

## Vorwort der Gastherausgeber

Mit diesem Heft schließen wir die Veröffentlichung der deutschen Beiträge des 15. Internationalen Kongress für Hypnose ab, der vom 2. - 7. Oktober 2000 an der Universität München stattfand. Die Artikel zeigen zunächst die derzeitigen Positionen von Hypnose und Hypnotherapie auf. Insbesondere im Beitrag von Bongartz wird überzeugend dargelegt, dass Hypnose dabei ist, sich zu einer eigenständigen Psychotherapieform zu entwickeln. Die weiteren Beiträge geben einen guten Einblick in die Bandbreite der klinischen Anwendungen. Es folgen interessante Arbeiten zum Thema der Suggestionen im Alltagsleben und schließlich zwei Beiträge zu einem bis heute noch nicht bearbeiteten Thema: Hypnose und Suggestion während der Zeit des Nationalsozialismus. Die Autorin des letzten Beitrages wünschte anonym zu bleiben, was wir selbstverständlich respektieren.

Die anderen deutschen Beiträge des 15. Internationalen Hypnosekongresses sind in den vorangehenden Heften von HyKog Bd. 17, 18 und 19 seit 2000 erschienen, die englischen Beiträge in Hypnosis International Monographs Nr. 6 (vgl. die Inhaltsangaben am Ende dieses Heftes).

Allen Autorinnen und Autoren danken wir herzlich für ihre Arbeit, v.a. aber dass sie sich so geduldig den Widrigkeiten des Gutachterverfahrens unterworfen haben.

München, im April 2003

Burkhard Peter, Walter Bongartz, Dirk Revenstorf und Willi Butollo

## Mitteilung der Herausgeber

Mit dem nächsten Heft 2004 feiern wir den 20. Geburtstag unserer Zeitschrift. Dieses besondere Jubiläumsheft wird von der Gastherausgeberin Prof. Dr. Ulrike Halsband zur Zeit schon vorbereitet; zum Schwerpunktthema *Hirnmechanismen der Hypnose* hat sie die derzeit weltweit führenden Forscher für Beiträge gewonnen. Es wird ein sehr informatives, mit PET-Bildern auch buntes und spannendes Heft werden.

Mit diesem nächsten Heft werden wir auch das Herausgebergremium erweitern. In diesem Zusammenhang freut es uns sehr, dass der *wissenschaftliche Beirat der deutschsprachigen Hypnosegesellschaften (WBDH)* HyKog zu seinem offiziellen Organ erwählt hat. Wir werden deshalb ab und an auch über jene Gesellschaften informieren, die dem WBDH angehören, und damit weiterhin fundiert fachlich aus Forschung und therapeutischer Praxis sowie jeweils aktuell aus der inzwischen breiten Hypnoseszene der deutschsprachigen Länder berichten.

München, im April 2003

Burkhard Peter und Christoph Kraiker

## Hypnosetherapie als eigenständige Psychotherapie

Walter Bongartz

■ *Nach einem Vergleich von klassischer und moderner Hypnosetherapie wird die Erweiterung der klassischen Hypnose durch den Utilisationsansatz von Erickson als Chance für die Etablierung der Hypnose-therapie als eine eigenständige Therapie gewertet. Anhand eines Kriterienkatalogs wird geprüft, ob die Praxis der modernen Hypnose-therapie den Kriterien für eine eigenständige Psychotherapie genügt und dies mit Einschränkungen bejaht.*

*Stichworte: Hypnose-therapie, Psychotherapie, klassische Hypnose.*

## Klassische und moderne Hypnose

Ein Blick zurück in die Geschichte der Hypnose lehrt, dass die von Braid (1843) eingeführte Form der Hypnose bis zu den innovativen Weiterentwicklungen Ericksons nicht als eine eigene psychotherapeutische Methode aufgefasst wurde. Diese ältere Form der Hypnose - in Abgrenzung zur Ericksonschen Hypnose auch als klassische Hypnose bezeichnet - wird heute überwiegend als ein Verfahren aufgefasst, das keine Eigenständigkeit beanspruchen und nur als Zusatzinstrument zu etablierten Formen von Psychotherapie verwendet werden kann. Mit Erickson begann aber eine Wende in der therapeutischen Nutzung von Hypnose, eine Wende, die - wie ich glaube - Raum für die Etablierung von Hypnose als einer eigenständigen Therapie geschaffen hat. Die im Rahmen dieser Wende aufgetretenen Unterschiede zwischen der klassischen Hypnose und der - im wesentlichen auf Erickson zurückgehenden - modernen Hypnose-therapie sind in Tabelle 1 zusammengefasst und lassen sich bezüglich der Funktion von Trance, des Ortes der Intervention, der Art der Intervention und der Art der hypnotischen Kommunikation formulieren.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Hypnoseformen liegt in der unterschiedlichen Nutzung von Veränderungen, die in Trance auftreten. Die klassische Hypnose induziert eine Trance, um mit der erhöhten Suggestibilität in Trance zu arbeiten. Ihr therapeutisches Programm lässt sich dabei folgendermaßen formulieren: Wird ein Patient in Trance versetzt, ist zu erwarten, dass seine Suggestibilität erhöht ist. Werden ihm in Trance direkte Suggestionen z.B. für Verhaltensänderungen gegeben, dann ist davon auszugehen, dass das Verhalten im Alltag im

	<b>KLASSISCHE HYPNOSE</b>	<b>MODERNE HYPNOSE</b>
<b>GENUTZTER ASPEKT DER TRANCE</b>	ERHÖHTE SUGGESTIBILITÄT	LEICHTERER ZUGANG ZU EMOTIONALER ERFAHRUNG
<b>THERAPEUTISCHE INTERVENTION</b>	DIREKTE/INDIREKTE SUGGESTIONEN	NUTZUNG VON RESSOURCEN
<b>ORT DER INTERVENTION</b>	SYMPTOM	(neben dem Symptom wesentlich auch) URSACHE DES SYMPTOMS
<b>STIL DER HYPNOTISCHEN KOMMUNIKATION</b>	SUGGESTIV	NARRATIV

Tabelle 1: Vergleich von klassischer Hypnose und moderner Hypnosetherapie

Sinne der gegebenen Suggestionen beeinflusst wird. Das therapeutische Argument der klassischen Hypnose ist also im wesentlichen die Suggestion.

Die moderne Hypnosetherapie arbeitet natürlich auch mit Suggestionen, nutzt aber den Zugang zu Emotionen, der in Trance leichter ist. Der Schwerpunkt ihrer Interventionen liegt auf der Nutzung von Ressourcen, womit die Hypnosetherapie im engeren Sinne ein emotionales Erleben meint, das dem Problemerkennen diametral gegenübersteht. Und dieses Erleben von emotionalen Ressourcen ist das entscheidende therapeutische Argument der modernen Hypnosetherapie. Besteht das Problemerkennen zum Beispiel aus einem Erleben von "Nichts-wert-sein" mit begleitender Unsicherheit, so wäre die 'passende' Ressource ein Erleben von "Wertvoll-Sein" mit dem Erleben von Sicherheit. Mit Erleben ist dabei das körperliche Reaktionsmuster, begleitende subjektive Erfahrungen wie Gedanken, Fühlen und Eigenbewertungen (Selbstbild) gemeint, das der Patient nicht als kognitives Etikett, sondern als eine reale Erfahrung wahrnimmt.

In diesem Sinne konstituiert die Ressourcenerfahrung eine neue, "andere Wirklichkeit" (Peter, 2001), die die Problemwirklichkeit ersetzt. Gelingt es dem Therapeuten, dem Patienten anstatt des Problemerkennens das entsprechende Ressourcen- bzw. Lösungserleben zu vermitteln, ist damit ein Erlebnisrahmen geschaffen, 'in' dem der Patient sich (wieder) so verhalten, so fühlen und denken und mit anderen interagieren kann, um sich als 'gesund' zu erleben und damit auch die Ziele erreichen bzw. die Aktivitäten wieder aufnehmen zu können, die ihm aufgrund seiner Symptomatik unzugänglich blieben.

Zur Gewinnung von Ressourcen gibt es viele Möglichkeiten: Frühere Erfahrungen mit wichtigen Menschen (z.B. einem Lehrer, einem Freund oder einem Familienmitglied) können auch heute noch beim Wiedererleben in der Trance deutlich die Erfahrungen von Vertrauen, Geborgenheit, Verantwortung vermitteln, die dem Patienten heute nicht mehr zur Verfügung stehen. Frühere Situationen, in denen der Patient Schwierigkeiten schon einmal überwunden hat, die er heute aber nicht mehr bewältigt, eignen sich ebenfalls: Die Ressource für die heutige Schwierigkeit, sich gegenüber den Anforderungen anderer abgrenzen zu können, lässt sich etwa aus den früheren Erfahrungen als Fußballspieler gewinnen, als der Patient oft mit Kraft und Entschlossenheit auf Angreifer zulief und sich einer Auseinandersetzung stellte. Die in Trance wiedererlebte Situation von damals, die erneute Begegnung mit einer wichtigen Person der Vergangenheit sind dabei natürlich unreal; real ist aber das damit erzeugte Erleben von Sicherheit, Vertrauen, Lebensfreude etc.

Während die klassische Hypnose sich auf die Behandlung des Symptoms beschränkt - und dies lässt sich in den Lehrbüchern der klassischen Hypnose wie Stokvis (1955) nachlesen -, fragt sich die moderne Hypnosetherapie darüberhinaus, welche Funktion hat eigentlich das Symptom (z.B. der Schmerz), welche Faktoren haben es verursacht und welche halten es aufrecht. Und sie stellt Interventionsformen zur Verfügung, die eine Behandlung der Ursachen des Symptoms (z.B. regressive Neukonstruktion von Interaktionen mit wichtigen Personen der Vergangenheit in der Altersregression) sowie die Reduktion/Beseitigung der aufrechterhaltenden Faktoren (Transfer von Ressourcen in den gegenwärtigen Alltag) erlauben.

Auch der Stil der hypnotischen Kommunikation hat sich seit Erickson deutlich verändert: Während die klassische Hypnose suggestive Formulierungen verwendet (ein Beispiel dafür sind etwa die "ichstärkenden Suggestionen" von Hartland (Waxman, 1989), verwendet die moderne Hypnosetherapie einen narrativen Stil; sie beschreibt (natürlich schon in einer besonderen Formulierungsweise) die Inhalte, die der Patient in Trance erleben soll (Bongartz & Bongartz, 2000).

## Kriterien für eine eigenständige Psychotherapie

Reichen die Neuerungen der modernen Hypnosetherapie aus, um eine eigenständige Therapieform zu begründen? Eigentlich ist diese Frage inzwischen durch die Entwicklungen in Italien und Österreich schon beantwortet worden, wo es möglich ist, staatlich anerkannter Psychotherapeut zu werden, indem man eine Ausbildung als Hypnosetherapeut abschließt.

### Anforderungen an eine Psychotherapie

1. Theorie über die Ätiologie psychischer Störungen
2. Bestand von psychotherapeutischen Interventionen, der von den Interventionsformen anderer Psychotherapien klar unterscheidbar ist.
3. Empirische Belege für die therapeutische Effektivität
- (4.) Anwendbarkeit der Therapie
- (5.) "Sichtbarkeit" der Therapie (Definition grundlegender Konzepte; Konventionen über die Bezeichnung für Interventionen und Verfahren)

Dieser pragmatischen Bejahung der gestellten Frage möchte ich eine Betrachtungsweise zur Seite stellen, die die Hypnosetherapie anhand eines Kriterienkatalogs befragt, ob sie den Anforderungen genügt, die an eine eigenständige Psychotherapie zu stellen sind. Eine eigenständige Hypnosetherapie müsste dabei über mindestens folgende Komponenten verfügen: Einen theoretischen Teil (Ätiologie; Theorie über den Wirkungsmechanismus der Therapie), einen praktischen Teil (Interventionsformen, exploratives Vorgehen) und einen empirischen Teil, d.h. empirische Belege für die Effektivität der Hypnosetherapie (Effektivitätsstudien, empirischer Vergleich mit anderen Therapieverfahren, Grundlagenstudien zu den angenommenen Wirkmechanismen der Hypnosetherapie). Darüberhinaus wäre noch zu fordern, dass Hypnosetherapie überhaupt auf einen Großteil der Patienten anwendbar ist und dass sie ein klares Erscheinungsbild bietet ("Sichtbarkeit"). Ein eigenes diagnostisches Klassifikationssystem ist nicht notwendig, da eine therapieschulenübergreifende Diagnosestellung anzustreben ist, wie es der DSM-IV (Saß et al., 1998) erlaubt. Damit wird die Beschreibung von psychischen Störungen ermöglicht, die unabhängig von der jeweiligen Terminologie der therapeutischen Schulen ist.

Falls die Hypnosetherapie den geforderten Kriterien genügen sollte, müsste sie sich außerdem genügend von anderen Therapien unterscheiden, um nicht als Variante einer anderen Therapie zu gelten. Außerdem sollte die hypnosetherapeutische Konzeption innerlich zusammenhängend, kohärent sein, d.h. zum Beispiel, dass die Praxis der Hypnosetherapie sich aus ihren ätiologischen Vorstellungen ergeben sollte. Im folgenden möchte ich nun auf die genannten Punkte des Kriterienkatalogs eingehen.

*Theorie:* Eine allgemein verbindliche theoretische Fundierung der Hypnosetherapie (Revenstorf, 1993) gibt es zur Zeit noch nicht; übrigens ein Schicksal, das die Hypnosetherapie mit der Verhaltenstherapie teilt, trotz deren ungleich größeren Bemühungen in diesem Bereich wie die vielfältigen Theorien zur Verhaltenstherapie in dem über 700 Seiten umfassenden "Theories of Behavior Therapy" (O'Donohue & Krasner, 1995) dokumentieren. Aber auch wenn eine theoretische Begründung der Hypnosetherapie noch aussteht, gibt es natürlich entsprechende Bemühungen, auf die ich in diesem Rahmen nur hinweisen kann. So bemüht man sich etwa um einen theoretischen Rahmen, der beschreibt, wie die Konstruktion eines pathogenen Selbstbildes in Kindheit oder Jugend zu einer neurotischen Fehlentwicklung disponiert und sich aus diesen Annahmen hypnosetherapeutische Handlungsanweisungen für eine Neukonstruktion des Selbstbildes ergeben. Als eine solche Forschungsrichtung, die empirisch einen Zusammenhang zwischen unerfüllt gebliebenen emotionalen Bedürfnissen in der Kindheit und entsprechenden überdauernden infantilen Bewältigungsstrategien herstellt, und die einen Rahmen für die Diskussion der theoretischen Fundierung der Hypnosetherapie bilden könnte, bietet sich die attachment-Theorie von Bowlby (1982) und ihre Weiterentwicklung zu einer empirisch begründeten Disziplin, der sogenannten Entwicklungspsychopathologie (Luthar & Weisz, 1997), an. Zu einer theoretischen Fundierung der Hypnosetherapie würden auch 'lokale' Theorien gehören wie etwa eine Theorie zur Wirkung von indirekten Suggestionen (hier ließe sich ein Zusammenhang zur Forschung zum impliziten Gedächtnis herstellen). Hier gibt es vielversprechende Entwicklungen, die aber noch nicht abschließend bewertet werden können.

*Hypnosetherapeutische Interventionen:* Wie oben bei der Abgrenzung gegen die klassische

Hypnose betont, ist Hypnosetherapie eine emotionale-erlebensbasierte Therapie. Und wenn sich Hypnosetherapie als eine emotionale Therapie versteht, muss sie bei ihren Interventionen die für Emotionen relevanten Ebenen berücksichtigen. Auch wenn sich Emotionsforscher in vielem uneins sind (z.B. über die Zahl der sogenannten primären Gefühle), in einem stimmen sie überein: Emotionen bestehen nicht nur aus einem subjektiven Gefühl, sondern umfassen auch körperliche Reaktionen, Kognitionen, Verhalten und soziale Interaktionen (z.B. Izard, 1994); dementsprechend sollte die Hypnosetherapie Interventionen für die körperliche, subjektive, soziale sowie die Verhaltensebene bereitstellen.

Diese Ebenen sind natürlich auch die Anamneseebenen: Den Hypnosetherapeuten interessiert bei der Exploration nicht allein das kognitive 'Etikett', mit dem der Patient sein Problemerkennen versieht (z.B. "Ich habe Angst."), sondern vielmehr das Angsterleben, das in der Art der Atmung, in Körperempfindungen wie Gelähmtsein, Spannungen, Zittern oder Druckgefühlen, in Änderungen des Körperschemas oder des Bewegungsablaufs, in Wahrnehmungsänderungen (z.B. bezüglich der eigenen Stimme), Gedanken, Verhaltensmustern beim Angsterleben aber auch in symbolischen Beschreibungen zum Ausdruck kommt; mit anderen Worten: Der Therapeut möchte die 'Datenbasis' kennenlernen, die zur Interpretation "Angst" geführt hat. Dazu wird der Patient gebeten, eine konkrete Situation anzugeben, in der das Symptom besonders deutlich aufgetreten ist. Für diese Situation wird dann sehr detailliert das Erlebnismosaik nachgefragt, das der Patient als "Angst" bewertet. Dabei ist es hilfreich, die Problemsituation in Trance zu explorieren, da das zu Tage geförderte Material dann gewöhnlich reichhaltiger und erlebnisnäher ist als bei Befragung im Wachzustand.

Das vom Patienten in Trance erfahrene Problemerkennen kann auch als eine "Affektbrücke" zu den lebensgeschichtlich frühen Situationen dienen (Watkins, 1971), in denen für den Patienten durch die Interaktion mit wichtigen Personen der Vergangenheit eine Wirklichkeit konstruiert wurde, die ihn psychisch krank gemacht hat.

Ist das Problem des Patienten auf allen Anamneseebenen (Körper, subjektive Ebene, Verhalten, biographische Ebene) verstanden, zielen die therapeutischen Bemühungen auf diesen Ebenen darauf ab, den Patienten in Trance anstelle des Problemerkennens das "Lösungserleben", die "neue Wirklichkeit" zu vermitteln. Die hypnosetherapeutischen Interventionen, die dazu geeignet sind, können vielfältige Formen annehmen, auf die ich hier nicht eingehen kann. Stattdessen möchte ich die zentrale Interventionsform skizzieren, die die moderne hypnosetherapeutische Arbeit wesentlich charakterisiert und sie damit von der Praxis anderer psychotherapeutischer Verfahren abgrenzt; gemeint ist der "Transfer von Ressourcen", ein Konzept, das eine Vielzahl von Techniken zusammenfasst: Zuerst wird ein 'passendes' Ressourcenerleben beim Patienten hervorgerufen, mit dem dann in der Folge eine andere körperliche Erfahrung, oder ein (neues) Verhalten in einem neuen Erlebenskontext oder eine neue, veränderte subjektive Erfahrung möglich ist (auch eine Neukonstruktion der Vergangenheit in der Altersregression). Die im emotionalen Raum der Ressource erlebten neuen, positiven Erfahrungen sind nicht nur eine Möglichkeit, die der Patient rational in Erwägung zieht, sondern es ist eine subjektiv und auch körperlich erlebte Realität. Der Patient denkt nicht, ich könnte ja auch anders sein, mit viel Selbstvertrauen, Freude und Kraft etc., sondern in Trance ist er es. Er erlebt sich

nicht nur als der Mensch, der er künftig sein möchte, sondern er ist es schon jetzt, in diesem Moment. Hypnosetherapie bietet dem Patienten eine emotionale Wahlmöglichkeit; er kann Problemsituationen und -erleben auch anders erfahren, und diese Erfahrung macht ihm Mut, diesen 'neuen' Menschen, der er ja - in der Trance real erlebbar - ist, genauer kennenzulernen und auszuprobieren, was mit diesem Erlebnisrahmen eigentlich alles möglich ist bzw. wozu der 'neue' Mensch fähig ist.

Dieser Vorgehensweise liegt auch das Prinzip zugrunde, dass Ressourcen nicht neu geschaffen werden müssen, sondern schon im Patienten vorhanden sind. Das Geschick des Therapeuten besteht darin, diese Ressourcenerfahrungen im Patienten aufzufinden. Dabei können ihm Techniken wie Metaphernarbeit, indirekte Suggestionen, ideomotorisches Signalisieren, Stellvertretertechnik, Arbeit mit Träumen und Symbolen helfen, solche emotionalen Erfahrungen auch dann zu finden und zu nutzen, wenn sie dem Patienten nicht bewusst sind, sondern nur implizit zur Verfügung stehen.

*Empirische Belege für die Wirksamkeit:* Von 193 Untersuchungen zur Bestimmung der Wirksamkeit von Hypnose, die bis Ende 1998 veröffentlicht wurden, konnten 43 randomisierte, klinische Studien, in denen eine ausschließlich mit Hypnose behandelte Patientengruppe mit einer unbehandelten (bzw. mit medizinischer Standardversorgung behandelten) Gruppe verglichen wurde, in eine Meta-Analyse integriert werden (Bongartz, Flammer & Schwonke, 2002). Für die hypnotische Behandlung von ICD-10 kodierbaren Störungen wurde bei einem durchschnittlichen Behandlungszeitraum von 5.1 Wochen eine gewichtete, 'post-treatment' Effektstärke von  $d=.60$  (mittlere Effektstärke) gefunden (24 Studien), für die Verwendung von Hypnose zur Unterstützung medizinischer Maßnahmen (19 Studien) ein  $d=.38$  (schwacher Effekt). Es handelt sich hierbei um konservative Schätzungen, da alle Variablen einer Studie zur Berechnung der mittleren Effektstärke verwendet wurden. Die meisten Studien verwendeten Methoden der klassischen Hypnose. Um abzuschätzen, in welchem Ausmaß nicht-klinische Faktoren (Design-Qualität, Art des Messwertvergleiches) die Größe der Effektstärke beeinflussen, wurden für die Studien der ursprünglich 193 Untersuchungen, die die erforderlichen statistischen Angaben enthielten, Effektstärken berechnet. Für diese insgesamt 89 Studien mit einer Effektstärke von  $d=.80$  zeigte sich ein gravierender Einfluss nicht-klinischer Faktoren auf die gewichteten Effektstärken, die von  $.51$  für randomisierte Studien mit Gruppenvergleich bis zu  $d=2.0$  für nicht-randomisierte Studien mit Prä-, Post-Vergleich reichten. Insgesamt lässt die Studie den Schluss zu, dass Hypnose eine wirksame Behandlungsform ist, deren Wirksamkeit allerdings nicht für alle Störungsbilder nachgewiesen ist. Überdies betrifft der Wirksamkeitsnachweis im wesentlichen nur die Methoden der klassischen Hypnose, während der Wirksamkeitsnachweis für Interventionsformen Ericksonscher Prägung noch aussteht.

*Anwendbarkeit und "Sichtbarkeit" von Hypnosetherapie:* Psychotherapie ist kein Theoriengebäude, sondern im wesentlichen ein Kanon von therapeutischen Handlungsanweisungen, der auf die Arbeit mit Patienten angewendet wird. Insofern scheint die Frage nach der Anwendbarkeit von Hypnosetherapie müßig zu sein. Doch gibt es zumindest drei Aspekte bei der therapeutischen Nutzung von Hypnose, die ihre Anwendbarkeit einschränken könnten. Dies betrifft zum einen die Verteilung der Hypnosefähigkeit. Wenn man Patienten mit Hypnose behandeln

möchte, wäre es natürlich wichtig zu wissen, wieviele der Patienten denn überhaupt eine Hypnose erfahren können. Wenn es nur ein paar Prozent wären, würde die Beschäftigung mit einer solchen Methode kaum lohnen. Doch - wie Intelligenz auch - ist die Hypnosefähigkeit normalverteilt, d.h. es gibt nur wenige Patienten, die Hypnose nicht erfahren können, und andererseits nur wenige, die Hypnose besonders gut erfahren können, während die meisten Patienten eine mittlere Hypnosefähigkeit haben. Und da eine mittlere Hypnosefähigkeit für eine hypnosetherapeutische Behandlung völlig ausreicht, kommen die meisten Patienten für eine derartige Therapie in Frage.

Zum anderen könnte die Anwendbarkeit von Hypnose dadurch eingeschränkt sein, dass nur sehr wenige Therapeuten diese Methode beherrschen, weil sie ein besonderes Maß an Kreativität voraussetzt, wie sie etwa nur Künstler besitzen. Nun scheint das Modell "Milton Erickson" genau diesen Eindruck zu vermitteln. Doch zeigt die Erfahrung der Fachverbände wie etwa MEG und DGH, dass die Routine der Kreativität vermittelbar ist, und zwar erfolgreich, wie die Umfrage von Weitowitz, Peter & Revenstorf (1999) bei 210 Hypnosetherapeutinnen und -therapeuten zeigt.

Schließlich wäre die Anwendbarkeit von Hypnose eingeschränkt, wenn Sie nur bei wenigen Störungsbildern eingesetzt werden kann. Auch hier kann auf die Studie von Weitowitz, Peter & Revenstorf (1999) verwiesen werden, ebenso wie auf "Lehrbücher" der Hypnosetherapie (z.B. Rhue, Lynn & Kirsch, 1993 oder Revenstorf & Peter, 2001), die zeigen, dass Hypnosetherapie auf die gesamte Bandbreite psychischer Störungen (als kontraindiziert gilt Hypnose bei Psychosen) anwendbar ist.

Die Frage nach der Sichtbarkeit der Hypnosetherapie bezieht sich auf ihr diffuses Erscheinungsbild in der therapeutischen Fachöffentlichkeit. Zwar wird man seit einigen Jahren in Fachzirkeln nicht mehr auf die Ablehnung stoßen, die der Hypnose noch vor 15 Jahren entgegengebracht worden ist. Dazu sind die wissenschaftlichen Belege für den Einfluss von Hypnose auf z.B. peripher-physiologische oder hirnelektrische Prozesse bzw. für ihre therapeutische Effizienz inzwischen zu umfangreich. Was allerdings u.a. noch fehlt, ist die klare Beschreibung der Vorgehensweise in der hypnosetherapeutischen Praxis, die sie für fachfremde Kollegen plastisch wahrnehmbar und nachvollziehbar macht. So wie es der Verhaltenstherapie mit einer Handvoll therapeutischer Interventionen gelungen ist, ihre therapeutische Praxis präzise zu beschreiben, sollte dies auch der Hypnosetherapie möglich sein. Hier sind die Fachverbände gefragt.

## Schlussfolgerung

Die Hypnosetherapie hat gute Chancen, sich als eigenständige Therapie zu etablieren. In der Grundlagenforschung hat sich das Phänomen "Hypnose" als ein theoretisches Konstrukt behauptet, das sich gerade mit physiologischen Methoden operationalisieren lässt. Die Hypnosetherapie verfügt über einen Bestand an Interventionen, die sie - gerade bezüglich der Arbeit mit Ressourcen - von anderen Therapien abgrenzt (hier müsste aber noch ihre "Sichtbarkeit" verbessert werden), und sie ist dabei, ihre therapeutische Effizienz nachzuweisen. Die zur Zeit noch bestehenden Defizite bezüglich der Formulierung einer theoretischen Basis lassen sich beseitigen, ebenso wie sich die noch unbefriedigende empirische Basis zum Nachweis erwei-

tern lassen wird. Letztendlich hängt die Zukunft der Hypnosetherapie von der Zahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab, die mit Hypnose arbeiten. Ohne ihre Arbeit wäre die Hypnosetherapie nicht "lebendig" und es bestünde dann auch kein Druck, ihre Arbeitsweise empirisch und theoretisch zu begründen.

## Literatur

- Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Bowlby, J. (1982). Attachment. 2. Auflage. New York: Basic Books.
- Izard, C.E. (1994). Die Emotionen des Menschen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Luthar, S.S. & Weisz, J.R. (Hrsg.), (1997). Developmental Psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder. Cambridge: University Press.
- O'Donohue, W. & Krasner, L. (Hrsg.; 1995). Theories of behavior therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Peter, B. (2001). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). Diagnostische Kriterien DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Stokvis, B. (1955). Hypnose in der ärztlichen Praxis. Basel: Karger.
- Revenstorf, D. (1993). Zur Theorie der Hypnose. In: Revenstorf, D. (Hrsg.), Klinische Hypnose. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.), (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer.
- Rhue, J.W., Lynn, S.J. & Kirsch, I. (Hrsg.), (1993). Handbook of Clinical Hypnosis. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Watkins, J.G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19(1), 21-27.
- Waxman, D. (1989). Hartland's medical and dental hypnosis. London: Baillière Tindall
- Woitowitz, K., Peter, B. & Revenstorf, D. (1999). Zur Praxis der Hypnotherapie. *Psychotherapeuten Forum* 6, 9-13.

## Hypnotherapy as a psychotherapeutic modality of its own

*Abstract: After comparing classical with modern hypnotherapy the enrichment of classical hypnosis by the Ericksonian utilization approach is seen as a chance to establish hypnotherapy as a psychotherapeutic modality of its own. Using a catalogue of criteria that has to be met by a psychotherapeutic approach in order to be counted as a psychotherapeutic modality it is shown that hypnotherapy may satisfy this catalogue with certain restrictions.*

*Key words: hypnotherapy, psychotherapy, classical hypnosis.*

Walter Bongartz, Prof. Dr.

Fachbereich Psychologie, Universität Konstanz, 7547 Konstanz

erhalten: 1.2.03

akzeptiert: 8.2.03

## Direkte und indirekte Hypnose: Kritischer Vergleich und zukünftige Perspektiven

Günter Hole

■ Die vielfältigen Möglichkeiten und Erfolge der klassischen, historisch verankerten so genannten "direkten" hypnotischen Methoden sind belegt. In gleicher Weise trifft dies für die Formen der so genannten "indirekten" Hypnose zu, wie sie von M. Erickson individuell entwickelt wurden und seither in vielerlei Variationen systematisch zur Anwendung kommen. Trotz mancherlei Bestrebungen, praktische Verbindungen zwischen den beiden methodischen Konzepten herzustellen, laufen diese doch noch weithin nebeneinander her. Dies ist z.T. konzeptionell und ideologisch, vor allem aber durch die getrennten Ausbildungsgänge bedingt. Anzustreben wäre aber, dass sich zukünftige Hypnosetherapeuten Kompetenz und Erfahrung in beiden methodischen Bereichen aneignen. Jede der beiden Hypnoseformen hat ihre Stärken und ihre Schwächen. Es kann eine Idealkonkurrenz zwischen ihnen, aber keine Ablösung der "alten" durch die "neue" Hypnose geben. Vor allem aber ergeben sich aus der jeweiligen Einstellung und Persönlichkeitsstruktur heutiger Hypnotisanden sehr unterschiedliche Reaktionsmuster und damit auch Affinitäten gegenüber den jeweiligen Methoden. Dieses pluralistische Erfahrungselement findet in der Methodendiskussion bisher zu wenig Berücksichtigung. Die Fähigkeit, beide Arten von Hypnose sowohl alternativ als auch synthetisch souverän anwenden zu können, müsste daher Ziel zukünftiger Ausbildungsgänge sein.

*Schlüsselwörter: Direkte Hypnose, indirekte Hypnose, methodische Kombination, Persönlichkeitsstruktur, Ausbildungsgänge*

## 1. Einleitung

Es braucht hier nicht der Versuch einer Definition von "direkter" versus "indirekter" Hypnose unternommen werden. Doch kann diese begriffliche Unterscheidung, die sich in den letzten Jahrzehnten herausgebildet hat, beim Unkundigen leicht den Eindruck einer grundsätzlichen Verschiedenheit in der Ausrichtung der beiden Hypnosearten erwecken. Dies ist umso verständlicher, je mehr bestimmte, markante verbal-methodische Details zum Gegenstand des Vergleichs gemacht werden. Und wenn hierbei dann sogar in wertendem Unterton von "alter" und