

Diplomarbeit

Induktionstechniken im besonderen Kontext der ärztlichen Hypnose

(Ein Leitfaden für die Praxis)

eingereicht von

Peter Keil

Mat.Nr.: 0112426

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Innere Medizin,

Klinische Abteilung für Kardiologie

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Robert Gasser, PhD

und

Ass.-Prof. Dr. med. univ. Helmut Brussee

Graz, März 2011

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, März 2011

.....
(Unterschrift)

Anmerkung:

Um das Lesen der vorliegenden Arbeit zu erleichtern, wurde aus praktischen Überlegungen das generische Maskulinum verwendet. Diese Schreibweise bezieht sich sowohl auf männliche als auch auf weibliche Personen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinen Betreuern, Herrn Univ.-Prof.Dr.med. Robert Gasser, PhD und Herrn Ass.-Prof. Dr. med. Helmut Brussee, die mein Interesse für die ärztliche Hypnose geweckt haben, für die Bereitstellung dieses Themas und vor allem für die sehr freundliche, geduldige Betreuung herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Michael Nigitz-Arch (Milton Erickson Institut Seeham/ Salzburg) für seine unermüdliche Unterstützung und die stetige Vermittlung und Bereitstellung von Wissen und Information.

Ohne das Vertrauen und die liebevolle Unterstützung meiner Familie wäre mein Studium nicht möglich gewesen. Daher gebührt euch der größte Dank!

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	VIII
Zusammenfassung.....	IX
Abstract.....	X
Einleitung.....	11
Methoden und Materialien	13
Teil I: Geschichtlicher Überblick	
<hr/>	
1. Eine kurze Geschichte der Hypnose.....	15
1. 1. Vom Anbeginn der Zeit	15
1. 2. Eine neue Ära: Milton H. Erickson.....	16
1. 3. Ericksons Erben.....	21
Teil II: Theoretische Grundlagen	
<hr/>	
Einleitung.....	24
2. 1. Bewusstes und Unbewusstes.....	25
2. 2. Das therapeutische Tertium	26
2. 3. Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe.....	28
2. 4. Rapport	32
2. 4. 1. Was ist Rapport?.....	32
2. 4. 2. Herstellen von Rapport	33
2. 5. Pacing und Leading.....	34
2. 5. 1. Pacing	34
2. 5. 1. 1. (Körper) Spiegeln.....	35
2. 5. 1. 2. Atempacing	36
2. 5. 1. 3. Yes - Pacing	37
2. 5. 1. 4. No - Pacing oder No - Set.....	39
2. 5. 1. 5. Weitere Techniken.....	40
2. 5. 2. Leading.....	40
2. 6. Utilisation	42
2. 6. 1. Utilisation des Weltbildes.....	42
2. 6. 2. Utilisation von früheren Lernerfahrungen.....	43
2. 6. 3. Utilisation von Emotionen.....	43
2. 6. 4. Utilisation von Hypnose und Trancephänomenen.....	44
2. 7. Suggestionen	45
2. 8. Posthypnotische Suggestionen	48
2. 9. Geschichten und Metaphern in der Hypnotherapie.....	49

2. 10. Indikationen und Kontraindikationen.....	54
2. 10. 1. Indikationen.....	54
2. 10. 2. Kontraindikationen.....	56
2. 11. Reframing.....	57
2. 11. 1. Kurzreframing	58
2. 11. 2. Prozessreframing / Six Step Reframing.....	58
2. 11. 3. Implizites Reframing.....	60
2. 12. Bühnenhypnose	61

Teil III: Induktionstechniken

Einleitung.....	65
3. 1 . Induktion mittels ideomotorischer Phänomene.....	66
3. 1. 1. Blickfixation.....	66
3. 1. 1. 1. <i>Einführung</i>	66
3. 1. 1. 2. <i>Durchführung</i>	67
3. 1. 1. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	69
3. 1. 2. Augenkatalepsie.....	70
3. 1. 2. 1. <i>Einführung</i>	70
3. 1. 2. 2. <i>Durchführung</i>	70
3. 1. 2. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	71
3. 1. 3. Vertiefung und Einführung des „Unbewussten“	73
3. 2. Verbale Induktionstechniken	75
3. 2. 1. Induktion mittels verbaler Konfusion.	75
3. 2. 1. 1 <i>Einführung</i>	75
3. 2. 1. 2 <i>Durchführung</i>	76
3. 2. 1. 2. 1 „ <i>Das verkehrte Haus</i> “.....	76
3. 3. 1. 2. 2 <i>Dr. Dienstag und Dr. Freitag</i>	77
3. 2. 1. 3 <i>Schlussbetrachtung</i> :.....	78
3. 2. 1. Induktion durch Erzählen einer impliziten Geschichte	79
3. 2. 2. 1. <i>Einführung</i> :.....	79
3. 2. 2. 2 <i>Durchführung</i> :.....	81
3. 2. 2. 3. <i>Schlussbetrachtung</i> :.....	83
3. 2. 3. Die 5, 4, 3, 2, 1 - Methode.....	84
3. 2. 3. 1. <i>Einführung</i>	84
3. 2. 3. 2. <i>Durchführung</i>	85
3. 2. 3. 2. 1. <i>Methode nach Bandler und Grinder</i>	85
3. 2. 3. 2. 2. <i>Methode zur Autohypnose</i>	86
3. 2. 3. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	88
3. 2. 4. Basissynchronisation.....	90
3. 2. 4. 1. <i>Einführung</i> :.....	90

3. 2. 4. 2. <i>Durchführung</i>	91
3. 2. 4. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	94
3. 3. Nonverbale Induktionstechniken.....	95
3. 3. 1 Handshake-Induktion nach Milton H. Erickson.....	95
3. 3. 1. 1 <i>Einführung</i>	95
3. 3. 1. 2 <i>Durchführung</i>	96
3. 3. 1. 3 <i>Schlussbetrachtung</i>	99
3. 3. 2. Butterfly Induction.....	100
3. 3. 2. 1 <i>Einführung</i>	100
3. 3. 2. 2 <i>Durchführung</i>	100
3. 3. 2. 3 <i>Schlussbetrachtung</i>	103
3. 3. 3. Ballinduktion.....	104
3. 3. 3. 1 <i>Einführung</i>	104
3. 3. 3. 2 <i>Durchführung</i>	104
3. 3. 3. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	106
3. 4. Turboinduktionen.....	108
3. 4. 1. Rapid induction technique.....	108
3. 4. 1. 1. <i>Einführung</i>	108
3. 4. 1. 2. <i>Durchführung</i>	109
3. 4. 1. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	112
Teil IV: Integration und spezielle Anwendungen	
Einleitung.....	114
4. 1. Schmerzmanagement.....	114
4. 1. 1. <i>Einleitung</i>	114
4. 1. 2. <i>Durchführung</i>	115
4. 1. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	117
4. 2. Raucherentwöhnung.....	118
4. 2. 1. <i>Einleitung</i>	118
4. 2. 2. <i>Durchführung</i>	118
4. 2. 2. 1. <i>Das Vorgespräch</i>	118
4. 2. 2. 2. <i>Die erste Sitzung</i>	120
4. 2. 2. 4. <i>Die zweite Sitzung</i>	122
4. 2. 3. <i>Schlussbetrachtung</i>	127
Diskussion.....	128
Bibliografie.....	129
Lebenslauf.....	133

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Milton H. Erickson. Available from: <http://www.gesundheit-coaching.ch/nlp.html>.....17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indikationsbereiche der Hypnotherapie. Aus: (1).....56

Zusammenfassung

Einleitung: Die Hypnose stellt eines der ältesten dem Menschen bekannten Heilverfahren dar. Ob Schamanismus, Tempelschlaf im antiken Griechenland oder der modernen Hypnosetherapie nach Milton H. Erickson hat sich das Wesen der Intervention - die Trance - praktisch nicht verändert. In den letzten Jahrzehnten erlebte die Hypnose vor allem im psychotherapeutischen und ärztlichen Kontext eine Renaissance.

Methoden und Materialien: Zur Wissensgewinnung wurde eine ausführliche online Literaturrecherche durchgeführt. Weiters kamen einschlägige Bücher und Journals zu diesem Thema zur Verwendung. Zuletzt flossen noch Informationen aus diversen Fortbildungen zum Thema Hypnose in diese Arbeit ein.

Ergebnisse: Die hier vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Hauptabschnitte. Zunächst wird ein Überblick über die zum weiteren Verständnis erforderlichen theoretischen Grundlagen, wie Pacing und Leading, Suggestion, Reframing, u.s.w. gegeben. Im zweiten Teil folgen detaillierte Erläuterungen zu im medizinischen Bereich anwendbaren Induktionstechniken. Hierbei wurde ein besonderer Fokus auf im klinischen Alltag einfach und zeitsparend anzuwendende Methoden gelegt. Der dritte Teil beschreibt exemplarisch ein mögliches Vorgehen aus den Bereichen Schmerzmanagement und Raucherentwöhnung mit hypnotherapeutischen Methoden.

Diskussion: Die Arbeit konnte zeigen, dass das Einleiten einer hypnotischen Trance auch im klinischen Alltag mit nur wenigen Mitteln innerhalb kurzer Zeit möglich ist. Da die Hypnose ein äußerst schonendes, effektives und zudem noch evidenzbasiertes Verfahren darstellt und sich die Zahl der Indikationen ständig erhöht, kann sie ein äußerst wertvolles Werkzeug im Repertoire eines jeden Arztes sein. Weiters helfen die in der Hypnose verwendeten Sprachmuster in der täglichen Praxis, die Arzt - Patienten - Kommunikation entscheidend zu verbessern und zu vereinfachen.

Keywords: Hypnose; Trance; Tranceinduktion; Schmerz; Raucherentwöhnung

Abstract

Introduction: Hypnosis is one of the oldest therapies known to men. No matter if shamanism, the sleep temples in ancient Egypt and Greece or the modern hypnotherapy of Milton H. Erickson, the spirit of the intervention - hypnotic trance - has hardly changed. During the last decades hypnosis underwent a renaissance especially in a psychotherapeutical and medical context.

Methods and Materials: Information was acquired by performing an extended online literature research. Furthermore books and journals addressing this issue were used. In a final step, information acquired during several workshops on hypnosis was incorporated.

Results: The present thesis is divided into three main chapters. At first an overview of the theoretical basics needed for further comprehension, like pacing and leading, suggestion, reframing and so forth is given. The second chapter offers detailed explanations of induction techniques applicable in the medical field. At this a special focus is brought upon methods that can be easily used in the daily clinical practice in a timely fashion. Chapter three describes possible approaches to pain-management and smoking cessation using hypnotherapeutic methods.

Discussion: The thesis was able to show, that inducing a hypnotic trance is possible with very few materials in an expeditious fashion even in the daily clinical work. Hypnosis is a very gentle, effective and evidence based method and numbers of its indications continuously increase. Therefore it can be a very valuable tool in the repertoire of any physician. Furthermore language patterns used in hypnosis help to improve and simplify communication with patients in the daily clinical practice.

Keywords: Hypnosis; trance; hypnotic induction; pain; smoking cessation

Einleitung

Die Hypnose stellt eines der ältesten Heilverfahren der Welt dar. Schon vor Jahrhunderten wurden verschiedenste Krankheiten mit Hilfe von Trance, dissoziativen und meditativen Verfahren behandelt - ob Tempelschlaf in den Asklepios-Tempeln des antiken Griechenland oder Schamanismus bei Naturvölkern. Fast jede Kultur hat ihre eigenen Techniken und Methoden entwickelt, die aber allesamt das gleiche Ziel verfolgten: Trance und damit Heilung.

Diese Verfahren wurden im Laufe der Jahrhunderte immer weiter entwickelt, verfeinert und verbessert - bis zu der heutigen Methode nach Milton H. Erickson.

Nach einer längeren Phase, in der die Hypnose in „Vergessenheit“ geraten war, erlebt sie seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts eine Renaissance und ist mittlerweile - besonders im angloamerikanischen, aber auch im europäischen Raum - ein wissenschaftlich anerkanntes und immer häufiger angewandtes Heilverfahren. Am stärksten repräsentiert ist sie momentan sicherlich als psychotherapeutisches Werkzeug. Allerdings sollte man nicht vergessen, dass der „Ursprung“ sehr wohl auch im medizinischen Bereich liegt. Und es ist auch nicht notwendig, allzu weit in der Geschichte zurück zu blicken, um die Hypnose als alltägliches „ärztliches Instrument“ zu finden (2-4). Oberstabsarzt San.-Rat Dr. Bonne schreibt z.B. 1919: „Das wichtigste Mittel um Narkotika zu sparen wird leider von den Aerzten viel zu wenig angewandt: Die Hypnose und die Suggestionstherapie. [...] Bei unheilbaren, z.B. inoperablen Karzinomen, Sarkomen oder dergleichen, desgleichen bei Neuralgien wirkt die Suggestionstherapie, mit oder ohne hypnotischen Schlaf, geradezu Wunder und erspart, besonders bei Herzkranken, sehr oft die das Herz schädigenden Narkotika und antineuralgischen Mittel.“(2)

Durch die Entwicklung von hochwirksamen, gut steuerbaren und sicheren Gas- und Injektionsnarkotika sowie von hochpotenten Medikamenten zur Schmerzkontrolle und -beherrschung wurde die Hypnose immer mehr aus den Krankenhäusern, aber auch aus dem Bewusstsein der Ärzte verdrängt. Jedoch sollte auch heute jeder Arzt bestrebt sein, die doch teilweise mit schweren

Nebenwirkung belasteten Medikamente in ihrer Dosis so weit wie möglich zu reduzieren.

Am effektivsten lässt sich die ärztliche Hypnose heute sicherlich in Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, der Inneren Medizin, bei kleineren bis mittleren invasiven Eingriffen und im Bereich der Schmerzmedizin einsetzen. Jedoch kann auch jeder Mediziner aus anderen Fachrichtungen von den einfach zu erlernenden Sprach- und Interventionsmustern der Hypnose enorm profitieren, sei es durch Erhöhung der Compliance, Wirkstoffreduktion bei gleicher Wirkung oder auch im Management agitierter oder ängstlicher Patienten.

Besonders in der Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin ist die Hypnose sehr einfach und effektiv durchführbar, da diese Patienten aufgrund der Extremsituation, in der sie sich befinden, in einem „natürlichen Trancezustand“ sind und somit eine formale Hypnoseeinleitung kaum oder gar nicht mehr notwendig ist (5, 6).

Die vorliegende Arbeit soll nun im ersten und zweiten Teil dem Leser einen Überblick über die wichtigsten historischen Hintergründe und theoretischen Grundlagen der Hypnose verschaffen. Der dritte Teil wird sich mit einigen leicht zu erlernenden und in der täglichen Praxis praktikablen Induktionstechniken, also Techniken, eine Trance einzuleiten, beschäftigen. Anhand zweier exemplarischer Beispiele werden im vierten Teil die Integration in die tägliche Praxis und mögliche Anwendungsgebiete vorgestellt.

Es sei an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen, dass die alleinige Lektüre dieser Arbeit den behandelnden Arzt in keiner Weise dazu befähigt, selbstständig eine Hypnose durchzuführen. Sie ist vielmehr dazu gedacht, dem interessierten Anfänger einen Überblick zu verschaffen und dem bereits in der Hypnose fortgebildeten Arzt Ideen und Anregungen für seine praktische Arbeit zu liefern.

Methoden und Materialien

Die Gewinnung von Wissen zu diesem Thema gliederte sich in drei große Abschnitte. Zuerst wurde eine ausführliche Internetrecherche durchgeführt. Wie für solche Arbeiten üblich, wurde zuerst eine Suche via PubMed und MeSH mit den Suchbegriffen „Hypnosis“, „Hypnotic Induction“, „Hypnotic Induction AND Suggestion“, „Hypnosis AND Suggestion“, „Hypnosis AND Pain“ durchgeführt. Diese Suche brachte wider Erwarten keine ausreichenden Informationen, um diese Arbeit verfassen zu können. Deshalb wurden die Suchmaschinen PsylIndex, Google und Google Scholar mit einbezogen. Die durch diese erweiterte Recherche gewonnen Daten konnten dann in die Arbeit einbezogen werden.

Der zweite Abschnitt der Wissensgewinnung war die Suche nach einschlägigen und dieses Thema adressierenden Fachbüchern. Im Vergleich zu den online verfügbaren Ressourcen konnte mittels Printmedien zumindest ein solides Fundament an relevanten Informationen geschaffen werden.

Zuletzt flossen noch die Informationen und Erfahrungen, die ich im Rahmen der Weiterbildung „Klinische Hypnose nach Milton H. Erickson“ beim Milton Erickson Institut Innsbruck und Seeham/Salzburg sowie im Rahmen der NLP - Practitioner Ausbildung bei Itene NLP International gewinnen konnte, in die Erstellung der hier vorliegenden Arbeit ein.

Für den Abschluss der Weiterbildung Klinische Hypnose sind weiters vier vertiefende Seminare und ca. 30 Stunden an Supervision erforderlich. Auch die dadurch gewonnenen Erkenntnisse fanden Eingang in diese Arbeit, zumal der Fokus dieser vertieften Seminare neben der hypnotherapeutischen Schmerzkontrolle vor allem auf den Bereich der hypnotischen Induktion gelegt wurde.

Teil I: Geschichtlicher Überblick

1. Eine kurze Geschichte der Hypnose

1. 1. Vom Anbeginn der Zeit ...

Die Verwendung von Hypnose und Trance als Heilverfahren ist fast so alt wie die Menschheit selbst. Angefangen bei der berühmten „Szene im Schacht“ aus der Höhle von Lascaux über Pater Gassners Exorzismus und Franz Anton Mesmers animalischem Magnetismus bis zur heute angewandten Methode nach Milton H. Erickson mag sich zwar der Charakter der Intervention selbst, niemals aber ihr „Geist“, nämlich die Trance, verändert haben.

Eine Bearbeitung dieser hochinteressanten und mehrere tausend Jahre umfassenden Geschichte würde den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen. Dem interessierten Leser sei hier jedoch u.a. die Lektüre der Artikel (7, 8) zu diesem Thema von Dr. Burkhard Peter empfohlen. Aus diesem Grunde soll hier nur der für diese Arbeit wichtige Teil der Hypnosegeschichte, nämlich das Leben und Wirken von Milton H. Erickson, kurz besprochen werden, da dies für ein Verständnis der von ihm durchgeführten Arbeit unabdingbar erscheint.

1. 2. Eine neue Ära: Milton H. Erickson

„Meine Stimme begleitet Sie überall hin. Sie verwandelt sich in die Stimme Ihrer Eltern, Ihrer Lehrer, Ihrer Spielgefährten und in die Stimmen des Windes und des Regens.“

-Milton H. Erickson -

Wenn wir heute von Hypnose sprechen, sei es im psychotherapeutischen oder im ärztlichen Bereich, ist ein Name allgegenwärtig. Milton H. Erickson wird gemeinhin als „Vater der modernen Hypnose“ bezeichnet und hat gravierende Neuerungen und Änderungen in Umgang und Gebrauch im Bereich der Hypnose eingeführt. Aus diesem Grunde soll hier Ericksons Leben und Werk besondere Erwähnung und Betonung finden, da es meiner Meinung nach sehr viel zum Verständnis der heutigen hypnotherapeutischen Arbeit beitragen kann.

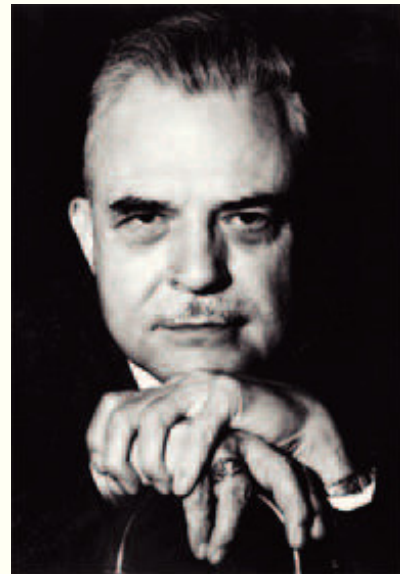


Abbildung 1.: Milton H. Erickson

Zuerst soll ein kurzer Lebenslauf Ericksons, gefolgt von einigen seiner wichtigsten Neuerungen und Konzepten, dargestellt werden. Rein biografische Angaben sollen hier allerdings nur gekürzt und wo notwendig Eingang finden, da diese ohnehin überall nachgelesen werden können. Vielmehr werde ich versuchen, die Begebenheiten in Ericksons Leben zu beschreiben, die auf seine spätere Tätigkeit Einfluss hatten. Auf die genaueren Details seiner Arbeit wird dann an gegebener Stelle weiter unten in dieser Arbeit eingegangen werden, da vieles am praktischen Beispiel einfacher und besser erläutert werden kann.

Bevor man mit einer Beschreibung von Ericksons Leben beginnen kann, muss noch festgehalten werden, dass sich um sein Leben viele Mythen ranken, da er sehr geschickt im Umgang mit Geschichten war und diese auch exzessiv in seiner therapeutischen Arbeit einsetzte. Viele seiner „therapeutischen Geschichten“

erzählte er aus der Ich-Perspektive, was zwangsläufig dazu führte, dass diese heute als „wahr“ angesehen werden. Nichtsdestotrotz gibt es einige erstaunliche biographische Details, die als verbürgt betrachtet werden können, da diese von Erickson selbst an Freunde oder Schüler seiner unzähligen Seminare weitergegeben wurden.

Milton Hayland Erickson wurde am 05. Dezember 1901 in Aurum, Nevada, geboren. Die Ericksons waren eine Großfamilie und Milton war das zweite von neun Kindern. Sein Vater, Albert Erickson, arbeitete in der örtlichen Silbermine, bis er sich 1906 entschloss, eine Farm zu kaufen, woraufhin die Ericksons nach Lowell, Wisconsin, zogen. Dort verbrachte Milton seine gesamte Kindheit und viele seiner Lehrgeschichten stammen auch aus dieser Zeit. Erickson galt lange Zeit als „zurückgeblieben“, da er mit einigen mehr oder weniger schwerwiegenden Handicaps zu kämpfen hatte. Er litt an Amusie, also einer Unfähigkeit, trotz intakter Sinnesorgane Tonfolgen oder Rhythmen zu erkennen oder diese später wiedergeben zu können. Weiters war er farbenblind. Die einzige Farbe, die er erkennen konnte, war tiefes Purpur. Dies führte dazu, dass er sich gerne in dieser Farbe kleidete, fast sein ganzes Haus in Purpur gehalten war und er immer gerne Geschenke dieser Farbe erhielt (vgl. 9). Die schlimmste Einschränkung allerdings dürfte zu dieser Zeit seine Legasthenie gewesen sein, die ihm den Spitznamen „Dictionary“ einbrachte, denn wenn er im Wörterbuch nach einem Wort suchte, musste er immer bei A beginnen und sich dann bis zum gesuchten Wort weiterarbeiten (vgl. 10). Kurz nach seinem Abschluss an der Highschool in Wishfield ereilte ihn im Jahr 1919 der nächste Schicksalsschlag. Er erkrankte an Polyomyelitis, fiel ins Koma und kurzfristig sah es so aus, als ob Milton diese Krankheit nicht überleben würde. Doch nach drei Tagen erwachte er wieder, war aber vollständig gelähmt. Erickson betonte immer wieder, dass seine Krankheit massiv dazu beigetragen habe, viele der Grundelemente, die er später als Therapeut einsetzen sollte, zu lernen. Aus dieser Zeit stammen einige der Geschichten Ericksons, die als verbrieft angesehen werden können. Eine der prägendsten soll auch an dieser Stelle kurz erzählt werden: Ericksons Eltern hatten es sich zur Gewohnheit gemacht, bevor sie zur Arbeit aufs Feld aufbrachen, Zeit mit Milton zu verbringen, ihm zu erzählen und ihn in seinem

Schaukelstuhl, in dem er untertags seine Zeit verbrachte, zu schaukeln. Während er geschaukelt wurde, konnte er durch den Perspektivenwechsel auch aus seinem Fenster sehen. Eines Tages begab es sich, dass Ericksons Eltern nicht zu ihm kamen, bevor sie das Haus verließen. Da er diese Zeit aber sehr genoss und unbedingt aus dem Fenster sehen wollte, fing er an, sich intensiv vorzustellen, so wie jeden Tag geschaukelt zu werden. Nach einiger Zeit bemerkte er, dass sich der Schaukelstuhl tatsächlich zu bewegen begann.

Hier erkannte er offensichtlich das ideomotorische Prinzip und begann von nun an durch intensive Imagination, seine gelähmten Muskeln wieder zu reaktivieren (11). So starrte er tagelang auf seine Hand und stellte sich vor, wie es sich anfühle, eine Heugabel zu halten - so lange, bis sein Arm ideomotorisch diese Bewegung auch ausführte (12). Eine weitere Geschichte aus dieser Zeit benutzte Erickson immer wieder gerne in seinen Therapiesitzungen: Als er gelähmt in seinem Schaukelstuhl saß, war eine seiner jüngeren Schwestern gerade im Begriff, laufen zu lernen. Da er zu dieser Zeit nur seine Augen zu bewegen im Stande war, beobachtete er seine Schwester in ihren Bemühungen, die ersten Schritte zu tun. Mit einer außergewöhnlichen Beobachtungsgabe gesegnet, analysierte er jede Kleinigkeit, die notwendig ist, um die richtigen Bewegungen auszuführen, um sich auf den Beinen zu halten. Diese Erfahrung nutzte er immer wieder in seinen Therapie- und Lehrgeschichten (13).

Durch dieses schier unvorstellbare mentale Training konnte er nach knapp einem Jahr wieder an Krücken gehen, später blieb nur ein leichtes Hinken zurück.

1921 begann er sein Studium in Psychologie und Medizin an der Universität von Wisconsin, welche er 1928 mit einem Master of Arts in Psychologie und einem Doktorgrad in Medizin abschloss. Während seines Studiums kam er erstmals mit Hypnose in Berührung, als er den Psychiater Clarke L. Hull vor Studenten eine Hypnosedemonstration durchführen sah. Er begann, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, besuchte ein Seminar bei Hull und zur Zeit seines Studienabschlusses hatte er bereits mehr als hundert Personen aus seinem Bekannten- und Kommilitonenkreis hypnotisiert (11).

Ab 1928 arbeitete Erickson in verschiedenen Kliniken als Psychiater, von 1942 bis 1948 hatte er einen Lehrstuhl für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Wayne State Universität in Detroit, Michigan, inne.

1949 übersiedelte er aus gesundheitlichen Gründen nach Phoenix, Arizona, wo er bis zu seinem Tode lebte und eine sehr gut gehende Privatpraxis führte, in der er auch bis zuletzt seine heute fast schon legendären Lehrseminare durchführte.

Auch das Haus in Phoenix war zu einem beträchtlichen Teil mit purpurnen Möbeln und Accessoires ausgestattet. Vor allem aber Ericksons Büro, das er auch für seine Therapien und Seminare nutzte, war voll von teilweise skurrilen Gegenständen, die er aber immer wieder für therapeutische Zwecke zu nutzen wusste. Erickson war weiters Gründungsmitglied und Präsident der American Society of Clinical Hypnosis und Mitbegründer und Herausgeber des American Journal of Clinical Hypnosis.

In Phoenix befindet sich auch der heute unter Hypnotherapeuten berühmte Squaw Peak (auch Piestewa Peak). Diesen Berg, der Teil der Phoenix Mountains Preserves ist, nutzte Erickson sehr gerne, um die Motivation seiner Patienten zu testen. Rief ein Patient bei Erickson an, um einen Termin zu vereinbaren, schickte er ihn zuerst einmal auf den Squaw Peak. Da dieser Berg nur 795 Meter hoch ist und man als Untrainierter weniger als 90 Minuten für die Besteigung benötigt, konnte Erickson davon ausgehen, dass dies für jeden Patienten zu bewältigen sein sollte. Zusätzlich zu dieser „Aufgabe“ begann er auch gleichzeitig mit der Therapie, indem er die von ihm entwickelte Methode des „Seeding“ benutzte. Dabei geht es um kleine, zur Situation und Problematik des Patienten passende Sätze, die auf den ersten Blick völlig belanglos erscheinen, bei längerem bewussten, vor allem aber unbewussten Betrachten aber durchaus schon Lösungen hervorbringen können. Erickson machte dies, um bei der ersten Sitzung mit dem Patienten bereits einen „aufgekeimten Samen“ zu haben, mit dem er arbeiten konnte. Die Besteigung des Squaw Peak sollte neben der Prüfung der Motivation auch dem unbewussten Arbeiten mit dem Seeding dienen. Hatte ein Patient den Aufstieg gemeistert, konnte er zu Erickson in die Therapie kommen.

Die Therapiesitzungen Ericksons waren nicht so wie heute üblich streng auf 45- 50 Minuten begrenzt, sondern konnten durchaus auch mehrere Stunden dauern. Auch die Preise Ericksons richteten sich nach den jeweiligen finanziellen Möglichkeiten des Patienten.

In der ersten Sitzung musste der Patient einen viele Seiten umfassenden, von Erickson selbst entwickelten Fragebogen ausfüllen, der so gestaltet war, dass

Erickson zu jedem Patienten jede nur erdenkliche Information zur Hand hatte, die er zum gegebenen Zeitpunkt gerade benötigte. Betrachtet man diese Tatsache einmal genauer, wird klar, wie Erickson seine teilweise genialen Therapiekonzepte entwickeln konnte, wusste er doch praktisch alles zur jeweiligen Person. Erickson nannte dies auch noch nicht „Rapport“, so wie es heute genannt wird, sondern er sprach von „establishing a Yes-Set“. Der Begriff „Rapport“ wurde erst später von John Grinder eingeführt.

Erickson hatte es sich auch zur Gewohnheit gemacht, seine Therapiesitzungen niemals vorzubereiten. Vielmehr verbrachte er sehr viel Zeit mit der Reflexion der Sitzung, um herauszufinden, was er beim nächsten Mal verändern oder verbessern könnte. Auch die restliche Familie, besonders Mrs. Erickson, war stets ein wichtiger Teil in seinen Therapien und somit ein fast schon unverzichtbarer Teil von Ericksons Therapiekonzepten.

In Phoenix begann er auch seine berühmten Lehrseminare abzuhalten, von denen einige heute als Transskript vorliegen (9). Auch hier verfolgte Erickson die Devise, dass jeder nur soviel zu bezahlen hatte, wie er konnte. Jeffrey K. Zeig, einer seiner heute bekanntesten Schüler, der viele Jahre bei und mit Erickson verbrachte, wurde von ihm über Jahre hinweg praktisch kostenlos unterrichtet.

Auch wenn Erickson seine therapeutische Tätigkeit 1974 aufgrund von immer schwerer werdenden körperlichen Gebrechen aufgrund seines postpoliomyelitischen Syndroms völlig aufgab, begann er nun, seine Lehrseminare abzuhalten, was er bis zu seinem Tod am 25. März 1980 schwer gezeichnet und im Rollstuhl sitzend weiterführte.

1. 3. Ericksons Erben

Nach dem Tode Ericksons wurden seine Arbeit, seine Ideen und Therapiekonzepte von einigen seiner Schüler weiterverfolgt, propagiert und international bekannt gemacht. Unter diesen „Schülern“ Ericksons finden sich heute die Namen der bekanntesten und international gefragtesten Hypnotherapeuten. An dieser Stelle können nur die wichtigsten Namen Erwähnung finden. Deshalb sei hier gesagt, dass die Liste mit Namen von international hervorragenden Hypnotherapeuten mittlerweile endlos fortgeführt werden könnte und deshalb hier kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden soll.

Unter ihnen zu den bekanntesten zählt heute mit Sicherheit Dr. Jeffrey K. Zeig. Er war schon während seines Studiums Schüler bei Erickson, der ihn lange Jahre unterrichtete, wodurch eine tiefe Freundschaft entstand. Zeig war es auch, der 1979 die Milton H. Erickson Foundation gründete, die bis heute die Techniken und Therapieansätze Ericksons weitervermittelt. 1980, zu Ericksons 80. Geburtstag, veranstaltete die Erickson Foundation den 1st International Congress on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy. Der Kongress fand ohne ihn statt, da Erickson kurze Zeit vorher verstarb. Zeig, so wie viele andere, ist bis heute sehr bemüht, das Andenken Ericksons zu erhalten und hat einige Bücher zu Erickson selbst, vor allem aber zu seinen Konzepten und Methoden verfasst. Als Vortragender ist er heute international gefragt und gilt als einer der besten Didaktiker auf dem Gebiet.

Auf einem der berühmten Lehrseminare wurde im Jahre 1978 auch die MEG Deutschland gegründet, mit Dr. Burkhard Peter als Gründungsvorsitzendem (11). Im Jahre 1989 wurde dann auch die Milton Erickson Gesellschaft Österreich gegründet. Alle diese Organisationen bieten Fortbildungen zu verschiedensten Aspekten der Hypnotherapie nach Erickson an.

Weiters muss an dieser Stelle auch Richard Bandler erwähnt werden. Er studierte Psychologie, Informationswissenschaft und Mathematik in Kalifornien. Auf einem von Bandler geleiteten Seminar zur Gestalttherapie nach Fritz Perls lernte er John Grinder, damals Studienassistent für Transformationsgrammatik, kennen und eine enge Zusammenarbeit sollte sich einstellen. Die beiden begannen, verbale und

nonverbale Kommunikationsmuster von Therapeuten zu „modellieren“, die in ihrem Fachgebiet vorbildhaft waren. Dazu gehörten Milton Erickson, der Gestalttherapeut Fritz Perls und die Familientherapeutin Virginia Satir. Zuerst versuchten sie herauszufinden, was den Kommunikationsstil dieser Menschen von dem anderer unterschied. Die gewonnenen Erkenntnisse hielten sie in nachvollziehbaren Schritten fest. Dieser Vorgang, den sie als „Modellieren“ bezeichneten, sollte vorrangig dazu dienen, die Kommunikationsmuster von Erickson, Perls und Satir für jedermann verständlich, erlernbar und vor allem anwendbar zu machen. Zunächst bezeichneten sie ihr Modell als „Meta Modell“, später gründete Bandler dann die Society of NLP. Seither ist das weiterentwickelte Meta Modell international unter dem geschützten Namen „Neurolinguistisches Programmieren“ bekannt. Nach diversen Rechtsstreits einigten sich Bandler und Grinder schließlich darauf, dass sie beide Co-Begründer des NLP seien. Bandler und Grinder verfassten unzählige Bücher zu NLP und anderen von ihnen entwickelten Techniken, wie Timelining, Reframing, etc.

Teil II: Theoretische Grundlagen

Einleitung

Dass die Hypnose eine Bereicherung im Repertoire eines jeden Arztes, Psychologen oder Psychotherapeuten darstellen kann, ist nach dem heutigen Wissensstand kaum mehr zu bestreiten. Große Vorteile dieses Heilverfahrens sind unter anderem, dass sich die Techniken an sich relativ leicht und schnell erlernen lassen, dass praktisch in jedem Umfeld eine Hypnose durchgeführt werden kann und dass dafür im Normalfall keinerlei Hilfsmittel nötig sind. Um die Anwendung so sicher wie nur irgendwie möglich zu gestalten, muss allerdings ein medizinischer oder psychologisch/psychotherapeutischer Hintergrund auf Seiten des Behandlers vorhanden sein. Dies spricht - wie später in diesem Kapitel auch noch kurz ausgeführt werden wird - gegen eine Anwendung durch Laien im Rahmen der Bühnen- und Showhypnose.

Um die Durchführung der im Teil III dieser Arbeit beschriebenen Techniken zu ermöglichen, bedarf es allerdings unbedingt eines zumindest oberflächlichen Überblicks über die grundlegenden theoretischen Hintergründe der Hypnose. Ein solcher wird auf den nächsten Seiten versucht werden zu geben, wobei es sich nicht um eine vollständige Behandlung aller Themen handeln wird, was das Lesen weiterführender Literatur für den Behandler unverzichtbar macht.

Nichtsdestotrotz wurde hier versucht, zumindest diejenigen Themen zu behandeln, die zum Verständnis und zur späteren Anwendung der weiter unten beschriebenen Methoden und Techniken notwendig erscheinen.

2. 1. Bewusstes und Unbewusstes

Einer der zentralen Punkte der Hypnosetherapie nach Erickson stellt wohl die Arbeit mit dem „Unbewussten“ des Patienten dar. Dabei muss allerdings deutlich gemacht werden, dass sich der Erickson'sche Begriff des „Unbewussten“ sehr deutlich von Freuds Vorstellungen zum „Unterbewusstsein“ unterscheidet.

Freud sah - wie auch später Erickson - im Unbewussten einen Teil der menschlichen Psyche, der vom Bewusstsein nicht direkt wahrgenommen oder beeinflusst werden könne. Auch in der Psychoanalyse wurde die Hypnose verwendet, um die Inhalte des Unterbewusstseins zugänglich zu machen, allerdings scheiterte Freud hierbei an seinen insuffizienten, autoritären Hypnosetechniken, woraufhin er postulierte, Hypnose funktioniere nicht. Freud ging weiters davon aus, dass das Unbewusste ein System von verdrängten und abgewehrten Inhalten und der Sitz der „Triebe“ sei. Laut Freud werden die verdrängten Inhalte allerdings im Bewusstsein sehr wohl handlungsfähig, wenn sie sich dem Individuum in Form von Träumen und „Freud'schen Fehlleistungen“ offenbaren. Da für Freud die Hypnose, wie erwähnt, nicht funktionierte, benutzte er später die von ihm entwickelten psychoanalytischen Werkzeuge, um unbewusste Inhalte wieder bewusst zu machen.

Ganz anders sah nun Erickson das Unbewusste. Erickson war prinzipiell der Meinung, dass jeder Mensch die benötigte Ressource, um ein Problem zu lösen, bereits in sich trägt. Nun fehlt ihm aber der „Zugang“ zur benötigten Ressource, was in weiterer Folge zum Ausbruch der Erkrankung führt. Erickson brauchte nun aber - um seine Therapie erfolgreich durchzuführen - einen Begriff, unter dem sich der Patient etwas vorstellen konnte und so kam es zu dem berühmten Satz, den Erickson immer wieder verwendete: *„You might not know, but your unconscious mind already does.“* Damit erreichte er nichts anderes, als dass er ein so genanntes „therapeutisches Tertium“ in die Therapie einführte (siehe Kap. 2. 2.). Die Einführung des „Erickson'schen Unbewussten“ führt nun dazu, dass ein gewisser Teil der Verantwortung an eine dritte, nicht ganz bekannte Ebene übergeben werden kann. Dies nimmt sowohl für den Patienten als auch für den Behandler einen gewissen Druck aus der Therapiesituation. Des Weiteren stärkt es die Autonomie des Patienten, da er weiß, dass irgendwo „in ihm“ die Antworten

und Lösungen verborgen liegen und er sie durch eigene Anstrengung, ohne Führung von außen, sehr wohl jedoch unter Anleitung wieder für sich nutzbar machen kann. Damit gab Erickson dem Unbewussten eine ganz neue Bedeutung, da er es von einem „Ort der Verdrängung“ zu einem unermesslichen Schatz an Ressourcen und Lösungen umwandelte.

2. 2. Das therapeutische Tertium

Das therapeutische Tertium stellt mitnichten ein Novum in der Psychotherapie dar. Egal, ob man die moderne Psychotherapie mit Franz Anton Mesmer (14) oder mit Pater Johann Joseph Gassner (15) beginnen lassen möchte, findet sich auch hier schon dieses Konzept, wenn auch in jeweils unterschiedlicher Art und Weise. Pater Gassner nutzte das Tertium der himmlischen Mächte, während Mesmer ein in seinen Augen nachweisbares magnetisches Fluidum für diesen Zweck gebrauchte. Der aus heutiger (psycho)therapeutischer Sicht sinnvollere Ansatz muss Gassner zugeschrieben werden, da dieser seinen „Patienten“ im Rahmen des Exorzismus beibrachte, auch später wieder mit dem Tertium Kontakt aufzunehmen, während Mesmers Patienten auch später auf ihn selbst (magnetische Passes) oder zumindest auf seine Apparaturen (Baquets) als Überträger angewiesen waren. Aus dieser Perspektive lässt sich also sagen, dass Gassner - wenn vermutlich auch unbeabsichtigt - seinen Patienten ein Werkzeug zur Selbstkontrolle beibrachte, mit dem sie auch in späteren Situationen wieder arbeiten konnten, ohne unbedingt wieder auf dessen Hilfe angewiesen zu sein.

Um die Wende zum 19. Jahrhundert veränderte sich der Begriff des therapeutischen Tertiums abermals, da ab nun nicht mehr Priester oder „magnetische“ Ärzte diesen Kontakt zuwege bringen, sondern die Kranken selbst. Im Zustand des magnetischen Somnambulismus treten sie mit transpersonalen Kräften in Kontakt, die nun nicht mehr religiös, sondern dem romantischen Zeitgeist entsprechend naturphilosophisch konnotiert sind (16). Der Therapeut wird hier nur mehr zum „Diener“, der durch den Vorgang des Magnetisierens dem Patienten dabei behilflich ist (17). Die Rolle des Patienten wird also bereits in der Romantik über diejenige des Therapeuten gehoben. Um mit den transpersonalen Kräften und damit mit intrapersonalen Ressourcen in Kontakt zu kommen, müssen

sie zunächst ihren eigenen Bewusstseinszustand verändern und ihre geistige und seelische Aktivität weg vom zentralen Nervensystem (Gehirn) hin zum „Gangliensystem“ (autonomes Nervensystem) verlagern. Heute würden wir sagen, dass Patienten lernen müssen, mit ihren autonomen, unwillkürlichen oder unbewussten Seiten in Kontakt zu kommen und diese als intrapersonale Ressource zu verstehen und zu gebrauchen (16).

Kurz vor der Wende zum 20. Jahrhundert, als die Hypnose als „Suggestionstherapie“ ihre Triumphe feierte (Schule von Nancy), war das therapeutische Tertium wieder verschwunden. Die Theorie von Bernheim besagt, dass der Arzt durch seine Suggestionen heilt. Doch dieser Umbruch hin zu einem wissenschaftlichen Rationalismus bekam der Hypnose offenbar schlecht, denn in der Folgezeit, nach 1900, war sie weitgehend von der therapeutischen Bühne verschwunden (16).

Das Konzept der Übertragung Freuds kann unter Umständen als eine Art des therapeutischen Tertiums aufgefasst werden.

Erst in der Renaissance der Modernen Hypnose um 1978 durch Milton Erickson erlangte das therapeutische Tertium, so wie wir es heute kennen, wieder an Bedeutung. Erickson führte mit dem „Unbewussten“ eine kluge, weise, wohlwollende Instanz innerhalb der Person ein, die zuweilen auch deren vermeintliche Möglichkeiten und Fähigkeiten überschreitet (16).

Das Konzept des Unbewussten ist eines der zentralen Themen der modernen Hypnose. Der Therapeut trägt damit dem Umstand Rechnung, dass man auf unwillkürliche, psychosomatische oder im Bereich der z.B. Schmerz- oder Blutungskontrolle auch somatische Bereiche, in Trance Zugriff erhält, über die man willkürlich keine Kontrolle besitzt. Im Erickson'schen Konzept wird mit Hilfe des Unbewussten also auch die Kontrolle wieder vollständig an den Patienten „zurückgegeben“, da es ja nun ein Teil von ihm ist, der heilt und nicht mehr der Therapeut. Der Therapeut ist nur dazu da, dem Patienten Werkzeuge und Methoden beizubringen, mit deren Hilfe der Patient Zugang zu seinem Unbewussten und den darin verborgenen Ressourcen erlangen kann. Nimmt man nun dieses Konzept, ist auch das oft gegen die Hypnose verwendete Argument der Fremdkontrolle völlig entkräftet.

2. 3. Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe

Wenn man von Hypnose spricht, bekommt man oft Sätze zu hören, wie *„Bei mir funktioniert so etwas sicher nicht“*, *„Ich glaube nicht, dass man mich hypnotisieren kann“* oder gar: *„Ich bin nicht hypnotisierbar!“*. Dies lässt sich wahrscheinlich damit erklären, dass in der Allgemeinbevölkerung noch immer der Gedanke vom „übermächtigen“ Hypnotiseur und die Angst vor totaler Willen- und/oder Erinnerungslosigkeit verankert sein dürfte. Die Frage, was Hypnose eigentlich ist, kann in dieser Arbeit aus Platzgründen nicht genauer erläutert werden, zumal die wissenschaftlichen Erkenntnisse bis heute nicht in der Lage sind, ein kongruentes, genaues Bild der dabei ablaufenden hirnhysiologischen Prozesse zu zeichnen. Sehr wohl soll an dieser Stelle aber darauf eingegangen werden, welche Menschen wie stark hypnotisierbar und suggestibel sind, wie dies unter wissenschaftlichen Bedingungen getestet werden kann und ob die Trancetiefe einen Einfluss auf das therapeutische Outcome einer Hypnosebehandlung hat.

Das Thema Bühnenhypnose wird in einem späteren Kapitel behandelt werden, deshalb soll hier nur auf die oben angeführten Beispiele von Reaktionen auf die Hypnose eingegangen werden. Die Angst vor Kontrollverlust und Willenlosigkeit ist durchaus verständlich, wenn man die Bühnenhypnose als Maßstab ansetzt. Dass dies geschieht, ist völlig nachvollziehbar, da diese Form der Hypnose fast täglich bei Auftritten oder im Fernsehen zu sehen ist, wohingegen die therapeutische Hypnose in den Medien bestenfalls als „Exot“ zur Raucherentwöhnung ein Schattendasein fristet. Das in den meisten Patienten vorhandene Bild von Hypnose kann also durchaus zu Angst und Ablehnung der therapeutischen Nutzung führen und der Therapeut bekommt vielleicht Sätze wie die oben erwähnten zu hören. Vereinfacht man allerdings für den Patienten den Trancebegriff als „fokussierte Aufmerksamkeit“ oder „einen Weg, neue Ressourcen zu erschließen“, lässt sich diese Angst oft sehr rasch überwinden. Auch Beispiele von Alltagstrancen können hier durchaus hilfreich sein. Sagt ein Patient, er sei „sicher nicht hypnotisierbar“, sollte man ihn - nach dem Utilisationsprinzip - dieses Weltbild aufrecht erhalten lassen, indem man beispielsweise sagt: *„Das kommt durchaus vor und meine Erfahrung zeigt mir, dass jeder immer wieder für sich selbst entscheidet, wann und wie er Hypnose erleben möchte. Doch das*

Einziges, was Sie tun müssen, um in Trance gehen zu können, ist sich zu konzentrieren. Und wenn Sie heute nicht in Trance gehen wollen, brauchen Sie nichts anderes zu tun, als mich gar nicht zu beachten.“ Ein solches Vorgehen kann sehr viel Druck vom Patienten nehmen, sagt ihm gleichzeitig, dass es nur seine Entscheidung ist, ob er Trance erfahren möchte. Doch bei geschickter Formulierung wird das „In Trance gehen“ selbst bei dieser oder einer anderen Sitzung bereits als Faktum kommuniziert. Michael Yapko fasst den Trancebegriff sogar so weit, dass er meint, dass jeder Mensch in der Lage sei, bedeutsame Trancezustände zu erreichen, da ja auch jeder in der Lage ist, Alltagstrancen zu erleben (18). Dies birgt zwar aus wissenschaftlicher Sicht die Gefahr, den Hypnosebegriff allzusehr aufzuweichen und den Therapieerfolg ausschließlich an den Therapeuten zu delegieren (19), was ja völlig entgegen des Erickson'schen Prinzips wäre, kann jedoch in besonders „schwierigen“ Fällen und vorsichtig formuliert durchaus zum Angstabbau genutzt werden.

Die Ermittlung von Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe mit Hilfe von standardisierten Testverfahren ist vor allem für experimentelle Studien von Bedeutung, spielt in der täglichen Praxis aber praktisch keine Rolle. Aus diesem Grund sollen die Testverfahren hier nur kurz und der Vollständigkeit halber behandelt werden. Einen sehr guten Überblick über die heute gebräuchlichen Testverfahren und deren Aussagekraft gibt Clemens Krause (19).

Hypnotisierbarkeit wird von Weitzenhoffer (20, 21) als die Fähigkeit eines Individuums bezeichnet, hypnotisiert zu werden und/oder eine bestimmte Tiefe in Hypnose zu erreichen. Auch Hilgard (22) betont, dass der Begriff Empfänglichkeit für Hypnose sich auf das hypnotische Talent bzw. Potential einer Person bezieht. Heute definiert man Hypnotisierbarkeit als Suggestibilität relativ zur Induktion einer Hypnose (19).

Heute werden im Allgemeinen drei Testverfahren zur experimentellen Bestimmung der Hypnotisierbarkeit benutzt:

- Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C (SHSS: C)
 - Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS)
-

- Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults (SHCS: ADULT)

Während die SHSS: C und die HGSHS für die Verwendung bei experimentellen Studien konzipiert sind, bietet die SHCS ein Instrument zur Verwendung bei klinischen Studien. Die HGSHS bietet weiters den Vorteil, dass sie auch auf Gruppen anwendbar ist und im Bedarfsfall zur Standardisierung auch mittels Audiokassette/CD dargeboten werden kann. Deshalb eignet sich diese auch zum Screening von Probanden (19).

Zur Bestimmung der Suggestibilität kommen die Creative Imagination Scale (CIS) und der Freiburger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitätstest (FIRST) zum Einsatz. Beide Testverfahren eignen sich sowohl für experimentelle als auch für klinische Zwecke, wobei die CIS auch für Gruppen mit oder ohne formelle Tranceinduktion geeignet ist.

Da es sich bei der Trancetiefe nicht um eine konstante Variable handelt, sondern vielmehr um einen sich ständig ändernden Zustand, beruht die Messung dieser vor allem auf subjektivem Empfinden. Auch hierfür wurden Testverfahren entwickelt. Das Inventory of Hypnotic Depth ist als Skala für Einzel- oder Gruppenexperimente gedacht und kann auch mittels Audiokassette/CD dargeboten werden. Zur experimentellen Ermittlung der Fluktuation der Trancetiefe eignet sich die Long Stanford Scale, dies jedoch nur für Einzelprobanden und der Darbietung durch einen Mitarbeiter (19).

Lynn und Shyndler fanden 2002 heraus, dass nur 30% der von ihnen befragten Therapeuten regelmäßig solche Skalen anwenden (23). Die Sinnhaftigkeit solcher Skalen zur Verwendung außerhalb eines experimentellen Kontextes kann also durchaus kritisch betrachtet werden.

Die Frage der Notwendigkeit einer gewissen Trancetiefe wird seit Jahren in wissenschaftlichen Kreisen diskutiert. Da diese Frage bis heute nicht abschließend geklärt werden konnte, wird hier auch nicht genauer darauf eingegangen. Festzuhalten bleibt nur, dass die Notwendigkeit des Erreichens

einer bestimmten Trancetiefe von der Art der Behandlung abhängen dürfte. So wird von vielen Therapeuten im psychotherapeutischen Setting häufig mit s.g. Wachtrancen gearbeitet. Der Klient befindet sich also nicht in einem durch eine formale Induktion eingeleiteten Trancezustand, sehr wohl jedoch in einem veränderten Bewusstseinszustand, der wiederum je nach Belieben des Klienten zur Trance werden kann. Diese Methode bietet den Vorteil, dass man während der Sitzung fast völlig normal mit dem Klienten kommunizieren kann, da dieser die sehr häufig auftretende „Redefaultheit“ in der Trance nicht aufweist. Verwendung finden solche Wachtrancen beispielsweise in Verbindung mit Altersregressionen zur Aufarbeitung von Kindheitstraumata. Daraus lässt sich also ableiten, dass eine bestimmte Trancetiefe nicht notwendigerweise erreicht werden muss, um diese Probleme zu bearbeiten. Aus den oben genannten Gründen wäre dies unter Umständen ungünstig.

Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass zur erfolgreichen und andauernden Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sehr wohl eine mittlere bis tiefe Trance erforderlich ist (24, 25). Die Möglichkeit des Erreichens einer tieferen Trance dürfte auch mit der Hypnotisierbarkeit und/oder Suggestibilität des Einzelnen zusammenhängen. Dies soll aber nicht bedeuten, dass schwer hypnotisierbare oder niedrig suggestible Patienten nicht von einer hypnotischen Schmerzbehandlung profitieren würden, die erforderliche Erfahrung und Technik des Behandlers vorausgesetzt. Diese Annahme wird auch von Holroyd gestärkt, der meint, dass auch Niedrighypnotisierbare ihre Schmerzschwelle erhöhen können, wenn die Suggestionen wiederholt dargeboten werden, also eine Art Training stattfindet (26).

2. 4. Rapport

„Rapport herstellen ist wie Tango tanzen. Zwei Menschen begegnen sich, schwingen sich aufeinander ein und nach und nach übernimmt einer der beiden die Führung, so dass sie perfekt miteinander tanzen können.“

-Dr. med. Charlotte Wirl-

Dieses Zitat beschreibt das Konzept des Rapports in wenigen Worten besser, als so manches Buchkapitel auf mehreren Seiten. Doch bevor wir uns der Herstellung von Rapport und diversen Techniken widmen können, muss zuerst besprochen werden, was Rapport überhaupt ist.

2. 4. 1. Was ist Rapport?

Rapport kann wohl ohne Übertreibung als die unumstößliche Basis einer jeden hypnotherapeutischen Beziehung bezeichnet werden. Ohne gutem oder zumindest ausreichendem Rapport zwischen Behandler und Patienten wird es nicht - oder nur sehr schwer möglich - sein, überhaupt nur eine Trance zu induzieren, ganz zu schweigen davon, hypnotherapeutisch zu arbeiten.

Erickson war ein Meister im Herstellen von Rapport. Dies lässt sich sicherlich einmal mehr durch seine schwere Krankheit erklären, während der er natürlich extrem viel Zeit hatte, die Verhaltensmuster und -weisen seiner Umgebung zu studieren.

Doch jeder von uns hat - ohne es zu wissen - durch das Erkennen und Antworten auf minimale nonverbale und verbale Reize lebenslange Erfahrung im Herstellen von Rapport (27).

Für Rapport finden sich viele Definitionen, die alle mehr oder weniger unterschiedlich sind.

Prinzipiell lässt sich aber sagen, dass Rapport dadurch aufgebaut werden kann, dass man einem Menschen in seinem Wertesystem begegnet (28).

Nach der Definition von Webster ist Rapport „[...] eine Interaktionsbeschreibung für eine gute Beziehung zwischen zwei Menschen. Man könnte Rapport als eine Beziehung, die durch Harmonie, Gleichklang, Einverständnis oder Harmonie gekennzeichnet ist, verstehen.“ (27).

Wie lassen sich nun Harmonie, Gleichklang, etc. erreichen?

2. 4. 2. Herstellen von Rapport

Als Grundvoraussetzung für einen guten Rapport muss natürlich eine gewisse Sympathie zwischen Patienten und Therapeuten bestehen. Sind sich beide von Anfang an unsympathisch, wird der Patient die Therapie ohnedies relativ bald von selbst beenden. Aber auch jeder Behandler sollte stets daran denken, dass er jederzeit das Recht hat, Patienten abzulehnen. Dies wird natürlich in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Privatpraxis bedeutend leichter möglich sein als in einem klinischen Umfeld, doch kann es in manchen Fällen viel Frustration und Misserfolge aus der therapeutischen Arbeit nehmen.

Bestehen aber aus beider Sicht keinerlei offensichtliche Einwände gegen eine Zusammenarbeit, kann vom Therapeuten damit begonnen werden, Rapport, also eine gemeinsame Basis, herzustellen. Es soll hier betont werden, dass diese Aufgabe voll und ganz dem Therapeuten zufällt.

Um nun Rapport herzustellen, sollte zunächst ein für den Patienten angenehmes Setting hergestellt werden. Darunter versteht man unter anderem die Sitzposition beider Gesprächspartner zueinander, Raumtemperatur (Decken bereit halten!), wenn gewünscht Musik, etc. Der Patient sollte, wenn die Möglichkeit besteht, auch gefragt werden, ob er lieber im Sitzen oder Liegen in Trance gehen möchte. Bei sehr nervösen oder unruhigen Patienten ist es aber auch möglich, im Herumgehen zu arbeiten, wobei der Therapeut dabei natürlich nicht sitzen bleiben sollte.

Ist nun ein angenehmes Setting hergestellt, sollte der Patient nochmals befragt werden, ob es so angenehm sei. Wie in der Erickson'schen Hypnose üblich, kann bereits hier damit begonnen werden, Alternativen anzubieten, um die Patientenautonomie zu verstärken. Diese können beispielsweise darin bestehen, dass man fragt, ob der Winkel, in dem beide Stühle zueinander stehen, so als angenehm empfunden wird oder ob man mit seinem Stuhl etwas näher kommen

oder weiter weg rutschen sollte. Erst danach sollte mit dem so genannten Pacing begonnen werden, um den Rapport herzustellen und zu festigen.

2. 5. Pacing und Leading

Um den Vergleich von Charlotte Wirl weiter zu verfolgen, sind wir also bisher zusammengetroffen und haben schon ein wenig damit begonnen, uns aufeinander einzuschwingen.

Natürlich reicht das bei weitem noch nicht für eine zielführende hypnotische Arbeit aus. Um den Rapport zu stärken, bedienen wir uns nun zweier Techniken: dem Pacing und dem Leading.

2. 5. 1. Pacing

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits angesprochen, geht es vor allem darum, dem Patienten in seinem Wertesystem zu begegnen oder einfacher ausgedrückt, ihn dort abzuholen, wo er gerade steht. Für die Zeit der Therapiesitzung ist es also unentbehrlich, das Wertesystem des Patienten vollständig zu übernehmen. Das Wertesystem des Patienten wird zu meinem Wertesystem. Dies ist natürlich an persönliche Grenzen gebunden. Lässt man sich von einem Hypnotisanden beispielsweise im Vorfeld eine angenehme Tätigkeit beschreiben und dieser spricht davon, genussvoll einen Mord zu begehen, kann und darf dieses Wertesystem natürlich nicht übernommen werden.

Pacing und Leading sind Begriffe, die von Richard Bandler und John Grinder (29-31), den Begründern des neurolinguistischen Programmierens (NLP) ,eingeführt wurden. „To pace“ bedeutet wörtlich übersetzt „angleichen oder anpassen“, „to lead“ „führen“.

Wie beginnt man nun also mit dem Pacing? Nachdem das im vorangehenden Kapitel besprochene Setting hergestellt wurde, kann mit der eigentlichen Arbeit begonnen werden. Eine außerordentlich wichtige Rolle beim Pacing spielt vor

allem die nonverbale Kommunikation. Die wichtigsten Techniken sollen nun hier kurz beschrieben werden:

2. 5. 1. 1. (Körper) Spiegeln

Das so genannte Spiegeln, manchmal auch Körperspiegeln genannt, ist eine der einfachsten, aber auch effektivsten Methoden, um Rapport herzustellen, zu festigen und auch aufrecht zu erhalten. Man braucht dazu nichts weiter zu tun, als die Körperhaltung des Patienten, unter Umständen seine Gestik, zu übernehmen. Dies sollte allerdings nicht auffällig und „eins zu eins“ geschehen, da sich manche Patienten dadurch verunsichern lassen. Man denke nur an die unangenehme Situation, wenn Kinder einen Erwachsenen in jeder Bewegung und jedem Wort regelrecht kopieren. Vielmehr sollte die grundsätzliche Körperhaltung übernommen werden. Hat der Hypnotisand beispielsweise die Beine übereinander geschlagen und die Arme verschränkt, so lässt sich diese Körperhaltung ohne weiteres spiegeln, da dies ja ohnehin eine relativ weit verbreitete und sozial völlig akzeptierte Körperhaltung darstellt.

Wichtig ist nur, dass der Therapeut sich nicht inkongruent verhält. Sieht man sich beispielsweise einem agitierten oder ängstlichen Patienten gegenüber, der die Knie fest zusammengepresst, die Arme um den Körper geschlungen und den Oberkörper nach vorne gebeugt hat, wird die Herstellung von Rapport sehr schwierig werden, wenn ihm der Therapeut ganz entspannt zurückgelehnt gegenüber sitzt. Der Patient drückt unter anderem durch seine Körperhaltung sein momentanes Weltbild aus und dieses gilt es für den Behandler zu übernehmen.

Sehr gut beobachten und lernen lassen sich solche Phänomene beispielsweise in einem Café. Die Beziehung zwischen zwei Menschen, die sich gegenüber sitzen, lässt sich sehr gut einschätzen, wenn man beobachtet, ob die beiden sich über einen längeren Zeitraum „gespiegelt“ gegenüber sitzen. Besonders bei verliebten Paaren lassen sich diese Phänomene oft recht eindrucksvoll beobachten. Ein Kaffee mit Freunden ist auch eine gute Möglichkeit, das Körperspiegeln ganz bewusst zu üben und die eigenen Fähigkeiten auf diesem Gebiet zu festigen.

2. 5. 1. 2. Atempacing

Genauso wie die Körperhaltung kann auch die Atmung des Patienten gespiegelt werden und so wie das Körperspiegeln ist auch diese Technik äußerst effektiv, verlangt aber anfangs etwas Übung.

Es geht hierbei schlicht darum, den Atemrhythmus des Patienten zu übernehmen. Atmet dieser also ein, atme auch ich ein und umgekehrt. Dies ist natürlich Einschränkungen unterworfen. Sieht man sich beispielsweise einem agitierten Patienten mit sehr hoher Atemfrequenz oder einem vollkommen austrainierten Leistungssportler mit extrem niedriger Atemfrequenz gegenüber, kann für den Anfang (bezieht sich auf den agitierten Patienten, da die Frequenz des Sportlers physiologisch ist!) das eigene Atmen im Verhältnis 2:1 bzw. 1:2 erfolgen.

Wie bereits erwähnt, ist das Körperspiegeln normalerweise ein fester Bestandteil sozialer Interaktion und muss deshalb kaum geübt werden. Mit dem Atempacing verhält es sich anders und es bedarf deshalb eines gewissen Trainings.

Am einfachsten beginnt man, indem man, wenn das Setting für den Patienten stimmt und man sich gegenüber sitzt, den Hypnotisanden kurz beobachtet und sich auf seine Atemfrequenz einstimmt. Dieser kurze Moment für sich alleine kann oft sehr hilfreich sein, da er einerseits Ruhe und Entspannung auf Seite des Therapeuten suggeriert, andererseits eine gewisse gespannte Erwartung auf Seiten des Patienten erzeugen kann.

Sitzt man nun einem Mann gegenüber, ist das Beobachten seiner Atmung relativ einfach, da die meisten Männer einerseits „Bauchatmer“ sind, andererseits nichts dagegen spricht, den Blick auf die Brust eines Mannes zu richten, um für einen kurzen Moment zu beobachten, wie sie sich hebt und senkt. Bei einer weiblichen Patientin ist dies natürlich nicht möglich. Deshalb empfiehlt sich hier, den Bereich um die Claviculae als Referenzpunkt heranzuziehen. Dies wird in vielen Fällen auch noch durch das Vorhandensein einer Halskette erleichtert, an deren Bewegungen der Atemrhythmus sehr gut beobachtbar ist.

Nun kann man beginnen, seine eigene Atmung an die des Patienten anzupassen. Dabei sollte man auch daran denken, dies - wenn möglich - beizubehalten, wenn der Patient spricht, wodurch die Ausatemphasen verlängert werden können.

Des Weiteren sollte die Atemfrequenz des Hypnotisanden auch während der Trance beibehalten werden. Man spricht also hauptsächlich dann, wenn der Patient ausatmet. Dies erleichtert einerseits vor allem dem Anfänger das Halten eines langsamen, entspannten Tempos, wirkt aber vor allem auch im Sinne eines so genannten „Yes-Pacings“ (siehe unten) - der Patient würde ja nur dann selbst sprechen, wenn er gerade ausatmet.

2. 5. 1. 3. Yes - Pacing

Das Yes - Pacing ist eine der wichtigsten Methoden zur Herstellung von Rapport. Vereinfacht gesagt, muss der Patient zu allem, was ich sage, „ja“ sagen können. Dies beginnt meist mit für jedermann ersichtlichen Dingen, wie beispielsweise der Körperhaltung, kann im weiteren Verlauf einer Trance dann aber durchaus auch Wahrnehmungen ansprechen, von denen der Patient glauben muss, nur er würde sie erleben. Der Therapeut kann diese Phänomene allerdings zielsicher ansprechen, da es sich entweder um physiologische Prozesse oder um in der Selbsterfahrung erlebte Phänomene handelt.

Beispiele für von außen beobachtbare Phänomene können sein:

„Sie sitzen hier in meiner Praxis ...“

„Sie spüren, wie sie das linke Bein über ihr rechtes geschlagen haben ...“

„Sie können fühlen, wie sie ihre Finger ineinander verschränkt haben ...“

Beispiele für innere Phänomene können sein:

„Und Sie bemerken vielleicht, dass der Punkt, den Sie schon die ganze Zeit fixieren, beginnt, ein bisschen verschwommen zu werden, oder dass sich um ihn ein kleiner Kranz gebildet hat ...“

„Und während Sie manchen meiner Worte zuhören, mag Ihnen aufgefallen sein, dass Ihr äußerer Fokus immer mehr zu einem inneren Fokus wird ...“

„Und vielleicht ist Ihnen schon aufgefallen, dass die Geräusche aus der Umgebung, die Sie vor wenigen Momenten noch deutlich wahrnehmen konnten, immer mehr in den Hintergrund weichen ...“

Spricht man innere Phänomene an, ist es ganz wichtig, indirekt und vage zu formulieren („Und es kann sein ...“, „Möglicherweise ...“) und wenn möglich auch Alternativen anzubieten.

Das Yes-Pacing ist deshalb ein so wichtiger Faktor, da es einerseits das Vertrauen zwischen Patienten und Therapeuten stärkt, andererseits ist unser Gehirn auf positive Verarbeitungsprozesse ausgelegt. Unser Gehirn denkt nur in positiven Bildern. Das heißt, man muss sich zuerst etwas vorstellen, um es sich anschließend wieder „wegstellen“ zu können (32).

Es dürfen im Rahmen des Yes-Pacing durchaus auch Probleme und negative Erfahrungen angesprochen werden. Dies kann beispielsweise bei Patienten mit akuten Schmerzen die einzige Möglichkeit sein, eine Ja - Haltung zu erzeugen. Auch bei Kindern, die sich verletzt haben, kann ein Yes-Pacing extrem effektiv sein, um einerseits die Angst aus der Situation zu nehmen, andererseits um das Kind vom Schmerzgeschehen weg zu fokussieren. Um den Fokus zu verändern, muss allerdings eine Ja-Haltung auf Seiten des Patienten herrschen.

An dieser Stelle ist wohl eine von Ericksons Lehrgeschichten die beste Möglichkeit, eine denkbare Vorgehensweise zu beschreiben: Einer von Ericksons Söhnen zog sich beim Spielen eine relativ stark blutende Schnittwunde am Unterschenkel zu und kam weinend zu Erickson. Dieser sagte zu ihm: „Das tut sicher sehr weh. Das ist sicherlich der schlimmste Schmerz auf der ganzen Welt.“. Damit hatte Erickson bereits zwei Punkte, zu denen sein Sohn in seinem Schmerz, den er ja deutlich kommunizierte, „Ja“ sagen konnte und auch musste. Erickson sprach also weiter: „Ich denke, das ist aber gutes Blut, das da aus deiner Wunde kommt. Wir sollten aber nachsehen, ob das wirklich so gutes Blut ist, wie ich glaube. Dazu müssen wir aber das alte Blut aus der Wunde spülen, da man nur an neuem Blut erkennen kann, ob es wirklich gutes Blut ist.“ Auch mit diesen Sätzen stellte Erickson eine Ja-Haltung bei seinem Sohn her. Des Weiteren fokussierte er ihn aber auch weg von seinen Schmerzen hin zu etwas Positivem, nämlich seinem „guten Blut“. Daraufhin gelang es Erickson, die Wunde ohne große Schmerzen zu säubern und seinen Sohn zum Arzt zu bringen. Auf dem Weg dorthin sagte er: „Das wird wahrscheinlich genäht werden müssen. Und ich bitte dich, dass du ganz genau darauf achtest, dass du mehr Stiche bekommst als

deine Schwester (Diese hatte sich einige Zeit zuvor auch eine Wunde zugezogen, die genäht werden musste)“. Auch dadurch verschob Erickson den Fokus seines Sohnes hin in Richtung eines Wettbewerbes mit seiner Schwester, den dieser natürlich gewinnen wollte. Dies machte es möglich, dass der Junge die chirurgische Versorgung seiner Wunde ohne die an sich übliche Lokalanästhesie hinter sich brachte, da sein Fokus eben nicht auf den Schmerzen lag, sondern er vielmehr damit beschäftigt war, darauf zu achten, genügend Stiche zu „bekommen“.

Hat man nun einige Zeit mit dem Pacing verbracht, kann man langsam mit dem Leading beginnen.

2. 5. 1. 4. No - Pacing oder No - Set

Das Yes - Pacing, so effektiv es auch ist, sollte aber - wie in der Erickson'schen Hypnose üblich - nicht als starres, unumstößliches „Dogma“ aufgefasst werden. Es ist nämlich auch durchaus möglich, ein so genanntes „No - Set“ herzustellen. Dies funktioniert exakt wie das oben beschriebene Yes - Pacing, nur wird hier auf die Fragen mit „nein“ geantwortet. Erstaunlicherweise hat diese Technik für die Tranceinduktion die gleiche Wirksamkeit wie das Yes - Set.

In einem 1964 aufgenommenen Video demonstriert Erickson an einer Probandin eindrucksvoll eine Induktion, bei der zuerst ein No - Set hergestellt wird, anschließend erzeugt Erickson eine Armkatalepsie, die dann zur weiteren Vertiefung zur Armlevitation wird (33). Zur Veranschaulichung soll nun hier ein wortwörtliches Transkript der Induktion dienen:

„E: Have you ever been in a hypnotic trance before?“

S: No.

E: Have you ever seen one?“

S: No.

E: Do you know what it's like to go into hypnotic trance?“

S: No.

E: Do you know that you have to do all the work ...“

S: No. (schüttelt den Kopf und lächelt)

E: (Erickson spiegelt das Lächeln sofort) ... and I just sit by and enjoy watching you work?

S: No, I didn't. (schüttelt den Kopf und lächelt)

E: You didn't know that?

S: No.

E: Well, I am really going to enjoy watching you work [...]"

2. 5. 1. 5. Weitere Techniken

Hier sollen noch kurz weitere Methoden vorgestellt werden, um Rapport herzustellen.

Neben der Körperhaltung kann natürlich auch die Mimik des Patienten gespiegelt werden. Weiters können Stimme, Tonlage, Lautstärke und Rhythmus übernommen werden. Sehr effektiv ist auch das Spiegeln der Wortwahl. Wenn ich also mit einem Patienten spreche, der optisch repräsentiert ist, werde ich auch in meinen Erzählungen den optischen Wahrnehmungskanal besonders betonen. Aber auch gewisse Schlüsselwörter, die vom Patienten präsentiert werden, sollen übernommen werden.

Eine weitere Möglichkeit ist das überkreuzte Spiegeln. Das bedeutet, dass Atem oder Bewegung mit der Bewegung eines anderen Körperteils aufgenommen wird. So kann beispielsweise der Sprechrhythmus durch Wippen mit der Fußspitze gespiegelt werden.

2. 5. 2. Leading

Wenn wir nun beim Leading angekommen sind, hat einer der beiden Tanzpartner die Führung übernommen und wir können unseren Tango jetzt richtig tanzen.

Sehr vereinfacht lässt sich sagen, dass, wenn beide Gesprächspartner im Gleichklang (Körperhaltung, Mimik, etc.) sind, Rapport hergestellt wurde. Durch den Rapport habe ich das Vertrauen des Patienten gewonnen und kann nun beginnen, ihn da hin zu begleiten, wo er hin will, nämlich in eine Trance. Rapport

ist deshalb von so großer Bedeutung, da ich jemanden erst dorthin führen kann (leading), wenn ich ihn vorher dort abgeholt habe, wo er gerade war (pacing).

Das Leading per se lässt sich nur sehr schwer in Kategorien fassen, da ab dem Zeitpunkt, an dem Rapport hergestellt wurde, praktisch jede Handlung, die ich setze, um z.B. eine Trance zu erzeugen, dem Leading zugerechnet werden muss. Genauso wie das Pacing kann natürlich auch das Leading verbal oder nonverbal geschehen. Wenden wir uns nochmals unserem verliebten Paar im Kaffeehaus zu. Man kann beobachten, dass, wenn einer der beiden die Tasse zum Mund führt, der andere dies sehr wahrscheinlich kurz darauf ebenso tun wird. Auch das lässt sich wiederum sehr gut üben, wenn man selbst im Kaffeehaus einen Bekannten über längere Zeit gespiegelt hat. Hat man selbst das Gefühl, dass inzwischen Rapport hergestellt ist, kann man versuchen, einen Schluck Kaffee zu trinken und beobachten, was passiert. Folgt der Gesprächspartner der „Einladung“, hat man alles richtig gemacht. Andernfalls sollte man einfach noch ein wenig mit dem Pacing fortfahren.

Nonverbales Leading kann bei agitierten Patienten sehr hilfreich sein (siehe Beispiel weiter oben). Ist Rapport hergestellt, kann ich einerseits durch langsames und schrittweises Verändern meiner eigenen Körperposition auch den Patienten in eine offenere, entspanntere Körperhaltung „führen“. Weiters kann man auch die Hyperventilation durch Verlangsamen der eigenen Atemfrequenz positiv beeinflussen.

2. 6. Utilisation

Die Utilisation gilt als eines der Grundprinzipien der Erickson'schen Hypnose. Darunter versteht man die Nutzbarmachung von teilweise Paradoxem, wie zum Beispiel der Symptome des Patienten zur Entdeckung von verborgenen Ressourcen. Prinzipiell lässt sich alles, was der Patient mitbringt, für seine Zwecke utilisieren, vorausgesetzt, Therapeut und Patient besitzen ein ausreichendes Maß an Kreativität und Motivation. Wie die Utilisation dann vom Patienten vorgenommen und umgesetzt wird, ist dabei für den therapeutischen Erfolg völlig unbedeutend. So lange eine Erfahrung, Erkenntnis oder Einsicht für den Patienten Sinn macht, ist sie therapeutisch wirksam und sei sie für den Beobachter noch so paradox, unverständlich oder oft auch humorvoll und kindisch.

Auch wenn sich fast alles, was der Patient mitbringt, utilisieren lässt, scheint es sinnvoll, aus therapeutischer Sicht vier „Überkapitel“ im Gedächtnis zu haben:

- Utilisation des Weltbildes
- Utilisation von früheren Lernerfahrungen
- Utilisation von Emotionen
- Utilisation von Trancephänomenen

Auf diese vier Punkte soll nun im Folgenden kurz eingegangen werden. Es wird aber an dieser Stelle auch hingewiesen, dass der Versuch, die Utilisationstechniken von Erickson hier genauer zu beschreiben, den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde. Zu diesem Thema ist allerdings genügend Literatur - vor allem auch von Erickson selbst - vorhanden(34).

2. 6. 1. Utilisation des Weltbildes

Für eine kurze Beschreibung dieser Technik soll hier wieder eine Geschichte aus Milton Ericksons Leben dienen. Erickson war als Psychiater in einer Klinik tätig und wurde zu einem Patienten gerufen, der sich für Jesus hielt. Er begann das Gespräch mit den Worten: „Ich habe gehört, Sie haben gewisse Erfahrungen als Zimmermann?“ Damit bringt er den Patienten in eine sehr unangenehme, aber auch interessante Lage: Wenn er Jesus, Sohn von Joseph, ist, muss er natürlich

Erfahrungen auf diesem Gebiet haben und stimmt Erickson zu. Daraufhin beauftragt ihn Erickson, ein Bücherregal für die Klinik zu bauen. Dies führt dazu, dass sich der Patient nun mit dem Bau eines Bücherregals beschäftigen muss und somit sein bisheriges Wahnsystem nicht mehr pflegen kann. Seine übliche Problemtrance erfährt eine Musterunterbrechung. Gleichzeitig kann der Patient seine Wahnidee aber aufrecht erhalten, die Veränderung erfolgt innerhalb des Wahnsystems, das selbst für eine erste Veränderung genutzt wird.

In diesem Fall wird also das Weltbild des Patienten für die Behandlung genutzt, obwohl es durch Wahnideen gekennzeichnet ist. Im Normalfall wird sich die Utilisation des Weltbildes natürlich viel einfacher gestalten lassen als in diesem Extrembeispiel, erfordert aber natürlich eine gewisse Empathie und Kreativität auf Seiten des Behandlers.

2. 6. 2. Utilisation von früheren Lernerfahrungen

Erickson nutzte seine zweimal durchgemachte Kinderlähmung oft für die Therapie seiner Patienten, indem er ihnen Geschichten aus dieser Zeit erzählte. Besonders berühmt ist die „Heugabelgeschichte“, die bereits im Kapitel 1. 2. beschrieben wurde. Er eröffnete damit seinen Patienten eine neue Sichtweise, nämlich die, dass sie (in Trance) sehr wohl Nutzen aus früher Gelerntem oder Erfahrenem ziehen können.

Es gibt Hinweise darauf, dass hypnotisches Eintauchen in früheres Erleben Nervenbahnen stimulieren und die Rehabilitation von Körperfunktionen beschleunigen kann (35, 36). Altersregressives Wiedererinnern kindlicher Findigkeit und Unbekümmertheit stellt auch eine gute Grundlage für kreative Problemlösungen in vielerlei Lebenssituationen dar (37).

2. 6. 3. Utilisation von Emotionen

Auch starke Emotionen, wie zum Beispiel Wut, können hervorragend genutzt werden, wobei dies große Fähigkeiten und ein hervorragendes Einschätzungsvermögen des Behandlers bedarf. Diese Utilisationsform hat sich besonders in der Rehabilitation von Lähmungen bewährt.

Erickson beispielsweise beschimpfte einen Schlaganfallpatienten aus Deutschland im Erstgespräch so lange als Nazi, bis dieser empört aufstand, ein „Nein“ ausstieß und einige Schritte Richtung Ausgang machte. Zuvor war der Patient allerdings nicht in der Lage gewesen, sich von der Liege aufzurichten oder zu sprechen (37).

2. 6. 4. Utilisation von Hypnose und Trancephänomenen

Trancephänomene, wie Zeitverzerrung, positive und negative Halluzinationen, Dissoziation, Altersregression, etc. sind Potentiale und Erscheinungsformen des menschlichen Geistes, die in bestimmten Situationen auch ohne formaler Tranceinduktion auftreten können (37). Des Weiteren hat der Mensch offensichtlich das Potential, schwere Schmerzen ausblenden zu können (38). Man könnte also sagen, dass noch kein Hypnotiseur irgend etwas induziert oder evoziert hätte, das nicht im Bereich menschlicher Möglichkeiten gelegen hätte.

Eine von Ericksons Lehrgeschichten, die sich zur Beschreibung der negativen Halluzination eignet, soll hier nun kurz erzählt werden. Erickson, damals noch Medizinstudent, kam an einer Kesselfabrik vorbei, aus der ohrenbetäubender Lärm zu hören war. Er bemerkte allerdings, dass sich die Arbeiter ohne Probleme miteinander verständigen konnten. Da ihn dieses Phänomen interessierte, beschloss er, einen Selbstversuch zu starten. Er bat bei der Betriebsleitung um Erlaubnis, auf einer Matratze schlafend eine Nacht in der Fabrik verbringen zu dürfen. Als er am nächsten Morgen aufwachte, bemerkte er, dass auch er die Arbeiter hören und sogar verstehen konnte. Er hatte die Umgebungsgeräusche einfach ausgeblendet (13).

Dieses und alle anderen Trancephänomene lassen sich besonders gut utilisieren, wenn sie zum ersten Mal auftreten und daher für den Patienten noch etwas ganz Außergewöhnliches darstellen.

Abschließend sei noch erwähnt, dass das Utilisationsprinzip die Grundlage für das heute praktizierte ressourcen- und lösungsorientierte Arbeiten darstellt.

2. 7. Suggestionen

Suggestionen stellen den therapeutischen Kern einer jeden Hypnosesitzung dar, da selbst bei bestem Rapport und ausgefeilten Induktionstechniken am Ende einer Hypnose ohne Suggestion im besten Falle nur ein „entspannter“ Patient zurückbleibt. Man spricht in solchen Fällen von einer s.g. „Leerhypnose“. Diese Arten von Trance eignen sich zum schnellen Erlernen und Üben von Induktionstechniken, haben aber ansonsten keinerlei Relevanz für die tägliche Praxis, denn ohne Suggestion dauert die Hypnose nur wenige Minuten und allein für eine „Tiefenentspannung“, wie sie von vielen Patienten gewünscht wird, ist der Einsatz von Suggestionen unabdingbar.

So wichtig, wie Suggestionen zweifelsohne für die hypnotische Praxis sind, können sie aber auch bei einigen Patienten zu Resistenzen führen. Denn in unserem Sprachgebrauch hat das Wort im Laufe der Zeit eine negative Konnotation erfahren. Im Allgemeinbewusstsein wird es stets mit Manipulation, Beeinflussung oder schlechten Absichten in Verbindung gebracht.

Doch was müssen wir uns nun tatsächlich unter einer Suggestion vorstellen? Zu Anfang soll hier betont werden, dass die negative Konnotation völlig zu Unrecht besteht. Zum einen ist man heute der Auffassung, dass ein Patient in Trance auf Suggestionen, die seinem Weltbild widersprechen, gar nicht reagiert, im schlimmsten Fall sogar sofort aus der Trance erwacht (39). Andererseits ist den meisten Menschen, auch vielen Anwendern der Hypnose, wohl nicht bewusst, was Suggestionen überhaupt sind oder was das Gesagte zur Suggestion macht. Man kann heute davon ausgehen, dass es Suggestion als solches gar nicht gibt. Vielmehr handelt es sich um eine Botschaft, aus der der Empfänger eine Suggestion macht (40). Dies ist auch im Sinne des Erickson'schen Utilisationsprinzips (siehe Kapitel 2.6.). Es gibt unzählige Beispiele aus dem alltäglichen Leben, die belegen, dass etwas vielleicht gedankenlos Gesagtes durchaus zur Suggestion werden kann und den Empfänger ein Leben lang begleitet, im schlimmsten Falle sogar verfolgt.

Was macht nun einen Satz zur Suggestion? Es scheint hier drei Komponenten zu geben, die unterschiedlichen Einfluss auf das Ergebnis haben können.

Als augenscheinlichste Komponente wird natürlich das Gesagte selbst, also der Inhalt auffallen. Dies - so wichtig es im therapeutischen Kontext sein mag - spielt aber für das Entstehen einer Suggestion nur eine untergeordnete Rolle. Mitverantwortlich, aber genauso wenig entscheidend, ist auch, wie etwas gesagt wird. Die wichtigste Komponente, die das Gesagte zur Suggestion werden lassen soll (therapeutisch) oder kann (im täglichen Leben), ist der Kontext, in dem etwas gesagt wird. Ein und die selbe Aussage kann bei einem gemütlichen Essen unter Freunden als belanglos abgetan werden, während sie in der entsprechenden Situation, beispielsweise im Operationssaal, zu einer lebenslang wirksamen Suggestion genutzt werden kann (40).

Ich möchte hier zwei Beispiele anführen, die dies sehr anschaulich beschreiben. Beide Beispiele sollen zeigen, wie wichtig die ersten Worte nach der Geburt eines Kindes sein können. Vor einiger Zeit gab es eine Reportage, in der die Mutter eines stark übergewichtigen 10-Jährigen berichtete, dass man ihr nach der Geburt gesagt hätte: „Den müssen Sie päppeln“. Im zweiten Fall sagte der behandelnde Arzt der Mutter einer untergewichtigen und zu früh geborenen Tochter: „Ihre Tochter schafft das schon. Das ist eine Kämpferin“ (40).

In beiden Beispielen wurde das Gesagte durch die besonderen Umstände zu einer lebenslang wirksamen Suggestion. Im ersten Fall hatte die Mutter ihren Sohn unbewusst, auch nachdem er aus dem Krankenhaus entlassen und völlig gesund war, weiterhin „gepäppelt“, während im zweiten Fall, immer wenn die Tochter ein Problem hatte, die Eltern äußerten, sie schaffe das schon, ihre Tochter sei eine Kämpferin.

Diese Geschichten sollen verdeutlichen, dass etwas unbedacht daher Gesagtes unter bestimmten Umständen vom Empfänger zur Suggestion genutzt werden kann.

Dieser besondere Kontext kann im täglichen Leben auf vielerlei Wegen hergestellt werden - bei der Geburt eines Kindes, wichtigen Lebensereignissen, wie z.B. Hochzeiten, vor Publikum, u.s.w. Diese Liste ließe sich schier endlos erweitern. Auch schamanistische Heilrituale bedienen sich der Herstellung eines ganz besonderen Kontextes, der den Patienten, aber auch die ganze Gemeinschaft, die dem Ritual beiwohnt, in einen veränderten Bewusstseinszustand versetzt. Und dies lässt die Worte des Schamanen zu Suggestionen werden, die wiederum die

im Kranken schlummernden Selbstheilungskräfte und Ressourcen aktiv werden lassen. Auch die Mitteilung von Diagnosen im klinischen Rahmen kann dies bewirken. Da der Patient ja weiß, dass ihm bald die Diagnose mitgeteilt werden wird, versetzt ihn allein schon diese Erwartung und die oft vorhandene Angst vor einer schlimmen Diagnose in einen veränderten Bewusstseinszustand. Der Patient befindet sich in einem Hypnoid und ist deshalb besonders empfänglich für das Gesagte und eher bereit, dies in Suggestionen zu verwandeln. Aus diesem Grund ist es für den Heilungsprozess und die Lebensqualität des Patienten immens wichtig, was der Arzt nach dem Mitteilen der Diagnose zum Patienten sagt. Ist dies bedacht, positiv und wohlwollend, ist es eher wahrscheinlich, dass Patienten auch mit infausten Prognosen viel besser in der Lage sein werden, mit ihrer Krankheit umzugehen, Copingstrategien zu entwickeln und auch die Compliance kann damit erhöht werden. Wird hingegen etwas Unbedachtes, Negatives gesagt, wird auch dies den Heilungsprozess des Patienten beeinflussen, es wird allerdings wahrscheinlich ein Ergebnis hin in Richtung Resignation und Selbstaufgabe erreicht werden.

Ähnliche Bedingungen schaffen Trance und Hypnose. Hypnose fokussiert die Aufmerksamkeit, die Farbigkeit und Lebendigkeit innerer Bilder werden erhöht, Affekte und Gefühle des Patienten intensiviert. Der Patient erzielt eine emotional relevante Erfahrung. Trance gibt den therapeutischen Botschaften den besonderen Rahmen. Die Botschaft an den Patienten ist: Achtung hier passiert etwas Besonderes, also aufgepasst! Die Reaktionsbereitschaft ist besonders in der ersten Sitzung hoch, da in dieser Situation alles neu und ungewohnt ist (40).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass besondere Lebenssituationen spontan Trancephänomene entstehen lassen können, die Gesagtes zu Suggestionen werden lassen können. Trance ist oft die Voraussetzung für entscheidende Veränderungen und die Entwicklung des Ungewöhnlichen (40).

2. 8. Posthypnotische Suggestionen

Die erste dokumentierte posthypnotische Suggestion findet sich 1787, als der berühmte Hypnotiseur Mouillesaux einer Patientin im magnetischen Schlaf auftrag, am nächsten Tag zu einer bestimmten Stunde eine bestimmte Person zu besuchen (41).

Was versteht man nun genau unter einer posthypnotischen Suggestion? Vereinfacht lässt sich sagen, dass es sich dabei um eine Suggestion handelt, auf welche erst nach Beendigung der Hypnose, meist auf einen Schlüsselreiz hin, reagiert wird. Bedenkt man solche Möglichkeiten, erscheint die Angst vieler Menschen, dem Hypnotiseur willenlos ausgeliefert zu sein, verständlich. Zu Zeiten Sigmund Freuds hielt man es für unabdingbar, alle Suggestionen vor Beendigung der Hypnose zurückzunehmen. Die Befürchtung, nicht zurückgenommene Suggestionen könnten posthypnotisch weiterbestehen, hält man heute für eher unwahrscheinlich (42).

Zwei Formen der posthypnotischen Suggestion lassen sich unterscheiden: Zum einen die direkten, die nach einem „wenn - dann - Muster“ gegeben werden, also zum Beispiel: *„Und nachdem Sie aus der Trance erwacht sind, werden Sie immer dann, wenn es für sie notwendig ist, wissen, wie genau Sie es während der Trance gemacht haben, Ihre Schmerzen so weit zu distanzieren, dass sie nicht mehr wichtig waren.“*

Erickson favorisierte eher die zweite mögliche Form, nämlich die der indirekten posthypnotischen Suggestion. Er definierte diese als Ideen oder Vorschläge, die in einem Zustand erhöhter Aufmerksamkeit gegeben werden. Er bediente sich dabei vor allem den Mechanismen des unbewussten Konditionierens. Der Therapeut registriert die nonverbalen Verhaltensmuster, die für den Klienten die Qualität von konditionalen Stimuli erlangt haben. Werden diese unvermeidlichen Muster mit posthypnotischen Suggestionen verbunden, dienen sie als Auslöser für die Ausführung suggerierter Verhaltensweisen (43).

Bestenfalls wird die posthypnotische Suggestion vom Patienten nicht mehr erinnert. Eine solche Amnesie lässt sich auf verschiedenen Wegen erreichen. Bietet man einem Patienten eine ganze Reihe von posthypnotischen

Suggestionen an, wird es schwierig, sich an alle bewusst zu erinnern oder sie möglicherweise abzulehnen, besonders wenn sie an unvermeidliche Verhaltenssequenzen geknüpft sind (42). Weiters kann durch das Geben der posthypnotischen Suggestion während einer Tieftrance oder tiefen Trancephase bzw. durch Überraschung und/oder Konfusion erreicht werden. Burkhard Peter (44) bezeichnet die Amnesie sogar als Voraussetzung für eine erfolgreiche posthypnotische Suggestion. Er spricht hier von einer speziellen Form der Amnesie, nämlich der s.g. Quellenamnesie. Hierbei wird zwar der Inhalt oder die Information (in diesem Falle die posthypnotische Suggestion) erinnert, nicht aber die Quelle, also, wer wann die entsprechende Aufgabe gegeben hat.

2. 9. Geschichten und Metaphern in der Hypnotherapie

Das Erzählen von Geschichten und Metaphern hat seit Erickson einen festen Platz in der Hypnotherapie gefunden, wenngleich sich die erste dokumentierte therapeutische Intervention, die sich der Wirkung von Geschichten bedient, bereits in der Sammlung „1001 Nacht“ finden lässt. Wie viel von diesem Werkzeug Gebrauch gemacht wird, hängt allein von den Vorlieben des Therapeuten ab. Jedoch wird jeder Therapeut zumindest einen kleinen „Vorrat“ an Geschichten und Metaphern zur Hand haben, die im Bedarfsfall dann erzählt werden können. Besucht man die Fortbildung „Klinische Hypnose nach Milton H. Erickson“ der Milton Erickson Gesellschaft, befasst sich sogar ein ganzer Seminarblock von zwei Tagen ausschließlich mit diesem Thema. Dies unterstreicht wohl die Wichtigkeit und Wirksamkeit dieser Art zu arbeiten.

Erickson erkannte, dass das Erzählen von Geschichten aus seinem Leben, die zur Situation des Patienten passten, den Therapieerfolg deutlich steigerten. So erzählte er viele Begebenheiten aus der Zeit, als er an den Rollstuhl gefesselt war. Später erkannte er auch, dass völlig abstrakte Geschichten und Metaphern diesem Ziel dienlich waren. Sidney Rosen veröffentlichte ein Buch und ein Hörbuch mit sehr schönen Lehrgeschichten Ericksons (13). Auch diese Lehrgeschichten lassen sich hervorragend im therapeutischen Setting anwenden. Dies hat vor allem folgende Gründe: Jeder Patient, der hypnotherapeutisch

behandelt wird, wird früher oder später von Milton Erickson und seiner großartigen Arbeitsweise hören. Beginnt man nun als Arzt/Therapeut eine Geschichte mit dem Satz: *„Ihre Situation erinnert mich an einen Fall, den Erickson einmal zu behandeln hatte. Ich würde Ihnen die Geschichte gern erzählen ...“*, bewirkt das zum einen die Gewissheit beim Patienten, dass er mit seinem Problem nicht alleine da steht, sondern dass es offenbar auch noch andere Menschen gibt, die sein Schicksal teilen. Ortwin Meiss beschreibt zum anderen, wie sehr der Therapieerfolg oft von der Reputation des Therapeuten abhängen kann (40). Dieses Phänomen kann natürlich auch wirksam sein, wenn der „berühmte“ Therapeut nicht unmittelbar an der Behandlung beteiligt ist. Es ist also auch durchaus sinnvoll und empfehlenswert, eigene therapeutische Erfahrungen in Geschichten z.B. Erickson zuzuschreiben, wenn der Patient nicht oder nur ungenügend auf frühere Geschichten aus der Perspektive des Therapeuten reagiert hat.

Ein anderer Vorteil, den Geschichten und Metaphern bieten, kann sein, dass die dissoziative Komponente der Hypnose damit noch verstärkt wird, da der Patient ja nur etwas über jemand anderen erzählt bekommt. Somit bleibt es ihm auch selbst überlassen, was und wie viel er aus der Geschichte auf sich umlegen und später für sich nutzen möchte. Sie können aber auch durchaus zur Assoziation anregen. Die Geschichte führt damit fast unweigerlich dazu, dass unbewusste Suchprozesse und innere Prozesse unabhängig von unserem bewussten Willen ausgelöst werden (43).

Geschichten und Metaphern können weiters dazu benutzt werden, um in einer Trance dem Unbewussten Zeit zu geben, Ressourcen zu finden, zu nutzen oder um in der Trance gegebene Aufträge durchzuführen. Auch können Suggestionen in die Geschichte eingebaut werden, was dem indirekten Kommunikationsmodell Ericksons entspricht.

Neben den gerade genannten Anwendungsbeispielen bestehen noch eine Reihe weiterer, die hier aber nur tabellarisch dargestellt werden sollen, um den Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht zu sprengen. Des Weiteren ist es nicht allzu schwierig, mit etwas Übung zur Situation passende Geschichten und Metaphern zu kreieren.

Geschichten können nach Revenstorff (42) dienen:

- zur diagnostischen Verwendung
- zur Verbesserung des Rapports
- zur Verwendung als therapeutische Intervention
- für die Tranceinduktion
- zur Verstärkung der Argumentation
- als Lösungsvorschläge
- als Hilfe zur Einsicht
- zur Förderung der Motivation
- zur Veränderung rigider Verhaltensmuster
- zur Einbettung von Direktiven und Suggestionen
- zur Vermeidung von Widerstand/Ängstlichkeit
- zum Umdeuten des Problems
- als Regressionshilfen

Revenstorf (42) empfiehlt als Stilmittel die Verwendung von Witzen, Rätseln, Geschichten, Metaphern, Parabeln, Symbolen, Analogien, Anekdoten, Bildern, Sprichwörtern und Redewendungen.

Man sieht also, dass es sich hier um ein wahres Sammelsurium von Möglichkeiten handelt, die Therapie zu gestalten und jeder Behandler sollte auf diese Möglichkeiten zurückgreifen.

Abschließend sollen hier drei kurze Geschichten zur Verdeutlichung dienen, die so durchaus im therapeutischen Setting erzählt werden könnten:

Die erste Geschichte kann zu inneren Suchprozessen nach neuen Alternativen und Möglichkeiten anregen:

Ein Mann kommt zum Rabbi und sagt: „Rabbi, ich habe hier ein Huhn. Was denkst du, könnte ich mit diesem Huhn anfangen? Gib mir Alternativen!“ Der Rabbi überlegt kurz und meint dann: „Nun, du könntest es schlachten und dir und deiner Familie ein wunderbares Mahl zubereiten. Du könntest aber auch einen kleinen Stall bauen, das Huhn füttern und hättest jeden Morgen ein frisches Ei zum Frühstück. Du könntest auch einen Hahn kaufen, dann hättest du bald viele Hühner, die du und deine Familie essen könntet und alle von euch hätten ein

Frühstücksei. Dann könntest du viele Hühner haben und eine Farm gründen und die Hühner und Eier dann verkaufen.“ Der Mann ist von der Idee ganz begeistert und fragt den Rabbi, wo er diese Farm denn hinbauen solle. Er erhält zur Antwort, dass es am Fluss am besten wäre, da dort immer frisches Wasser sei, er viel Platz habe und der Geruch der Farm die Menschen im Dorf nicht belästige. Voller Elan zieht der Mann von dannen und verwirklicht sein Projekt.

Einige Jahre später kommt er wieder zum Rabbi und sagt: „Ich habe alles so gemacht, wie du es mir gesagt hast. Und nun gab es ein Hochwasser und alle meine Hühner sind ertrunken! Rabbi, sag mir, was soll ich nun tun! Gib mir Alternativen!“ Der Rabbi lächelt nur und sagt: „Enten, mein Lieber, Enten ...“

Als zweites Beispiel soll das Rätsel vom 20. Kamel dienen (abgewandelt nach 45): *Hier stirbt ein reicher Mann und hinterlässt seinen drei Söhnen 19 Kamele mit der Verfügung, dass der Älteste die Hälfte, der Zweitälteste ein Drittel und der Jüngste ein Fünftel der Herde erhalten solle. Aber wie die Söhne es auch durchrechneten, ihnen wollte keine Lösung einfallen. Ein vorbeikommender Mullah fragte die Brüder: „Weshalb seht ihr so traurig aus? Kann ich euch helfen?“ Nachdem er das Problem angehört hatte, machte er folgenden Vorschlag: „Das ist doch einfach. Ich stelle mein Kamel zu der Herde, dann sind es 20. Der Älteste bekommt 10, der Zweitälteste fünf und der Jüngste vier. Und meins nehme ich wieder mit.“*

Die letzte Geschichte bedient sich neben einer sehr direkten Aussage, dass manches auf den ersten Blick oft anders erscheint, als es ist, vor allem der Wirkung des Humors, der in der Therapie durchaus einen nicht unerheblichen Stellenwert genießen sollte (42):

Jakob geht zum Rabbi und klagt: „Ich suche meinen Schirm und ich habe die Vermutung, dass einer meiner Verwandten ihn gestohlen hat.“ Der Rabbi rät ihm Folgendes: „Lade alle deine Verwandten ein, stelle eine Kerze auf den Tisch und bitte sie zum Gebet. Erzähle dann vom Exodus, vom Sinai und von den Gesetzestafeln mit den zehn Geboten. Wenn du zu dem Gebot kommst „Du sollst nicht stehlen“, dann schaue dir deine Verwandten genau an und überprüfe, welcher von ihnen rot wird und den Blick senkt.“

Nach drei Wochen kommt Jakob wieder zum Rabbi und sagt: „Es hat wunderbar geklappt.“ Auf Nachfragen des Rabbi berichtet er: „Ich habe alle meine Verwandten eingeladen, habe eine Kerze auf den Tisch gestellt und gebetet. Ich erzählte vom Exodus, vom Sinai und den Gesetzestafeln mit den zehn Geboten. Und als ich zu dem Gebot kam „Du sollst nicht ehebrechen“, ist mir plötzlich eingefallen, wo ich den Schirm vergessen hatte.

2. 10. Indikationen und Kontraindikationen

2. 10. 1. Indikationen

Eine sicherlich nicht unerhebliche Rolle zur Verbreitung der Hypnotherapie im medizinischen Bereich dürfte das Wissen um Indikationen und Kontraindikationen der Therapieform spielen. Deshalb soll hier ein kurzer Überblick über die Möglichkeiten der hypnotischen Therapie gegeben werden, wobei sowohl auf psychiatrische als auch auf rein somatische Erkrankungen eingegangen werden wird.

Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie Deutschland nennt als Kriterium für die Anerkennung eines Therapieverfahrens prinzipiell zwölf Kategorien, von denen elf mittels Hypnose behandelt werden können. Eine Ausnahme bilden „Anpassungsstörungen bei Intelligenzminderung“ (F7). Die folgende Tabelle (Tab. 1) gibt einen Überblick über die möglichen Anwendungsgebiete der Hypnose nach den Kategorien des WBP, wobei Kategorien in der mittleren Spalte als empirisch gut bewährt und durch Studien als hinreichend gesichert gelten, die rechte Spalte enthält Indikationen, bei denen eine hypnotherapeutische Intervention als vielversprechend, jedoch noch nicht als hinreichend empirisch belegt gelten kann (1).

Kategorien 1-12 gemäß WBP (ICD-10)	Störungsbereiche mit empirisch belegter Wirksamkeit	Weitere indizierte Störungsbereiche
Affektive Störungen (F3)		Depression, Hypomanie
Angststörungen (F40-42)	Phobien	Panikattacken, Zwang
Belastungsstörungen (F43)	akute Belastung, PTSD, Anpassungsstörung	
Dissoziative, Konversions-, Somatoforme Störungen (F44, 45, 48)	somatoforme Schmerzen, Reizdarm, Fibromyalgie, u.a.	autonome Funktionsstörungen, Konversionen, Hypochondrie, Amnesie, Fugue, Stupor
Essstörungen (F50)	Essattacken, Körperbild bei Essstörungen	Bulimie, Anorexie
Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen (F21, 51, 52)	Schlafstörungen, sexuelle Störungen	
Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)	Operationsschmerz, Geburtsschmerz, Krebschmerz, Migräne	Tinnitus
Persönlichkeitsstörungen (F60), Verhaltensstörungen (F63-69)		Abnorme Gewohnheiten, Störungen der sexuellen Identität und der sexuellen Präferenz, strukturelle Frühstörungen
Abhängigkeit und Substanzmissbrauch (F1, 55)	Tabakabusus	Alkoholismus, Missbrauch von psychotropen Drogen
Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F29)		Schizophrenie ohne Intelligenzminderung
Anpassungsstörungen bei Intelligenzminderung		
Hirnorganische Störungen		Lähmung nach Insult, Infarkt, bei MS
Zusätzlich	Adipositas	
Kinder und Jugendliche	Schmerzkontrolle, Enuresis, Übelkeit und Erbrechen bei Krebs	Tics, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens

Tab 1: Indikationsbereiche der Hypnotherapie. Aus: (1)

Bei Gewohnheitsstörungen, chronischen Schmerzen, repetitiven Problemen, wie Neurodermitis, Schlafstörungen, Essattacken, Tabakabusus, psychosomatischen Störungen u.ä. dient das Verfahren als Anleitung zur Selbsthypnose mit störungsspezifischen Inhalten, die physiologische Regulationsmechanismen betreffen, etwa Visualisierung von Durchblutung, Immunaktivität, sexuellen, pulmonalen oder gastro-intestinalen Funktionen.

Eine bis heute kaum experimentell nachgewiesene, aber sehr erfolgreich in der Praxis eingesetzte Rolle spielt die Hypnotherapie in der Rehabilitation. Eine Reaktivierung paralysierter Muskelpartien, ebenso wie die Anpassung an den Status nach Unfall, Krankheit oder Operation, dem Umgang mit Phantomschmerzen sind ein mögliches Anwendungsgebiet der Hypnotherapie (1). Als besonderes Praxisbeispiel zur Rehabilitation nach Polio kann Milton Ericksons Biografie gelten.

Hansen (6, 46) beschreibt auch sehr gute Erfolge in der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten von der Anästhesieseite her sowie in der Kommunikation mit Notfallpatienten.

Eine genaue Beschreibung zu Indikationen, Kontraindikationen und Wirksamkeitsnachweisen gibt Revenstorf (1).

2. 10. 2. Kontraindikationen

Als absolute Kontraindikationen gelten prodromale Symptome bei akuten Psychosen und bei floriden psychotischen Zuständen. Bei paranoiden Vorstellungen von Hypnose und bei fehlender Therapiemotivation wird die Herstellung eines Arbeitsbündnisses sehr schwierig bis unmöglich sein.

Eine relative Kontraindikation gelten bestimmten Persönlichkeitsbilder, bei denen die Gefahr eines Rapportverlustes besteht (schwere Borderline- und narzistische Störungen). Strittig ist die Anwendung bei histrionischen Störungen.

Zu beachten ist, dass bei traumatisierten Personen, insbesondere Missbrauchsopfern, ein Arbeitsauftrag nicht angenommen werden kann, wenn es darum geht, amnestische Kindheitserlebnisse zum Zwecke der Wahrheitsfindung wiedererlebt werden sollen, da hier die Problematik der Fehlerinnerung ins Spiel

kommt (1). Deshalb gilt auch die forensische Hypnose als vor Gericht nicht verwertbar.

2. 11. Reframing

Eine der Grundideen Milton Ericksons besagt: Die eigenen Erfahrungen des Patienten, auch die unbewusst gewordenen, so zu reorganisieren und neu miteinander zu verknüpfen, dass Ereignisse, die einst als Begrenzungen erlebt wurden, zu Ressourcen für das heute nötige Wachstum werden (47).

Die Geschichte im Kapitel 2. 6. 1. kann als Beispiel für ein Reframing herangezogen werden, da Erickson hier eine im Weltbild des Patienten implizierte Bedeutung zu nutzen wusste, die bis dahin unbeachtet gewesen war.

Das Reframing selbst ist eine relativ einfach durchzuführende Methode, auch wenn sie viel Erfahrung und Kreativität auf Seiten des Behandlers erfordert. Nichtsdestotrotz ist dieses Kapitel sehr umfangreich und kann in diesem Rahmen nicht ausführlich diskutiert werden, zumal für vertiefende Recherche genügend Literatur zu diesem Thema vorhanden ist (30, 31, 48). Aus diesem Grunde soll an dieser Stelle nur ein kurzer Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten und deren Anwendung gegeben werden.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass das Reframing darauf abzielt, einem Problem oder Symptom eine andere (positive) Bedeutung zu geben. Durch Veränderung des Kontext- oder Bezugsrahmens kann zunächst negativ Erlebtes zu etwas Positivem und Nützlichem werden. Wilhelm Gerl (47) beschreibt, dass durch ein Reframing ein Aspekt eingeführt wird, der im alten Denkraum undenkbar war und paradox erschienen wäre, durch die Intervention aber die Möglichkeit zur Erweiterung des Denkens gegeben ist und es sich so verändern kann, dass sich Handlungsalternativen eröffnen. Dies wiederum kann zu wesentlichen Veränderungen im Erleben und Verhalten führen.

Anschließend sollen einige wichtige Reframingmethoden kurz beschrieben werden:

2. 11. 1. Kurzreframing

Ein Kurzreframing kann entweder im Sinne eines Bedeutungs- oder Kontextreframings realisiert werden. Beim Bedeutungsreframing wird überlegt, welche, außer der schon bekannten Bedeutung oder Funktion das entsprechende Verhalten/Gefühl/Symptom außerdem noch haben könnte.

So könnte z.B. Eifersucht als „Beweis einer sehr engagierten Liebe, die nicht zulassen will, dass die Partnerschaft fahrlässig gefährdet wird“ (47) umgedeutet werden.

Beim Kontextreframing wird versucht, einen Kontext zu finden, in dem das in der Bedeutung unveränderte Erleben/Verhalten/Symptom eine andere Implikation hat und wo es womöglich sogar eine lebenswichtige Funktion erfüllen würde. So könnte nach Gerl (47) z.B. das Zeigen einer Schwäche am Arbeitsplatz als Symptom verstanden werden, während es im Kontext von Liebe oder Freundschaft helfen kann, eine Beziehung zu retten. Mittels des alternativen Kontextes wird also erkannt, dass etwas nicht schlecht ist, sondern nur relativ schlecht zu der einen Situation passt - und ganz gut zu einer anderen. Beim Kontextreframing wird das Symptom herausgenommen aus einem Bezugsrahmen des pathologischen und in einen Rahmen, in dem es als spezifische Leistung gilt, die Fähigkeiten voraussetzt, gesetzt (47). Das Kontextreframing eignet sich beispielsweise sehr gut als Werkzeug bei der Arbeit mit Angst- und/oder Panikpatienten bzw. medizinisch abgeklärten, somatisierten Symptomen, wie dem psychogenen Pruritus.

Für das Reframing gilt natürlich, dass es wie eine Suggestion vom Patienten umgesetzt werden muss, um seine Wirkung zu entfalten.

2. 11. 2. Prozessreframing / Six Step Reframing

Für die Durchführung eines Prozessreframings ist aus Therapeutensicht das Vorhandensein von Training und Selbsterfahrungen in diesen Methoden notwendig. Es geht hier darum, für komplexe Zusammenhänge eines Problems eine alternative Sicht zu entwickeln. Dies geschieht mit Hilfe von Teilen, die in der Paartherapie aus den beiden Partnern, aber auch in der Einzeltherapie, z.B. aus dem Teil A, dem bewussten Denken des Patienten und dem Teil B, z.B. einem

psychosomatischen Symptom bestehen können. Die Telearbeit ist auch ein sehr wirksames Modell in der Arbeit mit Schmerzpatienten (siehe Teil IV). Das von Bandler und Grinder (31) entwickelte Konzept des „Six-Step-Reframing“ stellt ein solches Konzept dar, das im medizinischen Kontext besonders für die Arbeit mit psychosomatischen Symptomen geeignet ist. Das Reframing läuft hier in sechs Schritten ab, die hier nun kurz vorgestellt werden sollen (47, und 49):

1. Hier wird das Muster/Verhalten/Symptom identifiziert, das verändert werden soll („Ich möchte X loswerden, aber ich kann nicht“).
 2. Stellen Sie Kontakt zu X her, fragen Sie, ob X im Bewusstsein kommunizieren möchte und etablieren Sie ein Ja/Nein - System (ideomotorisch, ideosensorisch oder ideoaffektiv).
 3. Arbeiten Sie nun heraus, wofür der Teil der für X verantwortlich ist (tX) sorgt, was die Funktion von X ist und was erreicht oder sichergestellt sein müsste, dass tX beruhigt oder entlastet wäre.
 - Hierzu wird tX zunächst befragt, ob er bereit wäre, Sie und/oder den Patienten bewusst wissen zu lassen, welches Ziel er verfolgt. Bei einem Ja bitten Sie den Teil, seine Funktion oder wohlmeinende Absicht erkennen zu lassen (X muss immer gewürdigt werden!). Bei einem Nein unterstellen Sie dem Prozess eine wichtige Funktion und lassen Sie den Prozess auch ohne sprachlichen Austausch weiterlaufen.
 - Weitere Fragen an tX: *„Ist deine richtig verstandene Absicht für mein Bewusstsein annehmbar?“*, *„Möchtest du, dass ein Teil von mir deine Funktion mit übernimmt?“*
 - Eine sehr wichtige Frage an tX lautet: *„Wenn es Wege gäbe, mit denen deine Funktion genauso gut oder noch besser als mit X erfüllt würde, wärest du bereit, sie mit mir auszuprobieren?“*
 4. Nun versucht man, Zugang zu einem kreativen Teil zu gewinnen, der neue Verhaltensweisen hervorbringt, die die Funktion von X erfüllen. Lassen Sie tX dem kreativen Teil seine positive Funktion mitteilen und tX mindestens drei neue Verhaltensweisen aussuchen, die genauso gut oder besser funktionieren.
 5. Fragen Sie nun tX, ob er bereit ist, mitzuwirken, wenn das neue Verhalten in einem geeigneten Kontext ausprobiert wird und bitten Sie ihn, seine
-

spezifischen Erfahrungen bereit zu stellen, damit die entsprechenden Situationen erkannt und die passendsten Verhaltensweisen ausgelöst werden können.

- Hier kann nun jede einzelne Situation im Sinne eines „future pace“ imaginiert werden und nötigenfalls noch Veränderungen durch tX oder den kreativen Teil vorgenommen werden, wenn sich der Patient und/oder tX mit dem neuen Verhalten in der spezifischen Situation (noch) nicht wohl fühlt.
6. Als letzten Teil wird ein s.g. „Ökologie - Check“ durchgeführt. Hier wird die Frage gestellt: *„Sind **alle** Teile in mir einverstanden, dass ich das in dieser Situation ausprobiere? - Ist da irgend ein Teil in mir, der Einwände hat?“* Im Falle eines Nein gehen Sie zur Überprüfung der nächsten Möglichkeit über. Im Falle eines Ja gehen Sie zurück zu Schritt 2, um diesen Einwand erneut zu „reframen“. In tieferer Trance ist der „Ökologie-Check“ nicht erforderlich.

2. 11. 3. Implizites Reframing

Da eine explizite Umdeutung manchmal Widerstand erzeugen kann, ist die Aufforderung, etwas zu tun, manchmal besser geeignet. Dies lässt sich mit einer s.g. Symptomverschreibung erzielen. Der Patient wird hier aufgefordert, (47) sein symptomatisches Verhalten (das er bereits so gut kann, dass es von alleine abläuft) bewusst und absichtlich zu zeigen. Indiziert ist dies nach Watzlawick et al (50) dann, wenn ein Patient seine Willenskraft gegen ein Symptom einsetzt, um es zu beherrschen. Indem der Patient gebeten wird, das Symptom zu demonstrieren, damit es besser studiert werden könne, wird es implizit umdefiniert zu einem erwünschten Kooperationsbeitrag und konterkariert die bisherigen Lösungsversuche, durch die das Problem aufrecht erhalten werden. Wenn jemand aufgefordert wird, ein als spontan definiertes Verhalten (das Symptom) zu zeigen, dann ist es diesem Menschen nicht mehr möglich, es spontan auszuführen (s.g. „Sei-spontan! - Paradoxie). Dadurch wird zwangsläufig ein neuer Bezugsrahmen geschaffen, der dem Symptomverhalten eine neue Bedeutung gibt (47).

2. 12. Bühnenhypnose

Es ist sehr wahrscheinlich, dass man als Hypnoseanwender früher oder später mit dem Thema Bühnenhypnose konfrontiert werden wird. Einerseits wird eine gewisse ängstliche Stimmung gegenüber dieser bestehen, andererseits werden Patienten dieses Thema unter Umständen auch nur rein aus einem bestehenden Interesse heraus ansprechen. Dies ist völlig nachvollziehbar, da von medialer Seite die Bühnen- und Showhypnose viel eher im Fokus steht als die therapeutische Anwendung derselben. Ich erinnere mich an eine Fernsehsendung, die im Frühsommer 2009 ausgestrahlt wurde, in der eine Frau auftrat, die behauptete, seit einer Hypnose durch ihre Freundin im Bann dieser zu stehen und auf ein „Codewort“ hin allen Anweisungen ihrerseits befolgen zu müssen. Heute geht man davon aus, dass lediglich 2-3% aller Patienten auf eine s.g. posthypnotische Suggestion in Form eines automatisierten, zwanghaften Tuns reagieren (42). Dass solcherlei mediale Präsenz natürlich das Misstrauen der Patienten bestärken kann, muss hier wohl nicht näher erläutert werden. Durch offenes Präsentieren dieser Fakten und durch einen vertrauensvollen Rapport sollten diese Bedenken jedoch relativ leicht zu beherrschen sein. Aus diesem Grunde sollen nun hier einige Fakten zu diesem Thema angeführt werden, um Bedenken und Ängsten von Patienten jederzeit gut vorbereitet gegenüberzutreten zu können.

Das Thema Bühnenhypnose bzw. deren Anwendung durch Laien ist keineswegs ein Phänomen der modernen Gesellschaft. Schon zur Zeit Franz Anton Mesmers und des magnetischen Animalismus war dieses Problem durchaus schon bekannt. Im Jahre 1784 wurden zwei königliche Kommissionen eingesetzt, die den Animalismus auf Gefahren prüfen sollten. Die ärztliche Kommission stellte fest: „daß die öffentlich mittels der Vorgehensweise des animalischen Magnetismus vorgenommenen Behandlungen allen oben genannten Unzuträglichkeiten auch noch die hinzufügen, die eine große Anzahl von Personen (die sich übrigens bei guter Gesundheit befinden) in spastische und konvulsivische Zuckungen zu versetzen, woraus die größten Übel erwachsen können.“ Auch die Kommissäre

des anderen Berichts kommen zu einem ähnlichen Ergebnis: „der Mensch vermag auf seinesgleichen einzuwirken, sein Nervensystem zu verstören und ihm konvulsivische Zuckungen aufzuerlegen. (39)“

Als Folge wurde es Ärzten unter Androhung des Ausschlusses aus der Ärztegemeinschaft verboten, Magnetisierungen vorzunehmen, was aber den Magnetisierungen, die von Laien vorgenommen wurden, keinerlei Abbruch tat. 1817 wurde durch die Könige von Dänemark und Preußen, 1825 durch Kaiser Alexander in Russland und 1845 durch ein Hofdekret die Anwendung auf speziell ausgebildete Ärzte beschränkt. Gilles de la Tourette schreibt 1889: „Es ist ebenso wichtig, für die Anwendung des Magnetismus gesetzliche Vorschriften zu geben, wie man sie für den Verkauf gefährlicher Arzneien gegeben hat. (51)“

Dies zeigt, dass öffentliche Hypnosensitzungen durch Laien von ärztlicher Seite schon immer als gefährlich eingestuft wurden. Diese lange Geschichte führte aber bis heute nur zu einem gesetzlichen Verbot der Bühnenhypnose in Schweden (1916), Israel (1984). In Dänemark ist das oben genannte Gesetz von 1817 noch immer in Kraft (39).

Prinzipiell lässt sich sagen, dass es sich bei einer Bühnenhypnose um einen Suggestibilitätstest handelt, der humorvoll verpackt und dessen eigentliches Ziel durch die Show verschleiert wird: das, was als angebliche Macht des Hypnotiseurs dargestellt wird, dient nur dazu, die suggestibelsten aus der Gruppe der Teilnehmer herauszufiltern. Alle anderen werden im Laufe der Vorstellung „herausgefiltert“ und sitzen dann nur noch als Zuschauer auf der Bühne. Am Ende arbeitet der Hypnotiseur nur noch mit ein oder zwei Personen (39). Des Weiteren kommt ein gewisser Erfolgsdruck auf Seiten der Teilnehmer hinzu, die den Hypnotiseur nicht „scheitern“ lassen wollen und deshalb vieles machen, was sie unter normalen Umständen wohl nie getan hätten. Für die Bühnenhypnose wird oft das Argument ins Feld geführt, dass hypnotische Techniken leicht erlernbar seien. Dieses Argument ist wohl richtig, aber die weitere Argumentation, die Anwendung sei völlig ungefährlich, muss in dieser Generalisierung abgelehnt werden (39). Am besten beschreibt dies Erika Fromm: „Man kann sehr leicht lernen, wie man jemanden hypnotisiert, aber man braucht einen Hintergrund in Persönlichkeitstheorie, Psychologie oder Psychiatrie. Ich sage meinen Studenten,

jeder kann lernen, ein Messer zu gebrauchen, und ein Skalpell ist ganz gewiss ein Messer. Aber du würdest dich doch nicht von einem Hausmeister operieren lassen, bloß weil dieser mit Messer und Gabel essen kann (52).

Teil III: Induktionstechniken

Einleitung

Der dritte Teil dieser Arbeit wird sich nun damit beschäftigen, wie die im vorhergehenden Teil beschriebenen theoretischen Grundlagen in der täglichen klinischen Arbeit angewendet werden können. Es wird hier aber nicht um den therapeutischen Umgang mit Hypnose per se gehen, sondern vielmehr um den Beginn einer fast jeden Hypnosebehandlung: Die Einleitung oder Induktion steht - abgesehen von einigen wenigen Ausnahmen, die im Teil IV kurz besprochen werden - am Anfang jeder Hypnose. Denn auch wenn die hypnotischen Sprachmuster sehr wahrscheinlich auch im Wachbewusstsein eine gewisse Wirkung erzielen, muss für ein entsprechendes Arbeiten mit dem Patienten, sofern dieser eine hypnotische Arbeit wünscht, eine Trance induziert und der Patient in einen anderen Bewusstseinszustand begleitet werden.

Die in den folgenden Kapiteln beschriebenen Techniken dienen nun genau diesem Zweck. Man wird bemerken, dass es eine Vielzahl von verschiedenen Herangehensweisen gibt und dass der Kreativität des Behandlers praktisch keine Grenzen gesetzt sind. Dies lässt den erfahrenen Hypnotiseur im Allgemeinen für jeden geeigneten Patienten die richtige Methode finden, um eine Trance einzuleiten.

Aufgrund der oben genannten Vielfalt der Techniken können hier naturgemäß nur einige beschrieben werden, die aber so ausgewählt wurden, dass sie im klinischen Alltag durchaus praktikabel sein sollten. Natürlich wird nicht jede Technik in jedem klinischen Setting bzw. mit jedem Patienten durchführbar sein, doch lassen sich die einzelnen Techniken, abgesehen von der s.g. Turboinduktion, so weit adaptieren, dass sich der Behandler auch hieraus wieder eine Fülle neuer Möglichkeiten schaffen kann. Es ist auch durchaus erwünscht und manchmal sogar notwendig, dass die hier beschriebenen Induktionsmethoden individuell verändert und angepasst werden, denn nur dadurch kann der Anwender kongruent und damit erfolgreich arbeiten. Auch wird sicherlich nicht jede Technik dem persönlichen Stil des Einzelnen entsprechen, doch kann fast jedes Element der einen Technik mit einer anderen Methode kombiniert werden, sofern die grundsätzlichen Herangehensweisen nicht allzu sehr divergieren.

Und vielleicht können Sie schon beim Lesen des nun Folgenden eintauchen, erfahren...mehr und Meer...und es kann gut sein zu wissen...dann...

3. 1 . Induktion mittels ideomotorischer Phänomene

3. 1. 1. Blickfixation

3. 1. 1. 1. Einführung

Die Blickfixation ist wohl die Methode zur Einleitung einer Hypnose, die in den Vorstellungen der Patienten am stärksten verhaftet sein dürfte. Denn fast jeder, der noch nie zuvor mit therapeutischer Hypnose zu tun hatte, hat das Bild des Hypnotiseurs mit Pendel vor Augen. Dies mag unter Umständen gewisse Resistenzen fördern, doch entkräften sich diese sehr schnell von ganz alleine, sobald der Patient bemerkt, dass er nicht auf ein Pendel starren muss, sondern den zu fixierenden Punkt selbst wählen kann. Trotzdem ist die Induktion mittels Pendel prinzipiell möglich.

Nichtsdestotrotz ist die Blickfixation fester Bestandteil im Repertoire eines jeden gut ausgebildeten Hypnotherapeuten. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen handelt es sich wie schon erwähnt um eine der ältesten und bewährtesten Methoden zur Hypnoseinduktion und wird schon in vorchristlicher Zeit im s.g. Papyrus Eber geschildert (53). Sie kann und sollte deshalb, wenn auch in abgewandelter, mehr patientenorientierter Form auch heute noch zur Anwendung kommen. Des Weiteren bietet sie eine ausgesprochen gute Möglichkeit, skeptischen und/oder ängstlichen Patienten zu demonstrieren, dass sie ganz alleine, ohne jegliches Zutun des Behandlers Trance erzeugen und erleben können. Zuletzt eignet sich eine Blickfixationstechnik äußerst gut, um Selbsthypnose zu praktizieren, was ein fester Bestandteil einer jeden hypnotischen Therapie sein sollte (zur möglichen Durchführung siehe Kapitel 3. 2. 3. 2. 2.).

Ziel der Blickfixation ist es, physiologische Prozesse zu nutzen, um den Hypnotisanden auf interne Prozesse zu fokussieren und ihn auf diesem Wege in den Zustand der hypnotischen Trance zu begleiten. Diese physiologischen

Prozesse sind den meisten Menschen allerdings nicht bekannt und sie reagieren mit Staunen, was der Induktion förderlich sein kann. Außerdem kann dieses Staunen im Sinne von „Wahrsagen“ genutzt werden. Spricht man nämlich eine Veränderung in der Wahrnehmung an, von der der Patient annehmen muss, dass nur er sie wahrnehmen könne, fördert dies das Staunen und unter Umständen den Rapport zusätzlich. Tatsächlich handelt es sich aber um natürliche, bei jedem Menschen vorkommende Veränderungen und jeder Hypnotherapeut hat diese in der Selbsterfahrung unzählige Male erlebt, ist also ohne Weiteres in der Lage, die stattfindenden Phänomene zu verbalisieren. Erfolgt das Ansprechen der Veränderung nach deren Eintreten, verstärkt die Verbalisierung diese im Sinne eines Biofeedbacks. Zu einer Suggestion wird das Feedback, wenn es der Reaktion vorausgeht und dann diese bewirkt. Die geschickte Kombination von Instruktion, Feedback und Suggestion entspricht dem Prinzip von Pacing und Leading und erleichtert das Auftreten des Phänomens (53).

3. 1. 1. 2. Durchführung

Nachdem sich der Patient in eine angenehme Position gebracht hat, wird er gebeten, sich irgendeinen Punkt im Raum zu suchen, den er fixieren möchte. Welche Punkte man anbietet, bleibt den persönlichen Vorlieben des Therapeuten selbst überlassen. Dr. med. Charlotte Wirl empfiehlt beispielsweise einen Punkt in Augenhöhe oder darüber zu wählen, während Dr. Burkhard Peter auch Punkte auf dem Boden fixieren lässt. Ein Punkt oberhalb der Glabella hat allerdings den Vorteil, dass die Augen schneller und intensiver ermüden, was die auftretenden Phänomene wie das Schwerwerden der Augenlider beschleunigt und verstärkt. Weiters kann auch ein neutrales Objekt fixiert werden. Möchte der Patient gerne liegend in Trance gehen, empfiehlt sich neben einem Punkt an der Decke auch die Fixation der über die Augen gehaltenen Fingerbeeren des Therapeuten. Wichtig ist lediglich, dass die Fixierung einige Minuten aufrecht erhalten werden kann, der Patient also immer den selben Punkt fixiert und nicht unruhig hin und her schaut oder die Konvergenz seiner Augen auflöst und ins Unendliche sieht. In diesen Fällen treten die gewünschten Phänomene nämlich nicht auf und man sollte abbrechen und zu einer anderen Technik wechseln (53).

Hat der Patient nun einen für sich passenden Punkt ausgewählt und diesen fixiert, wartet man, bis die folgenden Veränderungen in der Wahrnehmung auftreten, die dann verbalisiert und damit verstärkt werden (53).

Durch das „Nachschwingen“ des Scharfstellmechanismus kommt es bald zu unscharfem Sehen, zu einem Tunnelblick, zum Entstehen einer Farbaura um den Fixationsgegenstand oder zur Veränderung der Form des fixierten Objekts (53). Dies wird dann verbal rückgemeldet, etwa mit: *„Und während Sie so Ihren Punkt betrachten, kann es sein, dass Sie jetzt schon bemerken, wie alles ein wenig verschwimmt, wie sich Farben und Formen verändern oder dass sich so etwas wie eine Aura beginnt um den Gegenstand auszubreiten.“*

Das Fixieren bewirkt in den meisten Fällen ein unwillkürliches Unterdrücken des Blinkreflexes, was dazu führt, dass die Augen schwer und müde werden und sich unwillkürlich über kurz oder lang von selbst schließen. Auch dies wird wieder verbal rückgemeldet und damit verstärkt.

Normalerweise kann man früher oder später die physiologischen Merkmale einer beginnenden, leichten Trance feststellen, was sinnvollerweise wie folgt kommentiert werden kann:

„Und sobald (wenn bzw. weil) sich Ihre äußeren Augen nun geschlossen haben, können sich Ihre inneren Augen öffnen, und Sie können beginnen, mit Ihren inneren Augen die Dinge zu sehen, die sich Ihnen nun zeigen. Manche können mit geschlossenen Augen aber auch besser auf die Stimme ihres Inneren, ihres Unbewussten hören, und wieder andere können mit geschlossenen Augen einfach achtsam sein, auf das, was sie fühlen.“ (53)

Anschließend gibt es mehrere Möglichkeiten fortzufahren, die nun im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

3. 1. 1. 3. Schlussbetrachtung

Die Blickfixation ist also wie beschrieben eine sehr einfache und elegante Methode zum Erzeugen von Trance. Trotzdem gibt es einige Dinge, die beachtet werden müssen. Die Augen sollten sich innerhalb von zwei bis drei Minuten geschlossen haben, auf keinen Fall sollte man aber warten, bis die Augen stark zu tränen beginnen, denn dies würde vom Patienten als unangenehmes Brennen empfunden werden. Weiters sollte bei Kontaktlinsenträgern auf die Blickfixation verzichtet werden, da bei ihnen die Hornhaut leicht austrocknet. Auch bei erlebtem oder nur befürchtetem Kontrollverlust durch die Fixationstechnik und/oder Augenkatalepsie (s.u.) sollte sie nicht angewandt werden (53).

Sollten sich die Augen nach zwei bis drei Minuten noch nicht geschlossen haben, aber bereits einige physiologische Zeichen (Unbeweglichkeit oder klonisches Zucken der Lider, Feuchtigkeit in den Augen) sichtbar sein, hat man nun die Möglichkeit abubrechen oder bei einem vertrauensvollen, unkomplizierten Rapport eine kleine „Hilfestellung“ zu geben, die bereits schon von Bernheim (1840 - 1919) beschrieben wurde. Sie ist an „mesmer'sche Passes“ angelehnt und besteht darin, im Abstand von wenigen Zentimetern mit der Hand vor dem Gesicht des Patienten von oberhalb der Stirn abwärts bis zum Kinn zu streichen. Fast alle Patienten folgen diesem nonverbalen Hinweis und schließen die Augen (53).

Beachtet man diese Hinweise, ist die Blickfixation im Allgemeinen problemlos durchführbar und sollte von jedem Behandler wegen ihrer Einfachheit intensiv geübt und beherrscht werden.

3. 1. 2. Augenkatalepsie

3. 1. 2. 1. Einführung

Hat man nun mit Hilfe der Blickfixation einen Lidschluss und eine sich einstellende Trance erreicht, kann man bei passendem Rapport und Indikation eine s.g. Augenkatalepsie suggerieren. Darunter versteht man das völlige Unvermögen, die Augen auch mit der größten willkürlichen Anstrengung zu öffnen, was die Trance in den meisten Fällen vertieft. Die Augenlider scheinen wie aneinander festgeklebt. Diese kann auch spontan auftreten und muss natürlich, wenn sie vom Patienten angesprochen wird, in jedem Fall genutzt werden. Denn jeder, der eine solche Augenkatalepsie schon einmal erlebt hat, kann sich vorstellen, dass sie, wenn spontan, unwillkürlich und ohne entsprechende Suggestionen auftritt, durchaus erschreckend wirken und bei entsprechend disponierten Menschen sogar Angst bis hin zu Panik auslösen kann. Wird sie allerdings verbal als normal und physiologisch rückgemeldet, lässt sich eine solche Situation meist sofort entschärfen, andernfalls sollte die Trance sofort beendet werden, was natürlich zum Öffnen der Augen und damit zum Entfall der ängstigen Wahrnehmung führt.

3. 1. 2. 2. Durchführung

Wir haben unseren Patienten also nun durch die Blickfixation in einen leichten Trancezustand begleitet. Bei geeigneter Indikation kann nun als „beweisendes Moment“ eine Augenkatalepsie suggeriert werden. So wie bei der Blickfixation wird auch hier zunächst auf rein physiologische Prozesse eingegangen, die für den Patienten leicht nachvollziehbar sind. Dies könnte in etwa wie folgt geschehen:

„Vielleicht ist Ihnen ja schon mal aufgefallen, dass bei geschlossenen Augen das Unterlid ja eigentlich am Oberlid hängt. Das kommt daher, dass auf beiden eine ganz dünne Flüssigkeitsschicht ist. Genauso wie man zwei Glasplatten, die ein bisschen feucht sind, kaum mehr voneinander trennen kann, werden auch Ihre Augenlider von so einem Flüssigkeitsfilm zusammen gehalten.“

In weiterer Folge wird dann die Katalepsie durch so genannte „Challenge-Suggestionen“ noch verstärkt:

„Ihre oberen Lider liegen nun auf den unteren und Ihre unteren Lider hängen (kleben) an den oberen. Vermutlich finden Sie allein schon den Gedanken zu schwer, die Augen öffnen zu sollen, ganz schwer ...“ (53)

Bemerkt man dadurch nun eine Verstärkung der Katalepsie, könnte man den Effekt wie folgt noch weiter verstärken:

„Und ich glaube, dass Sie nun bemerken, dass, je fester Sie versuchen, Ihre Augen zu öffnen, umso schwerer liegen Ihre Augenlider aufeinander ... sind Ihre Augen verschlossen ... wie wenn die Lider aneinander kleben würden ... je fester umso schwerer ... und umso schwerer Ihre Augenlider aufeinander liegen, um so fester müssten Sie versuchen, die Augen zu öffnen ... doch allein schon der Gedanke ... und sie sollten ganz fest daran denken ... macht das Öffnen schwer ...“.

Hier wirkt auch der Teil „je fester Sie versuchen...“ als Suggestion, da das Wort „fester“ analog markiert werden kann und damit bei entsprechender analoger Markierung den anderen Suggestionen (umso *schwerer*, *aneinander kleben*, etc.) unbewusst in Zusammenhang gebracht und auch als solche verstanden wird.

An diesem Punkt ist es nun sinnvoll, einen „Sicherheitsanker“ zu installieren. Bei voll ausgebildeter Katalepsie, wenn der Patient auch unter größter willkürlicher Anstrengung die Augen nicht mehr öffnen kann, empfiehlt sich folgende Suggestion:

„Und ich möchte, dass Sie wissen, dass Sie jederzeit, wenn dies notwendig sein sollte, zum Beispiel, wenn wir schnell diesen Raum verlassen müssten, Sie Ihre Augen sofort wieder öffnen können. Genau dann, wenn es notwendig ist, können Sie einen Schritt zurück in diesen Raum, ins Hier und ins Jetzt machen und Ihre Augen ganz leicht wieder öffnen ...“

3. 1. 2. 3. Schlussbetrachtung

Eine mögliche Indikation ist etwa dann gegeben, wenn man Patienten verdeutlichen will, dass zwischen willkürlichen („ideomotorischen“) und unwillkürlichen („idiomotorischen“) Prozessen ein Unterschied besteht, und dass

er von den Versuchen ablassen soll, bewusst und willkürlich auf unbewusste und unwillkürliche Prozesse Einfluss nehmen zu wollen (53).

Die Augenkatalepsie ist nicht zuletzt deshalb so ein wertvolles Werkzeug, weil sie neben der Armkatalepsie /-levitation und idiomotorischen Bewegungen wohl von den meisten Patienten als „Trancebeweis“ akzeptiert wird. Haben wir es also mit einem Patienten zu tun, der behauptet, er wäre noch nie in Trance gewesen, eignen sich Augen- und Armkatalepsie hervorragend, um bei geeigneter Indikation diese Zweifel in den meisten Fällen auszuräumen. Weiters kann die Augenkatalepsie auch in Autohypnose erzeugt werden und damit für den Patienten zur Überprüfung der Wirksamkeit seiner Selbsthypnososen genutzt werden.

In sehr seltenen Fällen kann es passieren, dass der Patient beim Zurückkommen aus der Trance nach einer Augenkatalepsie seine Augen nicht öffnen kann, auch wenn die Dehypnose regelrecht vorgenommen wurde. Die Augenkatalepsie wird also zum Symptom. In diesem Fall sollte man ihn bitten, seine Augen ganz bewusst und willkürlich zusammenzukneifen und sie dann auf zu machen:

„Nun kneifen Sie ihre Augen ganz fest zusammen, ganz fest zusammenkneifen ... und dann: Augen auf!“ (53)

3. 1. 3. Vertiefung und Einführung des „Unbewussten“

Mit der Blickfixation, dem folgenden Augenschluss und der eventuell aufgetretenen Augenkatalepsie haben wir also schon eine leichte (nur Blickfixation) oder etwas tiefere (mit Augenkatalepsie) Trance erreicht. Nun kann die Trance mit der Treppenmetapher weiter vertieft werden. An dieser Stelle ist es auch günstig - besonders nach Übungen, wie der Augenkatalepsie oder Armlevitation - die Instanz des „Unbewussten“ einzuführen. Der Patient erlebt besonders bei der Levitation das Gefühl der hypnotischen Dissoziation, was auch die Erfahrung der Fremdkontrolle beinhaltet. Da der Patient aber inzwischen weiß, dass der Hypnotiseur dieses Phänomen nicht ausgelöst hat und zusätzlich erfahren hat, dass auch er selbst dies willkürlich nicht verursacht hat, muss ein anderer „Autor“ für die Verursachung der Bewegung gefunden werden. Im Gegensatz zur Bühnenhypnose - hier wird nun die vermeintliche „Macht“ des Hypnotiseurs demonstriert - bietet sich im Rahmen der therapeutischen Hypnose die Metapher des Unbewussten als passendes „therapeutisches Tertium“ (54) an. Diese kann und sollte schon sehr früh eingeführt werden, unter Umständen schon nach dem Lidschluss, vielleicht mit der Treppenmetapher:

„Jetzt, wo Ihre äußeren Augen geschlossen sind, können sich Ihre inneren Augen öffnen, und Sie können eine Treppe sehen, die nach unten (nach oben) führt. Und Sie gehen nun auf dieser Treppe Stufe um Stufe immer tiefer und tiefer (weiter und weiter) und kommen dann mehr und mehr in Kontakt mit Ihrem Unbewussten. Sie merken vielleicht früher oder später, dass Ihr Unbewusstes Ihnen entgegenkommt, dass es Ihnen die Hand entgegenstreckt. Sie merken das vielleicht daran, dass Ihre rechte oder linke Hand beginnt sich zu verändern, vielleicht zunächst nur in dem einen oder anderen Finger; sie geht in einen Zustand steifer Leichtigkeit, wird immer leichter und leichter. Sie müssen sich nicht darum kümmern, es geschieht ganz von allein, gehen Sie einfach ruhig und sicher Stufe für Stufe die Treppe hinab (weiter und weiter), bis sie merken, Ihr Unbewusstes übernimmt nun mehr und mehr die Kontrolle.“ (53)

Da es manchen Menschen Unbehagen bereiten kann, eine Treppe nach unten zu gehen, empfiehlt es sich, die Richtung völlig offen zu lassen. Man könnte also sagen: *„... und Sie können eine Treppe sehen und Sie gehen nun auf dieser*

Treppe Stufe für Stufe und kommen dann mehr und mehr in Kontakt mit Ihrem Unbewussten ...“

Als weitere Möglichkeit bietet sich alternativ zur Treppenmetapher auch die Aufzugmetapher an. Hier wird anstelle der Treppe ein Aufzug suggeriert, in den der Patient einsteigen kann und der ihn „ganz von selbst“ tiefer oder höher führt. Die Indikation für oder gegen Treppe bzw. Aufzug hängt davon ab, wie viel an Eigenbeteiligung am Vertiefungsprozess der Patient noch benötigt. Denn das Einsteigen in den Fahrstuhl und das „wie von selbst tiefer“ Fahren entspricht viel mehr einem Zustand der Passivität und Rezeptivität als das Begehen einer Treppe (53).

Der Aufzug eignet sich allerdings hervorragend, um den Patienten an einen bestimmten Ort oder in eine bestimmte Zeit zu führen, von der man die genauen raumzeitlichen Koordinaten nicht kennt (z.B. in der Altersregression oder -progression):

„Sie steigen nun wieder in Ihren Aufzug und überlassen es dem Unbewussten zu bestimmen, wohin es Sie führt und in welchem Stock sich die Türen wieder öffnen. Sie treten dann hinaus und befinden sich genau dort, wo ...“ (53)

Praktisch jeder (Bühnen) Hypnotiseur, aber auch viele Hypnotherapeuten zählen während der Induktion von 1 bis 10 (oder nur von 1 bis 3). Es wird vermutet, dass das für viele Menschen ein Verstärkungsritual darstellt, dem sie leicht folgen können. In diesem Sinne dient das Zählen der Vertiefung der Trance (53).

3. 2. Verbale Induktionstechniken

3. 2. 1. Induktion mittels verbaler Konfusion.

3. 2. 1. 1 Einführung

„Zu den wirkungsvollsten Methoden zur Einleitung und Vertiefung einer Trance gehört die Konfusion. So führte der autoritäre, dem Patienten laut und wiederholt ins Gesicht gerufene Befehl „*Schlafen Sie jetzt! Sie schlafen!! Schlafen sie!!!*“, den Freud zu Kaiser Wilhelms Zeiten noch [...] erfolgreich zum Hypnotisieren benutzen konnte, zunächst zu einer Art Gehorsamkeitsreflex, der in einer autoritären Sozialstruktur noch gut verankert war. Aber gleichzeitig beinhaltet eine solche Form der Induktion auch einen Moment der *Verwirrung* und *Verunsicherung* (Konfusion). Wenn jemand im hellwachen Zustand von einer anerkannten Autoritätsperson, an die er sich hilfesuchend gewandt hat, den massiven Befehl erhält, sogleich etwas zu tun, wozu er beim besten Willen nicht imstande ist, nämlich auf der Stelle einzuschlafen, dann gerät er in eine psychische Falle, aus der er am ehesten entrinnen kann, indem sein Bewusstsein vorübergehend die Kontrolle abgibt. Es ist gleichsam so, als ob das Bewusstsein sagte: „Ich weiß absolut nicht, wie ich das tun soll, Herr Doktor, hier und jetzt einzuschlafen, aber Sie befehlen es mir so massiv, also mache ich jetzt lieber gar nichts mehr und überlasse Ihnen das Weitere.“ Das Bewusstsein des Patienten gibt sich geschlagen und räumt das Feld. [...] Auf den Befehl zu schlafen reagiert der Patient vielmehr auf seine eigene (man könnte sagen paradoxe) Weise: Er geht in Trance.“ (55)

Hier sollen zwei Möglichkeiten, verbale Konfusion zu erzeugen, beschrieben werden. Zuerst eine extrem verwirrende Geschichte von einem Haus, in dem alles verkehrt herum ist (56), anschließend die sehr beliebte Geschichte von Dr. Dienstag und Dr. Freitag.

3. 2. 1. 2 Durchführung

3. 2. 1. 2. 1 „Das verkehrte Haus“

Am Anfang werden klassische Entspannungssuggestionen gegeben und der Patient wird aufgefordert, sich in eine möglichst angenehme Position zu begeben und die Augen zu schließen, wenn er das möchte. Anschließend lässt man den Hypnotisanden imaginieren, in einer angenehmen Umgebung auf einem Weg zu wandern, bis man ihm suggeriert, er wäre an einem Ort, an dem man sich wirklich wohlfühlen kann. Und an diesem Ort findet er sich wieder ...

„[...] vor einem seltsamen Haus stehend ... in dem alles verkehrt herum ist ... wenn man sich dem Haus nähert ... findet man sich plötzlich weiter von ihm entfernt ... wenn man sich von dem Haus wendet ... füllt die Außenfront das ganze Blickfeld ... wenn man aber hinschaut ... verschwindet es aus der Sicht ... die Fenster sind verputzt ... und die Wände sind aus Glas ... die Türen sind aus Stein ... und die Mauern öffnen und schließen sich in Scharnieren ... wer in das Haus eintritt ... der steht plötzlich vor der Tür ... wer es aber verlassen will ... der findet sich innen drin ... wenn man die Treppe hinaufgeht ... erreicht man den Keller ... geht man die Treppe hinunter ... findet man sich im ersten Stock ... am Tage ist es dunkel ... und hell in der Nacht ... an den Decken kleben Teppiche ... und der Fußboden ist weiß gestrichen ... in der Küche steht das Bett ... und der Kühlschrank steht im Schlafzimmer ... will man eine Tür öffnen ... dann ist sie verschlossen ... wenn man sie aber schließt ... dann kann man hindurchgehen ... in diesem Haus leben Kinder ... die zur Arbeit gehen ... während die Eltern spielen ... die Bewohner gehen am Morgen schlafen ... und wachen abends auf ... sie sind wach im Schlaf ... und träumen am Tage ... wenn sie etwas wollen ... lassen sie es geschehen ... aber um auszuruhen ... sind sie sehr konzentriert ... in diesem Haus kannst du dich verändern ... gleichgültig, ob der Körper sich verwandelt ... während der Geist noch eine Weile braucht ... um diese Wandlung zu bemerken ... oder ob zuerst neue Gedanken erscheinen ... und dann neue Gefühle ... oder ob eine Bewegung unbewusst beginnt ... und sich langsamer oder schneller im Alltag auswirkt [...]“ (56)

Von hier an können dann je nach Bedarf die entsprechenden Suggestionen fortgeführt werden, mit denen die Trance entweder weiter vertieft oder die therapeutische Arbeit begonnen werden kann.

3. 3. 1. 2. 2 Dr. Dienstag und Dr. Freitag

Für die Geschichte von Dr. Dienstag und Dr. Freitag sind im Normalfall keinerlei Vorbereitungen notwendig, da sie sehr einfach strukturiert ist und somit jederzeit ohne großen Aufwand durchgeführt werden kann. Aufgrund ihrer Einfachheit, vor allem aber wegen ihrer scheinbaren Skurrilität wirkt sie für den Patienten kaum wie eine Induktion und es ist durchaus möglich, dass die Reaktionen von ungläubigen Blicken bis hin zu hellem Gelächter reichen, was dann natürlich genutzt werden sollte. Doch gerade diese „Unauffälligkeit“ der Induktion kann Resistenzen vermindern.

Die Durchführung ist denkbar einfach. Dem Hypnotisanden wird kurz erklärt, dass zwei Ärzte, eben Dr. Dienstag und Dr. Freitag zusammen treffen und sich über ihren Dienstplan beraten. Dabei wird die Geschichte aus der Beobachterperspektive erzählt. Die Gestaltung bleibt dem jeweiligen Therapeuten selbst überlassen, weshalb hier nur kurz vorgestellt werden soll, wie eine derartige Induktion ablaufen könnte. Um die Verwirrung zusätzlich zu verstärken, kann es hilfreich sein, bei dieser Induktion eher schnell zu sprechen.

„Dr. Dienstag und Dr. Freitag besprechen ihren Dienstplan. Wenn Dr. Dienstag an einem Montag Dienstag hat, hat er am Dienstag Freitag, wobei dann am Dienstag Dr. Freitag Dienstag hat. Also hat Dr. Freitag am Mittwoch Freitag und Dr. Dienstag hat Dienstag. Wenn aber Dr. Freitag an einem Samstag Dienstag und dann am Sonntag Freitag und Dr. Dienstag am Montag Dienstag hat, muss als Ersatz am Sonntag Dr. Feiertag Dienstag haben ...“

Diese Geschichte kann prinzipiell endlos fortgeführt werden. Bemerkt man, dass die Konfusion den Patienten immer mehr in Richtung eines Hypnoids bringt, beginnt man, zwischen die Sätze trancevertiefende Suggestionen, die zur Verstärkung analog markiert werden können, einzustreuen. Nach und nach

wechselt man immer mehr in die Trancestimme und vertieft je nach Bedarf die Trance.

3. 2. 1. 3 Schlussbetrachtung:

Induktionen mittels verbaler Konfusion gehören zu den effektivsten Methoden, einen Menschen in Trance zu versetzen. Der Fantasie des Hypnotiseurs sind bei der Erstellung solcher Geschichten keine Grenzen gesetzt.

Wichtig für ein Gelingen ist es, die nonverbalen Signale des Patienten zu erkennen und richtig zu interpretieren, um die vertiefenden Suggestionen zum richtigen Zeitpunkt in die Geschichte einflechten zu können.

3. 2. 1. Induktion durch Erzählen einer impliziten Geschichte

3. 2. 2. 1. Einführung:

Die Induktion durch Zählen von z.B. eins bis zehn ist eine der ältesten bekannten Möglichkeiten, Menschen in Trance zu versetzen. Besonders Showhypnotiseure verwenden diese Technik gerne - oft verbunden mit einem Fingerschnippen auf zehn - da es für das Publikum sehr beeindruckend erscheint, dass die Hypnotisanden sozusagen schlagartig in eine somnambule Trance fallen. Hierzu sei allerdings angemerkt, dass Showhypnotiseure im Vorfeld der Aufführung schon aus allen Zusehern die suggestibelsten auswählen und meistens hinter der Bühne bereits eine „konventionelle“ Tranceinduktion durchgeführt wurde. Im Zuge der Induktion wird das Zählen und/oder das Fingerschnippen als Anker gesetzt, der die betreffende Person wieder in Trance versetzt.

Prinzipiell ist eine Induktion nur durch Zählen auch im therapeutischen Rahmen möglich, wengleich auch unter normalen Bedingungen vermutlich recht schwierig. Voraussetzungen für ein Gelingen sind einerseits große Erfahrung des Therapeuten, andererseits muss zwischen Patienten und Therapeuten ein sehr guter Rapport bestehen. Wurde der Patient bereits öfter hypnotisiert, hat also Trance-Erfahrung und wurde das Zählen in den vorhergegangenen Sitzungen als Anker gesetzt, so ist diese Methode sicherlich eine einfache, schnelle und wirksame Art der Einleitung.

Unter Verwendung des Kommunikationsmodells von Milton Erickson lässt sich das Zählen allerdings sehr gut nutzen, jedoch nicht auf die oben beschriebene direkte Art, sondern auf eine ganz sanfte, indirekte Weise. Bei dieser Induktion werden die Zahlen in eine Geschichte eingeflochten. Am Anfang der Induktion wird das Unbewusste durch indirekte, teilweise versteckte Suggestionen darauf vorbereitet, bei zehn in Trance zu gehen, ohne dass der Patient dies auf der bewussten Ebene wahrnehmen muss. Weiters wird innerhalb der Geschichte kaum im konventionellen Sinne gezählt, die Zahlen sind vielmehr in bestimmten Wörtern versteckt (z.B. **achtsam**) und werden vom Therapeuten für das Unbewusste analog markiert.

Diese Induktion ist stark von Erickson's Vorliebe für das Erzählen von Anekdoten inspiriert. Dadurch, dass der Patient nur aufgefordert wird, einer ihm in diesem Fall sogar bekannten Geschichte zuzuhören, ist dies eine sehr sanfte und behutsame Art, einen Menschen in Trance zu versetzen.

Der Gebrauch von Geschichten integriert eine gewisse dissoziative Komponente in die Therapie. Da die Geschichte ja den Patienten nicht direkt adressiert, sie gar nicht von ihm handelt, ist es zwar sehr wahrscheinlich, dass er die für sich richtigen Schlüsse daraus zieht, das dem Therapeuten aber nicht mitteilen muss, wenn er das nicht möchte. Dies kann gerade zu Anfang der Therapie - ein Vertrauensverhältnis muss erst aufgebaut werden - den Rapport verbessern. Ein geübter Therapeut wird allerdings aufgrund der nonverbalen Muster des Patienten in der Regel sehr wohl erkennen können, wann sich der Patient vom jeweiligen Thema angesprochen fühlt. Das Erzählen von Geschichten oder Anekdoten bietet weiters den Vorteil der Autonomieförderung des Patienten. Da ihm in keiner Weise direktive Anweisungen erteilt werden, ist er einerseits darauf angewiesen, sich selbst einen Reim auf das Gesagte zu machen, andererseits bietet man ihm dadurch die Möglichkeit, aus der Fülle der dargebotenen Möglichkeiten - seien es Suggestionen in Trance zu fallen, Vorschläge für Verhaltensänderungen, etc. - die für ihn am passendsten erscheinenden auszuwählen (9).

Im Normalfall handelt es sich aber um eine s.g. scheinbare Entscheidungsfreiheit, da bewusst zwar diverse Entscheidungen getroffen werden können. Die wichtigste Entscheidung - in diesem Fall in Trance zu gehen - kann allerdings durch die impliziten Formulierungen, welche nur unbewusst verarbeitet werden, nicht mehr getroffen werden - der Patient geht in Trance. Allerdings verringert diese scheinbare Freiheit Resistenzen, die vor allem anfangs auftreten, teilweise drastisch. Ein weiteres Beispiel wäre die Frage des Therapeuten: „*Ist diese Liege weich genug um jetzt in eine tiefe Trance zu gehen?*“. Der Patient kann zwar entscheiden, ob er sich wohl genug fühlt, die Trance wird aber im Normalfall eintreten, sobald alle ihn störenden Einflüsse, z.B. durch das Reichen einer Decke bei zu kühler Raumtemperatur beseitigt worden sind.

Durch ihre Indirektheit eignet sich diese Induktion hervorragend, eher Trance-unerfahrene Menschen zu hypnotisieren.

3. 2. 2. 2 Durchführung:

„Wenn es für Sie in Ordnung ist ... möchte ich Sie bitten ... es Ihnen so bequem wie möglich zu machen ... sich so hinzusetzen oder zu legen, dass nichts mehr drückt und zwickt ... dass Sie SICH einfach wohlfühlen dürfen ... und ganz egal ... ob Ihre Augen noch offen ... oder schon geschlossen sind ... jetzt ... dürfen SIE es SICH erlauben ... Ihnen einfach die Zeit zu nehmen ... um zu entspannen ... den Alltag draußen vor der Tür zu lassen ... und in den nächsten Minuten ... neugierig wie ein Kind ... einer Geschichte zuhören ... vielleicht in dieser Geschichte ganz tief versinken ... und Ihrer Fantasie einfach freien Lauf lassen ... diese Trance einfach genießen ... und ich weiß nicht, ob Sie gewusst haben ... dass irgendwo ... fast überall auf der Welt ... manchmal Zahlen eine ganz besondere Bedeutung haben ... die Magie der Zahlen ... dass manchmal Zahlen dabei helfen können ... Dinge in ihrer Tiefe verstehen und begreifen zu können ... und sie wissen ... dass in Geschichten alles möglich ist ... und in dieser Geschichte ... hat eine Zahl ... eine ganz besondere Bedeutung ... eine Zahl ... die von Erfolg ... von tiefem Verständnis erzählt ... davon ... dass man alle ... ja ... wirklich alle Ziele erreichen kann ... nur aus einer tiefen ... inneren Überzeugung heraus ... und auch Sie werden bemerken ... dass Sie bei dieser Geschichte ... (bei zehn) ... vielleicht manches ganz genau ... verstehen können ... in den Tiefen Ihrer Selbst ... vieles begreifen können ... für Sie ... alles ... was in dieser Geschichte für SIE wichtig ist ... können Sie in seiner Tiefe verstehen ... und ... zehn ...

Und ich weiß nicht, ob Sie die Geschichte kennen ... von Christoph Columbus ... der Entdeckung Amerikas ... aber fast alle Menschen kennen sie ... zumindest in ihrer Tiefe ... und vielleicht können Sie sich auch nur noch ganz unbewusst un(d) bewusst daran erinnern ...

Auf jeden Fall werde ich Ihnen nun diese Geschichte erzählen ... eine spannende Geschichte ... voll von neuen Ideen ... von einer langen Reise ... an deren Ende ... eine ganz neue ... bedeutsame Wahrheit steht ...

Einst ... vor über 500 Jahren ... WUSSTEN die Menschen, dass die Erde eine Scheibe ist ... sie glaubten, dass alles ... das an den Rand der Scheibe käme ... nach unten fallen würde ... und so war der einzige Weg ... von Spanien nach Indien ... über die Seidenstraße ... nur einer ... Columbus ... hatte **Zweifel** ... denn

er sah Schiffe auftauchen ... weit hinten am Horizont ... und während er die Schiffe beobachtete ... ganz intensiv ... wusste er ... es gibt einen anderen Weg ... ganz tief im Innern ... diese Sicherheit spüren ... dass es neue ... vielleicht bessere Wege geben darf ... und ... genau ...

Und sicher erinnern Sie sich ... dass Columbus auf **Betreiben** ... von Königin Isabella entsandt wurde ... den Versuch zu wagen ... und Sie wissen auch ... dass er etwas anderes ... Neues ... entdecken sollte ... und dass er das ... was er entdecken sollte ... tief im Innern ...

Und Columbus **absolvierte** seinen Auftrag mit großem Einsatz ... denn er war sicher ... dass sich seine Mühen ... lohnen würden ... dass er Gewissheit erlangen könnte ... für sich selbst ... am Ende der Reise ... jetzt ...

Und so segelte Columbus ... Niña ... Pinta ... Santa Maria ... es mögen **fünf** Jahre gewesen sein ... über die Meere dieser Welt ... vorbei am Fels von Gibraltar ... der seit Jahrtausenden ... fest verankert ... den Höhen und Tiefen des Meeres widersteht ... und von dort ... kann man fast das Kap der guten Hoffnung ... erkennen ...

Und ich weiß nicht ... ob Sie wissen ... wie Seeleute früher navigierten ... sie konnten sich nur mit einem **Sextanten** orientieren ... in der Tiefe des Nachthimmels ... sich nur auf die eigene Intuition ... und Erfahrung verlassen ... um den richtigen Weg zu finden ... aus allen Sternen den richtigen ... heraus **sieben** ... um dann ... ganz wie von selbst ... den richtigen Weg finden zu können ... jetzt ... genau ...

Und mit der Hilfe des eigenen Selbst ... Intuition ... Erfahrung ... schon Gelerntem ... jetzt Neuem ... im Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ... ganz **achtsam** ... den richtigen Weg zu finden ...

Und ich glaube, Sie erinnern sich ... dass Columbus etwas ganz anderes fand ... als er gesucht hatte ... denn anstatt in Indien zu landen ... hatte er aus eigener Kraft etwas zustande gebracht ... er hatte etwas Neues entdeckt ... er war in der **neu(e)n** Welt gelandet ... und ich glaube, Sie wissen ... dass die Indianer deshalb Indianer heißen ... weil Columbus glaubte ... Indien erreicht zu haben ... und er erst später erkannte ... dass er etwas ganz Neues gefunden hatte ...

Und können Sie sich vorstellen ... welch wunderbares Gefühl es für ihn gewesen sein muss ... nach all der Suche ... endlich am Strand zu stehen ... die Wärme zu

*spüren ... einfach das stetige ... ruhige Rauschen des Wassers zu beobachten ...
hören ... Salz auf der Haut ... und den warmen ... feinen Sand spüren ... zwischen
den **Zeh(e)n** ...*

*und ganz tief eintauchen in dieses Gefühl ... etwas erreicht zu haben ... für sich
selbst ... aus eigener Kraft ... nur im Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten ...
jetzt ...“*

Weitere mögliche Implikationen von Zahlen können sein¹:

*„Und dieses **eins, zwei, drei**, das Sie vielleicht schon einmal von einem
Bühnenhypnotiseur gehört haben, würde uns heute viel zu schnell gehen, denn
wir machen alles mit Ruhe und Gelassenheit ...“*

*„Und ich weiß nicht, ob Sie wussten, warum ein **vier**blättriges Kleeblatt so wertvoll
ist ... nicht wegen seiner **vier** Blätter, sondern wegen seiner Seltenheit ...“*

*„Und manche Kinder verstehen auch heute noch nicht, warum **sieben** mal **sieben**
feinen Sand ergeben soll ...“*

Es sei hier noch angemerkt, dass die Zahl „fünf“ die einzige einstellige Zahl ist, die nicht in irgendeiner Form Teil eines Wortes mit anderer Bedeutung ist (z.B. absolv**ieren**, **achtsam**). „Fünf“ muss also auch im Text als Zahl erhalten bleiben.

3. 2. 2. 3. Schlussbetrachtung:

Im Normalfall sollte auch bei unerfahrenen Patienten nach dieser Geschichte eine - wenn auch nicht allzu tiefe - zumindest stabile Trance erreicht worden sein. Obwohl in der Geschichte versteckt einige Suggestionen enthalten sind, die eine beginnende Trance vertiefen sollen, kann es bei einigen Hypnotisanden notwendig sein, die Trance durch weitere Suggestionen zu vertiefen, bis die gewünschte Trancetiefe erreicht ist.

¹ Nach einer Idee von Michael Nigitz-Arch

3. 2. 3. Die 5, 4, 3, 2, 1 - Methode

3. 2. 3. 1. Einführung

Die 5, 4, 3, 2, 1 - Methode, die 1981 von John Grinder und Richard Bandler (29) erstmals vorgeschlagen wurde (vgl. 57), ist eine der am einfachsten durchzuführenden Methoden überhaupt, um eine Trance zu erzeugen. Die Technik beruht vor allem auf der Utilisation des gerade Erlebten des Hypnotisanden, wird allerdings mit overlapping - Übungen kombiniert. Unter Overlapping versteht man das Überlappen oder Ineinandergreifen von Sinnesmodalitäten, wobei nicht zwingend ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen den sich überlappenden Wahrnehmungen bestehen muss. Im Falle der 5, 4, 3, 2, 1 - Methode handelt es sich um äußere und innere Wahrnehmungen, die überlappt werden. Wichtig ist nur, dass beide, vor allem aber die äußeren, tatsächlich in dem Moment bewusst erlebt werden können. Die Verknüpfung erfolgt dann weitgehend unbewusst (vgl. Yes - Pacing). Als Verknüpfungen können Wörter wie „und“, „weil“, „während“, „dann“, etc. verwendet werden. Werden diese Wörter in Kombination gebraucht, also beispielsweise „*Und während Sie ...*“, verstärkt sich ihre Wirkung.

Im Folgenden sollen zwei Varianten dieser Methode vorgestellt werden. Zuerst wird die Technik von Bandler und Grinder behandelt. Dipl. Psych. Bernhard Trenkle verwendet eine leicht abgewandelte Version, um seinen Patienten ein einfaches, jedoch effektives Werkzeug für die Autohypnose zur Verfügung zu stellen. Da die Autohypnose einen wichtigen Teil jeder länger dauernden hypnotherapeutischen Intervention darstellt, soll auch diese Technik hier Erwähnung finden.

Die theoretische Basis dieser Methode besteht darin, zuerst vier äußere Wahrnehmungen des Patienten zu verbalisieren (Utilisation) und diese mit einer inneren Wahrnehmung zu verknüpfen (Overlapping). In der zweiten Runde folgen zwei innere auf drei äußere Wahrnehmungen, in der nächsten Runde 3:2 und so weiter. Wichtig zu erwähnen ist weiters, dass es nicht notwendig ist, immer wieder neue Wahrnehmungen zu „finden“. Ganz im Gegenteil verstärken redundante Formulierungen den Effekt noch.

3. 2. 3. 2. Durchführung

3. 2. 3. 2. 1. Methode nach Bandler und Grinder

Man bittet auch hier den Patienten, sich in eine angenehme Position zu begeben. Hat es sich dieser gemütlich gemacht, ist es hilfreich, den Hypnotisanden kurz zu betrachten, um sich zu überlegen, welche Details man utilisieren möchte. Diese Zeit kann man nutzen, um den Patienten - sofern dies aufgrund seiner Position möglich ist - zu spiegeln und mit dem Atem-Pacing zu beginnen.

Da hier nur ein exemplarischer Ablauf dargestellt werden kann, nehmen wir an, der Patient säße aufrecht in einem Sessel, die Hände auf den Oberschenkeln, mit offenen Augen und würde den Hypnotiseur gespannt betrachten.

Erste Runde:

„Sie sitzen in einem Sessel (1), spüren die Lehne, an die sich Ihr Rücken anlehnt (2), Sie hören meine Stimme, während ich zu Ihnen spreche (3), Sie sehen irgendeinen - ganz egal, welchen Sie sich gerade ausgesucht haben - Punkt in diesem Raum (4).

Und all das kann Ihnen dabei helfen, sich einmal so richtig zu entspannen (1).

Zweite Runde:

„Sie fühlen die Temperatur in diesem Raum (1), Sie nehmen die Geräusche wahr, die hier in diesem Raum klingen und summen und rauschen (2), und vielleicht bemerken Sie, wie der Punkt, den Sie betrachten, immer mehr beginnt zu verschwimmen (3).

Und deshalb kann es ganz einfach sein, noch mehr zu entspannen (1). Und während Sie nun mehr und mehr entspannen, bemerken Sie vielleicht, wie Ihr äußerer Fokus immer mehr zu einem inneren Fokus wird (2).

Sie bemerken, dass die Augen des Patienten langsam schwer werden. Dies wird natürlich sofort genutzt.

Dritte Runde:

„Sie bemerken, wie Ihre Augen langsam beginnen, schwerer zu werden. Und es ist völlig in Ordnung, sie zu schließen ... jetzt (1). Und Sie hören noch immer meine Stimme, wie ich zu Ihnen spreche. Doch es kann sein, dass meine Stimme immer mehr in den Hintergrund verschwindet (2).

Die Bilder, die vorher äußere Bilder waren, können jetzt zu inneren Bildern werden (1).

Und das alles hilft, sich nun ganz und gar zu entspannen (2). Und während Sie nun beginnen ganz zu entspannen, kann es ganz einfach sein, immer tiefer einzutauchen (3).

Vierte Runde:

„Sie nehmen alles außerhalb Ihrer Selbst jetzt vielleicht nur noch ganz schemenhaft wahr (1).

Doch jetzt bemerken Sie schon, wie angenehm es ist, einmal ganz entspannt zu sein (1). Und weil Sie nun ganz entspannt sind, kannst du ganz in deinem Tempo immer tiefer und tiefer sinken in diesen wohligen Zustand (2). Und ist es für dich nicht sehr spannend, alle Geräusche, Bilder, Gefühle, die vorher noch Äußere waren ... jetzt ... einmal als Innere erleben zu dürfen. (3). Und bevor ich es dir gesagt habe, hast du nicht bemerkt, dass du mittlerweile ganz entspannt bist, es dir ganz wohl ist und du nun beginnst, immer tiefer und tiefer in diese Trance zu versinken (4).“

An diesem Punkt kann man nun beginnen, die Trance mit möglichst indirekten Suggestionen so weit zu vertiefen, bis der Patient eine ausreichende Trancetiefe erreicht hat.

3. 2. 3. 2. 2. Methode zur Autohypnose

Beim XVIII. Kongress der Internationalen Gesellschaft für Hypnose (ISH) konnte ich im Rahmen eines Workshops bei Dipl. Psych. Bernhard Trenkle eine leicht abgewandelte Version dieser Methode erlernen, die er gerne verwendet, um seinen Patienten das Verfahren der Autohypnose beizubringen.

Er unterteilt die Selbstinduktion in zwei Abschnitte - einmal mit offenen, einmal mit geschlossenen Augen - wobei in diesem Fall ein 4, 3, 2, 1 - Zyklus jedes Mal durchlaufen wird.

Anfangs ist es für die Patienten hilfreich, laut zu sprechen, da somit einerseits die Aufmerksamkeit mehr in Richtung der Induktion kanalisiert wird, andererseits kann die eigene Stimme als Wahrnehmung herangezogen werden. Auch hier gilt wieder, dass redundante Beschreibungen eher trancefördernd sind. Man kann den Patienten also ruhig darauf hinweisen, dass es sich keineswegs um einen „Kreativwettbewerb“ handelt.

Bei dieser leicht abgewandelten Form werden nicht wie bei der klassischen 5, 4, 3, 2, 1 - Methode äußere und innere Erfahrungen überlappt, sondern der visuelle, der auditive und der kinästhetische Wahrnehmungskanal. Diese Form ist also etwas spezifischer, als sie es bei der klassischen 5, 4, 3, 2, 1 - Methode ist.

1. Runde:

Der Patient wird gebeten, sich mit offenen Augen auf einen Punkt/ein Objekt im Raum zu konzentrieren und dann zu beschreiben:

viermal visuell	viermal auditiv	viermal kinästhetisch
dreimal visuell	dreimal auditiv	dreimal kinästhetisch
zweimal visuell	zweimal auditiv	zweimal kinästhetisch
einmal visuell	einmal auditiv	einmal kinästhetisch

2. Runde:

Der Patient wird nun gebeten, die Augen zu schließen und sich an eine Situation in der Vergangenheit zu erinnern, in der er sich sehr entspannt und sicher fühlte. Auch hier soll wieder beschrieben werden:

viermal visuell	viermal auditiv	viermal kinästhetisch
dreimal visuell	dreimal auditiv	dreimal kinästhetisch
zweimal visuell	zweimal auditiv	zweimal kinästhetisch
einmal visuell	einmal auditiv	einmal kinästhetisch

Im Normalfall ist damit die Selbstinduktion abgeschlossen und der Patient kann beginnen, die „Hausaufgaben“, die er vom Therapeuten erhalten hat, in Angriff zu nehmen.

Mit zunehmender Erfahrung der Patienten kann zuerst damit begonnen werden, nicht mehr laut zu sprechen und schließlich kann sukzessive die Anzahl der Durchgänge vermindert werden.

Bei der Erklärung der Methode geht Trenkle so vor, dass er in einer Therapiesitzung die Induktion gemeinsam mit dem Patienten macht. In diesem Fall sollte man sich im Vorhinein auf einen gemeinsamen Fixationspunkt einigen (Nachvollziehbarkeit). Da man den Patienten ohnehin spiegeln sollte, können ruhig die eigenen kinästhetischen Empfindungen verbalisiert werden, sofern sie nicht spezifisch, also auf ein inneres Erleben bezogen sind. Für die zweite Runde wird der Hypnotisand gebeten, den Worten des Hypnotiseurs nur noch wenig Aufmerksamkeit zu schenken und stattdessen seine eigenen Erfahrungen zu benutzen.

Im Anschluss an die Induktion erzählt Trenkle noch die Löwen-Geschichte (58) und reorientiert den Patienten anschließend durch einfaches Zählen von eins bis 20.

3. 2. 3. 3. Schlussbetrachtung

Die 5, 4, 3, 2, 1 - Methode eignet sich besonders, um erste Tranceerfahrungen zu sammeln, da sie sehr sanft und langsam abläuft. Die ständige Utilisation fördert gleichzeitig das Vertrauen zwischen Therapeuten und Patienten. Der Nachteil besteht sicherlich darin, dass die Durchführung - verglichen mit anderen Verfahren - relativ viel Zeit in Anspruch nimmt, zumal nach Beendigung der Induktion oftmals die Trance noch weiter vertieft werden muss. Nichtsdestotrotz ist diese Induktion z.B. für ein „erstes Kennenlernen“ sicherlich eine sehr gute Wahl.

Der Wechsel zwischen zweiter und dritter Person in Runde vier gründet sich darauf, dass dadurch eine deutlich wahrnehmbare Abgrenzung geschaffen wird, zwischen dem, was sich an den Patienten richtet und dem, was an das Unbewusste gerichtet ist. Ob es prinzipiell sinnvoll ist, einen Patienten zu duzen, bleibt natürlich stets dem Gefühl und der Erfahrung des Behandlers überlassen.

Auch wenn im Englischen allein schon das indifferente „you“ eine klare Unterscheidung schwierig macht, sprach Erickson selbst seine Patienten immer mit ihrem Vornamen an. Meistens wird sich aber in einem therapeutischen Kontext zumindest im deutschsprachigen Raum das „Sie“ durchsetzen. Wechselt man dann im Laufe der Sitzung zum „Du“ (zur Unterscheidung Bewusstes vs. Unbewusstes) sollte dies dem Patienten aber schon im voraus angekündigt und erklärt werden.

Die Autohypnose sollte ein fester Bestandteil einer jeden Hypnotherapie sein und wenn möglich auch gleich bei einer der ersten Sitzungen eingeführt werden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Der Patient sammelt damit selbst Tranceerfahrung, was die spätere Arbeit ungemein erleichtern kann. Außerdem bemerkt der Patient, dass Hypnose nicht ausschließlich - so wie er es von der Showhypnose kennt - von außen „diktiert“ ist, sondern dass er diese Zustände mit etwas Übung auch alleine erreichen kann. Weiters kann man dem Patienten „Hausaufgaben“ auftragen, die er dann zuhause in Trance ausführen soll.

Die oben beschriebene Methode, die beim Kongress der Internationalen Gesellschaft für Hypnose 2009 von Dipl. Psych. Bernhard Trenkle gelehrt wurde, eignet sich für diesen Zweck hervorragend, da sie sehr einfach auszuführen ist und in der Regel schon bei den ersten Versuchen zu Erfolgen führt. Bernhard Trenkle kommentierte dies mit den Worten: „Diese Methode wird funktionieren. Ob Sie es wollen oder nicht“. Mit zunehmender Übung des Patienten können die nötigen Durchgänge immer mehr reduziert werden, da die Trance immer schneller erreicht werden kann.

3. 2. 4. Basissophronisation

3. 2. 4. 1. Einführung:

Die Basissophronisation ist nicht in erster Linie eine „native“ Hypnosetechnik im engeren Sinne. Vielmehr ist die Sophrologie mittlerweile zu einer eigenen Strömung avanciert, die sich vor allem in der Schweiz, in Frankreich und Spanien großer Beliebtheit erfreut. Der Begriff der „Caycedianischen Sophrologie“ ist mittlerweile auch, genauso wie „Hypnose nach Milton H. Erickson“, ein patentrechtlich geschützter Begriff.

Die Sophrologie geht auf den columbianischen Neuropsychiater Prof. Alfonso Caycedo zurück. Etymologisch setzt sich Sophrologie aus den griechischen Worten „Sos“, also Gleichgewicht, „Phren“, eigentlich Zwerchfell, hier aber Geist und Denken und „Logos“, also Lehre bzw. Wort zusammen. Es definiert sich die Caycedianische Sophrologie also einerseits als eine Lehre von der Harmonie des Bewusstseins, andererseits als die Wissenschaft der Weisheit. Da er die Technik der Hypnose als zu wenig exakt empfand und er annahm, dass es irgendwo auf der Welt auch noch andere Praktiken geben müsse, um das Bewusstsein zu beeinflussen, bereiste er für zwei Jahre den Orient, um bei Meistern diverser Lehren zu studieren. Caycedo kombiniert also zahlreiche Methoden aus dem Orient, wie beispielsweise Yoga, Tibetischen- und Zen Buddhismus, etc. (vgl. 59).

Die Basissophronisation ist nun diejenige Technik, mit der jede sophrologische Sitzung beginnt, um Körper, Geist und Seele in Einklang zu bringen. Diese zwar sehr direktive Methode ist ausgesprochen gut geeignet, um einen Zustand der tiefen Entspannung, aber auch, um eine Trance zu erzeugen.

Besonderer Beliebtheit erfreut sie sich unter Zahnärzten, da diese einerseits einen entspannten und weniger ängstlichen oder agitierten Patienten behandeln können. Andererseits bietet sich hier aufgrund der einfachen Durchführung und der Tatsache, dass es sich nicht um eine „klassische“ Induktionstechnik handelt, die Möglichkeit, die Durchführung einer eigens dafür geschulten Zahnarztassistentin zu übertragen (60).

3. 2. 4. 2. Durchführung:

Wie schon erwähnt, handelt es sich bei der Basissophronisation um eine sehr einfache Methode, um einen leicht veränderten Bewusstseinszustand herzustellen. Da der Hypnotisand auf seine einzelnen Körperpartien und Muskeln fokussiert wird, kann man aber nach Erickson'scher Auffassung durchaus von Trance sprechen.

Das Procedere besteht lediglich darin, sämtliche Körperteile und vor allen Dingen Muskelgruppen des Patienten gesondert anzusprechen und ihn begleitend aufzufordern, die genannten Muskeln zu entspannen. Im Folgenden soll ein exemplarischer Ablauf dargestellt werden, der natürlich auch bei dieser Methode je nach Gusto des Durchführenden variiert werden kann, ohne aber zu sehr vom eigentlichen Konzept abzuweichen. Der folgende Text wird allerdings insofern von einer „klassischen“ Sophronisation abweichen, als dass währenddessen bereits tranceinduzierende und -vertiefende Suggestionen gegeben werden, um diese Technik von einer Entspannungsmethode in Richtung einer Tranceinduktion zu führen. Soll diese Übung rein zur Entspannung durchgeführt werden, können diese Passagen ohne Weiteres einfach übersprungen werden.

Zuerst wird der Hypnotisand aufgefordert, sich in eine für ihn angenehme Position zu begeben, mit beiden Armen neben dem Körper und den Beinen leicht gespreizt. Diese Methode lässt sich am besten im Liegen durchführen, ist aber auch auf einem Zahnarztstuhl durchaus praktikabel.

Der Wortlaut der Suggestionen könnte folgendermaßen lauten:

„Ich möchte Sie bitten, die Augen zu schließen und einfach einmal den Augenblick zu genießen. Jeden Atemzug ganz bewusst wahrzunehmen und sich den Raum und die Zeit zu gönnen, um einfach einmal entspannen zu können.

Ich möchte Sie nun mitnehmen auf eine Reise, entlang und vielleicht auch in Ihren Körper, um ihn wieder einmal ganz bewusst wahrzunehmen, ihn zu spüren, denn das tun wir in der heutigen Zeit ohnehin viel zu wenig. Und Sie auch einladen, die Veränderungen, die Sie vielleicht im Laufe dieser Reise erleben werden, ganz bewusst wahr- und anzunehmen und zu beobachten, was wann, wie passiert oder

auch nicht passiert. Und wie Sie das Passierende vielleicht manchmal kontrollieren können, während anderes ganz von selbst geschieht.

Wir beginnen nun von oben und wandern dann Ihren Körper entlang, immer tiefer und tiefer, bis wir schließlich bei den Füßen angelangt sind.

Sie entspannen die Muskeln Ihrer Stirn, lassen jeden einzelnen ganz locker werden, so dass auch die ganz kleinen Fältchen immer mehr beginnen zu verschwinden. Sie entspannen die Muskeln um und in Ihren Augen. Und es kann sein, dass Sie bemerken, dass ganz von selbst die Augen beginnen, vielleicht ein bisschen nach oben zu rollen oder beginnen, ganz langsam von einer Seite zur anderen und wieder zurück wandern [auf diese Weise kann unter Umständen bereits hier ein s.g. Bulbigleiten induziert werden]. Sie entspannen die Muskeln Ihrer Wangen und die vielen anderen, ganz kleinen Muskeln, die die Mimik ausmachen und jedem von uns dieses einzigartige, unverkennbare, ganz individuelle Aussehen verleihen, das jeden von uns zu etwas ganz Besonderem macht. Sie entspannen nun die Muskeln Ihres Kiefers, die Kaumuskulatur und es mag sein, dass Sie bemerken, dass sich vielleicht das Unterkiefer ganz entspannt, ein kleines bisschen vom Oberkiefer entfernt. Sie entspannen die Muskeln Ihrer Lippen und vielleicht öffnen Sie sich dadurch ein klein wenig. Und auch die Zunge liegt ganz ruhig und entspannt an ihrem Platz im Mund.

Und nun werden Sie bemerken, dass Ihr ganzes Gesicht völlig entspannt ist. Und Sie habe alle Zeit, um dieses wunderbare Gefühl zu genießen.

Nun entspannen Sie die Muskeln ihres Nackens, die den Kopf ganz aufrecht und stark an seinem Platz halten helfen.

Sie entspannen die Muskeln ihrer Schultern und es kann sein, dass Sie bemerken, dass Ihre Arme alleine dadurch ein klein wenig schwerer werden.

Sie entspannen nun auch die Muskeln der Arme, die Schultermuskulatur, den Bizeps vorne, den Trizeps hinten. Und auch die Muskeln der Unterarme sind ganz entspannt. Sie entspannen die Muskeln Ihrer Hände und die Fingermuskulatur. Und Sie werden nun bemerken, dass Ihre beiden Arme und Hände völlig entspannt sind und schwer auf der Unterlage liegen. Und es mag sein, dass Sie auch eine Veränderung der Temperatur Ihrer Arme wahrnehmen können.

Sie beginnen nun, Ihre Brustmuskeln zu entspannen, zuerst den einen, dann den anderen oder vielleicht auch beide gleichzeitig. Und auch das Zwerchfell, das ja

ein Muskel ist, darf sich nun entspannen. Und es mag sein, dass Sie dadurch Veränderungen Ihrer Atmung wahrnehmen können. Dass jeder Atemzug vielleicht ein bisschen ruhiger und tiefer wird als der vorherige. Und auch Ihr Herz kann jetzt ganz ruhig und gleichmäßig in der Brust schlagen.

Sie entspannen nun auch die oberen Rückenmuskeln und bemerken dabei vielleicht, wie Sie ein wenig weiter zurücksinken und schon ein bisschen schwerer auf der Unterlage liegen als vorher.

Und nun entspannen sich auch die Bauchmuskeln, die geraden und die schrägen. Und auch Ihr Darm kann seiner Tätigkeit ganz ruhig und entspannt nachgehen. Es mag sein, dass Sie dadurch Darmgeräusche wahrnehmen, die etwas lauter sein können als gewohnt [antizipatorische Utilisation]. Doch das ist völlig normal und nur ein Ausdruck der tiefen Entspannung, in der Sie sich mittlerweile befinden.

Jetzt ist es Zeit, auch die Muskeln des unteren Rückens ganz entspannt werden zu lassen. Und Sie bemerken, dass nun auch Ihr gesamter Oberkörper ganz locker und entspannt ist und nun ganz schwer und fest verwurzelt auf der Unterlage ruht.

Sie entspannen nun die Hüftmuskulatur und die Gesäßmuskeln. Und auch die Muskeln der Beine werden ganz locker. Die vorderen und hinteren Muskeln der Oberschenkel. Und auch die Muskeln in den Unterschenkeln entspannen sich immer mehr. Und auch die vielen kleinen Muskeln in den Füßen, die für einen festen, geraden Stand sorgen, dürfen sich jetzt einfach einmal Entspannung gönnen.

Und Sie können nun wahrnehmen, dass auch Ihre Beine ganz entspannt und schwer auf der Unterlage liegen.

Und während Sie jetzt noch einmal Ihren gesamten Körper spüren und wahrnehmen können, werden Sie bemerken, dass Sie nun völlig entspannt sind. Sich vom Scheitel bis zur Sohle einfach nur wohl fühlen. Ganz bei sich sein, ganz in seiner Mitte ruhen kann, ein wunderbares Gefühl sein. Die Atmung und der Herzschlag sind ganz ruhig und gleichmäßig.“

Ab hier können nun je nach Bedarf weitere vertiefende oder Entspannungssuggestionen gegeben oder auch mit einer Safeplace-Übung begonnen werden.

3. 2. 4. 3. Schlussbetrachtung:

In der zahnärztlichen Praxis hat es sich eingebürgert, die Entspannung immer von oben nach unten durchzuführen, auch wenn ein Beginn bei den Beinen durchaus denkbar scheint. Dies hat einerseits den Grund, dass durch einen Beginn beim Kopf der Mund und das Kiefer länger Zeit haben, um sich zu entspannen. Andererseits kann es durch einen Beginn bei den Beinen auch zu Energiestauung kommen, was sich in Kopfschmerzen und Angstzuständen äußern kann (60).

Die klassische Deduktion lautet wie folgt (60):

„Sie lassen die Energie in Ihren Körper zurück kommen. Diese kommt in Ihre Füße, steigt in die Unterschenkel, die Oberschenkel und ins Becken. Sie belebt Ihren Bauch, die inneren Organe sowie den Brustkorb. Die Energie kehrt in Ihre Arme und Schultern zurück sowie in den Hals und in den Kopf. Sie bewegen Ihre Hände und Füße, rekeln und strecken sich, schlucken Ihren Speichel und öffnen mit einem breiten Lächeln Ihre Augen.“

Natürlich kann aber auch jede andere Rückführungsmethode zur Anwendung kommen.

3. 3. Nonverbale Induktionstechniken

3. 3. 1 Handshake-Induktion nach Milton H. Erickson

3. 3. 1. 1 Einführung

„Neben der verbalen kognitiven Konfusion gibt es weitere Verwirrungsstrategien, die soziale Verhaltensweisen unterbrechen. Es gibt Verhaltenssequenzen, auf die unser Unbewußtes so geeicht ist, daß jede Unterbrechung zu Verwirrungszuständen führt. Begrüßungsrituale, wie z.B. jemandem zur Begrüßung die Hand reichen, und plötzliches Erschrecken sind Beispiele dafür. Zwei Menschen treffen sich, sie sehen sich an, und einer von ihnen beginnt, seine Hand zum Gruß auszustrecken. Normalerweise wird dieses Angebot im Bruchteil einer Sekunde erwidert, und der andere reicht der ausgestreckten Hand seine eigene entgegen. Entspricht der Druck, den beide Hände aufeinander ausüben, den konventionellen Erwartungen (nicht zu schlaff, nicht zu stark) und liegt die zeitliche Berührung der Hände zwischen einer und zwei Sekunden, so läuft das Begrüßungsritual automatisch, programmiert ab und dauert etwa drei Sekunden. Aber gerade weil das Muster automatisch abläuft, ist es stör anfällig und läßt wenig Raum für alternative Verhaltensweisen. Dieses Prinzip läßt sich nutzen, um Trance-Zustände zu erzeugen. Bewußt erzeugte Unsicherheit und direkt darauf folgende Suggestionen versetzen Menschen in Trance“ (55).

Die Handshake-Induktion nach Milton H. Erickson bedient sich nun genau dieser oben beschriebenen Unterbrechung des unbewusst und automatisch ablaufenden „Händeschüttelprogramms“ des Hypnotisanden. Sie ist eine der elegantesten Methoden, eine Trance zu erzeugen, da sie im Normalfall fast völlig nonverbal verläuft, es sei denn, kleinere Suggestionen, die als Hinweise getarnt sein können – z.B. den Arm ganz locker zu lassen - sind notwendig, um die Aufmerksamkeit des zu Hypnotisierenden an das gerade Geschehende zu binden.

3. 3. 1. 2 Durchführung

Zunächst wird dem Probanden – wie zum normalen Gruß – die Hand gereicht und damit das automatische Programm in Gang gesetzt. Doch anstatt nun nach ein bis zwei Sekunden die Berührung zu lösen, deutet man diese Absicht lediglich an, indem zwar die Stärke des Händedrucks reduziert und die Hand auch etwas zurück gezogen wird, der Kontakt jedoch bestehen bleibt. Es kann hierbei sehr hilfreich sein, den Augenkontakt scheinbar aufrecht zu erhalten, der Fokus allerdings wird auf einen Gegenstand hinter dem Probanden gelegt. Am effektivsten ist es, völlig zu defokussieren, was allerdings einiger Übung bedarf. Durch dieses scheinbare Desinteresse, welches allerdings nur unbewusst wahrgenommen wird, da der Augenkontakt nach wie vor besteht, wird völlig nonverbal suggeriert, dass auch die Dinge, die gerade mit der Hand und dem Arm des Probanden geschehen, nicht unbedingt von großer Bedeutung sind.

Während der ganzen Zeit wird das Händeschütteln an sich, also die Auf- und Abbewegung der Hand, ganz langsam und sanft aufrecht erhalten. Mit dem Daumen werden an der Oberseite, mit den vier Fingern an der Unterseite ständig leichte, kaum wahrnehmbare taktile Stimuli gesetzt, die zu einer Überflutung des kinästhetischen Wahrnehmungskanals führen, da auch – oder besonders – diese Berührungen nicht in das bekannte Schema des Händeschüttelns passen.

Führt man diese Induktion nun für einige Zeit fort, lässt sich oft schon nach weniger als einer Minute eine beginnende Katalepsie der Hand und des Unterarmes bis hin zum Ellenbogen feststellen. Nun beginnt man die Hand des Probanden gespannt zu betrachten, was bei den meisten Menschen dazu führt, dass auch sie den Blick auf ihre Hand richten. Denn ab diesem Moment ist es durchaus erwünscht, dass bewusst wahrgenommen wird, was mit dem Arm geschieht und dass dies nicht alltäglich ist. Dies kann zu diesem Zeitpunkt durch großes Erstaunen bis hin zu leichtem Erschrecken auf Seite des Probanden zu einer Vertiefung der sich einstellenden Trance führen. Nun wird man rasch die immer deutlichere kataleptische Starre des Armes feststellen können und man beginnt, ganz vorsichtig und langsam, jedoch unter ständigem Beibehalten sowohl der Bewegung als auch der taktilen Reize, die eigene Hand immer mehr zurück zu ziehen, bis der völlig kataleptische Arm nur noch auf den Fingerspitzen von zwei

bis drei Fingern liegt. Es hat sich als sehr effektiv herausgestellt, die Hand nicht durch bloßes Wegziehen der Finger loszulassen, sondern mit den Fingerspitzen an der Handkante ganz leicht nach vorne zu streichen und den Kontakt an der Fingerbeere des kleinen Fingers des Probanden endgültig aufzulösen.

Zu diesem Zeitpunkt hat sich eine sehr ausgeprägte kataleptische Starre des Armes und sehr wahrscheinlich ein leichtes Hypnoid beim Probanden eingestellt. Oft kann man erstauntes Betrachten der scheinbar frei schwebenden Hand bis hin zu ungläubigem Gelächter beobachten. Eine hervorragende Demonstration dieser Induktion findet sich in einer der wenigen Videoaufzeichnungen von Milton H. Erickson (33).

Dieser Zustand eignet sich nun hervorragend, um die eigentliche Trance zu induzieren bzw. das bereits bestehende leichte Hypnoid zu vertiefen.

In „Therapie in Trance“ demonstriert John Grinder eine Methode bei einem Seminarteilnehmer. Es sei jedoch erwähnt, dass Grinder zwar eine Trance induziert, diese aber aus Zeitgründen sofort wieder auflöst (29). Aus diesem Grunde werde ich hier so lange wie möglich beim Wortlaut Grinders bleiben, dann jedoch den Text variieren, um die Trance noch zu vertiefen.

„Also, ich fände es gut, wenn Sie, falls es Ihnen recht ist, Ihrem Arm einfach erlauben, sich herabzusenken, aber nur so schnell, wie Sie in Ihrer Erinnerung...einen bequemen Ort...und einen angenehmen Zeitpunkt...finden können...wo Sie einmal von allem Abstand nehmen konnten...so daß Ihr Arm...nicht schneller herabsinkt...als sich Ihre Augen...unwillkürlich, ohne Ihr Zutun schließen...“

Ab hier könnte der Text dann folgendermaßen fortgeführt werden:

„Und je weiter sich Ihr Arm nach unten senkt...umso tiefer...können Sie es sich erlauben...sich fallen zu lassen...einzutauchen in einen angenehmen...wohligen...Zustand...ganz in Ihrem eigenen Tempo...im Tempo Ihres Unbewussten...einfach entspannen...dieses Gefühl einfach genießen...immer tiefer und tiefer...genau...und genau dann...wenn Ihre Hand wieder auf Ihrem Oberschenkel zu liegen kommt...werden Sie völlig entspannt sein...sich grenzenlos wohlfühlen...denn je weiter Ihr Arm sich nun senkt...umso wohler fühlen Sie sich...“

Diese Suggestionen werden nun so lange fortgesetzt, wie der Patient benötigt, um seine Hand wieder auf seinem Oberschenkel abzulegen, wobei redundante Suggestionen nicht unerwünscht, sondern dem Effekt sogar förderlich sind.

Durch die scheinbare Selbstbestimmung, nämlich wie schnell sich der Arm senken soll, bauen sich auch die Resistenzen des Patienten ab und die eigentlich wichtigste Aufgabe, nämlich in Trance zu gehen, wird nicht mehr hinterfragt.

Sobald die Hand den Oberschenkel wieder erreicht hat, kann man davon ausgehen, dass eine Trance erreicht wurde, die tief genug ist, um zu beginnen, therapeutisch zu arbeiten. Der gesamte Prozess dauert, je nach Erfahrung des Therapeuten und des Patienten ca. zwei bis fünf Minuten.

Es sei darauf hingewiesen, dass das Senken des Armes nicht unbedingt durchgeführt werden muss, sondern die kataleptische Starre auch über die gesamte Trance hinweg aufrecht erhalten werden kann, da es sich um ideomotorische Bewegungen handelt. In diesem Fall muss die Trance auf andere Weise vertieft werden.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Hand nicht sinken, sondern weiter aufsteigen zu lassen. Auch hierbei wird der Patient lediglich begleitet und soll sich für das Aufsteigen (dies dauert oft etwas länger als ein Senken) alle Zeit nehmen, die er dafür braucht. Eingeleitet könnte dies wie folgt werden: *„Und ich kann mir vorstellen, dass Sie jetzt schon sehr gespannt sind, was passieren kann. Und ich denke, dass sie ihre Hand jetzt, wie ganz von selbst, höher und immer höher steigen lassen können. Und je höher die Hand steigt, umso entspannter können Sie sein ... ganz in Ihrem Tempo. Und ich weiß nicht welcher Finger wann als erstes welche Stelle in Ihrem Gesicht berühren wird. Das überlassen wir Ihrem Unbewussten. Aber wenn der Finger das Gesicht berührt, ganz egal wann und wo und welcher ... dann können Sie es sich gemütlich machen und mal ganz entspannt sein und in Trance gehen. Und ich weiß nicht, ob Sie Ihre Hand dann dort lassen wollen, oder sie langsam wieder nach unten sinken lassen und damit noch mehr entspannen ...“*.

3. 3. 1. 3 Schlussbetrachtung

Auch wenn es sich hier um eine sehr elegante, verspielte und relativ einfach anzuwendende Technik handelt, muss ihre Durchführbarkeit im klinischen Alltag mit einer gewissen Skepsis betrachtet werden. Da diese Methode die Trancebereitschaft des Patienten voraussetzt, dürfte ihre Anwendung bei unvorbereiteten Patienten nur in wenigen Situationen indiziert sein. Hier seien vor allem die Notfallsituation, OP-Vorbereitung und eine Induktion zur Erleichterung minimal invasiver Eingriffe bzw. einer Geburt erwähnt. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass Patienten in diesen Situationen ohnedies einen veränderten Bewusstseinszustand aufweisen und es deshalb im Normalfall keiner formalen Tranceinduktion bedarf (6) und ein Patient in einer Notfallsituation einer „mechanischen“ Induktion ohnedies kaum zugänglich sein dürfte, halten sich die Möglichkeiten für die Anwendung klinischerseits in engen Grenzen. Indiziert dürfte diese Technik jedenfalls für Patienten sein, die eine gewisse Bereitschaft, zumindest aber eine Erwartung, in Trance zu gehen, mitbringen. Vorstellbar wäre in diesem Zusammenhang beispielsweise eine einige Monate dauernde Geburtsvorbereitung mittels Hypnose, bei der die Patientin bereits einige Hypnosesitzungen erlebt hat und nun bereit ist, schnell und unkompliziert in Trance zu gehen. Man könnte diese Technik also zur Einführung schneller Induktionstechniken in die Vorbereitung integrieren, die dann während der Geburt sicherlich benötigt werden. Denn einer langsamen, indirekten verbalen Induktion wird die Patientin in dieser Extremsituation wohl kaum zugänglich sein, gleichwohl die oben bereits erwähnte Ausnahmesituation eine formale Induktion relativ kurz und unspezifisch gestalten lässt.

Jedenfalls aber eignet sich diese Technik sehr gut zu Demonstrationszwecken im Rahmen der Selbsterfahrung.

3. 3. 2. Butterfly Induction

3. 3. 2. 1 Einführung

Die Butterfly (Schmetterlings-) Induction zählt zur Gruppe der nonverbalen Induktionsmethoden bzw. der Schnellinduktionen. Da mit ihr sehr schnell relativ tiefe Trancezustände erreicht werden können, eignet sie sich kaum für unerfahrene Patienten, da auch das in Trance gehen „erlernt“ werden muss. Führt man nun einen unerfahrenen Menschen sehr schnell in eine tiefe Trance, kann dies anstatt der therapeutisch angestrebten Entspannung eher zu einer Verspannung bis hin zu Angst- und Panikzuständen führen. Deshalb ist die Verwendung von Schnell- und besonders Turboinduktionen bei dieser Patientengruppe wenn möglich zu vermeiden. Eine Ausnahme stellt hier die „Handshake Induktion nach Erickson“ dar, da diese Methode zwar auch sehr schnell, aber trotzdem sehr sanft und „patientengesteuert“ ist. Für tranceerfahrene Patienten sind solche Methoden allerdings sehr gut geeignet, da sie das „Gefühl Trance“ bereits kennen.

Diese Induktion basiert auf dem Prinzip der Reizüberflutung. Dies ist am besten mit der Konfusion vergleichbar. Auch hier kann das Bewusste nicht mehr folgen und gibt in der Folge die Kontrolle an das Unbewusste ab. Diese Reaktion wird aber hier nicht allein durch eine Verwirrung mittels Worten, sondern durch ein Überangebot von Reizen auf verschiedenen Wahrnehmungskanälen erreicht.

3. 3. 2. 2 Durchführung

Zunächst wird der Patient gebeten, sich auf einem Stuhl bequem hinzusetzen. Es ist von Vorteil, wenn der Stuhl so im Raum platziert ist, dass ein Zugang von allen Seiten möglich ist.

Anschließend wird die linke Hand so auf dem Kopf des Hypnotisanden platziert, dass der linke Daumen in der Mitte der Stirn zu liegen kommt. Durch diese Position können einerseits die Kopfbewegungen des Patienten geführt und bei Bedarf verstärkt oder zurückgenommen werden, andererseits wird mit dem Daumen ein extrem leichter Druck auf die Stirn des Patienten ausgeübt. Dies stellt

einen taktilen Reiz dar, der zusätzlich zu den im Anschluss angebotenen optischen Reizen gesetzt wird und das Spektrum um den kinästhetischen Kanal erweitert.

Anschließend wird die freie rechte Hand mit der Handfläche nach oben und den Fingerspitzen zum Patienten gerichtet in das Blickfeld des Patienten geführt. Der Hypnotisand wird nun gebeten, **alle** Finger der rechten Hand zu beobachten und deren Bewegungen mit den Augen und dem Kopf zu folgen. Es ist hier wichtig für den Erfolg der Induktion, dass der Patient bewusst versucht, alle Finger zu beobachten und nicht auf eine einzelne Fingerbeere fokussiert.

Nun beginnt man die rechte Hand zu bewegen und zwar in Form eines auf den Kopf gestellten T (\perp). Der Patient sollte nun beginnen, mit Augen und Kopf der Hand zu folgen, was durch die linke Hand geführt werden kann. Durch das Beobachten der Finger und die Bewegung der Augen und des Kopfes kommt nun ein optischer und ein zusätzlicher kinästhetischer Reiz hinzu. Diese Bewegung wird für einige Momente fortgeführt, bis der Hypnotisand beginnt, sich stark auf die Finger zu konzentrieren und bereits in ein leichtes Hypnoid zu driften beginnt.

Anschließend wird der Patient noch einmal aufgefordert, wirklich alle Finger der rechten Hand zu beobachten. Denn nun beginnt man, den optischen Kanal zu überfluten, indem man sich eine physiologische Reaktion zunutze macht. Es ist nämlich für das menschliche Auge und Gehirn nicht möglich, mehrere eng zusammenliegende und sich schnell und unabhängig voneinander in allen Raumrichtungen bewegend Objekte gleichzeitig zu fokussieren. Um diesen Effekt zu erzielen, beginnt man einfach, die Finger der rechten Hand schnell und völlig zufällig auf und ab zu bewegen. Zusätzlich bleibt die Bewegung in Form des auf den Kopf gestellten T aufrecht erhalten, der der Kopf des Patienten nach wie vor folgen sollte. Nun kann man schnell beobachten, dass der Hypnotisand aufgrund der Reizüberflutung beginnt zu defokussieren. Dies ist der geeignete Moment, um die Trance zu induzieren. Zu diesem Zweck wird der senkrechte Schenkel des T in zwei bis drei Durchgängen so lange verlängert, bis schließlich das Kinn der Patienten auf seiner Brust zu liegen kommt.

Genau in diesem Moment sollte die sehr direktive und mit Überzeugung vorgebrachte Suggestion „Schlaf!“ gegeben werden. Dies führt einerseits meist zu einem reflektorischen Schließen der Augen, andererseits ist für die meisten

Patienten der Trancezustand am ehesten mit einer Art hellwachem Schlaf assoziiert, sodass diese Suggestion ausreicht, um die Trance zu induzieren.

Nun sollte die Vertiefung der Trance sehr schnell erfolgen, die Suggestionen müssen also sehr direktiv gegeben werden. Bei Hypnotisanden mit ausreichend Trance-Erfahrung, einem guten Vertrauensverhältnis, gutem Rapport und der Bereitschaft, in Trance zu gehen, ist dies allerdings aufgrund kaum vorhandener Resistenzen meist völlig unproblematisch. Am besten bewährt hat sich hierzu ein vorher auswendig gelerntes und öfter geübtes „Mantra“, das folgendermaßen aussehen könnte:

„Schlaf ... und du gehst tiefer und tiefer in diesen wunderbaren Zustand ... immer tiefer und tiefer in diese Trance ... und je tiefer du gehst, um so wohler fühlst du dich ... und je wohler du dich fühlst, umso tiefer kannst du gehen ... genau ... sehr gut machst du das ... immer tiefer und tiefer ... u.s.w.“

Es ist wichtig, die Suggestionen völlig ohne Unsicherheiten und Zweifel und mit einer gewissen Autorität vorzubringen.

Sehr effektiv ist es weiters, den Kopf des Patienten an die eigene Brust zu legen, auf eine Weise, dass sich der Mund direkt neben dem Ohr des Hypnotisanden befindet und den Kopf während der Gabe der Suggestionen leicht zu rotieren. Eine Hand umfasst dabei ganz sanft den Hinterkopf des Patienten.

Diese Methode intensiviert zwar den Prozess der Induktion um ein vielfaches, ist aber vor allem aus Gründen einer extremen körperlichen Nähe, die vielfach als unangenehm empfunden wird, in einem therapeutischen Setting wohl kaum angemessen. Nichtsdestotrotz sei hier zumindest auf die Möglichkeit hingewiesen. Die Intensivierung beruht vor allem auf einem sehr starken akustischen Stimulus, da ja nun direkt in das Ohr des Hypnotisanden gesprochen wird. Zusätzlich kommt ein weiterer kinästhetischer Reiz hinzu und das Rotieren des Kopfes per se wird von sehr tranceerfahrenen und -gängigen Personen allein ohne zusätzliche Suggestionen als extrem trancefördernd beschrieben. Diese Technik lässt sich manchmal bei Bühnenhypnotiseuren beobachten.

3. 3. 2. 3 Schlussbetrachtung

Die Dauer dieser Induktion beträgt im Normalfall bei einem sehr geübten „Hypnotiseur-Hypnotisanden-Team“ weniger als eine Minute, teilweise weniger als 30 Sekunden und ermöglicht sehr tiefe Trancezustände. So ist beispielsweise eine komplette Armkatalepsie sofort nach der Induktion problemlos durchführbar.

Derart schnelle Induktionstechniken eignen sich aufgrund der tiefen Trance hervorragend zur Einleitung einer Hypnoanalgesie oder -anästhesie.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch darauf hingewiesen, dass diese Induktion vielfach zusätzlich mit einer Technik aus der Gruppe der Schockinduktionen verknüpft wird. Da dies aber eher im Bereich der Showhypnose stattfindet und weder therapeutische Relevanz noch Nutzen besitzt, soll hier nicht weiter darauf eingegangen werden.

3. 3. 3. Ballinduktion

3. 3. 3. 1 Einführung

Unter Ballinduktion versteht man ein Induktionsverfahren, das hauptsächlich mit den imaginativen Fähigkeiten des Patienten und idiomotorischen Phänomenen arbeitet. Das Prinzip hinter dieser Methode ist, eine zuerst bewusste Bewegung durch Kanalisieren des Bewusstseins in Richtung visueller Vorstellungen zu einer unbewussten werden zu lassen. So kompliziert dies klingen mag, ist diese Induktionstechnik wohl eine der am leichtesten durchzuführenden, da hierbei der Patient die ganze „Arbeit“ leistet, was ja sehr im Sinne des Erickson'schen Therapieprinzips ist. Aufgabe des Hypnotiseurs ist es lediglich dafür zu sorgen, den Patienten, sollte dieser etwas von der eigentlichen Aufgabe abdriften - was im übrigen völlig normal ist - wieder zurück in die richtige Richtung zu führen. Dies ist im Normalfall mit einigen wenigen Suggestionen möglich.

Auch dies ist eine sehr sanfte und indirekte, man möchte fast sagen, eine verspielte Methode, um einen Patienten in Trance zu versetzen. Sie ist deshalb wie z.B. die 5, 4, 3, 2, 1 - Methode sogar für Trance-Neulinge sicher sehr zu empfehlen.

3. 3. 3. 2 Durchführung

Der Patient wird wie auch bei anderen Induktionstechniken gebeten, sich in eine möglichst angenehme Position zu begeben. Die Ballinduktion ist allerdings sitzend besser und angenehmer durchzuführen als im Liegen, obwohl auch das möglich ist.

Für den Fall, dass der Patient ängstlich oder skeptisch erscheint, kann ihm auch erklärt werden, es handle sich vorerst um eine Art Suggestibilitätstest, um die imaginativen Fähigkeiten festzustellen. Der Hypnotisand wird sehr bald feststellen, dass er ganz allein die gesamte Arbeit leistet, dass keinerlei Manipulation von außen stattfindet. Er wird also schneller bereit sein, ganz von selbst in Trance zu gehen, um das sich in ihm ausbreitende Wohlbefinden zu verstärken. Suggestionen bezüglich angenehmer Gefühle etc. können natürlich jederzeit gegeben werden.

Man umfasst nun die beiden Handgelenke des Patienten (Berührungen müssen vorher immer angekündigt werden) und führt seine Arme, fast vollständig ausgestreckt, die Handflächen zueinander zeigend, in einem Abstand von etwa 75-100 cm voneinander so weit nach oben, bis sich die Hände ungefähr in Höhe des Halses befinden.

In dieser Position bittet man den Hypnotisanden, sich ganz intensiv vorzustellen, er halte einen großen Ball in Händen. Dem Patienten können nun verschiedene Beschreibungen des Balles angeboten werden und er wird gebeten, auch die Oberfläche, das Material, etc. zu „befühlen“. Außerdem wird er gebeten, die Hände ganz bewusst in dieser Position zu halten, wobei sie nach wie vor gestützt werden, sich die Hilfestellung aber immer mehr vermindert. Je mehr sich nun der Hypnotisand auf den imaginären Ball konzentriert, sich seine Aufmerksamkeit also auf diesen und damit nach innen richtet, um so unbewusster wird das Hochhalten der Arme werden. Durch den nach wie vor bestehenden Kontakt zu den Handgelenken kann der Grad der Katalepsie sehr gut festgestellt werden. Bemerkt man also, dass die Arme nun von selbst in dieser Position verbleiben, zieht man vorsichtig die Hände zurück.

Ist nun die Armkatalepsie erreicht, wird suggeriert, dass der Ball nun immer kleiner und kleiner werden, der Patient diesen aber weiterhin festhalten solle. Dies stellt nun eine weitere Herausforderung an die imaginativen Fähigkeiten dar, was die Trance ganz von selbst stabilisiert.

Ist der imaginäre Ball nun schon relativ klein, hat es sich sehr gut bewährt, den Hypnotisanden darauf vorzubereiten, dass sich seine Hände nun bald berühren werden. Dafür hat sich die Verwendung von Metaphern als sehr wirkungsvoll herausgestellt. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise die Suggestion:

„Und je kleiner der Ball wird ... umso mehr werden Sie feststellen können ... dass sich Ihre Hände immer näher und näher kommen ... so wie zwei Menschen ... die sich begegnen ... zwei Menschen ... die sich nach langer Zeit wieder sehen ... und sich freudig umarmen ... und genauso, wie die beiden sich umarmen ... dürfen auch Sie es Ihren Fingern erlauben ... sich zu verschränken ... zu umarmen ... wenn der Ball klein genug ist ... genau dann ... wenn die richtige Zeit für Sie gekommen ist ... werden sich Ihre Hände begegnen ...“

Hat der Patient nun seine Hände verschränkt, kann entweder diese Position beibehalten oder aber suggeriert werden, dass die Hände nun langsam nach unten sinken dürfen ... *aber nur so schnell ... wie Sie denken ... dass es für Sie gut und angenehm ist ... immer tiefer ... und tiefer ... einzutauchen ... in diesen wunderbaren ... entspannten ... friedlichen Zustand ...*

Zu diesem Zeitpunkt sollte bereits eine relativ stabile Trance erreicht sein. Und der Patient weiß nun, dass keinerlei Manipulation von außen stattgefunden, dass er die ganze Arbeit allein geleistet hat, was den Rapport entscheidend verbessern helfen kann.

3. 3. 3. 3. Schlussbetrachtung

Genauso wie einige andere hier beschriebene Induktionstechniken ist auch die Ballinduktion eine sehr elegante Möglichkeit, innerhalb relativ kurzer Zeit Trancezustände zu erzeugen. Einige Vorteile dieser Methode liegen auf der Hand und wurden teilweise auch schon in der Beschreibung der Induktionstechnik erwähnt. Die wichtigsten sollen aber auch an dieser Stelle nochmals Erwähnung finden. Diese Induktionsform kann als eine abgewandelte Form der Handshake-Induktion aufgefasst werden, wobei hier natürlich mehr die Arbeit mit inneren Bildern im Vordergrund steht. Trotzdem entspricht sie weitgehend einem Erickson'schen Grundprinzip, nämlich dem der absoluten Patientenautonomie. In diesem Falle hat der Patient die vollständige Kontrolle über die Zeitspanne, die er benötigt, um überhaupt in Trance zu gehen, sowie auch über die Trancetiefe, wobei auch hier nochmals erwähnt werden soll, dass besonders in der psychotherapeutischen, sicherlich aber auch in der ärztlichen Hypnose die Trancetiefe per se keine oder höchstens eine untergeordnete Rolle spielen dürfte. Tiefe Trancezustände können in manchen Fällen - möchte man beispielsweise mit dem Patienten während der Trance sprechen - eher kontraproduktiv sein.

Weiters kann diese Methode der Einleitung auch als eine Art Spiel aufgefasst werden, was den „mystischen“ Faktor einer Hypnose minimiert, denn es scheint kaum möglich, sich weiter von der im Allgemeinbewusstsein noch tief verankerten Vorstellung des „übermächtigen“ Hypnotiseurs mit Pendel zu entfernen.

Ein weiterer Vorteil dieser Methode ist sicher auch, dass sie für den Hypnotiseur selbst extrem leicht durchführbar und auch sehr schnell erlernbar ist. Da jeder Praktiker der Hypnose natürlich einen gewissen Fundus an Induktionstechniken beherrschen sollte, um eine reibungslose Induktion bei einem großen Teil seiner Patienten durchführen zu können, sind gerade solch einfache Methoden besonders geeignet, um den „Werkzeugkasten“ ganz einfach aufzufüllen.

3. 4. Turboinduktionen

3. 4. 1. Rapid induction technique

3. 4. 1. 1. Einführung

Die bisher beschriebenen Induktionstechniken wurden alle so ausgewählt, dass sie aufgrund der benötigten Zeit für die Durchführung im klinischen Alltag praktikabel sein sollten. Es wurde weiters darauf Bedacht gelegt, möglichst indirekte Methoden zu verwenden. Nichtsdestotrotz soll hier auch eine s.g. Turboinduktion vorgestellt werden. Hierbei handelt es sich um eine von Albrecht Schmierer (61) beschriebene Technik, die eine weiterentwickelte Version der „rapid induction technique“ von Barber (62) darstellt, mit der es möglich ist, eine Analgesie innerhalb kürzester Zeit zu erzeugen. Der Zeitaufwand zwischen Induktion und Beginn des Eingriffes beträgt im Durchschnitt ca. 6 Minuten. Es ist hier allerdings zu bedenken, dass diese Technik vor allem in der zahnärztlichen Hypnose ihre Anwendung findet, da sie besonders gut geeignet ist, bei zahnärztlichen Eingriffen eine Entspannung, vor allem aber eine ausreichende Analgesie zu erzeugen, die die Gabe von chemischen Analgetika, wie z.B. Lidocain unnötig machen kann, was vor allem bei Patienten mit einer bekannten Unverträglichkeit/Allergie gegen das Analgetikum selbst oder adjuvante Substanzen (Adrenalin) von enormem Vorteil sein kann. Diese Technik sollte aber nicht verwechselt werden mit jenen, die zur Behandlung von s.g. Zahnarztphobikern zur Anwendung kommen, denn in diesen Fällen sind klassische Pacing/Leading - Strategien, Entspannungssuggestionen, Safeplace - Übungen etc. angezeigt.

Bei der Rapid Induction Technique handelt es sich um eine sehr direktive Induktionsform. Dies hat den Grund (61), dass ein Patient, der sich darauf eingestellt hat, einen sehr schmerzhaften und langandauernden zahnärztlichen Eingriff ganz ohne chemische Anästhesie zu bewältigen, hoch motiviert ist, in Hypnose zu gehen. Er ist offen für die klaren Anweisungen der direktiven klassischen Hypnose, weil sie ihm Sicherheit geben. Formulierungen, wie: „Sie

können überprüfen, ob Sie früher oder später eine Änderung des Gefühls wahrnehmen“, verunsichern den Patienten in einer solchen Situation.

Wenn auch vorrangig im zahnärztlichen Bereich angewandt, kann diese Technik bei gegebener Indikation von Seiten des Patienten aber auch durchaus bei der Durchführung von kleineren chirurgischen Eingriffen zur Anwendung kommen.

3. 4. 1. 2. Durchführung

Zur Vorbereitung werden wie bei jeder anderen Hypnose auch Vorlieben, Hobbys, Aversionen, ein Entspannungsort, der Safeplace und die bevorzugte Sinnesmodalität abgefragt. Des Weiteren wird die Vorstellung des Patienten bzgl. des Analgesiegefühls (dumpf, ledrig, pelzig, kühl, ...) erfragt und begutachtet, ob der linke Arm und die linke Schulter gesund sind, der Patient Kälte an der Hand mag und ob er geeignet für eine direktive Technik ist (61).

Die Schnelligkeit dieser Methode beruht neben der sehr direktiven Vorgehensweise auch auf einer Überflutung mit starken und überraschenden visuellen und kinästhetischen Reizen, wobei dem Patienten stets eine sichere Führung angeboten wird.

Nun folgt die genaue Beschreibung über den Ablauf, der möglichst genau eingehalten und vorher trainiert und gelernt werden sollte. Die Suggestionen selbst wurden wörtlich übernommen (61):

1. Zunächst lässt man den Patienten in den Lichtkegel einer leuchtenden Taschenlampe schauen (Fixationstechnik): *„Während Sie sich jetzt ganz auf das Licht konzentrieren, spüren Sie, wie Ihre Augen müder werden, immer müder, ganz müde. Konzentrieren Sie sich ganz auf den Lichtpunkt! Ihre Augen sind jetzt gleich so müde, dass sie sich ganz automatisch schließen und Sie können sie dann nicht mehr öffnen. In einem Moment, wenn ich bis 3 zähle, werden sich ihre Augen schließen.“*
 2. In diesem Moment bewegt man die Lampe rasch direkt auf das Auge zu, das sich durch den Schutzreflex ganz von alleine schließt. *„Eins, zwei, drei, Ihre Augen sind jetzt ganz fest verschlossen und Sie können sie nicht mehr öffnen.“*
Nun wird die Lampe sehr rasch zwischen beiden Augen hin und her bewegt,
-

sodass die Augen, falls sie doch noch einmal geöffnet werden sollten, sofort wieder geschlossen werden. Die Vertiefung der Trance wird erreicht, indem man die Lampe immer langsamer zwischen beiden Augen hin und her pendelt: *„Und das wechselnde Licht der Lampe auf Ihren Augen führt Sie in eine tiefe Hypnose, ganz schnell tiefer. Wenn gleich wieder ein Licht über Ihren Augen scheint, ist es das Licht der Sonne an einem Urlaubsort.“*

3. Zur weiteren Vertiefung lässt man den linken Unterarm mehrfach in den Schoß fallen: *„Ihre Muskeln sind jetzt völlig entspannt, total locker.“* Dabei wird geprüft, ob der Arm frei beweglich ist. Dann folgt die Suggestion: *„Holen Sie jetzt ganz tief Luft, ganz tief einatmen. Gut so!“* Dabei fasst man das linke Handgelenk des Patienten und im Moment der tiefsten Inspiration kommt die Suggestion: *„Und jetzt anhalten!“* In diesem Moment reißt man den Arm kerzengerade hoch, mit der anderen Hand wird der Arm auf der Rückseite bis zur Schulter bestrichen, hält am Handgelenk dagegen, um eine Überstreckung zu erreichen und gibt die Suggestion: *„Ihr Arm ist jetzt völlig steif, vollkommen starr wie ein Stahlrohr und er bleibt völlig starr und steif, wenn Sie jetzt ausatmen. Ganz regelmäßig weiteratmen. Und Sie können Ihren Arm jetzt nicht mehr bewegen.“* Der Arm wird nur noch ganz kurz festgehalten, evtl. noch einmal bestrichen und dann losgelassen mit der Suggestion: *„Je mehr Sie versuchen, Ihren Arm zu bewegen, um so starrer und steifer wird Ihr Arm.“*
 4. Dann wird der Handrücken mit den Fingern beklopft und suggeriert: *„Das Gefühl in Ihrer Hand ändert sich jetzt total. Das ganze Blut weicht aus dem Arm herab in Ihren Körper und Sie können es an einem Kribbeln spüren. Die Hand wird kühl und pelzig und fremd, so als ob sich ein Handschuh aus Leder darüber stülpt. Das ganze Gefühl weicht aus der Hand, völlig taub und fremd.“* Ist der Arm völlig kataleptisch, die Finger starr und die Hand durch das Hinausfließen des Blutes kühl geworden, wird die Suggestion: *„Die Hand überträgt jetzt ganz schnell das Taubheitsgefühl auf den Mund (oder die jeweils gewünschte Stelle, Anm.)“* gegeben.
-

5. Durch Berühren des Armes (Schulter und Ellenbogen) wird die Katalepsie des Armes teilweise aufgehoben: *„Ihr Arm wird jetzt wieder beweglich, hier und hier. Und Ihre Hand geht jetzt auf den Mund herunter (bzw. auf das zu betäubende Körperteil), so schnell, dass sich das Gefühl aus der Hand völlig auf den Mund überträgt.“* Nun wird die Stelle, an der später schmerzfrei gearbeitet werden soll, durch den Behandler leicht berührt: *„Nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, Ihren Mund ganz rasch taub werden zu lassen. Mit jedem Zentimeter, den die Hand herunter sinkt, gehen Sie tiefer und tiefer. Das Gefühl überträgt sich immer mehr. Dann, wenn die Hand den Mund berührt, wird der Mund völlig betäubt, völlig fremd, unempfindlich sein, wie nach einer Spritze. Gut so, und der Mund spürt bereits ein Kribbeln, eine beginnende Anästhesie, mit jedem Zentimeter, den sich die Hand auf den Mund zu bewegt, wird das Gefühl deutlicher und intensiver.“* Nun kann nochmals die Lampe zur weiteren Vertiefung zur Anwendung kommen. Danach wird das zu anästhesierende Körperteil berührt mit den Worten: *„Manchmal schießt das Betäubungsgefühl auch im Moment des Kontaktes ein, durch die Berührung überträgt die Hand ihr völlig fremdes, verändertes Gefühl auf den Mund. Denn was die Hand kann, kann jede andere Stelle des Körpers auch, dann, wenn es der Gesundheit dient.“*
6. Wenn die Hand dann schließlich das zu betäubende Körperteil berührt hat, sagt man: *„Du hast das ganz hervorragend gemacht, linke Hand. Der Mund wird jetzt vollends taub, mit jedem Zentimeter, den die Hand weiter heruntersinkt, bis du einen bequemen Platz gefunden hast, irgendwo in der Freiheit des Raumes legst Du dich auf eine Wolke, sodass Du schwebst für die Dauer der Behandlung. Und Du bist der Blitzableiter, Du leitest alles Gefühl ab, durch ein Ausatmen über Deine Fingerspitzen. Und der Mund öffnet sich jetzt weit, gut so, als Zeichen, dass es bereit ist zur Behandlung.“*
7. Der erste Berührungskontakt wird durch ein Vaselineieren der Lippen (oder Sterilisation der zu behandelnden Körperstelle) eingeleitet, jede weitere Sensation wird metaphorisch angekündigt: *„Jetzt kommt ein leichter Druck und*
-

wenn Sie mehr spüren, als Sie möchten, gehen Sie tiefer in die Hypnose, denn in der tiefen Hypnose ist nur noch Wohlbefinden.“

3. 4. 1. 3. Schlussbetrachtung

Wie bereits erwähnt, ist die Indikation dieser Methode beschränkt auf kleinere chirurgische Eingriffe. Des Weiteren muss eine sehr hohe Motivation und eine zumindest normale Suggestibilität des Patienten gegeben sein. Aus diesem Grunde dürfte die Methode für den Einsatz im normalen klinischen Alltag eher ungeeignet sein, da der Patient, um eine derart hohe Motivation zu erreichen, die Hypnose „verlangen“ muss. Wird ein Patient hingegen mit dieser Methode „überrascht“, führt dies wahrscheinlich eher zu Angstgefühlen und Widerständen.

Um die Analgesie der Hand zu demonstrieren, bevor sie die zu behandelnde Körperstelle berührt, kann durchaus eine dünne Kanüle nach vorheriger Desinfektion des Handrückens durch eine mit den Fingern gehaltene Hautfalte gestochen werden, wenn dies vom Patienten gewünscht wird. Dies überzeugt die meisten Patienten vollends von der Wirksamkeit der Analgesiesuggestionen und der weitere Ablauf der Hypnose wird sich im Normalfall völlig unproblematisch gestalten.

Teil IV: Integration und spezielle Anwendungen

Einleitung

Nach der Darstellung einiger theoretischer Grundlagen und der Beschreibung einer Auswahl an Induktionstechniken soll in diesem Kapitel an Hand von zwei Beispielen die Integration der Hypnose in die tägliche ärztliche Praxis vorgestellt werden. Kapitel 4.1. (Schmerzmanagement) und 4.2. (Raucherentwöhnung) befassen sich mit Anwendungen, mit denen der Hypnose praktizierende Arzt, unabhängig von seiner Fachrichtung, konfrontiert sein kann. Die meisten Techniken und Grundlagen hierfür wurden bereits in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich beschrieben, neu eingeführte Methoden werden an gegebener Stelle erläutert werden.

4. 1. Schmerzmanagement

4. 1. 1. Einleitung

Wie im Rahmen dieser Arbeit schon mehrfach erwähnt, zählt die Hypnose zu den ältesten dem Menschen bekannten Heilverfahren. Innerhalb des Komplexes der Hypnose kann die Schmerzbekämpfung und das Schmerzmanagement zu den älteren Bereichen gezählt werden. Im letzten Jahrhundert, bedingt durch die beiden Weltkriege, erlebte die hypnotische Schmerztherapie durch fehlende Analgetika eine unfreiwillige Blüte, wovon einige publizierte Artikel zu diesem Thema zeugen (2, 4). Auch Erickson selbst war ein Meister des hypnotischen Schmerzmanagements, da er selbst krankheitsbedingt mit großen Schmerzen zu kämpfen hatte, diese aber durch Autohypnose sehr gut unter Kontrolle zu bringen wusste.

Heute gilt die Hypnose bei Schmerzen als indiziert, wenn schulmedizinische Therapieverfahren erfolglos bleiben bzw. als additives Verfahren während einer z.B. pharmakologischen Intervention. Vor allem aber wird die Hypnose bei psychosomatischen und Phantomschmerzen erfolgreich eingesetzt. Voraussetzung für eine hypnotherapeutische Intervention ist allerdings eine komplette schulmedizinische Abklärung. Stellt sich heraus, dass die Schmerzen des Patienten als s.g. Signalschmerzen einzustufen sind, ist eine hypnotische

Intervention abzulehnen bzw. diese nur additiv zur schulmedizinischen Therapie durchzuführen.

Im Folgenden soll nun exemplarisch ein möglicher Interventionsablauf bei psychosomatischen Beschwerden beschrieben werden, so wie ich ihn im Rahmen eines Seminars zu diesem Thema von Ortwin Meiss gelernt habe.

Ausgewählt wird dieses Beispiel aus dem Grunde, weil hier eine bisher nicht beschriebene Induktionstechnik zur Anwendung kommt. Entgegen der vorher genannten Methoden wird hier nicht die Dissoziation, sondern vielmehr eine Assoziation mit dem Schmerz angestrebt und so Trance erzeugt. Die hier beschriebene Intervention zielt nicht in erster Linie auf Symptombefreiheit, sondern vielmehr auf das Entdecken neuer Ressourcen, das Entwickeln von Coping Strategien sowie unter Umständen das Entdecken etwaiger Schmerzursachen ab.

4. 1. 2. Durchführung

Der Patient wird wie immer gebeten, es sich gemütlich zu machen und es wird ein entsprechender Rapport hergestellt.

Nun bittet der Therapeut den Patienten, sich doch mal ganz genau auf seinen Schmerz zu konzentrieren.

T: „Wenn Ihr Schmerz eine Farbe hätte, welche Farbe würde das sein?“

P: „Rot.“

T: „ Gut ... und dieser rote Schmerz, wenn der eine Temperatur hätte, wäre er eher heiß oder kühl oder auf Körpertemperatur?“

P: „Heiß.“

T: „Und dieser rote, heiße Schmerz ... wenn der eine Form hätte, wäre er eher rund oder kantig ... eine Kugel oder eher ein Quader?“

P: „Mehr wie ein Würfel.“

T: „ Mhm ... und der rote, heiße Schmerz in Würfelform, den Sie da haben ... wenn der eine Oberfläche hätte ... wäre die eher rau oder glatt ... oder aus welchem Material würde der denn bestehen?“

P: „Aus unbehandeltem, rauen Hartholz mit Splittern.“

T: „ Gut ... und der splitterige, rote, heiÙe Schmerz ... wenn der einen Klang oder Ton von sich geben würde ... wie würde das denn klingen? Eher hoch oder tief? Schrill oder sanft?“

P: „Tief dröhnend.“

T: „ Und können Sie sich vorstellen, dass der tief dröhnende, holzige, rote Schmerz vielleicht einen Geruch oder Geschmack hat? Und wenn ja, wonach würde der riechen oder schmecken?“

P: „ Sauer ... oder eher bitter ...“

Durch diese Methode wird eine assoziative Trance durch Abfragen eines „imaginierten VAKOGs“ erreicht. Je nach Gefühl des Therapeuten und des Patienten können hier noch weitere Eigenschaften imaginiert werden, es kann allerdings auch damit begonnen werden, die bisher erarbeiteten Eigenschaften des Schmerzes zu verändern. Die Auswahl der Reihenfolge kann danach erfolgen, wie der Patient auf die einzelnen Wahrnehmungen reagiert. Je stärker (belastend?) die Reaktion, umso eher wird der Patient bereit sein, sich auf das Experiment (z.B. die Farbe von Rot nach Blau oder Grün zu verändern) einlassen. Diese Übung sollte doch intensiver durchgeführt werden, da dies etwas ist, das der Patient auch zuhause, für sich allein durchführen kann.

Je nach Dauer kann hier die Sitzung beendet werden, bestenfalls kann aber noch eine zweite Übung direkt angeschlossen werden.

Diese Übung ist im Bereich der s.g. Telearbeit angelegt. Dieses Konzept, das schon kurz beim Six-Step-Reframing erläutert wurde, geht davon aus, dass jeder Mensch mit den verschiedenen Teilen seiner Persönlichkeit Kontakt aufnehmen und arbeiten kann.

Ein guter Einstieg in diese Übung ist die Frage: „Haben Sie Lust, etwas ganz Merkwürdiges auszuprobieren?“. Man bittet nun den Patienten, sich ein Tier vorzustellen, das genau dasselbe Problem hat wie der Patient. Alleine die Imagination führt den Patienten wieder in einen Trancezustand. Nun beginnt der Patient das Tier zu beschreiben. Um welches Tier es sich handelt (es können auch Fabelwesen gesehen werden), wie es sich fühlt, wie es sich anhört, etc. Auch

hierüber kann der Therapeut interessante Informationen über den Patienten gewinnen.

Im zweiten Schritt (der noch merkwürdiger ist als der erste) soll sich der Patient ein Tier vorstellen, das dieses Problem nicht hat und auch gar nicht bekommen könnte. Wieder wird das Tier und die Umgebung beschrieben und auch herausgefunden, welche Eigenschaften das Tier hat, die es gegen das Problem immun machen. Das gesunde Tier wird nun mit dem kranken Tier zusammengebracht.

Nun bittet man dieses Tier, dem anderen sein Geheimnis mitzuteilen. Was könnte das kranke Tier verändern, damit es ihm besser geht, damit es gesund werden kann?

Diese Übung führt in vielen Fällen zu einem Aha - Erlebnis bei den Patienten. Es ist in diesem Falle sehr wichtig, dass auch hier darauf hingewiesen wird, dass der Patient dieses Wissen schon die ganze Zeit in sich getragen hat und dass es noch vieles gibt, das entdeckt werden kann und möchte.

4. 1. 3. Schlussbetrachtung

Die hypnotherapeutische Schmerzbehandlung ist in ihrer Durchführung so individuell, wie es die Patienten sind. Es kann hier kein „Patentrezept“ angeboten werden. Deshalb ist es wichtig, dass man als Therapeut einen gewissen Fundus an Techniken beherrscht, mit denen man sich wohl fühlt, authentisch sein kann. Diese Techniken werden dann für den jeweiligen Patienten angepasst und die Therapie damit sozusagen maßgeschneidert.

4. 2. Raucherentwöhnung

4. 2. 1. Einleitung

Die Raucherentwöhnung ist sicherlich die in der Bevölkerung bekannteste therapeutische Nutzung der Hypnose. Doch auch hier bilden Mythen und nicht zutreffende Vorstellungen die Meinung der Patienten. Und deshalb sollte auch hier der Aufklärung so viel Zeit wie nötig gewidmet werden. Denn der Behandler ist nicht - wie oft geglaubt - im Stande, das Rauchen einfach „wegzuhypnotisieren“ und darauf sollte jeder Patient, bei dem der Verdacht besteht, er glaube dies, eindringlich hingewiesen werden. Vielmehr steht auch hier wieder das Suchen, Finden und „Neuentdecken“ der Ressourcen des Patienten im Vordergrund der Intervention. Hypnose ist ein äußerst individuelles Verfahren, das sich immer an die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten anpasst. Dabei sind der Kreativität des durchführenden Arztes keinerlei Grenzen gesetzt. Dies bedeutet aber andererseits, dass die im Folgenden vorgestellte Durchführungsmöglichkeit nicht als der Weisheit letzter Schluss betrachtet werden darf. Sie gibt lediglich einen exemplarischen Ablauf wieder, der - wenn auch in der Praxis vielfach bewährt - immer wieder adaptiert werden muss.

4. 2. 2. Durchführung

Eine Raucherentwöhnung gliedert sich in drei Teile. Normalerweise wird ein Patient telefonisch einen Termin vereinbaren. Dieses Gespräch kann jedoch gleichzeitig bereits therapeutisch genutzt werden. Daran anknüpfend finden zwei Sitzungen statt, von denen die zweite die eigentliche Raucherentwöhnung enthält.

4. 2. 2. 1. Das Vorgespräch

Wir können davon ausgehen, dass ein Patient telefonisch einen Termin zur Raucherentwöhnung vereinbaren wird. Dieses Telefongespräch kann aber bereits im Ericksonschen Sinne zur Einleitung der Therapie genutzt werden. Erickson gab seinen Patienten bevor sie zu ihm kommen konnten, immer die Aufgabe, den Squaw Peak zu besteigen. Damit konnte er einerseits Rückschlüsse auf die

Motivation der Patienten ziehen, andererseits gab er ihnen schon eine Aufgabe mit auf den Weg. Dieses Prinzip kann man sich auch hier zu Nutze machen. Es wird dazu ein Termin für die erste Sitzung vereinbart. Für die Zeit zwischen dem Telefonat und der ersten Sitzung bekommt der Patient nun die Aufgabe, z.B. einen Berg zu besteigen (in Graz eignen sich hierfür beispielsweise der Schöckel, im Winter auch der Schlossberg). Während dieser Wanderung soll der Patient nun über die Vorteile nachdenken, die das Rauchen für ihn hat. Wir müssen nämlich davon ausgehen, dass das Rauchen für den Patienten einen Nutzen bringt. Dieser Nutzen muss dem Patienten nicht bewusst zugänglich sein, trotzdem gibt es ihn. Dieser Nutzen muss aber, um eine erfolgreiche Entwöhnung möglich zu machen, gewertschätzt werden. Des Weiteren bekommt der Patient eine zusätzliche Aufgabe, die sich gezielt mit dem Rauchen befasst. Einem Patienten, der im Auto raucht, könnte man beispielsweise auftragen, alle Rauchutensilien aus dem Auto zu entfernen.

Um für sich selbst eine Einschätzung über Durchführbarkeit und Erfolgsaussichten der Intervention zu gewinnen, sollte in diesem Gespräch auch gleich die Einstellung des Patienten bezüglich der Raucherentwöhnung erfragt werden. Ein Patient, der aus eigenen Stücken fest entschlossen ist, wird mit Hilfe der hypnotherapeutischen Verfahren eine massive Erleichterung im Prozess der Abstinenz erfahren und erleben können. Allerdings sollte man sich auch hier bewusst sein, dass ein derart motivierter Patient auch ohne Hypnose wahrscheinlich das Rauchen erfolgreich aufgeben könnte. Deshalb ist die Hypnose auch hier mehr als helfendes Werkzeug zur Zielumsetzung zu betrachten.

Patienten, die eine solche Motivation nicht mitbringen oder nicht aus eigenem Willen ihre Sucht beenden wollen, werden sehr wahrscheinlich auch mit Hilfe der Hypnose geringere Erfolgsaussichten haben. Dessen sollte sich der durchführende Arzt stets bewusst sein.

4. 2. 2. 2. Die erste Sitzung

Zu Anfang soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass diese erste Sitzung für den Erfolg einer Raucherentwöhnung nicht unbedingt erforderlich ist. Ob diese Sitzung abgehalten wird, bleibt den Vorlieben des Behandlers überlassen. Unbestritten ist jedoch, dass eine zusätzliche Sitzung die Ressourcen-, Ziel- und Lösungsfindung des Patienten erleichtern und verstärken kann.

Hat nun der Patient seine Motivation „unter Beweis gestellt“, also die ihm gestellte Aufgabe bewältigt, kommt er zur ersten Sitzung in die Praxis.

Es werden nun mit ihm die Vorteile, die das Rauchen für ihn persönlich mitbringt, besprochen und vor allem für wichtig, sinnvoll, verständlich und auch notwendig erklärt. Diese werden dann z.B. auf einer Flip-Chart notiert.

Anschließend werden gemeinsam die Vorteile erarbeitet, die der Patient hätte, würde er das Rauchen aufgeben. Es ist hier allerdings sinnvoller, davon zu sprechen, „nicht mehr mit dem Rauchen anzufangen“. Dies impliziert bereits, dass der Patient schon den ersten Schritt getan bzw. angefangen hat, nicht mehr zu rauchen².

Auch diese Vorteile werden auf der Flip-Chart in einer eigenen Spalte notiert.

Mit den Informationen, die diese beiden Listen enthalten, wird nun eine Trance erstellt, die einerseits ressourcen- und lösungsfördernd sein sollte, andererseits auf indirekte Weise Denkanstöße geben kann, wie die Vorteile von Liste 2 dazu genutzt werden können, die Vorteile aus Liste 1 zu „ersetzen“.

Es hat sich gezeigt, dass im besonderen Kontext einer Raucherentwöhnung ganz konkret von Hypnose anstatt von Trance gesprochen werden soll. Denn Patienten, die zu einer hypnotisch unterstützten Raucherentwöhnung kommen, verlangen ja dezidiert nach Hypnose.

Alternativ oder zusätzlich kann auch die so genannte „Analogietechnik“ zur Anwendung kommen: Der Patient wird gefragt, was er sehr gut kann, wo er Experte ist. Anschließend werden Ressourcen und Fähigkeiten gesammelt, die notwendig sind, um dies umzusetzen. Daneben schreibt man anschließend etwas, das der Patient „nicht so gut kann“, nämlich nicht wieder mit dem Rauchen

² Hier bietet sich die Verwendung des Zitats: „Es ist nicht schwierig mit dem Rauchen aufzuhören. Viel schwieriger ist es, nicht wieder damit anzufangen.“ an.

anzufangen. Nun fragt man ihn wie selbstverständlich, ob ihm denn noch nicht aufgefallen sei, dass beides doch völlig dasselbe sei (z.B. Geschichten erzählen und nicht wieder mit dem Rauchen anzufangen). Anschließend erklärt man ihm mit Hilfe der von ihm vorher erarbeiteten Ressourcen, dass er alles, was er braucht, um Geschichten zu erzählen, auch braucht, um das Rauchen zu lassen. Dies heißt im Umkehrschluss aber auch, dass er alles, was er zur Raucherentwöhnung braucht, ohnehin schon mitbringt. Eine solche Intervention kann und soll durchaus mit sehr viel Humor durchgeführt werden. Die hier zusätzlich erfahrenen Ressourcen können später auch in die oben erwähnte Trance eingeflochten werden.

Zum Abschluss dieser Sitzung bieten sich nun zwei Möglichkeiten an: Die erste besteht im Auftrag, ruhig weiter zu rauchen, es werden ja die letzten Tage als Raucher sein und die kann man schließlich auch genießen.

Die zweite besteht in der Aufgabe, zwar weiter zu rauchen, aber drei Tage vor der zweiten Sitzung damit aufzuhören, sodass der Tag der Sitzung der vierte rauchfreie Tag ist. Ulrich Freund (63) favorisiert diese Methode, da er dadurch einerseits die Motivation des Patienten überprüfen kann. Viel wichtiger ist aber herauszufinden, ob es sich beim Patienten um einen „habituellen“ oder aber um einen „Suchtraucher“ handelt. Der Unterschied besteht darin, dass der s.g. Suchtraucher vor oder begleitend zur Raucherentwöhnung eine Psychotherapie benötigt, da das Rauchen hier der Ausdruck eines tiefer liegenden Geschehens ist. Der Suchtraucher wird diese drei Tage in aller Regel nicht durchhalten können, womit die Unterscheidung leicht zu treffen ist.

Die Wahl der Methode hängt nun von einigen Faktoren ab: Führt man die Entwöhnung in nur einer Sitzung durch, sollte das dreitägige Rauchverbot unbedingt verhängt werden. Bei zwei Sitzungen kann normalerweise durch gezieltes anamnestisches Fragen (Gab es schon mal Zeiten, in denen Sie nicht geraucht haben? Rauchen Sie auch, wenn Sie krank sind? usw.) ein Rückschluss auf die Frage habituell vs. Sucht gezogen werden. Ergibt sich anamnestisch kein schlüssiges Bild, empfiehlt sich die Verordnung der dreitägigen Abstinenz zur diagnostischen Absicherung.

4. 2. 2. 4. Die zweite Sitzung

Die zweite Sitzung beinhaltet nun die eigentliche „Entwöhnungstrance“. Es kommt nicht selten vor, dass diese Trance etwas länger dauert, da sie rein vom Patienten gesteuert, vom Behandler lediglich begleitet ist. Um den Stressfaktor eines bereits wartenden, nachfolgenden Patienten, während sich der gerade behandelte noch inmitten seiner Trance befindet, gar nicht erst zu ermöglichen, kann man sicherheitshalber eine Doppelstunde veranschlagen.

Diese Sitzung kann nun entweder nur aus der Trance bestehen, es hat sich aber die zusätzliche Durchführung eines weiteren, ressourcenorientierten Verfahrens in der Praxis sehr gut bewährt. Es bietet sich an, dem Patienten hier die Durchführung einer Time-Line (57) anzubieten. Im Folgenden soll nun dieses aus dem NLP bestens bekannte Verfahren in einer Version von Michael Nigitz-Arch (64) kurz erläutert werden.

An Utensilien benötigt man ein Seil, vier Stück verschiedenfarbiges Papier (im Format DIN A4 oder DIN A3), Stifte und drei Spielfiguren (z.B. Playmobil®).

Der Patient wird nun gebeten, das Seil im Sinne eines Bodenankers (vgl. 57) so auf dem Boden auszulegen, dass es vom Gefühl her seinem bisherigen Leben entspricht. Einem Ende des Seils wird nun das Attribut „Vergangenheit“, dem anderen das Attribut „Zukunft“ zugeordnet. Irgendwo in der Mitte bildet man eine Schlaufe, die das „Hier und Jetzt“ symbolisiert.

Als nächstes wird mit Hilfe der ersten Figur das Jetzt, also der Zeitpunkt der Krise (die Krise ist in diesem Fall das Aufgeben des Rauchens) bestimmt. Die zweite Figur symbolisiert den Zeitpunkt „Krise bewältigt“. Der Patient stellt sie also irgendwo in den „Zukunftsteil“ der Zeitlinie und wird gebeten, nochmals für sich zu überprüfen, ob der Abstand zwischen „Krise“ und „Krise bewältigt“ sich stimmig anfühlt. Die dritte Figur steht für das „Futurum II“ oder „Das Land des Lächelns“, also für eine Zeit, in der das aktuelle Problem in weite Ferne gerückt ist, in der die Krise keine mehr ist und auch keine mehr werden kann. Auch hier wird der Abstand auf Stimmigkeit geprüft.

Ab hier kann man sich an folgendem Ablauf orientieren:

1) Man geht (im wörtlichen Sinne) mit dem Patienten in die „Krise“:

„Wie fühlt sich das an?“

„Wie ist die Wahrnehmung?“.

2) In „Krise bewältigt“ gehen:

„Wie ist hier die Wahrnehmung?“ (leicht-schwer, eng-weit, man fühlt sich jünger-so alt wie man ist, allgemein wohl-unwohl, etc.)

3) In das „Futurum II“ gehen:

„Wie fühlt sich das an?“

„(Wie) hat sich die Wahrnehmung verändert?“

„Wie nimmt man hier die Vergangenheit wahr?“

Alle Ressourcen, die man braucht, liegen wohl schon in der Kindheit. Mit Hilfe der Zeitlinie kann man in die Kindheit zurückgehen und „holen“, was man noch braucht.

4.) Das erste Blatt Papier wird gelegt:

„Eine Erinnerung taucht auf, wie in einer Glaskugel oder einer Seifenblase, die zerplatzt ... und in dem Moment kann eine Szene auftauchen, wo Sie mal so **richtig gute Stimmung** hatten als Kind“.

Der Patient wird nun gebeten, diese Szene auf dem Blatt zu skizzieren und es an entsprechender Stelle der Zeitlinie zu platzieren.

5.) Anschließend werden die drei verbleibenden Blätter beschriftet und platziert mit den Inhalten: „Da war ich zum ersten Mal **so richtig stolz** auf mich!“, „Da habe ich zum ersten Mal eine **Krise bewältigt**.“ und „Im Hier und Jetzt, meine Welt, **da bin ich Experte**, da fühle ich mich sicher.“

6.) Nun wird der Patient gebeten, alle vier Blätter in die Krise zu legen. Es ist allerdings darauf zu achten, dass der Patient mit beiden Füßen alle Blätter berühren kann. Es können nun so lange verschiedene Variationen ausprobiert werden, bis es „passt“.

„Wie ist die Wahrnehmung jetzt?“

7.) Mit dieser Wahrnehmung geht man nun den nächsten Schritt zu „Krise bewältigt“:

„Wie ist's vorstellbar?“

8.) Nächster Schritt ins „Futurum II“:

„Wie fühlt sich das jetzt an? Wie ist's vorstellbar?“

Vielleicht braucht der Patient aus der Vergangenheit noch was. Nun kann ein „Informationsfluss zwischen Zukunft und Vergangenheit“ stattfinden. Der Patient im Futurum II kann seinem „vergangenen Ich“ Wünsche, Ideen, etc. schicken.

9.) Wieder zurück in die Krise:

„Wie fühlt es sich an? Wie wirkt es und was bewirkt es?“

Damit wieder nach „Krise bewältigt“ gehen.

10.) Der Blick von außen:

„Fängt auch dein Bewusstes Denken was damit an?“

Durch diese Intervention werden wieder verborgene Ressourcen des Patienten mobilisiert. Einerseits erfährt er, dass er schon Krisen in seinem Leben erfolgreich bewältigt hat, andererseits wird dieses Wissen mit den positiven Ereignissen durch die Zusammenstellung im Hier und Jetzt gekoppelt. Außerdem ist es faszinierend, welche Ideen das „Ich im Futur II“ an das „Ich der Vergangenheit“ übermitteln kann.

Während des gesamten Prozesses ist es enorm wichtig, den Patienten in seiner Entwicklung stets zu begleiten, ihn aber keinesfalls zu führen. Die Time-Line dauert so lange, wie sie eben dauert.

Nun folgt die eigentliche Trance:

Eine Raucherentwöhnung wird normalerweise mittels Armlevitationen durchgeführt. Auch hier lässt sich kein fester Ablauf beschreiben, da alle notwendigen Informationen vom Patienten sehr individuell an den Behandler übermittelt werden. Für ihn gilt es nun, diese im Sinne der Utilisation bestmöglich zu nutzen. Es hat sich bewährt, dem Patienten einen Stuhl mit beidseits vorhandenen Armlehnen anzubieten, da somit nur die Unterarme levitiert werden müssen, der restliche Arm hingegen locker aufgestützt auf der Armlehne ruhen kann.

Das Grundkonzept besteht darin, im Sinne einer Telearbeit (vgl. 57) jedem der beiden Arme sowie dem Patienten selbst eine gewisse Rolle „zuzuteilen“. Man geht davon aus, dass die linke Hand (es muss im Anamnesegespräch natürlich erfragt werden, mit welcher Hand der Patient raucht) immer schon wusste, wie Nichtrauchen geht, sie dies also schon kann und es somit auch der rechten,

rauchenden Hand „beibringen“ kann. Die rechte Hand ist eben die „Raucherhand“. Wie oben schon beschrieben, muss dem Verhalten der rechten Hand viel Wertschätzung entgegengebracht werden. Ulrich Freund (63) meint dazu: „Niemand raucht, weil er blöd ist!“. Der Patient selbst ist der „Manager“, welcher der linken Hand den Auftrag erteilt, der rechten beizubringen, wie es geht. Im Sinne eines Kompetenzerlebens ist diese Rollenzuteilung sehr wichtig.

Vor Beginn der Intervention wird mit dem Patienten noch ein Vertrag geschlossen, dass er nichts absichtlich machen darf. Alles soll unabsichtlich und somit unbewusst funktionieren. Dies bezieht sich besonders auf „Mithilfe“ von Seite des Patienten bei der Armlevitation, die unerwünscht und kontraproduktiv ist. Der Patient wird außerdem gebeten, seine Zigaretten und Feuerzeug auszuhändigen. Die Utensilien werden dann so im Raum platziert, dass sich der Patient wohl fühlt (z.B. außerhalb des Blickfeldes, außerhalb der Reichweite).

Als erstes wird eine Levitation der linken, also immer schon rauchfreien Hand induziert. Dies kann über die meisten im Teil III dieser Arbeit beschriebenen Techniken erfolgen. Zu beachten ist nur, dass hierfür eine Induktionstechnik gewählt wird, bei der die Arme nicht beteiligt sind (z.B. Handshake- oder Ballinduktion). Ulrich Freund (63) fragt einfach, ob der Patient glaubt, denn schon in Trance zu sein bzw. was denn passieren müsste, damit der Patient glauben könnte, wirklich in Trance zu sein. Zusätzlich wird dem Patienten mitgeteilt, dass man selbst sehr wohl glaubt, dass er sich bereits in Trance befinde und man dies nun gerne „überprüfen“ wolle. In den meisten Fällen lässt sich die linke Hand nun durch aktives Anheben innerhalb kürzester Zeit levitieren. Nun spricht man eine Weile mit und über die Hand, erklärt, dass diese ja schon immer wusste, wie man rauchfrei ist, dass sie aber immer von der rechten überstimmt wurde und auch ihr unfreiwilliger Helfer war („Halt mal das Paket“, etc.). Man schließt nun eine Koalition mit der linken Hand und dem Patienten, bereitet aber beide darauf vor, dass man sich nun einer sehr starken Opposition gegenüber sehe.

Der Behandler wechselt nun die Seite und induziert auch hier eine Levitation. Erfahrungsgemäß ist dies auf der rechten (rauchenden) Seite schwieriger, was natürlich dem Patienten entsprechend rückgemeldet werden muss (63). Hierfür sollte man sich so viel Zeit nehmen wie nötig, denn durch die Levitation der linken

Hand ist bereits klar, dass der Patient in der Lage ist, dieses Trancephänomen zu produzieren.

Nach erfolgter Levitation wird das bisherige Verhalten der rechten Hand gewertschätzt, diese aber auch auf die gerade geschlossene Koalition hingewiesen und dass es nun Zeit für sie wird, zu lernen. Man bittet nun die linke Hand, der rechten beizubringen, wie es geht, rauchfrei zu sein. Währenddessen entnimmt man aus dem zuvor zur Seite gelegten Päckchen eine Zigarette. Diese kann u.U. auch mit einem Punkt markiert werden, auf jeden Fall symbolisiert sie die „letzte Zigarette in Ihrem Leben“. Diese Zigarette wird nun in der klassischen Haltung zwischen Zeige- und Ringfinger der rechten Hand eingeklemmt und die Linke nochmals gebeten, der Rechten beizubringen, wie Nichtrauchen geht. Im Normalfall wird aufgrund idiomotorischer Bewegungen die Zigarette sehr schnell auf den Boden fallen. Sie wird wieder aufgehoben und zwischen die Finger gesteckt, nur diesmal weiter oben am ersten Punkt, an dem sie wieder fest sitzt. Wiederum wird es nur kurz dauern, bis die rechte Hand die Zigarette fallen lässt. Das wird nun so lange wiederholt, bis die Zigarette von den Fingern der rechten Hand nicht mehr festgehalten werden kann (63).

Die eigentliche Intervention ist damit abgeschlossen und der Patient hat im Normalfall ganz von selbst begriffen, was gerade passiert ist.

Es bietet sich hier noch an, Suggestionen zu geben, dass sich beide Hände nun einander annähern dürfen, so lange, bis sie sich berühren. Dies kann mit Assoziationen zur Versöhnung, Zusammenarbeit und mit dem Zusammenschluss, der einen endgültigen Abschluss darstellt, begleitet werden. Haben sich beide Hände berührt, kann die Trance beendet werden.

Nach der Trance können dem Patienten noch s.g. Ordile mit auf den Weg gegeben werden. Dabei handelt es sich um Anweisungen, die der Patient ausführen muss, bevor er wieder raucht. Zuallererst muss er seine „letzte Zigarette“ rauchen. Raucht ein Patient z.B. ausschließlich auf dem Balkon, soll er die Tür immer mit der linken, rauchfreien Hand öffnen. Außerdem kann man den Auftrag geben, dass immer, wenn der Patient eine Zigarette raucht, er zuvor eine Zigarette dem „Gott des Rauchens“ opfern muss, indem er sie aus der Packung nimmt und den enthaltenen Tabak gleichmäßig im Aschenbecher verteilt. Diese

Ordile können, wenn sie eingehalten werden, eine recht wirksame Rückfallprophylaxe darstellen.

4. 2. 3. Schlussbetrachtung

Bei den hier beschriebenen Abläufen handelt es sich lediglich um exemplarische Darstellungen, die dazu dienen sollen, dem Anwender eine grundlegende Idee der Intervention zu vermitteln. Sie erheben aber keinesfalls Anspruch auf Vollständigkeit. Die Raucherentwöhnung muss wie jede andere hypnotische Intervention sehr individuell auf den jeweiligen Patienten zugeschnitten werden.

Zur weiteren Vertiefung der Materie empfiehlt sich u.a. die Lektüre des entsprechenden Kapitels in „Hypnose in Psychotherapie, Psychologie und Medizin“ von Burkhard Peter und Dirk Revenstorf (48) sowie das Lehrvideo „Nichtrauchen in einer Stunde“ von Ulrich Freund (63).

Motivierten Patienten, die aus freien Stücken zur Aufgabe ihrer Sucht bereit sind, kann eine derartige Intervention beim Erreichen ihres Zieles sicherlich extrem hilfreich sein und vor allem eine wirksame Rückfallprophylaxe bieten. Der behandelnde Arzt sollte sich aber stets bewusst sein, dass der Patient dies höchstwahrscheinlich auch alleine geschafft hätte und die Hypnose lediglich eine Hilfestellung darstellen kann.

Diskussion

Diese Arbeit versuchte, einen Einblick in die vielfältigen Möglichkeiten, hypnotische Trance zu erzeugen, zu geben. Dies gestaltete sich insofern schwierig, als dass während des Erstellens der Arbeit immer klarer wurde, dass Trance praktisch immer und jederzeit stattfinden kann. Dies gelingt jedoch ausschließlich dem Hypnotisanden selbst, der Arzt kann lediglich die Rolle eines wertschätzenden Begleiters einnehmen. Durch diese Erkenntnis wurde aber auch relativ schnell klar, dass es kein „Patentrezept“ für die Tranceinduktion geben kann. Wie Trance erzeugt wird, richtet sich ausschließlich danach, was der zu Hypnotisierende gerade braucht bzw. mit welchen Techniken sich der Behandler persönlich am wohlsten fühlt.

Die Arbeit versucht lediglich, verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Trance induziert werden kann. Jeder Leser wird aber gebeten, sich nicht strikt an die hier beschriebenen Abläufe zu halten, sondern diese immer individuell an die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten anzupassen.

Durch diese Arbeit konnte gezeigt werden, dass das Einleiten einer hypnotischen Trance mit äußerst einfachen Mitteln möglich ist. Dies könnte dazu führen, dass sich in Zukunft mehr Ärzte aus den verschiedensten Disziplinen auf diesem Gebiet weiterbilden. Da die Hypnose ein äußerst schonendes, effektives und zudem noch evidenzbasiertes Verfahren darstellt und sich die Zahl der Indikationen ständig erhöht, kann sie ein äußerst wertvolles Werkzeug im Repertoire eines jeden Arztes sein. Weiters helfen die in der Hypnose verwendeten Sprachmuster in der täglichen Praxis, die Arzt - Patienten - Kommunikation entscheidend zu verbessern und zu vereinfachen.

Sicherlich gibt es auf diesem Gebiet noch sehr viel (wieder) zu entdecken und die Werkzeuge der modernen Medizin helfen, diese Entdeckungen in einem wissenschaftlichen Rahmen zu beweisen.

Abschließend lässt sich sagen, dass in einer Zeit der hochtechnischen (Geräte-) Medizin ein sanftes, patienten- und lösungsorientiertes Verfahren, wie die klinische Hypnose zum Wohle des Patienten wieder mehr an Bedeutung gewinnen sollte.

Bibliografie

1. Revenstorf D. Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens
Hypnotherapie2003: Available from: <http://www.meg-tuebingen.de/downloads/Expertise.pdf>.
 2. Bonne. Über Suggestion und Hypnose in der Praxis. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1919;45:132- 3.
 3. Densow F. Zur Frage nach dem Wesen der Hypnose. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1924;50:1800- 1.
 4. Levy-Suhl M. Vom Wesen der Hypnose. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1919;45:1363- 4.
 5. Hansen E. Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. Notfall Rettungsmed. 2010 May;13(4):314-21.
 6. Hansen E, Bejenke C. Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie : Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. Anaesthesist. 2010 Mar;59(3):199-202, 4-6, 8-9.
 7. Peter B. Die Geschichte der Hypnose in Deutschland. In: Revenstorf D, Peter B, editors. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg; 2009. p. 821- 54.
 8. Peter B. Zur Geschichte der Hypnose. Hypnose und Kognition (HyKog). 2000;10.
 9. ZEIG JK. Meine Stimme begleitet Sie überall hin. Stuttgart: Klett-Kotta; 2006.
 10. Eberwein W. Wie Hypnose wirkt. Darmstadt: Schirner Verlag; 2008.
 11. Peter B. Milton H. Erickson, MD. [08. 03. 2010]; Available from: <http://www.burkhard-peter.de/index6/index6.html>.
 12. Thimm K. Im Kopf zum sieg. Der Spiegel [serial on the Internet]. 2007; (43): Available from: <http://www.milton-erickson-institut-hamburg.de/dateien/download/Spiegel-Artikel.pdf>.
 13. Rosen S. Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Salzhausen: Iskopress; 2006.
 14. Ellenberger H. Die Entdeckung des Unbewußten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von ihren Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung. Zürich: Diogenes; 1985.
 15. Peter B. Gassner's exorcism - not Mesmer's magnetism - is the real predecessor of modern hypnosis. Int J Clin Exp Hypn. 2005;53:1-12.
 16. Peter B. Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale. In: Revenstorf D, Peter B, editors. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 69- 77.
 17. Kluge C. Versuch einer Darstellung des animalischen Magnetismus als Heilmittel. Berlin: C. Salfeld; 1811.
 18. Yapko MD. Trancework. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2003.
 19. Krause C. Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe. In: Revenstorf D, Peter B, editors. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 104 -27.
-

-
20. Weitzenhoffer AM. Betrachtung der Hypnotisierbarkeit: Mehr als dreißig Jahre später. *Experimentelle und klinische Hypnose*. 1989;5:63-74.
 21. Weitzenhoffer AM. *The practice of hypnotism*. New York: Wiley; 1989.
 22. Hilgard ER. Hypnotic susceptibility scales under attack: An examination of Weitzenhoffer's criticism. *Int J Clin Exp Hypn*. 1981;29:24-41.
 23. Lynn SJ, Shindler K. The role of hypnotizability assessment in treatment. *Am J Clin Hypn*. 2002;44:185-97.
 24. Hoppe F. Direkte und indirekte Suggestionen in der Beeinflussung chronischer Schmerzen: Theoretische Ansätze und empirische Untersuchungen. Frankfurt: Lang; 1986.
 25. Bowers KS. Das Neo-Dissoziationsmodell und das sozialpsychologische Modell der Hypnose. *HyKog*. 1989;6:23-32.
 26. Holroyd J. Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *Int J Clin Exp Hypn*. 1996;44:33-51.
 27. Wirl C. B2 Rapport: Verbale und nonverbale Kommunikation (unpublished). Innsbruck: Milton Erickson Institut Innsbruck; 2010.
 28. Bartl R. B1: Einführung in die Prinzipien Erickson'scher Hypnose und Hypnotherapie (unpublished). Innsbruck: Milton Erickson Institut Innsbruck; 2010.
 29. Bandler R, Grinder J. *Therapie in Trance*. Stuttgart: Klett-Kotta; 2007.
 30. Bandler R, Grinder J. *Neue Wege der Kurzzeit-Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag; 2007.
 31. Bandler R, Grinder J. *Reframing: Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie (NLP)*. Paderborn: Junfermann Verlag GmbH; 2005.
 32. Gasser M. B3: Indirekte Kommunikation (unpublished). Innsbruck: Milton Erickson Institut Innsbruck; 2010.
 33. Erickson MH. *The Process of Hypnotic Induction [Videocassette]*. Phoenix, AZ: The Milton H. Erickson Foundation; 1983.
 34. Rossi E. *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag; 1995-98.
 35. Trenkle B. Der Utilisationsansatz der Ericksonschen Rehabilitationsarbeit mit Gelähmten. *HyKog*. 1994;11:107 -20.
 36. Pajntar M, Jeglic A, Stefancic M, Vodovnik L. Improvements of motor response by means of hypnosis in patients with peripheral nerve lesions. *Int J Clin Exp Hypn*. 1980;28:16- 26.
 37. Trenkle B. Utilisation. In: Revenstorf D, Peter B, editors. *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 86 - 92.
 38. Peter B. Hypnose. In: Basler H, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish H, Seemann H, editors. *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer; 1996. p. 593-612.
 39. Peter B, Revenstorf D. Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In: Revenstorf D, Peter B, editors. *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 128 -46.
 40. Meiss O. Kontext und Wirkung von Suggestionen. In: Revenstorf D, Peter B, editors. *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 92-103.
 41. Tischner R. *Franz Anton Mesmer, Leben, Werk und Wirkung*. München: Verlag der Münchner Drucke; 1928. p. 123.
-

-
42. Revenstorf D. Manual der Grundausbildung klinische Hypnose der MEG (B1-B8) (unpublished). Tübingen: M.E.G. Tübingen; 2010.
 43. Erickson MH, Rossi EL. Hypnotherapie: Aufbau - Beispiele - Forschungen. München: Pfeiffer; 1981.
 44. Peter B. Hypermnesie und Amnesie. In: Revenstorf D, Peter B, editors. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 277 -86.
 45. Segal L. Das 20. Kamel. München: Piper; 1988.
 46. Hansen E. Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. Notfall Rettungsmed. 2010 May;13(4):314-21.
 47. Gerl W. Reframing. In: Revenstorf D, Peter B, editors. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 253 -67.
 48. Revenstorf D, Peter B. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009.
 49. Landsiedel S. NLP Bibliothek: Six-Step-Reframing. Wiesentheid: Landsiedel NLP Training; 2003 [cited 2010 08 20]; Available from: <http://www.nlp-bibliothek.de/practitioner/p-05-07-six-step-reframing.html>.
 50. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern: Huber; 1974. p. 142.
 51. de la Tourette G. Der Hypnotismus und die verwandten Zustände vom Standpunkt der gerichtlichen Medicin (mit einem Vorwort von JM Charcot). Hamburg: Verlagsanstalt A.-G. (vorm. JF Richter); 1889.
 52. Peter B. Interview mit Erika Fromm. HyKog. 2000;17:155 -69.
 53. Peter B. Ideomotorische Hypnoserrituale. In: Revenstorf D, Peter B, editors. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg; 2009. p. 169- 80.
 54. Peter B. Construction of reality and hypnotic phenomena. In: Loredio C, editor. The New Hypnosis Venice Lectures on Hypnosis and Hypnotherapy. München: M.E.G.-Stiftung München; 2000.
 55. Eberwein W, Schütz G. Die Kunst der Hypnose. Paderborn: Junfermann; 2001.
 56. Eberwein W. Loslassen - Dem Fluss des Lebens folgen [CD]. Stuttgart: Hypnos Verlag; 2007.
 57. Ötsch W, Stahl T. Das Wörterbuch des NLP. Paderborn: Junfermann; 2003.
 58. Trenkle B. Die Löwen-Geschichte : hypnotisch-metaphorische Kommunikation und Selbsthypnosetraining. 4. Aufl. ed. Heidelberg: Carl-Auer-Verl.; 2005.
 59. Mangold J. Sophrologie: Available from: www.drmangold.at/app/download/2903253209/Sophrologie.pdf.
 60. Schoderböck E. Der Einsatz der Basissophronisation (BS) in der Hypnosepraxis. Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose [serial on the Internet]. Available from: <http://www.zahn1.at/content/e875/e883/bs.pdf>.
 61. Schmierer A. Zahnärztliche Problempatienten. In: Revenstorf D, Peter B, editors. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p. 734 -48.
 62. Barber J. Rapid induction analgesia: A clinical report. Am J Clin Hypn. 1977;19:138 -47.
 63. Freund U. Nichtrauchen in einer Stunde [DVD]. München: video-cooperative-ruhr GmbH; 1995.
-

64. Nigitz-Arch M. B7: Märchen, Metaphern ... und andere Merkwürdigkeiten (unpublshed). Seeham/Salzburg: Milton Erickson Institut Seeham/Salzburg; 2010.
-

Lebenslauf

Vor- und Familienname	Peter Christopher Keil
Geburtsdatum	20. April 1983
Familienstand	ledig
Staatsbürgerschaft	Österreich
Adresse	Rosenberggasse 8/5 A-8010 Graz
Telefonnummer	+43 699 18 18 29 35
E-Mail	peter.keil@stud.meduni-graz.at

BILDUNG

1989 - 1993	Volksschule Ostermiething
1993 - 1997	Hauptschule Ostermiething
1997 - 2001	Christian Doppler Gymnasium Salzburg
2001 - 2004	Rigorenstudium Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Karl Franzens Universität Graz
2004 - 2005	Zivildienst am Odilieninstitut Graz
2005 - heute	Diplomstudium Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz

FAMULATUREN

Juli - September 2009	Praxis für Allgemeinmedizin, Dr. med. Franz Kordasiewicz-Stingler
Februar 2010	Praxis für Allgemeinmedizin, Dr. med. Franz Kordasiewicz-Stingler
Juli 2010	Psychosomatische Klinik Bad Aussee
August 2010	Universitätsklinik für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Graz
September 2010	Abteilung für Anästhesiologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz/Marschallgasse

SONSTIGE AUS- UND WEITERBILDUNGEN

Spezielles Studienmodul „Ärztliche Hypnose und vertiefte Kommunikation“, 2009

Workshop „Psychosomatik und Schmerz“ bei Dipl. Psych. Ortwin Meiss, 2010

Workshop „Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle“ bei Dr. Burkhard Peter, 2010

Workshop „Hypnose in der Therapie - Grundlagen der Hypnotherapie Milton Ericksons“ bei Dr. Jeffrey K. Zeig, 2010

Workshop „Provocative Therapy“ bei Frank Farrelly, 2010

Weiterbildung „Klinische Hypnose nach Milton H. Erickson“ M.E.I. Innsbruck und Seeham/Salzburg, 2010

NLP Practitioner, 2010/11

WISSENSCHAFTLICHE ARBEIT

Dezember 2010 bis heute	Planung und Durchführung einer klinischen Aufbaustudie bei Prim. Prof. Seibert am UKH der AUVA Graz
August 2011 bis heute	Mitarbeit an einer prospektiv-randomisierten Studie an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz

SPRACHKENNTNISSE

Muttersprache:	Deutsch
Fremdsprachen:	Englisch, sehr gute Kenntnisse in Wort und Schrift
	Italienisch in Wort und Schrift
	Latein

WEITERE KENNTNISSE

Sehr gute EDV Kenntnisse in MS Word, Excel, Powerpoint sowie PC Konfiguration
Audiotechnik

INTERESSEN

Musik, Zauberei, Fotografie

SONSTIGES

Teilnahme am Kongress der International Society of Hypnosis in Rom, 2009
