Kognition*, 11(1), 1994)
- Peter, B., Kraiker, C., & Revenstorf, D. (Eds.). (1991). *Hypnose und Verhaltentherapie*. Bern: Huber.
- Peter, B., & Schmidt, G. (Eds.). (1992). *Erickson in Europa: Europäische Ansätze zur Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson*. Heidelberg: Carl Auer.
- Piccone, C., Hilgard, E. R., & Zimbardo, P. G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 289-295.
- Preyer, W. (1881). *Die Entdeckung des Hypnotismus. Nebst einer ungedruckten Original-Abhandlung von Rado, S. (1925)*. The economic principle in psychoanalytic technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 35-44.
- Reicheneder, J. G. (1990). *Zum Konstitutionsprozeß der Psychoanalyse*. Stuttgart-Bad Cannstadt: Frommann-Holzboog. [Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 12]
- Reiser, J., Peter, B., Olbrich, E., Sprinkart, P., Leiberich, P., & Müller, M. (1992). Hypnotherapie bei HIV- und Aids-Patienten: Eine Therapiestudie. *Hypnose und Kognition*, 10(2).
- Revenstorf, D. (1985). Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Intervention. *Hypnose und Kognition*, 2, 13-35.
- Revenstorf, D. (1987). Hypnose und Verhaltentherapie. *Hypnose und Kognition*, 4, 10-21.
- Revenstorf, D. (Ed.). (1990). *Klinische Hypnose*. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (1991). Herzphobie. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltentherapie* (pp. 122-132). Bern: Huber.

- Revenstorf, D. (1991). Hypnose als Kognitive Therapie. In B. Peter, C. Kraiker, & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Rhue, J. W., & Lynn, S. J. (1987). Fantasy proneness: The ability to hallucinate "as real as real". *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 4, 173-180.
- Rhue, J. W., & Lynn, S. J. (1989). Hypnosis and beyond: Research on the fantasy prone person. *Hypnos*, 16, 175-187.
- Riebensahm, H. (1985). Anwendung Ericksonischer Sprachmuster als rhetorische Strategien in Lerngruppen. *Hypnose und Kognition*, 2, 44-56.
- Roepke, M. (1992). Existentielle Bioenergetik und Ericksonische Hypnotherapie. In B. Peter & G. Schmidt (Eds.), *Erickson in Europa* (pp. 202-210). Heidelberg: Carl Auer.
- Sarbin, T. R., & Coe, W. C. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Schilder, P., & Kauders, O. (1926). Die psychoanalytische Theorie der Hypnose. In P. Schilder & O. Kauders (Eds.), *Lehrbuch der Hypnose*. Wien, Berlin: Springer.
- Schmidt, G. (1985). Gedanken zum Ericksonischen Ansatz aus einer Systemischen Perspektive. In B. Peter (Ed.), *Hypnose und Psychotherapie nach Milton H. Erickson* (pp. 31-57). München: Pfeiffer-Verlag.
- Schmierer, A. (1992). Zahnmedizin ohne Spritze. In B. Peter & G. Schmidt (Eds.), *Erickson in Europa* (pp. 129-142). Heidelberg: Carl Auer.
- Schoitz, W. U. (1992). Metakognitive rationale-emotive Therapie und der Ericksonische Ansatz in der Psychotherapie. In B. Peter & G. Schmidt (Eds.), *Erickson in Europa* (pp. 193-201). Heidelberg: Carl Auer.
- Schultz, J. (1916). *Hypnotherapie*. In (Ed.), *Handbuch der Therapie der Geisteskrankheiten* (Vol. 1). Jena: Fischer.
- Schultz, J. (1924). *Hypnose und Suggestion* (Kampmann). Halle: Celler.
- Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training*. Stuttgart: Thieme.
- Schultz, J. H. (1935). *Hypnose-Technik*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Schultz, J. H. (1964). Hypnosis in Germany. In F. L. Marcuse (Ed.), *Hypnosis throughout the world* (pp. 84-92). Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Shor, R. E. (1979). A phenomenological method for the measurement of variables important to an understanding of the nature of hypnosis. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (rev. 2nd Ed., pp. 105-135). New York: Aldine.
- Solomon, G. F. (1985). The emerging field of psychoneuroimmunology: With a special note on AIDS. *Advances*, 2, 6-19.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and "trance logic". *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 449-467.
- Spanos, N. P., Flynn, D. M., & Gwynn, M. I. (1989). Kontext-Anforderungen, negative Halluzinationen und die Geheime-Beobachter-Reaktion: Drei Geheime Beobachter beobachtet. *Hypnose und Kognition*, 6, 33-40.
- Spiegel, D. (1991). A psychosocial intervention and survival time of patients with metastatic breast cancer. *Advances, The Journal of Mind-Body Health*, 7, 10-19.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gotthel, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, ii, 888-891.
- Stadler, M., & Kruse, P. (1990). Über Wirklichkeitskriterien. In V. Riegas & C. Vetter (Eds.), *Zur Biologie der Kognition* (pp. 133-158). Frankfurt: Suhrkamp.
- Stokvis, B. (1955). *Hypnose in der ärztlichen Praxis*. Basel: Karger.
- Sutcliffe, J. P. (1960). "Credulous" and "sceptical" views of hypnotic phenomena: A review of certain evidence and methodology. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8, 73-101.
- Sutcliffe, J. P. (1961). "Credulous" and "sceptical" views of hypnotic phenomena: Experiments in esthesia, hallucination, and delusion. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 189-200.
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Temoshok, L. (1990). Psychoneuroimmunologische Studien über HIV/AIDS: Eine Darstellung und Erläuterung der Methodik. In Deutsche AIDS-Stiftung (Ed.), *Aids und Psyche* (pp. 345-360). Berlin: Edition sigma.
- Temoshok, L. (1991). Malignant melanoma, AIDS, and the complex search for psychosocial mechanisms. *Advances, The Journal of Mind-Body Health*, 7, 20-28.
- Tepperwein, K. (1978). *Die hohe Schule der Hypnose. Fremdhypnose - Selbsthypnose, praktische Lebenshilfe für jedermann* (2. Aufl.). Genf: Arison.
- Trenkle, B., & Schmidt, G. (1985). Ericksonische Psychotherapie und Familientherapie: Möglichkeiten der Integration. *Hypnose und Kognition*, 2, 5-26.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there. *American Psychologist*, 40.

- Uexküll, T. v. (1981). *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Vogt, O. (1897). Die directe psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewußtseinszuständen. In (Ed.), *Dritter Internationaler Congress für Psychologie* (in München vom 4.-7. August, 1896, pp. 250-260). München: J.F. Lehmann. (auch erschienen in *Zeitschrift für Hypnotismus*, 5, 1897, 7-30, 180-218, sowie in Leipzig: Barth, 1897)
- Walter, H. (1992). *Hypnose: Theorien, neurophysiologische Korrelate und praktische Hinweise zur Hypnosetherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Watkins, J. G. (1992). Psychoanalyse, Ego-State-Therapie: Auf der Suche nach einer effektiven Therapie. *Hypnose und Kognition*, 9(1/2), 85-97.
- Watkins, J. G. (1992). *The practice of clinical hypnosis, Vol. II: Hypnoanalytic techniques*. New York: Irvington.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1971). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.
- Weitzenhoffer, A. M. (1962). The significance of hypnotic depth in therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10, 75-78.
- Weitzenhoffer, A. M. (1974). When is an "instruction" an "instruction"? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 258-269.
- Weitzenhoffer, A. M. (1992). *Erickson and the unity of hypnosis*. Paper presented at the *Joint Conference: Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy, Arts - Facts - Artifacts*, Jerusalem, July 22-24, 1992 (wird erscheinen in *Hypnose und Kognition*, 11(1), April 1994).
- Weitzenhoffer, A. M. (1993). Suggestibilität und Hypnose im zwanzigsten Jahrhundert. *Hypnose und Kognition*, 10, 78-86.
- Wellek, A. (1954). Beiträge zu einer Strukturtheorie der Hypnose. In A. Wellek (Ed.), *Bericht über den 19. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (pp. 184-187). Göttingen: Hogrefe. (erschieden auch in *Psychologische Rundschau*, 6, 1955, 33-50)
- Wellek, A. (1968). Kritisches zur "kritischen" Hypnoseforschung. *Archiv für die gesamte Psychologie*, 120, 301-306.
- Wolberg, L. R. (1948). *Medical hypnosis* (2 Vols.). New York: Grune & Stratton.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stamford: Stamford University Press.
- Wundt, W. (1892). *Hypnotismus und Suggestion*. Leipzig: Engelmann.

Keywords: Hypnosis, hypnotherapy, psychotherapy, psychosomatic, integration

Abstract: On the occasion of the 15th anniversary of the Milton Erickson Society for Clinical Hypnosis, Germany (M.E.G.) some hypno-historical peculiarities and their possible consequences are discussed in part I of this article. Apart from the specific situation in Germany, the international controversy between the so-called neo-ericksonians and the traditionalists in the last ten years or so is considered. Part II deals with past attempts to integrate hypnosis into the fields of psychotherapy and psychosomatics. It is argued that such an integration is preferable to the establishment of hypnotherapy as a specific technique. In part III finally arguments are presented why hypnotic trance and other hypnotic phenomena are of importance for psychotherapy and psychosomatics.

Burkhard Peter, Dipl.-Psych.
Konradstr. 16
80801 München