

Dirk Revenstorf
Burkhard Peter
(Hrsg.)

Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin

Manual für die Praxis



Springer

Für Bestellung siehe S. 170



Quo vadis, Hypnose?

Walter Bongartz

■ Nach einem kurzen Vergleich zwischen dem heutigen Status der Hypnose und ihrem Status vor etwa 20 Jahren, wie er in einem ähnlichen "Quo-Vadis"-Artikel von Erika Fromm beschrieben wurde, wird begründet, dass die erfolgreiche Zukunft der Hypnotherapie von ihrer Etablierung als wissenschaftlich begründetem Psychotherapieverfahren abhängt. Erst damit wäre ihre Kontinuität im Gesundheitswesen garantiert.

Schlüsselwörter: Hypnotherapie, Geschichte der Hypnose, Zukunft der Hypnose

Erika Fromm veröffentlichte 1979 einen Artikel mit dem Titel "Quo Vadis Hypnosis?". Bezogen auf ihre Schlussfolgerungen scheint sich in den letzten 22 Jahren nicht viel geändert zu haben. Ihre Erwartung, dass sich Hypnose mit anderen Therapieformen wie Verhaltenstherapie kombinieren lässt, dass sich klinische und experimentelle Hypnoseforschung unabhängig voneinander entwickeln lässt, dass die Forschung zu den physiologischen Grundlagen der Hypnose eine starke Entwicklung erfahren wird, haben sich bestätigt. Ihre Vermutung hingegen, dass die Konvergenz zur Bildung einer allgemein gültigen Theorie der Hypnose zunehmen wird, hat sich nicht bestätigt.

Ich glaube auch nicht, dass es eine abschließende, allgemein akzeptierte Theorie der Hypnose geben wird. Die theoretische Erklärung hypnotischer Phänomene war schon immer abhängig vom gerade vorherrschenden psychologisch-theoretischen Zeitgeist und so wird es meines Erachtens auch bleiben. Zu Beginn der Geschichte der Hypnose war es die quasi-physikalische Theorie des animalischen Magnetismus (Mesmer, 1814), die den theoretischen Rahmen für Trancephänomene lieferte. Zur Zeit der jungen experimentellen Psychologie wurden hypnotische Phänomene aus apperzeptionspsychologischer Sichtweise definiert (Wundt, 1892) und als das Konditionierungsparadigma die empirische Grundlage für die psychologische Theorienbildung darstellte, sei es die klassische ("Suggestion as a conditioned stimulus"; Platonov, 1959) oder die operante Form ("Hypnosis regarded as habit"; Hull, 1933) wurden hypnotische Phänomene in lerntheoretischem Rahmen diskutiert. Mit Aufkommen der Kognitiven Psychologie

sind es kognitive Konzepte wie "Erwartung" (Kirsch, 1990), "Dissoziation" (Hilgard, 1977) und "Absorptionsfähigkeit" (Tellegen & Atkinson, 1974), aber auch sozialpsychologische Konzepte wie "Rollenübernahme" (Spanos, 1986), die die aktuelle theoretische Diskussion bestimmen. Und so wird es weitergehen, d.h. das gerade aktuelle Theoriegebäude der Psychologie liefert den theoretischen Rahmen zum Verständnis von Hypnose.

Die Untersuchung hypnotischer Phänomene wie hypnotische Analgesie, posthypnotische Amnesie etc. wird - wie auch zur Zeit der Frommschen Überlegungen - auf hohem Niveau geführt und war und ist abhängig von den technischen Möglichkeiten, die die Psychophysiologie und experimentelle Psychologie bereithalten. Waren es bis vor kurzem neben den EEG-Methoden insbesondere Messverfahren der 'peripheren' Psychophysiologie (z.B. die Erfassung von Hautwiderstandsänderungen oder Herzfrequenzvariabilität) oder experimentalpsychologische Verfahren wie die Signaldeckungstheorie oder die Psychophysik, so stehen heute insbesondere die bildgebenden Verfahren im Vordergrund, mit denen es möglich ist, z.B. hypnotische Analgesie (Rainville et al., 1997), hypnotische Entspannung (Rainville et al., 1999) oder die hypnotisch induzierte Halluzination von Farben (Kosslyn et al., 2000) hirnpfysiologisch zu objektivieren. Bezüglich der Untersuchung hypnotischer Phänomene bin ich mir auch hier sicher, dass sie in Zukunft weiter betrieben werden wird, wobei auch hier die Untersuchungsmethoden vom Fortschritt in der allgemeinen Psychologie bzw. der Psychophysiologie abhängen werden.

Während mir also um die Kontinuität der theoretischen Diskussion wie der empirischen Untersuchung hypnotischer Phänomene nicht bange ist, bin ich mir nicht sicher, wie sich der Stellenwert der Hypnose als psychotherapeutisches Instrument entwickeln bzw. welche Rolle die Hypnose künftig im Gesundheitswesen spielen wird. Der Erfolg der Ericksonschen Hypnose - im Vergleich zur sogenannten "Klassischen Hypnose" - zeichnete sich zur Zeit des Artikels von Fromm noch nicht so deutlich ab und diese moderne Entwicklung in der Anwendung der Hypnose wird in ihrer Arbeit auch mit keinem Wort erwähnt. Gerade auf diese Entwicklung möchte ich mich mit meinem Beitrag beziehen und dabei das "Erscheinungsbild" der Hypnosetherapie thematisieren, das meines Erachtens für die künftige Rolle der Hypnosetherapie im Gesundheitswesen wichtig sein wird.

Fangen wir vor dem Blick in die Zukunft mit einem kurzen Blick in die Vergangenheit an. Für etwa 125 Jahre (nimmt man des Erscheinens des Buches "Neurohypnology" von James Braid im Jahre 1843 als Beginn der klassischen Hypnose und das Erscheinen von Jay Haleys "Selected Papers of Milton H. Erickson" im Jahre 1967 als Beginn der modernen Hypnose) war die Hypnose durch ein therapeutisches Vorgehen bestimmt, das wir heute als "klassische Hypnose" bezeichnen. Die klassische Hypnose versteht den hypnotischen Zustand als einen veränderten Bewusstseinszustand (Trance), der zu einer erhöhten Suggestibilität des Patienten führt. In diesem Zustand gegebene direkte Suggestionen sollten daher - anders als im Wachzustand - von besonderer Wirkung sein und den Alltag des Patienten auch außerhalb des therapeutischen Rahmens beeinflussen. In der Regel wird mit diesem Vorgehen rein symptomorientiert gearbeitet und belastendes Erleben oder Verhalten suggestiv zu ändern versucht, ohne psychodynamische Zusammenhänge zu berücksichtigen.

Stokvis (1955) suggeriert einer Patientin mit Trigeminusneuralgie "als konversionshysterische Erscheinung" (S. 156 f): "In diesem Zustand der Ruhe werden Sie gegen Schmerzgefühle unempfindlich ... und die Schmerzen immer weniger bewusst empfinden. Als Folge dieser Behandlung werden Sie feststellen, wie ... der Zustand immer besser wird ... und wie Sie gesund werden." Nach drei Monaten geht es der Patientin ausgezeichnet, was sich über weitere zwei Monate - von gelegentlichen Kopfschmerzen abgesehen - fortsetzt. Danach meldet sich die Patientin nicht mehr. Obwohl also Stokvis, einem der herausragenden und erfolgreichsten klassischen Hypnosetherapeuten, schon die Psychodynamik der Symptomatik klar war, behandelte er sie - als klassischer Hypnosetherapeut - rein symptomorientiert.

	klassische Hypnose	moderne Hypnosetherapie
Verwendeter Aspekt der Trance	erhöhte Suggestibilität	besserer Zugang zu emotionaler Erfahrung
Ort der Intervention	Symptom	Symptom und Ursache des Symptoms
Therapeutische Interventin	direkte/indirekte Suggestionen	Nutzung von Ressourcen
Stil der Kommunikation	suggestiv	narrativ

Tab. 1: Vergleich von klassischer und moderner Hypnose

Kommen wir zurück in die Gegenwart. Während Trance für die klassische Hypnosetherapie wegen der damit verbundenen erhöhten Suggestibilität von Bedeutung war und ist, ist sie für die moderne Hypnosetherapie Ericksonscher Prägung wegen des besseren Zugangs zu Ressourcen (u.a. Gefühlen) wichtig. Anstelle der klassischen "Implementierung" direkter Suggestionen werden die belastenden/hemmenden Gefühle des Patienten in Trance bearbeitet, auf denen der

Leidensdruck des Patienten beruht und die an unangemessenen Verhaltensweisen und Kognitionen (pathogenes Selbstbild, negative Routinegedanken) beteiligt sind. Dabei wird auch die Lebensgeschichte des Patienten berücksichtigt und es werden u.U. auch 'alte' Gefühle und Konflikte in der hypnotischen Altersregression bearbeitet. "Bearbeiten" bedeutet hier das Neu- oder Wiedererleben belastender Situationen mit hypnotisch induzierten positiven Emotionen. Damit lernt der Patient einen "neuen Erfahrungsraum" (Bongartz & Bongartz, 2000) bzw. eine "neue Wirklichkeit" (Peter, 2001a) zur Bewältigung seines Problems kennen. Anders als in der klassischen Hypnose ist die Kommunikation mit dem Patienten in der modernen Hypnose nicht (direkt-) suggestiv, sondern eher narrativ, wie es gerade durch das "storytelling", aber auch z.B. durch die Arbeit mit Metaphern (Lankton & Lankton, 1983) illustriert wird.

Beide Formen der Hypnosetherapie bestehen heute nebeneinander, was aber nicht nur bedeutet, dass unterschiedliche Formen der Hypnosetherapie koexistieren. Mir scheint, dass dahinter auch unterschiedliche Ansprüche bezüglich des Status der Hypnosetherapie bestehen. Die klassische Hypnose versteht sich nur als ein Zusatz ("adjunct") zu anderen Therapien und diese Kombination mit anderen Verfahren betrifft insbesondere die Verknüpfung von Hypnose mit Verhaltenstherapie (Peter, Kraiker & Revenstorf, 1991) bzw. die Verbindung von Hypnose und tiefenpsychologischen Verfahren (Gill & Brenman, 1959). Die Kombination mit diesen Therapien kommt augenfällig in den Begriffen "hypnobehavioral model" (Kroger & Fezler, 1976) oder "cognitive-behavioral hypnotherapy" (Kirsch, 1993) bzw. "Hypnoanalysis" (Wolberg, 1967) zum Ausdruck.

Die Entwicklung der modernen Hypnosetherapie geht im wesentlichen auf die klinische Arbeit von Milton Erickson zurück (Utilisationsansatz, indirekte Kommunikation; s. dazu Lankton & Lankton, 1983; Peter, 1987). Nun hätte man erwarten können, dass der Ericksonsche Ansatz, der weltweit auf große Resonanz gestoßen ist, Hypnosetherapie als eine eigenständige Therapieform begründet hätte. Das ist zunächst nicht geschehen. Dies mag zum einen mit der Schwierigkeit zusammenhängen, die besondere Kreativität eines herausragenden Therapeuten, wie es Erickson war, zum Programm einer neuen Therapierichtung zu machen bzw. seine kreative Arbeit als eine eigenständige Therapie darzustellen. Zum anderen umfasst die Ericksonsche Art von Therapie auch therapeutische Interventionen, die keine hypnosetherapeutischen Methoden darstellen (z.B. paradoxe Interventionen wie Symptomverschreibung, Verhaltensvorgaben). Da Ericksonsche Therapie und Hypnosetherapie bezüglich ihres Bestandes an Interventionsformen nicht deckungsgleich sind, ist es somit schwierig, Ericksonsche Therapie als eine eigenständige Therapieform zu erklären, die als Hypnosetherapie bezeichnet werden könnte. Das zeigt sich auch in Umschreibungen für den Ericksonschen Ansatz wie "Ericksonian Psychotherapy" oder "Ericksonian Model of Hypnotherapy" (Matthews et al., 1993). Inzwischen gibt es aber Bemühungen, Hypnosetherapie als eigenständige Therapie zu etablieren, die sich auf den ressourcenorientierten, hypnosetherapeutischen Anteil des Ericksonschen Ansatzes stützen. In Deutschland wird - gefördert durch die Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (MEG) und die Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH) - daran gearbeitet, die Anerkennung der Hypnosetherapie als ein wissenschaftlich begründetes Therapieverfahren zu beantragen.

Bei der Gegenüberstellung von klassischer und moderner Hypnose tritt natürlich die Frage

auf, ob die Weiterentwicklung hypnotischer Techniken durch die moderne Hypnose auch das therapeutische Potenzial der Hypnose verbessert hat - eine Frage an die klinische Forschung, die die Wirksamkeit von Hypnose überprüft: Wir haben an der Universität Konstanz eine Meta-Analyse zur Überprüfung der Effektivität von Hypnose durchgeführt (Bongartz, Flammer & Schwonke, in Vorbereitung): Von 193 Untersuchungen zur Bestimmung der Wirksamkeit von Hypnose, die bis Ende 1998 veröffentlicht wurden, konnten 43 randomisierte, klinische Studien, in denen eine nur mit Hypnose behandelte Patientengruppe mit einer unbehandelten (bzw. mit medizinischer Standardversorgung behandelten) Gruppe verglichen wurde, in unsere Meta-Analyse integriert werden. Dabei wurde für die hypnotische Behandlung von ICD-10 kodierbaren Störungen eine gewichtete Effektstärke von $d=60$ (mittlere Effektstärke) gefunden (24 Studien), für die Verwendung von Hypnose bei medizinischen Maßnahmen (19 Studien) ein $d=38$ (schwacher Effekt; u.a. deswegen, weil in mehreren Studien die Wartekontrollgruppen nicht unbehandelt blieben, sondern eine medizinische Standardversorgung erhielten, z.B. bei onkologischen Patienten). Es handelt sich hierbei um konservative Schätzungen, da alle Variablen einer Studie zur Berechnung der mittleren Effektstärke verwendet wurden, wobei weiterhin zu betonen ist, dass der durchschnittliche Behandlungszeitraum mit 3.32 Wochen relativ kurz ist. Der uns hier interessierende Vergleich von klassischer und moderner Hypnose bezüglich deren Effektivität konnte allerdings nicht durchgeführt werden, da die Studien vorwiegend Methoden der klassischen Hypnose (direkte symptomorientierte Suggestionen, hypnotisch induzierte Entspannung, direkt suggerierte Imaginationen) verwendeten, d.h. die moderne Hypnosetherapie konnte bezüglich ihrer Effektivität nicht evaluiert werden. Überdies zeigt sich, dass Störungsbilder, die in der Praxis häufig auftreten (Depressionen, Zwänge), in der Meta-Analyse überhaupt nicht repräsentiert waren.

Nun bildet die Meta-Analyse nicht die Wirklichkeit der hypnosetherapeutischen Praxis ab. In einer Untersuchung von Woitowitz et al. (1999) wurden Hypnosetherapeuten der MEG bezüglich ihrer Arbeit mit Hypnose befragt. Die - mit durchschnittlich 14 Jahren Psychotherapieerfahrung sehr erfahrenen - 216 Hypnosetherapeuten, die die Fragebögen zurückgeschickten, berichten, dass sie Hypnosetherapie für eine große Bandbreite von Störungsbildern (auch bei Depression) "in vielen Fällen erfolgreich" (74%) einsetzen; 76 % sind der Ansicht, dass die hypnosetherapeutische Arbeit die Therapiedauer reduziere. Die befragten Therapeuten verwendeten dabei überwiegend nicht-klassische Hypnoseinterventionen (wie Metaphern, indirekte Suggestionen), d.h. die Untersuchung bildet die Praxis der modernen Hypnosetherapie Ericksonscher Prägung ab.

Der Stellenwert einer Therapie im Wettbewerb mit anderen Verfahren ist aber nicht allein durch die (bezüglich der Hypnosetherapie durchaus sehr erfolgreiche) Praxis bestimmt, sondern durch andere Merkmale wie nachgewiesene Effektivität, schlüssige theoretische Fundierung und klar definierte, eigenständige Interventionsformen. Und damit komme ich zurück auf das "Erscheinungsbild" der Hypnosetherapie, das - wie ich meine - deren künftigen Status bestimmen wird. Wird es der modernen Hypnosetherapie - im Gegensatz zur klassischen Hypnose - nicht gelingen, ihre Effektivität nachzuweisen, wird sie möglicherweise in der Praxis zunächst noch weiter bestehen. Ohne empirische Fundierung wird sie aber auf längere Sicht das Schick-

sal erleiden, das uns aus der Geschichte der Hypnose bekannt ist (Ellenberger, 1985; Peter, 2001b), nämlich ein zeitweiliges "Auf" und dann wieder ein "Ab", sozusagen einen wellenförmigen Verlauf ihrer therapeutischen Relevanz, und letztlich wird sie ein weiter bestehendes "Außenseiterdasein" führen.

Falls hingegen das Projekt, Hypnosetherapie als eigenständiges Verfahren einzuführen, weiter verfolgt wird, wird damit ein starker *Legitimationsdruck* entstehen, der das Erscheinungsbild der Hypnosetherapie günstig beeinflussen wird.

Denn wenn Hypnosetherapie als eine eigenständige Therapie gelten will, muss sie einigen Anforderungen genügen, wie sie für andere etablierte Therapien wie Verhaltenstherapie und Psychoanalyse auch gelten. Dabei müsste eine eigenständige Hypnosetherapie 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). Falls die Hypnosetherapie über diese drei Teile (Theorie, Praxis, empirische Begründung) verfügen sollte, müsste sie sich außerdem in ihren ätiologischen Vorstellungen, Interventionsformen etc. 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.

Würden diese Forderungen erfüllt sein und die Hypnosetherapie nicht mehr so ein diffuses Erscheinungsbild bieten wie zur Zeit, sondern klare Konturen gewinnen, dann hätte sie die Möglichkeit, ihr - wie ich meine - außerordentliches therapeutisches Potenzial im Vergleich zu anderen Verfahren zu behaupten. Soweit ist es aber noch lange nicht. Und ich vermute, dass sich auch nicht viel ändern würde, wenn nicht dem erwähnten Legitimationsdruck in Folge des Anspruchs, Hypnosetherapie sei eine eigenständige Therapieform, von den Fachverbänden Rechnung getragen würde. Dies ist tatsächlich seit einiger Zeit der Fall. Im Rahmen eines von der MEG und der DGH gemeinsam finanzierten Projekts wird versucht, Hypnosetherapie als eine eigenständige Therapieform zu begründen und ihre Anerkennung als ein wissenschaftlich fundiertes psychotherapeutisches Verfahren zu beantragen. Würden diese Bemühungen erfolgreich sein, würde der erwähnte Legitimationsdruck mit den daraus resultierenden Bemühungen zur theoretischen und empirischen Fundierung der Hypnosetherapie institutionalisiert und damit kontinuierlich die Notwendigkeit zur Verbesserung und Begründung von Theorie und Praxis der Hypnosetherapie gegeben sein.

Nun scheint das Bemühen, Hypnosetherapie als eigenständige Therapie zu etablieren, nicht in die aktuellen Bemühungen zur Überwindung der Grenzen zwischen den Therapieschulen (Grawe, 2000) zu passen. Aber gerade dadurch, dass die Hypnosetherapie im Rahmen des genannten Legitimationsdrucks gezwungen wäre, ihre Arbeitsweise zu konkretisieren und transparent zu machen, würde umso mehr ihr Potenzial zur Integration mit anderen Therapieformen klar (Revenstorf, 2001a). Dies betrifft zum einen die "tiefenpsychologische Dimension", d.h.

die Arbeit in der Altersregression (Bongartz & Bongartz, 2000, Kap. 12), aber auch die "verhaltensorientierte Dimension", d.h. die Arbeit mit Ressourcen zur Veränderung der Gegenwart (Bongartz & Bongartz, 2000, Kap. 11), ebenso wie die Ebene der "Therapeuten-Patienten-Beziehung" (Revenstorf, 2001b) wie sie von der klientenzentrierten Psychotherapie betont wird.

Übrigens ist die Kombination von Hypnose mit anderen Therapien nachgewiesenermaßen durchaus erfolgreich. Die Metaanalyse von Kirsch und Mitarbeitern (Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Kirsch, 1996a) zeigt, dass kognitive Verhaltenstherapie mit Hypnose therapeutisch effektiver ist als Verhaltenstherapie ohne zusätzliche Hypnose (bei Verdoppelung der Effektivitäten). Psychodynamische Therapie mit Hypnose ist deutlich effektiver als ohne Hypnose (Kirsch, 1996b).

Die Bemühung um Integration sollte natürlich auch im "eigenen Hause" stattfinden. Ich meine damit das Verhältnis von klassischer und moderner Hypnose, das überwiegend durch eine gegenseitige Ablehnung gekennzeichnet war. Mit dem Aufstieg der modernen Hypnosetherapie Ericksonsoncher Prägung galt nämlich die Verwendung direkter Suggestionen, wie sie in der klassischen Hypnose üblich ist, als atmodisch und für den Aufbau einer guten Patient-Therapeuten-Beziehung als nicht mehr angemessen. Statt dem Patienten autoritär zu sagen, was er körperlich und seelisch zu erleben habe, sozusagen von oben (Therapeut) nach unten (Patient), wie es dem Therapeuten-Patienten-Verhältnis der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts entsprach, galt es nun, Suggestionen offen, permissiv und indirekt zu formulieren. Dabei wurde 'direkt', das ja zunächst nur meint, dem Patienten genau zu sagen, was er erleben soll, oft (unausgesprochen) gleichgesetzt mit "wenig einfülsam, militärische Dressur, kein Eingehen auf die Individualität des Patienten" und so fort. Nun ist und war sicher auch das Auftreten mancher direkt arbeitender Therapeuten dazu angetan, diesen Eindruck zu verstärken. Aber zur erfolgreichen Anwendung der klassischen Methode gehörte und gehört selbstverständlich ebenfalls ein besonderes Maß an therapeutischem Einfühlungsvermögen und psychotherapeutischer wie zwischenmenschlicher Kompetenz.

Nun kann aber die direkte Suggestionstherapie so schlecht auch nicht sein bzw. gewesen sein; schließlich war sie für knapp 125 Jahre *die* Hypnosetherapie und dabei offensichtlich erfolgreich, sei es bei größeren chirurgischen Eingriffen, psychischen oder psychosomatischen Störungen. Außerdem beruhen - wie oben berichtet - die meisten der vorliegenden kontrollierten Studien, die die Effektivität von Hypnose nachweisen, auf der Anwendung der klassischen Hypnose. Und überdies hat Erickson selbst, auf den schließlich die indirekte Arbeitsweise zurückgeführt wird, oft direkt gearbeitet, wie Kollegen, die über viele Jahre mit ihm zusammengearbeitet haben, auch bestätigten (Hammond, 1986).

Wenn sich etwas Neues etabliert, wird das Alte oft herabgesetzt, um das Neue wichtig und notwendig erscheinen zu lassen. Vermutlich ist die (frühere) Abwertung der direkten Vorgehensweise in diesem Zusammenhang zu sehen, denn wie Ericksons Arbeit zeigt, sind direktes und indirektes Vorgehen durchaus miteinander zu vereinbaren und ergänzen sich. In der therapeutischen Arbeit kombinieren wir fast immer direkte Suggestionen mit der offenen, indirekten Arbeit, wobei direkte Suggestionen allerdings nicht die Aufgabe haben, Erfahrungen, Gefühle oder Verhalten beim Patienten zu erzeugen wie in der klassischen Hypnose, sondern um über

hypnosetherapeutische Interventionen erzeugte Erfahrungen und Gefühle des Patienten zu bestärken.

Literatur

- Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe (2. Auflage).
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schwonke, R. Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie (in Vorbereitung).
- Braid, J. (1843). *Neurypnology; or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*. London: Churchill.
- Ellenberger, H. (1985). Die Entdeckung des Unbewußten. Zürich: Diogenes.
- Fromm, E. (1979). Quo vadis hypnosis? Predictions of future trends in hypnosis research. In Fromm, E. & Shor, R.E. (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. New York: Aldine.
- Gill, M.M. & Brenman, M. (1959). *Hypnosis and related states: Psychoanalytic studies in regression*. New York: International Universities Press, 1959.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Haley, J. (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy. Selected papers of Milton H. Erickson*, MD. New York: Grune & Stratton.
- Hammond, D.C. (1986). *Mythen um Erickson und die Ericksonsche Hypnose. Experimentelle und Klinische Hypnose*, 2, 5-16.
- Hilgard, E.R. (1977). *Divided consciousness. Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Hull, C. L. (1933). *Hypnosis and suggestibility: An experimental approach*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kirsch, I. (1990). *Changing expectations*. Pacific Grove/California: Brooks/Cole.
- Kirsch, I. (1993). *Cognitive-behavioral hypnotherapy*. In Rhue, J.W., Lynn, S.J. & Kirsch, I. (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirsch, I. (1996a). *Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 517-519.
- Kirsch, I. (1996b). *Hypnosis in psychotherapy: Efficacy and mechanisms*. *Contemporary Hypnosis*, 15, 109-114.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). *Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kosslyn, S., Thompson, W.L., Costantini-Ferrando, M.F., Alpert, N.M. & Spiegel, D. (2000). *Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain*. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1279-1284.
- Kroger, W.S. & Fezler, W.D. (1976). *Hypnosis and behavior modification*. Philadelphia: Lippincott.
- Lankton, S.R. & Lankton, C.H. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Matthews, W.J., Lankton, S. & Lankton, C. (1993). *An Ericksonian model of hypnotherapy*. In Rhue, J.W., Lynn, S.J. & Kirsch, I. (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mesmer, F.A. (1814). *Mesmerismus Oder Systeme der Wechselwirkungen, Theorie und Anwendung des therischen Magnetismus als die allgemeine Heilkunde zur Erhaltung des Menschen* (hrsg. von Karl Christian Wolfart). Berlin: Nikolaische Buchhandlung.
- Peter, B. (1987). *Milton H. Ericksons Weg der Hypnose. Experimentelle und Klinische Hypnose*, 3, 129-142.

- Peter, B. (2001a). *Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit*. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.
- Peter, B. (2001b). *Geschichte der Hypnose in Deutschland*. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.
- Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Platonov, K. (1959). *The word as a physiological and therapeutic factor*. Moskau: Foreign Languages Publishing House.
- Rainville, P., Duncan, G.H., Price, D.D., Carrier, B. & Bushnell, M.C. (1997). *Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex*. *Science*, 277, 968-971.
- Rainville, P., Hofbauer, R.K., Paus, T., Duncan, G.H., Bushnell, M.C. & Price, D.D. (1999). *Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion*. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, 110-125.
- Revenstorf, D. (2001a). *Resümee*. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2001b). *Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie*. In Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.
- Spanos, N.P. (1986). *Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and "trance logic"*. *The Behavioral and Brain Sciences*, 9, 449-502.
- Stokvis, B. (1955). *Hypnose in der ärztlichen Praxis*. Basel: Karger.
- 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.
- Woitowitz, K., Peter, B. & Revenstorf, D. (1999). *Zur Wirklichkeit der hypnotherapeutischen Praxis*. *Psychotherapeutenforum*, 6, 9-13.
- Wolberg, L.R. (1967). *Hypnoanalysis*. New York: Basic Books.
- Wundt, W. (1892). *Hypnotismus und Suggestion*. Leipzig: Engelmann.

Quo vadis hypnosis?

Abstract: *After a short comparison between the contemporary state of hypnosis and the state of hypnosis depicted in a related "Quo Vadis"-article by Erika Fromm some 20 years ago, it is argued that - for a successful future of hypnotherapy - it is vital to be established as a scientifically based psychotherapy in order to guarantee its survival in the health care system.*

Key-words: *Hypnotherapy, history of hypnosis, future of hypnosis*

Prof. Dr. Walter Bongartz
Universität Konstanz
Math.- Naturwiss. Sektion, Fachbereich Psychologie
Universitätsstr. 10
78434 Konstanz
Walter.Bongartz@uni-konstanz.de

Erhalten: 22.4.01
akzeptiert: 18.6.01